



Nadine Schallenkammer

Autonome Lebenspraxis im Kontext Betreutes Wohnen und Geistige Behinderung

Ein Beitrag zum Professionalisierungs-
und Selbstbestimmungsdiskurs

BELTZ JUVENTA

2. Theorie: Sich verändernde Erwartungshorizonte

Für die als geistig behindert eingestuften Menschen sind die sie umgebenden sozialen Systeme⁷ in besonderem Maße bedeutsam. Basierend auf den Einschätzungen der dort Zugehörigen (z.B. Angehörigen) prägen und bestimmen sie das Leben dieser Personengruppe entscheidend (vgl. Grill 2007). Der Schock, den gerade Eltern nach Mitteilung der Diagnose ihres (gegebenenfalls noch ungeborenen) Kindes haben, bezieht sich laut von Lüpke (1995) zum großen Teil auf die bereits bestehenden Bilder von Behinderung – völlig abgelöst von der Realität des Kindes selbst. Vieles, was bei den Kindern als Behinderung diagnostiziert werde, sei dann nichts anderes als die „Diagnose dieses Schocks“, der dem Kind selbst wieder als Behinderung oder abweichendes Verhalten angerechnet werde (ebd., o.S.; vgl. zudem Niedecken 2003)⁸.

Eine so genannte Geistige Behinderung muss daher immer im Kontext der Werte und Leistungserwartungen der jeweiligen Gruppe bzw. Gesellschaft, in der so benannte Menschen leben, betrachtet werden (vgl. Dörner et al. 2010). Bezogen auf hiesige Verhältnisse wird z.B. nach Haubl (2008) die moderne Leistungsgesellschaft durch das moderne Medizinsystem verteidigt, indem es Gesundheit und Krankheit „mit dem Bezug auf Leistungsfähigkeit“ (ebd., S. 24) definiert. Dergleichen wird auch die Behinderung bzw. der Behinderungsbegriff laut Cloerkes (2007) in unserer Gesellschaft „fast ausschließlich an Leistungsprinzipien ausgerichtet, insbesondere an der Arbeitsfähigkeit“ (ebd., S. 10). Muss nicht aber das Phänomen *Geistige Behinderung* in Bezug auf die oben genannten gesellschaftlichen Werte und Leistungserwartungen anders verhandelt werden, wenn

- a) die Leistungsfähigkeit im Sinne des Dienstes an der Gesellschaft durch Arbeit und Konsum (Mattner 2008, S. 20; vgl. weiterführend Bolz 2002)

7 Der Begriff umfasst alle drei Typen sozialer Systeme nach Luhmann (1975): Interaktionssysteme, Organisationssysteme und Gesellschaftssysteme.

8 In diese Krise der Gewähr-Werdung kann der Beginn der Bedrohung und gegebenenfalls Behinderung der Autonomieentwicklung verortet werden (vgl. Uphoff/Kauz/Schellong 2010; weiterführend Wininger 2006).

- in Zeiten der Krise des Kapitalismus und der Arbeitsgesellschaft ad absurdum geführt wird (vgl. Gorz 1990) und
- b) zudem feststeht, dass es die Gesellschaft und ihre institutionellen Strukturen sind, die Menschen mit so genannter geistiger Behinderung einen Zugang zum ersten Arbeitsmarkt verwehren (vgl. Maschke 2003; Dörner et al. 2010; Fischer/Heger 2011; Kreuzer 2012)?

Kreuzer stellt 2012 fest, dass die Werkstättenbetreiber_innen die Anzahl ihrer Plätze innerhalb von zehn Jahren um rund 50 % haben steigern können. Inzwischen arbeiten etwa 300.000 Menschen in solchen Sondereinrichtungen. Dagegen schaffen von 1000 Beschäftigten nur zwei die Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt, obwohl der Gesetzgeber anderes vorsieht (ebd., o.S.).

Aus historischer Perspektive ist die Behindertenhilfe der institutionalisierte gesellschaftliche Ausdruck von Mildtätigkeit, vom Streben nach Ausschluss, und dient häufig der Entlastung der Regeleinrichtungen. Im Sinne Goffmans (1961/1973) kann sie als Raum der Disziplinierung mit direktem Einfluss und Zugriff auf die Menschen verstanden werden, die von der Zuschreibung *Geistige Behinderung* betroffen sind. Ein Blick auf die Wohnheime und Werkstätten für Menschen mit Behinderungen bestätigt, dass Menschen mit so genannter geistiger Behinderung nahezu immer den höchsten Anteil der Klientel präsentieren (vgl. Kreuzer 2012; BAGüS 2013, S. 39 ff.). Gerade hier findet sich ein Handlungsfeld, in dem Fürsorge nur unter der Zuweisung einer – mit Bezug auf Goffman (1961/1973; 1963/1975) – stigmatisierenden Diagnose erfolgen kann (vgl. zudem Cloerkes 2000) und zur entwicklungshemmenden (vgl. Gerspach/Schaab 2014), teils hospitalisierenden Institutionalisierung (vgl. Jantzen 1998; Theunissen/Kulig/Schirbort 2007) betroffener Menschen führt.

Gerade im stationären Wohnbereich werden für die direkte Arbeit mit den Bewohner_innen jene Mitarbeiter_innen eingesetzt, die über die geringste Qualifikation verfügen und die niedrigsten Löhne erhalten (vgl. Kreuzer 2012). Es ist zu vermuten, dass sich der in Abbildung 1 dargestellte Reproduktionskreislauf nach Koenig (2013) unter solchen Bedingungen verschärft zeigt.

