

**Zur Lebensqualität Erwachsener mit geistiger Behinderung in ver-
schiedenen Wohnformen in Schleswig-Holstein**

**untersucht am Beispiel der Fachklinik Schleswig-Stadtfeld, des
Wohngruppenprojektes der Fachklinik Schleswig-Stadtfeld und der Werkge-
meinschaft Bahrenhof e.V.**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Philosophie

der Philosophischen Fakultät/Fachbereich Erziehungswissenschaften

der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Christiane Drechsler

1. Gutachter: Professor Dr. Walburg (Christian-Albrecht-Universität Kiel)
2. Gutachter: Professor Dr. Theunissen (Martin-Luther-Universität Halle/Saale)
3. Gutachter: Professor Dr. Bergest (Martin-Luther-Universität Halle/Saale)

verteidigt am: 03.07.2001

Inhalt

1. Einleitung	1
2. Wissenschaftstheoretische Überlegungen und methodisches Vorgehen	4
3. Zum Terminus geistige Behinderung	11
3.1. Vorbemerkung	11
3.2. Medizinisch orientierte Sichtweise	11
3.3. Gesellschaftlicher Aspekt.....	12
3.4. Kommunikation und Interaktion.....	13
3.5. Entwicklung und Lernverhalten	13
3.6. Geistige Behinderung und Biographie	14
3.7. Zusammenfassung	15
4. Zum Begriff der Lebensqualität.....	17
4.1. Lebensqualität als Menschenrecht.....	17
4.2. Lebensstandard und Lebenszufriedenheit.....	18
4.3. Zur Erforschung von Lebenszufriedenheit bei Menschen mit schwerer geistiger Behinderung.....	21
5. Konzepte zu verschiedenen Wohnformen für Menschen mit einer geistigen Behinderung	23
5.1. Langzeitpatienten mit einer geistigen Behinderung in der Psychiatrie	23
5.1.1. Zum psychiatrischen Verständnis von geistiger Behinderung	23
5.1.2. Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Geschichte der Psychiatrie	26
5.1.3. Zum Verhältnis von geistiger Behinderung und Psychiatrie heute	28
5.1.4. Die Psychiatrie als Lebensmittelpunkt	30
5.1.5. Zur Lage Erwachsener mit einer geistigen Behinderung in den Langzeitstationen der Fachklinik Schleswig-Stadtfeld	32
5.1.5.1. Struktur	32
5.1.5.2. Tagesablauf	33
5.1.5.3. Problemlage.....	34
5.2. Zur Lage Erwachsener mit einer geistigen Behinderung in anthroposophischen Einrichtungen	34
5.2.1. Geschichte anthroposophisch orientierter Heilpädagogik und Sozialtherapie	34
5.2.2. Behinderungstheoretische Relevanz anthroposophischer Anthropologie - zur Entstehung von Behinderung	37
5.2.3. Zum Verständnis der Förderung innerhalb der anthroposophischen Sozialtherapie.....	40
5.2.4. Die Problematik geistiger Behinderung im Erwachsenenalter.....	40

5.2.4.1.	Das soziale Rollenverständnis des behinderten Erwachsenen.....	40
5.2.4.2.	Das kulturelle Leben	42
5.2.4.3.	Die Rolle des Sozialtherapeuten	43
5.2.4.4.	Therapieverständnis.....	44
5.2.4.5.	Zu den künstlerischen Therapien	45
5.2.4.6.	Lebensqualität von Menschen mit Behinderungen aus anthroposophischer Sicht	47
5.2.5.	Realisationsformen anthroposophisch orientierter Sozialtherapie - das Beispiel Werkgemeinschaft Bahrenhof	48
5.2.5.1.	Struktur	48
5.2.5.2.	Tagesablauf	49
5.2.5.3.	Problemlage.....	50
5.2.6.	Anthroposophisch orientierte Sozialtherapie und Normalisierungsprinzip - Normalisierung und Individualisierung	52
5.3.	Zur Lage Erwachsener mit einer geistigen Behinderung in gemeindeintegrier- ten Wohneinrichtungen, dargestellt am Beispiel des Wohngruppenkonzeptes der Fachklinik Schleswig - Stadtfeld	54
5.3.1.	Zu Geschichte und Entwicklung des Normalisierungsprinzips	54
5.3.2.	Zum Menschenbild des Normalisierungsprinzips.....	56
5.3.3.	Zur Rezeption des Normalisierungsprinzips in Deutschland	59
5.3.4.	Realisationsformen des Normalisierungsprinzips in den USA.....	61
5.3.5.	Das Normalisierungsprinzip in der Kritik	61
5.3.6.	Realisationsformen des Normalisierungsprinzips in Deutschland am Beispiel der Wohngruppen für Menschen mit geistigen Behinderungen der Fachklinik Schleswig-Stadtfeld	64
5.3.6.1.	Konzept.....	64
5.3.6.2.	Struktur	66
5.3.6.3.	Entwicklung.....	67
5.3.6.4.	Problemlage.....	67
6.	Wohnformen für Erwachsene mit einer geistigen Behinderung aus systemökologischer Sicht	69
6.1.	Zum Begriff "systemökologische Perspektive" im Bezugsrahmen der Heilpädagogik.....	69
6.2.	Wohnformen von Menschen mit Behinderungen aus systemökologischer Sicht.....	71
6.2.1.	Psychiatrische Klinik.....	71
6.2.1.1.	Anthroposophische Einrichtung.....	73
6.2.1.2.	Gemeindeintegrierte Wohngruppe	74
7.	Zur Kompetenz von Erwachsenen mit einer geistigen Behinderung in verschiedenen Wohnformen	76
7.1.	Anlaß der Untersuchung	76
7.2.	Fragestellung und Methode	77
7.2.1.	Zum Begriff Kompetenz.....	77

7.2.2.	Fragestellung.....	79
7.2.3.	Untersuchter Personenkreis	80
7.2.4.	Erhebungsinstrumente	82
7.3.	Vorgehen	84
7.3.1.	Datenerhebung.....	84
7.3.2.	Auswertung	85
7.3.3.	Statistik.....	86
8.	Zum Vergleich der Kompetenz von Menschen mit einer geistigen Behinderung in verschiedenen Wohnformen	87
8.1.	Kompetenzen der Bewohner von Wohngruppen im Vergleich zu Menschen mit einer geistigen Behinderung in den Langzeitstationen.....	87
8.2.	Zum Kompetenzvergleich der einzelnen Bereiche	88
8.2.1.	Praktische Kompetenz.....	88
8.2.1.1.	Nahrungsaufnahme/Kleidung und Hygiene	88
8.2.1.2.	Sicherheitsverhalten und Praktische Fertigkeiten.....	89
8.2.2.	Kognitive Kompetenz.....	90
8.2.2.1.	Außenweltbezogene Kompetenzen.....	90
8.2.2.2.	Zeitliche Orientierung	92
8.2.2.3.	Lebensweltbezogene Kompetenzen	92
8.2.3.	Soziale Kompetenz.....	94
8.2.3.1.	Selbstwahrnehmung	94
8.2.3.2.	Soziale Kontakte	95
8.3.	Zusammenfassung	97
8.4.	Kompetenzen der Bewohner einer anthroposophischen Einrichtung im Vergleich zu Menschen mit einer geistigen Behinderung in den Langzeitstationen einer psychiatrischen Klinik	98
8.5.	Zur Kompetenz in den einzelnen Bereichen	101
8.5.1.	Praktische Kompetenz.....	101
8.5.1.1.	Nahrungsaufnahme/Kleidung und Hygiene	101
8.5.1.2.	Sicherheitsverhalten/Praktische Fertigkeiten.....	102
8.5.2.	Kognitive Kompetenz.....	102
8.5.2.1.	Außenweltbezogene Kompetenzen.....	102
8.5.2.2.	Zeitliche Orientierung	103
8.5.2.3.	Lebensweltbezogene Kompetenzen	104
8.5.3.	Soziale Kompetenz.....	106
8.5.3.1.	Selbstwahrnehmung	106
8.5.3.2.	Soziale Kontakte	107
8.5.4.	Zusammenfassung.....	108
9.	Das Kommunikationsverhalten von Bewohnern von Wohngruppen und Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Psychiatrie im Vergleich	109
9.1.	Fragestellung	109

9.2. Zum Begriff Kommunikation.....	111
9.3. Methode	113
9.4. Auswertung	115
9.5. Verbale Aktion.....	116
9.6. Nonverbale Aktion.....	117
9.6.1. Mimik und Blickkontakt	117
9.6.2. Gestik und Körperbewegung	119
9.6.3. Handlung und Berührung.....	120
10. Zusammenfassung und Ausblick	122
10.1. Zusammenfassung der Ergebnisse	122
10.2. Vergleich mit Studien aus anderen Bundesländern - Beispiele.....	123
10.3. Folgerungen für eine Wohnkonzeption für Menschen mit geistiger und schwerstgeistiger Behinderung.....	130
10.3.1. Kurzfristig realisierbare Möglichkeiten	130
11. Literaturverzeichnis	136

1. Einleitung

Im Bestreben nach einer Verbesserung der Lebensbedingungen Erwachsener mit einer geistigen Behinderung, die in psychiatrischen Anstalten leben, ist in den letzten Jahrzehnten eine breite Diskussion entstanden. Spätestens seit Vorliegen der Psychiatrie - Enquete von 1975 gilt es in Fachkreisen als unstrittig, daß ein Mensch mit einer geistigen Behinderung nicht per se psychisch krank ist und demzufolge auch kein Grund besteht, ihn in einer psychiatrischen Klinik im Status eines Patienten zu behandeln. Folglich empfiehlt die Psychiatrie - Enquete die Ausgliederung aller Menschen mit einer geistigen Behinderung aus den psychiatrischen Kliniken in geeignete Wohnformen. Über die Gestaltung dieser Wohnformen herrscht jedoch in Fachkreisen nicht unbedingt Einigkeit: "Die Wege der Ausgliederung bzw. die konzeptionellen Ansätze hierfür sind recht unterschiedlich. Ebenso differenziert ist die Vorstellung über die geeigneten dauerhaften Lebens- und Wohnformen geistig behinderter Menschen. Die Extrempositionen lassen sich einerseits mit den Befürwortern der Großeinrichtungen als differenziertem sozialen Lebensraum im Sinne des "Ortes zum Leben" und andererseits mit den Befürwortern einer weitestgehenden Eingliederung in normale Wohnbereiche der Gemeinden durch kleine und kleinste Wohneinheiten (z.B. Bremer Modell) charakterisieren" (Wedekind et al. 1994, S.1).

Von Vertretern anthroposophischer Einrichtungen wird das Prinzip des "heilsamen Milieus" verfochten, das vom Gesichtspunkt der Ganzheitlichkeit aus z.B. eine Differenzierung der Bereiche Wohnen, Arbeiten und Freizeit innerhalb einer einzigen Institution propagiert. Normalisierung soll nach diesem Ansatz im Rahmen einer Bindendifferenzierung der Angebote erreicht werden.

In den einzelnen Bundesländern wurde mit der Forderung der Enthospitalisierung sehr unterschiedlich verfahren. Ein möglicher Ansatz wurde in Nordrhein - Westfalen verfolgt, wo man die Behindertenbereiche der fünf psychiatrischen Landeskliniken mit dem Ziel einer Verbesserung der Lebensbedingungen der dort untergebrachten Menschen in Heilpädagogische Heime unter pädagogischer Leitung umwandelte. Das Ziel war die Unterbringung aller Menschen mit einer geistigen Behinderung erst in Außenwohngruppen, später in gemeindeintegrierten Wohngruppen, und zwar unabhängig von Art und Schwere der Behinderung. Im Grundsatz konnte dieses Ziel realisiert werden, allerdings längst noch nicht für alle Menschen mit einer geistigen Behinderung (Theunissen 1996 b, S.69 ff.). Hessen, Bremen, Westfalen und seit neuestem Hamburg verfolgen ähnliche Wege. Viele dieser Projekte sind durch Begleitforschung dokumentiert; so auch in der Schleswig - holsteinischen Fachklinik in Schleswig, die als Beispiel dieser Studie zugrunde gelegt wurde.

Schleswig - Holstein war eines der Bundesländer, in denen der Prozeß der Enthospitalisierung erst sehr spät in Gang kam. Auf Intervention Prof. Walburgs vom Heilpädagogischen Institut der Universität Kiel (Walburg 1995) und mit Unterstützung des dortigen leitenden Stationsarztes Dr.Eisner wurde an der Fachklinik Schleswig - Stadtfeld ein Projekt zur Enthospitalisierung langzeithospitalisierter Menschen mit einer geistigen Behinderung vorangetrieben. Obzwar eine Außenwohngruppe mit 6

Plätzen innerhalb des Klinikgeländes seit 1993 existierte, war der Prozeß der Ausgliederung aller "fehlplazierten" Menschen mit einer geistigen Behinderung seitdem ins Stocken geraten. Seitens der orthodoxen psychiatrischen Lehrmeinung war eingewendet worden, daß nach einem zum Teil jahrzehntelangen Verbleib in der Klinik den Menschen die Fähigkeit abhanden gekommen sei, in einem normalisierten Umfeld zu leben. Weiter gegen eine Enthospitalisierung ins Feld geführt wurden die Schwere der Behinderung oder Verhaltensauffälligkeiten einzelner Personen. Unter Mißachtung des Grundrechtes des Menschen auf eine Wohnung wurde von der "Wohngruppenunfähigkeit" von Menschen mit schwerster geistiger Behinderung oder schweren Verhaltensauffälligkeiten, speziell Auto- oder Fremdaggressionen, gesprochen.

Studien aus anderen Bundesländern ließen diesen Standpunkt aus erziehungswissenschaftlicher Sicht als nicht haltbar erscheinen. Es darf nicht die Frage sein, wie gesellschaftlich angepaßt sich ein Mensch zu verhalten hat - der Anspruch richtete sich an die Schaffung geeigneter altersentsprechender Lebensumstände vom Standard des Bevölkerungsdurchschnitts. Berichte beispielsweise aus den Dr. Loewischen Einrichtungen (Dalferth 1998, 2000) zeigen, daß gemeindeintegrierte Wohnformen für Menschen mit schwerster geistiger Behinderung und/oder massiven Verhaltensauffälligkeiten nicht nur möglich sind, sondern auf die Dauer zu einem Abbau der Verhaltensstörungen führen. Eine Fortführung der Ausgliederung von allen Menschen mit einer geistigen Behinderung aus der psychiatrischen Landesklinik schien auch aufgrund dieser Erfahrungen dringend geboten.

Die zentrale Fragestellung dieser Arbeit gilt der Frage nach der Lebensqualität von Menschen mit einer geistigen Behinderung in unterschiedlichen Wohnformen. Die - meines Erachtens in Fachkreisen unstrittigen - Anliegen des Normalisierungsprinzips, die für Menschen mit Behinderungen die gleichen Lebensstandards fordern wie für Menschen ohne Behinderungen, regeln vor allem die Bereitstellung der äußeren Voraussetzungen für ein "Leben so normal wie möglich". Zu den objektiven Lebensbedingungen muß jedoch das subjektive Wohlbefinden des Menschen Beachtung finden, damit von Lebensqualität im umfassenden Sinn gesprochen werden kann. Umgekehrt wiederum kann das subjektive Wohlbefinden allein nicht als Kriterium für Lebensqualität dienen; gerade langzeithospitalisierte Menschen zeigen sich durchaus zufrieden mit ihrer Situation, weil eine Veränderung nicht erreichbar erscheint oder weil andere Lebensumstände durch die lange Verweildauer in Institutionen vergessen wurden (dazu Goffman, Dörner, Dörner/Plog, Jantzen). Diese Arbeit bezieht sich jedoch nicht auf die aktuelle Diskussion bezüglich Qualität und Qualitätsmanagement von und in Einrichtungen der Behindertenhilfe (Beck et al.), sondern auf Lebensqualität aus der Betroffenenperspektive.

Im Rahmen dieser Arbeit wird nun die Lebensqualität von Menschen mit einer geistigen Behinderung in verschiedenen Wohnformen untersucht und beschrieben. In einem hermeneutischen Verfahren wird zunächst das Menschenbild erschlossen, das dem jeweiligen Lebensweltentwurf für einen Menschen mit einer geistigen Behinderung zugrundeliegt. In einem zweiten Schritt werden exemplarisch Realisationsfor-

men an je einem Beispiel dargestellt und kritisch hinterfragt. Mit Hilfe der systemökologischen Perspektive (Bronfenbrenner 1981, Speck 1988, Seifert 1997b) werden die dargestellten Milieus schließlich in ihrer gesellschaftlichen Funktion im Bezug auf die gesellschaftliche Integration von Menschen mit geistiger Behinderung hinterfragt werden. Eine empirische Untersuchung soll Aufschluß geben über Kompetenzentwicklung und Kommunikationsverhalten der Menschen mit Behinderungen in den beschriebenen Milieus. Beides -Kompetenz in verschiedenen Bereichen wie auch Art und Umfang von Kommunikation- kann als möglicher Indikator für Lebensqualität betrachtet werden. Kompetenz beeinflusst das Maß der Unabhängigkeit und Entscheidungsfreiheit (bzw. ein Mehr an Kompetenz verringert bestehende Abhängigkeiten). Kommunikation, also die Möglichkeit, gehört und verstanden zu werden ebenso wie die Möglichkeit, zu hören und zu verstehen, gilt als menschliches Basisbedürfnis: "über Kommunikation und Interaktion werden zahlreiche Bedürfnisse befriedigt, Identität gebildet, Orientierung gewonnen und Anerkennung gefunden" (Beck 1998, S. 207).

Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang, daß es als gelungen betrachtet werden kann, die Lebensqualität von Menschen auch mit schwerer geistiger und/oder Mehrfachbehinderung mittels empirischer Verfahren zu erforschen, indem das Instrument der videounterstützten Verhaltensbeobachtung zur Anwendung kam. In der Zusammenarbeit mit nicht sprechenden Menschen oder solchen mit stark abweichendem Verhalten war es bisher schwierig, zu aussagekräftigen Daten zu kommen: narrative Interviews konnten ebensowenig zur Anwendung kommen wie Befragungen. Kompetenzdiagnostika wie PAC oder HKI konnten nur unter der Annahme über mehr oder weniger subjektiv empfundene Lebensqualität Aufschluß geben, daß sich unter günstigeren Lebensbedingungen auch mehr Kompetenzen zeigen, gaben jedoch keinen Aufschluß über spontane Äußerungen jenseits der Beobachtungskategorien.

Die Ergebnisse dieser Arbeit können im Zusammenhang mit Studien mit ähnlicher Fragestellung einen Beitrag leisten zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung, speziell aber für Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung und/oder Verhaltensauffälligkeiten, für deren Recht auf ein Leben unter normalen Umständen unter Beachtung subjektiver Bedürfnisse als leitend für jede Hilfe in der Vergangenheit viel zu wenig getan worden ist. Das hier erprobte Verfahren der videounterstützten Verhaltensbeobachtung kann sich auch in der weiteren Forschung, sofern sie Menschen mit schwerer oder schwerster geistiger Behinderung betrifft, als nützlich erweisen.

2. Wissenschaftstheoretische Überlegungen und methodisches Vorgehen

Daß sich die Heilpädagogik in ihrem Selbstverständnis als diejenige Wissenschaft von der Förderung von Menschen mit Behinderungen in einem Spannungsfeld mehrerer Erkenntnisssysteme befindet, ist nicht eigentlich neu: handelt es sich bei dem Phänomen Behinderung (in unserem Falle: geistige Behinderung) doch um ein Problem, bei dem sich mehrere Zuständigkeitsbereiche zu überlagern scheinen. Im Vordergrund, so könnte man meinen, steht zunächst die Schädigung eines Organismus, die seine regelrechte Entwicklung unmöglich macht und es dem Arzt anheimstellt, diese Schädigung zu heilen oder zumindest zu mildern. Zweitens verursacht eine Störung der Intelligenzentwicklung unmittelbar eine Störung der Lernfähigkeit: es gilt also, eine Pädagogik zu entwickeln, die diese Störung kompensiert, sei es beispielsweise auf dem Wege einer Spezialisierung der verschiedenen Sonderpädagogiken. Drittens behindern gesellschaftliche Ausgrenzung und Mißachtung des Menschen mit Behinderung dessen Recht auf eine altersentsprechende Lebensform - insofern wird Behinderung zum soziologisch zu begreifenden (und zu untersuchenden) Sachverhalt.

Richtig erscheint vom heutigen Standpunkt aus, daß sich die Heilpädagogik als eine Art integrierende Wissenschaft mit Erkenntnissen der Soziologie (z.B. gesellschaftliche Bedingtheit von Behinderung) genauso befassen muß wie mit denen der Pathologie oder der Psychologie. Dabei besteht die Gefahr, das "Eigene" der Heilpädagogik zu verlieren und sie als bloßen Sammelbegriff fachspezifischer Erkenntnisse aus anderen Disziplinen zu verstehen: "Insgesamt scheint die Heilpädagogik als spezielle Pädagogik zwar eine enorme Ausweitung und eine beachtliche Festlegung im System der sozialen Hilfen, aber zugleich auch einen Verlust an Identität und Eigenpotenz erfahren zu haben. Trotz ihres Bemühens um Differenzierung und Spezialisierung erscheint sie heute weniger speziell als einst" (Speck 1988, S.58). Das Problem für eine Heilpädagogik als Wissenschaft scheint nicht an einem Mangel an Erkenntnisgewinn zu liegen, sondern eine Aufsplitterung in Einzelzuständigkeiten zu sein.

Mit dieser Entwicklung einher geht der Prozeß des Verständnisses von Wissenschaft als empirische Wissenschaft, die nur als wahr anerkennt, was in nachvollziehbarer Weise gemessen, gewogen, gezählt werden kann: "Als wissenschaftlich sollten nur solche Sätze gelten, die frei von Wertungen durch den Wissenschaftler waren" (Speck 1988, S.62). Aus einer Vielzahl von Phänomenen muß jedoch in der empirischen Sozialforschung eine begründete Auswahl an beobachtbaren Einzelphänomenen geschehen, die in dieser Weise behandelt werden können. Allein die Komplexität eines einfachen Tischgespräches macht es beispielsweise schon unmöglich, alle auftretenden Verhaltensweisen zu sammeln und auszuwerten. Wie ist eine solche Auswahl denkbar ohne ein normatives Vorverständnis des Forschenden, was in dem zu untersuchenden Sachverhalt relevant ist und was nicht? Ebenfalls wenig hilfreich ist die von Bleidick (1974, 1983, 1985) in Bezugnahme auf Brezinka (1980) vorgeschlagene Unterscheidung in Erziehungswissenschaft (das empirisch "wertfrei" Gemessene) und Erziehungsphilosophie (die normativen Aussagen, wie und vor allem

zu welchem Ziel Erziehung ist und zu sein hat). Bereits die Auswahl der zu erforschenden Sachverhalte verlangt eine Vorentscheidung, die Relevanz zu- oder abspricht; umgekehrt sind Daten ohne Interpretation vom Standpunkt ihrer Aussage neutral. Offensichtlich existiert auch eine empirische Fragestellung nicht ohne eine normative Entscheidung a priori. Die von "Kritischem Rationalismus" (Popper, oder, für die Erziehungswissenschaft: Brezinka) geforderte grundsätzliche Wertfreiheit im wissenschaftlichen Vorgehen ist nicht einlösbar.

Heilpädagogik jedoch allein als System konkurrierender Aussagen über die Natur des (behinderten) Menschen zu verstehen, kann auf die Dauer, vom jetzigen Stand der Wissenschaftsentwicklung her betrachtet, auch nicht befriedigen. Eine bloße Zusammenstellung normativer Aussagen, wie eine Sache "ist" oder "zu sein hat", gerät in Gefahr einer Beliebigkeit bzw. einer Pseudo-Wissenschaftlichkeit, die schlimmstenfalls in einem andauernden Disput konkurrierender Ideologien enden kann: "Wertorientierungen ohne die Reflexion der vorgefundenen Wirklichkeit in ihrer unübersehbaren Komplexität mobilisieren kaum noch Hoffnungen, bringen nichts Neues und rufen eher Unzufriedenheit hervor" (Speck 1988, S.247).

Wie kann also ein Lösungsansatz diese methodisch-strukturellen Dilemmas aussehen? Ganz offensichtlich ist in der geschilderten Methodendebatte der Blick auf den Menschen als "Ganzheit", und nicht als die Summe seiner Teile, abhandeln gekommen. Gefordert ist weder ein theoretischer Ansatz, der sich losgelöst von der konkreten Erfahrungswelt des Menschen in bloßer Spekulation verirrt, noch einer, der allein das Meßbare einer menschlichen Existenz als wissenschaftlich erfaßbar anerkennt und alle nicht quantifizierbaren Aussagen über den Menschen in den Bereich der Spekulation verweist.

Ein mögliches Konzept, das empirische und normative Grundlagen unter einem neuen Blickwinkel vereint, ist Bronfenbrenners Entwurf einer systemökologischen Perspektive. Grundsätzlich befaßt sich die Ökologie der menschlichen Entwicklung "mit der fortschreitenden gegenseitigen Anpassung zwischen dem aktiven, sich entwickelnden Menschen und den wechselnden Eigenschaften seiner unmittelbaren Lebensbereiche. Dieser Prozeß wird fortlaufend von den Beziehungen dieser Lebensbereiche untereinander und von den größeren Kontexten beeinflusst, in die sie eingebettet sind" (Bronfenbrenner 1981, S.37). Bronfenbrenner nimmt dabei in Anspruch, in seinem System "die Umwelt auf theoretischer und empirischer Basis in das Forschungsmodell einzubeziehen" (ebd.). Dieser Ansatz fordert jedoch einen Verzicht auf Laborsituationen in der empirischen Forschung, d.h. auf ein Forschungsszenario, das nach Möglichkeit alle Störvariablen, nicht erfaßbare Einflußgrößen etc. eliminiert, aber auf diese Weise das normale Umfeld eines Probanden nicht im Blick hat und so möglicherweise auf wesentliche Informationen verzichten muß

Ein eventueller (und hier behandelte) Forschungsgegenstand für den Bereich des Lebens mit behinderten Menschen ist also die Erforschung der Wohnform an sich und die gegenseitige Beeinflussung von Individuum und Wohnform: während das an einer bestimmten Lebenswelt teilnehmende Individuum diese prägt und verändert,

nimmt die vorgefundene Wohnform (wie am Beispiel von Psychiatrie, anthroposophischer Einrichtung oder Wohngruppe aufgezeigt werden kann) auf das Individuum Einfluß, das in ihr lebt.

Allgemeiner noch drückt es Speck aus: "Welchen Beitrag kann die Heilpädagogik leisten, damit durch eine angemessene Erziehung Menschen mit Behinderungen ein Leben in sinnvollen Zusammenhängen führen können. Normativer Ausgangspunkt für eine ökologisch orientierte Heilpädagogik ist demnach nicht 'die Behinderung', ü sondern der Behinderungen übergreifende Aspekt des Menschlich-leben-könnens in einer menschlichen Welt" (Speck 1988, S.247). Die Frage nach den Kriterien für eine "menschliche" (gemeint ist wohl: eine den menschlichen Erfordernisse, Bedürfnissen und Ansprüchen angepaßten) Welt muß zunächst in normativer Weise beantwortet werden, ebenso die nach den Kriterien nach eines "unmenschlichen", beispielsweise den Menschen von sich entfremdenden oder von paradoxen Strukturen (vgl. Watzlawick et al. 1969, "double bind") bestimmten Systems. Einer empirischen Überprüfung zugänglich erscheint daraufhin die Frage nach Art und Weise der Auswirkungen bestimmter Lebenswelten auf die in ihnen wohnenden Menschen. Grundsätzlich klärt der systemökologische Ansatz jedoch nur die Art und Weise empirischer Forschung: sie hat sich im "normalen" Umfeld des zu Erforschenden abzuspielen und die einflußnehmenden Systeme mit einzubeziehen.

Diese Herangehensweise birgt den Vorteil, daß sie den Menschen und seine Lebenswelt im Zusammenhang versteht und der bestehenden Tendenz nach der Isolierung von Einzel Gesichtspunkten ebenso entgegenwirkt wie der Beliebigkeit der Auseinandersetzung mit divergierenden Theorien: "Es sollte deutlich gemacht werden, daß unter dem dominanten Einfluß einer technologisch orientierten, individualistischen, rationalistischen Daseinsbewältigung die Gefahr besteht, daß der Mensch seinen Sinnzusammenhang verliert, und daß auf dem bisherigen Wege keine Aussicht besteht, eine für Menschen mit Behinderungen sinnvolle, d.h. pädagogische und soziale Hilfe zu konzeptualisieren" (Speck 1988, S.246). Die Wiederherstellung eines Sinnzusammenhangs auf verschiedenen Ebenen gilt es zu erschließen: erstens bedeutet das die Erfahrung der eigenen Existenz in der Welt als sinnvoll und zugehörig, zweitens ist die Frage nach einem Sinnzusammenhang auch notwendig eine Frage nach der eigenen Identität des -in unserem Zusammenhang- Menschen mit Behinderung. "Wertfrei" kann ein solches Vorgehen nicht sein, sondern es muß bereits im Vorfeld solche Werte und Normen postulieren "über die sich Verfremdung und Isolierung des Einzelnen aufheben und sich ein Leben in sinnvollen Zusammenhängen ermöglichen ließen" (a.a.O., S.247).

Dennoch gibt es im Rahmen der Sozialforschung Sachverhalte, die sich mit den "harten" empirischen Methoden des Messens und Zählens gut erfassen lassen. Beispielsweise ist der Umstand, ob ein Mensch nicht, ansatzweise oder selbständig aus einer Tasse trinken kann, mit einem hohen Grad an Sicherheit durch Beobachtung eindeutig zu erfassen, und auch der Rekurs auf Selbständigkeit im Bereich des Trinkens dürfte nachvollziehbar sein. Dies Beispiel mag für ähnliche lebenspraktische Vollzüge stehen, die in ähnlicher Weise eindeutig beobachtbar sind. Im Rahmen die-

ser Studie wurde für den Bereich beobachtbarer quantifizierbarer Fähigkeiten auf das methodische Instrument standardisierter Beobachtungsbögen, nämlich das Heidelberger Kompetenz Inventar, zurückgegriffen. Allerdings kann meines Erachtens von dem Grad der Selbständigkeit nicht unmittelbar auf den Grad der Lebenszufriedenheit des Betroffenen geschlossen werden; andere methodische Zugänge scheinen vonnöten.

Daß ein Methodenpluralismus den Grad der zu gewinnenden Erkenntnis steigern kann, ist in Fachkreisen mehrfach dargestellt worden (Haeberlin 1993a und b, Theunissen 1999c). Damit soll nicht einem willkürlichen Zusammensammeln divergierender Methoden nach dem Prinzip "Viel hilft viel" das Wort geredet werden; vielmehr bestimmt sich die zu verwendende Untersuchungsmethode von der zu beantwortenden Fragestellung her: es ist ein großer Unterschied, ob man ein Mehr an Fähigkeit oder ein Mehr an Zufriedenheit erforschen will. Letzteres läßt sich zum Beispiel im Rahmen der Handlungsforschung durch Befragen der beteiligten Personen eruieren; bei nicht sprechfähigen Personen bleibt der Weg der Beobachtung und Interpretation. Dabei kann und darf der Anspruch auf Wissenschaftlichkeit nicht verloren gehen: "Zum Beispiel sind nach den Regeln der hermeneutischen Erkenntnisgewinnung sachlich-logisch, deskriptiv und eindeutig (möglichst wertneutral) aufgebaute Verlaufsprotokolle, Entwicklungsberichte o. ä. anzufertigen, die als Belege jeder prinzipiell nachprüfen kann. (...) Anstelle des Prinzips der empirischen Objektivität und Validierung von Erkenntnissen hat die Überprüfung theoretisch und praktisch bedeutungsvoller Erfahrungen im Sinne einer intersubjektiven Nachvollziehbarkeit auf der Basis eines 'praktischen Diskurses' als Reflexions-, Kontroll- und Evaluationsinstanz (kommunikative Validierung) Priorität" (Theunissen 1999c, S.12). Ein qualitatives Verfahren (hier: videounterstützte Beobachtung) erfüllt die genannten Kriterien, wenn es regelgeleitet durchgeführt und die Interpretation der gewonnenen Ergebnisse für den Betrachter schlüssig dargestellt werden kann. Dieses Konzept entbehrt allerdings der Einbindung der erforschten Menschen in den Forschungsprozeß selbst, wie es von Vertretern der Handlungsforschung (Klafki, Mollenhauer) nicht zu Unrecht gefordert wird. Gerade gesellschaftlich verantwortungsbewußte Forschung kann nicht losgelöst von der Perspektive der Betroffenen handeln, sondern muß sich sowohl des Umstandes bewußt sein, daß Forscher Teil desselben gesellschaftlichen System sind wie ihr Forschungsgegenstand, als auch der Mitverantwortung des Forschers für das soziale Feld, in dem er forscht.

Favorisiert wurde während dieses Projektes eine (auch zeitliche) Trennung von Forschungsprozeß und Beratungsfunktion, wie sie beispielsweise Haeberlin fordert: "Wissenschaft kann dadurch einen wichtigen Beitrag an die Praxis liefern, daß sie zur Praxis auf Distanz geht" (Haeberlin 1993b, S.370). Eine Vermischung von forschender und beratender Funktion hat zudem den Nachteil, daß das zu erforschende Feld durch nicht regelgeleitete Intervention verändert wird und eine Unschärfe erhält, die sich methodisch nicht mehr auffangen läßt. In Rahmen des vorgestellten Forschungsprojektes geschah die Einbeziehung der Betroffenen durch Gespräche und Teilnahme am Alltagsgeschehen durch die Forscher im Vorfeld, sowie durch eine Fortbildungsveranstaltung für die betroffenen Betreuer im Anschluß an das For-

schungsprojekt. Auf diese Art und Weise war es möglich, Daten mit einer hohen Reliabilität zu erhalten, ohne dabei den erforschten Personenkreis zum Objekt zu degradieren. Ebenfalls gegeben war der unmittelbare praktische Nutzen des Projekts für die Betroffenen durch mögliche Einflußnahme im Vorfeld und das direkte feedback im Anschluß an das Projekt. Dies galt auch für die untersuchte anthroposophische Einrichtung, obwohl sie nur in einem Teilbereich beteiligt war. In allen Einrichtungen war das Betreuungspersonal mit der Erstellung der HKI-Bögen betraut, wodurch eine Reflexion über die eigene Arbeit ermöglicht wurde.

Im Zuge des Methodenpluralismus-Paradigmas erschien ein hermeneutisches Verfahren zur Erlangung des jeweiligen anthropologischen Leitbilds, das den drei untersuchten Forschungsfeldern zugrundeliegt, unverzichtbar. Dabei wurde nach den Vorgaben der methodischen Hermeneutik, dem "regelgeleiteten Sinnverstehen" (Kron 1999, S.210) gearbeitet. Im Rekurs auf Dilthey ging es darum, zentrale Texte, die als grundlegend für die ausgewählten drei Systeme für das Wohnen und Leben von Menschen mit einer geistigen Behinderung gelten können, in ihrem Sinngehalt zu erfassen und zu interpretieren. Dabei wurden nicht nur Texte verwendet, die ausdrücklich Menschen mit einer geistigen Behinderung zum Gegenstand haben, sondern auch solche, die für die Konstituierung eines (vermeintlich idealen) Milieus dieses Personenkreises von Bedeutung sein könnten. "Der eigentliche Gegenstand der Hermeneutik ist aber nicht der Text, sondern der in dem Text latente und über Sprache symbolisch vermittelte Sinn" (Kron 1999, S.216). Die Praxisrelevanz dieses Teils des Forschungsprojekts war eher bescheiden, diente er doch vielmehr der Klärung der historischen Hintergründe der drei beschriebenen Modelle. Dennoch erscheint eine historische Reflexion gerade in einer Zeit wichtig, in der gerade aufgrund der hohen Anzahl der nach wie vor in psychiatrischen Kliniken lebenden Menschen mit einer geistigen Behinderung Handlungsbedarf notwendig gegeben ist, will man Fehlentwicklungen wie Umhospitalisierung (Theunissen 1998) oder Fehlschläge vermeiden.

Konkret kamen in unserer Arbeit folgende Verfahren zur Anwendung: um die historische Entwicklung und -daraus resultierend- das anthropologische Leitbild der untersuchten Bereiche zu ermitteln, wurde auf die methodische Hermeneutik zurückgegriffen. Im Blickwinkel der Frage nach der Relevanz der Texte für die Lebenswelt eines Menschen mit einer geistigen Behinderung, ausgehend von dem Vorverständnis der direkten Wahrnehmung dieser Lebenswelt, wurde versucht, durch Analyse und Feinanalyse der Texte im Rahmen des hermeneutischen Zirkels möglichst genaue Aussagen über die Konzeption einer Anthropologie zu erstellen, die diesen Texten implizit zugrundeliegt. Das so erforschte Menschenbild diente in einem zweiten Schritt als Grundlage der Beschreibung von Milieus, in denen der Prozeß der quantitativ und qualitativ ausgerichteten empirischen Forschung schließlich stattfand.

Wichtig erschien die Kritik aller drei beschriebenen und analysierten Systeme unter dem Paradigma der Normalisierung und des Empowerment. (Theunissen 1999a). Der Begriff, ursprünglich der amerikanischen Bürgerrechtsbewegung entstammend, ist für alle gesellschaftlichen ("Rand"-) Gruppen von Bedeutung, die durch gesell-

schaftliche Umstände daran gehindert sind, ihr Leben selbstbestimmt zu gestalten. Im Bezugsrahmen der Heilpädagogik war man lange davon ausgegangen, per vermeintlicher Überlegenheit als Nichtbehinderter am besten zu wissen, was für den betreffenden Menschen mit Behinderungen "am besten" ist. Dieser Irrtum war umso fataler, je weniger ein Mensch in der Lage war, für seine Rechte und Bedürfnisse selbst einzutreten. Das Zurückgewinnen der Kontrolle des Einzelnen über sein Leben, und zwar unabhängig von Behinderung, ist die wesentliche Zielaussage des Empowerment: "Das Sich-Bewusstwerden und die Selbst-Aneignung von Lebensgestaltungskräften dient dabei im wesentlichen dem Ziel, Verfügung und Kontrolle über die eigenen Lebensumstände und Zukunftsperspektiven (wieder-) zu gewinnen, um ein möglichst unabhängiges, selbständiges Leben verwirklichen zu können"(Theunissen 1999a, S.101). Gemeint ist das Recht auf Selbstbestimmung in Beziehung und in Wechselwirkung mit der Umwelt. Ein vom Individuum nicht beeinflussbares System wirkt sich auf das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, über die je eigenen Lebensvollzüge selbst entscheiden zu können, naturgemäß fatal aus.

In einem (methodisch, nicht zeitlich) zweiten Schritt wurde versucht, die Frage zu beantworten, ob und in welcher Weise das Milieu Auswirkungen hat auf die Kompetenz (besser: Performanz) der Menschen, die dort leben, wobei das besondere Augenmerk den Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung galt. Aus noch näher zu beschreibenden Gründen mußte die vom heutigen erziehungswissenschaftlichen Standpunkt aus unerwünschte Form der Definition von schwerer geistiger Behinderung verwendet werden, nämlich die der WHO im Rahmen des ICD 10, worin geistige Behinderung nach wie vor als psychische Erkrankung betrachtet wird. Als leicht, mittelgradig oder schwer geistig behindert eingestuft waren diese Menschen in allen drei untersuchten Bereichen ausnahmslos durch psychiatrische Diagnosen, die dann als "kleinster gemeinsamer Nenner" einer Vergleichbarkeit (neben Alter und Geschlecht) verwendet wurden. Die Beurteilung der gezeigten Fähigkeiten oblag den jeweiligen Betreuern, die aufgrund ausführlicher Vorgespräche mit dem Verfahren vertraut gemacht waren und mit dem zu beobachtenden Menschen seit mindestens einem Jahr in enger Verbindung standen.

Für den Bereich der psychiatrischen Stationen und der Wohngruppen war ein weiteres empirisches Verfahren möglich, das mittels Videoaufzeichnungen das Kommunikationsverhalten der Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Situation des Mittagessens festhielt. Dem voraus gingen umfangreiche Vorbereitungen durch zwei ABM-Kräfte des Heilpädagogischen Instituts der Universität Kiel, die dazu dienten, die Menschen mit der Videokamera vertraut zu machen und Ängste und Vorbehalte abzubauen.

Im folgenden soll der methodische Ablauf des Forschungsprojektes kurz skizziert werden. Dieser entspricht nicht dem chronologischen Ablauf, da bei Einbeziehung der Verf. in das Projekt ein Teil der Datenerhebung seitens des HPI bereits erfolgt war.

- Hermeneutische Erschließung der zugrundeliegenden Anthropologie der jeweiligen Institution auf der Basis der nach fachspezifischen Kriterien ausgewählten grundlegenden Texte; Kritik der Ansätze
- Beschreibung der einzelnen Einrichtungen in Bezug auf Größe, Binnenstruktur etc. aufgrund eigener Erhebungen, der Analyse von Konzeptionen und Aufzeichnungen der Gespräche mit Mitarbeitern
- Analyse der jeweiligen Milieus aus systemökologischer Sicht unter dem Leitgedanken eines Lebens so normal wie möglich
- Datenerhebung bezüglich der praktischen, kognitiven und sozialen Kompetenz der Menschen mit Behinderungen in den verschiedenen Milieus
- Auswertung der gewonnenen Daten mittels des Datenanalysesystems SPSS und Interpretation
- Erstellung von Videoaufzeichnungen in Psychiatrie und Wohngruppe, anschließend Analyse des Kommunikationsverhaltens der gefilmten Menschen
- Verifizierung der gewonnenen Daten mittels SPSS
- Auswertung und Interpretation der gewonnenen Daten

Die Durchführung des Projektes stieß auf mehrere Schwierigkeiten (beispielsweise den Umstand, daß die Einwilligungserklärungen zu den Videoaufzeichnungen durch die fakultativ zuständigen Betreuer reichlich lange auf sich warten ließen bzw. für das anthroposophische Heim überhaupt nicht zu erlangen waren), so daß sich ein erheblich höherer Zeitaufwand als ursprünglich berechnet ergab. Gleichzeitig wurde das Enthospitalisierungsprogramm seitens der Klinik und des Heilpädagogischen Institutes der Universität Kiel so zügig vorangetrieben, daß Rückfragen an die ehemaligen Stationen für Menschen mit einer geistigen Behinderung mangels ihrer Existenz bald nicht mehr möglich waren. Der Ausstieg der anthroposophischen Einrichtung aus dem Forschungsprozeß in Bezug auf die Videoaufzeichnungen war zwar bedauerlich, aber zu erwarten. So konnte im Endeffekt bezüglich der letztgenannten Einrichtung nur eine eingeschränkte Auswertung erfolgen.

3. Zum Terminus geistige Behinderung

3.1. Vorbemerkung

Einen Menschen mit der Bezeichnung geistig behindert zu versehen, birgt mehrere Gefahren, von denen die Stigmatisierung und daraus resultierend die Diskriminierung dieses Menschen wohl die offensichtlichste ist. Behinderung wird allgemein als Minusvariante menschlichen Lebens betrachtet: ein "Behinderter" kann gewisse Dinge nicht, die einem "Nichtbehinderten" selbstverständlich gelingen. Von dieser Bezeichnung des "Weniger - Könnens" zum Gedanken des "Weniger - Wert - Seins" mit all seinen furchtbaren Konsequenzen mag es dann nur noch ein kleiner Schritt sein. Im Zeitalter der Bioethik wird Behinderung zum tunlichst zu vermeidenden medizinisch-biologischen Faktum, und die in der öffentlichen Diskussion immer selbstverständlicher als notwendig angesehene pränatale Diagnostik und der damit verbundenen Möglichkeit zur straffreien Spätabtreibung führt nicht etwa, wie suggeriert wird, zur Vermeidung von Behinderung, sondern zur Tötung von Menschen mit Behinderung: "Wie wollen wir eigentlich den Behinderten neben uns klar machen, daß sie nicht biologische Betriebsunfälle sind, die besser hätten verhindert werden müssen?" (Bleidick 1994, S.9). Verantwortlich kann mit der Zuschreibung des Behindert - Seins nur umgegangen werden, wenn sie nicht ein wie auch immer geartetes Defizit impliziert, sondern sich auf das Recht des Betroffenen auf eine der eigenen Lebensrealität angemessenen Hilfeleistung bezieht, wobei bezüglich Art und Umfang der Hilfeleistung einzig der betroffene Mensch zu entscheiden hat.

Damit ist die Definition von schwerer geistiger Behinderung bzw. verwandter Begriffe wie schwerster Behinderung oder Intensivbehinderung denkbar schwer zu leisten, ohne auf eine Betrachtungsweise von Defekt, aber besonders ausgeprägt, zurückzugreifen. Schwerste geistige Behinderung beispielsweise einzig als besonders schwere kognitive Beeinträchtigung zu betrachten, würde bedeuten, die Komplexität des Phänomens zu unterschätzen. Auf eine definitorische Festlegung des Begriffes Behinderung und schwerster geistiger Behinderung ganz zu verzichten erscheint zusätzlich problematisch, da man so eine Unschärfe in der Verständigung über das eigentlich Gemeinte heraufbeschwört (dazu auch Speck 1997).

Festzustellen ist, daß es verschiedene Zugangsweisen zu dem Begriff Behinderung gibt, die sich dem Problemkomplex beispielsweise aus medizinisch-defektologischer, lerntheoretischer oder kommunikationsorientierter Sichtweise nähern. Die folgenden Ausführungen möchten aufgrund der Vielschichtigkeit des Sujets exemplarisch verstanden sein.

3.2. Medizinisch orientierte Sichtweise

Geistige Behinderung unterteilt die WHO nach der Art ihrer Ausprägung in leichte, mittlere, schwere und schwerste Form und definiert geistige Behinderung als "eine sich in der Entwicklung manifestierende, stehen gebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten, mit besonderer Beeinträchtigung von Fertigkeit-

ten, die zum Intelligenzniveau beitragen, wie z.B. Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten" (ICD 10, S.238). In der zitierten Fassung (ICD 10) wurde der Begriff geistige Behinderung durch Intelligenzminderung ersetzt; Bezugspunkt der Klassifikation ist der Intelligenzquotient des Probanden und der Hinweis auf eine vermutete hirnorganische Schädigung für den Bereich der schweren und schwersten Intelligenzminderung. Dabei stellt sich die Frage nach der Meßbarkeit von Intelligenz speziell im niedrigen IQ-Bereich: Menschen mit schwerster geistiger Behinderung dürften schwerlich in der Lage sein, den Anweisungen im Rahmen eines Testverfahrens Folge zu leisten.

Zentrale Termini einer medizinischen Klassifikation von geistiger Behinderung sind organische Schädigung und Beeinträchtigung des Individuums: "Die meisten Personen dieser Gruppe (gemeint ist: der schwer intelligenzgeminderten Personen, d.Vf.) leiden an einer deutlich ausgeprägten motorischen Schwäche oder anderen Ausfällen, welche auf das Bestehen einer klinisch signifikanten Schädigung oder Fehlentwicklung des Zentralnervensystems hinweisen" (a.a.O., S.242).¹

3.3. Gesellschaftlicher Aspekt

Den Bezug von Menschen mit Behinderung und Gesellschaft hat beispielsweise Jantzen (1992) im Blick; "Behinderung kann nicht als naturwüchsig entstandenes Phänomen betrachtet werden. Sie wird sichtbar und damit als Behinderung erst existent, wenn Merkmale und Merkmalskomplexe eines Individuums aufgrund sozialer Interaktion und Kommunikation in Bezug gesetzt werden zu gesellschaftlichen Minimalvorstellungen über individuelle und soziale Fähigkeiten. Indem festgestellt wird, daß ein Individuum aufgrund seiner Merkmalsausprägung diesen Vorstellungen nicht entspricht, wird Behinderung offensichtlich, sie existiert als sozialer Gegenstand erst von diesem Augenblick an" (S.18). Behinderung ist nach diesem Verständnis also nicht eine primär dem Individuum innewohnende Eigenart, sondern wird zur Behinderung erst in der Interaktion mit der das Individuum umgebenden Umwelt und ihren (überzogenen?) Ansprüchen; Behinderung entsteht folglich immer erst im gesellschaftlichen Kontext.²

Den Begriff geistige Behinderung bzw. die Bezeichnung von Personen als geistig behindert sieht Feuser (1996) als gesellschaftliche Projektion: "Es gibt Menschen, die wir aufgrund unserer Wahrnehmung ihrer menschlichen Tätigkeit, im Spiegel der Normen, in dem wir sie sehen, einem Personenkreis zuordnen, den wir als 'geistig-

¹ Ergänzend muß angemerkt werden, dass die WHO in ihrem Verständnis von Behinderung im umfassenden Sinn (also nicht nur Intelligenzminderung) nicht nur auf den organischen Defekt (impairment) Bezug nimmt sondern die daraus resultierenden funktionellen Beschränkungen (diabilities) bzw. soziale Benachteiligungen (handicaps) ebenfalls thematisiert (dazu Speck 1997, Rödler 1993, Seifert 1997b).

² Jantzen hat den Begriff Behinderung im Verlauf des Werkes bezüglich Schädigung und psychischer Entwicklung bzw. Kommunikation und Interaktion noch erweitert und präzisiert.

behindert' bezeichnen.(...)Die Aussage 'geistige Behinderung' ist eine auf einen anderen Menschen hin zur Wirkung kommende Aussage schlechthin" (S.18).

Diese gesellschaftlich verursachte Zuschreibung einer Andersartigkeit läßt den so bezeichneten Menschen der Gefahr der Isolation anheimfallen. Damit geschieht eine Beeinträchtigung seiner Entwicklung, die als "dialektischer Wechselwirkungsprozeß zwischen Individuum und Umwelt, dessen Nahtstelle der Wahrnehmungsprozeß ist" (Seifert 1997b, S.15) betrachtet wird. Stigmatisierung und daraus resultierend Isolation sorgen dafür, daß ein "Typus" geistig behinderter Mensch als der grundsätzlich Andere, als Mensch außerhalb gesellschaftlicher Normalität, betrachtet wird. Wird hingegen die gesellschaftliche Erwartungshaltung, das gesellschaftliche Verständnis von Normalität, ersetzt durch die Vorstellung eines kompetenten Ich, wird der Begriff der geistigen Behinderung überflüssig: "Was wir als 'Behinderung' fassen und an einem Menschen gering achten oder gar abqualifizieren, in der Regel aber als defizitär betrachten, ist Ausdruck einer Kompetenz; Ausdruck der Kompetenz, (autokompensatorisch und autoregulativ) lebensbeeinträchtigende (bio-psycho-soziale) Bedingungen zum Erhalt der individuellen Existenz im jeweiligen Milieu ins System zu integrieren" (Feuser 1996, S.23).

3.4. Kommunikation und Interaktion

Auf den Aspekt der Isolation als fehlender Möglichkeit der Aneignung von Welt weisen des weiteren Pfeffer (1982, 1984) oder Thimm (1990) hin. In unterschiedlicher Radikalität verweisen diese Ansätze auf die grundlegende Bedeutung von Umwelt und in der Folge Kommunikation und Interaktion für die Entwicklung des Individuums. Ebenso ist zu erwähnen Thalhammers Theorie von geistiger Behinderung als "kognitives Anderssein". Daraus resultieren Schwierigkeiten des Menschen mit einer geistigen Behinderung im Sich-Verständlich-Machen und im Verstehen gleichermaßen. Aufgabe einer Geistigbehindertenpädagogik muß es daher sein, notfalls lebenslang Bedingungen zu schaffen, in denen der Mensch mit einer geistigen Behinderung in seinen Bedürfnissen und Plänen verstanden wird (dazu Speck 1997, S.43 f.).

So problematisch der Begriff der Andersartigkeit in diesem Kontext sein mag (dazu Feuser 1996): Kernaussage dieses Ansatzes ist, daß es die Aufgabe der Menschen ist, die mit Menschen mit geistiger Behinderung umgehen, durch eine weitestgehende Anpassung von Umwelt und Anforderungen an die Möglichkeiten eines Menschen mit geistiger Behinderung die drohende Isolation zu verhindern. Gefordert ist demzufolge nicht eine einseitige Anpassungsleistung des Menschen mit Behinderung an vorgeblich normale Bedingungen, sondern die Anpassung der Umwelt an dessen spezielle Bedürfnislage.

3.5. Entwicklung und Lernverhalten

Bach (1979) nimmt das Lernverhalten als zentrale Kategorie der Zuschreibung von geistiger Behinderung: "Als geistigbehindert gelten Personen insofern und solange,

als ihr Lernverhalten nicht nur vorübergehend wesentlich hinter der am Lebensalter orientierten Erwartung liegt und durch ein Vorherrschen des anschauend-vollziehenden Aufnehmens, Verarbeitens und Speicherns von Lerninhalten und einer Konzentration ihrer Lerninteressen auf direkter Bedürfnisbefriedigung Dienendes gekennzeichnet ist" (S.5). Diese Andersartigkeit im Lernverhalten erfordert demzufolge besondere (sonder-) pädagogische Maßnahmen. Sicherlich ist mit dieser Definition jedoch nicht eine Engführung des Begriffs auf den Bereich des schulischen Lernens gemeint; Lernen umfaßt zum Beispiel den Bereich von Sprache und Motorik ebenso wie den kognitiven Bereich im engeren Sinne. Bleidick (1974) betont dagegen den Aspekt der Erziehung des Menschen im allgemeinen, der durch eine geistige Behinderung in besonderer Weise geprägt wird, aber dennoch Erziehung und nichts anderes ist. Erziehung muß sich in ihrer Gültigkeit gerade auch unter besonderen Bedingungen bewähren.

Von anthroposophischer Seite betont König (1977) das gemeinsame der "normalen" und der "abnormen" Entwicklung. Behinderung manifestiert sich in einem Stehenbleiben in der Entwicklung auf entwicklungsmäßig früherem Niveau, als es dem Lebensalter entspricht; dabei bezieht König diese Vorstellung auf alle Arten von Behinderung, nicht nur auf eine geistige: "Jedes Kind, das geboren wird, ist natürlicherweise ein zerebral gelähmtes Kind. Es kann weder gehen noch stehen noch sitzen noch sonst irgend etwas. Solange uns nicht klar ist, daß jeder von uns einmal ein zerebral gelähmter Mensch gewesen ist, der Schritt für Schritt im Erwerb seiner Aufrichtekraft, seines Sprechens und so weiter, diese Lähmung überwinden konnte, solange werden wir nicht begreifen, um was es sich denn eigentlich handelt, wenn wir solchen Kindern begegnen. Da tritt uns etwas, das in die Säuglingszeit gehört, in einem späteren Alter entgegen" (König 1977, S.23).

Ähnliche Gedankengänge finden sich bei Mall (1992) oder Fröhlich (1991) in Bezug auf Menschen mit schwerster geistiger Behinderung, die gleichsam in der sensomotorischen Form der Intelligenz stehen geblieben zu sein scheinen und in allen Bereichen des Lebens Hilfe und Unterstützung benötigen. Fröhlich nennt speziell die Bereiche Kommunikation, Lage- und Ortsveränderung, Erkundung von Körper und Umwelt, Informationsentnahme in komplexen Situationen, der Selbstversorgung, der Eigenaktivität und der Lebensplanung (Seifert 1997b).

3.6. Geistige Behinderung und Biographie

Theunissens (1989, 1999) "Arbeitsdefinition" von Behinderung fußt auf der bereits erwähnten Definition der WHO, nach der ein Zusammenspiel von Schädigung, Beeinträchtigung in den Lebensvollzügen und gesellschaftliche Benachteiligung beim Zustandekommen einer Behinderung zusammenwirken.³ Im Rahmen einer "verstehenden Diagnostik" (Jantzen, Dörner) gilt es, die Biographie des Menschen mit Behinderung in erstens möglichst umfassender, zweitens verstehender Art und Weise zu erfassen, um sein So -Sein in der aktuellen Lebenssituation besser verstehen zu können. Gerade bei Menschen mit einer langen "Anstaltskarriere" kann vordergrün-

³ Für den Personenkreis der Menschen mit einer geistigen Behinderung ist die WHO-Definition wesentlich enger gefaßt.

dig "störendes" Verhalten auf der Grundlage der persönlichen Biographie oft ganz anders eingeordnet und somit verstanden werden. Somit erleichtert die "verstehende Diagnostik" die Kommunikation gerade auch mit Menschen mit schwerster Behinderung.

