

Schwer mehrfach behinderte Menschen und ihre Unterstützer:innen im Zwischenbereich von Teilhabe und sozialem Ausschluss

Kristina Kraft

1 Einleitung

Am Ausgangspunkt der Erörterung steht die langzeithospitalisierte Lebenssituation jener als behindert geltenden erwachsenen Menschen, die – in semantischer Steigerung (oder im Superlativ) – als schwer(st)mehrfachbehindert benannt werden. Ein (sehr) hoher Hilfebedarf wird nicht selten begründet durch »Verhaltensauffälligkeiten«. Der Ursprung damit einhergehender Tätigkeitsformen (eine Form wie z.B. ein plötzlicher, energetisch vehementer Zugriff auf sich oder andere Menschen) bleibt für Hilfeleister:innen zumeist zeitüberdauernd im Unklaren, zumal wenn die Ausführung einerseits extrem ausdrucksstark wirkt, andererseits die:der Ausführende nicht als auskunftsfähig gilt. Sich wiederholende Abwehr- und Unterbindungsmaßnahmen (Zuwendungsabbruch; zeitweiser Einschluss ins eigene Zimmer; medikamentöse Ruhigstellung o.a.) erhöhen hierbei das Risiko für den Verlust von Zugehörigkeitserleben (»sense of belonging«).

Die Autorin geht der Frage nach, wie das Ringen um diagnostische Begrifflichkeiten in Bezug auf Verhaltensäußerungen (»stereotypes Problemverhalten« o.a.) einen Einfluss darauf hat, Schwer mehrfach behinderung ausschließlich als Zustand oder aber auch als Entwicklungsprozess zu (re-)konstruieren. Die Überlegungen wollen dazu beitragen, wie Verhaltensäußerungen eines Menschen so gelesen werden können, dass sich – auf der alltäglichen Mikroebene – für diesen Menschen der soziale Resonanzraum nicht (noch mehr) verringert, sondern in Richtung eines (erweiterten) Zugehörigkeitserlebens öffnen kann.

2 Schwerstmehrfachbehinderung: Veränderungen auf der Ebene der Begrifflichkeit

Mittlerweile wird im Blick auf das Gesamt aller Inklusionsbemühungen eine zu einseitige Fokussierung auf die Teilhabe von *Menschen mit Behinderungen* konstatiert (Rheinländer & Fischer, 2019, S. 73). Außerdem wird vermehrt geäußert, diesbezügliche »Diskussionen um Inklusion [seien] stark auf das Feld Schule konzentriert« (Dexel & Witten, 2023). Gleichzeitig wird konstatiert, dass die Personengruppe der *Erwachsenen mit Schwer(st)mehrfachbehinderungen*¹ im Inklusionsdiskurs und in praktischen Inklusionsanstrengungen bisher zu wenig adressiert worden ist: »Wenn es um Menschen mit Behinderungen geht, haben viele Menschen den querschnittsgeklärten Rollstuhlfahrer [...] oder die nette junge Frau mit Downsyndrom vor Augen, nicht aber Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen« (Pohl & Wienberg, 2014, S. 5). Daher bestehe, so resümierten Ulrich Pohl und Günther Wienberg vor zehn Jahren, »die große Gefahr von ›Inklusion light‹ unter Ausschluss der Menschen mit schweren, komplexen und ›störenden‹ Behinderungen« (ebd., S. 7).

Betroffene fallen immer noch durch das Raster der gesellschaftlichen Aufmerksamkeit u.a. strukturell bedingt, weil sie – meist schon jahrzehntelang – überwiegend in stationären (überwiegend in geschlossenen bzw. »geschützten«) Wohngruppen, vielfach auch in sogenannten Intensivwohngruppen leben. Für den Personenkreis existieren verschiedene Bezeichnungen, wobei »in der Regel nur Teilaspekte unter bestimmten Perspektiven« (Bernasconi, 2023, S. 216) benannt werden: »Menschen mit mehrfachen oder schweren Schädigungen«, »Menschen mit geistiger Behinderung und schwierigem Verhalten«, »Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen« oder »nicht sprechende Menschen mit geistiger Behinderung« (Fornefeld, 2008, S. 9–10). Aus diesen Begriffskonstruktionen könnte abgeleitet werden, dass es sich bei Schwerstmehrfach-Behinderung um »ein rein additives Phänomen« (Kistner, 2009) handeln würde (z.B. »nicht-sprechend« + »geistige Behinderung« = Schwerst-Mehrfachbehinderung). Außerdem fällt eine explizite Normierungs- und Unfähigkeitsbetonung ins Auge (»*schwieriges Verhalten*«; »*nicht sprechend*«).

Barbara Fornefeld (2008, S. 11) schlug mit »Menschen mit Komplexer Behinderung«² einen kompakteren Begriff vor, der keine »schwerwiegenden« Symptome addieren, keine neue Klassifikation von Behinderung(sgraden) konstituieren, sondern

1 Gemeint ist hier nicht die größere Gruppe jener Menschen, die gemäß Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) als schwerbehindert gelten [»Schwerbehindert ist, wer einen Grad der Behinderung von mindestens 50 aufweist« (§ 2, Abs. 2 SGB IX)].

2 »Menschen mit Komplexer Behinderung« wird bei Fornefeld mit »großem« K geschrieben, um die »Bezeichnung ›Menschen mit komplexer Behinderung‹ als unzulässige Eigenschaftsbeschreibung« erkennbar machen zu wollen (Fornefeld, 2008, S. 11).

der auf eine intensivierte Beachtung der jeweiligen komplexen behindernden Lebensumstände eines Menschen fokussieren wollte (ebd., S. 10–11). Mittlerweile ist auf der institutionellen Ebene üblich geworden, begrifflich auf »Menschen mit komplexem Hilfebedarf« abzuheben, was eher den Blick auf die umfassend benötigten *Hilfen* lenkt (orientiert am internationalen Sprachgebrauch »people with complex needs«). Der vorliegende Beitrag möchte sich fokussieren auf die Lebenslage von »Menschen mit Intelligenzminderung und zusätzlichen oftmals schwerwiegenden herausfordernden Verhaltensweisen« (Glasenapp & Hennicke, 2013, S. 5), wie Betroffene häufig benannt werden³. In diesem Zusammenhang spitzen Glasenapp und Hennicke auf eine Personengruppe zu, die »die Helfersysteme nicht nur fordern, sondern auch überfordern« (ebd.).

Die nachfolgenden Kapitel heben darauf ab, in der hier gebotenen Kürze zu erörtern, wie eine *je konkretisierende Beachtung von Komplexität* – gemeint im Sinne bio-psycho-sozialer Wechselwirkungen sowohl in der aktuellen Lebenssituation als auch innerhalb der früheren Lebenserfahrungen eines Menschen – eine ergänzende Sichtweise bieten kann, um Überforderungssituationen von Hilfeleister:innen in Richtung stressreduzierter und zugleich zuwendungskonzentrierter Begegnungen mit Hilfeadressat:innen umgestalten zu können.

3 Lebensrealitäten von Menschen mit zugesprochenem »Problemverhalten« zwischen Teilhabeanspruch und Teilhabeverhinderung

Die aktuelle Leitidee (der Ermöglichung) von sozialer Teilhabe drückt sich im Hilfeprogramm der Behindertenhilfe-Träger mittlerweile durch das Angebot *dezentraler Wohnorte* und *nicht-stationär* geprägter Assistenzmodelle aus. Jedoch leben Menschen mit *komplexer* Behinderung überwiegend in den traditionellen stationären Strukturen, nicht selten begründet durch ihren umfassenden Bedarf an Hilfen.⁴ Obwohl seit Längerem angestrebt wird, die »totale« institutionelle Prästrukturierung im stationär ausgelegten Hilfebereich abzubauen,⁵ warnt For-

3 Das Verbindungswort »zusätzlichen« könnte auch hier die Assoziation erzeugen, es ginge rein um ein *additives* Phänomen.