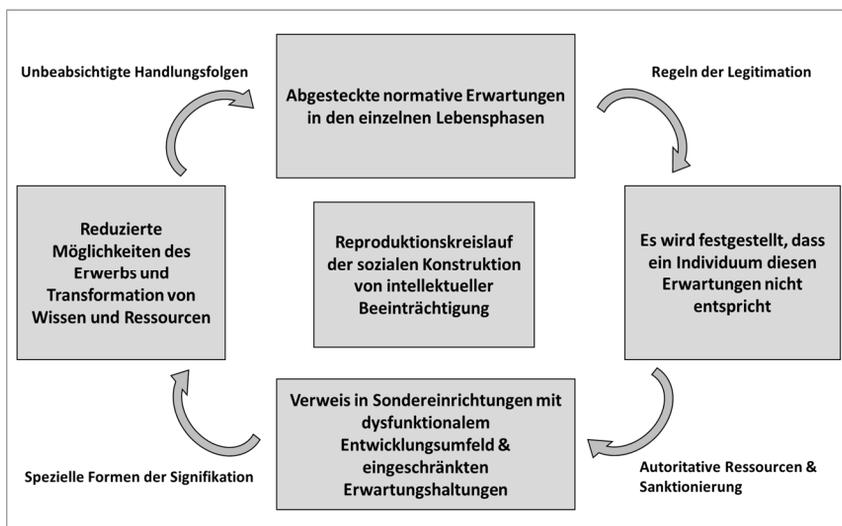


Abbildung 1: Reproduktionskreislauf (nach Koenig 2013)

Das Modell soll verdeutlichen, auf welchem Weg durch die Institutionen⁹ die synonym zum Begriff der *Geistigen Behinderung* verwendete *intellektuelle Beeinträchtigung* gleich einem Kreislauf reproduziert und damit sozial konstruiert wird. Anschlussfähig für das folgende Kapitel scheint die hier einflussnehmende Rolle normativ geprägter Erwartungshaltungen und begrenzter Erwartungshorizonte. Es wird von einem Zusammenhang zwischen dem nicht erwartungsgemäßen Dasein in der Welt und der daraus resultierenden Verhinderung von Autonomie bzw. autonomer Lebenspraxis, dem *geistig behindert werden* ausgegangen.

2.1 Vom Sein zum Werden: Das Phänomen Geistige Behinderung

Im weiteren Verlauf dieses Kapitels wird der Fokus auf das Phänomen *Geistige Behinderung* als Zuschreibung und hier besonders in Folge einer beschädigten bzw. behinderten Autonomieentwicklung (vgl. Katzenbach 2004b; Katzenbach 2010; Uphoff/Kauz/Schellong 2010) gelegt. Es wird davon ausgegangen, dass Betroffene vom nicht erwartungsgemäßen Dasein in der Welt durch die Verhinderung von Autonomie bzw. autonomer Lebenspraxis erst

⁹ Von Koenig (2013) erforscht am Beispiel von Arbeit.

geistig behindert werden. Dazu bedarf es zunächst einer grundsätzlichen Klärung der Begrifflichkeiten, der aktuellen Klassifizierungen und den sich daraus ergebenden verschiedenen Sichtweisen auf das Phänomen.

2.1.1 Eine erste Begriffsklärung

Erstmals wurde der Begriff der *Geistigen Behinderung* offiziell 1958 bei der Gründung der Elternvereinigung für das geistig behinderte Kind e.V. (heute: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.) verwendet. Angelehnt an die angloamerikanische Bezeichnung *mentally retarded* ging es in erster Linie um die Abkehr vom Kraepelin'schen „Schwachsinnsbegriff“ (Mattner 2008, S. 16). Doch die darauf folgenden Definitionsversuche des neuen Begriffs blieben und bleiben nach wie vor „vage, unklar und wenig präzise“ (vgl. Maschke 2003, S. 166; Möller 2010a). Als stigmatisierender Begriff (vgl. Felkendorff 2003, S. 25) wird er kontrovers diskutiert, doch aus Mangel an überzeugenden Alternativen wird weiter an ihm festgehalten (vgl. Speck 2012, S. 45 ff.). Vielleicht aber passt der Begriff der *Geistigen Behinderung* genau deshalb und ist in der im Aussprechen erzeugten Verunsicherung nur angemessen. Der Moment des Aussprechens macht das grundlegende Dilemma bewusst, dass es die Aussprechenden selbst sind, die das ihnen Fremde zur Begrenztheit des Anderen machen (vgl. Schacke 1992, S. 119 ff.; Feuser 1996, S. 6).

Auf den Begriff sei ganz zu verzichten, so Feuser (1996). Doch dann stellt sich die Frage, wie man den Menschen, die unverzichtbar auf Hilfen angewiesen sind, im Sinne des seit langem diskutierten *Etikettierungs-Ressourcen-Dilemma* (vgl. Füssel/Kretschmann 1993) gerecht werden kann. Denn auch im Umgang mit der Zuschreibung *Geistige Behinderung* bewegt man sich zwangsläufig in dem bisher unauflösbaren Dilemma zwischen Stigmatisierung der betroffenen Menschen einerseits und der Sicherung unverzichtbarer Hilfen andererseits¹⁰. Für die erst mit der Diagnose zugängliche Unterstützung ist dann ein hoher Preis zu zahlen, kostet sie doch die freie Schulwahl,

10 „Die Sozialisation in die Rolle eines Stigmatisierten geschieht erstens in der primären Kindheitssozialisation, sofern das Stigma bereits vorhanden ist, zweitens fortlaufend in den Interaktionen mit den ‚Normalen‘, und zwar durch deren typisierende Erwartungen sowie die spannungsreiche Interaktionssituation selbst, schließlich drittens als Klient von speziellen Organisationen, in denen eine neue soziale Identität konstruiert wird. Dort wirken mit Amts- und (nicht immer) Sachautorität ausgestattete Experten. Ihr offizielles Ziel ist die möglichst effiziente Rehabilitation bzw. Resozialisierung innerhalb eines zweckbestimmten, formalisierten und bürokratisierten Rahmens. Zur Arbeit der Organisationen gehört fast immer die tendenzielle Pathologisierung des

teils die Geschäftsfähigkeit und den Zugang zum ersten Arbeits- und Wohnungsmarkt. Die Diagnose führt diesen Personenkreis in der Regel in ein institutionalisiertes Leben in Abhängigkeit von einem meist in Bezug auf ihre Entwicklungsmöglichkeiten begrenzten Erwartungshorizont der dort beruflich Tätigen (vgl. Loeken 2005). Im folgenden Abschnitt werden die Diagnostikstellung selbst und ihre Bezüge in den Blick genommen, bevor weiter auf ihre Folgen eingegangen werden soll.