Ebenfalls betont Speck (1997) das Zusammenwirken von "psycho-physischer Schädigung", "Umwelt" und dem Menschen mit geistiger Behinderung als "Person", also als "Eigeninstanz für Werte und Handeln", als "autonomes System" : "Erst aus der Wechselwirkung der genannten Faktoren ergibt sich die ganze Komplexität dessen, was unter geistiger Behinderung im Sinne einer pädagogisch-sozialen Aufgabe zu verstehen ist" (a.a.O., S.61/61). Eine Arbeit mit Menschen mit einer geistigen Behinderung muß somit alle drei Komponenten berücksichtigen.

3.7. Zusammenfassung

Es bleibt festzuhalten, daß es schlecht bestellt ist um eine "allgemein gültige" Definition des Begriffes "geistige Behinderung". Das mag aus wissenschaftlicher Sicht wenig befriedigend erscheinen, ist jedoch im Bemühen um eine Nicht - Stigmatisierung der betroffenen Menschen ein nicht zu unterschätzender Vorteil: die Vielschichtigkeit der Definitionen bringt eine Offenheit mit sich, die sich einer definitorischen Fest - Legung eines allgemein gültigen Verständnisses von geistiger Behinderung erst einmal entzieht.

Für die vorliegende Untersuchung wurde auf eine Definition von Theunissen (1999) zurückgegriffen, die besonders die Problematik von geistiger Behinderung in Verbindung mit z.T. langjähriger Hospitalisierung im Blick hat; auf der anderen Seite umfaßt sie auch den Personenkreis von Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen Verhaltensauffälligkeiten bzw. zusätzlichen Behinderungen. Folgende Problembereiche werden beschrieben:

"Hospitalisierungssymptome bei lern- oder leicht geistig behinderten Menschen - häufig in Verbindung mit einer sozialen Hintergrundproblematik (Milieuschäden, Verwahrlosung,, Obdachlosigkeit);

Schwerste Formen einer intellektuellen (kognitiven) Beeinträchtigung (Menschen, die sich auf einem sehr frühen sensomotorischen Entwicklungsniveau bewegen);

Schwere körperliche Beeinträchtigungen und/oder Sinnesschädigungen im Zusammenhang mit einer stark reduzierten Lernbasis (sogenannte Intensivbehinderte);

Massive Verhaltensauffälligkeiten (Hospitalisierungssymptome) im Zusammenhang mit einer schweren kognitiven Beeinträchtigung;

Umfängliche autistische Verhaltensweisen (frühkindlicher Autismus) bei einer unterstellten stark reduzierten Lernbasis;

Chronische Krankheiten (Anfallsleiden, Herzinsuffizienz, Psychose) bei einer schweren kognitiven Beeinträchtigung" (S.15).

Diese Definition schwerer und schwerster geistiger Behinderung bezieht sich nicht nur auf Menschen, die langzeithospitalisiert waren (wie die ehemaligen Patienten der

Landeslinik), sondern schließt auch den Personenkreis mit ein, der in der beschriebenen anthroposophischen Einrichtung Heimat gefunden hat. Bei diesen Menschen handelt es sich relativ selten um solche mit einem langen vorausgegangenen Psychiatrieaufenthalt, jedoch sind Verhaltensstörungen, autistisches Psychosyndrom, Psychosen, Sinnesbehinderungen als die Integration zusätzlich erschwerende Faktoren häufig.

4. Zum Begriff der Lebensqualität

4.1. Lebensqualität als Menschenrecht

Lebensqualität ist ein Begriff, der ursprünglich nicht explizit in den Bezugsrahmen der Heilpädagogik gehörte: die Grundgedanken zur Lebensqualität entstanden in der Folge des Wirtschaftswunders der 50er und frühen 60er Jahre, als man begann, nicht mehr das Wirtschaftswachstum als alleinige Komponente für die Lebenszufriedenheit einer Gesellschaft anzusehen, sondern auch immaterielle Werte wie Zufriedenheit und Selbstbestimmung für den Gedanken einer Lebensqualität mit einzubeziehen. Die OECD verabschiedete Anfang der 70er Jahre ein Programm, in dem folgende soziale Indikatoren als Zielbereiche benannt wurden:

1. Gesundheit
2. Persönlichkeitsentwicklung
3. Arbeit
4. Zeitbudget und Freizeit
5. Verfügung über Güter und Dienstleistungen
6. Physische Umwelt
7. Persönliche Freiheitsrechte und Rechtswesen
8. Qualität des Lebens in der Gemeinde (vgl. Wacker et al. 1998, S.18).

Mit der Verabschiedung dieses Programms als verbindlich für alle Mitgliedsstaaten der OECD war es erstmals möglich, mit Hilfe empirischer Verfahren einen höheren oder niedrigeren Lebensstandard im Vergleich einzelner Länder ebenso zu bestimmen wie auch im Vergleich einzelner Bevölkerungsschichten innerhalb eines Landes. Lange Zeit wurde dieser Wertekatalog jedoch nicht als verbindlich für die Lebensgestaltung von Menschen mit geistiger Behinderung angesehen. Die durch die orthodoxe psychiatrische Lehrmeinung tradierte Definition der geistigen Behinderung als psychische Erkrankung versetzte den Betroffenen in den Status eines Patienten.

Betrachtet man nun auf der Ebene der nachweisbaren Indikatoren für Lebensstandard das OECD-Programm als verbindlich, so zeigt sich, daß die Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung in allen Bereichen Gefahr läuft, nicht der durchschnittlichen Lebensqualität von Menschen ohne Behinderungen zu entsprechen:

Für den Bereich der Gesundheit besteht die Gefahr, daß physische Bedürfnisse vernachlässigt oder nicht in für den Betroffenen befriedigender Weise erfüllt werden. Speziell Einrichtungen von der Größe und Struktur einer Anstalt ordnen die Bedürfnisse des Einzelnen den Erfordernissen einer Zentralversorgung nur allzuoft unter. Persönlichkeitsentwicklung, näher bestimmt als intellektuelle und kulturelle Entfaltung durch Lernen (vgl. Wacker et al. 1998), ist für einen Menschen mit einer geistigen Behinderung in zunehmendem Maße gefährdet, wie ihm der Zugang zu Bildungsmaßnahmen verwehrt bleibt oder auch wie eine dem Individuum angemessene Form der Förderung unterbleibt.

Im Bereich des Arbeitslebens ist die Lebensqualität für einen Menschen mit geistiger Behinderung zum Beispiel dann gefährdet, wenn die Möglichkeit einer (entlohnten)

Beschäftigung mit dem Hinweis auf die Schwere der Behinderung gar nicht erst angeboten wird.

Die Verfügung über ein Zeitbudget und Freizeit ist für Menschen mit geistiger Behinderung gefährdet aus zweierlei Gründen: ohne die Möglichkeit zu arbeiten oder zumindest an einem Arbeitsprozeß teilzuhaben, existieren keine Übergänge zwischen Arbeitsleben und Freizeit; die Tage verlaufen in undifferenziertem Gleichmaß. Die freie Verfügung über den Tagesablauf ist durch die Notwendigkeit der Abhängigkeit von Hilfeleistungen durch andere massiv eingeschränkt.

Eine freie Verfügung über Güter und Dienstleistungen ist dann eingeschränkt, wenn zum Beispiel durch eine Heim- oder Anstaltsstruktur beides zugemessen und nicht selbst gewählt werden kann.

Die physische Umwelt eines Menschen mit geistiger Behinderung entspricht nicht dem Lebensstandard des Bevölkerungsdurchschnitts, wenn ihm das Recht auf den eigenen Wohnraum verwehrt wird und stattdessen das Leben auf einer psychiatrischen Station für Langzeitpatienten als einzig mögliche Wohnform zugemutet wird.

Die persönlichen Freiheitsrechte und die Gleichheit im Rechtswesen ist für Menschen mit Behinderung durch das Grundgesetz garantiert: dennoch kann es zu Rechtsverletzungen zum Beispiel im Bereich des alltäglichen Umgangs kommen, wenn Wünsche und Gestaltungsmöglichkeiten zugunsten äußerer Erfordernisse zurückgestellt oder nicht beachtet werden.

Die Qualität des Lebens in der Gemeinde hängt für einen Menschen mit einer geistigen Behinderung wesentlich vom Grad seiner Integration ab. Die physische Integration, das heißt das Leben in gemeindeintegrierten Wohnformen, ist da nur die -wenngleich unabdingbare- Voraussetzung. Ohne Hilfen bei der Anbahnung und Förderung sozialer Beziehungen außerhalb des eigenen Wohnbereichs bleibt speziell für einen Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung die Integration in die Gemeinde eine rein äußerliche.

4.2. Lebensstandard und Lebenszufriedenheit

Der Punktekatalog umfaßte jedoch außerdem noch nicht die Komponente der subjektiven Lebenszufriedenheit als im gleichen Maße mitentscheidend für die Lebensqualität des Einzelnen (vgl. Beck 1994, 1998). Objektive äußere Bedingungen können in ihrer Meßbarkeit zwar Aufschluß über ein "Mehr" oder "Weniger" dieser Indikatoren abbilden und dienen so als Instrument zur Beseitigung von Mangelzuständen, jedoch: welche Bedeutung der Einzelne diesen Komponenten zumißt, bleibt ebenso im Dunkeln wie die subjektive Zufriedenheit des Einzelnen mit seinen Lebensumständen. Persönliche Zufriedenheit kann für sich genommen jedoch ebensowenig als Indikator für Lebensqualität gelten, beispielsweise können hospitalisierte Menschen mit ihren Lebensumständen "zufrieden" sein, weil sie andere Möglichkeiten der Lebensgestaltung entweder gar nicht kennen oder für die eigene Lebensplanung ausgeschlossen haben. Die scheinbare Zufriedenheit dient dann als psychischer Schutzmechanismus: "Offenbar macht der Insasse sich das amtliche Urteil über seine Person zu eigen und versucht, den perfekten Insassen zu spielen. Während der kolonisierte Insasse sich, so gut es geht, unter Einsatz der beschränkten Möglichkeiten ein freies Gemeinschaftsleben aufzubauen sucht, ist die Haltung des Konvertiten

eher diszipliniert, moralistisch und monochrom, wobei er sich als einen Menschen darzustellen sucht, mit dessen Begeisterung für die Anstalt das Personal allezeit rechnen kann" (Goffman 1973, S.67).

Lebensqualität umfaßt also notwendig beide Komponenten: objektive Lebensbedingungen und subjektive Zufriedenheit. Eine Untersuchung mit der Zielperspektive, Lebensqualität zureichend beschreiben zu können, muß also auf der einen Seite objektiv meßbare äußere Gegebenheiten ebenso rezipieren wie es notwendig erscheint, das individuelle Wohlbefinden des einzelnen Betroffenen zu ergründen: "Individuelles Wohlbefinden wird (...) als ein Ergebnis von Prozessen betrachtet, in denen es gelingt, das Alltagsleben, aber auch besondere Belastungen in subjektiv befriedigender und objektiv Bedürfnisse ausreichend sichernder Weise zu bewältigen. Individuelles Wohlbefinden ist eine subjektive, im individuellen Erleben realisierte Kategorie; es stellt eine affektive Bilanz von Emotionen und eine kognitive Bewertung der Bedürfnisbefriedigung und damit der alltäglichen Erfahrungen dar. Es umfaßt eine physische Dimension der physiologischen Bedürfnisse, eine psychisch-emotionale Dimension (hier geht es um Bedürfnisse wie die nach Persönlichkeitsentwicklung, Selbstverwirklichung, Anerkennung) und die soziale Dimension der Bedürfnisse nach sozialer Zugehörigkeit, Kommunikation und Interaktion" (Beck 1998, S.207).

Ein hohes Maß an Lebensqualität hängt also von der Befriedigung der menschlichen Bedürfnisse auf der physischen, psychischen und sozialen Ebene ab. Dabei unterscheiden sich die Bedürfnisse von Menschen mit geistiger Behinderung grundsätzlich nicht von denen nicht behinderter Menschen. Die Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung, speziell aber von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung kann jedoch auf allen drei Ebenen als potentiell gefährdet beschrieben werden. Zwar, so sollte man annehmen, muß in unserem Wohlfahrtsstaat niemand mehr hungern und frieren, jedoch bleibt im Zusammenhang beispielsweise einer psychiatrischen Klinik dem "Patienten" mit einer geistigen Behinderung in der Regel weder eine Wahlfreiheit über die Art noch über den Zeitpunkt des Essens, seine psychischen Bedürfnisse erfahren strukturbedingt nicht die nötige Aufmerksamkeit, und die Art der sozialen Kontakte ist durch die "Mitpatienten" nicht frei wählbar. In eingeschränktem Maße gilt diese strukturbedingte Hilflosigkeit der Bewohner auch in Heimen, wenn nicht deutlich konzeptionell, also handlungsleitend, gegengesteuert wird: "Das Ausmaß der Zusammenarbeit mit Klienten beinhaltet eben nicht nur das "Aufgreifen" und "Abstimmen" der Bedürfnisse von Klienten und den daraus folgenden Zielplanungen durch Mitarbeiter. Wesentlich als Entwicklungschance für behinderte Menschen ist auch, ob ihre Wahrnehmungen, ihre Planungen und Tätigkeiten und ihre Bewertung ernst genommen werden" (Gromann 1998, S.101).

- Je gravierender die physische und/oder intellektuelle Beeinträchtigung eines Menschen ausgeprägt ist, desto notwendiger ist er bei der Befriedigung seiner Bedürfnisse und somit bei der Sicherung seiner Lebensqualität angewiesen auf
- das Vorhandensein eines angemessenen Umfeldes und die Hilfe durch andere Personen.

Neben der Gefahr der Restriktion bei der Befriedigung der Grundbedürfnisse besteht vor allem die Gefahr einer stark eingeschränkten bis gar nicht mehr vorhandenen Entscheidungsfreiheit in der Verfolgung ihrer persönlichen Vorstellungen in Bezug auf die Pflege, die Mahlzeiten etc.. Speziell bei Menschen mit sehr eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten bedarf es einer hohen Anstrengung seitens der sie begleitenden Menschen, diese eigenen Vorstellungen erstens zu verstehen, zweitens ernstzunehmen und drittens als Grundlage für das eigene Handeln zu betrachten. Gefordert sind sowohl strukturelle Voraussetzungen, die persönliche Entscheidungsspielräume für den Menschen mit Behinderungen ermöglichen, als auch konzeptionelle Vorgaben, die die Notwendigkeit des Einräumens von Entscheidungsfreiheit vorschreiben.

Es ist unmittelbar einsichtig, daß sich mit der Schaffung adäquater Lebensbedingungen in den oben beschriebenen Bereichen (unter Beachtung des Gefährdungspotentials von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung) ein Lebensstandard erreichen läßt, der sich von dem von Menschen ohne Behinderungen nicht grundlegend unterscheidet. Lebensqualität, umfassend betrachtet, hängt jedoch in gleichem Maße vom persönlichen Grad der Lebenszufriedenheit des einzelnen ab. Nach Beck (1994, 1998) hängt mit dem Lebensstandard die Befriedigung des Bedürfnisses nach existentieller Sicherheit zusammen. Gesundheit und Rechtssicherheit sind nicht nur Bedürfnisse, sondern Gegebenheiten von existentieller Notwendigkeit. Ebenso ist der Mensch als soziales Wesen ohne Einbindung in ein Gemeinwesen - wie eng oder locker diese Einbindung auch sein mag - in seiner sozialen Bedürftigkeit nicht befriedigt.

Daneben stehen die Bedürfnisse des Einzelnen nach Partizipation und Selbstbestimmung: "Soziale Integration und Partizipation, die Förderung von Bewältigungsfähigkeiten und Kompetenzen, individuellen Wünschen, Bedürfnissen und normalisierten Lebensbedingungen sind die wichtigsten Ziele der international anerkannten Leitkonzepte Integration durch Normalisierung und Lebensqualität" (Beck 1998, S.211). Neben dem bereits erwähnten Bereich der Partizipation am "ganz normalen" gesellschaftlichen Leben sind Menschen mit schwerer und schwerster Behinderung im dritten angesprochenen Bereich häufig eingeschränkt oder gefährdet: je höher der Grad der Abhängigkeit von durch andere Menschen erbrachte Hilfeleistungen und je geringer die Fähigkeit zur verbalen Kommunikation, desto größer erscheint die Gefahr, daß persönliche Neigungen und Vorlieben des Menschen mit einer geistigen Behinderung ebenso unberücksichtigt bleiben wie die Lebensträume und Ziele des Einzelnen. Die persönliche Abhängigkeit und damit die eigene Machtlosigkeit wird umso stärker erlebt, je geringer die Einflußmöglichkeiten auf das Umfeld des Individuums und auf die Lebensgestaltung des Einzelnen betreffenden Abläufe sind. Umso mehr besteht die Gefahr der Resignation und -in der Folge- der Entpersönlichung. Das Vorhandensein dieser eher latenten Gefährdung der Lebensqualität von Menschen mit Behinderungen kann nicht genug betont werden: sind nicht ausreichende äußere Standards relativ leicht zu identifizieren, so ist wesentlich schwerer zu beurteilen, ob ein Mensch mit massiv eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten wirklich so leben will, wie er lebt -er erscheint doch äußerlich zufrieden- oder ob nicht

eine resignative Haltung vorliegt, die sich mit den obwaltenden Umständen notgedrungen abgefunden hat.

Konzepte und die Praxis in verschiedenen Wohnformen für Menschen mit geistiger Behinderung werden sich also an den folgenden Kriterien messen lassen müssen: gefordert ist

- die Bereitstellung eines normalen Lebensstandards
- die Möglichkeit der äußeren und inneren gesellschaftlichen Integration
- das Erstnehmen der Willensäußerungen des Menschen mit Behinderungen als handlungsleitend für die Personen, die mit dessen Begleitung auf den unterschiedlichsten Ebenen befaßt sind.
- das aktive Ergründen von Vorstellungen und Wünschen zur Lebensgestaltung des Menschen mit Behinderung durch die begleitende oder auch pflegende Person

Nur unter der Vorgabe der Subjektzentriertheit jeder Hilfeleistung entgeht man der Gefahr einer Entpersönlichung des Menschen mit Behinderung: "Die Eingliederungsziele für einen schwer geistig behinderten Menschen können sich nicht an einem einzigen oder nur von außen gesetzten Wert orientieren, sondern müssen in Relation zu seinem Ausgangspunkt, seinen Belastungen gesehen werden. Sie müssen alle Dimensionen des Wohlbefindens: subjektive Zufriedenheit und objektive Lebensbedingungen, soziale Unterstützung und umfassende Teilhabe berücksichtigen und sie müssen zum Ausdruck bringen, daß diese Teilhabe voraussetzungslos, bedingungslos erfolgt und gesellschaftlich notwendig ist" (Beck 1998, S.213).

4.3. Zur Erforschung von Lebenszufriedenheit bei Menschen mit schwerer geistiger Behinderung

Bei Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung scheint ein Gespräch über die Zufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation oft nicht oder nur sehr begrenzt möglich. Um auf ein symbolisches Verfahren ausweichen zu können (wie zum Beispiel auf gezeichnete lächelnde/traurige Gesichter als Symbol für Zufriedenheit oder Unzufriedenheit im Rahmen einer Befragung) bedarf es der Voraussetzung, daß der Befragte zu einem Transfer auf seine eigene Situation in der Lage ist. Dazu kommt bei sprechfähigen Menschen mit schwerer geistiger Behinderung (aber nicht nur bei diesen) die Gefahr der "sozial erwünschten" Antwort: im Rahmen der Untersuchung "Leben im Heim" (Wacker et al. 1998) wurde eine Bewohnerin befragt, ob sie mit den Mahlzeiten zufrieden sei, was sie bejahte. In mehreren beobachteten konkreten Essenssituation verhielt sie sich massiv ablehnend, wollte weder das Angebotene zu sich nehmen noch ging sie auf Alternativvorschläge ein. Die Unzufriedenheit war also "offensichtlich", obwohl von der Befragten das Gegenteil behauptet worden war.

Es empfiehlt sich ein Rückgriff auf Verfahrensweisen, die auch im Rahmen der "Verstehenden Diagnostik" (Theunissen 1999a, auch: Jantzen 1998), die die Biographie der Menschen mit Behinderung als konstitutiv für ein Erfassen seiner Jetzt - Situation

ansieht, Anwendung finden. Auch Theunissen geht von einer erschwerten Kommunikation mit Menschen mit einer (schweren) geistigen Behinderung aus: ""Hinzu kommt, daß gerade bei Menschen mit geistigen Behinderung die sprachlichen Mitteilungs- und Selbstbeobachtungsfähigkeiten oft begrenzt sind, weswegen teilnehmende (dialogisch-kooperative) und nicht-teilnehmende (beschreibende) Verhaltensbeobachtungen und Verlaufsprotokollierungen sowie Aufzeichnungen von verbalen und non-verbalen Interaktionen mittels Video oder Tonband als Informations- und Auswertungsmaterial (monitoring) hilfreich, ja häufig unverzichtbar sind (Theunissen 1999a, S.196).

Das Vorliegen von Bildmaterial bietet zudem den Vorteil der leichteren intersubjektiven Nachprüfbarkeit der gewonnenen Erkenntnisse: der Beobachter ist bei der Frage nach der Lebenszufriedenheit eines Menschen in einer definierten Situation darauf angewiesen, sprachliche und nichtsprachliche Äußerungen richtig wahrzunehmen und zu interpretieren. Dies erfordert ein vorurteilsloses Sich - Hineinversetzen in die Lage des Beobachteten und ein Interpretieren seiner Äußerungen. Die Gültigkeit der so gewonnenen Erkenntnisse kann durch andere Beobachter ebenso gestützt (oder gegebenenfalls widerlegt) werden wie durch wiederholtes Analysieren des Bild- oder Tonmaterials Wahrnehmung präzisiert oder gegebenenfalls korrigiert werden kann.

5. Konzepte zu verschiedenen Wohnformen für Menschen mit einer geistigen Behinderung

5.1. Langzeitpatienten mit einer geistigen Behinderung in der Psychiatrie

5.1.1. Zum psychiatrischen Verständnis von geistiger Behinderung

Nach der herrschenden medizinischen Lehrmeinung ist geistige Behinderung nicht eine Variante innerhalb der Bandbreite menschlicher Begabungen, sondern eine eindeutig zu definierende Krankheit. Nach der Definition der WHO wird geistigen Behinderung als Intelligenzminderung bezeichnet und dargestellt; der Terminus geistige Behinderung taucht nur noch in der Rubrik "zugehörige Begriffe" auf: "Eine Intelligenzminderung ist eine sich in der Entwicklung manifestierende, stehen gebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten, mit besonderer Beeinträchtigung von Fertigkeiten, die zum Intelligenzniveau beitragen, wie z.B. Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten" (WHO 1993, S.256). Die WHO unterscheidet in ihrem Diagnoseschema zwischen leichter (F 70), mittelgradiger (F71), schwerer (F72) und schwerster (F73) Intelligenzminderung. Als diagnostische Leitlinie wird das Ergebnis von ausreichend standardisierten Intelligenztests empfohlen, gleichzeitig wird auf den aus der Sozialpsychiatrie stammenden Begriff der Anpassungsstörung Bezug genommen. Dieser Umstand ist unter anderem deswegen bedeutsam, weil hier auf neuere Erkenntnisse der Sozialpsychiatrie (Dörner/Plog) Bezug genommen und die orthodoxe psychiatrische Lehrmeinung von geistiger Behinderung als ausschließlich organisch bedingte Intelligenzminderung erweitert wird.

Kennzeichnend für das Leitbild der klassischen Psychiatrie war bislang das sogenannte biologisch-nihilistische Menschenbild (Theunissen 1999a, S.40). Menschen werden nicht in ihrer Gesamtpersönlichkeit beschrieben, sondern in ihren Defiziten, sogenannten Fehlhaltungen und Verhaltensauffälligkeiten, deren einzig beschreibbare Ursache in einer organischen Schädigung liegt: "Bis zu einem IQ von 50 können partielle Begabungen durch Schule und Ausbildung noch gefördert werden. Unterhalb dieser Grenze ist die organische Schädigung bestimmend, die Störung läßt sich durch pädagogische und medizinische Maßnahmen nicht mehr beeinflussen. Es bleibt nur noch die Pflege der Kranken" (Haring 1996 (!), S.216, zitiert nach Theunissen 1999 (a), S.50).

Der Terminus "organische Schädigung" läßt bereits darauf schließen, daß geistige Behinderung einzig an biologischen Kriterien festgemacht wird. Psychosoziale Komponenten bleiben unberücksichtigt.

Völlig problematisch wird diese defizitorientierte Darstellung, wenn sie zu Aussagen über Gefühlsleben und Bildungsfähigkeit führen, die der Festschreibung eines defizitären Zustandes gleichkommen: " Bei Idiotie besteht völlige Bildungsunfähigkeit. (...)Zum Erwerb der Sprache ist der Idiot unfähig. In schwersten Fällen fehlt die Fähigkeit zur koordinierten Bewegungen; die Kranken können nicht allein essen, oft auch nicht gehen. Anstelle sprachlicher Äußerungen treten unartikulierte Laute. Idio-

ten sind unrein, laut, erethisch und aggressiv"(a.a.O., S.288)⁴ . Diese Art von Aussagen sind auch in neueren psychiatrischen Lehrbüchern keineswegs die Ausnahme (vgl. Theunissen 1999a). Entwürdigend ist nicht nur die Art der Darstellung von Menschen, sondern die damit verbundene Prognostizierung der Unmöglichkeit einer Veränderung zum Besseren. Kompetenzen, die ein einzelner Mensch aufweist und die Möglichkeiten der Förderung bieten, werden nicht beschrieben. Der Mensch scheint ausschließlich aus seinen Defiziten zu bestehen, die ob ihrer ausschließlichen organischen Ursache, die noch dazu als unheilbar beschrieben wird, als unveränderbar angesehen werden.

Nun ist es für das Problemverständnis einer medizinischen Fachrichtung, wie es die Psychiatrie nun einmal ist, naheliegend, in den Kategorien krank/gesund bzw. heilbar/unheilbar zu denken. Da eine -zumal schwere- geistige Behinderung bis heute nicht als organisch heilbar erscheint, ist es nachvollziehbar, daß das psychiatrische Menschenbild von Menschen mit einer geistigen Behinderung größtenteils in der beschriebenen Weise erscheint. Es bleibt das Verdikt der nicht vorhandenen Bildbarkeit für den Personenkreis der Menschen mit einer schweren oder schwersten geistigen Behinderung größtenteils bestehen. Kennzeichnend für das "biologisch-nihilistische" (Theunissen) Menschenbild der Psychiatrie bleibt die Bezogenheit auf die (hirn-)organische Schädigung mit dem Postulat der Unheilbarkeit. Andererseits ist es kennzeichnend für eine medizinische Position, daß sie sich mit Defekten organischer Art bzw. -im Rahmen der Psychiatrie- seelischer, aber immerhin pharmakologisch zu beeinflussendere Art befassen muß.

Daß es sich bei der Position von beispielsweise Haring (1996) nicht um einen Einzelfall handelt, läßt sich auf der Grundlage anderer Lehrbücher der Psychiatrie leicht belegen. So heißt es sogar in der Psychiatrie-Enquete von 1975, die die Ausgliederung von Menschen mit einer geistigen Behinderung aus der Psychiatrie einfordert, über Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung: Schwerst- und Mehrfachbehinderte sind "zeitlebens oder über längere Zeit hinweg bettlägerig, bewegungsge-stört bis zur Bewegungsunfähigkeit, an einem oder mehreren Sinnesorganen ge-schädigt, nicht ansprechbar, antriebslos, verhaltensgestört" (Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD 1975, S.226).

Verheerend müssen diese Darstellungen von Menschen mit einer geistigen Behinderung auf diejenigen wirken, die mit der medizinischen Betreuung und Pflege eben dieser Menschen später befaßt sein sollen, nämlich auf Ärzte und Pfleger:

"Geistige Behinderung ist im Lichte dieser Argumentation eine ausschließlich individuelle (Krankheits-) Kategorie, ein persönliches, unveränderliches und somit hinzu-nehmendes Schicksal. Diese Pathologisierung geistiger Behinderung impliziert, dass bei der Ursachenforschung nur biologisch gedacht und schlussgefolgert wird; dazu kommt eine Praxis, die sich durch soziale Blindheit disqualifiziert" (Theunissen 1999a, S.41).

⁴ Problematisch ist nicht unbedingt die Beschreibung von Erscheinungsformen (die durchaus bei manchen Menschen zu beobachten sind), sondern die Beschränkung der Beschreibung auf ein völliges Negativbild auf der einen, die Generalisierung auf der anderen Seite.

Daß die Darstellung von Menschen mit einer geistigen Behinderung in der neueren psychiatrischen Literatur nicht eindeutig ist, zeigen Beispiele aus anderen Lehrbüchern, deren Autoren sich jedoch explizit als psychiatriekritisch verstehen. So schreiben Dörner/Plog: "Insbesondere bei Schwerbehinderten ist es ebenso schwierig wie notwendig, auch die geringsten Ansätze dafür zu sammeln und auszubauen, daß der Behinderte seine Lebensbedingungen kontrolliert und daß er Teilnehmer und Träger menschlicher Gesellschaftlichkeit im wirtschaftlichen, kulturellen und sozialen Bereich wird - innerhalb ebenso wie außerhalb der Einrichtung"(1984, S.84).

Auch in ihrem Verständnis von geistiger Behinderung befinden sich Dörner/Plog jenseits der orthodoxen psychiatrischen Lehrmeinung: Geistige Behinderung wird nicht als primäre unheilbare Organschädigung mit der Folge einer retardierten Intelligenzentwicklung unterschiedlicher Ausprägung verstanden, sondern vielmehr als das Fehlen von Möglichkeiten der Aneignung von Fähigkeiten. Diese Fähigkeiten, bzw. die Notwendigkeit ihrer Aneignung, ist ein gesellschaftliches Postulat, also eine Anforderung seitens gesellschaftlich gesetzter Normen an die lebenspraktischen, sozialen und kognitiven Fähigkeiten ihrer Mitglieder.

Der Mensch mit einer geistigen Behinderung entwickelt nach Dörner/Plog Strategien zur Rettung seines Selbstbildes, die auf die Umwelt als Anpassungs- oder Verhaltensstörungen wirken. Das Wesentliche an dem Erscheinungsbild geistiger Behinderung ist für den Ansatz der Sozialpsychiatrie also nicht eine Organschädigung, die oft genug in der psychiatrischen Diagnose nur vermutet werden kann. Wichtig ist für Dörner/Plog, das Verhalten eines Menschen mit einer geistigen Behinderung zu verstehen und im Kontext seiner Selbst- und Außenweltwahrnehmung als für das Individuum sinnvolle Anpassungsstrategie zu interpretieren. Demzufolge gibt es auch kein isoliertes Fehlverhalten außerhalb einer gesellschaftlich gesetzten Norm oder außerhalb einer Beziehungsstruktur.

Folgerichtig fordern Dörner/Plog dann auch die Ausgliederung von Menschen mit einer geistigen Behinderung aus den psychiatrischen Kliniken in ein normalisiertes Umfeld. Geistige Behinderung als psychiatrisches Krankheitsbild im Sinne einer psychischen Störung erscheint damit ebensowenig weiter vertretbar wie geistige Behinderung als organische Erkrankung -was natürlich nicht heißt, daß bestimmte organische Erkrankungen eine geistige Behinderung verursachen können - entscheidend ist, daß die geistige Behinderung selbst nicht als eigenständiges "Krankheitsbild" betrachtet werden sollte; Förderung und Betreuung von Menschen mit einer geistigen Behinderung sollten von Pädagogen übernommen werden.

Problematisch erscheint eine weitere Sichtweise von Menschen mit einer geistigen Behinderung durch die Psychiatrie: sogenannte Verhaltensstörungen werden nicht, wie bei Dörner/Plog (a.a.O.) als Versuch einer Anpassung an die äußeren Verhältnisse mit den zur Verfügung stehenden Mitteln gedeutet (und folglich als, vom Standpunkt des Betroffenen aus betrachtet, durchaus vernünftige Reaktion), sondern als ursächlich mit der Behinderung zusammenhängendes Symptom. So wird z.B. bei Berner (zitiert nach Bradl 1987, S.15) die Auffassung vertreten, daß bei "Schwach-

sinnigen" das "häufige Auftreten von Triebdurchbrüchen, die oft zu einem devianten Sexualverhalten (...) führen", zu beobachten ist, sowie vom "torpiden" und "erethischen Schwachsinnigen" gesprochen. Die Diagnose der "Pfropfschizophrenie" als ursächlich mit der geistigen Behinderung einhergehend, findet sich nach wie vor in Patientenakten. Auch Unruhezustände werden noch häufig ursächlich mit dem Auftreten einer geistigen Behinderung in Zusammenhang gebracht. Nun ist es tatsächlich so, daß eine hirnorganische Schädigung sowohl zu einer geistigen Behinderung als auch zu motorischer Unruhe führen kann - wieder ist aber die geistige Behinderung nicht als Ursache zu betrachten, sondern als eine der möglichen Folgen einer hirnorganischen Schädigung, die mit motorischer Unruhe einhergehen kann, aber nicht muß.⁵

Nun kann nicht ernsthaft davon ausgegangen werden, daß Menschen mit einer geistigen Behinderung nicht psychisch erkranken. Ebenso kann der Zusammenhang einzelner organischer Schädigungen oder Krankheiten mit einer Intelligenzminderung in Abrede gestellt werden, wobei die Aufgabe des Mediziners dann darin bestünde, die ursächliche Erkrankung zu erkennen und zu behandeln. Geistige Behinderung als eigenständiges psychiatrisches Krankheitsbild jedoch ist von behindertenpädagogischer Seite aus nicht zu halten.

5.1.2. Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Geschichte der Psychiatrie

Im Verständnis der Psychiatrie spielte die geistige Behinderung als eigenständiges Erscheinungsbild erst relativ spät eine Rolle: "Die Schwachsinnigen bildeten keine gesondert beachtete Gruppe unter den Taubstummen, Kretinen, Geisteskranken oder sonstwie Auffälligen" (Hauss 1989, S.11). Im vorindustriellen agrarisch geprägten Deutschland waren die meisten Menschen mit einer geistigen Behinderung selbstverständlicher Teil einer Dorfgemeinschaft und wurden von dieser meist mitgetragen (übrigens ein Gedanke, den die anthroposophisch orientierte Sozialtherapie wieder aufgegriffen hat). Nachdem geistige Behinderung -als Idiotie bezeichnet- als eigenständiges Krankheitsbild in den Lehrbüchern der Psychiatrie auftauchten, waren die so bezeichneten Menschen sehr schnell mit dem Verdikt des Unnützens behaftet. Mit Haindorf (1811, zitiert nach Hauss a.a.O. S.19) wurden die Menschen, die man heute vermutlich als geistig schwerstbehindert bezeichnen würde, als nicht menschlich betrachtet.

Die so beschriebenen Menschen befinden sich für Haindorf noch unter der Stufe des Tieres auf der der "reinen Vegetation". Damerow (a.a.O., S.26) schreibt: "Denn die echten Kretinen und Idioten haben, im Gegensatz zu den Irren bis in den erworbenen Blödsinn hinein, keine natürliche menschliche Entwicklung, keine persönliche Lebensgeschichte. Körperlich in ihrer ganzen Erscheinung, Gestalt, Bildung bis in die Knochen in allen Organen und Funktionen, besonders des Gehirns und der Nerven,

⁵ Häufig findet sich in den Akten von Patienten mit einer geistigen Behinderung die Diagnose „frühkindlicher Hirnschaden“, ohne dass auf Art oder Ursache näher eingegangen wird und wohl auch nicht werden kann.

verkümmert, missgeboren, missgebildet bleiben sie Missgeschöpfe selbst im thierischen Leben, Missmenschen bei denen das menschlich psychische und geistige Leben keine immanente Stätte hat."

Mit dieser Haltung einher ging das Verständnis von geistig behinderten Menschen als Kuriositäten, die man, da man sie schon nicht umbringen durfte, an einem möglichst abgelegenen Ort verwahrte (vgl.Schröder, in: Hartmann 1983, S.38).

Es ist naheliegend, daß diejenigen Menschen in den Anstalten aufgenommen werden mußten, die aus ihrer familiären Struktur durch Schwere der Behinderung oder durch extremes Verhalten quasi herausfielen. An Heilung dachte vorläufig niemand. Geistige Behinderung als Krankheit wurde erst denkbar, als eine zunehmend naturwissenschaftlich orientierte Medizin sich von der Philosophie begann loszulösen. Mit dem Verständnis von geistiger Behinderung als Krankheit wuchs die Hoffnung auf irgend eine Form von Heilung. "Die Anregung Griesingers, daß jede Krankheit ein körperliches Korrelat habe, somit auch die Geisteskrankheit und die Idiotie, veranlaßte weitere Mediziner, dieser Behauptung auf den Grund zu gehen." (Hauss 1989,S.46). Dieser Forschungsoptimismus bezog sich freilich in der Hauptsache auf anatomische Studien. Mit dem Verständnis von geistiger Behinderung als organisch verursacht verband sich zwar zunächst die Hoffnung auf Heilung; diese erschien jedoch nur in seltenen Fällen gerechtfertigt.

Immerhin findet sich vereinzelt die Forderung nach einer menschengemäßen Unterbringung und Versorgung der "Idioten", so zum Beispiel von Seiten Esquirols. Eine Erziehung und Förderung der Menschen mit einer geistigen Behinderung geschah von Seiten der Psychiatrie nicht. Sie beschränkte sich auf das Verwahren und auf barbarische Zwangsmaßnahmen bei Unbotmäßigkeiten (vgl.Schröder a.a.O. S.42 ff). Dieser Umstand fand seine theoretische Begründung Anfang des 19. Jahrhunderts bei Reil, der eine Dreiteilung geistiger Behinderung in "leichte Fälle", also Menschen, die kaum als geistig behindert zu erkennen waren, den "mittleren Grad" an geistiger Behinderung, die den so bezeichneten Menschen immerhin noch zur Ableistung einfachster Tätigkeiten befähigte - und den "schwersten Grad"; sinnlos herumvegetierende Menschen, die in einer "Aufbewahrungsanstalt" unterkamen (Theunissen 1999a, S.24).

Zu Anfang des 20. Jahrhunderts war es für den deutschen Sprachraum Kraepelin, der eine systematische Unterscheidung der Oligophrenie in Idiotie, Imbezillität und Debilität je nach Grad der Verstandesstörung vornahm und Mongolismus und Infantilismus als zusätzliche Erscheinungsbilder einführte. Das Bemühen um eine Klassifikation stand dabei deutlich im Vordergrund; das Erkenntnisinteresse überwog gegenüber dem therapeutischen Impuls. Immerhin zieht Kraepelin nun eine pädagogische Förderung in Betracht, auch wenn er von einer Heilung nicht ausgeht. Die Anstaltsaufnahme geistig Behinderter soll geschehen, "um sie vor ihren gefährlichen Handlungen zu schützen" (Hauss 1989, S. 107).

Dieser Pessimismus, obzwar sachlich sicherlich in manchen Fällen gerechtfertigt, führte zusammen mit den immer noch nachwirkenden Denkmustern vom Idioten als

nicht menschlichem Wesen direkt in die Vernichtungsmaschinerie des 3.Reiches. Aussonderung, verbunden mit der scheinbar medizinisch eindeutig belegten Aussichtslosigkeit von Behandlung und der postulierten Qual, die das Leben für den Menschen mit einer geistigen Behinderung bedeutet, machten die Euthanasieprogramme möglich: "Selbst in Rechenbüchern der Schule fanden sich Aufgaben über die durch die Schwachsinnigenfürsorge verursachten Kosten. Die Erhaltung der kostspieligen unwerten Menschenleben wurde für alle als Last gedeutet. Das Leben der Opfer wurde selbst als Qual, die nur auf Erlösung wartet, interpretiert. So wurde einem idiotisch geborenen Kind kein Persönlichkeitswert zugebilligt, und einer Lebensverlängerung wurde mit der Befürwortung des Todes als Erlösung für sie und alle Beteiligten entgegengetreten"(a.a.O. S.123).⁶

Im Gegensatz zu diesem Menschenbild bezog der Schweizer Psychiater Bleuler (1857-1939) Position. Obwohl er ebenso wie seine deutschen Kollegen von der ursächlichen Unheilbarkeit einer geistigen Behinderung ausging, empfahl er eine sorgfältige Pädagogik, die er für nicht nur gerechtfertigt, sondern sogar für sehr aussichtsreich hielt. Im Gegensatz dazu sah er auffällige Verhaltensmuster durch falsche Behandlung, Erziehung und Führung des Zöglings überhaupt erst entstehen - einer der ersten Autoren der Milieutheorie. Wenngleich Bleuler die Förderung geistig Behinderter als explizit pädagogische Aufgabe ansah und eine Chance zur Besserung eben in der richtigen Erziehung sah, war er durchaus der Ansicht: "Es ist eine große und schöne ärztliche Aufgabe, Schwachsinnigen beizustehen" (a.a.O. S.138). Einschränkung anzumerken ist allerdings der wahrscheinliche Ausschluß von Menschen mit schweren und schwersten geistigen Behinderungen von den Fördermaßnahmen.

5.1.3. Zum Verhältnis von geistiger Behinderung und Psychiatrie heute

Dieser Rückblick auf das Bild des Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Psychiatriegeschichte mag als Hilfe zum Verständnis des heute (noch) vorherrschenden defizitorientierten biologisch-nihilistischen Menschenbildes der orthodoxen Psychiatrie dienen. Als abnorm klassifizierte, jedoch nicht heilbare Zustände stellen die auf Heilung von Krankheiten ausgerichtete Medizin (deren Teilgebiet die Psychiatrie ist) vor ein grundsätzlich nicht lösbares Problem.

Insofern ist es einsichtig, daß die orthodoxe Psychiatrie bei der Beschreibung von Defizitzuständen stehen bleiben muß, da sie mit den ihr zur Verfügung stehenden Mitteln nicht in der Lage ist, den Zustand des Menschen mit einer geistigen Behinderung ursächlich zu heilen.Theunissen (1999a) hat diesen Umstand als individualistisch-disziplinierendes Behandlungsprinzip klassifiziert. Damit verbunden, beschränkt sich die Psychiatrie in ihrer schulmedizinischen Ausrichtung auf eine Symptomkur, die zum Beispiel Unruhezustände mit sedierenden Medikamente behandelt, ohne tieferliegende Ursachen in Betracht zu ziehen.

⁶ Die Aberkennung der Personwerts findet sich heute bei dem Utilitaristen Singer: „Die Tötung eines behinderten Säuglings ist nicht moralisch gleichbedeutend mit der Tötung einer Person. Sehr oft ist sie überhaupt kein Unrecht“(Singer 1984,S.188).

Man würde es sich zu leicht machen, wenn man "die Psychiatrie" als alleinige Ursache für die Segregation von Menschen mit einer geistigen Behinderung durch die Unterbringung in der "totalen Institution" (Goffman) Psychiatrie zur Verantwortung ziehen würde. Über Jahrzehnte hinweg war die Psychiatrie ein Ort, wo Menschen mit einer geistigen Behinderung leben konnten, wenn das familiäre System sich als nicht mehr tragfähig erwies. Alternativen waren -in beschränktem Maße- Anstalten, die sich in der Regel aus Gründen der christlichen Verpflichtung zur Caritas in kirchlicher Trägerschaft befanden. Dazu kam die Vorstellung, daß speziell Geisteskranke, aus ihrem krankmachenden Umfeld herausgenommen und in Spezialeinrichtungen untergebracht, in der Anstalt eine Art heilendes Milieu finden könnten (Droste 2000, S.13). Diese Vorstellung wurde für die Unterbringung der Blödsinnigen übernommen und erfüllte damit eine doppelte Funktion: der Mensch mit geistiger Behinderung war aus den sozialen Bezügen der sogenannten Normalen entfernt; somit mußte sich die Gesellschaft nicht mehr mit ihm befassen. Gleichzeitig hatte man die beruhigende Gewißheit, für diesen Menschen das Beste getan zu haben, indem man ihn in einem scheinbar angemessenen Umfeld scheinbar gut aufgehoben wußte.

Der Aufbau eines einigermaßen ausreichenden Netzes von Hilfsmaßnahmen für die betroffenen Familien und die Errichtung von Fördereinrichtungen für die betroffenen Menschen mit einer geistigen Behinderung geschah erst in den letzten drei bis vier Jahrzehnten. Noch heute fehlt es weitgehend an Wohnmöglichkeiten, speziell für Menschen mit schwerer geistiger Behinderung und/oder Verhaltensauffälligkeiten. Heute leben Menschen mit einer geistigen Behinderung deshalb in psychiatrischen Kliniken, weil sie entweder als Langzeitpatienten schon seit Jahren dort leben (und noch vor wenigen Jahren Alternativmöglichkeiten der Unterbringung nicht existierten) oder weil sich aufgrund der örtlichen Gegebenheiten keine andere Unterbringungsmöglichkeit findet (siehe Bradl 1987, Theunissen 1986, 1996, Maas 1986).

Diese letztgenannte Menschengruppe kann beschrieben werden als schwer- bis schwerst geistig und mehrfachbehindert. Theunissen (1999a, S.15) beschreibt Menschen als schwerstbehindert, bei denen eine oder mehrere der folgenden Erscheinungsbilder auftreten:

- Hospitalismussymptome bei lern- oder leicht geistig behinderten Menschen - häufig in Verbindung mit einer sozialen Hintergrundproblematik (Milieuschäden, Verwahrlosung, Obdachlosigkeit);
- Schwerste Formen einer intellektuellen (kognitiven) Beeinträchtigung (Menschen, die sich auf einem sehr frühen sensomotorischen Entwicklungsniveau bewegen);
- Schwere körperliche Beeinträchtigungen und/oder Sinnesschädigungen im Zusammenhang mit einer stark reduzierten Lernbasis (sogenannte Intensivbehinderte);

- Massive Verhaltensauffälligkeiten (Hospitalismussymptome) im Zusammenhang mit einer schweren kognitiven Beeinträchtigung;
- Umfängliche autistische Verhaltensweisen (frühkindlicher Autismus) bei einer unterstellten stark reduzierten Lernbasis;
- Chronische Krankheiten (Anfallsleiden, Herzinsuffizienz, Psychose) bei einer schweren kognitiven Beeinträchtigung.

Es kann unterstellt werden, daß die Psychiatrie nur sehr selten aus freien Stücken als Lebenswelt gewählt wird, weder von den Betroffenen selbst noch von den zuständigen Betreuungspersonen. Einerseits erhofft man sich eine Besserung von (zu Recht oder zu Unrecht) als psychische Krankheiten diagnostizierten Verhaltensauffälligkeiten, andererseits ist das häusliche Umfeld, meist die Eltern, mit der Betreuung des erwachsen gewordenen Kindes überfordert. Selbst- und Fremdgefährdung als Einweisungsgrund nach dem Psychatriegesetz spielt sicher auch eine Rolle. Solange die Psychiatrie in ihrer eigentlichen Funktion, nämlich als medizinisch-therapeutisches Angebot in Fällen akuter psychischer Erkrankung, genutzt wird, hat ein Mensch mit einer geistigen Behinderung das gleiche Recht wie jeder Nichtbehinderte auf Behandlung dieser Störung oder Krankheit.

Es ist sicher davon auszugehen, daß die spezielle Problematik von Menschen mit einer geistigen Behinderung und einer psychischen Erkrankung im Rahmen der normalen Akutstationen nicht adäquat bewältigt werden kann. Praktische Erfahrungen aus der Schleswigschen Landesklinik belegen diese Annahme. Eine stationäre Akutversorgung im Rahmen von Abteilungen für Menschen mit einer geistigen Behinderung steht daher außer Frage und nicht zur Kritik (Theunissen/Lingg 1999).

Problematisch wird die Lage dann, wenn entweder mangels Alternativen oder aufgrund der Zusprennung von "mangelnder Wohngruppenfähigkeit" die psychiatrische Klinik zum vorwiegenden, schließlich zum alleinigen Lebensmittelpunkt wird, also ein Zuhause außerhalb der Klinik aufhört zu existieren.

5.1.4. Die Psychiatrie als Lebensmittelpunkt

Nicht umsonst diente die Psychiatrie Goffman (1973) als Modell zur Beschreibung einer "totalen Institution." Er versteht darunter ein nach außen hin geschlossenes System, das sich durch strikte interne hierarchische Strukturen regelt. Der Druck wird von der Anstaltsleitung über die Angestellten (die Goffman durchaus auch in der Opferrolle sieht) weitergegeben, bis dem letzten Glied in der Kette - den Patienten - diese Entlastungsfunktion nicht mehr zur Verfügung steht. Eine Gestaltungsmöglichkeit von unten nach oben existiert nicht; dem Patienten wird jede Entscheidungsfreiheit in Bezug auf seine persönlichen Angelegenheiten ebenso verwehrt wie die Möglichkeit, auf diese Strukturen verändernd einzuwirken. Goffman schreibt: "Eine totale Institution läßt sich als Wohn- und Arbeitsstätte einer Vielzahl ähnlich gestellter Individuen definieren, die für längere Zeit von der übrigen Gesellschaft abgeschnitten sind und

miteinander ein abgeschlossenes, formal reglementiertes Leben führen" (Goffman 1973, S.11).⁷

Hahn (1987) hat den zunehmenden Entfremdungsprozeß, den die Langzeitunterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder ähnlich strukturierten Anstalten mit sich bringt, folgendermaßen gekennzeichnet:

- Unfreiwilligkeit der erlebten Sonderung
- Kontrolle der Sonderung durch klare Abgrenzung des Klinikgeländes
- räumliche Distanz zum ehemaligen sozialen Umfeld
- Interpretation des Anstaltsaufenthaltes als "Gefangensein"
- erfolgloses Bemühen um Überwindung der eigenen desintegrativen Situation
- nachfolgende Resignation
- das Erleben der eigenen Situation als von anderen determiniert

Dieses Erleben völliger Abhängigkeit und Machtlosigkeit führt zu dem, was man (wiederum als psychiatrisches Krankheitsbild, nur hier durch die psychiatrische Klinik selbst erzeugt) als Hospitalismus kennt. Jervis (1978, S.131) beschreibt die Entwicklung folgendermaßen: "Der Patient verschließt sich langsam immer mehr in sich selbst, wird energielos, abhängig, gleichgültig, träge, schmutzig, oft widerspenstig, regrediert auf infantile Verhaltensweisen, entwickelt starre Haltungen und sonderbare stereotype Tics, paßt sich einer extrem beschränkten und armseligen Lebensroutine an, aus der er nicht einmal ausbrechen möchte und baut sich oft als eine Art Tröstung Wahnvorstellungen auf." Umgekehrt gelingt das Ausbrechen aus dem starren Rahmen der Institution (und damit ein Entgegenwirken der Möglichkeit des Entstehens von Hospitalismus) am ehesten, wenn dem Patienten im Rahmen der Möglichkeiten Autonomie eingeräumt wird - oder eben dann, wenn der Aufenthalt in der "totalen Institution" nicht so lange dauert, daß der eigentliche Lebensmittelpunkt, das Zuhause mit dem entsprechenden sozialen Umfeld, nicht mehr existiert.

Es kann jedoch nicht etwa umgekehrt davon ausgegangen werden, daß das auffällige Verhalten der Menschen, die einer der oben erwähnten Problemgruppen angehören, einzig dem Aufenthalt in einer "totalen Institution" zuzuschreiben sind. Es gibt durchaus Menschen, die, in einem gänzlich "normalen" Umfeld lebend, dieses "schwierige" Verhalten zeigen: "Ständiges Kopfschlagen und Selbstverletzungstendenzen der Augen stürzten die neuen Betreuer (der gemeindenahen Wohngruppe, d.Vf.) in Ratlosigkeit, so daß sie Judy schließlich Tag und Nacht fixierten" (Dalferth 1999, S.95). Abgesehen davon kann keiner den Menschen mit einer geistigen Behinderung das Recht auf psychiatrische Behandlung absprechen, wenn sie denn angezeigt erscheint.

Solange der Lebensmittelpunkt des Menschen mit einer geistigen Behinderung nicht die Klinik ist, so lange ein Zuhause existiert und im Bewußtsein bleibt und so lange

⁷ Andere Beispiele totaler Institutionen sind für Goffman Gefängnisse, Konzentrationslager – und Klöster.

Außenkontakte möglich sind und gepflegt werden, ist die Gefahr des Hospitalismus nicht in gleich hohem Maße gegeben wie ohne diese Voraussetzungen.

5.1.5. Zur Lage Erwachsener mit einer geistigen Behinderung in den Langzeitstationen der Fachklinik Schleswig-Stadtfeld

5.1.5.1. Struktur

Die Langzeitstationen der Fachklinik für Psychiatrie, Neurologie und Rehabilitation der Fachklinik Schleswig-Stadtfeld beherbergten am Stichtag (1.1.1995) 148 Menschen mit einer geistigen Behinderung als Patienten. Träger war das Land Schleswig-Holstein; die Umwandlung in eine Gesellschaft öffentlichen Rechts stand bevor. Die Stationen beherbergten jeweils etwa 30 Menschen mit einer geistigen Behinderung. Die Binnenstruktur war unterschiedlich: einige Stationen verfügten über 6-Bett-Zimmer, eine Station bestand aus einem einzigen Schlafsaal, der durch Querstellen von Schränken in Abteilungen zu je 8 Betten unterteilt worden war. Auf jeder Station arbeiteten jeweils 2 bis 4 PflegerInnen im Schichtdienst. Von der Qualifikation her betrachtet, handelte es sich um Krankenschwestern und Krankenpfleger bzw. Pflegehelfer. Die ärztliche Versorgung war durch Stationsärzte gewährleistet.

Es bestand eine Zentralversorgung mit Essen und Wäsche. Eine Beteiligung der Menschen mit einer geistigen Behinderung, z.B. beim Zubereiten von Mahlzeiten, war nicht möglich. Für wenige Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung bestand die Möglichkeit, Hausmeister-Hilfsdienste zu verrichten. Das gesetzlich festgelegte Taschengeld konnte an einer zentralen Stelle abgeholt werden.

Das Durchschnittsalter der Menschen mit einer geistigen Behinderung lag bei etwa 58 Jahren. Der Anteil der Männer überwog leicht (54%). Eine leichte geistige Behinderung wurde bei 13% der Menschen diagnostiziert, 27% galten als mittelgradig geistig behindert. Eine schwere geistige Behinderung lag bei 27% der Menschen vor, als geistig schwerstbehindert wurden 33% eingestuft. Die zusätzliche psychiatrische Diagnose Verhaltensauffälligkeit (einschließlich Autismus) wurde bei 19% der Patienten gestellt, die vermutete Rate an Verhaltensstörungen lag jedoch nach Auskunft des leitenden Arztes wesentlich höher, da nach orthodoxer psychiatrischer Lehrmeinung häufig auffälliges (speziell zum Symptombereich des Hospitalismus gehörendes) Verhalten als integraler Bestandteil der Diagnose geistige Behinderung gewertet wurde. Die Verweildauer der Menschen mit einer geistigen Behinderung als Patienten in der psychiatrischen Klinik war sehr divergent: der Mensch mit einer geistigen Behinderung mit der längsten Verweildauer verbrachte bereits 53 Jahre in der Klinik, der Mensch mit einer geistigen Behinderung mit der kürzesten Verweildauer befand sich seit zwei Jahren auf der Station. Die durchschnittliche Verweildauer innerhalb der psychiatrischen Klinik betrug für die Langzeitpatienten 28 Jahre.

5.1.5.2. Tagesablauf

Schwerpunktmäßig lag die Tätigkeit des Pflegepersonals in der Hilfe bei der Körperhygiene und bei der Nahrungsaufnahme. Nach dem Wecken wurden die nicht gehfähigen, sowie die im Bereich der Hygiene nicht selbständigen Menschen gewaschen und gegebenenfalls gewindelt. Ein Teil der Menschen mit einer geistigen Behinderung konnte zum Frühstück aufstehen, der Rest aß im Bett oder wurde gefüttert. Selbständige konnten die Station untertags verlassen, um am Kiosk oder in Einzelfällen in der Stadt kleine private Einkäufe zu tätigen. Für das Pflegepersonal waren weitere Schwerpunkte der Arbeit die Verabreichung der Medikation so wie die tägliche Führung der Patientenbögen. Das Mittagessen wurde zentral in der Großküche zubereitet und den Menschen mit einer geistigen Behinderung verabreicht. Einen gemeinsamen Mittagstisch gab es nicht.

Vereinzelt gab es die Möglichkeit, an einer Ergotherapiemaßnahme oder der sogenannten Patientenschule teilzunehmen. Diese Möglichkeit bestand jedoch nur für die relativ selbständigen Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen geistigen Behinderung und war nicht Teil eines individuellen Förderplanes. Der Kreis der Menschen mit einer schweren oder schwersten geistigen Behinderung oder zusätzlichen psychischen oder somatischen Störungen hatte diese Möglichkeit nicht. An medizinisch indizierten therapeutischen Maßnahmen wurde im Einzelfall Physiotherapie verabreicht.

