



Leseprobe aus Peichl, Lebensweltorientierte Soziale Arbeit
als Ermöglichung von Teilhabe, ISBN 978-3-7799-7513-7
© 2023 Beltz Juventa in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel
[http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/
gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-7513-7](http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-7513-7)

Inhaltsverzeichnis

1. Erkenntnisinteresse und Problemstellung	7
1.1 Persönliche Zugänge und Interessen	7
1.2 Problemstellung	8
2. Entwicklungslinien in den Hilfen für Menschen mit Behinderung	14
2.1 Dezentralisierung als strittiger Prozess	14
2.2 Die Suche nach Wegen aus der Bevormundung	17
2.2.1 Das Normalisierungsprinzip	18
2.2.2 Selbstbestimmung und die Selbstbestimmt-Leben-Bewegung	23
2.2.3 Empowerment	29
2.2.4 Ansätze einer nicht entmündigenden Pädagogik	35
3. Neuausrichtung der Hilfen für Menschen mit Behinderung durch das BTHG	40
3.1 Behinderung als Thema des Schutzes von Menschenrechten	40
3.2 Das BTHG und der Schwerpunkt wohnbezogene Hilfen	47
3.3 Die Lebensbereiche der ICF und die Konzepte der Aktivitäten und der Partizipation (Teilhabe)	53
3.4 Teilhabe und das Problem der Exklusion	59
4. Das Konzept Lebensweltorientierte Soziale Arbeit	65
4.1 Entstehungsgeschichte und theoretische Hintergründe der Alltagswende	68
4.2 Leitideen Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit	81
4.3 Alltagsorientierung in der Sozialen Arbeit	85
4.3.1 Die Strukturen der alltäglichen Lebenswelt	89
4.3.2 Die Handlungs- und Strukturmaximen Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit	96
4.3.3 Lebensweltorientierung und Sozialpädagogisches Handeln	102
4.4 Lebensweltorientierung und Dienstleistung	106
5. Vom Erkenntnisinteresse zum Forschungsfeld	118
5.1 Forschungsstand	118
5.2 Fragestellung	122

5.3	Konzeption des Forschungsprojekts	123
5.3.1	Qualitative Sozialforschung als methodischer Bezugspunkt	123
5.3.2	Verortung der Studie im Bereich Handlungspraxis	125
5.3.3	Methoden zur Konzeptualisierung von Daten	127
5.3.4	Methoden der Datenerhebung	128
5.3.5	Auswertung und Analyse der Daten in Anlehnung an die Grounded Theory	133
6.	Strukturen der Lebenswelt von Menschen mit Behinderung in gemeinwesenintegrierten Wohngruppen	138
6.1	Die alltägliche Lebenswelt von Menschen mit Behinderung und die Erfahrungen des Raums	140
6.1.1	Die Aktivitäten der Menschen mit Behinderung in Bezug auf die Dimension des Raums	140
6.1.2	Das Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Bezug auf die Dimension des Raumes	184
6.1.3	Tabellarische Übersicht: Die alltägliche Lebenswelt und die Erfahrungen des Raums	220
6.2	Die alltägliche Lebenswelt der Menschen mit Behinderung und die Erfahrungen der Zeit	223
6.2.1	Die Aktivitäten der Menschen mit Behinderung in Bezug auf die Dimension der Zeit	223
6.2.2	Die zeitliche Strukturierung der Lebenswelt durch Assistenz und Unterstützung	250
6.2.3	Tabellarische Übersicht: Die alltägliche Lebenswelt und die Erfahrungen der Zeit	294
6.3	Die alltägliche Lebenswelt der Menschen mit Behinderung und die Erfahrung der sozialen Beziehungen	296
6.3.1	Die Aktivitäten der Menschen mit Behinderung in Bezug auf die Dimension der sozialen Beziehungen	297
6.3.2	Das Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Bezug auf die Dimension der sozialen Beziehungen	337
6.3.3	Tabellarische Übersicht: Die alltägliche Lebenswelt und die Erfahrung der sozialen Beziehungen	370
7.	Fazit: Erkenntnisse und Impulse	373
7.1	Integration der Thesen	373
7.2	Impulse und Ausblick	379
	Literaturverzeichnis	383

1. Erkenntnisinteresse und Problemstellung

1.1 Persönliche Zugänge und Interessen

Mit der hier vorliegenden Arbeit möchte ich einen Beitrag leisten zu der Diskussion um die Frage, wie sich Unterstützung und Assistenzleistungen für Menschen mit Behinderungen im Alltag darstellen. Dies ist von Interesse, da sich aus dieser Praxis Hinweise ableiten lassen für die zukünftige Ausrichtung der Arbeit, die Partizipation und eine individuelle, möglichst selbstbestimmte Lebensführung für Menschen mit Behinderung sicherstellen soll. Es geht um die Weiterentwicklung von Dienstleistungen im Feld der „Hilfen für Menschen mit Behinderung“ (Rohrmann 2020). Der Schwerpunkt wird dabei auf wohnbezogene Dienste im Gemeinwesen gelegt.

In meinem beruflichen Verantwortungsbereich war ich für den Aufbau und die Entwicklung gemeinwesenintegrierter Wohnprojekte zuständig. Nach meinen aus dieser Praxis abgeleiteten Erfahrungen stehen bei vielen Leistungsanbietern betriebswirtschaftliche Fragestellungen drängend im Vordergrund und fachliche Aspekte interessieren vor allem auf der strukturellen Ebene, der Sicherung von Angeboten im Kontext von Dezentralisierungsprozessen und dem damit einhergehenden Abbau von Plätzen in Komplexeinrichtungen. Demgegenüber ist es m. E. deutlich nachrangiger, die Implikationen der Zielperspektiven selbstbestimmter Lebensführung und Teilhabe für die Ausgestaltung der Dienstleistungen zu konkretisieren, die entsprechenden Rahmenbedingungen zu schaffen und geeignete Prozesse für die Praxis zu initiieren. Verschiedene Erhebungen (Schädler/Rohrmann/Schwarte 2008, Metzler/Springer 2010), auf die an anderer Stelle noch eingegangen wird, geben Hinweise, dass Defizite in der praktischen Arbeit vor allem in einer auf die Dezentralisierung abgestimmten Qualifizierung bestehen.

Ausgehend von solchen, zu einem gewissen Teil auch persönlich gefärbten Eindrücken, ist es das Interesse an einer verstärkt sozialpädagogischen Ausrichtung der unterstützenden Hilfen für Menschen mit Behinderung, das mich zu dieser Arbeit bewegt. Die Intention richtet sich auf die Reflexion des Erreichten in Verbindung mit einem Blick auf noch ungenutzte sozialpädagogische Möglichkeiten. Eine fachliche Auseinandersetzung mit der vorzufindenden Praxis erscheint mir als Schlüssel für eine langfristig erfolgreiche Weiterführung der bereits angestoßenen und nun in der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) konkret anstehenden Entwicklungen. Mit dem Konzept der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit wurde für die Herangehensweise ein in anderen

Arbeitsfeldern bereits bewährter, explizit sozialpädagogischer Ansatz gewählt, der allerdings in den Hilfen für Menschen mit Behinderung bislang noch nicht die gleiche Aufmerksamkeit und Bedeutsamkeit erlangt hat.

Als praktische Sozialwissenschaft ist das Konzept der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit ausgerichtet auf die Rekonstruktion der in den jeweiligen Alltagswelten vorzufindenden Bedingungen (vgl. *Grunwald/Thiersch* 2010, S. 108 f.). Die vorliegende Arbeit geht von dem Grundgedanken aus, in einem qualitativen Forschungszugang das Feld der gemeinwesenintegrierten Wohngruppen beobachtend zu erfassen und ihre Praxis, die im Alltag vorzufindenden konkreten Strategien, aus einem Verständnis der Philosophie von Lebensweltorientierung und ihrer methodischen Ansätze heraus zu rekonstruieren.

Es wurden mehrere Wohngruppen in verschiedenen Städten in Süddeutschland und in einer norddeutschen Großstadt mit dem qualitativen Verfahren der teilnehmenden Beobachtung untersucht. Nicht alle durchgeführten Beobachtungen wurden in die Auswertung einbezogen.

Offenzulegen ist bei dieser Arbeit, dass vier der insgesamt sechs beobachteten Wohngruppen, die in die Auswertung einbezogen wurden, in meinem beruflichen Zuständigkeitsbereich angesiedelt waren. Die Tatsache, mit einem Teil der beschriebenen Projekte verflochten, also engagiert zu sein, wird von mir auch als Chance gesehen, die eigene Praxis zu analysieren und durch die Einnahme einer Position der kritischen wissenschaftlichen Distanz generalisierbare und übertragbare Erkenntnisse zu gewinnen, die einen Beitrag zur Weiterentwicklung von Dienstleistungen im Gemeinwesen leisten. Eine solche enge Verbindung ist nicht ungewöhnlich, denn es ist ein Merkmal verstehender sozialpädagogischer Forschung als Instrument der Reflexion, Evaluation und Entwicklung, Erkenntnisse an die sozialpädagogische Praxis zurückzuvermitteln (vgl. *Miethke* 2010, S. 72). Diese „intermediäre Position zwischen Forschung und Praxis“ (*Filsinger/Hinte* 1988, S. 67) ist während des gesamten Arbeitsprozesses eine Rolle, die in besonderer Weise beachtet und reflektiert werden muss. Sie erleichtert den Zugang und den Einstieg in das Untersuchungsfeld, stellt jedoch besondere Anforderungen in Bezug auf den Anspruch an die notwendige Objektivität; ein Anspruch, der nicht aufgegeben werden kann.

1.2 Problemstellung

Die Hilfen für Menschen mit Behinderung befinden sich in einem Wandel. Neue Angebote und Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderung entstehen, angestoßen durch verstärkt formulierte Forderungen der Selbsthilfebewegungen und der Interessenverbände der Menschen mit Behinderung, durch die Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention sowie durch die sich auch im Zuge von gesellschaftlichen Entwicklungen verändernden fachlichen Leitlinien.