2.1.2 Klassifizierungen

In der Praxis wird teils versucht, den defizitorientierten Begriff *Geistige Behinderung* nicht zu verwenden und im Gespräch mit betroffenen Familien das so genannte Problem nicht beim Namen zu nennen (vgl. Thurmair/Naggl 2010, S. 148 ff.). Doch im wissenschaftlichen Diskurs habe man keine andere Wahl (vgl. Speck 2007, S. 137). Das, was empirisch zu unterscheiden sei, müsse differenziert, also benannt und kategorisiert werden und gilt trotz zwangsläufiger Defizitorientierung in der Darstellung als Basis für alle wichtigen Maßnahmen der Therapie und Förderung (vgl. Neuhäuser 2010, S. 10). Weber (2010) stellt entgegen dieser Annahme empirischer Fassbarkeit fest, dass sich keine Gruppe von Menschen mit Behinderungen durch eine solche Heterogenität auszeichnet, „wie die der Menschen, die traditionell als geistig behindert bezeichnet werden“ (ebd., S. 13). Wirft man allein einen Blick auf mögliche Ursachen, so spricht das Statistische Bundesamt von 148 996 angeborenen Schädigungen der insgesamt 290 168 betroffenen Personen. Von allgemeinen Krankheitsfolgen sind 126 485 der erfassten Personen betroffen und 13 954 hätten sonstige, mehrere „ungenügend bezeichnete Ursachen“ (Statistisches Bundesamt 2013, S. 13 f.). Nach Dörner et al. (2010) kommen die als „schwere“ bezeichneten geistigen Behinderungen überwiegend durch organische Schädigungen des zentralen Nervensystems zustande. Bei den häufigeren und auch in der hier folgenden Untersuchung in Kapitel 4 einbezogenen Personenkreis, denen die so genannte „leichtere geistige Behinderung“ zugeschrieben wird, sind

„[...] erbliche, körperliche und soziale Bedingungen ökologisch zusammenzusehen. Unbestritten ist, dass solche Personen überwiegend in sozialen Unterschichten, in der Landbevölkerung oder in sonst wie benachteiligten Situationen aufwachsen und daher die durchschnittlich

stigmatisierten Individuums. Dadurch wird es in die Nähe von Eigenschaften gerückt, die man in unserer Gesellschaft besonders negativ bewertet“ (Cloerkes 2000, o.S.).

geforderten Leistungsnormen weniger wahrscheinlich erreichen. Kinder geistig behinderter Mütter, die in höhere Sozialschichten hinein adoptiert werden, entwickeln sich eher nach den Normen ihrer Sozial-Mütter. Da bei weitem die meisten geistigen Behinderungen durch Körper- und Sozialschädigung zu Stande kommen, spielt das Erblichkeitsrisiko nur selten eine Rolle.“ (Dörner et al. 2010, S. 90)

Ein wesentliches Mittel zur Bestimmung einer so genannten geistigen Behinderung ist nach wie vor die medizinische Diagnose, gemessen anhand der Intelligenzleistung durch standardisierte Testverfahren. Die Diagnose *Geistige Behinderung* betrifft etwa 0,6 % der Gesamtbevölkerung (vgl. Dörner et al. 2010, S. 90).

Eine so genannte Geistige Behinderung ist dabei nicht als Krankheit miss zu verstehen (vgl. Leucht/Förstl 2012), auch wenn „oft – oder sogar meistens – ein Zusammenhang mit medizinisch definierbaren Krankheiten“ besteht (Gaedt 1994/95, S. 6 f.). Gaedt stellte Mitte der 1990er Jahre fest, dass auf diese Unterscheidung im psychiatrischen Alltag wenig Wert gelegt wurde. Die Geistige Behinderung wurde teils noch als Oligophrenie (Schwachsinn) bezeichnet und in die Reihe der psychischen Krankheiten eingeordnet (vgl. ebd.). Dies geschieht noch immer (vgl. die Klassifizierung bei Vetter 2007, S. 49 f.), wird aber in der Regel als „obsolet“ abgelehnt (Leucht/Förstl 2012, S. 227) und mit dem heute üblichen Klassifikationssystem, der International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) zu umgehen versucht.

Das medizinische Klassifikationsmodell ICD-10

Im ICD-10 wird nicht von Oligophrenie, sondern von Intelligenzminderung und nicht von Krankheit, sondern von Störungen gesprochen. Die für die Diagnosestellung relevanten Passagen finden sich im Kapitel V: „Psychische und Verhaltensstörungen“. Der betreffende Abschnitt wird mit den Kodierschlüsseln F70 bis F79 unter dem Überbegriff *Intelligenzstörung* beschrieben (vgl. DIMDI 2013, o.S.), wobei der Begriff *Geistige Behinderung* ausdrücklich in den Kodierungsrichtlinien angeführt und als synonyme Bezeichnung verwendet wird. Eine Intelligenzstörung wird hier als ein „Zustand von verzögerter und unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten“ (ebd., o.S.) angesehen, in dem Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten besonders beeinträchtigt sind. Weiter heißt es, der Schweregrad einer Intelligenzstörung „wird übereinstimmungsgemäß anhand standardisierter Intelligenztests festgestellt“ (ebd., o.S.), sodass sich dann die als „leicht (75%), mäßig (20 %) und schwer behindert (5 %)“ bezeichneten Menschen in der

Statistik wiederfinden (Dörner et al. 2010, S. 90). Ein festgestellter IQ unter 70 bedingt die Diagnose der leichten geistigen Behinderung nach ICD-10 (F70.) und erstreckt sich bei geringeren Befunden über die mittelgradige (F71.) bis hin zur schwersten geistigen Behinderung (F73.) (vgl. DIMDI 2013).

Ausdrückliche Erwähnung findet in der ICD-10, dass sich die Diagnose einer Intelligenzstörung nur auf das gegenwärtige Funktionsniveau beziehen soll, da sich intellektuelle Fähigkeiten und soziale Anpassung verändern und sich „wenn auch nur in geringem Maße, durch Übung und Rehabilitation verbessern können“ (DIMDI 2013, o.S.).

