

Gewalt- und Konflikterfahrungen von Menschen mit geistiger Behinderung im Lebenskontext Heim

Soziale Realität aus Sicht der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen

vorgelegt von

Sabine Michalek

als Dissertation zur Erlangung des Grades einer Doktorin (Dr. paed)
im Fachbereich Sondererziehung und Rehabilitation
der Universität Dortmund

Dortmund

2000

Betreuer: Prof. Dr. Meindert J. Haveman
Betreuerin: Priv.-Doz. Dr. Reinhilde Stöppler

Meiner Mutter
Lucie Michalek

und

im Andenken
an meinen Vater
Johannes Michalek (†)

VORWORT	6
1 EINLEITUNG	8
2 STAND DER FORSCHUNG	12
2.1 Handlungsräume - Konfrontationsräume	12
2.1.1 Gewalt: Zur begrifflichen Explikation	12
2.1.2 Konfliktforschung in Wohneinrichtungen	14
2.2 Lebensqualität in Wohneinrichtungen	19
2.2.1 Bezugsbetreuer-System und Lebensqualität	19
2.2.2 Identität und Schichtung	24
2.3 Exkurs: Mißhandlungsforschung und häusliche Gewalt	28
2.3.1 Belastungsfaktoren im Erziehungsprozeß	28
2.3.2 Determinanten der familialen Gewalt gegen Kinder und Jugendliche mit einer geistigen Behinderung	32
3 UNTERSUCHUNGSDESIGN	42
3.1 Die Institution als Lebensraum	42
3.1.1 Wohngruppen für geistig behinderte Menschen in der systemisch-ökologischen Sichtweise nach BRONFENBRENNER	42
3.1.2 Strukturmerkmale der Einrichtungen, in denen die Befragten leben	49
3.2 Untersuchung von komplementären Beziehungen	54
3.2.1 Soziale Realität aus unterschiedlichen Perspektiven	54
3.2.2 Samplestruktur des Wohngruppen-Subsystems „BetreuerIn-BewohnerIn“	56
3.2.3 Werte in engen sozialen Beziehungen: Von der ethischen Norm zur empirischen Hypothese	61
3.3 Heuristik: Strategien zur Exploration der Wahrnehmung im Bezugspersonen-System	65
3.3.1 Hypothesengewinnung und Theoriebildung in komplexen sozialen Systemen	65
3.3.2 Empirisch-quantitative Exploration in der Datenauswertung	69
3.3.3 Empirisch-qualitative Exploration in der Datenauswertung	76
4 METHODIK	79
4.1 „Methodenmix“: Die Kombination quantitativer und qualitativer Datenerhebung - Vorüberlegungen zur Methodenauswahl	79
4.2 Interpretieren: Qualitative Einzelbefragung	83
4.2.1 Erfassung von Erklärungsmustern und Begründungen sozialer Normen und Regeln: Die Deutungsanalyse	83
4.2.2 Argumentation in moralischen Zwangslagen: Das Dilemma-Interview	88

4.3 Urteilen: Der Einsatz von Rating-Skalen	94
4.3.1 Erfassung subjektiver Urteile im Schätzverfahren und der Einsatz von Rating bei geistig behinderten Untersuchungs- teilnehmerInnen	94
4.3.2 Urteilsfehler und semantisches Differential bei unterschiedlichen sozialen Gruppen	100
4.4 Entwicklung der Interviewfragen	103
4.4.1 Standardisierung der Fragen und Interview-Setting	103
4.4.2 Aufbau und Struktur der Interviewfragen	106
5 AUSWERTUNG	116
5.1 Lebensgeschichtliche Aspekte der BewohnerInnen	116
5.1.1 „Nur die Lebensakte, die begleitet ihn.“ – Zur Verfügbarkeit der Biographie	117
5.1.2 „Für mich ist aus der Traum.“ – Rehistorisierung: Der Blick in die Vergangenheit	123
5.1.3 „Was mich so richtig auf Trapp bringen würde, wär Heiraten!“ – Prinzip Hoffnung: Der Blick in die Zukunft	131
5.2 Soziale Beziehungen	139
5.2.1 „Es ist zwar eine Art Beziehung, aber Freundschaft kann man das nicht nennen.“ – Freundschaft, Partnerschaft, soziale Netzwerke: Der Wunsch nach Zugehörigkeit	140
5.2.2 „Ich habe ihn dann sozusagen bezwungen.“ – Die soziale Bindung an die Bezugspersonen	146
5.3 Sonderwelt Heim: Wohnen in Gruppen als Normalisierung?	151
5.3.1 Die Wohnsituation aus verschiedenen Perspektiven – Ansichten über das Innenleben einer Wohngruppe aus Sicht der BewohnerInnen und BetreuerInnen	152
5.3.1.1 „Ich lieg’ ja mit Marion auf dem Zimmer.“ – Das Leben im Doppelzimmer	153
5.3.1.2 „Das sind doch alles Idioten!“ – Isolationseffekte der Wohngruppen	158
5.3.2 „Mitgehangen, mitgefangen!“ – Die gruppenweise Behandlung	163
5.4 Konflikte des Wohnalltags: Häufigkeit, Problembereiche, Bedingungsfaktoren	170
5.4.1 „Du denkst, daß da jemand ist, der mich fertig macht...“ – Konflikte, Angriffe und Verletzungen im Zusammenleben	170
5.4.1.1 Die Konflikte aus Sicht der BewohnerInnen und MitarbeiterInnen	171
5.4.1.2 Ressourcen der BewohnerInnen: System der Hilfen und Möglichkeiten des Empowerments	183
5.4.2 „Ich sag’ immer: Behinderte sind chronisch faul“ – Typische Konfliktbereiche zwischen Personal und BewohnerInnen	190
5.4.3 „Vielleicht reicht auch schon die bloße Anwesenheit von kräftigen PflegerInnen“ – Was ist „Problemverhalten“?	195

5.5 Moralische Bewertung von Konflikten des Wohnalltags: Der Umgang mit pädagogischen Dilemmasituationen	203
5.5.1 „ <i>Das find ich nich' guut.</i> “ – Über die undefinierbarkeit des Prädikates „gut“ in der moralischen Argumentation und die Schwierigkeit einer Systematisierung von Urteilen geistig behinderter Menschen	204
5.5.2 Antwortverhalten der BewohnerInnen und MitarbeiterInnen im Vergleich: Bewertungsmuster und Variation	210
5.5.3 „ <i>Das ist absolut das Letzte.</i> “ – Was die Befragten verurteilen	215
5.5.3 Die Konfliktfälle aus unterschiedlichen Perspektiven: Bewertungen und Urteile der BewohnerInnen und ihrer BetreuerInnen	223
5.5.4.1 „ <i>Ab unter die Dusche!</i> “ – Konfrontationsmuster in der Pflege	224
5.5.4.2 „ <i>Zwei Schnitten sind genug!</i> “ – Streßsituation „Essen“	232
5.5.4.3 „ <i>Wer nicht hören will, muß fühlen!</i> “ – Der Einsatz sanktionierender Erziehungsmittel	239
5.5.4.4 „ <i>Das ist ja wie Knast!</i> “ – Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	245
5.5.5 Einflußvariablen der moralischen Urteilsbildung in pädagogischen Dilemmasituationen: Abhängigkeiten	252
 6 ABSCHLUßDISKUSSION	 259
 7 LITERATURVERZEICHNIS	 263

VORWORT

Die Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache

Am ~~1988~~ 1988 ereignete sich der nächste Vorfall.]Konflikthandeln[
 Hierbei schubste Andreas eine Mitarbeiterin unerwartet
 gegen einen Schrank. Als diese Mitarbeiterin aufstehen
 wollte, schubste Andreas sie nochmals. Dabei zog sie
 sich am Kopf eine 5 cm lange Platzwunde zu, welche]Soziale Realität[
 anschließend im Krankenhaus genäht werden mußte.
 Diese kurz aufeinanderfolgenden Ausbrüche lösten bei
 den Mitarbeitern gegenüber Andreas Angst aus.]Theoriebildung[
 Um die anderen Bewohner vor Andreas Wutausbrüchen zu
 schützen, teilten wir immer männliche Mitarbeiter im
 Dienst ein.]Wissenschaftliches Konstrukt[]Perspektivenwechsel[

Die Recherchen, Gespräche und Diskussionen zu dieser Arbeit wären nicht möglich gewesen ohne die Bereitschaft der Menschen mit geistiger Behinderung, mir ihre Lebenswelt zu erklären. Ihnen sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus den Wohneinrichtungen und ihren kreativen Beiträgen zu dieser Arbeit bin ich zu größtem Dank verpflichtet. Stellvertretend für die Bewohnerinnen und Bewohner möchte ich Herrn R. H. danken und Frau G. E. stellvertretend für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Sehr dankbar bin ich meinem Doktorvater Prof. Dr. Meindert J. Haveman, der mich in die Tiefen der Empirie begleitete und auf jede noch so schwierige Fragestellung eine gelungene - natürlich statistische - Lösung wußte. Seine Denkweise war stets eine große Bereicherung für die Bearbeitung meines Themas.

In ganz besonderem Maße danke ich Priv.-Doz. Dr. Reinhilde Stöppler, die mir nicht nur im Studium, sondern auch in meiner Zeit als Doktorandin eine hervorragende Lehrerin war. Ihr gelang es, mich in den schwierigsten Diskussionen ohne einen Verlust an persönlicher Nähe wieder auf den rechten Weg zu bringen. Die Unterstützung, die sie mir in all den Jahren leistete, bleibt unvergeßlich.

Ausgesprochen dankbar bin ich ebenfalls Dipl.-Ing. Vivian Lanius und Dr. Andreas Christ für die Bewahrung vor statistischen Irrtümern, aber vor allem Vivian Lanius für ihre Engelsgeduld, mit der sie mit mir heuristische Strategien bis ins Detail diskutierte.

Dipl.-Päd. Petra Hölscher und stud. Dipl.-Päd. Uta Wegener danke ich für die Unterstützung und Mithilfe bei den zahlreichen kleinen, aber aufwendigen Arbeiten, die im Verlauf der Untersuchungsplanung anfielen. Petras offenes Ohr für all die plötzlich auftretenden kleinen und großen Katastrophen war mir ein Geschenk.

Mein Dank gilt auch Prof. Dr. Sigrid Metz-Göckel und Prof. Dr. Hartmut Horn (em.) für ihre Begleitung der Arbeit im Vorfeld des Entstehens.

Wichtig zu erwähnen ist mir darüber hinaus Prof. Dr. Ditmar Schmetz für seine freundliche und wissende Art, die Dinge so zu nehmen, wie sie sind.

Dr. Anke Kampmeier danke ich für ihre moralische und „technische“ Unterstützung bei Wochenendschichten in der Universität.

Wie habe ich die letzten Jahre verbracht? Wahrscheinlich in Gedanken an diejenigen, die wie Thomas Bernhard formuliert, im Zimmer des Bewußtseins schwitzen, bei dem Versuch, ein Geistesprodukt zu schaffen. Schwer war die Einsicht, erkennen zu müssen, daß das erlösende Werk niemals zu Ende gebracht wird: „Am Ende hatte ich aber doch nur Skizzen in der Tasche, (...), und diese Skizzen vernichtete ich, weil sie mich auf einmal in meiner Schrift behinderten, anstatt mir nützlich zu sein, ich hatte zu viele Skizzen gemacht, dieses Übel hat mir schon viele Arbeiten verdorben; wir müssen Skizzen zu einer Arbeit machen, aber wenn wir zuviel Skizzen machen, verderben wir alles, dachte ich.“

Es ist alles da, es will raus, aber es kommt nichts. Am Anfang steht der Zettel, und am Ende steht der Zettel, und dazwischen häufen sich Berge von Zetteln. Die Zettel werden früher oder später vernichtet. Linderung schafft höchstens die tiradenhafte Beschimpfung der Welt im allgemeinen und des eigenen Schaffens im besonderen. Und täglich der Versuchung zu widerstehen, und das ist das schlimmste, den Papierbergen ein Ende zu bereiten.

Ein riesiges Dankeschön geht deshalb an meine lieben Freundinnen und Freunde, die in dieser Zeit mit einem nie erlahmenden – und immer wieder aufs Neue überzeugend vorgetragenen – Enthusiasmus meine Arbeit vorantrieben:

Dr. Frank Kursawe und Dr. Christina Berndt, die mir vorgemacht haben, wie es geht; Antje Winneke und Jule Hädrich für die unzähligen Gedanken an mich; Axel Schrooten für seine unvergleichliche Hilfsbereitschaft; Tina Arnolds für die stets aufbauenden Worte und Christian Schäfer für seine Ermutigungen, diese Arbeit nicht nur beginnen, sondern auch abzuschließen.

Was hätte ich ohne Euch bloß gemacht?

1. EINLEITUNG

Die Vorstellung von Wohnstätten und Heimen als „sichere Orte“ für Menschen mit einer geistigen Behinderung ist erschüttert, schreibt THEUNISSEN (1996, 275). Auf subtile Formen institutioneller Gewalt oder auch auf einen aggressiven Umgang mit BewohnerInnen in erzieherischen und pflegerischen Maßnahmen ist immer wieder aufmerksam gemacht worden (ebd.; EGLI, 1993; BOCK, 1994; ZUR ORIENTIERUNG, 1994; IRBLICH, 1999), wenngleich keine einzige systematische Untersuchung vorliegt, die Art und Ausmaß aggressiver Konflikte in Wohneinrichtungen belegen würde.

Die hier vorliegende Arbeit versucht, eine Topologie der Konflikte in Wohnstätten zu entwerfen - und das aus unterschiedlichen Perspektiven: Das engste Beziehungssystem in Wohneinrichtungen, das zwischen BewohnerIn und BezugsbetreuerIn, gibt Aufschluß darüber, wo sich im Heimalltag die Kulationspunkte menschlicher Konflikte befinden. Die Studie gibt beiden Gruppen - den BewohnerInnen und dem Betreuungspersonal - Raum, sich dazu zu äußern. Dabei werden ihre Aussagen auf *systematische* Unterschiede der Sichtweisen hin untersucht.

Es wird im Verlauf der Arbeit deutlich werden, daß beide Gruppen von einer ganz unterschiedlichen sozialen Konstruktion der Heim-Wirklichkeit ausgehen - nicht nur deshalb, weil das Heim für die einen *Lebens-* und für die anderen *Arbeitsort* ist. Vielmehr haben beide Gruppen ein erheblich voneinander abweichendes *Verständnis* der Beziehungsarbeit zwischen BewohnerIn und BetreuerIn, das sich auch darauf ausdehnt, wie Konflikte und Gewalt wahrgenommen werden.

Aber es sind nicht immer die Divergenzen zwischen „behinderten“ BewohnerInnen und dem „nichtbehinderten“ Betreuungspersonal. Beide Gruppen können mitunter zu völlig übereinstimmenden Ansichten kommen, wenn es beispielsweise um die Einschätzung dessen geht, was als „Gewalt“ zu verurteilen ist. Gravierende Unterschiede treten plötzlich an anderer Stelle zutage: zwischen lang- und kurzzeituntergebrachten Personen oder zwischen den untersuchten Einrichtungen selbst. Letztere Unterschiede weisen auf die Virulenz eines quasi heiminternen moralischen Kodex hin: In bestimmten Einrichtungen scheint ein stiller Konsens darüber zu herrschen, welche Formen der Aggression und Gewalt geduldet und welche geahndet und sanktioniert werden. Die Schwelle, von der an von „Gewalt“ gesprochen wird, kann in verschiedenen Heimen unterschiedlich hoch sein. Denk- und handlungsleitend für das Gewaltverständnis in Wohneinrichtungen können nur die *Einstellungen* der Betroffenen selbst sein, also die der MitarbeiterInnen, aber auch die der BewohnerInnen. Was sind letztere bereit hinzunehmen? Als

Kernstück kann deshalb die Untersuchung des moralischen Urteils in Konfliktsituationen angesehen werden, der beide Gruppen unterzogen werden. Sowohl inhaltlich als auch methodisch handelt es sich hier auf drei Ebenen um ein forschungstechnisches Novum: (1) Noch nie wurde in der Vergangenheit das moralische Urteil von Menschen mit einer geistigen Behinderung erfaßt; (2) noch nie wurden instrumentell Rating-Skalen bei dieser Personengruppe eingesetzt und (3) noch nie wurde das Gewaltverständnis geistig behinderter Menschen untersucht.

Das diesen Fragen zugrunde liegende Untersuchungsmaterial liefern 117 Gespräche mit HeimbewohnerInnen und ihren BetreuerInnen. Die Interviewdaten wurden in insgesamt acht Wohneinrichtungen Deutschlands erhoben und vollständig ausgewertet. Die Mehrdimensionalität der für qualitative Studien recht großen Stichprobe und für die Untersuchung quantitativer Aspekte relativ kleinen Stichprobe zeigt sich in der Begrenzung der a priori erhobenen Hypothesen und der einbezogenen Parameter. Da eine vergleichbare Studie bis zum heutigen Zeitpunkt nicht vorliegt, steht der explorierende Charakter der Arbeit im Vordergrund - auch wenn mit normativen Hypothesen gearbeitet wird.

Zum Aufbau der Untersuchung ist zu erläutern, daß das folgende Kapitel (Kap. 2) den Stand der Forschung dokumentiert und damit auf das Defizit in der Gewalt- und Konfliktforschung bei Menschen mit einer geistigen Behinderung hinweist. Welche gesellschaftlichen und institutionellen Faktoren sich tatsächlich gewaltkonstituierend im Leben geistig behinderter Menschen auswirken und in welchem Maße Wohneinrichtungen hiervon durchdrungen werden, ist bisher nicht erfaßt. Daß aber auch außerinstitutionelle enge soziale Beziehungen dieses Personenkreises von Gewalt berührt werden, hat in besonderem Maße die häusliche Mißhandlungsforschung vernachlässigt. Der Exkurs zur familialen Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung ist deshalb unabdingbar für das Verständnis dessen, mit welchen lebensgeschichtlichen Voraussetzungen diese Personen in den Wohneinrichtungen Aufnahme finden.

Kapitel 3 entwirft die Grundlage für die hier vorliegende Studie, indem es detailliert das Untersuchungsdesign beschreibt und aufzeigt, wie sich die system-ökologische Sichtweise nach BRONFENBRENNER für die Untersuchung der Beziehungssysteme innerhalb von Wohnstätten nutzen läßt. Neben der Beschreibung der Strukturmerkmale der befragten Einrichtungen und der Zusammensetzung der Stichprobe geht es vor allem darum, wie Werte und ethische Normen in der Arbeit mit Menschen mit einer geistigen Behinderung empirisch erfaßt werden können - zumal wenn sie sich wie in diesem Fall auf sozial tabuisiertes Verhalten von Gewalt und Aggression beziehen. Schließlich endet das dritte Kapitel mit dem heuristischen Ansatz der Hypothesengewinnung und Theoriebildung im sozialen System „Wohnstätte“.

Darauf, daß die gewonnenen Daten sowohl quantitativ als auch qualitativ verarbeitet werden können, wird ebenfalls in diesem Kontext hingewiesen.

Wie sinnvoll die methodische Verschränkung von quantitativen und qualitativen Verfahren sein kann, zeigt Kapitel 4. Die qualitative Datenevaluation stützt sich auf die Deutungsanalyse nach HOPF (1982) und die Technik des sog. Dilemma-Interviews nach REINSHAGEN et al. (1976). Erstere eignet sich mehr als alle andere sozialwissenschaftlichen Methoden für die Erfassung von Erklärungsmustern und Begründungen sozialer Normen und Regeln. Gerade der Heimbereich ist Kondensationspunkt so vieler sozialer und gesellschaftspolitischer Strömungen; und - relativ abgeschirmt von der Alltagswelt nichtbehinderter Menschen - ein Beobachtungsfeld, in dem sich soziale Regeln und Verhaltensmuster sehr genau studieren lassen. Die zweite Methode des Dilemma-Interviews ist m. W. die einzige, mit der sich moralisches Argumentieren und Urteilen empirisch erfassen läßt. Immer noch in der Tradition von KOHLBERG (1958), der das Konzept der moralischen Urteilsstufen bereits in den 50er Jahren entwickelt hat, wird die moralische Argumentationsfähigkeit in Zwangslagen zum ersten Mal bei Menschen mit geistiger Behinderung erprobt. Daß ihr moralisches Urteil darüber, welche Handlungen im Heim als Gewalt abzulehnen sind, weniger sozialisationsbedingt, dafür aber umso stärker vom *System* der institutionellen Hilfe abhängig ist, ist einer der wichtigsten Kernaspekte, der hier bearbeitet wurde. Es wird zudem deutlich werden, daß die Wirkung des Systems Heim oder Wohnstätte so weit gehen kann, daß Menschen in bezug auf die Wahrnehmung von Zwang oder Gewalt völlig desensibilisiert werden. Mittels des erstmals bei dieser Personengruppe eingesetzten Rating-Verfahrens können diese Ergebnisse auch quantifiziert werden. Das vierte Kapitel endet mit der Darstellung, wie die Interviewfragen entwickelt und zusammengestellt wurden.

Kapitel 5 beinhaltet die Auswertung. Fünf Säulen tragen das Bedingungs-feld, das Gewalt und Aggression im Heim wachsen läßt: (1) die lebensgeschichtlichen Erfahrungen der BewohnerInnen, insbesondere ihre Erlebnisse mit struktureller Gewalt in Psychiatrien und Anstalten; (2) ein Defizit an sozialen Beziehungen und Bindungen; (3) Isolation innerhalb der Einrichtungen und ungünstige Wohnverhältnisse; (4) häufige aggressive Konflikte zwischen den BewohnerInnen untereinander und zwischen BewohnerInnen und Betreuungspersonal sowie deutlich reduzierte Möglichkeiten der Selbsthilfe; (5) ein durch lange Unterbringungszeiten desensibilisiertes Verständnis von Zwang und Gewalt, das Opferrollen begünstigt. Die qualitativ und quantitativ gewonnenen Ergebnisse werden im symbiotischen Zusammenhang dargestellt.

Kapitel 6 faßt als Schlußteil die Kernaussagen zusammen und liefert Impulse für die Praxis. Dabei steht im Mittelpunkt, wie eine sinnvolle Gewalt- und

Konfliktprävention die Entstehung von Opferprofilen verhindern kann. Plädiert wird in diesem Zusammenhang für den Auf- und Ausbau eines stabilen moralischen Wertegerüsts, das BewohnerInnen ein differenziertes Wissen vermittelt, welche Handlungen im täglichen Miteinander in Ordnung sind und welche als Zwang und Gewalt abzulehnen sind. BewohnerInnen fehlen Normen und Werte, wenn sie - wie Kapitel 5 zeigt - ihr Handeln und dessen Bewertung an der „Nettigkeit“ oder „Autorität“ einer Person orientieren und nicht an übergeordneten Leitwerten wie „Gewaltfreiheit“. Ihr Diskriminationsvermögen dahingehend zu schulen, daß sie beurteilen können, was Gewalt ist und was Gewaltfreiheit, bedeutet, Menschen mit geistiger Behinderung in ihren sozialen Kompetenzen zu stärken, die *nicht* an der Maxime einer „Sozialverträglichkeit“ ausgerichtet sind, sondern ihre kritische Urteilsfähigkeit fördern.

Zum Schluß einige Hinweise zum sprachlichen Verständnis der Arbeit:

Neben dem Begriff der MitarbeiterInnen wird synonym auch der Terminus BetreuerInnen verwendet. Er subsumiert alle pädagogisch im Heim tätigen Kräfte unabhängig von ihrer beruflichen Qualifikation. In diesem Zusammenhang wird auf das in Wohneinrichtungen gängige Vokabular zurückgegriffen, in denen häufig pauschal alle MitarbeiterInnen als BetreuerInnen bezeichnet werden. Wenn die gesetzliche BetreuerIn im Sinne des BtG gemeint ist, wird dies ausdrücklich erwähnt.

Die weibliche Diktion der durchgängigen Verwendung des großen „I“ ist beabsichtigt. Der Anteil des weiblichen Personals liegt in dieser Studie bei 74% und untermauert - hier wie auch in anderen pädagogischen oder pflegerischen Tätigkeitsfeldern die Tatsache, daß Erziehungsarbeit weiblich ist. Die Rede von „dem Betreuer“ rückt m. E. die assoziative Vorstellung einer Frau in weite Ferne.

Alle Daten sind anonymisiert. Die Namen in den Beispielen sind fiktiv.

2 STAND DER FORSCHUNG

2.1 Handlungsräume - Konfrontationsräume

Nicht nur in diesem, sondern auch in den nachfolgenden Kapiteln werden soziale *Handlungsräume* immer wieder als *Konfrontationsräume* beschrieben. Es wird somit eingezirkelt, wo schädigende Konfrontationen in Wohneinrichtungen für Menschen mit einer geistigen Behinderung stattfinden - seien es Auseinandersetzungen mit konkreten Personen oder mit strukturellen Gegebenheiten der Institution selbst. Die Rede von Konflikten bringt jedoch unweigerlich die Diskussion auf den Begriff Gewalt und auf seinen Verwendungszusammenhang.

2.1.1 Gewalt: Zur begrifflichen Explikation

Unablässig für die Beschreibung entwicklungs- und persönlichkeitschädigender Einflüsse ist eine verbindliche Definition von Gewalt. Als klassische Gewaltdefinition dient seit mehr als zwei Jahrzehnten die Deskription GALTUNGS (1975, 92):

Gewalt liegt immer dann vor, „wenn Menschen so beeinflusst werden, daß ihre aktuelle somatische und geistige Verwirklichung geringer ist als ihre potentielle Verwirklichung“.

Als erweiterte Definition schließt sie mit ein, daß über einzelne (*personale*) Aktionen, die das Wohlbefinden von Menschen physisch, psychisch oder sozial gefährden, auch (*strukturelle*) Bedingungen aufgreift, die nicht auf eine klar definierte Täterperson oder Tathandlung zurückzuführen sind. NARR (1980, 548) weist darauf hin, daß Gewalt den Körper des Menschen trifft und damit die Voraussetzung allen sozialen Handelns. Wenn aber „die Physis des Menschen bedroht ist, dann ist der Mensch total gefährdet“ (ebd.). Der Zusammenhang zwischen Gewalt und Macht wird bei POPITZ geklärt:

„Die direkteste Form von Macht ist die schiere Aktionsmacht: die Macht, anderen in einer gegen sie gerichteten Aktion Schaden zuzufügen, - anderen 'etwas anzutun'. [...] Wer Aktionsmacht ausübt, kann etwas tun, wogegen andere nicht gefeit sind; er hat die Macht, andere etwas erdulden zu lassen. [...] Aktionsmacht ist Verletzungsmacht, der Aktionsmächtige ist Verletzungsmächtiger. Im direkten Akt des Verletzens zeigt sich unverhüllt als in anderen Machtformen, wie überwältigend die Überlegenheit von Menschen über andere Menschen sein kann. Zugleich erinnert der direkte Akt des Verletzens an die permante Verletzbarkeit des Menschen durch Handlungen anderer, seine Verletzungs-Offenheit, die Fragilität und Ausgesetztheit seines Körpers, seiner Person“ (POPITZ, 1995, 19).

Akte der Gewalt sind demnach Formen der Machtausübung über andere (KRASMANN, 1997, 85), sind fast immer sprachlich unterlegt und werden vollzogen im Zusammenspiel mit ihrer symbolischen Wirkung. Gewalthandlungen sind eine Art, Macht zu demonstrieren (ebd., 87). Eine Gewaltanalyse muß folglich Orte der Gewalt ausfindig machen und sie „im Hinblick auf ihre Entstehung und ihren Stellenwert im Kontext von Strukturen der Macht in der Gesellschaft, von Prozessen der Machtausübung, von Konformität und Abweichungsdefinitionen“ analysieren. „Die Frageperspektive zielt auf Konstituierungsprozesse von Gewalt, ihre gesellschaftliche Wahrnehmbarkeit und Diskursivierung, und auf die Suche nach dem Ausgegrenzten ihrer Bestimmung“ (ebd., 85). KRASMANN verweist in diesem Kontext auch darauf, daß Erscheinungsformen von Gewalt abhängig sind von entsprechenden Formen der sozialen Kontrolle, was wiederum die Frage aufwirft, wie sich Phänomene der Gewalt mit den Praktiken sozialer Kontrolle verändern. Ein „Kontrollparadigma“ wird so als Deutungsmuster gesehen, das vorrangig die Reglementierung des Erlebens und Handelns von Personen durch Organisationen betont und die Subjektivität individueller Handlungen auf eine bloße Ausführungsinstanz reduziert. Was jedoch stets beachtet werden muß: Macht bedeutet immer auch Machtverlust eines anderen und damit die Freiheit und das substantielle Vermögen, Entscheidungen treffen zu können.

In diesem Zusammenhang können die existentiellen Lebenserfahrungen nach KROHWINKEL (1992) neu beleuchtet werden. Die Existenz gefährdender Erfahrungen im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung kumulieren, je höher der Grad der institutionellen Versorgung wird. Verlust von Unabhängigkeit, Sorge und Ärger, Mißtrauen, Trennung, Isolation, Ungewißheit, Hoffungslosigkeit, Schmerzen und Sterben (ebd.) stehen in enger Verbindung zur Begrenztheit eines durch (personelle oder strukturelle) Gewalt belasteten Lebens. Ein Leben in Institutionen ist darüber hinaus auch immer durch die funktionale Äquivalenz von Anpassung und Widerstand gegenüber den strukturellen Gegebenheiten gekennzeichnet, wobei hier strukturelle Merkmale der Gewalt in den Vordergrund rücken. Ihren Ausdruck können sie in der Einschränkung der Entscheidungs- und Handlungsspielräume finden. Solche *Erfahrungsräume* sind für Menschen mit geistiger Behinderung häufig begrenzt oder pädagogisch idealisiert, indem Kompetenztraining in puncto Selbständigkeit auf Toilettentraining reduziert wird, Fähigkeiten der Selbstversorgung nicht auf die selbständige Zubereitung von Mahlzeiten ausgedehnt wird, sondern nur einmal monatlich die Zutaten für Waffeln eingekauft werden, oder sich der Ausbau von Nachbarschaftskontakten auf einen Tag der offenen Tür pro Jahr beschränkt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß es spezifische, strukturell bedingte Probleme zwischen Betreuungspersonal und BewohnerInnen geben kann, die das Betreuungsverhältnis erheblich belasten. Wirken sie sich entwicklungsbegrenzend oder -verhindernd aus, kann von struktureller Gewalt

gesprochen werden. Gewalt ist somit Interpretationskonstrukt von Verhältnissen, die sich schädigend auf ein Individuum auswirken. Dem geht eine willkürliche Beeinflussung im Sinne einer bewußten oder unbewußten Machtausübung konkreter Personen voraus oder es handelt sich um ein Produkt von (historisch) gewachsenen restriktiven Strukturen. Letzteres trifft meist eine Gruppe von Personen, die durch einheitliche Erkennungsmerkmale charakterisiert ist und als Gruppe unter den Verhältnissen zu leiden hat.

2.1.2 Konfliktforschung in Wohneinrichtungen?

Konfliktforschung in Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung ist nicht existent, auch wenn von verschiedensten Seiten auf die Problematik gewaltbelasteter Erziehungs- und Pflegeverhältnisse hingewiesen wird. Mittlerweile werden sogar Selbstverteidigungskurse für Personal in Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung und/oder psychischer Erkrankung angeboten (BGW-MITTEILUNGEN, 1997), ohne daß die Problematik auf breiter Ebene thematisiert worden wäre. Im Gegensatz zur heute offen bekämpften Gewalt an Schulen wird die Gewalt in Heimen immer noch so stark tabuisiert, daß MitarbeiterInnen in der Behindertenhilfe stillschweigend Kurse besuchen, die ihnen helfen sollen, Ängste vor körperlicher Bedrohung durch BewohnerInnen abzubauen und Verletzungen im Umgang mit aggressiven Verhaltensweisen zu vermeiden, anstatt die strukturellen Ohnmachtsverhältnisse offenzulegen.

Daß dieses Thema zumindest ansatzweise diskutiert wird, geht auf SCHNOOR (1990) und EGLI (1993) zurück, die einen Überblick über die gesellschaftlichen Hintergründe der Erziehungsgewalt in Heimen für Menschen mit einer geistigen Behinderung schaffen. Differenzierend zwischen *personalen* Akten der Gewalt konkret Beteiligter und *strukturellen* Wirkungsmechanismen eines gewachsenen Systems institutioneller Betreuung lassen sich vereinzelt Darstellungen zu gewaltkonstituierenden Momenten in der Betreuung und Versorgung geistig behinderter Menschen finden (BOCK, 1994; ZUR ORIENTIERUNG, 1994). Generell wurden jedoch abseits der Diskussion um Psychiatrie und Gewalt nur wenige Ansätze verfolgt, die explizit entwicklungsfeindliche und restriktive Verhältnisse in Heimen aufdecken - und wenn, dann nur als theoretische, nie als empirische Studie. Ähnlich wie WOLFENSBERGER (1991) beschäftigt sich KOBİ (1994) mit den vielfältigen Entwertungsprozessen von „Heiminsassen“, die in Invalidierungs- („Du bist nichts wert!), Reifizierungs- („Du bist eine Ware!“) und Exkommunizierungsprozessen („Du gehörst nicht [mehr] dazu!“) klassifiziert werden.

Was eine lebenslange institutionelle Betreuung für das Selbstverständnis und Selbstwertstreben geistig behinderter Menschen bedeutet, ist jedoch nie empirisch erfaßt worden. Unter proklamatischen Titeln wie „Gehen wir Behinderte vergiften im Heim“ (DÖRNER, 1989), „Deutschland im Herbst“ (BEHINDERTENBEAUFTRAGTER DES LANDES NIEDERSACHSEN, 1997) und „Gewalt gegen behinderte Menschen“ (FRÜHAUF/NIEHOFF, 1994) wird aber zumindest auf außerinstitutionelle Gefährdungen durch gesellschaftliche Intoleranz, behindertenfeindliche rechtsextreme Übergriffe und Sterilisationsskandale hingewiesen. Was sich in den Institutionen selbst abspielt, bleibt jedoch weitgehend verborgen. Vereinzelt lassen sich in der Tagespresse Schlagzeilen finden - wie „Behinderten mit Wasser übergossen (MAINPOST, 09.05.96) - die Menschen mit geistiger Behinderung als Opfer heiminterner Übergriffe ausweisen. Neuere Beiträge (THEUNISSEN, 1996; IRBLICH, 1999) versuchen die Rahmenbedingungen zu explorieren, die den Nährboden für Erziehungs- und Pflegegewalt schaffen: Makrosystematische Interessen des Einrichtungsträgers wirken auf Heim- und Hausordnungen, die alte Pflicht-Normen wie Gehorsam, Fleiß, Ordnung, Pünktlichkeit und Fügsamkeit (THEUNISSEN, 1996, 281) noch heute in den Vordergrund rücken und aktuellen Werten wie Emanzipation, Selbstbestimmung und Partizipation entgegenarbeiten.

Ungünstige Arbeitsbedingungen schaffen darüber hinaus ein Arbeitsmilieu, das durch negative Einstellungen gegenüber der Betreuungsarbeit gekennzeichnet ist: Überforderung, Streß und Burn-out sowie Personalfluktuation und fehlende Hilfs- und Arbeitsmittel sorgen für Belastungen der MitarbeiterInnen und Spannungen unter ihnen, die sich nicht selten in Frustration, Mißtrauen und Antipathie - auch gegenüber den zu betreuenden und versorgenden Menschen - äußern (280). Auch IRBLICH (1999, 140) wirft einen systemischen Blick auf die Wechselwirkung von Gewalt und Gegengewalt. Aggressives Verhalten in Erziehungssituationen entwickelt sich quasi allmählich aus den permanenten „legalen“ Durchsetzungsbemühungen der Bezugspersonen, sei es in Familie oder Heim. Aggression gewinnt dabei den Charakter von Panikreaktionen mit Kontrollverlust, die wiederum Schuldgefühle und Gegengewalt hervorrufen (vgl. auch HENNICKE, 1996). Biographische Ansätze verfolgen JANTZEN/LANWER-KOPPELIN (1996) und VAN GEMERT/WIELINK/VRIESMA (1996), die aufzeigen wollen, welche lange Nemesis viele Menschen mit geistiger Behinderung hinter sich haben, die nahezu lebenslang institutionell betreut wurden. In der Rekonstruktion ihrer Lebensgeschichte zeigt sich das geistig repräsentierte Wissen über die eigene Existenz, das geprägt ist durch die Regel- und Ritualhaftigkeit institutioneller Unterbringung und psychiatrischer Nosologie und damit zum Spiegel gewaltbelasteter Erfahrungen wird.

Abgesehen von den hier im Überblick dargestellten Ansätzen, die gezielt das Thema Gewalt behandeln, lassen sich zwei weitere Strömungen polarisieren, die sich der Thematik zumindest annähern: das ist erstens die Aggressions-

bzw. Autoaggressionsforschung (HUBER/STRIEBEL, 1978; BREZOVSKY, 1985; BURKART/KRECH, 1985; HEINRICH, 1989; ROHMANN/HARTMANN, 1986; HAVEMAN/BROOK, 1992; NISSEN/HAVEMAN, 1997; ROHMANN/ELBING, 1998; HETTINGER, 1996; MÜHL/NEUKÄTER/SCHULZ, 1996; KLAUß, 1995) und zweitens die Forschung zur Lebensqualität (PROBST/GLEIM, 1990; WINDISCH et al. 1991; BECK, 1994; KLIPCERA/GASTEIGER-KLIPCERA, 1995; SCHWARTE/OBERSTEUER 1997; SEIFERT, 1997a, 1997b; BREITINGER, 1998). Während erstere sich vorrangig Zirkularität und Dynamik der Fremd- und Selbstaggression widmet und individuelle anamnestiche Verfahrensweisen verfolgt, können kaum gleichzeitig die komplexen Interaktionsebenen des Lebensumfeldes analysiert werden. Prävalenz und Umgang mit Konflikten und Gewalt sowie deren Entstehungsgeschichte rücken daher in den Hintergrund. Letzterer Forschungszweig vermittelt die Basis, auf der Instrumente zur Qualitätssicherung in Heimen entwickelt werden können. Gewalt und Konflikte - zwischen BewohnerInnen untereinander oder in Interaktion mit dem Betreuungspersonal - können auch hier nicht hinreichend berücksichtigt werden. Verknüpfungspunkte ergeben sich jedoch überall da, wo sich Dehumanisierungs- und Depersonalisierungstendenzen (WINDISCH, 1995, 270) in der Interaktion zwischen Personal und betreuten Menschen abzeichnen, die Produkt einer unbefriedigenden Arbeitssituation sind. „Gefühle der Niedergeschlagenheit, Leere, Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Unruhezustände, Müdigkeit und psychosomatische Krankheiten“ können in „Kontaktvermeidung, gleichgültigen oder zynischen Reaktionen oder völliger Teilnahmslosigkeit“ (ebd.) münden und Gewaltpotential aufbauen, das sich in fremd- oder selbstverletzendem Verhalten äußert. Die Aggressionsliteratur gibt jedoch nur vage Hinweise darauf, daß körperliche Auseinandersetzungen zwischen Personal und betreuten Menschen tatsächlich stattfinden:

„Die Bezugspersonen fühlen sich häufig überfordert und hilflos im Umgang mit den betroffenen Personen. (...) Auf seiten der Bezugspersonen kann sich ihre Hilflosigkeit wiederum in Aggression gegenüber den Betroffenen umkehren, deren Folge Vernachlässigung bzw. Meidung und Bestrafung des Betroffenen sein können“ (MÜHL/NEUKÄTER/SCHULZ, 1996, 21).

Über Umfang und Schwere äußert sich keine einzige Aggressionsstudie, wengleich ACKERMANN (1998) betont, daß körperliche Auseinandersetzungen zwischen BewohnerInnen und MitarbeiterInnen in Einrichtungen keine Seltenheit sind und Vollzeiteinrichtungen in besonderem Maße belastet sind. Auch SCHNOOR (1991, 21) weist darauf hin, daß in der sog. „Durchschnittsbevölkerung“ Erziehungsgewalt ein verbreitetes Phänomen ist und in vollstationären Institutionen die Regel sei. ACKERMANN (1994; 1997) spricht von der Alltäglichkeit pädagogischer Grenzsituationen, für die die Geistigbehindertenpädagogik bisher keinen pädagogisch akzeptablen Umgang erarbeitet hat. Verweise auf die Existenz solcher - mitunter gewalttätigen - Interaktionen rezipiert die Aggressionsforschung nur sehr sparsam. Immer noch der

verhaltens- und lernpsychologischen Intervention stark verbunden, gerät ihr der systemische Kontext leicht aus dem Blick. Das „Problemverhalten“ von BewohnerInnen wird nicht hinreichend in das tripolare Beziehungsgeflecht „Individuum - Institution - Betreuung“ eingebunden, sondern höchstens zweidimensional betrachtet. Z. B. weisen MÜHL/NEUKÄTER/SCHULZ (1996, 21) darauf hin, daß problematische Verhaltensweisen behinderter Menschen nicht losgelöst von dem Verhalten ihrer Bezugspersonen gesehen werden können. Der Hinweis auf die strukturellen Bedingungen einer Betreuung und Versorgung, insbesondere Hinweise auf das Institutionsmilieu, fallen dagegen eher knapp aus: „Vor allem durch Aussonderung der Betroffenen und Hospitalisierung in Heimen, Kliniken und Anstalten zeigt sich eine ‘strukturelle Erziehungsgewalt’ [SCHNOOR, 19991, 14], die einer optimalen Persönlichkeitsentwicklung abträglich ist“ (MÜHL/NEUKÄTER/SCHULZ, ebd.). SCHNOOR (1991) präzisiert den Zusammenhang zwischen struktureller Gewalt und Hospitalismus, indem sie klarstellt, daß die durch den häufigen Wechsel von Bezugspersonen gekennzeichneten Lebensbedingungen in Heimen das Schädigungsbild „Hospitalismus“ produzieren. Ursache ist das Vorenthalten einer kontinuierlichen und verlässlichen Beziehung zu einer Bezugsperson. Die permanente emotionale Unterversorgung vollstationärer Betreuungsformen führt zu Stagnation und Regression der geistigen, psychischen und physischen Entwicklung. SCHNOOR geht sogar so weit, daß sie die Hospitalismusschädigung als klare Folge von Gewaltanwendung bezeichnet und beruft sich auf die klassische Gewaltdefinition nach GALTUNG (1975, 92), daß Gewalt immer dann vorliegt, „wenn Menschen so beeinflußt werden, daß ihre aktuelle somatische und geistige Verwirklichung geringer ist als ihre potentielle Verwirklichung“:

„Zusammenfassend bleibt festzustellen, daß der dialektische Zusammenhang von personaler und struktureller Gewalt und ihrer intrapsychischen Verarbeitung zu einem Gewaltzirkel führt, der die Beziehungsebene zwischen Helfern und Bewohnern belastet und so ein Klima schafft, das die Basis für Verhaltensstörungen darstellt“ (SCHNOOR, 1992, 20).