Man kann sagen, dass der Paradigmenwechsel im Bereich der Hilfen für Menschen mit Behinderung mit der Rezeption des Normalisierungsprinzips einsetzt und mit der Forderung nach Selbstbestimmung und dem gesellschaftspolitischen Ansatz der Inklusion eine entsprechende Weiterentwicklung erfahren hat.

Bereits im Zuge der *Psychiatrie-Enquete* 1975 wurde, unter Bezugnahme auf das Normalisierungsprinzip, für geistig und psychisch behinderte Menschen gleichermaßen „ein Mangel an komplementären, gemeindenahen Diensten festgestellt“ (Röh 2009, S. 134). Doch, anders als in der Psychiatriebewegung, wird in der Behindertenhilfe der Weg aus den Heimen und Anstalten hin zu gemeindeintegrierten Wohn- und Unterstützungsangeboten vielfach nur sehr zögerlich begangen. Ähnlich fällt die Beurteilung der Behindertenarbeit im Vergleich zur Jugendhilfe aus, die infolge der Heimkritik der 60er und 70er Jahre gewaltige Umstrukturierungen in die Wege geleitet und bewältigt hat (vgl. Thiersch 1992, S. 103).

Dass solche Entwicklungen vergleichsweise spurlos an den Hilfen für Menschen mit Behinderung vorbeigegangen sind, sieht Hans Thiersch begründet in den besonderen Eigenheiten der Behindertenarbeit. „In ihrer karitativen Tradition korrespondiert das Gefühl von Wohltätigkeit mit der Erwartung von Dankbarkeit, und die damit einhergehende und es gleichsam wissenschaftlich stützende medizinische Prägung der Arbeit ist ja ebenfalls von einem ganz unangekränkelten Glauben an die Wohltätigkeit der eigenen Möglichkeiten bestimmt“ (Thiersch 1992, S. 103).

Heute ist die pauschale Verknüpfung von Behinderung mit stationärem Heimbedarf obsolet geworden. Diesem Gedanken trägt das BTHG mit der Aufhebung der Unterscheidungen von ambulant, teilstationär und stationär zumindest vordergründig Rechnung. „Eine Behinderung wird dann existent, wenn persönliche Beeinträchtigungen von Menschen zu Benachteiligungen gegenüber anderen Menschen führen, die nicht durch Veränderungen in der Umwelt kompensiert werden können“ (Schädler/Rohrmann 2009 a, S. 72). Auf dem Hintergrund dieses „dynamischen Verständnisses von Behinderung“ geht es darum, die aus dem Zusammenwirken von individueller Beeinträchtigung und Umweltfaktoren entstehenden Benachteiligungen aufzuheben und Zugänge in das Gemeinwesen zu eröffnen, die spezialisierte Hilfen auf ein unbedingt notwendiges Maß reduzieren (vgl. ebd.). Insbesondere im Zuge einer verstärkten Diskussion um Selbstbestimmung wandelt sich das Bild des behinderten Menschen vom Objekt der Fürsorge hin zu einem handelnden Subjekt, zu einer Bürgerin bzw. einem Bürger mit individuell unterschiedlichen Bedarfen an begleitender Unterstützung (vgl. Hähner 1999, S. 25 ff.).

Die Einforderung von Selbstbestimmung durch die Betroffenen und ihre Selbsthilfeverbände verweist im Bereich des gemeindeintegrierten Wohnens auf einen doppelten Handlungsbedarf. Dies ist zum einen die konsequente Umsetzung der „De-Institutionalisierung“, um Fremdbestimmung aufzuheben und

Wahlmöglichkeiten zu eröffnen (vgl. Dörner 1998, S. 110). Zum anderen sind es die Rolle und Funktion professioneller Helferinnen und Helfer, die im Kontext von Selbstbestimmung als einem Bürgerrecht zu überdenken und neu zu definieren sind (vgl. Bradl/Steinhart 1996, S. 11).

Die Hilfen für Menschen mit Behinderung stehen in den nächsten Jahren mit der Umsetzung des BTHG vor Fragen, die sie sich in ihrer langen Tradition, mit von der Gesellschaft weitgehend abgegrenzten Einrichtungen, bislang nicht stellen mussten. Es ist aktuell wichtig, herauszufinden, welche Dienstleistungen Menschen mit Behinderung im Gemeinwesen stützen und sinnvoll für sie sind damit sie mit sich selbst und/oder mit ihrer Umgebung zurechtkommen und Ausgrenzung vermieden werden kann. Solche, nicht vom stationären Denken geprägte Strukturen sind in der Unterstützung von Menschen mit Behinderung für Deutschland neu. Um sie erfolgreich aufbauen zu können, braucht es theoretische Konzepte und Analysen, an denen sich eine verändernde Praxis orientieren kann. Die Jugendhilfe und auch die Sozialpsychiatrie haben die einseitige Dominanz der Heime und Anstalten bereits vor Jahren überwunden. Die dort stattgefundenen Prozesse und ihre leitenden Prinzipien, können daher für die Entwicklung der Hilfen für Menschen mit Behinderung eine Orientierung bieten. Mit dem 1990 veröffentlichten 8. Kinder- und Jugendbericht und, parallel hierzu, mit dem Einfluss des Konzepts Lebensweltorientierung auf die Kommentierung des KJHG (*Münder*) hat sich Lebensweltorientierung als Leitidee in der Jugendhilfe durchgesetzt. Lebensweltorientierung war von der Kommission des Jugendberichts als Grundprinzip hervorgehoben worden, um die Gemeinsamkeiten der Jugendhilfefelder herauszustellen (vgl. *BMJFFG* 1990, S. 12). Mitverantwortlich für die Entwicklungen der Jugendhilfe sind zunächst auch die sich ändernden gesetzlichen Rahmenbedingungen, die der Dominanz von Heimerziehung in der Jugendhilfe Grenzen setzen und weitere Hilfeformen rechtlich verankern.

Ausgehend von diesen Strukturierungskriterien hat sich Jugendhilfe weiterentwickelt hin zu einem Konzept der integrierten und flexiblen Erziehungshilfen. Es formuliert für sich den Anspruch, „durch eine Flexibilisierung der Hilfen und ihrer Organisationsstruktur, Ausgrenzung von Kindern und Jugendlichen im Jugendhilfesystem zu vermeiden, Integration zu gewährleisten und die lebensweltlichen Ressourcen als Ausgangspunkt der Hilfe zu sehen“ (*Hamberger* u. a. 2004, S. 347). Dieser Ansatz möchte konsequent den individuellen Bedarf in den Mittelpunkt stellen und vermeiden, dass Kinder und Jugendliche funktional ausdifferenzierten Hilfeangeboten zugeordnet werden (vgl. a. a. O., S. 347 f.). Mit der Orientierung an der Lebenswelt der Adressaten verbindet sich auch der Blick auf die sozialräumlichen Bedingungen als Suche nach Ressourcen, aber auch ganz allgemein als präventive, die Lebensbewältigung unterstützende Aktivitäten (vgl. a. a. O., S. 350).

Diese nun dreißig Jahre zurückliegende Debatte ist mit der aktuellen Diskussion in der Behindertenhilfe vergleichbar. Den Hilfen für Menschen mit

Behinderung wurde und wird vorgeworfen, statt soziale Teilhabe als individuell umzusetzenden Hilfebedarf zu verstehen, an den traditionellen Versorgungsstrukturen festzuhalten. Bislang dominierte das stationäre Modell und ambulant betreutes Wohnen ergänzte allenfalls die stationäre Versorgung. Als ein Angebot für vergleichsweise selbstständige Personen, blieb es jedoch in seiner Logik auf die stationäre Versorgung bezogen (vgl. *Rohrmann* 2009 a, S. 4).

Die sozialpsychiatrische Bewegung ist im Unterschied zur Jugendhilfe weniger Ergebnis einer explizit an einer Theorie ausgerichteten Entwicklung, sondern in ihrer Entstehung als ethisch und politisch begründete Reaktion auf die Zustände der traditionellen Psychiatrie und ihres ausgebauten Anstaltswesens zu verstehen (vgl. *Obert* 2000, S. 72 ff.).

Kennzeichen sozialpsychiatrischer Dienstleistungen ist es, „chronisch psychisch kranke Menschen den Verbleib im Gemeinwesen zu ermöglichen, sie also darin zu unterstützen, dass sie in ihrer eigenen Lebenswelt bleiben, leben und zurecht kommen können“ (*Obert* 2004, S. 305). Als praktische Unterstützungsformen haben sich gemeindenahen Strukturen entwickelt, die sich konsequent an dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ orientieren und sich für die Versorgung einer Region in Gemeindepsychiatrischen Verbänden organisieren (vgl. *Obert* 2000, S. 97). Als übergreifendes Ziel der aktuellen sozialpsychiatrischen Diskussion gilt es, die Dienstleistungen von einer an der Institution orientierten Herangehensweise zu einer Personenorientierung weiterzuentwickeln (vgl. a. a. O., S. 98). Auch die Sozialpsychiatrie stellt also den individuellen Hilfebedarf und den Bezug zur Lebenswelt in den Mittelpunkt. Eine besondere Akzentuierung erfährt in der sozialpsychiatrischen Bewegung jedoch die Auseinandersetzung mit Macht und demokratischen Strukturen. Diese Auseinandersetzung erfolgt sowohl in Hinblick auf die hierarchisch strukturierten professionellen Systeme als auch in Bezug auf die Betroffenen und ihre Angehörigen selbst, die als Gegenüber ernst genommen und aktiv einbezogen werden (vgl. *Obert* 2000, S. 85).