In einigen Stationen gab es einen Tagesraum, in dem die Menschen mit einer geistigen Behinderung, sofern dazu in der Lage, ihre Mahlzeiten einnehmen konnten. Dort gab es auch die Möglichkeit fernzusehen. Die gehfähigen Menschen mit Behinderung wurden zu bestimmten Zeiten des Tages in diesem Tagesraum bei laufendem Fernseher eingesperrt und hatten weder die Möglichkeit, ihre Zimmer aufzusuchen, noch die, der akustisch-visuellen Dauerstimulation zu entgehen.

Die Zimmer boten durch ihre Bettenanzahl nicht die Möglichkeit des Rückzugs in eine Art Privatsphäre. Im Falle des nur notdürftig durch quergestellte Schränke aufgeteilten Schlafsaales war der Geräuschpegel aufgrund der Vielzahl der Menschen, die den ganzen Tag in ihren Betten verbringen mußten, den ganzen Tag über extrem hoch. Besonders problematisch erschien das Fehlen jeglicher Intimsphäre für die Menschen. So intime Dinge wie Waschen geschah bei den bettlägerigen Menschen mit einer geistigen Behinderung sozusagen vor den Augen aller.

Eine Unterbrechung der Klinikroutine war für die Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen geistigen Behinderung und einem unauffälligen Sozialverhalten insofern möglich, als sie sich außerhalb der Essenszeiten auf dem Klinikgelände relativ frei bewegen konnten. Eine der häufigen Beschäftigungen war dann das Betteln um eine Mark, um Zigaretten oder -besonders beliebt- Kassetten für den Kassettenrecorder gewesen.

Durch die Initiative einzelner Mitglieder des Pflegepersonals wurde den Menschen, denen die Möglichkeit des Sich-Entziehens nicht gegeben war, durch das Einladen

eines Akkordeon spielenden Ex-Patienten oder durch gelegentliche Ausflüge etwas Abwechslung verschafft. Der enge Stellenplan, verbunden mit dem hohen Verwaltungsaufwand, der ebenso vom Pflegepersonal geleistet werden mußte, ließ solche Unternehmungen jedoch nur sehr selten zu. Schwerstbehinderte bettlägerige Menschen hatten keine Möglichkeit, die Station zu verlassen.

5.1.5.3. Problemlage

Unschwer läßt sich erkennen, wie die von Goffman geschilderten Kriterien der "totalen Institution" auf die Langzeitstationen für Menschen mit einer geistigen Behinderung zutreffen, speziell für den Personenkreis der geistig schwer- oder mehrfachbehinderten Menschen.

- Es besteht weder Notwendigkeit noch Chance, auf den eigenen Tagesablauf Einfluß zu nehmen. Durch die Zentralversorgung mit Essen, Hygiene, Kleidung und Medikamente fehlt jeder Anreiz zur Gestaltung der eigenen Lebenswelt. Die Welt hört für die dort befindlichen Menschen mit einer geistigen Behinderung an der Anstaltsmauer auf.

Eine Auflehnung gegen die vorgegebenen Strukturen und ihre Repräsentanten ist selbst für die Gruppe der Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung unwahrscheinlich, da der vorgefundene feste Rahmen z.T. über Jahrzehnte ihrem Leben die nötige Struktur gegeben hat. Abgesehen davon bestand die einzige Chance auf die Gewährung eines geringen persönlichen Freiraums für den einzelnen Patienten in möglichst angepaßtem, unauffälligen Verhalten.

- Das Faktum der Klinik als Lebensmittelpunkt und -für viele der Menschen dort-einzig noch vorhandene Wohnform entspricht nicht dem Auftrag einer Klinik.

Krankenhäuser sollten in zeitlich begrenztem Rahmen Ressourcen zur Behandlung somatischer, psychosomatischer oder psychiatrischer Störungen zur Verfügung stellen. Ein Patient ist in einer Klinik, um behandelt zu werden und nicht, um dort sein Leben zu verbringen. Eine Klinik ist, wie beschrieben, nicht in der Lage, einem geistig behinderten Langzeitpatienten eine für ihn förderliche Wohnform zur Verfügung zu stellen - und soll es auch gar nicht.

5.2. Zur Lage Erwachsener mit einer geistigen Behinderung in anthroposophischen Einrichtungen

5.2.1. *Geschichte anthroposophisch orientierter Heilpädagogik und Sozialtherapie*

Anthroposophisch orientierte Heilpädagogik und Sozialtherapie bezieht sich in ihren Grundaussagen auf die Anthroposophie Rudolf Steiners (1861-1925). Anthroposophie versteht sich auf der einen Seite als christliche Lehre, hat aber auf der anderen

Seite eine Erkenntnistheorie hervorgebracht, die eine "Schau des Geistigen" (Steiner) postuliert, zu der ein jeder entsprechend geschulte Mensch in der Lage sein sollte. Steiner selbst hat als Grundlage für die Arbeit mit "Seelenpflege-bedürftigen" Kindern in Dornach im Jahr 1924 eine Reihe von 12 Vorträgen gehalten, die vornehmlich für Ärzte vorgesehen waren.⁸

Erste Erfahrungen mit der Erziehung behinderter Kinder bestanden seit dem Jahre 1922. Unter der Leitung von K.Schubert entstand an der 1919 in Stuttgart begründeten ersten Waldorfschule eine "Hilfsklasse", die Kinder mit unterschiedlichen Entwicklungsstörungen förderte.

Der Beginn anthroposophisch orientierter Heimerziehung datiert jedoch mit dem Jahr 1924, der Gründungen des "Lauensteins". Die drei Gründer, Pickert, Strohschein und Löffler, hatten erste Erfahrungen mit der Erziehung schwachbegabter Kinder in Jena gemacht und suchten nach einer Möglichkeit, die anthroposophische Anthropologie für die Förderung Behinderter fruchtbar zu machen. Der Einstieg gelang zunächst über den Besuch eines Vortrags für Mediziner in Dornach 1923, später durch die Teilnahme am erwähnten "Heilpädagogischen Kurs".⁹

Noch heute ist die "Konferenz für Heilpädagogik, Sozialtherapie und Soziale Arbeit", eine Art Zentralorgan für anthroposophisch orientierte Arbeit mit Menschen mit geistigen, körperlichen oder psychischen Behinderungen, psychischen Erkrankungen und Suchtproblemen, Mitglied der medizinischen, nicht etwa der pädagogischen Sektion der anthroposophischen "Hochschule für Geisteswissenschaft", dem Goetheanum in Dornach/Schweiz. Dieses Faktum hat Auswirkungen auf das Verständnis einer Pädagogik als "Heil-Pädagogik" in einem besonderen umfassenden Sinn, wovon später noch die Rede sein wird.

1985 bestanden ca. 250 Einrichtungen mit heilpädagogischer und sozialtherapeutischer Zielsetzung auf der Basis anthroposophisch orientierter Anthropologie auf der ganzen Welt. Deren Zahl dürfte sich inzwischen noch deutlich erhöht haben. 1995 ist die Zahl auf ca. 500 Einrichtungen gestiegen.

In eine Art Zwischenbereich von theologischem und metaphorischem Verständnis (Bleidick 1978, S.37ff.) fällt die anthroposophische Definition von Heilpädagogik: "Heilpädagogik ist der Impuls, im anderen Menschen, der durch Umstände oder innere Not und Verirrung nicht mehr ein würdiges Abbild des Ebenbildes Gottes ist, dieses Ebenbild wiederherzustellen; das heißt, in jedem Menschen die Fähigkeit des Gehens, Sprechens und Denkens, denn diese drei sind der Ausdruck wahren Menschseins, durch Führung und Schulung zum Durchbruch zu bringen" (K. König, in: Pietzner 1969, S.305). Damit ist keine Aburteilung desjenigen gemeint, der eben nicht "gehen, sprechen und denken" kann; gemeint ist vielmehr die Aufgabe des Hei-

⁸ „Seelenpflegebedürftigkeit bezeichnet in der von Rudolf Steiner begründeten Heilpädagogik den Zustand der schwerwiegend behinderten Menschen, deren intakte Individualität sich in der geschädigten Körperlichkeit nicht ausdrücken vermag“ (Gewalt 1982, S.570).

⁹ Es handelt sich um den „Heilpädagogischen Kurs“ vom 25.6. bis zum 7.7.1924.

lerziehers, Hilfe zu leisten bei der bestmöglichen Entfaltung der motorischen, kommunikativen und kognitiven Fähigkeiten des Einzelnen.

Als Leitbild dieser "Pädagogik zum Heile" dient der Mensch als Abbild Gottes; erreicht werden sollte dieses Ziel durch pädagogische Mittel wie "Führung und Schulung". Gleichzeitig unterscheidet sich nach Königs Ansicht diese Ansicht von Heilspädagogik fundamental von anderen Ausrichtungen durch ihr explizit auf die Anthroposophie zurückgeführtes Menschenbild: "Hier wird die kirchliche Caritas ersetzt durch die erkennende Liebe zum höheren Menschen in jedem seelenpflegebedürftigen Menschen. -Die medizinisch -psychologisch-psychiatrische Kenntnis wird durch das Heilen aus dem Wissen des Menschen als Mikrokosmos im Makrokosmos ersetzt. -Die staatliche Betätigung des Heilerziehers aber wird ersetzt durch die im Erzieher selbst sich täglich vollziehende Selbsterziehung" (K.König , in: Pietzner 1969, S.315).

Betont König hier die Verantwortung des Pädagogen für die Lebensgestaltung des Menschen mit einer Behinderung, so wird innerhalb der anthroposophisch orientierten Heilpädagogik und Sozialtherapie auch die Medizin in eine Art Mitverantwortung genommen, und zwar nicht nur bezogen auf eine somatische Störung, sondern ganzheitlich im Hinblick auf das Schicksal des Menschen mit einer Behinderung. Durch eine gezielte (vornehmlich homöopathische) Medikation soll dieser Prozeß unterstützt werden. Da das anthroposophische Menschenbild von einer leib-seelisch-geistigen Ganzheitlichkeit ausgeht, wollen seine Vertreter weder einer einseitig medizinisch-defektorientierten Ausrichtung verpflichtet sein wie einer einseitig metaphysisch-eschatologischen.

Der Terminus Sozialtherapie findet seit Anfang der siebziger Jahre zunehmend in der anthroposophisch orientierten Literatur Verwendung als Synonym für die Lebensbegleitung von Erwachsenen mit Behinderungen: "Unter sozialtherapeutischer Arbeit soll der Bereich sozialen Handelns beschrieben werden, der sich auf das Erwachsenenalter bezieht. Es wird davon ausgegangen, daß diese Entwicklungsstufe des Menschen ganzheitlich beschrieben werden kann, unabhängig von speziellen Aspekten wie z.B. der Intelligenz-Entwicklung oder der Pflegebedürftigkeit , als das In-Erscheinung-Treten des individuellen Wesenskerns des Menschen, seiner Persönlichkeit. Der Begriff der Würde des Menschen bezieht sich auf die Verwirklichung dieses Ich-haften im Menschen und der Fähigkeit, in einen verantwortlichen Bezug zu den Mitmenschen zu treten.(...) Eines jeden Menschen Lebensweg enthält die beiden Komponenten: Helfer und Hilfsbedürftiger zu sein. Wenn eine Gruppe von Menschen aus solcher Erkenntnis einen gemeinsamen Lebensweg gestaltet, wird Sozialtherapie möglich" (Holtzapfel 1974, S.9).

Sozialtherapie in diesem Sinne erkennt also dem erwachsenen Menschen mit einer Behinderung das Recht zur Selbstbestimmung zu, weil die Reife des unverletzten "Ich" nach anthroposophischem Verständnis dies fordert. Der Pädagoge wechselt von der Rolle des Erziehers in die des Lebensbegleiters. Selbstverständlich wird in der anthroposophischen Anthropologie nie das Sein des behinderten Menschen als Person in Zweifel gezogen, und zwar unabhängig von Merkmalen wie Alter, Kommu-

nikationsfähigkeit und Ichbewußtsein. Der Personwert des Einzelnen steht in jedem Fall außer Zweifel. Gemeint ist mit dieser Definition vielmehr: Persönlichkeit ist das im Menschen von Kind auf veranlagte Individuelle, das sich entfaltet und beim Erwachsenen zur Reife kommt.

Der Begriff Sozialtherapie wirkt jedoch nicht ganz glücklich gewählt, denn es wird ja weder das soziale Umfeld des Menschen mit einer Behinderung therapiert, noch ist im engeren Sinne Therapie überhaupt gemeint - geht man einmal vom gängigen Verständnis von Therapie als "medizinisch fachlich indiziert" (Bleidick 1974, S.209) aus. Vielmehr ist mit dem Terminus Sozialtherapie gemeint eine Art Auftrag zur Gestaltung eines gemeinsamen sozialen Gefüges, in das Persönlichkeit, Stärken und Schwächen des Einzelnen unabhängig vom Status des Behindert -oder Nicht-behindert-Seins einfließen sollen.

5.2.2. *Behinderungstheoretische Relevanz anthroposophischer Anthropologie - zur Entstehung von Behinderung*

Die Frage nach einer "Theorie der Behinderung", die sich aus dem anthroposophischen Menschenbild ergibt, muß in einer ausdifferenzierten Form gestellt werden:

- Wie erklärt Steiner Behinderung an sich?
- Welche Folgerungen resultieren aus diesem Menschenbild für die Lebensgestaltung des erwachsenen Menschen mit Behinderung?

Der Begriff "Behinderung" beziehungsweise "Mensch mit Behinderung" wird seit einigen Jahren auch in anthroposophischen Kreisen synonym zu "Seelenpflegebedürftig" oder auch "entwicklungsgestört" (Weihs 1974) verwendet. Insofern erscheint es korrekt und im Interesse einer allgemeinen Verständlichkeit angebracht, im Folgenden von Behinderung zu sprechen.

Im Grundsatz bezieht sich die anthroposophische Heilpädagogik und Sozialtherapie in ihrem Behinderungsbegriff auf das, was Holtzapfel die "geistige Kraftgestalt" des Menschen nennt: "Rudolf Steiner hat die Kräfte, die hier unter der allgemeinen Bezeichnung "geistige Kraftgestalt" zusammengefaßt werden, im einzelnen beschrieben als die "vier Wesensglieder", als "Dreigliederung des Menschen", als "verfestigende und auflösende Kräfte", als die "Polarität von Aufbau und Abbau" im menschlichen Organismus" (1976, S.17). Gesundheit entsteht, wenn sich diese geistige Kraftgestalt im Gleichgewicht befindet. "Gewinnt eine dieser Kräfte das Übergewicht oder läßt in ihrer Wirksamkeit nach, so entsteht eine Verschiebung des Gleichgewichts und damit eine pathologische Entwicklung" (a.a.O., S.16). Diese Vorstellung, die Steiner mehrfach dargelegt hat (1922, 1923), unterscheidet in dieser Fassung nicht zwischen dem Zustand einer Krankheit oder Störung und dem einer Behinderung. Das "Bild" der Verschiebung des Kräftegleichgewichts ist unabhängig vom Grad, aber auch von der Dauer einer Beeinträchtigung.

Ebenso generalisiert erscheint die Theorie der Entstehung von Behinderung, die sich auf die "Viergliedrigkeit" des Menschen bezieht: Behinderung jedweder Art entsteht nicht etwa durch die Schädigung eines einzelnen Organs, sondern durch das unzureichende Ergreifen der geschädigten Physis durch das (unverletzte) Ich des Menschen. Ein (intaktes) Geistig - Seelisches trifft auf eine Physis, die einen oder mehrere Defekte aufweist. In ganz individueller Art und Weise manifestiert sich die Behinderung. Unterstützt wird diese Theorie durch die Beobachtung, daß identische Schädigungen speziell des Gehirns nicht das gleiche Erscheinungsbild einer Behinderung hervorrufen: "Auf eine frühkindliche Hirnschädigung gleicher Art oder Lokalisation reagiert jedes Kind anders und offenbart sich dadurch als ein intaktes seelisch-geistiges Menschenwesen, welches seine Behinderung auf eine nur ihm eigentümliche Weise gestalten und überwinden will" (Müller-Wiedemann 1974, S.19).

Mit dieser Betonung des jeweils Individuellen eng verbunden ist die Anschauung des unverletzlichen Geistigen in jedem Menschen, und sei er auch noch so behindert. Steiner selbst schreibt dem behinderten Menschen sogar eine besondere Nähe zum Geistigen und damit eine besondere Würde und Aufgabe zu.¹⁰ Das Geistig - Seelische ist nach Steiners Auffassung unverletzlich: "Rudolf Steiners Auffassung vom Menschen als Werdendem entspricht den Zeichen unserer Zeit, die von alten patriarchalischen Sozialformen zu neuen brüderlichen Formen strebt. Diese nicht nur christliche Entwicklung führt auch über das Vorurteil >primärer geistiger Behinderung< hinaus, denn sie läßt erkennen, daß Entwicklungsbehinderungen immer auf Grund leiblicher und seelischer Faktoren entstehen und daß das geistige Wesen im Einzelmenschen unverletzlich ist" (Weihs 1974, S.22).

Diese Orientierung am unverletzten Geistigen in jeder Individualität impliziert eine hohe Wertschätzung, eine Achtung vor der einzelnen Persönlichkeit, die in einem mehr defektorientierten Denkansatz leicht verlorengeht. Ein Behinderter soll in anthroposophischen Einrichtungen nie über seine Schädigung (beispielsweise als "der Epileptiker") definiert werden. Allein diese Achtung vor dem Einzelnen und die Wahrnehmung seiner individuellen Bedürfnisse, die in anthroposophisch orientierten Einrichtungen durchgängig gepflegt werden, machen wohl einen großen Teil ihrer Anziehungskraft aus.

Oft mißverstanden wird die Bedeutung der Reinkarnationslehre Steiners für die anthroposophisch orientierte Heilpädagogik und Sozialtherapie. Ein behinderter Mensch hat nach dieser Auffassung sein Schicksal - also die Behinderung - in der Regel nicht durch Fehlverhalten in einer früheren Inkarnation sozusagen selbst verursacht, vielmehr kann es sein, daß dieses Schicksal "selbst gewählt" ist, um bestimmte Erfahrungen zu machen: "Dieser Mensch, der heute also als ein ganz verrückter sich auslebt, der kann unter Umständen eine sehr bedeutende Inkarnation gewesen sein in früheren Zeiten, in genialischer Weise sich in früheren Zeiten ausgelebt haben irgendeinmal" (Steiner 1975, S.36).

¹⁰ „Die Irrsinnigen sind die eigentlich göttlichen Menschen.(...) Wenn ein abnormes Symptom auftritt, so ist etwas da, das, geistig gesehen, näher dem Geistigen steht als dasjenige, was der Mensch in seinem gesunden Organismus tut“(Steiner 1975, S.75).

Diese Einstellung impliziert zunächst eine hohe Achtung vor der jeweiligen Individualität. In einem zweiten Schritt folgt dann aber daraus, daß es sich bei einer Behinderung nicht um eine "Fehlleistung der Natur" handelt, sondern um einen für diese Individualität zunächst durchaus sinnvollen Zustand. Heilpädagogisches oder sozialtherapeutisches Handeln verfolgt nicht allein das Ziel einer vollständigen Rehabilitation im Sinne einer Heilung gleichsam von außen; vielmehr soll das Kind resp. der Erwachsene in die Lage versetzt werden, sich mit dem eigenen Schicksal auseinanderzusetzen und es sinnvoll zu gestalten. So gesehen, hat jedes Leben "Sinn", egal welchen Grad der Beeinträchtigung es aufweist.

Gerade in der Förderung Schwerstbehinderter, wo eine Heilung offensichtlich nicht erreichbar scheint, ist der Gedanke einer Hilfe zur sinnvollen Schicksalsgestaltung für die innere Haltung des Heilpädagogen oder Sozialtherapeuten sicherlich hilfreich. Andererseits fordert dieses Verständnis von der Präexistenz des Individuums vom Sozialtherapeuten ein hohes Maß an Bereitschaft, diese sehr spekulativen Ansichten zumindest zu tolerieren, sollte er sich schon nicht in der Lage fühlen, sie selbst zu vertreten.

Bedingt durch den Umstand, daß sich Steiner erst am Ende seines Lebens mit Heilpädagogik befaßte und daher die Zeit zu einer ausführlichen, systematischen Darstellung nicht mehr gegeben war, blieb das, was Steiner selbst zu einzelnen Behinderungen sagte, fragmentarisch. Der "Heilpädagogische Kurs" war eine Reihe von Vorträgen, die Steiner vor "Ärzten und Heilpädagogen" (Steiner) hielt und während derer ihm eine Reihe von Kindern mit verschiedenen Störungen vorgestellt wurden. Die Auswahl der sogenannten Krankheitsbilder war daher ausgesprochen zufällig; ebenso folgt die Vortragsreihe keiner Systematik.

Bei der Darstellung dieser sogenannten Krankheitsbilder muß in Betracht gezogen werden, daß Steiner den Menschen immer als Einheit von Leib, Seele und Geist verstanden hat.¹¹ Die Behinderung ist nach dieser Auffassung der physische Zustand eines (unverletzten) Seelisch - Geistigen, das sich diesen Leib quasi als Aufgabe gestellt hat. Daraus folgt auf der einen Seite ein enger Zusammenhang von physischer Behinderung (auch eine geistige Behinderung wird nie als Behinderung des Geistes, sondern als organische Schädigung betrachtet) und dem "Wesen" des Behinderten, auf der anderen Seite aber die Betonung des individuellen Umgangs mit dieser Schädigung. Die Beschreibung der "Wesenseigenarten", die den Krankheitsbildern zugeschrieben werden, ist eine Beschreibung von Tendenzen, nicht die eines statischen Zustandes: "Die Beziehungen zwischen Leibprozessen und seelischen oder charakterologischen Verhaltensformen, auf denen alle bisherigen Konstitutions-theorien basieren, werden geisteswissenschaftlich weder so verstanden, als handele es sich beim Seelischen nur um Epiphänomene biologischer Prozesse, noch so, als handele es sich um einen einfachen Parallelismus. Auch zeigt sich, daß seelisches

¹¹ „Mit Leib ist hier dasjenige gemeint, wodurch sich dem Menschen die Dinge seiner Umwelt offenbaren.(... Mit dem Wort Seele soll auf das gedeutet werden, wodurch er die Dinge mit seinem eigenen Dasein verbindet, wodurch er Gefallen oder Missfallen, Lust oder Unlust, Freude oder Schmerz an ihm empfindet. Als Geist ist das gemeint, was in ihm offenbar wird, wenn er, nach Goethes Ausdruck, die Dinge als „gleichsam göttliche Wesen“ ansieht“(Steiner 1975, S.22).

Verhalten und Erleben nicht aus leiblichen Vorgängen kausal abgeleitet werden können. Vielmehr werden die Fülle der verschiedenen Erscheinungsformen der menschlichen Gestalt und die tiefer liegenden organischen Bildungsprozesse als Möglichkeit gesehen, durch welche sich das seelisch-geistige Ich-Wesen des Menschen irdisch zu offenbaren vermag" (Müller-Wiedemann 1974, S.7).

5.2.3. Zum Verständnis der Förderung innerhalb der anthroposophischen Sozialtherapie

Steiner und seine Apologeten verstehen den Menschen mit einer Behinderung aus einer weltanschaulich-religiösen Sicht heraus, die, obwohl sie sich explizit mit den sogenannten Krankheitsbildern auseinandersetzt, keine Defektorientiertheit, sondern eine Wertzuschreibung hervorbringt. Die Lehre vom "unverletzten Kern" des Menschen beschreibt eine Art wesensimmanente Kompetenz, die den Menschen mit einer Behinderung zur "Schicksalsbewältigung" befähigt. Die Rolle des Sozialtherapeuten ist in jedem Fall die eines Begleiters. Trotz des einigermaßen eng gesteckten Rahmes einer Einrichtung anthroposophischer Prägung geht es bei der Sozialtherapie weder um die Anpassung des Menschen mit Behinderungen an äußere Verhaltensnormen (deswegen werden Trainingsprogramme zugunsten ganzheitlicher Förderkonzepte auch abgelehnt) noch um eine einseitige Pathologisierung. Behinderung wird als Hindernis gesehen, das den Menschen an der Verwirklichung seines Person-Seins hindert; ein Wissen um die Art und Auswirkung dieses "Gehindert-Seins" kann bei der Überwindung dieser Problematik helfen.

Insofern kümmert sich die anthroposophisch orientierte Sozialtherapie herzlich wenig um gesellschaftliche Rollenzuschreibungen. Das Image des Menschen ist nicht mehr von großer Bedeutung, wenn man ihm bereits im Vorfeld einen hohen Personwert zuspricht. Dabei darf jedoch nicht übersehen werden, daß dieses Zusprechen von besonderer Würde im Rahmen einer anthroposophisch geprägten Einrichtung durchaus zum Tragen kommen und für den einzelnen Menschen mit Behinderungen von hoher Bedeutung sein kann; daraus ergibt sich aber nicht automatisch eine Steigerung des Ansehens außerhalb dieses geschützten Rahmens.

5.2.4. Die Problematik geistiger Behinderung im Erwachsenenalter

5.2.4.1. Das soziale Rollenverständnis des behinderten Erwachsenen

Während in der Kindheit des behinderten Menschen Hilfs- und Führungsbedürftigkeit (und damit Erziehungsnotwendigkeit) nicht nur durch eine Behinderung, sondern durch das Kind - Sein selbst ihre Berechtigung haben, gestaltet sich das Verhältnis zwischen einem erwachsenen geistig oder mehrfachbehinderten Menschen und dem mit seiner Förderung betrauten Pädagogen wesentlich komplizierter. Trotz mangelnder Kompetenz in nahezu allen Lebensbereichen sieht sich der Pädagoge nach anthroposophischem Dafürhalten einer gereiften, erwachsenen Persönlichkeit gegen-

über, bei der die innere "wesentliche" Reifung und der äußere Habitus oft weit auseinanderklaffen.

Selbstverständlich benötigt auch der schwer geistig oder mehrfach behinderte Erwachsene Hilfe und Führung. Diese erbrachte Hilfestellung verliert jedoch den Charakter des Erzieherischen, sondern sieht sich vielmehr als Hilfe zur Selbsthilfe oder als Hilfestellung zur Selbsterziehung des behinderten Erwachsenen: "Wenn wir als erwachsene Menschen in einer Wohngemeinschaft zusammenleben, so nimmt die notwendige Betreuung den Charakter der gegenseitigen Hilfe an, wie wir sie auch jedem nicht "behinderten" Menschen erweisen, der etwa auf der Straße vor unseren Augen hingefallen ist. Ihm werden wir wieder aufhelfen. Hat nun solch ein Unfall die Amputation eines Beines zur Folge, so kann unsere Zuwendung, die dem Menschen helfen soll, damit innerlich fertig zu werden und mit der Behinderung zu leben, zur Schicksalshilfe werden. Sie kann aber auch zum Hemmnis seiner Schicksalsverwirklichung werden, wenn wir allzu mitleidig seine Selbständigkeit einengen" (Altfeld 1974, S.23).

Dies bedeutet, daß die Behinderung des erwachsenen Menschen in den Hintergrund, seine Individualität dagegen in den Vordergrund treten soll. Schon beim behinderten Kind wird die ganz individuelle Art und Weise, wie eine Persönlichkeit die mangelhafte Physis ergreift (oder die scheinbar intakte Physis nicht ergreift), betont. Beim behinderten Erwachsenen ist die Persönlichkeit das entscheidende Faktum: "Was für das Kind der Erzieher und das Elternhaus ist, ist für den Erwachsenen der ihn umgebende soziale Organismus. Die Daseinsberechtigung der Dorfsiedlungen besteht darin, daß sie versuchen, den Seelenpflege-bedürftige Erwachsenen mit einem sozialen Organismus zu umgeben, der es ihm erlaubt, zu existieren" (Roth 1966, S.38).

Die konkrete Hilfestellung wird sich in vielen Fällen nicht von der bei Kindern erbrachten unterscheiden. Entscheidend ist nach anthroposophischem Verständnis aber die innere Haltung dessen, der diese Handlung vollzieht. Besonders im Bereich der Förderung Schwerstbehinderter hat sich die Einsicht durchgesetzt, daß individuelle Fördermaßnahmen, auch wenn sie äußerlich erzieherischen Charakter zu haben scheinen, auch über die Schwelle der "Ichreife", das einundzwanzigste Lebensjahr, hinaus erbracht werden müssen: "Viele entwicklungsgehinderte Kinder bleiben viel längere Zeit, als man denken würde, nicht nur bildungsbedürftig, sondern auch bildungsfähig. Wir kennen Beispiele von ursprünglich schwerst beeinträchtigten Kindern, die bis in die dreißiger Jahre hinein, wo man längst alle Entwicklungen abgeschlossen meinen möchte, immer wieder überraschende Entwicklungsschritte machen. Diese Erfahrung ruft danach, daß man die heilerzieherische Hilfe recht lange, ja mitunter über das ganze Leben hin erstrecken möchte" (Pache 1956, S.124).

Aus dieser Erfahrung der lebenslangen Entwicklung des Menschen heraus wird eine Einrichtung für behinderte Erwachsene in Einzelfällen nicht als endgültige Lebensform für alle dort befindlichen Menschen angesehen. Es kann Situationen geben, die zu einer Trennung von Betreutem und Einrichtung führen, weil der Betreffende als "nicht mehr tragbar" erscheint. Selbst wenn im Grundsatz die Bedürfnisse des Be-

wohners (und nicht die der Einrichtung) Priorität für die Lebensgestaltung haben sollten, so wird dem nicht in jedem Falle Rechnung getragen.

Genauso besteht die Möglichkeit, daß ein Betreuer aus persönlichem Entschluß die Einrichtung verlassen möchte. Jedoch besteht seitens der Einrichtung das grundsätzliche Angebot des zeitlich unbegrenzten Verbleibs. "Ich glaube, es ist außerordentlich wichtig, daß man gegenüber der Situation behinderter Erwachsener immer offen bleibt. Wir fügen einem behinderten Erwachsenen das größte und wahrscheinlich unverzeihliche Unrecht zu, wenn wir seinen Fall als gegeben, endgültig und als nicht mehr zu ändern hinnehmen. Das ist gleichbedeutend mit Mord" (Weihs 1974, S.167). Aus dieser Einsicht heraus kann eine gewissen widersprüchliche Haltung seitens der Einrichtung entstehen, die auf der einen Seite für den Menschen mit Behinderung Heimat - auch dauerhaft - sein möchte, auf der anderen Seite einer Entwicklung des Einzelnen von der Einrichtung weg nicht im Wege stehen darf.

5.2.4.2. Das kulturelle Leben

Grundlegend für die Entwicklung eines kulturellen Lebens in den sozialtherapeutischen Gemeinschaften sind im wesentlichen zwei Faktoren: die Idee von der Freiheit des Geisteslebens und der Entwicklung der Individualität durch künstlerisch-kulturelle Betätigung auf der einen, die Entwicklung von sozialer Kompetenz durch gemeinsames Tun und der Begegnung mit nichtbehinderten Künstlern auf der anderen Seite.

So können durch den Besuch kultureller Veranstaltungen in der Umgebung beziehungsweise durch Gastspiele von Künstlern in den Einrichtungen Außenkontakte ermöglicht und gepflegt werden. Der behinderte Mensch kann sich so als Teil einer kulturellen Gemeinschaft fühlen und einordnen. Auf der anderen Seite ist es das kulturelle Leben, das sozusagen "aus eigener Kraft", unter Einbeziehung möglichst aller Behinderter, in den Einrichtungen geleistet wird, von wesentlicher Bedeutung für den Einzelnen. Dabei handelt es sich nicht um künstlerische Therapien (wie Heileurythmie, Mal- oder Musiktherapie), obgleich sich die Veranstaltungen auch künstlerischer Mittel bedienen: "Das kulturelle Leben in der Dorfgemeinschaft ist vielfältig. Vorträge, Aussprachen, Studien- und Theatergruppen, Chor und Volkstanz stehen regelmäßig auf dem Wochenprogramm des Gemeinschaftszentrums. Diese Aktivitäten werden nicht >angesetzt<, sondern entstehen als lebendiger Ausdruck des Gemeinschaftslebens" (Weihs 1974, S.172).

Innerhalb dieses Rahmens hat der erwachsene behinderte Mensch die Möglichkeit des schöpferischen Tuns, des Ausdrucks der eigenen Empfindung mit künstlerischen Mitteln. Diese Möglichkeit der Betätigung "in Freiheit" bedeutet auf der einen Seite Ausdruck des eigenen Selbst, auf der anderen Seite Hilfe zur Selbsterziehung: "Diese neue Art der Selbstentwicklung (im brüderlichen Miteinander, d.Vf.) wird durch die aktive und passive Auseinandersetzung mit der Kunst gefördert. Aktives künstlerisches Schaffen - selbst in relativ bescheidenem Maße und ohne Anspruch auf öffentliche Anerkennung - bedeutet Streben nach Harmonisierung des eigenen Gefühlslebens. Es hilft dabei, persönliche Sympathien und Antipathien abzubauen und der

Welt, in der wir leben, mit einem höheren Maß an Einfühlungsvermögen, Zuneigung und Verständnis zu begegnen" (Hansmann 1991, S.55).

Die konkrete Durchführung kultureller Veranstaltungen steht in der Verantwortung der einzelnen Einrichtungen. Wenn auch beispielsweise die Feier der sogenannten Jahresfeste in allen Einrichtungen obligatorisch ist, so bleibt die inhaltliche Ausgestaltung doch relativ frei.

Eine besondere Rolle im Bereich des Kulturellen spielt das Religiöse: insofern sich Anthroposophie als "christliche Substanz selbst" (Baumann 1986, S.211) versteht, ist sie zwar an keine der christlichen Kirchen gebunden, die anthroposophisch orientierten Einrichtungen streben aber gleichwohl eine religiöse Orientierung an, die explizit christlich zu sein hat. Für die Konfession der in den Einrichtungen lebenden Menschen mit Behinderungen hat dieser Umstand keine Bedeutung. Jede Einrichtung praktiziert zwar eine Art überkonfessionell christliche Kultur; eine Aufnahme ist jedoch in keinem Fall an die Zugehörigkeit zu einer christlichen Religionsgemeinschaft gebunden.

5.2.4.3. Die Rolle des Sozialtherapeuten

Vom Verständnis des behinderten Erwachsenen als einer im Wesen unversehrten Persönlichkeit mit Anspruch auf freie Entfaltung ausgehend, wandelt sich das Selbstverständnis des Sozialtherapeuten vom Erzieher zum Begleiter: der Sozialtherapeut soll in nicht-direktiver Weise dem Menschen mit einer Behinderung begleitend zur Seite stehen, ohne in erzieherischer Weise aufzutreten und tätig zu werden.

Diese partnerschaftliche Haltung im persönlichen Bezug meint nicht die Ablehnung von Autorität, insofern sie fachliche Autorität ist. Im Arbeitsbereich ist dieser Umstand unmittelbar einsichtig, aber auch für das kulturelle und soziale Miteinander ist es eine Aufgabe des Sozialtherapeuten, gestaltend wirksam zu sein. Dabei gilt es aber, den betreuten Menschen in die Gestaltung von Lebensumfeld, Arbeit und kulturellen Bereich so weit wie möglich mit einzubeziehen. Nur so wird eine Gemeinschaftsbildung möglich, in der jeder gleichzeitig Gebender und Nehmender ist. Vom Sozialtherapeuten verlangt dies in erster Linie die Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse und die des Betreuten auf der einen, die des Eigencharakters der Einrichtung auf der anderen Seite: "Es handelt sich weder darum, individuelle Eigentümlichkeiten im gesellschaftlichen Ganzen zu verwirklichen, noch eine bestimmte institutionelle Form dem Einzelnen einzuprägen. Sozial-Therapie scheint vielmehr erst dann zu entstehen, wenn die Erfahrung der Polarität des Einzelnen und der Gesellschaft und deren sozialwissenschaftliche Festschreibung praktisch-übend überwunden wird" (Müller-Wiedemann 1985, S.5).

Verlangt wird vom Sozialtherapeuten, egal ob er in der Wohngruppe, Werkstatt oder im therapeutischen Bereich beschäftigt ist, vor allem soziale Kompetenz: "...der Sozialtherapeut ist zunächst jemand, der erfahren hat, daß das soziale Leben und das

Leben des Einzelnen heilungsbedürftig sind, und der sich die Mittel zu erwerben sucht, mit denen er in diesen Vorgang des Heilens eintreten kann" (ebd.).

Die Tätigkeit in den Wohngruppen verlangt außer der sozialen und pflegerischen gleichermaßen gestalterische Kompetenz: beispielsweise wird auf eine "menschen-gemäße" Gestaltung der Räumlichkeiten in den Einrichtungen großer Wert gelegt.

5.2.4.4. *Therapieverständnis*

Der Begriff Therapie stammt aus dem Griechischen und bedeutet, wörtlich übersetzt, Heilung. Therapiebedürftigkeit setzt also einen Zustand voraus, der als pathologisch klassifiziert werden kann: Krankheit ist gleichsam die Vorbedingung zur Therapie. Je nach Krankheitsbegriff kann daher auch der Therapiebegriff unterschiedlich verstanden werden. Versteht man Krankheit als Abweichung von der Norm des durchschnittlichen Wohlbefindens, so hat Therapie die Aufgabe, den Kranken wieder zur Normalität, zur Gesundung zurückzuführen. Betrachtet man Krankheit dagegen als eine individuelle Gegebenheit menschlichen Seins, so liegt das Ziel der Therapie darin, das Leben des Betroffenen so angenehm wie möglich zu machen.

Ursprünglich dem Bereich des Medizinischen zugeordnet, hat der Begriff Therapie inzwischen eine Bedeutungserweiterung erfahren, insofern nicht im engeren Sinne medizinische Mittel zur Initiierung eines Heilungsprozesses zur Anwendung kommen. In den Bereich der Therapie gehören heute ebenso künstlerische Mittel wie auch Verfahren der Gesprächsführung, körperbezogene Verfahren wie Physiotherapie etc.

Im anthroposophischen Verständnis wird der Begriff Therapie in einer sehr umfassenden (ganzheitlichen) Weise gesehen. Er umfaßt sowohl die medizinische Heilbehandlung, die noch näher zu beschreibende künstlerische Therapien, als auch die Gestaltung des gesamten Umfeldes des Behinderten. Diese Einflußnahme auf die Lebenswelt des Seelenpflege- Bedürftigen hat in einer Art und Weise zu erfolgen, daß jedes einzelne Element darin "therapeutisch" wirksam werden kann. So wird die Wandfarbe der Zimmer analog zu Steiners Angaben (die sich auf die goethenistische Farbenlehre stützen) gewählt, die Gestaltung des Tageslaufes erfolgt in einer als therapeutisch angesehenen rhythmischen Art, eine Klassen- oder auch Arbeitsgemeinschaft soll (sozial) therapeutisch wirksam sein. Nichtsdestoweniger hat jeder Bewohner selbstverständlich das Recht auf persönlichen Besitz. Ein "therapeutisches Umfeld" hat das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen nicht außer Kraft zu setzen. In der Realität kann dies jedoch von Einrichtung zu Einrichtung variieren: in der später beschriebenen "Werkgemeinschaft Bahrenhof" sind Betten und Schränke vorgegeben; eine Entscheidung, die sich aus dem hohen Grad der Beanspruchung dieses Mobiliars durch die Bewohner ergab. Handelsübliche Betten und Schränke waren so oft zu ersetzen gewesen, daß schließlich ein Schreiner gefunden wurde, der aus Massivholz stabile Betten und Schränke fertigte. Die restliche Einrichtung richtet sich nach dem Geschmack der Bewohner und differiert stark.

Die in den Bereich des Medizinischen gehörenden Therapien wie Physiotherapien oder die spezielle Art anthroposophischer Medikation können nicht Gegenstand einer pädagogischen Arbeit sein, was jedoch gegen das anthroposophische Verständnis von Ganzheitlichkeit verstößt. Der Heimarzt (in vielen sogenannten "Dorfgemeinschaften" ist er einer der Dorfbewohner) ist selbstverständliches und integriertes Mitglied der Pädagogischen Konferenz.

Künstlerische Therapieformen sind - obzwar medizinisch indiziert und im Idealfall auch ärztlich angeordnet - aus mehreren Gründen dennoch Teil der sozialtherapeutischen Arbeit: zum einen sind die Übergänge zwischen therapeutischer und "gemeinschaftsbildender" Anwendung des Künstlerischen fließend. Zum anderen sind gerade Musiktherapeuten und Eurythmisten in sozialtherapeutischen Gemeinschaften meist Haupt- und Mitgestalter kultureller Veranstaltungen, speziell der Jahresfeste und schon als solche Mitglieder der Gemeinschaft: "Die Künste werden zu Heilkünsten, wenn man sie so ausübt, daß die Art der Technik, die Aufgabenstellung und noch manche andere Elemente des Unterrichts auf bestimmte Krankheitstendenzen zurückwirken. Es gibt da alle Übergänge von einer hygienisch-pädagogischen bis zu spezifisch therapeutischen Handhabung. Wer sich diesem Gebiet widmen will, muß lernen, die einzelnen künstlerischen Betätigungen auf den Menschen beziehen zu können" (Hauschka 1989, S.47).

5.2.4.5. Zu den künstlerischen Therapien

Zur Sprache kommen sollen in diesem Kapitel diejenigen künstlerischen Therapien, die aus mehreren Gründen innerhalb der anthroposophisch orientierten Heilpädagogik und Sozialtherapie einen hohen Stellenwert innehaben: verschiedene kunsttherapeutische Ansätze, Musiktherapie, Eurythmie und Heileurythmie. Außer Acht gelassen wurde der Bereich der Sprachgestaltung, der m.W. in sozialtherapeutischen Einrichtungen eher im Rahmen der zu den Jahresfesten gehörenden szenischen Darstellungen zum Tragen kommt.

Vorab erscheint eine Begründung der großen Bedeutung notwendig, die die anthroposophische Anthropologie dem Bereich der Kunst zuschreibt: zunächst ist das Künstlerische das, was nur der Menschen leisten kann. Kein Tier kann im eigentlichen Sinne schöpferisch, kreativ sein: "Die Kunst ist eine >Vermenschlichung< der Welt. Nie könnte die Natur die Klänge einer Symphonie oder eine Sixtinische Madonna hervorbringen! Der Mensch allein vermag den Stoff zu einem Ausdruck seines Selbstes zu erhöhen" (Hauschka 1989, S.44).

Zweitens wird die künstlerische Betätigung dem sogenannten "mittleren Bereich", dem Seelischen des Menschen zugeschrieben: "Die Kunst aber hängt aufs engste zusammen mit der fühlenden Menschenseele, mit dem >Menschen im Menschen<, mit dem Herzen, das im Miterleben des Geschaffenen seine eigene freie Welt der Schönheit aufbaut" (ebd., S.40). Das Seelische ist nun nach anthroposophischem Verständnis dasjenige, was am spezifischsten "menschlich" ist.

Drittens kommen durch das Künstlerische ästhetische Prinzipien zum Tragen, die den Menschen in einer heilsamen Weise mit den Dingen der Welt verbinden: "Denn die Schönheit ist eine Lebensspenderin wie der Atem. Sie weitet die Seele, erwärmt das Herz und erfrischt die Lebensprozesse. In der Schönheit können wir den die Materie durchstrahlenden Geist erleben und wir sind sehr im Irrtum, wenn wir glauben, der Mensch, der für den Geist veranlagt ist, könne ohne ihn gedeihen" (a.a.O., S.46). Dieses Prinzip des sthetischen als "geistiges Prinzip" in der Materie und den Menschen, der durch die Fähigkeiten, die die Anthroposophie dem Seelischen zuschreibt, dazu in Verbindung tritt, erklärt die große Bedeutung, die die Anthroposophie dem Künstlerischen allgemein zuschreibt: "Überall, wo aus wahrer künstlerischer Gesinnung Kunst herausgebildet wird, ist die Kunst ein Zeugnis für das Zusammenhängen des Menschen mit den übersinnlichen Welten" (Steiner 1975, S.155), gibt aber noch keinen Aufschluß darüber, warum das Künstlerische sowohl in der Wahrnehmung als auch im Schöpferischen so besonders heilsam sein sollte. Was ist also das eigentlich Heilende in der Kunst?

Zunächst wird angenommen, daß die Kunst in der Lage ist, ein gestörtes Gleichgewicht im Organismus des Menschen (genau so wird von anthro-positischer Seite Krankheit wie auch Behinderung definiert) auszugleichen.¹² Diese Einschätzung des Künstlerischen macht die Kunst zu einer Art universellem therapeutischen Mittel, das sowohl bei somatischen als auch bei seelischen Erkrankungen zum Einsatz kommen kann. Persönliche Neigungen des Patienten sowie die ärztliche Einschätzung sind entscheidend, ob nun Malen oder Plastizieren, Musik oder Sprachgestaltung zur Anwendung kommen.

Eine besondere Stellung innerhalb der künstlerischen Therapien kommt der Heilerhythmie zu.

In der Anwendung gilt es zu beachten, daß die künstlerischen Techniken sozusagen "umgekehrt" werden: es kommt im therapeutischen Prozeß nicht darauf an, ein Kunstwerk zu schaffen: "Beim künstlerisch-therapeutischen Tun kommt es nicht auf den Ausdruck der Gefühle des kranken Menschen an, sondern auf das Erüben der bestimmten künstlerisch-therapeutischen Prozesse. Sie gleichen die leiblichen und seelischen Einseitigkeiten des Patienten, die zu seiner Krankheit geführt haben und in der Krankheit erkennbar werden, aus und geben damit dem Patienten durch seine Eigenaktivität die Möglichkeit zur Überwindung der Einseitigkeiten" (Hauschka 1989, S.89).

Die sogenannten rezeptiven Formen künstlerischer Therapie stehen nicht im Widerspruch zu dieser Einschätzung: die innere Bewegtheit beim Betrachten eines Bildes oder beim Hören eines Musikstücks ist einer äußeren, schaffenden Bewegtheit gleichwertig.

¹² „Es geht bei der Therapie mit künstlerischen Mitteln um das Wiedererlangen der in der Krankheit gestörten Einheit von Leib, Seele und Geist des Menschen und seiner Beziehung zur Welt: auch um die Einheit von Erleben und Gestalten des Menschen in seinen sozialen, emotionalen, leiblichen und geistigen Beziehungen“(Treichler 1993, S.88)

Kontrovers diskutiert wird die Anwendung künstlerischer Therapien in sozialtherapeutischen Einrichtungen: der erwachsene Behinderte soll nicht mehr per se als Patient betrachtet, sondern in seinem Behindert - Sein angenommen werden. "Im Augenblick, wo Heilpädagogik nicht mehr möglich ist, die Kindheit umschlägt in das Erwachsensein, muß man es dem Erwachsenen ermöglichen zu existieren - nicht ihn als Patienten behandeln, der gesund werden muß" (Roth 1966, S.38). Das Schaffen eines Umfeldes, das dem behinderten Erwachsenen erlaubt zu existieren, ist in diesem Sinne therapeutisch, oder: "Sozialtherapie heißt, durch Mitmenschlichkeit heilen" (Dackweiler, mdl. Mitteilung). Auf der anderen Seite kann einem erwachsenen behinderten Menschen nicht das Recht auf Hilfe im Krankheitsfall genommen werden, was neben einer ärztlichen Hilfeleistung bedeutet, auch künstlerische Therapieformen zum Einsatz zu bringen.

Es ist naheliegend, daß bei geistig Schwerstbehinderten eine Entscheidung für eine therapeutische Maßnahme selten dezidiert ausgesprochen werden kann. Umso mehr ist das Einfühlungsvermögen des Sozialtherapeuten gefordert, um den "inneren Entschluß" des Behinderten zu erspüren und umzusetzen. In der Praxis hat sich auch erwiesen, daß prinzipiell jeder Behinderte in der Lage ist, seinen Widerstand kundzutun, wenn ihm eine spezielle Art der künstlerischen Therapie nicht entspricht. Es liegt in der anthroposophischen Einschätzung von der Freiheit des Geisteslebens (die die künstlerische Sphäre mit einschließt), daß niemand dazu gezwungen werden kann, sich mit Kunst zu befassen oder künstlerisch tätig zu sein. Dieses Freiheitsmoment schließt die künstlerischen Therapien mit ein.

5.2.4.6. Lebensqualität von Menschen mit Behinderungen aus anthroposophischer Sicht

Lebensqualität aus anthroposophischer Sicht entzieht sich dem Quantifizierbaren, wie sich das Leben als solches dem Meß- und Zählbaren dem Wesen nach entzieht. Lebensqualität ist bestenfalls kein mehr oder Weniger an Gütern, sondern das Zufrieden - Sein, das Im - Einklang - Sein mit dem eigenen Leben: ""Das ist mehr als nur Freude und Glück, aber weniger als Lebensinhalt oder Erfüllung" (Blitz/Gledhill 1997, S.269). Das Recht eines jeden Menschen auf einen Lebensstandard in Bezug auf Wohnraum, Arbeit, Freizeitgestaltung und Beziehungen, der dem der Gesellschaft entspricht, in der er lebt, wird nicht in Frage gestellt.

Durch die gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen der letzten Jahre hat sich die Frage nach der Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung verstärkt gestellt. Empathie, in diesem Sinne gemeint als menscheitsgeschichtlich erst in letzter Zeit möglich gewordenes Einfühlen in das Schicksal Anderer, eine gesellschaftliche Öffnung ihren Randgruppen gegenüber und das Hereinwirken wirtschaftlicher Interessen in die Bereiche des Sozialen führten zu einer zunehmenden Aufmerksamkeit dem Leben von Menschen mit Behinderungen gegenüber. Kritisch gesehen wird die Öffnung der Gesellschaft: "Die 'Öffnung' bleibt also für behinderte Menschen weitgehend auf den physischen Bereich beschränkt, das heißt, sie werden aus der

Anstalt in die Gesellschaft verlegt; von wirklichem Akzeptieren und Akzeptiertwerden kann noch kaum die Rede sein" (a.a.O., S.268).

Grundsätzlich wird eine Übertragung der Maßstäbe von Lebensqualität von einer Person auf die andere in Frage gestellt. Dies begründet sich aus der besonderen Bedürfnislage nicht nur von Menschen mit Behinderungen, sondern von Menschen überhaupt. Menschen mit Behinderungen wird jedoch eine besondere Schutzbedürftigkeit zugesprochen. Aus dem (anthroposophisch gefaßten) Gedanken der Wiederverkörperung ergibt sich zweitens eine Sinnzuschreibung für das Leben eines Menschen mit Behinderung: "Karma und Reinkarnation, sofern man daran glaubt, können zwar nicht als Gründe für Behinderung oder als beiläufige Erklärungen herangezogen werden, aber sie können dabei helfen, den wirklichen Weg eines Menschen im Rahmen seiner Biographie zu erkennen, auch in seiner Beziehung zu Familienangehörigen oder anderen Mitmenschen" (ebd.).

5.2.5. Realisationsformen anthroposophisch orientierter Sozialtherapie - das Beispiel Werkgemeinschaft Bahrenhof

5.2.5.1. Struktur

Bei der anthroposophischen Einrichtung "Werkgemeinschaft Bahrenhof" handelt es sich um eine Einrichtung für geistig schwer und mehrfachbehinderte Erwachsene. Träger ist ein gemeinnütziger Förderverein, der seinerseits Mitglied des DPWV , also eines freien Wohlfahrtsverbandes, ist. Die Einrichtung bietet 42 Menschen Wohnmöglichkeiten und Arbeitsplätze. Als Einrichtungstyp "Lebens- und Arbeitsgemeinschaft" stellt die Werkgemeinschaft für den Raum Hamburg einen eigenen Typus dar.

Die Bewohner teilen sich in sechs Wohngruppen zu je fünf bis acht Bewohnern auf. Vier Gruppen teilen sich das Haupthaus, zwei sind in einem Zweifamilienhaus untergebracht, das ca. 5 Gehminuten vom Hauptgebäude entfernt liegt. Damit überschreitet keine Wohneinheit die nach der Definition der Lebenshilfe für eine Großeinrichtung festgelegte Bewohnerzahl von 29 Menschen. Alle Gebäude waren nicht als Heim geplant und unterscheiden sich im Prinzip nicht von gemeindeüblichen Gebäuden; sogar das recht große Herrenhaus findet ein ähnliches (privat bewohntes) Pendant im Dorf. Für jede Gruppe sind zwei Gruppenleiter mit pädagogischer Ausbildung verantwortlich, dazu kommen ein "Erzieherhelfer" und ein Zivildienstleistender oder Praktikant. Die Dienstzeiten werden gruppenintern geregelt. Es handelt sich hier um eine Art zeitlich begrenzte Lebensgemeinschaft. Ein Mitarbeiter nimmt durchschnittlich drei Tage pro Woche Wohnung in der Gruppe und übernachtet auch dort. Für den Mitarbeiter folgen auf diesen Blockdienst einige freie Tage, während denen sein Kollege die Verantwortung übernimmt. Durch die (pauschal angerechneten) Nachtbereitschaften der GruppenbetreuerInnen kann eine bezahlte Nachtwache eingespart werden; für die Begleitung während des Tages steht ein Mitarbeiter mehr zur Verfügung.

Der bereits in der theoretischen Grundlegung geschilderte Bereich der künstlerischen Therapien ist mit einer Eurythmistin und einer halben Stelle für Musiktherapie besetzt. Das Haus hat einen Heimarzt, der im Abstand von zwei Wochen einen Tag in der Einrichtung verbringt und als eine Art Haus- bzw. Vertrauensarzt fungiert. Die fachärztlichen Dienste der nahegelegenen Kreisstadt werden für die laufende ärztliche Versorgung in Anspruch genommen.

Der Werkbereich sieht sich auf der einen Seite den anthroposophischen Arbeitsideal verpflichtet, hat aber mit Rücksicht auf die Schwere der Behinderung der dort beschäftigten Menschen keinen WfB-Status. Er umfaßt die Arbeitsbereiche Textil, Holz, Speckstein, Leder, Ton und Wachs. Für jeden Bereich ist ein Werkstattleiter verantwortlich, der einen Teil seiner Dienstzeit jedoch auch im Gruppendienst ableistet.

Mit Ausnahme des Abendessens, das in den Gruppen zubereitet und eingenommen wird, geschieht das Gros der hauswirtschaftlichen Versorgung durch eine Zentralküche, eine Waschküche und Reinigungskräfte. Die Bewohner sind allerdings je nach persönlichen Fähigkeiten in unterschiedlichem Maß an den hauswirtschaftlichen Tätigkeiten beteiligt.

Die Bewohner sind alle relativ jung; das Durchschnittsalter liegt bei 29 Jahren. Der weitaus größte Teil der Bewohner ist männlich (ca. im Verhältnis 2:1). Die Gruppen sind gemischtgeschlechtlich. Bei allen Heimbewohnern steht die Intelligenzminderung (eine leichte bis mittelgradige bei 62%, eine schwere bis schwerste bei 38% der Bewohner) im Vordergrund. Zusätzlich liegt bei drei Bewohnern eine schwere Sehschädigung (in einem Fall Blindheit) vor. Zusätzliche Verhaltensauffälligkeiten wurden vor Aufnahme bei 22 Bewohnern (52%) diagnostiziert.

5.2.5.2. Tagesablauf

Alle Bewohner können einen Werkbereich besuchen, wobei die Arbeitszeit je nach dem Leistungsvermögen des einzelnen unterschiedlich gestaltet sein kann. Daraus resultiert ein einigermaßen fest durchstrukturierter Tagesablauf. Die Bewohner stehen um sieben Uhr auf. Nach dem Waschen und Anziehen versammeln sich alle im sogenannten Morgenkreisraum zum gemeinsamen Singen bzw. Gebet. Das Frühstück wird, außer von den Bewohnern der Außenwohngruppen, gemeinsam im Speiseraum eingenommen. Anschließend ist Arbeitszeit. Die Therapien werden so gelegt, daß sie in diese Arbeitszeit fallen. Nach dem ebenfalls gemeinsamen Mittagessen folgt für die Bewohner eine längere Ruhepause, während der die Mitarbeiter an Dienstbesprechungen, Konferenzen etc. teilnehmen. Die Werkgemeinschaft versteht sich als Einrichtung mit einem hohen Grad an kollegialer Selbstverwaltung, die sie durchaus praktiziert, was allerdings für den einzelnen Mitarbeiter einen hohen zusätzlichen Zeitaufwand bedeuten kann, der nicht unbedingt durch finanziellen oder Freizeitausgleich abgegolten werden kann.

