



Sandra Fietkau

Unterstützer*innen- kreise für Menschen mit Behinderung im internationalen Vergleich

BELTZ JUVENTA

Leseprobe aus: Unterstützer/innenkreise für Menschen mit Behinderung
im internationalen Vergleich, ISBN 978-3-7799-4592-5 © 2017 Beltz Verlag, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-4592-5>

2 Menschen mit Behinderung in den vier Ländern

„Persönliche Beziehungen und die in sie eingebetteten Interaktionen sind zudem letztlich hochgradig kulturell bestimmt. Neben den kulturellen Vorgaben für persönliche Identitäten und soziale Beziehungen bestimmt der kulturelle Kontext auch, wer, wann und wie als Unterstützer für wen zu fungieren hat und wer als angemessener Ansprechpartner für Hilfebedürfnisse in Frage kommt oder nicht.“ (Nestmann 2010, S. 22 f.)

2.1 Methodisches Vorgehen beim Ländervergleich

„Bei der international vergleichenden Sonderpädagogik geht es darum, zwei oder mehr Länder mit einem übergeordneten Vergleichsmaßstab oder Vergleichsmerkmal (*Tertium Comparationis*) in Beziehung zu setzen. Ein blosses Gegenüber- oder Nebeneinanderstellen zweier Länder ohne Bezug zu einem gemeinsamen Kriterium macht wenig Sinn. Vielmehr geht es beim internationalen Vergleich um die Beurteilung, ob zwei oder mehr Länder im Hinblick auf einen bestimmten Gesichtspunkt Gemeinsames bzw. Unterschiedliches aufweisen.“ (Bürli 1997, S. 29; vgl. Smelser 1976; Treptow 1996; Aselmeier 2008)

2.1.1 Sozialwissenschaftliche Komparatistik

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit werden Unterstützer*innenkreise in vier verschiedenen Ländern betrachtet. Dabei ist es unerlässlich, die Situation für Menschen mit Behinderung in den Ländern mit in den Blick zu nehmen, Unterschiede zwischen den Ländern aufzuzeigen und die jeweils geltenden Rahmenbedingungen für Unterstützer*innenkreise darzustellen – eben eine sozialwissenschaftliche Komparatistik vorzunehmen.

Ohne die Betrachtung dieser Kontextfaktoren wäre es nicht möglich, eventuelle Differenzen von Unterstützer*innenkreisen in Kanada, den USA, England und Deutschland zu erklären, denn eine nach SCHRIEWER (1999, S. 56 f.) bekannte ...

„... Basisannahme komparativer Forschung besagt, [...] daß [...] gesellschaftliche (nationale, kulturelle etc.) Kontexte einen maßgeblichen Einfluß auf intragesellschaftliche (intra-nationale, -kulturelle etc.) Phänomene – Prozesse, Organisationsformen, Denk-, Verhaltens- oder Beziehungsmuster – und auf deren weitere soziale Wirkungen und Folgeprobleme ausüben ...“ (vgl. Homfeldt/Walser 2004).

Eine Gegenüberstellung des jeweils vorherrschenden sozialen, gesetzlichen und kulturellen Kontexts in Bezug auf das Phänomen Unterstützer*innenkreise ermöglicht es weiterhin,

„... erklärungsrelevante Zusammenhänge zwischen gesellschaftlichen (nationalen, kulturellen etc.) Rahmenbedingungen und sozialen Sachverhalten – technisch formuliert: zwischen ‚system-level variables‘ und ‚within-system-variables‘ – in methodisch geordneter Form zu identifizieren und hinsichtlich ihrer Wirkungsmächtigkeit abzuschätzen.“ (Schriewer 1999, S. 56 f.)