Will man von hier aus Bezüge zur aktuellen Entwicklung der Hilfen für Menschen mit Behinderung herstellen, dann wird die notwendige, aber auch konsequente Kritik an der Dominanz der Institutionen und ihrer undemokratischen Strukturen (vgl. *Goffman* 1977) zu einer augenfälligen Parallele. Zu fragen ist, inwieweit die „ökonomischen und institutionellen Eigeninteressen“ (*Dörner* 1998, S. 13) auch der Träger in der Behindertenhilfe wichtiger sind als die Orientierung an den Bedürfnissen der Betroffenen. Der nun auch im BTHG aufgenommene Gedanke der Selbstbestimmung weist in Richtung einer Demokratisierung, die Betroffene mit ihren Wünschen, ihre Angehörigen sowie die Selbsthilfeverbände verstärkt zu Wort kommen lässt und in die verschiedenen Prozessplanungen einbezieht. Mit der durch das BTHG geforderten Neuausrichtung der Hilfen bietet sich auch für die Hilfen für Menschen mit Behinderung die Chance auf personenzentriert und partizipativ ausgerichtete Unterstützungsleistungen.

Mittlerweile sehen Klaus Grunwald und Hans Thiersch parallele Entwicklungen zwischen Behindertenhilfe und lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Auch die Hilfen für Menschen mit Behinderung sehen sich vor der Aufgabe, „die vorhandenen Tendenzen zur Deinstitutionalisierung der großen Einrichtungen und zur breiteren Differenzierung des Hilfsangebots auch im sozialräumlichen Horizont vehement zu stärken“ (Grunwald/Thiersch 2006, S. 147). Das Ziel dieser Aufgabe ist es, „Menschen zu einem gelingenderen Alltag zu ermutigen und ... für Menschen differenzierte Arrangements zu finden, die dies ermöglichen“ (ebd.). Auch Monika Seifert sieht die Behindertenhilfe mit der Inklusionsdebatte an einer Schnittstelle zur Sozialen Arbeit und hat dabei den Fokus auf die sozialräumlichen Konzepte gerichtet (vgl. Seifert 2009, S. 11).

Es ist erkennbar, dass die konsequent gemeinwesenorientierten, in der Lebenswelt von Adressatinnen und Adressaten ansetzenden und flexibel organisierten Leistungen der Jugendhilfe und der Sozialpsychiatrie durch eine Ausrichtung am Konzept der Lebensweltorientierung sowie durch eine entschiedene Position der Deinstitutionalisierung und Anstaltskritik in ihrer fachlichen Entwicklung wesentlich befördert worden sind.

Aufgrund der interessanten, hier nur skizzierten Entwicklungen in der Jugendhilfe und der Sozialpsychiatrie erscheint es sinnvoll, nach Faktoren zu suchen, die an der Lebenswelt ausgerichtete Hilfen für Menschen mit Behinderung erfolgreich machen können. Es ist lohnend, danach zu fragen, wie sich die Lebenswelt von Menschen mit Behinderung darstellt und wie die erbrachten Leistungen im Arbeitsfeld Wohnen die Leitideen Selbstbestimmung und Teilhabe/Partizipation aufgreifen.

Untersucht werden sollen im Rahmen dieser Arbeit die Alltagsstrukturen in gemeinwesenintegrierten Wohngruppen für Menschen mit Behinderung in ihren räumlichen, zeitlichen und sozialen Aufschichtungen und die in diesen Alltagsstrukturen sich abzeichnenden Formen der Partizipation (Teilhabe). Komplementär wird danach gefragt, inwiefern Dienstleistungen, wenn sie nicht im Heim oder in Wohnheimen, sondern in dezentralen, im Stadtteil angesiedelten Wohngruppen angeboten werden, die Lebensführung und Teilhabe von Menschen mit Behinderung in diesen Dimensionen des Alltags befördern. Es wird erwartet, dass durch die Beantwortung dieser Fragestellung Entwicklungslinien erkennbar werden, die aufzeigen wie wohnbezogene Hilfen im Sinne der durch das BTHG vorgegebenen Zielsetzungen ergänzt, neu akzentuiert und in Hilfeplanungsprozessen individuell ausgerichtet werden können.

Mit diesen Fragen an das Untersuchungsfeld heranzugehen ist legitim, denn auch vor dem stufenweisen Inkrafttreten des BTHG ab dem Jahr 2017 waren Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft Ziel der Leistungen für Menschen mit Behinderung. „Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und

gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken (§ 1 SGB IX, alte Fassung).

Die Rekonstruktion von Lebenswelt erfolgt unter phänomenologisch beschreibenden Aspekten, sie sieht die einzelne Person nicht isoliert sondern immer in den Zusammenhängen der erfahrenen Wirklichkeit, sie sieht sie in unterschiedlichen Lebensfeldern, sie betrachtet Lebenswelt normativ-kritisch und sie bezieht gesellschaftliche Hintergründe mit ein (vgl. *Grunwald/Thiersch* 2004, S. 19 ff.).

Das Konzept Lebensweltorientierte soziale Arbeit, das zu einem späteren Zeitpunkt ausführlich dargestellt werden wird, erlaubt einen analysierenden Blick auf das Thema Behinderung, der mit dem veränderten Verständnis von Behinderung in der aktuellen Fassung des SGB IX korrespondiert. Dort heißt es zum Behinderungsbegriff: „Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können“ (§ 2 Abs. 1 SGB IX). Dieses Zusammenspiel von Funktionsbeeinträchtigung und einstellungs- sowie umweltbedingten Barrieren entspricht einem Denken, das sich in den Zugängen des lebensweltorientierten Ansatzes wiederfinden lässt.

2. Entwicklungslinien in den Hilfen für Menschen mit Behinderung

Um den Wandel in den Hilfen für Menschen mit Behinderung und die mit der anstehenden Umsetzung des BTHG in der Praxis zu erwartenden Herausforderungen und Konfliktfelder einordnen zu können, ist es sinnvoll, die im Zusammenhang mit der Problemstellung angedeuteten Kernpunkte der Entwicklung ausführlicher darzustellen. Dies ist bedeutsam, da bereits ältere, aber entscheidende Konzepte, die zu einer Weiterentwicklung der Hilfen für Menschen mit Behinderung beitragen, nicht ausschließlich durch wissenschaftlich-fachliche Erkenntnisse oder rechtliche Vorgaben entstanden sind, sondern starke Anstöße auch vonseiten der Selbsthilfebewegung erfolgten. Gleichzeitig sind Widerstände erkennbar, die deutlich machen, dass die Rezeption neuer Ansätze nur zögerlich erfolgt, da Veränderungsprozesse etablierte Strukturen infrage stellen und so bei Leistungsträgern als auch Leistungserbringern fachliche, rechtliche, aber auch finanzielle Unsicherheiten auslösen.

Deutlich wird diese komplexe Gemengelage an dem Prozess der Dezentralisierung. Gezeigt werden kann sie aber auch an den Schwierigkeiten, Menschen mit Behinderung als gleichberechtigte Bürgerinnen und Bürger anzuerkennen und bestehende Bevormundung abzubauen.

2.1 Dezentralisierung als strittiger Prozess

In der für den Prozess der räumlichen Integration von Wohnangeboten in ein Gemeinwesen zunächst widerspruchsvoll erscheinenden Bezeichnung „Dezentralisierung“ lässt sich die nachhaltige Prägung der Hilfen für Menschen mit Behinderung durch eine langjährige, teilweise bis heute andauernde Tradition der Unterbringung in häufig abseits gelegenen Zentren ablesen. Dezentralisierung meint den faktischen Abbau von Plätzen in diesen Zentren zugunsten von kleineren, in Wohngebieten angesiedelten Einheiten (vgl. *Kastl/Metzler* 2015, S. 22).

Die Anfänge der Behindertenfürsorge liegen in den Anstaltsgründungen mit ihrem schützenden und verwahrenden Charakter. „Seit der Mitte des 19. Jahrhunderts erbauten christlich, ärztlich oder pädagogisch motivierte Gründerpersönlichkeiten sog. ‚Anstalten‘ für Menschen mit Behinderung und machten sie so erstmals unabhängig von reiner Armenfürsorge oder privater Mildtätigkeit durch das Angebot eines (bescheidenen) sicheren Lebensunterhalts samt Bildung und Beschäftigung“ (*Wacker* 2011, S. 87). Solche Anstalten waren Sonderwelten, die sich von der übrigen Gesellschaft sehr bewusst abgrenzten. Die

Anstalt, so wird ein Leiter aus der Zeit dieser institutionellen Anfänge zitiert, wurde gesehen „als eine christliche Familie, die nach innen zu stabilisieren und nach außen hin abzugrenzen sei“ (Störmer 2006, S. 16). In diesen Anstalten fand eine Differenzierung der Menschen mit Behinderung nach dem Kriterium der Brauchbarkeit statt (vgl. ebd.). Ein Kriterium, das in der Zeit des Nationalsozialismus als Begründung für die sog. „Euthanasie-Aktionen“ später eine entscheidende Rolle spielte. Das karitative und auf pflegerische Versorgung ausgerichtete Leitkonzept wurde, nach Unterbrechung durch den Zweiten Weltkrieg und nach den massenhaften Ermordungen von Menschen mit Behinderungen in der Zeit des Nationalsozialismus, unverändert wieder aufgegriffen und fortgeführt (vgl. Hähner 1999, S. 25f.).

Hilfen für Menschen mit Behinderung in Sondereinrichtungen haben Bestand. Dienste für Menschen mit Behinderung werden als ausdifferenzierte und spezialisierte Leistungen erbracht, die sich traditionell im Rahmen von stationären oder teilstationären Hilfen bewegen (vgl. Wacker 2011, S. 87f.). Dies kann man, bis zur Einführung des BTHG, als lange Jahre überdauerndes Merkmal der Hilfen für Menschen mit Behinderung in Deutschland kritisch herausstreichen. Während die Angebote weitgehend unverändert bleiben, haben sich die Zielsetzungen der Hilfen für Menschen mit Behinderung nicht erst seit Einführung des BTHG geändert. „Wenngleich die rechtlich vorgegebenen Ziele der Unterstützung die Eingliederung, ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben und die gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sind, werden die Hilfen häufig in Sondereinrichtungen erbracht“ (Rohrmann 2020).