Ein weiteres Forschungsdefizit läßt sich konstatieren, wenn Aussagen über die Entstehungsfaktoren von Aggression getroffen werden. Vorrangig werden zwei Aspekte vernachlässigt: erstens Erfahrungen mit (früherer, meist familialer) Mißhandlung und zweitens die sozial-strukturellen Bedingungen des Zusammenlebens im Heim. Mißhandlungen gehören zu den traumatischen Lebenserfahrungen, die die Wahrnehmung für spezifische Reize sensibilisieren. Ängste werden situativ gelernt und generalisiert, so daß auch erwachsene Menschen in ständiger Erwartung von Bedrohung eine erhöhte Ängstlichkeit zeigen und z. T. heftige körperliche Abwehrmechanismen entwickeln, die sich in scheinbar ungerichteten Aggressionen entladen können. Die Hinweise auf diese Zusammenhänge fallen in der Aggressionsforschung eher knapp aus. HEINRICH (1989, 37) weist z. B. darauf hin: „Einige

Heimbewohner haben entsprechende Lernerfahrungen vor ihrer Heimaufnahme machen müssen: Sie wurden zu Hause geprügelt, eingesperrt oder sogar angekettet.“ Des weiteren geht HEINRICH als einer der wenigen darauf ein, daß Erzieherverhalten in Reaktionen auf Aggressionen durch BewohnerInnen häufig „inadäquat, pädagogisch nicht begründbar und stark emotional gefärbt“ (25) sein kann. Er listet auf, wie unterschiedlich diese Reaktionen der pädagogischen Bezugspersonen sein können: „Erschrecken; Aufspringen; zum Aggressor Laufen; ihn Festhalten; zum Aufräumen Zwingen; Beschimpfen; Klagen; Weinen; Zurechtweisen; Ermahnen; den Aggressor in die Ecke des Raumes, vor die Tür, ins eigene Zimmer oder ins Bett Schicken; im Toilettenraum Einsperren; oder das aggressive Verhalten Widerspiegeln (Zurückkneifen, Haare Ziehen, in Notwehr Zurückschlagen...)“ (23). Welche dieser Maßnahmen schließlich unter Einsatz von Gewalt oder Androhung von Gewalt durchgesetzt werden, bleibt jedoch offen. Körperliche Auseinandersetzungen sind in Theorie als auch Praxis mit einem starken Tabu belastet. Es wird nicht oder nicht deutlich fokussiert, daß es zu Konflikten zwischen Betreuungspersonal und BewohnerInnen in Einrichtungen kommt und wie diese Auseinandersetzungen aussehen. Wenn Konflikte beschrieben werden, dann werden sie mit wenigen Ausnahmen wie bei HEINRICH als *individuelles Problemverhalten* angesehen und fast ausschließlich auf der Beziehungsebene der BewohnerInnen untereinander angesiedelt. Über körperliche Angriffe auf betreuende Personen oder gar Verletzungen und Reaktionen der Gegengewalt wird nicht berichtet.

2.2 Lebensqualität in Wohneinrichtungen

„Lebensqualität ist Zufriedenheit mit den Lebensbedingungen in Übereinstimmung mit den Standards.“ (BECK, 1992, 27). Der Begriff wird im Zusammenhang mit zahlreichen gesellschaftlichen Diskussionen um Alter, Krankheit, Behinderung, Freizeit, Pflegeversicherung etc. verwendet und erfährt dabei entweder inflationäre Ausweitung (STÖPPLER, 1998, 22) oder läuft Gefahr, sich zum bloßen Schlagwort fortzusetzen (BECK, 1998, 350). Für die deutsche Sonder- und Heilpädagogik wäre das eine fatale Entwicklung, ist doch Lebensqualität der Zielbegriff sämtlicher Normalisierungs- und Integrationsbemühungen. Mehr als bei anderen Gruppen hängt sie bei Menschen mit geistiger Behinderung von der Qualität der ihnen dargebotenen Hilfen ab (ebd.). Nicht nur die Durchsetzung allgemeiner Standards, sondern eben eine an den individuellen Bedürfnissen orientierte Organisation der Dienste wird in Zukunft zur handlungsleitenden Maxime.

2.2.1 Bezugsbetreuer-System und Lebensqualität

Der Begriff Lebensqualität kann sich daher nicht allein auf die Verbesserung der sozial-ökonomischen Lebensbedingungen behinderter Menschen erstrecken. Vielmehr gilt es, eine gezielte Verbesserung einzelner Lebenskontexte anzustreben. Problematisch ist nur, daß sich unter dem Terminus nahezu alle Reformziele des Normalisierungsprinzips, wie Ausbau gemeindenaher Wohn- und Beschäftigungsangebote, Erwachsenenbildung und Partizipation etc., subsumieren lassen, und wenn das Wort fällt, damit Übereinstimmung suggeriert wird. BECK (1998) zieht den Vergleich zum Integrationsbegriff, der häufig diffus bleibt und zur Leerformel verkommt (vgl. auch THIMM, 1991).

Lebensqualität für behinderte Menschen als forschungsrelevantes Konstrukt hebt offenbar auf eine Synthese von Wohlfahrt und Normalisierung ab bzw. formuliert, was die Wohlfahrtsforschung in der Tradition von KERN (1981), SCHALOCK (1990, 1994) sowie ZAPF (1984) an normalisierungsnahen Zielen hergibt: Individuelle Zufriedenheit ist Folge „guter“ Lebensbedingungen in unterschiedlichen Lebensbereichen. Entsprechende soziale Determinanten der Lebenslagen werden mittels sozialer Indikatoren zu Evaluationskriterien eines gesellschaftlichen Wohlfahrtsmaßes. Sie identifizieren Bedarfslücken in der gruppenspezifischen Versorgung und decken disparitäre Verteilung der Güter offen (vgl. BECK, 1998, 361). Die Zielbereiche werden in der Regel nach dem Sozialen-Indikatoren-Programms der *OECD* (siehe Abb. 2.2.1.1) operationalisiert.

Zieldimensionen von Lebensqualität im Sinn der Wohlfahrtsmessung der OECD (nach BECK 1998)

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gesundheit 2. Persönlichkeitsentwicklung, intellektuelle und kulturelle Entfaltung durch Lernen 3. Arbeit und Qualität des Arbeitslebens 4. Zeitbudget und Freizeit 5. Verfügung über Güter und Dienstleistungen 6. Physische Umwelt 7. Persönliche Freiheitsrechte und Rechtswesen 8. Qualität des Lebens in der Gemeinde
--	--

Abb. 2.2.1.1

Lebensbedingungen lassen sich aber auch nur dann operationalisieren, wenn die Grundbedürfnisse des Menschen *genau* identifiziert werden können. Natürlich erfahren Bestimmungen der Grundbedürfnisse, beispielsweise von MASLOW (1970), breite Akzeptanz: Niemand wird der ontogenetischen Bedeutung von physiologischen Bedürfnissen, Sicherheitsbedürfnissen, Bedürfnissen nach Zugehörigkeit und Liebe, nach Achtung und nach Selbstverwirklichung widersprechen. Aber können sie für eine konkrete Person *objektiv* bestimmt werden, oder sind sie nicht vielmehr in das jeweilige Konzept von sozialer Realität so stringent eingebunden, daß eine Konkretisierung der Bedürfnisse nur die Betrachtung des Beobachters bzw. der Beobachterin widerspiegelt? Bedürfnistheorien bilden immer auch die eigenen Werte und Einstellungen, wenn nicht sogar die gesamte eigene Lebenslage ab. Wie also kann man bei einer unterschiedlichen Wahrnehmung selbst äußerer Umstände verbindliche objektive Standards für Menschen festlegen, wo doch „Lebensqualität die subjektive Erfahrung von Wohlbefinden“ (BECK, 1998, 364) darstellt? Abhilfe kann hier nur der konsequente Einbezug der Selbstwahrnehmung schaffen, und zwar sowohl auf der Seite derjenigen, die die Standards erheben, als auch auf der Seite der Befragten, für die ein Bedarf konstituiert wird. Die vielfältigen Dimensionen des komplexen Konzepts von Lebensqualität lassen sich demnach durch eine Verbindung von objektiven und subjektiven Indikatoren erfassen.

Als subjektive Indikatoren von großer Bedeutung für die Lebensqualität haben sich *Zugehörigkeit* und *Selbstverwirklichung* erwiesen. BERGER (1984) betont die starke Korrelation defizitärer Sozialbeziehungen und negativer Befindlichkeit. Im Rahmen der Weiterentwicklung und Qualitätssicherung in Wohnstätten für Menschen mit geistiger Behinderung ist deshalb die Förderung von Interaktions- und Kommunikationsprozessen sowie der Ausbau sozialer Netzwerke zum zentralen Anliegen geworden. Standen zunächst Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen der pflegerischen Versorgung als allgemeine Dienstleistung im Vordergrund (vgl. KULBACH, 1996), prüfen

neuere Studien der Organisationsentwicklung in Heimen vor allem, inwiefern funktionale Merkmale der erbrachten Leistungen (Art, Umfang und Angemessenheit in Relation zum individuellen Bedarf) einen möglichst hohen Grad an sozialer Integration gewährleisten (z. B. HARRIS/KLIE/RAMIN, 1995; WACKER et al., 1998). Hierbei wird eine stärkere Perspektive der Bewohnerorientierung eingenommen als bei der ersten Generation der Qualitätssicherungsinstrumente. Auch wird dem Anliegen Rechnung getragen, den „Funktionsorganismus Heim“ nicht allein technokratisch nach dem Ursache-Wirkung-Prinzip zu untersuchen, denn „pädagogische Wirkungen lassen sich nicht erzwingen oder vorausberechnen“ (BECK, 1998, 353). Vielmehr gilt es, Mehrperspektivität und eine systemische Sicht in der Analyse von Wohnbedürfnissen geistig behinderter Menschen zu berücksichtigen. SCHWARTE/OBERSTE-UFER (1997) und SEIFERT (1997a, b) gehen dem detailliert nach. Das von ersteren vorgelegte Instrument zur Sicherung der „Lebensqualität in Wohnstätten für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung“ (LEWO) ermöglicht Einrichtungen mittels standardisierter Fragebögen eine mehrdimensionale Selbstevaluation. Es ist neben dem Entwurf von SEIFERT (ebd.) das einzige Konzept, das Lebensqualität für diesen Personenkreis bis in einzelne Teilbereiche zerlegt und operationalisierbar macht. Daneben existieren weitere Instrumente zur Quantifizierung des Hilfe- und Pflegebedarfs, die sich in der Qualitätsdiskussion bewährt haben: der „Erhebungsbogen zum individuellen Hilfebedarf von Personen mit Behinderungen“ (EHB; Arbeitsgruppe EHB, BICHLER 1990), das umfangreiche Instrumentarium zur „Planung und Organisation in der Betreuung“ (POB; HAISCH, 1990) der „Fragebogen zur individuellen Lebensgestaltung von Menschen mit Behinderungen (FILM; LANDESVERBAND BADEN-WÜRTTEMBERG DER LEBENSHILFE FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG, 1995). SCHWARTE/OBERSTE-UFER (1997) richten sich hierbei nach einer Definition von Lebensqualität nach DONABEDIAN (1982), der zwischen Struktur-, Prozeß und Ergebnisqualität unterscheidet: *Strukturqualität* meint personelle, finanzielle und materielle Ressourcen bzw. Organisation sowie die Einbindung der Einrichtung in die Infrastruktur der Region; *Prozeßqualität* erfaßt die imaterielle Seite, und zwar nicht welche Hilfeleistungen gegeben werden, sondern wie sie erbracht werden; *Ergebnisqualität* fragt, zu welchen Resultaten kommen Hilfe- oder Förderpläne (Wirkungskontrolle). Abb. 2.2.1.2 zeigt, welche Gegenstandsbereiche der Evaluation unterzogen werden können. Es ist damit das z. Zt. umfassendste Meßinstrument für Lebensqualität in Wohnstätten. Dadurch, daß die Erhebungsbögen zur Erfassung der Lebensbedingungen stark prozeßorientiert sind, d. h., daß sie die Interaktion im Rahmen der erbrachten Hilfeleistungen beleuchten, widmen sie sich als einzige ausführlich dem Schutz vor Gewalt und Mißhandlung. Bedeutung und Funktion des „Bezugspersonensystems“ in diesem Zusammenhang wird allerdings nicht untersucht.

Gegenstandsbereiche der Qualitätsprüfung in Wohnstätten für Erwachsene
Menschen mit geistiger Behinderung (nach SCHWARTE/OBERSTE-UFER 1997)



Abb.: 2.2.1.2

Zwar kein standardisiertes Analysewerkzeug, aber trotzdem weitreichendes Konzept zur Erfassung von Wohnbedürfnissen ist die Studie von SEIFERT (1997a). Ihr Verständnis von Lebensqualität setzt sich aus individuellen (Wohn)bedürfnissen einerseits und ökologischen Bedingungen andererseits zusammen und orientiert sich am systemisch-ökologischen Modell BRON-

FENBRENNERS (1981). Lebensqualität, die sie demnach als „abhängig vom Grad der Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse durch die ökologischen Gegebenheiten der Umwelt“ (SEIFERT 1997a, 202) sieht, wird in insgesamt sechs Dimensionen unterteilt: Interaktion im Wohnbereich, materielle Struktur, soziales Netzwerk, Teilnahme am allgemeinen Leben, Akzeptanz durch die Bevölkerung und Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen. Vergleichbar den einzelnen Gegenstandsbereichen bei SCHWARTE/OBERSTE-UFER (1997) werden bei SEIFERT einzelne Indikatoren der jeweiligen Dimension zugeteilt. Für die erste zentrale Dimension der Interaktion im Wohnbereich werden die Indikatoren Bedürfnisse/Wohlbefinden, Kommunikation/Beziehung, Selbständigkeit/Kompetenz und Autonomie/Abhängigkeit herangezogen (207). Was fehlt, ist jedoch die differenzierende Betrachtung dieser Indikatoren in Abhängigkeit der jeweiligen KommunikationspartnerInnen. So werden die Interaktionsebenen vorrangig zwischen Betreuten und Betreuungspersonal als Gruppe untersucht. Das Bezugspersonen-System als individuelle Zwei-Personen-Bindung und damit häufig wichtigstes Bezugssystem für Erwachsene mit geistiger Behinderung in Einrichtungen erfährt keine Akzentuierung. Ebenso streben SCHWARTE/OBERSTE-UFER keine Analyse der Tragfähigkeit dieser engen Bindung zwischen BetreuerIn und betreuter Person an. Frühere Untersuchungen wie PROBST/GLEIM (1990), die den Zusammenhang zwischen Wohnform und Kompetenz belegen oder WINDISCH et al. (1991), die auf die Wirkung externer Ressourcen auf die Lebenssituation geistig behinderter Menschen abheben, verfahren ähnlich.

Den qualitativen Veränderungen von Wohngruppen widmet sich THESING (1998) aus phänomenologischer Sicht. Aber auch hier wird die Wohngruppe als Ganzes, quasi als Primärgruppe erfaßt. Die nächst kleinere Untersuchungseinheit ist nicht etwa die Zweierbindung des Bezugspersonen-Systems, sondern das einzelne Individuum selbst. Bei WACKER et al. (1998) wird das Bezugsbetreuer-System weder unter Sozialbeziehungen (als soziale Unterstützungssysteme) noch unter Gruppenstrukturen erfaßt. Selbst unter Aspekten der Förderung bei schwerer geistiger Behinderung und Erfahrung des Alltags (BREITINGER, 1998), im Rahmen derer die enge Bezugsperson ganz besondere Bedeutung erlangt und mit der Lebensqualität schwerbehinderter Menschen fest verbunden ist, wird die Zweierbeziehung nicht näher beschrieben. Daneben ist die Bezugsperson nicht selten (einziges) „Sprachrohr“ der BewohnerIn, über die Bedürfnisse geltend gemacht werden können, wenn familiäre Bezüge wegfallen und gesetzliche BetreuerInnen zeitlich nicht verfügbar sind.

Für die Beurteilung von Lebensqualität ist aber ganz entscheidend, inwiefern geistig behinderten Menschen aus den ihnen zur Verfügung stehenden sozialen Beziehungen Hilfen zur Alltags- und Behinderungsbewältigung entstehen. Als Betroffene muß ich fragen: Welche *Quellen* stehen mir zur Verfügung, welche *Art* der Unterstützung kann ich erwarten, wie ist die *Intensität*

dieser Beziehung, ist sie für mich *erreichbar*? Der oder die BezugsbetreuerIn wird auf der Liste der Unterstützungen ganz oben rangieren: Sie oder er ist als Bezugsperson nahezu täglich verfügbar, hat in der Regel eine enge Beziehung zum Bewohner bzw. zur Bewohnerin und kennt die individuellen Wünsche und Bedürfnisse. Die jeweilige Unterstützung wird in Anspruch genommen werden, unabhängig davon, ob sie subjektiv als hilfreich erlebt wird oder nicht. Es ist daher unumgänglich zu untersuchen, was das Bezugssystem in puncto Selbstbestimmung oder Krisen- und Streßbewältigung *tatsächlich* für HeimbewohnerInnen zu leisten vermag. Daß eine derartige Exploration bisher unterblieb, klingt überraschend, werden doch Ziele von Normalisierung und Integration, Selbstbestimmung und Schutz der Individualität vorrangig *personal* - und nicht durch die Institution selbst vermittelt.

2.2.2 Identität und Schichtung

Identitätskonzepte von Menschen mit geistiger Behinderung - oder vielmehr über sie - scheinen untrennbar mit eben dieser Behinderung verknüpft zu sein, was sich als Denkfehler entpuppen kann (zu den konstituierenden Faktoren der Identitätsentwicklung siehe ausführlicher JELTSCH-SCHUDEL/MEIER REY, 1991). Nach KOBİ (1994, 11) ist ein mit geistiger Behinderung bzw. Hirschädigung geborenes Kind nicht einfach ein „Normalmensch minus ein bestimmtes Denkvermögen“, sondern eine Person, die sich eine Erlebnis- und Erfahrungswelt ohne Kognitionsbezüge aufbaut, anderen aus dieser *ihrer* (Kognition vernachlässigenden) Realität heraus begegnet und diesen dadurch situativ die kommunikativ-informative Nutzung auch ihrer eigenen Kognition einschränkt. Behinderung ist so „nicht ein Etwas, das man ‘hat’ oder das einem ‘fehlt’. Behinderung in einem heilpädagogisch relevanten Sinn erzeugt das psycho-soziale Spannungsfeld eines ‘Behinderungszustandes’, in dem wir als Akteure mitenthalten sind, sowie wir uns wesenhaft (mit unserem Wesen) und wesentlich (bedeutsam) damit einlassen“ (ebd.). Geistige Behinderung als *Lernbeeinträchtigung* ist dementsprechend auch in ihrer Polarität zu den sie erzeugenden (nicht verursachenden) *Lehrbeeinträchtigungen* zu begreifen.

Im Zusammenhang mit „Verhaltensstörungen“ spricht KOBİ (ebd., 9) von einer gewissen Paradoxie:

„Ein Kind ist normalerweise durch gestörte Verhältnisse stöbar und wird dadurch in seinem Verhalten in störender Weise gestört („verhaltensgestört“). Verhaltensgestörtheit ist somit Ausdruck von Normalität.

Ein Kind, das durch gestörte Verhältnisse in seinem Verhalten nicht (mehr) gestört wird, erscheint abnorm. Verhaltenskonformität ist somit Ausdruck von Normopathie.

In störender Gestörtheit zum Ausdruck gelangende Störbarkeit ist ein positives Zeichen für Wandelbarkeit.“

Die Vorstellung, was es bedeutet, „geistig behindert zu sein“ und/oder „verhaltensgestört“ wird erst möglich, wenn das (andere) Leben „nicht geistig behinderter“ oder „verhaltensgestörter“ Personen im Vergleich rezipierbar wird. So wie Personen erst dann zu „Nichtbehinderten“ werden, wenn sie abweichende Individuen als eine Gruppe „Behinderter“ konstituieren, so regulieren sich auch die identitätsbildenden Wahrnehmungen: „Nichtbehindert“ sind die, die „die anderen“ als anders aussehend, denkend und handelnd empfinden. Die Macht, „diese anderen“ auch als „anders“ zu repräsentieren, festigt die Identität beider Gruppen in immer wiederkehrenden symbolischen Akten: auf der eine Seite erfolgt die soziale Referenz nach nosologischer Klassifizierung durch ICD und DSM sowie rechtspolitischer Definition durch BSHG und SchwbG. Auf der anderen Seite steht das Erleben, nicht die gleichen Lebensbezüge in den Kernbereichen Arbeit, Wohnen und Freizeit aufbauen zu können wie Menschen ohne Behinderungen.

Damit hat dieses Denken etwas von einer Alltagstheorie: Identität in der Theorie der kulturellen Repräsentation hat was mit einer Gemeinschaft von Menschen zu tun, die ungefähr gleich aussehen, auf ähnliche Weise fühlen und sich gegenseitig als gleich wahrnehmen; ganz gleich, ob wir eine soziale oder individuelle Identität vor Augen haben. Es ist ein kognitives und emotionales Sichgleichsetzen mit anderen Zugehörigen dieser Gruppe. Unausgesprochen wird genauso bei Menschen mit geistiger Behinderung eben diese kulturelle Essenz angenommen, die jede und jeden quasi genuin mit seines- und ihresgleichen verbindet. Identität ist daher etwas zutiefst Notwendiges, um Gruppen auf sich selber abzubilden - oder *Identität ist ohne Bezug auf die anderen nicht denkbar*.

Je stärker sich die Identitäten zweier Gruppen aber zu unterscheiden scheinen, um so komplizierter und ambivalenter ist ihr Umgang miteinander. Das Ringen um „schwarze“ und „weiße“ Identität, „jüdische“ und „christliche“, „männliche“ und „weibliche“ sind nur einige Beispiele. Wie aber konnte der Umgang mit den Zuschreibungen „geistig behindert“ und „nichtbehindert“ bis heute so viele gesellschaftliche Reglements entwerfen und damit den Komplexitätsgrad in die Höhe schrauben, wenn seit Ende des Dritten Reichs unabhängig von den Zuschreibungsmerkmalen immer wieder eine gemeinsame Identität betont und auch einklagt wird? Heißt das nicht unweigerlich, daß unser gesamter gesellschaftlicher Umgang mit Behinderung die behinderte und nichtbehinderte Identität weiter zementiert?

Typologisierungsversuche behinderter Identität verweisen rückblickend fast immer auf die acht Typen WOLFENSBERGERS, der 1972 acht verschiedene Rollen beschrieb, die Menschen mit geistiger Behinderung in den geschichtlichen Epochen und verschiedenen Kulturen zugewiesen wurden. Sie sind mit ganz bestimmten Einstellungen verbunden, die sich bis heute als Versatzstücke in den Sichtweisen wiederfinden lassen (vgl. hierzu auch WENDELER, 1993, 44ff). Darunter sei besonders auf den zweiten Typ hingewiesen, der Behinderung als *soziale Gefahr* ausweist, die nichtbehinderten Menschen als *Bedrohung* ihres Status quo erscheint und sich auf viele Bereiche erstrecken kann. Klassifizierungsschemata orientieren sich demnach an Schichtungsmodellen, die Gruppenbezüge über Arbeit und Verdienst, Status, Vererbung, Gesundheit und Krankheit etc. herstellen.

Überträgt man den sozialen Schichtungsbegriff, der die innergesellschaftliche Trennung von Gruppen beschreibt, die in unterschiedlicher Weise über Macht, Privilegien, soziale und ökonomische Ressourcen verfügen (WOLFENSBERGER, 1991), auf die Gemeinschaft der Betreuten, so läßt sich ein *Zusammenhang* zwischen Hierarchie, Schichtung und struktureller Gewalt herleiten: Schichtung bedeutet, daß in einer Gesellschaft (hier: Gemeinschaft) eine *horizontale Trennung* der Gruppen stattfindet. In den „unteren“ machtlosen Gruppen manifestieren sich Benachteiligungen am stärksten. Sie sind diejenigen, die von den gesellschaftlichen Normen (hier: institutionelles Wertesystem) als besonders abweichend beschrieben und daher von Segmentierung und sozialer Abwertung bedroht werden. Je ausgeprägter eine Gesellschaft bzw. Gemeinschaft geschichtet ist und damit Hierarchien zementiert, um so umfassender ist das Auftreten von struktureller Gewalt (ebd.).

Daß BewohnerInnen keine homogene Gemeinschaft bilden, wird von niemandem bezweifelt. Die vielfältigen Behinderungen und die daraus resultierenden individuellen Bedürfnisse nehmen die Koexistenz unterschiedlicher Gruppen - in *vertikaler Trennung* - als gegeben an. Eine *schichtende horizontale Trennung* der Gruppen verbietet jedes pädagogische Wertesystem, und doch entscheiden bestimmte Bewohnermerkmale über die Zugehörigkeit zu entweder besonders machtlosen und benachteiligten Gruppen, oder aber, im umgekehrten Fall, zu besonders geschätzten und privilegierten Gruppen. Eine Schichtung der Bewohnergruppen ließ sich durch folgende Fragekonstellation belegen, die als Testfragen unabhängig von den standardisierten Interviewfragen im Vorfeld erhoben wurden:

- (1) Lassen sich in Ihrer Einrichtung unterschiedliche (Bewohner)Gruppen beschreiben?
- (2) Gibt es eine besonders schwache/besonders starke Gruppe in Ihrer Einrichtung?
- (3) Hat die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe für die Betroffenen bestimmte Vor- oder Nachteile?

Mit der offenen Beschreibung der Gruppen (1) sollte zuerst erkundet werden, ob von seiten der BetreuerInnen die Existenz von Gruppen mit unterschiedlichen sozialen Potentialen bejaht wird. Erst wenn sich die Annahme bestätigte, wurde mit weiteren Fragen fortgefahren und somit beschrieben, an welchen Merkmalen sich die Zugehörigkeit zu bestimmten Gruppen orientiert und ob eine Schichtung im Sinne eines „Oben“ und „Unten“ gegeben ist. Anhand der Beschreibungen einer bestimmten Adressatengruppe ließen sich tatsächlich einheitliche Erkennungsmerkmale einer Gruppe definieren, die in die Auswertung (Kap. 5) mit eingeflossen sind. Dabei ist immer zu berücksichtigen, daß Menschen in extra für sie eingerichteten Institutionen untergebracht sind und somit einem ganz anderen Wertsystem unterliegen als außerhalb der Einrichtung (WOLFENSBERGER, 1991). Individuelle Merkmale und Zuschreibungen, die in unserer Gesellschaft zu Benachteiligung und Diskriminierung führen, werden u. U. durch das Wertsystem der Institution völlig aufgehoben. Andere Merkmale dagegen, die in der Einrichtung von großer Relevanz sind, haben keine oder nur eine untergeordnete gesellschaftliche Bedeutung. Beispielsweise erfahren Menschen mit Down-Syndrom allein durch ihr Äußeres gesellschaftliche Diskriminierung durch die schnelle Sichtbarkeit ihrer geistigen Behinderung, während sich die typischen Anzeichen des Down-Syndroms in Einrichtungen unter vielen anderen Menschen mit geistiger Behinderung als völlig irrelevant erweisen und die Betroffenen dagegen durch ihr großes Lernvermögen als Menschen mit eher „leichter“ geistiger Behinderung besonders geschätzt werden.

2.3 Exkurs: Mißhandlungsforschung und häusliche Gewalt

Ausgangspunkt für eine Situationsanalyse ist die Fragestellung, ob und inwieweit geistige Behinderung zum Risikofaktor für bestimmte Formen der Aggression, Gewalt und Mißhandlung werden kann. Untersuchungen zur familiären Gewalt gegen Kinder heben vor allem das Risiko von körperlichen Behinderungen, chronischen Krankheiten und Verhaltensauffälligkeiten hervor. Das Merkmal „geistige Behinderung“ kommt vergleichsweise selten zur Sprache.

2.3.1 Belastungsfaktoren im Erziehungsprozeß

In ähnlicher Weise verfahren Studien über Gewalt in den außerfamiliären Sozialisationsinstanzen Kindergarten, Schule, Heim und Psychiatrie. Hinter psychischen Erkrankungen und Störungen der Verhaltensentwicklung tritt der Einflußfaktor „geistige Behinderung“ nahezu gänzlich zurück; ein Zusammenhang zwischen personaler Gewaltausübung und behinderungsspezifischer, d. h., auch immer institutionell geprägter Begleitumstände, wird gar nicht erst hergestellt. Dabei ist keine menschliche Biographie so eng mit Institutionen sozialer Fürsorge, Kontrolle und Rehabilitation verzahnt wie die eines Menschen mit geistiger Behinderung. Im Laufe seines Lebens haben sich zahlreiche institutionelle Abhängigkeiten herausgebildet, so daß die gesellschaftlich verfügte Hilfe nicht flankierende Maßnahme, sondern zentraler Bezugspunkt im Leben geistig behinderter Menschen geworden ist. Die Reflexion ihrer Erziehung und Betreuung kehrt eine zwingend aus der vermeintlichen Eigenart dieser Personengruppe abgeleiteten spezifizierenden „Sonder“pädagogik ans Licht, die sowohl die normabweichende Situation der Familien mit einem geistig behinderten Kind als auch die das breite Erziehungsfeld absteckenden Rahmenbedingungen institutioneller, organisatorischer, personeller und gesellschaftlicher Art analysiert. Trotzdem berücksichtigt sie nicht hinreichend die Belastungen der wichtigsten Instanzen „Familie“ (vgl. hierzu DITTMANN/KLATTE-REIBER, 1993; ROGNER/WESSELS, 1994) und „Heim“: Krisenherde werden nicht etwa durch besonders schwierige, aggressive und von sich aus gewaltbereite Kinder, Jugendliche oder Erwachsene hervorgerufen, sondern durch die Besonderheiten ihres jeweiligen Umfeldes. So wird beispielsweise das pädagogische Handeln im Heim zum einen durch Geschichte und Tradition institutioneller heilpädagogischer Versorgung bestimmt und zum anderen durch den aktuellen therapeutischen bzw. rehabilitativen Auftrag, der aber trotzdem als einschneidende Maßnahme von Zwang und sozialer Kontrolle begleitet werden kann. Zusammen mit nach wie vor eher hierarchisch-autoritär als demokratisch orientierten Strukturen in der Heimerziehung münden die einseitigen Machtverhältnisse gerade bei Menschen mit geistiger Behinderung in eine oft lebenslange Abhängigkeit.

Zur sozialen Situation von Familien mit einem geistig behinderten Kind ist anzumerken, daß diese im Hinblick auf die Erziehungsaufgaben und Versorgungs- und Sicherungsleistungen besonders herausgefordert sind. Die familiären Kräfte richten sich auf die Aufrechterhaltung von Normalität und bringen in diesem Bemühen enorme Anpassungsleistungen hervor, wenn es darum geht, neben dem objektiven Mehraufwand familiärer Arbeit auch auf subjektiver Ebene wichtige emotionale Auseinandersetzungsprozesse in bezug auf die Behinderung durchzustehen. Dabei ist die Behinderung des Kindes für die familiäre Situation so kennzeichnend, daß die betreffende Familie zur „Sonderfamilie“ (NIPPERT, 1988) wird. Die Behinderung des Kindes scheint auf die anderen Familienmitglieder überzugehen, wenn JONAS (19??) fragt, ob behinderte Kinder automatisch behinderte Mütter nachsichziehen.

Grundsätzlich charakterisieren drei Hauptmerkmale die veränderte Situation nach der Geburt eines geistig behinderten Kindes: erstens ein *verstärktes Ressourcenmanagement*, um die ganz alltäglichen Aufgaben bewältigen zu können und verlässliche Lebensverhältnisse zu schaffen (vgl. WACKER, 1995, 289); zweitens der *veränderte Erziehungsauftrag*, der Eltern die funktionale Rolle der Co-TherapeutInnen zuweist und von ihnen eine „erfolgreiche“ Förderleistung erwartet (vgl. INNERHOFER/PETERANDER, 1992, 63) und drittens das *Spannungsfeld zwischen Fremd- und Selbstbestimmung*, das Eltern unsicher macht, ihren eigenen Beobachtungen und Gefühlen zu trauen und damit einen unbelasteten, selbstsicheren Umgang mit ihrem Kind erschwert (vgl. FINGER, 1992, 83).

Besonders das *verstärkte Ressourcenmanagement* und der *veränderte Erziehungsauftrag* gehören zu den familiären Belastungen, die in der Dynamik von Gewalt und Mißhandlung eine tragende Rolle spielen.

Verändertes Ressourcenmanagement

Die Familienarbeit wird durch erweiterte Handlungsanforderungen, insbesondere durch das *Gebot der optimalen Förderung* des Kindes (BECK/BECK-GERNSHEIM, 1990, 142), und einen Mehraufwand in Aufgaben der Alltagsbewältigung sowie den damit einhergehenden Verlust an „normaler“ Lebensqualität bestimmt. Im Rahmen hauswirtschaftlicher Verrichtungen überschneiden sich vielfach Aufmerksamkeitsanforderungen, wenn sich die hauswirtschaftliche Arbeitsweise an den Bedürfnissen des Kindes orientieren muß und zu ständigen Unterbrechungen der Arbeit, dem Aufschub von Tätigkeiten und dem Zwang zur gleichzeitigen Abwicklung von Tätigkeiten führt.

Gerade die permanente Aufmerksamkeit, die dem behinderten Kind entgegengebracht werden muß, verändert die Hausarbeit und familiäre Lebensführung erheblich (vgl. BREMER-HÜBLER, 1990, 60). Darüber hinaus setzen räumliche und zeitliche Restriktionen Maßstäbe für das „Wie“ der Alltagsarbeit: Infolge des meist erhöhten Aufsichtsbedarfs des Kindes können außerhäusliche Tätigkeiten wie Einkäufe und Behördengänge nicht ohne weiters ohne Kind organisiert werden. Außerhalb der Wohnung ist es oftmals auch nicht möglich, vom Kind unabhängige Hausarbeit zu verrichten, weil sich das Kind nicht alleine beschäftigen kann. Dagegen bringt die Mithilfe des Kindes eher zusätzliche Arbeit als Entlastung. Es wird daher unter Zeitdruck gearbeitet, um durch die eingesparte Zeit sich später ausschließlich dem Kind widmen zu können (FRÖHLICH, 1986, 185). Des weiteren müssen sich die routinemäßigen Arbeiten an dem extern durch Busfahrdienste, Arzt- und Therapietermine festgelegten Zeitplan orientieren. Ein personenbezogener Mehraufwand schlägt sich ebenfalls in der Wäsche- und Wohnungspflege nieder: Die verzögerte oder ausbleibende Sauberkeitsentwicklung verbunden mit einer nicht hinreichend koordinierten Grob-, Fein- und Mundmotorik sowie kleinkindhaften Spielgewohnheiten zwingen Eltern zu vermehrten Putz- und Aufräumarbeiten (BREMER-HÜBLER, 1990, 72).

Im Bereich Hilfe und Pflegeleistungen rückt vor allem der *altersuntypische Bedarf des Kindes an körperbezogener Unterstützung* in den Mittelpunkt (vgl. WACKER, 1995, 283f). Unterschieden wird hier zwischen *Körperpflege*, zu dem Waschen, Duschen, Baden, Zähneputzen, Nägelschneiden zählen; der *Behandlungspflege*, die die notwendige Versorgung mit Medikamenten, Spritzen, Verbänden, das Windeln, die künstliche Blasen-Darm-Entleerung sowie die Sondenernährung meint und den *täglichen Verrichtungen*, wie Hilfen bei der Nahrungsaufnahme, beim Toilettengang, beim An- und Ausziehen sowie beim Aufstehen und Ins-Bett-Gehen (ebd.).

Allen Bereichen der physischen Pflege ist gemeinsam, daß die Pflege- und Unterstützungstätigkeiten oft bis ins Erwachsenenalter den Tätigkeiten der Säuglings- und Kinderpflege ähneln und somit der *prozessuale* Charakter einer aktivierenden und von Erziehung nicht losgelöster Pflege ausbleibt. Statt dessen wirkt die Pflegesituation *statisch* und eine Abweichung vom üblichen Pflegerhythmus rückt in weite Ferne.

Die elterliche „Rund-um-die-Bereitschaft“ (WENDT/SCHÄDLER, 1996, 28), die gerade auch eine nächtliche Ansprechbarkeit nach sich zieht, erfordert auch dann Zeit, Nerven und Geduld, ohne daß konkrete Tätigkeiten objektiv verrichtet werden. Belastend wirken sich ebenfalls die behinderungsbedingten Auffälligkeiten im Verhalten des Kindes aus: Schwer interpretierbare, weil nicht ausdifferenzierte Kommunikationsfähigkeiten, Neigungen zu Selbstverletzungen, aggressives Verhaltensformen, Ängste, Zwänge und Stereotypen sowie Unruhe- und Erregungszustände stellen erhebliche Erschwernisse bei den Hilfe- und Pflegeleistungen dar (ebd.).

Veränderter Erziehungsauftrag

80% der Eltern eines Kindes mit geistiger Behinderung geben an, daß man bei der Erziehung eines behinderten Kindes leichter etwas falsch machen kann als bei anderen Kindern (BRACKEN, 1979 zit. nach FINGER, 1992, 79). Sie fühlen sich deshalb verunsichert, weil in der Erziehung des Kindes nicht ohne weiters auf erprobte Handlungsmuster zurückgegriffen werden kann und folglich das Erziehungskonzept neu formuliert werden muß. In diesem Zusammenhang sprechen BALZER/ROLLI (1979, 46) von einer „traditionslosen Elternschaft“.

Möglichkeiten und Grenzen pädagogischer Interventionen müssen immer wieder neu durchdacht, zurückgenommen oder korrigiert werden. Wenn die erhoffte Wirkung fördernder Maßnahmen ausbleibt, entwickeln Eltern häufig Schuldgefühle, Versagensängste und Selbstvorwürfe. Hinzu kommt die elterliche Befürchtung, Signale des Kindes in Mimik und Gestik fehlzuinterpretieren oder nicht eindeutige Gefühlsäußerungen zu verkennen. Die oft verzögerten und unbestimmten Verhaltensäußerungen des Kindes erlauben häufig keine Rückmeldung darüber, ob die eigenen Reaktionen dem Verlangen des Kindes angemessen sind und ob das eigene Verhalten erwünscht oder abgelehnt wird (FINGER, 1992, 79).

Die fehlende Übereinstimmung des Kindes mit dem sog. „Kindchen-Schema“ erschwert die Eltern-Kind-Beziehung zusätzlich: Das Kind ist „ganz und gar nicht das, was sich die Eltern erwartet haben. Es ist damit die Grundlage gelegt für jenes widersprüchliche Verhalten, von dem viele Eltern ihrem behinderten Kind gegenüber sprechen. Impulse der Ablehnung stehen im Widerspruch zur Bereitschaft und dem Willen, das Kind anzunehmen, so wie es ist“ (INNERHOFER/PETERANDER, 1992, 63). Somit wechseln *Ablehnung* und *Hinwendung* ständig aneinander ab oder treten sogar zusammen auf, was ein klares Handeln in dieser Ambivalenz der Gefühle unmöglich macht.

2.3.2 Determinanten der familialen Gewalt gegen Kinder und Jugendliche mit einer geistigen Behinderung

Weitgehende Übereinstimmung besteht hinsichtlich derjenigen Faktoren, die zu Auslösern für Mißhandlungen werden können. Allgemein wird von einer erhöhten Gefährdung ausgegangen, wenn sich die Kinder im Säuglings- und Kleinkindalter befinden, eine bestimmte Position in der Geschwisterreihe einnehmen, unter chronischen Erkrankungen leiden oder körperliche Behinderungen, Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten aufweisen (vgl. ZENZ, 1981; ENGFER, 1986; AMELANG/KRÜGER, 1995; ZIEGLER, 1995).

Wenngleich es problematisch ist, den Opfern „Risikofaktoren“ zuzuschreiben und damit implizit die Ursache beim Kind selber zu suchen, macht DEEGNER (1992) in seiner Analyse des Mikrosystems „familiäres Milieu“ verschiedene Merkmale am mißhandelten Kind fest:

- (1) Kinder, die den Erwartungen bzw. Anforderungen der Eltern hinsichtlich Geschlecht, Aussehen und „normaler“ Entwicklung nicht entsprechen;
- (2) Ungewollte Schwangerschaft;
- (3) Säuglinge mit Trinkschwäche, Erbrechen, Eßstörungen, Schlafstörungen und häufigem Schreien;
- (4) Frühgeburten, die die Kontaktaufnahme zwischen Eltern und Kind in den ersten Lebenswochen erschweren und bei denen es zudem zu einer verzögerten Entwicklung aufgrund einer Hirnschädigung gekommen ist;
- (5) Durch Geburtskomplikationen sensomotorisch geschädigte und wenig reagible Kinder, zu denen die Kontaktaufnahme infolge der gestörten Wahrnehmung beeinträchtigt ist;
- (6) Unterbrechung des Mutter-Kind-Kontaktes in den ersten Lebenswochen, z. B. durch Klinikaufenthalte und Hospitalisierung im ersten Lebensjahr;
- (7) Kranke und behinderte Kinder, darunter besonders Kinder mit Down-Syndrom oder anderer geistiger Behinderung, Hyperaktivität, Zerebralparese, Alkoholembryopathie, Seh- und Hörbehinderung, „kränkelnde“ Kinder, Kinder mit vielen Unfällen und Krankenhausaufenthalten;
- (8) Kinder, die von ihren Eltern als „schwierig“ beschrieben werden und über deren unglückliches Temperament geklagt wird, z. B. unruhig, nicht anschmiegsam, abwehrend, wenig wachsam und anregbar;
- (9) Kinder, die viel Aufmerksamkeit, Zuwendung, Beratung und Fürsorge einfordern.

Die umfangreiche Aufstellung läßt zwar erkennen, daß geistige Behinderung einen Risikofaktor für Mißhandlung darstellen kann (7), läßt aber außer acht, daß geistig behinderte Kinder noch viele weitere Faktoren in sich vereinen: Gerade sie sind betroffen, wenn ihre kognitive Leistungsfähigkeit nicht Normen und Erwartungen entspricht (1). Unter ihnen befindet sich ein nicht

zu unterschätzender Anteil von Frühgeburten (4); ihre Wahrnehmung ist in der Regel erheblich beeinträchtigt (5); die Mutter-Kind-Beziehung nicht selten durch häufige Klinikaufenthalte und Hospitalisierung erschwert (6). Die Kinder werden hinsichtlich ihres Kommunikationsverhaltens als „schwierig“ empfunden (8), weil ihre nicht immer situationsadäquaten Reaktionen entweder als Ablehnung interpretiert werden, z. B. infolge des fehlenden Blickkontakts und dem Ausbleiben des Spontanlächelns, oder aber ein Zuviel an Hinwendung einfordern. Darüber hinaus verstärken die mit Behinderung einhergehenden Verhaltensauffälligkeiten wie hyperaktives und aggressives Verhalten oder die aus der Behinderung resultierende Abhängigkeit und Hilflosigkeit der Kinder in einfachen kommunikativen Situationen das Bild vom „schwierigen Kind“. Im Rahmen einer nahezu lückenlosen Auseinandersetzung mit potentiellen Mißhandlungsgefährdungen sowie ihren kompensatorischen Bedingungen ist es jedoch verwunderlich, daß in puncto Risiken Merkmale wie „Abhängigkeit von Pflege“ oder „fehlende Fähigkeit zur Selbstversorgung“ überhaupt nicht auftauchen. Meines Erachtens wird das Kriterium „geistige Behinderung“ nur ungenügend differenziert; es lassen sich allein aus den konkreten alltäglichen Belastungen einer Familie mit einem geistig behinderten Kind weitere treffende Implikationen ableiten, die somit Liste der Risikofaktoren weiter verlängern:

- (10) Das Kind darf nicht alleine gelassen werden;
- (11) Es kann sich nicht oder nur schwer selbständig beschäftigen;
- (12) Es muß ein genauer Therapie- oder Eßplan eingehalten werden;
- (13) Zu etwaigen Krankenhausaufenthalten kommen regelmäßige Fahrten zu Therapie und Frühförderung hinzu;
- (14) Es bedarf der weitgehenden Unterstützung bei Tätigkeiten der Selbstversorgung wie Essen, Waschen, Anziehen und Toilette.

Ein weiterer vernachlässigter Umstand ist der, daß Kinder mit geistiger Behinderung, auch wenn sie dem besonders gefährdeten Kleinkindalter entwachsen sind, ebenfalls des gleichen Maßes an Pflege und Versorgung bedürfen und damit die Kriterien der besonderen Gefährdung infolge ihres hohen Pflegeaufwandes weiterhin erfüllen.