Dabei braucht es nach BÜRLI (1997, S. 27; s. o.) einen „übergeordneten Vergleichsmaßstab“, der es ermöglicht, die in den Ländern beobachteten Rahmenbedingungen für Unterstützer*innenkreise zueinander in Beziehung zu setzen (vgl. Schriewer 1992). Dieser Vergleichsmaßstab, das sogenannte „Tertium Comparationis“ ist entsprechend der zu beforschenden Aspekte und den zu vergleichenden Ländern auszuwählen. Gemäß SMELSER (1976, S. 177) ist es jedoch nicht einfach, angemessene Vergleichskategorien zu finden. Diese müssen einerseits abstrakt genug sein, um unterschiedliche Merkmale der Länder gleichsam zu erfassen, dürfen aber andererseits auch nicht zu global angelegt sein, da sie sonst zu unspezifisch sind und zu viele Aspekte gleichzeitig zuordenbar machen.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde die vergleichende Wohlfahrtsstaatenforschung als „Tertium Comparationis“, also Maßstab zur Gegenüberstellung der Situation von Menschen mit Behinderung in den zu betrachtenden Ländern gewählt, auf die im nachfolgenden Abschnitt eingegangen wird. Zusätzlich werden weitere potenzielle Vergleichsmaßstäbe dargestellt, um die Auswahl der vergleichenden Wohlfahrtsstaatenforschung nach ESPING-ANDERSEN (1990) zu fundieren. Sie bietet einen passenden Abstraktionsgrad für den Vergleich, enthält in ihrer Systematik eine Einteilung aller vier im Rahmen dieser Arbeit betrachteten Länder und ermöglicht als unabhängiger Vergleichsmaßstab eine weitestgehend objektive Ausführung der Gegenüberstellung der Situation von Menschen mit Behinderung in Kanada, den USA, England und Deutschland.

2.1.2 Vergleichende Wohlfahrtsstaatenforschung

„Der Wohlfahrtsstaat [...] ist ein nationalstaatlich organisiertes System wechselseitiger Hilfe, das Umverteilungen zugunsten von Personengruppen in spezifischen Bedürfnislagen vornimmt. Aber anders als familiale und gemeinschaftliche Formen der Wechselseitigkeit stützt er sich nicht auf unmittelbare Verpflichtungsgefühle, sondern operiert auf der Grundlage einer rechtlich und institutionell fixierten Ordnung.“ (Lessenich/Mau 2005, S. 258)

Zur Erfassung der Unterschiede zwischen Wohlfahrtsregimes im Rahmen der vergleichenden Wohlfahrtsstaatenforschung wird häufig auf das Modell von ESPING-ANDERSEN zurückgegriffen (vgl. Mau 2001). In seinem Werk „The Three Worlds of Welfare Capitalism“ (1990) vergleicht er die Wohlfahrtsstaaten der Welt:

„Sein Vergleich richtet sich primär auf den Grad der De-Kommodifizierung, d. h. das Ausmaß, in dem Individuen staatlich gegen Risiken des Verlusts von Einkommen durch Erwerbsarbeit geschützt sind, und inwieweit dadurch gesellschaftliche Ungleichheit (Stratifizierung) aufrecht erhalten oder ausgeglichen wird.“ (Walther 2008, S. 24)

Aus dem Vergleich der Wohlfahrtsstaaten ermittelt er drei Typen von Wohlfahrtsregimes (Esping-Andersen 1990, S. 26 ff.; Übers. S.F):

- **Liberales Wohlfahrtsstaaten**
Diese zeichnen sich durch strenge Vorschriften für den Bezug von Sozialleistungen und meist niedrige Ausgleichszahlungen aus. Unterstützung wird nur im Not- bzw. Bedarfsfall gewährt, diese wirkt auf ihre Empfänger*innen meist stigmatisierend. „Die soziale Ungleichheit bleibt hoch.“ (Walther 2008, S. 24)
Der Staat ermutigt den Markt (entweder passiv durch minimale Garantien oder aktiv durch finanzielle Anreize für private Sozialleistungen) aktiv zu werden und engagiert sich selbst nur in minimaler Weise: Der Grad der De-Kommodifizierung wird auf einem Mindestmaß gehalten, dabei errichtet der Staat eine „Ordnung der Stratifizierung“ (Esping-Andersen 1990, S. 26). Als Vertreter*innen für diesen Wohlfahrtstypus nennt ESPING-ANDERSEN die USA, Kanada, England oder Australien.
- **Konservative (korporatistische) Wohlfahrtsstaaten**
Konservative Wohlfahrtsstaaten gewähren Sozialleistungen, de-

ren Erhalt jedoch direkt an die soziale Schicht und den Status einer Person gekoppelt ist. So werden Leistungen entsprechend einer vorliegenden Bedürftigkeit oder den zuvor geleisteten Beiträgen berechnet, zum Beispiel im Rahmen der Arbeitslosenversicherung. Statusunterschiede werden beibehalten.