4 Auf die Ermittlung des »individuellen Hilfebedarfs« gemäß Sozialgesetzbuch [§ 13 u. § 118 SGB IX] wird hier nicht näher eingegangen [ausführlich dazu Grampp, G. (2018). Die ICF verstehen und nutzen. Köln: Balance Buch + Medien; oder Raz, S. (2019). Diagnostische Implikationen im neuen Rehabilitations- und Teilhaberecht. In S. C. Holtmann, P. Hascher & R. Stein (Hg.), *Inklusionen und Exklusionen des Humanen* (S. 85–108). Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt]

5 Seit mehreren Jahrzehnten wird der von Erving Goffman (1922–82) eingebrachte Terminus »Totale Institutionen« für jene Institutionen genutzt, die allumfassender als andere Institutionen lebenslagenbestimmend sind, die – konkretisiert auf das hier interessierende Feld –

nefeld (2008, S. 9) hier vor der Konstruktion einer quasi übrigbleibenden ›Rest-Gruppe‹. Trescher (2018, S. 300) formuliert überdies Notwendigkeiten für »De-institutionalisierungspraxen nach innen«, die damit einher gehen sollten, »den ›Einrichtungsscharakter‹ weitestgehend zu reduzieren«. Was bedeutet das für den Wohngruppen-Alltag von Menschen, die mit »schwerwiegenden herausfordernden Verhaltensweisen« (Glasenapp & Hennicke, 2013, S. 5) assoziiert werden?

Dafür wird zunächst auf den Terminus *Teilhabe* eingegangen: Als »Gegenbegriff zu sozialer Ausgrenzung« (Aktionsbündnis Teilhabeforschung, 2015) drückt er sich auf individueller Ebene in Verwirklichungschancen für »Handlungs- und Gestaltungsspielräumen in persönlicher Lebensführung und Alltagsbewältigung« aus (ebd.). Da sich Teilhabe unterdessen »von einer diskursiven Figur zum anspruchsbegründenden Rechtsbegriff« (Villarama, 2020) gewandelt hat,⁶ wäre gleichwohl zu berücksichtigen, dass die jetzigen »Rechtsansprüche lediglich die Möglichkeiten zu Teilhabe *eröffnen*« (Meyer & Lindmeier, 2021; Hervorhebung K. K.). Ermöglichungs-Realisierungen sind jeweils *herzustellen*, »wie umfassend sie auch immer hinsichtlich der Orientierungsleistungen und Handlungen personal [...] assistiert sein« müssen, worauf Georg Feuser (2018, S. 160) aufmerksam macht. Dabei *verwirklicht* sich ein individuelles Teilhabe-Erleben nicht schon durch initiierte Teilhabe-Angebote, sondern erst dann, wenn von der *adressierten* Person ein tatsächliches »Gefühl der sozialen Zugehörigkeit (sense of belonging)« erlebt wird, so Heiner Bielefeldt (2009, S. 10) in seiner Analyse des Innovationspotenzials der UN-BRK.

»Die Beseitigung der Benachteiligung zielt auf die Ermöglichung von Teilhabe ab«, so formuliert Rudolf (2017, S. 23) die übergeordnete Aufgaben- und Zielstellung. Benachteiligungen für Betroffene des hier interessierenden Personenkreises sind allerdings nicht nur bei »sozialen, materiellen, politisch-institutionellen und kulturellen Rechten« festzustellen (Hirschberg & Papadopoulos, 2017, S. 103), sondern auf der alltäglichen Mikroebene als Risiken und Tatbestände eines Nicht-Zugehörigkeitserlebens. Bzgl. der Tätigen im Hilfesystem stellt sich daher die Frage, inwieweit ein *konkretes* Wissen um aktuelle und frühere Benachteiligungen und Beeinträchtigungen hilfreich ist, um nach Bielefeldt (2009, S. 10) ein *intensiviertes, er-*

z. B. die Aufsteh-, Zubettgeh- und Essenszeiten vorgeben und die Zeitabschnitte dazwischen als »Tagesstruktur« festlegen.

6 »Bereits 2001 fand mit der Verabschiedung des SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) der Teilhabebegriff in Deutschland explizit Eingang in sozialrechtliche Ansprüche von Menschen mit Behinderung. Einen weiteren öffentlichen Schub erhielt die Begriffsnutzung im Zuge der ... Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) Schließlich hat das Bundesteilhabegesetz (BTHG) den Begriff als Kernbegriff der Reform der Eingliederungshilfe« aufgenommen (Institut für Teilhabeforschung der Katholischen Hochschule NRW, 2020, S. 7).

weiteres Gefühl sozialer Zugehörigkeit (*»enhanced sense of belonging«*) zu ermöglichen⁷.

Wenn tatsächliches individuelles Zugehörigkeitserleben⁸ im Alltag unterstützt werden soll, geht es nach Jantzen (2013) »um den Aufbau von Resonanzprozessen«. Im engeren Sinne würde es bedeuten, dass ein Mensch – mit seinen jeweils getätigten (Verhaltens-)Äußerungen – Resonanz finden kann in (einem) anderen Menschen (ebd.). Im vorliegenden Beitrag sollen daher zuerst gegenteilige Situationen, d.h. Tatbestände der »Exklusion aus dem sozialen Resonanzraum« (King, 2008), im Mittelpunkt stehen; denn v.a. eine fehlende anerkennende Resonanz bzw. eine abwertend getönte, eine abwehrende oder gar abwendende soziale Resonanz auf individuelle Tätigkeitsformen wirkt »sich verheerend auf das Selbstgefühl und die weitere kognitive und emotionale Entwicklung« (ebd.) aus. Allein diese basale entwicklungspsychologische Erkenntnis könnte als erster, jedoch noch nicht ausreichender Hinweis dienen, dass eine irgendwie auffällige Verhaltensäußerung nicht nur als der Schwermehrfach-Behinderung »zugehöriges Symptom interpretiert« werden dürfte (ebd.). In diesem Beitrag interessiert daher, wie Hilfeleister:innen unterstützt werden könnten, Verhaltensäußerungen nicht nur als »schwieriges Verhalten« oder »Problemverhalten«, sondern als »[k]ompensatorische Leistungen und Bewältigungsstrategien der Betroffenen« (King, 2008) und »als adäquate Reaktion« auf Exklusionstatbestände (ebd.) gelesen werden können.

Bisherige Verstehensverengungen im Sinne diagnostischer Komplexreduzierung zeigen sich bspw. im Begriffskonstrukt »störendes Verhalten«, wenn also – die Begriffs-Botschaft rückverfolgend – die Bewertung aus kontextloser Gegenwartsbetrachtung eines Verhaltens gewonnen wurde. Für eine Verstehenserweiterung wäre in einem ersten Schritt ein allgemeines Wissen um verminderte Stressregulationsmöglichkeiten⁹ hilfreich. Als schwermehrfachbehindert geltende Menschen werden jedoch »in diagnostischen Fragen zu Traumafolgestörungen unzureichend beachtet«, so Lena Grüter (2019, S. 18). Deshalb wären, spätestens bei Einblicknahme in eine Lebensgeschichte, bisherige diagnostische Verdeckungen (i.S.v. »diagnostic overshadowing«) mitzubedenken, v.a. für die (An-)Erkennung belastender, kränkender, demütigender oder gar traumatisierender Erfahrungen (ausführlicher dazu z.B. Kraft, 2022; 2023).

7 Die Präambel der UN-BRK betont, »[...] that the promotion of [...] full participation by persons with disabilities will result in their enhanced sense of belonging [...]« (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2011, S. 8; Hervorhebung K. K.).