Nachmittags wird die zweite Hälfte des Arbeitstages in den Werkstätten verbracht, der Spätnachmittag und Abend dient der Freizeitgestaltung bzw. gemeinsamen kultu-

rellen Veranstaltungen wie z.B. Tanzen, Chorsingen oder gemeinsamen Gesprächs-abenden. Sowohl Beschäftigungsmöglichkeiten als auch Freizeit-gestaltung verstehen sich jedoch explizit als Angebot an die Bewohner. Vereinzelt haben sich Bewohner grundsätzlich entschlossen, der Abendgestaltung fernzubleiben oder nicht zu arbeiten. Dies wird im Prinzip seitens der Betreuer toleriert, wenngleich in regelmäßigen Abständen versucht wird zu ergründen, ob die Ablehnung noch besteht. Ebenso nehmen manche Bewohner die Mahlzeiten aus eigenem Entschluß weitestgehend in ihrer Wohngruppe ein.

Der Sonntag wird von den Wohngruppen frei gestaltet, wobei eine gemeinsame Andacht am Vormittag für alle Bewohner angeboten wird.

Zur Freizeitgestaltung gehören Ausflüge, Reisen auch ins benachbarte Ausland, so wie Besuche von Ausstellungen und Konzerten in der näheren Umgebung.

Unternehmungen in Eigenregie gestalten sich für die Bewohner jedoch schwierig: durch die verhältnismäßige Abgelegenheit des HPH und das weitgehende Fehlen öffentlicher Verkehrsmittel bleibt nur die Begleitung einer Betreuungsperson und die Benutzung des Heimbusses bzw. PKW. Allerdings ist für das Gros der Heimbewohner ein Ausflug ohne Begleitung wegen der Schwere der Behinderung kaum denkbar. Auch in einem städtischen Milieu wäre ein Mehr an Selbständigkeit weniger denkbar denn ein Mehr an Gefährdung. Die ländliche Lage der Einrichtung zeigt sich folglich mit ihren Vor- und Nachteilen; sie war jedoch zu keinem Zeitpunkt konzeptionell isoliert gedacht.

5.2.5.3. Problemlage

Am vorliegenden Konzept und seiner Realisationsform lassen sich einige Problematiken aufzeigen:

- Anthroposophisch orientierte Sozialtherapie existiert nicht "für sich", sondern muß als Teil eines umfassenden anthroposophischen Weltbildes betrachtet werden.

Die Frage nach einer Partizipation von nicht anthroposophischer Seite am beschriebenen Modell und den damit gemachten Erfahrungen kann sich folglich in der Hauptsache auf die praktischen Realisationsformen beziehen, m.a.W.: wie bewährt sich lebenspraktisch dieses Modell des Zusammenlebens von Menschen mit und ohne Behinderungen, oder: wie erfolgreich arbeiten die künstlerischen Therapien, etc. Zu diesen spezielleren Fragen stehen mit Ausnahme von durchaus beeindruckenden Einzelfallstudien größere empirische Forschungsberichte m.W. aus. Eine Partizipation an anthroposophischer Anthropologie selbst -beispielsweise am Menschen als Gottes Abbild- setzt eine grundsätzliche weltanschauliche Haltung voraus; darin unterscheiden sich anthroposophische Einrichtungen grundsätzlich nicht von denen kirchlicher Träger. Auf diese grundsätzliche Gefahr der "Fremdbestimmung durch das institutionelle Denksystem" weist Bradl (1996, S.190) hin. Wenngleich anthropo-

sophisch orientierte Sozialtherapie den Menschen mit Behinderung nicht als "Objekt christlicher Nächstenliebe" betrachtet, das nur als ein solches seinen "Platz in unserer ansonsten behindertenfeindlichen Gesellschaft" (a.a.O.) finden kann, ansieht, so ist doch die grundsätzliche Orientierung am eigenen Wertsystem nicht von der Hand zu weisen und hat Auswirkungen bis in die Alltagsgestaltung. Andererseits befinden sich Menschen mit Behinderungen in einer gesellschaftlich bedingten "besonderen Situation sozialer Verwundbarkeit" (Jantzen 1999, S.309). Gefordert ist aber nicht der Schutz des Menschen mit Behinderung als der eines hilfsbedürftigen Objektes, sondern die Solidarität mit den je eigenen Ansprüchen dieses Menschen als Subjekt als Basis gemeinsamen Handelns.

- Anthroposophisch orientierte Sozialtherapie in der beschriebenen Form birgt in sich die Gefahr eines Inseldaseins.

Durch das Vorhandensein alles Lebensnotwendigen in der beschriebenen Einrichtung sind die Außenweltkontakte der Bewohner zwar erwünscht und auch zu fördern, jedoch für den Alltag nicht unbedingt notwendig. Das gibt einerseits die Gewähr eines gewissen Schutzraumes (der auch in unserer angeblich so toleranten westlichen Welt zumindest denkbarerweise nötig sein kann), andererseits birgt es die Gefahr der Isolation, die den Menschen mit Behinderungen nicht mehr in erster Linie als gesellschaftlich zu integrieren, sondern als in seinem So-Sein zu beschützen ansieht. Damit werden die vom Normalisierungsprinzip geforderten normalen Lebensbedingungen nicht gewährleistet. Auf der Basis der Individualisierung läßt sich dieses Modell andererseits rechtfertigen, wenn es wirklich die persönlichen Bedürfnisse des Einzelnen und nicht seinen Status als Behinderten im Blick hat. Das anthroposophisch orientierte Konzept mit seiner Betonung des individuellen Schicksals und der Ergreifung der Leiblichkeit durch das (unverletzliche) sogenannte Ich des Menschen hätte an sich das Potential der Subjektorientierung, muß jedoch von dem Gedanken (der sich nicht konzeptionell, aber in der Praxis einiger Einrichtungen eingebürgert hat) eines Lebensentwurfes für alle Menschen mit einer Behinderung verabschieden.

- Das Modell von Sozialtherapie als Lebensbegleitung kann dazu führen, daß Ressourcen an Kompetenzen beim einzelnen Menschen mit einer Behinderung nicht optimal gefördert werden.

Zugunsten des milieutherapeutischen Ansatzes wird auf isolierte Förderprogramme für den einzelnen Menschen mit einer geistigen Behinderung verzichtet. Es bestehen zwar musik- und bewegungstherapeutische Angebote; diese richten sich aber auf dem Grundsatz der Ganzheitlichkeit auf die Förderung des "ganzen Menschen". Der weitgehende Verzicht auf Förderprogramme, die sich beispielsweise auf ein Selbständigkeitstraining im Bereich der Körperpflege beziehen könnten, kann dazu führen, daß Kompetenzen der Menschen mit Behinderungen nicht in der bestmöglichen Weise genutzt werden. Es stellt sich allerdings die Frage, ob die Lebenszufriedenheit eines Heimbewohners ursächlich mit dem Grad seiner Selbständigkeit zusammenhängt. In einer Einrichtung, die den Gedanken der Lebensgemeinschaft pflegt, werden Abhängigkeiten möglicherweise nicht in einschränkender Form erlebt, sondern als gemeinsames Tun angesehen.

- Durch das Zusammenleben in einem (wenngleich wohngruppengegliederten) Heimverband sind den Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Bewohner Grenzen gesetzt.

Auf die Grenzen der Selbstbestimmung, die innerhalb eines Heimes auch bei noch so großem Bemühen um Binnendifferenzierung gegeben sind, hat unlängst Bradl (1996) ausführlich hingewiesen. Im Alltag schränkt beispielsweise die Einrichtung einer Zentralküche die Gestaltungsmöglichkeiten der Bewohner ein, wenngleich in der beschriebenen Einrichtung nur das Mittagessen zentral zubereitet und gemeinsam eingenommen wird. Die Wäscherei entlastet zwar die Gruppen in ihrer Alltagsgestaltung erheblich (und mindert nicht das Recht des Bewohners auf seine persönliche Kleidung), aber die Erfahrung der Wäschepflege fehlt auf diese Weise im Gruppenalltag.

5.2.6. *Anthroposophisch orientierte Sozialtherapie und Normalisierungsprinzip - Normalisierung und Individualisierung*

Betrachtet man die historische Entwicklung anthroposophisch orientierter Heilpädagogik und Sozialtherapie, so fällt auf, daß sie eines der ältesten Systeme der Förderung von Menschen mit Behinderungen ist, das diese Menschen nicht als defizitäre Mängelwesen betrachtete, sondern als vollwertige Mitglieder der menschlichen Gesellschaft: "Bei einer derartigen Arbeit (hier: Mitarbeit in einer Dorfgemeinschaft, d.Vf.) handelt es sich (...) vor allen Dingen auch darum, Symptome von Behinderung nicht vordergründig als Pathologie zu verstehen, sondern sie als Teil einer solchen Biographie einzuordnen in die vorurteilsfreie Wirklichkeit dessen, der uns als ein Mensch mit einer Behinderung gegenübersteht" (Müller - Wiedemann 1995, S.154). Insofern ist anthroposophisch orientierte Heilpädagogik und Sozialtherapie kein theoretisches Konstrukt, das den Vorgaben des Normalisierungs- und Integrationsgedanken folgt, sondern das die Vorgaben dieser Prinzipien als selbstverständlich für die menschliche Existenz voraussetzt. Der Mensch mit Behinderung ist nach anthroposophischen Verständnis weder grundsätzlich verschieden von dem Menschen ohne Behinderung noch resultiert aus dem Faktum der Behinderung irgend ein Recht der vorgeblich Normalen, den Betroffenen grundlegende Rechte abzusprechen.

Für den Vertreter dieses Ansatzes stellt sich jedoch die Frage nach einer Integration in eine Gesellschaft, die mehr und mehr von ökonomischen Sachzwängen bestimmt ist: "Indem also Behinderung an einem Maß zu erbringender Leistung gemäß einer gesellschaftlich erwarteten Norm definiert wird und damit die ganzheitlich individuelle Betrachtung und Beurteilung des Menschen endgültig aufgegeben wird, definiert diese Gesellschaft den Behinderten als ökonomisches Defizitwesen " (Jacobs 1995, S.168f.). Nach anthroposophischem Dafürhalten entsprechen sowohl die Theorie des anthroposophischen Menschenbildes als auch die Praxis des alltäglichen Zusammenlebens in Dorfgemeinschaften, Wohngruppen und Heimen den Forderungen des Normalisierungsprinzips, gehen aber in ihrem Anspruch noch darüber hinaus, indem sie die vorgeblich inhumanen Strukturen der heutigen Gesellschaft nicht überneh-

men, sondern eine Art heilsames Milieu schaffen, in dem Mitarbeiter als auch Menschen mit Behinderungen menschen - würdig leben können: "Unter dem Primat des auf gegenseitige Akzeptanz abgestimmten humanen und warmherzigen menschlichen Miteinanders im ursprünglichen Sinne ist dies doch zweifellos normaler und integriert die einzelnen Mitglieder der Gemeinschaft mehr als das, was sich augenblicklich im Rahmen des gesellschaftlichen Wandels an Zerfalls- und individuellen Vereinzelungsprozessen in deutschen Familien abspielt" (Jacobs a.a.O., S.185).

Im Bewußtsein des über das Normalisierungsprinzip hinausgehenden Anspruchs wird von dem Prinzip der Individualisierung gesprochen. Individualisierung wird betrachtet als Normalisierung mit dem erweiterten Anspruch an die Gesellschaft als human und individuell unterschiedliche Entwicklung ermöglichend und akzeptierend. Hierbei kommt nach anthroposophischem Dafürhalten den Einrichtungen eine gesamtgesellschaftliche Vorbildfunktion zu, die über den Rahmen der Heilpädagogik und Sozialtherapie hinaus Gültigkeit zu haben hat: "Geht man (...) davon aus, daß 'der Zustand des Integriertseins dann gegeben ist, wenn ein Mensch mit seiner sozialen Umwelt und mit sich selbst im reinen ist, das heißt, wenn seine urpersönlichen Bedürfnisse nach Bindung und nach Selbstentfaltung in der von ihm gewünschten je persönlichen Form Erfüllung finden',dann haben die Dorf- und Lebensgemeinschaften auf anthroposophischer Grundlage mit ihrem theoretischen und praktizierten Modell der Menschenerziehung und -bildung sowie des Zusammenlebens von behinderten und nichtbehinderten Menschen auf dialogischer Basis einen Beitrag zur Integration und Normalisierung des menschlichen Miteinanders erbracht, der den Oberflächlichkeiten von reiner Informationsvermittlung und gesellschaftlicher Adaption bisheriger Integrations- und Normalisierungskonzepte, aber auch dem gesellschaftlichen Wandel im Sinne des Werteverfalls entgegenwirkt" (Jacobs a.a.O., S.188f.).

Integration und Normalisierung wird als Individualisierung demzufolge so verstanden, daß nicht jedem das Gleiche, sondern das ihm Gemäße zukommen soll, respektive ein Umfeld geboten wird, das seine persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten möglichst optimal fördert. Dieser Gedanke ist jedoch auch dem Normalisierungsprinzip nicht fremd in dem Sinne, daß es völlig normal ist, über eine unterschiedliche Bedürfnislage zu verfügen. Das Normalisierungsprinzip propagiert bekanntlich nicht eine Anpassung des Menschen mit Behinderung an die irgendeine Norm, sondern die Normalisierung der Lebensbedingungen. Der anthroposophisch gefaßte Gedanke der Individualisierung geht jedoch noch einen Schritt weiter, wenn er die Erscheinungsformen unserer modernen Gesellschaft als zumindest fragwürdig beschreibt. Hier kommt wiederum der Grundgedanke der "Therapeutischen Gemeinschaft" (Grimm) zum Tragen. Integration wird als Integration in diese Gemeinschaft ebenso verstanden wie als Integration der Gemeinschaft in ein nachbarliches Umfeld.

5.3. Zur Lage Erwachsener mit einer geistigen Behinderung in gemeindeintegrierten Wohneinrichtungen, dargestellt am Beispiel des Wohngruppenkonzeptes der Fachklinik Schleswig - Stadtfeld

5.3.1. Zu Geschichte und Entwicklung des Normalisierungsprinzips

Das sogenannte Normalisierungsprinzip als Leitidee eines Lebens "so normal wie möglich", zu erreichen mit möglichst normalen Mitteln, ist verbunden mit den Namen der Skandinavier Nirje und Bank-Mikkelsen so wie dem des Amerikaners Wolfensberger. Ausgelöst durch die Wahrnehmung der katastrophalen, menschenunwürdigen Unterbringung geistig behinderter Menschen in den großen Anstalten Amerikas¹³, Infolge der Kritik am lange als vorbildlich geltenden System der Verwahrung behinderter Menschen in Schweden durch Nirje und der Auseinandersetzung von Bank-Mikkelsen mit den Vorstellungen des 1952 gegründeten Verbandes der Eltern geistig behinderter Kinder in Dänemark, geschah ein Paradigmenwechsel in der Behindertenfürsorge, dessen theoretische und praktische Konsequenzen bis heute gar nicht hoch genug eingeschätzt werden können.

Das Prinzip besagt, "daß man richtig handelt, wenn man für alle Menschen mit geistigen und anderen Beeinträchtigungen oder Behinderungen Lebensmuster und alltägliche Lebensbedingungen schafft, welche den gewohnten Verhältnissen und Lebensumständen ihrer Gemeinschaft oder ihrer Kultur entsprechen oder ihnen so nahe wie möglich kommen" (Nirje 1994, S.13). Dabei gilt es zu beachten, daß Nirje von den Lebensbedingungen eines Wohlfahrtsstaates ohne größere wirtschaftliche und soziale Probleme ausgeht, dem Schweden der ausgehenden 60er/beginnenden 70er Jahre.

Eine andere Formulierung desselben Prinzips stammt von Bank-Mikkelsen. "Man soll den geistig Behinderten dazu verhelfen, ein Dasein zu führen, das so normal ist, wie es nur irgend ermöglicht werden kann" (zitiert nach Nirje in: Kugel/Wolfensberger 1974, S.34). Erstmals als Gesetz formuliert wurde das Normalisierungsprinzip bereits 1959 im dänischen Gesetz zur Sozialfürsorge; dieses Gesetz führte mittelbar zu den UN-Deklarationen für die Rechte geistig Behinderter.

Konkret besteht das Normalisierungsprinzip in der Formulierung von Nirje (vgl. Nirje 1994, im Folgenden kommentiert, d.Vf.) aus acht Elementen:es beinhaltet das Recht eines jeden Menschen auf

- einen normalen Tagesrhythmus. Damit ist gemeint, daß jeder Mensch unabhängig von Art und Schwere seiner Behinderung morgens aufsteht, sich (eventuell mit Hilfe) anzieht, unter normalen Bedingungen (also in der Regel mit anderen Menschen zusammen) an einem Tisch sein Essen einnimmt. Akute Erkrankungen zwingen natürlich zur Bettruhe, dies wäre bei einem Menschen ohne geistige Behinderung jedoch auch nicht anders zu sehen.

¹³ dokumentiert in: Kugel/Wolfensberger: Geistig Behinderte: Eingliederung oder Bewahrung? Stuttgart 1974

- einen normalen Wochenrhythmus. Normal ist, daß ein Mensch an einem Ort wohnt und an einem räumlich davon getrennten Ort arbeitet, zur Schule geht, eine Ausbildung macht o.ä. Dieses in der neueren Literatur als Milieuwechsel präzisiertes Prinzip schließt die Benutzung öffentlicher Einrichtungen bei der Arbeit ebenso ein wie bei der Freizeitgestaltung. Der Wechsel zwischen einer fordernden Tätigkeit (Schule, Arbeit) und einer entspannenden Tätigkeit (Freizeitgestaltung) ist nach Nirje für die Identitätsbildung von großer Bedeutung. Der Effekt einer gesellschaftlichen Eingliederung durch die Präsenz von Menschen mit Behinderungen beispielsweise in öffentlichen Verkehrsmitteln und kommunalen Freizeiteinrichtungen hat umgekehrt den Effekt des Abbaus von Vorurteilen seitens der Gesellschaft. Die Menschen mit Behinderungen werden nicht mehr "als Block", als Anstaltszöglinge, erlebt, sondern gehören selbstverständlich zum Straßenbild (dies ist in Dänemark inzwischen noch besser erfahrbar als in Deutschland).
- einen normalen Jahresrhythmus. Das bedeutet die Erfahrung von persönlichen wie kulturellen und religiösen Fest- und Feiertagen (einschließlich des Besuches der entsprechenden Institution, falls gewünscht) ebenso wie den Wechsel zwischen Arbeitswochen und Urlaub; die Möglichkeit zu verreisen eingeschlossen.
- normale Erfahrungen im Ablauf eines Lebenszyklus. Der Grundgedanke dabei ist, daß ein Kind normalerweise in einer ganz auf seine Bedürfnisse abgestimmten Umwelt, also in einer Familie, lebt. Es hat Anspruch auf Wärme, Geborgenheit, Zuwendung und eine feste, nicht ständig wechselnde Anzahl von Bezugspersonen. Im Säuglings- und Kleinkindalter dürfte sich dieser Rahmen auch für ein Kind mit einer geistigen Behinderung nicht wesentlich von dem für ein Kind ohne Behinderung unterscheiden. Sollten allerdings Krankenhaus- oder Heimaufenthalte nötig sein, gilt es, die äußeren Bedingungen entsprechend zu gestalten. Ein Schulkind braucht diesen schützenden Rahmen auch; gleichzeitig aber ein Mehr an Außenkontakten, die es in der Regel durch den Schulbesuch erhält.
- Ein Heranwachsender braucht eine Umgebung, die ihm ermöglicht, selbständig und so weit wie möglich unabhängig von äußerer Versorgung sein Leben zu gestalten. Nirje hält es für grundsätzlich verfehlt, junge Erwachsene in der gleichen Umgebung zu belassen wie Kinder. Die Wahrnehmung des eigenen Selbst als erwachsen geschähe am besten im Kontakt mit anderen - behinderten wie nicht behinderten - Erwachsenen.¹⁴ Für alt gewordene Menschen gilt, daß sie ihre Bedürfnissen gemäß betreut und den Kontakt zu ihrem vertrauten Umfeld behalten sollten.

¹⁴ „Ausbildungsprogramme für jüngere Erwachsene müssen sicherstellen, daß diese so fähig und unabhängig wie möglich werden bei der Erledigung täglicher Kleinarbeit und ihrer eigenen Versorgung. Man sollte stets versuchen, sie so weit zu fördern, dass sie sich dem regulären Leben so gut wie irgend möglich anpassen können“(Nirje, in: Kugel/Wolfensberger 1972, S.36).

- dem Beachten von Wünschen, Vorlieben und Bedürfnissen der Menschen mit einer Behinderung. Die Gestaltung der eigenen Lebenswelt nach eigenen Bedürfnissen ist ein elementarer menschlicher Wunsch, und so lange dieser nicht mit berechtigten Erwartungen der Umwelt kollidiert, auch allgemein anerkannt. Wie jeder andere Mensch wollen auch die Menschen mit Behinderungen in ihren Bedürfnissen Beachtung finden und ernst genommen werden.
- dem Leben in einer bisexuellen Welt. Einrichtungen der Behindertenhilfe hatten traditionell die Eigenart, getrenntgeschlechtliche Gruppen einzurichten (Anstalten und psychiatrische Kliniken sowieso). Dies führte zu einer künstlichen, inhumanen Situation, die mit dem normalen Miteinander von Männern und Frauen im täglichen Umgang nichts zu tun hatte. Das Leben in einer bisexuellen Welt bedeutet selbstverständlich auch die Möglichkeit zum Aufbau von Beziehungen bi- oder auch homosexueller Art und ist nicht im Sinne der Diskriminierung homosexuell orientierter Menschen aufzufassen
- normale wirtschaftliche Bedingungen. Im Rahmen ihrer Gesellschaft sollen auch Menschen mit einer Behinderung die Möglichkeit haben, an deren wirtschaftlichem Ertrag zu partizipieren. Dies soll neben einer Grundversorgung auch durch ein bestimmtes frei verfügbares Einkommen geschehen. Ohne diese relative finanzielle Autonomie bleibt eine wirkliche Gleichberechtigung Makulatur. (In Zeiten knapper Kassen und zahlreicher Sparprogramme kann man nicht oft genug auf das Recht eines Menschen mit einer geistigen Behinderung auf einen angemessenen ökonomischen Standard betonen. Seifert (1997) weist nicht umsonst in ihrem Appell auf den dritten Behindertenbericht der Bundesregierung hin, in dem es - neben einigen positiven Absichtserklärungen - heißt: "Andererseits sind die Pflichten der Gesellschaft gegenüber behinderten Menschen nicht unbegrenzt insbesondere soweit für ihre Rehabilitation und Eingliederung menschliche und finanzielle Ressourcen in Anspruch genommen werden, die dann für andere, ebenfalls wichtige Aufgaben nicht mehr zur Verfügung stehen."
- eine normalisierte Lebenswelt, wie sie für gleichaltrige Menschen ohne eine Behinderung allgemein gesellschaftlich als angemessen angesehen werden kann.

5.3.2. Zum Menschenbild des Normalisierungsprinzips

Es waren jedoch weder Nirje noch Bank-Mikkelsen, die das Normalisierungsprinzip für eine wissenschaftliche Auseinandersetzung präzisierten und ausdifferenzierten (das lag auch gar nicht in ihrem Interesse), sondern der Amerikaner Wolfensberger.

Nirje (als Jurist) und Bank-Mikkelsen vertraten implizit ein Verständnis des Menschen mit einer geistigen Behinderung als Bürger wie jeder andere und verurteilten vor allem die Praxis, diesem Menschen eben nicht die gleichen Rechte wie einem jeden anderen Bürger zuzugestehen bzw. ihm nicht zu ermöglichen, diese wahrzunehmen.

Der behinderungstheoretische Ansatz des Normalisierungsprinzips ist zunächst ein rein gesellschaftlicher: es unterscheidet nicht zwischen Behinderungsformen oder Ausprägungen, sondern allein nach dem Grad der Hilfsbedürftigkeit. Ein Mensch mit einer schwereren Behinderung benötigt ein Mehr an Hilfe, um "ein Leben so normal wie möglich" zu führen als ein Mensch mit einer leichteren Behinderung. Die Frage ist für Nirje und Bank-Mikkelsen nicht der Einzelne (und schon gar nicht irgend ein Krankheitsbild), sondern allein die Schaffung eines geeigneten Umfeldes, das ein hohes Maß an Autonomie in einer normalen Umgebung ermöglicht. Zweitens hat die ökonomische Sicherheit in den Postulaten des Normalisierungsprinzips einen hohen Stellenwert. Der Mensch mit einer Behinderung ist nach diesem Verständnis nicht als Fürsorgefall von der Gnade und Barmherzigkeit seiner Umwelt abhängig (schon immer eine höchst unsichere Existenzbasis), sondern hat ein Recht auf einen alters- und gesellschaftsadäquaten Lebensstil.

Wolfensberger geht von dem Modell der Devianz - des abweichenden Verhaltens - aus, um den Grund für den Prozeß der Ausgrenzung von Menschen mit einer geistigen Behinderung zu beschreiben. Nach Durkheim wird soziales Verhalten durch bereits im Vorfeld festgelegte gesellschaftliche Normen geregelt. Ein abweichendes Verhalten kann entweder nicht beachtet oder sanktioniert werden, wobei bereits der Terminus Abweichung eine negative Wertung impliziert. Gesellschaftliche Normen beinhalten den Anspruch auf allgemeine Verbindlichkeit; Devianz ist mithin ohne Bezug zum real existierenden gesellschaftlichen Umfeld nicht zu verstehen.

Mithin ist der Prozeß der Ausgrenzung von Menschen mit einer geistigen Behinderung in unserer oder vergleichbaren Gesellschaftsformen von zwei Seiten her zu verstehen: erstens setzt die Gesellschaft Normen und grenzt diejenigen aus, die sich nicht "normal" verhalten. Zweitens ist eine Zugehörigkeit zu einem Gemeinwesen umso unproblematischer, je mehr man sich diesen Normen anpaßt. Wolfensbergers erste Definition von Normalisierung erscheint auf den ersten Blick diesem zweiten Verständnis verpflichtet, das eine einseitige Anpassung von Menschen mit einer geistigen Behinderung an gesellschaftliche Normen fordert.¹⁵

Im Prinzip entspricht dieses Verständnis in allen Punkten den Forderungen von Nirje, verlangt sie doch die Nutzung möglichst normaler Mittel (und das heißt auch in einer möglichst normalen Umgebung), um den Effekt einer Integration von Menschen mit einer geistigen Behinderung zu erreichen. Vernachlässigt wird nach diesem Verständnis allerdings der Vorgang der Ausgrenzung durch die Gesellschaft als einen ständig präsenten Vorgang. Die Geschichte der Psychiatrie zeigt, wie effektiv Gesellschaften zu jeder Zeit sich des Mittels der Ausgrenzung bedienen, um vor Menschen mit bizarr-fremdartig anmutendem Verhalten geschützt zu sein

¹⁵ „Normalisierung ist die Nutzung von Mitteln, die so weit wie möglich der kulturellen Norm entsprechen, um solche Verhaltensweisen, Erscheinungsformen, Erfahrungen und Interpretationen herzustellen, zu ermöglichen und zu unterstützen, die so weit wie möglich der kulturellen Norm entsprechen“ (Wolfensberger 1972, zitiert nach König 1987, S.387).

Wolfensberger wollte seine Definition von Normalisierung so allerdings nicht verstanden wissen. In einer späteren Formulierung bezieht er sich auf die negativ besetzte Rolle, die ein Mensch mit einer geistigen Behinderung in der Gesellschaft einnimmt. "Es geht um den weitestmöglichen Einsatz kulturell positiv bewerteter Mittel mit dem Ziel, Menschen eine positiv bewertete Rolle zu ermöglichen, sie zu entwickeln, zu verbessern und/oder zu erhalten" (Wolfensberger 1983, a.a.O.).

Aus dieser negativen Rollenbewertung resultiert ein Negativbild von Menschen mit einer geistigen Behinderung als Personen (vgl. auch Goffmans Theorie des "labeling approach"). Hier verschränkt sich die Forderung nach einem normalen Umfeld mit der Aufwertung einer sozialen Rolle (Wolfensberger): ein Anstaltsinsasse ist Insasse, weder Mitbürger noch Bewohner. Kontakte sind nur über das System Anstalt möglich und, da "totale Institution" (Goffman) schwierig und unerwünscht. Der Mensch mit einer Behinderung wird so als eigenständige, kompetente Persönlichkeit nicht wahrgenommen; die Rolle des Insassen oder auch Patienten führt weg vom Individuum und schreibt eine -gesellschaftlich gering geachtete - Rolle vor. Die Aufwertung der Rolle des Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Gesellschaft ist demzufolge das eine von Wolfensberger vordringlich verfolgte Ziel. Das andere ist, die Kompetenzen eines Menschen mit einer geistigen Behinderung so weit wie möglich auszubauen und zu stabilisieren.

Bei der Frage des Image einer Person mit einer geistigen Behinderung handelt es sich selten um die Folge von Wahrnehmungen im direkten Umgang mit einem Menschen, sondern viel mehr um die gesellschaftliche Zuschreibung von Status. Das bezieht die Art und Weise, wie über eine Menschengruppe gesprochen wird, ebenso mit ein wie die Kenntnis der Lebensumstände und sozialen Attribute, mit dem diese Menschengruppe in Verbindung gebracht wird. "Die Behinderten" ist an sich bereits ein Ausdruck, der eine höchst heterogene Gruppe als vorwiegend defizitär beschreibt und eine Vorstellung von Abhängigkeit und Inkompetenz erzeugt. Die Schaffung eines erstens individuell angepaßten und zweites altersentsprechend normalen Umfeldes würde die Stigmatisierung, die mit den Vorstellungen eines "Insassen" (Anstalt? Gefängnis?) zusammenhängt, schrittweise eliminieren. Der Mensch mit einer Behinderung wäre im Idealfall Mitglied einer Familie, einer Gemeinde, Nachbar etc. Individualität und soziales Rollenverständnis würden sich (siehe auch Thimm 1984) zu einer positiv besetzten Identität ergänzen, in der die Behinderung zwar eine Rolle spielt, jedoch an keiner Stelle das ganze Dasein bestimmt.

Erleichtert wird nach Wolfensberger die Erreichung eines positiven Image durch das Erlangen eines möglichst hohen Grades an praktischer, sozialer und kognitiver Kompetenz. Die Eingliederung in eine gesellschaftlich geachtete Gruppe wird durch einen hohen Grad der Anpassung an ihre Normen fraglos erleichtert. Von diesem Standpunkt her betrachtet ist die (lebenslange) Förderung in allen Kompetenzbereichen nicht nur relevant für einen möglichst hohen Grad an persönlicher Unabhängigkeit des Menschen mit einer geistigen Behinderung, sondern auch für sein Akzeptanz in der Gesellschaft und somit für sein Image.

Kritisch zu sehen ist in diesem Zusammenhang die mögliche Abhängigkeit von Kompetenz und Akzeptanz. Daß eine höhere Kompetenz die Akzeptanz erleichtert, ist unstrittig, umgekehrt darf aber Kompetenz nicht zum Gradmesser von Akzeptanz werden. Es darf nicht passieren, daß ein Mensch mit einer schwersten geistigen Behinderung, der wahrscheinlich ein größeres Maß an Hilfeleistung benötigt als ein Mensch mit einer leichten geistigen Behinderung, aufgrund geringerer Kompetenz ein niedrigeres gesellschaftliches Ansehen genießt. Richtig ist dagegen das Konzept der lebenslangen individuellen Kompetenzentwicklung, um je nach individuellem Vermögen die gesellschaftliche Akzeptanz zu erleichtern.

Wolfensbergers Vorstellung von Kompetenz als Voraussetzung von Akzeptanz bezieht sich auf die Rollen, die ein Mensch in verschiedenen Altersstufen einnimmt: als Erwachsener wird er beispielsweise einer Arbeit nachgehen, die von ihm Stetigkeit und sozial verträgliche Umgangsformen erwartet. Fehlen diese Fähigkeiten, ist eine Eingliederung in den Arbeitsprozeß zumindest erschwert. Umgekehrt ist die soziale Rolle eines Mitarbeiters positiv besetzt. Für den Menschen mit einer Behinderung wird in der Rolle des Mitarbeiters die Tatsache seiner Behinderung graduell irrelevant.

5.3.3. Zur Rezeption des Normalisierungsprinzips in Deutschland

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß in der Formulierung von Wolfensberger die Grundlagen von Nirje und Bank-Mikkelsen (die mit Bedacht praxisorientiert waren und sich mit den Voraussetzungen von Ausgrenzung nicht weiter befaßten) in einer Weise konkretisiert und weiterentwickelt worden sind, die eine Auseinandersetzung mit dem Normalisierungsprinzip auch auf theoretischer Ebene möglich macht. Thimm (1992) hat beide Ansätze folgendermaßen zusammengefaßt: "Mitbürgerinnen und Mitbürger mit geistigen, psychischen oder physischen Beeinträchtigungen sollen ein Leben führen können, das dem ihrer nichtbeeinträchtigten Mitbürgerinnen/Mitbürgern entspricht. (In aller Kürze: ein Leben so normal wie möglich). Dieses ist am ehesten erreichbar, wenn die dabei eingesetzten Mittel so normal wie möglich sind. Das bedeutet: Das System der Hilfen ist ausgerichtet auf die alltäglichen Lebensbedingungen. Es bahnt sich ein Perspektivenwechsel an von einem Denken, Planen und Handeln, das vornehmlich auf Institutionen gerichtet ist, zu einem funktionsbezogenen Denken, Planen und Handeln, das von alters- und alltags-spezifischen Lebensvollzügen nichtbehinderter Menschen ausgeht."

Der Wandel, dem die Institutionen auf diese Weise unterliegen, stößt durch das deutsche gegliederte Sozialsystem jedoch an Grenzen: es existieren nur verhältnismäßig wenige Einrichtungen in staatlicher Trägerschaft, und einzelne, wenngleich maßgebliche Vertreter freier bzw. kirchlicher Wohlfahrtsverbände haben gegen eine flächendeckende Normalisierung Einwände (vgl. z.B. Gaedt 1992).

Einer dieser Einwände wurde oben bereits angedeutet: inwiefern maßen wir uns an, unseren Begriff von Normalität als konstitutiv für alle Menschen unseres Gesellschaftssystems anzusehen? Weiter wird den Verfechtern des Normalisierungsprin-

zips vorgeworfen, Menschen mit einer geistigen Behinderung den geltenden gesellschaftlichen Normen anpassen zu wollen. Darüber hinaus befürchtet Gaedt die Entwicklung der Großeinrichtungen von "Orten zum Leben" für alle Menschen mit einer geistigen Behinderung hin zu Schwerstbehindertenzentren, die in ihrer Funktion letzte Anlaufstätte für die Menschen mit einer geistigen Behinderung werden könnten, deren Schwere der Behinderung, somatische Erkrankung oder Verhaltensbeeinträchtigungen den Aufenthalt in einer normalisierten Wohnform schwierig erscheinen lassen.¹⁶

Für Gaedt wird nicht nur das Postulat von Wohngruppen als einzig wünschenswerter Lebensform (neben der Familie) für alle Menschen zum Problem, auch die damit verbundene Abwertung von Großeinrichtungen, die in ihrer Binnenstruktur - nach Gaedt - inzwischen zum großen Teil weitestgehend normalisierte Lebensmöglichkeiten bieten, erscheint ihm nicht sachgerecht. Auch eine Negativbeschreibung der Großeinrichtung an sich, ohne auf die Infrastruktur einer solchen Wohnform näher einzugehen, erscheint Gaedt problematisch.

Thimm geht dagegen von einer durchgehenden Verwirklichungsmöglichkeit des Normalisierungsprinzips im Bereich des Wohnens von Menschen mit einer geistigen Behinderung aus. Er vermutet in unserer Gesellschaft weit größere Ressourcen an Mitmenschlichkeit, als sie bisher zum Tragen gekommen sind. Die Veröffentlichungen im deutschen Sprachraum zum Normalisierungsprinzip hätten außerdem grundsätzlich die Anpassung der äußeren Bedingungen an die Erfordernisse des Menschen mit Behinderungen vertreten, nie umgekehrt.

Fazit: Das Normalisierungsprinzip setzte sich im Bereich der fachlichen Diskussion ziemlich schnell (vgl. Thimm, Antor, König et al.), im Bereich der praktischen Konkretion dagegen ziemlich langsam durch. Besonders der Personenkreis der langzeithospitalisierten Menschen mit einer geistigen Behinderung profitierte erst relativ spät, durch die Psychiatrie-Enquete von 1975, von diesen Anregungen. Dies ist umso unverständlicher, als bis vor wenigen Jahren (und in Einzelfällen wahrscheinlich bis heute) in deutschen Psychiatrien oder auch Pflegeheimen durchaus Lebensumstände vorzufinden waren, die Wolfensberger bereits Mitte der sechziger Jahre angeprangert hatte. Die Organisationsform der Freien Wohlfahrtspflege in Deutschland erwies sich vor allem von Seiten der Träger von Großeinrichtungen als relativ unbeweglich. In jüngerer Vergangenheit läßt sich jedoch auf dem (Um-)weg einer veränderten Binnenstruktur in den Großeinrichtungen und in Wohnheimen ein Wandel in Richtung einer Binnendifferenzierung beobachten. Die Gefahr ist nur, daß gerade Großeinrichtungen auch aus einer gewissen Sicht des Selbsterhalts bei dieser Reform stehenbleiben, ohne den Schritt weiter in die Gemeindeintegration zu wagen.

¹⁶ „Das Diktat, Großeinrichtungen hätten „vorwiegend“ Schwerbehinderte (gemeint sind damit alle „Problemfälle“) zu betreuen – so lautet das politische Kompromissangebot in Niedersachsen – missachtet völlig das Bedürfnis und das Recht eines jeden Menschen, sei er nun leicht oder schwer geistig oder aber gar nicht behindert, auf einen ihm angemessenen sozialen Raum. Für welche leichter behinderten Menschen kann es denn zumutbar sein, als einzige Ausnahme zwischen ausschließlich

5.3.4. Realisationsformen des Normalisierungsprinzips in den USA

In Amerika wurde Wolfensberger 1968 mit der Planung und Durchführung des sogenannten Nebraska-Projekts beauftragt, das eine vollständige Wieder-eingliederung von 3200 Menschen mit einer geistigen Behinderung aus einer (!) Anstalt in die Gemeinden gestalten sollte. Kennzeichnend für den Nebraska-Plan war der Einbezug der Gemeinden in Planung und Durchführung der Wiedereingliederung "mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln (Diskussionsabende, Vorträge, Fernsehen, Presse und Radio bis zur direkten Mundpropaganda" (Spren 1978, S.113). Dieses Vorgehen machte die spätere Akzeptanz der Behinderten in ihrem neuen Umfeld sehr viel wahrscheinlicher als eine Verordnung "von oben". Argumentiert wurde den Gemeinden gegenüber mit den wesentlich geringeren Kosten, die eine dezentralisierte Behindertenbetreuung in kleinen Einheiten mit sich bringen sollte. Appelliert wurde an den Bürgerstolz der Einwohner, der eine Lösung auftretender Probleme auf der Grundlage des Gemeinsinns ermöglichen sollte.

Weiter sah das Projekt einen fünfzehnstufigen Förderplan vor, der von einer (relativ kleinen) Wohneinheit mit intensiver pädagogischer und ärztlicher Betreuung für körperlich und geistig Schwerstbehinderte ausging, Modelle einer immer höheren Unabhängigkeit der Behinderten in allen Bereichen vor. Ziel war das völlig selbständige Wohnen und das selbständige Nachgehen einer Beschäftigung bei allenfalls situativer Krisenintervention durch einen Sozialarbeiter. Dieses Modell des "independent living" hat einige Nachahmer gefunden und gilt im allgemeinen vor allem in den dünn besiedelten Flächenstaaten als höchst erfolgreich.

5.3.5. Das Normalisierungsprinzip in der Kritik

Umso mehr beunruhigen Berichte, die von einer stark erhöhten (bis zu 72%) Sterblichkeitsrate bei selbständig lebenden Menschen mit einer geistigen Behinderung in den Vereinigten Staaten Zeugnis geben (Dalferth 1997). Offensichtlich gibt es Probleme, die die Erfolge des Normalisierungsprogramms in Mißkredit zu bringen drohen. Aus San Francisco wird berichtet: "Von den seit 1993 in die Gemeinde entlassenen behinderten Menschen waren schon 45 gestorben. Andere ehemalige Einrichtungs-bewohner, vor wenigen Monaten in gemeindenahen Wohnformen integriert, mußten in einem verheerenden gesundheitlichen und vernachlässigten Zustand, z.T. sterbenskrank, notdürftig bekleidet und unter schwersten Medikamenten stehend (im Einzelfall zwölf verschiedene schwere Psychopharmaka) aus diesen Wohngruppen wieder aufgenommen werden" (Dalferth 1997, S.348). Ob es sich bei diesen Vorfällen um das bedauerliche Scheitern eines einzelnen Projektes handelt, läßt sich noch nicht mit letzter Sicherheit sagen. Fest steht, daß in diesem Fall Betreuungsmängel, vor allem in medizinischer Hinsicht, in lebensbedrohlichem Ausmaß aufgetreten sind. Die Vernachlässigungen in den anderen Bereichen lassen sich auch auf der Grundlage folgender Beschreibung erahnen: "Eine stumme, 42jährige geistig behinderte Frau litt

schwer und schwerst geistig behinderten Menschen zu leben bzw. betreut zu werden?"(Gaedt 1992, S.221).

an heftigen Ohrenscherzen, auf die sie nicht hinweisen konnte. Extreme Selbstverletzungen, Zerkratzen des Gesichts, Kopfschlagen u.ä. führten zu einem Krankenhausaufenthalt, ohne daß die Ursache ihres Verhaltens erkannt wurde. Später wurden ihr von einem Zahnarzt neun Zähne gezogen, ohne dass sich an ihren chronischen Schmerzen etwas ändern konnte. Als sie schließlich nach Wochen in lebensgefährlichem Zustand wieder in ihre ursprüngliche Institution zurücküberstellt wurde, waren die Betreuer entsetzt: Sie war nur notdürftig bekleidet, stand unter 13 schweren Medikamenten (darunter Tranquilizer, Narkotika, Antipsychotika u.ä.) und hatte einen Bandwurm" (Dalferth 1999, S.96).

Ein Grund für das offensichtliche Scheitern dieser Normalisierungsmaßnahme lag nach der gleichen Quelle (San Francisco Chronicle) im Übergeben der Betreuungsaufgaben an private Organisationen, deren fachliche Eignung und bedarfsgerechtes Handeln nicht weiter überprüft wurde. Weiter wurde nachgewiesen, daß für die Betreuung der enthospitalisierten Menschen nur etwa die Hälfte der Mittel aufgewendet wurden wie für die Menschen, die in Einrichtungen lebten. Die Argumentation, daß ein gemeindeintegriertes Wohnen nicht nur für den Menschen mit einer geistigen Behinderung mehr Lebensqualität, Selbständigkeit und weniger Isolation mit sich bringt, sondern die Gesellschaft auch noch wesentlich billiger dabei wekommt, hat hier offensichtlich zu kurz gegriffen.

Nun läßt sich diese Situation nicht auf deutsche Verhältnisse übertragen. Allerdings sind zwei Punkte zu beachten: eine Eingliederung ist nicht dadurch vollzogen, daß man die Menschen in "normale" Wohnungen umsiedelt. Ein Aufgenommen-Sein im direkten sozialen Umfeld regelt sich nicht von selbst; offensichtlich kann man sich auf das Vorhandensein der von Thimm (1992) angesprochenen menschlichen Ressourcen nicht einfach verlassen; sie müssen in einem ausgiebigen Prozeß reaktiviert werden. Außerdem besteht die Notwendigkeit fachlich kompetenter Lebensbegleitung.

Das Normalisierungsprinzip verlangt außerdem das lebenslange Lernen, den Erhalt und den Aufbau von Kompetenzen. Dies war in den psychiatrischen Kliniken und Großanstalten für den Personenkreis von Menschen mit einer schweren und schwersten geistigen Behinderung ausgeschlossen. Ressourcen an Kompetenz lagen brach. Mithin ist eine gemeindenahe Unterbringung nicht in jedem Falle billiger als eine Anstaltsverwahrung, da eine fachliche Begleitung und Betreuung des betroffenen Personenkreises (bis zu einer 1:1 Betreuung, vgl. Dalferth 1998) nicht billig zu haben ist. Mit dem Argument der Kostendämpfung für gemeindeintegriertes Wohnen zu argumentieren, könnte sich als Gefahr für ein ganzes Konzept erweisen.

Vom Verständnis der Wohnung als Lebensmittelpunkt ausgehend, bezieht sich das Normalisierungsprinzip in Deutschland vor allem auf die Verwirklichung altersentsprechender Wohnformen. Nun kann -wie oben geschildert- die bloße Bereitstellung von Wohnraum allerdings nur eine Voraussetzung für die Gemeinschaft mit anderen (nichtbehinderten) Menschen bedeuten. Die Forderung nach geschützten "Orten zum Leben" (Gaedt) zeigt nicht völlig zu Unrecht, daß eine Integration von Menschen mit einer geistigen Behinderung in ein Gemeinwesen nicht als selbstverständlich ange-

nommen werden kann einzig durch eine Umsiedelung. Das sogenannte Kölner Behindertenurteil (1998) hat einen diesbezüglichen Optimismus doch deutlich gedämpft.

Dazu kommt, daß sich Bewohner von Wohngruppen selbst nicht eben selten gegen die Aufnahme von Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung in ihr unmittelbares Lebensumfeld zur Wehr setzen. Der Forschungsbericht "Leben im Heim" gibt unter anderem darüber Auskunft: "Auffällig ist, daß eine Reihe von Bewohnern vehement für eine Homogenität der Gruppen eintritt, wenn es um die Ausprägung der Beeinträchtigung geht. Insbesondere wird der Wunsch geäußert, daß schwerer behinderte Menschen, zu denen vor allem Gruppenmitglieder mit Verhaltensbesonderheiten gezählt werden, in anderen Wohngruppen betreut werden sollen" (Wacker et al. 1998, S.303). Eine Integration vollzieht sich auch durch die Verbesserung der Rahmenbedingungen nicht von selbst - eine Begleitung, Betreuung in Krisen- und Konfliktsituationen und Hilfe zur Kompetenzentwicklung kann notwendig bleiben. Das Individuum mit seinen speziellen Bedürfnissen muß Richtschnur für das professionelle Handeln bleiben.

Beispiele über eine geglückte Integration auch geistig schwerst- und mehrfachbehinderter Menschen in gemeindenahen Wohnformen lassen sich demzufolge finden, wo den individuellen Bedürfnissen Rechnung getragen wurden. Dalferth (1998, S.241) betont, daß "Systeme der dezentralen Betreuung sich mit ihren Rahmenbedingungen auf die Bedürfnisse schwerstbehinderter Menschen einstellen müssen, damit auch bei diesem Personenkreis nach einer Jahrzehnte währenden Hospitalisierung nicht nur ein Leben außerhalb der Klinik, sondern ein Zuwachs an Lebensqualität garantiert werden kann." Schweden praktiziert beispielsweise ein höchst erfolgreiches Modell der Enthospitalisierung und hat bis heute über 95% alle Menschen mit geistigen Behinderungen in gemeindenahen Wohnformen untergebracht (vgl. Dalferth 1999). Die erforderliche Betreuung wird von der individuellen Notwendigkeit abhängig gemacht. Im Gegensatz zu Deutschland kennt Schweden kein System von Wohlfahrtsverbänden als Trägern von Institutionen, sondern steuert seine Hilfsprogramme direkt von Seiten des Staates. Dabei kann von hilfebedürftigen Menschen persönlicher Assistenz in Anspruch genommen werden, die nicht nur für pflegerische Hilfsdienste zur Verfügung steht, sondern auch beispielsweise als Begleitung zur Arbeit oder zu Freizeitaktivitäten genutzt werden kann. Regionale Servicezentren koordinieren fachspezifische Hilfen wie Physiotherapie etc. "Die Enthospitalisierungsentwicklungen in Schweden haben nachhaltig unter Beweis gestellt, dass ein Leben in offenen, gemeindenahen Wohnformen für Menschen mit den verschiedensten, auch den schwersten Behinderungen nicht nur möglich ist, sondern deutlich mehr Lebensqualität verspricht" (Dalferth 1999, S.103).

Offensichtlich ist es bei Bereitstellung aller erforderlichen Hilfen möglich, nahezu alle Menschen mit einer geistigen Behinderung in ein normales Umfeld zu integrieren. Die Negativbeispiele verweisen in diesem Zusammenhang nicht auf ein Versagen des Normalisierungsprinzips, sondern auf eklatante Fehler bei der politischen Konzeption, die für die Versorgung von Menschen mit Behinderungen in gemeindeintegrierten Wohneinheiten nur die Hälfte der Mittel einer Anstaltsunterbringung veranschlagte.

Der Einwand, daß Anstalten zu Schwerstbehindertenzentren werden, kann dadurch entkräftet werden, daß gerade Menschen mit schweren und schwersten geistigen Behinderungen zur bevorzugten Zielgruppe einer Enthospitalisierungsmaßnahme werden sollen (Dörner 1998, S.31 ff.). Daß es gelingen kann, Menschen mit schwerer geistiger Behinderung und sogenannten massiven Verhaltens-auffälligkeiten dauerhaft in ein normales Umfeld zu integrieren, zeigt die Beschreibung von Dalferth (1998). Im Rahmen eines Modells zur Integration schwerstbehinderter Erwachsener, die zum größten Teil massive Verhaltensauffälligkeiten zeigten, wurden zwei Wohngruppen für je sieben Personen konzipiert. Nach einem Jahr konnte festgestellt werden, daß alle Bewohner in der Lage waren, sich in einer weitestgehend normalisierten Umwelt zurechtzufinden. "Die erfolgreiche Eingliederung dieses vernachlässigten Personenkreises darf nicht von ihrem Wohlverhalten in Abhängigkeit gebracht werden, sondern erfordert zunächst die Schaffung angemessener Wohnverhältnisse und Betreuungsstrukturen, die ihren special needs, ihren fundamentalen Bedürfnissen entsprechen. Sie benötigen im Binnenraum einer gemeindeintegrierten Wohneinrichtung ein spezifisches therapeutisches Milieu, das Therapie und Alltag miteinander verbindet und in dem therapeutische Hilfen nicht nur additiv dem Betreuungsalltag hinzugefügt werden"(Dalferth 1998, S.257).

Ein Eingehen auf die Bedürfnislage des einzelnen Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung bedeutet den Einbezug der Betroffenenperspektive in die Planung seines Lebensumfeldes, das sich auf diese Weise auch mal deutlich von einem standardisierten Milieu unterscheiden darf - schließlich ist es normal, unterschiedliche Ansprüche zu haben: "Die Wertschätzung der Betroffenen-Perspektive verlangt eine pragmatisch-eklektizistische Vorgehensweise, die es gemeinsam zu entwickeln gilt. Ein Methodenmonismus hat im Empowerment keinen Platz" (Theunissen 1999a, S.111).

5.3.6. Realisationsformen des Normalisierungsprinzips in Deutschland am Beispiel der Wohngruppen für Menschen mit geistigen Behinderungen der Fachklinik Schleswig-Stadtfeld

5.3.6.1. Konzept

Im Jahr 1990 wurde auf Anregung der Lebenshilfe im Auftrag des Ministers für Soziales, Gesundheit und Energie eine Arbeitsgruppe gebildet, die ein Konzept zur Einrichtung von Wohngruppenprojekten für Menschen mit einer geistigen Behinderung, die als Langzeitpatienten in Landeskrankenhäusern untergebracht waren, erstellen sollten. Diesem Gremium gehörten Vertreter der Lebenshilfe, des LKH Schleswig und des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Energie an.

Bezug genommen wurde bei der Entwicklung der Konzeption auf die Prinzipien der "Normalisierung". Zusätzlich wurde auf die besondere Situation von Menschen, die zum Teil schon seit Jahrzehnten in einer psychiatrischen Klinik lebten, eingegangen. So wurde es ebenso als pädagogischer Schwerpunkt betrachtet, die Beziehungen des Menschen mit Behinderungen zu seiner Familie auszubauen und zu festigen. Die Steigerung der praktischen Kompetenz, die Förderung des sozialen Lernens

durch Unterstützung beim Aufbau von Kontakten innerhalb und außerhalb der Wohngruppe wurden ebenso thematisiert wie die psychische Hilfe bei schwierigen Gefühlslagen. Durch die zunächst vorgesehene relative Nähe zum Klinikgelände konnten unterstützend z.B. verhaltenstherapeutische Maßnahmen angeboten werden. Im Gegensatz zu der Konzeption einer völligen Enthospitalisierung wurde in diesem Fall also ein Schritt-für-Schritt-Konzept favorisiert: "Die Herauslösung der Wohngruppen aus dem Institutsbereich der Fachkliniken ist anzustreben. Um diese Chancen zu erleichtern, sind Übergangsheime, Wohngruppen außerhalb der Klinik mit 'fachklinischer Begleitung' u.ä. zu schaffen"(Walburg 1995, S.110/111), außerdem "sind alle Anstrengungen zu vergrößern, die eine größere Transparenz der medizinischen Versorgung und pflegerischen, therapeutischen und heilpädagogischen Interventionsmaßnahmen für Außenstehende deutlich machen. Nur wenn es uns gelingt, durch Öffentlichkeitsarbeit auch Unbetroffene betroffen zu machen, kann es gelingen, Veränderungen in der Gesellschaft zu bewirken" (a.a.O.). Annäherung sollte also auf zwei Ebenen geschehen: erstens durch die lebenspraktische Förderung der Bewohner, was in letzter Konsequenz einen möglichst hohen Grad an individueller Selbständigkeit zur Folge haben soll, zweitens durch Einbezug der Nachbarschaft in das Projekt, zunächst mit Hilfe einer Reihe von Informationsveranstaltungen.

Für die Realisation der kompetenzfördernden Maßnahmen wurde auf ein Modell der "Ebenen der Veränderung von Verhalten und Einstellungen"(Bronfenbrenner, vgl. König 1987) Bezug genommen:

- Ebene 1: Das Individuum
- Ebene 2: Die primären sozialen Systeme (Familie, Wohngemeinschaft, Peer-Group)
- Ebene 3: Das sekundäre soziale System (Nachbarschaft, Wohnviertel, Schule, Werkstatt, Vollzeiteinrichtung)
- Ebene 4: Die Gesellschaft (als Gesamtheit wie als größere Teilmenge)

Zunächst sollen die Lernmöglichkeiten des Individuums im Tagesablauf genutzt werden, beispielsweise bei täglich wiederkehrenden Tätigkeiten wie Essen oder Sich-Waschen. In einem zweiten Schritt sollen die gemeinschaftlichen Aufgaben, die sich aus dem möglichst eigenverantwortlichen Zusammenleben der Wohngruppe ergeben, bewältigt werden. Aus dieser als Ich- und Wir-Ebene bezeichneten Lernsituation heraus sollte es möglich sein, Kompetenzen zu entwickeln, die den Menschen mit einer geistigen Behinderung befähigen, einer Arbeit außerhalb der Wohngruppe nachzugehen.

Wichtig erschien der Zusammenhang der Lernprozesse mit der jeweils konkreten Situation, die sich aus der Alltagsbewältigung der Wohngruppe ergab. Die Benutzung möglichst normaler Mittel in möglichst normalen Situationen (Wolfensberger) zur Initiierung von Lernprozessen erschien somit gewährleistet.

Die Grundversorgungen (mit Essen, Wäsche und Sauberhaltung der Räume) sollte in der Startphase gewährleistet sein, um Lernsituationen ohne äußeren Druck schaffen zu können. Mit zunehmender Kompetenz der Bewohner sollte auf eine äußere Versorgung mehr und mehr verzichtet werden.

Die Wohngruppen sollten unter pädagogischer Leitung stehen. Kenntnisse in lerntheoretischer Arbeit bei den Mitarbeitern wurden vorausgesetzt. Der Stellenplan wurde so angelegt, daß, abgesehen von gruppenübergreifenden sozialen, sonderpädagogischen und medizinischen Fachdiensten und hauswirtschaftlichem Personal, pro Schicht zwei Betreuungspersonen zur Verfügung standen.

Die Dienstzeiten sollten sich nach den Bedürfnissen der Bewohner richten; de facto behielt man zunächst die Schichtdienstregelung aus den Zeiten der Langzeitstationen bei (ein Umstand, der von einigen Mitarbeitern nicht gutgeheißen wurde). Walburg (1995) betont außerdem die Notwendigkeit, eine "bedürfnisadäquate, subjektorientierte und individuelle stimulierende Pflege, Therapie und Förderung im Sinne einer heilpädagogischen Intervention"(S.111), zu leisten, um Defizite aus der langen Zeit der Hospitalisierung aufzuarbeiten und die längerfristig geplante weitestgehende Normalisierung, auch bezüglich des Wohngebietes, zu gewährleisten.