Der Subsumierung dieser zahlreichen Charakteristika unter das Merkmal „geistige Behinderung“ wird aber in der Mißhandlungsforschung kaum Rechnung getragen. Lediglich die angloamerikanische Forschung widmet sich gezielt der Ursachenforschung und spezifischen Mißhandlungsdynamik bei Kindern mit geistiger Behinderung. Dieser Forschungszweig stellt heraus, daß die Interaktion zwischen kognitiv beeinträchtigten Kindern und ihren Eltern so gravierend abweicht, daß ungefähr jedes 9. bis 10. Kind von körperlicher Vernachlässigung betroffen ist (FUERTES, 1995). Im Vergleich zu nichtbehinderten Heranwachsenden ein erstaunlich hoher Anteil: In der unauffälligen Normalpopulation wird von einer klinisch relevanten Vernach

lässigkeit nur bei jedem 100. Kind ausgegangen. In der Gruppe der körperlich vernachlässigten Kinder mit geistiger Behinderung kommt es bei den meisten ebenfalls zur emotionalen Vernachlässigung (82%) und zur psychischen Mißhandlung (65%) (ebd., 209). Besonders auffällig ist der Sachverhalt, daß unter den untersuchten mißhandelten Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung jedes 3. Kind mindestens 12 Jahre alt war. Dieses Ergebnis widerspricht der gängigen Mißhandlungsforschung an nichtbehinderten Kindern insofern, als daß sich die Opfer vor allem im Säuglings- und Kleinkindalter befinden. Die Tatsache zementiert somit die Hypothese, daß geistig behinderte Kinder auch im fortgesetzten Alter mißhandelt werden. Gerade ihre weiter andauernde Abhängigkeit von Pflege und Versorgung scheint Indizien dafür zu liefern, daß Jugend und Adoleszenz umgekehrt proportional zu nichtbehinderten Jugendlichen durch Mißhandlung und Vernachlässigung gekennzeichnet sein können. Über die Gründe läßt sich nur spekulieren; sicherlich gehören die enttäuschten Erwartungen der Eltern auf eine selbständige und selbstverantwortliche Lebensführung ihres Kindes und der eigene desillusionierende Ausblick auf ihre lebenslange Elternrolle mit hohen Belastungen und großer Verantwortlichkeit dazu. Darüber hinaus wird die Autonomiegrenze, die bei nichtbehinderten Heranwachsenden einen Schlußstrich unter Mißhandlung und Vernachlässigung zieht, weil ab einem bestimmten Alter Jugendliche ihre Bedürfnisse selber einfordern können, von Menschen mit geistiger Behinderung in der Mehrzahl nicht erreicht. Sie kann daher auch im Erwachsenenalter keinen wirksamen Schutz bieten.

Der Zusammenhang zwischen *Mißhandlung* und *Grad der Behinderung* fördert noch viel erstaunlichere Prävalenzen zutage: Es ist nicht etwa so, daß hauptsächlich schwer geistig behinderte Kinder mit hohem Pflege- und Betreuungsaufwand von Mißhandlung betroffen sind, sondern ganz im Gegenteil diejenigen Kinder, die nur eine leichte geistige Behinderung aufweisen. FURTES (ebd., 210) konstatiert bei leichter bis mäßiger geistiger Behinderung das größte Mißhandlungsrisiko. Legt man zugrunde, daß ein bestimmter Prozentsatz der Mißhandlungsfälle von schwer behinderten Kindern unentdeckt bleibt, weil Folgen der Mißhandlung als Begleitumstände der Behinderung kaschiert werden, ist die Interpretation dieses Ergebnis schwierig. Natürlich läßt sich mutmaßen, daß an leichter behinderte Kinder nahezu dieselben Erwartungen und Maßstäbe angelegt werden wie an nichtbehinderte Kinder und so die fehlgeschlagenen Kompensationsversuche in elterliche Frustration umschlagen, während bei einer für das gesamte soziale Umfeld sichtbaren schwerwiegenderen Behinderung die Anforderungen nachsichtiger formuliert werden. Kommt zu der kognitiven Beeinträchtigung noch eine sichtbare körperliche Behinderung oder ein Funktionsausfall hinzu, steigt das Risiko weiter an. Dagegen verhält es sich bei Kindern mit Sprachbehinderung überraschender Weise umgekehrt: Nichtsprechende Kinder sind in der untersuchten Gruppe gegenüber Kindern mit sprachlichen Defiziten deutlich unterrepräsentiert (ebd.). Hieraus läßt sich zwar nicht eindeutig de

duzieren, daß gänzlich fehlende verbale Sprache einen geringeren Einfluß auf die Mißhandlungsdynamik hat als Sprachstörungen im allgemeinen, dennoch scheint eine beeinträchtigte und fehlgeleitete Kommunikation, die maßgeblich durch die Sprachbehinderung des Kindes ausgelöst wurde und auf überforderte Eltern trifft, zur Gefährdung des Kindes beizutragen. Der Verdacht, daß die Aufdeckungsquote bei nichtsprechenden Kindern einfach geringer sein könnte, wird in diesem Zusammenhang jedoch vernachlässigt. Die Korrelation zwischen Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten und Schwere der Mißhandlung erscheint dagegen plausibler (ebd.). Des weiteren zeichneten sich unter 60% der untersuchten Kinder ganz konkrete Verhaltensweisen ab: Stereotypen, Eßprobleme, selbstverletzendes Verhalten und „schwieriges“ Temperament, wobei auch hier zwischen Ursache und mögliche Folge der Mißhandlung nicht differenziert wird.

Die einzige bundesdeutsche Untersuchung, die das Mißhandlungsrisiko von geistig beeinträchtigten Kindern in den Mittelpunkt rückt, stammt aus den 60er Jahren. PAUL (1967) wertete die medizinische und soziale Anamnese von 1500 Kindern an der Heilpädagogischen Abteilung der Universitätskinderklinik Erlangen aus. Neben einem Todesfall erfüllten fast alle aufgedeckten Fälle mindestens einen der Tatbestände des

- § 170d StGB Verletzung der Fürsorge und Erziehungspflicht;
- § 221 StGB Aussetzung;
- § 223d StGB Mißhandlung;
- § 224-226 StGB Körperverletzung.

Die Gewalt äußerte sich in einer das Gewohnheitsrecht der Eltern überschreitenden körperlichen Züchtigung, seelischen Grausamkeiten und Vernachlässigung. Bereits auf die besondere Opfergruppe hinweisend, wurden darüber hinaus Aussetzung, Einsperrung und die Verweigerung elementarer lebenserhaltender und entwicklungsfördernder Leistungen mit gesundheits- und entwicklungsschädigenden Folgen beobachtet (ebd., 203). Somit kam in den meisten Fällen zu der primären Behinderung noch eine durch die Mißhandlung hervorgerufene gesundheitliche Schädigung hinzu.

Im Gegensatz zur Mißhandlungsforschung an nichtbehinderten Kindern, die Ursachen und Auslöser in der sozialen Situation der Familie ausmacht und dabei soziale Auffälligkeiten, sozio-ökonomische Belastungen, psychische Erkrankungen, Suchtprobleme und eine akute Krisensituation zu erurieren sucht, orientiert sich PAUL nur hintergründig am „System Familie“. Anlaß für diese nur sekundäre Exploration ist die Feststellung, daß die übliche Erwartung einer „normalen kindlichen Opferpersönlichkeit“ und einem „gestörten Erwachsenentäter“ hier umgekehrt ist (ebd., 202): Keines der Elternpaare zeigt soziale Auffälligkeiten oder psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit, die

sozialen Verhältnisse gelten als gesichert. Statt dessen scheinen die kindlichen Entwicklungsverzögerungen deutliche Krisenmomente zu liefern. Als Schlüsselreize werden vor allem sechs - die Behinderung begleitende - Spezifika herausgestellt, die damit die Liste der Risikofaktoren auf 20 Merkmale erweitern:

- (15) Bis ins Jugendalter verlängerte ständige Hilfsbedürftigkeit und Wehrlosigkeit;
- (16) Die aus einem hirnorganischen Psychosyndrom resultierenden nonkonformen Verhaltensweisen und Leistungsmängel;
- (17) Über einen langen Zeitraum anhaltende Belastungen durch nächtliches Schreien, Essens- und Fütterungsschwierigkeiten;
- (18) Gehunvermögen und -schwierigkeiten;
- (19) Einnässen und Einkoten;
- (20) Verstörung über das Ausbleiben einer altersgemäßen Entwicklung im kognitiven, motorischen und sozialen Bereich.

BENEDICT et al. (1990) zählen noch weitere Merkmale hinzu:

- (21) Hörbehinderung;
- (22) Abhängigkeit von täglicher Medikation;
- (23) Orthopädische Deformität.

Wie hoch die einzelnen Merkmale mit dem tatsächlichen Mißhandlungsrisiko korrelieren, divergiert von Stichprobe zu Stichprobe. BENEDICT/WULFF/WHITE (1992) beurteilen beispielsweise die Höhe des familiären Stresses, der auf das Handicap des Kindes zurückzuführen ist, als *Gesamtfaktor*, während BENEDICT et al. (1990) in einer Studie explizit auf *einzelne* hohe Korrelate, wie z. B. die Abhängigkeit von Mundfütterung, hinweisen.

Mit der Zusammenstellung der unterschiedlichen Risikofaktoren (1) - (23) werden nicht nur bloße Merkmale benannt, sondern *sensible* Bereiche definiert. Es läßt sich aufgrund der vorliegenden Untersuchungsergebnisse durchaus vermuten, daß Merkmale wie „fehlende Darmkontrolle“, „Fütterungsschwierigkeiten“, „Hörbeeinträchtigungen“ zu Angriffsflächen werden, die sich in der Lokalisation der Verletzungen niederschlagen: z. B. Hämatome im Gesäßbereich, Schlucklähmungen nach gewaltsamen Fütterungsversuchen, Monokelhämatome infolge Schlägen auf die Ohren. Dieser Zusammenhang zwischen Art und Lokalisation der Verletzung und der Behinderungsform wurde bisher jedoch noch nicht exploriert. Selbst Erhebungen an nichtbehinderten Kindern differenzieren nur ungenau zwischen Kopf und Thorax und fassen selbst so wichtige Bereiche wie Intimbereich/Gesäßbereich/Extremitäten zusammen (vgl. STUMPF, 1995, 37). Ob beispielsweise der Kopf von geistig behinderten Kinder überproportional

häufig von Verletzungen betroffen ist, weil in den Augen der Eltern an ihm das nicht norm- und leistungsgerechte „Funktionieren“ manifest wird, kann durch Statistiken kaum belegt werden. Als gesichert gilt lediglich, daß bei etwa jedem 3. Kind der Kopf zur Angriffsfläche wird (vgl. TRUBE-BECKER 1987; STUMPF 1995, 37). In diesem Kontext können PAULs (1967) exemplarisch vorgestellten Fälle, die typische Schädelknochenverletzungen durch Aufschlagen des Hinterkopfes an einer Tischkante sowie Kopfläsionen durch Autoaggressionshandlungen beschreiben, nur als Hinweis gewertet werden. Studien, die die Häufigkeit *bestimmter Verletzungsarten* untersuchen, können ebenfalls nur bedingt herangezogen werden: Sie demonstrieren zwar eine abweichende statistische Verteilung von Schädel- und Knochenfrakturen bei geistigbehinderten Kindern, differenzieren jedoch nicht zwischen Frakturen im Kopf- bzw. Gesichtsbereich und Frakturen im Bereich Thorax und Extremitäten (vgl. STUMPF 1995, 36ff; BENEDICT et al. 1990, 210; TRUBE-BECKER 1987, 44ff). Auch läßt sich aus den vorliegenden Statistiken nicht entnehmen, ob generell andere Körperstellen betroffen sind oder sogar andere Hilfsmittel verwendet werden. Signifikant bei Kindern mit geistiger Beeinträchtigung ist nur die quantitative Verschiebung in puncto *Haut- und Bindegewebeverletzungen* und *Schädel- und Knochenfrakturen*. Beträgt der prozentuale Anteil von äußerlich sichtbaren Verletzungen wie Schnitte, Quetschungen, Hämatome und Striemen bei nichtbehinderten Kindern fast 50%, reduziert er sich bei geistig behinderten Kindern auf fast 30%. Hingegen steigt der Anteil der Schädel- und Knochenfrakturen von 6% bei nichtbehinderten auf 24% bei geistig behinderten Kindern sprunghaft an.

Zusammenfassend läßt sich herausstellen, daß die Mißhandlungsdynamik in Familien mit einem geistig behinderten Kind dahingehend verschoben wird, daß der *Täterpersönlichkeit weniger Auffälligkeiten* und der *Opferpersönlichkeit mehr Auslöser* zugeschrieben werden. Das Tri-Set aus Elternvariablen, kindlichen Charakteristika und sozialen Bedingungen ist somit zu ungunsten des Opfers aus dem Gleichgewicht gebracht. Die Behinderung des Kindes steht als Synonym für „*Dauerbelastung*“ (PAUL 1967, 204) und „*Dauerstreß*“ (BENEDICT/WULFF/WHITE 1992) im Zentrum der Mißhandlungsanamnese, aus der es nur zwei Auswege geben kann, wenn nicht die Kumulation der Mißerfolgserlebnisse auf anderen Interaktionsebenen abgebaut wird: zum einen Hemmung des Abwehrmechanismus und Flucht, d. h. ein „*Sich-Totstellen*“ gegenüber der unerträglichen Situation, zum andern Aggression und Angriff und damit die Tendenz zum „*Totmachen*“ (PAUL 1967, 204; WOLFENBERGER 1991). Mißhandlung wird demnach als *Fehladaptation* beschrieben, die durch folgende vier Faktoren manifest wird (vgl. KEMPE/KEMPE 1980, 37):

Faktoren der familialen Fehladaptation (nach KEMPE/KEMPE, 1980)

<p>Summation der Erziehungsschwierigkeiten</p> <p>1</p>	<p>Elterliche Erfahrung mit emotionaler oder physischer Deprivation</p> <p>2</p>
<p>Kind wird als nicht liebenswert oder enttäuschend empfunden</p> <p>3</p>	<p>Soziale Krisensituation, in der keine "Signalleine" zu Quellen des Beistands vorhanden ist</p> <p>4</p>

Abb. 2.3.2.1

Bestätigung darüber, daß Kinder mit Behinderungen - darunter maßgeblich mit kognitiven Beeinträchtigungen - überproportional häufig von Mißhandlung betroffen sind, findet man nicht nur durch die Analyse der beschriebenen Risikofaktoren, sondern auch durch die epidemiologischen Erhebungen von SCHREIBER (1971 zit. nach ENGFER 1986, 35) GIL (1970, ebd.), SMITH (1975, ebd.) sowie von STUMPF (1995, 30). Die Prävalenzen schwanken zwischen 14 und 22,2% (sic!).

Abb. 2.3.2.2 zeigt eine Übersicht der Spezifika der Gewalt gegen Kinder mit geistiger Behinderung und macht gleichzeitig das Forschungsdefizit deutlich, wie wenig über die Mißhandlungsdynamik bei diesem Personenkreis bekannt ist. Die Übersicht ist daher absichtlich unvollständig.

Überhaupt nicht empirisch geklärt ist die Interdependenz von Mißhandlung und selbstverletzendem Verhalten. Breite epidemiologische Studien zur Prävalenz und Dynamik von selbstverletzenden Verhalten (HAVEMAN/BROOK, 1992; NISSEN/HAVEMAN, 1997), sind nur aus den Niederlanden bekannt. Weder die Autoaggressions- noch die Mißhandlungsforschung nähern sich der Fragestellung, a) in welchem Maße Selbstverletzung bei behinderten Kindern auf Mißhandlung folgt und damit zum Indikator wird oder aber umgekehrt b) inwiefern sich Eltern durch die Selbstmutilation provoziert bzw. ausgeliefert fühlen und beginnen, Gewalt oder Zwang auszuüben, um das unerwünschte Verhalten zu unterdrücken. Während die Mißhandlungsforschung aus ihrer Perspektive sehr wohl auf die erhöhte Aggressionsbereitschaft bei Kindern als Folge der erlebten Gewalt aufmerksam macht (ENGFER 1986, 118ff) zieht die Aggressionsforschung aus ihrer Sicht die Gewalterfahrungen im Rahmen der Störungsgenese nur am Rande in Betracht. Grundlegende Arbeiten, die sich mit Theorien zur Entstehung und Aufrechterhaltung selbstverletzenden Verhaltens be-

schäftigen, greifen in der Darstellung von Auftreten, Form und Ausmaß der Selbstverletzung vorrangig auf

- Selbststimulationshypothesen,
- organische Bedingungsfaktoren,
- tiefenpsychologische Erklärungsversuche,
- kommunikationstheoretische Ansätze,
- in breitem Umfang lernpsychologische Begründungen
- und das entwicklungspsychologische Verständnis

zurück, ohne dabei einen Kontext familiärer Gewalt zu konkretisieren (vgl. BREZOVSKY, 1985; ROHMANN/HARTMANN, 1988; JANTZEN/VON SALZEN, 1990; KLAUSS, 1995). Selbstverletzung hat hier vorrangig *Protestcharakter*, ist *Fluchtmittel* oder *Meidungsverhalten*, übt *Reizkontrolle* aus, dient der *Kontaktaufnahme* und fordert *Zuwendung*. Nachrangig dagegen ist der Einbezug des „battered child syndrome“ in die systemische Ursachenforschung. Egal, ob im materialistischen Ansatz Autoaggression als Bewältigungs- oder Adaptionsversuch des Individuums zur Wiedergewinnung der Realitätskontrolle oder in der Transaktionstheorie mechanistisch als fehlgeleiteter „*Aneignungsprozeß*“ der Umwelt gesehen wird (vgl. JANTZEN/VON SALZEN 1990, 5ff): eine potentielle Mißhandlungsdynamik tritt hinter die Sichtweise von Autoaggressivität als *sinnvolle Tätigkeit* einer *perzeptiven* Psyche zurück. Lediglich GREEN (1978 zit. nach JANTZEN/VON SALZEN, 55) offenbart, daß mißhandelte Kinder ihre eigene Geschichte der Autoaggression erzählen und führt zugleich den Nachweis, daß sie wesentlich häufiger durch selbstverletzendes Verhalten auffällig werden als andere Kinder. Dabei sind seine Ergebnisse eklatant: Rund 40% der mißhandelten Kinder seiner Studie zeigten selbstverletzendes Verhalten, vernachlässigte Kinder immerhin 17%, aber nur 7% der nicht mißhandelten Kinder (ebd., 54). Trotz dieses alarmierenden Fazits wird das Auftreten von Autoaggressionen nicht als Indikator für Mißhandlung oder Vernachlässigung gewertet. Nimmt man „geistige Behinderung“ als weiteren Parameter hinzu und sucht nach Anhaltspunkten für einen Zusammenhang zwischen Mißhandlung und dem Auftreten von selbstverletzendem Verhalten, findet sich keine einzige quantitative Studie. Lediglich Einzelfalldarstellungen weisen auf die Thematik hin. PAUL (1967, 202) vermutet, daß mißhandelte Kinder mit geistiger Behinderung ihre autoaggressiven Handlungen bevorzugt gegen den Kopf richten. ANDERSON/HUDSON (1976 zit. nach TRUBE-BECKER 1987, 20) betonen Bißwunden an den Unterarmen zur Dämpfung von Schmerzen. Statt Mißhandlung wird bei behinderten Kindern eher *Deprivation* in einen engen Kontext zur Autoaggression gesetzt. Ein ursächlicher Zusammenhang wird beispielsweise von CAROLL (1980 zit. nach JANTZEN/VON SALZEN, 1990) angenommen.

Übersicht: Gewalt gegen Kinder mit geistiger Behinderung

Risikomerkmale	Formen der Gewalt	Erschwernisse der Aufdeckung	Geistige Behinderung als Folge
unerfüllte Erwartungen hinsichtlich kognitiver, sozialer motorischer und emotionaler Entwicklung des Kindes; „falsches“ Aussehen	<i>Sonderformen:</i> Münchhausen-by-proxy-Syndrom; sensorische und emotionale Deprivation	kaum „Selbstmelder“ durch fehlende Kommunikationsmöglichkeiten bei Nichtsprechenden; fehlende Glaubwürdigkeit	Schütteltrauma
Aufmerksamkeitsstörungen	Körperliches Strafen („Züchtigen“) durch Schläge gegen Kopf, Thorax und Extremitäten	fehlende Autonomie: Kind kann sich Angriff nicht entziehen	Unterernährung in sensiblen Wachstumsphasen Fehlmedikation
Eß- und Trinkschwierigkeiten	Schlagen mit Gegenständen	Verletzungen werden Autoaggressionen zugeschrieben	Schädel-Hirn-Trauma
Hospitalisierung	Schütteln	Sondenernährung	Verabreichung von Alkohol als Schlafmittel
gestörte Sensorik	Verbrennen (Zigaretten, heißes Wasser etc.)	Frakturen werden Knochenbrüchigkeit zugerechnet	...
intensive Pflege	Gezielte Strafmaßnahmen in Form von: Einsperren (auch ohne Licht), Festbinden, Stehen lassen, an den Armen Aufhängen, Frieren lassen	Unterernährung durch Stoffwechselstörungen erklärt	...
„schwieriges“ Temperament	...	...	...
Auto- und Fremdaggression	...	...	...
Sprachbehinderung	...	...	...
Kind bedarf permanenter Aufsicht	...	...	...
Kind kann sich nicht selbst beschäftigen	...	...	...
strenger Therapie- und Eßplan	...	...	...
erheblich eingeschränkte Fähigkeit zur Selbstversorgung	...	...	...
Hirnorganisches Psychosyndrom	...	...	...
Dysphorische Kinder	...	...	...
Dysrhythmische Kinder	...	...	...
Einnässen/ Einkoten	...	...	...
Gehunvermögen	...	...	...
Entstellung/ Deformität	...	...	...
Hörbehinderung	...	...	...
...

Abb.: 2.3.2.2

Resümierend kann festgehalten werden, daß die besondere Problematik der kindlichen Gewalterfahrung, sei es durch schmerzhafte Bestrafung oder zerstörerische Angriffe, in der Autoaggressionsforschung nur unzureichend behandelt wird. Theorien zur Klärung der Ursachen fixieren das Entstehen von Autoaggression an demjenigen Punkt, an dem sie mit den ersten Objektbeziehungen zusammenfallen und damit „eine spezifische Form der Aufnahme von Beziehungen zur objektiven Welt unter Bedingungen der Isolation“ darstellen

(JANTZEN/VON SALZEN, 1990, 48). Natürlich treffen die drei Dimensionen selbstverletzenden Verhaltens

- entwicklungslogische Antwortreaktion auf eine isolierende Lebensrealität,
- Ausgleich für soziale Interaktions- und Kommunikationsdefizite,
- neuropsychologische Tätigkeit (FEUSER 1980, ebd.),

auch auf Kinder mit Gewalterfahrungen zu, ja sie beschreiben sogar verkläusult die Komponente der strukturellen Gewalt, indem sie von einer isolierenden, d. h. deprivierenden Umwelt, dem Fehlen adäquater Kommunikationsmuster und spezifischen neuropsychologischen Verarbeitungsmodalitäten unter extremen Bedingungen sprechen. Und dennoch wird der Anteil der Gewalt im Rahmen der Entstehung selbstverletzenden Verhaltens empirisch nicht hinreichend exploriert.

3. **UNTERSUCHUNGSDESIGN**

3.1 **Die Institution als Lebensraum**

Seit BRONFENBRENNER (1978) in den siebziger Jahren die ökologische Konzeption einer *Entwicklung im Kontext* vorschlug und ein Schema beschrieb, mit dem die verschiedenen Lebensräume eines Individuums und seine Interaktionsstrukturen systematisch analysiert werden konnten (1981), gilt dieses theoretische Modell auch für die Heil- und Sonderpädagogik als neue pädagogisch-ökologische Perspektive zur Erfassung entwicklungsrelevanter Umwelten des Menschen. Innerhalb der Pädagogik gilt er als einzig konsequenter systemtheoretischer Entwurf, der zwischen entwicklungspsychologischen Ansätzen einerseits und Sozialisationsforschung andererseits vermittelt: Er geht zum einen über die traditionelle Entwicklungspsychologie hinaus, die den äußeren Lebensbedingungen eines Menschen lediglich hemmende oder beschleunigende Wirkung für die ansonsten universell ablaufenden Entwicklungsschritte zugesteht, zum andern betont er stärker die subjektiven Prozesse des Menschen, die im Rahmen der Sozialisationsforschung zugunsten der Wirkung äußerer Bedingungen bisher vernachlässigt wurden.

3.1.1 **Die systemisch-ökologische Sichtweise nach BRONFENBRENNER**

Seitdem der Mensch nicht mehr als selbstregulierendes System, das mit beliebigen äußeren Reizen fertig wird, aufgefaßt wird, erhalten die menschlichen Ökosysteme immer größere Bedeutung (OERTER, 1998, 84ff). Sie umfassen mehr als biologische Lebensbedingungen: eine räumlich-materielle Dimension (Häuser, Möbel, Werkzeuge etc.), eine soziale Dimension des Zusammenlebens (implizite und explizite Handlungsvorschriften etc.) und eine kulturelle Dimension (Einrichtungen, die für die menschliche Entwicklung vorgesehen sind, wie Familie und Schule). Das Individuum agiert mit sozialen PartnerInnen, mit sozialen Gruppen und dem gesellschaftlichen System. Erst das Ökosystem gewährleistet die biologische und psychosoziale Entwicklung, dabei wechseln die Umwelten im Laufe des Lebens nicht nur beträchtlich, sondern es kommen durch den Eintritt ins Berufsleben oder die Gründung einer Familien neue dazu (ebd.). Dabei ist es nicht unerheblich, in welchen Lebensräumen man agiert oder ob sich die Handlungsmöglichkeiten - beispielsweise durch Abnahme der Lebensräume im Alter - einengen. Bei Menschen mit geistiger Behinderung und ihrer hohen Institutionsabhängigkeit ist von generell eingeeengten und einer reduzierten Anzahl der Lebensräume auszugehen. Ihnen bleiben zum größten Teil Lebensräume wie

Berufsleben, Familiengründung und Eigenwohnung verschlossen. Altersabhängige Lebensräume sind gegenüber nichtbehinderten Personen deutlich reduziert. Während im Kindes- und Jugendalter viele nahezu gleichberechtigte Instanzen sozialisierende und entwicklungsfördernde Aufgaben übernehmen (Familie, Schule, Peer-groups, Vereine, später Ausbildungsstätte und Berufsschule), kann es bei geistig behinderten Kindern im Extremfall nur eine einzige (sic!) Institution sein, die zwar unterschiedliche Lebensräume anbietet (Schule und Heim), aber alles „unter einem Dach“ verwirklicht. Auch wenn in der Adoleszenz die Möglichkeit zur Arbeit in einer Werkstatt für Behinderte offensteht, sind Handlungsmöglichkeiten begrenzt. Der Großteil der Beschäftigten verbleibt bis zum Ruhestand in ein- und derselben Einrichtung, ein Wechsel in andere Einrichtungen bietet durch die ähnliche, fast „gleichgeschaltete“, Konzeption aller Werkstätten keine wirkliche Vielfalt der Arbeitsfelder. Daneben wird in der Regel keine Ausbildung oder Weiterqualifizierung angeboten. Die Diffusion zum allgemeinen Arbeitsmarkt ist gering. Es sind eher isolierte Arbeitsstätten, aus denen die Beschäftigten tagtäglich in die Wohnheime bzw. Familie zurückkehren, ohne sich über die Arbeit weiterführende Räume erschlossen zu haben. Aber es sind nicht nur die quantitativen Unterschiede der Lebensräume, die im Vergleich zu nichtbehinderten Menschen im Agitationsradius kleiner ausfallen, sondern auch die qualitativen: Die beiden größten Lebensräume von Menschen mit geistiger Behinderung (Wohnstätte und Werkstatt für Behinderte) sind in hohem Maße institutionalisiert. Mit zunehmendem Grad der Institutionalisierung nimmt die Zahl der Handlungsmöglichkeiten ab (JANTZEN, 1993, 35ff). Das bedeutet für unseren Personenkreis, daß intra-institutionelle Interaktion primär auf die dort lebenden und beschäftigten Personen als InteraktionspartnerInnen beschränkt ist, und sekundär auf diejenigen sozialen Gruppen, zu denen die Institution den Kontakt vermittelt. Es spielt also sowohl die Durchlässigkeit der Einrichtung nach außen als auch die individuelle Mobilität der Betroffenen eine Rolle. Mobilität meint hier nicht nur die bloße motorische Kompetenz, verschiedene Ort aufzusuchen, sondern auch die Voraussetzungen, die entweder die Einrichtung in Form von Hilfsmitteln und/oder Begleitung zur Verfügung stellt oder über das Individuum im kognitiven, affektiv-sozialen und Wahrnehmungsbereich verfügt (STÖPPLER, 1999, 26ff). Ist die Mobilität gering, sind Menschen mit geistiger Behinderung gezwungen, sich ihr soziales Netzwerk ausschließlich in diesen beiden Institutionen aufzubauen. Bleiben diese Lebensorte über einen langen Zeitraum konstant und berücksichtigt man, daß Institutionen einem eher langsamen sozialen Wandel unterliegen, so agieren sie u. U. lebenslang in einer sich nur marginal verändernden Umwelt. Da aber BRONFENBRENNER (1981) menschliche Entwicklung als das sich verändernde Individuum in einer sich wandelnden Umwelt begreift, ist die Entwicklung institutionalisierter Personen eng an die eingeschränkten Wandlungsoptionen der betreuenden Einrichtung geknüpft. Folgt man der Theorie LEWINS (1946), der die Individualentwicklung auf dem Hintergrund der Ausdifferenzierung des Lebensraums sieht, wäre

die Wirkung eines „Ein-Institutionen-Lebens“ noch restringierender: Das verhinderte Sich-Fortbewegen von einer Region in eine andere und die fehlende Zunahme der Regionen mit fortschreitendem Alter bzw. Entwicklung, die LEWIN zur nahezu unabdingbaren Grundlage menschlicher Entwicklung macht, würden für die Individualentwicklung geistig behinderter Personen in Institutionen Stagnation, wenn nicht sogar Regression bedeuten. An dieser Stelle ist anzumerken, daß hier nicht von Verhinderung von Entwicklung im Sinne des Hospitalismus- bzw. Deprivationssyndrom gesprochen wird, sondern die Folgen der Institutionalisierung für das Individuum aus ökologischer Perspektive abgeschätzt werden. Nicht das Fehlen einer kontinuierlichen und verlässlichen Beziehung zu einer Bezugsperson steht im Mittelpunkt des Interesses, sondern die Einschränkungen, die das Individuum in seinem *Handeln* hinnehmen muß.

Der auf die Schüler LEWINS, BARKER und WRIGHT (1954), zurückgehende Begriff des Settings wird auch von BRONFENBRENNER (1977) aufgegriffen. Ort, Zeit, physikalische Umstände, Aktivität und TeilnehmerInnen sowie ihre Rollen bilden die Elemente eines Settings. Entwicklungsniveau und Verhalten eines Individuums werden auf dem Hintergrund des Settings bestimmt. Wechselt das Setting, beispielsweise zwischen Schule und Werkstatt, wechseln auch die Verhaltensmuster. Damit kann aber ein Wechsel hin zu stereotypen Verhaltensweisen verbunden sein, der keinen qualitativen Entwicklungsfortschritt beinhaltet. Natürlich kann dieser Wechsel für die Persönlichkeitsentwicklung bedeutend sein, weil die (neue) Rolle als Arbeitnehmer bzw. Arbeitnehmerin eingenommen wird. Bleiben aber die Anforderungen gering oder werden stereotyp verlangt, ist das Setting wenig entwicklungsfördernd. Ähnliches gilt für Settings, die einen Menschen mit geistiger Behinderung immer *gleichbleibend agieren* lassen. Die Person handelt zwar in sehr unterschiedlichen Settings (z. B. Wohnheim, Werkstatt, Freizeitclub), der Umgang mit diesen im Hinblick auf das von ihr erwartete Verhalten im Rahmen einer *institutionell determinierten Interaktion* ist relativ konstant. So bietet die Umwelt weniger Anreize zur individuellen Entwicklung, als wenn die Person analog der Vielfalt ihrer Settings mit immer unterschiedlichen Handlungsmustern konfrontiert würde. Aber gerade der Umgang mit geistig behinderten Menschen wird immer wieder als vorhersehbar und festgeschrieben kritisiert (JANTZEN, 1993).

BRONFENBRENNER (1979) beschreibt die menschliche Entwicklung anhand der Darstellung ihres systemischen Kontextbezuges. Grundlage bilden vier ökologische Systeme, die ineinander verschachtelt sind und sich wechselseitig beeinflussen. Innerhalb eines Systems bestimmen wiederum Settings das Wirkungsgefüge. Vom Mikrosystem ausgehend, ist jedes folgende System größer und umfassender. Auf den Personenkreis geistig behinderter Erwachsener in Wohnstätten bezogen, konstituieren sich die ökologischen Systeme etwa folgendermaßen (vgl. auch Abb. 3.1.1.1):

Systemisch-ökologisches Modell für Erwachsene in Wohneinrichtungen für Menschen mit einer geistigen Behinderung (nach BRONFENBRENNER, 1979)

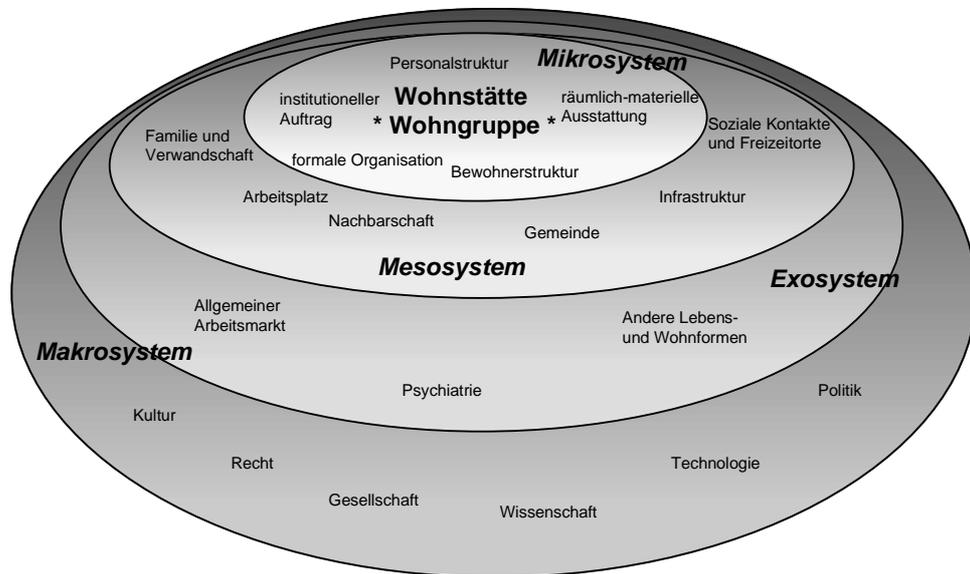


Abb. 3.1.1.1

Das *Mikrosystem* ist das unmittelbare System, in dem das Individuum lebt. Im Gegensatz zu dem Mikrosystem Familie handelt es sich bei einer Wohngruppe oder Wohnstätte um ein größeres soziales Gebilde. Nicht die klassische Triade Vater-Mutter-Kind ist Grundlage des Settings, sondern eine Mehrpersonen-Einheit, die wiederum dyadisch (und das in mehrere Richtungen!) strukturiert ist: Die Dyade „BewohnerIn und Bezugsperson“, die Dyade „BewohnerIn und MitbewohnerIn“ (beim Zwei-Bett-Zimmer), und die Dyade „BewohnerIn“ (zusammen mit den übrigen Mitgliedern einer Wohneinheit) und das für die Wohngruppe verfügbare „Betreuungspersonal“. Das Mikrosystem ist an konkrete Settings gebunden, d. h., bestimmte Personen handeln in einer bestimmten räumlich-materiellen Umwelt.

Das *Mesosystem* besteht aus mehreren Settings, denen die Person angehört. Das Mesosystem bildet sich ausschließlich aus den Wechselbeziehungen dieser Settings, beschreibt also ein Wirkungsgefüge. Das Mesosystem von BewohnerInnen kann sich beispielsweise aus Interdependenzen ihrer Rolle gegenüber der betreuenden Institution (und ihren Leitnormen), ihrer Rolle als Beschäftigte einer Werkstatt für Behinderte und Gemeindekontakten zusammensetzen. Die wechselseitige Einflußnahme kann sowohl durch Widersprüche als auch gegenseitige Unterstützung gekennzeichnet sein.

Das *Exosystem* kann ein oder mehrere Settings umfassen, denen das Individuum nicht unmittelbar angehört, die aber trotzdem seine Entwicklung beeinflussen oder umgekehrt vom Individuum beeinflusst werden. Das Exosystem für Mitglieder einer Wohnstätte kann sehr unterschiedliche Settings haben: Für manche BewohnerInnen kann es die Psychiatrie sein, in der sie von Zeit zu Zeit untergebracht werden, und ihr Verhalten (z. B. Angst) bestimmen können. Für andere ist es die Außenwohngruppe, in der sie in Zukunft leben möchten und für die sie konsequent lebenspraktische Fertigkeiten einüben. Wiederum andere warten als Noch-Beschäftigte einer Werkstatt für Behinderte auf den Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt, der somit als Exosystem auf sie einwirkt.

Das *Makrosystem* ist leitend für Einstellungen und Ideologien. Es bildet die Ebene der Gesamtkultur und bringt in den Mikro-, Meso- und Exosystemen die entsprechenden Werthaltungen zum Ausdruck. Es ist die Wirkung von Normen und Werten aus Kultur, Wirtschaft, Politik, Recht, Wissenschaft und Technologie, die sich in den Systemen niedrigerer Ordnung bemerkbar macht. Ein gutes Beispiel für die weitreichende Wirkung des Makrosystems ist die Rechtsprechung im Fall der Kölner Wohnstätte (OLG Köln v. 19.11.1998): Laut Gerichtsurteil ist den BewohnerInnen der betreffenden Wohnstätte der Aufenthalt im Garten nur noch nach einem dezidierten Zeitplan gestattet. Die „anormalen“ Lautäußerungen der Menschen hatten die Nachbarn verärgert. Hier hat also eine gesellschaftliche diskriminierende Einstellung gegenüber Menschen mit einer geistigen Behinderung - die sich im rechtlichen Urteil eines Verwaltungsgerichts niederschlägt - ganz konkrete Auswirkung durch alle Untersysteme hindurch bis hin zum Mikrosystem: Der Garten darf mittags und abends sowie an Sonn- und Feiertagen nur eingeschränkt oder gar nicht genutzt werden.

Gegenstand der hier vorliegenden Untersuchung ist quasi ein *Ausschnitt* aus dem komplexen System der verschiedenen Umweltebenen, nämlich dem des Mikrosystems „Wohngruppe“ (siehe Abb. 3.1.1.2). Auch hier stehen alle Beteiligten in wechselseitiger Beziehung zueinander; sie *handeln im System*. Demnach die Wohngruppe als Mikrosystem zu betrachten, stellt die Koinzidenz der einzelnen Faktoren auf Mitarbeiter- und Bewohnerseite in den Mittelpunkt. Bezugsperson und BewohnerIn treffen in einem Agitationsraum aufeinander, in dem sich fünf Merkmalskomplexe vor dem Hintergrund der sichtbaren (und meist offiziellen) Rahmenbedingungen, wie institutioneller Auftrag, Personalstruktur, räumlich materielle Ausstattung, formale Organisation des Tagesablaufs sowie Therapie- und Förderangebot, abheben: Es sind auf seiten des Betreuungspersonals die Arbeitsbelastungen (1) und das Selbstverständnis bzw. die Rollenübernahme (2); auf seiten der BewohnerInnen Faktoren des Zusammenlebens (3) und besondere Eigenschaften (4) sowie die allgemeine Qualität der sozialen Beziehungen (5).

- (1) Zu den *Arbeitsbelastungen* zählen Arbeits(un)zufriedenheit, Burnout, Umgang mit Streß sowie Über- und Unterforderung. Aus der Pflegeforschung sind empirische Befunde bekannt, die unterschiedliche Belastungsaspekte nennen: ALBRECHT et al. (1982) sehen die Belastungen vorrangig in der Reaktionsschnelligkeit, Konzentrationsfähigkeit und Flexibilität, die die Pflegearbeit routinemäßig fordert. GÜNTHER et al. (1989) zählt Zeitdruck und physische Belastungen (Heben, Tragen etc.) zu den ausschlaggebenden Belastungsfaktoren. PRÖLL/STREICH (1984) betonen die *arbeitsinhaltenlichen* Anforderungen und *arbeitszeitlichen* Belastungen durch Wechselschichten und Wochenendarbeit. DUNKEL (1994) verfolgt einen Ansatz, der stärker den (berufs-)biographischen Hintergrund und die individuelle Lebensführung des Personals mit einbezieht.
- (2) Das *Selbstverständnis* und die *Rollenübernahme* werfen Fragen nach dem Paradoxon des Helfens, der Empathiefähigkeit, dem Kommunikationsverhalten und dem Umgang mit körperlicher und emotionaler Nähe auf. Verlässliche Untersuchungen stehen hier aus dem Bereich der Pflegeforschung aus Altenheimen zur Verfügung. EASTMAN (1985) beschreibt detailliert Überforderungssituationen und weist daraufhin, daß Pflegearbeit fast immer Frauenarbeit ist und ausgeübte Gewalt meistens weiblich. Das Selbstverständnis der Pflegenden sowie deren Ängste und resignierende Mechanismen der Zukunftsabwehr werden bei HARTDEGEN (1997) unter besonderer Berücksichtigung der Frustrations-Aggressions-Hypothese behandelt. RUTHEMAN (1993) analysiert die Hilflosigkeit der HelferInnen, und OVERLANDER (1994) akzentuiert Empathie und Gefühlsregulierung.
- (3) Das Thema *Zusammenleben* rückt die Strukturen von Wohngruppen und deren Regelwerk sowie die lebensgeschichtlichen Einflüsse der einzelnen Mitglieder in den Mittelpunkt. Dementsprechend sind Schutz der Privatheit, Isolationseffekte, Mitgestaltungsmöglichkeiten und die Biographie wichtige Ansatzpunkte zum Verständnis des Handelns. Wichtige Erkenntnisse liefern hier die Forschungsarbeiten von SEIFERT (1997a; 1997b), THESING (1990; 1998) und NEUMANN (1988).
- (4) Der Komplex der Bewohnereigenschaften wird beherrscht von dem Blick auf sog. Problemverhalten. Heraus sticht vor allem die durch Stereotypen und selbstverletzendes Verhalten geprägte Kommunikation (MÜHL/NEUKÄTER/SCHULZ, 1996; HETTINGER, 1996; ROHMANN/ELBING, 1998). Eine Erweiterung der Betrachtungsdimension erfährt das Problemverhalten in der Arbeit von SEIFERT (1996), die besonders die psychischen Erlebensprozesse bewußt macht. Neben der Untersuchung von Selbständigkeit und Autonomie (HAHN, 1981; HOFFMANN/KLINGMÜLLER, 1994) sind es vor allem die sprachlichen und sozialen Kompetenzen der BewohnerInnen, die speziell in ihrem Einfluß auf die Interaktion mit dem Betreuungspersonal analysiert werden müssen. Umfassende empirische Studien für den Personenkreis geistig behinderter Menschen liegen jedoch noch nicht vor. Zum Bereich Sprache und Pflege liegen nur Ansätze aus dem Bereich der Alten- und Pflegearbeit vor (ZEGELIN, 1997).