8 Keinesfalls soll damit an eine vermeintlich »natürliche« Zugehörigkeits-Ordnung (den gesellschaftlichen Rand als das »natürliche« Habitat von schwermehrfachbehinderten Menschen anzusehen) angeschlossen werden.

9 Ausführlich dazu Steffens, 2021.

In Bezug auf den hier interessierenden Personenkreis sind demnach nicht nur aktuelle Situationen und Risiken möglichen Nicht-Zugehörigkeitserlebens und nicht nur punktuelle Momente eines Exklusionserlebens, sondern gleichfalls *frühere* Exklusionserfahrungen zu eruieren. Jantzen (2012) regt in diesem Kontext an, mindestens versuchsweise zu rekonstruieren¹⁰, inwieweit der lebensgeschichtlich frühe Befund einer (prä-, peri- oder postnatalen¹¹) Eingangsschädigung nachfolgende Bewertungsprozesse von Naturalisierung, Biologisierung und Fatalisierung (ebd.) evoziert haben mag. Konkret hätten wir Fatalisierung bspw. dann zu konstatieren, wenn einer Person bereits im frühen Kindesalter – innerhalb der verschiedenen von ihr durchlaufenen Hilfe(bedarfsfeststellungs)systeme – eine schwere Beeinträchtigung attestiert wurde, jedoch nachfolgende Verdichtungen von Entwicklungsproblematiken ausschließlich als *schicksalhaft* interpretiert wurden.

Und sofern dieser Person ihr vorgebliches Problemverhalten¹² als »natürliche« Wesenhaftigkeit« ausgelegt wurde, könnten wir von Naturalisierung sprechen (Dobusch, 2022, S. 460). Falls inadäquate soziale Faktoren der Entwicklungssituation – v.a. Resultate *fehlender Kooperation und Partizipation* (Hoffmann & Steffens, 2022, S. 8) – nicht zur Beurteilung hinzugezogen wurden, wäre diese Unterlassung von uns als Tendenz zur Biologisierung prüf- bzw. diskutierbar. Dass ein soziales Problem in ein biologisches umgedeutet wurde, könnte sich bspw. dann herauslesen lassen, wenn die Unfähigkeit eines Entscheidungsträgers, in einer 1:1-Begegnungssituation einen *dialogischen* Möglichkeitsraum aufzubauen, im Ergebnis hernach der zu beurteilenden Person [»Eine Verständigung mit ihr ist nicht möglich«¹³] angelastet wurde.

4 Herausforderungen für Hilfeleister:innen im stationär-institutionalisierten Alltag

Mittlerweile unternehmen u.a. die Intersektionalitätsforschung, die Disability Studies und die Diversity Studies unterschiedlich akzentuierte Anstrengungen

10 Gegebenenfalls ist man für eine Rekonstruktion zunächst auf eine Aktenanalyse angewiesen.

11 D.h. *vor* (pränatal), *während* (perinatal) und *nach* der Geburt (postnatal) bis zum Abschluss des 1. Lebensjahres.

12 Obwohl Michael Seidel (2016, S. 20–21) damit *keine* »individualpathologische Eigenschaft« meint, sondern die Ursachen eines »Problemverhaltens« in einer *inadäquaten Passung* von Person und Umweltbedingungen begründet« sehen will, besteht weiterhin das Risiko, dass im sozialen Nahfeld existierende »Umwelt«-Probleme eher im »blinden Fleck« verbleiben, wenn die in diesem Nahfeld tätigen Funktionsträger:innen bzgl. des besagten »Problemverhaltens« eine Definitions-, Ordnungs- und Behandlungsmacht besitzen.

13 ... als amtsrichterlicher Befund (zit. aus Jantzen 2009) aus einer Akte zu einer als schwerst-mehrfachbehindert geltenden Frau entnommen.

(auf die in diesem Rahmen nicht näher eingegangen werden kann), um sowohl den *Begriff* und das *Phänomen* Behinderung als auch *Narrative* über Behinderung (inkl. des privilegierten Erfahrens von »Nicht-Behinderung«) zu rekonstruieren und zu dekonstruieren. Was hätten wir zu bedenken, um Teilhabehinderungen eines als *schwermehrfach*-behindert markierten Menschen konkret »als das Ergebnis von diskursiv wirkmächtigen Unterscheidungspraktiken« (Dobusch, 2022, S. 460–461) dekonstruieren zu können? Die schon am Ende des letzten Kapitels angedeutete Notwendigkeit einer Re- und Dekonstruktion der eventuellen Biologisierung eines (Schwermehrfach-)Behindert-werdens wird spätestens dann bedeutungsvoll, wenn bei bisherigen »Ursachen-Erklärungen« eines extrem wirkenden Verhaltens ein naturalisierender Blick für den Lebensalltag des davon betroffenen Menschen wirkmächtig wurde. Das wäre zugespitzt der Fall, wenn eine »Individualisierung von Exklusion« (Steffens, 2021, S. 10) darin gemündet hat, dass auf Dämpfungs- und Unterbindungsmaßnahmen als alleinige Mittel der Wahl fokussiert und bei immer wieder auftretenden alltäglichen Extremsituationen lediglich ein »mehr desselben« (bspw. eine Erhöhung der Psychopharmaka-Dosis) verordnet wurde.

Das Alltagsleben von Menschen mit einer »Schwerstmehrfachbehinderung« (in diesem Beitrag weiterhin konzentriert auf jene Menschen, die als »*nicht-sprechend*« bezeichnet werden¹⁴ und denen zugleich ein »*Problemverhalten*« zugesprochen wird) ist – von außen beurteilt – entscheidend dadurch geprägt, dass betroffene Menschen ihre erlittenen Teilhabehinderungen nicht verbal beklagen und überdies eventuelles eigenes Teilhabebegehren, angefangen bei der uns allen innewohnenden Sehnsucht nach verlässlicher Zuwendung, nicht verbalisieren können. Monika Seifert skizziert den betroffenen Personenkreis als »Menschen mit (schweren) kognitiven und kommunikativen Beeinträchtigungen, die ihre Befindlichkeiten, Bedürfnisse und Interessen überwiegend nonverbal, über jeweils eigene Ausdrucksformen signalisieren« (Seifert, o.J.). Für pädagogisch Tätige (hier Hilfeleister:innen oder Mitarbeiter:innen genannt) sind jedoch die persönlichen Beweggründe dieser Ausdrucksformen oft nur schwer auszudeuten – v.a., wenn sie sich für Betroffene als physisch-selbstschädigend¹⁵ auswirken oder die Verhaltensäußerungen auf Beteiligte wiederholt nicht nur ggf. als »penetrant«, sondern als unberechenbar

14 Jede allein *begrifflich* schon problematische Eingrenzung, die hier genannte eingeschlossen, enthält die Potenz einer *Differenzverstärkung* (Hirschauer, 2014, S. 174), die nicht nur eine *Polarisierung* [z.B. »nichtsprechend« – »sprechend«] nach sich ziehen kann. Sie kann u.U. eine so starke *Homogenisierung* bzw. *Egalisierung* (ebd.) der konstruierten »nichtsprechenden« Seite erzeugen, dass der »Befund« als »nicht-sprechend« diagnostisch nicht näher untersucht wird, jedoch zugleich zur vermeintlich *verdeutlichenden* Markierung einer Person dient.