Erste Ansätze, diese erkennbaren Widersprüche aufzulösen, zeichnen sich in den Prozessen von Dezentralisierung und Ambulantisierung ab. Es sind Tendenzen, die in den wohnbezogenen Hilfen auf individuellere Wohnformen abzielen. Ausgehend von kleineren (24 bis 36 Plätze) teilstationären Wohnheimen der Lebenshilfe ist auch bei den sog. Komplexeinrichtungen seit etwa den 80er Jahren ein Prozess der Dezentralisierung festzustellen (vgl. Schädler/Rohrmann 2009 a, S. 69).

Es ist jedoch schwierig sich über diesen Dezentralisierungsprozess einen Überblick zu verschaffen. Dies stellen auch Jörg Michael Kastl und Heidrun Metzler in einer Expertise für das Sozialministerium Baden-Württemberg fest. „Strukturdaten der Behindertenhilfe werden in Deutschland – im Unterschied zu den Statistiken der LeistungsempfängerInnen – nicht systematisch erhoben“ (Kastl/Metzler 2015, S. 4). Die Aufbereitung der Daten ist in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich. In Baden-Württemberg lassen sich in den vom KVJS für einzelne Landkreise erarbeiteten Teilhabeplänen die Größen der Einrichtungen ablesen, nicht jedoch Vergleichsdaten, die quantitative oder qualitative Einschätzungen über Dezentralisierungsprozesse zulassen. Bestrebungen, die Dezentralisierung voranzubringen, zeigt auch die Aktion Mensch. Das 2002 beschlossene Förderprogramm „Umwandlung von Groß- und

Komplexeinrichtungen“ hatte zum Ziel, 7500 Plätze in diesen Einrichtungen abzubauen und alternativ zur Verbesserung der Wohn- und Lebensqualität differenzierte, kleine, gemeindeintegrierte Wohnmöglichkeiten zu schaffen (vgl. *Bruchhausen* 2011).

Trotz solcher richtungsweisender finanzieller Anreize und trotz der erfolgreichen gemeindenahen Ausrichtung innerhalb der Sozialpsychiatrie, können sich die traditionellen Angebote für Menschen mit Behinderung in Großeinrichtungen behaupten, werden nachgefragt und können mit der Finanzierung ihrer Angebote aus öffentlichen Mitteln rechnen. Bereits im Vorwort in der für das Sozialministerium Baden-Württemberg erstellten Expertise zum Thema Dezentralisierung fällt eine zusammenfassende Darstellung etwas resigniert und kritisch aus, wenn festgestellt wird: „Das Konzept der Dezentralisierung wird seit vielen Jahren intensiv diskutiert, ohne dass sich in diesem Feld quantitative bedeutsame Entwicklungen abzeichneten. Daran hat im Grunde auch das Förderprogramm der Aktion Mensch trotz eines beeindruckenden finanziellen Volumen wenig geändert, so dass die Frage nach den Widerständen bedeutsam wird“ (*Kastl/Metzler* 2015, S. 3).

Parallel zu dieser zögerlichen Entwicklung auf dem Sektor der Dezentralisierung hat in den letzten Jahren der Ausbau individueller Wohnformen einen stetigen Zuwachs erfahren. Ambulantisierung meint zum einen die Ergänzung stationärer Angebote durch ambulant betreutes Wohnen, es meint aber ebenso die Umwandlung stationärer Plätze in ambulante Wohnangebote (vgl. *Kastl/Metzler* 2015, S. 9f.). Dieser Prozess der Ambulantisierung der Hilfen ist durch den Kennzahlenvergleich der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BAGüS) recht gut dokumentiert.

„Der Anteil der erwachsenen Leistungsberechtigten mit ambulanter Unterstützung beim Wohnen liegt bundesweit bei 51 Prozent. Somit erfährt über die Hälfte der erwachsenen Menschen, die Leistungen zum Wohnen erhalten, eine ambulante Unterstützung. Im Bereich von drei überörtlichen Eingliederungshilfeträgern liegt der Anteil der ambulant unterstützten Leistungsberechtigten bei über 60 Prozent: In Berlin (71,2 Prozent), in Hamburg (68,4 Prozent) und im Bereich des Landschaftsverbandes Rheinland (64,1 Prozent)“ (BAGüS 2020, S. 11). Im stationären Bereich lässt sich aus den vorliegenden Zahlen noch kein Turnaround, sondern vielmehr eine stagnierende Entwicklung erkennen. Die Zahl der stationär betreuten Leistungsempfänger sinkt geringfügig. Der Trend, der bis in das Jahr 2010 jährliche Steigerungsraten von über 10 Prozent auswies, hat sich jedoch nicht fortgesetzt (vgl. BAGüS 2020, S. 11). Bei diesen Entwicklungen im Berichtsjahr 2018 weist die Dokumentation jedoch einschränkend darauf hin: „Fast zwei Drittel der Menschen, die in einer Einrichtung stationär betreut wurden, sind Personen mit einer geistigen Behinderung (63,1 Prozent)“ (BAGüS 2020, S. 7).

Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern, den USA oder Kanada wird in Deutschland, trotz in Kraft treten der UN-Behindertenrechtskonvention im

Jahr 2009, ein sehr uneinheitliches Verständnis darüber erkennbar, welche Rahmenbedingungen bezogen auf das Wohnumfeld von Menschen mit Behinderung adäquat sind und einen die Ziele von Selbstbestimmung und gesellschaftlicher Teilhabe unterstützenden Standard bieten. Man kann dies als ein – auf sehr unterschiedlichen Interessen beruhendes – Festhalten an etablierten, vor allem finanziell abgesicherten Formen der Unterstützung interpretieren. Erkennbar ist aber auch, dass in den Hilfen für Menschen mit Behinderung stark divergierende fachliche Positionen bestehen, die nicht nur dem gemeindeintegrierten Wohnen, sondern auch den Komplexeinrichtungen als sog. Fachzentren nach wie vor Bedeutung geben (vgl. Die Initiative Verband der Komplexeinrichtungen der Behindertenhilfe Baden-Württemberg e. V. 2014).

2.2 Die Suche nach Wegen aus der Bevormundung

Bis Ende der 50er Jahre sieht Jürgen Hohmeier die inhaltliche Ausrichtung der organisierten Hilfen für Menschen mit Behinderung dominiert durch ein „kustodiales Paradigma“, orientiert an einem Handeln, das von ordnender Kontrolle, von Pflege und von fachlich sehr einfacher pädagogischer Betreuung bestimmt ist (vgl. *Hohmeier* 2004, S. 132). Mit Beginn der 60er Jahre setzen erkennbar Veränderungen ein. Dieser Zeitraum in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts war gekennzeichnet durch den Auf- und Ausbau von spezialisierten Hilfeleistungen wie Frühförderstellen, das System der Sonderschulen, die spezialisierten Werkstätten für Menschen mit Behinderung, die Weiterentwicklung von Wohnangeboten hin zu Wohngruppen in Wohnheimen statt der bislang vorherrschenden Stationen (vgl. *Wacker* 2011, S. 88). Auch der Schwerpunkt der fachlichen Ausrichtung veränderte sich in dieser Phase deutlich. Die bislang vorwiegend medizinische, auf Pflege und Versorgung ausgerichtete Behindertenarbeit öffnet sich der pädagogischen Arbeit. Förderung und Therapie sind nun die Kennzeichen der professionellen Handlungsorientierung.

Diese bei Hohmeier als therapeutisch-rehabilitatives Paradigma beschriebene Phase strebt mit medizinischen, pädagogischen und auch psychologischen Verfahren die Kompensation behinderungsbedingter Einschränkungen sowie die Entwicklung neuer Fähigkeiten an (vgl. a. a. O. 2004, S. 133).

Auch wenn sich eine Weiterentwicklung der fachlichen Ausrichtung abzeichnet, hat die spezialisierte, auf therapeutisch-rehabilitative Maßnahmen ausgerichtete Arbeit nach wie vor Bestand und kann in Verbindung mit ihrer Ausrichtung an Defiziten als weitgehend vorherrschende Einstellung gesehen werden. Besonders die unverändert weitergeführten wohnbezogenen Hilfen in stationären Spezial-einrichtungen, sog. Fach-/Kompetenzzentren setzen mit ihren multidisziplinären Angeboten nach wie vor auf diese therapeutisch-rehabilitative Ausrichtung und legitimieren so auch eine überregionale Belegung (vgl. *Kastl/Metzler* 2015, S. 15).

Die einsetzenden Bestrebungen einer Ambulantisierung und Dezentralisierung sind als Kritik an den Sondereinrichtungen zu verstehen, weitergehend aber auch als Anzeichen einer erneuten Wende in den Hilfen für Menschen mit Behinderung. Kritisiert werden der dauerhafte Verbleib in Sondereinrichtungen, mit seinen sich immer weiter ausdifferenzierenden Leistungen, die mangelnde Effizienz bei der Erreichung der angestrebten gesellschaftlichen Teilhabe und die begrenzt bleibenden individuellen therapeutischen Erfolge (vgl. *Hohmeier* 2005, S. 134f.). Aus dieser Kritik, die sich gegen eine Therapeutisierung wendet, die Pädagogik, überhaupt Professionalisierung in Frage stellt und zurückdrängen möchte, sieht Hohmeier ein „Inklusionsparadigma“ entstehen, das sich aus der Orientierung an den Leitbildern Integration und Selbstbestimmung entwickelt (vgl. a. a. O., S. 135). Die Ziele der Hilfen für Menschen mit Behinderung, Selbstbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe, werden auf die alltägliche Lebenswelt und nicht mehr auf eine unbestimmte Ferne projiziert.