Doch Gaedt stellte schon 1994 fest, dass es den Normalisierungsbestrebungen widerspricht, wenn es „bei der Einordnung in die Reihe der klassischen psychiatrischen Krankheitsbilder, wie zum Beispiel der Schizophrenie, der affektiven Störungen usw.“ (ebd., S. 6) bleibt. Er forderte, die Intelligenzminderung nicht als eine Hauptkategorie aufzufassen und stellt fest, dass es keine Berechtigung mehr gibt,

„[...] einem Menschen, der nicht psychiatrisch erkrankt ist, das Etikett ‚Intelligenzminderung‘ aus einem Klassifikationssystem psychiatrischer Störungen zu verleihen. Man würde dies zum Beispiel bei der Gruppe der Hochgaben (sic!) auch nicht tun.“ (Gaedt 1994, S. 6)

Die Problematik einer defizitorientierten Einordnung in die Kategorie Geistige Behinderung – um z.B. an erforderliche Ressourcen zu gelangen – bleibt aktuell und wird auch durch die ICD-10 nicht gelöst.

Messbare Intelligenz als hilfreiches Konstrukt?

Janke und Havighurst stellten 1945 in ihrer Untersuchung einer amerikanischen Kleinstadt fest, dass sich die soziale Lage und die getestete Intelligenzleistung der Kinder gegenseitig beeinflussen und die Testergebnisse in Abhängigkeit zum gewählten Testverfahren stehen, insbesondere zum Nachteil nicht privilegierter Kinder (vgl. Janke/Havighurst 1945, S. 499 ff.). Macha et al. (2008) fanden heraus, dass sprachgebundene Leistungstests die Leistungen sprachbeeinträchtigter Vorschulkinder stark verzerren. Diese – trotz weitreichender Entwicklung auf dem Gebiet der Diagnostik – zu beobachtenden milieubedingten Unterschiede, lassen auf die geringe inhaltliche Aussagekraft der Messergebnisse durch die Abhängigkeit vom jeweils eingesetzten Verfahren schließen. Entwicklungsorientierte und förderdiagnostische Verfahren, wie z.B. das Heidelberger-Kompetenz-Inventar oder der Wiener

Entwicklungstest, die Menschen mit veränderten Aneignungsvoraussetzungen konkrete Anregungen für die Bewältigung ihrer Lebensbedingungen bieten, werden in der Praxis der normierten Intelligenzdiagnostik (noch) gar nicht eingesetzt.

Doch wie wird diese *allgemeine intellektuelle Funktionsfähigkeit* in der Praxis bestimmt? In der normierten Diagnostik werden meist die Verfahren HAWI-K, SON-R und CFT zur Messung eines IQ verwendet (vgl. Schöning et al. 2013, S. 123, zudem S. 292 ff.). Alle diese Verfahren sind für die Intelligenzdiagnostik zu hinterfragen, setzt z.B. der HAWI-K eine umfassendere Sprachkompetenz als der SON-R voraus, der zwar eine sprachfreie Testung ermöglicht, gleichzeitig jedoch durch Abbildungen auf entsprechenden Erfahrungen aufbaut. Der – wie in einer Studie zur Qualität sonderpädagogischer Diagnostik in Mecklenburg-Vorpommern im Schuljahr 2008/09 festgestellt (Schöning et al. 2013, S. 122) – am Häufigsten eingesetzte CFT testet rein visuell zu erfassende Zusammenhänge und das Ergebnis fällt für Menschen mit veränderter visueller Wahrnehmung daher immer niedriger aus. Die Normierung hat zudem „keinerlei förderdiagnostische Bedeutung“ (Schöning et al. 2013, S. 167) und sagt nichts über die tatsächlichen Intelligenz-Leistungen und Fähigkeiten aus. Sie wird lediglich für die Zuordnung zu Förderschwerpunkten und somit für die Zuweisung zu Schulformen verwendet. Bemerkenswert ist, dass in den untersuchten Gutachten am häufigsten im Bereich der Intelligenz diagnostische Belege gefunden wurden (Schöning et al. 2013, S. 143). Diese hohe Bedeutung der Intelligenzdiagnostik erweist sich jedoch „bei der vorliegenden Datenlage als nicht nachvollziehbar“ (Schöning et al. 2013, S. 34). Festgestellt wird, dass „die Diagnostiker eine hohe Sicherheit im Umgang mit den bereits erwähnten standardisierten Verfahren (Intelligenztests) zu besitzen“ scheinen (Schöning et al. 2013, S. 165). Die hier gestellten Diagnosen hängen damit vielleicht mehr, als im Text der ICD-10 angenommen, „von der Beurteilung der allgemeinen intellektuellen Funktionsfähigkeit durch einen erfahrenen Diagnostiker“ (DIMDI 2013, o.S.) ab.

Somit lässt sich festhalten, dass die Zuschreibung *Geistige Behinderung* auf einer Intelligenzdiagnostik basiert, deren Validität und Reliabilität aufgrund der bisher angewandten Testverfahren bezweifelt werden darf. Darüber hinaus sind sie besonders im Kontext *Geistiger Behinderung* durch so genannte *Bodeneffekte*¹¹ stark messfehlerbehaftet (vgl. Holling/Preckel/Vock

11 Es sind nur geringe Differenzierungen im unteren und oberen IQ-Bereich möglich. Deshalb können genaueste Messungen durch IQ-Tests nur im mittleren Begabungsbereich stattfinden. In der Regel werden mehr mittelschwere, als leichte und schwere Aufgaben im Test gestellt und mehr Probanden aus dem mittleren Begabungsbereich

2004). All das lässt Intelligenz als messbares Konstrukt und die Annahme, dass „diese Messmethoden eine ziemlich genaue Beurteilung der Intelligenzstörung“ (DIMDI 2013, o.S.) abgeben können, grundlegend in Frage stellen (vgl. Schacke 1992, S. 119 ff.; Prengel 1993, S. 152 f.; Jantzen 1998, S. 43 ff.).

Das ICF-Modell der WHO

Um das rein defizitorientierte medizinische Klassifikationsmodell ICD-10 um eine differenzierte und ressourcenorientierte Sichtweise zu ergänzen, wurde von der Weltgesundheitsorganisation WHO in den 1980er Jahren eine Zusatzklassifikation von Krankheiten und Behinderungen herausgegeben.