15 ... zum Teil *irreversibel*, z.B. wenn ein Mensch durch wiederholt heftige Schläge auf die eigenen Augen sich selbst blind geschlagen hat.

wirken (ebd.). Nachfolgend sollen einige Aspekte dieser Deutungsproblematik, wie sie sich in der Alltagspraxis darstellen, angedeutet werden¹⁶:

Mitarbeiter:innen berichten bspw. davon, dass eine auf sie extrem wirkende Verhaltensweise eines Menschen sich tagtäglich zwar *wiederholen* kann, gleichwohl für sie immer wieder *überraschend* auftrete, da jeweils kein Anlass erkennbar sei (»das so heftige Kopf-gegen-die-Wand-schlagen des Bewohners kommt für uns immer wie aus dem Nichts«). In der Nachbetrachtung solcher Situationen beklagen bzw. bedauern Mitarbeiter:innen sehr häufig, dass ihnen das je zugrunde liegende Motiv einer Tätigkeitsform nicht erkennbar werde. Diese Problematik verschärfe sich dadurch, dass bei der Person nicht nachgefragt werden kann, d.h. wenn vor, in oder nach einer (drohenden) Extremsituation der:die betroffene Bewohner:in – auch »unterstützt«¹⁷ – nicht dazu in der Lage ist, eine auf seine:ihre Motivlage zielende Frage zu beantworten.

Häufig sehen Mitarbeiter:innen, um Eskalationen im Alltag abzuwenden, keine Alternative zu einer *gegen* ein extrem wirkendes Verhalten gerichteten Maßnahme, wenngleich sie einzuberechnen hätten, dass ihre Gegen-Maßnahmen von Bewohner:innen als *Überwältigung* (Zinkler, 2018) erlebt werden müssen. Die unterbindenden, abwehrenden oder ruhigstellenden Maßnahmen¹⁸ – Hendrik Trescher spricht hier von »quasi-technischen Handlungsvollzügen« (2018, S. 343) – würden außerdem zum Schutz der betroffenen Person oder, v.a. bei kneifenden, kratzenden, schlagenden oder beißenden Tätigkeitsformen, für den Schutz von Dritten eingesetzt (werden müssen).

5 Verhaltensauffälligkeiten als Kompensationstätigkeit unter erschwerten biopsychosozialen Bedingungen lesen

Für die zuvor skizzierten Situationen, in denen »kein resonantes In-Beziehung-Treten [mehr] möglich« (Rosa, 2019, S. 22) erscheint, sind in aller Kürze verallgemeinerbare (Wechsel-)Wirkungsfolgen benennbar: Tätigkeitsdämpfende Maßnahmenvollzüge – ggf. einhergehend mit passagerem Zimmer-Einschluss –

16 Ich entnehme die nachfolgenden Skizzierungen aus dem Kontext meiner Tätigkeit als Fachberaterin.

17 Die *Unterstützte Kommunikation* (UK) »bietet Menschen mit fehlenden oder eingeschränkten lautsprachlichen Fähigkeiten verschiedene Möglichkeiten, sich mit ihrer Umwelt zu verständigen« (Lange, o.J.), z.B. mittels Symbolkarten oder Sprachausgabegeräten (zumeist »Talker« genannt).

18 Neben *Zuwendungsentzug* und *räumlicher Isolierung* sind (neben der schon angedeuteten *chemischen Ruhigstellung*) v.a. noch *motorische Fixierungsformen* (im Extrem bis hin zur Bewegungsunfähigkeit von Rumpf und Extremitäten) zu nennen.

unterbinden (1.) die (überindividuell wichtigen) Selbstbewegungs-, Selbstwirksamkeits- und Selbstbestimmungsmöglichkeiten und -bedürfnisse eines Menschen. Die »quasi-technischen« Maßnahmen minimieren gleichzeitig (2.) das Erleben bestätigender Resonanz. Isolierende Maßnahmen (unter-)brechen das Eingebundensein in dialogische, kommunikative und kooperative Teilhabebformen, auf die alle Menschen angewiesen sind. Werden allerdings *wiederholt* Unterbrechungs-, Abwehr- und Einschluss-Maßnahmen ausgeführt, folgen für Maßnahmen-Betroffene (3.) *chronifizierte* Formen sozialen Ausschlusses. Aus diesem (hier: *innerinstitutionell* verstärkten) Ausschlusserleben können (4.) jene *Formen eigenen Ausdrucks* (Seifert, o.J.) sich verstärken bzw. resultieren, die psychiatrisch-kategorial als *Stereotypie*, *Autoaggression* oder *Fremdaggression*¹⁹ und verallgemeinerter als ›Verhaltensauffälligkeit‹, als ›Verhaltensstörung‹ oder als ›Problemverhalten‹ bezeichnet werden.²⁰

Mit seinen umfassenden theoretischen Erörterungen und seiner praktischen Fachberater Tätigkeit als Behindertenpädagoge hat Wolfgang Jantzen herausgearbeitet und verdeutlichen können,²¹ dass »bis in die Bereiche schwerster Behinderung (was immer wir als schwerste Behinderung benennen wollen)« – mittels eines komplexitätsgesteigerten Erklärungsangebotes – »das meiste, was wir an Reaktionen sehen«, verstehbar werden kann als *Kompensationstätigkeit* (Jantzen, 1999a); denn Auswirkungen von *sozialen Mangelsituationen* (fehlende Resonanz,²² inadäquate Zuwendung u.a.) lassen diverse Kompensationsversuche (schreien; sich schlagen u.a.m.) eines Individuums notwendig werden. Diese subjektiven Anstrengungen führen allerdings »nicht selten zu einer Pathologisierung eines nichtsinnhaft erscheinenden Handelns« (Langner, 2009). Nach Anke Langner wäre daher chronifiziertes »Missglücken des sozialen Austausches« als solches erst einmal zu erkennen und in seinen Auswirkungen anzuerkennen, damit ›Problemverhalten‹ eines als schwer(st)mehrfach-behindert geltenden Menschen nicht (mehr) einseitig »dem Individuum als ›Nichtfunktion‹ zugeschrieben werden kann« (ebd.).

Wenn die Entwicklung(sgeschichte) extrem wirkender Ausdrucksformen als *Kompensationstätigkeit innerhalb erlittener sozialer Isolation* untersucht werden soll, tritt

-
- 19 Verzichtet werden muss hier auf eine kritische Betrachtung der Termini ›Stereotypien‹, ›Autoaggressionen‹ und ›Fremdaggressionen‹, desgleichen muss aus Platzgründen eine entwicklungs(niveau)bezogene Betrachtung dieser Ausdrucksformen unterbleiben.
 - 20 Ebenso fehlt hier der Platz für einen Einblick in die aktuelle Diskussion bzgl. der (diagnostischen) Unterscheidungsvorschläge in ›Problemverhalten‹, ›Verhaltensauffälligkeit‹ bzw. ›Verhaltensstörung‹.
 - 21 Einen Überblick bzgl. der Entwicklung der *Materialistischen Behindertenpädagogik* seit den 1970-er Jahren bietet Jantzen, 2003; für einen aktuellen Überblick zur *Materialistischen Behindertenpädagogik* siehe Hoffmann & Steffens, 2022.
 - 22 Jeder Mensch kennt zumindest punktuell das (hoch-)irritierende Gefühl von Kränkung oder Demütigung durch Nicht-Ansprache.

im Bewertungsprozess immer dann eine – im Unterschied zur Biologisierungstendenz – andere, relativ neue Einseitigkeit zutage, wenn die frühe/n Eingangsschädigung/en diagnostisch nun vermeintlich ignoriert werden könnte/n. Um eine »Körpervergessenheit« – wie im *naiven* sozialen Modell von Behinderung schon 2005 von Waldschmidt (S. 21) kritisch vermerkt – zu vermeiden, reicht allerdings das allgemeine Anerkennen komplexer biopsychosozialer Wechselwirkungen nicht aus. Vonnöten wäre eine spezifizierte und sorgfältig recherchierte Analyse, wie im »Einzel-Fall« eine zunächst als »individuell« erscheinende komplexe Behinderung von Beginn an nicht nur eine biologische Seite, sondern auch eine psych(olog)ische sowie eine soziale Dimension beinhaltet.

