

7 Zum Behindert-werden im pädagogischen Protektorat – Einblick in bisherige Ergebnisse

Die Ausgestaltung des Behindertenhilfesystems (und damit auch einer Wohneinrichtung) trägt dazu bei, dass Subjekte immer wieder im Status ‚behindert‘ reproduziert und somit, in einer Art ‚selbsterfüllenden Prophezeiung‘, bestätigt werden. Da dieser äußere Rahmen des Behindertenhilfesystems, der in vielerlei Hinsicht als ‚pädagogisches Protektorat‘ wirksam wird, in der hiesigen Studie keine direkte Beachtung erfuhr, dieser jedoch eine bedeutsame Rolle spielt bei der Hervorbringung der Wohneinrichtung und der darin lebenden Subjekte, werden in diesem Kapitel in aller Kürze Ergebnisse aus bereits abgeschlossenen Untersuchungen, die ebenjenen Rahmen miteinbezogen (siehe dazu Trescher 2015b, 2017a, 2017f), dargelegt. So kann ein Einblick in die Vielgestaltigkeit und Umfänglichkeit von Behinderungssprachen gegeben werden, die sich sowohl je situativ als auch generalisiert vollziehen. Die Ergebnisse vermitteln dabei einen Eindruck davon, inwiefern pädagogisches Handeln in den institutionellen und organisationalen Strukturen von Behindertenhilfesystem und Organisation ambivalent ist oder sein kann, denn durch diesen Strukturrahmen werden teils je unterschiedliche Ansprüche und Herausforderungen an die pädagogisch Handelnden herangetragen, die diese in ihrer alltäglichen Praxis aushandeln (müssen). Mit dem Abschluss dieses Kapitels sind die Grundlagen der Studie dargelegt. Aufbauend darauf wird das methodische Design der Studie vorgestellt und sich der pädagogischen Praxis zugewendet, deren Untersuchung und Reflexion hier im Fokus ist.

7.1 OBJEKTIVIERUNG

Behinderungspraxen, die insbesondere im Kontext des Wohnens in Einrichtungen der Behindertenhilfe wirksam werden, sind sogenannte Objektivierungen. In diesen werden die Subjekte als ‚behinderte‘ Objekte hervorgebracht und diese vollziehen sich unter anderem dadurch, dass die individuellen Wünsche, Bedürfnisse und Biographien der institutionalisiert lebenden Menschen oft zu wenig berücksichtigt werden und das Handeln der MitarbeiterInnen (auch aufgrund entsprechender äußerer Anforderungen) primär bürokratisch und auf Versorgung ausgerichtet ist (Trescher 2017f, S. 160ff). Auch in der Konstruktion der MitarbeiterInnen werden die BewohnerInnen häufig eher als Versorgungsobjekte denn als Menschen mit sozialen und emotionalen Bedürfnissen verstanden. Aufgrund dessen treten Pflege und Versorgung in den Vordergrund, während psychosoziale Betreuung nur bei-läufig oder gar nicht geschieht. Der Fokus auf primär organisatorische Aufgaben führt zu einer noch deutlicheren Objektivierung und lässt die BewohnerInnen weniger als Subjekte erscheinen, mit denen gearbeitet wird, denn als Gegenstände, an denen Arbeitsprozesse vollzogen werden, was durch die Vielzahl der in den Einrichtungen vorhandenen Strukturdokumente (allen voran die sogenannte Dokumentation) noch verstärkt wird (siehe dazu Trescher 2017f, S. 173f, 2017a, S. 87ff).

