

14. Behinderung als Praxis im Lebenslauf

Im einleitenden Theorieteil der vorliegenden Studie wurde sich eingehend mit der Frage nach der Konstitution von (geistiger) Behinderung beschäftigt (Kapitel 3), wobei (geistige) Behinderung in Anlehnung an Forschungsarbeiten aus den Disability Studies als diskursive Praxis identifiziert wurde, die sich auf unterschiedlichen Ebenen an Subjekten vollziehen kann. (Geistige) Behinderung wird demnach nicht als naturgegebenes, manifestes ‚Behindert-Sein‘ verstanden, sondern als ein Prozess, der Behinderung durch eine Vielzahl von Wirkmechanismen (mit) hervorbringt. Von diesen Wirkmechanismen wurden bereits, aufbauend auf den Ergebnissen früherer Studien (Trescher 2017c; 2015b), einige aufgezeigt und diskutiert (siehe die Kapitel 3.2.1, 3.2.2 und 3.2.3). Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden einige dieser Mechanismen erneut in ihrer Wirkmächtigkeit als Behinderungspraxis identifiziert, jedoch wurden durch die eingehende Beschäftigung mit den Lebensgeschichten der einzelnen Personen auch eine Vielzahl weiterer Behinderungspraxen ausfindig gemacht und empirisch hinterlegt. Dabei ermöglichte gerade diese biographische Perspektive wertvolle Einblicke, denn sie gestattete es, den Prozess des ‚Behindert-Werdens‘ stärker in seinen lebensgeschichtlichen Zusammenhängen zu beleuchten (vgl. Schildmann 2010). Hierauf soll im Folgenden näher eingegangen werden. Dabei wird der Versuch unternommen, die Ergebnisse insgesamt zusammenzuführen und entlang spezifischer Behinderungspraxen zu konkretisieren. Eine zentrale Rolle spielen dabei verschiedene Formen von Abhängigkeitsverhältnissen, in die die hier untersuchten Menschen mit geistiger Behinderung eingebunden sind und die sich je nach Lebenslage in unterschiedlicher Art und Weise manifestieren können.

14.1 INSTITUTIONSKARRIEREN

Als eines der Ergebnisse der Auswertung kann festgehalten werden, dass sich das Leben vieler der interviewten Personen als Institutionskarriere beschreiben lässt. Eintritte in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe erfolgten zum Teil bereits im Kindesalter (siehe etwa Frau G und Frau O) oder im frühen Erwachsenenalter (siehe etwa Frau H oder die Herren K, L, M und P). Dieser Eintritt markiert in allen Fällen den Beginn eines Lebens in exklusiven Wohnstrukturen, welches sich in dieser Form bis zum Zeitpunkt der durchgeführten Erhebung fortsetzte (wenngleich Personen wie zum Beispiel Frau H oder Frau O noch am Anfang ihrer Institutionskarriere stehen und selbstverständlich auch nicht gesagt ist, dass diese im weiteren Verlauf des Lebens fortgeführt wird). Die Unterbringung in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe führte dabei oftmals auch zu einem gewissen Grad zu einer sozialen Entwurzelung der betroffenen Personen, indem etwa der Kontakt zum heimatlichen Umfeld bzw. den dortigen Personen (insbesondere der Herkunftsfamilie) verloren ging oder sich zumindest stark einschränkte (siehe hierfür vor allem die Fälle der Frau G und des Herrn P). Daran ist ebenfalls die Erfahrung frühzeitiger Beziehungsabbrüche gekoppelt, welche krisenhaft für das einzelne Subjekt waren.

Das Leben in exklusiven Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe geht in der Regel auch mit einem parallelen Besuch weiterer exklusiver Einrichtungen, wie etwa Förderschulen, Werkstätten oder Tagesförderstätten, einher. Auch die Freizeitgestaltung vollzieht sich (wie zum Beispiel im Fall des Herrn J oder der Frau G deutlich wurde) oftmals beinahe ausschließlich in exklusiven Kontexten. In einigen Fällen wird die erfahrbare Lebenswelt so weitestgehend ausschließlich auf die Welt der Behindertenhilfe beschränkt. Diese nahezu ganzheitlichen Exklusionspraxen wurden in der Vergangenheit, spätestens mit dem Einsetzen der Deinstitutionalisierungs- bzw. Enthospitalisierungsdebatte (vgl. Theunissen und Plaute 2002; Dörner 1998, S. 32f; Jantzen 1999; 1998; Trescher 2013b, S. 310ff), immer wieder aufgezeigt und kritisiert (vgl. Lindmeier 2013b, S. 111ff). Allerdings sind diese Praxen, hierauf verweisen die Ergebnisse der durchgeführten Studie sehr deutlich, nach wie vor gegenwärtig (vgl. Dederich 2011, S. 141; Rohrmann 2006; 2005).

Durch das Leben in exklusiven Strukturen vollzieht sich in vielen der hier untersuchten Fällen ein mehr oder weniger umfassender Ausschluss aus der Allgemeingesellschaft (siehe beispielsweise die Fälle aus der stationären Intensivbetreuung [Kapitel 11]), der nur punktuell durchbrochen wird – etwa durch das Leben im ambulant betreuten Wohnen, welches zumindest mit Blick auf die Lebensbereiche ‚Wohnen‘ und ‚Freizeit‘ größere Teilhabemöglichkeiten bzw. Er-

fahrungsräume jenseits institutioneller Strukturen eröffnet (siehe zum Beispiel die Fälle der Frau E oder der Herren D und F). Ein großer Unterschied zu den im Rahmen der Deinstitutionalisierungs- bzw. Enthospitalisierungsdebatte angeprangerten vollstationären Institutionen (sogenannte Komplexeinrichtungen) ist nun, dass diese teilweise in dieser Form nicht mehr existieren, dafür allerdings die Menschen im stationären Wohnen satellitär in entsprechenden Einheiten der Behindertenhilfe eingebunden sind, die untereinander vernetzt sind. Das heißt, dass Menschen zwar an unterschiedlichen Orten arbeiten, wohnen und ggf. ihre Freizeit verbringen können, die Institution ‚Behindertenhilfe‘ jedoch ungeachtet dessen ihre totale Wirkmächtigkeit entfaltet, da sie heute eher ein System verschiedener Orte darstellt, die physisch, sozial und bürokratisch-technisch miteinander verbunden sind (siehe zum Beispiel die Fälle der Herren K, L, M und P). So stehen Menschen morgens im Wohnheim auf, werden von einem vom Träger der Werkstatt oder der Tagesförderstätte bereitgestellten Bus abgeholt, in die Werkstatt oder die Tagesförderstätte gebracht und später wieder (mittels des gleichen Busses) in das Wohnheim zurückgebracht. Gegebenenfalls kommt es dann am Abend noch zu einer vom Wohnheim oder einer anderen Stelle organisierten Freizeitaktivität, die ebenfalls über entsprechende Busfahrten abgewickelt wird. Die Menschen leben also nicht mehr unter der Aufsicht einer einzelnen Organisation, sondern unter dem pädagogischen Protektorat des Netzes der Behindertenhilfe. Dieses ist (ähnlich den damaligen Komplexeinrichtungen) in vielen Fällen auch allumfassend. Es lässt sich in diesem Sinne festhalten, dass viele der hier beforschten Personen (trotz allem) noch immer in Einrichtungen leben, die auch zum heutigen Tage noch deutliche strukturelle Ähnlichkeiten mit dem von Goffman entwickelten Idealtypus einer „totalen Institution“ (Goffman 1973, S. 16) aufweisen (vgl. auch Trescher 2017c, S. 177f; 2015b, S. 253ff; Dederich 2011, S. 141; Rohrmann 2006; 2005). Insbesondere Aspekte wie die Geschlossenheit der Einrichtungen und die damit einhergehende Reglementierung des „sozialen Verkehrs mit der Außenwelt“ (Goffman 1973, S. 15f), jedoch auch die Unterwerfung des Lebens der „Insassen“ (Goffman 1973, S. 19) unter den „einzigen rationalen Plan“ (Goffman 1973, S. 17) der Institution, welcher die Funktionsfähigkeit der Einrichtung sicherstellt, können als Beispiele hierfür herangezogen werden. Betont werden muss in diesem Zusammenhang, dass es (wie unter anderem anhand des obigen Beispiels deutlich wurde) zwar mittlerweile viele Wohneinrichtungen gibt, die sich in mancherlei Hinsicht von dem von Goffman konzipierten Idealtypus unterscheiden (beispielsweise mit Blick auf die Lage oder die räumlichen Begrenzungen [vgl. Goffman 1973, S. 16]), jedoch (dies wurde ebenfalls deutlich) ändert sich mitunter nur bedingt etwas an der teilweise totalen Wirkmächtigkeit, die die Wohneinrichtungen auf die Bewohn-

erInnen entfalten (vgl. Trescher 2017c; 2015b, S. 297ff; Trescher und Börner 2016). In diesem Sinne ist das Leben der untersuchten Personen zum Teil massiv durch mehr oder weniger starke institutionelle Einflüsse geprägt bzw. von diesen abhängig. Die Wohneinrichtungen determinieren damit maßgeblich, durch die Ausgestaltung der eigenen Strukturen, den Rahmen, in dem die betroffenen Personen sich als Subjekte herausbilden können bzw. herausgebildet werden (vgl. Pfahl 2011, S. 123; Reckwitz 2008, S. 26; Gugutzer und Schneider 2007, S. 36ff).

14.2 ‚GEISTIGE BEHINDERUNG‘ ALS DETERMINANTE?!