Diese Form der Wohlfahrtsstaaten ist oft kirchlich geprägt und orientiert sich am traditionellen Familienbild. Daher gilt das Prinzip der Subsidiarität: Der Staat greift erst dann ein, wenn die Unterstützungsfähigkeit der Familie bzw. des Umfelds erschöpft ist. Das System sozialer Sicherung ist einer staatlichen Kontrolle unterworfen, daher gibt es keinen echten Markt. Zu den Vertreter*innen dieses Typus zählen Frankreich, Deutschland und Italien.

- Sozialdemokratische Wohlfahrtsstaaten

Diese Regimes beruhen auf den Prinzipien der Einheitlichkeit und der De-Kommodifizierung, der Wohlfahrtsstaat fördert Gleichheit in hohem Maße, indem Ungleichheiten größtenteils ausgeglichen werden.

Dazu sind die staatlichen Programme zur sozialen Sicherung stark de-kommodifizierend und einheitlich, es gibt ein staatliches Versicherungssystem, bei dem Leistungen entsprechend des jeweiligen Einkommens gewährt werden. Ähnlich wie in konservativen Wohlfahrtsstaaten fördert der Staat die Selbsthilfe seiner Bürger*innen.

„Soziale Bürgerrechte werden als Anspruchsgrundlage angesehen, soziale Leistungen werden aus dem Staatshaushalt finanziert, verfügen über ein breites Spektrum an Unterstützungsformen und finden ihren Ausdruck in einem umfassenden sozialen Sicherungssystem mit gut entwickelten öffentlichen sozialen Diensten.“ (Aselmeier 2008, S. 94)

Als typischer Vertreter dieser Art des Wohlfahrtsstaates gilt Schweden.

Eine Zusammenfassung der Charakteristika und Unterschiede der drei Wohlfahrtsstaatentypen bietet die folgende Übersicht:

Tabelle 1: Übersicht über die Wohlfahrtsstaatstypen nach ESPING-ANDERSEN (Czada 1998, S. 82; zit. n. Aselmeier 2008, S. 95)

Politiktyp	Konservativ	Liberal	Sozialdemokratisch
Prinzip	Paternalismus	Selbstverantwortung	Solidarprinzip
Ziel	Statuserhalt	Residuale Versorgung	Gleichheit
Betriebsweise	Versicherung	Fürsorge	Versorgung
Zentralinstanz	Selbstverwaltung	Markt (Selbsthilfe)	Staat
Wirkung	Segmentierung	Exklusion	Inklusion
Regulierung	Arbeit/Nicht-Arbeit	Entregulierung	Arbeitsmarkt
Policy	Kompensation	Laissez-faire	Intervention

Bereits ESPING-ANDERSEN selbst (1990, S. 27 f.) räumt jedoch ein, dass Wohlfahrtsstaaten in der Realität nie vollständig zu einem der drei Typen zuordenbar sind, sondern immer Mischformen bilden. Dies war auch einer der Kritikpunkte, die andere Expert*innen zu seinem Modell äußerten. In der Folge wurde das Modell ESPING-ANDERSENS mehrfach überarbeitet, zum Beispiel durch die Erweiterung um einen vierten Typus von Wohlfahrtsstaaten, da sich südamerikanische Länder in keinen der bisherigen drei Arten von Wohlfahrtsstaaten-Typus einordnen ließen.⁵

Trotz dieser zahlreichen Kritikpunkte und Überarbeitungen berufen sich die meisten der neueren Arbeiten zu Wohlfahrtsstaaten und zur vergleichenden Wohlfahrtsstaatenforschung auf das Modell von ESPING-ANDERSEN (vgl. Aselmeier 2008). So untersuchte zum Beispiel RUGGIE (1996) die Gesundheitssysteme der USA, Kanada und Großbritanniens und wählte die vergleichende Wohlfahrtsstaatenforschung als „Tertium Comparationis“, ebenso wie ASELMIEIER (2008), der in seiner Dissertation den Ansatz der „Community Care“ in der Behindertenhilfe und dessen Anwendung bzw. Verbreitung im Bezug auf Menschen mit einer sogenannten geistigen Behinderung in England, Schweden und Deutschland untersuchte.