Als Wurzeln der neuen Entwicklung sieht Hohmeier verschiedene, zeitlich bereits länger zurückliegende Ansätze und Leitideen, die auf das entstehende inklusive Paradigma besonderen Einfluss genommen haben. Dazu zählen das Normalisierungsprinzip, die Ideen der Independent-Living-Bewegung, das Empowerment-Konzept sowie die Vorstellungen zu einer nicht entmündigenden Pädagogik (vgl. a. a. O., S. 139). Diese, aus sehr verschiedenen Kontexten stammenden Ansätze weisen als eine gemeinsame Orientierung die Suche nach Wegen auf, die zum Ziel haben, der Bevormundung von Menschen mit Behinderung entgegenzuwirken.

2.2.1 Das Normalisierungsprinzip

Die eigentliche Kraft und Wirkung des Normalisierungsprinzips liegt bei seiner Einführung in der Anwendung als gesellschafts- und sozialpolitische Leitidee. Niels Erik Bank Mikkelsen hat diesen Ansatz sehr pragmatisch formuliert und er wurde 1959 als Grundsatz in die dänische, etwas später auch in die schwedische Sozialgesetzgebung übernommen (vgl. *Bank-Mikkelsen* 2008, S. 52). Weitergehende theoretische Ausarbeitungen wurden abgelehnt. Die Diskussion in den skandinavischen Ländern um die Entwicklung des Wohlfahrtsstaates anerkennt das Recht von Menschen mit Behinderung auf ein normales Leben. Es ging darum, Menschen mit Behinderung als Mitmenschen und damit als gleichberechtigte Bürgerinnen und Bürger zu sehen, die von den Errungenschaften der Gesellschaft, ihren Diensten und ihren Möglichkeiten der Behandlung in gleicher Weise wie die übrigen Gesellschaftsmitglieder profitieren sollten (vgl. ebd.). Unter Normalisierung wird verstanden, Menschen mit Behinderung ein Leben zuzugestehen, das sich so weit wie möglich am „normalen“ Leben einer Gesellschaft ausrichtet (vgl. *Thimm* 2008, S. 20).

Ausgangspunkt dieser Reformen in Dänemark wie auch in Schweden war die Kritik an der bestehenden Versorgungssituation in Anstalten. Bengt Nirje formulierte anhand von acht Punkten erstmalig aus, was unter Normalisierung zu verstehen sei. In dieser Konkretisierung des Normalisierungsprinzips werden, mit einer an den praktischen Erfahrungen ausgerichteten Orientierung, Themen und Handlungsmöglichkeiten aufgeführt, die als unstrittige Bestandteile eines normalen Lebens angesehen werden. Es handelt sich, beginnend mit einem normalen Tagesrhythmus und der Trennung von Arbeit, Freizeit und Wohnen, um allgemein übliche gesellschaftliche Gegebenheiten und Bedingungen des täglichen Lebens, die der Bevölkerung sehr selbstverständlich zur Verfügung stehen, Menschen mit Behinderung aber in den bestehenden Betreuungsangeboten bis dahin vorenthalten wurden (vgl. *Thimm* 2008, S. 20–22). Der geforderte gesellschaftlich übliche Ortswechsel bringt auch neue Anforderungen in Bezug auf die Mobilität, um einen Wechsel zwischen den verschiedenen Lebensfeldern zu ermöglichen.

Mit der Orientierung am Normalisierungsprinzip wurde die bislang übliche Anstaltsunterbringung obsolet und es entwickelte sich in Skandinavien eine Angebotsstruktur, die es Menschen mit Behinderung ermöglichen sollte, so normal zu leben wie andere auch, mitten in der Gesellschaft, in der eigenen Wohnung oder in kleinen Wohngemeinschaften (vgl. *Theunissen* 2012, S. 46).

Diese an der Normalisierung der alltäglichen Bedingungen ausgerichtete Entwicklung in Skandinavien wurde in den USA und Kanada interessiert aufgegriffen und von Wolf Wolfensberger auch theoretisch weiter ausgearbeitet. Die konzeptionellen Überlegungen von Wolfensberger gingen über den ganz pragmatischen Ansatz in Skandinavien hinaus und führten in den USA und Kanada zu einem neuen, interaktionischen Verständnis im Zusammenhang von Behinderung und Gesellschaft. „Wolfensberger stellt Normalisierung ausdrücklich in das Spannungsfeld von gesellschaftlichen Erwartungen auf der einen Seite und von individuellen Erscheinungsweisen, die die Gefahren in sich bergen, als deviant interpretiert zu werden, auf der anderen Seite. Normalisierung vollzieht sich durch physische und soziale Integration des gefährdeten Individuums. Durch die Integration werden Veränderungen auf beiden Seiten möglich, die Beziehungen zwischen Individuum und Gesellschaft sind normalisiert“ (*Thimm* 2008, S. 25). Damit kommen Aspekte in die Diskussion des Normalisierungsprinzips, die in der Auseinandersetzung um die gesellschaftliche Anerkennung von Menschen mit Behinderung eine wichtige Rolle spielen. Es geht nicht nur um formale Rechtspositionen, sondern um das im Rahmen von sozialen Interaktionen auszubalancierende und zu erweiternde akzeptierende Verständnis von Unterschiedlichkeiten und Gemeinsamkeiten im gesellschaftlichen Zusammenleben. Walter Thimm sieht hier Wolf Wolfensberger in inhaltlicher Nähe zu Erving Goffman und dessen Ausführungen zum Stigmamanagement: „Identität ist nur zu erreichen, indem biografische Einmaligkeit (persönliche Identität)

und So-Sein-Wie-Andere (soziale Identität) immer wieder ausbalanciert werden“ (Thimm 2008, S. 25). Wolfensberger erweitert sein Verständnis des Normalisierungsprinzips zum Konzept der „Social Role Valorization“. Ihm kommt es darauf an, durch Analyse auf der Interaktionsebene sowie auf der Ebene gesellschaftlicher Wahrnehmung (Interpretationsebene) die soziale Position von Menschen mit Behinderung zu erfassen und durch Normalisierung der zur Verfügung gestellten Hilfen, durch Normalisierung der Strukturen dieser Dienstleistungen und durch die Angleichung der Lebensbedingungen ihre Rolle, eingebettet in gesellschaftliche Bezüge, bis hin zur angestrebten Integration zu verbessern (vgl. Pitsch 2006, S. 227 / Thimm u. a. 2008, S. 94f.). Einbegriffen in dieses erweiterte Verständnis von Normalisierung ist die konsequente Ablehnung jeder Form institutioneller Betreuung in Sondereinrichtungen.

Die bisherigen Versuche zur Übertragung des Normalisierungsprinzips in andere Länder sind von einer Umformulierung und teilweise wie bei Wolfensberger von einer Neuformulierung der grundlegenden Gedanken begleitet und kommen aufgrund der Verschiedenartigkeit der gesellschaftlichen Realitäten und Vorbehalte kaum über erste, theoretische Phasen der Implementation hinaus (vgl. Ferber 2008, S. 189f.). Für die Frage der Rezeption des Normalisierungsprinzips in der Bundesrepublik Deutschland ist diese Feststellung von Ferber wichtig, denn sie macht deutlich, dass die Möglichkeiten einer interkulturellen Übertragbarkeit des Normalisierungsprinzips, bedingt durch die unterschiedlichen sozialen Sicherungssysteme, begrenzt sind. Im Unterschied zur Bundesrepublik, dies ist ausschlaggebend für den Erfolg als gesellschaftspolitisch wirksames Reformkonzept, konnte das Normalisierungsprinzip in Skandinavien als Leitidee direkt in das Fürsorgerecht übernommen werden.

Das Verdienst das Normalisierungsprinzip in Deutschland aufgegriffen und in die fachliche Diskussion eingebracht zu haben, wird Tom Mutters und der Lebenshilfe zugeschrieben. „Tom Mutters hat durch seine zahlreichen internationalen Verbindungen Deutschland geöffnet für die in den 1960-er und 1970-er Jahren des vorigen Jahrhunderts von Skandinavien ausgehenden Reformbestrebungen, die gebündelt als Normalisierungsprinzip in die Fachwelt eingegangen sind“ (Thimm 2008, S. 7).

Die Auseinandersetzung mit dem skandinavischen Normalisierungsprinzip, bspw. durch einen von der Lebenshilfe 1985 organisierten europäischen Kongress in Hamburg, entwickelte sich in Deutschland nicht zu einer kraftvollen Reformbewegung, die sich – anders als die sozialpsychiatrische Bewegung – für eine konsequente Deinstitutionalisierung engagierte oder sich gegen die Dominanz der stationären Betreuung, vor allem in den traditionellen Anstalten wendete. Die Diskussion konnte die traditionell bestehenden Einrichtungen und Anstalten im Grundsatz nicht erschüttern. Allenfalls wurden einzelne anstaltsinterne Abläufe, orientiert an den von Nirje ausformulierten, das Normalisierungsprinzip konkretisierenden Bereichen, intern diskutiert und moderat angepasst. Exemplarisch

für solche Anpassungsleistungen stehen Themen wie die häufig noch bestehende strikte Trennung von Männern und Frauen, fehlende Aktivitäten und Beschäftigungsmöglichkeiten außerhalb der Stationen, die Zeiten der Nachtruhe, die Art der Bekleidung und auch die Ausstattung der Einrichtung im Hinblick auf die Größe der Stationen oder der Wohngruppen. Eine veränderte Sicht, Menschen mit Behinderung etwa wie in Skandinavien als gleichberechtigte Bürgerinnen und Bürger zu betrachten, war damit nicht verbunden.

„Die meisten dieser Institutionen zeigten bis weit in die 1990er Jahre ein selbstgenügsames Beharrungsvermögen, welches nicht selten spezifischen Trägerinteressen, vor allem der Aufrechterhaltung von Macht, Geltung, Einfluss und Autorität, geschuldet war. So wurden Vorstellungen wie die Auflösung von Heimen oder die Deinstitutionalisierung als eine existentielle Bedrohung wahrgenommen, weswegen das Anstaltswesen als Errungenschaft aus der Geschichte mit allen Mitteln verteidigt werden musste“ (*Theunissen* 2012, S. 53).