»Die soziale Dimension bestimmt gesellschaftliche Wertigkeit, sozialpolitische, medizinische, pädagogische, alltagsweltliche Wahrnehmung« und den »Umgang« mit der betroffenen Person. Die *biologische* Dimension bestimmt im gesellschaftlichen und sozialen Kontext auf jedem Entwicklungsniveau die Form der möglichen Verhältnisse zu den Menschen und zur Welt« (Jantzen, 2006, S. 85; Hervorhebungen K. K.). Daher schlagen sich »in den *psychischen* Konstruktionen des Individuums« (ebd.; Hervorhebung K. K.) die Wechselwirkungen zwischen den verfügbaren Ausgangskompetenzen (z.B. nach einem schweren perinatalen Atemnotsyndrom) des einzelnen Menschen und den ggf. überdeterminierten²³ Reaktionen der sozialen Umwelt nieder.

Folgende (der Fachliteratur entnommene) Situation einer Fachberatung zu und mit einer Bewohnerin einer stationären Wohngruppe soll als Beispiel dienen, wie ein »Problemverhalten« als *Kompetenz unter isolierenden Bedingungen* gelesen werden konnte (Jantzen, 1999b). Die Darstellung im nächsten Kapitel strebt ebenso an, die Vorteile konkreten Wissens bzgl. der Auswirkungen eines lebensgeschichtlich frühen Schädigungszugriffs zumindest ansatzweise zu verdeutlichen; denn vertieftes Wissen erscheint u.a. hilfreich dafür zu sein, ein »Problemverhalten« nicht weiter nur in der *Wirkung* auf uns – bspw. als »stereotypes Problemverhalten« oder gar als »Provokation« – interpretieren zu müssen. Basierend auf einer neuen Lesart der »Symptome« entstand während besagter Fachberatung außerdem eine »dialogische Situation«, die m.E. bei Wiederholung sogar das Potential beinhaltet hätte, ein Zugehörigkeitsgefühl der Hilfeadressatin stärken zu können.

23 Beispielsweise, überzeichnet, als a). *überevorsichtige* Reaktionen von Eltern, die zuvor – durch eine inadäquat gestaltete Diagnoseeröffnung, ein schwerbeeinträchtigtes Kind bekommen zu haben – hochirritiert wurden (mit dem Ergebnis eines *zu behutsamen* Anfassens und der Folge einer zu geringen Modulation von Sinneseindrücken beim Kind) oder als b). *überdidaktische* Reaktionen von Hilfeleister:innen (die, mangels eines konkreten Wissens um dialogisch- und entwicklungsorientierte Anleitungen, sich reduziert haben auf monologische »tu dies«- und »lass das«-Anweisungen).

6 Aufhebung einer sozialen Mangelsituation durch dialogische Intervention

Am Anfang der Beratung schilderten die Mitarbeiter:innen ihre Alltags Herausforderungen bzgl. einer Bewohnerin:

»Elke G., zum Zeitpunkt der Beratung 39 Jahre alt, [...] ist tetraspastisch mit deutlicher Linksbetonung, und neigt zu Autoaggressionen, z.B. indem sie sich auf den Kehlkopf schlägt. [...] Sie reißt an der Tischdecke und wirft Gegenstände herunter. Sie stört durch hohe Töne ständig MitarbeiterInnen und andere BewohnerInnen. Sie spricht nicht. Über motorische Elementarfunktionen der Hände ebenso wie über gegenständliches Greifen verfügt sie. [...] Mit der rechten Hand traktiert sie dauernd eine Mitarbeiterin, zippelt an deren Kleidung, kneift usw.« (Jantzen, 1999b).

Sobald auch im Alltag jemand in den Radius von Frau G. gerät, kann sie blitzschnell auf einen Arm dieser Person zugreifen (obwohl Frau G. im Rollstuhl sitzt). Und dann höre das beschriebene Zippeln, Kneifen oder auch Eindrehen in den Pullover-Ärmel o.ä. nicht mehr auf; Mitarbeiter:innen müssen sich immer wieder daraus befreien oder sie gehen Frau G. schon zuvor aus dem Weg, um deren stereotyp und übergriffig wirkende Tätigkeitsformen nicht abwehren zu müssen.

W. Jantzen schildert an gleicher Stelle (1999b), wie er zuvor mittels Aktenanalyse einen die Beratung *vorbereitenden* Arbeitsschritt unternommen hat: »Die Akte – die insgesamt außerordentlich schmal ist – spricht von einem durch CT [Computertomographie] verifizierten perinatalen Defekt rechts temporal und parietal« (ebd.). Wieviel und ob Frau G. etwas sehen kann, konnte bislang nicht geklärt werden. »Ich unterstelle auf Grund der CT-Befunde ein Rechtshemisphären-Syndrom²⁴ und damit verbunden eine linksseitige Störung des Körperselbst. Bei einer derartigen Störung verschwindet im Extremfall eine ganze Körperhälfte ›ins Blaue« (ebd.).

Aus den wenigen in der Akte vorhandenen Fakten entnahm W. Jantzen im Vorfeld der Beratung nicht nur ein Hemisphärensyndrom und seine Auswirkung (Tetraspastik), sondern auch die allgemeinere Tatsache, dass sich Frau G. wegen fehlender Wortsprache nicht spontan oder über räumliche Distanz hinweg an Mitarbeiter:innen wenden konnte (eine deprivierende Situation, die sich ›Wortsprache-

24 Ein Hemisphärensyndrom verweist auf eine ausgedehnte Schädigung einer Großhirnhemisphäre, verbunden mit Auswirkungen, die in der Regel die gegenüberliegende Körperseite betreffen. Als typische Folge gilt eine Halbseitenlähmung; bei Frau G. wird obendrein eine *Tetra*-Spastik benannt, d.h. eine Lähmung aller *vier* Extremitäten, jedoch (wie hierbei häufiger vorkommend) in ungleicher Ausprägung der Einschränkung des aktiven Gebrauchs von Armen und Beinen.

Sprechende« wohl nur annähernd vorstellen können). Durch die anfangs der Fachberatung geschilderten Problem(lösungsversuch)e der Mitarbeiter:innen – v.a. die Abwehr des »stereotypen Problemverhaltens« – bestätigte sich für W. Jantzen die Idee, dass Frau G.s »diffuse Abgrenzung mit der rechten Hand«, also das eingangs problematisierte Zippeln, Kneifen und Traktieren, auch gelesen werden könnte als »ein Kompensationsmuster bezogen auf ihre hospitalisierte Situation« (ebd.). Während der Beratung stellte sich heraus, dass Frau G. in einer dialogisch angereicherten Situation »sehr schnell in der Lage [gewesen] ist, elementare dialogische Muster aufzunehmen« (ebd.).

W. Jantzen skizziert als Ich-Erzähler diese sich in Richtung eines Resonanzraumes entwickelnde Situation:

»Ich versuche ihre Hand anzutippen. Sie überträgt sofort das Muster auf mich. Während die MitarbeiterInnen über die gegenwärtige Situation berichten, fange ich an, Verschiedenes mit Frau G. auszuprobieren. [...] Während Frau G. auf Annäherung von rechts sofort mit ihrer rechten Hand tätig wird, passiert bei Annäherungen von links überhaupt nichts. Ich fange an, im rechten Körperraum mit ihr zu arbeiten. Ich berühre ihre Hand, z.T. gebe ich ihr kurze rhythmische Muster auf die Handoberfläche oder den Handrücken, warte ab, bis sie reagiert, und nur wenn sie anfängt meine Hand zu traktieren, ziehe ich diese wieder weg« (ebd.).