In der damals vorgelegten und noch „primär defizitorientierten ICIDH“ (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*, DIMDI 2013, o.S.) wurde von einem Dreischritt zur Klassifikation von Behinderung ausgegangen, bei dem es (1) infolge der körperlichen Schädigung (2) zu Funktionseinbußen kommt, die dann ihrerseits (3) zu Einschränkungen in der sozialen Teilhabe führen.

In der 2001 nachfolgenden *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* wurde dieses Verständnis von Behinderung zu einem *biopsychosozialen Modell* weiter entwickelt (vgl. WHO 2001, DIMDI 2013). Hier wird Behinderung als Einschränkung der sozialen Teilhabe aufgrund eines erschwerten Zusammenspiels zwischen Individuum und seiner sozialen und materialen Umwelt gesehen. Es wird versucht, sowohl die möglicherweise manifeste Beeinträchtigung anzuerkennen, als auch den Blick auf die Barrieren zu richten, mit denen der betroffene Mensch alltäglich konfrontiert ist. Diese materiellen, insbesondere aber auch die immateriellen Barrieren sollen in Folge am Beispiel von aktuell im Diskurs aufgegriffene Sichtweisen auf das Phänomen Geistige Behinderung verdeutlicht werden.

in die Normstichprobe aufgenommen. Diese Boden- und Deckeneffekte vermindern ein Abschätzen des wahren Wertes (Genauigkeit), da die Berechnung des Standardmessfehlers der Reliabilität (stützt sich auf die Verteilung der Ergebnisse bzw. die Varianz) eines Tests zugrunde liegt (Holling/Preckel/Vock 2004).

2.1.3 Fragen nach einem Verständnis so genannter Geistiger Behinderung

Die Sichtweisen auf die Kategorie Geistige Behinderung unterscheiden sich grundlegend. Fischer (2003) stellt dazu beispielsweise tabellarisch einen individuumsbezogenen-defizitorientierten Ansatz einem systemisch-kompetenzorientierten Verstehensansatz gegenüber. Auf der defizitorientierten Seite wird hier die Geistige Behinderung als „Folge einer hirnorganischen und u.U. weiterer (mehrfacher) Schädigungen“ (ebd., S. 26 f.) dargestellt, sodass davon ausgegangen wird, dass ein „kausaler Zusammenhang zwischen Schädigung und Art u. Ausmaß der Behinderung“ besteht (ebd., S. 26). Die eher kompetenzorientierte Sichtweise nimmt dagegen den systemischen „Zusammenhang zwischen körperlich-organischen Ausgangsbedingungen, pers. Kompetenzen (Aktivitäten) und sozialen Kontextbedingungen“ in den Fokus (ebd., S. 26). Im Folgenden wird das Phänomen Geistige Behinderung anhand kontroverser Sichtweisen erörtert:

- 1) *Sind* Menschen, wie bisher aus medizinischer Sicht beschrieben, tatsächlich geistig behindert? Im Sinne eines grundlegenden Zustands (vgl. Bleidick/Hagemeister 1992) ginge es dann folglich um den *geistig Behindereten*, einen dadurch gerade auch „sich und andere behindernden Menschen“ (Dörner et al. 2010, S. 65 ff.; vgl. zudem dejure.org 2014).
- 2) Oder *haben* Menschen eine Geistige Behinderung, sodass man entsprechend einer Eigenschaft von vielen im Folgenden von *Menschen mit geistiger Behinderung* ausgehen muss (vgl. Hollenweger 2003, S. 142; Cloerkes 2007, S. 8)?
- 3) Oder *wurden* sie immerzu behindert, wurden gemäß eines „sozialen Zuschreibungsprozesses“ (vgl. Cloerkes 2003; Cloerkes 2007, S. 10) und damit sozial konstruiert (vgl. Schramme 2003, S. 58) erst zu „*Menschen mit so genannter geistiger Behinderung*“ (Buchner 2008b, S. 516 ff.)?
- 4) Oder geht es um die Anerkennung dessen, wie sich diese so benannten Menschen *selbst verstehen* und als Gruppe mit ganz bestimmten Gemeinsamkeiten als „*Menschen mit Lernschwierigkeiten*“ selbst beschreiben (Netzwerk People First Deutschland e.V., o.S.)?

(1) Geistige Behinderung als Zustand: Der geistig behinderte Mensch

Der Aufspaltung in normal und pathologisch kam in der Anthropologie der bürgerlichen Gesellschaft eine besondere Bedeutung zu (vgl. Foucault 2006).

Es entstand eine „medizinisch dominierte Sonderanthropologie für Behinderte“, in der Behinderung als „unveränderlich gedachtes Wesensmerkmal“ einer Person galt (Prenzel 1993, S. 144).

Nach Mesdag und Pforr (2008) denkt „der gesunde Menschenverstand“ bis heute in medizinischen Kategorien, sodass eine „geistige Behinderung als organisch bedingt und nicht veränderbar“ gilt. Beide verwundert jedoch, dass bei aller Medizingläubigkeit die Erkenntnisse der Neurobiologie über die Plastizität des Gehirns dabei ignoriert werden (Mesdag/Pforr 2008, S. 8 f.).

(2) Geistige Behinderung als relationales Merkmal: Menschen mit geistiger Behinderung

Geistige Behinderung nicht als Zustand, sondern als eine veränderbare Eigenschaft, als ein Merkmal unter vielen zu verstehen (vgl. Hollenweger 2003, S. 142) ist in der Sonderpädagogik seit Anfang der 90er Jahre eine propagierte Sichtweise (vgl. Prenzel 1993, S. 152).

