

**Hochschule für
Angewandte Wissenschaften
Hamburg**

**University of Applied
Sciences Hamburg**

***Fakultät
Soziale Arbeit & Pflege***

Von der Institution zum Leben in der Gemeinde

**De-Institutionalisierung der Geistigbehindertenhilfe
und Umsetzung der Reformideen am Beispiel der
Arche Gemeinschaft Hamburg-Volksdorf**

Diplomarbeit

Abgabe: 28.06.2007

Betreuender Prüfer: Herr Prof. Röh

Zweite Prüferin: Frau Prof. Koller-Tejeiro

Doreen Appelt

[REDACTED]

[REDACTED]

**I say to you today, my friends,
so even though we face the difficulties
of today and tomorrow,
I still have a dream....
We hold these truths
to be self-evident:
that all men are created equal....
With this faith we will be able
to work together,
to pray together,
to struggle together,...
knowing that we will be free one day.**

Martin Luther King, 28.08.1963

Vorwort

Diese Diplomarbeit bringt mich thematisch zurück zu meinem ursprünglichen Interesse am Studium der Sozialarbeit/Sozialpädagogik.

Als ich mich vor mehr als vier Jahren zu diesem Studium entschloss, lag meine einzige Erfahrung im Berufsfeld der sozialen Arbeit in der Unterstützung und Begleitung geistig behinderter Menschen in einer Lebensgemeinschaft in Neuseeland. Die Erfahrungen, die ich dort über zwei Jahre sammeln durfte, haben mich sowohl persönlich, als auch im Hinblick auf meine jetzige professionelle Arbeit sehr geprägt. Um diese praktischen Erfahrungen theoretisch zu untermauern, auszubauen und gleichzeitig kritisch zu betrachten, entschied ich mich für ein Studium der Sozialarbeit/Sozialpädagogik. Leider gab es während meiner Studienzeit so gut wie keine Seminarangebote für den Bereich Behindertenhilfe. Sicherlich hätte ich meine Praktika in diesem Arbeitsfeld machen können, aber eine theoretische Begleitung und Vertiefung zur Arbeit mit geistig behinderten Menschen hätte aufgrund von personellen Gegebenheiten an der Hochschule nicht realisiert werden können. Somit änderte ich meinen persönlichen Schwerpunkt für das Studium und setzte mich vorrangig mit der Erziehung und Rehabilitation Jugendlicher auseinander. Die Praktika im Rahmen des Studiums absolvierte ich in der stationären Jugendhilfe und der stationären Rehabilitation psychisch kranker Jugendlicher.

Mit dieser Diplomarbeit möchte ich sozusagen zu meinen „Wurzeln“ zurückkehren und mein ursprüngliches Studieninteresse erneut aufgreifen. Die vorliegende Arbeit spiegelt insofern meinen eigenen Lernprozess und die schrittweise Annäherung an ein, wie ich finde immer noch aktuelles Thema der Behindertenhilfe wieder. Ich möchte die Gelegenheit nutzen, mich durch eine intensive Auseinandersetzung mit einem Thema aus dem Arbeitsfeld der Behindertenhilfe auf meine zukünftige berufliche Tätigkeit vorzubereiten und gleichzeitig meine bisherigen Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit geistig behinderten Menschen zu reflektieren.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	1
1 Begriffliche Klärung.....	4
1.1 Behinderung und geistige Behinderung	4
1.2 De-Institutionalisierung	8
1.2.1 Das Verständnis von Institution, „totaler Institution“ und Institutionalisierung.....	8
1.2.2 Das Verständnis von De-Institutionalisierung.....	11
2 Der Prozess der De-Institutionalisierung in Deutschland.....	12
2.1 „Totale Institution“ und die Auswirkungen auf ihre Bewohner.....	13
2.2 Veränderungen in den Institutionen nach dem Zweiten Weltkrieg.....	15
2.3 Die Psychiatrie Enquête – Beginn der formellen Reformbewegung	17
2.4 Die Situation der Geistigbehindertenhilfe heute	19
2.5 Entwicklung der Leitideen der De-Institutionalisierung	22
2.5.1 Normalisierung	22
2.5.2 Integration	24
2.5.3 Empowerment.....	25
2.5.4 Inklusion.....	26
2.6 Ausblick: Community Care	27
2.7 Zusammenfassung.....	32
3 Ausgewählte Indikatoren erfolgreicher De-Institutionalisierung	33
3.1 Die zwei Seiten von De-Institutionalisierung.....	34
3.2 Daheim statt Heim.....	35
3.3 Mit- und Selbstbestimmung statt Fremdbestimmung	39
3.4 Gleichberechtigte Kooperation statt hierarchische Machtausübung.....	43
3.5 Risiken der De-Institutionalisierung	46
3.6 Zusammenfassung.....	49

4 Die Arche Gemeinschaft Hamburg - Volksdorf.....	50
4.1 Vorstellung der Einrichtung	51
4.2 Exkurs: Die Internationale Arche Bewegung	52
4.3 Menschenbild und Philosophie.....	55
4.4 „Klienten“ und „Assistenten“	56
5 Empirische Untersuchung.....	58
5.1 Untersuchungsanliegen.....	58
5.2 Untersuchungsdesign.....	59
5.2.1 Methodik	60
5.2.2 Interviewpartner	61
5.2.3 Besonderheiten der Interviewpartner	62
5.2.4 Konstruktion des Fragebogens	64
5.2.5 Durchführung der Befragung.....	66
5.3 Darstellung und Auswertung der Ergebnisse	69
5.3.1 Wohnsituation	69
5.3.2 Mit- und Selbstbestimmung.....	71
5.3.3 Beziehung Bewohner – Assistenten.....	76
5.4 Schlussfolgerung.....	78
5.5 Kritische Betrachtung der Untersuchung und Untersuchungsmethode	81
Schlusswort.....	84
Abkürzungsverzeichnis	87
Literaturverzeichnis	88
Eidesstattliche Erklärung	94

Anhang: Fragebogen

Einleitung

Für Menschen mit geistiger Behinderung gab es lange Zeit kaum eine Alternative zum isolierten Leben in einer psychiatrischen Klinik oder einer Großeinrichtung der Behindertenhilfe. Doch seit einigen Jahren sind Veränderungen in der Betreuungslandschaft in Deutschland zu erkennen. Charakteristisch für den Umbruch sind Bemühungen, Großinstitutionen für Menschen mit geistiger Behinderung zu Gunsten kleiner gemeinwesenintegrierter Wohnangebote und Betreuungssysteme abzubauen. Dabei kann leicht der Eindruck entstehen, dass dieser Schritt ausreicht, um die Lebensbedingungen der Betroffenen entscheidend zu verbessern. Doch ein Leben in der Gemeinde bedeutet noch nicht kausal, eine Integration und Gleichwertigkeit in der Gesellschaft.

Das Reformkonzept *De-Institutionalisierung* ist ein umfassender Ansatz, der Neuorientierungen auf unterschiedlichen Ebenen einschließt. Diskutiert wird dieser Paradigmenwechsel in Deutschland bereits seit den 70er Jahren, aber dennoch hat es nichts an Aktualität verloren. Ging es zu Beginn der Reformbemühungen in erster Linie um ethische und menschenrechtliche Aspekte, so spielen heute, in Zeiten knapper Sozialkassen, auch finanzielle Aspekte eine immer größere Rolle. Diese Tendenz bringt die Gefahr mit sich, dass die Bedürfnisse der einzelnen Individuen zurückgedrängt werden. Ich halte es daher für außerordentlich wichtig, sich immer wieder auf die Grundsatzziele und Leitprinzipien zu besinnen und seine eigene Arbeit daran auszurichten. Die vorliegende Diplomarbeit soll dazu einen Beitrag leisten.

Ich möchte in dieser Arbeit versuchen, deutlich zu machen, dass die Auflösung von Großeinrichtungen der Behindertenhilfe allein nicht ausreicht, um Menschen mit einer geistigen Behinderung ein normales Leben zu ermöglichen. Ich werde mich mit der Neuorientierung der Behindertenhilfe und der Komplexität notwendiger Veränderungen zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung auseinandersetzen.

Zunächst erfolgt eine genauere Betrachtung der Begrifflichkeiten, die für diese Arbeit besonders relevant sind (**Kapitel 1**). Ausgehend von den Charakteristika einer totalen Institution nach Goffman (1972), kommt der Definition des Begriffs De-Institutionalisierung im Kontext dieser Arbeit eine grundlegende Bedeutung zu, da sich alle weiteren Ausführungen auf diesen Veränderungsansatz in der Behindertenhilfe beziehen.

Kapitel 2 setzt sich mit der Entwicklung von De-Institutionalisierung in Deutschland auseinander. Den Einstieg bildet dabei eine Darstellung der menschenunwürdigen Lebensbedingungen in einer totalen Institution und deren Auswirkungen auf die Insassen. Angefangen von den Wurzeln der heutigen Reformbewegung, wird danach ein Überblick gegeben, über die wichtigsten Meilensteine dieses Veränderungsprozesses in Deutschland. Dabei wird auch auf die Leitideen eingegangen, die durch die De-Institutionalisierungsbewegung geprägt und weiterentwickelt wurden. Damals wie heute orientieren sich die Reformansätze an diesen Leitideen und deren Prinzipien. Abschließend soll mit dem Konzept Community Care ein Ausblick auf mögliche zukünftige Neuorientierungen in der Betreuung und Begleitung geistig behinderter Menschen gegeben werden.

Kapitel 3 setzt sich mit den komplexen Anforderungen an eine erfolgreiche Umsetzung von De-Institutionalisierung und mit notwendigen Veränderungen auf unterschiedlichen Ebenen auseinander. Nach einer Übersicht der zwei Seiten von De-Institutionalisierung, erfolgt eine exemplarische Darstellung angestrebter Reformprozesse im Leben geistig behinderter Menschen am Beispiel der Bereiche „Wohnsituation“, „Mit- und Selbstbestimmung“ und „Mitarbeiter-Klienten-Beziehung“. Mit der Betrachtung dieser ausgewählten Indikatoren soll der Versuch unternommen werden, deutlich zu machen, welche Bedeutung die angestrebten Veränderungen für die Lebensqualität der betroffenen Personen haben. Neben vielen positiven Aspekten, bergen Umstrukturierungen im Zuge von De-Institutionalisierung aber auch gewisse Risiken in sich, auf die ebenfalls explizit eingegangen wird.

Um einen Praxisbezug herzustellen, wurde im Rahmen einer empirischen Untersuchung die Umsetzung der, in Kapitel 3 theoretisch bearbeiteten Indikatoren erfolgreicher Reformbemühungen in einer Einrichtung der Behindertenhilfe Hamburg überprüft. Aus persönlichem Interesse, habe ich mich für die Arche Gemeinschaft Hamburg–Volksdorf, einer Lebensgemeinschaft behinderten und nicht behinderter Menschen, als Untersuchungsobjekt entschieden. Ziel war es, sich einen Eindruck darüber zu verschaffen, ob und in welchem Umfang dort De-Institutionalisierung stattgefunden hat bzw. die Reformziele umgesetzt werden. Dabei war es mir besonders wichtig, die Betroffenen selbst zu Wort kommen zu lassen. Als Untersuchungsmethode wurde das Interview mittels eines standardisierten Fragebogens als Leitfaden gewählt.

In **Kapitel 4** wird zunächst die Arche Hamburg-Volksdorf näher vorgestellt. Als Lebensgemeinschaft behinderter und nicht behinderter Menschen stellt sie eine besondere Betreuungsform dar. Um dem Leser ein umfassenderes Verständnis vom Leben in der Arche zu ermöglichen, wird neben der Philosophie auch ein Einblick in das Miteinander als Gemeinschaftsmitglieder gegeben. Abgerundet werden soll das Bild der Arche-Gemeinschaft durch einen Exkurs in die Entstehungsgeschichte dieser weltweiten Bewegung.

Kapitel 5 dokumentiert die Vorüberlegungen, die Durchführung und die Ergebnisse der empirischen Untersuchung in Form einer Befragung der Arche Bewohner mit geistiger Behinderung. Gleichzeitig erfolgt eine Auswertung der gewonnenen Ergebnisse und eine Darstellung der daraus gezogenen Schlussfolgerungen in Bezug auf die Forschungsinteresse. Abgeschlossen wird das Kapitel mit einer kritische Betrachtung der durchgeführten Untersuchung und der angewandten Untersuchungsmethode.

In dieser Arbeit wird aufgrund der besseren Lesbarkeit die männliche Form verwendet. Selbstverständlich ist hierbei die weibliche Form immer mit eingeschlossen, sofern nicht eine ausdrückliche Einschränkung erfolgt.

1 Begriffliche Klärung

Als Einstieg in das Thema soll zunächst exemplarisch dargestellt werden, aus welchen unterschiedlichen Perspektiven das Phänomen *Behinderung* betrachtet werden kann. Da es in dieser Arbeit vordergründig um Menschen mit einer geistigen Behinderung geht, erfolgt anschließend eine Analyse des Begriffs *geistige Behinderung* auf der Grundlage der zuvor angeführten Sichtweisen.

Eine besondere Bedeutung bei der Begriffsklärung kommt dem Begriff *De-Institutionalisierung* zu. Um zwischen Autor und Leser eine gemeinsame Ausgangsbasis zum Verständnis dieser Arbeit herzustellen, wird das Konzept De-Institutionalisierung genauer beleuchtet und es erfolgt eine Klärung, was im Rahmen dieser Arbeit darunter verstanden wird.

1.1 Behinderung und geistige Behinderung

Für den Begriff bzw. das Phänomen Behinderung gibt es je nach Kontext eine Vielzahl von Definitionen und Sichtweisen, deren umfangreiche Darstellung den Rahmen dieser Arbeit sicherlich sprengen würde. Dennoch sollen an dieser Stelle drei Definitionsansätze vorgestellt werden, die aus unterschiedlichen Blickrichtungen das Phänomen Behinderung näher bestimmen. Das, was wir unter Behinderung verstehen und damit assoziieren, hat einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Art und Weise, wie wir mit behinderten Menschen umgehen und ihnen begegnen.

Vorgelegt werden das medizinische Modell, das bio-psycho-soziale Modell und das soziale Modell von Behinderung. Der Leser soll mit der Kurzdarstellung der unterschiedlichen Ansätze für das Thema sensibilisiert werden.

Das medizinische Modell

Das medizinische Modell beruht auf der traditionellen Sichtweise von Behinderung, in deren Mittelpunkt das Individuum mit seiner Andersartigkeit und seinen Defiziten steht. Der Focus der Betrachtung liegt auf der medizinisch feststellbaren, angeborenen oder erworbenen Schädigung bzw. Verhaltensstörung (siehe auch ICD 10). Die Ursachen für Beeinträchtigung und mangelnde gesellschaftliche Teilhabe werden in der Person und ihrer krankhaften Störung, ihrem Trauma oder ihrem Gesundheitsproblem gesehen. Es wird davon ausgegangen, dass aufgrund dessen eine medizinische Versorgung notwendig ist. Ziel von Behandlung und Betreuung sind Heilung, Anpassung oder Verhaltensänderung der betroffenen Person (vgl. WHO 2005: 24).

Das medizinische Modell mit seiner Defizitorientierung, vertritt eine bewahrende und beschützende Haltung gegenüber Menschen mit Behinderungen (vgl. Knust-Potter 1998: 8) und berücksichtigt dabei weder die individuellen Entwicklungsmöglichkeiten dieser Personengruppe, noch deren vorhandenen Fähigkeiten und Stärken. Menschen mit einer Behinderung werden durch eine ausschließlich medizinische Betrachtung zu Objekten der Fürsorge, deren Leben durch so genannte Experten (Mediziner, Psychologen, Heilpädagogen, Sozialpädagogen, Erzieher etc.) fremdbestimmt wird.

Das bio-psycho-soziale Modell

In der Fachwelt der Behindertenpädagogik hat der ausschließlich medizinische Blick auf Behinderung heute kaum noch eine Bedeutung. Eine immer größere Rolle spielt dagegen die soziale Komponente. Im bio-psycho-sozialen Modell wird neben der medizinischen Ebene auch die soziale Ebene von Behinderung, also die erschwerte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, in die Betrachtung mit einbezogen und somit die komplexe Wechselwirkung verschiedener Ebenen verdeutlicht.

Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat in der von ihr herausgegebenen Klassifikation ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) das bio-psycho-soziale Modell zur Begriffserläuterung von Behinderung herangezogen und in der aktuellen Fassung erheblich erweitert.

In der ICF werden für das Verständnis von Behinderung drei verschiedene Bereiche bzw. Dimensionen betrachtet: Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (vgl. WHO 2005). Somit werden nicht mehr Behinderungen klassifiziert, sondern Bereiche, in denen Behinderungen durch die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit auftreten können. Damit wird der Blick auf das Phänomen Behinderung der Lebenswirklichkeit behinderter Menschen angepasst.

Das bio-psycho-soziale Modell vereinigt das medizinische und das soziale Modell zu einem integrativen Betrachtungsansatz auf das Phänomen Behinderung.

Das soziale Modell

Dem sozialen Modell der Behinderung liegt die Annahme zugrunde, dass eine Einschränkung und Begrenzung von Fähigkeiten an sich noch keine Behinderung darstellt, sondern dass Behinderung erst durch Barrieren (mentale, soziale, physische) in der Gesellschaft geschaffen werden. Nach dieser Auffassung wird Behinderung sozial konstruiert und erst durch die Gesellschaft und deren Unfähigkeit, die betroffenen Personen zu integrieren, verursacht (vgl. WHO 2005: 25). Erst in Bezug des Individuums zu seiner Alltagsrealität und der „Konfrontation mit den Erwartungen der ‚Normalwelt‘“ (Mattner 2000: 11) entsteht Behinderung. Mittelpunkt der Betrachtungen sind also die gesellschaftlichen Verhältnisse, durch die Menschen mit eingeschränkten Fähigkeiten und Möglichkeiten ausgegrenzt werden. Danach ist Behinderung ein Zustand, der veränderbar ist, aber nicht durch Veränderung des Individuums, sondern durch Veränderungen auf gesellschaftlicher Ebene. Angestrebte Neuorientierungen müssen mit dem Ziel erfolgen, Menschen mit Behinderungen voll am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu lassen (vgl. ebd.)¹. Das soziale Modell kann somit als Gegensatz zum medizinischen Modell angesehen werden.

¹ Der in Deutschland relativ neue interdisziplinäre Wissenschaftsansatz „Disability Studies“ beschäftigt sich in erster Linie mit der Erforschung von Möglichkeiten zur Umsetzung der Erkenntnisse des Sozialen Modells in der Praxis. Diesem Ansatz liegt das Paradigma der sozialen Konstruktion von Behinderung zugrunde. Weiter Informationen zu Disability Studies im Zentrum für Disability Studies an der Universität Hamburg (www.zedis.uni-hamburg.de).

Der Begriff „Geistige Behinderung“

Der Begriff „Geistige Behinderung“ wird in den verschiedenen Wissenschaftsgebieten unterschiedlich definiert und ausgelegt. Es soll an dieser Stelle auf eine umfassende Darstellung und Auseinandersetzung mit der Vielfalt an Definitionen verzichtet werden. Vielmehr soll das Phänomen „Geistige Behinderung“ anhand der drei, zuvor angeführten Modelle, näher analysiert werden.

Orientierend am traditionellen medizinischen Modell stehen bei der Betrachtung von geistiger Behinderung in der Psychologie und der Medizin die feststellbaren Schädigungen und Defizite der Person im Mittelpunkt. So werden in der Medizin mit geistiger Behinderung „psychische Zustände“ beschrieben, die dadurch gekennzeichnet sind, daß sie 1. vererbt oder frühzeitig, d.h. in der Schwangerschaft, während der Geburt, in früher Kindheit erworben wurden und 2. hauptsächlich die Intelligenz betreffen“ (Harbauer, zit. nach Dupuis/Kerkhoff 1992: 243f). In der Psychologie steht bei der Diagnose einer geistigen Behinderung die Einschränkung der kognitiven Leistung mit einer Ausrichtung am Intelligenzquotienten im Vordergrund. Liegt dieser unter 65 wird ein Mensch als geistig behindert bezeichnet (vgl. Dupuis/Kerkhoff 1992: 243ff).

Nach dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF werden neben den medizinischen Faktoren einer geistigen Behinderung auch die Umweltfaktoren, die zu einer Behinderung führen, mit einbezogen. Menschen mit Einschränkungen ihrer intellektuellen Fähigkeiten sind bei der Bewältigung von Aufgaben und Anforderungen des täglichen Lebens, die ein bestimmtes intellektuelles Niveau voraussetzen, benachteiligt, es sein denn, sie bekommen persönliche oder technische Unterstützung. Eine Benachteiligung kann reduziert werden, wenn die Umwelt sich danach richtet, welche Fähigkeiten diese Personengruppe mitbringt und sich darauf hin so verändert, dass diese Menschen die Möglichkeit erhalten, verschiedene Lebenssituationen zu meistern. Dieser Aspekt der bio-psycho-sozialen Sichtweise orientiert sich am sozialen Modell und macht deutlich, welchen Einfluss Umweltbedingungen auf die Funktionsfähigkeit eines Menschen haben können.

Bei einer Betrachtung des Phänomens „Geistige Behinderung“ nach dem sozialen Modell wird der betroffene Mensch nicht als Mensch mit einer geistigen Behinderung gesehen, sondern als Mensch mit einer Schädigung des Gehirns, der auf Umweltbedingungen trifft, die ihn von der gesellschaftlichen Teilhabe von vornherein ausschließen und benachteiligen. Erst dadurch wird Behinderung konstruiert.

Da der Focus beim soziale Modell auf der Gesellschaft und den dort vorzufindenden Bedingungen liegt, wird keine Klassifizierung der verschiedenen Formen von Behinderung und deren Schwere vorgenommen.

1.2 De-Institutionalisierung

Um näher zu beleuchten, was unter dem Begriff der *De-Institutionalisierung* im Bereich der Geistigbehindertenhilfe zu verstehen ist, soll im Vorfeld geklärt werden, wie der Begriff der *Institution* im Kontext dieser Diplomarbeit verstanden wird und wann von einer *Institutionalisierung* von Menschen mit geistiger Behinderung gesprochen werden kann. In diesem Zusammenhang wird auch auf das Verständnis von *totaler Institution* eingegangen. Aufbauend auf dieser Darstellung wird dann der Begriff der De-Institutionalisierung näher erläutert und für diese Diplomarbeit definiert.

1.2.1 Das Verständnis von Institution, „totaler Institution“ und Institutionalisierung

In Anlehnung an Goffman² (1972) werden unter dem Begriff Institution soziale Einrichtungen verstanden, die bestimmend auf das Handeln von Menschen einwirken.

² Erving Goffman hat durch seine Schriften die Bewegung der De-Institutionalisierung auf der professionellen Ebene wesentlich mitbestimmt. Besonders sein Werk „Asyle“ (1972), in dem es um das Leben in totalen Institutionen geht, hat wesentlich zur Entstehung der De-Institutionalisierungsbewegung beigetragen (vgl. Dörner 1998: 34).

Sie sind zweckgerichtet und zielen darauf ab, mit Hilfe von festen Strukturen, Regeln, Erwartungen und Grenzen eine soziale Ordnung herzustellen (vgl. Depuis/Kerkhoff 1992: 314).

Von Goffman stammt auch der Begriff der totalen Institution, welcher in dem Reformprozess psychiatrischer Kliniken und Institutionen der Behindertenhilfe das Lebensumfeld der Insassen charakterisiert. Als totale Institution werden soziale Einrichtungen bezeichnet, die allumfassend sind, d. h. die alle Lebensbereiche eines Menschen (oder einer Gruppe von Menschen) beeinflussen und dadurch deren sozialen Kontakt mit der Außenwelt einschränken (vgl. 1972: 15f).

„Eine totale Institution lässt sich als Wohn- und Arbeitsstätte einer Vielzahl ähnlich gestellter Individuen definieren, die für längere Zeit von der Gesellschaft abgeschnitten sind und miteinander ein abgeschlossenes, formal reglementiertes Leben führen.“ (ebd.: 11)

Folgende Merkmale sind charakteristisch für eine totale Institution (vgl. ebd.: 17ff):

1. Wohnen, Arbeiten und Freizeit sind örtlich nicht getrennt und finden an ein und derselben Stelle, unter ein und derselben Autorität statt.
2. Die Insassen führen ihre alltäglichen Aufgaben in unmittelbarer Gesellschaft ihrer Mitbewohner durch, wobei alle die gleichen Arbeiten verrichten und gemeinschaftlich gearbeitet wird.
3. Der Arbeitstag und alle sonstigen Lebensbereiche sind genau geplant und durch formale Regeln bestimmt.
4. Die unterschiedlichen, erzwungenen Tätigkeiten sind in einem einzigen rationalen Plan zusammengefasst, der dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen.
5. Es besteht eine große soziale Distanz zwischen Personal und Insassen, die oftmals auch gewollt und vorgeschrieben ist.

Diese Charakteristika sind aber nicht nur in totalen Institutionen zu finden, sondern unter Umständen auch in anderen Bereichen des alltäglichen Lebens. Die Insassen totaler Institutionen haben, im Gegensatz zu Menschen in der Außenwelt, aber keine Wahlmöglichkeit bzw. keine Möglichkeit einer freien Entscheidung. Auf individuelle Bedürfnisse wird in totalen Institutionen so gut wie nicht eingegangen.

Durch das Vorplanen ganzer Tagesabläufe wird auch die Befriedigung wesentlicher menschlicher Bedürfnisse für eine ganze Gruppe von Menschen bürokratisch einheitlich organisiert und vorgeplant (vgl. ebd.: 18ff).

Die Reglementierungen und Strukturen totaler Institutionen wurden häufig unter dem Aspekt der Fürsorge gerechtfertigt und vertreten. Es herrschte die Annahme, dass bestimmte Personengruppen unfähig seien, „für sich selbst zu sorgen, und daß sie eine – wenn auch unbeabsichtigte – Bedrohung der Gemeinschaft darstellen“ (Goffman 1972: 16). Obwohl Goffman in seinen Untersuchungen nicht explizit Einrichtungen für ausschließlich körperlich und geistig behinderte Menschen einbezieht, so kann doch davon ausgegangen werden, dass die Merkmale einer totalen Institution auch in Groseinrichtungen für diese Personengruppe zu finden waren und zum Teil sicherlich noch zu finden sind.

Die Unterbringung der Personengruppe „Menschen mit geistiger Behinderung“ in totalen Institutionen kann als Institutionalisierung dieser Menschen bezeichnet werden. Der Begriff impliziert dabei aber nicht nur einen bestimmten Lebensort, sondern auch die isolierenden und mit der Menschenwürde nicht zu vereinbarenden Lebensbedingungen der Insassen, wie sie für totale Institutionen charakteristisch sind.

Das Modell der totalen Institution von Goffman ist zunächst eine rein deskriptive Darstellung der Merkmale derartiger sozialer Einrichtungen. Eine Bewertung ergibt sich erst aus den Folgen eines Lebens in einer totalen Institution für die Betroffenen (siehe Punkt 2.1).

1.2.2 Das Verständnis von De-Institutionalisierung³

De-Institutionalisierung kann allgemein verstanden werden als der Abbau von Institutionalisierung. Oft wird dieser Prozess auf eine reine Veränderung der Wohnsituation reduziert (vgl. Knust-Potter 1998: 8), doch versteckt sich hinter dem Begriff mehr, als nur die Schaffung neuer dezentraler, gemeindenaher Wohnmöglichkeiten. Es geht vielmehr um den Abbau von Strukturen einer totalen Institution und die Schaffung eines Alltags ohne Ausgrenzung und Segregation.

De-Institutionalisierung ist als ein Prozess zu verstehen, in dessen Verlauf eine zunehmende gesellschaftliche Teilhabe und Teilnahme von institutionalisierten Menschen ermöglicht werden soll und der Institutionalisierungsgrad der Einrichtungen weiter abgebaut wird. Es ist erforderlich, dass diese Veränderungsprozesse in allen Bereichen des Lebens stattfinden und sich nicht nur auf die Wohnstruktur und den Wohnort beschränken. Eine gemeindenahere Wohnform führt nicht automatisch zu einer gelungenen Integration in die Gemeinde.

Dörner (1998: 32ff) macht deutlich, dass es bei der De-Institutionalisierung nicht darum geht, die institutionalisierten Menschen zu ändern und zu fördern, um sie an die Lebensverhältnisse „draußen“ anzupassen. Vielmehr versteht er unter dem Prozess der De-Institutionalisierung eine Veränderung und Umgestaltung der Institutionen, um diese zu öffnen, zu flexibilisieren und sie so förderlich und wenig existent zu gestalten, dass es institutionalisierten Personen leichter fällt, selber ihren Lebens- und Wohnort zu bestimmen.