Entlang der vorangegangenen Darstellungen lässt sich festhalten, dass geistige Behinderung im Zuge der Gesamtauswertung als ein Prozess identifiziert werden kann, der auch als direkte sowie indirekte biographische Begrenzung auf bestimmte ‚geistig behinderte‘ Lebensmuster bezeichnet werden kann (oder muss), wobei dem System der Behindertenhilfe, als primärer gestalterischen Instanz im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung, eine entscheidende Rolle zuteilwird. In diesem Zusammenhang erwies sich gerade der vergleichende Blick auf Personen aus unterschiedlichen Wohn- und Lebenskontexten als spannend. Es wurde deutlich, dass es insbesondere bei längeren und umfänglicheren Institutionalisierungspraxen zu einer eingeschriebenen Abhängigkeit vom Hilfesystem kommt. Das eigene Dasein wird an Institutionen der Behindertenhilfe gekoppelt. Wurde das bisherige Leben beinahe ausschließlich im Rahmen von stationären Wohneinrichtungen und/ oder anderen exklusiven Institutionen der Behindertenhilfe verbracht (etwa exklusiven Freizeitgruppen, wie im Fall der Frau E), so wird auch die eigene Zukunft (selbst bei persönlicher Unzufriedenheit mit den gegebenen Verhältnissen [siehe etwa den Fall des Herrn I oder den Fall der Frau O]) ausschließlich innerhalb solcher exklusiver Einrichtungen und Gruppen konstruiert. Es kommt zu einer Entfremdung von der Lebenswelt der Allgemeingesellschaft, welche im Anschluss an Goffman auch als Prozess der „Diskulturation“ (Goffman 1973, S. 24) begriffen werden kann. Geistige Behinderung wird im Laufe der Zeit durch institutionalisierte Handlungspraxen auf unterschiedlichen Ebenen in die jeweiligen Subjekte eingeschrieben (vgl. Trescher 2017c, S. 174ff; Rösner 2014, S. 141; Trescher und Klocke 2014; Trescher und Hauck 2015a; Pfahl 2011; Pfahl und Traue 2013, S. 440f; Sullivan 2005, S. 30). Als Folge dieser Begrenzung des Lebensraums bleibt, dass eine Lebensführung jenseits der bestehenden Hilfestrukturen oft nicht als möglicher persönlicher Lebensentwurf der betroffenen Personen gegeben ist. Wege aus den institutionali-

sierten Lebensräumen werden nicht begangen oder gesucht, da die Welt jenseits der Institutionsgrenzen schlicht unbekannt ist und nicht zum Spektrum der Lebenswelt gehört, die sich potentiell angeeignet werden kann. Der Lebensraum ‚Hilfesystem‘ verfestigt sich im Subjekt, was vor allem darauf zurückzuführen ist, dass sich Eintritte in das System der Behindertenhilfe in der Regel bereits mehr oder weniger umfassend mit der ‚Diagnosestellung‘ vollziehen, sodass die Gewöhnung an Strukturen der Behindertenhilfe bereits im Kindesalter einsetzt und sich von dort aus über die gesamte Lebenszeit erstrecken kann (siehe hierfür etwa alle Fälle aus den Kapiteln 10 und 11).

Deutlich wurde auch, dass sich die Begrenzung auf einen ‚geistig behinderten‘ Lebensraum nicht nur unmittelbar in den in die Lebenspraxis der Betroffenen eingebundenen Instanzen (Arbeits-, Wohn- und Freizeitstätten) vollzieht, sondern letztlich auf einer vorgeordneten bürokratischen Ebene manifestiert wird (vgl. Trescher 2017c; 2017d; Niediek 2011; 2010, S. 25). Beispielhaft herangezogen werden kann hier etwa der Fall des Herrn D, der durch landkreisgebundene Zuständigkeiten des Kostenträgers an einem problemlosen Wohnortwechsel gehindert und damit bei der Verwirklichung seiner Lebensentwürfe behindert wird. Letztlich kann gesagt werden, dass Behinderung eine Praxis ist, die sich auch im Hilfesystem selbst vollzieht. Dies geschieht sicherlich in je größerem Ausmaß, je größer der Umfang der durch das Hilfesystem erbrachten Betreuungsleistung ist.

14.3 MEDIKALISIERUNG ALS URFORM DER REPRODUKTION DES ‚MEDIZINISCHEN BLICKS‘

Die Analyse brachte immer wieder das Ergebnis zutage, dass sogenanntem abweichendem Verhalten (z.B. Aggression, ‚Unruhe‘) durch die Vergabe von entsprechenden (zumeist ruhigstellenden) Medikamenten begegnet wird (siehe unter anderem die Fälle der Herren K und M). Solches ‚unerwünschtes‘ Verhalten wird zumeist (uneingeschränkt) auf die implizit als natürlich betrachtete Behinderung zurückgeführt. Den so erfassten Personen wird der Status ‚Behinderung‘ zugeschrieben und „indem sie den Status des Gegenstandes annehmen, werden sie gewichtet 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 Behinderung wird so als quasi naturgegebenes Faktum

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

konstruiert, das im Individuum gründet und dem nicht anders als medizinisch begegnet werden kann. „By locating the source and the treatment of problems in an individual, other levels of intervention are effectively closed. By the very acceptance of a specific behaviour as an ‚illness‘ and the definition of illness as an undesirable state, the issue becomes not whether to deal with a particular problem, but *how* and *when*“ (Zola 1972, S. 500). In der Folge werden alternative Verstehenszugänge, wie beispielsweise Unruhe als Ausdruck der Rebellion gegen bevormundende, gleichförmige Strukturen und Abläufe, oft nicht zugelassen bzw. nicht mitgedacht. Dies ist es, was Foucault den ‚medizinischen Blick‘ (vgl. Foucault 2011, S. 19) nennt und was auf gesamtgesellschaftlicher Ebene als Instrument sozialer Kontrolle wirksam wird (vgl. Zola 1972, S. 487; Lemke 2008; Graumann 2009; Haker 2011; Richter und Hurrelmann 2016). Medizin und daraus folgende bzw. darin begründete Praxen werden „the new repository of truth, the place where absolute and often final judgments are made by supposedly morally neutral and objective experts“ (Zola 1972, S. 487; vgl. auch Köbsell 2009, S. 277). In der Konsequenz der ‚medizinischen Bewertung‘ des ‚abweichenden Verhaltens‘ erfolgt eine entsprechende Medikalisierung; eine solche „medicalizing of society“ (Zola 1972, S. 496) ist letztlich Ausdruck der Hoheit des ‚medizinischen Blicks‘ auf das Subjekt. Sie ist aber noch viel mehr, sie ist außerdem Ausdruck des Scheiterns der pädagogischen Handlungsfähigkeit.

Besonders problematisch ist, dass nicht nur als unerwünscht deklariertes Verhalten, sondern auch individuelle Vorlieben, gewisse Charaktereigenschaften (z.B. Vergesslichkeit, Sturheit) oder auch ggf. notwendige Unterstützungsleistungen als Folge der (als manifest konstruierten) ‚Behinderung‘ interpretiert werden (siehe dazu beispielsweise den Fall des Herrn I, dessen Bezugsassistentz eine Notwendigkeit von gleichförmigen Abläufen und überschaubaren Regeln mit der Begründung einer Diagnosestellung aus dem Autismusspektrum postuliert). Das Subjekt wird also in all seiner Wesenshaftigkeit in der Behinderung begründet und auf diese (vermeintlich objektive Tatsache) reduziert. Eine Diagnosestellung einer ‚(geistigen) Behinderung‘, die zum großen Teil bereits in frühester Kindheit erfolgt (siehe hierzu auch Kapitel 14.1), führt somit zu einem unvermeidlichen Eintritt in eine entsprechende ‚behinderte Lebenswelt‘, in der die Bearbeitung der Behinderung, sowohl medizinisch (durch unter anderem sogenannte Therapien, Vergabe von Medikamenten) als auch (vermeintlich) pädagogisch (durch unter anderem sonderpädagogische ‚Förderung‘), im Vordergrund steht. Auf diese Art und Weise werden ‚behinderte Lebensverläufe‘ losgetreten, die sich häufig parallel zu nicht-behinderten Lebenswelten vollziehen (beispielsweise Einschulung in eine Förderschule, Arbeit in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung, Einzug in ein Wohnheim der Behindertenhilfe).

Diese können, wie die Ergebnisse der Studie an vielen Stellen zeigen, zu einer institutionellen Gleichschaltung von Lebensentwürfen führen. So zeigen sich in den Biographien der interviewten Menschen mit geistiger Behinderung immer wieder deutliche Parallelen (dies betrifft in besonders starkem Maße die Personen aus dem stationär ‚intensiv‘ betreuten Wohnen [siehe Kapitel 11]). Im Zusammenhang mit diesen (faktisch unwiderruflichen) Zuschreibungspraxen ist die besondere Rolle der medizinischen Profession, die in den meisten Fällen für eine entsprechende Diagnose verantwortlich ist, kritisch zu hinterfragen und in ihren Praxen eingehender zu analysieren. Eine solche Analyse sollte den gesamten Prozess der Diagnosestellung in den Blick nehmen und dabei unter anderem nach beteiligten Personen/ Institutionen als auch angewandten sogenannten Diagnoseinstrumenten fragen und diese zum Analysegegenstand machen (vgl. Davis 2013, S. 83ff). Auch die Betrachtung des Prozesses, der einer solchen Diagnosestellung folgt und in den meisten Fällen den quasi-automatischen Eintritt in entsprechende Unterstützungsstrukturen bedeutet, erscheint in diesem Zusammenhang interessant. Das Resultat der ‚Medikalisierung der Gesellschaft‘ ist ein Ansteigen der Vergabe von Medikamenten, folglich gehen diese Prozesse „mit der Erschließung von pharmazeutischen Märkten einher“ (Köbsell 2009, S. 274; siehe auch: Zola 1972, S. 497ff; Lemke 2008, S. 137), was das Subjekt auch in marktwirtschaftlicher Hinsicht relevant macht. In Bezug auf Menschen, die bereits in institutionalisierten Strukturen betreut werden, ist es deshalb sicherlich auch sinnvoll zu erforschen, wie viele und welche Medikamente diese tatsächlich einnehmen. Auch der Prozess und Stellenwert der Medikamentenvergabe in institutionalisierten Kontexten (z.B. Wohneinrichtung, Tagesförderstätte) bedarf einer näheren Untersuchung.

Letztlich ist es an dieser Stelle wichtig festzuhalten, dass also nicht nur das System der Behindertenhilfe durch seine institutionellen Strukturen (z.B. Wohneinrichtungen) behinderte Subjekte erzeugt, sondern es diesem vorgeschaltet bzw. parallel wirkend das Medizinsystem ist, das Subjekte als behindert hervorbringt und sogleich zum Gegenstand seiner (Behandlungs-)Praxis macht. Somit muss schlussendlich festgehalten werden, dass auch nicht nur das in dieser Arbeit viel kritisierte System der Behindertenhilfe Behinderung selbst (mit) hervorbringt, sondern ebenso das Gesundheitssystem. Von besonderer Härte vollzieht sich dies dann, wenn beides zusammenfällt, wie beispielsweise im Falle des Herrn K, der quasi sein ganzes Leben unter dem pädagogischen Protektorat der Behindertenhilfe lebt. Weiterhin wirkt das Medizinsystem durch die hohen Medikamentendosen und deren Wirkungen direkt auf den Körper des Herrn K und verstärkt dadurch die totalen Strukturen der Welt, in der er lebt, und deren Auswirkungen. Durch verhaltensregulierende bzw. ‚ruhigstellende‘ Medikamen-

te wird dazu beigetragen, dass Herr K organisationskonformer lebt. Er wird durch sie in seinem Verhalten nicht nur kontrolliert, sondern reguliert – oder wie es im medizinischen Jargon heißt: ‚eingestellt‘. Medikamente und Medikamentenvergaben in der Versorgung und Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung sind hoch ambivalent zu betrachten, denn einerseits mag es in einer je momentanen Lebenssituation zutreffen, dass beispielsweise Herr K mithilfe von Medikamenten besser in der Lebenswelt, in der er lebt, zurechtkommt, andererseits wird er darüber in das Leben in der Wohneinrichtung gezwungen und seine ohnehin schon geringe persönliche Handlungsökonomie weiter eingeschränkt. Hieran zeigt sich sehr deutlich, inwiefern es möglich ist, dass die „medizinische Dominanz im Leben behinderter Menschen [...] Segregation und Diskriminierung verstärkt, indem Ärzte biologistische Argumente zur Rechtfertigung des Ausschlusses“ (Köbsell 2009, S. 277; vgl. auch Foucault 2015, S. 316ff) generieren, welche wiederum von (unter anderem) Institutionen der Behindertenhilfe aufgegriffen und so reproduziert werden.