Immer wieder finden sich in Einrichtungen sogenannte Bezugsbetreuungskonzepte, die (im Idealfall) die bedeutende Verbindung zwischen Behindertenhilfe, Einrichtung und Person koordinieren sowie für die Interessen der Person eintreten (sollen). Diese gehen jedoch in vielen Fällen kaum über organisatorische Angelegenheiten hinaus, die sich um die jeweilige Person drehen. Auch hier lässt sich erneut die überwiegende Konstruktion der BewohnerInnen als Gegenstand der Versorgung erkennen. Problematisch ist hierbei vor allem das geringe Zeitkontingent, das den MitarbeiterInnen für die Ausübung ihrer Aufgaben als BezugsbetreuerInnen bleibt. Mit eine Folge dessen ist, dass die Arbeit der MitarbeiterInnen hauptsächlich die Erledigung von Pflichten eines großen „rationalen Plan[es]“ (Goffman 1973, S. 17) fokussiert, während die individuelle Unterstützung der einzelnen BewohnerInnen, insbesondere beim Aufbau und Erhalt von Sozialkontakten, eine Nebentätigkeit bleibt. Praxen, die die Möglichkeit zur Vergemeinschaftung bieten, wie das gemeinsame Essen oder gemeinsame Aktivitäten, gibt es kaum. Auf-

grund dieser singularisierenden Strukturen werden die BewohnerInnen häufig auch als singularisierte, von Ausschluss und Vereinsamung bedrohte Subjekte hervorgebracht. Mangelnde Vergemeinschaftung sowie allgegenwärtige Objektivierungspraxen tragen zudem auf einer subjektiv-affektiven Verstehensebene mit dazu bei, dass die BewohnerInnen häufig einsam erscheinen (Trescher 2017f, S. 159).

7.2 BÜROKRATISIERUNG

Immer wieder tritt eine ‚Bürokratisierung des Alltags‘ als zentrales Strukturproblem in Einrichtungen der Behindertenhilfe hervor, die dazu führt, dass innerhalb dieser Strukturen betreute Personen als technische und somit ‚bearbeitbare‘ Objekte hervorgebracht werden (siehe Trescher 2017f, S. 172ff, 2017a, S. 169f). Nicht nur, aber auch im Kontext des Wohnens von Menschen mit ‚geistiger Behinderung‘ folgt daraus eine Konstruktion der Personen „als EmpfängerInnen einer Dienstleistung [...], auf die sie selbst [...] keinen Einfluss haben, der sie also zum Beispiel auch nicht kündigen können, sollten sie mit der Leistung unzufrieden sein. Dies hat in gewisser Weise eine Reduktion der BewohnerInnen zu Verwaltungsobjekten, an denen sich bürokratische Praxis vollzieht, zur Folge“ (Trescher 2017g, S. 255). Immer wieder zeigt sich, dass der Alltag in Einrichtungen der Behindertenhilfe, unter anderem die jeweilige Betreuungspraxis, sich in vielerlei Hinsicht an vorliegenden Dokumenten orientiert, auf welche das Subjekt reduziert wird beziehungsweise reduziert zu werden droht (Niediek 2010, S. 290). Das Abarbeiten eines ‚Pflichtenkatalogs‘ wird so zur Hauptaufgabe der MitarbeiterInnen in den Einrichtungen. Pädagogisches Handeln findet nur am Rande statt, womit das Eingehen auf einzelne BewohnerInnen als Individuum kaum oder gar nicht möglich ist. Dabei ist insbesondere der innerhalb der Einrichtungen vorherrschende Zwang zur Dokumentation des Alltags als Problem anzusehen. Die detaillierte Erfassung von Vorgängen sowie die Einhaltung von Anweisungen und Vorschriften werden dabei häufig akribisch dokumentiert. Diese Dokumentation nimmt einen Großteil des Arbeitsalltages der MitarbeiterInnen ein (Trescher 2017f, S. 154). Hier wird deutlich, dass eben dieser bürokratische Verwaltungsdiskurs die BewohnerInnen als singularisierte Objekte hervorbringt (Titchkosky 2007, S. 46; Oliver und Barnes 2012, S. 100ff). Die Handlungspraxis der MitarbeiterInnen orientiert sich folglich an