5.3.6.2. *Struktur*

Ende 1993 wurde die erste Wohngruppe mit 6 Bewohnern gegründet. Im Mai 1994 erfolgte die Gründung einer weiteren Wohngruppe mit 9 Bewohnern, im Dezember die einer dritten mit 15 Bewohnern. Letztere war als Übergangs- bzw. Trainingswohngruppe konzipiert. Alle Wohngruppen bezogen zunächst Wohnungen auf dem Klinikgelände, die jedoch in ihrer Ausstattung (Einzelzimmer, sanitäre Anlagen, Größe) den Anforderungen an ein normales Wohnen für Erwachsene durchaus genügten. Die zuerst gegründete Wohngruppe konnte inzwischen ein Haus außerhalb des Klinikgeländes beziehen.

Verursacht durch die hohe Anzahl der Bewohner, gestaltete sich ein planmäßiges Arbeiten in der größten Wohngruppe ausgesprochen schwierig. Schon nach kurzer Zeit klagten die Mitarbeiter darüber, daß sie sich persönlich und fachlich völlig überfordert fühlten. Bewohner mit einem einigermaßen hohen Kompetenzniveau zogen in andere Wohngruppen um; die Menschen, die einer intensiven pädagogisch-therapeutische Förderung bedurft hätten, blieben in der Wohngruppe und wurden durch Personen mit einem ähnlich hohen Förderbedarf ergänzt. Für eine sinnvolle Förderung dieser Menschen blieb viel zu wenig Zeit. Dazu kam, daß die Wohnung durch bauliche Gegebenheiten nur sehr eingeschränkt rollstuhltauglich war. Diese Art von Problemen wurden in den anderen beiden Wohngruppe nicht thematisiert.¹⁷

¹⁷ Der Verdacht liegt nahe, dass es eine Obergrenze der Anzahl von Bewohnern einer Wohngruppe gibt, innerhalb derer ein Zusammenleben und eine sinnvolle Förderung möglich erscheint. Fünfzehn Menschen mit einer geistigen Behinderung in einer Wohnung waren keine „Wohngruppe“ mehr.

Alle Wohngruppen wurden gemischtgeschlechtlich belegt. Vom Grad der Intelligenzminderung der Bewohner her betrachtet, waren in den beiden als dauerhaft bestehende Wohngemeinschaften geplanten Gruppen 6 Personen als leicht- bis mittelgradig intelligenzgemindert, 9 Personen als schwer intelligenzgemindert eingestuft. Der vorübergehend kritisch zu sehende Umstand, daß sich die Wohngruppen zunächst auf Klinikgelände befanden, wurde mit der Notwendigkeit einer allmählichen Umwandlung in Wohngruppen begründet (Walburg a.a.O., S.110). Somit soll schrittweise Entwöhnung vom Klinikumfeld Verunsicherung der Betroffenen mildern und den Erfolg der Maßnahme sichern helfen.

5.3.6.3. *Entwicklung*

Abgesehen von zwei Personen in der Wohngruppe mit neun Personen, die zwischenzeitlich wegen akuter Erkrankungen klinisch behandelt werden mußten (inzwischen aber wieder in der Wohngruppe wohnen), mußte keiner der Bewohner wieder in die psychiatrische Langzeitstation zurück. Die beiden Dauerwohngruppen haben sich inzwischen eingelebt, sind aufeinander eingespielt und waren inzwischen in der Lage, Urlaubsreisen ins benachbarte Ausland zu unternehmen. Keiner der befragten Bewohner möchte wieder zurück auf die Station.

Der Grad der Normalisierung des Tagesablaufes, verbunden mit der Förderung der Eigenverantwortung der Bewohner, wird schrittweise der Normalität angepaßt: jede Wohngruppe verfügt über eine eigene Küche und Waschküche und strebt an, von der zu Anfang noch bestehenden Zentralversorgung durch die Klinik mehr und mehr unabhängig zu werden. Die Zentralversorgung machte für die Wohngruppen in der Startphase durchaus noch Sinn: die Bewohner hatten auf diese Weise Zeit, sich aneinander zu gewöhnen und grundsätzliche Fragen des Miteinander-Seins zu klären, ohne dem Druck äußerer Anforderungen allzu sehr ausgesetzt zu sein.

Die Anpassung an eine normalisierte Wohnform kann für alle Bewohner der Dauerwohngruppen als geglückt betrachtet werden. Defizite liegen noch beim Angebot an adäquaten Arbeitsplätzen, also im normalisierten Tages- und Wochenablauf, so wie in der faktischen Eingliederung der Wohnungen in die Stadt.

Eine Wohngruppe befindet sich nach wie vor auf dem Klinikgelände, die andere direkt daneben. Diese eher marginalen Verstöße gegen das Postulat des Normalisierungsprinzips werden sich auf die Dauer aber lösen lassen. In ihrer Binnenstruktur entsprechen beide Wohngruppen sowohl den Kriterien der Normalisierung der Lebenswelt als auch Wolfensbergers Forderung nach der Entwicklung eines möglichst hohen Kompetenzniveaus.

5.3.6.4. *Problemlage*

Wie aus dem Geschilderten erkennbar, ist eine Obergrenze der optimalen Förderung von Menschen mit einer geistigen Behinderung bei höchstens 9 Bewohnern pro Wohneinheit erreicht. Dies bedeutet in letzter Konsequenz, daß die Betreuung in den

Wohngruppen zunächst und für einen nicht unbedingt absehbaren Zeitraum eine verhältnismäßig personalintensive und von daher teure Möglichkeit der Lebensgestaltung für den Menschen mit einer geistigen Behinderung darstellt.

Nun ist der Kostenfaktor aus erziehungswissenschaftlicher Sicht auf keinen Fall als Argument für oder gegen eine Wohnform für eine bestimmte Klientel anzusehen, allerdings kann nicht davon ausgegangen werden, daß der Kostenträger dieses genauso sieht. Eine Unterbesetzung mit Fachpersonal in den Wohngruppen, ein zu frühes Entlassen in die völlige Selbständigkeit birgt die von Dalferth (1997) geschilderte Gefahr der Deprivation bis hin zur Gefährdung von Leib und Leben in sich. Leit-schnur muß, wie bereits geschildert, das Individuum mit seiner speziellen Bedürfnis-lage sein. Es wäre fatal, in Zeiten der Kostenersparnis vermeintlich teure Wohn-gruppen z.B. personell zu reduzieren und damit die Gefahr eines Scheiterns herauf-zubeschwören.

6. Wohnformen für Erwachsene mit einer geistigen Behinderung aus systemökologischer Sicht

6.1. Zum Begriff "systemökologische Perspektive" im Bezugsrahmen der Heilpädagogik

Vor allem mit Speck (1988) in Bezug auf Bronfenbrenner (1981) hielt der Begriff des systemökologischen Denkens bzw. des systemökologischen Ansatzes Einzug in die Diskussion über die Lebenswelt von Menschen mit einer geistigen Behinderung. Dieser Ansatz gründet sich auf die Einsicht, daß der Mensch mit einer geistigen Behinderung nicht von seinen Lebenszusammenhängen isoliert betrachtet werden kann, sondern im Bezugsrahmen seiner Umgebung. Ausgehend vom Individuum (Ebene 1) ist es vor allem das Mikrosystem (Bronfenbrenner 1981), die primäre Lebenswelt, die in Familie, Wohngruppe, aber auch z.B. in der Langzeitstation eines psychiatrischen Krankenhauses bestehen kann, das das Leben eines Menschen mit Behinderungen direkt beeinflußt. Die nächste Ebene, das Mesosystem, steht für Nachbarschaften, großfamiliäre Strukturen, Freundeskreise; im Extremfall in der Gesamtheit eines psychiatrischen Krankenhauses mit seinen Abteilungen und Unterabteilungen. Diese Systeme existieren jedoch zwangsläufig im Kontext eines Exosystems (Struktur eines Gemeinwesens, einer Stadt), das sich seinerseits nicht außerhalb einer gesamtgesellschaftlichen Struktur befinden kann.

Vor diesem Hintergrund hält Speck (1988) auch eine Neubewertung des Begriffes Heilpädagogik für gerechtfertigt und angezeigt: "Der ökologische Ansatz, den wir verfolgen, ist gerade darauf gerichtet, Zusammenhänge zu erschließen, und zwar sowohl Zusammenhänge nach außen als auch Zusammenhänge in der einzelnen Person (...) Wir brauchen einen Begriff, der sowohl einen positiven Inhalt darstellt als auch mit Nachbargebieten verbindet, nicht aber absondert. Im Begriff 'heil' sehen wir den alten deutschen Inhalt von 'ganz' und in 'Heilpädagogik' die Chance, die absurde Aufteilung in Heilpädagogen und Sonderpädagogen überwinden zu können" (Speck 1988, S.12).

Der systemökologische Ansatz befindet sich somit in einem doppelten Bezugsrahmen: auf der einen Seite ordnet er das Fachgebiet der Heil- und Sonderpädagogik in seinem Selbstverständnis neu, indem er sowohl "das komplementäre Ergänzungsverhältnis zwischen allgemeiner und spezieller Pädagogik" so wie "die kooperative Ergänzungsbedürftigkeit zwischen spezieller Pädagogik und Nachbardisziplinen" thematisiert, auf der anderen Seite wird "die anthropologisch ganzheitliche Orientierung einer Erziehung, die einer drohenden personalen und sozialen Desintegration zu begegnen und (ganzheitlichen) Lebenssinn zu erschließen hat" (Speck, a.a.O., S.13), unterstützt.

Der bisher favorisierte subjektzentrierte Ansatz reicht nach diesem Verständnis nicht mehr aus. Will man humane Lebensbedingungen für Menschen mit einer geistigen Behinderung erreichen, so müssen die Bezugssysteme als erstens vorhanden, zweitens prinzipiell veränderbar, mit in Betracht gezogen werden. Kein Mensch existiert außerhalb eines in irgend einer Weise gesellschaftlich vorgegebenen Bezugssys-

tems, umgekehrt beeinflusst jedes Mitglied dieser real existierenden Gesellschaft das Gesamtsystem durch die Art und Weise seines

Da-Seins. Das Leben vollzieht sich demnach in gegenseitiger Wechselbeziehung von Selbstorganisation und Umwelteinfluß und beeinflusst seinerseits das Gesamtsystem. "Demzufolge ist der Mensch als ein autopoietisches, selbst-schöpfendes, selbstordnendes und relativ autonomes System unter kognitiven, affektiven, physiochemischen und Verhaltensaspekten zu betrachten, das in einer reziproken Beziehung zur sozialen (menschlichen) und artifiziellen (kulturellen) Umwelt steht" (Theunissen 1993, S.10).

Verhaltensauffälligkeiten zum Beispiel können nach diesem Ansatz nicht als isolierte Störung im Verhalten eines einzelnen Menschen gesehen werden, sondern haben immer einen konkreten Bezug - entweder einen dialogischen im zwischenmenschlichen Kontakt, oder einen umweltbezogenen beispielsweise in der Zerstörung von Gegenständen. Das Verhalten kann nicht losgelöst vom Bezugssystem betrachtet werden. Umgekehrt hat eine Veränderung des Bezugssystems immer auch eine Rückwirkung auf die beteiligten Personen.

Betrachtet man die zum Beispiel als verhaltensgestört eingestufte Person nicht als isoliertes Objekt einer angezeigten pädagogischen oder therapeutischen Maßnahme, so verändert sich die Handlung von einer Strategie zur Änderung des Verhaltens des anderen hin zum Angebot, der Selbstentwicklung der Person Hilfestellung zu leisten. Der Betreuer hat sich dabei selbst als Teil des Systems zu verstehen, in dem er strukturell nicht unbedingt einen Vorsprung an Wissen und Einsicht hat. Akteur für die Gestaltung des eigenen Lebens bleibt immer der Betroffene selbst.

Eine Wohngruppe, in der die Bewohner die Möglichkeit haben, zum Beispiel über Art und Zeitpunkt der Mahlzeiten selbst zu bestimmen, fördert auf der Ebene des Individuums die Selbständigkeit; ebenso auf der zwischenmenschlichen Ebene Toleranz und soziales Verhalten. Die Notwendigkeit von Absprachen (wer kocht wann und was für wen) läßt die Fähigkeit, den eigenen Standpunkt zu vertreten, ebenso gefordert sein wie die Fähigkeit, den des anderen anzuerkennen. Die Art und Weise, wie beides geschieht, gestaltet in einem weiteren Schritt das zwischenmenschliche Klima in der Wohngruppe, das wiederum Auswirkungen auf das Wohlbefinden des Einzelnen hat, ebenso auf das Kompetenzniveau. Daraus resultiert idealerweise eine positive Außenwahrnehmung der Gruppe als System und des einzelnen Bewohners als kompetent und kreativ.

Jeder Mensch, und damit jeder Mensch unabhängig von Art und Ausprägung seiner Behinderung, ist Teil der Gesellschaft und hat als solches die vom Grundgesetz garantierten Rechte auf ein gesellschaftlich integriertes Leben und die Nicht-Benachteiligung bei der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Auf der Grundlage dieses Verständnisses gilt es zu fragen, wie die vorgehend beschriebenen Lebenswelten von Menschen mit Behinderungen aus systemökologischer Sicht zu bewerten sind.

6.2. Wohnformen von Menschen mit Behinderungen aus systemökologischer Sicht

6.2.1. Psychiatrische Klinik

Es ist naheliegend, daß eine Großinstitution wie die Psychiatrische Landeslinik Schleswig - Stadtfeld aus systemökologischer Sicht in vielerlei Aspekten zu kritisieren ist. Zu erwähnen sind aus der Sicht des betroffenen Menschen Desintegration und totale Herrschaftsstrukturen, aus gesamtgesellschaftlicher Sicht die Massierung einer Bevölkerungsgruppe in einer Art "Asyl" (Goffman) und der damit verbundene Aufbau von Distanzierung, Angst und Vorurteilen. Es kann in diesem Rahmen jedoch nicht darum gehen, das System Psychiatrie an sich der Kritik zu unterziehen, das Augenmerk sollte vielmehr auf die Menschen mit geistiger Behinderung gerichtet sein, für die die Klinik zum Teil über Jahrzehnte einziger Bezugs- und Lebensmittelpunkt war.

Menschen mit einer geistigen Behinderung erleben in besonders ausgeprägter Weise auf der Ebene des Individuums und der des Mikrosystems die psychiatrische Klinik als totales System. Die Klinik versorgt sie mit dem vordergründig Lebensnotwendigen wie Essen, Kleidung, Obdach und Medikamenten, ohne daß es nötig erscheint, das Klinikgelände zu verlassen. Dazu kommt in vielen Fällen die Entfremdung von zuhause: die Klinik hat durch ihr großes Einzugsgebiet die Menschen mit einer geistigen Behinderung aus ihren sozialen Bezügen weitestgehend herausgelöst. Das Mikrosystem wird durch den ständigen Wechsel von Pflegern (Schichtdienst) und Ärzten zur unkalkulierbaren Größe, die nicht mehr in der Lage ist, so etwas wie persönliche Integrität sicherzustellen. Allerdings gab es im Falle zweier Stationen ein seit Jahren relativ stabiles "Stammpersonal", das zu einigen Menschen mit geistiger Behinderung einen persönlichen Bezug aufbauen konnte. Durch die Vielzahl der zu betreuenden Menschen war dies allein schon aus zeitlichen Gründen vom Pflegepersonal nicht annähernd befriedigend leistbar, was zu zusätzlicher Frustration führen mußte.

Dazu kommt die völlige Ohnmacht der Menschen mit einer geistigen Behinderung bezüglich der Planung und Gestaltung der eigenen Lebensvollzüge. Durch die Zwänge des Klinikalltags bleibt für eine autonome Gestaltung des Alltags so gut wie kein Raum. Die Abläufe wie auch die Räumlichkeiten waren von den Notwendigkeiten der institutionseigenen Abläufe geprägt und boten weder die Möglichkeit, sich außerhalb dieser Abläufe zu bewegen noch die einer Einflußnahme "von unten nach oben". Dabei war es in der Fachklinik für Menschen mit leichter geistiger Behinderung ohne zusätzliche Erschwernisse wie zum Beispiel Verhaltensauffälligkeiten durchaus möglich, sich nach Abmeldung auch außerhalb des Klinikgeländes zu bewegen. Für schwerer behinderte Menschen gab es diese Möglichkeit nicht oder zumindest sehr selten.

Demzufolge ist offensichtlich, daß die Ebene des Mesosystems für Menschen mit schwerer geistiger Behinderung innerhalb der psychiatrischen Klinik praktisch fehlte. Da sich der Bereich der womöglich geschlossenen Station als einziger Lebensraum für den einzelnen Menschen erwies, das heißt, wenn ein Milieuwechsel aus Gründen

der Abgeschlossenheit für das Individuum nicht in Frage kam, erlebte es sich nicht als zugehörig zu mehreren Mikrosystemen, wie es für einen durchschnittlichen Erwachsenen beispielsweise Wohnung, Arbeit und Sportverein sein könnten. Das Leben spielte sich nahezu ausschließlich innerhalb der Station ab. Ausnahmen konnten bestenfalls Arztbesuche innerhalb des Klinikgeländes o.. bilden, die Normalität war allerdings der Arztbesuch innerhalb der Station.

Ereignisse des Exosystems betrafen einen Menschen, der als Langzeitpatient in einer Oligophrenieabteilung sein Leben verbrachte, in der vermittelten Art und Weise durch Pfleger, Schwestern und Ärzte. In der Mehrzahl der Fälle bestand nur ein rudimentärer oder überhaupt kein Kontakt mehr nach Hause, so daß eine Beeinflussung durch Familienmitglieder nicht oder nur schwach gegeben war. Das Sozialprestige der in solchen Abteilungen arbeitenden Pfleger und Schwestern ist, allgemein gesehen, eher schlecht; auf einer Station für "hoffnungslose Fälle" zu arbeiten, deren positive Entwicklungsmöglichkeiten grundsätzlich negiert werden, trägt außerdem den Keim ständiger Frustration in sich. Daß jemand wirklich gerne auf solchen Stationen arbeitet, ist die Ausnahme. Dieser Umstand bedingte, daß ein Mensch mit einer geistigen Behinderung sein Leben mit Menschen zusammen verbrachte, die nicht sein wollten, wo sie sind.

Auch auf der Ebene des Makrosystems geraten psychiatrische Kliniken, sofern sie Menschen mit einer geistigen Behinderung dauerhaft beherbergen, an sich schon in die Kritik. Die Fachklinik Schleswig - Stadtfeld kann in Größe und Belegung hier durchaus als typisch gelten. Ein gravierender Einwand gegen solche Systeme "erstreckt sich auf die Erfahrung, daß insbesondere eine Massierung von behinderten Menschen in Anstalten von vielen Bürgern als bedrohlich erlebt wird und somit negative wie auch Vorurteile und falsche Vorstellungen (z.B. Behinderte kämen in Massen vor) begünstigt. Oft kommt es diesbezüglich zu einer deutlichen Distanzierung, indem man unmittelbare Begegnungen mit behinderten Menschen zu meiden versucht" (Theunissen 1993, S.13). Diese Kritik bezieht sich auch auf Großsysteme wie Wohnheime. Somit gerät der Mensch mit einer geistigen Behinderung wieder in einen Prozeß der Stigmatisierung und des Negativimages. Der Kreis von Negativzuschreibung - Ausgrenzung - Aufbau von Vorurteilen schließt sich. Damit baut sich innergesellschaftlich ein Angstpotential auf, das sachlich durch nichts gerechtfertigt ist. Diese Erfahrung der Dämonisierung von Menschen mit geistiger Behinderung mußten Vertreter der Fachklinik machen, als das Projekt der Enthospitalisierung durch die Anmietung von geeignetem Wohnraum außerhalb des Klinikgeländes vorangebracht werden sollte. Binnen Kürze hatte sich eine Bürgerinitiative gebildet, die sich gegen den Einzug von Menschen mit einer geistigen Behinderung in ein Haus in ihrem (durchaus gehobenen) Wohngebiet aussprach. Ebenso war die Rede von Wertverlusten der Grundstücke. Auch zu Verkäufen war es gekommen (mdl. Mitteilung eines Anwohners).

Ebenfalls kritisch zu sehen ist das Fehlen der Möglichkeit ökologischer Übergänge. Es "...geschehen diese Übergänge als gemeinsame Folge biologischer Veränderungen und veränderter Umweltbedingungen, sie sind also Paradebeispiele für den Prozeß gegenseitiger Anpassung zwischen Organismus und Umgebung, auf den das

Interesse der Ökologie der menschlichen Entwicklung gerichtet ist" (Bronfenbrenner 1981, S.43). Die idealerweise ständig stattfindende gegenseitige Anpassung von Mensch und Umwelt wurde durch ein geschlossenes System psychiatrischer Stationen vermieden, weder erhielt der "Insasse" mit einer geistigen Behinderung Entwicklungsanreize durch Milieuwechsel noch hatte die Umwelt - von wenigen Ausnahmen abgesehen - eine Chance, sich durch das Da-Sein der Menschen mit einer geistigen Behinderung anzupassen, also zu wandeln. Die Verwahrung geistig behinderter Menschen in dem geschlossenen System der psychiatrischen Klinik war also nicht nur für den unmittelbar betroffenen Personenkreis selbst ein Manko, sondern ebenso sehr für die Gesellschaft, die sich Entwicklungsanreize (beispielsweise in Richtung Toleranz oder Flexibilität) auf diese Weise selbst vorenthielt.

6.2.1.1. *Anthroposophische Einrichtung*

Die persönliche Autonomie auf der individuellen Ebene bzw. der des Mikrosystems in der Gestaltung des Tages- und Wochenablaufs der beschriebenen Lebens- und Arbeitsgemeinschaft anthroposophischer Prägung ist nicht sehr hoch (da zum Beispiel durch die teilweise Zentralversorgung die Zeiten für Frühstück und Mittagessen feststehen), ebenso bestehen feste Arbeitszeiten in den Werkstätten. Der Grad der Restriktion unterscheidet sich jedoch nicht wesentlich von dem eines "normalen" erwerbstätigen Erwachsenen, der womöglich seine Mittagsmahlzeit in der Werkskantine einnimmt. Individuelle Arbeitszeitregelungen sind möglich und werden auch praktiziert. Die Angebote im Freizeitbereich sind wirklich Angebote - niemand wird zur Teilnahme gezwungen. Dazu kommt, daß zumindest das Bemühen um gleichberechtigte Gestaltungsmöglichkeiten von Menschen mit und ohne Behinderung im Rahmen der Wohngruppen, der Werkbereiche und der Freizeitgestaltung vorhanden ist; obzwar speziell in den Werkbereichen eine fachlich indizierte Dominanz des Werkstattleiters die Regel ist. Jedoch wird diskursiv ausgehandelt, wer was wann fertigt. Bei Menschen mit hochgradigen Kommunikationsproblemen wird durch Empathie und Interpretation der Äußerungen versucht zu ergründen, was der Einzelne will. Durch den zum größten Teil landjährigen Kontakt von Bewohnern und Betreuern und das konzeptionell verordnete ständige Bemühen sind zumindest einigermaßen gute Voraussetzungen für ein Gelingen gegeben.

Die relative Nähe der anthroposophischen Einrichtung zum Wohnort der Angehörigen von fast allen der Bewohner, verbunden mit Besuchsmöglichkeiten der Angehörigen in der Einrichtung und regelmäßigen, jedoch im Einzelfall flexibel zu handhabenden Besuchswochenenden zuhause, lassen den Grad der Desintegration auf der Ebene des Mesosystems eher gering erscheinen. Psychiatrien als Krankenhäuser mit einem großen Einzugsbereich lassen Kontakte oft auch aus Gründen räumlicher Entfernungen nicht zu. Die Einrichtung ist allerdings als Zuhause für die (durchweg erwachsenen) Bewohner konzipiert, also als primäres Mikrosystem für den Einzelnen. Dieser Umstand deckt sich mit den Erfahrungen eines nichtbehinderten Erwachsenen, der in der Regel auch außerhalb seiner Ursprungsfamilie wohnt. Durch die beschränkte Anzahl von Bewohnern in den Wohngruppen und durch die niedrige Fluktuation des Betreuungspersonals können sich stabile soziale Bindungen aufbau-

en. Entwicklungsfördernde Systemübergänge, dies bleibt allerdings kritisch anzumerken, finden in der Regel innerhalb der Einrichtung statt. Dennoch geht ein Bewohner im Werkbereich mit anderen Menschen um als im Wohn- oder Freizeitbereich. Der Kreis der beteiligten Menschen ist jedoch begrenzt und relativ geschlossen. Durch die regelmäßigen Besuche der Bewohner in ihren (falls vorhanden) Ursprungsfamilien, durch die bewußt geplanten und durchgeführten Ausflüge und vor allem durch die Urlaubsreisen wird versucht, dem Nachteil der strukturbedingten relativen Isolation entgegenzuwirken. Problematisch ist jedoch, daß Kontakte nach außen sich selten automatisch ergeben, sondern von Betreuern und Bewohnern bewußt hergestellt werden müssen.

Die Außenwahrnehmung der Einrichtung auf der Ebene des Makrosystems ist allerdings deutlich die eines Hauses für Behinderte, also einer Einrichtung, die anders geartet ist als ein "normales" Wohnhaus. Die dort befindlichen Menschen werden nicht direkt als Nachbarn, sondern als Teil eines Systems, eben als "Betreute" betrachtet. Allerdings ist die nachbarschaftliche Einbindung der Einrichtung als Gesamtes auf der Ebene des Exosystems dadurch gegeben, daß ein Teil der Dorfbewohner im hauswirtschaftlichen oder auch pädagogischen Bereich in direktem Kontakt mit den Bewohnern arbeitet. Einer Dämonisierung der Bewohner wird so effektiv entgegengetreten, außerdem ist das Arbeiten in dieser Einrichtung nicht negativ besetzt - eher im Gegenteil.

6.2.1.2. Gemeindeintegrierte Wohngruppe

Der Grad an Fremdbestimmung im Bereich des Mikrosystems ist von allen vergleichbaren Einrichtungstypen für eine Wohngruppe des Wohngruppenprojektes Schleswig - Stadtfeld hier am geringsten, da die Bewohner über ihren Tagesablauf entweder in Absprache mit den Mitbewohnern oder selbst entscheiden. Die Betreuer beschränken sich auf die Rolle des Beraters. Das hierbei fraglos entstehende Konfliktpotential zum Beispiel bei der Verteilung der anstehenden Arbeiten ist für eine Gruppe, die den Alltag gemeinsam meistern muß, völlig normal. Durch die fälligen Absprachen so wie überhaupt durch das enge Zusammenleben entstehen stabile zwischenmenschliche Beziehungen. Der Kontakt der Bewohner (ehemalige Langzeitpatienten) zu ihren Herkunftsfamilien ist in den meisten Fällen schon seit langen Jahren abgebrochen. Dort, wo es möglich erschien, wurde er jedoch erfolgreich wieder angebahnt. Systemübergänge gehören entweder zum Beispiel in der Form regelmäßiger Stadtbesuche zum Alltag oder werden wie der Kontakt zu den Angehörigen mit unterschiedlichem Erfolg neu angebahnt, Kritisch anzumerken ist das Fehlen einer Arbeit für nahezu alle der Wohngruppenbewohner. Diesem Manko soll jedoch nach einer Phase der Stabilisierung der Bewohner in ihrem neuen Umfeld beldmöglichst abgeholfen werde.

Für die Einbindung der Wohngruppen in die Nachbarschaft auf der Ebene des Exosystems gibt es jedoch gravierende Hindernisse. Die direkte Nachbarschaft auch der außerhalb des Klinikgeländes angesiedelten Wohngruppe ist eben wieder - die Klinik, und der Kontakt zu dieser Institution, die für die Bewohner z.T. über Jahrzehnte

der einzige Lebensraum war, ist naturgemäß sehr eng. Von der Größe und der Binnenstruktur her betrachtet, müßte eine Eingliederung der Wohngruppen auch in ein normales Umfeld jedoch durchaus möglich sein. Abgesehen davon ist eine Wohngruppe auch schon geschlossen vom Klinikgelände in den benachbarten Stadtteil umgezogen. Das bezogene Einfamilienhaus ist gut ausgestattet und unterscheidet sich in der äußeren Wahrnehmung nicht von irgendeinem anderen Wohnhaus.

Die Wahrnehmung der Wohngruppen durch das System Stadt ist durch ihre räumliche Lage nicht besonders verschieden von der Wahrnehmung des Großsystems Klinik. Bedeutsam ist jedoch, daß sich die Bewohner selbst in ihrer neuen Rolle im Vergleich zum früheren Patientenstatus stark aufgewertet fühlen. Vor allem die Schaffung von Privatsphäre durch die Einrichtung des eigenen Zimmers und der damit verbundenen Rückzugsmöglichkeit wird sehr positiv bewertet. "Das Eigene", räumlich oder als persönlicher Besitz, führt zu einer wesentlich positiveren Selbstwahrnehmung als das Partizipieren am Allgemeinen, also an Dingen, die allen und somit konkret niemandem gehörten. Diese Rollenaufwertung wird mittelfristig auf der Ebene des Makrosystems dazu führen, daß der Komplex Klinik für den Bereich der Wohngruppen immer mehr verschwindet und die Zugehörigkeit der Bewohner zum System Klinik womöglich noch eine Weile ein formaler, jedoch von außen nicht mehr wahrnehmbarer Umstand sein wird.

7. Zur Kompetenz von Erwachsenen mit einer geistigen Behinderung in verschiedenen Wohnformen

7.1. Anlaß der Untersuchung

Im Mai 1994 wurde durch den Direktor der Abteilung Geistig- und Schwerstbehindertpädagogik des HPI der Universität Kiel eine "Stellungnahme zur Notwendigkeit einer heilpädagogischen Intervention für den Langzeitbereich der Fachkliniken des Landes Schleswig-Holstein" eingebracht. Anlaß war der Eindruck einer Stagnation im Bemühen um die Einrichtung von Wohn- bzw. Arbeitsplatzprojekten mit dem Ziel der Wiedereingliederung geistig behinderter Langzeitpatienten beziehungsweise eine Befürchtung der Rückführung bereits bestehender Projekte aus Gründen der Kostenersparnis. Während im Rheinland bereits 1980 konsequent mit der Enthospitalisierung von Menschen mit einer geistigen Behinderung begonnen worden war, Hessen 1988 folgte und Bremen 1989 mit der Auflösung von Kloster Blankenburg und der gleichzeitigen Schaffung regionaler Versorgungsstrukturen für Menschen mit geistiger Behinderung im Prozeß der Enthospitalisierung von Menschen mit einer geistigen Behinderung zumindest einige Schritte vorangekommen waren (Theunissen 1996, S.67 ff.), erschien Schleswig - Holstein diesbezüglich ein wenig rückschrittlich. Dieses Schreiben war an die Ministerpräsidentin des Landes Schleswig-Holstein und die zuständigen Ministerien so wie an die jeweilige Leitung der Fachkliniken Schleswig-Stadtfeld, Hesterberg, Neustadt und Heiligenhafen gerichtet. In der Folge kam es im November 1994 zu Gesprächen zwischen Vertretern des HPI, der Ministerien und der Fachkliniken.

Zentral für die Position der Vertreter des HPI war, daß, orientiert an den Vorgaben des Normalisierungsprinzips (Nirje) und den Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete-Kommission von 1975

- Wohngruppenplätze für Menschen mit einer geistigen Behinderung außerhalb der Struktur psychiatrischer Krankenhäuser zu schaffen sind, und zwar grundsätzlich unabhängig von Art und Schweregrad der Behinderung und
- die Wohngruppen unter (heil-)pädagogischer Leitung zu stehen haben, die eine individuelle Begleitung ebenso sicherstellen soll wie die Förderung der psychosozialen, lebenspraktischen und kognitiven Fähigkeiten jedes Bewohners.

Aus diesen Forderungen resultieren bestimmte Vorgaben für Wohnform und Tagesablauf, wie zum Beispiel

- die Orientierung der Wohnformen an einem altersgemäßen Lebensstandard und
- die Strukturierung des Tagesablaufs in Arbeits- und Freizeitbereich bei räumlicher Trennung beider Bereiche.

Die Einwände einzelner Klinikvertreter gegen diese Forderungen gründeten sich vor allem auf zwei Überzeugungen: erstens sei nicht erwiesen, ob wirklich alle Langzeitpatienten (noch) wohngruppenfähig seien. Außerdem seien in Zeiten wachsenden Kostendrucks Auswirkungen auf die Qualität von Pflege und Betreuung, unter anderem verursacht durch Stellenplankürzungen, zu befürchten. Dem wurde entgegnet, daß aus erziehungswissenschaftlicher Sicht die Bereitstellung von Wohngruppenplätzen auch und gerade für Menschen mit Schwerst- oder Mehrfachbehinderungen eine zwingende Notwendigkeit darstellt. Erfahrungen aus dem skandinavischen Raum und den Vereinigten Staaten ("Independent living") wären auch für diesen Personenkreis positiv ausgefallen. Grundsätzlich widerspricht außerdem der Terminus "Wohngruppenfähigkeit" dem durch das Grundgesetz verankerten Recht eines jeden Menschen auf Wohnraum. Eine bestimmte Befähigung zum Wohnen voraussetzen (oder überhaupt wie auch immer definieren) zu wollen, war von diesem Standpunkt aus betrachtet, unmöglich. Umgekehrt war danach zu fragen, wie denn Wohnraum für die Bedürfnisse eines jeden Menschen mit Behinderung gestaltet sein muß, damit ein Leben so normal wie möglich gestaltet werden kann.

Prinzipiell wurde die Ablehnung einer lebenslang ausschließlich medizinisch-therapeutischen Versorgung dieser Menschengruppe auch von den Vertretern der Fachkliniken geteilt. Jedes Landeskrankenhaus hatte zum damaligen Zeitpunkt auch bereits Maßnahmen zur Reintegration der betroffenen Patientengruppe entweder in Planung oder bereits eingeleitet. Für die Fachklinik Schleswig-Stadtfeld bedeutete das die Erstellung eines Wohngruppenkonzeptes im Jahr 1990 und die Errichtung von bisher zwei Wohn- und einer Trainingswohngruppe seit 1993.

Um nun die Effizienz der Arbeit in Wohngruppen gerade mit Menschen mit schweren und schwersten geistigen Behinderungen bzw. zusätzlichen Körperbehinderungen, chronischen Erkrankungen oder Sinnesschädigungen bezüglich ihrer Kompetenzentwicklung im praktischen, kognitiven und sozialen Bereich zu überprüfen und eine potentielle Veränderung der Lebensqualität in den Wohngruppen im Vergleich zum Stationsalltag zu dokumentieren, wurden seitens des Heilpädagogischen Institutes der Universität Kiel zwei ABM-Kräfte eingesetzt. Nach Beendigung der ABM-Maßnahme geschah die Fortführung der Untersuchung beziehungsweise die Auswertung der Daten durch die Verfasserin.

7.2. Fragestellung und Methode

7.2.1. Zum Begriff Kompetenz

Man muß sich der Frage stellen, ob das Richten des Augenmerks auf die Kompetenzentwicklung nicht darauf abzielt, den Menschen mit einer geistigen Behinderung möglichst "normal", das heißt den gesellschaftlich geltenden Normen angepaßt, zu machen. In völliger Pervertierung des Normalisierungsprinzips würde dann kein Anpassen der äußeren Umstände an die Erfordernisse des Einzelnen, sondern eine Anpassung des Einzelnen an eine scheinbar normale Umwelt erfolgen. "Es bedeutet

nicht Anpassung an den Durchschnitt um jeden Preis, auch nicht um den Preis therapeutischer Dauerbetreuung, damit ein Behinderter bloß nicht auffällt. Denn dies würde gegen den Grundgedanken verstoßen, der jedem Menschen das Recht auf Anderssein zubilligt, also die Befriedigung seiner ganz speziellen Bedürfnislage, die sich auch mal ganz erheblich von der anderer Menschen unterscheiden kann; außerdem gegen das Ziel der Schaffung des Lebensraumes mit den besten Chancen für Aneignung und Selbstverwirklichung" (Dörner/Plog 1996, S.88)¹⁸. Außerdem bedeuten "Maßnahmen zur Kompetenzerhöhung aufseiten des Behinderten", daß sie "auch dessen Integrationschancen fördern und - das sollte nicht vergessen werden - auch dessen Chancen auf Selbstverwirklichung" (Holtz et al. 1986, S.14).

Eine Entwicklung der praktischen, kognitiven und sozialen Fähigkeiten bedeutet also nicht nur eine Erhöhung der Chance auf Integration, sondern auch eine Verringerung von Abhängigkeit in jeder Beziehung und damit auch ein erhöhtes Maß an selbstbestimmtem Leben. Demgegenüber kann man natürlich eine erhöhte Toleranz der Gesellschaft gegenüber Menschen mit einer geistigen Behinderung fordern - Kompetenzentwicklung als Mittel zum Abbau von Abhängigkeit bleibt von dieser Argumentation unberührt: "Mit Kompetenzen meinen wir hier die Verfügbarkeit und angemessenen Aktualisierung derjenigen Verhaltensmuster, die den selbstbestimmten Verhandlungsspielraum eines Individuums erweitern und damit die Abhängigkeit von besonderen Versorgungsmaßnahmen verringern (Holtz et al. 1986, S.18). Eine Lebenswelt, die - bei Vorliegen vergleichbarer Voraussetzungen - ein höheres Kompetenzniveau der in ihr lebenden Menschen indiziert, reduziert demzufolge vorliegende Abhängigkeiten und fördert sowohl ein höheres Maß an selbstbestimmtem Leben als auch einen höheren Grad an Integration.

Holtz et al. folgen mit dieser Argumentation neben einigen anderen Autoren auch der Theorie Wolfensbergers, der vom Modell der Devianz als Auslöser für Ausgrenzung - Desintegration - ausgeht. mit anderen Worten: je angepaßter an die geltenden sozialen Normen sich ein Mensch mit Behinderung verhält, umso weniger wird sein "Anders-Sein" sowohl überhaupt realisiert und umso weniger gibt es den Anlaß, diesen Menschen auszugrenzen (vgl. auch der Theorie der Valorisation sozialer Rollen, Wolfensberger 1998). Über die Frag-Würdigkeit dieses Verständnisses wurde bereits in einem früheren Kapitel diskutiert; stehen bleiben kann jedoch meines Erachtens die Einschätzung, daß eine Wohnform umso besser zu bewerten ist, je mehr sie den in ihr lebenden Menschen ein unabhängiges Dasein ermöglicht, oder: je mehr sie die Voraussetzungen dafür schafft, daß ein Mensch so selbstbestimmt, und das heißt auch: so unabhängig von Hilfeleistungen wie möglich in ihr sein Leben gestalten kann.

Ist es denn aber nun wirklich Kompetenz, die mittels des Heidelberger Kompetenz Inventars gemessen wird? Nach Chomsky "bezeichnet Kompetenz ein kognitives Regelsystem, mit dessen Hilfe (sprachliche) Handlungen generiert werden können. Die Kompetenz eines Hörers/Sprechers ist von dem tatsächlich wahrnehmbaren

¹⁸ Mit einem Besonderungs-Grundsatz soll der Einsicht Rechnung getragen werden, dass ein Mensch mit einer geistigen Behinderung durchaus „besondere“ Bedürfnisse und Ansprüche haben kann und darf.

Sprachgebrauch, von der Performanz, zu unterscheiden" (Lenzen 1998, S.877). In einer ersten Überlegung könnte man Performanz als wahrnehmbare Kompetenz verstehen, demzufolge aufgrund eines vorliegenden beobachtbaren Verhaltens Rückschlüsse auf die dieses Verhalten ermöglichende Kompetenz ziehen. Tatsächlich ist Performanz ohne zugrundeliegende Kompetenz nicht denkbar. Denkbar ist jedoch Kompetenz, die sich aus verschiedensten Gründen nicht performativ äußert.

Aus strukturalistischer Perspektive ist der Kompetenzebene und der des tatsächlichen Handeln - Performanz - ein Regelwerk zwischengeschaltet, das bei relativ stabiler Kompetenz eine gewisse Variationsbreite der Performanz ermöglicht. Dazu gehören individuelle Motivation oder auch gesellschaftlich tradierte Regeln. Diese Transformationsebene ist nicht beobachtbar, aber für die Art des gezeigten Verhaltens bzw. für sein Auftreten durchaus konstitutiv. Das HKI versucht, diese Problematik zu vermeiden, indem es Kompetenz von der konkreten Situation entkoppelt: gefragt ist nicht, ob jemand z.B. beim Frühstück aus einer Tasse trinkt, sondern ob er es überhaupt tut (respektive schon einmal beim Trinken aus einer Tasse beobachtet wurde).

Habermas (1985) definiert für den Bereich der Sprache Kompetenz als kognitive, Rollen- bzw. Interaktionskompetenz und Sprachkompetenz. Diese Kompetenzstrukturen sind notwendig universell. Da Individuum ergreift sie im Laufe seiner Entwicklung im Denken Sprechen und der verbalen Kommunikation. Ohne die universelle Bedeutung des zugrundeliegenden Regelwerks wäre sprachliche Verständigung nicht möglich: "Wir können den Vollzug eines Sprechaktes zum Gegenstand der Aussage des folgenden Typs machen 'S gibt, indem er einen Sprechakt y äußert, seine wahre Einstellung zu erkennen.' Aber so drehen wir uns im Kreise. Denn der Wahrhaftigkeit eines Sprechers und seiner ußerungen wollten wir uns nur vergewissern, um für die Kompetenz eines Beurteilers und damit für die Tragfähigkeit eines Konsensus, den kompetente Beurteiler über die Wahrheit von Aussagen erzielen sollen, ein geeignetes Kriterium zu finden" (S.132), und weiter: "Einer Regel folgen heißt in einem extensiven Sinne 'handeln', gleichviel ob wir es, wie beim sozialen Handeln, mit geltenden Normen, oder, wie beim Zählen, mit konstruktiven Regeln, oder, wie beim Sprechen, mit grammatischen Regeln oder mit Regeln der Universalpragmatik zu tun haben" (S.133). Die Befolgung universaler Regeln (Habermas führt aus, daß auch ein Verstoß zumindest eine Kenntnis derselben voraussetzt) bilden Gesellschaft, insofern sie eine gemeinsame Verständigungsbasis intendieren.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß, selbst wenn es sich bei beobachtetem Verhalten nicht um Kompetenz handelt, der Rekurs auf vorliegende Kompetenz zulässig ist.

7.2.2. Fragestellung

Ziel der Untersuchung war, den Entwicklungsstand der lebenspraktischen, kognitiven und sozialen Kompetenz von Bewohnern der Wohngruppen und Menschen mit geistiger Behinderung in den psychiatrischen Stationen zu verfolgen und zu vergleichen.

In einem zweiten Schritt wurde versucht, einen Vergleich des Entwicklungsniveaus von Erwachsenen mit schweren und schwersten geistigen sowie Mehrfachbehinderungen zu erstellen, die in Wohngruppen, psychiatrischen Stationen oder der beschriebenen anthroposophischen Einrichtung leben. Verglichen wurde also das Kompetenzniveau von

- Menschen mit geistiger Behinderung in der psychiatrischen Klinik und Bewohnern der Wohngruppen und
- Menschen mit geistiger Behinderung in der psychiatrischen Klinik und Bewohnern der anthroposophischen Einrichtung.

Ein Vergleich der Bewohner der gemeindeintegrierten Wohngruppen und der Bewohner der anthroposophischen Einrichtung konnte nicht erfolgen, da es methodisch nicht gelang, Vergleichsgruppen zu bilden. Es lag eine ausgesprochen divergente Altersstruktur vor, die beispielsweise darin ihren Niederschlag fand, daß sich einige Bewohner der anthroposophischen Einrichtung als gerade Schulentlassene noch im Stadium der Berufswahl befanden (welche innerhalb der Einrichtung durch Probearbeiten in den verschiedenen Werkbereichen ermöglicht wird), während einige Bewohner der gemeindeintegrierten Wohngruppe dem Rentenalter durchaus nahe stehen.

Die Anzahl der Personen in den Wohngruppen war naturgemäß schon deshalb eine eng begrenzte, da sich die Enthospitalisierungsmaßnahme erst im Aufbau befand. In der untersuchten anthroposophischen Einrichtung leben zwar wesentlich mehr Menschen, als zum Untersuchungszeitpunkt in den Wohngruppen; dennoch erschien es nicht möglich, aus den Bewohnern der Einrichtung und denen der Wohngruppen zwei Vergleichsgruppen zu bilden, wie im folgenden Kapitel noch näher erläutert wird.

Der zweite Schwerpunkt der Untersuchung war eher qualitativ ausgerichtet und sollte auf die Frage Antwort geben, wie sich Kommunikation in der Essenssituation innerhalb der Wohngruppen von der auf den Stationen unterscheidet bzw. inwieweit Unterschiede sichtbar werden. Dabei richtete sich das Augenmerk auf vorab definierte geglückte verbale bzw. nonverbale Kommunikationsakte, auf das Mißlingen derselben oder auf ihr Ausbleiben.¹⁹

7.2.3. *Untersuchter Personenkreis*

Alle in den neu gegründeten Wohngruppen der Fachklinik Schleswig-Stadtfeld lebenden Menschen waren zuvor Patienten der psychiatrischen Langzeitstationen mit

¹⁹ „Kommunikation lässt sich als das System und der Prozeß des interpersonalen Inbeziehungtretens verstehen, bei dem es um den Austausch von Informationen und um eine Verständigung über Bedeutungen, Erwartungen, Intentionen und Normen geht. Durch Kommunikation wird die soziale Interaktion, das wechselseitige aufeinander bezogene Verhalten von Personen in Gang gesetzt und beeinflusst“ (Speck 1978, S.99).

unterschiedlicher Verweildauer gewesen. In keinem Fall wurden jedoch 10 Jahre unterschritten. Lebensalter und Männer- bzw. Frauenanteil entspricht in etwa dem Klientel der Klinik, sieht man einmal davon ab, daß die Altersgruppe der über 65-jährigen Menschen für die ersten beiden Wohngruppen nicht berücksichtigt wurde.

Bedingt durch die Besonderheit, daß die untersuchte anthroposophische Einrichtung als Folgeeinrichtung eines Schülerheims gegründet wurde, liegt der Altersdurchschnitt wesentlich niedriger als beispielsweise in den Wohngruppen, nämlich bei 29 Jahren gegenüber einem Schnitt von 55 Jahren in den Wohngruppen. Als Patienten innerhalb der psychiatrischen Langzeitstationen für geistig Behinderte lebten 1995 148 Menschen. Von ihnen wurden bei 40% eine leichte oder mittelgradige geistige Behinderung (F70 und 71) diagnostiziert, 60% gelten als geistig schwer- oder schwerstbehindert (F72 und 73). Lediglich bei 18,9% der dort lebenden Menschen mit einer geistigen Behinderung wurden jedoch zusätzliche deutliche Verhaltensauffälligkeiten diagnostiziert. Dieser auf den ersten Blick befremdlicher Umstand hängt, wie bereits erwähnt, damit zusammen, daß eine Verhaltensstörung in der Vergangenheit aus psychiatrischer Sicht als integraler Bestandteil einer geistigen Behinderung aufgefaßt wurde und von daher keine Notwendigkeit gegeben schien, eine solche extra auszuweisen. Damit hat man sich mittelfristig auch der Möglichkeit beraubt, Hospitalismus zu erkennen...

Die beiden Wohngruppen umfassen 9 bzw. 6 Bewohner, wobei zwei Bewohner der größeren Gruppe aus somatischen Gründen während des Untersuchungszeitraumes wechselten und deshalb nicht mit in den Bericht aufgenommen werden konnten. Von den verbleibenden 13 Bewohnern wurden 6 als geistig leicht- bis mittelgradig behindert (F70 und 71) eingestuft, was einem Prozentsatz von 46,2 entspricht. 7 Bewohner gelten als geistig schwerbehindert (F72), was einem Prozentsatz von 53,8 entspricht. Der Personenkreis der geistig schwerstbehinderten Menschen fehlt in beiden Wohngruppen. Bei der Gründung weiterer Wohngruppen sollte dieser Personenkreis in gleicher Weise berücksichtigt werden. Bei 7 Bewohnern wurden zusätzlich zur psychiatrischen Erstdiagnose Verhaltensauffälligkeiten diagnostiziert.

In diesem Zusammenhang ist interessant, daß von Seiten einzelner Klinikvertreter Verhaltensauffälligkeiten als deutlicher Ausschlußgrund für das Leben in Wohngruppen angesehen worden war. Da bis dato kein Bewohner aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten zurück in die Langzeitstation mußte, kann dieses Argument - zumindest im Grundsatz - als überholt betrachtet werden. Es kann natürlich nicht ausgeschlossen werden, daß ein Bewohner zum Beispiel aufgrund massiver Selbst- oder Fremdgefährdung ärztlicher Hilfe bedarf; diese kann jedoch im Rahmen einer psychiatrischen Akutstation für Patienten mit einer geistigen Behinderung erfolgen oder durch mobile Hilfe, die eine Einweisung gar nicht erst nötig werden lassen. Der Lebensmittelpunkt des Patienten bleibt in beiden Fällen die Wohngruppe.

Innerhalb der anthroposophischen Einrichtung wohnen 42 Menschen mit einer geistigen Behinderung. Rund 62% wurden mit einer leichten bis mittleren geistigen Behinderung diagnostiziert, wohingegen rund 38% eine schwere bis schwerste Behinderung aufweisen. Im Gegensatz zu den Wohngruppen ist der Personenkreis der

Menschen mit einer schwersten geistigen Behinderung mit fast 12% aller Bewohner durchaus, und zwar dauerhaft, vertreten. Zusätzliche Verhaltensauffälligkeiten wurden bei 22 Bewohnern (52,4%) festgestellt.

Die unterschiedliche Altersstruktur der drei Einrichtungen erklärt sich unter anderem aus dem weitreichenden Fehlen angemessener Lebensformen für Menschen mit einer geistigen Behinderung bis in die jüngere Vergangenheit. Bis in die siebziger Jahre hinein war die Einweisung in eine psychiatrische Klinik oder Anstalt die Regel, wenn ein Mensch mit einer geistigen Behinderung -aus welchen Gründen auch immer- in seiner Ursprungsfamilie nicht länger bleiben konnte. Die vom Gründungsdatum her "jüngeren" Betreuungsformen wie Wohnheim, Wohngruppe, betreutes Einzelwohnen haben folgerichtig eher jenes Klientel zu versorgen, für das eine Wohnmöglichkeit erst gefunden werden mußte, also jüngere schulentlassene Erwachsene mit oder ohne Arbeitsplatz. Vergleichbar erscheinen die drei genannten Lebenswelten dennoch insofern, als sie den Lebensmittelpunkt für Erwachsene mit einer geistigen Behinderung (unter Ausschluß von Kindern und Jugendlichen) bilden.

Sämtliche medizinische bzw. den Grad der Behinderung betreffende Daten wurden den ("Kranken"-) Akten der Menschen mit Behinderungen entnommen und beziehen sich in allen Fällen auf eine psychiatrische Diagnose. Bei älteren Akten wurde das verwendete Vokabular (zum Beispiel Imbezill, idiotisch etc) mit denen im ICD 10 verwendeten Kriterien abgeglichen. Dieses Vorgehen erscheint aus erziehungswissenschaftlicher Sicht höchst zweifelhaft, jedoch sollte in Betracht gezogen werden, daß diese Art der Stigmatisierung bis vor kurzem für den größten Teil der Menschen mit einer geistigen Behinderung obligatorisch war und einen wesentlichen Teil ihrer Biographie bildet. Eine andere Möglichkeit, Vergleichbarkeit herzustellen (beispielsweise auf dem Wege der Verstehenden Diagnostik vgl. Jantzen 1998), erschien allein aus Zeitgründen nicht möglich.

7.2.4. Erhebungsinstrumente

Für den eher quantitativ ausgerichteten Anteil der Untersuchung wurde das Heidelberger Kompetenz Inventar verwendet, ein ursprünglich für Schüler entwickeltes Screening-Verfahren zur Feststellung der praktischen, kognitiven und sozialen Kompetenz eines Kindes mit einer geistigen Behinderung im Vergleich zu einem gleichaltrig nicht behinderten Kind. "Das HKI erfaßt eine Auswahl solcher individueller Kompetenzen, die den Verhaltensspielraum eines Individuums unter durchschnittlichen Umweltbedingungen erweitern und damit seine Abhängigkeit von besonderen Versorgungsmaßnahmen verringern" (Holtz et al. 1994, S.20). Der Beobachtungsbogen ist für Erwachsene durchaus verwendbar; eine einzig in den Formulierungen dem Erwachsenen angepaßte Version des HKI wurde inzwischen von den Betheler Anstalten mit der ausdrücklichen Zustimmung von Holtz entwickelt und inzwischen auch von Wedekind (1994) für die Studie im Rheinland und in Hessen angewandt.

Das HKI besteht aus 152 Items, die in 19 Unterbereiche zusammengefaßt sind. Diese gruppieren sich zu den drei Großbereichen der Praktischen, Kognitiven und So-

zialen Kompetenz. Von den 19 Unterbereichen fanden in der vorliegenden Untersuchung zwei keine Anwendung, da sie typische "Schul"kenntnisse beschrieben, die speziell im Stationsalltag schwerlich zu beobachten gewesen wären.

Das HKI stellt eine Bezugsperson des Probanden vor die Aufgabe, zu beurteilen, ob eine definierte Fähigkeit (beispielsweise das selbständige Essen mit Messer und Gabel) von der beobachteten Person voll und ganz, größtenteils, ansatzweise oder gar nicht bewältigt werden kann. Die Kategorie "unbekannt" sollte als Aufforderung an den Beobachter verstanden werden, sich die nötigen Informationen notfalls von anderer Stelle zu beschaffen

Auf diese Weise können im Rahmen einer Längsschnittuntersuchung sowohl Aussagen über die individuelle Kompetenzentwicklung unter definierten Bedingungen ebenso geleistet werden wie über die Kompetenzentwicklung einer Gruppe. Ebenso erkennbar ist möglicherweise ein spezieller Förderbedarf in einzelnen Bereichen.

Verzichtet wurde auf eine zweite Beobachtungsreihe, und zwar aus zwei Gründen: das HKI ist aus strukturellen Gründen ein eher wenig flexibles Untersuchungsinstrument; auf diese Weise ist den Daten zwar eine relativ hohe Reliabilität zu eigen, kleinere Veränderungen oder Veränderungen in anderen als den genannten Bereichen werden jedoch nicht erfaßt. Es wurde nicht davon ausgegangen, daß bei unveränderten Lebensumständen innerhalb des doch relativ kurzen Zeitraumes von 2 Jahren in den beobachteten Bereichen signifikante Kompetenzveränderungen zu verzeichnen sind. Durchgeführte Stichproben in der anthroposophischen Einrichtung haben diese Annahme bestätigt. Zweitens stand aus Gründen der Umstrukturierung der Langzeitstationen innerhalb der Fachklinik im Lauf der Untersuchung keine hinreichend große Anzahl von Patienten zur Verfügung, da für alle Patienten die Eingliederung in weitestgehend normalisierte Lebensformen angestrebt und auch durchgeführt wurde. Eine Analyse der Kompetenzentwicklung innerhalb der Verweildauer auf Station hätte sich auf katamnetische Daten aufgrund der Aktenlage beziehen müssen (wie übrigens auch für die Bewohner der anthroposophischen Einrichtung). Aufgrund der geringen Aussagekraft der Entwicklungsberichte und der daraus resultierenden fehlenden Ableitbarkeit relevanter Daten mußte dieses Vorgehen unterbleiben.

Bei der Auswertung der gewonnenen Daten wurde zweigleisig verfahren: wenn es auch für Erwachsene als unsinnig erscheinen mußte, Punktzahlen in Entwicklungsalter umzurechnen (vor allem auch aufgrund grundsätzlicher anthropologischer Bedenken), so erschien es doch sinnvoll, die Differenz der erreichten Punktzahlen nicht nur in Rohpunktwerten im Durchschnitt, sondern auch in Prozent anzugeben. Zwei Gründe sprechen dafür: die Rohpunktzahl gibt Auskunft über die Höhe der Kompetenz, gemessen an einem durch das Untersuchungsinstrument vorgegebenen Höchstwert von 24 RP. pro Kategorie und Proband. Ein Bewohner, der beispielsweise in der Kategorie Nahrungsaufnahme/Kleidung 21 RP. erreicht, verfügt über ein verhältnismäßig hohes Kompetenzniveau. Pro Vergleichsgruppe rechnet sich der Wert für jede der drei Gruppen von Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen geistigen Behinderung und für die Gruppe der Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung auf durchschnittlich höchstens 24 Punkte. Eine "bessere" bzw.