Parallel hierzu wurden aber auch fachliche Positionen bezogen, die sich mit inhaltlichen Argumenten gegen die Auflösung der Anstalten verwarren. So beschreibt Christian Gaedt die Anstalt durchaus kritisch als ungünstige Umwelt und daher als reformbedürftig; allerdings sieht er auch erhebliche Risiken in den mit einer Dezentralisierung verbundenen Prozessen der Normalisierung und Integration (vgl. *Gaedt* 1983, S. 162). Die Schwierigkeit des Versuchs einer gesellschaftlichen Integration wird abgeleitet aus den für das Verhältnis von Individuum und Gesellschaft wichtigen Aneignungsprozessen, die Menschen mit Behinderung, mit den ihnen zugeschriebenen, eingeschränkten Aneignungsfähigkeiten, nicht in der von der Gesellschaft erwarteten Weise erbringen können (vgl. a. a. O., S. 160 f.). Gaedt sieht das Risiko einer Überforderung, der mit einem differenzierten, auf Menschen mit Behinderung und ihre Entwicklungsmöglichkeiten abgestimmten Lebensraum begegnet werden soll. „Der Behinderte braucht einen ‚Ort zum Leben‘ als gesellschaftlichen Zusammenhang, durch den er sich über gemeinsame Lebenserhaltung und Lebensgestaltung auf dem ihm möglichen Niveau als handelnder Mensch erleben kann“ (*Gaedt* 1983, S. 165).

Solche Versuche, Anstalten und Komplexeinrichtungen auch inhaltlich zu legitimieren, werden interessanterweise in der Bundesrepublik auch von Leistungsträgern nicht als obsolet erachtet und führen dazu, unabhängig von den Entwicklungen bspw. in Großbritannien, in Skandinavien oder in den USA, dass die Unterbringung in großen Einrichtungen Bestand hat. Allerdings, wie die einleitenden Hinweise zur Ambulantisierung zeigen, mit einem gewissen Nord-Süd-Gefälle. Dies weist darauf hin, dass die fachlichen Fragen in Bezug auf die Normalisierung von Lebensbedingungen noch nicht erledigt sind. Kritisch hinterfragen Jörg Michael Kastl und Heidrun Metzler in der oben bereits erwähnten Expertise für das Sozialministerium Baden-Württemberg die Haltung der Akteure in den Hilfen für Menschen mit Behinderung und bezweifeln, dass eine gemeinde-nahe dezentrale Unterstützungsstruktur als fachliche Position unstrittig Akzeptanz

findet. „Ist es tatsächlich die fachliche Überzeugung aller Beteiligten, dass eine dezentrale, in die Gemeinden integrierte Unterstützungsstruktur für Menschen mit allen Behinderungsarten und -graden einen Zugewinn an Teilhabe und Lebensqualität bedeutet? Diese Diskussion wird in manchen Bundesländern geführt; in Baden-Württemberg besteht die Schwierigkeit, dass 44 Stadt- und Landkreise jeweils ihre eigene fachliche Planung in sog. Teilhabeplänen vornehmen. Bereits ein kursorischer Überblick über diese Pläne zeigt, dass hier keineswegs einheitliche fachliche Ziele verfolgt werden“ (*Kastl/Metzler 2015, S. 26*).

Dies bedeutet, dass in der Bundesrepublik der grundsätzliche Ansatz des Normalisierungsprinzips, die alltäglichen Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderung so normal wie möglich zu gestalten, sie als gleichberechtigte Bürger mit Dienstleistungen zu versorgen, die dem gesellschaftlichen Standard entsprechen, nicht verstanden wird oder immer noch nicht konsensfähig ist. Vor dem Hintergrund der vielschichtigen Interessenlagen von Leistungsträgern und Leistungserbringern ist es daher noch nicht abzusehen, ob diese vor Einführung des neuen Bundesteilhabegesetzes formulierte Einschätzung in den Jahren nach einer Umsetzung des BTHG revidiert werden muss.

Offen bleibt die Frage nach dem normativen Gehalt des Normalisierungskonzepts. Von skandinavischer Seite wurde bei der Frage danach eine Explikation immer wieder zurückgewiesen und die ganz pragmatische Herangehensweise betont. So sagt Niels Erik Bank-Mikkelsen in einem 1979, also 20 Jahre nach Beginn der Reformen geführten Interview: „Aber ich weiß schon, dass man wohl einen fundierten theoretischen Hintergrund braucht, wenn man solche Dinge andernorts durchführen will, besonders in Deutschland. Damit können wir jedoch nicht dienen, denn die dänische Bevölkerung hat dies hier im Großen und Ganzen als natürliche Sache akzeptiert“ (*Bank-Mikkelsen 2008, S. 72*).

Wenn es um die eklatanten Abweichungen der Lebenssituation von Menschen mit Behinderung geht, wie sie durch die Anwendung des Normalisierungsgedankens erkennbar werden, dann gibt es ausreichend Punkte, die keiner expliziten Begründung bedürfen und unmittelbar verbessert werden können. Dies zeigen, mit Einschränkungen, auch die internen Reformen in den Anstalten. Walter Thimm geht davon aus, dass die normative Setzung, dass Menschen mit Behinderung als Bürger die gleichen Rechte haben wie andere Bürger auch, einen ebenso breiten Konsens finden dürfte, wie die Konkretisierung normaler Lebensbedingungen durch Bengt Nirje, weil sie auf faktisch anerkannten Normen beruhen (vgl. *Thimm u. a. 2008, S. 99 f.*). Allerdings ist dieser Konsens gesellschaftlich durchaus nicht ungefährdet, wie immer wieder aufflammende Diskussionen um den Wert menschlichen Lebens zeigen (vgl. bspw. die sog. „Singer-Debatte“ rund um die Veröffentlichung seiner 1979 erschienen „Praktischen Ethik“ und die Einladung zu einer Tagung der Bundesvereinigung der Lebenshilfe 1989).

Offener und durch die Ausformulierungen des Normalisierungsprinzips nicht gedeckt ist die Frage nach dem normativen Gehalt, wenn es ganz allgemein

um die normalen Lebensbedingungen in den gegebenen gesellschaftlichen Strukturen geht. Diese Einbeziehung der gesellschaftlichen Ebene taucht im kommunikationstheoretisch angelegten Ansatz von Wolf Wolfensberger auf, aber nicht als Gesellschaftskritik, sondern beschränkt auf die Perspektive wie Integration, auch auf gesellschaftspolitischer Ebene, positiv befördert werden kann. Die Chancen so normal wie möglich zu leben, die Chancen, als Bürgerin oder Bürger gesehen zu werden, stehen jedoch durchaus in Abhängigkeit von den jeweiligen gesellschaftlichen Realitäten, dem, was gesellschaftliche Strukturen abverlangen, ermöglichen und verhindern. Gesellschaftliche Normalität und Normalisierung sind auf diese Aspekte hin kritisch zu befragen, im Ansatz des Normalisierungsprinzips selbst werden solche Fragen jedoch nicht aufgegriffen.

Die Normalisierung der alltäglichen Lebensbedingungen ist durch die Veränderung der Wohnsituation allein nicht zu erreichen. Notwendig sind neben dem Ort auch die Qualität des Wohnens sowie die den Alltag erweiternden gemeindenahen Lebensfelder von Arbeit und Freizeit (vgl. *Thimm* 2008, S. 161). Vor dem Hintergrund des postindustriellen gesellschaftlichen Wandels, den Diskussionen um eine zunehmende Individualisierung, Pluralisierung und den damit verbundenen Chancen und Risiken, werden von Thimm gesellschaftspolitische Tendenzen und eine gemeinwesenorientierte Ausrichtung der Behindertenhilfe in die Diskussion einbezogen. „Unterschiedlich akzentuierte Zustandsbeschreibungen unserer westlichen postindustriellen Gesellschaft münden also ein in gesellschaftspolitische Forderungen nach Regionalisierung, nach lebensweltlicher Ausrichtung sozialstaatlicher Gestaltung“ (*Thimm* 2008, S. 222).

Immer noch unter dem Leitkonzept der Normalisierung entwirft er ein Bild der Hilfen für Menschen mit Behinderung, das sich konsequent an den alltäglichen Lebensbedingungen ausrichtet, dabei das soziale Umfeld einbezieht, ein System, das sich nicht an Institutionen, sondern am individuellen Bedarf orientiert. Das Leitkonzept der Normalisierung und die darauf sich beziehenden Hilfen werden von Thimm in einem Dreieck aus den Eckpunkten Lebensweltorientierung, Gemeinwesenorientierung und Partizipation dargestellt (vgl. *Thimm* 2008, S. 223 f.).

2.2.2 Selbstbestimmung und die Selbstbestimmt-Leben-Bewegung

Das Thema Selbstbestimmung kam, mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung, über die Selbstbestimmt-Leben-Bewegungen aus den USA hier in der Bundesrepublik in die Diskussion der Hilfen für Menschen mit Behinderung. Im Grunde kann Selbstbestimmung zunächst als ein „Kampfbegriff“ verstanden werden, ein neues Leitkonzept, mit dem sich vor allem Menschen mit Körperbehinderungen von den als diskriminierend erlebten Hilfen der Wohlfahrt absetzten. „Was jahrzehntelang unter dem Deckmäntelchen der Wohltätigkeit und

des Nur-das-Beste-für-die-Behinderten-Wollens verhüllt und beschönigt wurde, gerät langsam ins Wanken und wird als das entlarvt, was es oftmals in Wirklichkeit ist – eine tief verwurzelte und haarsträubende Diskriminierung Behinderter“ (*Miles-Paul* 1992, S. 3). Vor diesem Hintergrund wird verstehbar, dass von verschiedenen Gruppierungen der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung die Verwendung des Selbstbestimmungsbegriffs durch die traditionellen Behindertenorganisationen kritisiert wird. Man versucht sich von solchen Aneignungsversuchen strikt abzugrenzen. Das Konzept Selbstbestimmung war jedoch inhaltlich so überzeugend, dass die allgemeine Übernahme dieser Leitidee zumindest in die Grundsatzprogramme und Leitbilder der in diesem Feld tätigen Organisationen nicht zu verhindern war. Selbstbestimmung hat inzwischen den Status eines Kampfbegriffes deutlich überwunden und ist neben der gesellschaftlichen Teilhabe die dominante Zielbestimmung in der Gesetzgebung des SGB IX. Die skeptische Haltung gegenüber einer allgemeinen, im Vergleich zu der ursprünglichen Verwendung eher unbestimmten und weniger konsequenten Übernahme des Begriffs behält ihre Berechtigung.