Aus soziologischer Perspektive betrachtet Cloerkes (2007, S. 5) das „Behindertsein“ in wesentlicher Abhängigkeit des Phänomens von der gesellschaftlichen Reaktion auf eine „Schädigung“ und deren Bewertung durch andere Menschen¹². Behinderung ist für ihn daher kein absolutes, sondern ein relationales, in Interaktionen zugeschriebenes Merkmal unter vielen. Er fordert daher, dass zumindest die „Behinderten-Experten“ in einem ersten Schritt mehr auf eine differenzierte Sichtweise und Terminologie zu achten hätten, so z.B. durch die Bezeichnung „Menschen mit [geistiger, N.S.] Behinderung“ (Cloerkes 2007, S. 8). Mattner (2008) stellt fest, dass durch diese Verschiebung vom „[Person, N.S.]Sein ins Haben [von etwas, N.S.]“ ein „Akt der Entwirklichung durch Versächlichung“ intendiert ist (ebd., S. 15). Feuser (1996) sieht in der Feststellung „Geistige Behinderung“ eine „auf einen anderen Menschen hin zur Wirkung kommende Aussage schlechthin“ (Feuser 1996, S. 4). Sie bezeichne begrifflich zwar zutreffend eine gesellschaftliche Realität, nämlich die von Zuschreibung und Ausgrenzung, sie zeige auch die fachliche Realität einer „philosophisch-wissenschaftlichen Verwahrlosung der Heil- und Sonderpädagogik, die ‚beobachtbare Merkmale‘ zu ‚Eigenschaften‘, d.h. zu deren Ursachen macht“ (ebd.). Sie bezeichne aber nicht die Individualität des betroffenen Menschen. Die Zuschreibung *Geistige Behinderung* abstrahiere vielmehr von der Individualität und „Subjekthaftigkeit“ des gemeinten Menschen und bewirke „im gesellschaftlichen Kontext in der

12 Auch die kulturspezifische Bewertung durch andere Menschen (Cloerkes/Neubert 2001, S. 32 ff.).

Folge das Gegenteil dessen, was wir als pädagogische Absicht den so bezeichneten Menschen gegenüber bekunden“ (Feuser 1996, S. 4 ff.). Doch auch Feuser entkommt dem „Terminologie-Dilemma“ (Palmowski/Heuwinkel 2002, S. 24 ff.) nicht und verwendet den Begriff als zwar abzulehnende, aber scheinbar unverzichtbare Zuschreibung (vgl. Feuser 1996).

(3) Geistige Behinderung als Zuschreibung: Menschen mit so genannter geistiger Behinderung

In der hier vorgestellten Sichtweise beschreibt das Phänomen *Geistige Behinderung* einen sozialen Tatbestand und der bisher allein auf das Individuum gerichtete Blick verstellt diesen Zusammenhang. Menschen werden mit für sie fatalen Folgen *so genannt*, da man sich bisher auf keine bessere Kategorie hat einigen können und es nicht möglich scheint, das Kategorisieren selbst infrage zu stellen (vgl. Klauer 2008, S. 23 ff.; Katzenbach 2015). So ist die Zuschreibung Geistige Behinderung als „soziale Kategorie“ (Cloerkes 2007, S. 9; Mattner 2008, S. 17) zu verstehen, die als Merkmal eines Bezugs zwischen Individuum und seiner Alltagswirklichkeit sozial konstruiert wurde und weiterwirkt. Eine früher provozierende Feststellung, von der heute im wissenschaftlichen Diskurs „vielfach ausgegangen wird“ (Schramme 2003, S. 58). Die entgegengesetzte Relativierung, dass dies zwar zutreffe, dass aber doch alles sozial konstruiert sei, versucht dem Argument seine Schärfe zu nehmen und es als irrelevant abzuqualifizieren (ebd.). Eine alleinige Diagnose der sozialen Konstruktion reicht daher nicht aus. Das Potenzial dieser Feststellung liegt vielmehr darin, dass sie vermeintliche Tatsachen infrage stellt, sodass man zu ergründen versucht, worin die Motivation liegt, Bevölkerungsteile so zu klassifizieren, dass sie stigmatisiert, ausgegrenzt und über ihre „Schädigung“ hinaus in einem „Abwertungsprozess“ sozial benachteiligt (Cloerkes/Neubert 2001, S. 32) und damit „verbehindert“¹³ werden (vgl. weiterführend Wagner 2009, S. 42 ff.; Zach 2014, S. 199 ff.). Zu fragen ist dann, welchen gesellschaftlichen Zweck diese institutionalisierte Behindertenfeindlichkeit erfüllt, wenn man z.B. bezogen auf das Individuum, Behindertenfeindlichkeit als „narzisstische Abwehr der eigenen Verletzlichkeit“ (Haubl 2015, S. 103 ff.) versteht. Dass hinter Diskriminierungsprozessen nur schwer veränderbare gesellschaftliche Produktionsprozesse von Unbewusstheit stehen, verdeutlicht auch Danz (2014) in ihrem Beitrag „Anerkennung

13 Nach Zach (2014) stehen *Verbehinderungen* für „jede Form sozial hergestellter Benachteiligung“ (ebd., S. 66).

von Verletzlichkeit und Angewiesen-Sein“. Ihr Ausgangspunkt ist das paradoxe Phänomen, dass auch wenn spätestens im hohen Alter sehr viele Menschen von einer Beeinträchtigung im Sinne einer „Behinderung“ betroffen sein werden, der symbolische Bedeutungsgehalt dieser Kategorie zumindest latent mit negativ besetzter Abweichung assoziiert wird. Danz stellt fest, dass die dahinter liegenden gängigen Normalitätsvorstellungen nicht nur eine Art Leistungsfetisch beinhalten, sondern als phantasmatische Vollkommenheitsvorstellung den Kern unseres Begriffssystems bilden. Sie zeigt auf, wie damit in Verbindung stehende normative Ordnungsmuster auch in der inneren Struktur des Individuums ihre Wirksamkeit entfalten und in der Konstitution des Subjekts zu einer Verkennung von Abhängigkeit¹⁴ führen (vgl. Danz 2014).

Erkenntnisse dieserart eröffnen die Möglichkeit, vermeintlich unveränderliche Tatsachen durch das Verstehen von Bedingungsbeziehungen sowohl auf persönlicher, als auch auf gesellschaftlicher Ebene zu verändern. Denn was sozial konstruiert wurde, dagegen kann man sich entscheiden, es kann sozial dekonstruiert und neu bestimmt werden.