- (5) Der fünfte und letzte Bereich ist schließlich derjenige, den der hier vorliegende Untersuchungsansatz näher beleuchten will: die Qualität der sozialen Beziehungen - insbesondere das Konflikt- und Gewaltverständnis der miteinander agierenden BewohnerInnen und MitarbeiterInnen. Zur Pflege- und Betreuungsideologie sind es vor allem die Überlegungen THEUNISSENS (1993; 1995; 1997) zum „heimlichen Betreuungskonzept“ und der asymmetrisch verteilten Macht in Institutionen, die hier hypothesenbildend gewirkt haben. Die für die Untersuchung von Gewalt und Aggression unabdingbare Perzeption von Kommunikationsritualen zwischen BewohnerInnen und Personal, der Klärung des heiminternen Regelsystems und moralischen Kodex sowie der Wertschätzung, die sich die konfligierenden Parteien entgegenbringen, wurde bisher jedoch noch nicht betrachtet.

Umweltausschnitt: Interaktion der "Bezugspare" (Betreuer-Bewohner) im sozialen Gebilde "Wohngruppe"

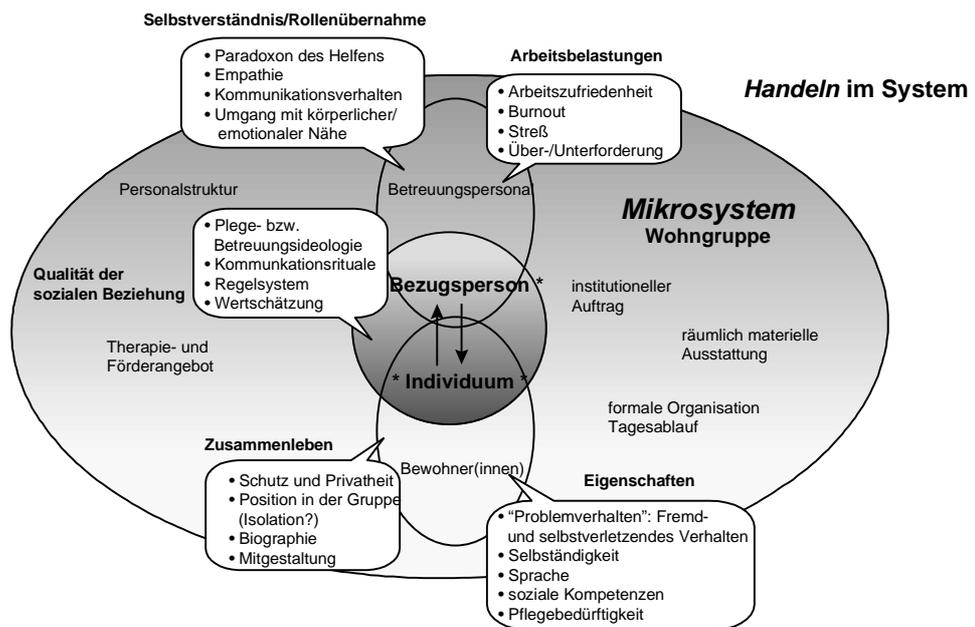


Abb.: 3.1.1.2

Der hier beschriebene Untersuchungsgegenstand ist also ein artifizell erzeugtes, engstes Interaktionssystem zwischen einer nahen professionellen Bezugsperson und dem institutionell betreuten, abhängigen Individuum. Es zeichnet sich dadurch aus, daß die Bezugsperson RepräsentantIn der Ein-

richtung ist und neben der individuellen Hilfeleistung immer auch Kontrolle ausübt, indem über die persönliche Zuwendung hinaus die Einhaltung vorgegebener Regeln und Normen überwacht wird und die Ordnung der Institution aufrechterhalten bleibt (NEUMANN, 1988, 123). Auf der anderen Seite perzerpiert die BewohnerIn die professionelle Ausgestaltung dieses Beziehungs- und Versorgungsauftrags, der eben auch von Kontrolle und Reglementierung begleitet wird. BewohnerInnen werden aber umso mehr Wünsche nach Nähe, Zugehörigkeit, Freundschaft aussprechen und auch einfordern, je größer die Bedeutung dieser Beziehung für sie selbst ist. Bei gleichzeitigem Wegfall familiärer oder arbeitsplatzbezogener Interaktionssysteme kann die Position der BezugsbetreuerIn für die Herstellung und Aufrechterhaltung befriedigender sozialer Beziehungen zur absoluten „Schaltstelle“ werden.

3.1.2 Strukturmerkmale der Einrichtungen

Die insgesamt sieben an dieser Studie beteiligten Einrichtungen bieten Heimplätze ausschließlich für ein und denselben Personenkreis: erwachsene Menschen mit einer geistigen Behinderung. Der Anteil der Menschen mit einer ausschließlich körperlichen Behinderung oder psychischen Erkrankung tendiert in den hier befragten Institutionen gegen Null. Der Anteil schwerstmehrfachbehinderter Menschen ist ebenfalls gering und beträgt in allen Einrichtungen weniger als 10%.

Alle Heime sind so strukturiert, daß sie Wohnplätze in Wohngruppen für acht bis zwölf BewohnerInnen bieten. Nur ein Heim hat einen Teil seiner BewohnerInnen noch stationsähnlich mit bis zu 28 Personen untergebracht, verfügt aber in einem bereits bezogenen Neubau für rund 40% der BewohnerInnen über überdurchschnittlich gute Wohnbedingungen (Einzelzimmer, räumlich-materielle Ausstattung). Die Heime unterscheiden sich ansonsten im wesentlichen in der Größe, im Alter der Einrichtung, der Trägerschaft und in den tagesstrukturierenden Angeboten. Vier der Einrichtungen sind vollstationäre, traditionsreiche Großeinrichtungen mit über 150 BewohnerInnen; die übrigen drei Einrichtungen bieten teilstationäre Wohnplätze für höchstens 50 Personen und sind im Vergleich zu den Großinstitutionen relativ jung.

Die Großeinrichtungen zeichnen sich dadurch aus, daß sie unter dem gleichen Dach Arbeitsplätze für die BewohnerInnen anbieten, und zwar entweder in Form einer (jedoch infolge zu geringer Arbeitsplätze nicht offiziell als

solche anerkannten) Werkstatt für Behinderte oder einem sog. „Förderbereich“. Eine dieser Einrichtungen bietet darüber hinaus Arbeitsmöglichkeiten in einem zum Heim gehörenden Verkaufsladen und einem „Werkstattatelier“.

Die BewohnerInnen der kleinen Wohnheime sind ausschließlich in externen Werkstätten für Behinderte derselben Stadt oder angrenzender räumlicher Gebiete beschäftigt. Individuelle Therapie- und Förderangebote können in den Großeinrichtungen direkt im Hause in Anspruch genommen werden: Alle Großeinrichtungen verfügen über ein krankengymnastisches und ergotherapeutisches Angebot. Eine der Großeinrichtungen ermöglicht darüber hinaus ein breitgefächertes, gruppenübergreifendes Freizeitangebot. Die kleinen oder mittleren Wohnheime (bis 50 BewohnerInnen) nehmen insbesondere Krankengymnastik, Sport- und Freizeitangebote durch externe Anbieter wahr.

Auffällig ist die zwischen den Einrichtungen enorm variierende Tagesstrukturierung. Während in den kleinen Wohnstätten alle befragten UntersuchungsteilnehmerInnen eine anerkannte Werkstatt ganztags besuchen (die älteren TeilnehmerInnen teilweise mit reduzierter Stundenzahl), steht in den Großeinrichtungen nicht jeder BewohnerIn ein geeigneter Arbeitsplatz zur Verfügung. In zwei Einrichtungen kann etwa die Hälfte der Befragten nur stundenweise (z. B. zwei Nachmittage pro Woche) den Förderbereich besuchen. Außerdem sind TeilnehmerInnen an den Interviews beteiligt, denen kein Arbeitsplatz zur Verfügung steht, sondern die nur ein- bis zweimal wöchentlich für jeweils eine Stunde zur Motopädie oder Ergotherapie gehen. Die Einrichtungen, in denen nicht für jede BewohnerIn ein geeigneter Arbeits- und Förderplatz zur Verfügung steht, sind auch diejenigen, in denen ein „Mittagsschlaf“ für die erwachsenen BewohnerInnen tagesstrukturierende Funktion übernimmt. Die „tote“, beschäftigungslose Zeit zwischen 13 und 15 Uhr wird somit überbrückt und übernimmt gleichzeitig für die MitarbeiterInnen eine gewisse Entlastungsfunktion, in der sie „Pause“ machen können. In den Großeinrichtungen steht also nicht jeder BewohnerIn ein Arbeitsplatz zur Verfügung, und nur ganz wenige haben eine ganztägige Beschäftigung, z. B. in der Gärtnerei: wenn sie nur leicht geistig behindert sind und wenn sie *männlich* sind.

Eine weitere Differenz zwischen den Einrichtungen ergibt sich durch den unterschiedlich hohen Anteil von ehemaligen PsychiatriepatientInnen, die als geistig behinderte Menschen jahrzehntelang fehluntergebracht waren (vgl. THEUNISSEN 1985; SEIFERT 1994). Es sind in dieser Studie vor allem eine Großeinrichtung und ein kleines Wohnheim, die im Rahmen der Enthospitalisierungsbestrebungen überwiegend BewohnerInnen mit langjähriger Psychiatrieerfahrung ein Zuhause bieten. In diesen Einrichtungen sind *Schlüssel* immer noch sichtbar gewordenen Instrument von Macht. Die BetreuerInnen

tragen stets einen dicken Schlüsselbund bei sich, der ihnen Zugang zu allen Wohnbereichen ermöglicht. Es sind viele Türen, die ständig auf- und zugeschlossen werden müssen. Egal, wie ich mich durch die Einrichtung bewege und wieviele Türen ich passiere, es wird ständig vor mir auf- und hinter mir wieder zugeschlossen.

Das Rasseln der Schlüssel, wenn sie im Schloß herumgedreht werden, ist permanent im ganzen Haus zu hören. Hier wird alles abgeschlossen - auch ich: Als ich mich mit einer Mitarbeiterin zum Interview ins Dienstzimmer zurückziehe, schließt eine andere Mitarbeiterin uns „automatisch“ ein. Kommentar meiner Gesprächspartnerin: „Sehen’se, das ist Betriebsblindheit!“. Nicht nur die Wohngruppe an sich ist tagsüber verschlossen, so daß ein gegenseitiger Besuch der Bewohner von verschiedenen Wohngruppen verhindert wird, sondern auch innerhalb der Wohngruppe selbst sind der Waschraum und z. T. die Zimmer abgeschlossen. Die BewohnerInnen sind so gezwungen, sich in den Gemeinschaftsräumen aufzuhalten - ohne Rückzugsmöglichkeiten. Einerseits sollen auf diese Weise Diebstähle unter den BewohnerInnen verhindert werden, andererseits soll dadurch das „Gemeinschaftsgefühl“ gefördert werden.

Problematisch ist in diesem Zusammenhang vor allem der laxer Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen. In einigen Wohngruppen liegt für einige der BewohnerInnen die Genehmigung zur Freiheitsentziehung vor. Wohngruppen- und Haustür sind deshalb ständig abgeschlossen. Jedoch ist dadurch die gesamte Gruppe quasi geschlossen untergebracht (vgl. auch Kap. 5.3.2 „Mitgehangen, mitgefangen!“ und Kap. 5.5.4.4 „Das ist ja wie Knast!“ zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen) In anderen Gruppen wiederum sind alle BewohnerInnen per Gerichtsbeschuß geschlossen untergebracht. Aber daß einzelne Bereiche der Wohngruppe oder sogar die eigenen Zimmer verschlossen bleiben und sich die BewohnerInnen innerhalb des Hauses nicht frei bewegen können, dafür gibt es eigentlich keinen Grund. Ihr räumlicher Aktionsradius ist somit in diesen Gruppen äußerst begrenzt. Ob die Grundlage für freiheitsentziehende Maßnahmen immer noch vorliegt, muß in regelmäßigen Abständen immer wieder überprüft werden. Auch das Argument, daß sich jemand ohnehin nicht allein fortbewegen kann und es daher unerheblich ist, ob die Türen verschlossen sind, hat im rechtlichen Sinne kein Gewicht.

In zwei der Einrichtungen werden ebenfalls die Schränke abgeschlossen. In einigen dieser Wohngruppen werden alle beweglichen Dinge, Kleidung und der gesamte persönliche Besitz der BewohnerInnen in den Schränken untergebracht. Dementsprechend leer sind die Zimmer. In den Regalen befinden sich keinerlei Gegenstände, nur nacktes Mobiliar schmückt die Zimmer. Um an die Sachen zu gelangen, müssen die BewohnerInnen jedesmal die MitarbeiterInnen bitten, ihnen Schränke oder Schubladen aufzuschließen. Das Personal reagiert dementsprechend genervt. Bestimmte BewohnerInnen haben

das Privileg, einen eigenen Schrankschlüssel zu besitzen, manche dürfen sogar ihr Zimmer abschließen. Schlüssel werden so erneut zum Statussymbol; diesmal auf der Seite einiger, privilegierter BewohnerInnen. Neben der Tatsache, daß der verhinderte Zugriff auf die persönlichen Dinge entmündigend wirkt, wird die Gleichheit der Rechte an einem empfindlichen Punkt getroffen. Diese Wohngruppen, in denen über wenig persönlichen Besitz verfügt wird, sich kaum Gegenstände, Bilder, Photos etc. in den Räumen befinden, beherbergen diejenigen BewohnerInnen, die im Verlauf der Untersuchung so wenig aus ihrer Vergangenheit erinnern können, deren Biographie durch die lange institutionelle Unterbringung verblaßt ist (vgl. Kap. 5.1.1 und 5.1.2). Es sind diejenigen, deren ganzes Leben allumfassend durch die Institution kontrolliert wurde und wird, deren Zugang zum eigenen Zimmer tagsüber versperrt bleibt, so daß sie sich bis auf die Nächte unter „Aufsicht“ befinden, selbst ihr Gang zur Toilette über ein Sichtfenster verfolgt werden kann.

In einigen Wohngruppen sind die Fenster nicht zu öffnen. Damit soll nach Auskunft der MitarbeiterInnen vermieden werden, daß sich die BewohnerInnen aus den Fenstern herauslehnen und PassantInnen ansprechen. Diese Maßnahme erfolgt in der Regel als Reaktion auf Beschwerden vorübergehender Personen, die sich durch die HeimbewohnerInnen belästigt fühlen. Freiheitsentziehung erfolgt demnach sogar auch, wenn lediglich dem Unverständnis unbeteiligter Dritter vorbeugend entgegengetreten werden soll.

Eine weitere strukturelle Auffälligkeit ist die, daß nicht in allen Einrichtungen die BewohnerInnen Zugang zum Kommunikationsmittel Telefon haben. Viele haben den Umgang mit dem Medium noch nicht einmal erlernt. Das Telefon kann weder dazu genutzt werden, Verabredungen zu treffen oder Kontakte aufrecht zu erhalten (entweder nach außen oder zwischen den Wohngruppen untereinander), noch dazu, in einer Gefahrensituation Hilfe zu holen. Das Telefon ist allein Privileg des Personals. Ihren Wunsch nach Telekommunikation drücken jedoch die „Spieltelefone“, die einige BewohnerInnen besitzen, deutlich aus. Auch außerhalb des Heimgeländes können viele keine öffentlichen Telefonzellen benutzen, weil in ihrem Leben durch eine totalversorgende Institution bisher noch kein Grund bestand, sie den Umgang mit Telefonkarte und Zahlenkombinationen erlernen zu lassen.

Problematisch ist ebenfalls der fehlende Einsatz von Kommunikationsmitteln für nichtsprechende BewohnerInnen. Gerade in den Einrichtungen mit einem hohen Anteil hospitalisierter und mutistischer Personen sowie gehörloser Menschen sind diese abhängig von der Verfügbarkeit der MitarbeiterInnen, die eine Gebärdensprache beherrschen oder aber Symboltafeln etc. benutzen. Sind diese Personen nicht im Dienst, haben sich auch die Möglichkeiten der BewohnerInnen zur Kommunikation erschöpft. Generell betonen die MitarbeiterInnen die Gefahr, daß Kommunikationsmittel für Nichtsprechende

den HeimbewohnerInnen vorenthalten werden, weil diese nicht bekannt sind oder nicht ausprobiert werden. Darüber hinaus bezieht sich die am häufigsten verwendete vereinfachte Gebärdensprache sowie der Basissatz der Kommunikationstafeln nur auf institutionseigene, d. h. tagesablaufspezifische Bedürfnisse. Über andere Themen können die Betroffenen nicht kommunizieren, weil ihnen die Gebärden bzw. Symbole dafür vorenthalten werden.

Es muß also festgehalten werden, daß gerade in den Großeinrichtungen Prozesse der Umstrukturierung im Sinne der Enthospitalisierung und Normalisierung noch nicht abgeschlossen sind. Das, was KING/TIZARD/RAYNES (1971) und GOFFMAN (1973) als *institutionenorientierte Praktiken* beschrieben haben, und denen WENDELER (1993) die *bewohnerorientierten Praktiken* gegenüberstellt, kann immer noch als *institutionen dominierende Faktoren* verstanden werden:

- Leben, Arbeiten, Wohnen unter derselben Autorität
- Apodiktischer Tagesablauf und Starrheit der Routine
- Gruppenweise Behandlung
- Biographieverlust
- Entpersonalisierung durch fehlenden Besitz (besonders aus der Vergangenheit)
- Lebensweltliche Distanz zwischen Betreuungspersonal und Betreuten
- Beschränkter und kontrollierter Kontakt zur Außenwelt
- Entwicklung stereotyper Betrachtungsweisen zwischen den Gruppen.

Alle Wohngruppen sind soziale Orte, an denen die HeimbewohnerInnen nicht nur alle Lebensvorgänge, die nichtbehinderte Menschen in ihren Familienwohnungen erleben (SCHLAICH/SCHEUBER, 1985, 168; NEUMANN, 1988, 104), erfahren, sondern das Heim ist auch meistens der einzige soziale Raum, in denen fast alle Angelegenheiten des Leben stattfinden. Freizeit findet nach wie vor - vor allem in den Großeinrichtungen - überwiegend innerhalb der Wohngruppe oder zumindest auf dem Heimgelände statt. Die sozialen *Handlungsräume* der BewohnerInnen befinden sich fast alle innerhalb des Heims, die *Konfrontationsräume* daher ebenfalls.

3.2 Untersuchung von komplementären Beziehungen

Bei dem von BetreuerInnen - und BewohnerInnen gemeinsam erlebten Alltag der Wohneinrichtung kann nicht von einer gemeinsamen sozialen Realität im Sinne einer übereinstimmenden sozialen Konstruktion von Wirklichkeit ausgegangen werden. Normalerweise nehmen wir an, daß die Welt so ist, wie wir sie sehen, und daß andere das uns Umgebende mehr oder minder genau so erfahren wie wir. Anders aber in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen: BetreuerInnen sind stets gezwungen, daß ihre Erinnerung an einfache Ereignisse und ihre Beschreibung sozialer Sachverhalte nicht unbedingt der Rezeption von Ereignissen und Beschreibungen sozialer Geschehnisse der von ihnen betreuten behinderten Menschen entsprechen.

3.2.1 Soziale Realität aus unterschiedlichen Perspektiven: Interviews mit Personen in komplementären Beziehungen

Die von SCHÜTZ (1971) anschaulich beschriebene Unterstellung, daß meine Welt auch deine Welt ist, und daß folglich eine gewisse Vertauschbarkeit und Reziprozität der Perspektiven herrscht, gilt erst recht nicht in einer diametral angelegten Beziehung wie der von BetreuerInnen und Betreuten, VersorgerInnen und Versorgten. Und trotzdem schleicht sich eine vermeintliche Objektivität, nicht als Ursache, sondern als Folge einer scheinbaren sozialen Konsensbildung ein. Ein grundlegender Kodex (Heimregeln, Absprachen der Wohngruppen etc.) suggeriert gleiche oder ähnliche Perspektivität, kann aber nicht von beiden Gruppen identisch reflektiert werden. Eine hohe Einheitlichkeit der Realitätserfahrung kann im Sinne WATZLAWIKS (1980) auch für diese zusammen handelnden Gruppen nicht vorausgesetzt werden.

Wie aber sieht die Konstruktion der sozialen Alltagswirklichkeit zwischen engen InteraktionspartnerInnen, wie den beiden Mitgliedern des Bezugspersonen-Systems, aus? Gewährt eine zum Teil über Jahre verlässliche und stabile Zweierbeziehung tatsächlich eine gemeinsame kognitive und affektive Orientierung? Ist das aufeinander bestimmte Handeln nur eindimensional interpretier- und verstehbar? Kann man in eng verknüpften Gemeinschaften immer die Gefühle und Erwartungen des anderen beschreiben oder antizipieren? Gerade von den betreuten Menschen wird den MitarbeiterInnen ein nicht selten gewaltiger Vertrauensvorschuß gewährt. Er basiert auf der nahezu unumstößlichen Annahme, daß die Bezugsperson in gleicher Wahrnehmung der Wirklichkeit die „richtigen“ Interessen vertritt. Umgekehrt

vertraut diese darauf, daß sie soziale Situationen - aus der gemeinsamen Erfahrung mit ihrem betreuten Menschen heraus - entsprechend interpretiert. Über Jahre kann so eine „Beziehungsblindheit“ entstehen, in der irrtümlich von falschen Grundannahmen ausgegangen wird. Statt einem tatsächlichen Konsens beherrschen Konsensfiktionen die Interaktion zwischen Betreuungsperson und betreutem Menschen. Zusätzlich sind MitarbeiterInnen in den Einrichtungen einem hohen *Konsensdruck* ausgesetzt. Ihnen wird eine professionelle Einschätzung und Beurteilung der Bedürfnisse der ihnen anvertrauten Menschen und situativ richtiges Handeln abverlangt. Man stelle sich vor, daß Gestik und Mimik einer nichtsprechenden BewohnerIn über Jahre hinweg fehlinterpretiert und ihr damit die Erfüllung eines grundlegenden Bedarfs vorenthalten wrd. Steigt jedoch der Konsensdruck auf das Personal, wird auch dessen Tendenz zunehmen, vorhandene Divergenzen wegzuinterpretieren.

Was also kann zur Grundlage hoher Übereinstimmung zwischen beiden InteraktionspartnerInnen werden? „Objektivität“ scheidet aufgrund der unterschiedlichen Perzeption sozialer Situationen aus. Wahrnehmungsstörungen der Betreuten, hohes Maß an Abhängigkeit etc. gestalten die Interpretation der Wirklichkeit äußerst variabel. Wertkonsens und normative Orientierung unterscheiden sich ebenfalls stark voneinander. Die Professionellen werden versuchen, „gute“ Arbeit im Sinne ihres pädagogischen Konzeptes zu leisten, sie repräsentieren dabei den Auftrag der Institution. Die betreuten Menschen erhoffen sich im Rahmen einer u. U. maximalen Anpassung an das System ihrer Einrichtung eine möglichst umfassende Befriedigung ihrer Bedürfnisse. Sie werden dabei Verhaltensweisen entwickeln, die ihnen die Erfüllung ihrer Wünsche versprechen, sie aber in Konflikt mit den Regeln der Institution bringen können (wie beispielsweise der durch Aggression zum Ausdruck gebrachte Wunsch nach Aufmerksamkeit und Zuwendung).

Eine ausschließliche Befragung der MitarbeiterInnen spiegelt deshalb die Alltagsrealität nur einseitig wider. Dabei ist gerade die Erfassung von Unterschieden in der Realitätssicht beider Gruppen von großem Interesse. Wo läßt sich ein enger Zusammenhang zwischen den Antworten der BewohnerIn und der Bezugsperson feststellen, wo aber lassen sich große Unterschiede quantifizieren? Die Messung von Übereinstimmung und Divergenz soll verschiedenartige Differenzen der Realitätssicht beider Parteien zu Tage fördern: a) systematische Unterschiede, die in der diametral angelegten Versorgungsbeziehung beider Personen begründet liegen bzw. darin, daß sich die Realitätssicht aus der jeweiligen Zugehörigkeit zu der bestimmten Gruppe rekrutiert und b) unsystematische Unterschiede, die von Bezugssystem zu Bezugssystem variieren und sich durch spezifische persönliche Merkmale erklären lassen. Geringe Übereinstimmung weist so auf eine sehr unterschiedliche Realitätskonstruktion und -wahrnehmung hin.

Im Gegensatz zu anderen Bereichen ist bei Fragen nach der Einschätzung und Beurteilung von Sozialbeziehungen in abhängigen Konstellationen wie denen zwischen Betreuungspersonal und Betreuten die Nichtübereinstimmung problematisch. Sie zeigt an, daß es keine „objektiven“ Tatbestände geben kann, daß also ein- und dieselbe Situation von beiden Gruppen unterschiedlich rezipiert wird. Wenn Wahrnehmung und Wiedergabe von sozialen Situationen intersubjektiv übereinstimmen, bedeutet dies, daß es keine Motive der jeweiligen beobachtenden Person gibt, die Realität anders wiederzugeben, als sie ist. Umgekehrt liegt die Schlußfolgerung nahe, daß bei fehlender Übereinstimmung triftige Gründe für eine abweichende Einschätzung der Lage anzunehmen sind.

3.2.2 Samplestruktur des Wohngruppen-Subsystems „BetreuerIn-BewohnerIn“

Die in die Untersuchung einbezogenen geistig behinderten Menschen (n= 67) und ihre (Bezugs-)BetreuerInnen (n=50) bilden das Wohngruppen-Subsystem, dessen dichotome Struktur hier Gegenstand einer näheren Beschreibung ist. Die Zusammenarbeit zwischen HeimbewohnerIn und BetreuerIn sollte mindestens ein halbes Jahr dauern, um in die Befragung mit aufgenommen zu werden. Im Durchschnitt dauerte sie bereits zwei Jahre; 24% der Befragten hatten sogar vier Jahre oder länger dieselbe BezugsbetreuerIn. Grundlegendes Auswahlkriterium für die Bezugspaare waren jedoch Bereitschaft und Interesse der Menschen mit geistiger Behinderung, über das Leben in ihrer Wohngruppe zu sprechen. Mit dieser Bereitschaft bestimmten die BewohnerInnen gleichzeitig die dazugehörigen Bezugspersonen. Da das Hauptmotiv dieser Untersuchung auf dem Umgang mit Konflikten und Gewalt liegt und die Analyse der Interaktion zwischen BezugsbetreuerIn und BewohnerIn den Schwerpunkt bildet, war es unabdingbare Voraussetzung für die halbstandardisierte Interviewsituation, daß die geistig behinderten TeilnehmerInnen in der Lage waren, eine verbal dialogische Beziehung aufzubauen. Die kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten bewegten sich fast ausschließlich im Bereich des Personenkreises, den die sonderpädagogische Terminologie als „leicht geistig behindert“ einstuft. Unter ihnen sind Menschen mit Down-Syndrom, Personen mit einer „frühkindlichen Hirnschädigung unklarer Ätiologie“, Frauen, bei denen wahrscheinlich die Mißhandlung und Vernachlässigung durch die Eltern die geistige Behinderung (mit)bedingt haben und solche, die in den 40er Jahren als „lebensuntüchtig“ in eine Anstalt eingewiesen wurden. Nur wenige waren zusätzlich körperlich behindert, zwei TeilnehmerInnen hatten eine Sehschädigung und weite

re zwei eine autistische Symptomatik. Der Anteil der Personen mit selbstverletzenden Verhaltensweisen waren dagegen äußerst hoch: In der Gruppe der Personen in Langzeitinstitutionen hatte rund die Hälfte autoaggressive Auffälligkeiten oder parasuizidale Verhaltensweisen. In den kleinen Einrichtungen, in denen mehrheitlich die Betroffenen erst seit wenigen Jahren untergebracht waren, sank die Prävalenz auf unter 20%. Wenn auch die Ätiologie der Behinderung und Lebensbedingungen der BewohnerInnen sehr unterschiedlich sein konnten, so verfügten doch alle Befragten über einen großes passives Sprachverständnis und einen differenzierten aktiven Wortschatz. Die unter Vierzigjährigen mit langer schulischer Förderung konnten zum großen Teil sinnentnehmend lesen und im begrenzten Umfang schreiben. Bei den über Vierzigjährigen war nicht immer gewährleistet, daß sie in Kindheit und Jugend regelmäßigen Unterricht erhalten hatten. Unter ihnen befinden sich zum größten Teil Menschen, die unter hospitalisierenden Lebensbedingungen aufgewachsen sind und langjährige Psychiatrieaufenthalte hinter sich haben. Die Auswirkungen ihrer deprivierenden Unterbringung sind bis heute sichtbar und haben, wie insbesondere das Kap. 5 zeigen wird, massiven Einfluß auf den Umgang mit Konflikten und Gewalt in ihrem Leben. Folgende Auffälligkeiten zeigen sich in den Interviewsituationen:

- *Sprachmanierismen*: Darunter fallen stilistische sprachliche Auffälligkeiten wie Echolalien oder sich wiederholende und sich selbst bestätigende Satzfragmente wie „Mir geht’s guut.“
- *Autoritätsabhängigkeit*: Viele der TeilnehmerInnen neigen dazu, die Fragen so zu beantworten, daß sie das vermeintliche Wohlwollen der BetreuerInnen oder der Interviewerin erlangen.
- *Verlust individueller Besonderheit*: Die Bedürfnisse der TeilnehmerInnen treten nivelliert in Erscheinung. Erst durch wiederholtes Nachfragen sind sie in der Lage, ihre Wünsche und Bedürfnisse in bezug auf ihre Wohngruppe oder individuelle Hilfeleistung zu präferieren.
- *Passive Abhängigkeit*: Sie reagieren in der Interviewsituation auf alle Störungen. Obwohl eine feste Gesprächszeit im Dienstzimmer vereinbart ist, lassen sie sich von MitbewohnerInnen wegziehen und von anderen wieder zurückschicken. Wenn jemand sie auffordert, etwas zu tun, machen sie es sofort, egal wie sinnentleert die Tätigkeit ist, die gerade von ihnen verlangt wird.
- *Initiativlosigkeit*: Das, was die TeilnehmerInnen über ihr Freizeitverhalten berichten, ist von starker Initiativ- und Orientierungslosigkeit geprägt. Sie wissen nicht, wie sie ihre freie Zeit außerhalb von Werkstatt und Förderbereich verbringen.
- *Stereotypien und Haltungsanomalien*: Bei einigen InterviewpartnerInnen drücken sich die langen sozial-emotional deprivierenden Heimerfahrungen ohne konstante Bezugsperson immer noch körperlich aus. Eine verlangsamte Grobmotorik und eine schlaaffe Körperhaltung sowie das stereotype Hantieren mit Gegenständen oder die Beschäftigung mit dem eigenen Körper durch Schaukeln des Oberkörpers oder Hin- und Herbewegen

des Kopfes sowie das schnelle Drehen und Verbiegen der Extremitäten zeugen noch immer von ihrer kontaktarmen früheren Lebensumwelt.

Die *Dauer ihrer Unterbringung* ist deshalb in diesem Kontext stärker zu berücksichtigen als beispielsweise das Alter der Betroffenen. Die jüngste TeilnehmerIn war 27 Jahre alt, die älteste 75. Die Heimdauer bewegte sich zwischen 2 und 67 Jahren. Zwei TeilnehmerInnen wurden bereits in der sie versorgenden Institution geboren. 57% der Befragten waren weiblich, 43% männlich.

Dem so umrissenden Personenkreis standen 73% weibliches und 27% männliches Betreuungspersonal gegenüber. Sie alle verfügten über eine mindestens einjährige Berufserfahrung. Der größte Teil (43%) ist seit 6 bis 15 Jahren im Heimbereich tätig; 35% arbeiten seit 1 bis 5 Jahren in den Heimen; 22% seit über 15 Jahren. Die meisten von ihnen sind jünger als die Menschen, die sie betreuen. 51% sind zwischen 19 und 35 Jahren. Der Anteil der über Fünfzigjährigen - die älteste Mitarbeiterin war 59 Jahre - liegt nur bei 12%. Das Ausbildungsprofil des Personals ist breitgefächert. Das Kap. 5 der Auswertung berücksichtigt vor allem den Umstand, ob die MitarbeiterIn über eine *pädagogische* Ausbildung verfügt. 59% des befragten Personals sind (in absteigender Häufigkeitsrate) ErzieherInnen, HeilerzieherInnen, HeilerziehungspflegerInnen, DiplompädagogInnen, SozialpädagogInnen, QuereinsteigerInnen mit heilpädagogischer Zusatzqualifikation, Grund- und SonderschullehrerInnen, DiakonInnen; HeilerziehungshelferInnen. 41% hatten keine pädagogische Ausbildung, sondern verfügten über eine medizinische oder fachfremde Ausbildung (wieder in absteigender Prävalenz): Krankenschwestern, z. T. mit psychiatrischer Fachausbildung; GeisteswissenschaftlerInnen, KrankenpflegerInnen, AbsolventInnen eines praktischen Jahres, Hilfskräfte ohne Ausbildung.

Die MitarbeiterInnen in zwei Langzeitinstitutionen klagen darüber, daß die Gruppenleitung häufig an eine ältere KollegIn mit medizinischer Ausbildung geht. Die jüngeren KollegInnen, die der Führungskraft zugeordnet werden, verfügen meist über eine (Heil-)Erzieherausbildung und sind folglich in ihrer Arbeit stärker pädagogisch orientiert, während bei der Gruppenleitung häufig ein eher medizinisch-psychiatrisches Denken vorherrscht. Es wird in diesem Zusammenhang mehrfach kritisiert, daß durch die konventionelle Personalbesetzung alte, überholt geglaubte Strukturen weiter tradiert werden. In den traditionellen Häusern äußern gerade die älteren MitarbeiterInnen hin- und wieder die Sehnsucht nach der „guten alten Gummizelle“. Die karthatische Funktion wird von ihnen hervorgehoben: „Manchmal denke ich, eine Gummizelle wär' doch gut. Dann würd' ich sagen, 'so Micha, jetzt tob' Dich mal 'ne halbe Stunde aus, dann is' wieder gut.“ (Frau Trenkler, 57 Jahre).

Was aber vor allem auffällig ist, ist der stark verhaltenstherapeutische Umgang mit BewohnerInnen in den Großinstitutionen, wobei vorrangig mit Bestrafung und negativen Verstärkern gearbeitet wird. Maßnahmen der Verhaltensmodifikation berühren auch die Interviewsituationen. Ein Beispiel:

Ich besuche eine Wohngruppe am Vorabend eines Interviews mit einem der Bewohner, um ein Vorgespräch mit den MitarbeiterInnen zu führen. Es ist kurz nach 20 Uhr und in dieser Gruppe bereits Schlafenszeit. Herr Engel (28 Jahre, seit dem 3. Lebensjahr im Heim), mit dem ich am nächsten Tag zum Gespräch verabredet bin, liegt schon fixiert im Bett. Er möchte den Besuch begrüßen, schreit und rüttelt am Bettgestell, um auf sich aufmerksam zu machen. Eine der MitarbeiterInnen geht in sein Zimmer und „handelt“ mit ihm folgenden Kompromiß aus: Er verhält sich ruhig, dafür kommt der Besuch zum Verabschieden und Gute-Nacht-Sagen in sein Zimmer. Für Herrn Engel jedoch eine fatale Situation: Natürlich schafft er es nicht, über eine Stunde ruhig zu bleiben, zu selten ist abendlicher Besuch. Die Zeit des verharrenden stillen Wartens im fixierten Zustand wird ihm zu lang. Immer wieder schreit und klopft er erfolglos an sein Bett. Der Besuch wird aber auf sein Drängen hin auch nicht in sein Zimmer gelassen; statt dessen werden die Türen geschlossen, um sein Schreien und Rufen zu ignorieren.

Auch wenn diese Maßnahme ursprünglich als positiver Verstärker geplant war („Wenn Du ruhig bist, dann kommt der Besuch und sagt Gute Nacht.“) verkehrt sie sich hier ins Gegenteil: Er wird a) isoliert und b) mit dem Entzug wichtiger Zuwendung bestraft. Herr Engel durchlebt damit erneut die Erfahrung, die sich ohnehin durch sein ganzes Leben zieht. Ihm wird die Basisgrundlage einer individuellen Aufmerksamkeit und Beachtung sowie einer selbstbestimmten Kontaktaufnahme im Rahmen einer zweifelhaften erzieherischen Maßnahme verweigert. M. E. ist gerade der Zuwendungs-/Liebesentzug bei hospitalisierten Menschen besonders fatal: Eine ewige sozial-emotionale Mangelsituation wird so immer wieder neu bekräftigt. Da hospitalisierte Menschen extrem auf soziale Zuneigung angewiesen sind, kommt das Vorenthalten von Kontakten bei ihnen einer existenziellen emotionalen Erpressung gleich.

Ein weiteres Spezifikum der Betreuungsarbeit sind neben dem Umgang mit Hospitalismusschäden, die als Resultat struktureller Gewalt gesehen werden können, die Erfahrungen der HeimbewohnerInnen mit existentiellen Bedrohungen durch personale Gewalt. Bevor im Kap. 5 der Auswertung näher auf familiäre und gesellschaftliche Tötungsphantasma (NIEDECKEN, 1989; WOLFENSBERGER, 1991) eingegangen wird, soll an dieser Stelle bereits auf die Schilderung drastischer Tötungsabsichten Dritter hingewiesen werden. Folgender Vorfall ist vielen MitarbeiterInnen einer der befragten Institutionen bestens bekannt:

Herr Lesker (55 Jahre, seit 40 Jahren im Heim) stammt aus einer kinderreichen Familie, die nach Auskunft der BetreuerInnen für Herrn Lesker und seine leichte Behinderung ein ungünstiges soziales Milieu bildet. Seine Behinderung wird demnach in den Akten als Milieuschädigung geführt. Bis zu seinem 15. Lebensjahr wohnt er zu Hause in einer ländlichen

Umgebung. Tagsüber vertreibt er sich die Zeit draußen in der Natur. Eines Tages ist er mit einem Mähdrescher allein auf einem Feld, Herr Lesker interessiert sich für die Technik der landwirtschaftlichen Geräte. Doch der Fahrer setzt sich plötzlich auf den Mähdrescher und sagt: „Jetzt fahr ich Dich tot!“. Er wird zwar verletzt, kann sich aber im letzten Moment retten und erzählt seiner Mutter von dem Angriff auf sein Leben. Der Fall kommt vor allem durch Intervention der Nachbarn zur Anzeige, wird aber später fallengelassen, obwohl es sich um Mordversuch handelt. Die Eltern fühlen sich überfordert, entsprechenden Druck auf die Polizei auszuüben, die die Aussage eines „behinderten Jungen“ nicht ernst genug nehmen. Der Fall kommt zu den Akten und beeinflusst dennoch Herrn Leskers Leben enorm, dessen Lebenseinstellung von der Überzeugung geprägt ist, jemand zu sein, „den man besser totfährt“.

Die Beispiele von Herrn Lesker und Herrn Engel haben illustriert, daß der im Rahmen dieser Untersuchung interviewte Personenkreis bereits vielfältige Erfahrungen mit struktureller oder personaler Gewalt, innerhalb oder außerhalb der Einrichtung, gemacht haben kann und damit ein ganz bestimmter Umgang mit Konflikten und Gewalt erlernt wurde.

Abschließend soll noch kurz auf den Personalschlüssel der Betreuungsarbeit eingegangen werden, und zwar nicht auf den statistischen, der mit den Kostenträgern ausgehandelt wurde, sondern auf den, den ich im Rahmen meiner Befragung tatsächlich vorfand. Generell haben Wohnstätten soviel Personalstellen wie Wohnheimplätze. Das BetreuerIn-BewohnerIn-Verhältnis des pädagogischen Personals, das gerade im Dienst ist, liegt im Bundesdurchschnitt bei 1:3 (WACKER et al. 1998, 139). Es kann aber zwischen der unterschiedlichen Konzeption von Heimen als teilstationäre oder vollstationäre Einrichtung, zwischen den Zugeständnissen an Kostenträger und der Pflegebedürftigkeit der BewohnerInnen erheblich divergieren. In den hier befragten Institutionen hing der Betreuungsschlüssel von den unterschiedlichen Wohnangeboten ab und konnte selbst innerhalb derselben Einrichtung erheblich schwanken. Trainingswohngruppen waren beispielsweise schlechter personell besetzt als die übrigen Wohngruppen. In den kleinen Wohnheimen schwankte das Betreuungsverhältnis zwischen 1:4 und 1:8, weil jede zweite Schicht einfach oder doppelt besetzt war. In den Großinstitutionen waren einige der Wohngruppen ähnlich personell besetzt; im vollstationären Bereich gab es jedoch auch Wohnangebote, in denen zwei MitarbeiterInnen für 20 bis 28 BewohnerInnen im Dienst waren, an Wochenenden, bei Krankheit und akutem Personalmangel auch schon mal alleine. In den Großeinrichtungen mit einem hohen Prozentsatz an medizinisch ausgebildetem Personal kann es so auch vor kommen, daß keine einzige pädagogische Kraft im Dienst ist und die Gruppen von ausschließlich anders qualifiziertem Fachpersonal geführt werden.

3.2.3 Werte in engen sozialen Beziehungen: Von der ethischen Norm zur empirischen Hypothese

Die hauptsächliche Schwierigkeit in der hier vorliegenden Arbeit besteht darin, aus den übermittelten Normen und Werten der befragten Bezugspare diejenigen Einstellungen und Bewertungen herauszulösen, die in eine empirische Hypothese überführt werden können. Die Ausgestaltung des BewohnerIn-BetreuerIn-Verhältnisses ist von so zahlreichen intra- und extrapersonalen Faktoren abhängig, daß sie kaum im Rahmen einer Untersuchung erschöpfend erfaßt werden könnten. Wo also anfangen? Auf Seiten der BetreuerInnen zählen sicherlich zu den wichtigsten intrapersonalen Faktoren Selbstverständnis und Rollenübernahme - beides ist geprägt von pädagogischen Leitbildern und dem individuellen Lebensstil (vgl. LEBENSHILFE BERLIN 1995, 256; HÄHNER 1995, 262). In den Bereich der extrapersonalen Faktoren fällt im Grunde der gesamte gesellschaftliche Überbau, der sich im System der Hilfen und damit letztendlich in der konkreten Konzeptionalisierung der Wohnstätte niederschlägt. Auf Seiten der BewohnerInnen nehmen sich die intra- und extrapersonalen Faktoren etwas anders aus. Im Gegensatz zu den BetreuerInnen, deren Handeln in einem professionellen Kontext gesehen werden muß (ihr Handeln ist beruflicher, nicht privater Natur), sind es bei den BewohnerInnen lediglich die extrapersonalen Faktoren, die ähnlich den BetreuerInnen durch die Heimkonzeption geprägt sind. Ganz anders bei den intrapersonalen: Hier sind es die individuellen Eigenschaften und Persönlichkeitsmerkmale der BewohnerInnen, die in das Betreuungsverhältnis eingebracht werden. Im Gegensatz zu den Eigenschaften ihrer BetreuerInnen sind sie nicht durch ein berufliches Selbstverständnis oder einen pädagogischen Auftrag überlagert. Als BewohnerInnen handeln und denken sie existentiell - die Wohnstätte ist ihr Lebens-, nicht ihr Arbeitsfeld. Wenn man nun annimmt, daß die BetreuerInnen nicht als Privatpersonen, sondern gemäß ihrer (beruflichen) Rolle handeln, aber auf als Privatpersonen agierende Menschen in ihrem intimsten Bereich, dem Wohnbereich treffen, kann nicht von einem - in Theorie und Praxis immer wieder beschwörten - partnerschaftlichen Assistenzverhältnis die Rede sein (vgl. KLAUB/WERTZ-SCHÖNHAGEN 1993; BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE 1995; 1996; SEIFERT 1997a; 1997b; WACKER et al. 1998; THESING 1998). Das berufliche Handeln muß gemeinhin als professionelles Handeln quasi als richtig und gut angenommen werden, sofern keine eklatanten Verstöße gegen das berufliche Ethos registriert werden. Gleichzeitig konstituieren wir aber damit, daß, wenn Bewohnerverhalten davon abweicht, es sich um falsches Verhalten handeln muß. Akzeptieren wir diese Asymmetrie des Betreuungsverhältnisses, sind wir gleichermaßen gezwungen, uns ein in seinen Grundzügen paternalistisches Verhältnis einzugestehen. Es wird somit eine Autonomieunfähigkeit der BewohnerInnen jenseits ihrer tatsächlichen Fähigkeiten konstituiert. Parallelen zum Arzt-Patienten-Verhältnis drängen sich insofern auf, als daß die

fünf Grundzüge eines konservativen Arzt-Patienten-Verhältnisses auch in Beziehungsmustern der BetreuerInnen und BewohnerInnen wiederzufinden sind:

1. Die pädagogische Betreuung ist darauf ausgerichtet, das Wohl der BewohnerInnen in den Mittelpunkt zu stellen. Dabei wird der affimierte Leitsatz „*doctor knows best*“ im paternalistischen Sinne angewandt.
2. Die für das Arzt-Patienten-Verhältnis typische Asymmetrie hinsichtlich *fachlichen Wissens* trifft ebenfalls auf das BetreuerIn-BewohnerIn-Verhältnis zu.
3. Eine Asymmetrie besteht ebenfalls in bezug auf den *Grad der Involviertheit* des Handelns. Während das Handeln der BetreuerInnen ein veräußerlichtes, d. h. professionalisiertes Verhalten ist, betrifft es die BewohnerInnen direkt, d. h. ihre Person.
4. Das wiederum zieht einen ganz unterschiedlichen *Grad an Betroffenheit* nach sich.
5. Schließlich konstituiert sich aus dem ungleichen Verhältnis ein Kompetenzverlust der BewohnerInnen; die *Macht* ist ungleich verteilt (vgl. hierzu KUTTIG 1993, 268ff).