einer Idee von ‚geistiger Behinderung‘ als ein „measurable problem“ (Titchkosky 2007, S. 48), die zudem von einer Konstruktion von ‚(geistiger) Behinderung‘ als ‚persönliche Tragödie‘ (u.a. Oliver 1990, S. 14) ausgeht, welche überwunden und kompensiert werden muss. Klar ist, dass „diese Strukturprobleme (auch) von außen an die Institution herangetragen und auf einer höheren Ebene, nämlich der Ebene der bürokratischen Verwaltung, (mit)verursacht werden. Vorschriften, wie beispielsweise Dokumentationszwang und vieles mehr, beeinflussen die innerinstitutionelle Lebenspraxis nachhaltig und sind zu einem Großteil für die Konstruktion der BewohnerInnen als Versorgungs- und Verwaltungsobjekte (mit) verantwortlich“ (Trescher 2017f, S. 173). Es erfolgt eine bürokratische ‚Zerlegung‘ des einzelnen Bewohners/der einzelnen Bewohnerin, da die reibungslose Versorgung der Person oftmals an erster Stelle steht, woraus letztlich eine „bürokratische Überformung des Subjekts“ (Trescher 2017g, S. 259) resultiert. Die Arbeit der MitarbeiterInnen einer Wohneinrichtung erfolgt in dieser Hinsicht „immer mehr für ‚die Akte‘ als für das zu betreuende Subjekt“ (Trescher 2017f, S. 174), wodurch die BewohnerInnen schließlich ‚bürokratiebehindert‘ werden. Hier wird sichtbar, dass sich diese Problematik auf Ebene der einzelnen Wohneinrichtungen nur eingeschränkt beheben lässt, da es „äußere Vorgaben einer (Behinderung als bürokratisches Problem erfassenden) Gesellschaft und ihrer mit Versorgung reagierenden Subsysteme [sind], welche [...] Behinderung am Subjekt direkt sowie über Vorgaben für die pädagogische Praxis indirekt hervorbringen“ (Trescher 2017f, S. 162).

7.3 ÜBERWACHUNG UND REGULIERUNG

Im Zuge von Dokumentationspraxen, aber auch darüber hinaus, lassen sich sehr häufig Überwachungspraxen feststellen, mit denen eine Regulierung der betreuten Personen einhergeht (Trescher 2013b, S. 280, 2017f, S. 126f; S. 152f). Infolge der nur ‚einseitigen Sichtbarkeit‘ – den Personen, über die beispielsweise Akten angelegt werden, stehen die über sie dokumentierten Fakten nur eingeschränkt zur Verfügung, während den MitarbeiterInnen der Zugang zu den persönlichen Daten dieser jederzeit offen steht – ist den Dokumentationsakten ein panoptischer Charakter inhärent (siehe dazu Foucault 2013, S. 251ff).

Die hohe Anzahl an handlungsleitenden und detaillierten Plänen zu Alltagsaufgaben und -abläufen (Pläne betreffend Hygiene, Ernährung, Tagesrhythmus etc.) verdeutlicht die allgegenwärtige Potenzialität der Regulierung. Im Kontext des stationären Wohnens, jedoch auch immer wieder in Fällen des ambulant betreuten Wohnens (siehe dazu Trescher 2017a, S. 87ff), besteht ein weiteres Strukturproblem in der oftmals vorhandenen (permanenten) Zugangsmöglichkeit der MitarbeiterInnen zu den persönlichen Räumen aller BewohnerInnen (Trescher 2017f, S. 88). Hieraus folgt eine (zumindest potenzielle) dauerhafte Überwachung der BewohnerInnen, da ihnen keine Rückzugsmöglichkeiten in nur für sie zugängliche Räume zur Verfügung stehen und sie somit dem kontrollierenden Blick der (totalen) Institution ausgesetzt sind. Das Leben der dort wohnenden Personen wird somit öffentlich, womit eine massive Beschränkung der Privatsphäre einhergeht. Die BewohnerInnen selbst nehmen häufig gar nicht mehr für sich in Anspruch, ein Anrecht auf Privates zu haben, was sich in Studien immer wieder darin zeigt, dass beispielsweise fremden BeobachterInnen im Rahmen der Erhebungen bereitwillig der Zugang zu den persönlichen Zimmern gewährt wird. Damit geht eine Entwicklung von „behinderte[n] Identitäten“ (Trescher 2017f, S. 180) einher, welche die Lebensentwürfe dieser ausschließlich auf die festen Strukturen der Einrichtung und ihres Trägers beschränken und keine Perspektiven und Ansprüche darüber hinaus formulieren (siehe dazu auch Trescher 2017a). Auch für den Würdeerhalt der BewohnerInnen ist das Zugestehen von unbeobachteten Räumen (die nicht [ungefragt] von den MitarbeiterInnen betreten werden können) und dem damit einhergehenden Risiko des Nicht-Wissens zentral und aufgrund des Fehlens von eben diesen als hochproblematisch anzusehen (Trescher 2017f, S. 188f; 2015a).