Goffman (1963/1975) ergründete wegweisend die besondere Art der Beziehung zwischen Eigenschaft und Stereotyp und bezog dabei den Terminus *Stigma* auf eine Eigenschaft, die zutiefst diskreditierend ist. Dies trifft auch auf die Zuschreibung *Geistige Behinderung* zu. Dass Goffman überzeugend schlussfolgert, „dass es eine[r, N.S.] Begriffssprache von Relationen, nicht von Eigenschaften bedarf“ (ebd., S. 11), spricht trotz und vielleicht gerade wegen des Risikos, sich des „Gutmenschentums“ schuldig zu machen¹⁵, für den „Sogenanntismus“ (Mattner 2008, S. 15) und damit für die Formulierung *Menschen mit so genannter geistiger Behinderung*. An dieser Stelle ist deutlich festzustellen, dass sich allein durch eine veränderte Terminologie nicht quasi-automatisch eine differenziertere Sichtweise äußert, denn

14 Hier anschlussfähig ist das gesellschaftliche Phänomen der *Fetischisierung von Autonomie* (vgl. die Kritik daran bei Thiessen/Villa 2010).

15 Mit Bezug auf eine Rede von Gerhard Wagner (Leiter des Hauptamtes für Gesundheit) zum Thema „Rasse und Volksgesundheit“ auf dem NSDAP-Parteitag von 1934, in der dem politischen Gegner Gefühlsduselei und Irrationalität in Bezug auf die Ermordung „Behinderter“ durch die Nationalsozialisten unterstellt wurde (Wagner 1934, S. 271 f., zit. nach Hanisch/Jäger 2011, o.S.) stellt eine Diskursanalyse vom Duisburger Institut für Sprach- und Sozialforschung (Hanisch/Jäger 2011, o.S.) fest, dass er in heutiger Zeit auch von „Gutmenschen“ hätte sprechen können.

„[...] solange sich die hinter der sprachlichen Entmündigung von Behinderten stehende Einstellung nicht ändert, hilft auch ein Austausch von Bezeichnungen auf Dauer nicht.“ (Bleidick 1999, S. 74)

Doch soll mit dieser vorläufigen semantischen Strategie deutlich werden, dass die Personenkategorie *Menschen mit geistiger Behinderung* auf einer Zuschreibung von außen durch meist nicht behinderte Personen basiert, die gerade auch im Sinne Goffmans (1963/1975) als diskriminierend einzustufen ist und auf die Notwendigkeit eines Diskurses „für eine neue Begriffsfindung“ verwiesen werden (Buchner 2008b, S. 516 ff.).

(4) Forderung so genannter Selbstvertreter_innen¹⁶: Menschen mit Lernschwierigkeiten

Folgt man den Entwicklungen der Begriffsfindung, so finden sich auch Forderungen Betroffener nach einer Veränderung der Zuschreibung:

„Wir sind Menschen, die nicht ‚geistig behindert‘ genannt werden wollen. Wir benutzen den Begriff ‚Menschen mit Lernschwierigkeiten‘.“ (Netzwerk People First Deutschland e.V., o.S.)

Doch diese Forderung erfährt bislang in Theorie und Praxis aufgrund einer nur vagen inhaltlichen Abgrenzung von Begriffen wie dem der Lernbehinderung wenig Anerkennung, sodass weiterhin am Begriff *Geistige Behinderung* festgehalten wird (vgl. Schirbort 2007; Speck 2007). In den Selbstbeschreibungen und Untersuchungen von Selbstaussagen zum Begriff der (Geistigen) Behinderung finden sich konkrete Differenzierungen in der Verwendung:

„Ich bin behindert. Ich kann nicht vieles. [...] Aber ich sag mal, damit muss ich klar kommen. Und...ich bin auch normal.“ (Palmowski/Heuwinkel 2002, S. 215)

Die hier befragten Schüler_innen einer so genannten Geistigbehindertenschule kennen den Begriff der Behinderung, teils auch den der Geistigen Behinderung (vgl. Palmowski/Heuwinkel 2002, 256 f.) und scheinen auch zu

16 Folgt man Ackermann (2013, S. 180), so ist auch der Begriff der Selbstvertreter mit Vorsicht zu verwenden. Gerade im Kontext so genannter Geistiger Behinderung handelt es sich auch hier um eine Zuschreibung von außen und in der Regel nicht um eine Selbstbeschreibung.

wissen, dass er mit ihnen in Verbindung gebracht wird. Eine klare Abgrenzung zur körperlichen Behinderung nehmen sie selbst aber nicht vor und als eigenständige Kategorie ist die Zuschreibung Geistige Behinderung in den Schüler_innenaussagen nicht zu finden. Der Begriff wird teils auf kognitive Leistungsfähigkeiten bezogen, ohne dass dies das Selbstbild negativ zu beeinflussen scheint (vgl. ebd., S. 261 f.) und ihre abweichende kognitive Entwicklung scheint für die Schüler_innen nicht relevant, um sich von anderen zu unterscheiden.

Die Frage der Autoren nach Beschreibungen von Geistiger Behinderung durch Betroffene selbst konnte daher nicht beantwortet werden, da nicht beschrieben werden kann, was nicht unterschieden wird. Die Verwendung der Begriffe in den Interviews wird eher auf soziale Zuschreibungsprozesse zurückgeführt, als dass sie Resultat eigener Unterscheidungen ist (ebd.).

Die soziale Kategorie Geistige Behinderung zeigt sich daher als personenbezogene Kategorie im Selbsterleben der Betroffenen als „irrelevant“ (ebd., S. 266). Die Zuschreibungsprozesse, der dadurch begrenzte Erwartungshorizont, die daraus folgenden vorbestimmten Wege und das daraus folgende *behindert werden* zeigt dagegen sehr wohl einen negativen Einfluss auf das Selbstbild (ebd., S. 278). Eine Befragte sagt dazu:

„Also du würdest sagen, mir macht das nicht so sehr zu schaffen, dass ich manches nicht verstehe [...] sondern eher, dass die Leute das nicht verstehen, dass ich das nicht verstehe.“ (Palmowski/Heuwinkel 2002, S. 276 f.)

Die Autoren betrachten die Kategorie Geistige Behinderung daher eher „als eine Vereinbarung oder einen Vorschlag, denn als eine Beschreibung von Wirklichkeit“ (ebd., S. 28), welche/r der Unterscheidung dient. Eine Übereinkunft, die ohne die davon betroffenen Menschen getroffen wurde, zugunsten einer Unterscheidung, die für selbige bedeutungslos scheint und von ihnen nur in ihren negativen Auswirkungen als Behinderung durch Andere erlebt wird.