Unter Verweis auf Kapitel 3 kann gesagt werden, dass sich theoretische Definitionen des Phänomens ‚(geistige) Behinderung‘ irgendwo immer zwischen einer Idee des ‚Behindert-Seins‘ und des ‚Behindert-Werdens‘ verorten lassen. Die Studie hat deutlich gezeigt, dass in der Praxis bzw. im Hilfe- und Gesundheitssystem, aber auch in der dafür verantwortlichen Sozialpolitik, vor allem ein Verständnis von ‚Behindert-Sein‘ vorherrscht. Dies wird dann zum zentralen (Struktur-)Problem in der Lebenspraxis, sorgt dieses Verständnis doch dafür, dass Menschen mit (geistiger) Behinderung über ihr Defizit wahrgenommen, adressiert und schlussendlich in ihrer Subjektivität reproduziert werden.

14.4 SUBJEKTIVITÄT, ABHÄNGIGKEITSVERHÄLTNISSE UND ERLERTE HILFLOSIGKEIT

Mit der benannten Problematik der Begrenzung der Lebens- und Erfahrungsräume und der Beschränkung auf Lebensbereiche, die sich durch Überwachungs-, Regulierungs- und Fremdbestimmungspraxen auszeichnen, geht schlussendlich auch eine Gewöhnung an eine mehr oder weniger stark eingeschränkte individuelle Handlungsökonomie einher (siehe hierzu beispielsweise auch den Erfahrungsbericht von Vernaldi [2011, S. 133]). Dies kann zur Folge haben, dass die Zuständigkeit für die eigene Person gänzlich dem Träger übertragen und ein Selbstverständnis als aktives, eigenverantwortliches Subjekt aufgegeben wird bzw. sich erst gar nicht ausbildet (siehe hierfür etwa den Fall der Frau G, der Frau H oder des Herrn J). Gemeint ist hiermit die umfassende Unterordnung des

Subjekts unter die Handlungs- und Entscheidungsmacht anderer, wie sie gerade auch im Fall der Frau H dokumentiert werden konnte. Problematisch an dieser Stelle ist folglich nicht nur die oben kritisierte Adaption des Subjekts an institutionalisierte Lebensräume, die dazu führt, dass sich die betroffenen Personen kein Leben (mehr) jenseits solcher (Wohn-)Einrichtungen vorstellen können, sondern eher, dass die Ausgestaltung jener Lebenswelten dazu führt, dass notwendige alltagspraktische Handlungsmuster, welche für das Leben jenseits solcher protektiver Strukturen notwendig sind, nicht oder nur teilweise erlernt bzw. ausgebildet werden. Auch an dieser Stelle wird deutlich, wie sich der oben genannte Prozess der „Diskulturation“ (Goffman 1973, S. 24) auf Seiten des Subjekts vollzieht. Goffman fasst hierunter einen „Verlern-Prozeß, der den Betreffenden zeitweilig unfähig macht, mit bestimmten Gegebenheiten der Außenwelt fertig zu werden, wenn und falls er hinausgelangt“ (Goffman 1973, S. 24). Während sich Goffman bei seinen Ausführungen vor allem auf den Verlust von etwas bezieht, das in der Vergangenheit mal vorhanden war (ebenso bei seinen Ausführungen zum Begriff des „bürgerlichen Todes“ [Goffman 1973, S. 26], der zunächst die lebensgeschichtliche Annahme eines ‚bürgerlichen Selbst‘ voraussetzt), so ist die Problematik im Falle der Lebenssituation von Menschen mit geistiger Behinderung anderweitig gelagert. Durch die frühe biographische Einbindung in das System der Behindertenhilfe und die hieran geknüpften Einrichtungen kommt es in vielen Fällen dazu, dass eine routinemäßig übliche Einbindung in Praxen der Allgemeingesellschaft sowie die Entwicklung dessen, was Goffman als „bürgerliches Selbst“ (Goffman 1973, S. 25) fasst, nur bedingt stattfindet. So wird ‚Behinderung‘ in die Subjekte eingeschrieben, indem sie im Zuge ihres Lebens zu abhängigen bzw. unselbstständigen Subjekten geformt werden, die nicht eigenständig ihren Lebensalltag bewältigen können und damit mehr oder weniger umfassend auf das System der Behindertenhilfe angewiesen sind (und bleiben). Es setzt an dieser Stelle eine Reproduktionsschleife ein, in der geistige Behinderung durch das System (mit) hervorgebracht wird, was schlussendlich dazu führt, dass sich das System selbst reproduziert (vgl. Trescher 2017c, S. 173; 2015b, S. 283ff; Trescher und Börner 2016; Trescher und Klocke 2014; Waldschmidt 2007, S. 70f; Tremain 2005, S. 10f). Innerhalb des protektiven Rahmens der Strukturen der Behindertenhilfe können die betroffenen Personen lediglich jene „Subjektpositionen“ (Reckwitz 2008, S. 26) gestalten, die ihnen durch den Diskurs zugewiesen werden (vgl. Rösner 2014, S. 140; Nonhoff und Gronau 2012, S. 121ff; Pfahl 2011, S. 123). Weiterhin festzuhalten bleibt das Ergebnis, dass diese (Re-)Produktion von Abhängigkeit nicht nur durch das bzw. im System der Behindertenhilfe praktiziert wird, sondern sich mitunter auch in den Herkunftsfamilien vollzieht (siehe etwa den Fall der Frau E oder den

Fall des Herrn F). Auch hier können durch Schutz- bzw. Behütungspraxen Abhängigkeiten auf Seiten der betroffenen Subjekte erzeugt und verfestigt werden. So kann es in einigen Fällen auch zu einer Verschränkung des elterlichen und des pädagogisch-professionellen Protektorats kommen. Hier sind letztlich auch (zum Beispiel) Schuldgefühle und vorhandene Ängste zu reflektieren, die zu einer Stärkung jener Schutz- bzw. Behütungspraxen führen können (es sei hier insbesondere auf den Fall der Frau N oder auch den Fall der Frau O verwiesen). Gleichzeitig wurde jedoch auch deutlich, dass die Herkunftsfamilie ggf. als Konterpart zur Institution auftreten und institutionell erzeugte Abhängigkeiten durch die Bereitstellung von entsprechenden Praxen stören kann – dies wurde nicht zuletzt im Fall des Herrn I deutlich.

14.5 DAS AUFLERNEN DER SUBJEKTE

Wie bereits in den zusammenfassenden Ergebnisdarstellungen der verschiedenen Schwerpunkte festgehalten (siehe vor allem Kapitel 9.7 und 10.5), wurden im Zuge der Auswertung nur vereinzelt unmittelbare Praxen der Auflehnung oder Äußerungen von Kritik gegenüber den je eigenen Lebensverhältnissen der interviewten Personen dokumentiert. Vielmehr wurde deutlich, dass viele der interviewten Menschen dazu tendieren, die sie umgebenden Lebensverhältnisse als gegeben zu akzeptieren, obwohl sie teilweise sehr unzufrieden sind. Sie konstruieren sich selbst als ‚sprachlos‘ im Diskurs (vgl. Foucault 2012b, S. 11ff; Trescher 2015b, S. 294; Reckwitz 2008, S. 28). Das Subjekt fügt sich so weitestgehend kritiklos in gegebene Strukturen ein, passt sich diesen an und bildet sich im ihm bereitgestellten Rahmen heraus. Sehr deutlich wurde dies etwa im Fall der Frau G, der Frau H sowie des Herrn J. Zu erklären scheint diese Fügung unter bereitgestellte Versorgungsstrukturen, wie bereits ausgeführt (siehe Kapitel 14.2), unter anderem auch mit quasi-natürlichen Zuweisungspraxen zum System der Behindertenhilfe, die mit der Diagnosestellung einhergehen und sowohl von den Betroffenen selbst als auch den Angehörigen nur in Ausnahmefällen in Frage gestellt werden. In diesem Sinne ist nicht zuletzt auch „[d]ie Zustimmung der Eltern [...] eine notwendige Voraussetzung für das Gelingen der symbolischen Konstruktion ‚Behinderung‘“ (Pfahl 2011, S. 14; vgl. auch Nicklas-Faust 2011, S. 106ff), indem sich diese quasi-natürlichen Zuständigkeiten beugen und die diskursive (Re-)Reproduktion von geistiger Behinderung nicht blockieren bzw. stören (vgl. Trescher 2017b; Link 2012, S. 54ff). Es zeigt sich hieran, dass ExpertInnendiskurse, die an die Kategorie ‚geistige Behinderung‘ geknüpft sind, durch den ihnen innewohnenden Wahrheitsanspruch ihre Wirkmächtigkeit ge-

genüber den Subjekten entfalten und diese Subjekte so (mit) formen, dass diese die erzeugten Wahrheiten über sie selbst übernehmen. Kurzum: Die Anerkennung des Status ‚(geistig) behindert‘ „ist ein Erfolg der Wissenstechniken der Behinderung“ (Pfahl 2011, S. 14; vgl. auch Foucault 1969, S. 121ff; Trescher 2017b; van Dyk und Angermüller 2010; Niediek 2010, S. 290; Waldschmidt 2007, S. 61). Beispielhaft benannt werden kann hier etwa die Auffassung, dass es spezieller Institutionen und Umformsformen bedarf, um den scheinbar ‚speziellen Bedürfnissen‘ (deren Existenz ebenfalls Produkt jener Wissenstechniken ist [siehe Kapitel 3.1 und 3.2]) der betroffenen Personen entsprechen zu können. Verdeutlicht werden kann dies etwa am Fall der Frau O, die bereits im Kindesalter an ein Wohnheim der Behindertenhilfe ‚abgegeben wurde‘ und deren Eltern sich (unter Verweis auf die Expertise der Einrichtung) nicht in innerinstitutionelle Abläufe einmischen. Frau O bleibt damit den dortigen Strukturen sowie deren subjektivierender Wirkmächtigkeit ausgesetzt. Sie steht damit letztlich auch in ihrem Aufbegehren gegen die Strukturen der Einrichtung, welches sich beispielsweise in ihren Bestrebungen hinsichtlich der Erlangung eines Einzelzimmers niederschlägt, allein. Hervorzuheben bleibt dabei, dass sich ihr Aufbegehren auf Anfragen beschränkt und sich Veränderungswünsche auf den Institutionsrahmen selbst belaufen. Es zeigt sich hier die Handlungsunfähigkeit und Angewiesenheit der betroffenen Personen sowie die Übernahme professioneller Zuschreibungen, die die Zugehörigkeit zum System der Behindertenhilfe mit sich bringt. Die Subjekte sehen sich selbst nicht als handlungsfähig, Veränderungen können selbst nicht herbeigeführt werden und vollziehen sich, wenn überhaupt, nur von außen, kleinschrittig und langsam. Das Aufbegehren gegen die eigenen aktuellen Lebensverhältnisse und -bedingungen kann sich jedoch nicht nur in Form einer (eher zaghaften) verbalen Kritik äußern, sondern kann sich möglicherweise auch in (auto-)aggressiven Verhaltensweisen manifestieren. Beispielhaft herangezogen werden können hier etwa die Herren K, L, M und P. Problematisch erscheint, dass (auto-)aggressive Verhaltensweisen im Institutionsalltag oftmals nicht im Sinne einer Auflehnung bzw. als Akt der Kommunikation interpretiert werden, sondern als Äußerung der vermeintlich natürlichen Behinderung ausgelegt und mittels der Vergabe von Medikamenten oder anderen vermeintlich verhaltensregulierenden Maßnahmen (wie etwa sogenannten Verstärkerplänen) unterdrückt werden.² Es zeigt sich hier die Bedeutung einer verbal-sprachlichen Mitteilungsfähigkeit im Institutionsalltag, ohne die eine für MitarbeiterInnen unmittelbar erfahrbare Äußerung von Unmut gegenüber gegebenen

2 Es zeigt sich hier auch ein Reproduktionsmechanismus des ‚medizinischen Blicks‘ (Foucault 2011; siehe auch Kapitel: 14.3).