"schlechtere" Kompetenzentwicklung der Gruppen der Menschen mit einer leicht- bis mittelgradigen und der mit einer schweren geistigen Behinderung wird dadurch denkbar.

Es ist naheliegend und zu vermuten ,daß das Kompetenzniveau der Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung unter dem der Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen geistigen Behinderung liegt. Betrachtet man nun den Kompetenzunterschied zwischen den Vergleichsgruppen nur unter dem Blickwinkel der erreichten Rohpunkte, so ergibt sich auch bei Fortschritten doch eher das Bild von "wenig kompetent". Speziell für diese Menschen erschien es daher sinnvoll, aufgrund der besseren Vergleichbarkeit den Unterschied der erreichten durchschnittlichen Rohpunktwerte in Prozentzahlen umzurechnen (Prozentzahlen bis ,49 wurden abgerundet; Ergebnisse von ,5 als solche angegeben und Ergebnisse ab ,51 aufgerundet). Absolut gesehen, wenig an Kompetenz kann sich dann durchaus als ein relativ großer Fortschritt im Vergleich zum Ausgangswert erweisen.

Für eine mehr qualitativ orientierte Analyse von Verhalten wurden von je 15 Bewohnern von Wohngruppen bzw. 15 Kontrollpersonen (Menschen mit geistiger Behinderung in den Langzeitstationen) Video-Aufnahmen angefertigt. Bei der Auswertung wurde auf die Kommunikationstheorie von Watzlawick (1969/1996), auch aufgegriffen von Speck (1978), Bezug genommen. Betrachtet und quantifiziert wurde verbales und nonverbales Verhalten in Bezug auf eine geglückte oder mißlungene Kommunikation.

7.3. Vorgehen

7.3.1. Datenerhebung

Die Fachklinik Schleswig-Stadtfeld verfügte zu Beginn der Untersuchung über drei Wohngruppen, die sich in Größe und Klientel erheblich voneinander unterschieden. Theoretische und praktische Vorbereitungen waren seit 1990 erfolgt. Im Dezember 1993 wurde die erste Kleingruppe mit 6 Bewohnern gegründet. Im Mai 1994 erfolgte die Gründung einer weiteren Wohngruppe mit 9 Bewohnern. Die dritte, im Dezember 1994 gegründete Wohngruppe war als Trainings- oder Übergangsgruppe konzipiert und konnte daher, verursacht durch eine hohe Fluktuation der Bewohner, nicht in die Untersuchung mit aufgenommen werden. Durch zweimaligen Wechsel in einer der beiden untersuchten Wohngruppen und der daraus resultierenden vergleichsweise kurzen Verweildauer der neuen Bewohner in den Wohngruppen ergab sich für die Zahl der untersuchten Bewohner in den Wohngruppen $n=13$.

Gleichzeitig wurde für jeden Probanden eine Kontrollperson aus dem Klientel der psychiatrischen Langzeitstationen ausgewählt, die gleichgeschlechtlich und in Bezug auf den Grad der geistigen Behinderung nach ICD 10, die psychiatrische Erstdiagnose (und eventueller Zusatzdiagnosen), des Lebensalters und der Verweildauer in einer psychiatrischen Anstalt den Versuchspersonen ähnlich waren. Dabei wurde nach dem Prinzip der größtmöglichen Annäherung verfahren, d.h. jede Kontrollperson ist

der Versuchsperson in den genannten Kriterien so ähnlich wie möglich. Die Kriterien Geschlecht und psychiatrische Erstdiagnose hatten identisch zu sein, das Prinzip der Annäherung galt für die Kriterien Alter und Verweildauer innerhalb der psychiatrischen Station.

Als Vergleichsgruppe zu den Personen mit einer geistigen Behinderung mit und ohne zusätzliche Verhaltensauffälligkeiten, Sinnesschädigungen und/oder körperlichen Behinderungen wurden aus den Bewohnern) der anthroposophischen Einrichtung nach den oben genannten Kriterien Personen ausgewählt, deren Verweildauer in der Einrichtung in keinem Fall 31 Monate unterschritt. Für jede dieser Personen wurde seitens einer seit mindestens einem Jahr ständigen Betreuungsperson ein HKI angefertigt, das den Stand der praktischen, kognitiven und sozialen Kompetenz bei relativ langfristiger Förderung nach dem vorher dargestellten Konzept aufzeigen sollte. Die Ergebnisse wurden durch eine Kontrollperson gegengelesen und gegebenenfalls diskursiv angeglichen.

Ein katamnetisches Verfahren (vgl. beispielsweise Probst/Gleim 1990) zur Feststellung der Kompetenzen vor der Aufnahme in die anthroposophische Einrichtung ließ sich aufgrund fehlender oder unvollständiger Informationen in den Akten nicht anwenden. Vergleichbar erschienen dagegen die Kompetenzen im Verhältnis zu den Menschen mit Behinderung in den Langzeitstationen, die ebenfalls einer durch mehrere Jahre relativ wenig veränderten Milieu ausgesetzt waren.

Kontrollpersonen für die Bewohner des HPH aus den Stationen wurden ebenfalls nach dem Prinzip der größtmöglichen Annäherung in Grad der geistigen Behinderung, psychiatrischer Erst- und eventueller Zusatzdiagnosen, so wie Alter und Verweildauer, ausgewählt.

Für eine mehr qualitativ orientierte Studie, die das Kommunikationsverhalten der zu untersuchenden Gruppen, Bewohner von Wohngruppen und Menschen mit geistiger Behinderung auf den Langzeitstationen (für die anthroposophische Einrichtung konnte keine Genehmigung erlangt werde) erfassen sollte, wurden nach einer Gewöhnungszeit (Installation der Kamera in den Wohngruppen bzw. auf Station ohne Film) Video-Sequenzen von je ca. 10 Minuten Länge angefertigt, die Bewohner und Patienten in einer beiden Gruppen vertrauten Situation, nämlich beim Einnehmen einer Mahlzeit, zeigen. Dabei soll einerseits die Anwendung von praktischen und sozialen Fähigkeiten deutlich werden. Auf der anderen Seite wurde davon ausgegangen, daß in der Essenssituation durch verbale und nonverbale Kommunikation Persönlichkeit zum Ausdruck gebracht wird, mithin Rückschlüsse auf die seelische Differenziertheit und persönliche Ausdrucksfähigkeit des beobachteten Menschen möglich sind (vgl. Speck 1978, Watzlawick et al. 1969).

7.3.2. Auswertung

Die Interpretation der so gewonnenen Daten läßt sich auf zwei Schwerpunkte reduzieren:

- Kompetenz im Vergleich zu Kontrollpersonen ohne signifikante Änderung der Lebenswelt (Querschnittstudie)
- Aufzeigen von Kommunikation in einer definierten Situation

Abschließend war es möglich (und notwendig), Vergleichsstudien mit einer ähnlich gelagerten Fragestellung heranzuziehen.

7.3.3. Statistik

Mit Hilfe des Datenanalysesystems SPSS wurden die wie beschrieben gewonnenen Daten mit verschiedenen Verfahren auf Signifikanz untersucht. Dabei ist offensichtlich, daß aufgrund der verhältnismäßig geringen Anzahl an Versuchspersonen eine Signifikanz nur bei einem sehr hohen Grad an Veränderungen (für den Testteil 1 - Kompetenzentwicklung) bzw. bei einer verhältnismäßig hohen Anzahl beobachteter Verhaltensweisen (Testteil 2 - Videobeobachtungen) zu erzielen war. Aus diesem Grund werden diejenigen Ergebnisse, die sich im statistisch nicht signifikanten Bereich bewegen, dennoch ausgewiesen und aufgrund ihrer Tendenz interpretiert werden.

Um die zentrale Tendenz der beiden unabhängigen Stichproben (Bewohner/Patienten bzw. Heimbewohner/Patienten) zu vergleichen, wurde der Mann-Whitney-U-Test gewählt. Der Umfang der Stichproben war, wie verlangt, größer als 3, jedoch kleiner als 10 Versuchspersonen. Als nicht-parametrisches Verfahren empfahl sich der Test, da von einer Normalverteilung der Daten nicht ausgegangen werden konnte. Die Fragestellung war zweiseitig angelegt, da sich statt einem Gewinn an Kompetenz -z.B. durch Überforderung- auch ein Verlust derselben ereignen konnte. Die Nullhypothese kann folglich formuliert werden als: es besteht kein Unterschied in der Kompetenz von Wohngruppenbewohnern und Patienten einer psychiatrischen Klinik bzw. Heimbewohnern und Patienten; hingegen die Alternativhypothese: es besteht ein signifikanter Unterschied in der Kompetenz von Wohngruppenbewohnern und Patienten bzw. von Heimbewohnern und Patienten. Als Signifikanzniveau wurden 5% festgelegt.

Für den Bereich der Auswertung der Videoaufzeichnungen wurde wieder der Mann-Whitney-U Test gewählt. Als Nullhypothese wurde festgelegt, daß sich Wohngruppenbewohner und Patienten hinsichtlich ihres kommunikativen Verhaltens nicht unterscheiden. Die Alternativhypothese lautete, daß in den Wohngruppen eine größere Anzahl als gelungen definierte verbale und nonverbale Kommunikationsakte festzustellen sind. Im Gegensatz zu den vorher beschriebenen Verfahren handelte es sich also um eine gerichtete Fragestellung. Wiederum wurde ein Signifikanzniveau von 5% festgelegt.

8. Zum Vergleich der Kompetenz von Menschen mit einer geistigen Behinderung in verschiedenen Wohnformen

8.1. Kompetenzen der Bewohner von Wohngruppen im Vergleich zu Menschen mit einer geistigen Behinderung in den Langzeitstationen

Für die Menschen mit leichter bis mittelgradiger sowie schwerer geistiger Behinderung, die mindestens 31 Monate in einer Wohngruppe gefördert worden waren, wurden die erreichten Werte der sogenannten Ziel-HKIs mit den Werten der Kontrollpersonen aus den Langzeitstationen verglichen. Die Aufenthaltsdauer der Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Psychiatrie unterschritt in keinem Fall die Aufenthaltsdauer der Bewohner der Wohngruppen. Eine Paar- und die darauffolgende Gruppenbildung wurde nach den bereits geschilderten Kriterien (Geschlecht, psychiatrische Erst- und eventuelle Zusatzdiagnosen, Alter, Verweildauer) vorgenommen. Auf diese Weise konnte die Kompetenzentwicklung auf das direkte Lebensumfeld und weitgehend losgelöst von der individuellen Entwicklung betrachtet werden, oder: falls ein nach den oben genannten Kriterien vergleichbarer Mensch mit geistiger Behinderung nach mindestens zwei Jahren Klinik den gleichen Kompetenzstand aufweist wie ein Bewohner, ist die gezielt pädagogische Förderung vielleicht gar nicht so ausschlaggebend im Vergleich zu externen Einflußfaktoren.

Für die Bereiche der Praktischen, Kognitiven und Sozialen Kompetenz, bezogen jeweils auf die Gruppe der leicht- bis mittelgradig bzw. schwer geistigbehinderten Menschen in der Gesamtheit ergibt sich folgendes Bild, wobei die Punktwerte jeweils als Durchschnittswerte zu verstehen sind; die Abkürzung "Psy." steht für Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Psychiatrie, die Abkürzung "Bew." für Bewohner der Wohngruppen. Die Unterschiede sind in Rohwerten ("Diff.") so wie in Prozenten ("Diff%") angegeben.

		Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
	PK	55	78,5	+23,5	+41%
F70/71 n=6	KK	63,5	132	+68,5	+108%
	SK	59,5	88	+28,5	+48
	PK	27	59	+32	+118,5%
F72 n=7	KK	29	84	+55	+190%
	Sk	22	63	+41	+186%

Nach dem Mann-Whitney-U-Test sind die Testwerte in allen Bereichen signifikant auf dem 5%-Niveau. Betrachtet man beide Subgruppen (also die Menschen mit einer leicht- bis mittelgradigen und die mit einer schweren geistigen Behinderung) gemeinsam, so ergibt sich für den Bereich der praktischen Kompetenz ein U-Wert von 16,5

bzw. ein Wert $p=0,0002$. Für den Bereich der Kognitiven Kompetenz wird ein Wert $U=21,5$ und $p=0,0006$, für den Bereich der Sozialen Kompetenz $U=32$ und $p=0,0061$ erreicht.

Betrachtet man die Gruppen der Menschen mit einer leicht- bis mittelgradigen und die der Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung getrennt, so ergeben sich für die erstgenannte Gruppe im Bereich der Praktischen Kompetenz ein Wert von $p=0,0022$, für den Bereich der Kognitiven Kompetenz ein Wert von $p=0,0043$ und für den Bereich der Sozialen Kompetenz ein Wert von $p=0,2403$. Der letztgenannte Wert ist auf dem 5%-Niveau nicht signifikant. Die Soziale Kompetenz der Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung liegt dagegen bei $p=0,0041$, sodaß sich bei einer gemeinsamen Betrachtung beider Gruppen wieder ein signifikanter Wert auf dem 5%-Niveau ergibt. Entsprechend signifikant sind für die Gruppe der Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung auch die Werte für die Praktische Kompetenz ($p=0,0012$) und die Kognitive Kompetenz ($p=0,0111$).

In allen Kompetenzbereichen weisen die Bewohner der Wohngruppen ein deutlich höheres Niveau auf als die Menschen mit geistiger Behinderung in der Psychiatrie. Für beide Gruppen - sowohl für die Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen als auch für die mit einer schweren geistigen Behinderung besteht der größte Unterschied im Bereich der Kognitiven Kompetenz. Dies ist der Bereich, der sich explizit auf Lebenswelt und deren Enge respektive Weite bezieht. Abgesehen davon, daß lebensweltbezogene Kompetenzen nur innerhalb dieser Lebenswelt gelernt werden können (und das Nicht-Vorhanden-Sein dieser Lebenswelt eine Kompetenzerweiterung eben verhindert), ist auch die differenzierte Ausgestaltung des engeren Umfeldes und die Partizipation an der Gestaltung desselben für seine Bewohner wichtig. Besonders fällt auf, daß die Kognitive Kompetenz der Bewohner mit einer schweren geistigen Behinderung um weit mehr als das Doppelte höher liegt als die der Menschen mit geistiger Behinderung, die in den Langzeitstationen einer psychiatrischen Klinik lebten. Betrachtet man die Vergleichbarkeit beider Gruppen als gegeben, so kann sicher festgestellt werden, daß Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung auch nach mehreren Jahren Verweildauer im Rahmen psychiatrischer Betreuung fähig sind, von einer Erweiterung ihrer Lebenswelt zu profitieren.

8.2. Zum Kompetenzvergleich der einzelnen Bereiche

8.2.1. Praktische Kompetenz

8.2.1.1. Nahrungsaufnahme/Kleidung und Hygiene

Die Kompetenzunterschiede im Bereich Nahrungsaufnahme/Kleidung und Hygiene, also den Bereichen, die lebenspraktische Basisfertigkeiten beschreiben, liegt das Kompetenzniveau der Bewohner um ein wesentliches höher als das der Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Psychiatrie. Abgesehen von dem erhöhten Grad an Lebensqualität, das dieses Mehr an Selbständigkeit mit sich bringt, macht es den Bewohner/die Bewohnerin auch in einem höheren Maß unabhängig von erbrachten pflegerischen Leistungen durch andere.

Nahrungsaufnahme/Kleidung

	Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
F70/71 n=6	18	23	+5	+28%
F72 n=7	6	19	+13	+217%

Hygiene

	Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
F70/71 n=6	16,5	21	+4,5	+27%
F72 n=7	8	15	+7	+87,5%

Anzumerken bleibt, daß der relativ geringe Leistungsunterschied bei den Bewohnern und Menschen mit geistiger Behinderung in der Psychiatrie mit einer leichten bis mittelgradigen geistigen Behinderung darauf zurückzuführen ist, daß diese Gruppe in beiden Bereichen bereits ziemlich nah an der erreichbaren Grenze von 144 RP. ist, das heißt, eventuelle Kompetenzsteigerungen mit diesem Meßinstrument möglicherweise nicht mehr zu erfassen sind.

8.2.1.2. Sicherheitsverhalten und Praktische Fertigkeiten

Für die Bereiche Sicherheitsverhalten und Praktische Fertigkeiten bestätigt sich die Tendenz aus dem vorigen Kapitel. Die vielfältigere und an Außenreizen reichere Lebenswelt der Bewohner führt zu deutlich mehr Kompetenz in beiden Bereichen. Menschen mit geistiger Behinderung in psychiatrischen Kliniken haben durch den im Vergleich zu Wohngruppen völlig anders strukturierten Alltag weniger Möglichkeiten, in unbekanntem Situationen Fähigkeiten zu erproben und zu schulen. Für die Gruppe der Menschen mit schwerer geistiger Behinderung gilt dies in besonderem Maße, da diese ohne Begleitung kaum die Möglichkeit haben, den eng gesteckten Rahmen der Station zu verlassen. Ein Milieuwechsel - beispielsweise ein Besuch in der Stadt - findet höchst selten statt.

Sicherheitsverhalten

	Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
F70/71 n=6	13	20	+7	+54%
F72 n=7	7	14	+7	+100%

Praktische Fertigkeiten

	Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
F70/71 n=6	6	14,5	+8,5	+142%
F72 n=7	2	9	+7	+350%

Besonders bemerkenswert erscheint der Unterschied bei der Gruppe der Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung: während die langzeithospitalisierten Menschen über nur wenige praktische Fertigkeiten zu verfügen scheinen, ist das Leistungsvermögen bei den Bewohnern verhältnismäßig hoch. Bedingt durch die geschilderte Zentralversorgung ist es für Menschen mit geistiger Behinderung in der Psychiatrie nicht nötig, zum Beispiel Dosen mit einem Dosenöffner zu öffnen oder Geschirr und Bestecke abzutrocknen. Für die Bewohner einer Wohngruppe gehören diese Dinge zum selbstverständlichen Alltag.

8.2.2. Kognitive Kompetenz

8.2.2.1. Außenweltbezogene Kompetenzen

Gerade der Rubrik Kognitive Kompetenz könnte man zur Last legen, daß hier Fähigkeiten abgefragt werden, die im Stationsalltag nicht gefordert werden. Fragen wie "Erkennt die folgenden Institutionen an Symbolen: Post, Polizei..." sind aus der Verhaltensbeobachtung auf Station in der Tat nicht zu rekonstruieren. Häufig wurden diese Fragen für die Menschen mit geistiger Behinderung in der Psychiatrie daher auch mit 0 (gar nicht/nie) beantwortet, weil entsprechende Situationen im Stationsalltag nicht auftraten, demzufolge das entsprechende Verhalten nicht beobachtbar war. Inwiefern es sich also bei der nicht erbrachten Leistung des einzelnen nicht um ein persönliches Unvermögen, sondern um eine lebensweltbedingte Unmöglichkeit handelt, kann nicht direkt erschlossen werden. An Aussage ist immerhin möglich, daß die Kompetenzen nicht gezeigt werden - aus welchem Grund, muß dahingestellt bleiben.

Verkehrs- und Aktionsradius

	Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
F70/71 n=6	12	20	+8	+67%
F72 n=7	5	14	+9	+180%

Geld/Einkaufen

	Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
F70/71 n=6	10	19	+9	+90%
F72 n=7	3	11	+8	+267%

Dienstleistung/öff. Einrichtungen

	Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
F70/71 n=6	6	17	+11	+183%
F72 n=7	2	10	+8	+400%

Der Kompetenzgrad der Menschen mit einer leicht- bis mittelgradigen geistigen Behinderung liegt ebenfalls weit höher als der der Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Psychiatrie. Auffällig ist der große Unterschied im Bereich Dienstleistung/öff.Einrichtungen: dieser Bereich hat am meisten mit Umweltkontakten außerhalb der engeren Lebenswelt zu tun: Umgang mit Geld z.B. ist innerhalb des Klinikgeländes durch das Vorhandensein eines Kiosk auch gegeben, der Kontakt zu einem Polizisten oder das Erkennen bildhafter Symbole für Post, Feuerwehr etc.eher nicht.

Im Bereich Verkehrs- und Aktionsradius ist der Unterschied der Menschen mit geistiger Behinderung in der Psychiatrie zu den Bewohnern in der Gruppe der leicht bis mittelgradig geistig behinderten Menschen nicht ganz so groß. Dies läßt sich bei Kenntnis des Stationsalltags nachvollziehen: Menschen auf den Langzeitstationen konnten bei relativem Wohlverhalten die Erlaubnis zum Stadtbesuch erhalten.Leichter behinderte Menschen waren auf Begleitpersonen nicht unbedingt angewiesen, so daß bei einigen eine verhältnismäßig hohe praktische Erfahrung mit Fußgängerampeln, Haltestellen etc. vorlag. Diese Praxis hat sich mit dem Umzug in die Wohngruppe nicht wesentlich geändert.

Für den Personenkreis der Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung, der eher auf begleitende Personen angewiesen ist, ergibt sich ein anderes Bild - hier un-

terscheiden sich die Kompetenzen von Menschen mit geistiger Behinderung in psychiatrischen Langzeitstationen und Bewohnern deutlich, da die Möglichkeit, mit einer Begleitperson die Wohngruppe zu verlassen, schon aufgrund der weitaus besseren personellen Ausstattung der Wohngruppen eher gegeben war.

Aus demselben Grund ist der Umgang mit Geld und Einkauf für beide Gruppen unterschiedlich bzw. im Zusammenhang mit der Notwendigkeit einer Begleitung zu interpretieren: die Personalknappheit auf Station ließ eine Begleitung schwerer behinderter Menschen eher nicht zu, wohingegen die Personen mit einem relativ hohen Grad an Selbständigkeit keine große lebenspraktische Veränderung in diesem Bereich erlebten, da sie auch schon vor ihrem Umzug in die Wohngruppe in der Lage waren, zumindest am klinikeigenen Kiosk einzukaufen.

8.2.2.2. Zeitliche Orientierung

Die Kompetenzen, die die zeitliche Orientierung betreffen, sind nicht so sehr auf die Erweiterung der Lebenswelt bezogen wie die oben beschriebenen Kategorien, sondern beziehen sich mehr auf Wahrnehmungen im Gruppen- bzw. Stationsalltag. Das Wahrnehmen aufeinanderfolgender Ereignisse bzw. die Unterscheidung der Tageszeiten erscheint in beiden Lebensformen möglich. Die für die Bewohner mit einer leichten bis mittelgradigen ebenso wie mit einer schweren geistigen Behinderung im Vergleich zu den Menschen mit geistiger Behinderung in der Psychiatrie erheblich höhere Kompetenz in der Erfassung zeitlicher Abläufe läßt den Schluß zu, daß die stärkere Strukturierung zeitlicher Abläufe - beispielsweise in der unterschiedlichen Gestaltung von Werk- und Sonntagen- Lernprozesse in Gang gesetzt hat. Dazu erscheint beachtenswert die wesentlich größere Autonomie in der Gestaltung des Tagesablaufes für den einzelnen Wohngruppenbewohner. Die Wahrnehmung zeitlicher Abläufe bekommt durch die Möglichkeit der Einflußnahme darauf eine wesentlich höhere lebenspraktische Bedeutung als in einem Umfeld, das sich durch eine von außen her unveränderbar vorstrukturierte Tagesgestaltung auszeichnet.

Zeitliche Orientierung

	Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
F70/71 n=6	10	22	+12	+120%
F72 n=7	4	12	+8	+200%

8.2.2.3. Lebensweltbezogene Kompetenzen

Betrachtet werden nun die Bereiche, die weniger außenweltbezogen sind, sondern - ähnlich wie die zeitliche Orientierung- eher mit dem Umfeld im engeren Sinne zusammenhängen, also mit dem Leben in der Wohngruppe und auf den Stationen di-

rekt. Die Lese- und Schreibkenntnisse liegen für die Bewohner wieder weit über den Kompetenzwerten der Menschen mit geistiger Behinderung in der Psychiatrie. Lesen und Schreiben wird im Rahmen des HKI im weiten Sinne verstanden und bezieht auch Fähigkeiten wie das Erkennen bildhafter Symbole oder das Erkennen von Situationsmerkmalen mit ein.

Für den Bereich des Sprachverstehens ist der Kompetenzunterschied zwischen beiden Gruppen ebenfalls beträchtlich. Der Verdacht liegt allerdings nahe, daß durch die Notwendigkeit, auf Station die persönliche Ansprache aus Zeitgründen auf das dringend Notwendige zu beschränken, Verständnissfähigkeiten der Menschen mit Behinderung in der Psychiatrie gar nicht in dem Maß offenbar wurden, wie sie eigentlich vorhanden waren - ein Verdacht, der bei mehreren Items berechtigt erscheint. Von einem anderen Standpunkt aus betrachtet, ist aber gerade der Umstand, daß basale, für den "normalen" erwachsenen Menschen selbstverständliche Tätigkeiten im Alltag einer Klinik nicht vorkommen (und das für einzelne "Klinikbewohner" über mehrere Jahrzehnte) für sich genommen bereits ein Kritikpunkt an der Lebenswelt, nicht unbedingt am Erhebungsinstrument.

Diese "methodische Schwäche" ließe sich außerdem nur durch eine Langzeitstudie für alle in Wohngruppen integrierte ehemalige Patienten eliminieren. Wie bereits erwähnt, konnte als einziges Kriterium das Zeigen der entsprechenden Fähigkeit beim Probanden herangezogen werden, also beobachtbare, nicht vermutete Kompetenz. Insgesamt erscheinen die Unterschiede im Bereich Sprachverstehen gravierend.

Erheblich höher liegt ebenso die sogenannte Sprachproduktion bei den Bewohnern, wobei es nicht um einen quantitativen, sondern um einen qualitativen Unterschied geht. Wichtig ist auch anzumerken, daß gehörlose so wie aus anderen Gründen nicht sprechende Personen mit einer geistigen Behinderung bei dieser Untersuchung unberücksichtigt blieben (das Testtableau zwingt dazu, da es Sprache auf gesprochene Sprache beschränkt). Der Zuwachs an Sprachverstehen und Sprachproduktion scheint mit dem unterschiedlichen Kompetenzniveau von Menschen mit geistiger Behinderung in der Psychiatrie und Bewohnern für den Personenkreis der Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung in Zusammenhang zu stehen. Schwerer behinderte Menschen sind in höherem Maße darauf angewiesen, daß sich in ihrer Lebenswelt Ansprache und Aufforderung zur Antwort ereignet. Des weiteren ist eine Wohngruppe so strukturiert, daß innerhalb eines Tages eine Vielzahl unterschiedlicher Situationsmerkmale auftreten (beispielsweise das Decken des Tisches für Essen, das Sortieren der Wäsche für das nachfolgende Waschen usw.). Das Testergebnis legt nahe, daß dieser Umstand mit zu einer Erweiterung von Kompetenzen im Bereich des Verstehens von Abläufen in der eigenen Lebenswelt führt. Im Stationsalltag fehlen diese spezifischen Situationsmerkmale weitgehend. Da nicht gemeinsam gegessen wird erübrigt sich das Decken des Tisches. Die Zubereitung der Mahlzeiten findet außerhalb des Wahrnehmungsbereiches der Menschen mit geistiger Behinderung in den Langzeitstationen statt. Es entsteht kein Lernanreiz auf diesem Gebiet der Wahrnehmung.

Lesen/Schreiben

	Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
F70/71 n=6	5	17	+12	+240%
F72 n=7	3	9	+6	+200%

Sprachverstehen

	Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
F70/71 n=6	11	19	+8	+73%
F72 n=7	6	16	+10	+167%

Sprachproduktion

	Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
F70/71 n=6	10	19	+9	+90%
F72 n=7	6	13	+7	+117%

8.2.3. Soziale Kompetenz

8.2.3.1. Selbstwahrnehmung

Für alle im Testverfahren beobachteten Bereiche der Sozialen Kompetenz gilt, daß die Bewohner der Wohngruppen mehr Kompetenz aufweisen als die Menschen mit geistiger Behinderung in der psychiatrischen Klinik. Besonders auffällig erscheint dies für den Personenkreis der Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung. Für die Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen geistigen Behinderung bleibt festzuhalten, daß sie, obwohl der Unterschied nicht so gravierend ist wie bei den Bewohnern bzw. Patienten mit einer schweren geistigen Behinderung, in fast allen Bereichen mehr an Kompetenz aufweisen als die Vergleichsgruppe. Der Unterschied bewegt sich zwischen 0 RP. im Bereich Selbstbehauptung und 37 RP. im Bereich Kooperation/Soziale Regeln. Zu berücksichtigen ist das erhöhte Anforderungsniveau, das in der Wohngruppe schon allein durch die Notwendigkeit, sich mit seinen Mitbewohnern über die Regelung alltäglicher Abläufe auseinanderzusetzen, besteht. Interessant ist insbesondere das Ergebnis im Bereich Selbstbehauptung, wo sich kein erfaßbarer Unterschied für die Gruppe der Bewohner von der Vergleichsgruppe zeigt. Offensichtlich erfordern beide Lebenswelten einen ähnlich hohen Grad an

Kompetenz in diesem Bereich. Absolut gesehen, ist das erreichte Ergebnis verhältnismäßig niedrig (erreichbar war eine Punktzahl von 24 RP; die durchschnittlich erreichte Punktzahl machte weniger als die Hälfte aus).

Eine mögliche, bereits verwendete Betrachtungsweise der einzelnen Bereiche findet auch hier Anwendung. Zusammengefaßt ausgewertet wurden auf der einen Seite diejenigen Bereiche, die mit dem eigenen Selbst zusammenhängen, auf der anderen Seite diejenigen, die sich auf das Sozialverhalten im direkten Bezug auf die Außenwelt beziehen. Es wird davon ausgegangen, daß die Vorstellung vom eigenen Selbst als Person, also von der eigenen Identität, ursächlich dafür ist, wie die Person ihr Verhalten kontrolliert bzw. wie sie sich behauptet.

Identität/Selbstkonzept

	Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
F70/71 n=6	11	17	+6	+55%
F72 n=7	5	11	+6	+120%

Selbstkontrolle

	Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
F70/71 n=6	10	13	+3	+30%
F72 n=7	3	10	+7	+233%

Selbstbehauptung

	Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
F70/71 n=6	11	11	+0	+0%
F72 n=7	4	10	+6	+150%

8.2.3.2. Soziale Kontakte

Ein ähnliches Bild ergibt sich für die Bereiche, die direkt die Art und Gestaltung der sozialen Kontakte beschreiben, wobei der Bereich Perspektiveübernahme/Sozialkontakt als Basis für die Bereiche Lern- und Arbeitsverhalten und Koopera-

tion/Soziale Regeln betrachtet wird. Nur wer sich vorstellen kann, wie ein anderer denkt und handelt (und sei es auch nur rudimentär) ist in der Lage, aus eigener Einsicht sozial kooperativ zu handeln jenseits eintrainierter Verhaltensschemata. Wieder ist zu beobachten, daß in beiden Gruppen die Bewohner mehr Kompetenz aufweisen als die Patienten. Der Unterschied ist bei den Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung noch gravierender als bei den Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen geistigen Behinderung.

Die Vermutung liegt nahe (läßt sich jedoch unter der Voraussetzung der zugrundeliegenden Daten nicht beweisen), daß bei erhöhter Anforderung gleichbleibende oder sogar gering gesteigerte Kompetenzen geringer erscheinen als bei einem niedrigeren Anforderungsniveau. Dabei gilt es vor allem, den im 1. Teil geschilderten Tagesablauf bzw. die Sozialstruktur psychiatrischer Stationen in Betracht zu ziehen: Menschen mit einem relativ hohen Kompetenzniveau in allen Bereichen sind erstens in der Lage, durch unauffälliges Verhalten Privilegien zu erlangen (ein Vorteil, der in den Wohngruppen wegfällt), andererseits sind sie, wenn sie dieses nicht wollen, mit ihren Mitpatienten nicht weiter befaßt und müssen sich schon gar nicht über gemeinsam zu beschließende Rechte und Pflichten auseinandersetzen. Menschen mit einem, absolut gesehen, niedrigeren Kompetenzniveau kommen umgekehrt nicht so sehr in die Lage, persönliche Vergünstigungen durchsetzen zu wollen. In der Wohngruppe wird sowohl versucht, ihre Wünsche und Vorstellungen zu erkennen als auch, diese ernstzunehmen und in gemeinsame Planungen umzusetzen.

Perspektiveübernahme/Sozialkontakt

	Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
F70/71 n=6	50	79	+29	+58%
F72 n=7	15	60	+45	+300%

Lern-und Arbeitsverhalten

	Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
F70/71 n=6	65	84	+19	+29%
F72 n=7	30	86	+56	+187%

Kooperation/Soziale Regeln

	Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
F70/71 n=6	41	78	+37	+90%
F72 n=7	18	70	+52	+289%

8.3. Zusammenfassung

Abschließend bleibt zu bemerken, daß sowohl die Gruppe der Bewohner der Menschen mit einer leicht- bis mittelgradigen als auch die mit einer schweren geistigen Behinderung in allen Kompetenzbereichen ein Mehr an Fähigkeiten aufweisen als die Menschen mit geistiger Behinderung in den psychiatrischen Stationen. Die Differenz an erreichten Kompetenzen ist fast in jedem Fall deutlich und für die Großbereiche Praktische, Kognitive und Soziale Kompetenz für beide Gruppen signifikant. Für die Gruppe der Menschen mit einer leicht- bis mittelgradigen geistigen Behinderung ist der Unterschied zu der Vergleichsgruppe zwar vorhanden (und in der überwiegenden Mehrzahl aller Fälle auch deutlich vorhanden), jedoch nicht im gleichen Maß wie bei der Gruppe der Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung. Dies mag mit einem Deckeneffekt zusammenhängen: zumindest im Bereich der Praktischen Kompetenz bewegen sich sowohl Bewohner als auch die Vergleichsgruppe auf einem hohen Niveau; der Verdacht liegt nahe, daß Kompetenzzuwächse mit dem verwendeten Untersuchungsinstrument nicht weiter erfaßbar gewesen wären.

Der Unterschied in der Kompetenz der Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung ist hingegen in allen Bereichen deutlich. Abgesehen davon, daß eine schwere geistige Behinderung während der Laufzeit der Untersuchung in keinem Fall zu einer Zurückverweisung auf eine psychiatrische Station führte, hat sich dieser Personenkreis selbst nach zum Teil jahrzehntelanger Verwahrung in der Klinik als in allen Bereichen lernfähig erwiesen. Die Möglichkeit zur Partizipation am "normalen" Erwachsenenleben war dadurch in einem höheren Maße gegeben.

Der von der konservativen Psychiatrie ins Feld geführte Einwand, daß langzeithospitalisierte Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung nicht bzw. nicht mehr in der Lage sind, außerhalb eines psychiatrischen Umfeldes zu leben, kann somit als widerlegt gelten.

Langzeithospitalisierte Menschen mit geistigen Behinderungen sind in der Lage, neue Kompetenzen zu entwickeln und bestehende zu vertiefen, wenn ihnen das entsprechende Umfeld zur Verfügung gestellt wird und eine entsprechende pädagogische Förderung geschieht.

Langzeithospitalisierte Menschen mit einer geistigen Behinderung sind grundsätzlich in der Lage, in einem altersentsprechend normalen Milieu zu leben und die dort gebotenen Möglichkeiten der Autonomie und Selbstbestimmung zu ergreifen.

8.4. Kompetenzen der Bewohner einer anthroposophischen Einrichtung im Vergleich zu Menschen mit einer geistigen Behinderung in den Langzeitstationen einer psychiatrischen Klinik

Ein Vergleich der Bewohner der Wohngruppen und der Bewohner der anthroposophischen Einrichtung erfolgte nicht, da es methodisch nicht gelang, Vergleichsgruppen zu bilden. Es lag eine ausgesprochen divergente Altersstruktur vor, die beispielsweise darin ihren Niederschlag fand, daß sich einige Bewohner der anthroposophischen Einrichtung als gerade Schulentlassene noch in dem Stadium der Berufswahl befanden (welches innerhalb der Einrichtung durch Probearbeiten in den verschiedenen Werkbereichen ermöglicht wird), während einige Bewohner der Wohngruppe dem Rentenalter durchaus nahe standen.

Aufgrund der weitaus größeren Anzahl von Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Psychiatrie, für die ein HKI vorlag, konnten dagegen eine Paarbildung Bewohner der anthroposophische Einrichtung-/Mensch mit einer geistigen Behinderung in der Psychiatrie erfolgen, die -bei allen unvermeidlichen Unterschieden- für eine Vergleichsstudie brauchbar erschien.

Unberücksichtigt bleiben mußten zwei Gruppen von Menschen, die mit einem Schwerpunkt der Arbeit der anthroposophischen Einrichtung bilden: die Menschen, bei denen sich (meist schwere) geistige Behinderung, Körperbehinderung und chronische psychische Erkrankung zu einem schwer zu differenzierenden Krankheitsbild überlagern; hier erscheint die individuelle Ausprägung als so stark, daß man diese Menschen noch weniger als sowieso schon in eines der vorgegebenen Schemata einordnen konnte. Zweitens die Menschen mit einer Schwerstbehinderung (nach WHO-Klassifikation F73 und F73.1 plus Zusatzdiagnosen): für die Kompetenzen dieser Personen greift das HKI größtenteils zu kurz. Nach Probst/Gleim (1990) wäre ein Rückgriff auf die Straßmeier-Skala möglich und angemessen, jedoch lagen entsprechende Daten für die Patienten nicht vor, und nachdem im Verlauf der Studie nahezu alle Patienten in Wohngruppen ausgegliedert worden waren, waren diese auch retrospektiv nicht mehr zu erfassen, da der Einfluß der pädagogischen Förderung innerhalb der Wohngruppen auf die Kompetenz der Personen nicht mehr zu eliminieren war. Damit läuft man natürlich Gefahr, der beschriebenen Einrichtung nicht eigentlich gerecht zu werden: das Forschungsinteresse galt hier jedoch nicht der Einrichtung an sich, sondern einem darin lebenden Menschenkreis.

So bleibt festzuhalten, daß der Personenkreis der in der anthroposophischen Einrichtung geförderten Menschen im Rahmen dieser Studie nicht repräsentativ erfaßt worden ist. Gleichwohl leben in der Einrichtung -im Sinne der Studie- mit Patienten vergleichbare Bewohner, die auf der Grundlage des sich als ganzheitlich verstehenden

pädagogisch-therapeutischen Konzeptes gefördert, betreut und gegebenenfalls gepflegt werden. Im Rahmen des an den individuellen Gegebenheiten orientierten Förderkonzeptes der Einrichtung gelten für die ausgewählten Bewohner die gleichen Bedingungen wie für die aus den oben genannten Gründen nicht erfaßten Bewohner, das heißt, es handelt sich nicht um eine in irgend einer Form innerhalb der Einrichtung bestehende Sondergruppe. Als Besonderheit bleibt jedoch anzumerken, daß einige der untersuchten Bewohner in einer der beiden Außenwohngruppen der anthroposophischen Einrichtung wohnen; die Anbindung der Gruppen an den Rest der Einrichtung ist allerdings sehr ausgeprägt.

Für die Klassifikation, Auswertung und Interpretation der gewonnenen Daten wurden die gleichen Methoden angewandt wie für die Vergleichsstudie Menschen mit geistiger Behinderung in der Psychiatrie/Bewohner von Wohngruppen. Aufgrund der z.T. über ein Jahrzehnt betragenden Verweildauer der Bewohner wurde ebenfalls auf eine Studie zur individuellen Kompetenzentwicklung verzichtet.

		Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
	PK	60	72	+12	+20%
F70/71 n=6	KK	69,5	102	+32,5	+47%
	SK	66	85	+19	+29

		Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
	PK	27	34	+7	+26%
F72 n=7	KK	26	31	+5	+19%
	Sk	18	33	+15	+83%

Aus Gründen, die mit der geringen Fallzahl n zusammenhängen, sind die Unterschiede in der Kompetenzentwicklung von Heimbewohnern und Vergleichsgruppe zwar deutlich, jedoch nicht unbedingt signifikant. Signifikant auf der 5%-Ebene sind jedoch die Bereiche Kognitive Kompetenz der Menschen mit einer leicht- bis mittelgradigen geistigen Behinderung ($p=0,0260$) und Soziale Kompetenz der Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung ($p=0,0379$). Dennoch wurde entschieden, auch die nicht signifikanten Werte auf der Ebene der Tendenz mit in die Auswertung mit einzubeziehen. Das Heidelberger Kompetenzinventar ist, wie bereits beschrieben, ein hoch reliables Meßinstrument und bildet kleinere Veränderungen innerhalb der Kompetenzbereiche eher nicht ab. Wenn zum Beispiel die Fähigkeit, selbständig aus einer Tasse zu trinken, zwar deutlich zugenommen hat, jedoch immer noch Hilfestellung vonnöten ist, bleibt es bei der Beurteilung "kann ansatzweise". Umgekehrt

ist eine Verbesserung um auch nur einen RP als deutlich zu bezeichnen: von daher erschien eine Interpretation grundsätzlich vertretbar.

Für den Bereich der Praktischen Kompetenz der Gruppe der Menschen mit einer leicht- bis mittelgradigen geistigen Behinderung gilt ein Wert $p=0,1797$; dieser liegt erheblich über dem 5%-Signifikanzniveau bei rund 18%. Für den Bereich der Sozialen Kompetenz wurde ein Wert $p=0,3095$ erreicht. In einem ähnlichen Bereich befindet sich mit $p=0,3829$ die untersuchte Praktische Kompetenz der Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung. Mit einem Wert $p=0,5350$ erscheint der Unterschied im Bereich der Kognitiven Kompetenz für die Gruppe der Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung statistisch am wenigsten ausgeprägt. Die gesamte Auswertung für die genannten Bereiche geschieht also unter Vorbehalt.

In allen beobachteten Bereichen verfügen die Bewohner der anthroposophischen Einrichtung über eine höhere Kompetenz als die Menschen mit geistiger Behinderung in den Langzeitstationen. Für die Bewohner mit einer leichten bis mittelgradigen als auch für die Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung gilt gleichermaßen, daß die Kompetenz im Sozialen um ein Erhebliches höher liegt als bei der Vergleichsgruppe. Dies kann mit der Struktur der familienähnlich konzipierten Wohngruppen zusammenhängen, die das Bilden und Aufrechterhalten stabiler zwischenmenschlicher Beziehungen genauso ermöglichen wie die Pflege von Kontakten außerhalb der Gruppe. Durch die vorhin erwähnte lange Verweildauer der Bewohner nicht nur in der anthroposophischen Einrichtung, sondern auch in ihrem Gruppenzusammenhang, kann davon ausgegangen werden, daß Störvariablen wie Umstellungs- und Anpassungsschwierigkeiten keine Rolle mehr spielen.

Außerdem ist bei der Interpretation der Daten zu beachten, daß durch die Gruppenstruktur in der anthroposophischen Einrichtung und durch einen gewissen Grad der Selbstorganisation das Anforderungsniveau im Rahmen der Sozialen Kompetenz an die Bewohner höher ist als innerhalb einer psychiatrischen Station (ganz abgesehen davon, daß auf sedierende Mittel, abgesehen von einer akuten psychiatrischen Indikation, im Rahmen der anthroposophischen Einrichtung weitestgehend verzichtet wird). Der Kompetenzunterschied ist von dieser Sichtweise her noch höher zu bewerten.

Im Bereich der Kognitiven Kompetenz verfügen die Bewohner mit einer leichten bis mittelgradigen geistigen Behinderung, absolut gesehen, über die meisten Kompetenzen. In der beschriebenen Einrichtung wird relativ viel Wert auf die Teilhabe am kulturellen Zeitgeschehen gelegt; es ist ziemlich wahrscheinlich, daß das hohe Niveau dieser Fähigkeiten auf die ausgeprägte Förderung in diesem Bereich zurückzuführen ist. Auch die Bewohner mit einer schweren geistigen Behinderung scheinen von dieser Förderung zu profitieren.

Ebenfalls höher, wenn auch nicht im selben Maß, ist das Kompetenzniveau für beide Gruppen von Bewohnern im Bereich der Praktischen Kompetenz.

8.5. Zur Kompetenz in den einzelnen Bereichen

8.5.1. Praktische Kompetenz

8.5.1.1. Nahrungsaufnahme/Kleidung und Hygiene

Sowohl für den Bereich Nahrungsaufnahme/Kleidung als auch für den Bereich der Hygiene liegen die von den Bewohnern der anthroposophische Einrichtung gezeigten Kompetenzen um einiges höher als die der Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Psychiatrie. Es handelt sich in beiden Bereichen um Fertigkeiten, die in bestimmter Weise basal sind und sowohl im Rahmen einer Station benötigt werden als auch im Heim. Anders als bei anderen Items des HKI, denen man vorwerfen könnte, sie entsprächen nicht dem Alltag einer psychiatrischen Station und würden von daher das Kompetenzniveau eines Menschen nur unzureichend abbilden, beschreiben die hier aufgeführten Handlungen durchaus Alltag in beiden Bereichen.

Der größte Unterschied besteht bei den Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung, wo die Heimbewohner um rund 50% mehr Kompetenz aufweisen als die Menschen mit geistiger Behinderung in der Psychiatrie. Dies läßt sich auf den Umstand zurückführen, daß die Förderung in diesem Bereich für alle Heimbewohner obligatorisch ist, unabhängig von Grad und Schwere der Behinderung. Der Stationsalltag dagegen läßt für zeitintensive Selbsttätigkeit weit weniger Raum als die auf die individuellen Fähigkeiten abgestimmte Förderung innerhalb der anthroposophischen Einrichtung.

Nahrungsaufnahme/Kleidung

	Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
F70/71 n=6	20	22	+2	+10%
F72 n=7	9	14	+5	+56%

Hygiene

	Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
F70/71 n=6	20	24	+4	+20%
F72 n=7	8	11	+3	+37,5%

8.5.1.2. Sicherheitsverhalten/Praktische Fertigkeiten

Für die Bereiche Sicherheitsverhalten und Praktische Fertigkeiten ist es, wie bereits mehrfach beschrieben, notwendig, den Betroffenen die Gestaltung der eigenen Lebenswelt zu ermöglichen bzw. neue unbekannte Situationen überhaupt erst zu schaffen, um das Verhalten in solchen zu trainieren. Nun ist diese anthroposophische Einrichtung nicht explizit außenweltorientiert, was einerseits mit dem betreuten Personenkreis, andererseits auch mit der Lage der Einrichtung zusammenhängt.

Dennoch verfügen die Bewohner der Einrichtung auch im Bereich Sicherheitsverhalten über mehr Kompetenz als die Patienten, wenngleich in weitaus geringerem Maße als beispielsweise im Bereich Praktische Fertigkeiten. Die Gefahr einer relativen Isolierung besteht in Einrichtungen dieser Prägung durchaus. Dies hängt mit dem milieutherapeutischen Konzept der Einrichtung zusammen, die bis hin zu kulturellen Veranstaltungen den Tagesablauf eher heimintern gestaltet. Dieser vordergründige Verstoß gegen das Normalisierungsprinzip hat allerdings den Vorteil, daß auch Menschen mit massiven physischen oder psychischen Störungen in der Lage sind, am kulturellen Zeitgeschehen teilzuhaben.

Sicherheitsverhalten

	Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
F70/71 n=6	14	16	+2	+14%
F72 n=7	4	5	+1	+25%

Praktische Fertigkeiten

	Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
F70/71 n=6	8	12	+4	+50%
F72 n=7	2	4	+2	+100%

8.5.2. Kognitive Kompetenz

8.5.2.1. Außenweltbezogene Kompetenzen

Die hier zusammengefaßten Bereiche der Kompetenzen, die in größerem Maße an einem weiteren Umfeld orientiert sind (sog. außenweltbezogene Kompetenzen) zeigen ein eher heterogenes Bild. Die Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen geistigen Behinderung sind in allen Bereichen kompetenter als die Vergleichsgruppe, im Bereich Dienstleistung/öffentliche Einrichtungen sogar um 100%. Dagegen ist

die Gruppe der Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung in den Bereichen Geld/Einkaufen und Dienstleistung/öff. Einrichtungen nicht kompetenter als die Vergleichsgruppe. Durch die verhältnismäßig ländliche Lage der beschriebenen anthroposophischen Einrichtung und durch die relative Großstadtferne (eine Kleinstadt hingegen ist in der Nähe und wird auch oft und gerne besucht) ergibt sich gerade für diesen Menschenkreis nicht die Möglichkeit zur ständigen Übung. Allerdings wurde gerade im letzten Jahr der Aktionsradius der Bewohner durch Ferienreisen für alle Wohngruppen gezielt erweitert. Im Bereich Verkehrs- und Aktionsradius, der auch gezielt die eigene Orientierung in der unmittelbaren Umgebung abrufen, verfügen die Heimbewohner über eine deutlich höhere Kompetenz als die Menschen mit einer geistigen Behinderung in einer psychiatrischen Klinik.

Verkehrs- und Aktionsradius

	Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
F70/71 n=6	13	16	+3	+23%
F72 n=7	5	7	+2	+40%

Geld/Einkaufen

	Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
F70/71 n=6	10	11	+1	+10%
F72 n=7	3	2	-1	-33%

Dienstleistung/öff. Einrichtung

	Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
F70/71 n=6	7	14	+7	+100%
F72 n=7	2	2	0	0%

8.5.2.2. Zeitliche Orientierung

Im Bereich der zeitlichen Orientierung weisen die Bewohner durchgängig mehr Kompetenz auf als die Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Psychiatrie. Teil der konzeptionellen Vorgabe der anthroposophischen Einrichtung ist die rhythmisch

verstandene Durchstrukturierung von zeitlichen Abläufen, das heißt, daß der Tagesablauf ebenso wie die Woche und die Jahreszeiten durch bestimmte Angebote, Zusammenkünfte oder sogenannte Jahresfeste eindeutig gekennzeichnet sind. Das relative Gleichmaß der Zeitabläufe auf einer psychiatrischen Station scheint auf die Wahrnehmung zeitlicher Abläufe durch die Menschen in der Psychiatrie keine vergleichsweise fördernde Wirkung zu haben, obwohl man dies von klaren Strukturen eigentlich annehmen könnte. Auf Station unterscheiden sich zwar die Abläufe innerhalb eines Tages (durch Aufstehen, Waschen, Essen...), nicht aber die Tage voneinander. In der beschriebenen anthroposophischen Einrichtung ist jeder Tag unter anderem gekennzeichnet durch bestimmte Veranstaltungen, die regelmäßig an den gleichen Wochentagen stattfinden. Auch die Feier der sogenannten Jahresfeste wird gepflegt.

Zeitliche Orientierung

	Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
F70/71 n=6	10,5	13,5	+3	+29%
F72 n=7	3	5	+2	+67%

8.5.2.3. Lebensweltbezogene Kompetenzen

Die Lese- und Schreibkenntnisse, die, wie beschrieben, auch das Erkennen von bildhaften Symbolen so wie das Erkennen von Situationsmerkmalen beinhaltet, liegen bei der Gruppe der Bewohner für die Menschen mit einer leicht- bis mittelgradigen geistigen Behinderung und für die Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung um rund 50% über der Kompetenz der Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Psychiatrie. Dieses Ergebnis kann jedoch (da es sich zumindest zum Teil um typische Schulkenntnisse handelt) mit dem im Durchschnitt jüngeren Lebensalter der Bewohner und der damit verbundenen besseren Schulbildung zusammenhängen, über die die im Schnitt doch älteren Menschen mit einer geistigen Behinderung in psychiatrischen Langzeitstationen in der Regel nicht verfügen. Wie im vorigen Kapitel dargestellt, gibt es aber keinen Grund, davon auszugehen, daß die entsprechenden Fähigkeiten in anderer Umgebung nicht noch gelernt werden können.

Lesen/Schreiben

	Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
F70/71 n=6	7	15	+8	+114%
F72 n=7	2	3,5	+1,5	75%

Die Bereiche Sprachverstehen und Sprachproduktion sind, wie die beiden vorgenannten, eher Kompetenzbereiche, die sich auf das unmittelbare Umfeld beziehen und nicht so sehr mit einer Erweiterung der Lebenswelt im Sinne von Erschließen neuer Erlebensräume zusammenhängen. Insofern beschreibt das HKI hier keine im Stationsalltag nicht vorhandenen Situationen.

Das Ergebnis ist eher heterogen: während die Gruppe der Heimbewohner mit einer leichten bis mittelgradigen geistigen Behinderung wesentlich mehr Sprachverstehen und Sprachproduktion aufweisen, ist der Unterschied zu der Vergleichsgruppe in der Gruppe der Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung eher gering bis (Bereich Sprachproduktion) kaum vorhanden. Bei der Interpretation dieser Daten müssen allerdings externe Faktoren in Betracht gezogen werden: für die Untersuchung wurden innerhalb der anthroposophischen Einrichtung auch nicht sprechfähige Menschen ausgewählt. Da das HKI Sprache (m.E. überflüssigerweise) auf gesprochene Sprache reduziert, konnte das im nonverbalen Bereich durchaus vorhandene Verständigungspotential der untersuchten Menschengruppe nicht in die Wertung mit aufgenommen werden.

Sprachverstehen

	Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
F70/71 n=6	78	114	+33	+42%
F72 n=7	31	41	10	32%

Sprachproduktion

	Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
F70/71 n=6	67	98	+31	+46%
F72 n=7	40	39	-1	-2,5%

8.5.3. Soziale Kompetenz

8.5.3.1. Selbstwahrnehmung

Für den Bereich der Sozialen Kompetenz, der sich mehr mit dem Selbstkonzept, seiner Behauptung und -kontrolle beschäftigt, ergibt sich wieder kein einheitliches Bild. Während in fünf von sechs Bereichen die Bewohner der anthroposophischen Einrichtung im Vergleich zu den Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Psychiatrie ein höheres Kompetenzniveau aufweisen, weicht das Ergebnis im Bereich Selbstbehauptung für die Gruppe der Menschen mit einer leicht- bis mittelgradigen geistigen Behinderung davon ab, wenngleich auch nur knapp: die Gruppe der Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Psychiatrie hat hier mehr Kompetenzen zu verzeichnen. Für die Gruppe der Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung gilt dies allerdings nicht. Dieses Ergebnis korreliert allerdings mit dem Kompetenzverlust bei den Wohngruppenbewohnern im Bereich Selbstbehauptung.

Den Gründen muß sicher im einzelnen nachgegangen werden; vermutlich ist aber bei der Gruppe der Bewohner der anthroposophischen Einrichtung auch das erhöhte Anforderungsniveau im Gruppen- und Heimalltag bei der Interpretation zu beachten, allerdings gilt das natürlich für alle Bereiche der Sozialen Kompetenz. Möglicherweise bietet die Gruppe sowohl als relativ autonome Wohngruppe als auch innerhalb eines Heimes eines gewissen Schonraum, innerhalb dessen es nicht unbedingt nötig erscheint, die eigenen Interessen durchzusetzen. Alle andern "Selbst"-Bereiche bleiben davon jedoch unberührt.

Identität/Selbstkonzept

	Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
F70/71 n=6	12	15	+3	+25%
F72 n=7	3	5	+2	+67%

Selbstkontrolle

	Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
F70/71 n=6	10	13,5	+3,5	+35%
F72 n=7	3	5	+2	67%

Selbstbehauptung

	Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
F70/71 n=6	14,5	13	-1,5	-10%
F72 n=7	4	6	+2	+50%

8.5.3.2. Soziale Kontakte

Homogener ist hingegen das Bild, das sich bei der Betrachtung der mehr außenweltorientierten sozialen Kompetenzen vermittelt: hier haben die Bewohner der anthroposophischen Einrichtung in allen Bereichen eine leicht bis deutlich höhere Kompetenz als die Vergleichsgruppe. Am deutlichsten sind die Unterschiede im hier so genannten Voraussetzungsbereich Perspektiveübernahme/Sozialkontakt und im Bereich Kooperation/Soziale Regeln. Auffällig ist, daß in allen drei Bereichen der Grad des Kompetenzunterschiedes bei den Bewohnern mit leichter bis mittelgradiger und denen mit einer schweren geistigen Behinderung im Vergleich zu den Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Psychiatrie ähnlich erscheint: betrachtet man dagegen den prozentualen Unterschied, so haben die Bewohner mit einer schweren geistigen Behinderung um ein Vielfaches mehr an Kompetenz als die Vergleichsgruppe. Dieser Wert liegt, wie bereits erwähnt, für den Gesamtbereich Soziale Kompetenz der Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung im signifikanten Bereich.