Die Independent-Living-Bewegung entwickelte sich aus zahlreichen Aktivitäten und Auseinandersetzungen von Menschen mit einer Körperbehinderung, die zum Ziel hatten, ein gleichberechtigtes und selbstbestimmtes Leben in der Gemeinde und die gesetzliche Absicherung gegen Diskriminierung von Menschen mit Behinderung zu erstreiten. Als Initialzündung der Bewegung wird die erfolgreiche Auseinandersetzung von Ed Roberts und anderer gesehen, die sich trotz einer Körperbehinderung und hohem Unterstützungsbedarf, die Zulassung zum Studium an der Universität of California in Berkeley und anderen Hochschulen in den USA erkämpften (vgl. *Miles-Paul* 1992, S. 13). 1972 wurde in Berkeley das erste Centre for Independent Living (CIL) als gemeindeorientierte Organisation von Menschen mit Behinderungen gegründet, ein Modell, das rasch in verschiedenen Städten der USA von Behinderteninitiativen aufgegriffen wurde und wesentlich dazu beitrug, dass in vergleichbarer Weise und über den eigentlichen universitären Bereich hinaus, Dienstleistungen für die gesamte Gemeinde entstehen konnten (vgl. a. a. O., S. 14). Die CIL haben den Anspruch, die gesamte Palette an Bedarfen durch die Bereitstellung oder Vermittlung von Hilfeleistungen abzudecken. Das Spektrum reicht von Beratung, vor allem durch Peer Counseling, über Vermittlungsdienste und die Funktion einer Informationszentrale in vielfältigen Fragen zum Thema Behinderung bis hin zu Beratung bei Hilfsmitteln und baulichen Fragen, Schulung und Vermittlung von Helferinnen und Helfern sowie Independent Living Trainings für Betroffene (vgl. *Rüggeberg* 1985, S. 107 ff.). Man darf sich diese CILs nicht als eigenen Dienstleister vorstellen. Sie funktionieren vor allem über die Vermittlung der unterschiedlichsten Hilfen, nicht über ihre Bereitstellung, und sichern so die Unabhängigkeit der Betroffenen, bieten Hilfe zur selbständigen Organisation des eigenen Lebens (vgl. a. a. O., S. 106).

Ähnlich wie das Normalisierungsprinzip zielt die Selbstbestimmt-Leben-Bewegung auf Gleichberechtigung, auf normale Lebensbedingungen und Partizipation an den gesellschaftlichen Errungenschaften. Der Unterschied liegt jedoch darin, dass Independent Living nicht auf dem Wege einer staatlichen Maßnahme und Planung erfolgt, als Impuls von Eltern oder anderen Nichtbehinderten, sondern als selbstbewusste Forderung von Menschen mit Behinderung vorgetragen wird, die für ihre Rechte eintreten und kämpfen. Für die Beschreibung der Zielsetzung der Independent-Living-Bewegung in den USA verwendet Ottmar Miles-Paul eine Definition des Institute for Rehabilitation and Research, Houston (Texas). Demnach ist es charakteristisch für Independent Living, die Kontrolle über das eigene Leben zu haben. Inhaltlich bedeutet Kontrolle über das eigene Leben, die eigenen Angelegenheiten zu regeln, am täglichen Leben in der Gemeinde teilzunehmen, verschiedene soziale Rollen auszuüben, Entscheidungen zu treffen, die zur Selbstbestimmung führen und gleichzeitig die physische Abhängigkeit von anderen zu reduzieren (vgl. Miles-Paul 1992, S. 8).

Auch in Deutschland entwickelte sich die Selbstbestimmt-Leben-Bewegung aus der Unzufriedenheit mit der bestehenden Behindertenarbeit und den Organisationen, die von Eltern und anderen Nichtbehinderten dominiert waren (vgl. Miles-Paul 1992, S. 63). Wie in den USA waren es in Deutschland zahlreiche Aktionen, die Besetzung von Gebäuden oder Proteste im Rahmen offizieller Veranstaltungen, die mit teilweise drastischen Handlungsweisen auf Barrieren, die erschwerte Integration und die als behindertenfeindlich erlebte Umwelt aufmerksam machen wollten. Das sog. Krüppeltribunal am Ende des UNO-Jahres der Behinderten 1981 zeigte nicht nur die Unzufriedenheit mit den für Menschen mit Behinderung bestehenden Bedingungen auf. Es wurden auch Spannungen innerhalb der Gruppierungen selbst sichtbar, da ein Teil der Bewegung die gleichberechtigte Zusammenarbeit mit Nichtbehinderten ablehnte (vgl. a. a. O., S. 64).

Nach einem Kongress in München und Besuchen von Aktivisten in den USA wurden entsprechend dem Vorbild der dortigen „Independent Living Programmes“ (ILPs) auch in Deutschland sog. Zentren für selbstbestimmtes Leben aufgebaut, es kam zur Gründung des europäischen Netzwerkes ENIL sowie, auf bundesrepublikanischer Ebene, zum Zusammenschluss der verschiedenen Initiativen zur Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben (ISL) (vgl. a. a. O., S. 65).

Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung bedeutet auch für die ISL in Deutschland, die Kontrolle über das eigene Leben zu erlangen und Abhängigkeiten zu minimieren. Orientiert an der internationalen Ausrichtung sind für die Selbstbestimmt-Leben-Bewegung in der Bundesrepublik die folgenden Grundsätze besonders wichtig: Gleichstellung und Anti-Diskriminierung, Ablehnung eines vor allem medizinisch dominierten Verständnisses von Behinderung, keine Aussonderung, sondern Integration, Kontrolle über die Organisation und die Dienstleistung selbst und Peer Support, die Beratung Behinderter durch andere Menschen mit Behinderung (vgl. Miles-Paul 1992, S. 67 ff.).

Aber auch Menschen mit einer geistigen Behinderung schlossen sich zusammen und begannen für sich selbst zu sprechen, um gehört zu werden und um in erster Linie als Menschen gesehen zu werden, denen in der Gesellschaft eine anerkannte Rolle zusteht. 1969 berichtet Bengt Nirje von einer in Schweden auf Initiative einer Elternorganisation abgehaltenen Konferenz, in der Menschen mit einer geistigen Behinderung ihre Angelegenheiten selbst diskutierten. Weitere Konferenzen in England (1972), in Kanada (British Columbia 1973) und den USA (Oregon 1974) folgten (vgl. The Minnesota Governor's Council on Developmental Disabilities 2021). Daraus entstanden Organisationen und Bewegungen wie People First, die für das Recht eintraten, sich selbst vertreten, für sich selbst sprechen zu können. „Inspired by the advocacy and civil rights groups of the 1960s, and formed partly in reaction to professional and parental attitudes, self-advocacy groups formed their own organizations at the local, state, and national levels. (...) Self-advocates are saying loudly that they are no longer the objects of professionals or the ‚mentally retarded‘ patient; nor are they the ‚eternal children‘ of the early parents‘ movement. ‚We are People First‘, and the disability should be considered second, if at all“ (ebd. 2021).

Die Zielsetzungen dieser Bewegung sind darauf ausgerichtet, an Entscheidungsprozessen beteiligt zu sein. Mit dem einprägsamen Leitmotiv „Nothing about me without me“, das in Deutschland dann als „Nichts über uns ohne uns“ Verwendung findet, werden folgende Forderungen verbunden: Wir sind zunächst und in erster Linie Menschen, Individuen mit eigener Identität, möchten unsere eigenen Entscheidungen treffen, wir möchten an unseren Wert als Menschen glauben und dabei unterstützt werden und wir möchten, dass die anderen Menschen an unseren Wert glauben und uns nicht diskriminieren (vgl. The Minnesota Governor's Council on Developmental Disabilities 2021).

Während sich die von Menschen mit einer Körperbehinderung getragene Selbstbestimmt-Leben-Bewegung in Deutschland von der etablierten, traditionellen Behindertenhilfe scharf abgrenzt, wurde im Umfeld der Menschen mit einer geistigen Behinderung das Leitmotiv der Selbstbestimmung deutlich weniger radikal aufgegriffen und diskutiert. Es entwickelten sich aber auch Initiativen, die ohne die scharfe Abgrenzung gegenüber Nichtbehinderten, individuell und bedarfsorientiert Assistenz- und Unterstützungsleistungen für körperlich und geistig behinderte Menschen anbieten und die Leitideen der Selbstbestimmung innerhalb eines professionellen Systems konzeptionell so aufgreifen, dass die Verfügungskompetenz über die Dienstleistung bei den Betroffenen bleibt (vgl. www.fib-ev-Marburg.de/ fib e. V.).

Das Thema Selbstbestimmung wird aufgegriffen von Elterninitiativen und wird nach und nach auch in den etablierten Hilfen für Menschen mit Behinderung zu einem neuen, besonders herausgestellten Leitkonzept. So hat die Bundesvereinigung der Lebenshilfe 1990 Selbstbestimmung als Leitidee in ihr Grundsatzzprogramm und kurze Zeit später auch in die Vereinssatzung aufgenommen

(vgl. *Frühauf* 1996, S. 8). Die sich durch die Aneignung des Konzepts Selbstbestimmung abzeichnenden Veränderungen werden auf einem 1994 in Duisburg zum Thema Selbstbestimmung durchgeführten Kongress der Bundesvereinigung Lebenshilfe auch symbolisch deutlich. Bereits bei der Vorbereitung sind Menschen mit Behinderung einbezogen und die Veranstaltungen der Tagung selbst werden von Menschen mit Behinderung und von der professionellen Fachwelt gemeinsam besucht (vgl. ebd.).