Die in der Sonder- und Heilpädagogik propagierten Leitwerte von Autonomie und Selbstbestimmung bleiben aber (unerreichbares) Ideal, an das man sich allenfalls annähern kann, wenn Macht weiterhin an Wissen, professionelle Kompetenz und Verweigerung von Involviertheit, also professionelle Distanz, geknüpft ist. Oder umgekehrt gedacht, wenn *das Recht auf Autonomie und damit Teilhabe an der Macht* nicht zwingend an Kompetenz der geistig behinderten BewohnerInnen gebunden ist. De facto zeigt sich aber in den hier untersuchten Wohnstätten, daß *Entscheidungskompetenz denjenigen BewohnerInnen zugestanden wird, die nach dem Empfinden der BetreuerInnen - gleiche rationale Begründungsmuster anwenden wie sie selbst*. Je stärker BewohnerInnen in ihrem Verhalten davon abweichen, um so heftiger wird ihr Verhalten sanktioniert, indem ihnen Entscheidungskompetenz entzogen wird. Haben sie dagegen Verhaltensvorschriften optimal internalisiert, erhalten sie im Rahmen der Institution größtmögliche Entscheidungsfreiheit. Was wäre aber, wenn ein Teil der (natürlich nicht lebensgefährdenden) Entscheidungskompetenz unabhängig von den rational-kognitiven Fähigkeiten der BewohnerInnen an sie zurückgegeben würde, um ihre Machtposition zu stärken und einer weiteren Verschärfung des asymmetrischen Machtverhältnisses entgegenzuwirken? Diese „kleine Revolution“ im Rahmen erzieherischer Arbeit würde natürlich auch bedeuten, daß BetreuerInnen mitunter auch „pädagogisch irrationalen“ Entscheidungen der BewohnerInnen stattgeben müßten, was u. U. mit erheblich höherem Betreuungsaufwand verbunden ist. Entscheidungen im Betreuungsalltag nicht der eigenen Rationalität folgen zu lassen, sondern sich auf eine u. U. äußerst „eigenwillige“ Logik von BewohnerInnen (die aber im Rahmen ihres eigenes Denksystems überraschend logisch sein können) einzulassen, bedeutet also, nicht nur einen Mehraufwand

an Arbeit hinzunehmen, sondern sich auch gegen allgemein anerkanntes Verhalten zu wenden. MitarbeiterInnen treten so quasi in eine *kognitive Distanz* gegenüber den in der Einrichtung gültigen Normen und Regeln, was sie sehr belasten kann; ist es doch eher so, daß „viele soziale Normen vorgeschrieben seien, ohne daß ihr absoluter Wert irgendwie reflektiert würde; sie gelten ausschließlich, weil das entsprechende Verhalten erwartet wird und hochwahrscheinlich ist. Hier gibt es eine Interaktion: Wertvolles wird erwartet, und Erwartetes und Wahrscheinliches wird wertvoll. Die individuellen Prozesse in diesem Zusammenhang sind die Attitüden, und die sozialen Phänomene, die mit ihnen zusammenhängen, sind die Normen“ (BERGIUS 1976, 35). Ein der sozialen Umwelt, die sich auf eine Ordnung von Werten, ja sogar Rangordnung, bezieht, widersprechendes individuelles Verhalten, muß MitarbeiterInnen in tiefe innere Konflikte führen, zumal die Übereinstimmung mit anderen Menschen höher eingeschätzt wird als andere Werte (ebd.). Folglich haben MitarbeiterInnen bei einem Verhalten, das von den durch die Institution und die KollegInnen vertretenen pädagogischen Normen abweicht, zwei Dinge zu befürchten: erstens die negative Bewertung ihrer individuellen *Handlung* und zweitens den Zweifel an ihrer *verantwortlichen Haltung*. Die Begriffsexplikation der zentralen Konstrukte *Handeln* und *Verantwortung* soll helfen, die Werte-Dimensionen im sozialen Arbeitsfeld Wohnheim überschaubar zu machen, geht es doch darum, die „richtige“ pädagogische *innere Haltung* auch nach außen zu transportieren, d.h. zu *handeln*. Es geht also um die tatsächliche Umsetzung hochrangiger Werte, die in der Praxis als pädagogische *Prinzipien* gehandhabt werden (Selbstbestimmung, Normalisierung, begleitende Assistenz etc.). Handeln ist auch im Kontext sozialer Arbeit „ziel- und normorientiertes Verhalten in sozial eingebetteten Verhaltensstrukturen, das ausgerichtet ist an Strukturimages und an Erwartungen; es ist durch (idealtypische) Modelle in Abhängigkeit von den Strukturen und Strukturimages beschreibbar“ (LENK/MARING 1993, 224). Verantwortung zu übernehmen, bedeutet, daß man sich für Handlungen und seine Folgen verpflichtet fühlt, und zwar hinsichtlich vereinbarter und allgemeingültiger Standards oder Normen. „Der jeweils Verantwortliche hat eigens und beim Vorliegen spezifischer Voraussetzungen fremdes Handeln zu rechtfertigen, zu begründen, dafür einzustehen, es zu vertreten (ebd., 229f). Dabei kann der Verantwortungsbegriff nur zuschreibungsgebunden verwendet werden; er ist so gesehen abhängig von folgenden Elementen (nach LENK/MARING, ebd.):

- dem *Verantwortungssubjekt* selber (den MitarbeiterInnen)
- für etwas (also Handlungen, Handlungsfolgen und Zustände in Zusammenhang mit Pflege und Betreuung)
- gegenüber einem *Adressaten* (den BewohnerInnen)
- vor einer *Sanktionsinstanz* (der Heimleitung)
- in Bezug auf ein *präskriptives, normatives Kriterium* (die alle MitarbeiterInnen verpflichtende pädagogische Konzeption)

- im Rahmen eines Handlungsbereiches verantwortlich (gemäß Ausbildung und Tätigkeitsbeschreibung sowie Delegation des Verantwortungsbereichs).

Diese vielschichtigen Bezugsperspektiven des Verantwortungsbegriffs deuten bereits an, daß es entsprechend viele Verantwortungstypen geben muß (nach LENK 1987, 115ff): Da wäre zunächst die *Handlungsverantwortung* im engeren Sinne einer Haftung und Schadensersatzpflicht. Von MitarbeiterInnen immer ins Zentrum gerückt wird hier die Aufsichtspflicht. Bei der *Aufgaben- und Rollenverteilungsverantwortlichkeit* liegt die Verantwortlichkeit in der Pflicht zur Erfüllung der beruflichen Rolle. Die *moralische Verantwortung* gilt unabhängig von einer spezifischen Aufgabenübertragung. Sie gilt universell für jeden, d. h., für jeden in vergleichbarer Situation und orientiert sich an allgemeingültigen Werten wie Achtung der menschlichen Würde, Wahrung der körperlichen Unversehrtheit etc. Zum einen kann auch die moralische Verantwortung eine institutionelle sein, indem die Institution durch räumliche Gegebenheiten, Personalschlüssel, Dienstpläne etc. für entsprechende Voraussetzungen sorgt. Zum anderen ist die persönliche Verantwortung der MitarbeiterInnen zu nennen, die auch nicht weiter delegiert werden kann. Ob sie einen Pflegevorgang, beispielsweise Waschen einer BewohnerIn, an universal-moralischen Kriterien ausrichten (Achtung der Individualität, Berücksichtigung des Schamgefühls, Treffen von Vorkehrungen zum Schutz der Intimsphäre), hängt ganz allein von ihrer persönlichen Einstellung ab. Der Arm der Institution reicht nicht in jedes Detail der pädagogischen oder pflegerischen Verrichtung. Ganz anders bei der rechtlichen Verantwortung. Hier werden MitarbeiterInnen zu Rechtssubjekten, die für ihr Handeln gegenüber der Institution und dem Gesetz eintreten müssen. Die Präzisierung dessen, was ein angemessener erzieherischer Umgang ist, was als entwürdigende Maßnahme gilt, bis hin zu Mißhandlung und Vernachlässigung von Schutzbefohlenen, führt bei Nichtbeachtung zur verschuldensabhängigen Haftbarkeit. Schließlich nennt LENK (ebd.) noch die reflexive *Metaverantwortung*, wenn reflexiv die eigene Moral begründet wird und zugleich für eben diese Begründung ebenfalls Verantwortung übernommen werden muß. Diese Reflexion abgegebener Erklärungen spielt m. E. in Wohnheimen eine überaus große Rolle, weil MitarbeiterInnen die Rückversicherung ihrer Handlungen, d.h. die Bestätigung der Richtigkeit ihres Verhaltens im nachhinein, durch das Kollektiv suchen. Unsicher geworden in bezug auf ihr eigenes Handeln in schwierigen Betreuungssituationen finden sie Rückhalt in offiziellen Teambesprechungen oder informellen kollegialen Gesprächen. Hier geht es weniger um die Bewertung der Handlung an sich, als vielmehr darum, wie sie *begründet und legitimiert* wird. Im umgekehrten Fall werden aber als erstes gemeinsame Absprachen getroffen, also für Verhalten im vorhinein moralische Legitimierungen geschaffen, wenn beispielsweise alle MitarbeiterInnen gegenüber bestimmten BewohnerInnen ein einheitliches Verhalten zeigen sollen.

3.3 Heuristik: Strategien zur Exploration der Wahrnehmung im Bezugspersonen-System

„Eine systematische Darstellung reißt die Ideen aus dem Boden, der sie wachsen ließ, und ordnet sie einem künstlichen Schema ein“ bemerkt FEYERABEND (1980, 14) gleich zu Anfang in der Auseinandersetzung mit den Problemen des Empirismus. Aber ohne Systematik keine Empirie und ohne Empirie keine Prüfbarkeit der Theorie, gilt doch der Weg über die Empirie seit jeher als „Königsweg“ der Hypothesenbildung. „Sie ist aller Wesen König, aber verschiedene Wesen wählen verschiedene Könige (ebd., 141). Die Freiheit im Erkenntnisprozeß wird durch die „Werkzeuge“ der Methodik empfindlich beschränkt - eine tatsächliche Freiheit in der Forschungskonzeption scheint es nur im „vorwissenschaftlichen“ Erkundungsraum zu geben, der durch anti-systematischen oder gar un-logischen Erkenntnisgewinn durchdrungen sein kann und trotzdem zersplitterte Wirklichkeit unter Umständen besser abbildet als das rigide Regelwerk empirischer Verfahren.

3.3.1 Hypothesengewinnung und Theoriebildung in komplexen sozialen Systemen

In diesem „Freiraum“ vor dem eigentlichen Untersuchungsbeginn können Arbeitshypothesen als a-priori-Hypothesen formuliert werden, ohne von Vorstudien („Pilots“) deduziert worden zu sein. Beschrieben und hypothetisch erfaßt wird ein *Entdeckungszusammenhang* („Context of Discovery“), der anders als der *Begründungszusammenhang* („Context of Justification“) (BORTZ/DÖRING 1995, 329) Hypothesen nicht nach strengen Kriterien der Wissenschaftlichkeit überprüft, sondern eine freie Hypothesenbildung erlaubt. Das explorative Vorgehen ist hierbei nicht idealtypisch, sondern von Elementen eines explanativen Untersuchungsvorgehens durchsetzt. Exploration und Explanatation verhalten sich in diesem Fall zueinander dichotom: Während *explorative* Untersuchungstypen der *Bildung* von Hypothesen und Theorien dienen, wollen *explanative* Untersuchungen dieselben *überprüfen* (siehe Abb. 3.3.1.1).

Die hier vorliegende Untersuchung ist ein Forschungshybrid und dabei eine durchaus übliche Konzeption, weil sie im explanativen Teil die Überprüfung von (enggefaßten) Arbeitshypothesen anstrebt und im explorativen Teil einen Zugewinn an (neuen) Hypothesen und (weitgefaßter) Theoriebildung verwirklicht. Die Exploration muß nicht deshalb unwissenschaftlich sein, weil das theoretische Vorverständnis noch nicht soweit elaboriert ist, so daß sich statistische Hypothesen formulieren lassen würden. Vielmehr geht

Exploration versus Explanation im Untersuchungsdesign

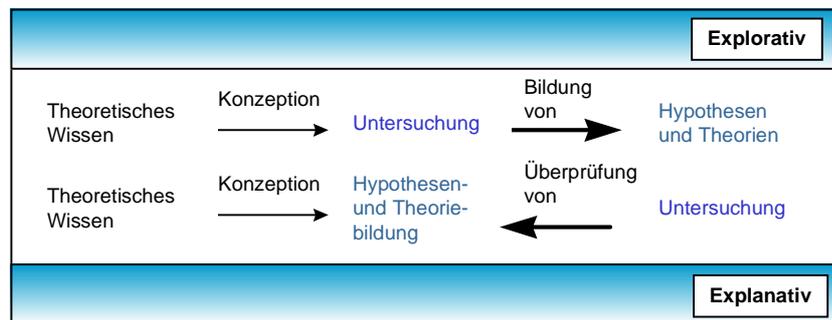


Abb. 3.3.1.1

der „empirisch sichere“ Weg über wenige präzisierte Arbeitshypothesen, die dann einer Signifikanzprüfung unterzogen werden. Jegliche weitere Thesenbildung tritt an den Schluß der Untersuchung, auch wenn implizite oder explizite Vorannahmen bereits zur Thesenbildung im noch schwebenden Verfahren verführen. Wie BORTZ/DÖRING (1995, 332) bemerken, sind lineare Modelle des Forschungsablaufs eher theoretisches Konstrukt in einem iterativ ablaufenden Prozeß wissenschaftlichen Arbeitens, in dem der Punkt der endgültigen „Wahrheit“ nicht gefunden werden kann. Es handelt sich vielmehr um eine bestmögliche Annäherung (siehe auch Abb. 3.3.1.2).

Prozeß der Hypothesenbildung

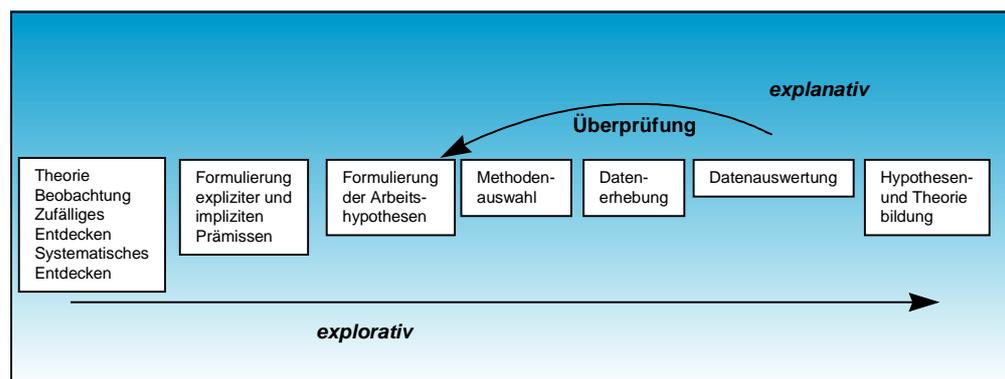


Abb. 3.3.1.2

In diesem Abschnitt steht die Formulierung der Vorannahmen und Arbeitshypothesen im Mittelpunkt. Um zu so gewichtigen Behauptungen zu gelangen, wie der, daß eine gleiche oder zumindest ähnliche Wirklichkeitsauffas

sung im Bezugspaar BetreuerIn und BewohnerIn Voraussetzung für eine funktionierende Kommunikation ist und damit auch zur Abwendung von Gewalt im Leben geistig behinderter Menschen beitragen kann, ist eine schrittweise Annäherung über explizite und implizite Prämissenbildung vonnöten. Diese muß deutlich werden lassen, welche soziale Position BezugsbetreuerInnen im Leben - auch sehr selbständiger, nur leicht geistig behinderter - Menschen haben. Vor diesem Hintergrund können folgende Vorannahmen konstituiert werden:

**Prämisse
Nr. 1**

BezugsbetreuerInnen sind sich nicht bewußt, daß BewohnerInnen ihnen quasi eine „innere Absolution“ erteilen, was die Entscheidung dessen betrifft, was für ihr eigenes Leben richtig und was falsch ist. Der pädagogische Auftrag einer Erziehung zur Selbstbestimmung findet dort seine Grenzen, wo HeimbewohnerInnen ihre eigene Entscheidung mit ihren BetreuerInnen aushandeln oder rückversichern wollen. Eigenentscheidungen sind daher meistens „betreuerkonform“.

**Prämisse
Nr. 2**

HeimbewohnerInnen sind infolge ihrer institutionellen Sozialisation gezwungen, das „Sprachrohr BezugsbetreuerIn“ zu nutzen, um auf individuelle Sorgen und Nöte aufmerksam zu machen. Andere Bezugssysteme wie Familie und Verwandte, FreundInnen, soziale Netzwerke von Arbeitsplatz oder Gemeinde werden von institutionalisierten Erwachsenen mit geistiger Behinderung kaum genutzt. Sie haben ebenfalls keine Möglichkeit, professionelle Hilfesysteme wie Telefonseelsorge oder psychosoziale Beratungsstellen in Anspruch zu nehmen.

Bereits als Kinder taucht dieser Personenkreis in den Beratungsstatistiken des DEUTSCHEN KINDERSCHUTZBUNDES oder der KINDERSCHUTZ-ZENTREN nicht auf. Diese fehlende zahlenmäßige Präsenz setzt sich im Erwachsenenalter fort, so daß ein vergleichbares Bild bei Beratungsstellen gegen Gewalt (WEISSER RING) oder der Kriminalpolizei entsteht. Menschen mit geistiger Behinderung wurde in der Regel kein Wissen über Hilfesysteme vermittelt, oder sie haben nie gelernt, in einem Prozeß der Selbstbehauptung und -hilfe Unterstützungssysteme in Anspruch zu nehmen. Oft scheitert es an basalen Fähigkeiten, Kommunikationsmittel wie Telefon oder Telefonbuch und Auskunft in Anspruch zu nehmen.

Wenn ihnen aber im Wohnalltag ausschließlich die Bezugsstrukturen der BetreuerInnen zur Verfügung stehen, d.h. nicht nur diese selbst als Personen, sondern auch die von ihnen vermittelten *Kontakte*, so müssen folglich auch Konflikte bis hin zu Gewalterfahrungen über sie transparent gemacht werden. Diese enorm starke Position von BezugsbetreuerInnen im alltäglichen Leben der HeimbewohnerInnen läßt folgende Hypothesen formulieren:

Institutionalisierten HeimbewohnerInnen steht kein Set an Möglichkeiten zur Verfügung, um auf Gewalterfahrungen und aggressive Konflikte in ihrem Leben aufmerksam zu machen. Ihr soziales Netz erstreckt sich zwar über die Wohnstätte hinaus, wird aber nur *ingeschränkt genutzt*, indem die Kommunikation (auch die Kommunikation „nach außen“) vor allem über die Bezugsperson der Einrichtung läuft. Folglich sind die BewohnerInnen gezwungen, ihre Konflikte über die ihnen zugeordneten BezugsbetreuerInnen sichtbar zu machen. Das setzt aber voraus, daß die *Realität* von ihren BetreuerInnen *gleich oder zumindest ähnlich wahrgenommen* wird, um damit eine von ihnen verbal oder nonverbal geschilderte Gewaltsituation aufdecken zu können. Divergiert die Wahrnehmung, so besteht die Gefahr, daß die Konflikte unentdeckt bleiben.

**Hypothese
Nr. 1**

*Kongruente
Realitäts-
wahrneh-
mung*

Ob eine Konfliktsituation als Gewaltsituation erkannt oder als solche bezeichnet wird, hängt maßgeblich davon ab, welche *Einstellung* BetreuerInnen gegenüber dem Themenkomplex Gewalt und Aggression haben, d. h., wie sensibel sie, auch unter Belastung, darauf reagieren können.

**Hypothese
Nr. 2**

*Einstellung
zu Gewalt
und
Aggression*

Eine *divergierende Realitätswahrnehmung* zwischen BetreuerInnen und BewohnerInnen kann demnach grundlegende Folgen für den Umgang mit potentiellen Konflikten des Heimalltags für die Betroffenen haben. Mögliche Gründe dieser abweichenden Wahrnehmung können im Topoi der immer noch asymmetrischen Machtstrukturen, im heiminternen moralischen Kodex (oder heimlichen Betreuungskonzept; THEUNISSEN, 1993, 1995) und in der unterschiedlichen Sozialisation und dem abweichenden Konfliktverständnis liegen.

3.3.2 Empirisch-quantitative Exploration in der Datenauswertung

Die empirisch-quantitative Exploration der gewonnenen Daten soll dazu beitragen, daß neue Ideen und Hypothesen abgeleitet werden können. „Numerische Daten stellen Wirklichkeitsausschnitte in komprimierter, abstrakter Form dar“ (BORTZ/DÖRING, 1995, 346) und können so unentdeckte Muster und Regelmäßigkeiten in Meßwerten sichtbar machen. Rund 70 Items verteilen sich auf die 117 befragten Personen und schaffen damit eine Datenmasse, die nur mit Hilfe des Datenverarbeitungsprogramms SPSS (Vers. 8.0; BÜHL/ZÖFEL, 1995) bewältigt werden konnte.

Eine erste deskriptive Datenaufbereitung ermöglicht einen tieferen Einblick in die gewonnenen Daten, die darauf Hinweise gibt, in welchen Variablen Einflußfaktoren vermutet werden können. Gruppenunterschiede in der zentralen Tendenz eines Merkmals können so den Einfluß der Variablen Heimgröße, pädagogische Ausbildung und Dauer der Heimunterbringung auf das Gewalt- und Konfliktverständnis der Befragten sichtbar machen. Balkendiagramme und einfache statistische Kennzahlen wie Mittelwert und Median stellen im Kap. 5 der Auswertung die Gruppenunterschiede, z. B. zwischen hospitalisierten und nichthospitalisierten HeimbewohnerInnen, dar (zur verwendeten Methodik vgl. auch Kap. 4). Wenn jedoch einzelne Merkmalsausprägungen mittels eines Signifikanztests überprüft werden, bedeutet das im Rahmen der explorativen Datenauswertung nicht, daß es sich automatisch um einen Hypothesentest handelt. Dieser liegt nur dann vor, wenn die getesteten Hypothesen vor der Datenerhebung formuliert wurden (BORTZ/DÖRING, 1995, 356). Es ist eher so, daß in einer ersten Rezeption der Daten ein interessanter Effekt lokalisiert werden kann, der folglich auf statistische Signifikanz geprüft wird.

Generell liegt der Studie das *Konzept der statistischen Beziehung* zu Grunde, auch wenn, wie im Bereich der moralischen Beurteilung der Fallbeispiele (Kap. 5.5.4) mittels univariater Statistik nur die Variation einer einzelnen Variablen untersucht wird. Die bivariate Statistik weitet den Blickwinkel auf zwei Variablen und die Frage aus, ob die beiden Variablen gemeinsam oder unabhängig voneinander variieren und stellt die Größe der statistischen Beziehung mit Hilfe von Kontingenztafel, Kontingenzkoeffizient oder Korrelationskoeffizient dar (KROMREY, 1998, 446). Die auch als Assoziation bezeichnete statistische Beziehung achtet darauf, ob die konditionalen Verteilungen der miteinander assoziierten Variablen (ausgedrückt in Prozentsätzen oder Proportionen) auch tatsächlich voneinander abweichen (ebd., 447). Die hier untersuchten Variablen zu Gewalt, Aggression und Konflikten werden durchgängig auf einen potentiellen statistischen Zusammenhang mit der Heimgröße, der Ausbildung der MitarbeiterInnen, ihrer Berufserfahrung,

der Dauer der Unterbringung und der Vorerfahrung mit (struktureller) Gewalt untersucht. Der Einfluß dieser Faktoren wird mittels geeigneter statistischer Verfahren (x²-Test, Wilcoxon-Test etc.), die im folgenden näher beschrieben werden, und in Abhängigkeit der Datenskalierung analysiert.

Kernstück für die quantitative Exploration des Gewalt- und Konfliktverständnisses der HeimbewohnerInnen und MitarbeiterInnen bildet die Beurteilung der Fallbeispiele (vgl. Kap. 4.4.5) mittels einer 6-stufiger Ratingskala (vgl. Kap. 4.3). Um die Unterschiede im moralischen Urteil zwischen den MitarbeiterInnen und BewohnerInnen oder zwischen den verschiedenen Heimtypen auf Signifikanz zu testen, wird die ordinale Skala auf drei Stufen verdichtet: „keine Bedenken“, „Bedenken vorhanden“ und „Gewalt“. Ausgangsfrage ist: Gibt es einen Einfluß der jeweiligen Position „BewohnerIn“ oder MitarbeiterIn“ oder dem jeweils „bewohnten Heimtyp“ auf die „Beurteilung der Handlungssituation“? Oder genauer: Wenn die BewohnerInnen und die MitarbeiterInnen als zwei verschiedene Grundgesamtheiten aufgefaßt werden, ist das Merkmal: „Beurteilung der Situation in einem Fallbeispiel“ homogen verteilt, d. h., gibt es ein ähnliches oder gleiches Antwortverhalten in den beiden Populationen?

Kontingenztafelanalyse

Hier ist Voraussetzung, daß die Zufallsvariablen (Beurteilung der Situation) stochastisch unabhängig sind und alle den gleichen Wertevorrat haben. Die Ausprägungen in diesem Fall sind: „keine Bedenken“, „Bedenken vorhanden“ und „Gewalt“. Die Daten können in Form einer Kontingenztafel (Abb. 3.3.2.1) dargestellt werden (HARTUNG, 1984):

	Population 1	Population 2	Summe
Ausprägung 1	n ₁₁	n ₁₂	n _{1.}
Ausprägung 2	n ₂₁	n ₂₂	n _{2.}
Ausprägung 3	n ₃₁	n ₃₂	n _{3.}
Summe	n _{.1}	n _{.2}	n

Abb: 3.3.21.: Beispiel für eine Kontingenztafel

In den Zellen der Kontingenztafel stehen die beobachteten Häufigkeiten. Diesen absoluten Häufigkeiten n_{ij} entsprechen die unbekannt erwarteten Häufigkeiten m_{ij}, die sich durch Multiplikation der Gesamtsumme n und der Wahrscheinlichkeit p_{ij} an einer „Untersuchungseinheit“ (Person) der j-ten Population die i-te Ausprägung zu beobachten, berechnen. Die m_{ij} lassen sich schätzen durch

$$m_{ij} = \frac{n_{i.} \cdot n_{.j}}{n} .$$

Hypothesen lassen sich wie folgt formulieren:

Nullhypothese: H_0 : Die Wahrscheinlichkeitsverteilungen sind gleich, d. h. hier speziell
 $p_{1j} = p_{2j} = p_{3j}, j = 1, 2.$

Alternative: H_1 : Die Wahrscheinlichkeitsverteilungen sind verschieden.
 (Was man i. a. zeigen möchte.)

χ^2 -Test

χ^2 -Test: Unter der Homogenitätshypothese ist die Teststatistik

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - m_{ij})^2}{m_{ij}}$$

$\chi^2_{(r-1)(s-1)}$ -verteilt (also Chi-Quadrat-verteilt). Ist der Wert der Teststatistik größer als das entsprechende $(1-\alpha)$ -Quantil der χ^2 -Verteilung, so wird die Nullhypothese abgelehnt. Dabei wird häufig $\alpha = 0.05$ gewählt.

Bei dem hier vorliegenden kleinen Stichprobenumfang wird für ein solches Testproblem der exakte Test von FISHER statt des üblichen χ^2 -Tests verwendet. Der Test beruht auf der hypergeometrischen Verteilung der Zelhäufigkeiten, die sich bei gegebenen Randhäufigkeiten der Kontingenztafel hätten ergeben können. Es wird nun die Gesamtwahrscheinlichkeit dafür bestimmt, daß sich bei gegebenen Randhäufigkeiten aufgrund einer Zufallsauswahl eine Kontingenztafel ergibt, für welche die Wahrscheinlichkeit höchstens so groß ist wie für die vorliegende Tafel. Die Nullhypothese wird abgelehnt, falls der p-Wert (p-value) kleiner oder gleich dem Signifikanzniveau α ist (HARTUNG, 1984).

WILCOXON-Rangsummentest

Bei der Betrachtung der Betreuerurteile lautet die Ausgangsfrage, ob die Handlungssituation der Fallbeispiele in den verschiedenen Populationen von MitarbeiterInnen (kleine/große Einrichtung) unterschiedlich beurteilt wird. Hier wird die originale (sechsstufige) ordinale Skala verwendet. Mit Hilfe des WILCOXON-Rangsummentests können die Unterschiede auf Signifikanz geprüft werden. Dieser Test eignet sich zum Vergleich der Verteilungsfunktionen zweier Stichprobenvariablen mit mindestens ordinalem Meßniveau

hinsichtlich von Lageunterschieden. Annahmen bei der Durchführung dieses Tests sind:

- (1) Die Unabhängigkeit der Stichprobenvariablen X_1, \dots, X_m (hier z. B. die Beurteilungen der 25 MitarbeiterInnen großer Einrichtungen), Y_1, \dots, Y_n (entsprechend die Beurteilungen der 25 MitarbeiterInnen kleiner Einrichtungen).
- (2) X_1, \dots, X_m und Y_1, \dots, Y_n besitzen stetige Verteilungsfunktionen.

Zur Berechnung der Teststatistik werden die Stichproben aus beiden Populationen zunächst zu einer Stichprobe zusammengefaßt, und die Beobachtungen werden der Größe nach sortiert. Diesen Werten der vereinigten Stichprobe werden danach Ränge zugeordnet, d. h., jedem Wert wird die Anzahl der Werte, die kleiner oder gleich ihm selbst sind, zugeordnet. Treten Bindungen auf, d. h., gibt es n_i Beobachtungen mit der gleichen Ausprägung z_i , so werden Durchschnittsränge vergeben (hier notwendig, da im allgemeinen mehrere Personen die gleiche Kategorie bei der Beurteilung gewählt haben).

Für die Teststatistik W werden nun die Ränge *einer* der Stichproben zusammengezählt. Ist der Wert hinreichend klein bzw. hinreichend groß unter Berücksichtigung der jeweiligen Fallzahlen m und n , so bedeutet das, daß die Ränge der Stichprobe tendenziell kleiner bzw. tendenziell größer als die der anderen sind, was auf einen systematischen Unterschied zwischen den beiden Beobachtungsreihen schließen läßt (BÜNING/TRENKLER, 1994). Es wird nun der p -Wert betrachtet und die Nullhypothese wird abgelehnt, falls der p -Wert kleiner oder gleich dem vorgegebenen Signifikanzniveau α ist.

Signifikanzniveau eines Tests und der p -Wert

Die Entscheidung für die Nullhypothese oder die Alternative kann falsch sein. Es wird unterschieden:

Fehler 1. Art: Entscheidung für die Alternative, d. h. Ablehnung der Nullhypothese, obwohl die Nullhypothese zutrifft.

Fehler 2. Art: Entscheidung für die Nullhypothese, obwohl die Alternative zutrifft.

Der Fehler 1. Art wird kontrolliert, da die Entscheidung für die Alternative nur mit einem geringen Fehler behaftet sein soll. Es werden daher statistische Tests verwendet, deren Fehlerwahrscheinlichkeit 1. Art eine vorgegebene Schranke α (üblicherweise $5\% = 0.05$) nicht überschreitet. Solche Tests zum Signifikanzniveau werden auch hier verwendet, wenn die berechnete Teststatistik mit entsprechend vertafelten Werten verglichen wird.

Das beobachtete Testniveau (p-Wert) gibt das kleinste Testniveau an, auf dem die Beobachtungen (noch) signifikant sind. Ist der p-Wert kleiner als das vorgegebene Testniveau α , so sind die Beobachtungen signifikant. Zur Interpretation des p-Wertes kann gesagt werden, daß er ein Maß für den Grad der Unterstützung der Nullhypothese durch die Beobachtungen ist; je kleiner er ausfällt, desto geringer ist die Unterstützung der Nullhypothese. Das Signifikanzniveau, d. h., die Wahrscheinlichkeit für den Fehler, der begangen wird, wenn man sich fälschlicherweise für die Alternativhypothese entscheidet, wenn die Hypothese wahr ist, soll kleiner oder gleich α sein.

Zusammenhangsmaße (hier SPEARMANScher Rangkorrelationskoeffizient)

Werden mehrere Merkmale an der gleichen Untersuchungseinheit beobachtet, so interessiert ein möglicher Zusammenhang zwischen diesen Merkmalen. Bei den hier vorliegenden Daten soll geprüft werden, ob zwischen den Merkmalen „Beurteilung der Handlungssituation“ und „Dauer des Heimaufenthalts“ der BewohnerInnen ein Zusammenhang besteht. Ein Zusammenhangsmaß für zumindest ordinal verteilte Merkmale (Beurteilung: ordinal; Zeit im Heim: metrisch) ist der SPEARMANSche Rangkorrelationskoeffizient. Der Korrelationskoeffizient ist eine dimensionslose Zahl, die zwischen -1 und 1 liegt. Spearman's Rho deckt speziell monotone Zusammenhänge der beiden Merkmale auf, wobei ein Wert von 1 für einen positiven monotonen Zusammenhang und ein Wert von -1 für einen negativen monotonen Zusammenhang der beiden Merkmale spricht. Stichprobenkorrelationskoeffizienten nahe Null deuten darauf hin, daß kein monotoner Zusammenhang feststellbar ist.

Konstruktion von Spearman's Rho (HARTUNG, 1984; BÜNING/TRENKLER, 1994): Die Ausprägungen beider Stichproben werden (innerhalb der eigenen Stichprobe) der Größe nach sortiert und jeder Beobachtung wird der zugehörige Rang (Platzziffer) zugewiesen.

Falls nun $r_i = r(x_i)$ und $s_i = s(y_i)$ für $i = 1, \dots, n$ die entsprechenden Ränge bezeichnen, folgt

$$r_S = \frac{\sum_{i=1}^n \left(r_i - \frac{n+1}{2}\right) \left(s_i - \frac{n+1}{2}\right)}{\sqrt{\sum_{i=1}^n \left(r_i - \frac{n+1}{2}\right)^2 \sum_{i=1}^n \left(s_i - \frac{n+1}{2}\right)^2}}.$$

Multiple Tests (hier: Bonferroni-Holm-Prozedur)

In der Situation, daß immer mehrere Fallbeispiele gleichzeitig betrachtet werden, die von der gleichen Personengruppe beurteilt werden, kann es insofern zu Problemen kommen, als daß *mehrere* Fragen anhand von einem einzigen Datensatz geklärt werden:

- (a) Die Prüfgrößen der Tests sind i. a. nicht stochastisch unabhängig.
- (b) Falls jeder Test zum Niveau α durchgeführt wird, kann die *Irrtumswahrscheinlichkeit für die Gesamtaussage*, welche es zu kontrollieren gilt, unüberschaubar werden.

Die Gesamtaussage, d. h., die Verbindung aller einzelnen Testentscheidungen, ist nur sinnvoll, wenn sie ebenfalls durch eine vorgegebene obere Schranke für die Wahrscheinlichkeit möglicher Fehlentscheidungen statistisch abgesichert ist. Ein multipler Test soll

- die Wahrscheinlichkeit kontrollieren, daß bei der Gesamtheit aller Einzeltests eine oder mehrere Nullhypothesen fälschlicherweise verworfen werden,
- insgesamt zu einer "vernünftigen" Testentscheidung führen.

Eine Möglichkeit dieses *multiple Testniveau* einzuhalten bieten BONFERRONI-Tests. Dabei wird das vorgegebene Niveau α durch die Anzahl aller durchgeführten Tests k dividiert, d. h., der p-Wert eines Einzeltests wird nun mit α/k verglichen. Durch diese Prozedur sichert man die Testentscheidung ab; die Abschätzung ist jedoch leider auch sehr grob und bei einer Vielzahl von durchgeführten Tests, wird es sehr schwierig, eventuell vorhandene Unterschiede noch aufzudecken. Deshalb wird hier die *mehrschrittige Testprozedur nach BONFERRONI-HOLM* verwendet:

- Die p-Werte der Einzeltests werden der Größe nach geordnet, d.h. $p_{(1)} \leq p_{(2)} \leq \dots \leq p_{(k)}$.
- Falls für den kleinsten p-Wert gilt:
 - (i) $p_{(1)} \leq \alpha$, verwirft die Nullhypothese (Annahme, Alternative ist richtig, d.h. "signifikanter Unterschied") und gehe zum nächsten Schritt.
 - (ii) $p_{(1)} > \alpha$, akzeptiere alle übrigen Nullhypothesen, (d. h., kein signifikanter Unterschied zu entdecken in dieser Stichprobe). STOP
- Prüfe, ob $p_{(2)} \leq \frac{\alpha}{k-1}$. Falls
 - (i) ja, verwirf die zugehörige Nullhypothese und gehe zum nächsten Schritt.....usw.
 - (ii) nein, nehme Alternative des Tests mit dem kleinsten p-Wert an und sonst akzeptiere alle übrigen Nullhypothesen . STOP

Diese Prozedur setzt sich so lange fort, bis entweder ein p-Wert größer als der Vergleichswert $\frac{\alpha}{k-i}$ ist, oder bis zur k-ten Testentscheidung für die Alternative (bei der k-ten Entscheidung wird dann mit α verglichen!).

Sobald man einen p-Wert findet, der größer ist als das Niveau, mit dem er verglichen wird, so werden die Ergebnisse der nachfolgenden Tests als nicht signifikant angesehen (HARTUNG, 1984; BÜNING/TRENKLER, 1994).

Strenggenommen müßte in diesem Fall die Anzahl sämtlicher Test bestimmt werden und dann eine BONFERRONI-HOLM-Prozedur durchgeführt werden. Es ist jedoch in diesem Fall vertretbar, jede Gruppe einzeln zu betrachten und die

- (a) BetreuerIn-BewohnerIn-Unterschiede in der Beurteilung als eine Gruppe mit 4 Tests anzusehen;
- (b) Beurteilungsunterschiede zwischen BewohnerInnen großer/kleiner Einrichtungen ebenfalls als eine Gruppe mit 4 Tests;
- (c) Beurteilungsunterschiede zwischen BetreuerInnen großer/kleiner Einrichtungen als eine Gruppe mit 7 Tests;
- (d) und die „Korrelationstests“ als Gruppe mit 4 Tests.

3.3.3 Empirisch-qualitative Exploration in der Datenauswertung

Ähnlich wie in der empirisch-quantitativen Exploration soll die besondere Darstellung und Aufbereitung von qualitativen Daten bislang vernachlässigte Phänomene, Wirkungszusammenhänge und Verläufe erkennbar machen (BORTZ/DÖRING, 1995, 357). Der qualitative Teil der Interviews zielt auf die Typologisierung bestimmter Merkmalsstrukturen in Zusammenhang mit den erhobenen quantitativen Daten ab. Die Ausprägung bestimmter Merkmale wie Angst, Unzufriedenheit, Anpassungsdruck, z. B. im Kontext der Erhebung der Wohnsituation der BewohnerInnen, sind wichtige Parameter in einer qualitativen Strukturanalyse. Da aber soziale Sachverhalte nicht statisch, sondern dynamisch sind, kommt es darauf an, Verläufe bzw. Prozesse zu analysieren (ebd., 360). In diesem Zusammenhang werden Auffälligkeiten der Lebensgeschichte hinsichtlich der biologisch-somatischen, psychischen und sozialen Entwicklung durch die Biographieforschung (vgl. THOMAE, 1995; FISCHER-ROSENTHAL, 1995; LAMNEK, 1993a; 1993b) untersucht. JANTZEN/LANWER-KOPPELIN (1996) haben durch die Methode der Rehistorisierung einen Ansatzpunkt geschaffen, der gleichwohl lebensgeschichtliche Ereignisse der Critical Life Event Forschung (COHEN, 1988; FILIPP, 1981) und der Biographischen Methode vereint und dabei die besondere Lebensumwelt geistig behinderter Menschen berücksichtigt.

Trotz dieser individuellen, an Einzelfällen orientierten Ursachenforschung bilden *systematische Vergleiche* mit anderen Einzelfällen die Basis für Kausalhypothesen. Die von JÜTTEMAN (1981; 1990) entwickelte Technik der komparativen Kasuistik, die ähnlich gelagerte Einzelfälle in bezug auf ihre Lebenssituation und Krankheitsgeschichte auf mögliche Übereinstimmungen analysiert, ist bei der Größe der hier verwendeten Stichprobe höchstens ansatzweise durchführbar. Statt dessen soll sich die Inhaltsanalyse ebenfalls systematisierend die Bedeutungsstrukturen des Komplex Konflikte und Gewalt erfassen und dabei die quantitativ gewonnenen Daten stützen und interpretieren. Der Vorwurf an die quantitative Sozialforschung ist immer die, daß die Quantifizierung des Datenmaterials weder den individuellen und komplexen Lebenskontext der ProbandInnen abbildet noch deren Sinnstrukturen in der Beantwortung eines standardisierten Fragenkatalogs erfaßt. Mit der hier vorliegenden Synthese quantitativer und qualitativer Daten können so einerseits soziale Phänomene des Untersuchungsgegenstands Gewalt verbal expliziert werden, und andererseits kann die Reduktion der Datenfülle auf sog. quantitative Primärdaten einer qualitative Elaboration und Verschleierung wesentlicher Untersuchungsmerkmale vorbeugen (vgl. FRÜH, 1992, 61).