Strukturen nicht bzw. nur sehr schwer möglich ist. In diesem Zusammenhang lässt sich ebenfalls hervorheben, dass als zentrale Grundvoraussetzung dafür, dass eine kritische Auseinandersetzung der betreffenden Subjekte mit den sie umgebenden Strukturen überhaupt stattfindet, die Frage zu betrachten ist, ob, und wenn ja, in welchem Ausmaß, Lebenserfahrungen jenseits protektiver Strukturen und damit auch jenseits des institutionell bereitgestellten Lebensbereichs ‚geistige Behinderung‘ gemacht werden können bzw. in der Vergangenheit gemacht werden konnten. Lebenserfahrungen jenseits der Institutionsgrenze können als Ausgangspunkt für Kritik bzw. eine potentielle Auflehnung gegen bestehende Strukturen dienen (siehe etwa den Fall des Herrn I). Sie sind somit auch oft Anstoß zu Selbstermächtigungspraxen, denn erst die Erfahrungen jenseits des Lebensbereichs ‚geistige Behinderung‘ lassen die Begrenztheit des eigenen Lebensraums erkennbar werden. Deutlich wurde dies insbesondere im Falle der Personen aus dem ambulant betreuten Wohnen, die sich zum Teil, angesichts zaghafter Einblicke dahingehend, wie sich Alltag in der routinemäßigen Lebenspraxis gestalten kann, zunehmend vom Lebensbereich ‚geistige Behinderung‘ abzugrenzen versuchen und verstärkt routinemäßige Lebenspraxen für sich einfordern – zum Beispiel lebenspraktisch übliche Urlaubsfahrten (im Fall des Herrn D), die Erfüllung eines Kinderwunsches (im Fall des Herrn F) oder der Übergang in ein routinemäßiges Arbeitsverhältnis (im Fall des Herrn B). Kurzum: Erfahrungsräume jenseits des unmittelbaren Einflusses des Hilfesystems öffnen den „Horizont möglicher Identitäten“ (Rösner 2014, S. 141) für Menschen mit geistiger Behinderung und bieten Ausbruchsmöglichkeiten aus den durch das Hilfesystem zugewiesenen „Subjektpositionen“ (Reckwitz 2008, S. 26; Rösner 2014, S. 140).

14.6 LEBENSRAUM ‚GEISTIGE BEHINDERUNG‘ ALS SOZIALE BEGRENZUNG DER LEBENSWELT?

Es wurde deutlich, dass Menschen mit geistiger Behinderung teils massiven Diskursteilhabebarrieren ausgesetzt sind, die einer Teilhabe an Lebenspraxen der Allgemeingesellschaft entgegenstehen bzw. ebendiese behindern. Der zentrale Punkt ist, dass Menschen mit geistiger Behinderung in vielen oder gar allen Lebensbereichen primär unter einem (pädagogischen) Protektorat verschiedener Einrichtungen der Behindertenhilfe leben und dort auch ihr Sozialleben führen. In diesem Kontext konnte beispielsweise herausgearbeitet werden, dass Menschen mit geistiger Behinderung beinahe ausschließlich Freundschaften zu anderen Menschen mit geistiger Behinderung führen. Für Partnerschaften (insofern

diese überhaupt geführt werden) trifft dies ausschließlich zu. Es lässt sich eine scheinbar kaum überwindbare Grenze zwischen Menschen mit und Menschen ohne geistige Behinderung identifizieren, welche nicht zuletzt auch durch die Existenz des Hilfesystems als solche etabliert und reproduziert wird, indem es die Betroffenen als ihre Klientel adressiert und damit die zugeschriebene Normabweichung manifestiert. Diese Grenze scheint teilweise tief in die Subjekte eingeschrieben zu sein und erzeugt (beiderseitige) Berührungsängste (vgl. Trescher 2015b, S. 333f; Rösner 2014, S. 43ff). Es wurde darüber hinaus herausgearbeitet, dass Kontakte zwischen Menschen mit und Menschen ohne geistige Behinderung meist durch Abhängigkeitsverhältnisse geprägt und damit immer auch durch eine gewisse Asymmetrie gekennzeichnet sind. Beispielhaft herangezogen werden kann hier etwa der Kontakt zu Betreuungspersonen. Während das Betreuungspersonal Menschen mit geistiger Behinderung eine umfassende Diffusität abverlangt, agiert es selbst primär spezifisch, das heißt im Rahmen der institutionell geregelten Rollenmuster (vgl. Oevermann 2002b, S. 40). Sie agieren vor allem in ihrer Funktion als MitarbeiterInnen bzw. VertreterInnen der Institution und treten den BewohnerInnen ihrerseits nicht als ganze Personen entgegen (vgl. Oevermann 2002b, S. 50). Dass Menschen mit geistiger Behinderung Sozialbeziehungen auf Augenhöhe (u.a. Freund- und Partnerschaften) (wenn überhaupt) meist ausschließlich zu anderen Menschen mit geistiger Behinderung führen, wird letztlich auch durch gut gemeinte Hilfskonzepte, wie zum Beispiel spezielle Freundschafts-, Single- bzw. Partnerbörsen, welche es Menschen mit geistiger Behinderung ermöglichen, mit anderen Menschen (ebenfalls mit geistiger Behinderung) in Kontakt zu treten, reproduziert (vgl. Trescher und Börner 2014). Problematisch hieran ist, dass die oben genannte lebenspraktische Grenze weiter verfestigt wird, und das von außen, nämlich durch Menschen ohne geistige Behinderung, die diese Veranstaltungen organisieren. Dementgegen wirken diese Angebote jedoch auch Vereinsamungstendenzen entgegen, welche ebenfalls im Zuge der Studie dokumentiert werden konnten, stellen sie doch letztlich einen Raum für den Vollzug von Vergemeinschaftungspraxen dar, die innerhalb institutionalisierter Lebenskontexte sonst kaum gegeben bzw. möglich sind. Auch hier offenbart sich ein Ambivalenzverhältnis (sonder-)pädagogischer Praxis.

Als problematisch erweist sich in der Lebenssituation vieler Menschen mit geistiger Behinderung weiterhin, dass auch vorhandene diffuse Sozialbeziehungen nicht immer unabhängig geführt werden können, sondern dass durch äußere Instanzen (etwa den Eltern oder den MitarbeiterInnen von Institutionen) in diese hineinregiert wird. So sind insbesondere institutionalisiert lebende Menschen mit geistiger Behinderung im Kontext der Ausgestaltung ihrer Sozialbeziehungen

maßgeblich von den umgebenden Strukturen abhängig, was zum Beispiel Partnerschaften (deren Kern gerade in einer umfassenden Diffusität besteht) in ihrer Intimität und Einzigartigkeit verletzt bzw. deren Entstehen und Entwicklung bzw. verhindert. Beispielhaft herangezogen werden kann hier etwa der Fall des Herrn J, bei dem in der Vergangenheit mehrere Partnerschaften endeten, da entweder bei ihm oder seiner jeweiligen Partnerin ein Wechsel der Werkstatt in die Wege geleitet wurde. Dies erscheint kritisch, da hiermit unter anderem auch die identitätsstiftenden Funktionen jener Sozialbeziehungen vorenthalten bleiben.

Angesichts der herausgearbeiteten Ergebnisse stellt sich die pädagogisch und sozialpolitisch höchst brisante Frage, wie die identifizierte Grenze der Lebenswelten zwischen Menschen mit und Menschen ohne geistige Behinderung dekonstruiert werden kann. Im Zuge dessen ist auch das Hilfesystem selbst in Frage zu stellen, führt doch gerade die Adressierung von Personengruppen als ‚geistig behindert‘ immer wieder dazu, dass die Grenze als solche reproduziert wird.

14.7 GEISTIGE BEHINDERUNG UND BEWÄHRUNG

Ein weiteres Ergebnis der Gesamtauswertung stellt das Zusammenspiel von ‚geistiger Behinderung‘ und ‚Bewährung‘ dar. Es handelt sich um ein Ergebnis, das vor allem aus der Interaktion zwischen den hier interviewten Menschen mit geistiger Behinderung und Menschen ohne (geistige) Behinderung resultiert. Das Ergebnis manifestiert sich darin, dass sich Menschen mit geistiger Behinderung im Verlauf ihres Lebens immer wieder speziellen Bewährungsproben ausgesetzt sehen bzw. mitunter auch künstliche Situationen für sie hergestellt werden, in denen sie sich bewähren müssen. Dies traf sowohl auf Personen aus dem Bereich des ambulant betreuten Wohnens als auch auf Personen aus stationären Wohnkontexten zu. In Bezug auf ersteren Bereich kann hier beispielsweise der Fall des Herrn A herangezogen werden, dessen Wohnsituation durch enge Überwachungspraxen gekennzeichnet ist und dessen Alltag jenseits der Arbeit in der Werkstatt sich zu weiten Teilen auf die Abarbeitung und Einhaltung von ihm vorgegebenen Plänen beschränkt, die seinen Tagesablauf strukturieren. Er sieht sich in der Pflicht, die ihm vorgegebenen Richtlinien in akribischer Art und Weise zu erfüllen, und fürchtet (bei deren Nicht-Erfüllung) den Verlust der eigenen Wohnung, was für ihn eine ständige Bedrohung seines Zuhauses ist, zumal er davon ausgeht, dass er, sollte er seine Wohnung verlieren, in ein Wohnheim übersiedeln müsste. Herr A muss sich somit ständig bewähren bzw. seine Fähigkeit, allein zu leben, unter Beweis stellen, wobei diese Bewährung an die Erfüllung von Vorgaben geknüpft ist, welche wiederum von Vorstellungen des ‚rich-