„Die vergleichende Wohlfahrtsstaatenforschung bietet eine Grundlage für internationale Vergleiche von Hilfesystemen für Menschen mit Behinderungen, denn ‚sie eröffnet Möglichkeiten, international vergleichende Forschung im Bereich sozialer Unterstützungsleistungen in einen breiteren Kontext zu stellen, der auch generelle Aspekte und Charakteristika staatlicher Wohlfahrtsleistun-

5 Eine umfassende Übersicht zu Überarbeitungen und Erweiterungen des Modells von ESPING-ANDERSEN findet sich bei Aselmeier (2008, S. 95 ff.); WALTHER (2008, S. 25 ff.) geht in seiner Veröffentlichung detailliert auf die Kritikpunkte am Modell ESPING-ANDERSENS ein (vgl. Treptow/Walther 2010).

gen in verschiedenen Ländern berücksichtigt' (Aselmeier & Weinbach 2004: 109).“ (Aselmeier 2008, S. 103)

Für den im Rahmen dieser Arbeit dargestellten Vergleich von Unterstützer* innenkreisen für Menschen mit Behinderung in Kanada, den USA, England und Deutschland ist daher das Modell der Wohlfahrtsstaaten-Einteilung nach ESPING-ANDERSEN ein geeigneter Vergleichsmaßstab für die Darstellung und Betrachtung der Situation von Menschen mit Behinderung in den vier Ländern.

Da jedoch für diese Arbeit verschiedene Themenfelder und Aspekte wichtig sein könnten, so zum Beispiel das Thema Reziprozität und die jeweils an Menschen mit Behinderung gestellten Erwartungen diesbezüglich (siehe auch „Interaktionale Aspekte sozialer Netzwerke“ in Kapitel 3.4.1), kämen auch noch andere Modelle der vergleichenden Wohlfahrtsstaatenforschung als „Tertium Comparationis“ in Betracht. Diese werden nachfolgend kurz dargestellt und in Bezug auf ihre Begrenztheit bei der Anwendung im Rahmen dieser Arbeit untersucht, um die bereits getroffene Entscheidung der Anwendung des Wohlfahrtsstaaten-Systems nach ESPING-ANDERSEN (1990) zu fundieren.

„*Systematisierung der Behindertenpolitik*“ (Maschke 2004)

Aus Sicht von MASCHKE ist es unzureichend, die jeweils länderspezifischen Systeme der sogenannten Behindertenhilfe in die vorhandene Typologie der Wohlfahrtsstaaten nach ESPING-ANDERSEN einzuordnen:

„Ein gewichtiges Argument gegen diese Vorgehensweise ist aber, dass die nationalen Behindertenpolitiken zwar tief in die nationalen Traditionen und wohlfahrtsstaatlichen Institutionen eingebettet sind, jedoch in ihrer ordnungspolitischen Ausrichtung und der Wahl ihres primären Distributionsmechanismus quer zu der allgemeinen Wohlfahrtstypologie stehen können. So sind Wohlfahrtsstaaten denkbar, die einen niedrigen Grad an Dekommodifizierung haben, speziell für als behindert kategorisierte Personen aber großzügige Hilfen anbieten.“ (Maschke 2004, S. 408)

Daher entwickelt er eine eigene, dreigliedrige Typologie speziell für den Bereich der „Behindertenpolitik“ (Maschke 2004, S. 408 ff.):

- „Kompensationszentrierte Behindertenpolitik“
Im Rahmen dieses eher paternalistischen Modells erhalten Menschen mit Behinderung die Leistungen, die sie brauchen, um behinderungsbedingte Nachteile auszugleichen. Ausmaß und Höhe

dieser Leistungen werden von der Solidargemeinschaft in einer für sie angemessenen Höhe festgelegt. Die Absicherung erfolgt dabei auf einem niedrigen Niveau, Menschen mit Behinderung werden als hilfsbedürftig kategorisiert und daher oft stigmatisiert.