FRÜH (ebd., 63) hat deshalb sieben Standards der Inhaltsanalyse entwickelt, die eine angemessene analytische Abstraktion des Textmaterials gewährleis-

ten. Dabei kann ein isolierter Einzeltext, also ein einzelnes Interviewtranskript, noch keine relevanten inhaltsanalytischen Befunde liefern, sondern erst die Auswertung der Summe aller Einzeltextanalysen. „Abstraktion von der Originalität des Einzeltextes ist Voraussetzung für die qualitative Beschreibung von Textmengen als eigenständiger ‘semantischer Gestalt’“ (ebd.). Übertragen auf den hier angestrebten Untersuchungsbereich lassen sich die wichtigsten Standards folgendermaßen beschreiben:

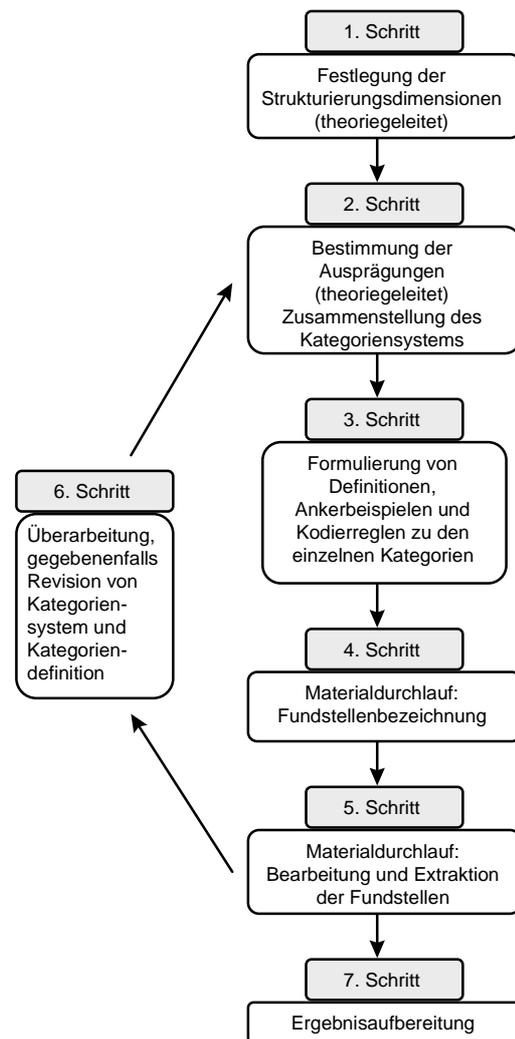
- (1) Die Inhaltsanalyse ist die hier definierte Suchstrategie, die sich nur auf Bedeutungsaspekte von Gewalt, Aggression und interpersonalen Konflikten bezieht, die für die Forschungsfrage relevant sind (Selektionsinteresse).
- (2) Die Inhaltsanalyse legt die theorie- und textadäquate Abstraktion und Strukturierung von Bedeutungen offen (Klassifikationsinteresse).
- (3) Die ausgewählte systematische Interpretationsweise ist generalisierbar und wiederholbar, wobei der Interpretationsspielraum, gerade da, wo geistig behinderte Menschen an ihre Grenzen der Verbalisierungsfähigkeiten stoßen und ihnen entsprechende Bezeichnungen für einen Sachverhalt fehlen, kontrolliert wird.
- (4) Das Erkenntnisinteresse bezieht sich bei der Inhaltsanalyse auf strukturelle Informationen über Textmengen und deren Merkmale, die zu sog. Aggregatdaten werden. Die qualitative Betrachtung der Zukunftsvorstellungen der Befragten und ihre Kategorisierung (hat Zukunftsvorstellungen/hat diffuse Vorstellungen/ hat keine Vorstellungen) ist beispielsweise auf die Erhebung der Textmenge und Analyse der sog. Aggregatdaten mehr als alle anderen Untersuchungsbereiche angewiesen.
- (5) Die Inhaltsanalyse erfaßt und generiert Bedeutungen und Bedeutungsstrukturen. Die Analyseschritte sind dialektisch alternierend, d. h. qualifizierend und quantifizierend in der Erfassung der Konflikte, der Fremd- und Autoaggression und des sog. Problemverhaltens (vgl. ebd.).

Bei der qualitativen Exploration wird auf die Inhaltsanalyse nach MAYRING (1988; 1995) zurückgegriffen. Die Gesprächstranskripte und Kontextprotokolle bilden zusammen das Kommunikationsmaterial, das der systematischen Betrachtung unterzogen wird. Allerdings ist Textumfang und narrativer Anteil pro Einzelgespräch, vor allem bei den geistig behinderten Menschen, nicht so groß, daß eine *zusammenfassende* Inhaltsanalyse Sinn machen würde. Außerdem würden durch die Bündelung und die Reduktionprozesse wichtige Daten verloren gehen. Dagegen verhindert die hohe Fallzahl von 117 Gesprächen die *explizierende* Inhaltsanalyse, bei der zu unklaren Textbestandteilen noch weiteres Material, als sog. Explikationsmaterial, herangezogen werden soll. Geeignet erscheint mir deshalb die dritte Form der Inhaltsanalyse: die strukturierende Inhaltsanalyse. Sie hat das Ziel, einen Querschnitt durch das Material zu legen und an typischen Textpassagen („Ankerbeispiele“, MAYRING, 1995, 213) Aussagen abzuleiten. Damit ist gewährleis

tet, daß das Material nur anhand bestimmter - vorher inhaltlich, formal und typisierend festgelegter Kriterien - gesichtet und bewertet wird. Die strukturierenden Kriterien bilden in diesem Fall der halbstandardisierten Befragung die Fragethemen zu den Gewalt- und Konflikterfahrungen selbst. Abb. 3.3.3.1 zeigt das gängige Ablaufmodell der strukturierenden Inhaltsanalyse.

Die Methode findet vor allem im Rahmen der narrativen Passagen Anwendung, wenn die GesprächsteilnehmerInnen von den standardisierten Fragen abweichen. In dieser quasi „nebenher“ laufenden Redezeit ist häufig eine erzählerische Substanz enthalten, die effizient über das schematisierte Vorgehen und die Suche nach bestimmten Textteilen der Gewalt herauskristallisiert werden kann. Da sie als Methode in der Regel für Leitfaden-Interviews und zur Analyse subjektiver Sichtweisen herangezogen wird, trifft sie hier nicht den Kern des Untersuchungsgegenstands. Da es bei dem Thema Gewalt und Konflikte eher um die Erklärungsmuster und Begründungen sozialer Normen und Regeln sowie um die Argumentation in moralischen Zwangslagen geht, werden die hauptsächlich verwendeten Methoden die Deutungsanalyse (HOPF, 1982; siehe Kap. 4.2.1) und das Dilemma-Interview (REINSHAGEN et al., 1976; siehe Kap. 4.2.2) sein.

Ablaufmodell strukturierender Inhaltsanalyse
(MAYRING, 1987; 1995)



4. METHODIK

4.1 „Methodenmix“: Die Kombination quantitativer und qualitativer Datenerhebung - Vorüberlegungen zur Methodewahl

Seitdem sich quantitative und qualitative Forschungsansätze nicht mehr als unvereinbare Gegensätze gegenüberstehen und sowohl aus forschungspraktischen und inhaltlichen Gründen ein „*Konkurrenzverhältnis*“ (BORTZ/DÖRING 1995, 273) aufgegeben wurde, läßt sich durch die Kombination quantitativer und qualitativer Erhebungsmethoden in der empirischen Sozialforschung ein neues Forschungsdesign entwickeln. Dieses ermöglicht praktisch eine „Methodenosmose“, in der eine gewisse *Durchlässigkeit* der Methoden erlaubt, entweder qualitative Daten in quantitative Daten zu transferieren, oder aber, wo beispielsweise quantitative, schematisch arbeitende Fragestellungen an ihre Grenzen stoßen, qualitative Datengewinnung als Ergänzung heranzuziehen.

Bei dem hier vorliegenden Untersuchungsinstrument ergänzen sich quantitative und qualitative Methoden genau dann, wenn im Rahmen der Interviews bei moralisch heiklen Fragen von der qualitativen Befragung und offenen Antworten abgewichen wird und statt dessen vorgefertigte Antwortmuster in Form von Rating-Skalen vorgelegt werden. Auf lange, für die Befragten mitunter unangenehme Verbalisierungen der Sachverhalte um Zwang und Gewalt wird verzichtet und damit eine innere Distanz zur Thematik gewährleistet, was einer Verfälschung des Antwortverhaltens vorbeugen soll.

Zur Datenexploration wurden zwei unterschiedliche Verfahren ausgewählt: erstens die qualitative Einzelbefragung, die mit Hilfe der Deutungsanalyse (HOPF, 1982) und der Methode des Dilemma-Interviews (REINSHAGEN et al., 1976) durchgeführt wird; zweitens der quantitative Einsatz von Rating-Skalen (BORTZ/DÖRING, 1995). Die Methoden folgen dabei dem Umstand, daß *Erfahrungsrealität* stets unterschiedlich abgebildet werden kann. In den hier vorliegenden Interviews werden die Befragten aufgefordert, ihre eigene Erfahrungswelt zu verbalisieren, die dann interpretativ ausgewertet (qualitativer Ansatz); oder aber sie machen Angaben zu einer quantifizierbaren Einschätzung der Erfahrungswirklichkeit (vgl. BORTZ/DÖRING 1995, 271). Das kann im Falle der verwendeten Rating-Skalen beispielsweise so aussehen, daß um den quantifizierbaren Kern einer Aussage die darum herum abgegebenen Erklärungen und Bewertungen qualitativ ausgewertet werden.

Um die als Einzelbefragung durchgeführten Interviews auf Gruppenebene (Aggregat-Ebene) direkt vergleichen zu können, bietet das Rating-Verfahren als quantitativer Ansatz große Verlässlichkeit. Schwieriger wird es bei der Erfassung von Hintergrundstrukturen. Je größer die Vielfalt individueller Antworten, um so diffiziler wird es, sie zu gliedern, zu strukturieren und auf ihre wichtigsten Grundzüge und Grundideen zu extrahieren. Leichter dagegen ist es, die Erhebung des qualitativen Materials und seine Interpretation als Flankierung der quantitativ gewonnenen Daten zu sehen. Trotzdem ist das Material unverzichtbar, wenn es darum geht, sich den Einstellungen und Bewertungen der Befragten zu nähern, die überwiegend indirekt geäußert werden und schon gar nicht über (rigide) schematische Einordnungen wie Skalen und standardisierte Ankreuz-Antworten vermittelt werden.

In Ausnahmefällen kann sogar hier die quantitative Inhaltsanalyse angewendet werden, weil der Umgang mit verbalen Daten neben ihrer qualitativen Analyse immer auch die Möglichkeit offeriert, sie in quantitative Daten zu überführen. Bei dieser Transformation entstehen quasi Nominaldaten, die vorab definierten, einander ausschließenden Kategorien zugeordnet werden können. Ihre statistische Verarbeitung verläuft wie beim Umgang mit gewöhnlichen Häufigkeitsdaten. Die Antworten der Interviewten werden in bezug auf ausgewählte Merkmale und Schlüsselbegriffe praktisch ausgezählt und mittels des Chi-Quadrat-Verfahrens auf Signifikanz geprüft bzw. im Hinblick auf das gemeinsame Auftreten mehrerer Kategorien einer Konfigurationsfrequenzanalyse unterworfen. Die Methode der quantitativen Inhaltsanalyse erscheint als geeignetes Instrument, die mündlichen Erläuterungen anhand der Interviewmitschriften zu quantifizieren.

Statistische Prüfung systematischer Unterschiede

Die Interviews mit den Beziehungspartner(innen) werden unabhängig voneinander geführt und dokumentieren ihre jeweilige Sicht der Erlebenswelt. Bei simultaner Fragekonstellation soll die statistische Überprüfung der Übereinstimmung im Antwortverhalten herausstellen, ob ihre subjektiven Darstellungen der Erlebens- und Verhaltenswelten zueinander kongruent verlaufen oder aber signifikant auseinanderströmen. Es wird angenommen, daß bei dieser Divergenz-Messung sowohl Beziehungspaare mit hoher Übereinstimmung, d. h. ähnlicher oder gleicher Sicht der Realität, als auch Paare mit niedriger, d. h. lediglich partieller Übereinstimmung, fokussiert werden können. Eine *Synchronisierung* der Paare hinsichtlich Erleben und Interpretation der Wirklichkeit wird als zentrale Voraussetzung für die Aufdeckung latenter Gewaltkontexte begriffen. Für die Bestimmung der Signifikanz dieser Übereinstimmung - oder Differenz - erscheint der Wilcoxon-Test als probate Methode.

Methodenvariation

Eine Befragung von so unterschiedlichen Gruppen, wie die sich in einer diametral entgegengesetzten, materiellen und immatriellen Versorgungsbeziehung befindenden BetreuerInnen und BewohnerInnen zu ein und demselben Untersuchungskonstrukt kann kaum ungewöhnlicher ausfallen. Auf der einen Seite steht das Betreuungspersonal, was in der Interviewsituation die Möglichkeit hat, seine Antworten auf dem Hintergrund von Ausbildung und Wertvorstellungen zu reflektieren; auf der anderen Seite agiert die Gruppe der abhängigen BewohnerInnen, deren Bezugsgrundlage eine oft lebenslange „Heimkarriere“ als Sozialisationsgrundlage dient und denen ihre Behinderung nur ein eingeschränktes (oder schwer zu interpretierendes) Reflexionsspektrum zur Verfügung steht. Eine in ihrer Heterogenität kaum zu überbietende Untersuchungsstichprobe, eine unterschiedliche Konstruktion von Wirklichkeit und eine Adaption des verwendeten Befragungsmaterials an die individuellen Voraussetzungen der InterviewpartnerInnen muß unweigerlich einen äußerst ausgefeilten Methodeneinsatz bzw. eine Methodenkombination erzwingen. Herkömmliche Methoden der Datenerhebung und Datenauswertung müssen variiert und die Elemente mehrerer Techniken rekombiniert werden. Daß dabei methodische Innovationen entstehen und damit neue theoretische Konzepte über den Untersuchungsgegenstand anregen, ist nicht nur Nebenprodukt, sondern sogar gewollte Implikation (vgl. hierzu BORTZ/DÖRING, 1995, 343f). So können beispielsweise methodenbasiert durch die Bildung von Analogien („Tools-to-Theories“-Heuristik, GIRGENZER, 1991) neue Theorien bzw. die Exploration neuer Sachverhalte entworfen werden.

Der Vielfalt und Komplexität des Untersuchungsgegenstandes tritt die verwendete Methodenauswahl („Methodenmix“) Rechnung, indem sie „patchworkartig“ diejenigen Technikelemente zur Verfügung stellt, die für die einzelnen Interviewabschnitte unverzichtbar sind. Als „Triangulation between method“ bei FLICK (1995, 250) wird beschrieben, daß in der Auseinandersetzung mit bestimmten Phänomenen nur eine Kombination verschiedener Methoden und damit verschiedener Forschungsperspektiven valide Daten hervorbringen kann. *„Die Triangulation von Methoden, Forschern, Theorie und Daten (bleibt) die vernünftigste Strategie der Theoriekonstruktion“* (DENZIN 1989, 236). Die Erkenntnismöglichkeiten der isoliert verwendeten Einzelmethoden gelten mittlerweile als begrenzt. Der Exploration komplexer und ausdifferenzierter sozialer Konstruktionen muß somit eine gewisse Methodenkomplexität folgen. Triangulation erweitert und vervollständigt somit Erkenntnismöglichkeiten und erhöht Breite, Tiefe und Konsequenz methodischen Vorgehens (FLICK 1995, 251). Abb. 4.1.1 zeigt die in sich verschränkte, quasi „über Kreuz“ verlaufende Methodenkombination.

Methodenvariation

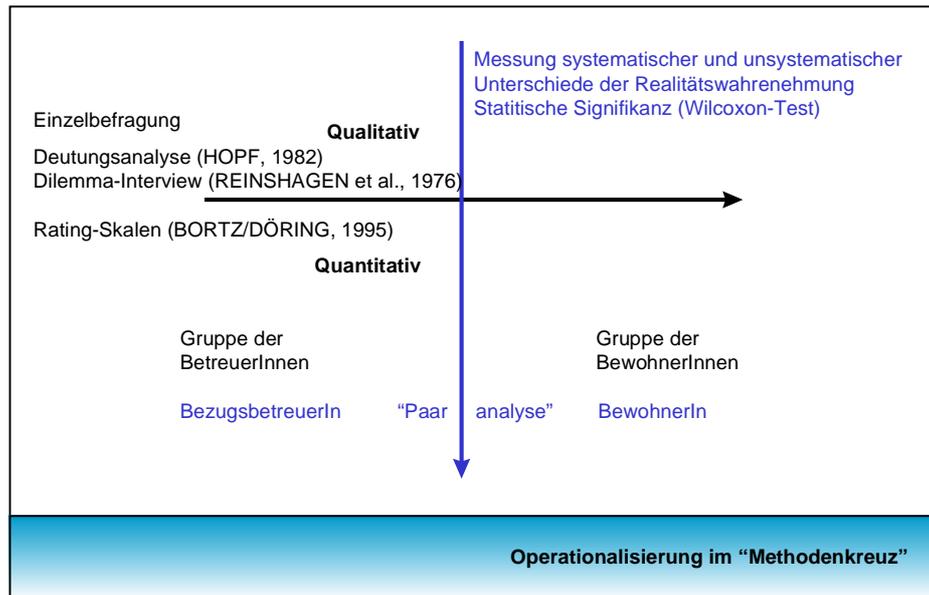


Abb.: 4.1.1

Die gewählten Methoden und ihre in sich verschränkte Anwendungsmöglichkeit zeichnen sich durch eine hohe Gegenstandsangemessenheit aus. Da es sich hier nicht im herkömmlichen Sinne um einen linear ablaufenden Forschungsprozeß handelt (Prämisse - Hypothese - Überprüfen - Annehmen/Verwerfen), sondern zusätzlich um eine Exploration und Formulierung neuer Hypothesen handelt, können nur Methoden herangezogen werden, die diese Variabilität ihrer Handhabung zulassen.

4.2 Interpretieren: Qualitative Einzelbefragung

Unter dem Begriff qualitative Einzelbefragung werden verschiedene Ansätze zusammengefaßt, die zwar alle als qualitative Interviews durchgeführt werden, sich jedoch erheblich im Hinblick auf ihre theoretischen Annahmen, ihr Gegenstandsverständnis und der Methodenwahl unterscheiden können. Die beiden für diese Untersuchung ausgewählten Verfahren, die Deutungsanalyse nach HOPF (1982) und die Methode des Dilemma-Interviews nach REINSHAGEN et al. (1976) sind spezielle Verfahren, um sich dem Gegenstandsbereich sozialer Normen und Regeln - und insbesondere der strukturellen Organisation von Interaktionen - und der Entwicklung moralischer Werthaltungen zu nähern. Letztere Methode läßt sich darüber hinaus mit quantitativen Methoden (hier Rating-Skalen) kombinieren.

4.2.1 Erfassung von Erklärungsmustern und Begründungen sozialer Normen und Regeln: Die Deutungsanalyse

Sämtliche Aussagen der InterviewteilnehmerInnen beider Gruppen, also des Personals und der geistig behinderten BewohnerInnen, werden der Deutungsanalyse nach HOPF (1982) unterzogen. Neben den Ergebnissen des standardisierten Frageteils kann diese qualitative Methode die kontextuellen Zusammenhänge, die Persönlichkeitsmerkmale und subjektiven Sichtweisen sowie die Motive für soziales Handeln besser abbilden als die quantitativen Methoden. Vor allem bietet die Deutungsanalyse gegenüber anderen qualitativen Verfahren die Möglichkeit, daß die subjektiven Interpretationen der ProbandInnen als Kollektivphänomene betrachtet werden können. Jede textliche Aussage einer beliebigen TeilnehmerIn wird somit immer auf dem Hintergrund ihrer *Gruppenzugehörigkeit* analysiert (Personal, BewohnerInnen). Dabei wird ihre kollektive Bedeutung auch hinsichtlich der Zugehörigkeit zu einer Subgruppe (hospitalisierte BewohnerInnen, nicht-hospitalisierte BewohnerInnen) geprüft. Zwei Verfahren bilden die Grundlage für den Analyseprozeß:

- (1) Der Nachweis des kollektiven Charakters individueller Aussagen orientiert sich an den sozialen Regelmäßigkeiten in den Inhalten von Interpretationen.
- (2) Der Nachweis des kollektiven Charakters orientiert sich an den Regeln und Normen, die den Inhalt einer Interpretation gesellschaftlich verbindlich regeln (ebd., 307).

Es geht also darum, die subjektiven Interpretationen der in dem Untersuchungsfeld „Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung“ agierenden Personen, BetreuerInnen und BewohnerInnen, *systemtisch* zu berücksichtigen. Aus den Aussagen sollen diejenigen Momente herausgelöst werden, die strukturierende und damit wesentliche Funktion zur Herstellung sozialer Realität haben:

Die Deutungsanalyse ist ein empirisches Instrumentarium, das sich an den Anforderungen des individuellen Sinnverstehens orientiert und in dem die Rekonstruktion von individuellen Sinngehalten - Bedeutung von Begriffen, Bedeutung von Sätzen, Bedeutung komplexerer Argumentationsmuster - eine wichtige Rolle spielt. Sie ist andererseits im Rahmen der Soziologie in Fragestellungen eingebunden, die über den Einzelfall hinausgehen und ihn integrierend kollektive Sinngehalte zum Gegenstand haben.“ (...) Der Ansatz fragt danach, „wie Sozialforscher im Rahmen qualitativer Untersuchungen vorgehen, wenn sie versuchen zu belegen, daß die von ihnen erhobenen subjektiven Interpretationen nicht allein ein Problem individueller, idiosynkratischer Realitätsverarbeitung sind, sondern daß sie zugleich Ausdruck kollektiv verankerter, institutionalisierter Interpretationen sind.“ (ebd., 309).

Welche individuellen Sichtweisen, die das Personal oder die BewohnerInnen im Rahmen der Befragung äußern, sind also in irgendeiner Weise „typisch“ für das Untersuchungsfeld „Heim“ und damit institutionalisiert?

Betrachtet man beispielsweise den institutionalisierten Umgang mit geistig behinderten und verhaltensauffälligen Menschen, wird man feststellen, daß zu Charakterisierung personenbezogener Fragestellungen (Unterbringung, Therapie, Förderung) Begriffe, Klassifizierungen, nosologische Bestimmungen herangezogen werden. Diese haben natürlich für diejenigen, die sich ihrer bedienen, die Funktion, Sachverhalte zu strukturieren (Wer soll wann und wie untergebracht, betreut, versorgt werden?). Für die anderen, für die diese Begriffe etikettierend verwendet werden, haben sie - da sie ihr Leben bestimmen - eine noch viel größere, subjektive Relevanz. Die mangelnde Reziprozität der sozialen Perspektiven von Personal und BewohnerInnen arbeitet demnach immer mit stereotypen Verhaltenszuschreibungen. Um aber abseits der gängigen Klischees zur Entstehung von Gewalt und Konflikten im Leben geistig behinderter Menschen nach Ursachen zu forschen, muß das Auswertungs- und Interpretationsverfahren möglichst viele Gesichtspunkte zur Konstruktion sozialer Realität berücksichtigen.

Daneben bildet allein die Interviewsituation schon den Ansatzpunkt, *idealisierendes*, *routiniertes* oder *paraphrasierendes* Antwortverhalten zu entlarven und sinnexplizierende Nachfragen zu stellen. Dem ist jedoch kritisch anzumerken, daß man Gefahr läuft, durch zu häufiges Nachfragen *systemtische Strategien* zur Erklärung des Sachverhalts Gewalt zu übersehen, wie z. B. das gezielte Herunterspielen des Gewaltcharakters einer Handlungssituation. Viele geistig behinderte Menschen neigen dazu, sozial erwünschte Antwort-

ten zu geben (vgl. hierzu ausführlicher die Problematik von Urteilsfehlern 4.3.2) und Situationsschilderungen mit Bemerkungen wie „hat nur ein bißchen...“, „nicht so schlimm“ , „mir geht’s doch gut“ zu versehen und damit den Gewaltcharakter zu verschleiern. Ihr soziales Wissen in bezug auf „Betreuerloyalität“ ist gut ausgeprägt; daß auf nicht heimkonforme Anschuldigungen mit interner Sanktionierung zu rechnen ist, ist ihnen durchaus bewußt.

Generell unterliegen alle hier erhobenen verbalen Daten einer scharfen sozialen Normierung und Sanktionierung, sobald sie auf den Gewaltkontext verweisen. Entweder äußert sich die Sanktionierung intrapersonal durch eine moralische Vorabbewertung, die meist auch im Verlauf des Gesprächs verbal expliziert wird, oder die befragten Personen äußern im nachhinein, quasi infolge eines heiminternen moralischen Kodex ein oktroyiertes Normenwissen, daß beispielsweise die offizielle Heimlinie widerspiegelt und das Gesagte zurücknimmt oder eine moralische Neubewertung vornimmt. Anders als qualitative Verfahren der Einzelfällen orientierten Inhaltsanalyse ist die Deutungsanalyse als eines der wenigen Verfahren in der Lage, Wirkungspänome zwischen sozialen Normen und Regeln struktureller und personaler Gewalt valide zu beschreiben.

Mit dieser Verfahrensweise ist HOPF (1982) nah an DURKHEIMS (1961) „sozialen Tatsachen“, die in sozial normierten und geregelten Bahnen produziert werden, wie sie in gesellschaftlich segregierenden Institutionen zur Betreuung geistig behinderte sowie sozial und psychisch auffälliger Menschen nicht deutlicher sein können. Die Konstruktion dieser sozialen Tatsachen verläuft zugleich äußerlich und innerlich und

„(...) wer sich ihnen willig und gerne fügt, wird ihren zwingenden Charakter wenig oder gar nicht empfinden, da Zwang in diesem Falle überflüssig ist. Dennoch ist er aber eine diesen Dingen immanente Eigenschaft, die bei jedem Versuch des Widerstandes sofort hervortritt“ (DURKHEIM, 1961, 106).

Es ist trotzdem nun zu überlegen, welchen Beitrag eine phänomenologische Soziologie zur methodischen und methodologischen Auseinandersetzung einer qualitativen Forschung leisten kann. OEVERMANN (1973; 1979) hat mit seinen Ausführungen zur Kategorie der „sozialen Deutungsmuster“ ein Interpretationsverfahren entwickelt, mit dessen Hilfe Interaktionsszenen unter sozialisationstheoretischen Fragestellungen untersucht werden können. Allerdings ist der methodische Zugang dieses Verfahrens für die hier beabsichtigten Analysesequenzen zu schmal. Die Gefahr, die Interviewkommunikation einer „Pseudo-Exploration“ zu unterziehen (HOPF, 1978, 97ff), ist groß.

Zurück zur Deutungsanalyse nach HOPF (1982). Drei Analyseabsichten, die auch gleichzeitig verfolgt werden können, sind grundsätzlich voneinander zu unterscheiden:

- (1) Wie bereits zu Anfang erwähnt, ist das Interesse an der Analyse von Interpretationen als *kollektive Phänomene* handlungsleitend. Dabei werden jeweils die Gruppen „Personal“ und „BewohnerInnen“ als Kollektive gesehen.
- (2) Daran an schließt sich das Interesse an der Analyse der *kollektiv verankerten Interpretationen*, die in bestimmten sozialstrukturellen Gegebenheiten wie dem institutionellem Umfeld der Heime, dem basalen Verhältnis zwischen nichtbehinderten und behinderten Menschen und Schichtungsprozessen innerhalb einer Gruppe von behinderten Menschen (WOLFENSBERGER, 1991) ihren Ursprung haben.
- (3) Schließlich kann das dritte Interesse, die Analyse der Beziehungen zwischen kollektiv verankerten Interpretationen und bestimmten „sozial geformten psychischen Gegebenheiten und Mechanismen“ (ebd., 312) gruppenspezifische Verarbeitungsmechanismen und Verdrängungsmechanismen des Auftretens von Heimgewalt aufdecken.

Sämtliche Interviewaussagen werden daraufhin auf Gesprächselemente, subjektive Sichtweisen und Interpretationen des Gewaltcharakters einer Handlung oder statischen Situation untersucht, die mit einer gewissen *sozialen Regelmäßigkeit* wiederkehren. Alle Gesprächsprotokolle und Transkripte werden folgenden Fragen unterzogen:

- Welche Interpretationen von Handlungen auf der Interaktionsebene zwischen BewohnerInnen untereinander oder zwischen BewohnerInnen und Personal treten besonders häufig auf?
- Welche Gleichförmigkeiten können zwischen den aussagenden Personen ausgemacht werden (z. B. hinsichtlich ähnlicher Lebenserfahrungen oder einem vergleichbaren aktuellen Lebensumfeld?)
- Welchen Normen und Regeln unterliegen ihre Aussagen zur Gewalt? Können Indikatoren festgemacht werden, warum beispielsweise konfliktverschleiern argumentiert wird oder der Gewaltcharakter einer Handlung heruntergespielt wird? Welche Gründe mögen Personal (heiminterner moralischer Kodex, individuelle moralisch-ethische Kognition etc.) und BewohnerInnen (subjektiver moralische Entwicklungsstand, Vorerfahrungen, heiminterner Loyalitätsdruck) dafür haben?
- Welche Anzeichen für einen besonders ausgeprägten „über-individuellen, kollektiven Charakter“ (HOPF, 314) gibt es bei den Untersuchungsgruppen und -subgruppen?

Der methodische Ablauf sequenziert alle Texte

- nach kollektiven Kategorien individueller Aussagen;
- nach Typenbildung;
- nach komplexen Mustern und Argumentations- sowie Legitimationsstrategien;
- nach einem bestimmten miliespezifischen und kontextgebundenen Begriffsverständnis
- nach der quantitativen Relevanz bestimmter Interpretationen;

und flankiert sie mit explizierenden Erklärungen.

Der quantitative Aspekt betrifft die „Deutungstypen“, denen die Befragten nach Möglichkeit zugeordnet werden. Quantifizierbare Aussagen lassen sich insofern treffen, als daß Vergleiche zwischen den Häufigkeiten der Zuordnung gezogen werden können, wobei die Untersuchungsstrategien in der Art und Weise, wie in der Zuordnung des Einzelfalls entschieden wird, stark voneinander abweichen dürfen (ebd., 315).

Die Deutungsanalyse übernimmt den methodischen Zugang zu den hier vorliegenden verbalen Daten, die sich außerhalb der standardisierten Fragestellungen befinden. Sie ist eine Methode, die explorierend, hypothesen- und theoriebildend arbeitet. Zusammenfassend kann man sagen, daß sie über die Systematik der Typenbildung und Zuordnung von Einzelfällen eine quantitative Ergebnisse erzielt, die Behauptungen über soziale Regelmäßigkeiten von Gruppen valide absichert, indem sie Prozessen selektiver Wahrnehmung von Analysevorgängen entgegenwirkt. Vor allem aber ist sie eine Methode, die sowohl auf die Aussagen geistig behinderter Menschen als auch nicht-behinderter Menschen anwendbar ist.

Die gute Handhabbarkeit der Deutungsanalyse für beide Untersuchungsgruppen - MitarbeiterInnen und BewohnerInnen - zeichnet sich bereits in ihrer methodischen Anlage ab und wird im Kap. 5 der Auswertung bestätigt. Es ist daher die Frage, warum andere Untersuchungen in vergleichbarer Größenordnung keine qualitative Methode präzisieren, mit denn sie ihre Daten zur sozialen Realität geistig behinderter Menschen erhoben haben. FRISKE (1995) bleibt in der Andeutung der Datenaufbereitung zur Lebenswirklichkeit geistig behinderter Frauen genauso vage wie WENDELER (1989), der den Umgang mit dem Begriff geistige Behinderung von Betroffenen untersucht hat und damit deren soziale Realitäten abbildet. AUCH HOFMAN/MAURER/RIVERA (1993) wählen einen narrativen Zugang zum Kontakt- und Freizeitverhalten geistig behinderter Frauen, der wenig Interpretationsregeln formuliert. FEGERT et al. (1998), die sich in einer neuen Studie zur sexuellen Gewalt mit behinderungsbedingten und geschlechtsspezifischen Macht- und Abhängigkeitsstrukturen im Leben geistig behinderter Mädchen

und Frauen auseinandersetzen, arbeiten nicht mit der Deutungsanalyse, obwohl sie mehr als andere Verfahren geeignet wäre, den Sozialisationsprozeß und die Geschlechtsollenzuweisung behinderter Frauen zu untersuchen. SEIFERT (1997a; b) ist hier mit ihrer Untersuchung zur Lebensqualität schwer geistig behinderten Menschen ausgenommen, weil sie nicht die Betroffenen interviewt, sondern die MitarbeiterInnen in Wohneinrichtungen und außerdem einen anderen qualitativen Zugang (nach MAYRING, 1982; 1988) wählt.

Es konnte folglich keine einzige Untersuchung ausfindig gemacht werden, in der Interviews mit geistig behinderten Menschen mit Hilfe der Deutungsanalyse bearbeitet wurden. Dieser Pilotversuch mit einem ursprünglich soziologisch-phänomenologischen Ansatz hat sich jedoch als eine absolut verlässliche Methode erwiesen, das Gewalt- und Konfliktverständnis geistig behinderter Menschen zu belegen.

4.2.2 Argumentation in moralischen Zwangslagen: Das Dilemma-Interview

Das Dilemma-Interview nach REINSHAGEN et al. (1976) bietet die Möglichkeit, die moralische Urteilsstruktur von Personen zu einem bestimmten sozialen Sachverhalt zu erfassen. In standardisierter Form werden ProbandInnen Situationen zur Handlungsbewertung vorgelegt, die sie in eine argumentative Zwangslage versetzen und damit ein moralisches Dilemma auslösen. Die zentrale Rolle in der Entwicklung des Ansatzes liegt in KOHLBERGS (1958) Theorie und Methode zur Erfassung präskriptiver sozialer Kognitionen. Die Weiterentwicklung und Verfeinerung der Methodik (KOHLBERG, 1964; 1969; 1971; 1984) geht jedoch immer von der gleichen Grundstruktur aus: dem Stufenmodell moralischer Entwicklung und seiner Erfassung mittels strukturierter Interviews, bei denen Geschichten vorgegeben werden, die moralische Dilemmata präsentieren.

Auf die hier vorliegende Untersuchung übertragen bedeutet dies, daß im letzten Drittel der Interviews sowohl den MitarbeiterInnen als auch den BewohnerInnen hypothetische Dilemmata dargeboten werden, die bewußt eine kognitive als auch emotionale Dissonanz erzeugen. Auf einen Grundkonflikt reduziert, stellen sie knapper Form realitätsnahe Situationen dar, in denen sowohl MitarbeiterInnen als auch HeimbewohnerInnen HauptakteurInnen des präsentierten Konflikts sind. Eine einzige explorierende Fragestellung, nämlich die nach der Bewertung der Reaktion der BetreuerInnen, liefert den nötigen Diskussionsstoff und die Grundlage zur Bildung eines quantitativ

faßbaren Urteils mittels Rating-Skala. Den MitarbeiterInnen werden insgesamt sieben Dilemmata präsentiert, den BewohnerInnen vier. Letztere sind mit denen der MitarbeiterInnen identisch: Hier wird ein direkter Vergleich der Argumentationsstrukturen beider Gruppen möglich. Darauf, den BewohnerInnen die weiteren drei Beispiele aus dem Betreuerinterview vorzulegen, wurde verzichtet. Sie offerieren Grundkonflikte, die für geistig behinderte Personen als Dilemma-Situation nur schwerlich kognitiv zu durchdringen sind: Die Einschätzung „sinnentleerer“ Beschäftigungsformen, die Bewertung von „sozialem Time-out“ und die verdeckte Form der Freiheitsentziehung.

Das moralische Dilemma wird definiert als Konflikt zwischen gerechtfertigten Ansprüchen der Gesellschaft und denen des Individuums (KOHLBERG, 1958; REINSHAGEN et al. 1976, ECKENSBERGER/VILLENAVE-CREMER/REINSHAGEN, 1980). In der Regel handelt es sich dabei um einen Konflikt zwischen zwei gleichermaßen wichtigen und allgemein akzeptierten Werten (ECKENSBERGER/VILLENAVE-CREMER/REINSHAGEN, 1980, 339). Im Anschluß an das Dilemma wird von den Testpersonen eine Handlungsentscheidung verlangt; in diesem Fall die Bewertung der Situation mittels eines Rating-Urteil und begleitender verbaler Erläuterungen. Die Fallbeispiele, die als Dilemma-Situationen fungieren, sind so ausgewählt, daß die Begründungsstrukturen, warum das Personal restriktiv gegenüber HeimbewohnerInnen handelt, eine ganze Palette an repräsentierten Werten einer Sozialgesellschaft enthält (wie z. B. Pflicht: Gesundheitsfürsorge, Aufsichtspflicht), aber in Konflikt mit der persönlichen Freiheit des einzelnen (hier: Selbstbestimmung und Autonomie) gerät.

Hier die Beispiele:

Dilemma 1:

„Der 23jährige geistig behinderte Martin weigert sich regelmäßig zu duschen. Jeden Samstag zwingen ihn zwei männliche Betreuer unter heftiger Gegenwehr dennoch unter die Dusche.“

(Beurteilung durch MitarbeiterInnen *und* BewohnerInnen)

Dilemma 2:

„Die 34jährige geistig behinderte Andrea möchte das Mittagessen auslassen, weil sie entweder keinen Hunger hat oder es ihr nicht schmeckt. Am Nachmittag möchte sie aber zum Kaffee gerne auch Kuchen essen. Dieser wird ihr mit der Begründung verweigert, „wer mittags nichts ißt, braucht auch keinen Kuchen“.“

(Beurteilung durch MitarbeiterInnen *und* BewohnerInnen)

Dilemma 3:

„Der 40jährige Thorsten tritt dem Zivi seiner Wohngruppe häufig und mit Absicht schmerzhaft gegen die Schienbeine. Der Zivi hat sich angewöhnt, in gleichem Maße zurückzutreten.“

(Beurteilung durch MitarbeiterInnen *und* BewohnerInnen)

Dilemma 4:

„Der 27jährigen schwerst-mehrfachbehinderten Kathrin setzt die Gruppenleiterin häufig abends unter viel Gelächter der übrigen Bewohner(innen) zum Spaß eine Karnevalskappe mit Eselsohren auf. Kathrin weiß nicht, worum es geht.“

(Beurteilung durch MitarbeiterInnen *und* BewohnerInnen)

Dilemma 5:

„Barbara ist 28, schwer geistig behindert, spricht nicht und kann nur äußerst einfache Tätigkeiten ausführen. Um sie zu beschäftigen, kippen die Betreuerinnen nachmittags immer eine Spielkiste aus, die Barbara langsam wieder einräumt.“

(Beurteilung *nur* durch MitarbeiterInnen)

Dilemma 6:

„Die Gruppe bastelt gemeinsam Tischdekorationen für Ostern. Markus (23 Jahre) zerstört mutwillig die Werke der anderen Bewohner. Um ihn davon abzuhalten und ihm auch zu zeigen, daß sein Verhalten nicht o. K. ist, schließen die Betreuer ihn eine ½ Stunde in sein Zimmer ein.“

(Beurteilung *nur* durch MitarbeiterInnen)

Dilemma 7:

„Susanne (33 Jahre) läuft sehr schlecht und benutzt daher meistens einen Rollstuhl. Da sie außerdem orientierungslos ist und die Gefahr des Weglaufens besteht, sieht sich ihre Gruppenleiterin bei knapper Personalbesetzung gezwungen, den Klappstisch an ihrem Rollstuhl festzustellen, damit sie nicht unbeaufsichtigt aufstehen und weglaufen kann.“

(Beurteilung *nur* durch MitarbeiterInnen)

Hintergrund der Konfliktinduzierung ist bei allen Fallbeispielen die Intention herauszufinden, wie hoch die einzelnen Testpersonen den Gewaltcharakter der einzelnen Situationen einschätzen. Darüber hinaus ist von Interesse, ob Akte der - leicht erkennbaren - personalen Gewalt (Dilemma 1, Dilemma 3) schärfer verurteilt werden als „versteckte“ strukturelle Gewalt (Dilemma 5, Dilemma 7).

Methodisches Artefakt, um einen quantitativen Vergleich zwischen Personal und BewohnerInnen zu ziehen, ist die Rating-Skala. Die qualitative Gegenüberstellung geschieht durch das *Auffinden von Begründungsstrukturen* und *Argumentationsstandpunkte pro Gegenstandsbereich*. Der hauptsächliche Unterschied gegenüber der verwendeten Methode von REINSHAGEN et al. (1976), die belegen wollen, auf welcher *moralischen Stufe* die jeweilige ProbandIn argumentiert und quantifizierte *Stufen-Scores* verteilen, ist der, daß bei dieser Anlage der Untersuchung nur die Ausprägung spezifischen Merkmals (der den Situationen immanente Gewaltcharakter) bestimmt werden soll.

In einem zweiten Schritt ist ausschlaggebend, wie groß der Einfluß bestimmter Parameter auf die moralische Urteilsstruktur der Personen ist. Darunter

wird getestet, ob die Variablen Alter, Geschlecht, Dauer der Heimtätigkeiten des Personal, Dauer der Unterbringung der BewohnerInnen, d. h., Grad ihrer Institutionalisierung; pädagogische Ausbildung der BetreuerInnen das Moralurteil beeinflussen oder nicht. Des weiteren soll geprüft werden, ob sich die BewohnerInnen in ihrer Argumentationsstruktur der Urteilsfindung ihrer BetreuerInnen folgen.

Nicht einwandfrei klären läßt sich die Reliabilität der Stufenzuordnung des individuellen Gewalt„empfindens“. Stabilität, Konsistenz und Meßfehler (siehe hier ausführlicher Kap. 4.3.2 zu „Urteilsfehlern“) wird vor allem durch die *Fehlervarianz* der geistig behinderten Befragten induziert. Folgende Faktoren bestimmen die Fehlervarianz:

- *Sog. Aktualgenese von Argumenten*: Hier wird impliziert, daß die individuelle Festlegung auf eine Urteilsstufe nicht aufgrund generalisierter moralischer Strukturen erfolgt, sondern daß sie *spontan* getroffen wird. Ursache kann beispielsweise in bestimmtes Erlebnis sein, daß ausgerechnet an dem Tag, an dem das Interview geführt wird, die sozialen Kognitionen der Testperson beeinflußt.
- Fehler in der *Zuordnung zu Urteilstufen*: Hier ist als besonders problematisch anzusehen, wenn das quantitative Urteil auf der Rating-Skala massiv von der verbalen Explikation der Begründung abweicht. Eine Testperson entscheidet sich beispielsweise für die Unbedenklichkeitsstufe 0 und führt gleichzeitig mehrere Argumente an, warum das Verhalten im Konfliktfall moralisch zu verurteilen sei.
- *Divergenz zwischen Urteil und tatsächlichem Verhalten* in der Praxis: Daß sich die ProbandInnen für eine bestimmte Urteilsstufe aussprechen und diese auch hinreichend verbal belegen, kann nicht unbedingt eine Rückschluß auf ihr tatsächliches Verhalten in einer ähnlichen oder sogar gleichen Situation erlauben (vgl. ECKENSBERGER/VILLENEUVE-CREMER/REINSHAGEN, 1989, 360ff).

Aber das wohl größte Problem der Konstruktion der Konfliktfälle bestand darin, für alle Testpersonen - d. h. für das Personal *und* die geistig behinderten BewohnerInnen gleichermaßen - eine Handlungssituation zu präsentieren, die von beiden Gruppen übereinstimmend als Konflikt rezipiert wird. Aus diesem Grund wurde auch darauf verzichtet, wie ursprünglich von KOHLBERG (1958; 1984) vorgesehen, eine *Geschichte* mit weiterführenden, sinnverstehenden Handlungsmustern zu konstruieren. Statt dessen wurde darauf geachtet, daß der Instruktionsmodus - vor allem für die geistig behinderten Testpersonen - übersichtlich und leicht verständlich ist. Der sprachliche Stil ist in Syntax und Satzlänge eingängig, so daß das Dilemma auch von den BewohnerInnen schnell aufgenommen werden kann. Zur Überprüfung, ob das Fallbeispiel in seiner Bedeutung und Tragweite tatsächlich verstanden wurde, wurden die TeilnehmerInnen gebeten, kurz die Situa-

tion mit eigenen Worten zu wiederholen oder den „entscheidenden Punkt“, das Dilemma, zu benennen.