³ In der einschlägigen Literatur zu diesem Thema wird neben dem Begriff *De-Institutionalisierung* auch oft die Bezeichnung *Enthospitalisierung* benutzt. Zum Teil werden diese beiden Begriffe mit den gleichen Inhalten belegt, aber es gibt auch Autoren, die eine klare inhaltliche Unterscheidung vornehmen. So stellt Jantzen (2000: 338) fest, dass der Begriff der Enthospitalisierung zum einen den Blickwinkel auf Hospitale und Großeinrichtungen verengt und zum anderen den Eindruck vermittelt, dass durch das Verlassen von Großeinrichtungen Hospitalisierung vermieden wird, und dass innerhalb von Großeinrichtungen keine Prozesse von Enthospitalisierung beginnen können. Nach Dörner (2001: 110f) bedeutet Enthospitalisierung eine Abwendung von den Bedürfnissen der Insassen, da das primäre Ziel die Entlassung der Patienten ist. Dagegen bedeutet De-Institutionalisierung eine stärkere Zuwendung zu den Insassen und ihren Belangen.

Orientierend an den Aussagen dieser beiden Autoren und an neueren Publikationen, in denen in erster Linie von De-Institutionalisierung gesprochen wird, soll dieser Begriff auch vorrangig für diese Diplomarbeit herangezogen werden.

Ziel dieser Veränderungen sollte es sein, die betroffenen Personen (wieder) in die Gesellschaft zu integrieren, ihnen das (Wieder-)Erlangen einer eigenen Identität zu ermöglichen und eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Assistenzleistung anzubieten (vgl. Theunissen 1998: 7ff). Dafür ist es notwendig, Menschen mit geistiger Behinderung so zu akzeptieren, wie sie sind. Veränderungen in den Institutionen müssen darauf abzielen, ihnen die Möglichkeit und den Freiraum zu geben, eigene Interessen zu entwickeln, ihren Freiheitswunsch wahrzunehmen und zwischen mehreren Optionen in Alltagsangelegenheiten und Lebensfragen wählen zu können.

2 Der Prozess der De-Institutionalisierung in Deutschland⁴

In diesem Kapitel werden die grundlegenden Veränderungen in der Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung der letzten Jahrzehnte aufgezeigt. Als Einstieg in diesen Themenbereich wird zunächst deutlich gemacht, wie sich das Leben in einer totalen Institution auf den einzelnen Bewohner auswirken kann, und warum derartige Lebensbedingungen nicht mit der Würde eines Menschen vereinbar sind.

Beginnend mit der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg, wird ein besonderer Focus der Betrachtung auf den Anfängen der De-Institutionalisierungsbewegung in Deutschland in den 1970er Jahren und des damit verbundenen Paradigmenwechsels liegen. Die dadurch angestoßenen Reformprozesse wurden begleitet durch sich ständig weiterentwickelnde Leitideen, deren Blickrichtung und Verständnis ebenfalls exemplarisch dargelegt werden sollen.

⁴ Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich ausschließlich auf den Reformprozess in der ehemaligen Bundesrepublik Deutschland. Der De-Institutionalisierungsprozess in der ehemaligen DDR wird hier nicht berücksichtigt. Ein vergleichbarer Reformprozess wie in der BRD hat sich auch in anderen Industrienationen vollzogen, dort z.T. sogar schon früher und radikaler in der Umsetzung (vgl. Theunissen 1986: 9, Theunissen/Lingg 1999).

In den letzten Jahren ist immer häufiger vom *Community Care* Ansatz in der Behindertenhilfe die Rede. Diese mögliche Entwicklungsrichtung in der Betreuung und Begleitung geistig behinderter Menschen soll als Ausblick für kommende Veränderungen dargestellt und näher erläutert werden.

2.1 „Totale Institution“ und die Auswirkungen auf ihre Bewohner

Die isolierende Lebensumwelt einer totalen Institution beeinflusst die dort lebenden Menschen in vielfältiger Art und Weise. Totale Institutionen lähmen und zerstören aufgrund ihres Institutionalierungsgrades das Eigenleben der Insassen (vgl. Dörner 2001). Bedürfnisse können nur noch in geringem Maße oder gar nicht eigenbestimmt befriedigt werden. Die fast ausschließlich anzutreffende Unterbringung in Mehrbettzimmern gibt den Bewohnern kaum Raum für Privatsphäre und eine oft fehlende Mitbestimmung, mit wem man ein Zimmer teilt, schränkt u. a. das Recht auf Selbstbestimmung in extremer Art und Weise ein. Alltagspraktische Tätigkeiten wie Kochen, Putzen, Wäsche waschen etc. werden in vielen Einrichtungen durch Mitarbeiter oder sogar durch externes Personal erledigt. Die Bewohner haben kaum Gelegenheit sich daran zu beteiligen, mitzubestimmen und neue Fähigkeiten zu erlernen.

Auch in den zwischenzeitlich umstrukturierten Institutionen für geistig oder mehrfach behinderte Menschen werden die individuellen Freiheiten und die Handlungsmöglichkeiten des einzelnen Bewohners immer noch durch die internen Regeln und die Struktur der Einrichtung stark eingeschränkt. Knust-Potter (1998: 2) hat festgestellt, dass die Bewohner einer Institution den dort üblichen Routinen ausgesetzt sind und sich nicht dagegen wehren können.

Nach den Ausführungen von Goffman (1972: 65ff) passen die Insassen ihre Verhaltensweisen den Lebensbedingungen in einer totalen Institution an.

Das bedeutet auch, dass Verhaltensauffälligkeiten der Insassen als Reaktion auf die entpersonalisierende Routine und der damit einhergehenden Einschränkung der individuellen Entwicklung gesehen werden können (vgl. Knust-Potter 1998: 73, Hähner u.a. 1998: 27, Droste 2000: 129, Hoffmann 1999: 17). Sie stellen damit „höchst normale und für die Insassen sinnvolle Resultate des Einrichtens in einer Welt der extremen Beschränkungen“ (Jantzen 1997: 367) dar.

In seinem Werk „Asyle“ macht Goffman (1972) eindrucksvoll deutlich, welche Strategien Insassen entwickeln, um in totalen Institutionen zu überleben, und welche Auswirkungen der allumfassende Charakter derartiger Einrichtungen auf das Ich der Betroffenen hat. Er stellt fest, dass bei einem langen Aufenthalt in einer totalen Institution ein Verlernenprozess in Bezug auf Gegebenheiten der Außenwelt eintreten kann, so dass bei Verlassen der Einrichtung Schwierigkeiten im Zurechtfinden in der Außenwelt auftreten. Totale Institutionen errichten eine Schranke zwischen der inneren Welt – nämlich der der Institution – und der Welt außerhalb der Einrichtung. Rollen, die in der Außenwelt eingenommen wurden, können nicht mehr aufrechterhalten werden und führen zu einer Entwürdigung der eigenen Person (vgl. ebd.: 24f). Gerade solche Handlungen, die einem Menschen in der Außenwelt das Gefühl geben, seine Umwelt unter Kontrolle zu haben und selbst bestimmen zu können, werden durch totale Institutionen unterbunden oder entwertet (vgl. ebd.: 49).

Schlussfolgernd daraus, ist eine totale Institution „mit der Würde des Menschen und seinem Bedürfnis nach Wohlbefinden nicht zu vereinbaren“ (Dörner 1998: 34). Gegen die Menschenwürde als höchsten Wert im Grundgesetz (vgl. Art. 1 GG) wird bei der Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung immer noch verstoßen. Durch die erzwungene Anpassung an die Regeln der totalen Institution und die isolierte und eingeschränkte Lebensumwelt wird außerdem das Recht auf freie Entfaltung (vgl. Art. 2 GG) der Betroffenen extrem beschnitten. Nach dem Gleichheitsgrundsatz (vgl. Art. 3 Abs. 3 S. 1 GG) darf niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden, doch der Alltag einer totalen Institution und der Umgang mit den Klienten ist auch mit diesem Grundgesetz in keiner Weise zu vereinbaren.

Vor Beginn der Reformbewegung verbrachten viele der Insassen ihr ganzes Leben in abgelegenen Anstalten. Zwang und Gewalt gehörten zum Alltag und Formen von Selbstbestimmung waren so gut wie nicht vorhanden. Basaglia (1973: 122ff) charakterisierte die Psychiatrie als „Institution der Gewalt“ und verstand darunter eine strenge Verteilung der Rollen in Machthaber (Mitarbeiter) und Machtlose (Insassen) und ein daraus entstehendes Zusammenspiel von Gewalt und Unterdrückung. Auch wenn Basaglia diese Aussagen schon vor fast 40 Jahre aufgestellt hat, so haben sie doch nichts an Aktualität verloren. Gerade auch das Doppelmandat von Hilfe und Kontrolle in der Sozialen Arbeit macht deutlich, dass der Kontrollaspekt, und damit auch die Einnahme einer Machtposition in fast allen Fällen zum Berufsbild eines Sozialarbeiters dazugehören. Es ist daher absolut notwendig, die Arbeit mit dem Klienten auf diesen Aspekt hin kontinuierlich zu überprüfen, um die Schaffung einer „Institution der Gewalt“ zu vermeiden bzw. so weit wie möglich zu reduzieren.

2.2 Veränderungen in den Institutionen nach dem Zweiten Weltkrieg

Nach dem Zweiten Weltkrieg hatte sich zunächst an der Struktur der Behindertenarbeit kaum etwas verändert. Obwohl durch die Zerschlagung des Nationalsozialismus die Chance für eine neue Ära in der Behindertenhilfe gegeben war, so blieb doch die „Situation der psychiatrisierten behinderten Menschen [...] zunächst auch nach dem Kriege denkbar schlecht“ (Mattner 2000: 78). Eine Aufarbeitung der schrecklichen Verbrechen⁵ und des unmenschlichen Umgangs mit behinderten und psychisch kranken Menschen fand nicht statt.

⁵ Viele tausende behinderte und psychisch kranke Kinder und Erwachsene wurden in der Zeit des Nationalsozialismus ermordet. Sie galten als „unheilbar Kranke“, und man ordnete für Sie den „Gnadentod“ an (vgl. Hähner 1998: 25f, Mattner 2000: 70ff). Es wird davon ausgegangen, dass im Rahmen des „Euthanasie-Programmes“ bis zu 300 000 psychisch Kranke und geistig behinderte umgebracht wurden (vgl. Schmuhl 1999). Circa 400 000 Menschen wurden auf der gesetzliche Grundlage des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ zwangssterilisiert (Mattner 2000: 62).

Einige der am Euthanasie Programm beteiligten Ärzte und Vertreter der Rassenhygiene waren nach 1945 sogar weiter in der Behindertenhilfe tätig. Sie arbeiteten nach wie vor in den gleichen psychiatrischen Einrichtungen und Anstalten in denen sie auch während der NS-Zeit gearbeitet hatten (vgl. Hähner 1998: 26, Mattner 2000: 75). Menschen mit geistigen oder Mehrfachbehinderungen wurden weiterhin in psychiatrische Kliniken eingewiesen, dort langfristig „betreut“ und somit vom Rest der Gesellschaft ausgeschlossen. Die Psychiatrie sah ihre Aufgabe in erster Linie in der Betreuung und Behandlung psychisch kranker Menschen und schenkte Patienten mit einer geistigen Behinderung immer weniger Beachtung. Mit der Einweisung in eine psychiatrische Klinik bekamen die Betroffenen den Status „Pflegefall“. Ihnen wurden Etikette wie „bildungsunfähig“, „lernunfähig“, „schwachsinnig“ und krank zugeschrieben und dadurch die Möglichkeit aberkannt, ein normales Leben zu führen und sich zu entwickeln (vgl. Hoffmann 1999: 17, Hähner 1998: 26f). Andere Formen der Unterstützung behinderter Menschen gab es zu diesem Zeitpunkt kaum.

Es dauerte noch mehr als zwei Jahrzehnte, bis sich ein Reformprozess der Psychiatrie zu entwickeln begann, von dem auch die Behindertenhilfe profitieren konnte. Das Bedürfnis zur Aufarbeitung der Verbrechen des Nationalsozialismus, angefacht durch Studentenrevolte und Kulturrevolution der 68er Jahre schaffte eine gesellschaftliche Stimmung, die auch für eine Wende in der psychiatrischen Versorgung sorgte. Reformimpulse gab es aber bereits in den 50er und frühen 60er Jahren. In der Regel handelte es sich dabei aber um Elternverbände⁶ (vgl. ebd.: 29) und um Initiativen einzelner engagierter Bürger. Ziel dieser Vereinigungen war in erster Linie die Förderung behinderter Kinder und die Entlastung der Familien. Für geistig behinderte Erwachsene, die zu dieser Zeit in psychiatrischen Kliniken lebten, kam es erst durch Reformprozesse in den Psychiatrien zu Veränderungen ihrer Lebenssituation.

⁶ So wurde bereits 1958 u.a. der Verein „Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind“ (heute: Lebenshilfe e.V.) aus einer Elterninitiative heraus gegründet.

2.3 Die Psychiatrie Enquête – Beginn der formellen Reformbewegung

Im Jahr 1971 wurde die Bundesregierung vom Deutschen Bundestag ersucht, eine Expertenkommission damit zu beauftragen, einen Bericht über die Situation der Psychiatrie in der Bundesrepublik zu erstellen (vgl. Deutscher Bundestag 1973: 2). Bereits im Zwischenbericht aus dem Jahre 1973 wurde erstmals öffentlich bekannt gegeben, dass geistig behinderte Erwachsene „in der Regel keine einem psychiatrischen Krankenhaus vergleichbar intensive psychiatrische Betreuung [benötigen]“ (Deutscher Bundestag 1973: 17). Die Kommission stellte fest, dass diese Personengruppe einer heilpädagogischen und verhaltenstherapeutischen Betreuung bedarf, und eine intensive psychiatrische Behandlung und langfristige stationäre Unterbringung eine Fehlplatzierung darstellt. Von Seiten der Sachverständigen wurde daher vorgeschlagen, neue Einrichtungen für geistig behinderte Erwachsene zu schaffen, welche die Betreuungsanforderungen dieser Personengruppe erfüllen (vgl. ebd.).

Die Endfassung des Berichtes (die Psychiatrie-Enquête) wurde 1975 vorgelegt und verdeutlichte die damalige Situation in der Versorgung psychisch kranker und behinderter Menschen zusätzlich mit Daten und Fakten. Zum ersten Mal wurde öffentlich gemacht, wie inhuman die Patienten in psychiatrischen Kliniken versorgt wurden, und dass geistig behinderter Menschen in der Psychiatrie fehlplatziert waren (vgl. Droste 2000: 125).

Am Stichtag (30. Mai 1973) befanden sich 94197 Patienten in stationärer Betreuung der 130 psychiatrischen Fachkrankenhäuser der Bundesrepublik Deutschland. Bei 18,5% der Patienten lautete die Diagnose „Geistige Behinderung“, d.h. rund 17 400 Patienten waren, in Anlehnung an den Zwischenbericht, fehlplatziert und erhielten nicht die notwendige heil- und sozialpädagogische Betreuung. Die Versorgung der Patienten in den Kliniken zeigte schwerwiegende Mängel und wurde von den Sachverständigen als dringend verbesserungsbedürftig eingestuft (vgl. Deutscher Bundestag 1975: 6ff).

Rund 60% der Insassen verbrachten länger als zwei Jahre in einer psychiatrischen Klinik. Rund 40% von ihnen waren in Räumen mit elf oder mehr Betten untergebracht und hatten somit keinerlei Privatsphäre. Im Durchschnitt gab es nur einen Sozialarbeiter für 715 Patienten (Aktion Psychisch Kranke 2001: 94).

Neben den Patienten in Kliniken wurden auch ca. 36 000 Behinderte und chronisch psychisch Kranke ausgemacht, die in 93 Heimen und Anstalten mit jeweils über 100 Betten lebten. Das Angebot von unterschiedlichen Wohnalternativen für Menschen mit geistiger Behinderung wurde als „modellhaft“ und noch „in Entwicklung“ analysiert (vgl. Deutscher Bundestag 1975.: 14).

Die Enquête-Kommission forderte, „die Lebens- und Umweltbedingungen für geistig Behinderte [...] so zu gestalten, daß sie, so weit wie möglich, den jeweiligen Gegebenheiten, die für 'Normale' gelten, entsprechen.“ (ebd.: 28). Empfohlen wurde eine gemeindenahere Versorgung von Menschen mit Behinderungen und die Erarbeitung einer gesetzlichen Regelung für den Heimsektor für dieser Personengruppe (vgl. ebd.: 17).

Mit der Psychiatrie Enquête wurde ein Reformprozess eingeleitet, der auf die Auflösung des Langzeitbereiches in Psychiatrien und den Aufbau eines eigenständigen Versorgungssystems für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung abzielt. Die angestrebte Neuordnung der Versorgung und Betreuung dieser Personengruppe sollte stationäre Aufenthalte durch die Schaffung von entsprechenden ambulanten und halbstationären Angeboten reduzieren (vgl. Deutscher Bundestag 1975: 189ff). Der damals angestoßene Reformprozess ist auch heute, mehr als 30 Jahre nach der Psychiatrie Enquête noch nicht abgeschlossen.

2.4 Die Situation der Geistigbehindertenhilfe heute

Seit der Psychiatrie-Enquete 1975 hat sich die Betreuungslandschaft für Menschen mit geistiger Behinderung stark gewandelt. Es fanden zahlreiche strukturelle und gesetzliche Veränderungen statt. Ging es bei der Psychiatrie Enquête noch vorrangig um die Ausgliederung von Menschen mit geistiger Behinderung aus der Psychiatrie, so wurden im Reformprozess auch sehr bald Stimmen laut, die eine Auflösung von Behindertenanstalten und die Schaffung gemeinwesenintegrierter Versorgungsangebote forderten (vgl. Hoffmann 1999: 20).

Mittlerweile gibt es unterschiedliche Angebote an Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten und im Bereich Freizeitgestaltung. Neben der Schaffung kleinerer Wohneinheiten und deren Dezentralisierung stehen heute auch Wohnformen mit ambulanter Versorgung zur Verfügung. Doch das Angebot an ambulanten kommunalen Wohnalternativen ist immer noch unzureichend (vgl. Forschungsarbeitsgemeinschaft „Menschen in Heimen“ 2001: 5f). Viele Heimbewohner leben „aufgrund fehlender Alternativen oder aufgrund fehlender Kenntnis schon vorhandener Alternativen faktisch unfreiwillig im Heim“ (ebd.).

Im Jahr 2003 gab es in Deutschland noch etwa 5.118 stationäre Einrichtungen⁷ für behinderte Menschen mit knapp 179.000 Plätzen. Bei 60% dieser Wohnmöglichkeiten handelte es sich um Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2006). Zur Größe der einzelnen Häuser werden keine detaillierten Aussagen gemacht, aber es „kann davon ausgegangen werden, dass der größte Teil der behinderten Menschen in Einrichtungen mit mehr als 24 Plätzen lebt“, es aber auch deutliche Anzeichen gibt, „dass inzwischen ein stetiger Trend zu kleineren Wohneinrichtungen eingesetzt hat“ (ebd.).

Im Widerspruch zu diesem Trend, hat in den letzten Jahren die Zahl behinderter Menschen, die stationär betreut werden, wieder zugenommen, und auch in der Zukunft

⁷ Zu den stationären Einrichtungen gehören Wohnheime, Wohngruppen in Heimen und stadtteilintegrierte Wohngruppen (sogenannte Außenwohngruppen).

kann von steigenden Fallzahlen ausgegangen werden (vgl. Rohrman 2004, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2006). Gerade für Menschen mit schweren oder Mehrfachbehinderungen und behinderte Menschen im höheren Lebensalter besteht immer noch die Gefahr, dass sie in Heime „abgeschoben“ werden bzw. dass ihnen keine Alternative zum Leben in einem Behindertenheim geboten wird⁸.

Hier wird deutlich, dass die Psychiatrie Enquête im Bezug auf ihre Empfehlung der Reduzierung stationärer Betreuungsplätze zu Gunsten eines halbstationärer und ambulanten Sektors nichts an Dringlichkeit verloren hat (vgl. Droste 2000: 126). Eine Ausdifferenzierung des Wohn- und Betreuungsangebotes und eine Sorgfältigkeit bei der Beratung in Bezug auf mögliche Wohn- und Unterstützungsalternativen sind für eine qualitative Verbesserung der Behindertenhilfe und eine Integration der betroffenen Personen in das gesellschaftliche Leben dringend erforderlich.

Um den häufig immer noch vorhandenen institutionellen Charakter von stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie Elemente einer totalen Institution, wie sie von Goffman erarbeitet wurden (siehe Punkt 1.2.1), weiter abzubauen, bedarf es konstanter Bemühungen, um strukturelle und inhaltliche Veränderungen durchzusetzen und die Betreuung geistig behinderten Menschen an deren individuellen Bedürfnissen auszurichten. Ein weiterer Aspekt, den man im Alltag der Behindertenhilfe sicherlich immer noch antrifft, ist die Rollenverteilung in Personen mit Macht (Mitarbeiter) und Personen ohne Macht (Bewohner), wie sie Basaglia (1973) deutlich gemacht hat. Die sukzessive Veränderung dieses Machtverhältnisses hin zu mehr Mitbestimmung und einem gleichberechtigten Nebeneinander von Menschen mit und ohne Behinderung bleibt auch weiterhin eines der wichtigsten Ziele der De-Institutionalisierung.

⁸Ob die Einführung des „Persönlichen Budgets“⁸ dieser Tendenz entgegenwirken kann, bleibt abzuwarten. Fest steht aber, dass nur „eingekauft“ werden kann, was auch als Angebot vorhanden ist, und genau dort besteht noch erheblicher Verbesserungsbedarf.

Auf gesetzlicher Ebene hat sich für Menschen mit Behinderungen gerade in den letzten Jahren sehr viel getan. 1994 wurde das Diskriminierungsverbot behinderter Menschen in das Grundgesetz (vgl. Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG) aufgenommen.

Zur Umsetzung dieses Grundrechtes wurde 2002 das Behindertengleichstellungsgesetz erlassen, welches die Gleichstellung vom Menschen mit Behinderungen im Bereich des öffentlichen Rechts regelt (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen 2007). Um auch im zivil- und arbeitsrechtlichen Bereich eine ungerechtfertigte Benachteiligung behinderter Menschen rechtlich auszuschließen, trat 2006 das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (früher: Antidiskriminierungsgesetz) in Kraft. Menschen mit einer Behinderung erhalten auf dieser Grundlage einen Rechtsanspruch, sollten sie aufgrund ihrer Behinderung benachteiligt werden (vgl. Bundesministerium der Justiz 2006). Mit dem Ziel der Förderung der Selbstbestimmung und einer gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft von behinderten Menschen und von Behinderungen bedrohten Menschen, wurde 2001 das SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – erlassen (vgl. §1 S.1 SGB IX). Das Gesetz legt u.a. die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft fest., die durch entsprechende Leistungsgesetze konkretisiert werden.

Für Menschen mit einer Behinderung stellen diese signifikanten Gesetzesänderungen und Neuerungen sicherlich eine bedeutende Grundlage zur Verbesserung ihrer Lebenssituation und zur Gleichberechtigung und Akzeptanz in der Gesellschaft dar, doch darf dies noch nicht das Ende der Bemühungen sein. Nach wie vor bleibt es eine Herausforderung, diese Gesetzgebungen konsequent in der Praxis umzusetzen und darüber hinaus Menschen mit Behinderungen zu befähigen, sich auf diese Gesetze zu berufen und für ihre Belange zu nutzen.

2.5 Entwicklung der Leitideen der De-Institutionalisierung

Die Vorstellungen von Menschen mit geistiger Behinderung und von für sie angemessenen Lebensbedingungen und –strukturen haben sich in den letzten Jahrzehnten ständig weiterentwickelt.

Zu Beginn der De-Institutionalisierung stand in erster Linie die Veränderung der formellen Wohnstrukturen im Vordergrund. Heute herrscht Übereinstimmung darüber, dass Menschen mit geistiger Behinderung gleichberechtigte Mitbürger sind, die ein Recht auf volle Teilhabe am gesellschaftlichen Leben haben. Nachfolgend soll ein Überblick über die wichtigsten handlungsweisenden Ansätze gegeben und die Leitideen *Normalisierung, Integration, Empowerment* und *Inklusion* vorgestellt werden⁹.

2.5.1 Normalisierung

Das Prinzip der Normalisierung wurde erstmals 1959 im Dänischen Fürsorgegesetz schriftlich fixiert. Der Däne Nils-Erik Bank-Mikkelsen formulierte dort folgenden Gedanken:

*„Normalisierung bedeutet: den geistig Behinderten ein so normales Leben wie möglich zu gestatten.“
(Bank-Mikkelsen, zit. nach: Thimm 1988: 2)*

Detaillierter ausformuliert wurde der Normalisierungsgedanke erst mehr als 10 Jahre später durch den Schweden Bengt Nirje und den Amerikaner Wolf Wolfensberger. Nirje stellte konkrete Forderungen für die Praxis auf, die sich aus dem Normalisierungsprinzip herleiten:

1. Normaler Tagesrhythmus
2. Trennung von Arbeit – Freizeit – Wohnen
3. Normaler Jahresrhythmus

⁹ Häufig wird auch der Aspekt der Selbstbestimmung als eigenständige Leitidee dargestellt. In dieser Arbeit soll Selbstbestimmung aber als Basis für Leitideen wie Empowerment und Inklusion angesehen werden und wird daher in den entsprechenden Ausführungen mit einfließen. Eine gesonderte Betrachtung von zunehmender Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung als eine der Auswirkungen von De-Institutionalisierungsprozessen wird in Punkt 3.3 erfolgen.

4. Normaler Lebenslauf
 5. Respektierung von Bedürfnissen
 6. Angemessene Kontakte zwischen den Geschlechtern
 7. Normaler wirtschaftlicher Standard
 8. Standards von Einrichtungen
- (vgl. Thimm 1988: 19f)

Es wird deutlich, dass eine Unterstützung (geistig) behinderter Menschen im Sinne des Normalisierungsgedankens Anforderungen an Instanzen unterschiedlicher Ebenen (gesellschaftlich, sozialpolitisch, konzeptionell, strukturell, pädagogisch) stellt (vgl. ebd.: 21). Normalisierung ist kein theoretisches Konstrukt, sondern muss praktisch umgesetzt und gelebt werden. Wolfensberger ergänzt das Normalisierungsprinzip noch um den Aspekt „positiv bewerteter Rollen für geistig behinderte Menschen, [die ermöglicht werden können, d. Verf.], wenn die Lebensbedingungen [...] so gestaltet werden, dass sie nicht zu abwertenden Urteilen herausfordern“ (Depuis/Kerkhoff 1992: 452f). Dies ist nur zu erreichen, wenn eine physische und soziale Integration von Menschen mit geistiger Behinderung in den sozialen Raum erfolgt. Erst durch eine zunehmende Begegnung behinderter und nicht behinderter Menschen in der Außenwelt kann Behinderung zur Normalität des menschlichen Lebens werden und das „Normalitätsspektrum der Öffentlichkeit [...] erweitern“ (Knust-Potter 1998: 53).

Normalisierung sollte nicht missverstanden werden, als eine Forderung zur Anpassung behinderter Menschen an die bestehenden gesellschaftlich kulturellen Normen. Es geht vielmehr darum, Menschen mit Behinderungen die gleichen (normalen) Lebensbedingungen zu ermöglichen, wie sie für Menschen ohne Behinderungen selbstverständlich sind.

Das Normalisierungsprinzip leitete vor fast 50 Jahren einen grundlegenden Paradigmenwechsel in der Behindertenarbeit ein. In Deutschland beeinflusst der Gedanke der Normalisierung seit den 70er Jahren die Betreuung von Menschen mit Behinderungen und noch heute hat diese Leitidee ihre Berechtigung und Relevanz.

2.5.2 Integration

Unter Integration wird im allgemeinen Sprachgebrauch die Eingliederung eines Teils in ein großes Ganzes verstanden. Aus soziologischer Sicht ist unter Integration die (Wieder-)Eingliederung von Individuen oder Bevölkerungsgruppen in ein bestehendes soziales Gebilde zu verstehen. Dabei handelt es sich i.d.R. um Randgruppen und gesellschaftliche Minderheiten, die aufgrund von Abweichungen von gesellschaftlichen Normen ausgegrenzt und diskriminiert werden (vgl. Hermes 2006: 4). Integration kann in den verschiedensten Bereichen stattfinden, wie Familie, Nachbarschaft, Arbeitsplatz, Schule, Sportverein, Kirchengemeinde, um nur einige zu nennen.