„Der kompensationszentrierte Ansatz kann als steuerfinanziertes staatliches Basis-Leistungssystem für die Gesamtgruppe der behinderten Menschen verstanden werden.“ (Maschke 2004, S. 411)

- „Rehabilitationszentrierte Behindertenpolitik“
Auf Basis des Versicherungsprinzips erhalten Menschen mit Behinderung (Sozial-) Leistungen entsprechend vorab eingezahlter Beiträge. Ziel dieser Leistungen ist vor allem die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt, was dieses System in Bezug auf Menschen mit Behinderung hoch selektiv macht – nur Personen, bei denen eine (zukünftige) Möglichkeit zur Teilhabe am Arbeitsmarkt besteht, bekommen volle Leistungen, alle anderen Menschen mit Behinderung erhalten deutlich geringere Rentenzahlungen.

„Der rehabilitationszentrierte Ansatz muss sich daher auch den Vorwurf des creaming off, des Abschöpfens der günstigen Fälle, und der weiteren Verstärkung der Stigmatisierung gefallen lassen, da er die Gruppe der behinderten Personen nach ihrem Arbeitsvermögen in weitere Klassen unterteilt.“ (Maschke 2004, S. 412; Hervorh. im Original)

Insgesamt stellt die rehabilitationszentrierte Behindertenpolitik ein eher utilitaristisches Modell dar, das auf freiwillig eingegangenen Beziehungen und einer Zusammenarbeit zur Erreichung individueller Ziele beruht.

- „Partizipationszentrierte Behindertenpolitik“
Dieser Ansatz beruht auf dem Modell der Bürgerschaft, in der Menschen mit Behinderung als Mit-Bürger*innen mit gleichen Chancen, Rechten und Pflichten ebenfalls ein gleiches Anrecht auf Leistungen haben. Ziel dieser Leistungen ist die „angemessene Partizipation“ (Maschke 2004, S. 410) an der Gesellschaft. Behinderung wird dabei als ein „sozial konstruiertes Phänomen“ (Maschke 2004, S. 412) angesehen, wobei „Gleichstellung und Antidiskriminierung“ (ebd.) erklärte Ziele der Behindertenpolitik sind.

Ähnlich zu den Ausführungen von ESPING-ANDERSEN betont auch MASCHKE (2004, S. 413), dass es in der Realität keinen Wohlfahrtsstaat gibt, dessen Behindertenpolitik eindeutig und vollständig einem dieser drei von ihm ermittelten Typen zuordenbar ist. Meist stellen die Leistungen und gesetzlichen Bedingungen für Menschen mit Behinderung einen ‚Policymix‘ dar und enthalten Elemente aus verschiedenen Typen der Behindertenpolitik.

Insgesamt hat die von MASCHKE (2004) vorgenommene Einteilung viele Ähnlichkeiten mit der von ihm zur Unterscheidung von Behindertenpolitiken als ungeeignet beurteilten Typologie ESPING-ANDERSENS (1990; vgl. Aselmeier 2008). Dabei könnte der kompensationszentrierte Ansatz dem liberalen Wohlfahrtsstaatentypus, das rehabilitationszentrierte Modell dem Typus der konservativen Wohlfahrtsstaaten und die partizipationszentrierte Behindertenpolitik den sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaaten zugeordnet werden.

Aufgrund des starken Bezugs der „Systematisierung der Behindertenpolitik“ nach MASCHKE (2004) zur Typologie von Wohlfahrtsstaaten nach ESPING-ANDERSEN (1990) und dessen Reduzierung der Betrachtungsweise auf die jeweils spezifischen Leistungen für Menschen mit Behinderung bietet das Modell von MASCHKE keinen besser geeigneten Maßstab für den im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten internationalen Vergleich.