Lange Zeit bestimmte somit ein einseitig defizitorientiertes, medizinisch orientiertes und Individuum bezogenes Verständnis von Behinderung den Diskurs. Diese Sichtweise wurde – wie beschrieben – zunehmend ergänzt und ersetzt durch:

- „das Verständnis von Behinderung als Resultat eines gesellschaftlichen Zuschreibungsprozesses, in welchem Behinderung in Abweichung von gesellschaftlichen Normalitätsvorstellungen definiert wird,
- Behinderung als Folge gesellschaftlich vorenthaltener Zugangsmöglichkeiten,

- systemisch-ökologische Sichtweisen von Behinderung, die besonders Fragen der Passung zwischen individuellen Möglichkeiten und den Bedingungen der Umwelt reflektieren, sowie
- systemtheoretische und konstruktivistische Konzeptualisierungen“ (Loeken/Windisch 2013, S. 14).

Erweitert wurde diese Perspektive eines sozialen Modells von Behinderung im Kontext der *Disability Studies* um eine kulturwissenschaftliche Perspektive. Diese geht von der Annahme aus, dass „Behinderung weniger ein zu bewältigendes Problem, sondern vielmehr eine spezifische Form der Problematisierung körperlicher Differenz darstellt(e)“ (Waldschmidt 2005, S. 24 zit. nach Loeken/Windisch 2013, S. 14 f.). Es geht hier um Fragen nach der gesellschaftlichen Konstruktion und der kulturellen Bedeutung körperlicher, mentaler oder psychischer Differenzen (vgl. Loeken/Windisch 2013; weiterführend Dederich 2007; Waldschmidt/Schneider 2007). In der hier vorliegenden Untersuchung wird die soziale Kategorie Geistige Behinderung insofern als ein doch „zu bewältigendes Problem“ (s.o.) betrachtet, als dass sich die Auswirkungen ihrer Zuschreibung besonders in der eingeschränkten Autonomieentwicklung von Menschen zeigen, wenn sie als geistig behindert gelten.

2.1.4 Zwischenfazit: Behinderung zwischen Autonomie und Abhängigkeit

Das Leben so benannter Menschen, ihre Sozialisation und die darin sie stets begleitende Pädagogik und Therapie ist in der Regel mit einem hohen Maß an Fremdbestimmung verbunden (vgl. Jantzen 2002; Wüllenweber 2004). Ihre Initiativen, spontanen Aktionen und Ideen werden weniger aufgegriffen (vgl. Klaufuß 2003, S. 100 f.), sodass sie von Kindheit an viel seltener als andere Kinder Erfahrungen von Selbstwirksamkeit machen:

„Dieses Problem begrenzter Autonomie ist eben nicht allein auf die kognitiven Beschränkungen von Menschen mit geistiger Behinderung zurückzuführen, sondern auf das sozialisatorisch erworbene eingeschränkte Gefühl der Selbstwirksamkeit, das geringe Vertrauen in die eigene Fähigkeit, etwas in der Welt bewirken bzw. auf das eigene Schicksal Einfluss nehmen zu können.“ (Katzenbach 2004b, S. 330)

Empirische Daten von Hahn (1981) belegen, wie sehr die Realität lebenslanger, sozialer Abhängigkeit einen Menschen mit so genannter geistiger Behin-

derung in seiner Autonomieentwicklung und damit auch in seinen Möglichkeiten der Selbstbestimmung einschränkt und behindert. Die Abhängigkeit besteht für Hahn aus drei Verursachern: der Schädigung selbst, der sozialen Umwelt und dem behinderten Selbst.

Der oft nur wenig veränderbare erste Teil der Schädigung selbst erschwere besonders die Sinnfindung für das eigene Leben und die Identitätsgewinnung eines Menschen mit Behinderung. Die soziale Umwelt behindere besonders durch solche Reaktionen auf die Schädigung, die vorhandene Abhängigkeiten länger als notwendig andauern lassen (durch z.B. Überfürsorge) und auch der behinderte Mensch selbst unterstütze seine Abhängigkeiten durch z.B. die Annahme von zu viel Hilfe. Eine strenge Wechselwirkung des dritten Teils mit den zuvor Genannten führt nach Hahn dazu, dass es häufig auf genau diesen bei der „Reduzierung von Abhängigkeiten“ ankommt (Hahn 1981, S. 47 ff.).

Diese bei früher Diagnose „bereits in der frühen Kindheit“ gemachten Erfahrungen (vgl. Katzenbach 2010, S. 98 f.) können dazu führen, dass sich dergestalt von Autonomieverhinderung betroffene Menschen autonomes Handeln kaum zutrauen, sodass später der Eindruck entstehen kann, „sie wollten das gar nicht“ (Speck 1996, S. 17 ff.; Klauß 2003, S. 92). Es scheint, dass der Bedeutungsinhalt des Selbstbestimmungsbegriffs: „frei dem eigenen Willen gemäß“ (Brockhaus 1998, S. 21), also schon die reine Willensäußerung, an der „stets unterdrückten Willensbildung“ scheitert (vgl. Niehoff-Dittmann 1996, S. 56). Jantzen (1994) schreibt über mögliche Folgen, dass

„[...] das lebende System [...] seinem Wesen nach Autonomie [ist, N.S.]. Je mehr seine Autonomie eingeengt wird, desto mehr wird sein Lebensbereich und damit seine Existenzfähigkeit als Leben eingeschränkt.“ (ebd., S. 121 f.)

Die verhinderte und behinderte Autonomie wird daher in Folge als das eigentliche Trauma verstanden, das den Menschen widerfährt, die als geistig behindert benannt und damit wie oben beschrieben *verbehindert* werden. Als Geistige Behinderung wird in dieser Untersuchung deshalb in erster Linie das Maß an autonomer Lebenspraxis verstanden, was man angesichts seiner Traumatisierungsgeschichte bisher maximal erreichen konnte (vgl. in Bezug auf Krankheit Oevermann 1996, S. 127; Oevermann 2003, S. 58). Die Geistige Behinderung kann dann als eine chronifizierte Krise verstanden werden, in der zwei Krisenherde bestimmt werden können: einerseits die Beschädigung der autonomen Lebenspraxis als Zustand und Dauerkrise, andererseits die auch und gerade durch die Beschädigung eintretenden akuten Krisen des Lebens.