In Deutschland wurde die Leitidee Integration in den 70er Jahren in die Diskussion um Reformprozesse der Behindertenhilfe eingebracht. Der Integrationsansatz setzte sich vor allem bei der schulischen Eingliederung behinderter Kinder in Regelschulen durch. In diesem Bereich umfasst Integration verschiedene Konzepte und Modelle der Eingliederung, denen oft kritisch angemerkt wird, dass sie traditionelle Sichtweisen nicht revidieren, und dass das medizinische Modell bei diesen Ansätzen immer noch im Vordergrund steht. Das Kind ohne Behinderung bleibt weiterhin das „normale Kind“ und das Kind mit einer Behinderung ein „Kind mit Defiziten“ (vgl. Hermes 2006: 3ff).

In der Behindertenpädagogik bedeutet Integration, als Gegenkonzept zur Segregation¹⁰, soviel wie „Nichtaussonderung“ und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am gesellschaftlichen Leben. Dieses ist nur möglich, wenn alle Barrieren, die eine Teilhabe verhindern, abgebaut werden (vgl. ebd.). Nach diesem Verständnis ist Integration auch in Art. 3 GG verankert – „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“ – und somit eine rechtsstaatliche Aufgabe.

Integration kann auf verschiedenen Ebenen stattfinden. Neben dem gemeindenahen Wohnen (physische Integration) und der Möglichkeit, am öffentlichen Leben teilzunehmen (funktionale Integration), ist auch das Gefühl, geachtet und anerkannt zu

¹⁰ Segregation wird hier verstanden als gezielte Ausgrenzung durch Versorgung behinderter Menschen in Institutionen (vgl. Hermes 2006:2).

sein, von enormer Bedeutung für jedes Gesellschaftsmitglied. Erfolgreiche Integration von Menschen mit geistiger Behinderung setzt demzufolge Offenheit und den Willen zu Annahme und Akzeptanz dieser Personengruppe durch die nicht behinderten Mitmenschen voraus (vgl. Thesing 1998: 54f).

2.5.3 Empowerment

Der Begriff Empowerment kommt ursprünglich aus der Bürgerrechtsbewegung der USA und könnte übersetzt werden mit „Selbst-Ermächtigung“ oder „Selbst-Bemächtigung“. Um aber verstehen zu können, was eigentlich mit Empowerment gemeint ist und welches Anliegen dahinter steht, ist eine nähere Betrachtung notwendig.

Bei dem Empowermentansatz wird von der Annahme ausgegangen, dass „Hilfebedürftigkeit von Menschen zumindest anteilig auch Ergebnis eines ungünstig verlaufenden Lernprozesses sein kann, der prinzipiell auch umkehrbar ist“ (Niehoff 1998: 56). Das Konzept von Empowerment zielt darauf ab, diese Hilfebedürftigkeit durch Stärkung der Autonomie und Abbau von Unmündigkeit zu reduzieren.

Das Bild von Menschen in gesellschaftlich marginalen Positionen (zu denen auch Menschen mit geistiger Behinderung gehören), ist häufig von Defiziten und Problemen geprägt. Im Empowerment Ansatz wird dieses Image ausgetauscht durch ein Image von Selbstverfügungskräften, vorhandenen Stärken und individuellen Ressourcen (vgl. Theunissen 1996, Theunissen/Plaute 2002). Für die Geistigbehindertenhilfe heißt dieses konkret, Menschen mit geistiger Behinderung als „kompetente Experten in eigener Sache“ (Mattner 2000: 93) anzusehen und sie bei der (Wieder-)Entdeckung, Nutzung und Stärkung ihrer Selbstbestimmungs- und Handlungsfähigkeiten zu unterstützen. Der Aspekt der Selbstbestimmung¹¹ ist sowohl die Basis, als auch eines der wichtigsten Elemente von Empowerment.

¹¹ Es soll an dieser Stelle betont werden, dass Empowerment nicht mit Selbstbestimmung gleichzusetzen ist, sondern das Selbstbestimmung einer der Grundwerte des Empowermentansatzes ist (vgl. Theunissen/Plaute 2002: 22f).

Empowerment als handlungsleitender Ansatz führt zu einem völlig neuen Rollenverständnis bei den professionellen Mitarbeitern. Sie haben der Expertenposition der Klienten Raum zu geben und ihre „vorrangige Betreuungsaufgabe konzentriert sich auf das Initiieren von Prozessen, die es Betroffenen ermöglichen soll, mehr Kontroll-, Entscheidungs- und Wahlmöglichkeiten über ihre Lebenswelt zu erlangen“ (ebd.). Dadurch erfahren auch die Menschen mit geistiger Behinderung selbst Veränderungen ihrer eigenen Rolle. Aus den Objekten der Fürsorge, die lange Zeit bevormundet wurden, werden handelnde Subjekte mit eigener Stimme.

Viele Menschen mit geistiger Behinderung müssen diesen Rollenwechsel aber zunächst lernen. Durch entsprechende Angebote müssen sie angeregt werden, ihre eigenen Bedürfnisse zu erkennen und zu artikulieren, für deren Akzeptanz und Umsetzung einzutreten und Entscheidungen über ihr Leben mit zu bestimmen (vgl. Hermes 2006) bzw. eigenständig Entscheidungen zu treffen, wo dieses möglich ist.

2.5.4 Inklusion¹²

Der Begriff Inklusion stammt aus dem angloamerikanischen Raum und bedeutet soviel wie Einbeziehung oder Einschluss. Seit Beginn der 1990er Jahre hat das Verständnis von Inklusion auch in Deutschland im Bereich der Behindertenpädagogik an Bedeutung gewonnen. Zusammen mit dem Empowermentkonzept gilt Inklusion als die Leitidee der modernen Behindertenarbeit (vgl. Theunissen/Schirbort 2006: 7) und stellt somit eine Weiterentwicklung des Integrations- und Normalisierungsgedankens dar.

Grundlage für den Inklusionsgedanken ist die Auffassung, dass sich eine Gesellschaft aus Individuen zusammensetzt, die sich alle voneinander unterscheiden. Aufgabe der Gesellschaft ist es, Bedingungen zu schaffen, die allen Individuen die Möglichkeit zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gibt (vgl. Gesellschaft Erwachsenenbildung und Behinderung e.V. 1998).

¹² In der Literatur ist auch häufig die englische Schreibweise „inclusion“ zu finden.

Es geht also nicht mehr um die Frage, was ein Mensch mit Behinderung benötigt, um integriert zu werden, sondern darum, was eine Gesellschaft aufweisen muss, um eine Teilhabe aller zu ermöglichen.

Im Unterschied zur Integration steckt hinter Inklusion das Bestreben, bestehende Strukturen und Auffassungen dahingehend zu verändern, dass die Unterschiedlichkeit der Individuen zur Normalität wird (vgl. Hermes 2006: 7). Inklusion beinhaltet eine generelle Abkehr von allen Sondersystemen für Menschen mit Behinderungen mit dem Ziel eines gleichwertigen und einheitlichen Zusammenlebens von Behinderten und Nichtbehinderten (vgl. Depuis/Kerkhoff 1992: 315). Das Problem der unterschiedlichen Teilhabe wird nicht in der behinderten bzw. ausgegrenzten Person gesehen, sondern in der Umwelt. Demzufolge liegt der Focus des Inklusionsgedankens auf den gesellschaftlichen Strukturen und die Schaffung notwendiger Rahmenbedingungen, um allen Menschen die gleichen Teilhabemöglichkeiten am gesellschaftlichen Leben und die gleiche Akzeptanz und Wertschätzung zukommen zu lassen (vgl. Hermes 2006: 7). Inklusion als gesellschaftliches Leitbild bezieht sich also nicht nur auf Menschen mit Behinderungen, sondern auf alle Menschen, die in der heutigen Zeit ausgegrenzt werden. Ihre Gleichwertigkeit wird im Inklusionsansatz von vornherein vorausgesetzt und impliziert somit das Bemühen, Exklusion überhaupt erst entstehen zu lassen.

Mit dieser Sichtweise wird für die Behindertenhilfe ein deutlicher Perspektivwechsel im Umgang mit behinderten Menschen aufgezeigt. Die Praxis steht sicherlich noch am Anfang der Umsetzung des Inklusionsgedankens und Veränderungen gesellschaftlicher Strukturen werden nur in kleinen Schritten erfolgen können.

2.6 Ausblick: Community Care

In der derzeitigen Diskussion über die zukünftige Richtung und Ausgestaltung der Behindertenhilfe fällt immer wieder der Begriff Community Care. Doch was genau lässt sich unter diesem Ansatz verstehen?

„Care“ bedeutet zunächst einmal Fürsorge oder Betreuung; demzufolge lässt sich unter Community Care ein Ansatz verstehen, bei dem die Fürsorgeleistungen von und in der Gemeinde bzw. der Gemeinschaft erbracht werden. Bezogen auf die Behindertenhilfe, wird dem Bürger eine Mitverantwortung für die Sorge von Menschen mit Behinderungen übertragen.

Grundlage dieses Ansatzes ist die Feststellung, dass Institutionen und Sondereinrichtungen erst Ausgrenzung und Abhängigkeit hervorgebracht haben und daher abgeschafft werden müssen. Die Aufgabe der Fürsorge für Menschen mit Behinderungen wird somit an die Gemeinschaft und das Gemeinwesen zurückgegeben. Eine genaue allgemeingültige Definition von Community Care gibt es zumindest in Deutschland noch nicht (vgl. Theunissen/Schirbort 2006: 147).

Im Rahmen des europäischen Kooperationsprogramms STEPS – Structures Towards Emancipation, Participation and Solidarity¹³ – wurde von der englischen Arbeitsgruppe folgende Begriffsbestimmung für Community Care erarbeitet:

„The generic term für social care services which are developed and located in the community as opposed to in institutions (long-stay hospitals or other congregate services segregated from the community). May include residential care models but generally ordinary life models such as supported living.“ (Cambridge/Ernst 2004: 91)

Nach diesem Verständnis ist eine stationäre Versorgung (in Abgrenzung zu Langzeitaufenthalten in Kliniken und Institutionen mit isolierendem Charakter) im Rahmen des Community Care Ansatzes nicht ausgeschlossen, aber ambulante und andere Formen der Betreuung bleiben die Zielsetzungen. Die deutsche Arbeitsgruppe subsumiert unter Community Care bereits vorrangig ambulante Unterstützungsleistungen und betont die Notwendigkeit der Individualisierung dieser Leistungen (vgl. ebd.).

¹³ STEPS ist ein europäisches Antidiskriminierungsprojekt, welches das Ziel verfolgt, die Diskriminierung von Menschen mit Lernschwierigkeiten zu bekämpfen und deren Selbstbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe zu fördern. Teilnehmende Städte sind Barcelona, London, Rotterdam, Lidingö und Hamburg. Weitere Infos unter: www.eu-project-steps.de/hamburg/ und www.skinfaxe.se/steps/lidingo05.pdf

Der gemeinsame Focus aller Arbeitsgruppen liegt aber auf der Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung in der Gemeinde, als Teil des Gemeinwesens.

Zur Annäherung an das Verständnis von Community Care in der Behindertenhilfe sollen nachfolgend die wesentlichen Grundannahmen und Prinzipien der Community Care Bewegung skizziert werden (vgl. Theunissen/Schirbort 2006: 149ff).

Menschen mit einer geistigen Behinderung sind „vollwertige“ Bürger.

Die Zugehörigkeit zur Gesellschaft ist nicht an bestimmte Vorbedingungen gebunden, und ein Mensch mit einer geistigen Behinderung gehört genau wie jeder andere Bürger zur Gesellschaft, in der er lebt. Folglich haben auch sie Bürgerrechte und Bürgerpflichten wie jeder andere auch. Um diese wahrnehmen zu können, benötigen Menschen mit einer geistigen Behinderung häufig Unterstützung – diese auch im erforderlichen Maß zu bekommen gehört u.a. zu ihren Bürgerrechten. Dieser Ansatz, der auch Grundlage des Inklusionsgedankens (siehe Punkt 2.5.4) ist, hat in der deutschen Gesetzgebung bereits Einzug gehalten¹⁴. Bei der praktischen Umsetzung gibt es allerdings noch großen Handlungsbedarf.

Selbstbestimmung und Kontrolle über das eigene Leben

Menschen mit einer geistigen Behinderung sind Mitglieder unserer Gesellschaft und des Gemeinwesens, in dem sie leben. Wie und wo sie leben, arbeiten und ihre Freizeit verbringen wollen, bestimmen sie selber. Das beinhaltet auch das Recht, wählen zu können, welche Person die Begleitung und erforderlichen Unterstützungsleistungen übernehmen soll.

Individuelle Unterstützung zur Stärkung der Position in der Gesellschaft

Dort, wo Menschen aufgrund ihrer Beeinträchtigung oder Behinderung nicht voll am gesellschaftlichen Leben teilhaben können, wird ihnen die nötige Unterstützung geboten. Die Unterstützungsleistungen orientieren sich dabei an dem individuellen

¹⁴ z. B. SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, die Behindertengleichstellungsgesetze der Länder, das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (umgangssprachlich auch Antidiskriminierungsgesetz)

Bedarf jedes einzelnen Menschen und zielen auf eine verbesserte Teilhabe im Gemeinwesen, d.h. Teilhabe an Arbeit, Bildung, Wohnen, Freizeit etc., ab. Diese Grundannahme impliziert die Abkehr von Sondereinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung hin zur Nutzung von „normalen“ Angeboten in der Gemeinde (wie auch bereits im Integrations- und Inklusionsgedanken verankert). Dadurch besteht die Möglichkeit, Fähigkeiten und Ressourcen der Nutzer in den Blickpunkt zu rücken und eine Anerkennung als Mitgestalter der Gemeinschaft zu unterstützen.

Eigene soziale Netzwerke ausbauen und stärken

Wie der Begriff Community Care bereits deutlich sagt, kommt bei der Umsetzung dieser Leitidee der Gesellschaft eine besondere Bedeutung zu. Menschen mit einer geistigen Behinderung sollen dahingehend unterstützt werden, eigene soziale Netzwerke in der Gesellschaft aufzubauen, zu nutzen und zu erhalten (Familie, Nachbarschaft, Arbeitskollegen, Kirchengemeinde etc.). Das setzt ein hohes Maß an Unterstützungsleistungen voraus, da viele Menschen mit Heimerfahrung nicht über persönliche Netzwerke verfügen. Häufig fehlt es ihnen auch an den sozialen Fähigkeiten, neue Netzwerke aufzubauen und zu pflegen. Dies ist sicherlich eine neue Aufgabe und Herausforderung in der Behindertenhilfe, die aber einen Kernaspekt der Community Care Bewegung darstellt. Die persönlichen sozialen Netzwerke sollen noch vor den Einrichtungen der Behindertenhilfe für die Unterstützung von Menschen mit geistiger Behinderung zuständig sein. Professionelle Dienstleistungen werden im Gemeinwesen angeboten und zugänglich gemacht und sollen auf diesem Wege die Fürsorge für geistig behinderte Menschen durch das Gemeinwesen unterstützen. Dadurch wird es hilfsbereiten Mitmenschen, unabhängig von ihrer Ausbildung, ermöglicht, an der Unterstützung von Menschen mit geistiger Behinderung mitzuwirken. Um Community Care erfolgreich umzusetzen, wird bürgerschaftliches Engagement, aber gleichzeitig auch vorausgesetzt.

Michael Wunder weißt in diesem Zusammenhang auf die Gefahr der Ausnutzung bürgerschaftlichen Engagements zur Entlastung staatlicher Hilfen hin. Besonders dort, „wo die Grenzen zwischen einem neuen Verständnis von Gemeinwesenorientierung mit

einer positiven Nutzung nachbarschaftlicher Strukturen und bloßen Verbilligungsstrategien der Sozialbehörden verwischen“ (Wunder 2006), besteht die Gefahr, dass der Klient mit seinen Bedürfnissen als Orientierung im Unterstützungsprozess aus den Augen verloren wird. Eine weitere Gefahr wird häufig in einer möglichen Entprofessionalisierung der Behindertenhilfe durch zunehmende Inanspruchnahme bürgerschaftlichen Engagement gesehen. Sicherlich gibt es Unterstützungsleistungen in der täglichen Begleitung, die vom persönlichen sozialen Netzwerk des Betroffenen oder durch engagierte Bürger übernommen werden können. Dennoch, und gerade weil diese Dienste in die Fürsorge mit einbezogen werden, haben fachlich ausgebildete Mitarbeiter durchaus ihre Berechtigung. Sie übernehmen eine große Verantwortung beim Zusammenführen und der Abstimmung professioneller und nicht-professioneller Unterstützungsleistungen. Es geht also vielmehr um eine Veränderung von Professionalität, als um den Abbau von Professionalität (vgl. ebd.).

Neue Arbeitsinhalte und -schwerpunkte stellen professionelle Mitarbeiter vor große Herausforderungen. So gilt es gemeinsam mit den Klienten „kreative Wege zu finden, Gebrauch vom Gemeinwesen zu machen“ (Knust-Potter 1998: 129) und Entwicklungsprozesse auch dort – also in realen Lebenssituationen – zu ermöglichen. Community Care sollte für Menschen mit geistiger Behinderung aber nicht nur ein „In-Anspruch-Nehmen“ von Dienstleistungen im Gemeinwesen bedeuten, sondern auch Gelegenheiten schaffen, der Gemeinschaft etwas zurückgeben zu können und somit ein Bewusstsein des „gegenseitigen Gebens und Nehmens“ (ebd.) zu entwickeln. Auch Menschen mit Behinderungen können und wollen etwas zum Gemeinschaftsleben beitragen und Ressourcen für andere Mitbürger darstellen. Einen Rahmen hierfür würde z.B. die Nachbarschaftshilfe oder die Unterstützung älterer und kranker Menschen bei einfachen, alltagspraktischen Dingen bieten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Community Care Ansatz darauf abzielt, eine Gemeinschaft zu schaffen, die sich um alle ihre Mitglieder kümmert, und Möglichkeiten zur individuellen Lebensgestaltung und volle Teilhabe für jeden Bürger sicher stellt.

2.7 Zusammenfassung

Die Bemühungen um eine De-Institutionalisierung der Behindertenhilfe haben viele positive Veränderungen für die Betroffenen gebracht. Blickt man nur einige Jahrzehnte zurück, so stellt man fest, dass es damals für Menschen mit einer geistigen Behinderung, deren Familie die nötige Unterstützung nicht übernehmen konnte, kaum eine Alternative zum Leben in einer Institution gab. Die Psychiatrie Enquête hat einen wichtigen Beitrag dazu geleistet, dass es in der Behindertenhilfe zu Reformbemühungen kam, die auch von Seiten des Staates durch entsprechende Gesetze zunehmend unterstützt wurden. Das Ziel der De-Institutionalisierung der traditionellen Einrichtungen gewann zunehmend an Beachtung.

Veränderungen in der Geistigbehindertenhilfe wurden immer von bestimmten Menschenbildern und Zielvorstellungen geleitet. Die Ausführungen in diesem Kapitel haben deutlich gemacht, dass sich die Leitideen in den letzten Jahrzehnten immer weiterentwickelt und präzisiert haben. Dabei hat aber keine der vorherigen Stufen ihre Berechtigung verloren, sondern sie wurden im Laufe der Zeit um neue Gesichtspunkte erweitert. Der Normalisierungsgedanke, der als gemeinsame Basis für alle nachfolgenden Leitideen angesehen werden kann, ist nach wie vor einer der wichtigsten Orientierungspunkte für weitere Reformprozesse. Jede Leitidee hat ihren besonderen Focus, was wiederum zu einer ständigen Weiterentwicklung in der Schwerpunktsetzung der Behindertenhilfe geführt hat..

Mit der Vision von Community Care wird heute eine Gesellschaftsveränderung angestrebt, in der die Erbringung von Fürsorgeleistungen wieder verstärkt von der Gemeinschaft übernommen werden soll. Zur Schaffung einer inklusiven Gesellschaft, in der das „Anderssein“ zur Normalität wird und keine Exklusion mehr stattfindet, ist diese Zielsetzung ein wichtiger Schritt

3 Ausgewählte Indikatoren erfolgreicher De-Institutionalisierung

Die Reformen im Zuge von De-Institutionalisierung haben besonders für Menschen, die jahre- oder sogar jahrzehntelang in Institutionen gelebt haben, grundlegende Veränderungen in ihrem Leben mit sich gebracht. In diesem Kapitel soll exemplarisch dargestellt werden, welche konkreten Veränderungen sich durch De-Institutionalisierungsprozesse ergeben haben bzw. weiterhin angestrebt werden und wie sich diese Neuorientierungen auf das Leben der Betroffenen auswirken.

Nach einem Überblick über die unterschiedlichen Aspekte von De-Institutionalisierung, werden die Bereiche *Wohnstruktur*, *Mit- und Selbstbestimmung* und *Beziehungsgestaltung zwischen Klienten und Mitarbeiter* näher betrachtet. Diese drei Aspekte wurden ausgewählt, da sie einen unmittelbaren Einfluss auf das alltägliche Leben in einer Einrichtung der Behindertenhilfe haben. Ziel ist es, darzustellen, wie Veränderungen aussehen müssen, um von einer erfolgreichen De-Institutionalisierung der Einrichtungen, unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Betroffenen, sprechen zu können. Es wird an dieser Stelle nicht der Anspruch erhoben, die derzeitige Ist-Situation in der Behindertenhilfe abzubilden, sondern es soll lediglich eine Orientierung gegeben werden, wie Veränderungen für Menschen mit geistiger Behinderung aussehen sollten, um von erfolgreicher De-Institutionalisierung sprechen zu können.

Veränderungen im Zuge von De-Institutionalisierung, mit dem Ziel einer Verbesserung der Lebensbedingungen der Betroffenen, können aber auch Risiken mit sich bringen. Dieser Aspekt soll zum Abschluss dieses Kapitels näher beleuchtet werden, um den Leser dafür zu sensibilisieren, bei Veränderungen von Hilfsangeboten genau hinzuschauen und die Auswirkungen und Anforderungen zu berücksichtigen, die sich daraus für jeden Einzelnen ergeben.

3.1 Die zwei Seiten von De-Institutionalisierung

Hoffmann unterscheidet in Anlehnung an den Begriff Enthospitalisierung¹⁵ zwischen *formalen* und *inhaltlichen* Schwerpunkten von Enthospitalisierungsprozessen. Sie weißt aber gleichzeitig auch darauf hin, dass diese „miteinander verzahnt [sind] und [einander] bedingen“ (Hoffmann 1998: 111, 1999: 20). Unter formaler De-Institutionalisierung subsumiert Hoffmann Aspekte wie „Dezentralisierung“, „Regionalisierung“, die „Schaffung gemeindeintegrierter, bedürfnisorientierter, häuslicher Wohneinheiten“ und die „Verwirklichung einer demokratisch-partnerschaftlichen Organisationsstruktur“ (ebd.: 1999: 20f). Zu den inhaltlichen Aspekten von De-Institutionalisierungsprozessen gehören nach ihren Ausführungen u.a. die „Mit- und Selbstbestimmung der BewohnerInnen“, die „soziale, personale und gesellschaftliche Integration“, die „Alltagsbegleitung bzw. Assistenz als Hilfe zur Selbsthilfe“, die „Beachtung und Respektierung der Person, ihrer Bedürfnisse und Fähigkeiten“ und eine „Emanzipation und Autonomie entsprechend den jeweiligen Möglichkeiten“ (ebd.: 21)¹⁶.

Nach dieser Kategorisierung findet De-Institutionalisierung (bzw. Enthospitalisierung in Anlehnung an Hoffmann) auf zwei unterschiedlichen Ebenen statt, wobei beide bei der Umsetzung von Reformprozessen berücksichtigt werden müssen. Erst die Verbindung einer formalen De-Institutionalisierung mit einer inhaltlichen De-Institutionalisierung kann zu dem Ziel der Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung führen.

Auch Dörner (2001: 111) stellt fest, dass für eine erfolgreiche De-Institutionalisierung Veränderungen auf zwei unterschiedlichen Ebenen der Institution notwendig sind¹⁷.

¹⁵ Zum Begriff der Enthospitalisierung siehe auch Punkt 1.2.2 und insbesondere Fußnote 3.

¹⁶ Die Aspekte formaler und inhaltlicher Enthospitalisierung) nach Hoffmann wurden an dieser Stelle nur exemplarisch aufgelistet. Eine vollständige Darstellung ist in der angegebenen Quelle zu finden.

¹⁷ Auch wenn die Ausführungen von Dörner (2001) sich in erster Linie auf Reformprozesse für chronisch psychisch kranke Menschen beziehen, lassen sie sich doch auch auf De-Institutionalisierungsprozesse der Behindertenhilfe anwenden, denn beide Personengruppen unterliegen vergleichbaren Bedingungen und Voraussetzungen in Bezug auf ihre gesellschaftliche Integration.

Er spricht von der Notwendigkeit einer *äußeren* und einer *inneren* De-Institutionalisierung und meint damit zum einen eine Veränderung auf struktureller Ebene und zum anderen eine Veränderung auf der Ebene der Mitarbeiter und deren Denken und Handeln.

Ein Wandel der äußeren Lebensbedingungen sollte sich immer an dem Ziel des Abbaus institutioneller Strukturen orientieren. Dörner (2001: 159) schließt in diesen Prozess nicht nur die eigentliche Institution ein, sondern auch die Region, die Gemeinde oder die Stadt, die sich für Prozesse äußerer De-Institutionalisierung ebenfalls ändern und diese unterstützen sollten.

Zum anderen ist eine „Selbständerung“ (Dörner 2001) der Mitarbeiter in Institutionen notwendig, um De-Institutionalisierungsprozesse zulassen und erfolgreich durchführen zu können. Das heißt auch, den Anderen so zu akzeptieren, wie er ist – mit all seiner Andersartigkeit und Fremdheit – und gleichzeitig neugierig zu sein auf das Besondere in jedem Menschen. Man sollte versuchen, den Klienten in seiner Ganzheit zu erfassen und nicht nur Interesse für seine Symptome zu zeigen. Dafür schlägt Dörner (ebd.: 113) eine „Mischung aus gefühlsmäßiger Solidarität und kritischer Distanz“ vor. Für diesen Prozess der Selbständerung ist ein hohes Maß an Selbstreflexion und Offenheit für Veränderungen unumgänglich.

3.2 Daheim statt Heim¹⁸

Die offensichtlichste Veränderung für Menschen mit geistiger Behinderung im Zuge der De-Institutionalisierung war die fast überall stattfindende Entlassung aus den psychiatrischen Kliniken und Schaffung von Betreuungseinrichtungen speziell für diese Personengruppe.

¹⁸ In Anlehnung an die gleichnamige Bundesinitiative (www.bundesinitiative-daheim-statt-heim.de).

Mit den heute angestrebten Veränderungen im Wohnbereich wird in erster Linie das Ziel verfolgt, große stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe zugunsten kleinerer Wohneinheiten und ambulant betreuter Wohnformen umzustrukturieren, denn traditionelle Heime, wie sie nach der Psychiatrie Enquête geschaffen wurden, entsprechen in keiner Weise den Ansprüchen an ein „normales“ Wohnen.

Schlagworte wie „Dezentralisierung“, „Regionalisierung“ und „Gemeindeintegration“ bestimmen schon seit längerem die Diskussion über Wohnstrukturen für Menschen mit geistiger Behinderung. Bereits in der Psychiatrie-Enquête von 1975 wurde eine gemeindenahe Versorgung gefordert (vgl. Deutscher Bundestag 1975: 17). Leider haben diese Bemühungen noch nicht zu einer Abschaffung bzw. Reduzierung von Heimplätzen für geistig behinderte Menschen in Deutschland geführt (siehe auch Punkt 2.4), und die Ergebnisse von Umstrukturierungsmaßnahmen sind noch nicht befriedigend. Dennoch hat sich für viele Menschen mit geistiger Behinderung die Wohnsituation entscheidend verbessert, und Strukturen, wie sie in totalen Institutionen zu finden waren, wurden erheblich reduziert. Die Orientierung der Behindertenhilfe an Leitideen wie Normalisierung und Integration bzw. Inklusion ist auch in Wohnkonzepten eingeflossen. Doch welche Bedingungen sollte der Wohnort erfüllen, um diesen Leitideen gerecht zu werden?