Die sich nahezu permanent vollziehenden Überwachungs- und Regulierungspraxen tragen zudem zu einer Beeinträchtigung der Ausübung routinemäßiger Freizeitaktivitäten bei (siehe dazu Trescher 2015b, S. 241), wofür vor allem die fehlenden Freiräume verantwortlich sind, die für die selbstbestimmte Entwicklung von Interessen und deren Ausübung jedoch notwendig erscheinen. Insgesamt geht mit einer Ausweitung von Überwachungs- und Regulierungspraxen also eine deutliche Einschränkung der Selbstermächtigung der BewohnerInnen einher. Zudem wird Handeln im Sinne von Aus-

handeln infolge des Mangels an Spontaneität im Einrichtungsalldag erschwert, wodurch pädagogisches Handeln als Krise (im Sinne der Entscheidungskrise) nicht zugelassen wird (siehe dazu Kap. 5).

7.4 EINSAMKEIT VS. ‚MOMENTE DES GLÜCKS‘

In der Studie „Wohnräume als pädagogische Herausforderung“ (Trescher 2017f) wurde ein Analyseverfahren auf subjektiv-affektiver Verstehensebene gewählt (Trescher 2017f, S. 53ff), anhand dessen Aussagen über das Erleben des Alltags der BewohnerInnen von Wohneinrichtungen generiert werden konnten. Ein zentrales Ergebnis dieser Untersuchung ist, dass BewohnerInnen häufig einsam wirken und den Eindruck erwecken, als sehnten sie sich nach Liebe, Nähe und Aufmerksamkeit. Dies wird durch die häufig ausladend und trist wirkende Ausstattung der Räume der Wohneinrichtung verschärft, wodurch der Eindruck entsteht, die BewohnerInnen seien dort nicht ‚zu Hause‘. Eine weitere Problematik stellen die häufig gestresst wirkenden und unter (Zeit-)Druck stehenden MitarbeiterInnen dar, die teils distanziert und (für die BewohnerInnen) emotional unerreichbar wirken. Daraus resultiert in gewisser Hinsicht eine ‚Tristesse des Alltags‘, mit der die BewohnerInnen sich scheinbar abgefunden haben und welcher sie deshalb (zum Teil) mit Gleichgültigkeit und Desinteresse begegnen. Weiteres Ergebnis ist, dass in vielen Fällen die Herkunftsfamilie – auch wenn (vormals) wichtige Bezugspersonen (zum Beispiel die Eltern) bereits verstorben sind oder nur gelegentlich zu Besuch kommen – oftmals den einzigen emotionalen Rückhalt und die einzige Konstante für die in der Wohneinrichtung lebenden Menschen darstellt, was die häufig wahrgenommene Einsamkeit noch verstärkt beziehungsweise verstärken kann. Im Zusammenhang damit muss auch problematisiert werden, dass sich in einem Großteil der untersuchten Einrichtungen kaum Vergemeinschaftungspraxen vollziehen, wodurch die Singularisierung der darin betreuten Personen weiter vorangetrieben wird (siehe dazu Trescher 2015b, 2017a, 2017f). Dabei werden Vergemeinschaftungspraxen bereits aufgrund der strukturellen Ausgestaltung der Einrichtungen (beispielsweise Altersstruktur, zu große Wohngruppen etc.) deutlich erschwert (Trescher 2017f, S. 129). Demgegenüber finden sich jedoch in den Analysen wiederholt auch von Zufriedenheit und Freude geprägte ‚Momente des Glücks‘ (Trescher 2017f, S. 161).