Perspektiveübernahme/Sozialkontakt

	Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
F70/71 n=6	9,5	14	+4,5	+47%
F72 n=7	2	6	+4	+200%

Lern- und Arbeitsverhalten

	Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
F70/71 n=6	12	15	+3	+25%
F72 n=7	4	5,5	+1,5	37,5%

Kooperation/Soziale Regeln

	Psy.	Bew.	Diff.	Diff%
F70/71 n=6	8	14	+6	+75%
F72 n=7	2	6	+4	+200%

8.5.4. Zusammenfassung

Insgesamt verfügen, wie auch die Bewohner der Wohngruppen, auch die Bewohner der anthroposophischen Einrichtung über mehr Kompetenzen als die Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Psychiatrie. Allerdings verteilt sich das Kompetenzniveau in den Bereichen sehr heterogen. Die besondere Infrastruktur der anthroposophischen Einrichtung betont naturgemäß besondere Bereiche, andere sind vor allem aus strukturellen Gründen nicht in gleichem Maße gefordert. Besonders auffällig ist wieder das insgesamt sehr viel bessere Kompetenzniveau der Gruppe der Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung. Nun ist die untersuchte Einrichtung konzeptionell auf die Förderung von Menschen mit schweren und schwersten Behinderungen, Mehrfachbehinderungen und zusätzlichen psychiatrischen Störungen spezialisiert, was bedeutet, daß eine besondere Berücksichtigung des individuellen Förderbedarfs stattfindet - bei der Heterogenität der vorhandenen Formen von Behinderung ist ein anderes Vorgehen gar nicht denkbar. Dies bedeutet, daß sowohl Werkstattzeiten als auch die künstlerischen Therapien innerhalb der vorhandenen Möglichkeiten auf die Fähigkeiten bzw. den Förderbedarf des einzelnen zugeschnitten sind. Dies führt im Einzelfall dazu, daß die Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen geistigen Behinderung eventuell nicht bis zur optimalen Ausnutzung aller ihrer Möglichkeiten gefördert werden können. Allerdings besteht für jeden Bewohner die Chance, nach den eigenen Wünschen und Fähigkeiten in ein anders strukturiertes Umfeld (beispielsweise eine betreute Wohngemeinschaft) zu wechseln. Zweitens stellt sich die Frage, ob das Gefühl des Zuhause-Seins und die vielfältigen Möglichkeiten der Lebensgestaltung innerhalb der anthroposophischen Einrichtung die aufgezeigten strukturellen Schwächen nicht bei weitem aufwiegen.

9. Das Kommunikationsverhalten von Bewohnern von Wohngruppen und Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Psychiatrie im Vergleich

9.1. Fragestellung

Neben dem deutlich quantitativ strukturierten Verfahren des HKI, wo primär Kompetenzen, Kompetenzveränderungen und -unterschiede festgestellt wurden, stellte sich die Frage nach einem weiteren Verfahren, das Auskunft über die unterschiedliche Qualität der Kommunikation in den Wohngruppen und auf den Stationen geben kann.

Wie in Kap. 3 dargestellt wurde, ist das Bedürfnis nach Selbstbestimmung zentral für die Lebenszufriedenheit und damit für die Lebensqualität eines Menschen. Mit der Erfassung der Kompetenzen der Menschen mit Behinderungen konnte auf den Grad der Autonomie bzw. umgekehrt den Grad der eigenen Unabhängigkeit von Hilfeleistungen durch andere Menschen gefolgert werden. Durch die Art und Qualität der Kommunikation drückt sich ein weiteres fundamentales Bedürfnis aus, nämlich das des Gehört- und Verstanden - Werdens. Insofern das untersuchte kommunikative Verhalten nicht nur über den verbalen, sondern ebenso über den nonverbalen Aspekt Auskunft gibt, konnten auch nichtsprechende Menschen mit geistiger Behinderung teilnehmen.

Als Methode bot sich ein nicht-teilnehmend strukturiertes Beobachtungsverfahren mittels einer Video-Aufzeichnung von Situationen an, die sowohl in den Langzeitstationen als auch in den Wohngruppen zum Lebensalltag gehörten. Situationen, die nur Teil des Wohngruppenalltags sind, hätten eine Vergleichbarkeit unmöglich gemacht; ebenso verbot es sich, Situationen zu wählen, deren Aufnahme die Intimsphäre der gefilmten Person verletzen könnten. Eine Essenssituation erschien daher geeignet.

Für die Aufzeichnung der Nahrungsaufnahme mittels einer Videokamera sprachen mehrere Gründe: erstens ist die so festgehaltene Situation beliebig reproduzierbar und als solche auch von mehreren Beobachtern genau auszuwerten bzw. die gewonnenen Daten sind unschwer belegbar, zweitens können die Aufzeichnungen unter verschiedenen Kriterien betrachtet und verwertet werden. Möglich erscheint beispielsweise eine Analyse der verbalen Kommunikation in beiden Lebenswelten oder auch eine Darstellung einzelner Verhaltensaspekte.

In unserem Zusammenhang ging es vor allen Dingen darum, Lebensqualität aus den verbalen und nonverbalen Äußerungen der Probanden in einer vergleichbaren Situation zu erschließen.

Der Begriff Lebensqualität ist in seiner Verwendung für den Bereich der Wohnangebote für Menschen mit Behinderungen weitestgehend gebräuchlich (Beck 1996, Seifert 1997b). Qualitätsmanagement und Qualitätssicherungsverfahren werden den Einrichtungen seitens der Sozialbehörden inzwischen als Kontrollsystem zur Sicherung eines Mindestlebensstandards für die Bewohner mit Behinderungen auferlegt.

Es sollte jedoch nicht unerwähnt bleiben, daß Wolfensberger (1994) den verhängnisvollen Zusammenhang von qualitativen Standards der Lebensbedingungen eines Menschen und Lebensqualität im Sinne von Lebenswert aufzeigt; ein Gedankengang, der bis zum lebensunwerten Leben des Präferenzutilitarismus (Singer) führen kann. Ein ähnliches Mißverständnis ist bereits dem Begriff Normalisierung widerfahren, der die Normalisierung der Lebensumstände und der pädagogischen Mittel meinte und als "Normal - Machen" des Menschen mit Behinderung fehlgedeutet wurde. Durch Findung neuer Termini, wie Wolfensberger dies für den Qualitätsbegriff vorschlägt, sind dergleichen Mißverständnisse allerdings nicht aus der Welt zu schaffen; eher schon durch die konsequent korrekte Verwendung des vorhandenen begrifflichen Inventars.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, daß sich die Ansprüche an Lebensqualität von Menschen mit Behinderungen nicht von denen ohne Behinderungen unterscheidet; besondere Bedürfnisse zu haben, die sich unter Umständen von denen der Mitmenschen unterscheiden, liegt in der Individualität eines jeden Menschen begründet und ist daher kein besonderes Kriterium des Behindert - Seins. Festzustellen ist allerdings, daß mit der Schwere der Behinderung die Abhängigkeit von Hilfeleistungen anderer Menschen zunimmt; mit der Schwere der Behinderung zunehmend nicht selbst für die Befriedigung der eigenen Bedürfnisse gesorgt werden kann. Umso wichtiger ist die Beachtung des Empowerment - Paradigmas, wonach das Recht auf Selbstbestimmung Vorrang hat vor vorgeblichen Sach- oder sonstigen Zwängen. Gerade Menschen mit zum Teil jahrzehntelanger Anstaltserfahrung und der damit einhergehenden Macht- und Einflußlosigkeit müssen dieses Zutrauen zu sich selbst und der Möglichkeit, das eigene Leben selbst zu gestalten, erst wieder lernen (vgl. dazu Dörner 1998, Theunissen 1999a).

Lebensqualität für den Menschen beinhaltet neben der Befriedigung der Grundbedürfnisse nach Nahrung und Wohnen auch die Befriedigung diese individuellen Bedürfnislage, somit "auch die Befriedigung der Bedürfnisse nach Selbstverwirklichung in der Entwicklung und Gestaltung der Beziehungen zur Umwelt, nach sozialer Zugehörigkeit, nach Teilhabe und Anerkennung, nach Selbständigkeit und Selbsttätigkeit" (Seifert 1997b, S.80).

Von der Befriedigung dieser subjektiven Bedürfnisse erfährt man aber auf keinem anderen Wege als eben durch dieses Subjekt selbst. Von daher erschien es logisch, das interaktive Klima, das in gemeindenaher Wohneinrichtung bzw. im psychiatrischen Krankenhaus herrscht, als Indikator für das Ermöglichen von Lebensqualität im jeweiligen Umfeld zu betrachten, oder, mit anderen Worten: je mehr Kommunikation eine Situation zuläßt, desto höher ist der Informationsgewinn über die Befindlichkeit der dort lebenden Personen. Wem die Möglichkeit genommen ist, sich zu äußern - sei es, weil ihn niemand verstehen kann oder will, sei es, weil niemand da ist, der zuhört und wahrnimmt, dem ist ein wesentliches Element an Lebensqualität vorenthalten. Umgekehrt wird durch die beschriebene Situation der Mitwelt Information über Mitmenschen vorenthalten - eine der Hauptproblematiken "totaler Institutionen", wie an anderer Stelle beschrieben wurde.

Die fundamentale Bedeutung verbaler und nonverbaler Kommunikation ist unbestritten: "Durch das kommunikative Geschehen wird das Leben des Menschen fundamental bestimmt. Kommunikation ermöglicht unser Wissen vom andern und von der Welt. Individuum und Gesellschaft treten durch sie in eine untrennbare Wechselbeziehung" (Speck 1978, S.99). Nach Watzlawick (et al., 1974) kann ein Mensch in Gesellschaft anderer praktisch unmöglich nicht kommunizieren: allein sein Da-Sein ist eine Art von Kommunikation. Insofern spricht vieles dafür, das Kommunikationsverhalten einer Gruppe als Indikator für das soziale Klima innerhalb dieser Gruppe betrachten zu wollen.

Umgekehrt kann bei einem wiederholten Mißlingen von Kommunikation (beispielsweise durch ein nicht erwidertes Gesprächsangebot) in einer anderen Gruppe in einer vergleichbaren Situation von einem grundlegenden sozialen Defizit ausgegangen werden. Sind die Personen in ihrer kommunikativen Kompetenz vergleichbar,²⁰ so erscheinen Rückschlüsse auf die Situation denkbar, in der sich Patient oder Bewohner befindet. Mit anderen Worten: das Vorhandensein kommunikativer Abläufe und ihre Qualität läßt Rückschlüsse zu auf die Qualität der jeweiligen Lebenssituation.

In der Beobachtung wurden die nonverbalen und verbalen Aktionen der Probanden in einem Kategoriensystem klassifiziert, das für die Interpretation Rückschlüsse auf das Gelingen oder das Mißlingen beobachteter kommunikativer Akte zuließ. Anders formuliert, stellte sich für diesen Teil der Untersuchung die Frage, ob und wie sich Patienten und Bewohner in einer vergleichbaren Situation in ihrem Verhalten unterscheiden und welche Schlüsse daraus zu ziehen sind. Keine Rolle spielte in dieser Querschnittuntersuchung die Verweildauer in der Wohngruppe, da sich die Aufzeichnung der Videos durch das individuelle Erfassen jedes Patienten und Bewohners über mehrere Monate hinzog. Eine Verhaltensänderung, beispielsweise verursacht durch die pädagogische Förderung in den Wohngruppen, konnte nicht Gegenstand dieser Untersuchung sein.

Konkret erfaßt wurde in dieser Teiluntersuchung sowohl die verbale als auch die nonverbale Kommunikation der Menschen mit geistiger Behinderung in der Psychiatrie und der Bewohner während einer Essenssituation (die außerdem beobachteten Bereich Handlung/Berührung fielen von der Anzahl der beobachteten Handlungen her praktisch nicht ins Gewicht).

9.2. Zum Begriff Kommunikation

Kommunikation wird im hier gebräuchlichen Zusammenhang im weitestmöglichen Sinn, also unter Einschluß der verwandten, wenn auch nicht bedeutungsgleichen Termini Interaktion und Sprache verstanden. Damit wird Kommunikation durchaus im Sinne Habermas (1985) verstanden: "An die Stelle von sprachlichen Äußerungen (die in den bisherigen Ausführungen H.s den Begriff Kommunikation bestimmten d.Vf.) können auch Handlungen treten oder Erlebnisausdrücke (leibgebundene Ex-

²⁰ Es wäre zum Beispiel sinnlos, einen nicht sprechenden Menschen nach seiner verbalen Kommunikation beurteilen zu wollen.

pressionen). In Zusammenhängen der Interaktion sind diese drei Klassen von sprachlichen und extraverbalen Äußerungen immer verknüpft. In stummen Interaktionen (Handlungen und Gesten) sind sprachliche Äußerungen mindestens impliziert" (S.114).

Kommunikation gilt als Grundvoraussetzung für ein menschliches Miteinander: "Durch Kommunikation wird der umfassende Prozeß der sozialen Interaktion, das wechselseitig aufeinander bezogene Handeln von Individuen ermöglicht, in Gang gesetzt und beeinflußt. Existenz ist fundamental an Kommunikation gebunden" (Speck 1997, S.113 f.) Eine hohe kommunikative Fähigkeit eines Menschen mit einer geistigen Behinderung erleichtert nicht nur den Erwerb von Kompetenzen, sondern ist bis zu einem gewissen Grad Voraussetzung dafür. Kommunikation ist also nicht nur abhängig von der zum Beispiel sprachlichen Kompetenz des Einzelnen, sondern ebenso von der Qualität der Lebenswelt, in der er sich befindet. Mit Rekurs auf Watzlawick et al. (1969) wird davon ausgegangen, daß menschliche Kommunikation das Medium ist, das Gruppenprozesse zuverlässig abbildet: "Die Phänomene, die in den Wechselbeziehungen zwischen Organismen im weitesten Sinne des Wortes (...) auftreten, unterscheiden sich grundsätzlich und wesentlich von den Eigenschaften der beteiligten Einzelorganismen. Während diese Tatsache in der Biologie und den ihr verwandten Disziplinen unbestritten akzeptiert wird, fußt die menschliche Verhaltensforschung noch weitgehend auf monadischen Auffassungen vom Individuum und auf der ehrwürdigen wissenschaftlichen Methode der Isolierung von Variablen.(...) Wenn aber die Grenzen dieser Untersuchung weit genug gesteckt werden, um die Wirkungen eines solchen Verhaltens auf andere, die Reaktionen dieser anderen und der Kontext, in dem all dies stattfindet, zu berücksichtigen, so verschiebt sich der Blickpunkt von der künstlich isolierten Monade auf die Beziehung zwischen den Einzel-elementen größerer Systeme. Das Studium menschlichen Verhaltens wendet sich dann von unbeweisbaren Annahmen über die Natur des Psychischen den beobachtbaren Manifestationen menschlicher Beziehungen zu. Das Medium dieser Manifestationen ist die menschliche Kommunikation"(Watzlawick et al., 1969, S.21/22).

Die Analyse kommunikativer Abläufe kann sich nicht auf den Entwicklungsstand beispielsweise der verbalen kommunikativen Fähigkeiten eines einzelnen Probanden, sondern auf das System der kommunikativen Abläufe konzentrieren. Dabei kann von der "syntaktischen Natur" der menschlichen Kommunikation abgesehen werden, die sich nach Watzlawick et al. mit (Problemen der Nachrichtenübermittlung" beschäftigt und "das Anliegen des Informationstheoretikers" ist (a.a.O.). Bezug genommen wird vielmehr auf die beiden verbleibenden Anteile menschlicher Kommunikation, Semantik und ihr pragmatische Aspekt: "Während es durchaus möglich ist, Symbolserien mit syntaktischer Genauigkeit zu übermitteln, so würden sie doch sinnlos bleiben, wenn Sender und Empfänger sich nicht im voraus über ihre Bedeutung geeinigt hätten. In diesem Sinn setzt jede Nachricht ein semantisches Übereinkommen voraus. Schließlich beeinflußt jede Kommunikation das Verhalten aller Teilnehmer, und dies ist ihr pragmatischer Aspekt" (a.a.O., S.22).

Kommunikation kann also neben dem Aspekt des Informationsaustausches (in diesem Falle unabhängig, ob auf verbaler oder nonverbaler Ebene) durchaus als Indika-

tor von Gruppenprozessen bzw. dem "Funktionieren" gruppeninterner Übereinkünfte und Strukturen gelten, m.a.W.: eine als gelungen definierte Kommunikation läßt (positive) Rückschlüsse auf die Lebenswelt im engeren Sinne (mit Bronfenbrenner: das Mikrosystem) zu et vice versa.

9.3. Methode

Im Vorfeld der Untersuchung war es nötig, wie schon im vorigen Kapitel dargestellt, für eine Anzahl von Bewohnern der Wohngruppen Vergleichspersonen unter den Menschen mit einer geistigen Behinderung in den psychiatrischen Langzeitstationen auszuwählen. Dazu wurde die selben Kriterien herangezogen wie für die HKI-Studie, also gleiches Geschlecht, gleicher Grad der Behinderung bzw. psychiatrische Erstdiagnose, möglichst ähnliche Folgediagnosen, möglichst ähnliches Alter bzw. Verweildauer innerhalb der psychiatrischen Klinik.

Im einem nächsten Schritt hatten die Bewohner und die Vergleichsgruppe Gelegenheit, sich mit der Anwesenheit der Kamera als auch der der Beobachter vertraut zu machen.

Durch diese mehrere Wochen andauernde Gewöhnungsphase, innerhalb derer auch Probeaufnahmen angefertigt wurden, wurde der Beobachtereinfluß auf das spätere Ergebnis minimiert. Weder Bewohner noch Menschen mit geistiger Behinderung in der Psychiatrie wußten, wann die Aufzeichnung konkret stattfand.

Im Anschluß an diese Vorbereitungsphase wurden von je 15 Bewohnern und Menschen mit geistiger Behinderung in psychiatrischen Langzeitstationen Video-Sequenzen von je 10 Minuten Dauer angefertigt, wobei es sich bei der aufgenommenen Essenssituation um das Mittagessen handelte. Nach Beendigung dieser Phase wurden die Videos nach einem Kategorien-System ausgewertet, wobei Wert darauf gelegt wurde, sowohl Art als auch Häufigkeit der auftretenden Verhaltensweisen möglichst lückenlos zu erfassen. Jede auftretende Verhaltensweise wurde mittels einer Strichliste einer der Kategorien eindeutig zugeordnet. Dabei wurden folgende Kategorien zugrundegelegt, die zunächst die Art und die Richtung der Aktion beschrieben:

	Erzählen	ungerichtet Betreuer Bewohner
1. Verbale Aktion	Frage	ungerichtet Betreuer Bewohner
		ungerichtet

Antwort	Betreuer Bewohner
unverständlich	ungerichtet Betreuer Bewohner

Jede dieser Kategorien wurde durch die emotionale Färbung, mit der die Aktion erfolgte, weiter ausdifferenziert. Diese nähere Bestimmung der emotionalen Färbung unterteilte sich in "mit Freude", "mit Interesse", "mit Neugier", "mit Erschrecken", "mit Neid", "mit Eifersucht", "mit Abwehr". Bei keiner näher bestimmbaren emotionalen Färbung wurde die nähere Bestimmung "neutral" gewählt. Für die Auswertung war im Rahmen der verbalen Aktion diese Unterscheidung nicht mehr von Bedeutung, da, außer in der Kategorie "unverständlich" durchweg eine positive emotionale Färbung vorlag.

Die nonverbalen Verhaltensweisen der Bewohner und der Vergleichsgruppe wurden mit ansteigend innovativem Charakter kategorisiert in

- Mimik
- Blickkontakt
- Gestik
- Körperbewegung
- Handlungen
- Berührungen.

Die beobachtete emotionale Färbung der einzelnen Aktion entsprach den Kategorien der verbalen Aktion, waren aber durch das Auftreten auch negativ zu bewertender Emotionen für die Auswertung bedeutsam.

Die so zustande gekommenen Strichlisten wurden in einem zweiten Schritt in Matrizen zusammengefaßt, wobei jede emotionale Färbung als positiv, negativ oder neutral (letzteres war bereits eine Beobachtungskategorie) gewertet wurde. Diese Wertung kann man bereits als ersten Interpretationsschritt sehen, allerdings ist die Zuordnung von emotionalen Inhalten wie "mit Interesse" oder "mit Neid" bereits eindeutig positiv oder negativ besetzt.

Durch die beliebige Wiederholbarkeit der Situation und durch den Einsatz mehrerer Beobachter, die die gleiche Codierung der beobachteten Ereignisse vornahmen, ebenso wie durch das sehr ausdifferenzierte Kategorienschema kann von einer hohen Reliabilität dieser Untersuchung ausgegangen werden. Die Kategorien waren in ihrer Bestimmung sowohl ausschließlich als auch vollständig und konkret. Die Anzahl der Kategorien konnte groß gehalten werden (zugunsten der Vollständigkeit), da durch das verwendete Medium Film die sonst naturgemäß begrenzte Wahrnehmungsfähigkeit der Beobachter nicht ins Gewicht fiel.

Inwieweit Art und Anzahl der Aktivitäten der Probanden ein Kriterium für Lebensqualität sein kann, bedarf der näheren Bestimmung: für die Untersuchung wurde von der Hypothese ausgegangen, daß Erwachsene mit einer geistigen Behinderung in einem weitestgehend normalisierten Umfeld ein anderes Kommunikationsverhalten zeigen als vergleichbare Personen in einer psychiatrischen Station. In welcher Weise Veränderungen deutlich werden, wurde offengelassen.

9.4. Auswertung

Zur Überprüfung der statistischen Relevanz der gewonnenen Daten wurde wiederum der Mann-Whitney-U-Test verwendet. Dabei zeigte sich, daß der Unterschied im Bereich der Gesamtzahl der verbalen Äußerungen mit $p=0,0113$ signifikant auf dem 5%-Niveau ist. Die Unterschiede im Bereich mimische Äußerungen und gestische Äußerungen sind mit $p=0,3453$ und $p=0,7437$ nicht statistisch relevant. Nun beziehen sich diese Prüfgrößen einzig auf die Anzahl der erfolgten Äußerungen, nicht auf ihre Qualität. Für den Bereich der Anzahl der verbalen Kommunikationsakte kann demzufolge von einem signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen ausgegangen werden. Die Gruppe der Bewohner zeigt also ein weitaus höheres Maß an verbaler Kommunikation als die Vergleichsgruppe.

Der Unterschied im Bereich der mimischen und gestischen Äußerungen ist hingegen so gering, daß die Nullhypothese (die beiden Gruppen unterscheiden sich in der Anzahl ihrer mimischen und gestischen Kommunikationsakte nicht signifikant) beibehalten werden muß.

Wertet man dagegen die Beobachtungen mit Berücksichtigung ihres qualitativen Gehalts, stellt sich die statistische Relevanz anders da: der Unterschied der Gesamtzahl der mit positivem emotionalen Gehalt erfaßten mimischen, gestischen und verbalen Äußerungen ist mit $p=0,0057$ hoch signifikant. Die Gruppe der Bewohner zeigt also in weitaus höherem Maße kommunikative Akte mit positivem emotionalem Gehalt.

Weiter betrachtet wurde die Anzahl der als gelungen gewerteten Kommunikationsakte bei unterschiedlichem emotionalem Gehalt: Die Anzahl der Sprechakte, die als gelungen gewertet wurden,²¹ liegt bei der Gruppe der Bewohner mit einem Wert $p=0,0023$ hoch signifikant höher als bei der Gruppe der Patienten. Die Anzahl der als gelungen gewerteten mimischen und gestischen Äußerungen²² lag bei beiden Gruppen nahezu gleich hoch: mit einem Wert $p=0,9349$ für die gestischen Äußerungen und $p=0,3892$ muß die Nullhypothese beibehalten werden.

²¹ Gemeint sind damit Interaktionen im Bereich von Frage, Antwort, Erzählen

²² Gemeint sind damit Äußerungen mit dem Ziel der Kommunikation, also unter Ausschluß von Stereotypen, Tics etc.

9.5. Verbale Aktion

Für die Anzahl der verbalen Äußerungen (unabhängig von der Länge) gilt, daß die Bewohner innerhalb der Untersuchung mehr als doppelt so häufig kommunizieren als die Menschen mit geistiger Behinderung in der Psychiatrie. Die Gesamtzahl der verbalen Äußerungen der Bewohner belief sich auf 152 gegen 75 bei der Vergleichsgruppe. Ein deutlicher Schwerpunkt für die Bewohner lag beim betreuerbezogenen Erzählen und Antworten: bezogen auf die verbalen Kontakte zwischen Betreuern und Bewohnern machten die verbalen Kontakte der Bewohner untereinander knapp 30% aus. Auch die Vergleichsgruppe kommunizierten verbal hauptsächlich mit einer Betreuungsperson. Ebenfalls rund 30% der verbalen Kontakte geschehen ohne Einbeziehung einer Betreuungsperson.

Bezogen auf die verbale Kommunikationsform selbst, liegt der Schwerpunkt wiederum bei beiden Gruppen im gleichen Bereich, nämlich beim betreuergerichteten Erzählen. Wichtig erscheint dagegen der Unterschied Bewohner/Vergleichsgruppe bei der nächsthäufigen Form: während die Bewohner mit relativ großer Häufigkeit den Betreuern antworten, ist die zweithäufigste Art der verbalen Äußerung bei den Menschen mit geistiger Behinderung in der Psychiatrie unverständlich und ungerichtet. Daß dieser Umstand mit einem eventuell geringern Sprachvermögen der Vergleichsgruppe im Vergleich zu den Bewohner zusammenhängen könnte, wird durch die Gesamtzahl der unverständlichen Äußerungen widerlegt, die bei den Bewohnern höher liegt als bei der Vergleichsgruppe.

Die Beobachtungen lassen mit ziemlich großer Sicherheit darauf schließen, daß die Rahmenbedingungen für eine geglückte verbale Kommunikation in den Wohngruppen eher gegeben ist als auf den Stationen. Zweitens fällt eine gewisse Betreuerzentriertheit für den Bereich der verbalen Kommunikation auf. Drittens liegt nicht nur die Anzahl der Sprechakte der Bewohner weit über der der Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Psychiatrie; auch der Bereich Frage/Antwort ist mit 52 Beobachtungen bei den Bewohnern im Gegensatz zu 12 Beobachtungen bei der Vergleichsgruppe weit ausgeprägter.

Verbale Aktion Bewohner: Anzahl der Sprechakte

	Erzählen	Frage	Antwort	unverständlich
ungerichtet	0	0	2	5
Betreuer	48	7	25	13
Bewohner	17	11	7	6

Verbale Aktion Menschen mit gB. in der Psychiatrie: Anzahl der Sprechakte

	Erzählen	Frage	Antwort	unverständlich
ungerichtet	0	1	5	14
Betreuer	39	1	2	0
Bewohner	7	1	5	0

9.6. Nonverbale Aktion

9.6.1. *Mimik und Blickkontakt*

Mimische Äußerungen bei den Bewohnern sind in der Regel emotional positiv gewichtet. Die als negativ gewertete Emotionen näher bestimmten Äußerungen machen zwar etwa 50% der positiv gewerteten Beobachtungen aus, sind jedoch durchweg nicht an andere Personen gerichtet, sondern wurden als ungerichtet bewertet. Die mimischen Äußerungen der Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Psychiatrie insgesamt betragen nur einen Bruchteil der Äußerungen der Bewohner (80 bei den Bewohnern, 5 bei der Vergleichsgruppe). Dies läßt auf ein insgesamt weniger differenziertes Mienenspiel bei den behinderten Menschen in der Psychiatrie schließen. Wenn mimische Äußerungen bei diesen Menschen zu beobachten waren, betrafen sie hauptsächlich Betreuer.

Die Beobachtungskategorie Blickkontakt wurde für die Untersuchung so weit wie möglich gefaßt: abgesehen vom zustande gekommenen Blickkontakt zwischen zwei Personen wurde auch der Versuch der Kontaktaufnahme (einschließlich dem nicht zustande gekommenen Blickkontakt) aufgenommen. Dazu kam das Betrachten von Dingen. Anders formuliert, wurde jeder Versuch einer Blickkontaktaufnahme gewertet, unabhängig davon, ob dieser Versuch Personen oder Dinge betraf und ebenfalls unabhängig davon, ob die Kontaktaufnahme gelang oder nicht.

Im Gegensatz zur verbalen Kommunikation liegt der Schwerpunkt der Bewohner bei der Aufnahme von Blickkontakt zu anderen Bewohnern und nicht zu den Betreuern. Dies spricht gegen die in Kap.3.1. vermutete Betreuerzentriertheit. Die so zustande gekommenen Kontakte wurden emotional vor allem neutral und positiv gewertet, eine negative Haltung konnte nur in 4 Fällen festgestellt werden. Das Anschauen von Dingen (bei Mahlzeiten eine ganz normale Handlung) ist mit 58 Beobachtungen ziemlich häufig, spielt aber im Vergleich zum zwischen-menschlichen Blickkontakt (247 Beobachtungen) keine große Rolle.

Bei den Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Psychiatrie erscheint als häufigste Äußerung in einer Einzelkategorie überhaupt der ungerichtete "Blickkontakt" mit neutraler (also keiner feststellbaren) emotionalen Beteiligung (221 Beobachtungen). Die Anzahl der zustande gekommenen Blickkontakte mit anderen Mitmenschen liegt mit 141 Beobachtungen ähnlich hoch wie bei den Bewohnern. Diese Kontakte sind fast durchgängig mit positiv gewertetem emotionalen Inhalt, nur eine

Handlung erschien negativ gefärbt. Zu Betreuungspersonen (Pfleger) wurden 90 Kontakte beobachtet. Das Betrachten von Dingen spielt in etwa eine genauso große Rolle wie bei den Bewohnern.

Der überwiegende Teil der Handlungen von Bewohnern wie Menschen mit geistiger Behinderung in der Psychiatrie im Rahmen des Blickkontaktes ist emotional nicht eindeutig, wobei bei den Menschen mit geistiger Behinderung in den psychiatrischen Langzeitstationen die nicht erkennbare emotionale Färbung mit 487 Beobachtungen bei weitem überwiegt. In Form von Blickkontakt positiv geäußerte Emotionen kommen dagegen nur in 34 beobachteten Fällen vor. Auch bei den Bewohnern überwiegt die "neutrale" Haltung mit 206 Beobachtungen, allerdings sind mit Blickkontakt positiv geäußerte Emotionen mit 158 Beobachtungen ähnlich häufig und im Vergleich ungleich häufiger als bei der Vergleichsgruppe. Personenbezogene Blickkontakte sind in beiden beobachteten Gruppen in etwa gleich häufig.

Mimik Bewohner. Anzahl der Handlungen

	Positiv	Negativ	Neutral
Ungerichtet	0	22	2
Betreuer	28	0	0
Bewohner	17	1	0
Bezogen auf Dinge	0	0	0

Mimik Vergleichsgruppe: Anzahl der Handlungen

	Positiv	Negativ	Neutral
Ungerichtet	1	0	0
Betreuer	1	0	0
Bewohner	3	0	0
Bezogen auf Dinge	0	0	0

Blickkontakt Bewohner:Anzahl der Handlungen

	Positiv	Negativ	Neutral
Ungerichtet	12	0	60
Betreuer	41	0	10
Bewohner	82	4	110
Bezogen auf Dinge	23	9	26

Blickkontakt Vergleichsgruppe: Anzahl der Handlungen

	Positiv	Negativ	Neutral
Ungerichtet	3	2	221
Betreuer	7	3	80
Bewohner	18	1	122
Bezogen auf Dinge	6	4	64

Für die Bereiche Blickkontakt und Mimik, also für die Handlungsformen, die mit dem Gesichtsfeld zusammenhängen, erscheint am auffälligsten die Häufung im Bereich "ungerichteter Blickkontakt" (wohl eher die Suche nach Blickkontakt) bei den Menschen mit geistiger Behinderung in der Psychiatrie - mit 221 Beobachtungen die häufigste Verhaltensform innerhalb dieser Untersuchung überhaupt. Dieses Verhalten ist bei den Bewohnern der Wohngruppen nur mit einer Häufigkeit von 25% gegenüber den Menschen mit Behinderung, die in psychiatrischen Langzeitstationen lebten beobachtet worden. Die Anzahl der gelungenen (personenbezogenen) Blickkontakte liegt in beiden Gruppen etwa gleich hoch, allerdings muß beachtet werden, daß bei den Bewohnern ein weitaus höherer Anteil der Kommunikation im verbalen Bereich liegt als bei der Vergleichsgruppe. Der Blick erscheint bei den Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Psychiatrie als wichtigstes Mittel der Verständigung.

9.6.2. Gestik und Körperbewegung

Gestik und Körperbewegung haben, von der Anzahl der beobachteten Handlungen her beurteilt, eine relativ geringe Bedeutung im Vergleich zu den verbalen und den mimischen Handlungen. Dies hängt einerseits sicher mit der Essenssituation zusammen, die Gestik und Körperbewegung schon allein deshalb dominiert, weil die Hände für den Gebrauch des Bestecks benötigt werden und der Zeitraum, wo die Hände frei sind, relativ kurz ist. Andererseits erfordern Gesten und Bewegungen auch einen höheren körperlichen Einsatz als die beiden zuletzt beschriebenen Kommunikationsformen. Nicht sprechende Bewohner und Menschen mit Behinderung in der Psychiatrie greifen in dieser Untersuchung eher auf Mimik und Blickkontakt als Kommunikationsmittel zurück als auf Gestik und Körperbewegung.

Ein Schwerpunkt liegt für die Gruppe der Bewohner im Bereich der abwehrenden Gesten in Bezug auf Dinge, also in Richtung von Geschirr, Kamera etc. Diese Abwehrgesten sind von keiner großen sozialen Bedeutung und erscheinen rein funktionsbezogen. Bei der Vergleichsgruppe war am häufigsten eine neutral gewertete ungerichtete Gestik und Körperbewegung zu beobachten. Bedeutsam erscheint die Abwesenheit von emotional negativ besetzten Gesten und Körperbewegungen in Bezug auf andere Personen. Aggressive Handlungen wurden in keiner der beiden

Gruppen beobachtet. Gesten in Bezug auf Personen sind in beiden Gruppen relativ selten, wenn sie aber vorkommen, sind sie emotional positiv besetzt.

Gestik und Körperbewegung Bewohner: Anzahl der Handlungen

	Positiv	Negativ	Neutral
Ungerichtet	4	1	10
Betreuer	2	0	3
Bewohner	9	0	0
Bezogen auf Dinge	0	38	1

Gestik und Körperbewegung Vergleichsgruppe: Anzahl der Handlungen

	Positiv	Negativ	Neutral
Ungerichtet	1	0	26
Betreuer	1	0	1
Bewohner	9	0	1
Bezogen auf Dinge	4	0	2

9.6.3. Handlung und Berührung

Handlungen an Sachen bzw. Berührungen anderer Personen kommen von allen Kategorien am seltensten vor und sind meist situationsbedingt wie z.B das Zusammenstellen des Geschirrs. Diese oder eine ähnliche Handlung kommt jedoch bei den Bewohnern sehr viel häufiger vor als bei der Vergleichsgruppe, was auf ein stärkeres Einbezogen-Sein in die Gestaltung des eigenen Lebensumfeldes hindeutet.

Das Berühren anderer Personen kam in der Gruppe der Bewohner zweimal vor und wurde vom emotionalen Gehalt her positiv gewertet. Bei den Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Psychiatrie konnte beim einmaligen Berühren einer anderen Person kein emotionaler Gehalt festgestellt werden.

Insgesamt sind die beiden letztgenannten Kategorien aufgrund der verhältnismäßig geringen Anzahl der beobachteten Handlungen von eher geringer Bedeutung.

Handlung und Berührung Bewohner: Anzahl der Beobachtungen

	Positiv	Negativ	Neutral
Ungerichtet	0	0	0
Betreuer	0	0	0
Bewohner	2	0	1
Bezogen auf Dinge	0	0	30

Handlung und Berührung Vergleichsgruppe: Anzahl der Beobachtungen

	Positiv	Negativ	Neutral
Ungerichtet	0	0	0
Betreuer	0	0	0
Bewohner	0	0	1
Bezogen auf Dinge	0	0	9

Alle Beobachtungen lassen darauf schließen, daß eine Wohngruppe ein wesentlich günstigeres kommunikatives Klima aufweist als die Lebenswelt psychiatrische Station. Die Anzahl der als emotional positiv besetzt anzusehenden zwischenmenschlichen Kommunikationen sowohl im sprachlichen als auch im nichtsprachlichen Bereich liegt in den Wohngruppen um ein Vielfaches höher als auf den Stationen. Die sprachlichen und nichtsprachlichen Kommunikationsformen sind bei den Bewohnern weit ausdifferenzierter als bei der Vergleichsgruppe. Die ungerichtete Suche nach Blickkontakt (möglicherweise sogar als Hospitalismus-Symptom zu interpretieren) erscheint bei den Bewohnern im Verhältnis selten, bei den Menschen mit geistiger Behinderung in den psychiatrischen Langzeitstationen ist es die häufigste kommunikative Äußerung überhaupt.

10. Zusammenfassung und Ausblick

10.1. Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser Studie lassen sich überblicksweise zusammenfassen in:

- Qualität der Wohnformen bezüglich Normalisierung der Lebensbedingungen und Individualisierung (äußere Kriterien, Konzeptionen)
- Kompetenzniveau von Menschen mit geistiger Behinderung in den unterschiedlichen Wohnformen
- Kommunikationsverhalten von Menschen mit geistiger Behinderung in Psychiatrie und gemeindeintegrierter Wohngruppe.

Es ist deutlich geworden, daß die Qualität des Lebens von Menschen mit Behinderungen im Rahmen eines psychiatrischen Krankenhauses nicht den geforderten Vorgaben an einen normalen Lebensstandard entsprechen kann. Sowohl die beschriebene heilpädagogische Einrichtung in anthroposophischer Trägerschaft als auch die gemeindeintegrierten Wohngruppen weisen dagegen einen hohen Grad von Lebensqualität für die dortigen Bewohner auf, selbst wenn man in Betracht zieht, daß der Grad der Lebenszufriedenheit aufgrund der Schwere der Behinderung nicht direkt erfragt werden konnte, sondern entweder aus Beobachtungen rückgeschlossen werden mußte (videounterstützte Verhaltensbeobachtung) oder vom Grad der beobachteten Kompetenz bei vergleichbarer Art und Schwere der Behinderung auf die Qualität der zugrundeliegenden Lebensumstände geschlossen wurde.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß der Grad der äußeren Restriktion in den gemeindeintegrierten Wohngruppen am geringsten ist, da durch die weitestgehende Selbstverwaltung auch ein höheres Maß an Einflußnahme für die Bewohner gegeben ist als in der anthroposophischen Einrichtung, wo sich durch die teilweise Zentralversorgung (Küche, Wäscherei) eine direkte Einflußnahme der Bewohner beispielsweise auf Art und Zeitpunkt des Essens schwieriger gestaltet. Strukturell förderlich, wenngleich an dieser Stelle inhaltlich nicht weiter untersucht, ist das Vorhandensein von handwerklich orientierten Werkstätten, die jedem Bewohner die Möglichkeit erstens zum Milieuwechsel, zweitens zur sinnvollen Arbeit bieten.

Betrachtet man nun die Kompetenzen der Menschen mit geistiger Behinderung in den unterschiedlichen Wohnformen, so ergibt sich, knapp zusammengefaßt, folgendes Bild: in allen untersuchten Bereichen weisen die Bewohner der gemeindeintegrierten Wohngruppen wesentlich mehr Kompetenz auf als die Menschen mit geistiger Behinderung, die in der Psychiatrie leben. Für Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung gilt dies noch in besonders hohem Maße, wie aus der ausführlichen Analyse innerhalb der Arbeit ersichtlich. Für Menschen mit leichter bis mittelgradiger und für Menschen mit schwerer geistiger Behinderung zusammengefaßt gilt, daß sich besonders im Bereich der sozialen und kognitiven Kompetenz große Unterschiede im Kompetenzniveau ergeben, also in den beiden Bereichen, die den Umgang mit anderen Menschen und die Weite respektive Enge der eigenen Le-

benswelt abbilden. Mit anderen Worten: ein erweitertes, normalisiertes Umfeld, verbunden mit intensiver Begleitung, wirkt sich förderlich auf seine Bewohner aus.

Langzeithospitalisierte Menschen mit einer geistigen Behinderung sind also nicht etwa nur in der Lage, sich auf ein weitestgehend normalisiertes Umfeld einzustellen; sie erweitern darüberhinaus deutlich ihre Kompetenzen in den untersuchten Bereichen.

Für den untersuchten Personenkreis, der in der beschriebenen anthroposophischen Einrichtung lebt, ergibt sich folgendes Bild: in allen untersuchten Bereichen verfügen die Bewohner der anthroposophischen Einrichtung über mehr Kompetenz als die Menschen in der Psychiatrie, die einen vergleichbaren Schweregrad an geistiger Behinderung haben. Der Unterschied erscheint jedoch nicht so ausgeprägt wie zwischen den Bewohnern gemeindeintegrierter Wohngruppen und Menschen mit geistiger Behinderung in der Psychiatrie. Besonders im Bereich der Praktischen Kompetenz zeigen sich für die letztgenannten Vergleichsgruppen die größeren Differenzen. Dies hat sicherlich in dem Umstand der Rundumversorgung innerhalb der anthroposophisch orientierten Einrichtung seine Begründung (zentrale Wäscherei, teilweise Zentralverpflegung). Im Bereich der Kognitiven und Sozialen Kompetenz sind die Unterschiede deutlicher.

Bezüglich ihres Kommunikationsverhaltens konnten nur die Gruppen der Bewohner gemeindeintegrierter Wohngruppen (das sind in diesem Zusammenhang, wie beschrieben, Menschen mit geistiger Behinderung, die als Langzeitpatienten in einer psychiatrischen Klinik waren) und Menschen mit geistiger Behinderung in der Psychiatrie verglichen werden, da es sich als unmöglich erwies, für die anthroposophisch orientierte Einrichtung eine Genehmigung für Videoaufzeichnungen zu erlangen. Für die beiden untersuchten Gruppe jedoch ist das Ergebnis eindeutig: die Bewohner der Wohngruppen kommunizieren verbal, bezogen auf die Anzahl der Äußerungen, mehr als doppelt so viel wie die Menschen mit geistiger Behinderung in der Psychiatrie. Dieses Ergebnis läßt mit großer Sicherheit darauf schließen, daß die Bedingungen für verbale Kommunikation innerhalb einer gemeindeintegrierten Wohngruppe wesentlich besser sind als in einer Langzeitstation einer psychiatrischen Klinik. hnliches gilt für den Bereich der nonverbalen Kommunikation, der sich hier auf den Bereich des Mimischen beschränkt. Für den Bereich Gestik und Körperbewegung konnte kein Unterschied zwischen den beiden untersuchten Gruppen festgestellt werden.

10.2. Vergleich mit Studien aus anderen Bundesländern - Beispiele

Dalferth (2000) berichtet ebenfalls von einer deutlichen Erweiterung der Kompetenzen bei 14 Menschen mit schwerer geistiger und/oder Mehrfachbehinderung und massiven Verhaltensauffälligkeiten, die langzeithospitalisiert waren und im Rahmen der Dr. Loewischen Einrichtungen in ein Kleinstheim integriert werden konnten. Dabei wurde Wert gelegt auf ein den Bedürfnissen der Bewohner angepaßtes Milieu, hinter dem der vordergründig normale Lebensstandard Erwachsener zunächst zurücktrat. Dieses Konzept erwies sich als höchst erfolgreich: "Nicht allein die normalisierten

Lebensbedingungen, auch die therapeutischen Strategien, die Kompensationsmöglichkeiten, die eine gestaltete Lebenswelt bietet, das Engagement der Betreuer im Alltag, die bewohner- und wohnfeldbezogenen Reflexionen und vieles mehr erzeugen einen synergetischen Effekt" (Dalferth a.a.O., S.93). Das Konzept des gestalteten Lebensraums findet sich ebenfalls in anthroposophisch orientierten Einrichtungen, wird dort allerdings verstanden als ganzheitlicher Ansatz und beschränkt sich nicht auf den Personenkreis der Menschen mit schwerster geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten, sondern bezieht Menschen mit einer weniger ausgeprägten Behinderung ebenso mit ein wie z.B. Suchtkranke.

Im Gegensatz zur vorliegenden Studie gelang Dalferth eine Längsschnittuntersuchung, die den individuellen Kompetenzgewinn abbilden konnte: "Bei allen Bewohnern ist eine Kompetenzsteigerung zu verzeichnen. Dies ist insofern bemerkenswert, als etlichen Bewohnern unterstellt wurde, sie hätten den höchsten Stand ihrer Entwicklung längst erreicht bzw. bereits überschritten. Der durchschnittliche Zuwachs an Kompetenzen bei den 10 leistungsschwächeren Personen beträgt insgesamt 19,9% in den Bereichen Selbsthilfe, Motorik, Verständigung Sozialanpassung und Wahrnehmung bezogen auf die operationalisierte Fragestellung des S/P - PAC" (Dalferth 2000, S.92).

Für zwei Bewohner konnte Dalferth das HKI in modifizierter Form verwenden. Für diese Menschen ergab sich ein Zuwachs an Kompetenzen von 5,95% (a.a.O., S.78).

Bradl (1996) beschreibt die grundsätzlichen strukturellen Grenzen, die ein selbstbestimmtes Leben in einem Heim für die Bewohner schwierig machen. Dazu gehören fehlende Wahlmöglichkeiten, besonders für Menschen mit schwerer Behinderung, da es, wie gezeigt, für diese Klientel an Wohngruppenplätzen grundsätzlich mangelt. Im speziellen Fall ist die anthroposophische Einrichtung tatsächlich als spezialisiert für Menschen mit Schwer- und Mehrfachbehinderungen und/oder psychischen Störungen ausgewiesen; durch ihre relativ geringe Größe und durch ihre Entstehungsgeschichte kann jedoch nicht von einem "Schwerstbehindertenghetto" gesprochen werden. Kein Mensch mit einer schweren Behinderung "muß" in dieses Heim. Ebenso gibt es für diese Einrichtung keine Aufnahmeverpflichtung; die Wohngruppen sind mit Ausnahme von -ausschließlich individuell begründeten- Wechseln im Kern seit mindestens 6 Jahren stabil.

Tatsächlich zutreffend ist die geringe Einflußmöglichkeit des Bewohners auf die Person des Betreuers: "Die ohne Mitwirkung des Behinderten zustande gekommene Zusammensetzung eines Mitarbeiterteams bestimmt in großem Umfang seinen Lebensalltag" (Bradl 1998, S.189). In der Praxis ist es in der beschriebenen Einrichtung allerdings die Regel, daß bei persönlichen Unverträglichkeiten der Mitarbeiter, nicht etwa der Bewohner, die Gruppe wechselt. Ein Einfluß auf die Organisation der Betreuung (Bradl a.a.O.) ist für den Bewohner insofern möglich, als die Bezugspersonen innerhalb der Gruppe über eine Reihe von Tagen konstant bleiben. Zugunsten einer bewohnerorientierten Gestaltung des Lebensalltags hat man in der beschriebenen Einrichtung das Schichtdienstmodell gar nicht erst eingeführt. In der Tat bleibt aber die Auswahl der Mitarbeiter Sache der Heimleitung. Einer Einflußmöglichkeit der

Bewohner versucht man insofern gerecht zu werden, daß der Mitarbeiter in spe in der infrage kommenden Wohngruppe mehrere Tage zur Probe arbeiten muß, um eventuelle Unverträglichkeiten abspüren zu können. Von einer völligen Selbstbestimmung der Bewohner ist auch die beschriebene Einrichtung also noch entfernt; allerdings stellt sich die Frage, ob die Lebensqualität der Bewohner durch die beschriebenen strukturbedingten Probleme in gravierendem Maß beeinträchtigt wird.

Wie beschrieben, fußt das Konzept der Einrichtung auf der Anerkennung des "unverletzten Wesenskern" im Menschen mit einer Behinderung. Die dadurch ausgesprochene Achtung vor dem Einzelnen impliziert eine ebensolche Achtung vor seinen persönlichen Wünschen und Vorstellungen. Gerade bei Menschen mit einer stark eingeschränkten Möglichkeit zur verbalen Kommunikation ist eine stabile Beziehung zu den nicht behinderten Menschen, die sie begleiten, eine gute Voraussetzung, um verstanden zu werden.

Nach den vorliegenden Ergebnissen kann nicht von einer Art unteren Grenze der Förderfähigkeit ausgegangen werden. Weder die Schwere der Behinderung noch das Lebensalter sind Gründe, die eine (Re-) Sozialisierung verunmöglichen. Selbst wenn der Personenkreis der Menschen mit einer schwersten geistigen Behinderung zum Untersuchungszeitpunkt in den Wohngruppen noch nicht vertreten war, so ist er das bereits seit längerer Zeit in der beschriebenen anthroposophischen Einrichtung. Auch wenn im Rahmen dieser Studie über die Entwicklung der Kompetenz im praktischen, kognitiven und sozialen Bereich im Verlauf der letzten Jahre keine Aussagen gemacht wurden, so ist allein der Umstand, daß Menschen mit schwerer geistiger Behinderung, Mehrfachbehinderungen oder massiven Verhaltensstörungen über mehrere Jahre in der beschriebenen anthroposophischen Einrichtung integriert leben können, bereits ein beachtenswertes Faktum. Eher am Rande sei angemerkt, daß zwei Frauen, die im Rahmen eines Wohngruppenprojekts der Lebenshilfe aufgrund massiver Verhaltensstörungen (periodisch auftretende Unruhe mit Zerstörung von Mobiliar, Aggressionen) nicht mehr wohnen konnten, in der beschriebenen Einrichtung inzwischen mehrere Jahre leben. Als förderlich erwies sich bei beiden Menschen das Vorhandensein des großen parkähnlichen Gartens, der intensiv genutzt wird, um sich im Wortsinne Raum zu schaffen.

Eine langjährige Verweildauer in einer psychiatrischen Langzeitstation hat sich ebenfalls nicht als Hinderungsgrund für das Leben in weitestgehend normalisierten Wohnformen erwiesen (hierzu auch Wedekind 1994, Höss/Goll 1986, Bradl/Steinhardt 1996, Dalferth 1996 und 1998, Seifert 1997, Wacker et al. 1998, Böhning 1998, Theunissen/Hoffmann 1998 und Theunissen/Lingg 1999). Da es sich bei beiden Thesen - nämlich der Schwere der Behinderung und der Verweildauer in der Psychiatrie - um häufig geäußerte Einwände gegen die Entlassung geistig behinderter Menschen aus der Psychiatrie in normalisierte Wohnformen handelt, kann davon ausgegangen werden, daß, die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen vorausgesetzt, kein Mensch aufgrund seiner geistigen Behinderung als Langzeitpatient in einer psychiatrischen Anstalt leben muß.

Nun kann es nicht Ziel der Resozialisierung von Erwachsenen mit einer geistigen Behinderung sein, mit heilpädagogischen Institutionen (für die hier die anthroposophische Einrichtung nicht ganz repräsentativ, jedoch als Einrichtungstypus vergleichbar, steht), "Schwerstbehindertenghettos" (Gaedt) zu schaffen, in denen Menschen mit einer leichteren Behinderung und nicht offensichtlichen resp. "störenden" Verhaltensauffälligkeiten nicht mehr vorkommen. Anzusetzen wäre dann aber bei den betroffenen Menschen, die als "harter Kern" eben noch nicht in den Genuß der Entlassung in eine weitestgehend normalisierte Wohnform gekommen sind. Es kann und darf nicht von einer wie auch immer zu beschreibenden Befähigung ausgegangen werden, die als Grundvoraussetzung für das Wohnen in einer weitestgehend normalisierten Wohnform zu gelten hat. Wohnen ist ein Grundrecht - eine Klinik ist schon per definitionem kein Wohnraum, und wenn die spezielle Bedürftigkeit eines Menschen eine spezielle Ausstattung des Wohnraumes erfordert, so hat dies eben zu geschehen.

Dalferth (1998) merkt in seiner Studie zur "Integration von geistig schwerst- und mehrfachbehinderten Menschen in die Gemeinde" an, es wäre "vergleichsweise naiv, davon auszugehen, daß das herausfordernde Verhalten von langzeithospitalisierten Menschen, die schon vielfältige Therapiemaßnahmen erfuhren, von heute auf morgen verschwinden würden (...) Der sorgfältigen Vorbereitung der Mitarbeiter, dem umsichtigen Konfliktmanagement und der direkten Anleitung durch Fachdienstmitarbeiter ist es zuzuschreiben, daß die Mitarbeiter im Umgang mit schwierigen und schwer verstehbaren Verhaltensweisen sicherer wurden, rechtzeitig deeskalierende Maßnahmen ergreifen und unter Einbeziehung des Fachdienstes angemessene Lösungswege erarbeiten konnten" (S.256). Im Verlauf eines Jahres konnte für den Bereich der Zerstörungen festgestellt werden: "In der Wohngruppe gelang es vorwiegend aufgrund der hohen Betreuungsintensität, Art und Ausmaß der Zerstörungen drastisch zu reduzieren, obwohl sich die meisten Bewohner frei bewegen können" (Dalferth 1998, S.255). Wichtigstes Kriterium für das Gelingen einer Wohnform, in der auch Menschen mit schwerer Behinderung und massiven Verhaltensauffälligkeiten leben können, ist also die personelle und sächliche Ausstattung dieser Gruppe. Kein Mensch ist per se "wohngruppenunfähig". Ist aber nun die gemeindeintegrierte Wohngruppe der einzig weiter zu verfolgende Weg in der Enthospitalisierung von Menschen mit geistiger Behinderung?

Bezogen auf die heilpädagogische Einrichtung in anthroposophischer Trägerschaft kann man von der Annahme ausgehen (und eingehende Beobachtungen und Gespräche in der untersuchten Einrichtung bestätigen dies), daß die meisten der dort lebenden Menschen keinerlei Impuls verspüren, diesen Wohnort zu verlassen, bietet er doch nach Ansicht der Betroffenen reichlich Möglichkeiten zur Entfaltung der eigenen Persönlichkeit. Möglicherweise spielt die Angst vor dem Unbekannten eine größere Rolle als die Sicherheit der vertrauten Umwelt (vgl Dörner 1998); jedoch stehen den Bewohnern der beschriebenen Einrichtung Vergleichsmöglichkeiten durch die regelmäßige Erfahrung des häuslichen Alltags der Eltern durchaus zur Verfügung. Die Bewohner haben nicht etwa deshalb keine Wahlmöglichkeit, weil sie kein anderes Umfeld kennen. Wichtig ist m.E. eine prinzipiell offene Struktur, die Autonomie nicht nur gestattet, sondern fördert. An Einrichtungen mit Heimcharakter gilt also die

Forderung einer offenen Struktur, die so viel Autonomie wie möglich zuläßt, ohne dadurch den Anspruch des Einzelnen auf Schutz und Unterstützung zu vernachlässigen. Letzteres gilt auch für gemeindeintegrierte Wohngruppen: "Die einzelnen Menschen und die Gesellschaft haben eine moralische Verpflichtung, eine fördernde, beschützende oder sogar führende ('supervisory') Rolle für diejenigen zu übernehmen, deren Kompetenz so stark vermindert ist, daß sie sich selbst oder der Gesellschaft Schaden zufügen könnten" (Wolfensberger 1998, S.111 f.). Die beschriebene anthroposophische Einrichtung befindet sich im Augenblick in einem Zustand zunehmender Entflechtung: durch Ausbaumaßnahmen wird in einem bisher für Verwaltung und Therapie genutzten Gebäude eine Wohnung für 7 Menschen geschaffen, was mittelfristig dazu führen wird, daß in einem Zweifamilienhaus je 7 Menschen wohnen, in einem weiteren Gebäude 6 und im größten Gebäude, dem ehemaligen Gutshaus, 22 Menschen in drei Wohnungen zu je 7 Bewohnern.

Die Studie von Kief (1990) zeigt, daß Erwachsene mit einer geistigen Behinderung, die in Außenwohngruppen leben, einen höheren Grad an Selbständigkeit aufweisen als die Bewohner eines Wohnheims. Vom Grad ihrer Lebenszufriedenheit unterschieden sich beide Gruppen nicht signifikant voneinander, wobei zu beachten ist, daß die in der weitergehend normalisierten Wohnform der Außenwohngruppe lebenden Menschen in anderen Bereichen eine relativ kritische Lebenseinstellung aufweisen. Einschränkend anzumerken ist, daß Kief aufgrund methodischer Vorgaben Menschen mit stark reduzierter Kommunikationsfähigkeit nicht in das Forschungsprojekt mit einbeziehen konnte. Interessant ist, daß die Bewohner des Wohnheims erheblich weniger Gelegenheit hatten, ihre lebenspraktischen Fähigkeiten im konkreten Umfeld zu erproben: "Deutlich fällt auch der Vergleich der beiden Stichproben in der Kategorie "keine Gelegenheit" aus. Durchschnittlich elf Punkte des PAC 2 konnten von den Bewohnerinnen und Bewohnern des Wohnheims aufgrund äußerer Umstände nicht erreicht werden (...) Ihre Wohnsituation ist somit wesentlich anrengungsärmer als die normalisierte Lebenswelt der Außenwohngruppen und Appartements" (Kief 1994, S.41). Diese Beobachtung trat auch bei der Durchführung des HKI-Verfahrens der vorliegenden Untersuchung auf; allerdings nicht durch explizite Aussagen gestützt (das HKI weist die Kategorie "keine Gelegenheit" nicht aus). Vielmehr wurde für die Menschen mit geistiger Behinderung, die in der Psychiatrie lebten, bei bestimmten Fragen die Kategorie 9, also "keine Kenntnis" vom Vorhandensein der Fähigkeit, angekreuzt. Gerade bei Fragen, die Fähigkeiten zur Bewältigung von Anforderungen in der Öffentlichkeit abfragen, kann dies als Indiz dafür gewertet werden, daß die entsprechenden Erfahrungsräume für den Menschen mit geistiger Behinderung in der Psychiatrie nicht gegeben sind.