1992 spricht eine Vertreterin von ILSMH (International League of Societies for Persons with Mental Handicap) vor der Generalversammlung der UNO und macht in dieser Rede den veränderten Ansatz, das neue Selbstverständnis von Menschen mit einer geistigen Behinderung deutlich. Man müsse lernen, so die Aufforderung, wie man zuhört, und lernen, wie man Menschen mit einer geistigen Behinderung versteht; man müsse verstehen, dass man als Mensch mit einer Behinderung in der Gemeinde und nicht in der Anstalt leben will, und verstehen, dass man das Recht beansprucht, in Bezug auf das eigene Leben eine Auswahl und Entscheidungen zu treffen (vgl. *Knust-Potter* 1998, S. 92).

Die Anwendung des Selbstbestimmungsbegriffs, abgeleitet von Kants philosophischen Überlegungen zur praktischen Vernunft, ist vor allem im Kontext der Menschen mit einer geistigen Behinderung nicht ohne Schwierigkeiten und es wird Menschen im Zusammenhang mit komplexeren und vor allem kognitiven Formen von Beeinträchtigungen teilweise abgesprochen, sich als autonom zu verstehen (vgl. *Kulig/Theunissen* 2006, S. 239 f.). Neu für die traditionelle Behindertenhilfe, aber weniger umstritten, war die Forderung nach Selbstbestimmung oder Autonomie von körperbehinderten Menschen, die über Kompetenzen verfügen, um den Einsatz ihrer Assistentinnen und Assistenten selbst zu steuern. Es gehört zu den Grundsätzen der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung, nicht nur die Kontrolle über die Organisation, sondern auch die Kontrolle über die Dienstleistung selbst in der Verantwortung von Menschen mit Behinderung zu belassen bzw. sie zu dieser Kontrolle zu befähigen (vgl. *Miles-Paul* 1992, S. 68 f.). Die Ausweitung der Forderung nach Selbstbestimmung für Menschen mit einer geistigen Behinderung, die durch einen komplexen Unterstützungsbedarf nicht selbst die Regie übernehmen können, um ihre Dienste zu steuern, ist aus einer Menschenrechtsperspektive anzuerkennen. Als Recht auf eine individuelle Lebensführung und auch als Anspruch auf die dieses Recht absichernde alltägliche Unterstützung. Die Idee der Selbstbestimmung, beginnend als philosophische Erkenntnis der Aufklärung, ist inzwischen als politische Idee der menschlichen Freiheit Grundlage in Verfassungen liberal-demokratischer Gesellschaften, findet sich in den Erklärungen der allgemeinen Menschenrechte vom Dezember 1948 und ist auch im Artikel 2 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland festgeschrieben. Selbstbestimmung kann verstanden werden als normative Leitidee, als ein Ziel, das in Rechtsnormen aufgenommen ist und damit, wie in der Deklaration von Madrid, als Menschenrechtsfrage einen

berechtigten Anspruch auch von Menschen mit Behinderung ableitbar macht (vgl. Kulig/*Theunissen* 2006, S. 240).

Es ist hier nicht der Raum, die Idee der Selbstbestimmung oder der Autonomie in ihren zahlreichen Facetten zu diskutieren. Ich möchte jedoch einige wenige konkretisierende Aspekte aufgreifen, die Beate Rössler im Zusammenhang von Autonomie und einem gelungenen Leben diskutiert, da sie für die Einordnung von Selbstbestimmung gerade in den wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit Behinderung hilfreich und handlungsanleitend sind.

Rössler steckt mit der Freiheit von Zwang, mit der Freiheit, zwischen verschiedenen Möglichkeiten wählen zu können, den Rahmen dessen ab, was autonomen Personen zugeschrieben werden soll. „Zur richtig verstandenen Autonomie gehört folglich sowohl die Abwesenheit von Hindernissen als auch ein Horizont von (in einem sehr weiten Sinn) sinnvollen und wünschenswerten Optionen. Und dazu gehört auch die autonome Person, die sich in der Reflexion auf die Frage, wie sie leben will, mit ihren Vorstellungen und Wünschen, in ihrem jeweiligen sozialen Kontext auseinandersetzen und identifizieren kann“ (Rössler 2017, S. 43). Selbstbestimmung, auch bei Menschen mit Behinderung, dreht sich nicht nur um die Kleinigkeiten des alltäglichen Lebens, um das, was man anziehen oder essen will. Selbstbestimmung geht um Vorhaben und Projekte, z. B. bezogen auf das eigene Wohnen, den Beruf, die Familie, Partnerschaften, Freundschaften usw., die einer Person wichtig sind, denn diese machen den Inhalt des Lebens aus (vgl. Rössler 2017, S. 44). Diese Vorhaben und Ziele sind nicht nur abhängig von der individuellen Willensbildung, sondern sie unterliegen auch starken sozialen Einflüssen. Bei der Umsetzung, aber auch bei der Entwicklung ihrer Vorhaben sind die Einzelnen eingebunden in und bestimmt von sozialen Beziehungen. Autonomie entsteht im Dialog, in der Auseinandersetzung mit anderen. Rössler argumentiert, „dass soziale Beziehungen auch deshalb notwendig und für die Autonomie einer Person konstitutiv sind, weil sie sich die praktische Frage stets in Verpflichtungen, in Beziehungen, in Kontexten der Sorge stellt“ (Rössler 2017, S. 53). Im Alltag, so Rössler, erleben wir zahllose Aspekte, die nicht auf einer eigenen Wahl beruhen. Es entsteht eine Spannung aus diesen alltäglichen Erfahrungen und dem trotz dieser Erfahrungen aufrechterhaltenen grundsätzlichen Selbstverständnis einer selbstbestimmten Lebensführung (vgl. a. a. O., S. 14 f.).

Es wird also im Alltag immer wieder die Frage aufgeworfen, ob die aktuelle Lebensführung Änderungen bedarf. Solche Fragen als Anregung und Angebot zu stellen oder situativ aufzugreifen, sollte in wohnbezogenen Hilfen Teil der Unterstützungsleistung sein.

Voraussetzung für die Möglichkeit autonomen Handelns und damit ein wichtiges Kriterium für die wohnbezogenen Hilfen sind soziale Bedingungen, die den anderen und seine prinzipielle Autonomie anerkennen. „Ohne eine bestimmte Selbstachtung oder ohne Selbstwert ist es nicht möglich autonom zu handeln. Wenn das, was eine Person glaubt und für wertvoll hält, nicht wenigstens von

bestimmten Anderen oder bestimmten Gruppen ihrer sozialen Umgebung anerkannt, geschätzt, für sinnvoll gehalten wird ..., dann kann sie nicht *autonom*, nicht aus *eigenen* Gründen handeln“ (Rössler 2017, S. 54).

Dies verweist auf die Ausrichtung der alltäglichen Unterstützung, auf die Bedeutung der sozialen Kommunikation im Alltagsgeschehen, das Zuhören und, wie es als Forderung von Menschen mit Behinderung selbst formuliert wurde, auf die Notwendigkeit, zu lernen, Menschen mit Behinderung zu verstehen.

Auch wenn hier die Frage nach der gegebenen Reflexionsfähigkeit nicht gestellt wird, verdeutlichen die von Rössler eingebrachten Aspekte für die unterstützenden Hilfen von Menschen mit Behinderung die Bedeutung der Strukturen des Alltags und der sich darin abbildenden Bedingungen. Sie zeigen das Dilemma, wenn Menschen aufgrund einer Behinderung in diesem Alltag die Anerkennung als prinzipiell autonome Subjekte verwehrt wird.

Die Bedeutung von Selbstbestimmung oder, in synonyme Verwendung, die Bedeutung von Autonomie liegt darin, dass sie als Vorbedingung für ein gutes, gelungenes Leben verstanden werden muss (vgl. Rössler 2017, S. 232).

2.2.3 Empowerment

Empowerment als Konzept und Leitidee ist in den unterstützenden Hilfen für Menschen mit Behinderung in enger Verbindung mit den Forderungen nach einer selbstbestimmten Lebensführung zu sehen. In der theoretischen Fachdiskussion ist der Ansatz des Empowerment generell anerkannt und eine allgemein vertretene Handlungsstrategie. In der Praxis der Behindertenhilfe sind Handlungsansätze des Empowerment aber vor allem den Selbsthilfebewegungen zuzuordnen (vgl. Seckinger 2011, S. 314).

Bei dem Versuch, Empowerment begrifflich einzuordnen, unterscheidet Herriger zwei Zugänge: „(1) Empowerment als Leitformel einer Politik der Selbstbemächtigung im Kontext der Bürgerrechts- und Selbsthilfe-Bewegung; und (2) Empowerment als Signum eines neuen professionellen Handlungsprogramms im Horizont der psychosozialen Praxis: Empowerment als kollektiver Prozess der Selbst-Aneignung von politischer Macht (...) Empowerment als professionelles Konzept der Unterstützung von Selbstbestimmung“ (Herriger 2002, S. 16 f.).

Die verschiedenen Definitionen von Empowerment setzen unterschiedliche Akzente, weisen in ihren Zugängen jedoch viele Gemeinsamkeiten auf. Als wesentliche Aspekte können zusammenfassend herausgegriffen werden: Empowerment zielt auf einen Zuwachs an Macht bezogen auf die eigenen Angelegenheiten; Empowerment stellt dabei das Individuum, die soziale Gruppe und das gesellschaftliche Umfeld in einen Prozesszusammenhang; Empowerment strebt durch die konzeptionelle Verbindung von individuellen Kompetenzen, Selbsthilfe und sozialen Aktionen mehr Kontrolle über das eigene Leben an und Empowerment