In der heutigen Zeit gehört es zum normalen Leben, ein eigenes Zimmer zu bewohnen, welches nach individuellem Geschmack eingerichtet werden darf und in das man sich zurückziehen kann. Der eigene Wohnraum soll einen Ort der Sicherheit und des Schutzes darstellen und ein Gefühl der Zugehörigkeit und Geborgenheit vermitteln. Er sollte das Bedürfnis nach Privatsphäre befriedigen können und als persönlicher und individueller Wohnbereich die Grundlage für ein selbstbestimmtes Leben sicherstellen (vgl. Thesing 1998: 31ff). Diese Anforderungen an den Wohnraum stellen Grundbedürfnisse des Menschen¹⁹ dar und gelten insofern gleichermaßen für behinderte, als auch für nichtbehinderte Menschen.

¹⁹ Für weitere Informationen zu menschlichen Bedürfnissen vergleiche auch Maslowsche Bedürfnispyramide nach Abraham Maslow, u.a. in Zimbardo, Philip G./ Gerrig, Richard J. (1999): Psychologie. 7., neu übersetzte und bearbeitete Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer. S. 324f

Wohnbedingungen für Menschen mit Behinderungen sollten sich an den normalen bürgerlichen Wohnverhältnissen orientieren und mindestens diesen entsprechen (vgl. ebd.: 15). Konkret bedeutet dies, Wohnen in „normalen“ Wohngebieten, in „normalen“ Häusern oder Wohnungen und mit einer „normalen“ Anzahl Mitbewohner oder auch als „normaler“ Einzelmietler. Darüber hinaus sollten Menschen mit geistiger Behinderung die Möglichkeit haben, zwischen verschiedenen Wohnorten und Wohnstrukturen zu wählen – so wie es auch das Recht eines jeden nichtbehinderten Menschen ist. Das beinhaltet auch die Bereitstellung von Wohnangeboten in örtlicher Nähe zum bisherigen Lebensmittelpunkt (z.B. der Herkunftsfamilie), um den Abbruch von wichtigen sozialen Kontakten zu vermeiden.

Wenn Menschen in eine Wohngruppe oder in eine eigene Wohnung ziehen, so soll diese zukünftig ihre neue Heimat werden, ein Zuhause, welches Halt gibt und einen neuen Bezugspunkt darstellt. Dieses kann nur erreicht werden, wenn die Bewohner aktiv in die Gestaltung und die Auseinandersetzung mit den räumlichen Gegebenheiten einbezogen werden (vgl. Thesing 1998: 30). Dazu gehört insbesondere die Freiheit sein eigenes Zimmer oder die eigene Wohnung nach den persönlichen Wünschen gestalten zu können, Entscheidungsbefugnis über seinen Eigenraum zu haben, die Respektierung des Eigenterritoriums durch andere Bewohner und Mitarbeiter, die Möglichkeit der Mitbestimmung bei Dingen, die das gemeinsame Wohnen betreffen, sowie die Teilnahme am gemeinsamen häuslichen Leben (vgl. Speck 1987: 10f). Nach den Ausführungen von Speck, sollte der Wohnort und dessen Strukturen dem Einzelnen ausreichend Möglichkeiten bieten, seine Bedürfnisse auszudrücken, sowie Anregung geben, die individuellen Fähigkeiten zu erhalten und neue dazuzulernen (vgl. ebd.: 12). Die Möglichkeit, seinen Wohnbereich so zu gestalten, wie es zu einem passt, schafft ein Klima der Freiheit und Entfaltungsmöglichkeit, und trägt so zum psychischen Wohlbefinden bei (vgl. Thesing 1998: 39).

Die Normalisierung des Wohnens bezieht sich aber nicht nur auf die räumlichen Strukturen, sondern auch auf das Wohnumfeld und die Nutzung der Angebote in der Gemeinde: Geschäfte, Cafés, öffentliche Verkehrsmittel, Bibliothek, Kirchengemeinde.

Durch ein Leben in der Gemeinde und einer damit verbundenen größeren Auswahl an Angeboten und Aktivitäten des täglichen Lebens, haben Menschen mit geistiger Behinderung die Chance, ihre Entscheidungsmöglichkeiten und -fähigkeiten auszubauen und zu stärken (vgl. Knust-Potter 1998: 78). Von Seiten der Professionellen, aber auch von sozialpolitischer und gesellschaftlicher Seite, ist es dafür erforderlich, Gelegenheiten für eine Teilhabe geistig behinderter Menschen am gesellschaftlichen Leben zu schaffen, Unterstützung zu geben, diese wahrzunehmen und eine Teilnahme zu fördern. Ziel ist es, diese Personengruppe Stück für Stück zu befähigen, sich der öffentlichen Angebote zu bedienen und sie so, im Sinne von Inklusion, Teil des Ganzen werden zu lassen.

Die Vorstellungen, wie und wo man wohnen möchte und die individuellen Möglichkeiten zur Inanspruchnahme einer bestimmten Wohnstruktur, sind auch bei Menschen mit geistiger Behinderung sehr vielfältig. Um dem Prinzip der Bedürfnisorientierung zu entsprechen und gleichzeitig unterschiedliche Ausgangsbedingungen berücksichtigen zu können, sind verschiedene Alternativen im Bereich Wohnen notwendig (vgl. Speck 1987: 14). Die Wohnstruktur und das Wohnumfeld sollten so gestaltet sein, dass sie auf der einen Seite die individuellen Fähigkeiten der Bewohner fördern, aber auf der anderen Seite auch die Einschränkungen des Einzelnen berücksichtigen und so eine Überforderung oder Isolierung vermeiden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass es für den Aspekt Wohnen wichtig ist, Wohnstrukturen zu schaffen, die eine persönliche Gestaltung des Wohnumfeldes zulassen und Mitsprachemöglichkeiten in allen Aspekten des gemeinsam genutzten Wohnraumes erlauben. Notwendig sind ebenfalls Integrations- und Partizipationsmöglichkeiten in der Gemeinde und die notwendige Unterstützung bei deren Nutzung (vgl. ebd., Dalferth 1999: 107ff). Handlungsbedarf besteht noch in der Schaffung weiterer Wohnalternativen entsprechend den individuellen Bedürfnissen von Menschen mit geistiger Behinderung. In diesem Prozess sollten auch die Betroffenen selbst zu Wort kommen und bei der Entwicklung neuer Konzeptionen mitwirken.

3.3 Mit- und Selbstbestimmung statt Fremdbestimmung

Viele der Einrichtungen der Behindertenhilfe wurden ursprünglich auf der Grundlage des Fürsorgegedankens gegründet und sahen ihre Aufgabe vorrangig in der Behütung und Sorge für den behinderten Menschen. Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Klienten wurden in der Arbeit wenig berücksichtigt und den Notwendigkeiten des Zusammenlebens untergeordnet (vgl. Thesing 1989: 58). Reglementierungen und Vorgaben der Institution und seiner Mitarbeiter schränkten die Möglichkeiten der Bewohner, eigene Entscheidungen zu treffen, erheblich ein. Die damit verbundene Fremdbestimmung in allen Lebensbereichen stand einer Mit- und Selbstbestimmung der Bewohner im Wege. Durch die vorrangige Orientierung am medizinischen Modell von Behinderung wurde der Blick auf die Möglichkeit und Notwendigkeit des Einbeziehens der Klienten in die Lebens- und Alltagsgestaltung und auf ihre Entwicklungsfähigkeit verschlossen. Heute wird von diesem entmündigenden Standpunkt Abstand genommen und zunehmend anerkannt, dass der Klient als vollwertiger Bürger ein Recht auf eigene Entscheidungen und Handlungen hat, welche seinen Wünschen und Bedürfnissen entsprechen. Ziel im Prozess der De-Institutionalisierung ist es, den Klienten als Experten seiner Lebenswelt in den Mittelpunkt der Betreuung zu stellen und ihm die „Regiekompetenz“ (Niehoff 1998) zu übertragen. Erst durch die Erfahrung der eigenen Wirksamkeit im Handeln und Sich-Äußern, kann ein Mensch (mit oder ohne Behinderung) Wohlbefinden und ein Gefühl des gelingenden Lebens erreichen (vgl. Osbahr 2003: 180). Auf einem Kongress der Bundesvereinigung Lebenshilfe im Jahr 1994 haben Menschen mit geistiger Behinderung definiert, was für sie Selbstbestimmung bedeutet. In der Erklärung wird ganz deutlich von den Betroffenen gefordert, eigenständig Entscheidungen treffen und zwischen möglichen Optionen wählen zu können. Sie wollen mehr als bisher ihr Leben selbst bestimmen, Verantwortung übernehmen und im Rahmen ihrer Möglichkeiten Dinge selber tun können. Sie fordern ihr Recht ein, eigene Erfahrungen zu machen und aus möglichen Fehlern zu lernen (vgl. Duisburger Erklärung 1994)²⁰.

²⁰ Der 1994 von der Bundesvereinigung Lebenshilfe organisierte Kongress stand unter dem Motto „Ich weiß doch selbst, was ich will!“. Eines der Ergebnisse dieses Kongresses war die „Duisburger Erklärung“ – eine Resolution zur Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung.

Seit einigen Jahren wird zunehmend das Ziel verfolgt, Menschen mit einer geistigen Behinderung im Rahmen ihrer Möglichkeiten und Fähigkeiten ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen und ihnen die Gestaltungskompetenz für ihr tägliches Leben (schrittweise) wieder zu übereignen, (vgl. Osbahr 2003: 173, Weingärtner 2006: 15f). Zur Umsetzung dieses Anspruchs in der Praxis bedarf es vielfältiger Veränderungen, und noch ist das Ziel lange nicht erreicht.

Für Menschen mit einer geistigen Behinderung wird ein selbstbestimmtes Leben durch unterschiedliche Hemmnisse erschwert. Gründe hierfür liegen zum einen in der Behinderung selbst und der daraus resultierenden Notwendigkeit von Unterstützungsleistungen zur Alltagsbewältigung und zum anderen in den sozialen Strukturen, welche die Möglichkeit eines selbstbestimmten Lebens teilweise immer noch erheblich beschneiden (z.B. bei Unterbringung in einem Heim und einer damit verbundenen Unterwerfung unter die Heimordnung, die zum Teil vorgegebenen Tagesabläufe und die formellen und informellen Regelungen der Einrichtung).

Ehemals institutionalisierte Menschen haben durch die jahrelange Bevormundung häufig die Fähigkeit, eigene Entscheidungen zu treffen, nicht entwickeln können oder verloren und müssen diese erst (wieder-)erlernen. Selbstbestimmt zu handeln ist für viele Menschen mit geistiger Behinderung mit einem langwährenden Lernprozess verbunden, durch den sie nach und nach das Vertrauen in eigene Fähigkeiten stärken und die Grenzen ihrer Selbstbestimmung entdecken (vgl. Kleine Schaars 2006: 13). Dieser Lernprozess sollte in allen Bereichen des Lebens ermöglicht werden. Die Umsetzung der Selbstbestimmungsidee sollte in der Praxis schon bei ganz alltäglichen Dingen beginnen. Eine schrittweise Annäherung an ein selbstbestimmtes Leben im Rahmen der eigenen Möglichkeiten, fängt bereits damit an, dass Menschen mit geistiger Behinderung selbst entscheiden, wann und was sie essen oder trinken möchten (also auch am Einkauf und an der Zubereitung aktiv teilnehmen), wann sie ins Bett gehen, wie sie ihr Zimmer einrichten und gestalten, wer das Zimmer betreten darf, wann sie einkaufen oder spazieren gehen möchten und wie sie ihre Freizeit verbringen, um nur einige Beispiele zu nennen.

Um eigene Fähigkeiten und Interessen (wieder) zu entdecken und sich seiner Handlungsmöglichkeiten bewusst zu werden, sollten jedes Individuum durch entsprechende Angebote motiviert werden, Dinge des Alltags mitzugestalten und im Rahmen seiner Möglichkeiten bei alltäglichen Arbeiten mitzuhelfen.

Selbstbestimmung lässt sich nur im Kontext sozialer Erfahrungen verwirklichen (vgl. Osbahr 2003: 177ff). Um den Anspruch eines selbstbestimmten Lebens von Menschen mit geistiger Behinderung umzusetzen, sind daher auch bei den Mitarbeitern und den Mitmenschen Handlungsänderungen und Neuorientierungen notwendig. Durch sie sollten Freiräume geschaffen werden, die es behinderten Menschen ermöglicht, ihre eigenen Fähigkeiten auszubauen und zu nutzen, eigene Entscheidungen zu treffen und zwischen Alternativen zu wählen, die für sie wahrnehmbar sind. Besonders bei Menschen mit schweren geistigen oder Mehrfachbehinderungen, die häufig eingeschränkte Kommunikationsfähigkeiten und geringe kognitive Fähigkeiten besitzen, stellt dieser Anspruch eine Herausforderung für die Mitarbeiter dar und bedarf einer kontinuierlichen Reflexion des eigenen Verhaltens und einer Kooperation aller, an der Betreuung beteiligten Personen. Das Bestreben nach Verstehen, das Respektieren von Willensäußerungen und Entscheidungen als handlungsleitende Kraft und ein Bemühen darum, die eigene Machtposition so weit wie möglich zu reduzieren, sind dabei unumgänglich. Um Mit- und Selbstbestimmung zu ermöglichen ist es von professioneller Seite notwendig, Bildungsangebote zu entwickeln und Möglichkeiten zu schaffen, „welche Menschen mit geistiger Behinderung befähigen, ihre Anliegen selbst zu äussern“ (ebd.: 177).

Selbstbestimmung beinhaltet ebenfalls das Recht, Fehler zu machen und aus diesen Fehlern zu lernen. Derartige Erfahrungen gehören zur Normalität eines jeden Menschen und sollten auch Menschen mit einer geistigen Behinderung gestattet sein. Das heißt aber nicht, dass der Selbstbestimmung keine Grenzen gesetzt sind. Selbstbestimmung hört dort auf, wo durch das Handeln bzw. Nicht-Handeln Eigen- oder Fremdgefährdung zu erwarten ist oder wo Rechte anderer verletzt oder beeinträchtigt werden (vgl. auch

GG Art. 2 Abs.1). Diese Einschränkung sollte aber auf keinen Fall generalisiert werden, sondern sich lediglich auf den entsprechenden Problembereich beschränken.

Dieser Aspekt macht deutlich, dass die Mitarbeiter der Geistigbehindertenhilfe bei der Einschätzung der individuellen Grenzen der Selbstbestimmung eines Klienten eine Machtposition einnehmen. In der täglichen Betreuung und Begleitung geistig behinderter Menschen haben sie einen großen Einfluss darauf, in welchen Bereichen und in welchem Umfang die Selbstbestimmungsmöglichkeiten eines Klienten eingeschränkt oder erweitert werden. In erster Linie sind sie es, die abwägen, ob das Verhalten eines Klienten zu Eigen- oder Fremdgefährdung führen könnte und ob dieser die Konsequenzen seines Handelns einschätzen kann. Diese Machtposition verpflichtet. Sie sollte nur dann eingenommen werden, wenn es erforderlich ist, und es sollte auf sie verzichtet werden, wenn es andere Wege gibt (vgl. Decker/Hofstetter 1991: 59f). So befinden sich auch die Mitarbeiter in einem ständigen Lernprozess, der sie sensibilisieren soll für einen behutsamen Umgang mit ihrer Macht. Eine kontinuierliche Selbstreflexion des eigenen Handelns sowie eine Reflektion im Team ist dabei unumgänglich, um Bevormundung und nicht notwendige Einschränkungen der Selbstbestimmung von Klienten zu vermeiden.

Abschließend soll noch darauf hingewiesen werden, dass es in der praktischen Arbeit außerordentlich wichtig ist, Selbstbestimmung nicht mit Selbstständigkeit gleichzusetzen oder diese vorauszusetzen. Jemand, der in seiner Selbstständigkeit eingeschränkt ist (z.B. durch eine körperliche Schädigung) und daher fremde Hilfe benötigt, kann durchaus in der Lage sein, bewusst eigene Entscheidungen zu treffen. Um eine Überforderung aufgrund von zu hoch gesteckten Zielen oder zu hohen Erwartungen zu vermeiden, sollten Klienten auf dem Weg zu mehr Selbstbestimmung, aber auch zu mehr Selbstständigkeit, gezielt unterstützt werden (vgl. Kleine Schaars 2006: 11).

Die Frage, ob im Leben von geistig behinderten Menschen Fremdbestimmung ganz abgeschafft werden kann, soll an dieser Stelle unbeantwortet bleiben. Eines der

wichtigsten Ziele im Umgang mit dieser Personengruppe sollte es aber weiterhin sein, die Fremdbestimmung auf ein absolutes Minimum zu reduzieren.

3.4 Gleichberechtigte Kooperation statt hierarchische Machtausübung

In der traditionellen Behindertenhilfe traten professionelle Mitarbeiter lange Zeit als Experten im Betreuungsprozess auf. Sie bestimmten den Alltag der Klienten, trafen Entscheidungen für sie und bezogen die Klienten kaum in die Planung von Betreuungsleistungen mit ein. Dörner (2001: 109ff) hat daher ganz explizit darauf hingewiesen, dass eine erfolgreiche De-Institutionalisierung nur möglich ist, wenn auch bei den Betreuern Prozesse der „Selbständerung“ stattfinden. Orientierung gibt auch hier wieder die Leitidee der Normalisierung, die sich in diesem Abschnitt auf die Normalisierung der Beziehung zwischen Menschen mit geistiger Behinderung und ihren Betreuern bzw. Alltagsbegleitern bezieht.

Mit zunehmender Bedeutung des Aspektes der Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung, hat sich auch die Aufgabe der Mitarbeiter von einer Betreuung zu einer Begleitung der Klienten gewandelt (vgl. Weingärtner 2006: 15, Hähner u.a. 1998). Die Qualität der Beziehung zwischen Klient und professionellem Mitarbeiter hat u.a. Auswirkungen auf den Umfang an Möglichkeiten des Klienten selbstbestimmt zu leben (vgl. Sack 1998: 106). Um diese Veränderung hin zum „begleiten“ in der Praxis umzusetzen, ist die Herauslösung der Beziehung Klient - Betreuer aus traditionellen Machthierarchien notwendig (vgl. Hähner 1998: 105). Das Recht auf Selbstbestimmung der Klienten, wie zuvor dargestellt, lässt sich nur umsetzen, wenn die Betreuer und andere Menschen im Umfeld der Klienten, Machtpositionen und „Bestimmungsrechte“ abgeben, sich zurücknehmen und das Recht des Gegenüber, eigene Entscheidungen zu treffen, anerkennen. Der fachliche Anspruch, die Klienten bei der Verwirklichung eines selbstbestimmten Lebens zu unterstützen und einen Beitrag zum Erfüllen ihrer Wünsche zu leisten, ist heute so gut wie unumstritten (vgl. Weingärtner 2006).

Neu ist aber noch das „Verständnis von gegenseitiger Abhängigkeit und beidseitigem Expertinnenwissen [...] ebenso der Weg der Erkenntnis, daß Menschen mit Assistenzbedarf Lehrende sein können und sollen“ (Knust-Potter 1998: 126). Hopfmüller (2001: 128) hat ihre Grundhaltung als Begleiterin folgendermaßen charakterisiert²¹:

„Die Voraussetzung für dieses ‚Andocken‘ ist meine Bereitschaft, mich auf eine geradezu ‚unprofessionell‘ anmutende Weise auf eine persönliche Beziehung einzulassen, die auch eine vorübergehende Abhängigkeit [...] in Kauf nimmt, die eher an eine Freundschaft als an eine Profi-Patient-Beziehung erinnert und dadurch die jahrelange Entindividualisierung in der Anstalt aufhebt.“

Um positive Beziehungen zwischen Mitarbeitern der Behindertenhilfe und Klienten zu ermöglichen, ist eine Abkehr vom diagnostischen und erzieherischen Denken notwendig (vgl. Sack 1998: 108). In Anlehnung an Braunmühl (Antipädagogik²²), macht auch Walther (1998: 73) den Vorschlag, sich im Umgang mit geistig behinderten Menschen am Beziehungsmodell „Freundschaft“ zu orientieren. Damit meint er aber nicht, dass Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Begleiter Freunde werden müssen. Der Begriff soll vielmehr „neue Werte für die Gestaltung der Beziehung setzen“, und dabei unterstützen, die „eigenen ‚erzieherischen‘ Anteile“ (ebd.) zu erkennen.

Es ist sicherlich nicht abzustreiten, dass in der Praxis immer noch ein Machtgefälle zwischen Klient und Mitarbeiter besteht, und das der fachliche Anspruch häufig mit der Wirklichkeit in einem Spannungsverhältnis steht. Dies ergibt sich bereits aus der Tatsache, dass die Mitarbeiter i. d. R. eine Aufsichtspflicht zu erfüllen haben und sich somit von Berufswegen in einer Macht- und Kontrollposition befinden. Dennoch ist es im professionellen Alltag möglich, durch Anerkennung und Wertschätzung der Fähigkeiten und Stärken der Klienten, sich als gleichwertige Beziehungspartner zu begegnen und

²¹ Hopfmüller bezieht sich in ihren Aussagen in erster Linie auf die Begleitung von psychisch kranken Menschen. Die Betreuungssituation dieser Personengruppe unterliegt aber ähnlichen Bedingungen und einer vergleichbaren Entwicklung, wie dies bei geistig behinderten Menschen zu beobachten ist.

²² Erziehung und Pädagogik sind aus Sicht der Antipädagogen zum einen nicht mit der Menschenwürde vereinbar und zum anderen nach ihrer Erfahrung auch unnötig (Wikipedia. Stichwort: Antipädagogik. Im Internet: www.wikipedia.de. Stand 5.01.2007).

Interaktionen als Prozesse zu verstehen, „in denen beide Akteure sich verändern und entwickeln“ (Knust-Potter 1998: 125).

Nicht die Krankheit oder Behinderung sollte im täglichen Miteinander im Vordergrund stehen, sondern die Person selbst (vgl. Decker/Hofstetter 1991: 60), mit allen Aspekten ihrer Persönlichkeit, ihren individuellen Fähigkeiten, Charakterzügen und sozialen Beziehungen. Auch Menschen mit geistiger Behinderung können und sollten im Rahmen ihrer Möglichkeiten Verantwortung übernehmen – Verantwortung für das eigene Zimmer, für das Tischdecken, für das Leeren des Briefkastens, für das Schälen von Kartoffeln zum Mittagessen, um nur einige Beispiele aus der Praxis zu nennen. Die Übergabe von Verantwortung an die Klienten signalisiert eine Anerkennung und Wertschätzung ihrer Fähigkeiten und trägt zu einem gleichberechtigtem Miteinander von Klient und Mitarbeiter bei. Die Forderung nach Übernahme von mehr Verantwortung wurde auch von Seiten der behinderten Menschen selbst deutlich gemacht (vgl. auch Duisburger Erklärung 1994). Jeder Mensch (ob behindert oder nicht behindert) benötigt das Gefühl, etwas Nützliches tun zu können und dafür anerkannt zu werden. In ihrer Studie zur Lebensqualität von Menschen mit schweren Behinderungen in Wohneinrichtungen macht Seifert (2006, Punkt 6.1) deutlich, dass „die Erfüllung der sozialen Bedürfnisse nach Zugehörigkeit und Anerkennung, nach Kommunikation und Interaktion [...] von zentraler Bedeutung [ist]. Sie sind die Basis für Entwicklung, Lebenszutauen, Selbstbewusstsein und emotionaler Zufriedenheit und bieten Halt bei der Bewältigung von Krisen und Konflikten. Das Gefühl, gebraucht zu werden, gibt dem Dasein Sinn“.

Seit einiger Zeit wird in der Behindertenhilfe das Kundenmodell diskutiert, nach dem sich Begleiter und Klient in einem Dienstleister – Kunden – Verhältnis befinden. Danach wird die professionelle Hilfe als Dienstleistung gesehen, die zwischen den Beteiligten vertraglich geregelt wird. Damit „soll die helfende Beziehung von einer einseitigen Abhängigkeit“ befreit werden und zu einer Veränderung der „Machtverhältnisse“ zugunsten der Nutzer/-innen der jeweiligen Dienstleistung führen“ (Niehoff 1998: 54).

Dieses Modell hat sich für Menschen mit körperlicher Behinderung durchaus bewährt. Für Menschen mit einer geistigen Behinderung bedeutet es aber in den meisten Fällen zu hohe psychische und intellektuelle Anforderungen, um der Rolle eines „Kunden“ gerecht zu werden (vgl. ebd.: 54ff). Ein weiteres Hemmnis zur Umsetzung des Kundenmodells ist sicherlich auch die oft fehlende wirtschaftliche Kaufkraft dieser Personengruppe²³. Niehoff (1998: 55f) weist außerdem auf die Schwierigkeit hin, dass Menschen mit geistiger Behinderung sich vor allem emotionale Zuwendung und persönliche Nähe wünschen, dass sich aber durch das Kundenmodell persönliche Beziehungen auf die sachliche Ebene verschieben.

Um eine Abkehr von gewohnten Beurteilungen, Vorurteilen und Bevormundungen hin zu einer gleichberechtigten Kooperation zwischen Menschen mit geistiger Behinderung und ihren Begleitern zu erreichen, ist in erster Linie ein reflektiertes Arbeiten auf Seiten der professionellen Mitarbeiter und die Akzeptanz des Paradigmenwechsels vom Handeln *für* zum Handeln *mit* dem anderen Menschen notwendig.

3.5 Risiken der De-Institutionalisierung

Ausgangspunkt für Prozesse der De-Institutionalisierung war und ist die Erkenntnis, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung in hospitalisierenden Einrichtungen fehlplatziert sind, und daher eine Ausgliederung dieser Personengruppe wünschenswert ist. Bei einer derartigen Verallgemeinerung besteht allerdings die Gefahr, dass die Lebenssituation des Einzelnen aus dem Blickfeld gerät und die notwendige Individualität für diese Veränderungsprozesse nicht genügend berücksichtigt wird (vgl. Hoffmann 1998: 118).

Theunissen stellt fest, dass vielerorts nur eine *Umhospitalisierung* stattfand, „indem mit Blick auf die traditionelle Behindertenversorgung in der BRD neue Heime und

²³ Eine tiefere Auseinandersetzung mit dem Kundenmodell für Menschen mit geistiger Behinderung ist im Rahmen dieser Arbeit leider nicht möglich und bedarf einer separaten Betrachtung.

pflegeorientierte Langzeiteinrichtungen als Ort zum Leben für bislang psychiatrisch oder fehlplatziert [sic] untergebrachte behinderte Menschen geschaffen wurden (und werden)“ (1998: 9).

Menschen mit geistiger Behinderung wurden zwar aus den Psychiatrien und Krankenhäuser ausgegliedert, aber überwiegend in neu geschaffene Wohnstrukturen mit institutionellem Charakter untergebracht (vgl. ebd., Knust-Potter 1998: 3). Theunissen betitelt diese Entwicklung provokativ als „Etikettenschwindel“ (1998), denn besonders Einrichtungen und Betreuung im Rahmen der Pflegeversicherung bringen oft keine Verbesserung der Lebensbedingungen für Personen, die bislang als hospitalisiert und fehlplatziert galten.

Auch Dörner (2001: 109ff) spricht von der Gefahr der Umhospitalisierung, allerdings bezieht er sich in seinen Aussagen auf den Begriff der Enthospitalisierung und der damit verbundenen Programme übergeordneter Verwaltungsinstanzen (Krankenhausträger, Einrichtungsleitungen). Er weist in seinen Ausführungen darauf hin, dass eine Ausgliederung von fehlplatzierten Menschen aus Institutionen nur „als höchst individuelle und persönliche Beziehungsarbeit geschehen darf“ (ebd.: 110). Jeder Betroffene sollte als Individuum im Zentrum des Geschehens stehen und an Veränderungsprozessen teilhaben. Eine Planung und Umsetzung von Reformen muss *mit* den Klienten erfolgen, damit sie nicht zu bloßen Objekten der De-Institutionalisierung werden. Um diese Voraussetzung erfüllen zu können, müssen die beteiligten Personen, als auch die Institutionen, bereit sein, diese individuellen Prozesse mitzutragen und sich auf Neues einzulassen (vgl. Theunissen/Hoffmann 1998: 345).

Bei den angestrebten Veränderungen der Einrichtungen der Behindertenhilfe, sollte das Ziel der Integration und zunehmenden Teilhabe und Teilnahme von Menschen mit geistigen Behinderungen am gesellschaftlichen Leben nie aus den Augen gelassen werden. Die Nutzung gemeindenaher Wohnformen ist sicherlich ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, bedeutet aber nicht eine erfolgreiche Integration der Bewohner in

die Gemeinde und eine (wesentliche) Verbesserung der Lebensqualität der betroffenen Personen (vgl. Knust-Potter 1998: 79, Theunissen/Lingg 1999: 21ff).