tigen Wohnens‘ Anderer geprägt sind, und nicht etwa darin besteht, dass erprobt wird, wie und ob er selbstständig seinen Alltag (das heißt vor allem entlang eigener Präferenzen und Vorstellungen) gestalten kann. Somit wäre die Unterstützung, die Herr A (annehmbar auch notwendigerweise) erhält, durch die ihn betreuenden Personen zumindest als eine Praxis zu reflektieren, die für Herrn A auch zu einer psychischen Belastung werden kann. In Bezug auf das stationäre Wohnen kann beispielhaft der Fall der Frau O herangezogen werden, die bei ihrem Umzug in das Erwachsenenwohnheim, in dem sie gegenwärtig lebt, an einem sogenannten ‚Probewohnen‘ teilnehmen musste. Auch hier ging es um eine künstlich hergestellte Bewährungsprobe, in welcher ‚Fähigkeit‘ bzw. ‚Tauglichkeit‘ unter Beweis gestellt werden musste. Diese bestand primär darin, zu klären, ob sie in der Lage sei, sich dauerhaft mit einer konkreten anderen Dame ein Zimmer zu teilen. Was in beiden Beispielen deutlich wird, sind Auswirkungen von im Diskurs vorherrschenden Konstruktionen von geistiger Behinderung, die diese mit einem gewissen Unvermögen gleichsetzen oder die Statuszuweisung ‚geistig behindert‘ doch zumindest als Ausgangspunkt für den Verdacht auf ein vorhandenes Unvermögen nehmen. In der Lebenspraxis resultieren daraus Infantilisierungspraxen, die letztlich demütigend für die betroffenen Personen sind, da routinemäßig bei erwachsenen Personen angenommene Fähigkeiten nicht als gegeben vorausgesetzt werden, sondern aufgrund der Statuszuweisung ‚geistig behindert‘ immer erst (und dies immer wieder über den Verlauf des Lebens) unter Beweis gestellt werden müssen (vgl. Lindmeier 2016). Es handelt sich hierbei letztlich um eine Form der Würdeverletzung der betroffenen Personen (vgl. Trescher 2013b, S. 295ff; 2015a), da ihnen hierdurch schlicht nicht die gleiche Form der Anerkennung zuteilwird, wie es in der routinemäßigen Lebenspraxis als gängig betrachtet werden würde. Das heißt, dass das jeweils betroffene Individuum nicht als „Person anerkannt [wird], der dieselbe moralische Zurechnungsfähigkeit wie allen anderen Menschen zukommt“ (Honneth 1997, S. 36). Es handelt sich hierbei vor allem um Verletzungen der „rechtlichen Anerkennung“ (Honneth 2008, S. 176) sowie insbesondere der „sozialen Wertschätzung“ (Honneth 2008, S. 196), welche es Subjekten „erlaubt, sich auf ihre konkreten Eigenschaften und Fähigkeiten positiv zu beziehen“ (Honneth 2008, S. 196).

In unmittelbarem Zusammenhang mit dieser Praxis der Bewährung steht, dass Menschen mit geistiger Behinderung schlicht daran gehindert werden, ein durch Autonomie gekennzeichnetes Leben zu führen, was unter anderem damit zusammenhängt, dass lebenspraktische Krisen eher vermieden werden, statt sich mit diesen auseinanderzusetzen; darunter fällt auch die Adoleszenzkrise an sich (vgl. Oevermann 2009; 2004). Oevermann hält in diesem Kontext fest, „dass die erfolgreiche Bewältigung der Adoleszenzkrise mit dem Ende des primären Bil-

dungsprozesses zusammenfällt und es danach – im Erwachsenenleben – vor allem darum geht, auf der Basis dieses vorläufigen ‚Abschlusses‘ produktiv zu sein und sich als Subjekt zu bewähren“ (Oevermann 2009, S. 40). Die Adoleszenzkrise ist folglich eine Krise, mit deren Bewältigung der Status bzw. die Rolle eines Erwachsenen erlangt wird. Kennzeichnend hierfür ist, dass auftretende Krisen selbstständig bewältigt werden bzw. es wird vom Subjekt „erwartet, dass es dazu gerüstet ist und dass es über die notwendige Autonomie dazu verfügt“ (Oevermann 2009, S. 40). Problematisch ist nun, dass Menschen mit geistiger Behinderung, wie vielfältig dargelegt, oftmals nicht ‚erwachsen gelassen‘ werden, woraus folgt, dass sie sich in einem Zustand der stetigen Bewährung befinden. Sie bekommen den Status eines autonomen, erwachsenen Subjekts nicht zugesprochen, wodurch sie sich gewissermaßen ihr Leben lang in einer kindsähnlichen Behindertenrolle befinden. So kann es beispielsweise vorkommen, dass ihnen nicht vertraut wird, alltagspraktische Dinge, wie zum Beispiel das Händewaschen oder das Putzen des Badezimmers (siehe den Fall des Herrn A), selbstständig durchzuführen. Für sie wird hiermit ein Zustand der ständigen Bewährung geschaffen und aufrechterhalten.

14.8 DER KONTAKT ZUR MEHRHEITSGESELLSCHAFT ALS KRISE UND DER WUNSCH NACH NORMALITÄT

Die lebenspraktische Erfahrung oben genannter Bewährungspflichten stellt, so wurde im Rahmen der vorliegenden Studie deutlich, ein Beispiel für die Konfrontation mit der Subjektposition bzw. „virtuale[n] soziale[n] Identität“ (Goffman 1975, S. 10) dar, die Menschen mit geistiger Behinderung diskursiv zugewiesen wird. Es kommt damit mitunter zu einer Erfahrung der zugeschriebenen Andersartigkeit der eigenen Person, was wiederum krisenhaft für die Betroffenen sein kann (vgl. Rösner 2014, S. 43ff). Geistige Behinderung wird so als Stigma für das Subjekt selbst erfahrbar. Dabei stellen Würdeverletzungen, wie die oben dargestellten, Erfahrungen dar, „die die Identität der ganzen Person zum Einsturz bringen“ (Honneth 2008, S. 231) können. Die Konfrontation mit diesen Erfahrungen stellt das Subjekt vor besondere Herausforderungen (vgl. Rösner 2014, S. 43f). Als besonders deutlich ausgeprägt präsentierten sich diese Krisen und Herausforderungen, die aus einer Konfrontation mit sozial vordefinierten Identitäten resultieren, bei den Interviewten, die ambulant betreut werden. Zurückzuführen ist dies darauf, dass hier in einem weitaus höheren Maße Schnittstellen zur Lebenspraxis der Allgemeingesellschaft gegeben waren, als es bei den interviewten Personen der Fall war, die stationär betreut werden. In die-

sem Sinne lässt sich im Anschluss an Kapitel 14.5 festhalten, dass Kontakte zur Allgemeingesellschaft einerseits dazu führen, den „Horizont möglicher Identitäten“ (Rösner 2014, S. 141) zu erweitern und Kritik an gegebenen Versorgungsstrukturen sowie den Lebensverhältnissen, die diese bereitstellen, zu äußern. Gleichzeitig bergen diese Erfahrungen jedoch auch die Gefahr, dass teils massive (krisenhafte) Ausgrenzungserfahrungen gemacht werden und diese dann eine behinderte Identität (re-)produzieren. Weiterhin kann es passieren, dass Menschen mit geistiger Behinderung an in der Mehrheitsgesellschaft gegebenen Diskursteilhabebbarrieren scheitern – etwa dann, wenn Herr I sich wünscht, einen Führerschein zu machen. Die Studie hat auch immer wieder gezeigt, dass bei einigen Menschen mit geistiger Behinderung eine teils (scheinbar) unüberwindbare Differenz zwischen „Ich-Ideal und Ich“ (Goffman 1975, S. 16) ausgebildet wurde. Beispielhaft kann hier der Fall der Frau N genannt werden, die sich selbst als nicht geistig behindert konstruiert, aber droht, an bzw. in der Mehrheitsgesellschaft mit ebendieser Zuschreibung konfrontiert zu werden. Es ist hier also gerade „[d]ie unmittelbare Gegenwart von Normalen“ (Goffman 1975, S. 16), die zur Krise wird; es droht ein Angriff auf ihre „aktuelle soziale Identität“ (Goffman 1975, S. 10). Kommt es zu einer Diskrepanz „zwischen virtualer und aktueller Identität“ (Goffman 1975, S. 30) und ist „diese Diskrepanz bekannt oder offensichtlich [...], beschädigt sie die soziale Identität; sie hat den Effekt, dieses Individuum von der Gesellschaft und von sich selbst zu trennen, so daß es da steht als eine diskreditierte Person angesichts einer sie nicht akzeptierenden Welt“ (Goffman 1975, S. 30f; vgl. Rösner 2014, S. 44f). Eine Lebensführung, die sich beinahe ausschließlich in exklusiven Einrichtungen der Behindertenhilfe vollzieht, führt dazu, dass ebensolche Ausgrenzungserfahrungen bereits durch die Isolation von der Allgemeingesellschaft gegeben sind und somit als alltäglich ‚neue‘ Erfahrung nicht im gleichen Ausmaß gemacht werden. „Unter seinesgleichen kann das stigmatisierte Individuum seine Benachteiligung als Basis der Lebensorganisation benutzen, aber dafür muß es sich mit einer halben Welt abfinden“ (Goffman 1975, S. 31). Entwicklungen, die im Zeichen des Inklusionsparadigmas stehen, führen insofern dazu, dass ebensolche krisenhaften Erfahrungen in erhöhtem Maße gemacht werden. Die lebenspraktische Erfahrung der Andersartigkeit, die der eigenen Person aufgrund der Kategorisierung zugewiesen wird, erfordert eine Auseinandersetzung mit beidem. Dies unterstreicht die Krisenhaftigkeit des Prozesses ‚Inklusion‘, welcher besondere Herausforderungen für das einzelne Subjekt wie auch für die Mehrheitsgesellschaft mit sich bringt (Trescher 2015b, S. 333).

Mit Blick auf die hier interviewten Personen lässt sich in einigen Fällen ein höchst ambivalentes, von Krisenhaftigkeit geprägtes Verhältnis zum Status

„Mensch mit geistiger Behinderung“ erkennen. In einigen Fällen führt das dazu, dass das eigene Selbst möglichst fern von der Statuszuweisung „geistig behindert“ konstruiert wird (siehe insbesondere den Fall des Herrn D). Die Interviewten waren oft sehr bemüht, sich als möglichst „normal“ zu präsentieren. Die betroffenen Personen sind so „dauerhaft in Normalisierungsversuchen“ (Pfahl 2011, S. 233) gefangen (vgl. Davis 2010, S. 4f; Bösl 2009, S. 31). Wie krisenhaft sich die Statuszuweisung „geistig behindert“ für das einzelne Subjekt darstellen kann (und dies insbesondere dann, wenn über ein implizites Wissen dahingehend verfügt wird, welches diskursive Wissen bzw. welche diskursive Ordnung daran geknüpft ist), lässt sich als ein zentrales Ergebnis der gesamten Erhebung festhalten (vgl. Oliver und Barnes 2012, S. 110; siehe auch die Erfahrungsberichte von Nicklas-Faust 2011, S. 106ff und Bienstein und Halek 2011, S. 121ff). Besonders deutlich veranschaulichen lässt sich dies an der folgenden Aussage der Frau N: *„Also ich bin nur körperlich behindert, nicht geistig behindert. Ich hab noch Englischkenntnisse. Geistig behindert heißt ‚plemplem‘, also so ein bisschen doof“* (N-1, Z. 260-265). Es zeigt sich gerade auch in solchen Äußerungen, dass der Diskurs um geistige Behinderung „nur ein eingeschränktes Repertoire an Selbstthematisierungen befördert – die zudem gesellschaftlich durchweg negativ konnotiert sind“ (Pfahl 2011, S. 239).