Die Zugehörigkeit der Befragten zur Gruppe des Personals oder zur Gruppe der BewohnerInnen teilt die Gesamtstichprobe in zwei Unterstichproben. Die Vergleichbarkeit beider Stichproben ist bei der Gleichhaltung der *Testsituation* und der Verwendung des selben *Testinstrumentariums* gesichert. Ziel ist nun die abweichenden Denkstrukturen und Legitimationsmuster beider Gruppen zu analysieren, die sich in der unterschiedlichen Gewichtung des Zwangscharakters der Situationen offenbaren. „Menschen auf unterschiedlichen moralischen Ebenen und Stufen haben hinsichtlich moralischer Konfliktsituationen verschiedene Ansichten darüber, welches die richtige Handlungsweise ist und warum sie richtig ist“ (GIELEN, 1996, 47). Für beide Gruppen existieren somit auf präkonventioneller Ebene unterschiedliche pragmatische Absichten, ein unterschiedliches Befriedigungsinteresse von Bedürfnissen, eine Intention, Schaden von der eigenen Person abzuwenden und ein unterschiedlicher Gehorsam gegenüber Regeln und Autoritätspersonen (ebd.).

Wenn nun im Interview beide Gruppen ihr moralisches Interesse vertreten, bedienen sie sich allgemeiner Normen und Regeln oder internalisierten Vorstellungen davon. Definiert werden diese Sichtweisen von den rollbezogenem Verhalten ihrer Gruppenzugehörigkeit. Das Personal agiert auf diese Weise immer auch in Verkörperung der Institution, die es vertritt; die BewohnerInnen als Summe ihrer Zuschreibungen als Insassen dieser Institution.

Zu jedem Zeitpunkt der Interviewsituation muß deshalb gesichert sein, daß alle TeilnehmerInnen Selbst- und Fremdbewertungen vornehmen können. Außerdem müssen sie eine Bezugnahme auf das Normensystem institutioneller Betreuung und entsprechenden sozialen Kognitionen (Werthaltungen, Gerechtigkeitsüberzeugungen, Kognition sozialer Macht und Abhängigkeit, Einschätzung der Handlungsintentionen; vgl. MONTADA, 1980, 249) herstellen können. Das setzt wiederum soziale Kompetenzen der Rollenübernahme und Empathie voraus (ebd., 261). Die geistig behinderten TeilnehmerInnen sind genauso wie die nichtbehinderten MitarbeiterInnen angehalten, unterschiedliche Stufen der Erfassung sozialer Interaktionen zu durchlaufen:

Stufenniveau I (Aktivierung der Wahrnehmung):

- (1) Wahrnehmung der Handlungssituation und Lokalisation der Verantwortlichkeit; Differenzierung zwischen Personen mit Macht und ohne Macht;
- (2) Wahrnehmung einer Person in Notlage;
- (3) Erkennen eines Handlungskonflikt bzw. konfligierender Interessenslagen;
- (4) Erkennen von Handlungen, wie die Not- oder Zwangslage behoben werden kann;

Stufenniveau II (Verpflichtung):

- (1) Normenkonstruktion und Generierung von Gefühlen der moralischen Verpflichtung;
- (2) Aktivierung persönlicher Normen;

Stufenniveau III (Reaktion):

- (1) Verleugnen oder Annehmen der Not- bzw. Zwangslage
- (2) Verleugnen oder Annehmen der eigenen Verantwortlichkeit
- (3) Aktion oder Nichtaktion (vgl. ebd., 261).

Während die Erfassung des moralischen Urteils bei Menschen unterschiedlicher sozialer Systeme bereits untersucht wurde (KUHMERKER et al. 1996), stellt der hier verfolgte Ansatz der Erfassung des moralischen Urteils bei geistig behinderten Menschen ein forschungstechnisches Novum dar. Bisher liegt keine empirische Untersuchung zum Urteilsverhalten geistig behinderter Menschen vor. Ebenfalls neu ist die verwendete Methode. Es konnte keine Studie ausfindig gemacht werden, die ein standardisiertes Rating-Verfahren bei Menschen mit einer geistigen Behinderung einsetzt.

4.3 Urteilen: Der Einsatz von Rating-Skalen

Um Einstellungen und Bewertungen von verschiedenen Personen zu ein und derselben Fragestellung in standardisierter Form vergleichen zu können, sind Rating-Skalen ein verlässliches Untersuchungsinstrument. Mit ihrer Hilfe ist es möglich, eine direkte, quantitative Einstufung von Urteilsobjekten bezüglich einzelner Merkmale vorzunehmen, die auf *subjektiven Urteilen* der Befragten basieren (vgl. BORTZ 1984, 88ff, BORTZ/DÖRING 1995, 143ff).

4.3.1 Erfassung subjektiver Urteile im Schätzverfahren und der Einsatz von Rating bei geistig behinderten UntersuchungsteilnehmerInnen

In dem Moment, in dem UntersuchungsteilnehmerInnen gefragt werden, ihre persönliche Einschätzung zu einer deskribierten Handlungssituation abzugeben, werden sie zum „Meßinstrument Mensch“; ihre *Schätzurteile* bilden die Grundlage des Meßverfahrens. Sie verbleiben dabei weitestgehend in der Funktion von *Fremdurteilen*, d. h. die Befragten geben ihr Urteil über das Handeln einer fremden Person ab und werden nicht selbst zu UrteilerInnen. Eine Ausnahme kommt durch die alternierende Befragung der geistig behinderten UntersuchungsteilnehmerInnen zustande, wenn diese gebeten werden, sich vorzustellen, die vorgestellte Handlungssituation würde ihnen selbst widerfahren. Solche *subjektzentrierten Schätzurteile* sind genau dann unerlässlich, wenn die Fragestellung für die Urteilsleistung geistig behinderter Menschen zu abstrakt wirkt und die Übernahme einer anderen Handlungsperspektive (hier von konkret Beteiligten) zu genaueren Meßergebnissen führt.

Die im Rahmen dieser Untersuchung verwendeten Rating-Skalen spiegeln *Schätzurteile* wider. Die Stufen der Rating-Skalen geben durch verbale Beschreibungen markierte Abschnitte eines Merkmalskontinuums vor, die von den Befragten bewerten werden sollen. Die Merkmalsausprägung ist segmentiert, d. h., die verschiedenen Stufen verlaufen linear in gleichen Abständen. Die Skala ist polarisiert: Die Befragten können zwischen sechs verschiedenen Stufen wählen, von „keine Merkmalsausprägung vorhanden“ (Stufe 0) bis „Merkmal voll ausgeprägt“ (Stufe 5). Je nachdem, welche Stufe die TeilnehmerInnen gemäß ihrem subjektiven Empfinden ankreuzen, bilden sie meßtheoretisch den Grad der Merkmalsausprägung ab. Die diversen Abstufungen der Skala werden durch adäquate sprachliche Erläuterungen präzise definiert.

Die Integration dieses quantitativen Verfahrens in den qualitativen Körper der eng strukturierten Interviews gelingt folgendermaßen: Den Befragten werden im letzten Drittel des Interviews fünf kurze Fallbeispiele aus dem Betreuungsalltag vorgestellt, die sie anhand der Rating-Skala bewerten sollen. Bei allen Beispielen wird dieselbe Skala verwendet, um ein einheitliches Meßinstrument zu gewährleisten (siehe Abb. 4.3.1.1) Das Merkmalskontinuum, das geschätzt werden soll, ist das Ausmaß von Gewalt in der geschilderten Handlungssituation. Verbale Beschreibungen flankieren die Stufen der Urteilsbildung.

Rating-Skala zur Beurteilung des Betreuerverhaltens aus Sicht der BetreuerInnen

0		Keine Bedenken bei diesem Handeln.
1		Die Betreuerreaktion ist zwar nicht optimal, aber legitim.
2		Das Verhalten ist pädagogisch nicht o. k., aber keine Alternative vorhanden.
3		Diese Situation ist pädagogisch absolut nicht vertretbar.
4		Es handelt sich um Ausnutzung eines Machtverhältnisses.
5		Es handelt sich um Gewalt.

Abb.: 4.3.1.1

Natürlich ist es schwierig, die numerischen Abstufungen von 0 bis 5 verbal zu charakterisieren. Eine zusätzliche Hilfe ist sicherlich die Kennzeichnung der Stufen durch die Zahlen 0 bis 5; eine Analogie zur schulischen Zensurenverteilung ist dabei durchaus beabsichtigt und soll die Beurteilung erleichtern. Durch die qualitative Erfassung der Urteilsreaktionen, also der um die Einschätzung per Skala herum abgegebenen Erklärungen, wird das Urteil der Befragten präziser. Schließlich kann es passieren, daß sie mit der rigiden Stufeneinteilung unzufrieden sind und deshalb die Gefahr besteht, daß die Beurteilung verweigert wird. Wird ihnen jedoch erlaubt darzulegen, mit welchen rationalen Begründungen sie ihr Urteil fundieren und sie verfolgen können, daß ihre Aussagen gleichfalls mitprotokolliert werden, verringert sich der Anteil derjenigen, die bei dem Procedere „aussteigen“. Die Gefahr ist ohnehin groß, daß sich die Befragten den Schätzurteilen entziehen, wenn ihnen nicht erlaubt wird, daß sie - wie bei den gängigsten ungeradzahlig bipolaren Skalen üblich - sich auf ein „neutrales Mittelfeld“ zurückziehen dürfen. Ganz im Gegenteil: diese Neutralkategorie wird ihnen bewußt vor-

enthalten. Selbst die Stufe 0 trifft zumindest eine moralische Aussage, wenn das Verhalten gebilligt wird.

Die bei den UntersuchungsteilnehmerInnen mit geistiger Behinderung eingesetzten Skalen unterscheiden sich nur geringfügig von denen ihrer BetreuerInnen (siehe Abb. 4.3.1.2). Zur Visualisierung der einzelnen Bewertungsstufen sind die Smilies von „fröhlich“ bis „traurig“ sicherlich hilfreich. Zusätzlich werden den Befragten die Verbalisierungen der Stufen vorgelesen und erläutert. Diese unterscheiden sich im Wortlaut von denen der Betreuer-Skalen, indem sie auf schwierig verständliche Begriffe wie Alternative, Machtverhältnis und pädagogische Vertretbarkeit verzichten. Zudem müssen sich die BewohnerInnen ehemals in ihrem Urteilsvermögen auf eine ganz andere Perspektive einlassen, nämlich die des potentiellen Opfers. Während BetreuerInnen über das Verhalten KollegInnen, demnach innerhalb derselben sozialen Gruppe urteilen, schätzen BewohnerInnen das Verhalten von Mitgliedern einer ihnen diametral entgegengesetzten Gruppe ein.

Rating-Skala zur Beurteilung des Betreuerverhaltens aus Sicht der BewohnerInnen

0		Verhalten des Betreuers ist völlig in Ordnung.
1		Der Betreuer kann sich nicht anders verhalten.
2		Das Verhalten ist nicht o. k., es gibt aber keine andere Möglichkeit.
3		Das Verhalten des Betreuers ist nicht in Ordnung.
4		Der Betreuer als Stärkerer nutzt seine Macht aus.
5		Es handelt sich um Gewalt.

Abb.: 4.3.1.2

Mit insgesamt sechs Stufen ist die Skala in ihrer Merkmalsausprägung nahezu erschöpfend ausdifferenziert. Eine weitere Zersplitterung der einzelnen Beurteilungsstufen würde die Befragten unnötig verwirren und zu erheblichen Einbußen hinsichtlich der Reliabilität und Validität der Skalen führen (vgl. BORTZ 1984, 123). Es sind jedoch trotzdem *meßtheoretische Probleme* zu befürchten, und zwar nicht deshalb, weil die Skalen ohne Sorgfalt konstruiert oder die verbalen Instruktionen nicht detailliert abgelegt wären, sondern allein aus dem Grunde, daß nicht überprüfbar ist, daß die UntersuchungsteilnehmerInnen tatsächlich *intervallskalierte Urteile* abgeben.

Der *meßtheoretische Trugschluß* muß folglich darin bestehen, daß bei fehlender Intervallskalierung überhaupt keine statistische Analyse mittels parametrischer Verfahren angewendet werden dürfte. Sobald man aber parametrische Verfahren wie den t-test oder die Varianzanalyse heranzieht, setzt man im Umkehrschluß voraus, daß es sich um intervallskalierte Daten handelt. (vgl. ebd., 124).

An gleicher Stelle wird erklärend darauf hingewiesen, daß es sich hierbei weniger um ein statistisches als vielmehr um ein meßtheoretisches Interpretationsproblem handelt, nämlich der Frage, ob gleiche Zahlendifferenzen auch gleiche Merkmalsunterschiede repräsentieren. Diese Befürchtung kann nicht von der Hand gewiesen werden, wenn es um die Überlegung geht, ob ausgerechnet Intervallskalen das richtige Meßinstrument sind, um Menschen mit geistiger Behinderung Bewertungen und Einstellungen zu entlocken. Gerade bei ihnen scheint der Vorwurf gerechtfertigt zu sein, daß sie *normierte Abstufungen* von Urteilen als *soziale Kognitionsleistung* nicht überblicken können und dementsprechend zu keinen validen Einschätzungen kommen können. Dem ist entgegenzuhalten - würden die gleichen Fragen ohne quantifizierbaren Anteil mittels Skalen oder Kategorien, also offen gestellt - daß der direkte Vergleich so entstandener verbaler Daten zwischen den sowieso in bezug auf ihre sozial kognitiven Voraussetzungen her extrem heterogenen Gruppen von BetreuerInnen und BewohnerInnen kaum zu vergleichen wären.

Der bei Menschen mit geistiger Behinderung häufig stark eingeschränkte aktive Wortschatz würde bei einer rein narrativen Einschätzung des Fallbeispiels einen analytischen Vergleich der Personengruppen untereinander enorm erschweren, wobei ohnehin ein reduzierter Sprachschatz im Bereich sozialer Interaktion - im Gegensatz auf die Befriedigung primärer Bedürfnisse ausgerichteten Sprachverfügung bei Menschen mit geistiger Behinderung bemängelt wird. Skalen machen sich demnach sogar diese Tatsache zunutze, indem sie sich auf den passiven Wortschatz und das gedankliche Verständnis auch komplexer Situationen, ohne daß diese verbalisiert werden müßten, stützen, und den aktiven Wortschatz sowie psychische Hemmnisse beim aktiven Sprechen außer acht lassen.

Ein weiteres, nicht zu unterschätzendes Problem des Ratings bei ProbandInnen mit kognitiven Beeinträchtigungen zeichnet sich ab, wenn man bedenkt, daß dieser Personenkreis bereits grundsätzliche Schwierigkeiten im Umgang mit Begriffen wie „(be)urteilen“ und „einschätzen“ hat, aber diese Termini ausgerechnet in sämtlichen Eingangsfragen enthalten sind. Zurückzuführen ist dieses Defizit vermutlich auf einen wenig erprobten Umgang mit „Beurteilungen“, wird doch meistens das Betreuerurteil zum moralischen Maß der Dinge. So reagiert ein großer Teil der Befragten mit geistiger Behinderung

äußerst überrascht, daß ihre eigene, subjektive Einschätzung der Konfliktsituationen verlangt wird. Viele nehmen daher zunächst grundsätzlich die Perspektive der BetreuerInnen ein und müssen erst darauf hingewiesen werden, daß Ihre eigene Meinung in der Skala Ausdruck finden soll:

Fallbeispiel 5b: *„Die 34jährige Andrea möchte das Mittagessen auslassen, weil sie entweder keinen Hunger hat oder es ihr nicht schmeckt. Am Nachmittag möchte sie aber zum Kaffee gerne auch Kuchen essen. Dieser wird ihr von den Betreuern mit der Begründung verweigert, „wer mittags nichts ißt, braucht auch keinen Kuchen.“*

Interviewerin: *„Wie beurteilen Sie das Verhalten der Betreuer?“*

Herr Weirich: *„Das ist o. k. so, die Betreuer haben da recht. Wer mittags nichts ißt, braucht auch keinen Kuchen. Das ist so.“*

Interviewerin: *„Und wenn Ihnen dasselbe passiert?“*

Herr Weirich: *„Es ist meine freie Entscheidung, wie ich das mache. Ob ich in der Werkstatt esse oder nicht esse und dann nachmittags hier doch auch noch mal esse. (...)“*

Interviewerin: *„Und für welche Note entscheiden Sie sich jetzt?“*

Herr Weirich: *„Ja hier, für (liest den Satz vor) ‘Verhalten des Betreuers ist völlig in Ordnung.’ Das ist die 0.“*

Herrn Weirichs Einschätzung offenbart in zweifacher Hinsicht die Problematik des unabhängigen Urteilens: Er greift zunächst unreflektiert die Argumentation der Betreuer auf und qualifiziert sie als richtig und gut; verwirft sie in dem Moment, wo er selbst der Betroffene wäre, um sie zum Schluß doch als richtiges Verhalten anzunehmen. Er nimmt also a) zu schnell die Betreuerperspektive ein und muß darauf hingewiesen werden, und b) orientiert sich letztendlich seine Entscheidung doch am dominierenden Betreuerverhalten.

Außerdem macht die Mitprotokollierung der Entscheidungsfindung, welche Stufe die Befragten mit geistiger Behinderung auf der ihnen vorgelegten Skala ankreuzen, deutlich, wie sie sich an den unterschiedlichen Urteilsstufen orientieren: Diejenigen, die gut und sinntentnehmend lesen können, stützen sich auf die vorformulierten Sätze. Fast alle anderen kommen erstaunlich gut mit der „Notengebung“ von 0 bis 5 zurecht. Die Smilies von „lachend“ bis „traurig“ leisten wider Erwarten lediglich flankierende Unterstützung. Hierzu ein Ausschnitt aus dem Interview mit Herrn Kintop der souverän „Noten“ für das Betreuerverhalten verteilt und dazu die Rating-Skala optimal nutzt. Das Fallbeispiel 5c empört ihn sehr; Fallbeispiel 5d wird im Vergleich dazu schwächer bewertet:

Fallbeispiel 5c: *„Der 40jährige Thorsten tritt dem Zivi seiner Wohngruppe häufig und mit Absicht schmerzhaft gegen die Schienbeine. Der Zivi hat sich angewöhnt, in gleichem Maße zurückzutreten.“*

Interviewerin: „Wie beurteilen Sie das Verhalten des Zivis?“

Herr Kintop: „Finde ich nicht gut.“

Interviewerin: „Warum nicht?“

Herr Kintop: „Dann macht er das immer weiter. Mit dem Treten. (...) Hier möchte ich auf jeden Fall das Schlimmste ankreuzen.“

Interviewerin: „Was ist das Schlimmste?“

Herr Kintop: „Die Fünf.“

Fallbeispiel 5d: „Der 27jährigen schwerst-mehrfachbehinderten Kathrin setzt die Gruppenleiterin häufig abends unter viel Gelächter der übrigen Bewohner(innen) zum Spaß eine Karnevalskappe mit Eselsohren auf. Kathrin weiß nicht, worum es geht.“

Interviewerin: „Wie beurteilen Sie das Verhalten der Betreuerin?“

Herr Kintop: „Das finde ich nicht ganz so schlimm wie mit dem Thorsten. Nicht fünf. Da nehme ich eher die Vier.“

Interviewerin: „Warum finden Sie das nicht ganz so schlimm?“

Herr Kintop: „Weil die das bestimmt jeden Tag macht.(...)“

Warum also auf den unkonventionellen Einsatz von Rating-Skalen bei geistig behinderten Personen verzichten? „Solange die Forschung mit Rating-Skalen zu inhaltlich sinnvollen Ergebnissen gelangt, die sich in der Praxis bewähren, besteht nur wenig Veranlassung, an der Richtigkeit der impliziten meßtheoretischen Hypothesen zu zweifeln“ bemerkt treffend BORTZ (1984, 125) und weist allzu ängstliche Bedenken beim Einsatz der Skalen zurück, schließlich könne „ein Meßinstrument (...) nicht präziser sein als die Präzision der theoretischen Konzepte über das zu Messende“ (ebd.).

4.3.2 Urteilsfehler und semantisches Differential bei unterschiedlichen sozialen Gruppen

In diesem Abschnitt geht es um diejenigen *systematischen Urteilsfehler*, die erstens in bezug auf die unterschiedliche Perzeption des *Untersuchungsgegenstandes* auftreten - gemeint ist nicht nur das individuelle Verständnis von Macht, Zwang und Gewalt, sondern auch die Akzeptanz einer unterschiedlichen, hierarchischen Merkmalsausprägung und seine valide Operationalisierung über Rating-Skalen - und die zweitens hinsichtlich der konnotativen Bedeutung der verwendeten Begriffe Zwang, Macht und Gewalt in Erscheinung treten, weil die emotionalen und expressiven Vorstellungen der Untersuchungsteilnehmerinnen unabhängig von den erhaltenen Untersuchungsinstruktionen voneinander erheblich abweichen werden. Ein großer „konnotativer Sprung“ wird höchstwahrscheinlich zwischen den beiden Gruppen BetreuerInnen und BewohnerInnen verlaufen, weniger innerhalb der Mitglieder derselben Gruppe.

Urteilsfehler der ersten Gruppe können insbesondere in Form des *Halo-Effektes*, beschrieben bei BORTZ/DÖRING (1995, 170), auftreten. Hierbei wird der Urteilsfehler als logischer Fehler in dem Sinne bezeichnet, als daß die Befragten grobe Pauschalurteile abgeben und nicht hinreichend auf die Feinheiten einer unterschiedlichen Merkmalsausprägung achten. Ein Beispiel wäre in diesem Zusammenhang, daß die geistig behinderten UntersuchungsteilnehmerInnen beim Fallbeispiel des vorenthaltenen Kuchens nichts Anstößiges finden können, weil keine Schlüsselsituation mit gewaltlastigen Begriffen wie Schlagen, Treten, Zerren beschrieben wird:

„Die 34jährige geistig behinderte Andrea möchte das Mittagessen auslassen, weil sie entweder keinen Hunger hat oder es ihr nicht schmeckt. Am Nachmittag möchte sie aber zum Kaffee gerne auch Kuchen essen. Dieser wird ihr mit der Begründung verweigert, „wer mittags nichts ißt, braucht auch keinen Kuchen“.“ (Fallbeispiel des Interviews)

Der Halo-Effekt wäre hier besonders groß, wenn das einzuschätzende Merkmal für die Befragten schlecht zu definieren oder aber schwer zu beobachten ist. Die Aufmerksamkeit der geistig behinderten TeilnehmerInnen muß bei dieser Fallbeschreibung auf die Verweigerung von Essen und Zurückweisung eines primären Bedürfnisses (Hunger) gelenkt werden. Bei fast allen Fallbeispielen ist die Gefahr des Halo-Effektes prinzipiell hoch, weil der dahinterliegende Themenkomplex Macht und Gewalt für alle Beteiligten schwer zu erfassen ist. Es wird deshalb im Rahmen der Untersuchungsinstruktionen darauf geachtet, daß die TeilnehmerInnen gut über das einzustufende Merkmal informiert sind oder aber ihnen die Gelegenheit gegeben wird, eine Definition über das Merkmal selbst zu verfassen.

Ein weiterer u. U. bedeutsamer Urteilsfehler ist der *Milde-Härtefehler* (ebd.). Er tritt vor allem bei Personenbeschreibungen auf: Die zu beurteilende Person wird in ihrem Handeln entweder zu positiv oder zu negativ beurteilt. Aber anstatt - wie üblich - die UntersuchungsteilnehmerInnen darauf aufmerksam zu machen und damit den Effekt weitestgehend auszuschalten, soll der Effekt durch folgende Untersuchungskonstellation noch verschärft und damit ein bestimmter Untersuchungsaspekt, nämlich der *Einflußfaktor der kollegialen Wertschätzung*, verdeutlicht werden: Einem Teil der Befragten wird die gleiche Fallkonstruktion unter Veränderung einer einzigen Variable ein zweites Mal präsentiert. Dabei werden die Befragten bereits in der Introduction gebeten, entweder das Verhalten von „verhaßten“ oder „geschätzten“ KollegenInnen zu beurteilen.

Beim *Primacy-regency Effekt* (ebd., 171) treten Urteilsverzerrungen dadurch auf, daß die ausgewählten Fallbeispiele in einer ungünstigen Reihenfolge präsentiert werden. Im Interview sind die Fallkonstruktionen so plaziert, daß nicht ausgerechnet ein Fall mit extremer Merkmalsausprägung gleich zu Anfang einen zu starken Kontrast für die Beurteilung der darauffolgenden Beispiele bietet und die Skala nicht mehr voll ausgeschöpft werden kann.

Das semantische Differential wurde am Beispiel der unterschiedlichen konnotativen Bedeutung des Begriffs „Aggression“ ebenfalls mittels einer Rating-Skala erhoben. Das semantische Differential kann als Methode mit Hilfe sich gegenüber stehender bipolarer Adjektivpaare erfassen, wie unterschiedlich ein Objekt von der Gruppe von Testpersonen eingeschätzt wird (Bortz/Döring, 1995, 172). Es wird in diesem Zusammenhang als Skalierungsinstrument (im Sinne eines Polaritätsprofils bzw. Eindrucksdifferential; HOFSTÄTTER, 1977) verwendet, um den affektiven Bezug der UntersuchungsteilnehmerInnen zum Terminus Aggression zu klären. Intention ist hierbei herauszufinden, wie unterschiedlich die gefühlsmäßige Affinität des Personals zu Begriffen wie Aggression oder Gewalt sein kann, wenn beispielsweise das Geschlecht der Person, die Aggressionen zeigt, verändert wird. Die eine Testgruppe wird gebeten, sich eine geistig behinderte Bewohnerin mit aggressiven Verhaltensweisen vorzustellen, die andere Gruppe einen männlichen Bewohner. Ihre Einschätzung hinsichtlich zuordnungsbarer bipolarer Adjektivpaare („Ist das Verhalten laut - leise; mächtig - ohnmächtig; gesund - krank etc.; siehe Kap. 4.4) macht deutlich, daß Begriffe wie Aggression, Macht und Gewalt geschlechtsspezifisch, d. h., kontextspezifisch unterschiedlich besetzt sind.

Ein besonderes Problem besteht in der *sozialen Erwünschtheit* von Antworten oder Antworttendenzen. Betroffen sind beide Gruppen - Personal und BewohnerInnen - indem die erste Gruppe sich nicht zu weit von den Normen und Regeln der Institution wegbewegen will und die zweite zu betueerkonformem Verhalten tendiert, weil sie von der Gunst des Personals abhängig

ist. Es ist also die Angst vor *sozialer Verurteilung*, die beide dazu bewegt, sich in Verhaltensäußerungen dicht an *vermeintlich erwartete Antworten* zu halten. BORTZ/DÖRING (1995, 213) weisen in dem Zusammenhang auf die fehlende Allgemeinverbindlichkeit von Normen über „gutes“ Verhalten oder „positive“ Eigenschaften hin; eigentlich würden in Abhängigkeit von der Bezugsgruppe und der jeweiligen Situation immer unterschiedliche Erwartungen bestehen. Allerdings werden mit dem hier vorliegenden Untersuchungsgegenstand von Gewalt und Zwang derart negative Handlungen und vor allem soziale Sanktionierung assoziiert, daß kaum ein eine UntersuchungsteilnehmerIn nicht von einem sozial erwünschten Antworten (z. B. in Form von moralischer Entrüstung) beeinflusst worden wäre.

In den gleichen Kontext fällt das Problem von sog. Response Sets. Damit sind stereotype Antworttendenzen auf Test-Items gemeint (ebd., 215). Bei der Stichprobe der TeilnehmerInnen mit geistiger Behinderung besteht in besonderem Maße die Gefahr, daß sie unabhängig vom Item-Inhalt entweder zustimmend antworten (Ja-Sage-Tendenz oder sog. Akquieszenz) oder grundsätzlich ablehnend reagieren (Nein-Sage-Tendenz). Beide Tendenzen führen bei Urteilen auf Rating-Skalen zu Antworten im Extrembereich (Kap. 5.2.2 belegt das abweichende Antwortverhalten geistig behinderter Menschen gegenüber dem nichtbehinderten Personal). VAGT/WENDT (1978) bringen die Antworttendenzen mit einem bestimmten „kognitiven Stil“ zusammen. KRENZ/SAX (1987) gehen davon aus, daß eine Ja-Sage-Tendenz sich vor allem dann besonders ausprägt, wenn die ProbandInnen in ihren Urteilen unsicher sind. Gerade geistig behinderte Menschen, deren Urteil im institutionellen Tagesablauf von Heimen selten gefragt ist, tun sich schwer, wenn ihre eigenes subjektive Meinung verlangt wird. Hinzu kommt, daß nur selten im Rahmen einer schulischen Sozialerziehung beispielsweise moral-ethische Fragestellungen diskutiert werden und eine aktive Erziehung zur Meinungsbildung erfolgt wäre.

4.4 Entwicklung der Interviewfragen und Ablauf der Interviews

Die Problematik der Entwicklung und Auswahl der Interviewfragen besteht darin, daß der Großteil der Fragen für beide Untersuchungsgruppen - BewohnerInnen und MitarbeiterInnen - und bezogen auf den jeweils befragten Sachverhalt komplementär sein muß; d. h., Fragen, die beispielsweise zur Wohnsituation gestellt werden, sind für beide Gruppen identisch, werden aber aus *unterschiedlichen Perspektiven* beantwortet. Dieser Umstand gibt den Impuls, möglichst viele Fragen zu standardisieren, um einen direkten Vergleich zwischen beiden Gruppen durchführen zu können. Der folgende Abschnitt 4.4.1 führt darüber hinaus aus, welche Vorteile standardisierte Interviews gerade für geistig behinderte Menschen haben können.

Der nachfolgende Abschnitt 4.4.2 widmet sich Aufbau und Struktur der Interviewfragen und dem Interesse, warum gerade diese Fragen zur Explikation der Lebensbereiche von Menschen mit einer geistigen Behinderung ausgewählt wurden. Insgesamt fünf Komplexe haben Einfluß auf die Häufigkeit und Intensität von Konflikten und latenter struktureller Gewalt in ihrem Leben: (1) die Lebensgeschichte, (2) Ausmaß und Qualität ihrer sozialen Bindungen, (3) Güte der Wohnsituation, (4) Häufigkeit und Form von (aggressiven) Konflikten und (5) die moralische Einstellung zu Aggression und Gewalt.

4.4.1 Standardisierung der Fragen und Interview-Setting

Alle Interviews werden als Einzelinterviews und sog. „Face-to-Face“-Interviews (BORTZ/DÖRING, 1995, 219) durchgeführt. Sie haben *informationssuchenden* Charakter und werden daher den neutralen Interviews zugeordnet, die weder versuchen, durch *weiche*, einfühlsame Gesprächstechniken und emotionale beteiligte Gesprächsführungen Hemmungen abzubauen und zu reichhaltigen, vertiefenden Antwortverhalten anzuregen, noch durch eine *harte* Interviewtechnik versuchen, die Abwehrmechanismen der Befragten zu unterlaufen. Die Teilstandardisierung der Fragen trägt dieser neutralen Erhebungsmethode Rechnung: Wortlaut und Abfolge der Fragen der Fragen sind eindeutige vorgegeben und werden stets vom Interviewfragebogen „abgelesen“. Sie sind einfach und präzise formuliert, so daß auch die geistig behinderten Befragten ohne weiteren Erklärungsdruck die Fragen beantwor-

ten können bzw. die vorgegebenen Antworten auswählen und ankreuzen können.

Alle Antworten werden wortwörtlich mitprotokolliert oder auf Tonband aufgezeichnet. Im Gegensatz zu nichtstandardisierten Interviews, wie z. B. das narrative oder fokussierte Interview mit *offener* Gesprächsführung, gibt der eng strukturierte Fragenkatalog einen *geschlossenes* Gespräch vor, in dem kein Raum für thematische Abschweifungen oder verfälschende Vertiefungen bleibt. Der hauptsächliche Vorteil der Standardisierung liegt jedoch darin, daß offene Fragen, die freie Rede und freies Assoziieren voraussetzen, wegfallen und strukturierte Fragen den BewohnerInnen mit geistiger Behinderung entgegenkommen. Nicht verpflichtet, im Verlauf des Interviews und noch dazu einer weitestgehend unbekanntem Interviewerin gegenüber lange Gesprächspassagen allein bestreiten zu müssen, fällt den meisten BewohnerInnen das Antworten leicht. Bei der Auswahl vorgegebener Antwortalternativen, bei denen ihnen die Antworten selbst zum Ankreuzen vorgelegt werden, ist zudem eine Entlastung von den ansonsten stark verbal geprägten Interviewabschnitten festzustellen, die gerade die TeilnehmerInnen mit geistiger Behinderung begrüßen.

Zur Interviewsituation: Alle Gespräche finden in den Wohnstätten statt, und zwar in einem abgeschlossenen Raum (Dienstzimmer des Personals oder Wohn- und Schlafraum der BewohnerInnen). Es wird darauf geachtet, daß mögliche Störungen durch Telefonanrufe oder Zutritt anderer MitbewohnerInnen weitestgehend unterbunden werden. Die Interviews enden mit der letzten Frage des Leitfadens; es sei denn, das Gespräch wird vorzeitig und auf erklärten Wunsch der UntersuchungsteilnehmerInnen abgebrochen.

Die Gespräche dauern zwischen 30 Minuten und 3 Stunden; die durchschnittliche Dauer beträgt bei den BewohnerInnen ca. 1 Stunde; beim Personal 1,5 Stunden. Sämtliche Antworten werden mittels sog. Kontextprotokolle festgehalten; längere Gesprächspassagen mittels Tonband aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Die Protokolle stellen nach SANJEK (1990), LOFLAND/LOFLAND (1984) und FLICK (1995) die klassische Aufzeichnungstechnik dar, die es mehr als Tonbandaufnahmen schaffen, nicht nur das Wesentliche der Antworten der Befragten zu erfassen, sondern auch weitere Informationen zum Verlauf des Interviews festzuhalten. Tondandaufzeichnungen und Kontextprotokolle werden so sinnvoll kombiniert, um ein Maximum an Gesprächsauthentizität zu konservieren.

Die von LOFLAND/LOFLAND (ebd., 64) geforderte „klösterliche Strenge“ in bezug auf nachträgliche Feldnotizen weist auf die Gefahr hin, die gewonnenen Daten selektiv wahrzunehmen und Eindrücke des Interviews zu verfälschen. Sie fordern deshalb, daß sämtliche Feldnotizen während der Untersu

chungssituation oder direkt im Anschluß an diese angefertigt werden müssen, um einen zeitlichen Kondensationseffekt auszuschließen.

Die Transkriptionen der Gesprächsaussagen werden nicht in sprachanalytischen Zusammenhängen untersucht. Das bedeutet, daß die Genauigkeit der Transkriptionen im semantischen Bereich liegt und nicht in Intonation, Klassifikation von Pausen etc., wie sie die Linguistik bzw. Konversationsanalyse fordert. Die strengen Transkriptionsregeln, die für linguistische Untersuchung vonnöten sind, wenn die *Organisation von Sprache* im Mittelpunkt steht (FLICK, 1995, 192), müssen hier nicht angewendet werden. Vielmehr ist der sprachliche Austausch das *Medium* zur Untersuchung bestimmter Inhalte und nicht der Untersuchungsgegenstand selbst. Außerdem wäre es irreführend, Sprecherwechsel, Pausen, Sprechgeschwindigkeit und Satzabbrüche zu sehr in den Vordergrund zu rücken, die häufig untrennbar mit der individuellen Ausdrucksfähigkeit geistig behinderter Menschen verbunden sind.

Das zugrunde liegende Untersuchungsmaterial besteht somit aus 117 vollprokollierten und teiltranskribierten Gesprächen, davon 50 mit Mitgliedern des Personals und 67 mit BewohnerInnen. Dies entspricht einer Gesamtlänge von etwa 141 Stunden. Durch die Verschriftlichung des Materials entstehen „Geschichten über das Feld“ (FLICK, 1995, 194 nach VAN MAANEN, 1988). Der entstandene Text existiert nur in substantiiertem Form (Flick, ebd.) und bildet eine soziale Realität ab, die vom persönlichen Stil, technischen und textuellen Strukturierungen sowie der Genauigkeit der Transkription abhängt. Und dennoch ist es eine wissenschaftliche Dokumentation, die empirisch reliables Material schafft und interpretative Prozeduren zuläßt. Und: „Die Fixierung löst das Geschehen aus seiner Flüchtigkeit und Vergänglichkeit“ (FLICK, ebd. nach BERGMANN, 1985).

4.4.2 Aufbau und Struktur der Interviewfragen

Die Gesamtheit der Fragen berührt fünf thematische Komplexe, die Einfluß auf die Lebensbereiche von Menschen mit einer geistigen Behinderung haben und maßgeblich die Prävalenz und Intensität von aggressiven Konflikten und verdeckter struktureller Gewalt mitbestimmen. Da ist zunächst die individuelle Lebensgeschichte (Teil I) der Betroffenen, die häufig durch Hospitalisierung und sozial-emotionale Deprivation langjähriger institutioneller Unterbringung in Psychiatrien und Anstalten - gerade der älteren Befragten - geprägt ist. Der Ansatz der Rehistorisierung ihres Lebens nach JANTZEN/LANWER-KOPPELIN (1996) kann wertvolle Interpretationshilfen ihrer Lebensgeschichte und dem Ausmaß der erduldeten Restriktionen und Entbehrungen liefern. Daneben liefern SCHNOORS (1992) Überlegungen zur Verfügbarkeit von Biographie langzeituntergebrachter Menschen einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung von Zukunftskompetenz, die als Voraussetzung gilt, daß Menschen mit einer geistigen Behinderung freie AkteurInnen ihrer Belange werden und nicht Opfer bestehender, scheinbar unverrückbarer Begebenheiten. Was folgt, ist die Untersuchung der sozialen Bindungen der BewohnerInnen (Teil II). Qualität und Quantität der sozialen Beziehungen sind wichtige Einflußfaktoren auf die Lebensqualität (vgl. WACKER, 1998; 1999) und wiederum Voraussetzung für Selbst-Ermächtigung (vgl. Empowerment-Konzept nach THEUNISSEN, 1995). Umfang des sozialen Netzwerks von HeimbewohnerInnen zu erfassen, bedeutet, Zugriff auf das Maß ihrer sozialen Unterstützung erhalten. In der Forschung über „Social Support“ (NESTMANN, 1995) werden Analysedimensionen entwickelt, die Dauer, Intensität, Symmetrie, Dichte und Größe des persönlichen sozialen Netzwerks erfassen. In dieser Arbeit werden vor allem Größe des Netzwerks und Differenzierung zwischen institutionellen Kontakten und außerinstitutionellen Beziehungen betrachtet. Die Qualität der Wohnsituation ist Gegenstand des nächsten Bereichs (Teil III). Hier sind vor allem SEIFERT (1997a; 1997b) und WACKER et al. (1998) zu nennen, die sich mit den wohnlichen Lebensbedingungen auseinandergesetzt haben. Im hier vorliegenden Fragekomplex liegt jedoch der Schwerpunkt auf der Frage, inwiefern engste räumliche Verhältnisse (die Wohngruppe, das Doppelzimmer) von Konflikten und Gewalt durchdrungen werden. Der vorletzte Themenbereich versucht Häufigkeit und Ausmaß der aggressiver Konfliktsituationen (Teil IV) zu eruieren. Über Gewalt in Wohnstätten liegen nur Überlegungen, keine empirischen Studien vor. Dennoch zu nennen sind hier: EGLI (1993) und THEUNISSEN (1996). Schließlich trägt der letzte Bereich, die Untersuchung der moralischen Urteile über Aggression und Gewalt (Teil V), dazu bei, welche Einstellungen denk- und handlungsleitend für den Umgang mit Gewaltsituationen werden (Untersuchungen zum moralischen Urteil vgl. ECKENSBERGER, 1980; KUHMERKER/GIELEN/HAYES, 1996). Im folgenden wird Aufbau und Struktur

der Fragen dargestellt und vor allem ihre *komplementäre Anordnung* deutlich: Jeweils BewohnerIn und Mitarbeiterin beantworten unabhängig voneinander die sich entsprechenden Fragen. Die komplementäre Fragetechnik ermöglicht so, den unterschiedlichen Blickwinkel beider Gruppen festzustellen und zu überprüfen, wie gerade die Wahrnehmung sensibler sozialer Sachverhalte bei unterschiedlichen sozialen Gruppen divergieren kann.

Interview mit dem Bezugspaar 01/07/04

Bewohner: Herr Fuß

Bezugspartner: Herr Schuh

Bewohner Herr Fuß	Bezugspartner Herr Schuh	Leitende Fragestellung
-------------------	--------------------------	------------------------

Teil 0: Rahmendaten

Alter: Geschlecht: Behinderung: Schulbesuch: Wie lange leben Sie schon im Wohnheim? Tagesbeschäftigung: Arbeitsplatz/WfB/Besuch tagesstrukturierende Einrichtung/ohne Beschäftigung:	Alter: Geschlecht: Ausbildung: Wie lange sind Sie schon im Wohnheim tätig? Vollzeit/Teilzeit?	
---	---	--

Teil I: Lebensgeschichtliche Aspekte und Basis der Zusammenarbeit

<p>1a Wie lange ist XY schon für sie Bezugsperson? Haben Sie sich XY aussuchen können?</p>	<p>Wie lange sind Sie bereits Bezugsperson für XY? Wie sind Sie Bezugsperson für XY geworden?</p>	<p>Intensität und Dauer der Zweierbeziehung? Wie unterschiedlich wird die Dauer der Zusammenarbeit wahrgenommen? Auswahlverfahren: Wie entsteht Bezugspaarssystem? Freie Wahl der sozialen Beziehungen?</p>
<p>1b Was haben Sie gemacht/wo haben Sie gelebt, bevor Sie in diese Einrichtungen kamen und sich XY um sie gekümmert hat? Gibt es was ganz wichtiges in Ihrem Leben, was sie nie vergessen werden? Haben Sie Gegenstände/ Pho-</p>	<p>Wie gut fühlen Sie sich über die <i>Biographie</i> von XY informiert?</p> <p>0 Ich fühle mich nicht gut informiert, weil ich erst seit die Betreuung übernommen habe.</p> <p>0 Ich fühle mich über den familiären Hintergrund, die Entstehung der Behinderung und Krankheiten gut informiert</p> <p>0 Ich fühle mich sehr gut informiert, weil ich über wichtige Erlebnisse und Erfahrungen aus Kindheit, Pubertät, Schule u. a. Bescheid weiß.</p>	<p>Verfügbarkeit der Biographie bzw. der Vergangenheit: Werden die Informationen nur aus Akteneintragen reprodu-</p>

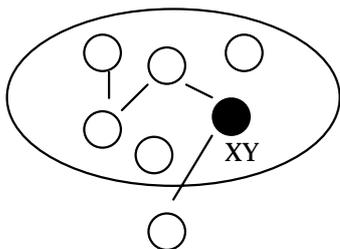
	tos aus Ihrem Leben, bevor Sie in die Wohnstätte kamen?	<p>Gibt es ein prägendes Ereignis/Umstand? 0 ja 0 nein welches?</p> <p>Woher haben Sie diese Informationen?</p> <p>0 Akten 0 Teambesprechungen 0 Familie 0 Sonstiges</p> <p>Existieren Gegenstände/ Photos aus dem „früheren“ Leben von XY? 0 ja 0 nein 0 wenig</p> <p>Welche?</p>	ziert?
1c	Was wünschen Sie sich für die Zukunft? Gibt es etwas, was Sie gerne machen/erreichen möchten? Was soll Ihr(e) Betreuer(in) für Sie tun?	Was glauben Sie, wünscht sich XY für die Zukunft? Was möchten Sie für ihn/sie erreichen?	Wie wirkt sich die Verfügbarkeit der Biographie auf die Zukunftsorientierung aus?
1d	Was erhoffen Sie sich für die Zukunft?	Was erhoffen Sie sich für XY für die Zukunft?	Hoffnung in heilpädagogischen Beziehungsprozessen
1e	Haben Sie die Möglichkeit, mit XY alleine, d. h. ohne ihre Mitbewohner(innen) oder andere Betreuer(innen) zu sprechen?	Wie häufig läßt Ihr Dienstplan/ äußere Umstände zu, daß Sie mit XY alleine über persönliche Dinge sprechen können?	Besteht überhaupt Raum, um über persönliche, intime Dinge zu sprechen?
1f	Wie häufig verlassen Sie die Wohnstätte? (Außer Fahrten zur WfB) 0 täglich 0 mehrmals pro Woche 0 1mal pro Woche 0 mehrmals pro Monat 0 selten	Wie häufig verläßt XY die Wohnstätte bzw. das Gelände? (Außer Fahrten zur WfB) 0 täglich 0 mehrmals pro Woche 0 1mal pro Woche 0 mehrmals pro Monat 0 selten	Aspekt des Normalisierungsprinzips: Wie intensiv konzentriert sich das Leben auf die Einrichtung?
1g	Wenn Sie IhreN BezugspartneRIn mit ganz wenigen Worten beschreiben sollten, was würden Sie über ihn sagen?	Wenn Sie XY mit ganz wenigen Worten beschreiben sollten, was würden Sie über ihn sagen?	Auswertung der verwendeten Attribute: Wie sehen die BetreuerInnen die BewohnerInnen und umgekehrt?