Um De-Institutionalisierung erfolgreich umsetzen zu können sind Veränderungsprozesse sowohl auf der formalen, als auch auf der inhaltlichen Ebene notwendig (siehe Punkt 3.1), d.h. neben einer räumlichen Integration ist auch eine soziale Integration notwendig.

Menschen, die jahrelang isoliert in psychiatrischen Kliniken oder Heimen der Behindertenhilfe gelebt haben, sind häufig auf eine Unterstützung beim Aufbau sozialer Beziehungen angewiesen. Viele ehemalige Insassen totaler Institutionen haben notwendige kommunikative Fähigkeiten und ein notwendiges Maß an Selbstbewusstsein verloren, um soziale Kontakte aus Eigeninitiative heraus herzustellen (vgl. Theunissen/Lingg 1999: 17). Ohne Hilfe der Begleiter beim Anbahnen von sozialen Kontakten besteht die Gefahr, dass es statt der angestrebten sozialen Integration in die Gemeinschaft, leicht zu einer sozialen Exklusion kommt. Eine weitere Hürde im Anbahnen von sozialen Kontakten ergibt sich daraus, dass auch die „normalen“ Mitbürger verlernt haben, mit Menschen, die anders sind als sie, in Kontakt zu treten. Die Angst vor dem Neuen und Ungewissen lässt sie häufig auf Distanz gehen, wodurch das Risiko der Vereinsamung und Isolation von Menschen mit einer geistigen Behinderung zusätzlich steigt.

Der Wechsel aus einer Institution hin zu einem Leben in der Gemeinschaft kann darüber hinaus die Gefahr einer Überforderung durch die neue Lebenssituation und damit verbundene Anforderungen, mit sich bringen. Ehemals hospitalisierte Personen sind es „aufgrund ihrer Lebenserfahrungen [...] gewohnt, zu tun, was ihnen gesagt wird“ (Knust Potter 1998: S. 125). Notwendige Kompetenzen für ein selbstbestimmtes Leben (unter anderem Kommunikationsfähigkeit, Handlungsfähigkeit, Entscheidungsfähigkeit) fehlen und müssen erst (wieder-)entdeckt und entwickelt werden. Um zu verhindern, dass an geistig behinderte Menschen Erwartungen gestellt werden, die von ihnen nicht erfüllbar sind, müssen bei den Bemühungen um größtmögliche Autonomie die

individuellen Grenzen der Fähigkeiten und Möglichkeiten eines Klienten beachtet und akzeptiert werden (vgl. Niehoff 1998: 54, Kleine Schaars 2006: 11ff). Auf dem Weg zu einem selbstbestimmten Leben und zu schrittweiser Selbständigkeit, darf es nicht an gezielter Unterstützung und Initiierung notwendiger Lernprozesse mangeln (vgl. Kleine Schaars 2006: 15).

Für professionelle Unterstützungssysteme ergibt sich daraus die Aufgabe, integrative Strukturen im Lebensumfeld der Klienten zu schaffen, soziale Netze zugänglich zu machen und zusammen mit dem Klienten zu stärken und Begegnungen behinderter und nicht behinderter Menschen zu ermöglichen.

3.6 Zusammenfassung

Um De-Institutionalisierung erfolgreich umzusetzen, sind formale und inhaltliche Veränderungen der Behindertenhilfe notwendig. Anhand der drei ausgewählten Indikatoren Wohnsituation, Mit- und Selbstbestimmungsmöglichkeiten und Beziehungsgestaltung zwischen Klient und Mitarbeiter wurde konkretisiert, welche Veränderungen es bei Reformprozessen anzustreben gilt, um dem Ziel der Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung gerecht zu werden, sowie ihnen ein „normales“ Leben zu ermöglichen. Insofern stellen diese Aspekte eine Art Erfolgskriterium für De-Institutionalisierung dar, die aber durch weitere Veränderungsprozesse ergänzt werden müssen, um ein Gesamtbild zu erhalten.

Veränderungen hin zu einem gemeindeintegrierten Wohnen sind sicherlich ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur Normalisierung der Lebensbedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung. Um aber auch das Ziel der sozialen Integration dieser Personengruppe in die Gemeinschaft zu erreichen, müssen weitere notwendige Unterstützungsleistungen angeboten werden. Dabei gilt es zu beachten, dass dem Klient eine Expertenposition im Betreuungsprozess zukommt und dass ihm Raum gegeben wird, eigene Entscheidungen zu treffen und im Rahmen seiner Möglichkeiten

und Fähigkeiten so selbstbestimmt wie möglich zu leben. Das setzt voraus, dass auch die professionellen Mitarbeiter ihre Rolle verändern und vom Betreuer zum Begleiter werden.

Menschen mit geistiger Behinderung sollten, unabhängig von der Schwere ihrer Behinderung, in die Planung von Veränderungsprozessen, die ihr Leben betreffen, mit einbezogen werden, um Bevormundung und Entmündigung zu verhindern. Neben objektiven Lebensbedingungen, die sich an der Normalität der Durchschnittsbevölkerung orientiert, sollte ein bedarfs- und bedürfnisgerechtes Betreuungssystem auch das subjektive Wohlbefinden des einzelnen Klienten berücksichtigen.

4 Die Arche²⁴ Gemeinschaft Hamburg - Volksdorf

Als Lebensgemeinschaft von Menschen mit einer geistigen Behinderung und ihren Begleitern, nimmt die Arche Gemeinschaft Hamburg-Volksdorf in der Betreuungslandschaft der Hamburger Behindertenhilfe sicherlich eine Randposition ein. Doch gerade diese Tatsache macht eine genauere Betrachtung interessant.

Basierend auf der Idee, Menschen mit geistiger Behinderung in einem familiären Umfeld in Hausgemeinschaften zu betreuen und zu begleiten und inspiriert von der Vision Jean Vaniers und der Arche in Frankreich (siehe 4.2), wurde 1983 in Hamburg-Volksdorf die erste deutsche Arche Gemeinschaft gegründet. Weitere Gemeinschaften in Tecklenburg, Ravensburg und Landsberg folgten.

Um dem Leser das Verständnis von dieser besonderen Lebensform zu erleichtern, erfolgt nach einer kurzen Vorstellung der Arche Gemeinschaft Hamburg-Volksdorf ein

²⁴ Der Name *Arche* stammt aus der Bibel und soll an Noah's Arche erinnern und daran, dass mit Hilfe der Arche Menschen und Tiere vor der Flut gerettet werden konnten.

Einblick in die Entstehungsgeschichte dieser weltweiten Bewegung. Vertieft werden soll das Verständnis von Arche Lebensgemeinschaften noch durch Ausführungen zum Menschenbild und der Philosophie der Arche Bewegung.

Eine Gemeinschaft wird erst durch ihre Gemeinschaftsmitglieder zu dem, was sie ist und was sie nach außen darstellt. Den „Klienten“ und „Assistenten“ der Arche wird daher ein eigenes Unterkapitel gewidmet, indem es auch um die Herausforderungen, die das Leben in einer Gemeinschaft mit sich bringt, gehen soll.

An dieser Stelle sei noch darauf hingewiesen, dass die Ausführungen sich nicht immer explizit auf die Arche Hamburg-Volksdorf beziehen, sondern in erster Linie auf die Arche Bewegung als Gesamtheit.

4.1 Vorstellung der Einrichtung²⁵

Die Arche Hamburg-Volksdorf ist eine ökumenische Lebensgemeinschaft, in der Menschen mit einer geistigen Behinderung und Menschen ohne Behinderung in drei kleinen Hausgemeinschaften zusammen wohnen. Zwei dieser Hausgemeinschaften gehören zum stationären Bereich der Behindertenhilfe. Hier leben zwölf Menschen mit unterschiedlicher geistiger Behinderung zusammen mit bis zu sieben Assistenten in zwei normalen Wohnhäusern im Stadtteil Volksdorf. Das erste dieser Häuser, die „Barke“, wurde 1983 eröffnet. Ein zweites Haus, die „Blaue Jolle“²⁶, kam 1996 dazu. Zusätzlich gibt es noch eine dritte Hausgemeinschaft, die „Kogge“, deren Bewohner im eigenen Wohnraum (Einzelwohnungen im gleichen Haus) ambulant betreut werden. Alle drei Häuser sind in den Stadtteil integriert und befinden sich in ganz normalen Wohnvierteln.

²⁵ Die Angaben in diesem Kapitel stammen überwiegend von der Internetseite der Arche Hamburg-Volksdorf www.arche-hamburg-volksdorf.de, Stand 19.06.2007.

²⁶ Der Name des Hauses wurde durch das Wort „blau“ ergänzt, da dies die Lieblingsfarbe einer der ersten Bewohner war und immer noch ist.

Kennzeichnend für die Arche sind kleine Hausgemeinschaften mit überwiegend internen Betreuern bzw. Assistenten. Neben einem eigenen Zimmer, nutzen sie die gleichen Gemeinschaftsräume wie Küche, Bad und Wohnzimmer. Auch für die Assistenten stellt die Arche, zumindest für eine gewisse Zeit, ein Zuhause dar. Das bedeutet, dass sich die verschiedenen Bewohnergruppen neben der professionellen Klienten-Mitarbeiter-Beziehung auch als gegenseitige Mitbewohner und manchmal sogar als Freunde begegnen. Durch das Zusammenleben soll eine soziale Isolation von Menschen mit Behinderung vermieden und ein Leben in Akzeptanz, Wertschätzung und Respekt ermöglicht werden.

Weiterhin charakteristisch für das Zusammenleben in der Arche Volksdorf sind spirituelle Angebote für alle Bewohner. Trotz unterschiedlicher religiöser Zugehörigkeiten, wird es den Bewohner durch Hausandachten, Gemeinschaftsgottesdiensten oder gemeinsamen Gebeten vor Mahlzeiten ermöglicht, ihre Religiosität auszudrücken.

In der Arche können die Bewohner ein Zuhause auf Lebenszeit finden, solange es ihr Wohlergehen fördert und sie dieses auch wünschen.

4.2 Exkurs: Die Internationale Arche Bewegung

*L'Arche is about people, with and without an intellectual disability, who share their lives in homes, workshops and day programmes which are grouped into what L'Arche calls communities.
(L'Arche Internationale 2007)*

Dieses Zitat macht kurz und knapp deutlich, worum es bei der Arche Bewegung vorrangig geht. Als der Kanadier Jean Vanier²⁷ 1964 in Trosly-Breuil, einem Dorf

²⁷ Jean Vanier wurde am 10. September 1928 in Genf geboren und wuchs in England und Kanada auf. Mit 15 Jahren trat er in die Marine ein. Seine dortige Laufbahn brach er 1950 ab, um am Institut Catholique in Paris Philosophie und Theologie zu studieren. Während seiner Studienzeit lebte und arbeitete Vanier in einer christlichen Gemeinschaft bei Paris. Nach Erwerb des Dokortitels in Philosophie,

nördlich von Paris, die erste Arche Gemeinschaft gründete, hatte er keineswegs geplant, seine Vision zu einer weltweiten Bewegung werden zu lassen. Er war entsetzt über die Institutionalisierung von Menschen mit geistiger Behinderung und der damit verbundenen Isolation und Einsamkeit der Insassen großer Einrichtungen der Behindertenhilfe. Vanier lud zwei Männer aus einer dieser Institutionen ein, mit ihm in einem kleinen Haus zu leben und gründete so die erste Gemeinschaft der Arche. Er hatte die beiden Männer zuvor in einer „ziemlich trostlosen Anstalt kennengelernt: 80 Männer, mehr oder weniger schwer behindert, lebten dort zusammen, ohne Arbeit, hinter verschlossenen Türen, in zwei großen Schlafsälen“ (Vanier 1997: 3).

Mit der Gründung der Arche verfolgte Jean Vanier keine klaren pädagogischen Ziele, sondern folgte lediglich dem Ruf Gottes, für Menschen mit geistiger Behinderung eine andere Lebensform, als ein Leben in einer Institution, zu schaffen. Seine Vision hat sich im Laufe der Zeit und mit Hilfe und Unterstützung weiterer Visionäre, immer weiter entwickelt (vgl. Cushing 2003). Erklärtes gemeinsames Ziel der Arche ist es, Gemeinschaften zu schaffen, die Menschen mit einer geistigen Behinderung aufnehmen und ihnen ihren Platz in der Gesellschaft zurückgeben (vgl. Charta der Gemeinschaften der Arche 1993). Die Arche möchte ein Ort sein, wo Menschen mit und ohne geistige Behinderung sich zu Hause fühlen können.

In den folgenden Jahren nach der Gründung zogen immer mehr Menschen in die Arche Gemeinschaft Trosly-Breuil ein – sowohl Menschen mit, als auch ohne Behinderung. Sie teilten ihren Alltag miteinander, erledigten Arbeiten im Haushalt gemeinsam, gingen einkaufen und kochten zusammen.

ging Vanier 1963 nach Kanada zurück, um an der Universität von Toronto zu lehren. Ein weiteres Mal entschied er sich gegen eine Karriere und ging einige Jahre später nach Paris zurück, um einen Freund aus Studienzeiten (Pfarrer Thomas Philippe) bei seiner Arbeit als Kaplan in einer Institution für Männer mit geistiger Behinderung zu unterstützen. 1964 gründete er zusammen mit zwei Männern dieser Institution die erste Arche Gemeinschaft in Trosly-Breuil. In den folgenden Jahren organisierte Vanier zahlreiche Seminare auf der ganzen Welt, und seine Vision wurde so weltweit bekannt. Auch heute noch hält Vanier weltweit Vorträge und bietet Einkehrtage an. Seine Bücher wurden in 29 Sprachen übersetzt, und er zahlreiche Auszeichnungen und Ehrungen erhalten. Jean Vanier lebt bis heute in der von ihm gegründeten ersten Arche Gemeinschaft in Trosly-Breuil.

Menschen aus aller Welt kamen in die Arche, um dort das Leben in einer Gemeinschaft mit geistig behinderten Bewohnern kennen zu lernen und so ein Zeichen der Einheit zu setzen. So war es nur eine Frage der Zeit, bis der eine oder andere die Vision der Arche in sein Heimatland mitnahm und dort eine neue Arche Gemeinschaft aufbaute. In den 70er Jahren wurden weitere Gemeinschaften in Frankreich, Kanada und Indien gegründet, und 1975 gab es bereits 30 Arche Lebensgemeinschaften und geplante Neugründungen in Afrika und Haiti.

Innerhalb nur weniger Jahre hat sich die Arche anderen Kulturen, Sprachen und sozioökonomischen Gegebenheiten geöffnet. Ursprünglich aus einem katholischen Umfeld mit katholischen Traditionen kommend, wurde die Arche schnell zu einer religionsübergreifenden Organisation, deren Gemeinsamkeit die Lebenseinstellung und die gleiche Philosophie sind (vgl. Vanier 1997: 5).

“And yet, despite this emerging diversity, all the communities remain united around the knowledge that the humanising contribution of people with an intellectual disability to our societies becomes apparent in mutual relationships.” (L’Arche Internationale 2007)

Weltweit gibt es heute 131 Gemeinschaften in mehr als 30 Ländern (vgl. L’Arche Internationale 2007). Das rasante Wachstum der Arche Bewegung auf der ganzen Welt machte die Verständigung über eine einheitliche Identität und gemeinsame Leitlinien sowie einen Rahmen für regelmäßigen Erfahrungsaustausch notwendig. Heute sind die einzelnen Gemeinschaften in der „International Federation of the Communities of L’Arche“ zusammengeschlossen²⁸. Die Charta der Föderation vereinigt alle Gemeinschaften durch ein gemeinsames Leitbild, grundlegende Ziele und wichtige Prinzipien für das gemeinschaftliche Leben. Es finden regelmäßige Treffen statt, zu denen jedes Mal Hunderte von Gemeinschaftsmitglieder (sowohl behinderte, als auch nicht behinderte Mitglieder) aus der ganzen Welt zusammenkommen.

²⁸ Die Arche Gemeinschaft Hamburg-Volksdorf war seit ihrer Gründung Mitglied der Internationalen Föderation der Gemeinschaften der Arche. Zum 01.01.2007 ist sie aus der Föderation ausgetreten. Diese Veränderung hat aber keine Auswirkungen auf die Strukturen und die praktische Arbeit der Arche Volksdorf. Das Konzept des Gemeinschaftslebens und die Vision und Philosophie der Arche Bewegung bleiben unverändert (Aussage von Herrn Schimkat, Leiter der Arche Hamburg-Volksdorf, Gespräch am 26.02.2007).

4.3 Menschenbild und Philosophie

Die Arche ist eine Einrichtung, die in erster Linie durch ihr Menschenbild wirkt, und nicht durch ihr pädagogisches Know-how (vgl. Biedrawa 1998).

Wichtigste Grundlage der Arche Bewegung ist der Glaube an den einzigartigen und unantastbaren Wert eines jeden Menschen. Die Arche Gemeinschaften wollen „ein Zuhause schaffen, in dem Menschen mit einer Behinderung entdecken können, daß sie geliebt werden, einen Sinn in ihrem Leben finden und zu größerer Selbstständigkeit gelangen können, ohne Beziehungen abubrechen“ (Vanier 1997: 12). Eine ihrer primären Aufgaben sieht die Arche darin, Menschen zu unterstützen, Selbstvertrauen aufzubauen, „ihren Wert wiederzuentdecken, den Weg von einem negativen zu einem positiven Selbstbild zu finden. Es bedeutet einen Sinn im Leben zu finden“ (ebd.: 8).

*“Rather than seeing what people are **unable** to do because of their cognitive impairments, Vanier inverts the equation and asks what are they better **able** or prepared to do precisely because of those impairments. In a supportive environment, these gifts are able to emerge.” (Pamela Cushing 2003)*

Das Leben in den Gemeinschaften wird getragen von den Fähigkeiten, besonderen Gaben und Stärken eines jeden Mitgliedes, unabhängig vom intellektuellen Niveau, Art der Behinderung, Religionszugehörigkeit oder Nationalität. Die Einzigartigkeit jedes Menschen wird gewürdigt und geschätzt. Durch das Zusammenleben behinderter und nicht behinderter Menschen soll ein Zeichen der Gleichheit und Verbundenheit gesetzt werden. „Die Archegemeinschaften wollen nicht zwei Gruppen von Menschen sein, die Zusammenleben, nämlich Assistenten und Menschen mit einer Behinderung. Wir wollen eine Gemeinschaft, eine Familie sein.“ (Vanier 1997: 12)

Als offene christliche Gemeinschaft hat die Spiritualität eines jeden Mitglieds der Arche eine besondere Bedeutung. Dennoch wird keiner zum christlichen Glauben missioniert, sondern jedes Mitglied wird unterstützt, in seinem eigenen Glauben zu wachsen.

4.4 „Klienten“ und „Assistenten“

Im Mittelpunkt der Arche Gemeinschaften stehen die Menschen mit geistiger Behinderung. Im Englischen wird dies besonders durch ihre Bezeichnung „*Core people*“ symbolisiert. Die Arche nimmt Männer und Frauen mit unterschiedlich schweren Behinderungen auf. In der Gründungsphase kamen die meisten der Bewohner mit geistiger Behinderung aus psychiatrischen Krankenhäusern und Institutionen, in denen sie Jahre oder sogar Jahrzehnte gelebt hatten. Heute kommen neue Bewohner häufig aus anderen Einrichtungen der Behindertenhilfe oder direkt aus ihrer Herkunftsfamilie (vgl. Biedrawa 1998).

Die Arche würde nicht existieren, ohne die Menschen, die in die Gemeinschaft kommen, um mit den geistig behinderten Bewohnern zu leben und sie im Alltag zu unterstützen. Sie werden in der Arche *Assistenten* genannt, und kommen auf Zeit, für einige Monate oder Jahre, oder sogar für immer, um Teil der Gemeinschaft zu werden. „Das Zuhause ist das Zuhause eines jeden einzelnen“ (Vanier 1997: 11).

Die Beweggründe für ein Leben als Assistent in der Arche sind sehr unterschiedlich. Manche sind auf der Suche nach Gemeinschaftserfahrung, andere suchen den Kontakt zu geistig behinderten Menschen, einige verbringen ihr Freiwilliges Soziales Jahr in der Arche oder kommen aus dem Ausland und möchten ihre Fremdsprachenkenntnisse verbessern (vgl. Biedrawa 1998). Wichtiger als eine fachliche Ausbildung ist in der Arche die Offenheit für neue Erfahrungen und die Bereitschaft, in Gemeinschaft und Freundschaft mit behinderten Menschen zu wohnen und sein Leben mit ihnen zu teilen. Viele der Assistenten in den Arche Gemeinschaften haben aber dennoch eine pädagogische oder pflegerische Qualifikation²⁹. Durch Weiterbildungen werden auch die nicht fachlich ausgebildeten Assistenten auf ihre Aufgabe des „Begleitens und Unterstützens“ vorbereitet.

²⁹ In der Arche Gemeinschaft Hamburg-Volksdorf müssen mindestens 50% der Assistenten eine fachliche Qualifikation haben. Diese behördliche Auflage wird i.d.R. ohne Probleme erfüllt. (Information vom Leiter der Arche Volksdorf, Herrn Gunnar Schimkat, während eines persönlichen Gespräches im November 2006.)

Alle Mitglieder der Arche sind gleichberechtigt und gleichermaßen verantwortlich für das Zusammenleben im Haus und in der Gemeinschaft. Die Bewohner mit Behinderung werden, soweit es ihnen möglich ist, in alle Entscheidungen, die sie betreffen, mit einbezogen. Die Unterstützungsleistungen der Assistenten werden nicht als reine Dienstleistungen angesehen, sondern auch als deren Gegenleistung für das, was die Bewohner mit Behinderung ihnen gegeben haben und geben können. Das Zusammenleben basiert auf einem „Geben und Nehmen“ zwischen allen Bewohnern und soll Platz für so viel Normalität wie möglich und nur so viel fachlicher Betreuung wie nötig schaffen.

Eine besondere Herausforderung für die Assistenten der Arche Gemeinschaften ist sicherlich die Verbindung von Professionalität und Privatheit. Einerseits teilen Assistenten und Klienten Teil ihres Privatlebens, andererseits sollte aber auch eine professionelle Distanz zum Betreuungsauftrag erhalten bleiben. Darüber hinaus ist ein hohes Maß an Eigenverantwortung und psychischer Stabilität notwendig, um sich in der Arbeit und dem Zusammenleben mit geistig behinderten Menschen nicht selbst zu vergessen. Neben dem Risiko belastender Erfahrungen durch engere Beziehungen zwischen Klienten und Assistenten, bietet das Leben in einer Lebensgemeinschaft aber auch ein großes Spektrum an schönen und unvorhergesehenen Erfahrungen.

Leben in der Gemeinschaft heißt zu akzeptieren, dass wir alle verschieden sind. Leben in der Gemeinschaft heißt Geduld haben, Rücksicht nehmen und Kompromisse eingehen. Ein Leben in der Gemeinschaft stellt hohe Anforderungen an jedes seiner Mitglieder, doch „der Mensch [ist] nicht Einzelwesen, sondern ein Sozialwesen [...], welches der Gemeinschaft bedarf“ (Thesing 1998: 40).

5 Empirische Untersuchung

Mit Hilfe der durchgeführten Untersuchung sollte ein Eindruck darüber gewonnen werden, ob die Arche Hamburg-Volksdorf den Anforderungen erfolgreicher De-Institutionalisierung gerecht wird. Die untersuchten Lebensbereiche orientierten sich an den Kriterien, wie sie in Kapitel 3 exemplarisch dargestellt wurden. Die Untersuchung sollte darüber hinaus ermöglichen, Betroffenenperspektiven zu ermitteln und die Bewohner mit geistiger Behinderung zu Wort kommen zu lassen. Das explizite Untersuchungsanliegen wird ausführlicher zu Beginn dieses Kapitels dargestellt.

Danach erfolgt eine detaillierte Beschreibung der empirischen Untersuchung. Neben der Vorstellung der Methodik und der Interviewpartner, wird auch auf die Besonderheiten einer Befragung von Menschen mit geistiger Behinderung eingegangen. Die Erstellung des Fragebogens und die dabei angestellten Überlegungen sowie die Durchführung der Befragung werden ebenfalls näher erläutert und beschrieben.

Aufbauend auf einer Zusammenfassung und Auswertung der Befragungsergebnisse, wird im Anschluss versucht, aus den gewonnenen Ergebnissen Schlussfolgerungen mit Bezug auf das Untersuchungsanliegen zu ziehen. Abschließend erfolgt eine Reflektion der durchgeführten Untersuchung und Beurteilung der angewandten Untersuchungsmethode.

5.1 Untersuchungsanliegen

Auf der Grundlage der Betrachtungen von De-Institutionalisierung als Reformkonzept der Geistigbehindertenhilfe und der exemplarischen Darstellung angestrebter Veränderungen in der Praxis, soll durch diese Untersuchung ein Eindruck darüber gewonnen werden, ob es sich bei der Arche Gemeinschaft Hamburg – Volksdorf um eine Einrichtung handelt, die den institutionellen Charakter von traditionellen

Einrichtungen der Behindertenhilfe (in Sinne einer totalen Institution) überwunden hat. Es geht also um die Frage, ob die Arche Volksdorf den Anforderungen erfolgreicher De-Institutionalisierung entspricht und ob die damit angestrebten Veränderungen im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung erreicht wurden?

Da im Rahmen dieser Diplomarbeit nicht alle Ebenen von De-Institutionalisierung am Beispiel des Untersuchungsobjekts betrachtet werden können, wird die Untersuchung eingegrenzt auf die, in Kapitel 3 näher beleuchteten Indikatoren erfolgreicher De-Institutionalisierung. Der Focus der empirischen Studie liegt demzufolge auf den Aspekten Wohnstruktur, Mit- und Selbstbestimmung und Beziehungsgestaltung zwischen Klienten und Assistenten.

Neben den objektiven Wohn- und Betreuungsbedingungen sollen auch die subjektive Einschätzung der Bewohner und deren Zufriedenheit mit den Strukturen in der Arche Volksdorf ermittelt werden. Diese subjektiven Aspekte sind ein wichtiges Indiz für eine erfolgreiche Umsetzung der Reformideen, mit dem Ziel der Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung.

5.2 Untersuchungsdesign

In diesem Abschnitt wird die inhaltliche Gestaltung der Untersuchung erläutert und auf Besonderheiten bei der Durchführung hingewiesen. Der Fragebogen als ausgewähltes Untersuchungsinstrument wird vorgestellt und sein Einsatz begründet. Darüber hinaus erfolgt eine besondere Betrachtung der Gruppe der Interviewpartner.

5.2.1 Methodik

Als Erhebungsmethode wurde das face-to-face Interview mittels eines standardisierten³⁰ Fragebogens gewählt. Dieser wurde als eine Art Leitfaden für die Interviews genutzt, wodurch eine teilstrukturierte³⁰ Interviewsituation geschaffen wurde. Die entscheidenden Vorteile gegenüber einem stark strukturierten Interview wurden darin gesehen, dass der Interviewer die Möglichkeit behält, bei Verständnisproblemen die Frage umzuformulieren oder zu präzisieren, die Reihenfolge der Fragen zu verändern und bei nicht ganz eindeutigen Antworten nochmals nachzufragen (vgl. Atteslander 2006: 124f). Da vor Beginn der Interviews nicht eingeschätzt werden konnte, ob alle Interviewpartner von ihrem kognitiven Verständnisniveau her die Fragen verstehen, wurde die Option für diese Vorgehensweise als wichtig erachtet. Zu beachten ist dabei aber, dass bei einem derartigen Vorgehen immer auch die Gefahr der Beeinflussung der interviewten Person durch eine bestimmte Art und Weise der Neuformulierung der Frage oder des Nachfragens besteht.

Die Nutzung eines standardisierten Fragebogens als Forschungsinstrument, ermöglichte es, in nur einem Interview mit jeder Untersuchungsperson einen relativ umfangreichen Untersuchungsbereich abzudecken und dabei sowohl objektive Daten zu ermitteln, als auch Raum zu geben für eigene Anmerkungen und subjektive Einschätzungen der Interviewpartner. Ein Nachteil der Befragung mittels eines standardisierten Fragebogens ist die dabei kaum vorhandene Möglichkeit, neue Aspekte, die vom Befragten während des Interviews eingebracht wurden, im Rahmen der Befragung weiter zu verfolgen.

Für das Forschungsvorhaben war es wichtig, die Befragung mündlich, als face-to-face Interview durchzuführen. Eine schriftliche Befragung durch Zusendung der Fragebögen wurde nicht in Betracht gezogen, da davon auszugehen war, dass die Zielgruppe beim

³⁰ Die Begriffspaare „standardisiert – teilstandardisiert – nicht standardisiert“ und „wenig strukturiert – teilstrukturiert – stark strukturiert“ werden in der Literatur häufig beide in Zusammenhang mit den Begriffen „Fragebogen“ und „Interview“ verwendet. In Anlehnung an Atteslander (2006) sollen erstere hier zur Beschreibung des Instruments (Fragebogen) herangezogen werden und letztere zur Beschreibung der Interviewsituation.