14.9 WÜNSCHE UND PERSPEKTIVEN

Im Zuge der Auswertung wurde deutlich, dass die hier interviewten Menschen mit geistiger Behinderung höchst unterschiedliche Wünsche für ihr Leben formulieren. Diese bewegen sich zwischen Wünschen, die in der routinemäßigen Lebenspraxis als alltäglich betrachtet werden können (zum Beispiel das Leben in einer eigenen Wohnung, das Gründen einer Familie oder das Ausüben eines Berufs), und zum Teil auch Wünschen, die eher utopisch anmuten, wie etwa der Wunsch des Herrn I nach übersinnlichen Fähigkeiten. Es wurde klar erkennbar, dass die Frage danach, welche Lebensentwürfe und Zukunftsperspektiven ein Subjekt im Laufe seines Lebens herausbildet, eng mit seinen Erfahrungen im gegenwärtigen und vergangenen Alltag zusammenhängt. Dies betrifft insbesondere auch (wie oben bereits herausgearbeitet wurde) den Aspekt, wie restriktiv sich die umgebenden Lebensbedingungen gestalten und wie viel Raum die Subjekte im Alltag haben, um Erfahrungen sammeln und hierauf aufbauend Wünsche entwickeln und formulieren zu können. Insofern erscheint es wenig verwunderlich, dass es ausschließlich die hier Interviewten aus dem Bereich des ambulant betreuten Wohnens waren, die Wünsche und Zukunftsperspektiven jenseits des

Lebensbereichs ‚geistige Behinderung‘ formuliert haben. Hierzu gehört zum Beispiel der von Herrn B formulierte Wunsch, eine Arbeitstätigkeit jenseits der Strukturen einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung auszuüben. Weiterhin kann der Kinderwunsch des Herrn F oder der Wunsch der Frau N, ihre frühere Tätigkeit als Übersetzerin wieder aufzunehmen, genannt werden. Gleiches gilt auch für den Wunsch des Herrn A, mehr Selbstständigkeit in seinem Leben zu erfahren bzw. seinen Alltag verstärkt losgelöst von institutionellen Ablaufplänen und Überwachungspraxen zu gestalten. Derartige Wünsche wurden von den Menschen mit geistiger Behinderung, die in stationären Wohnkontexten leben, nicht geäußert. Hier beschränken sich die formulierten Lebensperspektiven vor allem auf den Kontext der sie umgebenden Lebensstrukturen. Es wird deutlich, dass die interviewten Personen „ihre Interessen und Leistungen sowie ihre persönlichen und beruflichen Lebensentwürfe [primär] im Kontext institutionalisierter Ablaufprogramme“ (Pfahl 2011, S. 18) entwickeln (vgl. Rösner 2014, S. 9; Gugutzer und Schneider 2007, S. 36ff; Waldschmidt 2007, S. 61). Im Falle von Menschen, die ihr Leben beinahe ausnahmslos im Kontext stationärer Wohnrichtungen verbracht haben und zum Teil noch immer verbringen, führt gerade diese Abhängigkeit von Institutionen der Behindertenhilfe betreffend ihrer Alltagsgestaltung zu einer Gleichschaltung von Lebensentwürfen, da alle BewohnerInnen (weitestgehend unabhängig von individuellen Faktoren wie Alter, Geschlecht und Religion) mehr oder weniger den gleichen Alltag erleben. Die Intensivität, mit der sich diese Gleichschaltungspraxen vollziehen, nimmt mit steigendem Grad der Institutionalisierung zu. Je weniger alltägliche persönliche Handlungsökonomie den betroffenen Subjekten zur Verfügung steht, desto stärker wird ihr Leben im biographischen Verlauf aneinander angepasst. Ihren Höhepunkt erreicht diese Gleichschaltung der Lebensentwürfe bei den Personen aus der stationären Intensivbetreuung. Individuelle Abweichungen im Alltag sind sehr gering und beschränken sich meist nur auf das, was sich ohne Weiteres im physischen Handlungsraum der jeweiligen Einrichtungen oder der Wohngruppe umsetzen lässt (etwa das Abschreiben der Bibel im Fall des Herrn J). Es lässt sich zusammenfassend festhalten, dass ein gewisses Maß an Diskursteilhabe im Alltag notwendig ist, um Lebensentwürfe jenseits des Lebensbereichs ‚geistige Behinderung‘ entwickeln zu können. Erst diese Diskursteilhabe eröffnet wiederum Chancen zur Selbstermächtigung und Auflehnung des Subjekts. Es zeigt sich auch hier (wie oben bereits hervorgehoben), dass das Subjekt durch die Diskurse hervorgerichtet wird, in denen es sich bewegt, somit wird es auch geistig behindert bleiben, solange es als geistig behindert adressiert wird.

14.10 ZUR NOTWENDIGKEIT DER (RE-)FOKUSSIERUNG DES SUBJEKTS IN STATIONÄREN BETREUUNGSSTRUKTUREN

Die fallübergreifende Betrachtung der Ergebnisse macht deutlich, dass Menschen mit geistiger Behinderung (vor allem jene, die in eher geschlossenen [Wohn-]Einrichtungen leben) in besonderem Maße darauf angewiesen sind, dass ihnen alternative Lebens- und damit schlussendlich auch Erfahrungsbereiche aufgezeigt bzw. ermöglicht werden, um somit die institutionelle Einflussnahme auf ihr Leben möglichst gering zu gestalten und Selbstermächtigungsprozesse nicht im Keim zu ersticken. Ausführlich wurde dies gerade auch in der vorangegangenen Studie herausgearbeitet (vgl. Trescher 2017c, S. 157ff). Menschen mit geistiger Behinderung befinden sich damit in einem teils massiven Abhängigkeitsverhältnis. Hinzu kommt, dass sie häufig nur wenig diffuse Sozialkontakte unterhalten. Sie sind also auch in diesem ‚sozialen Bereich‘ massiv von den ‚zuständigen‘ Institutionen selbst oder den Herkunftsfamilien abhängig. Mit Blick auf die konkrete Handlungspraxis der MitarbeiterInnen erfordert dies eine eingehende pädagogische Beschäftigung mit den jeweils betreuten Menschen mit geistiger Behinderung. Interessen müssen (insofern diesen nicht selbstständig nachgegangen wird bzw. werden kann) erkannt oder entwickelt werden, um diesen in der Folge durch spezielle Angebote begegnen zu können. Eine solche Beschäftigung findet jedoch (dies wurde vor allem in den Interviews aus den stationären Kontexten deutlich) aufgrund von fehlenden zeitlichen Ressourcen kaum bzw. nur am Rande statt (siehe Kapitel 10.5 und 11.4). Es handelt sich hierbei um eine Behinderungspraxis, die nicht zuletzt durch das System der Behindertenhilfe, etwa durch umfassende Dokumentationspflichten der MitarbeiterInnen, vorgegeben ist (siehe hierfür den Fall des Herrn L). Sie verschärft sich insbesondere im Kontext der Lebenssituation von Menschen mit verbalsprachlichen Einschränkungen, sind hier doch zusätzliche zeitliche Ressourcen erforderlich, um (zum Beispiel) Interessen erkennen/ entwickeln zu können, die jedoch nicht im erforderlichen Maße aufgebracht werden (können). Menschen mit verbalsprachlichen Einschränkungen sind in besonderem Maße darauf angewiesen, dass diese gemeinsam mit ihnen erarbeitet werden, indem zum Beispiel auf alternative Kommunikationsformen zurückgegriffen wird (etwa mittels sogenannter Unterstützter Kommunikation). Die Notwendigkeit der eingehenden Beschäftigung mit den BewohnerInnen bleibt somit in vielen Fällen unerfüllt und Menschen mit geistiger Behinderung bleiben auf sich selbst angewiesen bzw. werden bezüglich potentieller Lebenserfahrungen jenseits der Wohneinrichtungen auf ihre Herkunftsfamilie zurückverwiesen. Dies wird (jedenfalls in den hier untersuchten

Fällen) auch durch die lebenspraktische Ausgestaltung des Bezugsassistenzenkonzepts getragen, in der eine nähere zwischenmenschliche Auseinandersetzung mit den BewohnerInnen ebenfalls nur am Rande vorgesehen ist, da sich das Aufgabenspektrum vor allem auf die Durchführung und Organisation von administrativen Aufgaben beschränkt (siehe Kapitel 10.5 und 11.4). Als Folge bleibt, dass sich der Lebensalltag in stationären Wohneinrichtungen vor allem als Bewältigung des Alltags charakterisieren lässt, der eine zukunftsorientierte Arbeit nicht vorsieht bzw. dieser keinen oder nur ungenügend Raum lässt. Pflegehandlungen und physische Versorgung stehen im Fokus. Deutlich wurde dies vor allem im Kontext der Menschen aus der stationären Intensivbetreuung. Gerade diese Gruppe wurde von den interviewten MitarbeiterInnen mitunter als ‚Personen ohne Zukunft‘ konstruiert, was etwa an einer unterstellten Gegenwartsbezogenheit des Lebens festgemacht wurde (siehe hier etwa den Fall des Herrn P oder des Herrn M [siehe auch weiterführend: Trescher 2015b, S. 232]). Hier wird, wie auch an anderer Stelle (vgl. etwa Trescher 2017d; 2017c), deutlich, dass es eines ‚subjective turn‘ im Hilfesystem selbst, in der Ausbildung von Personal, in der Organisation von pädagogischer Arbeit und nicht zuletzt in den Bezugswissenschaften bedarf. Das Subjekt muss stärker in den Fokus gerückt werden. Hierzu braucht es tatsächliches pädagogisches Handeln, welches im Sinne einer Kunst auch in gewisser Art und Weise ‚frei‘ von äußeren Sachzwängen sein muss (vgl. Oevermann 2002b). Pädagogisches Handeln, als stellvertretende bzw. gemeinsame Krisenbewältigung, muss gerade auch die Krisenhaftigkeit der Angewiesenheit auf fremde Hilfe adressieren.