Die in der Untersuchung von Kief abgefragte Lebenszufriedenheit der Bewohner ist hingegen bei Bewohnern des Wohnheims und bei den Bewohnern der Außenwohngruppen hoch. Bewohner der Außenwohngruppen sehen ihre jetzige Lebenssituation jedoch kritischer als die Bewohner des Wohnheims: "Bei den Interviews mit den Bewohnerinnen und Bewohnern der Außenwohngruppen und Appartements wurde immer wieder erwähnt, daß die größeren Anforderungen, die mehr Selbständigkeit ermöglichen, einerseits als hilfreich, andererseits als belastend empfunden werden" (Kief 1994, S.44). Auseinandersetzungen mit dem Mitbewohner oder den Mitbewoh-

nen werden als belastendes Element erlebt. "Ambivalent ist auch das Verhältnis zur nicht behinderten Umwelt. Einerseits gelingt durch die Normalisierung des Wohnens ansatzweise eine Integration, andererseits kommt es zu intensiveren Konfrontationen mit den eigenen Grenzen und Mängeln in der Auseinandersetzung mit nicht behinderten Menschen"(a.a.O.). Diese "Grenzerfahrung" versucht die anthroposophische Einrichtung ihren Bewohnern zu ersparen, insofern sie sich zumindest in ihrem eigenen Wohnumfeld nicht ständig der Konfrontation mit der Außenwelt stellen müssen (im Rahmen der häufigen Angehörigenbesuche geschieht die Konfrontation sowieso). Das Wohngruppenkonzept der Schleswigschen Landesklinik hält eben diese Schonung für überflüssig bzw. schädlich, da durch eine solche Einstellung wieder Menschen mit Behinderungen nicht als selbstverständlicher Teil der Gesellschaft betrachtet werden, was den Prinzipien der Normalisierung widersprechen würde. Angesichts der zunehmend wahrgenommenen "neuen Behindertenfeindlichkeit" darf allerdings die Frage der Integration in eine eben auch in vielen Bereichen inhumane Gesellschaft nicht außer Acht gelassen werden. Integration kann zu einem inhumanen Vorgang werden, wenn die Gesellschaft der Nichtbehinderten nicht adäquat reagieren kann oder will.

Seifert (1997b) fordert ebenfalls die Eingliederung von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung in normalisierte Wohnformen. Ein wichtiges Element ist die Regionalisierung der angebotenen Hilfen: "Regionale Hilfesysteme gelten in der internationalen Fachliteratur zum Wohnen von Menschen mit geistiger Behinderung als Instrument zur Normalisierung der Lebensbedingungen dieses Personenkreises. Dahinter steht der Anspruch, allen in einer Region lebenden Menschen mit geistiger Behinderung Angebote zur Verfügung zu stellen, die ihnen ein Leben so normal wie möglich sichern. Ziel ist, dem einzelnen Wahl- und Wechselmöglichkeiten zu eröffnen, damit jeder in einer seinen Bedürfnissen entsprechenden Umgebung leben kann" (Seifert 1997b, S.76). Gerade der Personenkreis der Menschen mit schwerer Behinderung läuft Gefahr, aus den regionalen Hilfesystemen ausgegrenzt zu werden. Deshalb erscheint es besonders wichtig, von den Bedürfnissen gerade dieses Personenkreises bei der Hilfeplanung auszugehen und die weiteren Entwicklungen von diesem Ausgangspunkt her zu erfassen. Nur so kann der Bildung eines "harten Kerns" entgegengewirkt werden, der aufgrund der Schwere der Behinderung oder der Auffälligkeit des Verhaltens erneut ausgegrenzt wird.

Zentral ist für Seifert (1997b) der Begriff der Lebensqualität für den Menschen mit schwerer geistiger Behinderung in Wohneinrichtungen: gefordert werden normale Lebensbedingungen, die Förderung vorhandener Kompetenzen, die Respektierung der Bedürfnisse der Bewohner und die Möglichkeit der Verwirklichung eigener Perspektiven von einem geglückten Leben. Das Angebot an Wohngruppenplätzen für Menschen mit schwerer geistiger Behinderung erscheint jedoch immer noch unzureichend. Es erscheint dringend geboten, unter Einbeziehung der Betroffenen Wohnmöglichkeiten zu schaffen (vgl. Seifert 1997b, S.234 ff.).

Böhning (1998) weist in ihrer Studie nach, daß die Bewohner einer Wohngruppe, die vorher in einem Heim gelebt hatten, ihre jetzige Situation eindeutig positiver einschätzten als die frühere im Heim. Als Gründe wurden neben den verbesserten äu-

ßeren Bedingungen und dem erweiterten Gestaltungsspielraum des Alltags die als verändert empfundene Haltung der Mitarbeiter den Bewohnern gegenüber angegeben: "Aus allen Gesprächen wurde ersichtlich, daß das Leben in der AWG mehr Chancen und Anreize zum selbständigen Handeln bietet, als dies in Heim der Fall war. Das fast kameradschaftliche Verhältnis zu den professionellen Helfern (im Gegensatz zum Unterworfensein, wie es im Heim erlebt wurde) unterstützt diese Anreize und läßt bei einigen Bewohnern ein Gefühl von Familienzugehörigkeit, bei allen das Empfinden von Geborgenheit aufkommen" (Böhning 1998, S.201 f.). Auch Böhning (1998) mußte aus methodischen Gründen Menschen ohne die Fähigkeit zur verbalen Kommunikation von ihrer Studie ausschließen. Die elf Teilnehmer der Befragung jedoch äußerten sich nicht nur zufriedener mit ihrer jetzigen Situation in der Außenwohngruppe, die in Bezug auf alle Items -äußere Bedingungen, Menschenwürde, Wahlfreiheit, Autonomie und Handlungskompetenz, zwischenmenschliche Beziehungen, Einbindung in das Gemeinwesen und allgemeine Lebenszufriedenheit- besser eingeschätzt wurde als die frühere Situation im Heim; sie äußerten auch in der überwiegenden Mehrzahl Zufriedenheit mit ihrer jetzigen Situation. Punkte der Unzufriedenheit waren durch die noch nicht völlig zureichende äußere Situation (zu wenig Einzelzimmer) bedingt und könnten geändert werden.

Ähnlich wie in der Studie von Kief (1994) wird die Einbindung in das "nicht behinderte" Umfeld als nicht völlig zufriedenstellend erlebt.: "Jede spürbare Ablehnung, wie zum Beispiel einer Wohngruppe durch die Hausbesitzerin, wird die Bemühungen um Einbindung in das Gemeinwesen behindern" (Böhning 1998, S.197). Dennoch: "Die Mehrzahl der Befragten (7 BewohnerInnen) bezeichneten die Hilfe durch die MitarbeiterInnen, die ärztliche Betreuung, die gegenwärtige Wohnsituation und den Arbeitsplatz als erfreulich(...) Niemand wünschte sich die früheren Zustände zurück" (Böhning 1998, S.198). Die vorgeblich geschützte Umgebung des Heimes wurde von den Menschen nicht so hoch bewertet als die Freiräume und Gestaltungsmöglichkeiten in der Wohngruppe.

Wedekind et al.(1994), die die Eingliederung von Menschen mit geistiger Behinderung aus Psychiatrischen Kliniken und HPH/HPE im Rheinland und in Hessen begleitet haben, kommen zu dem gleichen Schluß wie die vorliegende Studie in Bezug auf die Kompetenzentwicklung von Menschen in normalisierten Wohnformen: "Menschen, deren Behinderung sehr ähnliche Züge aufweist, lernen unter den normaleren Lebensbedingungen und dem heilpädagogischen Förderangebot der Heilpädagogischen Heime/Einrichtungen mit den Erfordernissen des Alltags besser fertig zu werden und erwerben größere Kompetenz in ihrem eigenen Leben. Diese positive Weiterentwicklung braucht aber Zeit und den erforderlichen Personaleinsatz" (Wedekind et al. 1994, S.127). Unstrittig erscheint der Erfolg der pädagogischen Förderung auch für Menschen mit schweren und schwersten Behinderungen; in allen untersuchten Einrichtungen war auch dieser Personenkreis vertreten. Im Gegensatz zur vorliegenden Studie bezogen sich Wedekind et al. bei der Einschätzung des Grades der Behinderung der an der Studie beteiligten Menschen mit Behinderung nicht -wie in der vorliegenden Studie geschehen- auf die Aussage der Akten, mithin auf die Einschätzung des Grades der Behinderung aus psychiatrischer Sicht, sondern auf die Einschätzung durch die Betreuer.

Um einen Unterschied in der Kompetenzentwicklung der Menschen mit Behinderung im HPH im Vergleich zu einer Außenwohngruppe beurteilen zu können, erschien die Verweildauer der Probanden in der Außenwohngruppe zu kurz; eine Einsicht, die sich mit der vorliegenden Studie deckt: "Ein Vergleich der Ergebnisse beider Befragungswellen ergab, daß ein Zeitraum von einem Jahr zwischen zwei Erhebungen offenbar zu knapp bemessen ist, in diesem Themenfeld systematische Veränderungen dokumentieren zu können" (Wedekind et al.1994, S.115).

Auffällig ist, daß der Anzeil der als unauffällig beschriebenen Menschen mit einer geistigen Behinderung in den Außenwohngruppen höher ist als in den geschlosseneren Einrichtungen: "Sie werden als leichter behindert beschrieben, zeigen höhere Kompetenzen und brauchen weniger Unterstützung in täglichen Aufgaben. Sie sind seltener körperbehindert und zeigen weniger Verhaltensauffälligkeiten" (Wedekind et al. 1994, S.164). Betrachtet man den Anteil der aus pssychiatrischer Sicht als schwer behindert eingestuften Menschen in der vorliegenden Studie, so ergibt sich ein kongruentes Bild: offenbar wollte man zumindest zu Beginn der Enthospitalisierungsmaßnahmen ein möglichst geringes Risiko eingehen.

Auch die Wedekind - Studie betont jedoch die Möglichkeit und dringende Notwendigkeit der Eingliederung von Menschen mit schweren geistigen Behinderungen und/oder Verhaltensstörungen, beklagt aber den schleppenden Verlauf: "Zunächst kann der Schluß gezogen werden, daß vom Personenkreis der geistig behinderten Menschen keine Grenze für die Eingliederung in kleineren gemeindenahen Wohnformen gezogen werden muß. Die bisher wirksam gewordenen Grenzen für die Eingliederung liegen in den äußeren Bedingungen" (Wedekind et al. 1994, S.278). Wichtig erscheint nach den Ergebnissen dieser Studie unter anderem auch, daß Menschen mit schwerer geistiger Behinderung innerhalb eines HPH mit seiner größeren Gruppengröße und seinen fehlenden Tagesstrukturangeboten eher eine soziale Isolierung droht als in einer Außenwohngruppe.

Die Fachklinik Schleswig hatten sich mit ihrem Konzept der schrittweisen Ausgliederung aus den Zusammenhängen der psychiatrischen Klinik in eine selbständige Wohnform methodisch ähnlich verhalten wie die psychiatrischen Kliniken im Rheinland. Der durch die Wedekind - Studie gesicherte positive wissenschaftliche Befund dieser Entwicklung (immerhin ist die Entwicklung im Rheinland der in Schleswig - Holstein um Jahre voraus) läßt einen günstigen Verlauf der Enthospitalisierungsmaßnahmen der Schleswigschen Landesklinik nicht nur erhoffen, sondern erwarten.

10.3. Folgerungen für eine Wohnkonzeption für Menschen mit geistiger und schwerstgeistiger Behinderung

10.3.1. Kurzfristig realisierbare Möglichkeiten

Betrachtet man das Selbstbestimmungsrecht aller Menschen bezüglich Ort und Art und Weise ihrer Lebensvollzüge als verbindlich, so kann es passieren, daß eine Ent-

Enthospitalisierung bereits im Ansatz scheitert: die betroffenen Menschen haben in einer Art "erlernten Bedürfnislosigkeit" (Jervis) nicht mehr die Möglichkeit, für sich ein Leben außerhalb der Anstalt bzw. der psychiatrischen Klinik in Betracht zu ziehen: "Zu Anfang haben wir sie gefragt, ob sie aus unserem Krankenhaus wieder entlassen werden möchten. Auf der Station (...) haben von 35 Befragten 34 geäußert, daß sie wunschlos glücklich seien und für immer bei uns bleiben möchten. Wären wir nach dem Selbstbestimmungsrecht vorgegangen, so wären die 70% geistig behinderten Personen und womöglich auch alle anderen heute noch in unserem Krankenhaus" (Dörner 1998, S.31). Die Klinik in der Berechenbarkeit ihrer Abläufe und Struktur bietet für die Menschen, die sich als Langzeitpatienten dort befinden, sowohl die einzige noch präsente Lebensmöglichkeit als auch einen nicht gering einzuschätzenden Grad an materieller und immaterieller Sicherheit. Ein Wegfallen dieser Sicherheit löst erst einmal Verunsicherung aus. Dazu kommt, daß Menschen mit schwerer oder schwerster geistiger Behinderung nur schwerlich nach ihrem Einverständnis für einen Umzug befragt werden können: erstens fehlt häufig die Möglichkeit, sich eine andere als die bekannte Umgebung überhaupt vorzustellen, zweitens ist in vielen Fällen eine verbale Verständigung erschwert.

Eine Lösung, die in einem Belassen des status quo bestehen würde, kann jedoch schon aufgrund des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über normalisierte Wohnformen nicht in Frage kommen. Eine Art Umsiedlungsprojekt gegen den Willen der betroffenen Menschen muß jedoch aus Gründen der Selbstbestimmung ebenso abgelehnt werden. Dörner (1998) schlägt vor, bereits während der Verweildauer in der Klinik andere Wohn- und Existenzmöglichkeiten für den Menschen mit geistiger Behinderung erfahrbar zu machen. Notwendig dafür ist eine Öffnung nach außen, das heißt beispielsweise begleitete Gänge in die Stadt, Besuch der Herkunftsfamilie (oder auch einer anderen, falls der Kontakt nicht besteht und auch nicht mehr aufgebaut werden kann), also generell die Erschließung und Erweiterung des bisherigen Milieus über den engeren Rahmen der Klinik hinaus. Nur wenn ein "anders Leben" sinnlich erfahrbar gemacht worden ist, gibt es für den Betroffenen die Möglichkeit einer Entscheidung auf realistischer Basis.

Für manche Menschen mit geistiger Behinderung, die als Langzeitpatienten in der Fachklinik Schleswig - Stadtfeld lebten, erübrigte sich dieser Schritt, da sie wegen ihrer verhältnismäßig leicht ausgeprägten geistigen Behinderung und einem relativ hohen Grad an sozialer Anpassung einen gewissen Freiraum genossen; Stadtgänge zum Beispiel zum Friseur gehörten bereits zum Alltag. Diese Menschen waren auch schnell bereit umzuziehen.

Grundsätzlich gilt dieses Erfahrbar - Machen von alternativen Wohn- und Lebensmöglichkeiten auch und in besonderem Maß für Menschen mit schwerer und schwerster geistiger Behinderung. Die Problematik der verbalen Verständigung kommt zusätzlich erschwerend hinzu. Hilfreich kann hier ein Verfahren sein, daß alle Möglichkeiten der Äußerung des Menschen mit Behinderung in den Verstehensprozeß mit einbezieht, also alle gerade auch nonverbalen Äußerungen von Gefallen oder Mißfallen. Verfahren einer "verstehenden Diagnostik", die u.A. die Biographie des Menschen mit Behinderung für das Verständnis seines So - Seins mit einbeziehen,

können Aufschluß darüber geben, in welchem sozialen Umfeld in der Vergangenheit eine befriedigende Lebensgestaltung möglich war.

Das Empowerment - Prinzip, das sich gezielt an die Fähigkeiten und Möglichkeiten des Menschen richtet, über sein Leben selbst zu bestimmen, kann als übergreifendes Prinzip für die oben ausgeführten kurzfristig möglichen Verfahren zur Verbesserung der Lage der Menschen mit geistiger Behinderung angesehen werden. Es beinhaltet die Abkehr von der Orientierung am Defizit ebenso wie die Erschließung von Ressourcen: "Das Sich - Bewußtwerden und die Selbst - Aneignung von Lebensgestaltungskräften dient dabei im wesentlichen dem Ziel, Verfügung und Kontrolle über die eigenen Lebensumstände und Zukunftsperspektiven (wieder -) zu gewinnen, um ein möglichst unabhängiges, selbstbestimmtes Leben verwirklichen zu können" (Theunissen 1999a, S.101). Dabei wird das Wollen des Individuum nicht unabhängig von seiner Umwelt gesehen: persönliche Ansprüche müssen mit denen der anderen ins Verhältnis gesetzt werden, ohne daß in rücksichtsloser Weise irgend eine Partei ihren Anspruch durchsetzt: "Selbstbestimmung konstituiert sich auf der Grundlage personaler und sozialer Ich - Ansprüche, und je balancierter ihr Zusammenspiel ist, desto günstiger sind die Chancen für subjektive Zufriedenheit und psychische Gesundheit einzuschätzen"(a.a.O., S. 106 f.).

Wichtig ist der Wandel der Rolle der professionellen Begleiter des Menschen mit einer geistigen Behinderung: er muß von seinem vorgeblichen Herrschaftswissen abrücken, das von vornherein zu wissen meinte, was das Beste für den Menschen mit Behinderung ist, und stattdessen der Betroffenenperspektive in der Weise Rechnung tragen, daß er sie als handlungsleitend für alle zu treffenden Entscheidungen ansieht. Das Ideal der (optimalen) Betreuung wandelt sich auf diese Weise zur Assistenz.

Es besteht eine gewisse Gefahr, die angeführten Leitprinzipien als ausreichend für die Verbesserung der Situation von Menschen mit geistiger Behinderung in psychiatrischen Kliniken anzusehen. Wahrscheinlich ist dann ein menschenwürdiges Leben in der Klinik möglich; dennoch bleibt die Klinik als Wohnform für einen Menschen mit einer geistigen Behinderung abzulehnen.²³ Ansonsten wird die angestrebte Enthospitalisierung zum "Etikettenschwindel" (Theunissen), indem sie die Lebensbedingungen zwar verbessert, jedoch keinerlei integrative Leistung erbringt.

Es kann dennoch für den Ansatz einer schrittweisen Ausgliederung, wie in Schleswig verfolgt, sinnvoll sein, zunächst Wohngruppen auf dem Klinikgelände selbst einzurichten. Dies hat den Vorteil der Möglichkeit einer direkten Krisenintervention durch Fachpersonal in der Um- und Eingewöhnungsphase der Bewohner. Außerdem bleibt der gewohnte Stadtteil zunächst erhalten; eine Überforderung erscheint weniger gegeben. Allerdings ermöglicht diese Lösung noch keine wirkliche Integration; ein weiterer Schritt ist zu tun.

²³ vgl Kapitel 5.1. und insbesondere 6.

10.3.2. Mittelfristig und langfristig realisierbare Möglichkeiten

Mittelfristig ist darauf zu achten, daß die Wohngruppen in relativ kleinen Einheiten in normalen Wohngegenden angesiedelt werden. Dies ermöglicht den Bewohner der Wohngruppe die Begegnung mit einer nichtbehinderten Umwelt im alltäglichen Leben. Für Wohngruppen innerhalb eines Klinikgeländes ist die erfahrbare Umwelt wieder geprägt durch den Klinikalltag. Dies mag, um großen Verunsicherungen vorzubeugen, kurzfristig sinnvoll sein, mittel- und langfristig ist damit jedoch eine Integration nicht gegeben. Die Außenwahrnehmung bleibt möglicherweise die einer Klinik; die Rollenzuschreibung die eines Patienten. Ein Leben in heterogenen Nachbarschaften entsteht auf diese Weise nicht, es sei denn, das Klinikgelände erlaubt gemischt belegte Wohnformen. Auch der Bereich der Freizeit kann sich in einem weitestgehend normalisierten Umfeld abwechslungsreicher gestalten. Voraussetzung dafür ist allerdings das Vorhandensein ausreichender finanzieller Mittel, über die der Einzelne verfügen können muß.

Bislang nicht zureichend realisiert sind im Wohngruppenprojekt der Fachklinik Schleswig - Stadtfeld die Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten für die Bewohner. Der Bereich Arbeit muß so heterogen wie nur möglich gedacht werden: angefangen von einer möglichen Vermittlung auf den freien Arbeitsmarkt über die Möglichkeit der Beschäftigung in einer WfB bis hin zu einer eventuell nur stundenweisen Beschäftigung, wenn dies dem individuellen Leistungsvermögen des Menschen mit Behinderung entspricht. Die handwerklich ausgerichteten Werkstätten der anthroposophischen Einrichtung erfüllen sicherlich die Bedingungen, die an den Bereich Arbeit gestellt werden, jedoch ist das Problem der Entlohnung bisher noch ungelöst.²⁴ Wichtig erscheinen für den Bereich der Arbeit zwei Komponenten:

- Sie muß sinnvoll und für andere Menschen brauchbar sein,
- sie muß einen Systemübergang (Bronfenbrenner) ermöglichen.

Mittel- und langfristig wirksam wird die Ausbildung verlässlicher Beziehungen für den Menschen mit geistiger Behinderung. Möglicherweise gelingt die Kontaktaufnahme zu den Angehörigen. Innerhalb der Wohngruppe ist es speziell für Menschen mit einer schweren und schwersten geistigen Behinderung notwendig, sich auf stabile Beziehungen im Rahmen ihrer persönlichen Assistenz stützen zu können: die Kommunikation ist häufig erschwert. Eine lange Zeit des gegenseitigen Kennenlernens ist vonnöten, um die Signale des anderen adäquat deuten zu können. Dieser Prozeß muß wechselseitig gesehen werden.

Unbedingt vonnöten für das Gelingen stabiler sozialer Beziehungen innerhalb der Wohngruppe ist die Bereitschaft des Assistenten, sich auf die Persönlichkeit des Menschen mit Behinderung direkt, fachkompetent und vorurteilsfrei einzulassen. Dazu gehört als unabdingbare Voraussetzung die Zufriedenheit des Assistenten mit seinem Arbeitsplatz: wenn die Zahl der Bewohner innerhalb der Wohngruppe zu groß ist, ist ein persönlicher Bezug zu dem einzelnen Bewohner kaum noch herzu-

²⁴ Vor allem aus sozialrechtlichen Gründen.

stellen. In der vorliegenden Untersuchung hat sich eine Wohngruppengröße von höchstens 8 Bewohnern als förderlich erwiesen. Die geschilderte "Übergangswohngruppe" mit 15 Bewohnern bot für keinen der Beteiligten - Bewohner wie Assistenten - befriedigende Bedingungen.

Mit dem Gelingen des Lebens in Wohngruppen kann sich das Leben für Menschen mit geistiger Behinderung so vielschichtig gestalten wie für einen Menschen ohne Behinderung: die sozialen Bezüge werden vielfältig; der Mensch mit Behinderung ist nicht mehr das Objekt von Hilfeleistungen, sondern Gestalter seines eigenen Lebens (wobei er nicht Bevormundung, sondern Assistenz erfährt), Mitarbeiter, Nachbar. Damit wird umgekehrt die soziale Rolle (Wolfensberger) eines Menschen mit Behinderung auch für die Gesellschaft nicht mehr die eines Hilfeempfängers, sondern die eines Angehörigen oder Nachbarn. Bezogen auf die Theorie sozialer Systeme (Bronfenbrenner) ergibt sich als Voraussetzung für die Lebensqualität von Menschen mit geistiger bis schwerstgeistiger Behinderung folgendes Bild:

Mikrosystem

Wohnen

- materielle Grundlage
- bedarfsgerechte Ausstattung
- individuelle Gestaltung

Beziehungen

- Familienzugehörigkeit
- verlässliche Assistenz
- Verstanden - Werden

Mesosystem

Arbeit

- sinnvolles Tätigsein für andere
- Sicherheit und Regelmäßigkeit

Freizeit

- Begegnungen
- Aktivitäten

Exosystem

Wohngebiet

- Akzeptanz

Gemeinde

- Infrastruktur

Makrosystem

Politik und Gesellschaft

- Rechtssicherheit
- Gleichberechtigung

Eine zureichende Befriedigung der Bedürfnisse in den genannten Bereichen lässt eine Lebensqualität für Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung erhoffen, die sich nicht mehr wesentlich von der der sogenannten Normalbevölkerung unterscheidet. Im Spektrum der Wohn- und Lebensmöglichkeiten haben auch wohngruppenuntergliederte Heime einen Platz, sofern sie klein genug sind, um erstens einer Stigmatisierung ihrer Bewohner entgegenzuwirken und zweitens in ein Gemeinwesen integrierbar bleiben. Inwieweit eine wirkliche Integration (die nicht nur eine physische ist) auf Dauer gelingen kann, hängt nicht allein von der Schaffung möglichst optimaler Wohnbedingungen für Menschen mit einer geistigen Behinderung ab, sondern wesentlich von dem Willen der Gesellschaft, Menschen in ihrer Verschiedenheit nicht nur zu tolerieren, sondern zu akzeptieren. Erst wenn das gelingt, kann die jahrhundertelange Ausgrenzung von Menschen mit Behinderungen als beendet betrachtet werden.

11. Literaturverzeichnis

Adam, H.: Kommunikation bei nichtsprechenden geistig behinderten Kindern. Zs. Geistige Behinderung 3/1985, S.1-24

Adams, H.: Programme zur Förderung Schwerstbehinderter in den USA. In: Fröhlich, A.(Hrsg.): Dokumentation zur Situation Schwerstbehinderter. Staufen/Brsg. 1978

Altfeld, H.: Lebensgemeinschaft - soziale Wirklichkeit. In: Verband Anthroposophischer Einrichtungen für Heilpädagogik und Sozialtherapie (Hrsg.): Heilende Erziehung aus dem Menschenbild der Anthroposophie. Stuttgart 1974, S.23-27

Antor, G.: Wege zur Normalisierung für geistig Behinderte und ihre Angehörigen. Zs. Geistige Behinderung 4/1987, S.267-285

Antor, G.: Ethische Fragen in der pädagogischen Förderung schwerstbehinderter Menschen. In: Fröhlich, A. (Hrsg.): Pädagogik bei schwerster Behinderung. Handbuch der Sonderpädagogik Bd.12. Berlin 1991, S.70-88

Asperger, H.: Heilpädagogik. Einführung in die Psychopathologie des Kindes für rzte, Lehrer, Psychologen, Richter und Fürsorgerinnen. Wien/New York 1952

Bach, H. (Hrsg.): Pädagogik der Geistigbehinderten. Handbuch der Sonderpädagogik Bd.5. Berlin 1979

Bauer, M., et al.: Psychiatrie. Eine Einführung. Stuttgart 1973

Baumann, A.: ABC der Anthroposophie. Bern 1986

Beck, I.: Neuorientierung in der Organisation pädagogisch-sozialer Dienstleistungen für behinderte Menschen: Zielperspektiven und Bewertungsfragen. Frankfurt/M. 1994

Beck, I., Düe, W., Wieland, H. (Hrsg): Normalisierung: Behindertenpädagogische und sozialpolitische Perspektiven eines Reformkonzeptes. Heidelberg 1996 (a)

Beck, I.: Qualitätsentwicklung im Spannungsfeld unterschiedlicher Interessenlagen, Zs. Geistige Behinderung 1/1996 (b), S.3 - 17

Beck, I.: Gefährdungen des Wohlbefindens schwer behinderter Menschen. Zs. für Heilpädagogik 5/1998, S.206-215

Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD. Bundesdrucksache 7/4200, Bonn 1975

Bleidick, U.: Pädagogik der Behinderten. Grundzüge einer Theorie der Erziehung behinderter Kinder und Jugendlicher. Berlin 1974

Bleidick, U.: Einführung in die Behindertenpädagogik Bd. 1-3. Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz 1977

Bleidick, U.: Erziehungswissenschaftliche Aspekte der Pädagogik geistig Behinderter. Zs. Geistige Behinderung 3/1983, S.167-179

Bleidick, U.: Wissenschaftssystematik der Behindertenpädagogik. In: ders. (Hrsg.): Theorie der Behindertenpädagogik, Handbuch der Sonderpädagogik, Bd.1. Berlin 1985, S.48-86

Bleidick, U.: Die Förderung Schwerstbehinderter durch Arbeit. Zs. für Heilpädagogik 12/1986, S.880-891

Bleidick, U.: Behindertsein als menschliche Bedrohung, Zs. VHN 3/1995, S.301-320

Bleidick, U.: Die Behinderung im Menschenbild und hinderliche Menschenbilder in der Erziehung von Behinderten. In: Schmetz, D./Wachtel, P. (Hrsg.): Erschwerte Lebenssituationen: Erziehung und pädagogische Begleitung. Würzburg 1994

Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin 1983

Blitz, N.,Gladhill, K.: Ein lebenswertes Leben. Lebensqualität bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Heinrich, A. (Hrsg.): Wo ist mein Zuhause? Integration von Menschen mit geistiger Behinderung. Stuttgart 1997

Bradl, Chr., Schädler, B.: Zur Situation geistig Behinderter in psychiatrischen Krankenhäusern. Zs. Geistige Behinderung 4/1986, S. 243-251

Bradl, Chr.: Geistigbehinderte und Psychiatrie, in: Dreher, W.(Hrsg.): Geistig Behinderte zwischen Pädagogik und Psychiatrie. Bonn 1987

Bradl, Chr.,Steinhardt, I.(Hrsg.): Mehr Selbstbestimmung durch Enthospitalisierung. Bonn 1996

Bradl, Chr.: Vom Heim zur Assistenz. In: Bradl, Chr./Steinhardt, I.: Mehr Selbstbestimmung durch Enthospitalisierung. Bonn 1996, S. 178 - 203

Brezinka, W.: Grundbegriffe der Erziehungswissenschaft. München 1974

Bronfenbrenner, U.: Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Stuttgart 1981

Buber,M: Das dialogische Prinzip. Heidelberg 1979

Bühler,W.: Der Leib als Instrument der Seele. Stuttgart 1974

Carrol, V.: Umstrukturierung einer Wohnstätte. Vom Wohnheim zur Wohnanlage mit betreuten Wohngruppen. Zs. Geistige Behinderung 1/1988, S.1-32

Dackweiler, H.: Lehr- und Lernzeit - tätiges Begreifen der Welt. In: Verband Anthroposophischer Einrichtungen für Heilpädagogik und Sozialtherapie (Hrsg.): Heilende Erziehung aus dem Menschenbild der Anthroposophie. Stuttgart 1974

Dackweiler, H.: Gedanken zum Wesen handwerklicher Arbeit. Erfahrungen eines Sozialtherapeuten. Stuttgart 1996

Dalferth, M.: Aus der Psychiatrie in die Gemeinde - Rahmenbedingungen für die Eingliederung "nichtausgliederungsfähiger" Menschen mit schwerster geistiger Behinderung. Zs VHN 2/1996, S.182-195

Dalferth, M.: Geistig Behinderte - zurück in die Institution? Probleme der gemeindenahen Betreuung geistig behinderter Menschen in den USA, in Norwegen und Großbritannien. Zs. Geistige Behinderung 4/1997, S. 344-354

Dalferth, M.: Modell einer Integration von geistig schwach- und mehrfachbehinderten Menschen aus der Psychiatrie in die Gemeinde, in: Theunissen, G. (Hrsg.): Enthospitalisierung - ein Etikettenschwindel? Bad Heilbrunn 1998, S. 240 - 260

Dalferth, M.: Enthospitalisierung konkret (...) ein Forschungsbericht zur Praxis der Enthospitalisierung. Heidelberg 2000

Denger, J. (Hrsg.): Lebensformen in der sozialtherapeutischen Arbeit. Stuttgart 1997

Dreher, W., Hoffmann, Th., Bradl, Chr.: (Hrsg.): Geistig Behinderte zwischen Pädagogik und Psychiatrie. Bonn 1987

Dreyer, A., et al.: Warum nicht so? Geistigbehinderte in Dänemark. Solms-Oberbiel 1981

Droste, Th.: Die Geschichte der Geistigbehindertenpädagogik in fachlicher Abhängigkeit von der Psychiatrie, Zs. Geistige Behinderung 1/2000, S.5 - 19

Dörner K., Plog, U.: Irren ist menschlich. Bonn 1984 und Bonn 1996

Dörner, K.: Enthospitalisierung aus sozialpsychiatrischer Sicht, in: Theunissen, G.: Enthospitalisierung - ein Etikettenschwindel? Bad Heilbrunn 1998, S. 31 - 42

Dörner, K.: Ende der Enthospitalisierung? Zs. Geistige Behinderung 4/1999, S.311 - 319

Dupuis, G., Kerkhoff, W. (Hrsg.): Enzyklopädie der Sonderpädagogik, der Heilpädagogik und ihrer Nachbargebiete. Berlin 1992

Eckert, A.: Perspektivenerweiterung in der Heilpädagogik, VHN 2/1998, S.165-177

Eike, W.: Normalisierung und Qualitätsentwicklung, in: Beck,I. u.a. (Hrsg): Normalisierung. Behindertenpädagogische und sozialpolitische Perspektiven eines Reformkonzeptes. Heidelberg 1996, S.96 - 115

Eisenberger,J. (Hrsg.): Menschen mit geistiger Behinderung auf dem Weg in die Gemeinde: Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis. Reutlingen 1998

Feuser, G.: Beiträge zur Geistigbehindertenpädagogik. Solms-Oberbiel 1981

Feuser, G.: "Geistigbehinderte gibt es nicht", Zs. Geistige Behinderung 1/1996, S.18 - 25

Friedrichs, J.: Methoden empirischer Sozialforschung. Hamburg 1973

Fröhlich, A. (Hrsg.): Handbuch der Sonderpädagogik Bd.12: Pädagogik bei schwerster Behinderung. Berlin 1991

Fröhlich,A.,Kölsch,S.: "Alles was wir sind, sind wir in Kommunikation", Zs. Geistige Behinderung 1/1998, S.22 - 36

Gaedt, Chr.: Grenzen der Normalisierung, in: Wacker,E. und Neumann,J.(Hrsg.): Geistige Behinderung und soziales Leben. Frankfurt a.M./New York 1985, S.128 - 143

Gaedt, Chr.: Normalisierung. Neuerkeröder Beiträge 2. Sichte 1987

Gaedt, Chr.: Psychisch krank und geistig behindert. Dortmund 1993

Gaedt, Chr.: Die vermeidbare Entwicklung von Schwerstbehindertenzentren. Ein Plädoyer für Großeinrichtungen im System des Wohnangebots für geistig Behinderte. Zs. Geistige Behinderung 2/1992, S. 94-106

Gerspach, M.: Das Eigene und das Fremde, Zs. Geistige Behinderung 1/1999, S.3 - 21

Goffman,E.: Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt a.M. 1974

Goffman, E.: Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt a.M. 1973

Grimm, R.: Perspektiven der Therapeutischen Gemeinschaft in der Heilpädagogik. Bad Heilbrunn 1995

Gromann, P.: Nutzerkontrolle als Element der Qualitätssicherung für das System der Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung, in: Theunissen, G.(Hrsg): Enthospitalisierung - ein Etikettenschwindel? Bad Heilbrunn 1998, S.94-109

Grosse, R., u.a.: Zum Heilpädagogischen Kurs Rudolf Steiners. Stuttgart 1974

Grunewald, K.: Im Zeichen der Normalisierung. Zehn Jahre Betreuung geistig Behinderter in Schweden. Zs. Geistige Behinderung 4/1987, S.247-266

Habermas, J.: Vorstudien und Ergänzungen der Theorie des kommunikativen Handelns. Frankfurt/Main 1986

Habermas, J.,Luhmann, N.: Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie - Was leistet die Systemforschung? Baden - Baden 1971, 1985

Haeberlin, U.: Das Menschenbild für die Heilpädagogik. Bern/Stuttgart 1985

Häberlin, U.: Die Verantwortung der Heilpädagogik als Wissenschaft, in: Zs. für Heilpädagogik 3/1993 (a), S.170-182

Häberlin, U.: Begleitforschung in sonder- und heilpädagogischen Praxisprojekten, in: Zs für Heilpädagogik 3/1993 (b), S.369-374

Hahn, G.P.: Hilfen für das Zusammenleben mit geistig Behinderten. Berlin 1995

Hahn, M.: Zum Verhältnis von Geistigbehindertenpädagogik und Psychiatrie, in: Dreher, W. u.a.(Hrsg.): Geistig Behinderte zwischen Pädagogik und Psychiatrie. Bonn 1987

Hahn, M.: Behinderung als soziale Abhängigkeit. Zur Situation schwerbehinderter Menschen. München/Basel 1981

Hansmann, H.: Camphill - Ort der Begegnung. In: Pietzner, C. (Hrsg.): Camphill. Stuttgart 1991

Hartmann, G.: Erziehung aus Menschenerkenntnis. Dornach 1976

Hartmann, N.: Beiträge zu einer Pädagogik der Schwerstbehinderten. Heidelberg 1983

Hauschka, M.: Künstlerische Therapien. Vorbeugung und Heilung von Zeitschäden durch künstlerische Betätigung. In: Verein für ein erweitertes Heilwesen (Hrsg.): Helfen und Heilen durch Kunst. Stuttgart 1989

Hauss, F.: Von der Zwangsjacke zur Fördergruppe - geistig Behinderte in der Psychiatrie. Frankfurt a.M. 1989

Hays, W.L.: Statistics. Orlando (Florida) 1986

Heinrich, A. (Hrsg.): Wo ist mein Zuhause? Integration von Menschen mit geistiger Behinderung. Stuttgart 1997

Heinrich, H. Ch., Langosch, I.: Statistik. - Ein Kursus für Pädagogen. Braunschweig 1974

Heinze, Th., et al.: Handlungsforschung im pädagogischen Feld. München 1975

Hemleben, J.: Rudolf Steiner. Reinbek 1974

Hillenbrand, C.: Paradigmenwechsel in der Sonderpädagogik? Eine wissenschaftstheoretische Kritik. Zs. für Heilpädagogik 5/1999, S. 240 - 246

Höss H., Goll, H.: Ausgliederung geistig Behinderter aus einem Psychiatrischen Landeskrankenhaus. Ein Erfahrungsbericht. Zs. Geistige Behinderung 1/1986, S.39-49

Holtz, K.L., u.a.: Heidelberger Kompetenz -Inventar für geistig Behinderte. Heidelberg 1986

Holtz, K.L., u.a.: Heidelberger Kompetenz -Inventar für geistig Behinderte: Handbuch. Heidelberg 1986

Holtz, K.L.: Geistige Behinderung und Soziale Kompetenz, Heidelberg 1994

Holtzapfel, W.: Seelenpflege - bedürftige Kinder. Dornach 1976

Iben, G. (Hrsg.): Heil- und Sonderpädagogik. Einführung in die Problembereiche und Studium. Kronberg/Ts. 1975

Jacobs, K.: Die Dorfgemeinschaft auf anthroposophischer Grundlage im Blickwinkel von Normalisierung und Integration. In: Denger, J.(Hrsg.): Lebensformen in der sozialtherapeutischen Arbeit. Stuttgart 1995

Jacobs, R.: Musiktherapie. Bad Liebenzell 1987

Jakobs, H.J., König, A., Theunissen, G.: (Hrsg): Lebensräume - Lebensperspektiven. Erwachsene mit einer geistigen Behinderung in der Bundesrepublik. Frankfurt a.M. 1987

Jakobs, H.J.: Kategorien des Alltags - zur Lebenssituation und "Lebenszufriedenheit" Erwachsener mit geistiger Behinderung. In: Jakobs, H.J., König, A., Theunissen, G. (Hrsg.): Lebensräume - Lebensperspektiven. Erwachsene mit einer geistigen Behinderung in der Bundesrepublik. Frankfurt a.M. 1987

Jakobs, H.: Modelle psychologischer Anthropologie und anthropologie - kritische Heilpädagogik, Zs. VHN 4/1997, S.427-441

Jantzen, W.: Allgemeine Behindertenpädagogik. Weinheim/Basel 1987

Jantzen, W.: Allgemeine Behindertenpädagogik, Bd. 1 und 2, Weinheim/Basel 1992

Jantzen, W.: Deinstitutionalisierung, Zs. Geistige Behinderung 3/1997, S.358 - 371

Jantzen, W.: Verstehende Diagnostik und Enthospitalisierung, in: Theunissen, G. (Hrsg.): Enthospitalisierung - ein Etikettenschwindel? Bad Heilbrunn 1998

Jantzen, W.: Enthospitalisierung - ein Platz in welcher Gesellschaft? Zs. Geistige Behinderung 4/1999, S.309 - 310

Jervis, G.: Kritisches Handbuch der Psychiatrie. Frankfurt a.M. 1988

Kasztantowicz, U. (Hrsg.): Wege aus der Isolation. Konzepte und Analysen der Integration Behinderter in Dänemark, Norwegen, Italien und Frankreich. Heidelberg 1982

Kief, M.: Normalisierte Wohnformen für Menschen mit geistiger Behinderung - Auswirkungen auf die Bewohnerinnen und Bewohner. Zs. VHN 1/1994, S.33 - 45

Klauß, Th.: Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung: individuelle, interaktive und strukturelle Bedingungen, Zs. Sonderpädagogik 2/1999, S.74-91

Klee, E.: Behindert. Über die Enteignung von Körper und Bewußtsein. Ein kritisches Handbuch. Frankfurt a.M. 1987

Kobi, E.E.: Heilpädagogische Daseinsgestaltung. Luzern 1988

König, A.: Normalisierung und Bürgerrechte: Geistig behinderte Erwachsene in den USA. Frankfurt a.M. 1986

König, A.: Das Normalisierungsprinzip - eine Perspektive für Erwachsene mit einer geistigen Behinderung? In: Jakobs, H. et al. (Hrsg.): Lebensräume - Lebensperspektiven. Frankfurt a.M. 1987, S.384-402

König, K.: Heilpädagogische Diagnostik. Arlesheim 1983

Kron, F. W.: Wissenschaftstheorie für Pädagogen. München/Basel 1999

Kugel, R., Wolfensberger, W. (Hrsg.): Geistig Behinderte - Eingliederung oder Bewahrung. Stuttgart 1974

Laing, R.D.: Das Selbst und die anderen. Köln 1973

- Lassahn, R.: Pädagogische Anthropologie. Eine historische Einführung. Heidelberg 1983
- Lehnert, U.: Datenanalysesystem SPSS für Windows. München 1996
- Lenzen, D. (Hrsg.): Pädagogische Grundbegriffe, Bd.1 und 2. Reinbek 1983, 1998
- Levi-Strauss, C.: Strukturele Anthropologie. Frankfurt a.M. 1967
- Lievegoed, B.: Soziale Gestaltung am Beispiel heilpädagogischer Einrichtungen. Frankfurt a.M. 1976
- Lindenberg, N.: Sich selber fremd. Stuttgart 1981
- Lindmeier, Ch.: Behinderung - Phänomen oder Faktum? Bad Heilbrunn 1993
- Luhmann, N.: Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt a.M. 1987
- Luckmann, T.: Lebenswelt und Gesellschaft, Paderborn u.a. 1980
- Lutz, J.: Kinderpsychiatrie. Zürich/Stuttgart 1972
- Maas, O.: Wege aus der psychiatrischen Versorgung. In: Dreher, W., Hoffmann, Th., Bradl, Chr. (Hrsg.): Geistig Behinderte zwischen Pädagogik und Psychiatrie. Bonn 1987, S.205 - 225
- Maikowski, R. et al. (Hrsg.): Heilende Erziehung. Vom Wesen seelenpflegebedürftiger Kinder. Stuttgart 1956
- Mall, W.: Kommunikation mit schwer geistig behinderten Menschen. Heidelberg 1992
- Metzler, H.: Hilfebedarf und Selbstbestimmung. Eckpunkte des Lebens im Heim für Menschen mit Behinderung. Zs. für Heilpädagogik 10/1997, S.406 - 411
- Meinertz, F., Kausen, R.: Heilpädagogik. Bad Heilbrunn 1978
- Merkens, L.: Kommunikative Kompetenz und Handlungsfähigkeit - Aufbau bei langfristig hospitalisierten geistig behinderten Erwachsenen. Zs. Sonderpädagogik 4/1985, S.274-282
- Meyer-Jungclaussen, V.: Geistige Behinderung und Erwachsenenbildung. Aspekte zur Theorie und Praxis. Berlin 1985
- Moor, P.: Heilpädagogik. Ein pädagogisches Lehrbuch. Bern/Stuttgart 1965
- Mollenhauer, K.: Theorien zum Erziehungsprozeß. München 1972

Mollenhauer, K., Rottelmeyer, Ch.: Methoden der Erziehungswissenschaft. München 1977

Müller - Erichsen, M.: Wenn Verhalten schwierig wird. Regionale Wiedereingliederung langzeithospitalisierter Menschen in der Lebenshilfe Gießen. Zs. Geistige Behinderung 4/1999, S. 319 - 326

Müller - Wiedemann, H., Vierl, K., Goelzer, G., Goelzer, V., Pietzner, C. (Hrsg.): Beiträge zur heilpädagogischen Methodik. Heilpädagogik aus anthroposophischer Menschenkunde. Bd.2.Stuttgart 1974

Müller - Wiedemann, H.: Vom Fremden zum Nächsten. Dorfgemeinschaften auf dem Wege. In: Denger, J.(Hrsg.): Lebensformen in der sozialtherapeutischen Arbeit.Stuttgart 1995

Mulder, G.:Arbeitswelt - Eingliederung in Handwerk und industrielle Fertigung. In: Verband Anthroposophischer Einrichtungen für Heilpädagogik und Sozialtherapie (Hrsg.): Heilende Erziehung aus dem Menschenbild der Anthroposophie. Stuttgart 1974

Neumann, J.: 40 Jahre Normalisierungsprinzip - von der Variabilität eines Begriffs, Zs. Geistige Behinderung 1/1999, S.3 - 21

Niehoff, U.: Selbstbestimmt leben für behinderte Menschen - Ein neues Paradigma, zur Diskussion gestellt. In: Behindertenpädagogik 32/1993, S.287 - 298

Niehoff, U., Pickel, H.: Situation geistig Behinderter in psychiatrischen Einrichtungen. Zs. Geistige Behinderung 2/1987, S.75 - 86

Nirje, B.: Das Normalisierungsprinzip - 25 Jahre danach. In: Vierteljahreszeitschrift der Heilpädagogik und ihrer Nachbargebiete 1/1994, S.12 - 32

Pache, W.: Erziehung und Unterricht seelenpflege-bedürftiger Kinder. In: Maikowski, R., et al.(Hrsg.): Heilende Erziehung. Stuttgart 1956

Pestalozzi, J.H.: Ausgewählte Schriften. Frankfurt a.M. 1983

Pietzner, C.:(Hrsg.): Aspekte der Heilpädagogik. Stuttgart 1969

Pietzner, C. (Hrsg.): Camphill. Fünfzig Jahre Leben und Arbeiten mit Seelenpflege - bedürftigen Menschen. Stuttgart 1991

Probst, H., Gleim, B.: Eine Evaluation psychiatrisch versus heilpädagogisch geprägter Versorgung schwergeistig- und mehrfachbehinderter Erwachsener. Zs. Heilpädagogische Forschung 4/1990, S.149-156

Popper, K., Eccles, J.: The Self and Its Brain - An Argument for Interactionism, Heidelberg/Berlin/London/New York 1977

Rattner, J.: Wirklichkeit und Wahn. Das Wesen der schizophrenen Reaktion. Frankfurt a.M. 1976

Rödler, P.: Menschen, lebenslang auf Hilfe anderer angewiesen. Grundlagen einer allgemeinen basalen Pädagogik. Frankfurt/Main 1993

Roth, P.: Der Seelenpflegebedürftige Erwachsene. In: Zs. Das Seelenpflegebedürftige Kind 1/1979, S.30-38

Scheuerl, H.: Klassiker der Pädagogik. Bd.1 und 2. München 1979.

Scheuerl, H.: Pädagogische Anthropologie. Eine historische Einführung. Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz 1982

Schlaich P., Scheuber W.: Die Anstalt als Heim geistig behinderter Menschen. In: Wacker E., Neumann J.: Geistige Behinderung und soziales Leben. Frankfurt a.M. 1987

Schmetz, D., Wachtel, P. (Hrsg.): Erschwerte Lebenssituationen: Erziehung und pädagogische Begleitung. Würzburg 1997

Schmock, S.: Wohnformen für erwachsene Geistigbehinderte, in: BV Lebenshilfe 1982, S.67-71

Schröder, S.: Historische Skizzen zur Betreuung schwerst- und mehrfachgeschädigter geistigbehinderter Menschen. In: Hartmann, N.(Hrsg.): Beiträge zu einer Pädagogik der Schwerstbehinderten. Heidelberg 1983, S.17-62

Schuhmacher, J.: Schwerstbehinderte Menschen verstehen lernen . Zs. Geistige Behinderung 1/1985, S.1-20

Schulte, W., Tölle, R.: Psychiatrie. Berlin/Heidelberg/New York 1977

Seifert, M.: Zurück zur Verwahrung? Menschen mit schweren Behinderungen als Manövriermasse zwischen Kostenträgern: Pflege statt Eingliederung. In: Zs. Geistige Behinderung 4/1997 (a), S.337-341

Seifert, M.: Lebensqualität und Wohnen bei schwerer geistiger Behinderung. Reutlingen 1997 (b)

Seifert, M.: Pflege- und Behinderteneinrichtungen im Vergleich, Zs. Geistige Behinderung 1/1998, S.207-213

Siegenthaler, H.: Anthropologische Grundlagen zur Erziehung Geistig - Schwerstbehinderter. Stuttgart 1983

Singer, P.: Praktische Ethik. Stuttgart 1984

Speck, O.: Geistige Behinderung und Kommunikation. Zs. Sonderpädagogik 3/1978, S.99 - 111

Speck, O.: System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung. München 1988

Speck, O.: Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Erziehung. München/Basel 1997

Spreen, O.: Geistige Behinderung. Berlin 1978

Starke, G.(Hrsg.): Heilende Erziehung aus dem Menschenbild der Anthroposophie. Stuttgart 1974

Steiner, R.: Zur Dreigliederung des sozialen Organismus. Dornach 1962

Steiner, R.: Theosophie. Dornach 1974

Steiner, R.: Allgemeine Menschenkunde. Dornach 1975

Steiner, R.: Heilpädagogischer Kurs. Dornach 1975

Steiner, R.: Die geistig-seelischen Grundkräfte der Erziehungskunst. Dornach 1981

Thimm, W.: Das Normalisierungsprinzip. Marburg 1984

Thimm, W., von Ferber, Chr., Schlier, B., Wedekind, R.: Ein Leben so normal wie möglich führen...Zum Normalisierungskonzept in der Bundesrepublik Deutschland und in Dänemark. Marburg 1985

Thimm, W.: Normalisierung in der Bundesrepublik. Versuch einer Bestandsaufnahme. In: Zs. Geistige Behinderung 4/1992, S.283-291

Thesing, Th.: Betreute Wohngruppen und Wohngemeinschaften für Menschen mit einer geistigen Behinderung, Freiburg/Brg. 1990

Theunissen, G.: Abgeschoben, isoliert, vergessen. Schwerstgeistigbehinderte und mehrfachbehinderte Erwachsene in Anstalten. Frankfurt a.M. 1986, 1994

Theunissen, G.: Der Schule entwachsen. Wege zur Rehabilitation Geistigbehinderter im Erwachsenenalter. Frankfurt a.M. 1987

Theunissen, G.: Integration auf dem Prüfstand. Wohnformen für geistig behinderte Erwachsene aus systemökologischer Sicht. In: VHN 4/1988, S.132 - 140

Theunissen, G.: Wege aus der Hospitalisierung. sthetische Erziehung mit schwerstbehinderten Erwachsenen. Bonn 1989

Theunissen, G.: Heilpädagogik im Umbruch, Freiburg/Brg. 1993

Theunissen, G.: Wider die Psychiatrisierung geistiger Behinderung. Zs. Geistige Behinderung 4/1996 (a), S. 307-319

Theunissen, G.: Enthospitalisierung in Deutschland. In: Bradl, Chr./Steinhardt, I.: Mehr Selbstbestimmung durch Enthospitalisierung. Bonn 1996, S.67 - 93 (b)

Theunissen, G. (Hrsg.): Enthospitalisierung - ein Etikettenschwindel? Bad Heilbrunn 1998

Theunissen, G.: Wege aus der Hospitalisierung: Empowerment in der Arbeit mit schwerstbehinderten Menschen. Bonn 1999 (a)

Theunissen, G.: Zur Bedeutung von Stärke und Widerstandskraft. Zs. für Heilpädagogik 6/1999 (b), S.278-284

Theunissen, G.: Vortrag auf der Jahrestagung 1999 der DGFIB zum Thema "Enthospitalisierungsprogramme - Fragen der wissenschaftlichen Begleitung" am 23. Sept. 1999 in Arnsdorf. Hekt. Manuskript, Halle 1999 (c)

Theunissen, G./Lingg, A.: Wohnen und Leben nach der Enthospitalisierung. Bad Heilbrunn/Obb. 1999

Verband Anthroposophischer Einrichtungen für Heilpädagogik und Sozialtherapie (Hrsg.): Heilende Erziehung. Leben, lernen und arbeiten mit Seelenpflegebedürftigen Kindern und Erwachsenen. Stuttgart 1974

Verein für ein erweitertes Heilwesen (Hrsg.): Helfen und Heilen durch Kunst. Neue Wege der Therapie. Stuttgart 1989

Wacker, E., Neumann, J.: Geistige Behinderung und soziales Leben, Frankfurt a.M. 1985

Wacker,E. et al.: Leben im Heim. Angebotsstrukturen und Chancen selbständiger Lebensführung in Wohneinrichtungen der bundesdeutschen Behindertenhilfe. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden - Baden 1998

Walburg, W.R.: Unter Ausschluß der Öffentlichkeit. Zs. Sonderpädagogik 3/1995, S.98 - 112

Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D.D.: Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen. Paradoxien. Bern, Stuttgart, Wien 1969

Wedekind, R.: u.a.: Wege der Eingliederung geistig behinderter Menschen aus Psychiatrischen Kliniken in ein Leben so normal wie möglich. Baden - Baden 1994

Weihls, Th.: Sozialtherapeutik - Ziele und Aufgaben. In: Verband Anthroposophischer Einrichtungen für Heilpädagogik und Sozialtherapie (Hrsg.): Heilende Erziehung aus dem Menschenbild der Anthroposophie. Stuttgart 1974

Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern/Göttingen 1993

Wilken, U.: Empowerment, Zs. Sonderpädagogik 1/1997, S.46 - 49

Windeck, I.: Zur pädagogischen Förderung verhaltensgestörter und lernbehinderter Kinder auf der Grundlage der Pädagogik Rudolf Steiners in Waldorf - Sonderschuleinrichtungen. Päd. Diss. Dortmund 1983

Wolfensberger, W.: Let's Hang Up 'Quality of Life' as a Hopeless Term. In: Goode, D.A.: Quality of life for persons with disabilities. Cambridge 1994, S.285 - 321

Wolfensberger, W.: Prinzipien zur Planung von Wohneinrichtungen, in: Eisenberger, J. u.a.(Hrsg.): Menschen mit geistiger Behinderung auf dem Weg in die Gemeinde. Reutlingen 1998, S.111-127.

Wolfensberger, W.: Die Lebenswirklichkeit von Menschen mit geistiger Behinderung und die Theorie von der Valorisation der sozialen Rolle. In: Eisenberger, J. u.a. (Hrsg.): Menschen mit geistiger Behinderung auf dem Weg in die Gemeinde. Reutlingen 1998, S.247 - 298

Zeller, A.: Anthroposophische Heilpädagogik. Phil. Diss. Stuttgart 1978

Hiermit erkläre ich, dass ich die Arbeit selbständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt und die benutzten Quellen und Schriften namentlich gekennzeichnet habe.

Christiane Drechsler