Binnen kurzer Zeit gelang es, dass Frau G. »sich selbst, z.T. auch in Form von Lauten, an der Mustervariation beteiligt. Alles, was sie produziert, greife ich auf und wiederhole es bzw. biete es später erneut an« (ebd.). Am Ende der Beratung war für alle Anwesenden hör- und sichtbar, dass Frau G. mit ihrer rechten Hand ein wechselseitiges, rhythmisches in-die-Hände-Klatschen möglich war (ebd.).

7 Fazit: Möglichkeitsräume für dialogische Abstimmungen realisieren

Das Situationsbeispiel²⁵ sollte (bei aller Unterkomplexität der Darstellung seiner Randbedingungen) aufzeigen, wie zwei Menschen einen partizipativen Explorationsraum eröffnen und gestalten konnten – und zwar entwickelt aus jener alltäglichen Situations-»Typik« heraus, in der sonst immer wieder Spannungen zu kulminieren drohten. Für eine dialogische Abstimmung war im vorgestellten Bei-

25 Zur Veranschaulichung des ermöglichenden Übergangs in einen dialogisch gestalteten Interaktions-Raum wurde in Kapitel 5 auf ein Beispiel verzichtet, in dem die Hilfeleister:innen eine *extrem* stressbelastete *Überforderung* benannt hätten und bei dem die Lebenssituation der hilfeadressierten Person u.a. durch *dauerhafte Überwältigung* (zeitüberdauernde mechanische Fixierung o.ä.) bestimmt gewesen wäre.

spiel »ein gemeinsamer Rhythmus zwischen [den] zwei Menschen« gestalterisch entscheidend (Steffens, 2016, S. 36).²⁶

Um sich zu dieser (von den Hilfeleister:innen nicht für möglich gehaltenen) Abstimmungssituation vortasten zu können, hatte sich Wolfgang Jantzen im Vorfeld der Fachberatung eine Frage gestellt, die ihm den Übergang von seiner diagnostischen Betrachtung zur skizzierten Intervention erlaubte: »Welcher Art ist die veränderte Ausgangssituation im Verhältnis zu den Menschen und zur Welt, in die Frau G. durch ihre perinatale Hirnschädigung geraten ist?« (Jantzen, 1999b). Diese Frage verweist zurück auf den Kontext des eingangs vorgestellten Begriffs der »Komplexen Behinderung«; denn im Sinne Fornefelds sollte »Komplexe Behinderung« jeweils konkret als »Attribut der Lebensbedingungen« und nicht als Eigenschaft eines Individuums untersucht werden (Fornefeld, 2008, S. 51).

Für den besagten Personenkreis ist immer noch allgemein zu konstatieren, dass er nicht nur »eingeschränkt am Leben jenseits der Einrichtungsgrenzen teilhaben« (Börner, 2023, S. 17) kann, sondern »dass Erfahrungen von Ausschluss mitunter weit hierüber hinausgehen« (ebd.). Im vorliegenden Beitrag ging es dabei um interne Ausschlussverfahren, weil sie sich nicht erst bspw. bei mechanischer Fixierung einstellen, sondern schon bei wiederholtem Zuwendungsentzug beginnen. Allen Ausschlussverfahren dürfte gemein sein, dass sie mit einem »*Verstummen der Welt*« (Rosa, 2019, S. 17) einhergehen.

Eine fachlich naive Vorstellung, die »stereotyp« empfundene Verhaltensweise einer Hilfeadressatin würde zukünftig nachlassen, wenn ich mich von der ausführenden Person abwende und mich räumlich distanzieren, wird sicher nicht dadurch aufgelöst, dass ihre Verhaltensäußerung als Problemverhalten oder als schwieriges Verhalten bezeichnet wird. Es erscheint vielversprechender, so genanntes Problemverhalten und bisherige diagnostische Markierungen im Lichte von Komplexität zu betrachten.

»Der Begriff Komplexität bezeichnet ein Aggregat, das aus mehreren Dimensionen und mehreren Ebenen besteht«, betont Luhmann (2009, S. 8) allgemein, »wenngleich die Annahmen über die einzubeziehenden Dimensionen und die Operationalisierungsvorschläge differieren«. Im Blick auf das in diesem Beitrag betrachtete Feld erscheint für eine komplexitätsgesteigerte Betrachtung relevant zu sein, dass das, was bei einem Menschen übergeordnet als (s)eine »Schwermehrfachbehinderung« angesehen wird, von Beginn an biopsychosoziale Wechselwirkungen beinhaltet (hat). Dadurch könnte uns deutlich werden, dass das, was im Alltag bspw. als »stereotypes Problemverhalten« gilt, in bestimmten defizitären Verhältnissen, die mindestens genauso unsere Analyseaufmerksamkeit verdienen, notwendig wurde. Zugleich geht es nicht nur um die Analyse aktuellen Geschehens, sondern auch um

26 Ein gemeinsamer Rhythmus ist nach Steffens (2016, S. 36) als »Kern jeglicher Rückkopplungsprozesse eines gelingenden Dialogs« anzusehen.

früher Geschehenes, d.h. die besagte biopsychosoziale Komplexität ist auch über die Zeit hinweg,²⁷ in ihrer Entwicklungsgeschichte, zu analysieren.

Im Rahmen dieses Beitrages konnte nur im Ansatz verdeutlicht werden, welches biopsychosoziale Wechselwirkungs-Wissen hilfreich sein kann, um als Hilfe-leister:in und Hilfeadressat:in ein anderes Aufeinander-Zugehen ermöglichen bzw. erleben zu können. Das Fallbeispiel sollte hierbei eine Operationalisierung andeuten: Bisher einseitig akzentuierte Kausalitäten können in einem institutionell initiierten Verstehensprozess (womöglich von außen beratend moderiert und interaktiv unterstützend) angereichert werden durch ergänzende oder neue Erklärungszugänge. Nehmen wir Schwermehrfach-Behinderung als Chiffre für Komplexität, können wir versuchen, uns dort zu sensibilisieren, wo Normierungen unseren Blick verengen, wenn vermeintlich nur das ›schwierige‹ Verhalten als solches das Problem darstellt. Im Blick auf eine angestrebte Verstehenserweiterung wäre zu fragen, wo wir ggf. stereotyp interpretieren, wo wir womöglich ein einseitiges Ursachen-Verständnis fraglos übernommen haben, wo wir die »Beurteilung« eines Verhaltens abgekoppelt haben von der Lebenssituation der jeweils verhaltensäußernden Person (und wir möglichenfalls nur noch, quasi im Vergessen des Subjekts und seiner Geschichte, den ›Umgang‹ mit einem als ›schwierig‹ beurteilten Verhalten besprechen oder gar ›planen‹ wollen²⁸).

Im besagten Hilfefeld zeigt sich eine besondere Herausforderung außerdem darin, dass wir soziale Teilhabe fördern sollen, dabei jedoch innerhalb einer stationär geprägten Praxis zu operieren haben, die momentan »den Mechanismen gesellschaftlichen Ausschlusses nicht entkommt« (Hummrich, 2017, S. 176), v.a. weil in stationär geprägten (Intensiv-)Wohngruppen »normative Inklusionssemantik und strukturelle Exklusionsmechanismen« (Peter & Waldschmidt, 2017) verschärft aufeinandertreffen. Gerade hier könnte hilfreich sein, diagnostische Zuschreibungen nicht (mehr) als sozial neutralen Akt anzusehen, sondern sich zu gestatten, beispielsweise das Konstrukt ›stereotypes Problemverhalten‹ in neuer Lesart »als eine vom Klassifizierenden bereinigte Klassifikation« zu reflektieren (Hirschauer & Boll, 2017, S. 8), um verdinglichende Tendenzen in Diagnosen zu erkennen. Hilfeleister:innen wäre zu wünschen, dass sie das, was bisher als Problemverhalten angesehen wird, im Kontext der je konkreten Verhältnisse so lange auf *relationale* Entstehungsbedingungen hin (Frank & Lüdtke, 2012, S. 670) untersuchen könnten, bis sich ihnen die Sinnhaftigkeit von (Verhaltens-)Äußerungen einer Person offenbaren kann. Hilfeadressat:innen ist zu wünschen, dass eine gemeinsam gestaltbare

27 Grundsätzlich dazu Wessel, Karl-Friedrich (2015. *Der ganze Mensch. Eine Einführung in die Humanontogenetik oder Die biopsychosoziale Einheit Mensch von der Konzeption bis zum Tode*. Berlin: Logos Verlag.