14.11 HERKUNFTSFAMILIE UND ABLÖSUNGSPROZESSE

Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe, können (das haben die Analysen klar gezeigt) die Subjekte nur sehr bedingt psychosozial betreuen. Somit wird oftmals der Herkunftsfamilie eine besondere Rolle im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung zuteil, auch dann noch, wenn diese bereits aus der Herkunftsfamilie ausgezogen sind. Die Mitglieder der Herkunftsfamilie (oftmals die Eltern) bleiben häufig zeitlebens die wichtigsten und zentralsten Bezugspersonen im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung – dies führt zu einer gewissen Abhängigkeit und zwar nicht nur im monetären Sinne, sondern gerade auch emotional. Auf der anderen Seite stellen sie eine Art letztes Refugium diffuser Sozialbeziehungen dar und sind oftmals der einzige Ort, an dem die betroffenen Personen, in welcher Art und Weise auch immer, geliebt werden bzw. zwischenmenschliche Nähe und Zuneigung erfahren. Ablösungsprozesse werden dadurch verhin-

dert bzw. zunehmend erschwert, was wiederum zur Reproduktion (teil-)infantiler Identitäten beiträgt, denn die Beziehungen zur Herkunftsfamilie sind ebenfalls von einem asymmetrischen Abhängigkeitsverhältnis geprägt. Die Abhängigkeit zeigt sich beispielsweise darin, dass die Betroffenen oftmals in hohem Maße auf ihre Familie angewiesen sind, um alternative Handlungsräume jenseits der Sphäre des pädagogischen Protektorats zu erfahren. Beispielhaft herangezogen werden kann hier etwa der Fall des Herrn I, der die restriktiven Strukturen der Wohneinrichtungen nur verlassen kann, insofern er von seiner Mutter abgeholt und hinausbegleitet wird, die dafür allerdings gegen richterliche Auflagen verstoßen muss. Anderweitig besteht für Herrn I kaum eine Möglichkeit, selbstbestimmt ein Stück Diskursteilhabe zu leben und an routinemäßigen Lebenspraxen teilzuhaben.

Die Abhängigkeit von der Herkunftsfamilie wird weiterhin dadurch befördert, dass Menschen mit geistiger Behinderung oftmals nur ein (mehr oder weniger stark) begrenztes soziales Umfeld haben. Dies betrifft auch die hier interviewten Menschen aus dem ambulant betreuten Wohnen, vor allem jedoch die Menschen mit geistiger Behinderung, die in stationären Wohnkontexten leben. Indem sich der Alltag beinahe ausschließlich in Institutionen der Behindertenhilfe (zum Beispiel Wohnheim und/ oder Werkstatt/ Tagesförderstätte) oder der eigenen Wohnung vollzieht, ist die Möglichkeit zum Knüpfen von Sozialbeziehungen (sowohl freundschaftlicher als auch partnerschaftlicher Art) bereits grundlegend erschwert, da schlichtweg nur wenigen Personen im Alltag begegnet wird, zu denen kein Abhängigkeitsverhältnis besteht (was eine diffuse Sozialbeziehung qua Status verunmöglicht). Hervorzuheben ist, dass, wie auch in den beiden vorangegangenen Studien (Trescher 2017c; 2015b) herausgearbeitet wurde, in den Wohninstitutionen kaum Vergemeinschaftungspraxen stattfinden. Dies hat primär mit den Strukturen des Hilfesystems und der Adressierung der Subjekte zu tun (siehe hierzu ausführlich Trescher 2017c). Weiterhin konnte herausgearbeitet werden, dass auch die Menschen im ambulant betreuten Wohnen nur über sehr wenige Sozialkontakte verfügen. Wenn ein Freundeskreis vorhanden ist (wie im Falle des Herrn F), dann ist dieser sehr klein und vor allem dadurch gekennzeichnet, dass alle Mitglieder dieses Freundeskreises einen gemeinsamen Weg zur Werkstatt haben, in der sie gemeinsam arbeiten. In der Regel beschränken sich Freundschaften bei den hier Interviewten nur auf einzelne ausgewählte Personen, etwa im Sinne ‚eines besten Freundes‘ bzw. ‚einer besten Freundin‘. Wie erwähnt, stellt einzig Herr F hier die Ausnahme dar. Er ist die einzige der interviewten Personen, die in ein etwas breiter ausdifferenziertes Netzwerk an Sozialbeziehungen eingebunden ist. Dieses Netzwerk hilft ihm dabei, sich aus bestehenden Abhängigkeitsverhältnissen (sowohl zu den jeweiligen

Institutionen als auch dem Elternhaus) zu lösen und Selbstermächtigungsprozesse anzustoßen. Dies geschieht zum Beispiel in der Hinsicht, dass er durch seinen Freundeskreis in Kontakt zu routinemäßigen Möglichkeiten der Freizeitgestaltung kommt.

Weiterhin wird das Abhängigkeitsverhältnis von der Herkunftsfamilie massiv von monetären Faktoren beeinflusst (siehe auch das nachfolgende Kapitel), so bekommen alle interviewten Personen aus dem ambulant betreuten Wohnen finanzielle Unterstützung von Verwandten. Da die Interviewten auf dieses Geld angewiesen sind, da sie in der Werkstatt zu wenig verdienen (im Durchschnitt 181€ im Monat bei Vollzeitbeschäftigung [vgl. BAG WfbM 2016]), werden auch hierdurch Ablösungsprozesse erschwert bzw. verhindert. Zudem ist es in den Fällen des stationären Wohnens oft so, dass die Angehörigen gleichzeitig die rechtliche Betreuung übernehmen, also letztlich als Vormund agieren.

14.12 DAS ZUSAMMENSPIEL VON BEHINDERUNG UND ARMUT

Klares Ergebnis der Studie ist, dass geistige Behinderung in Deutschland mit Armut einhergeht. Die interviewten Personen können von ihren Löhnen in Tagesförderstätten oder Werkstätten nicht leben. Sie sind allesamt auf weitere Sozialleistungen angewiesen. Insbesondere bei den Menschen, die ambulant betreut werden, wurde klar, dass die niedrigen Löhne massive Behinderungsfaktoren sind, die eine routinemäßige persönliche Handlungsökonomie (gerade im Bereich der Freizeitgestaltung) massiv einschränken. Dass dies gerade bei diesen Personen zum Problem wird und von einigen der interviewten Personen auch konkret als Problem benannt wird, liegt schlicht darin begründet, dass eine Teilhabe an routinemäßigen Lebenspraxen auf Seiten der anderen interviewten Personen so gut wie nicht gegeben ist bzw. durch stationäre Unterbringungsstrukturen verhindert wird. Auch hier zeigt sich, dass die Begrenztheit der Lebenswelt ‚geistige Behinderung‘ erst im Zuge der Konfrontation mit Lebenspraxen der Allgemeingesellschaft für die betroffenen Personen erfahrbar wird. Die interviewten Personen, die ambulant betreut werden, erhalten allesamt finanzielle/materielle Unterstützung von Dritten – in der Regel der Herkunftsfamilie. Sie sind auf diese Mittel angewiesen, um ihren Lebensstandard zu halten. Dadurch reproduziert sich (wie dargelegt) entsprechend die Abhängigkeit von Dritten – in der Regel der Herkunftsfamilie. Auch an dieser Stelle produziert die Struktur des Hilfesystems Abhängigkeiten. Menschen mit geistiger Behinderung werden als Subjekte durch die finanzielle Abhängigkeit von den Eltern in ihrer Infantilität

reproduziert bzw. durch mangelnde ökonomische Ressourcen in ihrer persönlichen Handlungsökonomie massiv eingeschränkt. Somit bleibt ihnen eine Teilhabe an Praxen der routinemäßigen Lebenspraxis oftmals verwehrt.

14.13 SPRACHLOSIGKEIT IM HILFESYSTEM – GEISTIGE BEHINDERUNG ALS DISKURSBEHINDERUNG

Es wurde erkennbar, dass der Masterstatus ‚geistig behindert‘ im Hilfesystem dazu führt, dass die alltägliche Lebenspraxis der Betroffenen auf unterschiedlichen Ebenen in ihrer je persönlichen Erfahrbarkeit und Ausgestaltung teils massiv behindert wird und letztlich in unterschiedlichen Zusammenhängen seine Wirkmächtigkeit entfaltet und somit den Ausschluss aus allgemeingesellschaftlichen routinemäßigen Praxen begünstigt bzw. herbeiführt (vgl. Dederich 2011, S. 139; Pfahl 2011, S. 231f; Bösl 2009, S. 14ff; Schillmeier 2007, S. 90ff; Wansing 2005; Oliver 1990, S. 96f). So konstatiert auch Rohrmann in Bezug auf die stationäre Behindertenhilfe: „[N]ach wie vor enthalten stationäre Einrichtungen ihren Insassen elementare Lebensmöglichkeiten vor, die wir für uns als selbstverständliche Grund- und Menschenrechte in Anspruch nehmen“ (Rohrmann 2005, S. 6). Deutlich wurde darüber hinaus, wie tiefgreifend und scheinbar endgültig sich diese Zuweisungen zum Hilfesystem und die hieran geknüpften Abhängigkeitsverhältnisse ausgestalten. So konnte herausgearbeitet werden, dass sich selbst kleinere Facetten persönlicher Handlungsökonomie, wie zum Beispiel der Austritt aus einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung (siehe den Fall des Herrn B) oder der Übergang in den Bereich des ambulant betreuten Wohnens oder allein der Übergang von einem Doppel- in ein Einzelzimmer innerhalb einer stationären Wohneinrichtung (siehe den Fall der Frau O), nur außerordentlich schwer und nur unter scheinbar besonderem (oft auch bürokratischem) Aufwand vollziehen kann – also in der Aushandlungspraxis hochgradig problematisch bzw. krisenhaft ist.

Konstitutives Moment des Subjekts ist die Selbstermächtigung durch die Nutzung von Sprache in einem Diskurs (vgl. Butler 2013, S. 7f; 1991, S. 8). Hoch problematisch ist, dass die hiesigen Subjekte nicht oder nur stark eingeschränkt befähigt sind oder werden, sich entsprechend im Diskurs zu ermächtigen. Für das hiesige Beispiel heißt das, dass sie nur bedingt in der Lage sind, oben genannte Veränderungen in ihrem Leben, wie zum Beispiel den Umzug von einem Doppel- in ein Einzelzimmer, herbeizuführen. Die Subjekte werden im Hilfesystem ein Stück weit sprachlos (gemacht). Ist die Zuweisung zum Hilfesystem erst einmal erfolgt, zieht dies eine mehr oder weniger umfassende und