Ausfüllen des Fragebogens Unterstützung benötigt und somit die Gefahr einer zu großen Beeinflussung durch Dritte (z. B. durch Mitarbeiter oder andere Angehörige der Einrichtung) bestand.

5.2.2 Interviewpartner

Wie bereits dargestellt, sollte neben den objektiven Wohn- und Lebensbedingungen auch die subjektive Einschätzung der Bewohner mit Behinderung zu den Aspekten Selbstbestimmung und Beziehung zu den Assistenten ermittelt werden. Alle Interviews wurden daher mit den Klienten bzw. Nutzern der Unterstützungsleistungen durchgeführt. Gleichzeitig sollte dadurch auch zum Ausdruck gebracht werden, dass die Bewohner mit geistiger Behinderung als Experten ihrer Lebenssituation akzeptiert werden (vgl. auch Hagen 2001). Die Personengruppe, um die es bei De-Institutionalisierungsprozessen in erster Linie geht, sollte die Möglichkeit erhalten, selbst zu Wort zu kommen. Mit Blick auf den Aspekt des selbstbestimmten Lebens von Menschen mit geistiger Behinderung, wurde es für wichtig erachtet, dass eine Einschätzung der Lebens- und Betreuungssituation nicht (ausschließlich) durch Dritte erfolgt.

Dennoch war es nicht möglich, im Rahmen dieser Untersuchung und mit den vorhandenen Mitteln und Zeitreserven alle Bewohner der beiden Arche Wohngemeinschaften zu interviewen³¹. Aufgrund der unterschiedlichen kognitiven Niveaus und Reflexionsfähigkeiten, konnte ein Interview in der geplanten Art und Weise und in diesem Rahmen nur mit fünf der zwölf Bewohner der Arche durchgeführt werden³². Die Einschätzung der erforderlichen kognitiven Kompetenzen wurde durch das Assistententeam vorgenommen. Die fünf ausgewählten Personen wurden daraufhin über das geplante Forschungsvorhaben informiert, und gefragt, ob sie an der Befragung

³¹ Die Bewohner des dritten Hauses wurden nicht in die Untersuchung einbezogen, da ihre Lebens- und Betreuungssituation durch die ambulante Betreuung im eigenen Wohnraum anderen Bedingungen unterliegt und somit eine andere Ausgangsbasis für die empirische Untersuchung darstellen würde.

³² Geplant waren ursprünglich sechs Interviews aber leider war einer der Interviewpartner aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage, das Interview zu geben. Das konnte auch nicht zeitnah nachgeholt werden, da dieser Bewohner längerfristig verhindert war.

teilnehmen würden. Alle Personen waren bereit, sich für ein Interview zur Verfügung zu stellen.

Befragt wurden zwei Bewohner des Arche Hauses „Barke“ und drei Bewohner der „Blaue Jolle“. Den Interviewpartnern aus der „Barke“ war ich bereits von zwei früheren Besuchen bekannt. Die Befragten aus der „Blauen Jolle“ kannten mich zu Beginn des Interviews noch nicht. Bis auf eine Ausnahme, waren alle Interviewpartner männlich. Die Befragten leben bereits seit neun Jahren oder länger in der Arche³³. Bevor sie dort eingezogen sind, haben vier der Befragten Personen in einem Heim oder einem psychiatrischen Krankenhaus gelebt. Eine Person zog aus dem Elternhaus in die Arche.

Es soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass natürlich auch die Bewohner mit einer schweren Behinderung in der Lage sind, auszudrücken, was sie möchten und was nicht. Um aber die Meinungen und Einschätzungen aller Bewohner in die Untersuchung mit einbeziehen zu können, wäre es notwendig gewesen, umfangreichere Methoden einzubringen und mit verschiedenen Forschungsinstrumenten die Ansichten aller Klienten zu erkunden³⁴.

5.2.3 Besonderheiten der Interviewpartner

Die Erhebung von authentischen Perspektiven von Menschen mit geistiger Behinderung stellt eine besondere Herausforderung dar, da diese Personengruppe in den meisten Fällen nicht den Vorstellungen von einem idealen Interviewpartner entspricht (vgl. Hagen 2001: 103ff). Sie „haben weder hinreichend empathische, motivationale und kognitive Fähigkeiten für die Übernahme der Rolle des detaschierten Datenlieferanten noch haben sie den hinreichenden Grad an persönlicher Autonomie und an narrativer Kompetenz, um in egalitärer Kommunikation ihre Wirklichkeitskonzeption darstellen zu

³³ Vor neun Jahren wurde das zweite Haus der Arche, die „Blaue Jolle“ eröffnet und somit neue Wohnplätze geschaffen.

³⁴ Eine derartige Vorgehensweise hätte aber sowohl zeitlich, als auch vom Arbeitsaufwand, den Rahmen dieser Diplomarbeit gesprengt. Dieses Anliegen müsste an anderer Stelle genauer betrachtet und vertieft werden. Im Hinblick darauf ist diese Untersuchung auch eine Annäherung an ein späteres mögliches Forschungsvorhaben.

können“ (Laga zit. nach Hagen 2001: 104). In der Fachwelt und Öffentlichkeit gibt es auch Stimmen, die behaupten, dass Menschen mit geistiger Behinderung (abhängig von Schweregrad der Behinderung) kognitiv nicht in der Lage sind, komplexe Zusammenhänge zu verarbeiten und zu bewerten (vgl. Gromann 1998: 96, 1996: 213).

Mehrere Wissenschaftler kamen zu der Feststellung, dass diese Personengruppe dazu neigt, auf eine Frage mit „ja“ zu antworten, ohne sich dem Inhalt der Frage wirklich bewusst zu sein. Diese Tendenz wird damit erklärt, dass die Befragten durch eine zustimmende Antwort versuchen, Unwissenheit zu kaschieren, gemäß der vermuteten sozialen Erwünschtheit zu antworten oder sich keinem weiteren Begründungszwang (wie es häufig bei negativen Antworten der Fall ist) auszusetzen (vgl. Gromann 1996: 215, Hagen 2001: 104f). So kann eine Tendenz zu positiven Antworten also zum einen auf den Wissensstand und das kognitive Niveau des Befragten zurückgeführt werden und zum anderen auf den Druck, entsprechend sozialen Erwünschtheit zu antworten.

Neben der Neigung zur Konformität, scheint aber auch das momentane Gefühl der Befragten während des Interviews eine Rolle bei den Antworttendenzen zu spielen (vgl. Hagen 2001: 104f). Der Vollständigkeit halber soll aber auch erwähnt werden, dass die genannten Phänomene keine spezifischen Probleme in der Befragung von Menschen mit geistiger Behinderung darstellen, sie scheinen bei dieser Untersuchungsgruppe jedoch besonders häufig aufzutreten (vgl. ebd.).

Gromann interpretiert die „große Tendenz zu ‚sozial erwünschten‘ Antworten...[als, d. Verf.] ein Zeichen von mangelnder Übung geistig behinderter Menschen, im Lebensalltag für ihre Vorlieben einzutreten“ (1998: 106, 1996: 220). Sie argumentiert dahin, dass nicht die geistige Behinderung als solche der Grund für häufige Antworten gemäß sozialer Erwünschtheit ist, sondern der Mangel an pädagogischer Unterstützung bei der Entwicklung eigener Wünsche und der Stärkung der freien Meinungsäußerung. Ein weiterer Aspekt, der bei der Analyse subjektiver Zufriedenheitsäußerungen berücksichtigt werden sollte, ist sicherlich die häufig fehlende Kenntnis über Wahlmöglichkeiten und Alternativen für die eigene Lebensgestaltung.

Eine jahrelange isolierte Unterbringung in Institutionen machte es vielen Menschen mit geistiger Behinderung unmöglich, neue Erfahrungen zu sammeln, um dann eigenständig Entscheidungen zu treffen und sich für deren Umsetzung einzusetzen. Hagen weißt aufgrund ihrer Untersuchungsergebnisse zur Qualität der Konzepte in Tagesstätten darauf hin, „dass vor allem Routine darin, nach eigenen Einschätzungen gefragt zu werden, für diesen Personenkreis von herausragender Bedeutung ist“ (Hagen 2001: 220). Vor diesem Hintergrund wird es daher für wichtig erachtet, Menschen mit geistiger Behinderung in empirischen Untersuchungen, in denen es um ihre Lebenssituation geht, einzubeziehen und ihnen „eine Stimme zu geben“, auch wenn die meisten von ihnen derzeit noch keine idealen Interviewpartner darstellen.

Das die Erhebung von Ansichten und Bewertungen von Menschen mit geistiger Behinderung kein einfaches Vorhaben ist, kann sicherlich nicht abgestritten werden. Dennoch wird davon ausgegangen, dass diese Untersuchungspersonen, trotz häufig eingeschränkter Kommunikations- und Reflexionsfähigkeit, in der Lage sind, ihre persönliche Meinung, Wünsche und Vorstellungen zum Ausdruck zu bringen. Die Schwierigkeit wird vom Autor dieser Arbeit eher darin gesehen, die Kommunikationsstrukturen des Interviewpartners vor dem Hintergrund seiner individuellen Erfahrungen zu entschlüsseln und zu verstehen, und die Fragen so zu formulieren, dass sie dem Verständnis- und Verarbeitungsniveau des Gegenüber entsprechen.

5.2.4 Konstruktion des Fragebogens

Eine Kombination von geschlossenen, halboffenen und offenen Fragen sollte dem o.g. Anspruch gerecht werden. Um die Konzentrationsfähigkeit der Befragten während des gesamten Interviews so gut wie möglich zu erhalten, wurde der Fragebogen so konzipiert, dass ein Interview die Dauer von ca. 30 Minuten nicht überschreitet.

Für die Konstruktion des Fragebogens wurde es als besonders wichtig erachtet, die Fragen in einfacher unkomplizierter Sprache und so konkret wie möglich zu formulieren,

um eine Annäherung an das Sprachverständnis des Adressantenkreises zu ermöglichen (vgl. Schaffer 2001: 91, Konrad 2001: 77). Dadurch sollte das Verstehen der Fragen durch die interviewten Personen so gut es geht sichergestellt werden. Auch das Anschreiben wurde in einfacher Sprache formuliert. Als Anrede für Anschreiben und Fragebogen wurde die persönliche Variante, die „Du-Anrede“, gewählt, da diese den Umgangsformen in der Arche am besten entspricht und sich Interviewer und Befragte auch bereits bei zwei vorangegangenen Besuchen per „Du“ ausgetauscht haben. Diese Form der Anrede sollte somit beibehalten werden.

Der Fragebogen bestand zum überwiegenden Teil aus geschlossenen Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten und wurde ergänzt durch halboffene und offene Fragen. Dadurch wurde die Möglichkeit geschaffen, sowohl quantitative, als auch qualitative Daten zu erfassen. Mittels der offenen Fragen sollte den Interviewpartnern die Möglichkeit gegeben werden, mit eigenen Worten und ausführlicher auf eine Frage zu antworten, konkrete Veränderungsvorschläge zu machen und subjektiv bedeutsame Aspekte zu den angesprochenen Themen einzubringen. Die halboffenen Fragen dienten in erster Linie dazu, Ergänzungen oder genauere Erläuterungen zur jeweiligen Antwort aufzunehmen. Bei den geschlossenen Fragen wurde das Antwortspektrum auf drei bis vier Optionen begrenzt, da davon auszugehen war, dass in den Antworten der Befragten keine weiteren Nuancen zu erkennen sein werden. Es wurde versucht, die Fragen so zu formulieren, dass klare und eindeutige Antworten möglich waren. Der Fragebogen bestand aus 38 Fragen (vier Fragen zur Person, 31 Fragen zu den Themenbereichen und drei Fragen zur Durchführung der Befragung).

Entgegen den Empfehlungen, die soziodemographischen Fragen an das Ende des Fragebogens zu stellen, wurden sie hier ganz bewusst am Anfang der Befragung gestellt, um den Interviewpartnern den Einstieg in die Interviewsituation zu erleichtern. Im Hauptteil wurden die Fragen entsprechend den Themenblöcken Wohnsituation, Mit- und Selbstbestimmung und Beziehung Klienten – Assistenten angeordnet. Dabei war es nicht zu vermeiden, dass einige Fragen auch für mehrere Themen relevant waren.

Folgende Kriterien wurden für die einzelnen Themenblöcke berücksichtigt, wobei aber nur einzelne Aspekte dieser Kriterien abgefragt werden konnten:

Wohnsituation:	Raum- und Wohnhausgestaltung Gestaltungsmöglichkeiten Privatsphäre Besuche
Mit- und Selbstbestimmung:	Mitbestimmungsstruktur im Haus Selbstbestimmung im Alltag Regeln im Haus Aufgaben im Haushalt eigene Entscheidungsmöglichkeiten
Beziehung Bewohner-Assistenten:	emotionale Unterstützung Wertschätzung Unterstützung im Alltag und in der Freizeit

Durch die Fragen zu diesen Kriterien sollten zum einen reine Fakten und zum anderen Bewertungen, Wünsche und Kritikpunkte der befragten Bewohner ermittelt werden. Die Wahl der Kriterien orientierte sich am theoretischen Konzept der Normalisierung und somit an den Bedingungen eines „normalen“ Lebens.

Die letzte Frage des Interviews diente dazu, den Interviewpartnern die Möglichkeit zu geben, eigene Aspekte oder Bemerkungen anzubringen, die im Fragebogen nicht angesprochen wurde, die aber für sie in dem Moment subjektiv relevant waren.

5.2.5 Durchführung der Befragung

Die Interviews fanden in den Wohnhäusern der Interviewpartner statt, d.h. in der „Barke“ und der „Blauen Jolle“. Untersuchungen haben gezeigt, dass Befragungen von Menschen mit geistiger Behinderung in deren natürlichen Umfeld zu aussagefähigeren Ergebnissen kommen (vgl. Hagen 2001: 107). In welchem Raum des Hauses das Interview stattfinden sollte, konnte vom Interviewpartner bestimmt werden. Drei der Interviews fanden in denn persönlichen Zimmern der Befragten statt. Die beiden anderen Personen entschieden sich für eine Befragung im Gemeinschaftsbereich des

Hauses. Bei allen Interviews war Herr Schimkat, Leiter der Arche Volksdorf³⁵ anwesend. Er hielt sich während der Interviews aber im Hintergrund und griff nur bei Kommunikationsproblemen unterstützend ein. So kam es einige Male vor, dass der Befragte zum Verstehen der gestellten Frage ein konkretes Beispiel aus seiner Alltagswelt benötigte, welches der Interviewer aufgrund von fehlenden Kenntnissen nicht hätte einbringen können. Da Herr Schimkat die Befragten und ihre Kommunikationsformen und -fähigkeiten besser kennt als der Interviewer, war das zur Durchführung der Interviews von Vorteil. Die Anwesenheit einer vertrauten Person kann darüber hinaus ein Gefühl der Sicherheit während des Interviews vermitteln. Erwähnt werden soll an dieser Stelle aber auch, dass insbesondere die Anwesenheit von Mitarbeitern und Angehörigen der Einrichtung die Befragten zu sozial erwünschten Antworten veranlassen könnte (vgl. Hagen 2001: 107f).

Die Interviews dauerten zwischen 30 und 45 Minuten, was auch im Nachhinein als angemessener Zeitrahmen angesehen wird. Die Konzentrationsfähigkeit war bei den Befragten recht unterschiedlich und reichte von voll konzentriert während der gesamten Dauer des Interviews bis hin zu großen Schwierigkeiten, sich gedanklich immer wieder auf die Fragen einzulassen. Ein Abbruch eines der Interviews war aber nicht notwendig. Lediglich einem der Befragten war es aufgrund von Konzentrationsschwierigkeiten nur ansatzweise möglich, die offenen Fragen zu beantworten.

Bei der Durchführung der Interviews wurden nur die Fragen durch den Interviewer vorgelesen, nicht aber die Antwortvorgaben. Dadurch sollte eine Verunsicherung durch zu viele Informationen vermieden werden.

Keiner der Interviewpartner verfügte über ein Niveau an Lesefähigkeit, welches es ihm ermöglicht hätte, die Fragen und Antworten mitzulesen bzw. eigenständig zu lesen. Somit waren alle auf eine rein auditive Aufnahme der Informationen angewiesen.

³⁵ Herr Schimkat wohnt als Leitungsperson nicht in einem der Arche Häuser, hat aber sehr häufig Kontakt mit den Bewohnern und ist ihnen daher sehr gut bekannt.

Die Gefahr einer Überforderung durch weiteren Input in Form der Antwortmöglichkeiten lag daher nahe. Die interviewten Personen hatten aber die Möglichkeit, während der Befragung in den Fragebogen hineinzuschauen und die Fragen mitzuverfolgen (daher wurde auch eine große Schriftgröße für den Fragebogen gewählt). Durch das Nicht-Vorlesen der Antwortmöglichkeiten sollte auch einer Ausweichtendenz durch Wahl der letztgenannten Antwortmöglichkeit (z. B. „ich weiß nicht“) vorgebeugt werden. War aber zu erkennen, dass der Befragte keine Antwort auf die Frage geben konnte, oder drückte er ganz explizit aus, dass er keine Antwort weiß, wurde dieses selbstverständlich akzeptiert und als entsprechende Antwort vermerkt. Die Antwortvorgaben stellten demzufolge lediglich eine Erleichterung beim Festhalten der Antworten dar. Die Antworten auf die offenen Fragen wurden mitgeschrieben.

Die Reihenfolge der Fragen wurde bei allen Interviews beibehalten. Es kam lediglich einige wenige Male vor, dass der Befragte durch eine Aussage bereits eine Antwort auf eine spätere Frage gab. Diese Antwort wurde dann bei der entsprechenden Frage notiert und im weiteren Verlauf erneut nachgefragt, ob die zuvor getätigte Aussage stehen bleiben soll. Wurde eine Frage nicht verstanden, wurde sie leicht modifiziert, um eine Verständlichkeit beim Interviewpartner zu erreichen. Insgesamt entstand aber der Eindruck, dass die Fragen gut verstanden wurden. Auch auf den ersten Blick falsche Antworten wiesen durchaus auf ein Verständnis der Fragen hin. Auf die Frage, wie lange sie schon in der Arche wohnt, antwortete eine Bewohnerin: „100 Jahre“, was ein Hinweis darauf ist, dass sie nach ihrem subjektiven Empfinden schon sehr lange dort lebt. Bei einer Befragung von Menschen mit einer geistigen Behinderung kann es unter Umständen wichtig und notwendig sein, Bedeutungszusammenhänge zu kennen, um auf dieser Grundlage die entsprechende Antwort zu verstehen. Sind diese Kenntnisse nicht vorhanden, besteht schnell die Gefahr, dass eine (auf den ersten Blick nicht passende) Antwort als Nichtverstehen der Frage angesehen wird (vgl. Hagen 2001: 223f).

5.3 Darstellung und Auswertung der Ergebnisse

Der erste Arbeitsschritt zur Auswertung der Ergebnisse bestand darin, alle Antworten zu jeder einzelnen Frage zusammenzutragen, um so einen besseren Überblick über Differenzen und Übereinstimmungen zu ermöglichen. Nachfolgend werden nun die Ergebnisse zu jedem Themenblock dargelegt und falls nötig, näher erläutert und interpretiert. Da es nur eine kleine Untersuchungsgruppe gab, werden die Ergebnisse zu jeder Frage recht detailliert dargelegt. Abweichungen von eventuell vorhandenen Antworttendenzen werden etwas genauer betrachtet. Auf die Nutzung statistischer Mittel zur Auswertung wird aufgrund der zu geringen Datenmenge verzichtet.

Es soll an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen werden, dass die Ergebnisse lediglich einen Ausschnitt der Lebenswelt der befragten Personen wiedergeben und aufgrund der geringen Zahl der Untersuchungspersonen und deren Auswahl eher einen exemplarischen, als einen repräsentativen Charakter haben.

5.3.1 Wohnsituation

In die Auswertung der Ergebnisse zur Wohnsituation fließen z. T. auch eigene Beobachtungen und Wahrnehmungen mit ein, die nicht explizit abgefragt wurden, da sie für jeden Besucher offensichtlich sind (z. B. Gestaltung und Einrichtung des Wohnhauses und der Zimmer).

Alle Interviewpartner bewohnen ein Einzelzimmer und dürfen dieses, nach eigenen Angaben, so gestalten, wie sie das möchten (Frage 1 und 3). Da zwei der Interviews in dem Zimmer der befragten Person stattfanden, kann von meiner Seite bestätigt werden, dass beide Räume sehr individuell eingerichtet waren. Einer der Befragten führte mich zum Interview in sein Zimmer und kommentierte dieses mit den Worten „So föhl ich mich wohl!“. Diese Aussage bekräftigt seine spätere positive Antwort auf die Frage der individuellen Gestaltungsmöglichkeit seines Zimmers. Alle interviewten Personen bejahten die Frage, ob sie bei Einzug in die Arche ihre eigenen Möbel mitbringen durften (Frage 2). Vier von ihnen konkretisierten ihre Antwort bezüglich der Möbel noch

durch nähere Angaben, wo sie die Möbelstücke für ihr Zimmer gekauft haben und wer sie dabei unterstützt hat. Aus den Ergänzungen lässt sich schlussfolgern, dass es für die Bewohner in erster Linie wichtig ist, sich die Einrichtungsgegenstände für ihr Zimmer selber aussuchen zu dürfen und bei Neuanschaffungen aktiv involviert zu sein. Dabei scheint es weniger wichtig, ob die Möbel bei Einzug mitgebracht oder neu erworben wurden. Da bis auf Einen alle befragten Personen zuvor in Großeinrichtungen der Behindertenhilfe lebten, kann auch davon ausgegangen werden, dass diese Bewohner bei Einzug in die Arche keine oder nur wenige eigene Möbel besaßen. Dieser Punkt wurde im Interview aber nicht weiter vertieft, da es beim Aspekt Raumgestaltung in erster Linie um die Möglichkeit der Individualität ging, die „für jeden Menschen die Voraussetzung dafür ist, dass er sich ‚zu Hause‘ fühlen kann“ (Schwarte/Oberste-Ufer 2001: 29).

Auf die Frage nach Veränderungswünschen für das eigene Zimmer gab lediglich eine Person an, sich einen neuen Tisch kaufen zu wollen (Frage 4). Alle anderen waren mit ihrem Zimmer zufrieden. Diese Tatsache ist sicherlich in erster Linie auf die Möglichkeit der eigenen Gestaltung des Zimmers zurückzuführen. Auch das jeweilige Wohnhaus gefiel den Interviewpartner so, wie es jetzt ist (Frage 8).

Alle Befragten bestätigten, jederzeit Besuch von Freunden oder Familie empfangen zu können, was darauf hinweist, dass dem Bedürfnis nach sozialen Kontakten und Kommunikation Raum gegeben wird, und die Bewohner in diesem Aspekt selbstbestimmt entscheiden können (Frage 5). Die Privatsphäre des Einzelnen wird u.a. dadurch gewahrt, dass Bewohner und Assistenten vor Betreten eines fremden Zimmers anklopfen. Dies wurde von allen Befragten bestätigt (Frage 6). Diese Verhaltensweise lässt darauf schließen, dass in der Arche Gemeinschaft der private Eigenraum jedes Bewohners respektiert wird.

Die Reinigung der Bewohnerzimmer wird teilweise von den Bewohnern selbst oder mit Unterstützung von den Assistenten durchgeführt (Frage 7). Dadurch übernehmen die Bewohner Verantwortung für ihr Zimmer und gleichzeitig wird ihnen die Wertschätzung

ihrer Fähigkeiten entgegengebracht. Es lässt sich erkennen, dass hier die Unterstützungsleistung sehr individuell erfolgt

Die Ergebnisse im Bereich Wohnsituation machen deutlich, dass die objektiven Wohnbedingungen (zumindest in den erfragten Aspekten) den „normalen“ Wohnverhältnissen entsprechen. Die Befragten äußerten subjektive Zufriedenheit mit ihrer Wohnsituation.

5.3.2 Mit- und Selbstbestimmung

Der Themenblock Mit- und Selbstbestimmung beinhaltete den größten Anteil an Fragen. Es ging in erster Linie darum, vorhandene Strukturen in diesem Bereich zu erfassen und darüber hinaus einen Eindruck zu gewinnen, ob die Möglichkeiten von Mit- und Selbstbestimmung von den Befragten auch so erlebt werden. Es kann nur von einer gelungenen Umsetzung dieser Anforderung gesprochen werden, wenn dieses auch subjektiv von den Klienten so empfunden wird (vgl. Hagen 2001: 11).

Das zentrale Instrument zur Gewährleistung von Mitbestimmung aller Bewohner in Angelegenheiten, welche die ganze Hausgemeinschaft betreffen, ist der wöchentlich stattfindende Hausabend. Diese regelmäßigen Treffen wurden von allen Befragten als Rahmen für gemeinsame Entscheidungen über wichtige Dinge angeführt (Frage 16 und 17). Als Beispiele der dort besprochenen Themen wurden Urlaubsziele, Aktivitäten, Wochenendausflüge, Feiern, „wie es jedem geht“, „was gekocht werden soll“, „wenn ich was malen will“, neue Bewohner oder Assistenten und „was so anliegt“ angeführt (Frage 18). Die Möglichkeit der Mitbestimmung bei der Wahl der Gerichte für den Kochplan und das Interesse an der Meinung jedes Bewohners bei Einzug neuer Personen in das Haus, wurde von allen Befragten nochmals gesondert bestätigt (Frage 10 und 19).

Eine Mitbestimmungsmöglichkeit gibt es laut Aussage von drei Befragten auch bei geplanten Veränderungen, die den gemeinsamen Wohnraum betreffen (Frage 15). Bei einer Person war eine Antwort auf diese Frage nicht zu erkennen und eine andere

verneinte die Mitbestimmungsmöglichkeit bei Veränderungen im Haus. Im weiteren Gespräch (und mit der Unterstützung von Herrn Schimkat) wurde deutlich, dass diese verneinende Antwort durchaus ihre Berechtigung hatte, sich aber auf eine erst kürzlich stattgefundenen Veränderung im Zimmer der befragten Person bezog, die aus hygienischen Gründen vom gesetzlichen Betreuer veranlasst wurde. Hier wird deutlich, dass dieses subjektiv wichtige Ereignis für den Interviewpartner im Vordergrund stand, und die Antwort auf die gestellte Frage nur anhand dieses zusätzlichen Wissens richtig interpretiert werden konnte.

Die fast ausschließlich bejahenden Antworten zu den Möglichkeiten der Mitbestimmung und die erwähnte Mitbestimmungsstruktur der Arche (Hausabende), lässt darauf schließen, dass Partizipation aller Bewohner ein wichtiger Aspekt im Zusammenleben in der Arche ist. Die durchgängig positiven Antworten der Interviewpartner zu diesem Thema, machen deutlich, dass sich die Bewohner der Arche bewusst darüber sind, dass sie die Möglichkeit haben, die Alltagsgestaltung und Strukturen des Zusammenlebens mitzubestimmen. Darauf aufbauend kann vermutet werden, dass die Bewohner diese Möglichkeiten der Mitbestimmung auch real in Anspruch nehmen. Was wiederum auf eine gelungene Umsetzung von Mitbestimmung schließen würde. Um zu diesem Aspekt fundierte Aussagen zu machen, müsste eine weitere Untersuchung erfolgen.

Die Fragen zum Themenbereich Selbstbestimmung bezogen sich in erster Linie auf den Alltag und das Leben in der Arche Gemeinschaft. Auch hier konnten nur einzelne Aspekte angesprochen werden. Bereits erwähnt wurde ja die eindeutige Aussage der Bewohner, jederzeit Besuch empfangen zu können. Das Nicht-Vorhandensein von Reglementierungen macht Selbstbestimmung in diesem Bereich also möglich. Alle Befragten bestätigten außerdem einstimmig, selbst entscheiden zu können, was sie von ihrem Geld kaufen (Frage 23) und wann sie ins Bett gehen (Frage 14).