Eventuell könnte sich ein solcher Vorteil in einem Vergleich der Wohlfahrtsstaaten in Bezug auf die in ihnen vorherrschende Reziprozität(-erwartungen) liegen, da diese Betrachtungsweise die „normativen Fragen des sozialen Austausches“ mit in den Blick nimmt:

„Die von Esping-Andersen (1990) vorgeschlagene Konzeptualisierung des Wohlfahrtsstaates im Sinne der Vergabe soziale Rechte und Dekommodifizierung ist für die normativen Fragen des sozialen Austausches relativ unsensibel und steht in der Gefahr, die politische Legitimität allein aus dem Inklusionsgrad der wohlfahrtsstaatlichen Systeme und der Großzügigkeit sozialer Leistungen für bestimmte Gruppen abzuleiten.“ (Mau 2002, S. 358)

„*Wohlfahrtsregimes als Reziprozitätsarrangement*“ (Mau 2002)

Aus Sicht von MAU stellen Wohlfahrtsstaaten „kollektive Umverteilungssysteme“ (2002, S. 346) dar, deren Aufgabe es ist, soziale Ungleichheiten durch den Transfer von Geld und die Bereitstellung von Leistungen zu mildern bzw. ein System zu entwickeln, innerhalb dessen mit den Ungleichheiten umgegangen werden kann. Aus dem staatlichen Umverteilungsmechanismus entstehen dann „Anspruchs- oder Schuldverhältnisse“ (2002,

S. 352), da sowohl diejenigen, die in das Leistungssystem einzahlen, als auch die Empfänger*innen sozialer Leistungen mit Erwartungen konfrontiert sind und ein quasi reziprokes Verhältnis eingehen (vgl. Adloff und Mau 2005).

Art und Ausmaß dieses Verhältnisses werden mittels „sozialer Austauschnormen“ (2002, S. 359) festgelegt. In Wohlfahrtsstaaten gelten bestimmte Vorstellungen des sozialen Ausgleichs und der kollektiven Verantwortung für die soziale Daseinsvorsorge, die in den Wohlfahrtsstaaten unterschiedlich aussehen. Daher entwirft MAU eine „Taxonomie im Hinblick auf Reziprozitätsnormen“ (2002, S. 354), die sich an den jeweils vorherrschenden Normen sozialer Reziprozität und an drei grundlegenden Unterscheidungsmerkmalen orientiert (ebd.):

- Wertigkeit und Determiniertheit der Rückgabe [von Leistungen; erg. S.F.]
- Toleranz von materiellen Ungleichgewichten
- Grad der Konditionalität von Hilfestellung

Auf Basis dieser Unterschiede lassen sich Wohlfahrtsregimes nach MAU in vier Idealtypen einteilen (2002, S. 355 ff.):

- „Modell kompensatorischer Umverteilungspolitik“
In diesen Wohlfahrtsstaaten gibt es eine umfassende soziale Sicherung für die breite Bevölkerung, soziale Ungleichheiten werden dabei auf ein erträgliches Maß reduziert. Ziel ist ein Ausgleich durch Redistribution und die Aufhebung sozialer und wirtschaftlicher Schranken in der Bevölkerung.
Dieses Modell ist eher universalistisch, da eine solidarische Verpflichtung besteht, Mitbürger*innen zu helfen. Die Gesellschaft ist altruistisch geprägt und trägt die Verantwortung für das Wohlergehen des Einzelnen.
In Bezug auf Reziprozität herrscht in diesen Wohlfahrtsstaaten eine Vorstellung der „generalisierten Reziprozität“, da Leistungen ohne die Erwartung einer direkten oder unmittelbaren Gegenleistung erfolgen (Mau 2002, S. 355).
- „Subsidiäres Modell“
Das subsidiäre Modell trifft auf Wohlfahrtsstaaten zu, die ein soziales Minimum bereitstellen, das für eine De-Kommodifizierung der unteren Schichten sorgt. Ziel dieser Staaten ist es, Bürger*