permanente Einverleibung des Lebens der Betroffenen nach sich (vgl. Trescher 2017c, S. 177ff; Trescher und Börner 2016; Oliver und Barnes 2012, S. 98ff; Pfahl 2011, S. 232; Bösl 2009, S. 14ff; Oliver 1990, S. 96f). Diese Einverleibung, welche sich gerade durch die Etablierung unterschiedlichster Abhängigkeitsverhältnisse manifestiert, ist es, die in allen untersuchten Fällen zu Tage trat (vgl. Dederich 2011, S. 139ff). Teilweise wahrgenommen und in ihrer Wirkmächtigkeit kritisiert wurde sie jedoch nur von den Personen aus dem ambulant betreuten Wohnen – etwa insofern, als sie sich durch quasi-natürliche Zuweisungen und deren Permanenz bzw. Hartnäckigkeit in ihren Entwicklungsmöglichkeiten beeinträchtigt sehen (siehe hier etwa die Fälle der Herren A, B und F). Es kommt an dieser Stelle zu gewissen Diskrepanzen zwischen dem scheinbar allumfassenden Behindertenstatus und der nicht in allen Lebensbereichen erfahrenen Behinderung. So legten die Interviewten dar, dass sie sich selbst nicht als (umfassend) im Sinne eines ‚Behindert-Seins‘ erfahren, sondern mindestens auch als von äußeren Strukturen benachteiligt bzw. behindert, also eher im Sinne eines ‚Behindert-Werdens‘. Angesichts der Tragweite der Zuweisung zum System der Behindertenhilfe erscheint es umso problematischer, mit welcher Leichtigkeit entsprechende Zuweisungen zum Teil vorgenommen werden. Dies geschieht zum Teil auch schlicht angesichts einer mangelnden Alternative, wie im Fall des Herrn B deutlich wurde, mit dessen Fluchtmigration nach Deutschland der Eintritt in das System der Behindertenhilfe erfolgte, das seither maßgeblichen Einfluss auf sein Leben bzw. seine Lebensperspektiven nimmt. So kommt auch Amirpur in ihrer Untersuchung zur Dialektik von Behinderung und Migration zu dem Ergebnis, dass „[d]ie strukturellen Rahmenbedingungen an der Schnittstelle von Migration und Behinderung [...] einen großen Einfluss auf die Handlungsoptionen der Familien in der (Aus-)Gestaltung ihrer gesellschaftlichen Teilhabe [haben]. Die Strukturen schaffen in den meisten Fällen einen begrenzenden Rahmen und schränken die Handlungsmöglichkeiten der Familien ein“ (Amirpur 2016, S. 276). Amirpur macht hierbei gerade auch einen fehlenden „Zugang zu uneingeschränkten Informationen für Eltern“ (Amirpur 2016, S. 276) verantwortlich, wobei es insbesondere auch um „das Wissen und die Informationen um die Möglichkeiten der Kinder [geht], die den Eltern Handlungs- und Verhaltenssicherheit geben“ (Amirpur 2016, S. 276f).

Im Zuge der hiesigen Arbeit wurde an verschiedenen Stellen sehr deutlich, dass das System der Behindertenhilfe durch eine gewisse Starre und Unflexibilität gekennzeichnet ist. Mitunter werden Lebenswege mehr oder weniger vorgegeben und das System selbst entfaltet in einigen Fällen einen mehr oder weniger totalen Charakter. Der Teilhabe an allgemeinen Diskursen werden Barrieren entgegengestellt und somit Sprachlosigkeit von Menschen mit geistiger Behinde-

rung (re-)produziert. Ihr Wort findet kaum Gehör (siehe hierzu ausführlich: Trescher und Klocke 2014; Trescher 2015b, S. 261ff). Hinzu kommen Behinderungspraxen, wie die in Kapitel 14.4 kritisierte ‚erlernte Hilflosigkeit‘, die diesen Ausschluss von allgemeingesellschaftlichen Diskursen weitergehend stärken und immer wieder aufs Neue produzieren. Die Subjektwerdung vollzieht sich beinahe ausschließlich im Rahmen von „behinderungsspezifischen Organisationsabläufen und einer symbolischen Ordnung der ‚Schonung‘“ (Pfahl 2011, S. 233; vgl. auch Trescher 2017c, S. 177ff; Trescher und Börner 2016; Schillmeier 2007, S. 90ff). Menschen mit geistiger Behinderung werden über verschiedene „Prozeduren der *Ausschließung*“ (Foucault 2012b, S. 11), welche sich auf unterschiedlichen Ebenen vollziehen, daran gehindert, an allgemeingesellschaftlichen Diskursen teilzuhaben bzw. sich selbst im Diskurs zu ermächtigen. Sie werden durch die Strukturen des Systems der Behindertenhilfe nicht zu „Aushandlungs-Subjekten subjektiviert“ (Link 2012, S. 57; vgl. Foucault 1981, S. 74).

14.14 WO DAS HILFESYSTEM PASST – MENSCHEN, DENEN ES ‚GUT‘ GEHT, UND DIE FRAGE NACH DEM ‚GUTEN‘

In den bisherigen Ausführungen wurde ein, entlang eines Verständnisses von Wissenschaft, das Theorie als Kritik von Praxis versteht, kritischer Blick auf die Strukturen der Behindertenhilfe eingenommen bzw. verfolgt. Es soll an dieser Stelle jedoch noch einmal klar hervorgehoben werden, dass im Zuge der Auswertung nicht ausschließlich (moralisch) negative Aspekte identifiziert werden konnten, wie die bisher dargestellten Ergebnisse unter Umständen nahe legen könnten. So konnten durchaus auch Fälle dokumentiert werden, in denen sich die Ausgestaltung des Hilfesystems hinsichtlich der Belange der jeweiligen Personen als ‚passend‘ erwies, das heißt, die betreffenden Personen in ihrer Lebenslage aufgefangen werden und entlang ihrer individuellen Bedürfnisse entsprechende Unterstützung erhalten und nicht zuletzt, dass sie sich in ihrer Lebenssituation selbst wohlfühlen. Das System trägt an diesen Stellen dazu bei, die Personen dabei zu unterstützen, sich besser im Leben zurechtzufinden. Es birgt damit das Potential, Halt und Sicherheit im Alltag zu verleihen. Beispielhaft herausgehoben werden kann hier etwa der Fall der Frau G. Frau G hat 78 ihrer 85 Lebensjahre in (mehr oder weniger) geschlossenen Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe verbracht, wobei sie mitunter auch Opfer von Misshandlungen wurde. Angesichts dieser Erfahrungen fühlt sie sich heute wohl in ihrer gegenwärtigen Lebenssituation – so restriktiv sie auch sein mag. Sie hat sich an die sie umge-

benden Strukturen im Wohnheim angepasst und gelernt, darin zu leben. Ein Leben außerhalb dieser Strukturen ist für sie nicht (länger) vorstellbar. Nun kann (wie in den Kapiteln 14.1 und 14.2 geschehen) durchaus kritisiert werden, dass es sich hierbei um eine Form der biographischen Gewöhnung bzw. Sozialisation in das Leben in stationären Wohneinrichtungen handelt. Gleichzeitig muss jedoch auch festgehalten werden, dass das Wohnheim, in dem sie gegenwärtig lebt, ihr genau den Rahmen zur Verfügung stellt, den sie benötigt, um ein entlang ihrer subjektiven Kriterien ‚zufriedenes Leben‘ zu führen. Als weiteres Beispiel lässt sich der Fall des Herrn B hervorheben. Herr B verfolgt verhältnismäßig elaborierte Lebensziele, indem er sich beispielsweise den Auszug aus dem Elternhaus der Lebenspartnerin sowie die Annahme einer routinemäßigen Arbeitstätigkeit wünscht. Gleichzeitig benötigt er jedoch in bestimmten Angelegenheiten Unterstützung bei der Bewältigung alltäglicher Aufgaben, der von Seiten des Trägers der ambulanten Dienstleistungen gedeckt wird. In beiden Fällen zeigt sich (wie in Kapitel 4 bereits dargestellt), dass Behinderung zwar theoretisch dekonstruierbar scheint, den betroffenen Personen jedoch ungeachtet dessen ein Stück weit als „objektive Wirklichkeit“ (Berger und Luckmann 2007, S. 64) entgegentritt bzw. entgegentreten kann. In diesem Sinne sind die Bedürfnisse bzw. lebenspraktischen Schwierigkeiten der betreffenden Personen ernst zu nehmen, handelt es sich doch um reelle Bedürfnisse bzw. Krisen, wenngleich sie ihrerseits das Produkt von Behinderungspraxen sein können (vgl. Bruner 2005, S. 26).

Problematisch ist, wie vielfach gezeigt, dass durch Hilfe- und Unterstützungsleistungen oftmals Abhängigkeiten reproduziert werden (vgl. Dederich 2011, S. 140f). Selbstermächtigung heißt schlussendlich auch Ablösung bzw. Dekonstruktion der Wirkmächtigkeit des Hilfesystems in der eigenen alltäglichen Lebenspraxis. Der Vollzug des Hilfesystems wird selbst zur Krise. Ein gelungenes Beispiel für eine (gemeinsame) Bewältigung dieser Krise zeigen der Fall der Frau E sowie vor allem der Fall des Herrn F. Durch eine hoch engagierte Betreuungsperson wurde Herr F dabei unterstützt, sich zunehmend selbst zu ermächtigen und Krisen des Alltags zu überwinden. Durch seine Betreuerin wird Herr F sukzessive an routinemäßige Handlungspraxen (wie beispielsweise das pünktliche Aufstehen, um rechtzeitig auf der Arbeit erscheinen zu können) herangeführt und lernt zunehmend, den potentiell möglichen Handlungsraum, den das ambulant betreute Wohnen bereitstellt, für sich zu nutzen. Hierbei erfährt er sich selbst zum Teil bereits als eigenmächtig handelnde, erwachsene Person, die selbstständig für ihren Alltag entsprechende Entscheidungen trifft, wie zum Beispiel was eingekauft wird, was es zu Essen gibt und wann welche privaten Sozialbeziehungen wie ausgelebt werden. Diese Entscheidungen wurden ihm zuvor

(primär von seiner Mutter) abgenommen. Das Hilfesystem ermöglicht es ihm, sich selbst zu ermächtigen, während es sich sukzessive aus seinem Leben zurückzieht – eine als ‚gelingend‘ zu bezeichnende pädagogische Praxis. Es stellt sich hier die ganz lebenspraktische Frage, wie mit dem Dilemma zwischen Fürsorge und der daran geknüpften Erfüllung von Bedürfnissen einerseits und der Erzeugung von Abhängigkeit andererseits umgegangen werden soll. Gilt es, Wohnheime abzuschaffen, wenngleich es Personen wie Frau G und Herr J gibt, die dort leben und dieses schlicht nicht verlassen wollen? Es stellt sich die Frage, nach dem vermeintlich höheren Gut, wobei unklar ist, was das genau ist bzw. nach welchem Paradigma gehandelt werden soll. Am Ende ist dies eine Frage danach, was gerecht ist bzw. wie den Lebenssituationen von Menschen mit Behinderung am besten gerecht werden kann. Damit ist dies eine Frage, die Wissenschaft nicht allein beantworten kann, denn die Frage nach Gerechtigkeit ist immer eine Frage nach einer Wertideologie, an der diese gemessen wird. Weiterhin reicht die Frage nach dem Gerechten für die Praxis nicht aus. Es bedarf einer weiteren Entscheidung, nämlich wie das Gerechte in der Praxis umgesetzt wird. Damit wird aber auch klar, dass die Frage nach Gerechtigkeit in beiden Fällen, ideologisch wie praktisch, immer eine politische Frage ist (Forst 2005; 1994). Damit muss auch Politik, möglicherweise vor dem Hintergrund einer menschenrechtsgeleiteten Ethik, adressiert werden, um ‚Gerechtigkeit‘ herzustellen und die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung dadurch zu verbessern, das Hilfesystem, was sie bisher als defizitäre Subjekte benennt und hervorbringt, strukturell zu verändern.