28 Mit Hartmut Rosa könnte man hier mindestens vom Risiko »resonanzdämpfender Verdinglichung« (2019, S. 15) sprechen.

Zeit – in wechselseitiger resonanter Reichweite – für Exploration, Dialog, Kooperation, Zuwendung und womöglich sogar Zugehörigkeitserleben möglich (gemacht) wird.

Literatur

- Aktionsbündnis Teilhabeforschung (2015). Aktionsbündnis Teilhabeforschung – für ein neues Forschungsprogramm zu Lebenslagen und Partizipation von Menschen mit Behinderungen. Gründungserklärung. URL: https://www.teilhabe-forschung.org/fileadmin/bibliothek/Aktionsbueundnis_Teilhabeforschung_Gruendungserklaerung.pdf [Zugriff: 28.01.2024].
- Bernasconi, T. (2023). Zum Personenkreis Menschen mit komplexer Behinderung. In V. Schachler, W. Schlummer & R. Weber (Hg.), *Zukunft der Werkstätten. Perspektiven für und von Menschen mit Behinderung zwischen Teilhabe-Auftrag und Mindestlohn* (S. 215–224). Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Bielefeldt, H. (2009). Zum Innovationspotenzial der UN-Behindertenrechtskonvention (3. Aufl.). URL: https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Essay/essay_zum_innovationspotenzial_der_un_behindertenrechtskonvention_auflage3.pdf [Zugriff: 02.01.2024].
- Börner, M. (2023). *Leben und Altern mit ›geistiger Behinderung‹: Biographische Einblicke und Perspektiven für Forschung und Handlungspraxis*. Bielefeld: transcript.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011). Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen [deutsch/englisch/français]. URL: https://www.tmasgff.de/fileadmin/user_upload/Soziales/Dateien/Menschen_mit_Behinderungen/Die_UN-Behindertenrechtskonvention.pdf [Zugriff 14.01.2024].
- Dexel, T. & Witten, U. (2023). Editorial [zur Gastherausgeberschaft »Inklusive Fachdidaktik – Inklusionsverständnis, Forschungsgeschichte, fachspezifische sowie fachübergreifende Chancen und Perspektiven im Vergleich«]. Zeitschrift für Inklusion-online.net 2/2023. URL: <https://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/issue/view/58> [Zugriff 14.12.2023].
- Dobusch, L. (2022). Diversity Studies und Disability Studies. In A. Waldschmidt (Hg.), *Handbuch Disability Studies* (S. 453–468). Wiesbaden: Springer.
- Feuser, G. (2018). Entwicklungslogische Didaktik. In F. J. Müller (Hg.), *Blick zurück nach vorn – WegbereiterInnen der Inklusion 2* (S. 147–165). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Fornefeld, B. (2008). Einführung. In dies. (Hg.), *Menschen mit Komplexer Behinderung. Selbstverständnis und Aufgaben der Behindertenpädagogik* (S. 9–13). München/Basel: Ernst Reinhardt.

- Frank, B. & Lüdtke, U. (2012). Förderschwerpunkt Geistige Entwicklung. In O. Braun & U. Lüdtke (Hg.), *Sprache und Kommunikation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik* 8 (S. 658–679). Stuttgart: Kohlhammer.
- Glasenapp, J. & Hennicke, K. (2013). Vorwort. In dies. (Hg.), *Intensivbetreuung in der Diskussion – Orientierungspunkte für Diagnostik und Therapie. Dokumentation der Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGb) in Kooperation mit dem Netzwerk Intensivbetreuung am 15.3.2013 in Kassel. Materialien der DGSGb* (Bd. 30; S. 5–9). Berlin: Eigenverlag der DGSGb.
- Grüter, L. (2019). Verborgene Traumatisierung bei Menschen mit geistiger Behinderung erkennen und den Traumafolgen diagnostisch begegnen. *Trauma – Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen*, 17(2), S. 18–28.
- Hirschauer, S. (2014). Un/doing Differences. Die Kontingenz sozialer Zugehörigkeiten. *Zeitschrift für Soziologie*, 43(3), S. 170–191.
- Hirschauer, S. & Boll, T. (2017). Un/doing Differences. Zur Theorie und Empirie eines Forschungsprogramms. In S. Hirschauer (Hg.), *Un/doing differences. Praktiken der Humandifferenzierung* (S. 7–26). Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Hirschberg, M. & Papadopoulos, C. (2017). Partizipation behinderter Menschen. In E. Diehl (Hg.), *Teilhabe für alle?! Lebensrealitäten zwischen Diskriminierung und Partizipation* (S. 103–129). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Hoffmann, T. & Steffens, J. (2022). Behinderung und Isolation – Traditionslinien, Forschungsstand und aktuelle Perspektiven kulturhistorisch-materialistischer Behindertenpolitik. *Zeitschrift für Disability Studies (ZDS)*, 2.
- Hummrich, M. (2017). Rekonstruktive Inklusionsforschung als (rekonstruktive) Bildungsforschung im Anspruch einer reflexiven Wissenschaft. Eine Rahmung. In J. Budde, A. Dlugosch & T. Sturm (Hg.), *(Re-)Konstruktive Inklusionsforschung* (S. 165–180). Opladen: Barbara Budrich.
- Institut für Teilhabeforschung der Katholischen Hochschule NRW (2020). Teilhabe und Teilhabeforschung – Grundriss und Positionierung [Schriften des Instituts für Teilhabeforschung, Nr. 1. Münster, Katholische Hochschule NRW]. URL: https://katho-nrw.de/fileadmin/media/foschung_transfer/forschungsinstitute/Institut_fuer_Teilhabeforschung/1_Schrift_des_Instituts_fuer_Teilhabeforschung_2020x.pdf [Zugriff: 14.01.2024].
- Jantzen, W. (1999a). Interdisziplinarität und Deinstitutionalisierung als interdisziplinäre sozialpolitische Aufgabe. URL: <http://bidok.uibk.ac.at/library/jantzen-de-institut6.html> [Zugriff: 03.12.2023].
- Jantzen, W. (1999b). Rehistorisierung. Zu Theorie und Praxis verstehender Diagnostik bei geistig behinderten Menschen. URL: <http://bidok.uibk.ac.at/library/beh6-99-rehistorisierung.html> [Zugriff: 03.12.2023].
- Jantzen, W. (2003). Materialistische Behindertenpädagogik als basale und allgemeine Pädagogik. In A. Bernhard, A. Kremer & F. Rieß (Hg.), *Kritische Erziehungswis-*