7.5 SONDERSPHÄRE ‚GEISTIGE BEHINDERUNG‘

Menschen mit ‚geistiger Behinderung‘ stoßen immer wieder an Barrieren, die ihnen die Teilhabe an der gemeinsamen Lebenswelt respektive allgemeinen Diskursen erschweren (siehe dazu auch Kap. 3). Sie stehen oft in nahezu allen Bereichen ihres Lebens unter dem (pädagogischen) Protektorat der Behindertenhilfe und ihr soziales Umfeld bleibt (infolgedessen) meist auch auf einrichtungsinterne Kontakte beschränkt, woraus sozusagen ein Leben in einer Blase folgt – ‚geistige Behinderung‘ wird zur Sondersphäre, die sich als eine Art soziale Grenze manifestiert (Trescher 2017a, S. 244ff). Dies zeigt sich unter anderem darin, dass neben Freundschaften auch Partnerschaften in der Regel alleinig zu anderen Menschen mit ‚geistiger Behinderung‘ bestehen. ‚Geistige Behinderung‘ als Sondersphäre beziehungsweise soziale Grenze wird durch das Hilfesystem gefestigt, das Menschen mit ‚geistiger Behinderung‘ als solche adressiert und damit zur Manifestation der zugeschriebenen Normabweichung beiträgt, welche in einer Reproduktion von ‚geistiger Behinderung‘ resultiert. Sowohl Menschen mit als auch Menschen ohne ‚geistige Behinderung‘ nehmen diese Grenze als manifest und scheinbar unüberwindbar wahr, woraus auf beiden Seiten gewisse Berührungängste entstehen (Trescher 2015b, S. 333f; Rösner 2014, S. 43ff). Kommt es zu Kontakten zwischen Menschen mit und Menschen ohne ‚geistige Behinderung‘, so weisen diese häufig eine asymmetrische Beziehung auf, die aufgrund des in der Regel einseitigen Abhängigkeitsverhältnisses entsteht. Dies findet sich unter anderem im Kontext von Betreuungssettings, in denen die Betreuungspersonen vorwiegend spezifisch handeln und somit die von der Institution für sie festgelegte Rolle ausfüllen, während sie von ihren KlientInnen eingehende Diffusität beanspruchen (Oevermann 2002b, S. 40). Dabei treten die BetreuerInnen den Personen, auf die ihre Praxis abzielt, nicht als ‚ganze Personen‘ gegenüber, sondern primär in der ihnen zugeschriebenen Rolle als RepräsentantInnen einer übergeordneten institutionellen Ordnung (Oevermann 2002b, S. 50). Eine Folge dessen ist, dass Menschen mit ‚geistiger Behinderung‘, die in irgendeiner Art und Weise unter der Reichweite des pädagogischen Protektorats stehen, nur sehr eingeschränkt Möglichkeiten zu diffusen, gleichberechtigten Sozialbeziehungen haben, was im Hinblick auf die (möglichen) identitätsstiftenden Funktionen dieser kritisch betrachtet werden muss.