Nicht so eindeutig waren die Antworten auf Frage 9 – „Kannst du dir jederzeit etwas zu essen oder zu trinken aus der Küche holen?“. Zwei der Interviewpartner (beide aus dem gleichen Haus) sagten aus, erst einen Assistenten fragen zu müssen, bevor sie sich

etwas zu Essen oder zu Trinken holen dürfen. Alle Befragten aus dem anderen Haus bejahten die Frage, mit der Einschränkung, dass dies für eine der Personen nur für Getränke gilt. Aus gesundheitlichen Gründen muss er bei Lebensmitteln ebenfalls vorher die Assistenten fragen. Die Selbstbestimmung der befragten Bewohner wird also im letztgenannten Fall und bei der Vorgehensweise im Wohnhaus der beiden ersten Befragten eingeschränkt. Hier wäre ein genaueres Hinschauen notwendig, um im Einzelfall festzustellen, ob ein gewisses Maß an Reglementierung gerechtfertigt ist (z. B. bei Gefahr der gesundheitlichen Schädigung). In solchen Fällen sollte aber versucht werden, mit dem Betroffenen eine Vereinbarung über bestimmte Einschränkungen zu treffen und ihm verständlich zu machen, warum eine derartige Reglementierung notwendig ist. An dieser Stelle kann leider keine Aussage darüber gemacht werden, in wie weit dies in den Arche Gemeinschaften erfolgt ist.

Es wurde weiterhin danach gefragt, ob und welche Aufgaben die Bewohner im Haus übernehmen und ob sie selber entscheiden können, welche Aufgaben dies sein sollen. Alle Befragten gaben an, feste Aufgaben im Haushalt zu haben (Frage 11 und 12). Zu ihren Verpflichtungen zählen: Altpapier wegbringen, kleine Besorgungen erledigen, beim Kochen helfen, Tisch decken, Biomüll wegbringen, Müll wegbringen. Drei der Befragten haben selber entschieden, welche Aufgabe sie im Haushalt übernehmen, ein Befragter gab an, dass dies als Hausgemeinschaft entschieden wurde und ein weiterer äußerte sich dahingehend, dass jemand anderes entschieden hätte, welche Aufgabe er zu erledigen hat. Dieser Aspekt von Fremdbestimmung fällt natürlich bei „nur“ fünf Befragten sofort ins Auge, lässt aber keine verallgemeinernden Aussagen zu und müsste im Einzelfall näher betrachtet werden. Nicht vergessen sollte man dabei auch, dass in einer Wohngemeinschaft alle Bewohner zur Erledigung der Hausarbeit beitragen sollten, ganz gleich, ob es sich um eine Wohngemeinschaft von behinderten oder nicht-behinderten Menschen handelt. Wichtig ist auch hier, dass dem Bewohner diese Vorgehensweise verständlich erklärt wird.

Auf die Frage, ob es im Haus Regeln gibt, an die man sich halten muss, antworteten alle Personen mit „ja“ (Frage 20)³⁶. Als Beispiel für Hausregeln wurde angeführt, dass unter der Woche ab 21 Uhr alle Bewohner sich in ihren Zimmern aufhalten bzw. zu Hause sein sollten. In einem der Häuser ist auch die Nutzung des Fernsehers nur am Freitag, Samstag und Sonntag erlaubt. Ob es diese Fernsehregelung auch in dem anderen Haus gibt, ist aus den Aussagen nicht hervorgegangen. Weitere Regeln in Bezug auf die Tagesstruktur sind das gemeinsame Kaffee trinken an jedem Nachmittag, feste Essenszeiten (werden gemeinsam mit den Bewohnern abgesprochen), Kochtag für jeden Bewohner und der wöchentliche Hausabend. Es wurden auch Beispiele genannt, die sich auf die individuelle Situation des Befragten bezogen. Mit einem Bewohner wurde die Vereinbarung getroffen, dass dieser am Abend, nach dem Abendessen, nur noch einen Joghurt essen darf. Ein anderer sollte nachts nicht im Haus rumlaufen und nicht in andere Zimmer gehen. Auch hier müsste näher beleuchtet werden, vor welchem Hintergrund diese individuellen Vereinbarungen (oder Regeln) getroffen wurden und ob eine Notwendigkeit dazu besteht. In einer Wohn- oder Lebensgemeinschaft wird es sicherlich immer Regeln geben, an die sich alle zu halten haben und die vor dem Hintergrund gegenseitiger Rücksichtnahme und gemeinsamer Verantwortung, durchaus gerechtfertigt sind.

Ausgehend von der Mitbestimmungsstruktur in der Arche wird vermutet, dass die Hausabende unter anderem dazu genutzt werden, Regeln zu besprechen, zu reflektieren oder, falls notwendig, neue zu vereinbaren. Dabei stellt sich natürlich auch die Frage, inwieweit die Bewohner mit geistiger Behinderung sich kritisch zu den Regeln äußern (können), dabei von Assistenten Unterstützung erhalten und in mögliche Aushandlungsprozesse mit einbezogen werden. Die Tatsache, dass vier der Bewohner alle Regeln im Haus gut finden, könnte ein Hinweis darauf sein, dass sie an der Aushandlung dieser Regeln beteiligt waren (Frage 21). Diese hypothetische Aussage bedarf aber auf jeden Fall einer detaillierteren Betrachtung, und müsste, um genau zu sein, auch im Einzelfall geprüft werden.

³⁶ Die Frage 20 musste bei fast allen Befragten umformuliert werden, da das Wort „Regeln“ nicht verstanden wurde. Es wurde in der Neuformulierung ersetzt durch den Begriff „Vereinbarung“ und mit der Unterstützung von Herrn Schimkat durch Beispiele näher erläutert.

Die Frage nach dem Wunsch weiterer Selbstbestimmungsmöglichkeiten ergab kein eindeutiges Ergebnis (Frage 24). Zwei der Befragten äußerten Zufriedenheit mit dem, wie es jetzt ist, zwei antworteten mit „ich weiß nicht“ und bei einem Befragten war keine Antwort zu erkennen. Diese Antworttendenzen können darauf zurückzuführen sein, dass die Beantwortung dieser Frage gewisse Abstraktions- und Reflektionsfähigkeiten voraussetzt, die bei Menschen mit geistiger Behinderung oft nur in einem geringen Maß vorhanden sind. Mangelnde Kenntnis über vorhandene Möglichkeiten größerer Selbstbestimmung oder fehlende Bestärkung und Unterstützung, diese zu nutzen, können ebenfalls ein Grund dafür sein, dass keine kritischen Äußerungen und Veränderungsvorschläge angebracht wurden.

Zusammenfassend kann zum Themenbereich Selbstbestimmung gesagt werden, dass die Bewohner der Arche Hamburg-Volksdorf Selbstbestimmung in einigen Bereichen ganz bewusst erleben und dieses auch äußern. Gemessen am Normalisierungsprinzip gibt es allerdings Regelungen, die einer genaueren Betrachtung bedürfen. Dazu zählt meines Erachtens ganz eindeutig die Regelung der Fernsehzeiten³⁷, die Einschränkung der selbstbestimmten Verfügung über Lebensmittel des Hauses und die Regelung der Nachtruhe. Diese Reglementierungen schränken das Recht auf Selbstbestimmung der Bewohner mit geistiger Behinderung ein, und es wäre zu überprüfen, ob es sich dabei um generelle Vorgaben handelt, oder ob diese Vereinbarungen von allen Hausbewohnern des jeweiligen Hauses getroffen wurden. Um zu einem klareren Bild in Bezug auf die Selbstbestimmungsmöglichkeiten zu kommen, bedarf es nach meiner Einschätzung einer weiteren Untersuchung, die sich dann mit konkreten Bereichen auseinandersetzt.

³⁷ Anstatt genau festzulegen, an welchen Tagen Fernsehen geschaut werden darf, sollte z.B. versucht werden, andere Alternativen anzubieten (z.B. Besuch des Schwimmbades, Spaziergang, künstlerische Angebote, Sport etc.) Die Bewohner können dann selbst entscheiden, was sie in ihrer Freizeit machen möchten. Dies setzt natürlich entsprechende personelle Kapazitäten voraus.

5.3.3 Beziehung Bewohner – Assistenten

Die Untersuchung der Beziehung zwischen den Bewohnern mit Behinderung und den Bewohnern ohne Behinderung (Assistenten) ist meines Erachtens mittels eines Fragebogens nur in Ansätzen möglich. Eine teilnehmende Beobachtung würde für diesen Aspekt sicherlich umfangreichere Ergebnisse bringen. Dieser Themenbereich bestand daher auch nur aus einigen wenigen Fragen.

Die erste Frage bezog sich auf den Bereich der emotionalen Unterstützung in Zeiten, in denen der Befragte sich schlecht fühlt oder nicht weiter weiß (Frage 26). Alle fünf Interviewpartner gaben an, in solchen Situationen zu den Assistenten (oder zu einem der Assistenten) zu gehen. Drei der Befragten gaben zusätzlich auch ihre Familie an. An dieser Stelle soll noch einmal betont werden, dass die Antwortvorgaben nicht vorgelesen wurden, d.h. alle Befragten haben sich, ohne die möglichen Antworten zu kennen, für die Assistenten entschieden. Alle befragten Bewohner bejahten die Frage, ob sie das Gefühl haben, die Assistenten hören ihnen zu, wenn sie ihnen etwas erzählen (Frage 27). Dies lässt auf eine Wertschätzung der Bewohner mit geistiger Behinderung durch die Assistenten schließen. Die Interviewpartner bestätigten außerdem einstimmig, dass sie von den Assistenten Unterstützung erhalten bei der Realisierung von eigenen Vorhaben oder Wünschen (Frage 28). Dieser Aspekt, ausgedrückt mittels individueller Beispiele, wurde von den Befragten u. a. auch als Kriterium für einen guten Assistenten genannt (Frage 28). Aus diesen, fast ausschließlich positiven Antworten, lässt sich schlussfolgern, dass zwischen den befragten Personen und zumindest einem der Assistenten ein vertrauensvolles Verhältnis besteht, und die Interviewpartner sich von den Assistenten angenommen fühlen.

Die offenen Fragen (Frage 28 – 31) sollten den interviewten Personen die Möglichkeit geben, subjektiv wichtige Aspekte in Bezug auf die Assistenten und die Arche Volksdorf als Ganzes einzubringen, Veränderungsvorschläge zu machen, aber auch Kritik zu über. Dadurch sollte ein Eindruck über die Zufriedenheit der Bewohner mit ihrer Wohn- und Betreuungssituation gewonnen werden.

Die Befragten äußerten sich überwiegend zufrieden mit den Assistenten und drückten dies durch Aussagen wie „alles gut“, „alles schön“, „Ina gut“ aus (Frage 29). Ein Bewohner wünschte sich von den Assistenten, dass sie länger in der Arche bleiben. Die meisten Menschen mit geistiger Behinderung haben die Erfahrung gemacht, „dass ihre sozialen Beziehungen weniger dauerhaft, intensiv und verlässlich sind als die Beziehungen Nichtbehinderter. Nicht zuletzt deshalb sind sie oft auf soziale Beziehungen zu den Fachkräften eines wohnbezogenen Dienstes besonders angewiesen“ (Schwarte/Oberste-Ufer 2001: 270).

Interessant war die Aussage eines interviewten Bewohners auf die Frage, was für ihn ein guter Betreuer ist. Er gab an, es gut zu finden, wenn die Betreuer ihm helfen, aber es ist für ihn auch wichtig, auch die Betreuer mal unterstützen und ihnen helfen zu können. Hier kommt ganz deutlich der Wunsch zum Ausdruck, als Mensch nützlich sein zu wollen, seine eigenen Fähigkeiten einzubringen und einen Beitrag zum gemeinsamen Wohlbefinden aller zu leisten. Der Interviewpartner hat diesen Aspekt mit einer solchen Selbstverständlichkeit angeführt, dass davon ausgegangen werden kann, dass ihm in der Arche Gemeinschaft diese Möglichkeit geboten und somit Wertschätzung entgegengebracht wird.

Als Versuch der Überprüfung, ob die positiven Bewertungen in erster Linie auf eine soziale Erwünschtheit zurückzuführen sind oder nicht, wurden die Interviewpartner zum Abschluss des Interviews gefragt, ob es etwas gibt, was ihnen besonders gut an der Arche Volksdorf gefällt und ob sie etwas ändern möchten (Frage 30 und 31). Konkrete Änderungsvorschläge gab es nicht, wobei hier wieder angemerkt werden muss, dass die Beantwortung dieser Frage ein gewisses Maß an Reflektionsvermögen und das Wissen über Alternativen und andere Möglichkeiten voraussetzt. Alle Befragten nannten aber mindestens einen Punkt, der ihnen besonders gut an der Arche Volksdorf gefällt. Drei Personen führten das Haus und die Lage an (schönes Haus, zentral, Geschäfte in der Nähe, Wald vor der Tür). Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass fast alle der Befragten vor Einzug in die Arche in einer Klinik oder einem traditionellen Behindertenheim gelebt haben, wird hier sehr deutlich, welchen subjektiv wichtigen

Stellenwert das Leben in der Gemeinde, in einem „normalen“ Haus, für diese Personengruppe hat. Weitere geäußerte positive Aspekte betonen vor allem die Bedeutung sozialer Kontakte und Interaktionen, auch wenn sich die Aussagen in erster Linie auf Kontakte innerhalb der Gemeinschaft und zur Herkunftsfamilie beziehen. In wie weit soziale Kontakte außerhalb der Arche Gemeinschaft bestehen, wurde im Rahmen dieser Untersuchung nicht näher erfragt.

Abschließend kann gesagt werden, dass die Ergebnisse der gesamten Befragung zum überwiegenden Teil sehr positiv ausgefallen sind – sowohl was die objektiven Lebens- und Wohnbedingungen in der Arche Gemeinschaft Volksdorf angeht, als auch bei den subjektiven Bewertungen durch die befragten Bewohner.

5.4 Schlussfolgerung

In den abschließenden Ausführungen soll noch einmal ganz konkret Bezug genommen werden auf die Forschungsfrage. Ziel der Untersuchung war es, festzustellen, ob in der Arche Gemeinschaft Hamburg-Volksdorf die Reformideen für eine erfolgreiche De-Institutionalisierung der Geistigbehindertenhilfe umgesetzt wurden und in wie weit dort noch institutionelle Strukturen (im Sinne einer totalen Institution) zu erkennen sind.

Vergleicht man die Wohnbedingungen in der Arche Volksdorf mit den, von Goffman dargestellten Wohnverhältnissen in einer totalen Institution, so kann mit Sicherheit gesagt werden, dass derartige Strukturen in der Arche nicht zu finden sind. Gemeindenahes Wohnen, „normale“ Wohnbedingungen, Rückzugsmöglichkeiten und Achtung des privaten Raumes sowie die Möglichkeit der individuellen Gestaltung des eigenen Zimmers sind nur einige Aspekte, die diese Einschätzung bestätigen.

Der objektive Eindruck der Wohnbedingungen wurde auch durch die subjektiven Einschätzungen der interviewten Bewohner bestätigt. Besonders die Umsetzung

persönlicher Gestaltungswünsche, die Mitbestimmung in Bereichen, die das gemeinsame Wohnen betreffen sowie die Mitgestaltung des häuslichen Lebens, tragen entscheidend dazu bei, aus einem bloßen Wohnort ein Zuhause werden zu lassen. Dies ist nach meiner Einschätzung bei der Arche gelungen. Durch die zentrale Lage beider Arche Wohngemeinschaften wird den Bewohnern die Möglichkeit zur Nutzung „normaler“ öffentlicher Angebote in der Gemeinde gegeben (z. B. Supermärkte, Cafés, Bibliothek etc.). In welchem Umfang diese Möglichkeiten von den Bewohnern in Anspruch genommen werden und ob sie die notwendige Unterstützung bekommen, ist im Rahmen der Untersuchung nicht explizit analysiert worden. Von Seiten der Befragten wurde aber an verschiedenen Stellen geäußert, dass die naheliegenden Einkaufsmöglichkeiten von ihnen genutzt werden, was als ein wichtiger Hinweis auf die Teilnahme am Leben in der Gemeinde gesehen werden kann.

Die Auswertung der Ergebnisse zum Thema Mitbestimmung hat gezeigt, dass die Bewohner der Arche in die Planung vieler Aspekte des alltäglichen Lebens und des Zusammenlebens als Gemeinschaft einbezogen werden. Die wöchentlichen Hausabende schaffen einen unterstützenden Rahmen, der es den Bewohnern ermöglicht, sich im Äußern ihrer Meinung zu üben und ihnen gleichzeitig signalisiert, dass ihre Meinung wichtig ist. Die Ergebnisse zum Aspekt Selbstbestimmung lassen meiner Meinung nach keine eindeutige Schlussfolgerung zu. Zum einen wird es den Bewohnern in vielen angesprochenen Bereichen zugestanden, eigenständig Entscheidungen zu treffen und selbstbestimmt zu handeln, was auch als äußerst positiv bewertet wird. Zum anderen gibt es aber in den Arche Häusern auch Regeln, die auf den ersten Blick nur bedingt legitim erscheinen und die Bewohner in ihrer Selbstbestimmung einschränken. Die befragten Bewohner äußerten sich allerdings überwiegend zufrieden mit den bestehenden Regeln. Da das Zustandekommen bestimmter Reglementierungen nicht Gegenstand dieser Untersuchung war, aber für eine eindeutige Schlussfolgerung durchaus relevant ist, möchte ich mich an dieser Stelle nicht all zu kritisch zu den genannten Regeln äußern. Hier müsste sicherlich eine weitere Untersuchung stattfinden, um genauer zu erkunden, vor welchem Hintergrund und aufgrund welcher Notwendigkeit diese Regeln aufgestellt wurden und ob die

Bewohner daran beteiligt waren. Bei einem Zusammenleben in einer Wohngemeinschaft ist es durchaus normal, dass man in bestimmten Bereichen in seiner Selbstbestimmung eingeschränkt ist. In diesen Fällen sollte aber eine gegenseitige Verständigung und gegebenenfalls einvernehmliche Kompromisslösungen ermöglicht werden.

Die Arche Gemeinschaft als Lebensgemeinschaft von behinderten und nicht behinderten Menschen stellt in der Betreuungslandschaft eine besondere Form der Unterstützung und Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung dar. Das Gemeinschaftsleben ermöglicht Begegnungen in ganz alltäglichen Situationen, die nichts mit der Betreuungstätigkeit zu tun haben müssen und in denen die Assistenten „nur“ Mitbewohnern sind und keine professionelle Rolle einnehmen. Dadurch wird eine gute Basis für eine Normalisierung der Beziehung zwischen beiden Gruppen geschaffen. Die bereits erwähnten zahlreichen Mit- und Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Bewohner machen deutlich, dass die Mitarbeiter ihnen das Recht auf eigene Entscheidungen zugestehen und sich somit in ihrer Machtposition zurücknehmen. Die Aussagen der Interviewpartner lassen erkennen, dass sie von den Assistenten angenommen und respektiert werden und die nötige Unterstützung zur Erfüllung ihrer Wünsche erhalten. Sehr positiv wird bewertet, dass alle Bewohner in alltagspraktische Tätigkeiten einbezogen werden, d.h. dass jedem von ihnen die Möglichkeit gegeben wird, einen Beitrag zum gelingenden Zusammenleben zu leisten. Dadurch werden individuelle Fähigkeiten und Stärken der Klienten anerkannt und eine Begegnung von Klient und Assistent als gleichwertige Beziehungspartner unterstützt.

Obwohl die vorliegende Untersuchung aufgrund der geringen Datenmenge keine pauschalen Aussagen zur erfolgreichen Umsetzung der Reformideen zulässt, so wird doch deutlich, dass die Bemühungen zur De-Institutionalisierung der Geistigbehindertenhilfe hier Erfolg gezeigt haben. Sowohl die objektive Einschätzung, als auch die subjektive Bewertung der Lebens- und Betreuungssituation anhand der untersuchten Indikatoren lässt darauf schließen, dass es den Mitarbeitern (und gleichzeitig Mitbewohnern) gelungen ist, zusammen mit den geistig behinderten

Bewohnern eine Wohnform zu schaffen, die zum einen eine Normalisierung der Lebensbedingungen zulässt und zum anderen eine gute Basis zur Annäherung und gegenseitigen Wertschätzung schafft.

5.5 Kritische Betrachtung der Untersuchung und Untersuchungsmethode

Die angewandte Methode der face-to-face Befragung in der vorliegenden Untersuchung hat es ermöglicht, eine Annäherung an die Perspektive der zentralen Personengruppe im De-Institutionalisierungsprozess zu erreichen. Dennoch soll an dieser Stelle auch eine kritische Reflektion sowohl der Methodik, als auch des Vorgehens bei der Durchführung der Untersuchung erfolgen.

Jede Befragung unterliegt Einflüssen, die verzerrend auf das Ergebnis wirken können (vgl. Schaffer 2002: 84ff, Konrad 2001: 42ff). Um diese Verzerrungen so gering wie möglich zu halten, wäre die Durchführung eines stark strukturierten Interviews angezeigt gewesen. Bei der durchgeführten Untersuchung war es aber aufgrund der Besonderheit der Untersuchungsgruppe nicht immer möglich, die strengen Regeln (gleicher Wortlaut und Reihenfolge der Fragen, keine Erläuterungen, Präzisierungen und Nachfragen erlaubt) einzuhalten. Die Untersuchungsmethode wurde den Anforderungen der Befragungssituation angepasst und die Strukturierung der Interviews wurde reduziert. Durch dieses Vorgehen sind aber auch neue Verzerrmomente entstanden. Auf einige dieser Aspekte soll nachfolgend hingewiesen werden.

Bei den durchgeführten Interviews war es einige Male notwendig, die Frageformulierung dem Verständnisniveau des Interviewpartners anzupassen und zu präzisieren bzw. zusätzliche Erläuterungen zu geben (z.B. in Bezug auf das Wort „Regeln“). Durch Verwendung der gleichen Begriffe zur Erklärung oder Umformulierung wurde versucht, die dadurch schon implizierte Beeinflussung so gering wie möglich zu halten.

Eine weitere Gefahr der Einflussnahme entstand auch durch das Nachfragen von Seiten des Interviewers, wenn eine Antwort nicht eindeutig genug ausfiel oder unverständlich war (vgl. Schaffer 2002: 91, Konrad 2001: 44ff).

Ein, unter Umständen sehr bedeutender Verzerrfaktor, ist die Anwesenheit einer dritten Person während des Interviews. Hagen (2001: 219) kam zu dem Ergebnis, „dass Hilfsadressaten sich bisweilen in Anwesenheit von MitarbeiterInnen nicht kritisch zu äußern trauen“. Sie weißt aber auch darauf hin, „dass die als Zweiergespräch in einem Extraraum konzipierten Interviews von einigen Untersuchungspersonen als beängstigend empfunden wurden“ (ebd. 2001: 220). Die bloße Anwesenheit von Herrn Schimkat (Leiter der Arche Hamburg-Volksdorf) während der Interviews kann also einen Einfluss auf die Antworten der Befragungspersonen gehabt haben, in dem kritische Äußerungen vermieden und Antworten gemäß sozialer Erwünschtheit ausgerichtet wurden. Um dies zu überprüfen, wären weitere Interviews als Zweiergespräche notwendig. In Bezug auf eine mögliche Verzerrung der Ergebnisse durch die Anwesenheit eines Mitarbeiters, soll der Vollständigkeit halber darauf hingewiesen werden, dass Herr Schimkat nicht zu den Mitarbeitern mit direkter Betreuungsfunktion zählt. Er führt außerdem mit den Bewohnern die Treffen des Bewohnerbeirats durch, bei denen ebenfalls kritische Aspekte und Probleme angesprochen werden. In so fern ist Herr Schimkat für die Bewohner zum einen Ansprechpartner bei Problemen, aber zum anderen sicherlich auch ein Mitarbeiter in einer gewissen Machtposition. Seine Anwesenheit bei den durchgeführten Interviews wurde von Seiten des Interviewers in keiner Weise als Störfaktor angesehen, sondern eher als hilfreiche Unterstützung bei Kommunikations- und Verständnisproblemen auf beiden Seiten. Dennoch würde für weitere und vertiefende Interviews eine Zweiersituation angestrebt werden, um Verzerrungen so gering wie möglich zu halten.

Der konzipierte Fragebogen wird im Hinblick auf seine Funktionalität in Bezug auf die Untersuchungsgruppe, mit einigen kleinen notwendigen Änderungen, als einsetzbar beurteilt. Aufgrund der geringen Anzahl von möglichen Untersuchungspersonen und deren sehr unterschiedlichen kognitiven Niveaus, wurde kein Pretest durchgeführt.

Das führte dazu, dass die Verständlichkeit einiger Fragen während des Interviews angepasst werden musste. Wäre ein Pretest durchgeführt worden, hätte man sicherlich schon vorab einige Änderungen bei den Fragen vornehmen und diese den Interessen und Fähigkeiten zum Verstehen der Fragen anpassen können. Rückblickend kann gesagt werden, dass Fragen am besten verstanden wurden, wenn sie eine gewisse Alltagsnähe hatten (z.B. Fragen nach Aufgaben im Haushalt, Mitbestimmung beim Essensplan etc.). Die Beantwortung hypothetischer Fragen, z.B. was man am Haus, im Zimmer, an Regeln etc. verändern würde, bereitete eher Schwierigkeiten. Um auch hier klare Antworten zu erzielen, wird vorgeschlagen, für zukünftige Untersuchungen die Fragestellung durch konkrete Beispiele, die das Alltagsgeschehen der Untersuchungspersonen betreffen, zu ergänzen, um sie für den Interviewpartner anschaulicher zu machen. Vorstellbar wäre auch der Einsatz von Hilfsmitteln zur unterstützender Kommunikation, um neben der auditiven Aufnahme auch eine visuelle Darstellung der Frage bzw. der Antwortmöglichkeiten zu erreichen. Darüber hinaus wäre dann die Möglichkeit gegeben, auch Bewohnern, die nicht über die nötigen Sprachfähigkeiten verfügen, eine Teilnahme an der Befragung zu ermöglichen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die durchgeführte Untersuchung einen ersten Eindruck über die Lebens- und Betreuungssituation in der Arche Hamburg-Volksdorf geben konnte. Um sich einen umfassenderen und fundierteren Eindruck zu verschaffen, bedarf es allerdings weiterer vertiefender Untersuchungen. Zu empfehlen wäre auch eine Ergänzung durch andere Forschungsmethoden oder sogar eine Kombination zweier Erhebungsinstrumente (z. B. teilnehmende Beobachtung und Befragung), um verschiedene Perspektiven zu erfassen und Fragen leichter in Beziehung zu einer bestimmten Situation stellen zu können.

Neben den gewonnenen Ergebnissen und Einschätzungen, haben sich während der Untersuchung auch weitere Forschungsinteressen herauskristallisiert, die aber an anderer Stelle und zu einem späteren Zeitpunkt nähere Beachtung finden müssen. Interessant wäre z. B. eine Untersuchung der Betreuungsform „Lebensgemeinschaft“ und der sich daraus ergebenden Vor- und Nachteile für die Gemeinschaftsmitglieder.

Schlusswort

Mit der vorliegenden Arbeit sollte der Versuch unternommen werden, den Begriff De-Institutionalisierung mit Leben zu füllen und die Komplexität dieses Reformansatzes darzustellen.

Die Psychiatrie Enquête und zahlreiche weitere Enthüllungen über die Zustände in totalen Institutionen haben vor mehr als 30 Jahren auf die Gefahren einer institutionellen Unterbringung hingewiesen und damit einen bedeutenden Anstoß für zahlreiche Veränderungsprozesse in der Betreuung und Begleitung von Menschen mit einer geistigen Behinderung gegeben. Eine gemeindenahe Versorgung dieser Personengruppe ist bereits in der Psychiatrie Enquête empfohlen worden, aber erst nach und nach wurde deutlich, dass eine Verlagerung der Versorgung von der Institution in die Gemeinde nicht in jeder Hinsicht zu einer Verbesserung der Lebensqualität von geistig behinderten Menschen führt, sondern mitunter auch große Risiken für die Betroffenen in sich birgt. In der jüngeren Vergangenheit wurde der Reformansatz De-Institutionalisierung zunehmend ausdifferenziert und handlungsleitenden Ansätze konkretisiert. Leitlinien wie Empowerment und Inklusion weisen heute den Weg zu einer neuen Qualität der Geistigbehindertenhilfe, die auf Gleichwertigkeit und Wertschätzung der Person sowie Anerkennung der Bedürfnisse, Wünsche und Vorstellungen des geistig behinderten Menschen basiert.

In dieser Diplomarbeit wurde deutlich, dass es in der Geistigbehindertenhilfe neben den äußeren bzw. formalen Änderungen auch innerer bzw. inhaltlicher Veränderungen bedarf, damit De-Institutionalisierung als Reformkonzept erfolgreich umgesetzt werden kann. Anhand von drei ausgewählten Indikatoren wurde exemplarisch die Bedeutung der angestrebten Veränderungen für die Lebensqualität der Betroffenen dargestellt. Als Basis für den skizzierten Paradigmenwechsel ist auch eine Neuorientierung im Klientenbild notwendig. In der Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung muss der Focus auf die Defizite zugunsten einer Ressourcenorientierung und einem stärkeren Blick auf die Entwicklungsfähigkeit eines jeden Individuums abgebaut werden.