- senschaft und Bildungsreform. *Programmatik, Brüche, Neuansätze 1* (S. 104–125). Baltmannsweiler: Schneider-Verl. Hohengehren.
- Jantzen, W. (2006). Pädagogisch-therapeutischer Nutzen der Syndromanalyse bei geistiger Behinderung am Beispiel des Rett-Syndroms. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 16(2), S. 81–107.
- Jantzen, W. (2009). Schwerste Behinderung als sinnvolles und systemhaftes Verhalten unter isolierenden Bedingungen anhand der Beispiele Anenzephalie, Epilepsie und Autismus [Vortrag bei der Tagung: »Mitten im Leben? Möglichkeiten der Teilhabe von Menschen mit schweren Mehrfachbehinderungen« am 22.10.2009 in Hildesheim (Veranstalterin: Evangelische Stiftung Neuerkerode)]. URL: <https://www.blickzurücknachvorn.net/wolfgang-jantzen/wolfgang-jantzen-schwerste-behinderung-als-sinnvolles-und-systemhaftes-verhalten-unter-isolierenden-bedingungen-anhand-der-beispiele-anencephalie-epilepsie-und-autismus/> [Zugriff: 03.12.2023].
- Jantzen, W. (2012). Rehistorisierung unverstandenen Verhaltens und Veränderungen im Feld. *Behinderte Menschen. Zeitschrift für gemeinsames Leben, Lernen und Arbeiten*, 35(4/5), S. 30–45.
- Jantzen, W. (2013). Autismus und Resonanz. Inklusion heißt gemeinsam Kultur entwickeln. *Behinderte Menschen. Zeitschrift für gemeinsames Leben, Lernen und Arbeiten*, 36(6), S. 55–67.
- King, M. (2008). Behinderte Wirklichkeit? Behinderung als soziale Konstruktion. Diplomarbeit; Institut für Erziehungswissenschaften der bildungswiss. Fakultät der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck. URL: <http://bidok.uibk.ac.at/library/king-wirklichkeit-dipl.html> [Zugriff: 03.12.2023].
- Kistner, P. (2009). Vom Auszug aus den Institutionen. Deinstitutionalisierung als Forderung einer wertgeleiteten Heilpädagogik für Menschen mit Schwerst-Mehrfachbehinderung. Diplomarbeit; Fachhochschule Kiel, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit, Studiengang Sozialwesen. URL: <https://bidok.uibk.ac.at/library/kistner-institutionen-dipl.html#idm262> [Zugriff: 03.12.2023].
- Kraft, K. (2022). Fachberatung mit Rehistorisierender Diagnostik in institutionellen Lebenswelten. *Behindertenpädagogik*, 61(3), S. 261–278.
- Kraft, K. (2023). Komplexe Behinderung und Isolations-Widerfahrnisse: Ein Fallbeispiel. *Menschen. Zeitschrift für gemeinsames Leben, Lernen und Arbeiten*, 46(3), S. 27–34.
- Lange, B. (o.J.). Unterstützte Kommunikation (UK). URL: <https://www.birgit-lange.de/themen/auswahl/uk.html> [Zugriff: 21.12.2023].
- Langner, A. (2009). Verhaltensauffälligkeit – Verhaltensstörung. In K. Ziemer (Hg.) (2017), *Lexikon Inklusion* (S. 241–242). Göttingen: V&R.
- Luhmann, N. (2009). Zur Komplexität von Entscheidungssituationen [zuvor unveröffentlichtes Manuskript von 1973]. *Soziale Systeme*, 15(1), S. 3–35.

- Meyer, D. & Lindmeier, B. (2021). Ein mehrdimensionaler Blick auf Teilhabe. URL: [https://www.bpb.de/lernen/inklusiv-politisch-bilden/335036/ein-mehrdimensionaler-blick-auf-teilhabe/\[Zugriff: 21.01.2024\]](https://www.bpb.de/lernen/inklusiv-politisch-bilden/335036/ein-mehrdimensionaler-blick-auf-teilhabe/[Zugriff: 21.01.2024]).
- Peter, T. & Waldschmidt, A. (2017). Inklusion. Genealogie und Dispositivanalyse eines Leitbegriffs der Gegenwart. *Sport und Gesellschaft*, 14(1), S. 29–52.
- Pohl, U. & Wienberg, G. (2014). Inklusion: Eine Herausforderung auch für Bethel! Ein Positionspapier des Vorstands der v. Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel vom 4. März 2014. URL: https://www.bethel.de/fileadmin/user_upload/Bethel/Website/Aktuelles/Publikationen/Infomaterial/Positionspapiere/Positionspapier_Inklusion_2014_geschuetzt.pdf [Zugriff: 11.11.2023].
- Rheinländer, K. & Fischer, T. (2019). Einstellungen zu Inklusion und Leistung als Herausforderung für die empirische Bildungsforschung. In B. Baumert & M. Willen (Hg.), *Zwischen Persönlichkeitsbildung und Leistungsentwicklung. Fachspezifische Zugänge zu inklusivem Unterricht im interdisziplinären Diskurs* (S. 70–83). Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Rosa, H. (2019). Resonanz als Schlüsselbegriff der Sozialtheorie. In J.-P. Wils (Hg.), *Im interdisziplinären Gespräch mit Hartmut Rosa* (S. 11–32). Baden-Baden: Nomos.
- Rudolf, B. (2017). Teilhabe als Menschenrecht – eine grundlegende Betrachtung. In E. Diehl (Hg.), *Teilhabe für alle?! Lebensrealitäten zwischen Diskriminierung und Partizipation* (S. 13–43). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Seidel, M. (2016). Verhaltensauffälligkeiten – Wege zu ihrem Verständnis und zu ihrer Überwindung im Alltag der Behindertenhilfe. Einführung in das Thema. In ders. (Hg.), *Verhaltensauffälligkeiten. Wege zu ihrem Verständnis und zur Überwindung im Alltag der Behindertenhilfe. Dokumentation der Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) am 4. Dez. 2015 in Kassel. Materialien der DGSGB 36* (S. 16–25). Berlin: Eigenverlag der DGSGB.
- Seifert, M. (o.J.). Neue Weiterbildungsreihe der EAH (Europäische Akademie für Heilpädagogik): Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf im Fokus [Monika Seifert im Gespräch mit Vera Munde]. URL: [https://www.eahonline.de/neue-weiterbildungsreihe-der-eah-menschen-mit-komplexem-unterstuetzungsbedarf-im-fokus/\[Zugriff: 18.01.2024\]](https://www.eahonline.de/neue-weiterbildungsreihe-der-eah-menschen-mit-komplexem-unterstuetzungsbedarf-im-fokus/[Zugriff: 18.01.2024]).
- Steffens, J. (2016). Psychische Entwicklungspfade zwischen Inklusion und Exklusion: Zur Bedeutung von Resonanz und Isolation für menschliche Entwicklung. *HEP-Informationen. Zeitschrift des Berufsverband Heilerziehungspflege in Deutschland e. V.*, 38(3), S. 33–41.
- Steffens, J. (2021). Emotionale Entwicklung unter Bedingungen der Vernachlässigung, Missachtung und sozialer Exklusion. In W. Lanwer & W. Jantzen (Hg.), *Jahrbuch der Luria-Gesellschaft 2020* (S. 9–27). Berlin: Lehmanns Media.
- Trescher, H. (2018). *Ambivalenzen pädagogischen Handelns – Reflexionen der Betreuung von Menschen mit »geistiger Behinderung«*. Bielefeld: transcript.

- Villarama, J. (2020). Teilhabe als Leitbegriff selbstbestimmter Lebensführung – Veröffentlichung zur wissenschaftlichen Begriffsbestimmung. URL: <https://idw-online.de/de/news755584> [Zugriff: 02.02.2024].
- Waldschmidt, A. (2005). Disability Studies: individuelles, soziales und/oder kulturelles Modell von Behinderung?. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 29(1), S. 9–31.
- Zinkler, M. (2018, 31. Januar). Eine Fixierung ist immer das Scheitern einer Behandlung [Martin Zinkler im Interview mit Anna Fischhaber]. *Süddeutsche Zeitung*. URL: <https://www.sueddeutsche.de/panorama/interview-am-morgen-eine-fixierung-ist-immer-das-scheitern-einer-behandlung-1.3845447> [Zugriff: 02.12.2023].