7.6 MEDIKALISIERUNG

Eines der zentralen Strukturprobleme institutionalisierter Betreuung von Menschen mit ‚geistiger Behinderung‘ ist die Dominanz eines medizinischen Blicks, die in Medikalisierungspraxen mündet, welche beispielsweise bei als ‚abweichend‘ deklariertem Verhalten reflexartig zur Vergabe von (primär ruhigstellenden) Medikamenten führt (Foucault 2011; Trescher 2017a, S. 237ff). Dabei wird als Grund für das abweichende Verhalten meist vorbehaltlos die als immanent angesehene Behinderung des/der Einzelnen betrachtet und indem die als ‚behindert‘ hervorgebrachten Personen „den Status des Gegenstandes annehmen, werden sie gewichtig und fest. [...] Die Aufmerksamkeit des Blicks wird sie [...] nach und nach aufwecken und ihnen Objektivität verleihen. Der Blick reduziert nicht mehr, er begründet vielmehr das Individuum in seiner unreduzierbaren Qualität“ (Foucault 2011, S. 12).¹ Aufgrund der Konstruktion von Behinderung als natürliche, im Individuum verankerte Gegebenheit, wird die Überzeugung, es könne dieser ausschließlich medizinisch begegnet werden, reproduziert (siehe auch Zola 1972, S. 500). Dass sogenanntes abweichendes Verhalten auch Ausdruck einer Auflehnung gegen bestehende, festgefahrene und einengende organisationale und institutionelle Strukturen sein kann, wird nicht bedacht und zum Teil auch nicht zugestanden beziehungsweise toleriert. Diese von Foucault (2011) als medizinischer Blick bezeichnete Praxis wirkt sich auf gesamtgesellschaftlicher Ebene als Instrument sozialer Kontrolle aus (Zola 1972, S. 487; Lemke 2008; Graumann 2009; Haker 2011; Richter und Hurrelmann 2016). Ziel der Gabe von verhaltensregulierenden beziehungsweise ‚ruhigstellenden‘ Medikamenten ist zumeist die Anpassung des Subjektes an die vorherrschenden Strukturen, in denen es lebt. Die ‚Einstellung‘ einer Person mit Medikamenten bewirkt dabei nicht nur die Kontrolle des Verhaltens, sondern wirkt vor allem regulierend. Auch vor dem Hintergrund, dass es einzelnen Personen unterstützt durch die Medikamentenvergabe gelingen mag, sich verhältnismäßig gut in ihrer Lebenswelt einzufinden, sind Medikamente und deren Einsatz in Einrichtungen für Menschen mit ‚geistiger Behinderung‘ als hoch ambivalent zu betrachten, da die Person nicht nur in die Strukturen der Behindertenhilfe gezwungen, sondern auch in ihrer bereits eingeschränkten per-

1 Siehe auch Bittlingmayer 2016, S. 29ff; Schroer und Wilde 2016, S. 264ff.

sönlichen Handlungsökonomie zusätzlich begrenzt wird. Aus einer Engführung von ‚schwierigem Verhalten‘ oder Persönlichkeitsmerkmalen und Wesenseigenschaften (wie zum Beispiel Sturheit, Zwanghaftigkeit oder Vergesslichkeit) auf die als manifest angenommene Behinderung folgt eine Reduktion des Subjekts auf die (vermeintlich unbestrittene) Behinderung. Alternative Verstehenszugänge werden dadurch in der Folge ausgeblendet, was letztlich auch Ausdruck des Scheiterns oder der starken Einschränkung pädagogischer Handlungspraxen ist (Trescher 2017a, S. 238).

Schlussendlich zeigt sich also, dass, neben den starren Strukturen innerhalb der Behindertenhilfe, primär die Medizin ‚behinderte Subjekte‘ hervorbringt, indem sie eben diese zum Gegenstand ihrer (Behandlungs-)Praxen macht. Hieran zeigt sich, dass neben dem vorhandenen und wiederholt in der Kritik stehenden System der Behindertenhilfe auch das Gesundheitssystem an der Hervorbringung von Behinderung beteiligt ist. Für Menschen, die ihr gesamtes Leben unter dem pädagogischen Protektorat des Behindertenhilfesystems verbringen, trifft dies besonders gravierend zu (Trescher 2017a, S. 237ff).