Es bedarf eines Umdenkens und einer Neudefinition der eigenen beruflichen Rolle der Fachleute und Mitarbeiter, um den Klienten Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten anzubieten, sich in den eigenen Kontrollmöglichkeiten zurückzunehmen und die Partizipation der Klienten zu stärken. Dabei wird man sich immer wieder auf einer Gratwanderung zwischen Bevormundung und Überforderung des Gegenüber befinden. Um diese zu meistern, bedarf es einer Offenheit, die Bedürfnisse des einzelnen Klienten wahrzunehmen und zu akzeptieren und ihn im Alltag immer wieder zu motivieren, seine Wünsche und Sichtweisen zu äußern. Nicht vergessen sollte man bei diesen angestrebten Veränderungsprozessen, dass es um Individuen geht, mit unterschiedlichen Bedürfnissen, Wünschen und Fähigkeiten. Um diese Individualität zu bewahren, sollte Menschen mit geistiger Behinderung auch eine Wahlmöglichkeit in Bezug auf Wohnalternativen gegeben werden. Ich persönlich denke, dass eine Lebensgemeinschaft, wie sie in der Arche Hamburg-Volksdorf zu finden ist, zu diesen Alternativen zählen sollte, da eine derartige Betreuungsform für eine bestimmte Gruppe von geistig behinderten Menschen erhebliche Vorteile und andere Möglichkeiten gegenüber herkömmlichen Einrichtungen bieten kann. Letztendlich entscheidend ist aber der Wille des Betroffenen und seine tatsächlichen Bedürfnisse.

Anhand der Ergebnisse der empirischen Untersuchung wurde dargelegt, dass die Arche Gemeinschaft Hamburg-Volksdorf institutionelle Strukturen abbauen konnte und dass eine Umsetzung der Reformideen möglich ist. Durch das alltägliche Zusammenleben von behinderten und nicht behinderten Menschen wird ein hohes Maß an Normalität und Inklusion erreicht. Da andere Wohnformen und Betreuungsangebote nicht in die Untersuchung einbezogen wurden, sind leider keine vergleichenden Aussagen zur Umsetzung von De-Institutionalisierung möglich. Hieraus ergibt sich aber ein interessantes Forschungsanliegen für weitere Untersuchungen.

In den vergangenen Jahren und Jahrzehnten wurden wichtige Schritte in die richtige Richtung gegangen, doch das Ziel ist noch nicht erreicht. Die weitere Reduzierung von institutionellen Strukturen in der Begleitung und Unterstützung von Menschen mit geistiger Behinderung, ohne dabei ihre individuellen Bedürfnisse zu vernachlässigen,

stellt in Zeiten von finanziellen und personellen Einsparungen im sozialen Bereich eine besondere Herausforderung dar. Eine volle Teilhabe und Integration in das gemeinschaftliche Leben in der Gesellschaft, bis hin zur Umsetzung des Inklusionsgedankens bleiben kontinuierliche Ziele der Behindertenhilfe.

Die Auseinandersetzung mit dem Thema dieser Diplomarbeit war für mich ein Lernprozess, der mir unzählige Anregungen zur Reflexion meiner eigenen Arbeit gegeben hat. Mir ist bewusst geworden, dass ich als Sozialpädagogin und vielleicht zukünftige Mitarbeiterin in der Behindertenhilfe sehr viel dazu beitragen kann, De-Institutionalisierung zu fördern und Bedingungen zu schaffen, unter denen Menschen mit geistiger Behinderung so normal wie möglich leben können. Routine und eingefahrene Strukturen, aber zunehmend auch personelle und zeitliche Engpässe, machen es manchmal schwierig, zu erkennen und zuzulassen, dass Veränderungen möglich sind. Daher halte ich eine kontinuierliche Bewusstmachung und Reflexion der angestrebten Ziele und Leitbilder von De-Institutionalisierung für außerordentlich wichtig. Für mich persönlich war diese Diplomarbeit ein erster Schritt in diese Richtung.

Abkürzungsverzeichnis

BGG	Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen
GG	Grundgesetz
ICD	International Code of Diseases
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
SGB	Sozialgesetzbuch
STEPS	Structures Towards Emancipation, Participation and Solidarity
WHO	World Health Organization

Literaturverzeichnis

Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.) (2001): 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Band 1. Bonn: Psychiatrie-Verlag. Online im Internet: URL: (Stand: 15.04.2007)

Arche Hamburg-Volksdorf (2007). Online im Internet: URL: <http://www.arche-hamburg-volksdorf.de> (Stand: 19.06.2007)

Atteslander, Peter (2006): Methoden der empirischen Sozialforschung. 11., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Erich Schmidt Verlag

Basaglia, Franco (1973): Die Institution der Gewalt. IN: Basaglia, Franco (Hrsg.): Die negierte Institution oder Die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. Ein Experiment der psychiatrischen Klinik in Görz. Frankfurt am Main: Suhrkamp. S. 122 - 161

Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen: Einführung ins BGG. Online im Internet: URL: <http://www.behindertenbeauftragte.de/index.php5?nid=20&Action=home> (Stand: 22.4.2007)

Biedrawa, Maria (1998): Behinderte Menschen - Wie können wir zusammenleben? Am Beispiel der ARCHE-Gemeinschaften. Vortrag anlässlich der Fachmesse „integra“ 1998. Online im Internet: URL: http://www.assista.org/files/integra%201998_Maria_Biedrawa.pdf (Stand: 14.06.2007)

Bundesministerium der Justiz (2006): Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz. Online im Internet: URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/agg/> (Stand: 22.04.2007)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006): Erster Bericht über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Kapitel 7. Online im Internet: URL: <http://www.bmfsfj.de/Publikationen/heimbericht/root.html> (Stand: 01.05.2007)

Cambridge, Paul/ Ernst, Anna (2004): A framework for comparing local and national service systems and arrangements for people with learning disabilities in Europe: The Experience of the STEPS Anti-discrimination project. Section 9. Glossary of Terms and Service Typologies. Tizard Centre, University of Kent, Canterbury. S. 91 – 118. Stichwort: Community Care. Online im Internet: URL: <http://www.eu-project-steps.de/results.php>, Download: Comparative Framework (Document) (Stand:12.05.2007)

Charta der Gemeinschaften der Arche (1993): bezogen bei der Arche Gemeinschaft Hamburg-Volksdorf

Cushing, Pamela J. (2002): Shaping the Moral Imagination of Caregivers: Disability, Difference & Inequality in L'Arche. Kapitel 4.0 Emerging and Converging Forces in the History of L'Arche. Unveröffentlichte Dissertation. McMaster University Hamilton. Online im Internet: URL: <http://www.pamelacushing.com/index2.html?thesis.shtml> (Stand: 20.05.2007)

Dalferth, Matthias (1999): Enthospitalisierung in westlichen Industrienationen am Beispiel der USA/Kalifornien, Norwegen und Schweden. IN: Theunissen, Georg/Lingg, Albert (Hrsg.): Wohnen und Leben nach der Enthospitalisierung. Perspektiven für ehemals hospitalisierte und alte Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt. S. 88 -113

Decker, Christa/Hofstetter, Gitta (1991): Die Kunst der kleinen Dinge des Alltags – oder: wie entsteht zwischen Mitarbeitern und Bewohnern Gleichheit? IN: Dörner, Klaus (Hrsg.): Aufbruch der Heime. Gütersloh: Verlag Jakob von Hoddis. S. 59 - 68

Deutscher Bundestag (1973): Drucksache 7/1124: Unterrichtung durch die Bundesregierung. Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zwischenbericht der Sachverständigenkommission zur Erarbeitung der Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Online im Internet: URL: <http://media.dgppn.de/mediadb/media/dgppn/pdf/enquete/zwischenbericht1973bundesdrucksache7-1124.pdf> (Stand: 15.04.2007)

Deutscher Bundestag (1975): Drucksache 7/4200: Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung –. Online im Internet: URL: http://www.dgppn.de/de_enquete-1975_39.html (Stand: 15.04.2007)

Dörner, Klaus (1998): „Enthospitalisierung“ aus sozialpsychiatrischer Sicht – am Beispiel des Landeskrankenhauses Gütersloh. IN: Theunissen, Georg (Hrsg.): Enthospitalisierung – Ein Etikettenschwindel?. Neue Studien, Erkenntnisse und Perspektiven der Behindertenhilfe. Bad Heilbrunn: Klinkhardt. S. 31-42.

Dörner, Klaus (Hrsg.) (2001): Ende der Veranstaltung. Anfänge der Chronisch-Kranken-Psychiatrie. Neumünster: Paranus Verlag

Droste, Thomas (2000): Leitlinien für die Enthospitalisierung schwer geistig behinderter Menschen aus der Psychiatrie. Ein Resümee der bisherigen Entwicklungen. IN: Geistige Behinderung. Heft 2/2000. S. 125-135

Duisburger Erklärung (1994). IN: Hähner, Ulrich u.a. (1998): Vom Betreuer zum Begleiter. Eine Neuorientierung unter dem Paradigma der Selbstbestimmung. Marburg: Lebenshilfe Verlag. S. 103 - 104

Dupuis, Gregor/Kerkhoff, Winfried (Hrsg.) (1992): Enzyklopädie der Sonderpädagogik, der Heilpädagogik und ihrer Nachbargebiete. Berlin: Wissenschaftsverlag Volker Spiess

Forschungsarbeitsgemeinschaft „Leben in Heimen“ Universität Bielefeld (2001): Aufforderung an die Fraktion des Deutschen Bundestages, eine Kommission zur „Enquête der Heime“ einzusetzen. Online im Internet: URL: <http://www.dbfk.de/nw/aktuell/download/Enquete%20der%20Heime.PDF>
(Stand: 20.04.2007)

Gesellschaft Erwachsenenbildung und Behinderung e.V. (Hrsg.) (1998): Lexikon. Wissenswertes zur Erwachsenenbildung unter besonderer Berücksichtigung von geistiger Behinderung. Stichwort: Inclusion. Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterhand. S. 142. (auch online im Internet: URL: <http://www.bilbo.de/>)

Goffman, Erving (1972): Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag

Gromann, Petra (1996): Nutzerkontrolle – ein wichtiger Bestandteil von Qualitätssicherung. IN: Geistige Behinderung. Heft 3/1996. S. 211 – 222

Gromann, Petra (1998): Nutzerkontrolle als Element der Qualitätssicherung für das System der Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. IN: Theunissen, Georg (Hrsg.): Enthospitalisierung – Ein Etikettenschwindel?. Neue Studien, Erkenntnisse und Perspektiven der Behindertenhilfe. Bad Heilbrunn: Klinkhardt. S. 94 - 108

Grundgesetz (2003). 38., neubearbeitete Auflage. Stand: 15. Oktober 2002. München: dtv

Hähner, Ulrich u.a. (1998): Vom Betreuer zum Begleiter. Eine Neuorientierung unter dem Paradigma der Selbstbestimmung. Marburg: Lebenshilfe Verlag

Hagen, Jutta (2001): Ansprüche an und von Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung in Tagesstätten. Marburg: Lebenshilfe Verlag

Hermes, Gisela (2006): Von der Segregation über die Integration zur Inklusion. Vortrag am 8.11.2006 im Rahmen der Ringvorlesung „Disability Studies II“ an der University Hamburg, veranstaltet vom Zentrum für Disability Studies. Online im Internet: URL: http://www.zedis.uni-hamburg.de/dokumente/Segregation_Integration_Inklusion_Gisela_Hermes.pdf
(Stand: 10.05.2007)

Hoffmann, Claudia (1998): Enthospitalisierung oder Umhospitalisierung? – am Beispiel der Neuen Länder. IN: Theunissen, Georg (Hrsg.): Enthospitalisierung – Ein Etikettenschwindel?. Neue Studien, Erkenntnisse und Perspektiven der Behindertenhilfe. Bad Heilbrunn: Klinkhardt. S. 109 – 153

Hoffmann, Claudia (1999): Enthospitalisierung und Deinstitutionalisierung – Einführung in die Leitterminologie. IN: Theunissen, Georg/Lingg, Albert (Hrsg.): Wohnen und Leben nach der Enthospitalisierung. Perspektiven für ehemals hospitalisierte und alte Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt. S. 16 – 27

Hopfmüller, Elisabeth (2001): Mut zum Leben außerhalb der Klinik?. IN: Dörner, Klaus (Hrsg.): Ende der Veranstaltung. Anfänge der Chronisch-Kranken-Psychiatrie. Neumünster: Paranus Verlag. S. 117 - 158

Jantzen, Wolfgang (1997): Enthospitalisierung. IN: Geistige Behinderung. Heft 4/1997. S. 358 – 374

Jantzen, Wolfgang (2000): Deinstitutionalisierung in einer Großeinrichtung - Methoden und Methodologie im Prozess der wissenschaftlichen Begleitung. IN: Behindertenpädagogik. 39. Jg. Heft 4/2000. S. 338 – 351

King, Martin Luther (1963): I have a dream. In: King, Martin Luther Jr. (1992): I have a dream. Writing and Speeches That Changed the World. 1. Auflage. New York: Harper Collins. S. 101 - 106

Kleine Schaars, Willem (2006): Durch Gleichberechtigung zur Selbstbestimmung. Menschen mit geistiger Behinderung im Alltag unterstützen. 2. Auflage. Weinheim München: Juventa

Knust-Potter, Evemarie (1998): Behinderung - Enthinderung. Die Community Living Bewegung gegen Ausgrenzung und Fremdbestimmung. Köln: Klaus Novy Instituts

Konrad, Klaus (2001): Mündliche und schriftliche Befragung. Ein Lehrbuch. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Forschung, Statistik und Methoden. Band 4. Landau: Verlag Empirische Pädagogik

L'Arche Internationale (2007): Online im Internet: URL: <http://www.larche.org/> (Stand: 07.04.2007)

Mattner, Dieter (2000): Behinderte Menschen in der Gesellschaft. Zwischen Ausgrenzung und Integration. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer

Niehoff, Ulrich (1998): Grundbegriffe selbstbestimmten Lebens. IN: Hähner, Ulrich u.a. (Hrsg.): Vom Betreuer zum Begleiter. Eine Neuorientierung unter dem Paradigma der Selbstbestimmung. Marburg: Lebenshilfe Verlag. S. 53 - 64

Osbahr, Stefan (2003): Selbstbestimmtes Leben von Menschen mit einer geistigen Behinderung. Beitrag zu einer systemtheoretisch-konstruktivistischen Sonderpädagogik. Dissertation. Edition SZH/CSPS. 2. Auflage. Luzern: Schweizerische Zentralstelle für Heilpädagogik (SZH)

Rohrman, Eckard (2004): Auf dem Weg zu mehr ambulanten Hilfen? Das persönliche Budget kann die Dominanz stationärer Angebote nur bedingt eindämmen. IN: Blätter der Wohlfahrtspflege. 151. Jg. Heft 4/2004. S. 137 – 139

Sack, Rudi (1998): Normalisierung der Beziehungen. Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Begleiter. IN: Hähner, Ulrich u.a. (Hrsg.): Vom Betreuer zum Begleiter. Eine Neuorientierung unter dem Paradigma der Selbstbestimmung. Marburg: Lebenshilfe Verlag. S. 105 - 119

Schaffer, Hanne (2002): Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus

Schmuhl, Hans-Walter (1999): Heilen und Vernichten. Der Mord an psychisch Kranken und geistig Behinderten im „Dritten Reich“. Vortrag am 13.03.99 bei einer Veranstaltung der Topographie des Terrors. Online im Internet: URL: http://www.psychiatrie-erfahrene.de/eigensinn/aktuelle_texte.htm (Stand: 12.04.2007)

Schwarte, Norbert/Oberste-Ufer, Ralf (2001): LEWO II. Lebensqualität in Wohnstätten für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Instrument für fachliches Qualitätsmanagement. Marburg: Lebenshilfe Verlag

Seifert, Monika (2006): Lebensqualität von Menschen mit schweren Behinderungen. Forschungsmethodischer Zugang und Forschungsergebnisse. IN: Inklusion-online.net. Ausgabe 02/2006. Online im Internet: URL: <http://www.inklusion-online.net/index.php?menuid=20&reporeid=21> (Stand: 16.05.2007)

SGB IX - Sozialgesetzbuch Neuntes Buch. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. 5., neubearbeitete Auflage. Stand: Februar 2006. München: dtv

Speck, Otto (1987): Die Bedeutung des Wohnens für den geistig behinderten Menschen aus philosophisch-anthropologischer Sicht. IN: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Geistig Behinderte e.V. (Hrsg.): Humanes Wohnen – seine Bedeutung für das Leben geistig behinderter Erwachsener. Marburg/Lahn. S. 5 –15

Thesing, Theodor (1998): Betreute Wohngruppen und Wohngemeinschaften für Menschen mit geistiger Behinderung. 3. neubearbeitete und ergänzte Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus

Theunissen, Georg (1986): Der Schule entwachsen – Wege zur Rehabilitation Geistigbehinderter im Erwachsenenalter. Mit Erfahrungen aus dem benachbarten Ausland und unter besonderer Berücksichtigung des Personenkreises der Schwerstgeistig- und Mehrfachbehinderten. Frankfurt (Main): Fischer

Theunissen, Georg (1996): Empowerment in der Arbeit mit behinderten Menschen. IN: Soziale Arbeit. Heft 9-10/1996. S. 302 - 305

Theunissen, Georg (Hrsg.) (1998): Enthospitalisierung – Ein Etikettenschwindel?. Neue Studien, Erkenntnisse und Perspektiven der Behindertenhilfe. Bad Heilbrunn: Klinkhardt

Theunissen, Georg/Hoffmann, Claudia (1998): Enthospitalisierung – eine Bestandsaufnahme aus den neuen Bundesländern. IN: Geistige Behinderung, Heft 4/1998. S. 335 – 347

Theunissen, Georg/Lingg, Albert (Hrsg.) (1999): Wohnen und Leben nach der Enthospitalisierung. Perspektiven für ehemals hospitalisierte und alte Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Theunissen, Georg/Plaute, Wolfgang (2002): Handbuch Empowerment und Heilpädagogik. Freiburg im Breisgau: Lambertus

Theunissen, Georg/Schirbort, Kerstin (Hrsg.) (2006): Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitgemäße Wohnformen, Soziale Netze, Unterstützungsangebote, Stuttgart: Kohlhammer

Thimm, Walter (1988): Das Normalisierungsprinzip – Eine Einführung. 3. Auflage, Marburg: Lebenshilfe Verlag

Vanier, Jean (1997): Die Arche, ihre Geschichte und ihr Selbstverständnis. Schriftenreihe der Arche Nr. 13. überarbeitete Neuauflage (deutsch). (bezogen bei der Arche Tecklenburg)

Walther, Helmut (1998): Selbstverantwortung – Selbstbestimmung – Selbständigkeit. Bausteine für eine veränderte Sichtweise von Menschen von Menschen mit einer Behinderung. IN: Hähner, Ulrich u.a. (Hrsg.): Vom Betreuer zum Begleiter. Eine Neuorientierung unter dem Paradigma der Selbstbestimmung. Marburg: Lebenshilfe Verlag. S. 69 – 90

Weingärtner, Christian (2006): Schwer geistig behindert und selbstbestimmt. Eine Orientierung für die Praxis. Freiburg im Breisgau: Lambertus

World Health Organization (2005): ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf: DIMDI. Online im Internet: URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/> (Stand: 08.04.2007)

Wunder, Michael (2006): Community Care und bürgerschaftliches Engagement: Chancen und Risiken. Zeitschrift für Inklusion. 02/2006. Online Ausgabe. Online im Internet: URL: <http://www.inklusion-online.net/index.php?menuid=23&reporeid=28> (Stand: 13.05.2007)

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Hamburg, den 27.06.2007

Doreen Appelt

Anhang: Fragebogen

EINLADUNG ZUM INTERVIEW



Liebe Bewohner und Bewohnerinnen der Arche Volksdorf!

Mein Name ist Doreen, ich bin 33 Jahre alt und wohne in Hamburg. Zur Zeit studiere ich Sozialpädagogik an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg-Barmbek. Im Sommer möchte ich gerne mit meinem Studium fertig sein, muss aber vorher noch eine große Abschlussarbeit schreiben.

Ich habe mir überlegt, in dieser Arbeit etwas über das Wohnen und Zusammenleben in der Arche Volksdorf zu schreiben, und wer könnte mir da besser Auskunft geben, als ihr, die Bewohner der Arche. Ich habe eine Reihe von Fragen zusammengestellt, in denen ich gerne wissen möchte, wie ihr wohnt, was ihr alles alleine machen und entscheiden könnt, und wie zufrieden ihr mit dem Zusammenleben in der Arche seit. Betonen möchte ich noch, dass das kein Test ist und die Teilnahme freiwillig erfolgt.

Ich würde mich aber sehr freuen, wenn ihr Lust hättet, mit mir zusammen den Fragebogen auszufüllen und die Fragen zu beantworten. Dazu komme ich natürlich auch gerne zu euch in die Arche.

Ich freue mich auf eure Antwort!

Liebe Grüße!
Doreen Appelt

Angaben zur Person	
Wie alt bist du?	_____ Jahre
Geschlecht:	<input type="radio"/> weiblich
	<input type="radio"/> männlich
Wie lange wohnst du schon in der Arche Volksdorf?	Seit: _____
Wo hast du vorher gewohnt?
1. Wohnsituation	
1. Hast du ein Zimmer für dich allein?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
2. Durftest du deine eigenen Möbel mitbringen, als du in die Arche eingezogen bist?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> das wollte ich gar nicht
3. Darfst du dein Zimmer so gestalten, wie du das magst?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> zum Teil <input type="radio"/> ich weiß nicht
4. Würdest du in deinem Zimmer etwas verändern wollen?	<input type="radio"/> ja, <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ich weiß nicht

<p>5. Können Freunde/Familie dich jederzeit besuchen kommen?</p>	<p><input type="radio"/> ja, jederzeit <input type="radio"/> nur, wenn die Assistenten einverstanden sind <input type="radio"/> nur am Wochenende <input type="radio"/> andere Regelung <input type="radio"/> ich weiß nicht</p>
<p>6. Klopfen andere Bewohner und Assistenten an, wenn sie dich in deinem Zimmer besuchen wollen?</p>	<p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> manchmal</p>
<p>7. Wer macht dein Zimmer sauber?</p>	<p><input type="radio"/> ich <input type="radio"/> Assistenten <input type="radio"/> ich & Assistent <input type="radio"/> jemand anderes</p>
<p>8. Würdest du gerne am oder im Haus etwas verändern wollen?</p>	<p><input type="radio"/> ja,</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="radio"/> nein, so, wie es jetzt ist, gefällt es mir <input type="radio"/> ich weiß nicht</p>
<p>2. Mit- und Selbstbestimmung</p>	
<p>9. Kannst du dir jederzeit etwas zum Essen oder Trinken aus der Küche holen?</p>	<p><input type="radio"/> ja, jederzeit <input type="radio"/> ich muss vorher die Assistenten fragen <input type="radio"/> nur zu den Mahlzeiten <input type="radio"/> andere Regelung</p>

<p>10. Kannst du Vorschläge machen oder mitbestimmen, was gekocht werden soll?</p>	<p><input type="radio"/> ja, kann ich <input type="radio"/> nein, darauf habe ich keinen Einfluss</p>
<p>11. Übernimmst du Aufgaben im Haushalt? (z.B. Einkaufen, Kochen, Abwasch, Müll)</p>	<p><input type="radio"/> ja, ich habe feste Aufgaben <input type="radio"/> nein, ich muss im Haushalt nichts machen <input type="radio"/> manchmal, wenn ich Lust dazu habe</p>
<p>12. Wenn ja, welche?</p>	<p>.....</p>
<p>13. Durftest du selber entscheiden, welche Aufgaben du im Haus übernehmen möchtest?</p>	<p><input type="radio"/> ja, dass war meine Entscheidung <input type="radio"/> nein, dass hat jemand anderes bestimmt <input type="radio"/> das haben wir als Haus-Gemeinschaft entschieden</p>
<p>14. Kannst du ins Bett gehen wann du möchtest?</p>	<p><input type="radio"/> ja, das entscheide ich selber <input type="radio"/> nein, es gibt feste Schlafenszeiten <input type="radio"/> nur am Wochenende kann ich das selber entscheiden <input type="radio"/> andere Regelung:</p>

<p>15. Wirst du gefragt, wenn im Haus etwas verändert werden soll? (z.B. bei neuen Möbeln, Umräumen, Wände streichen)</p>	<p><input type="radio"/> ja, meine Meinung ist wichtig <input type="radio"/> nein, ich werde nicht gefragt <input type="radio"/> ich werde nur manchmal gefragt</p>
<p>16. Triffst du dich regelmäßig mit deinen Mitbewohner, um wichtige Dinge gemeinsam zu entscheiden?</p>	<p><input type="radio"/> ja, wir haben regelmäßige Zusammenkünfte <input type="radio"/> nein, das machen wir nie <input type="radio"/> das machen wir nur ganz selten</p>
<p>17. Wenn ja, wie oft?</p>	<p>_____</p>
<p>18. Kannst du ein (oder mehrere) Beispiel(e) nennen, was ihr dort besprecht?</p>	<p>..... </p>
<p>19. Wirst du nach deiner Meinung gefragt, wenn jemand Neues ins Haus einziehen möchte? (neuer Bewohner/Assistent)</p>	<p><input type="radio"/> ja, meine Meinung ist wichtig <input type="radio"/> nein, ich werde nicht gefragt <input type="radio"/> ich weiß nicht</p>

<p>20. Gibt es bestimmte Regeln, an die du dich im Haus halten musst? (z.B. Hausordnung)</p>	<p><input type="radio"/> ja,</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="radio"/> nein, ich muss mich an keine Regeln halten</p> <p><input type="radio"/> ich weiß nicht</p>
<p>21. Gibt es Regeln, die dir nicht gefallen?</p>	<p><input type="radio"/> nein, ich finde alle Regeln im Haus gut</p> <p><input type="radio"/> einige Regeln gefallen mir nicht</p> <p><input type="radio"/> ich weiß nicht</p>
<p>22. Wenn ja, welche?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>23. Kannst du selbst entscheiden, was du dir von deinem Geld kaufst?</p>	<p><input type="radio"/> ja, das ist meine eigene Entscheidung</p> <p><input type="radio"/> nein, dass bestimmt jemand anderes</p> <p><input type="radio"/> nur manchmal darf ich selber entscheiden</p> <p><input type="radio"/> ich weiß nicht</p>

24. Würdest du gerne noch mehr Dinge alleine entscheiden?	<input type="radio"/> ja, das würde ich gerne <input type="radio"/> nein, so wie es jetzt ist, ist es gut <input type="radio"/> ich weiß nicht
25. Wenn ja, welche?
3. Beziehung Bewohner - Assistenten	
26. Zu wem würdest du gehen, wenn du dich schlecht fühlst oder nicht weiter weißt?	<input type="radio"/> Assistent/Betreuer <input type="radio"/> Familie <input type="radio"/> Mitbewohner <input type="radio"/> Andere Person <input type="radio"/> Gibt niemanden
27. Hast du das Gefühl, die Assistenten hören dir zu, wenn du ihnen was erzählst?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> mal so, mal so <input type="radio"/> ich weiß nicht
28. Helfen dir die Assistenten, wenn du einen Wunsch hast und nicht weißt, wie du ihn verwirklichen kannst? (z.B. neues Hobby, besondere Freizeitgestaltung, etwas besonderes kaufen)	<input type="radio"/> ja, da helfen sie mir <input type="radio"/> nein, ich bekomme keine Hilfe <input type="radio"/> nur manchmal bekomme Ich Hilfe <input type="radio"/> ich weiß nicht

<p>28. Was ist für dich ein guter Assistent/Betreuer?</p>	<p>.....</p>
<p>29. Was wünschst du dir von den Assistenten?</p>	<p>.....</p>
<p>30. Gibt es etwas, was dir besonders gut an der Arche Volksdorf gefällt?</p>	<p>O ja, O nein O ich weiß nicht</p>
<p>31. Gibt es etwas, was du an der Arche Volksdorf ändern würdest?</p>	<p>O ja, O nein O ich weiß nicht</p>

Abschluss	
Hast du den Fragebogen alleine ausgefüllt?	O ja O nein
Bei Hilfe: Wer hat dir geholfen?	_____
Gibt es noch etwas, was du sagen möchtest, bevor wir Schluss machen?

Vielen Dank für das Interview!