Teil II: Soziale Bindungen

2a Mit wem sind Sie befreundet?

➤ Arbeitszettel 2a zeigen

Wohngruppen-Setting zeichnen lassen:



Bemerkungen:

Zu wem gehören Sie/wem fühlen Sie sich zugehörig?

2b Was ist XY für Sie? Freund(in), Eltern, Chef(in), Partner(in), Kollege(in)?

- 0 Eltern
- 0 Freund/Freundin
- 0 Chef/Chefin
- 0 Kollege/Kollegin
- 0 Partner/Partnerin

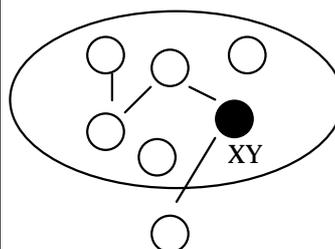
2c Wenn XY etwas sagt, hören Sie immer auf ihn/sie? Hat Sie immer recht?

0 ja 0 nein

2d Was tut XY für Sie? (entfällt evtl.)

Können Sie die Beziehungen und Freundschaften unter den Gruppenbewohner(innen) sichtbar machen? Welche Freundschaften bestehen außerhalb der Einrichtung?

Wohngruppen-Setting zeichnen lassen:



Bemerkungen:

Welche „Position“ hat XY innerhalb der Gruppe? (z. B. Außenseiter, wird ausgenutzt, ist besonders beliebt)

Was glauben Sie, wem fühlt sich XY zugehörig?

Wie würden Sie ihre Beziehung zu XY beschreiben?

- 0 eher elterlich
- 0 eher freundschaftlich
- 0 eher Arbeitsverhältnis
- 0 eher kollegial
- 0 eher partnerschaftlich

Sind Sie für XY eine Autorität?

0 ja 0 nein

Welchen Auftrag haben Sie in der Beziehung zu XY? (Erziehung, Hilfe, Fürsorge, Begleitung?)

Grad und Umfang des Beziehungssystems innerhalb und außerhalb der Institution?

Korreliert die Position innerhalb der Gruppe mit der Gefährdung für Gewalt?

Verlangen nach Zugehörigkeit: Auf wen bezieht sich das Grundbedürfnis? Wird es erfüllt?

Subjektive Wahrnehmung der Beziehung?

Teil III: Wohnsituation

<p>3 Teilen Sie sich mit einem/r anderen Bewohner(in) ein Zimmer? Sind Sie mit ihrem/r Zimmernachbarn(in) <i>zufrieden</i>? Möchten Sie lieber mit jemand anderem zusammenleben?</p> <p>➤ bezogen auf Mitbewohner(in) im Zimmer</p> <p>0 zufrieden 0 es geht so -> evtl. Begründung? 0 unzufrieden- > evtl. Begründung?</p> <p>0 lieber alleine im Zimmer wohnen 0 lieber mit jemand anderem im Zimmer wohnen</p> <p>Sind Sie mit ihrer Wohngruppe <i>zufrieden</i>? Möchten Sie lieber auf einer anderen Gruppe wohnen?</p> <p>➤ bezogen auf die gesamte Wohngruppe</p> <p>0 zufrieden 0 es geht so 0 unzufrieden</p> <p>0 lieber in anderer Gruppe wohnen (Kontrollfrage)</p> <p>Kommentar:</p>	<p>Schätzen Sie die <i>Unterbringung</i> von XY als <i>günstig</i> ein?</p> <p>➤ bezogen auf Mitbewohner(in) im Zimmer</p> <p>0 optimal 0 Kompromißlösung (evtl. Begründ.?) 0 ungünstig (evtl. Begründ.?)</p> <p>➤ bezogen auf die gesamte Wohngruppe</p> <p>0 optimal 0 Kompromißlösung 0 ungünstig</p> <p>Kommentar:</p>	<p>Wird die <i>Zufriedenheit</i> mit der unmittelbaren Wohnsituation (räumlich engste soziale Kontakte) von Bewohnerin und Bezugsperson <i>unterschiedlich</i> eingeschätzt?</p>
---	--	--

Teil IV: Konflikte

<p>4a Gibt es jemanden, mit dem Sie sich überhaupt nicht verstehen? Innerhalb der Wohnstätte - außerhalb? <i>Bedroht</i> Sie jemand? Tut Ihnen jemand etwas Böses an?</p>	<p>Hat XY (dauerhafte) <i>Auseinandersetzungen</i> mit anderen Bewohner(innen)?</p> <p>Haben Sie schon mal beobachtet, daß jemand in der Einrichtung oder außerhalb XY <i>körperlich angegriffen</i> oder <i>emotional verletzt</i> hat?</p>	<p>Welche Bereiche <i>sind typische Konfliktbereiche</i>?</p>
<p>4b Zu <i>wem</i> gehen Sie, wenn Sie sich <i>bedroht</i> fühlen? Wo suchen Sie <i>Schutz</i>?</p>	<p>An wen kann sich XY <i>wenden</i>, wenn er/sie sich <i>bedroht</i> fühlt? Können Sie XY <i>schützen</i>?</p>	
<p>4c Streiten Sie sich manchmal mit XY?</p>	<p>Hat XY Eigenschaften, die den Um-</p>	

Sind Sie immer einverstanden, was XY macht? gang mit ihm/ihr „*schwierig*“ gestalten? Sind Sie manchmal *wütend* auf XY?

Ab hier nur noch Fragen zum generellen Verhältnis zwischen BewohnerInnen und Betreuungspersonal:

4d In welchen Bereichen haben Sie *Streit* mit Betreuer/innen?

Welche Verhaltensweisen von Bewohner/innen bringen Sie in *schwierige Betreuungssituationen*?

4e Entfällt für die BewohnerInnen.

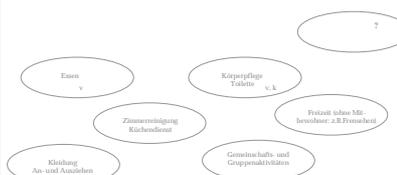
In welchen Bereichen zeigt sich dieses „*Problemverhalten*“ - Ihrer Ansicht nach - am häufigsten?

Bereich	Mahlzeiten	sehr häufig	häufig	ab und zu	selten	nie
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereich	Körperpflege/Toilette	sehr häufig	häufig	ab und zu	selten	nie
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereich	Kleidung	sehr häufig	häufig	ab und zu	selten	nie
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereich	Gemeinschafts-/ Gruppenaktivitäten	sehr häufig	häufig	ab und zu	selten	nie
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereich	Freizeit (ohne Mitbewohner: z.B. Fernsehen)	sehr häufig	häufig	ab und zu	selten	nie
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereich	Zimmerreinigung Küchendienst	sehr häufig	häufig	ab und zu	selten	nie
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar? Weiterer Konfliktbereich?

4f Entfällt für die BewohnerInnen.

In welchen Bereichen treten *verbale* (v) und *körperliche Konflikte* auf (k)?



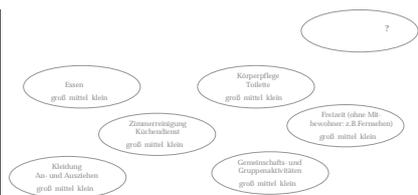
Kommentar?

4g Entfällt für die BewohnerInnen.

In welchen Bereichen spüren Sie eine große *Abhängigkeit* der Bewohner/innen von Ihnen (bzw. wo sehen Sie hohen Unterstützungsbedarf)?
Abhängigkeit empfinde ich subjektiv als ...

Besteht eine *Korrelation* zwischen der *Häufigkeit von Konflikten* in bestimmten Versorgungsbereichen und dem *Grad der Abhängigkeit* der BewohnerInnen?

➤ auf Arbeitszettel 4g einzeichnen lassen



Kommentar?

Teil V: Moralische Bewertung von Konflikten

„Die folgenden Beispiele stammen aus anderen Wohnheimen. Ich möchte Sie fragen, wie Sie das finden, wie sich die BetreuerInnen in den Beispielen verhalten. Bitte kreuzen Sie Ihre Meinung an.“
(Es folgen verbale Erläuterungen zur Handhabung der Bewertungsskala.)

5a „Der 23jährige Martin weigert sich regelmäßig zu duschen. Jeden Samstag zwingen ihn zwei männliche Betreuer unter heftiger Gegenwehr dennoch unter die Dusche.“

0		Verhalten des Betreuers ist völlig in Ordnung.
1		Der Betreuer kann sich nicht anders verhalten.
2		Das Verhalten ist nicht o. k., es gibt aber keine andere Möglichkeit.
3		Das Verhalten des Betreuers ist nicht in Ordnung.
4		Der Betreuer als Stärkerer nutzt seine Macht aus.
5		Es handelt sich um Gewalt.

Begründung, Erläuterungen?

5b „Die 34jährige Andrea möchte das Mittagessen auslassen, weil sie entweder keinen Hunger hat oder es ihr nicht schmeckt. Am Nachmittag möchte sie aber zum Kaffee gerne auch Kuchen essen. Dieser wird ihr mit der Begründung verweigert, „wer mittags nichts isst, braucht auch keinen Kuchen.“

„Folgende *Fallbeispiele* stellen *typische Konfliktsituationen* im Betreuungsalltag dar. Wie bewerten Sie die jeweilige Reaktion der BetreuerInnen? Bitte kreuzen Sie Ihre Meinung an.“
(Es folgen verbale Erläuterungen zur Handhabung der Bewertungsskala.)

„Der 23jährige geistig behinderte Martin weigert sich regelmäßig zu duschen. Jeden Samstag zwingen ihn zwei männliche Betreuer unter heftiger Gegenwehr dennoch unter die Dusche.“

0		Keine Bedenken bei diesem Handeln.
1		Die Betreuerreaktion ist zwar nicht optimal, aber legitim.
2		Das Verhalten ist pädagogisch nicht o. k., aber keine Alternative vorhanden.
3		Diese Situation ist pädagogisch absolut nicht vertretbar.
4		Es handelt sich um Ausnutzung eines Machtverhältnisses.
5		Es handelt sich um Gewalt.

Begründung, Erläuterungen?

„Die 34jährige geistig behinderte Andrea möchte das Mittagessen auslassen, weil sie entweder keinen Hunger hat oder es ihr nicht schmeckt. Am Nachmittag möchte sie aber zum Kaffee gerne auch Kuchen essen. Dieser wird ihr mit der Begründung verweigert, „wer mittags nichts isst, braucht auch keinen Kuchen.“

Leitende Fragestellung: Wie unterschiedlich werden die Fallsituationen hinsichtlich der darin enthaltenen Konflikts von Zwang und Gewalt moralisch bewertet?

0		Verhalten des Betreuers ist völlig in Ordnung.
1		Der Betreuer kann sich nicht anders verhalten.
2		Das Verhalten ist nicht o. k., es gibt aber keine andere Möglichkeit.
3		Das Verhalten des Betreuers ist nicht in Ordnung.
4		Der Betreuer als Stärkerer nutzt seine Macht aus.
5		Es handelt sich um Gewalt.

Begründung, Erläuterungen?

5c *„Der 40jährige Thorsten tritt dem Zivi seiner Wohngruppe häufig und mit Absicht schmerzhaft gegen die Schienbeine. Der Zivi hat sich angewöhnt, in gleichem Maße zurückzutreten.“*

0		Verhalten des Betreuers ist völlig in Ordnung.
1		Der Betreuer kann sich nicht anders verhalten.
2		Das Verhalten ist nicht o. k., es gibt aber keine andere Möglichkeit.
3		Das Verhalten des Betreuers ist nicht in Ordnung.
4		Der Betreuer als Stärkerer nutzt seine Macht aus.
5		Es handelt sich um Gewalt.

Begründung, Erläuterungen?

5d *„Der 27jährigen schwerstmehrfachbehinderten Kathrin setzt die Gruppenleiterin häufig abends unter viel Gelächter der übrigen Bewohner(innen) zum Spaß eine Karnevalskappe mit Eselohren auf. Kathrin weiß nicht, worum es geht.“*

0		Verhalten des Betreuers ist völlig in Ordnung.
1		Der Betreuer kann sich nicht anders verhalten.
2		Das Verhalten ist nicht o. k., es gibt aber keine andere Möglichkeit.
3		Das Verhalten des Betreuers ist nicht in Ordnung.
4		Der Betreuer als Stärkerer nutzt seine Macht aus.
5		Es handelt sich um Gewalt.

Begründung, Erläuterungen?

5e Entfällt für die BewohnerInnen.

0		Keine Bedenken bei diesem Handeln.
1		Die Betreuerreaktion ist zwar nicht optimal, aber legitim.
2		Das Verhalten ist pädagogisch nicht o. k., aber keine Alternative vorhanden.
3		Diese Situation ist pädagogisch absolut nicht vertretbar.
4		Es handelt sich um Ausnutzung eines Machtverhältnisses.
5		Es handelt sich um Gewalt.

Begründung, Erläuterungen?

„Der 40jährige Thorsten tritt dem Zivi seiner Wohngruppe häufig und mit Absicht schmerzhaft gegen die Schienbeine. Der Zivi hat sich angewöhnt, in gleichem Maße zurückzutreten.“

0		Keine Bedenken bei diesem Handeln.
1		Die Betreuerreaktion ist zwar nicht optimal, aber legitim.
2		Das Verhalten ist pädagogisch nicht o. k., aber keine Alternative vorhanden.
3		Diese Situation ist pädagogisch absolut nicht vertretbar.
4		Es handelt sich um Ausnutzung eines Machtverhältnisses.
5		Es handelt sich um Gewalt.

Begründung, Erläuterungen?

„Der 27jährigen schwerstmehrfachbehinderten Kathrin setzt die Gruppenleiterin häufig abends unter viel Gelächter der übrigen Bewohner(innen) zum Spaß eine Karnevalskappe mit Eselohren auf. Kathrin weiß nicht, worum es geht.“

0		Keine Bedenken bei diesem Handeln.
1		Die Betreuerreaktion ist zwar nicht optimal, aber legitim.
2		Das Verhalten ist pädagogisch nicht o. k., aber keine Alternative vorhanden.
3		Diese Situation ist pädagogisch absolut nicht vertretbar.
4		Es handelt sich um Ausnutzung eines Machtverhältnisses.
5		Es handelt sich um Gewalt.

Begründung, Erläuterungen?

„Barbara ist 28, schwer geistig behindert, spricht nicht und kann nur äußerst einfache Tätigkeiten ausführen. Um sie zu beschäftigen, kippen die Betreuerinnen nachmittags immer eine Spielkiste aus, die Barbara langsam wieder einräumt.“

5f Entfällt für die BewohnerInnen.

- | | | |
|---|---|--|
| 0 |  | Keine Bedenken bei diesem Handeln. |
| 1 |  | Die Betreuerreaktion ist zwar nicht optimal, aber legitim. |
| 2 |  | Das Verhalten ist pädagogisch nicht o. k., aber keine Alternative vorhanden. |
| 3 |  | Diese Situation ist pädagogisch absolut nicht vertretbar. |
| 4 |  | Es handelt sich um Ausnutzung eines Machtverhältnisses. |
| 5 |  | Es handelt sich um Gewalt. |

Begründung, Erläuterungen?

„Die Gruppe bastelt gemeinsam Tischdekorationen für Ostern. Markus (23 Jahre) zerstört mutwillig die Werke der anderen Bewohner. Um ihn davon abzuhalten und ihm auch zu zeigen, daß sein Verhalten nicht o. K. ist, schließen die Betreuer ihn eine ½ Stunde in sein Zimmer ein.“

- | | | |
|---|---|--|
| 0 |  | Keine Bedenken bei diesem Handeln. |
| 1 |  | Die Betreuerreaktion ist zwar nicht optimal, aber legitim. |
| 2 |  | Das Verhalten ist pädagogisch nicht o. k., aber keine Alternative vorhanden. |
| 3 |  | Diese Situation ist pädagogisch absolut nicht vertretbar. |
| 4 |  | Es handelt sich um Ausnutzung eines Machtverhältnisses. |
| 5 |  | Es handelt sich um Gewalt. |

Begründung, Erläuterungen?

5g Entfällt für die BewohnerInnen.

„Susanne (33 Jahre) läuft sehr schlecht und benutzt daher meistens einen Rollstuhl. Da sie außerdem orientierungslos ist und die Gefahr des Weglaufens besteht, sieht sich ihre Gruppenleiterin bei knapper Personalbesetzung gezwungen, den Klapptisch an ihrem Rollstuhl festzustellen, damit sie nicht unbeaufsichtigt aufstehen und weglaufen kann.“

- | | | |
|---|---|--|
| 0 |  | Keine Bedenken bei diesem Handeln. |
| 1 |  | Die Betreuerreaktion ist zwar nicht optimal, aber legitim. |
| 2 |  | Das Verhalten ist pädagogisch nicht o. k., aber keine Alternative vorhanden. |
| 3 |  | Diese Situation ist pädagogisch absolut nicht vertretbar. |
| 4 |  | Es handelt sich um Ausnutzung eines Machtverhältnisses. |
| 5 |  | Es handelt sich um Gewalt. |

Begründung, Erklärungen?

5h „Fallen Ihnen ähnliche Situationen ein, in denen Sie ein ‘ungutes Gefühl’ im Bauch verspüren?“
Haben Sie sich schon mal über das Verhalten von Betreuern, z. B. am Arbeitsplatz/in der Werkstatt geärgert oder sich ungerecht behandelt gefühlt?“

5k Entfällt für die BewohnerInnen.

„Fallen Ihnen ähnliche Situationen ein, in denen Sie ein ‘ungutes Gefühl’ im Bauch verspüren?“

In der Fachliteratur wird ein **Zusammenhang zwischen problematischen Eigenschaften** von Bewohner(innen) und **Konflikten mit dem Betreuungspersonal** genannt. Welche Eigenschaften führen aus Ihrer Sicht zu Konflikten? Können Sie das auf der Skala einschätzen?

	spielt große Rolle	5	4	3	2	1	0	spielt keine Rolle
Aggressive Grundhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstverletzendes Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uneinheitliches Verhalten (Reaktionen nicht voraussehbar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fixierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unfreundlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fremdverletzendes Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperaktivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verweigerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Undankbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eingeschränkte kommunikative Fähigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexuell belästigendes Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5k Entfällt für die BewohnerInnen.

Welche Eigenschaften assoziieren Sie mit dem aggressiven Verhalten einer Bewohnerin oder eines Bewohners? (Wahlweise wird weibliches oder männliches aggressives Verhalten beurteilt)

	1	2	3	4	5	6	7
weich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
teise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schwach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
friedlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hilfsbereit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fordernd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unterwürfig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gehemmt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gefühlvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gesund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hilflos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
loyal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
offen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verletzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kontaktfreudig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist selbst eher Opfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat intakte Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
laut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aggressiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf sich bezogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schadigend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
herrisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
triebhaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
krank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mächtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
intrigant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verlezt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
isoliert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist selbst eher Täter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat desolate Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche konnotativen Eigenschaften werden aggressivem Verhalten von Frauen bzw. Männern zugeschrieben? Wird „weibliche Aggression“ anders gesehen als „männliche Aggression“?

5.1 Lebensgeschichtliche Aspekte der BewohnerInnen

„Gibt es etwas in Ihrem Leben, was Sie nie vergessen werden?“ - Diese eingangs des Interviews gestellte Frage zielt auf die Schilderung einer Lebenserfahrung der BewohnerInnen ab, die für die Befragten so präsent ist, daß sie spontan memoriert wird. Dabei ist ihre Beantwortungsweise völlig offen und ohne thematischen Bezug gehalten: Ob die BewohnerInnen besonders schöne Erlebnisse ihrer Lebensgeschichte schildern oder besonders traumatische - auch das kann Aufschluß darüber geben, wie positiv oder negativ, wie aussichtsreich oder aussichtslos das eigene Leben beurteilt wird. An den Blick in die Vergangenheit eng geknüpft sind ihre Zukunftsvorstellungen. Welche Hoffnungen hegen die BewohnerInnen in bezug auf Veränderungen in ihrem eigenen Leben; haben sie das Gefühl, ein Stück weit den Verlauf ihrer Biographie mitgestalten zu können - oder fühlen sie sich ihr ausgeliefert?

Die Frage danach, was die BewohnerInnen aus einem „Früher“ erinnern, ist m. E. ein wichtiger Ansatz, ein kleines Stück ihrer Lebensgeschichte zu begreifen. Es sind häufig Erinnerungsfragmente, die jenseits der Informationen, die sich aus Akteneintragungen rekrutieren lassen und sich häufig immer wiederkehrend selbst reproduzieren. Es sind vor allem Selbstdarstellungen, die der Sichtweise des Personals diametral entgegenlaufen. Nicht Behinderung, Sozialisation, Herkunft, Verhaltensauffälligkeit etc. sind die großen Themata des Gesprächs, sondern die Erzählung dessen, wie ein ganz bestimmtes, oft kritisches Lebensereignis verarbeitet wurde - was damit nicht selten die ganze Lebensgeschichte beleuchtet.

Unabhängig voneinander befragt, schildern BewohnerInnen und MitarbeiterInnen prägende Lebensereignisse und setzen - obwohl zu ein und demselben Untersuchungsgegenstand befragt - Gesprächs-Präferenzen, die ganz unterschiedliche Kausaltheorien zum derzeitigen Lebensstand der BewohnerInnen entwerfen. Im Zusammenhang mit dem Thema dieser Arbeit war es von übergeordnetem Interesse, von welchen Gewalterfahrungen die individuellen Lebensgeschichten bestimmt sind. Da aber die non-direktive Gesprächstechnik nicht erlaubte, die Erzählungen der BewohnerInnen in eine bestimmte Richtung zu lenken, um keine manipulativ gesteuerte Opferperspektive zu erzeugen, mußte ich hinnehmen, daß aktuelle Lebensereignisse, wie beispielsweise die Planung der nächsten Urlaubsfahrt, in vielen Fällen jegliche Erinnerung an die Vergangenheit überlagerten und die biographische Informationen verschütteten.

Überraschend traten in einigen der Gesprächen sog. Tätergeschichten auf, in denen die InterviewpartnerInnen angaben, Familienmitglieder über einen längeren Zeitraum geschlagen zu haben. Ob es sich hierbei um tatsächlich ausgeübte Gewalt handelt oder aber in der Erinnerung der BewohnerInnen

die Opferperspektive aus einem tiefsitzenden Schuldgefühl heraus in eine Täterrolle transformiert wurde, ließ sich nicht immer eindeutig klären. Vielfach erschrocken über das, was sie preisgegeben hatten, zogen einige der Befragten ihr Einverständnis zum Abdruck ihrer familiären Verhältnisse oder institutionellen Erfahrungen zurück.

5.1.1 „Nur die Lebensakte, die begleitet ihn.“ – Zur Verfügbarkeit der Biographie

Ein Heimaufenthalt, der fast das ganze Leben dauert, verändert die Lebensperspektive der Betroffenen gravierend. Die Realität einer durch und durch institutionell geprägten Biographie dimensioniert ihr Leben im „Jetzt“ (SCHNOOR, 1992, 161). Der Erfüllung momentaner Bedürfnisse kommt eine große Bedeutung zu, wenn die Aussicht auf eine zukünftige Befriedigung ihrer Wünsche sich zweifelsohne „in den Strukturen von Anstalten erschöpft“ (ebd.) und im Grunde langfristig unbefriedigt bleiben. Wie negativ sich Hospitalisierung auf die Entwicklung von Zukunftsvorstellungen und die Ausbildung einer tragfähigen Hoffnung auswirkt, wird das Kap. 5.1.3 bearbeiten. Hier geht es zunächst um die Voraussetzung für das Zukunftsdenken, und zwar um den *Rückgriff und die Verfügbarkeit der eigenen Biographie*. SCHNOOR (ebd.) hat unter Bezug auf BLOCH (1979) und ARONSON/PINES/KAFRY (1983) bemerkt, daß es durch Hospitalisierung zu einem *Verlust* der Biographie bei BewohnerInnen kommt. Da etwa 40% der hier Befragten vor dem 4. Lebensjahr Aufnahme in einem Heim fanden und weitere 20% zumindest den Großteil ihres Lebens in Institutionen verbracht haben, sollte deshalb im Rahmen der hier vorliegenden Untersuchung überprüft werden, inwiefern sie ihr eigenes Leben anhand von Eckdaten rekonstruieren können. Sie wurden aufgefordert zu benennen:

- Angaben zum Alter
- Erinnerungen zum Schulbesuch
- Angaben zur Familie
- Schilderung wichtiger Lebensereignisse
- Einzug ins Heim
- Gegenstände/Photos aus dem „früheren“ Leben

Bereits bei den Angaben zum eigenen Alter haben vor allem diejenigen Personen große Schwierigkeiten, ihr Alter zu benennen oder wenigstens einzuschätzen, die seit mehr als 15 Jahren im Heim leben, während alle anderen ihr Alter präzise angeben können. Ähnlich verhält es sich mit der Dauer der

Unterbringung: Bis zu einer Heimunterbringung von etwa 10 Jahren können die Personen angeben, wieviel Jahre sie hier schon leben oder sogar das Einzugsjahr nennen. Die langzeituntergebrachten Personen können sich nicht erinnern: „Schon lange“, lautet ihre Antwort. Je länger also die BewohnerInnen im Heim leben, umso schwerer fällt es ihnen, die Dauer ihrer Unterbringung und ihre eigene Lebenszeit einzuschätzen. Heimstrukturen verwischen demnach das eigene Lebensalter; die eigene Biographie verblaßt auf dem Hintergrund der Institution.

Weitere Indikatoren dafür, daß das Leben in engen institutionellen Strukturen die eigenen Lebenszusammenhänge auflöst, sind die großen Erinnerungslücken bei denjenigen, die weder Kindheit, Schulzeit oder Adoleszenz memorieren können. Es gibt in ihrem Umfeld auch keine Personen, mit denen sich die evtl. gemeinsam erlebte Lebenszeit reproduzieren läßt. In ihrer Erinnerung völlig auf sich gestellt, gibt es für sie keinen kognitiven oder affektiven Bezug in die Vergangenheit. Rekonstruktion von Lebenszeit wäre aber möglich, wenn persönliche Dinge, Photoalben, Sammlungen und andere Gegenstände zur Verfügung stünden, die das gelebte Leben präsent halten. Befragt nach dem Besitz solcher Erinnerungsstücke war das Ergebnis, vor allem in der Gruppe der Personen, die fast ihr ganzes Leben in Institutionen verbracht haben, verheerend. Abb. 5.1.1.1 zeigt, wie mit zunehmender Dauer der Heimunterbringung der Umfang von persönlichen Erinnerungsstücken an das „frühere“ Leben schrumpft. Manchmal war es nur ein einziges Paßfoto aus der Jugendzeit, welches im Interview stolz gezeigt wurde, das zu einem Anknüpfungspunkt an ein „Früher“ werden konnte. Darüber hinaus gab es einen außerordentlich hohen Anteil von Personen (69,2%), die praktisch nichts an Erinnerungsgegenständen besaßen. Ihr Besitz schloß zwar neue Möbel, Kleidung und die alltäglichen Dinge des Lebens ein, aber oftmals nicht ein einziges Objekt, das einen persönlichen (Erinnerungs-)Bezug aufwies.

Verfügbarkeit und Besitz von persönlichen Gegenständen der BewohnerInnen aus der Vergangenheit in Abhängigkeit der Dauer der Heimunterbringung (n=67)

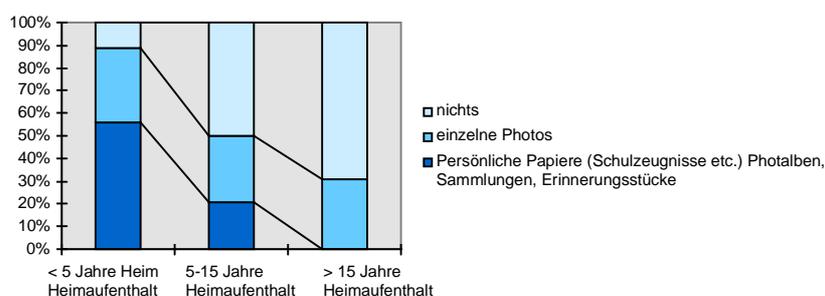


Abb. 5.1.1.1

Wenn das Erinnerungsvermögen verblaßt, keine Familie mit Informationen aushelfen kann, bleiben den MitarbeiterInnen nur noch die Akten. In einigen Einrichtungen wurden die schriftlichen Informationen über die BewohnerInnen bezeichnenderweise „Lebensakte“ genannt.

„Gibt es Gegenstände oder Photos aus dem früheren Leben von Herrn Dichter?“ „Nein, gar nichts. Nur die Lebensakte, die begleitet ihn, die Krankengeschichte.“

(Frau Siepen, 44 Jahre, Krankenschwester, seit 28 Jahren im Heim tätig)

Es schließt sich so automatisch die Frage an, wie gut die MitarbeiterInnen mit der Biographie der von ihnen betreuten Menschen vertraut sind und worauf sie sich in der Rekonstruktion der Biographie stützen. Welche Rolle spielen Akten, Teamgespräche und Familienangehörige?“ Abb. 5.1.1.2 zeigt, welche Informationsquellen die MitarbeiterInnen nutzen und wie gut sie sich über die Biographie der BewohnerInnen informiert fühlen. Dabei wird vor allem der große Unterschied zwischen der Verfügbarkeit der Biographie langzeithospitalisierter Menschen und solchen, die noch nicht ihr ganzes Leben in Einrichtungen verbracht haben, sichtbar. Deutlichste Diskrepanz liegt im Bezug der Informationen. Hauptinformationsquelle sind bei den hospitalisierten Personen die Akten (75%), während diese bei den anderen BewohnerInnen eine eher untergeordnete Rolle spielen. Bei ihnen sind es eher die Familienangehörigen (80%), die zur Informationslage beisteuern. Bei den hospitalisierten Menschen sind Angehörige jedoch häufig nicht greifbar. Ihr Anteil an der Rekonstruktion des Lebenslaufs ist verschwindend gering (12,5%). Von den MitarbeiterInnen der ersten Gruppe liefern die Betroffenen selbst immerhin zu 30% wertvolle Informationen. Die hospitalisierten BewohnerInnen können dagegen aber nur in 12,5% der Fälle wichtige Informationen eröffnen. Mehr Sicherheit in bezug auf das Biographieverständnis spiegelt auch der Grad der Informiertheit wider. 30% der MitarbeiterInnen, die mit BewohnerInnen arbeiten, die weniger als 15 Jahre untergebracht sind, fühlen sich über den Lebensverlauf der von ihnen betreuten Menschen sehr gut informiert. Diese Handlungssicherheit nannte kein einziger der Befragten, der mit hospitalisierten Menschen arbeitete.

Informationsquellen der MitarbeiterInnen und Grad der Informiertheit über die Biographie der BewohnerInnen in Abhängigkeit der Dauer ihrer Heimunterbringung (n=50)

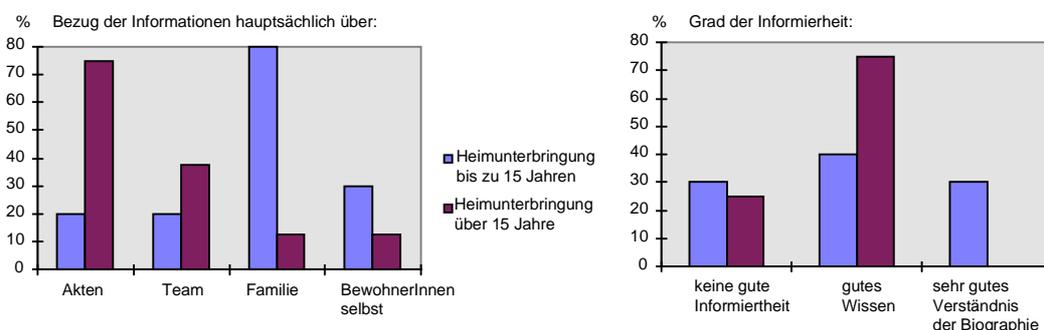


Abb.: 5.1.1.2

Im folgenden soll nun wiedergegeben werden, wie die BewohnerInnen die Frage nach dem „Früher“ beantwortet haben. Dabei wird ersichtlich, welche *eigenen* Erklärungen sie für den Einzug ins Heim und die Ursache ihrer Behinderung haben. Auffällig sind die Schilderungen der Behinderung als *Resultat eines Unfalls*:

„Ja, meine Mutter hat mich hierhin gebracht. Meine Mutter ist auf der 6a gestorben. Die hat hier auch gelebt. Ich hab hier also auch immer gelebt. Ich bin ja als ganz kleines Kind aus dem Fenster gestürzt. Sonst müßte ich hier nicht drin sein.“

(Frau Kogel, 73 Jahre, seit ihrer Geburt im Heim)

Im Falle von Frau Kogel ist durchaus zu vermuten, daß sich ihre Heimunterbringung allein dadurch ergeben hat, daß ihre Mutter z. Zt. der Geburt untergebracht war und man davon ausging daß das Kind ebenfalls geistig behindert sein würde. Eine Legitimation für die Heimbelegung bei dem Kind, das sich völlig normal entwickelte, wurde quasi nachträglich gefunden, indem ein „Fenstersturz“ als Erklärung für eine mögliche Beeinträchtigung herangezogen wurde.

Bei anderen beschriebenen „Unfällen“ ist aber auch an typische Erklärungsversuche von Eltern zu denken, die damit Mißhandlungen zu verschleiern suchten. Dabei übernehmen die betroffenen Kinder die elterlichen Schilderungen, um sich ihre Behinderung und die Heimunterbringung erklären zu können. Die Folgen der familiären Gewalt werden dabei von den MitarbeiterInnen als mitbedingend für die Entstehung der geistigen Behinderung genannt:

„Ich bin früher eingeschlossen worden. Da ist aber was passiert, weswegen ich hier bin. Ich bin nämlich vom Wickeltisch gefallen. Und dann ist der Christbaum in Flammen aufgegangen. Das war schlimm. Meine Mutter war nicht da, mein Vater auch nicht. Ich war ja allein. Dann bin

ich hierher gekommen. Ich hab dann einen Vormund gekriegt, jetzt heißt der ja Betreuer.“

(Frau Sägebrecht, 64 Jahre, seit dem 3. Lebensjahr im Heim)

Ich hab' früher zu Hause und im Simonshof gelebt. War da auch gut. Ich bin ausgezogen, das weiß ich selber, da mußte ich ausziehen. Die hat mich geschlagen.“ „Wer hat Sie geschlagen?“ „Ja die, meine Mutter doch. Wenn die total besoffen war, hat die das gemacht. Mit sonnem Riemen. Ich sach' Dir. So als Kind, hat die mich auf den Kopf fallengelassen. Später dann immer mit dem Riemen, hier (zeigt mit den Händen Länge und Breite des Riemens).“

(Frau Appel, 30 Jahre, seit dem 15. Lebensjahr im Heim)

Die frühe Heimunterbringung im Kindesalter wird als sehr traumatisches Erlebnis geschildert. Bei den BewohnerInnen dominiert das Gefühl, als (behindertes) Kind nicht erwünscht zu sein, was nachhaltig ihr Selbstkonzept prägt. Die elterliche Zurückweisung wird so zu einer seelischen Erschütterung, die sich weiter fortsetzt, wenn familiärer Besuch ausbleibt und der Kontakt schließlich gänzlich abreißt:

„Bei meinen Eltern hab' ich früher gelebt, früh bei meiner Mutter. Meine Mutter wollte mich nicht mehr. Die wollte mich nicht mehr zu Hause haben. Ich bin schon als kleines Kind, als Baby bin ich hier hereingekommen. Als Baby hat sie mich ins Heim geschickt. Es gibt so Eltern. Die Mutter wollte das nicht mehr, daß ich zu Hause lebe.“

(Frau Lengkeit, 36 Jahre, seit dem 2. Lebensjahr im Heim)

Darüber schildern die Betroffenen nicht selten, daß sie von ihren Eltern für tot gehalten (oder erklärt) wurden. Nach WOLFENSBERGER (1990) und ERDHEIM (1989) weisen solche Deskriptionen auf ein (gesellschaftlich und kulturell verankertes) unbewußtes Tötungsphantasma hin:

„Gibt es etwas in Ihrem Leben, was Sie nie vergessen werden?“ „Ja, mit meinem Papa. Ich war krank, da hat mein Papa gesagt, 'den kriegen wir nicht mehr durch'. Da hab' ich gesagt, 'Papa, ich bin noch am Leben!' Mein Vater hat aber gesagt, 'nee, der ist hinüber, den kriegen wir nicht mehr durch.' Ich war sehr krank.“

(Herr Seidel, 50 Jahre, seit dem 34. Lebensjahr im Heim)

„Ich bin doch hier, weil meine Mutter mich nicht gebrauchen kann, die wurde nicht mit mir fertig. Die hat gesagt, ich bin tot. Die ist nur einmal gekommen. 1977 war das, sonst nicht. Das ist grausam.“

(Frau Lamprecht, 48 Jahre, seit dem 4. Lebensjahr im Heim)

Positive Schilderungen über den Einzug ins Heim lassen sich ausschließlich bei denjenigen Personen finden, die erst im Erwachsenenalter einzogen. Die Heimunterbringung kann auch bedeuten, engen und bedrückenden häusli-

chen Verhältnissen zu entkommen und ein selbstbestimmteres Leben zu führen:

„Früher wurde ich eingeschlossen. Weil meine Mama oft einkaufen geht. Sie wollte nicht, daß was passiert. Ich war dann immer eingeschlossen. (preßt das Wort 'eingeschlossen' intonierend hervor) Die Schwester hat gesagt, das geht nicht. Meine Schwester hat dann dafür gesorgt, daß ich auszog und ins Wohnheim kam. Hilfe hat mir dann die Frau Rath (Mutter ihrer besten Freundin) und hat dafür gesorgt.“
(Frau Dunkel, 43 Jahre, seit 4 Jahren im Heim)

„Jetzt verändere ich mich, jetzt habe ich meine Freiheit! Kann jetzt alleine Bus fahren. Früher konnte ich das nicht. Jetzt kann ich das allein. Früher hatte ich Angst vorm Schwimmen. Jetzt kann ich das gut.“
(Frau Winneke, 41 Jahre, seit 3 Jahren im Heim)

„Ich habe früher zu Hause gelebt. Meine Schwester hat gesagt: 'Mama, denkst Du nur an Dich? Was ist, wenn Dir was passiert? Laß sie doch in die Wohnstätte!' Alle haben gesagt, das haste richtig gemacht. Jetzt sind sie glücklich, daß ich hier drin bin. Ich fühl' mich hier wohl. Ich werd' nie vergessen, daß meine Mutter immer für mich da war. Aber Mama konnte mir das nicht bieten, was die mir hier bieten!“
(Frau Schmidt, 45 Jahre, seit 4 Jahren im Heim)

Trotzdem ist das Heim immer noch eine Institution, in die man „gesteckt“ wird, weil die Heimunterbringung nicht von den Betroffenen selbst, sondern den Angehörigen vorangetrieben wird und deshalb eine ambivalente Situation schafft:

„Die Idee kam von meiner Mutter, mich da reinzustecken. Ich fühl' mich jetzt sehr wohl da drin. Ich finde es auch sehr schade, aber man muß es auch akzeptieren.“
(Frau Weber, 29 Jahre, seit 2 Jahren im Heim)

Wie man also folgern kann, ist vorrangig bei denjenigen BewohnerInnen, die bereits seit Kindheit und Jugend im Heim leben, die Gefahr besonders groß, daß die eigene Unterbringung als schicksalhaft bestimmend erlebt wird. Für viele waren es Jahre, in denen ihnen keine Freiräume und Gestaltungsmöglichkeiten offenstanden, sondern es war eine Zeit, die den eigenen Lebenslauf verblassen läßt. Personen, die erst wenige Jahre im Heim leben, beurteilen die Einrichtung durchweg positiver. Als besonders schwerwiegend ist einzustufen, daß die Lebensstrukturen der Institution „Heim“ - und im ganz besonderen Maße die Psychiatrieaufenthalte der BewohnerInnen - den Rückgriff auf die eigene Vergangenheit erschweren, in manchen Fällen sogar unmöglich machen. Da aber die Verfügbarkeit der eigenen Biographie unabdingbare Voraussetzung für die Entwicklung von Hoffnung und Zukunftskompetenz (SCHNOOR, 1992) ist, werden die *Auswirkungen* eines nicht greifbaren und nicht reproduzierbaren Lebenslaufs im übernächsten Kapitel (5.1.3) ausführlich dargestellt.

5.1.2 „Für mich ist aus der Traum.“ - Rehistorisierung: Der Blick in die Vergangenheit

Der von JANTZEN (1996) erstmals breit diskutierte Ansatz der Rehistorisierung versucht, auf der Ebene einer *verstehenden Diagnostik* die Lebensgeschichte eines Menschen zu begreifen. Dabei wird davon ausgegangen, daß die frühen Lebenserfahrungen, kritischen Lebensereignisse, psychosozialen Krisen und Verhaltensauffälligkeiten aus Kindheit und Jugend, zumeist in verschlüsselter Form, im aktuellen Erleben und Verhalten der Betroffenen wiederkehren (THEUNISSEN, 1997, 190). Die tiefendiagnostische Struktur des Verstehensprozesses knüpft an die Theorie der biotischen Selbstorganisation von MATURANA/VARELA (1987) an, die hervorhebt, daß jede Kommunikation eines Individuums mit seiner Umwelt an die internen Zustände der Informationskonstruktion, die wiederum nach Autonomie und Bewältigung von Störungen streben. Hierbei bildet die Systemgeschichte, also die individuelle Geschichte, den Resonanzkörper, auf dem Kommunikation und Interaktion mit der Außenwelt realisiert und reflektiert werden können. Unter Rückgriff auf LEONTJEW (1979) wird jedoch deutlicher, daß es sich um eine ganzheitliche Theorie des Subjekts und des diagnostischen Prozesses handelt; einen Prozeß nämlich, der nicht nur die koevolutiven Verbindungen zwischen Subjekt und Welt betrachtet, sondern ebenso die in seiner Lebensgeschichte entstandenen koevolutiven Verknüpfungen der verschiedenen Ebenen und Systeme des Organismus, die in synergetischen Zusammenhängen stehen (JANTZEN, 1996, 16). Das Augenmerk liegt demnach in der Erforschung der Übergänge zwischen der biotischen, psychischen und der sozialen Dimension - und nicht in der isolierenden Betrachtung einzelner Ebenen. Die Tatsache, daß *Behinderung als soziales Faktum* verstanden wird (ebd., 21) ist m. E. dasjenige Grundproblem, das zu sozialer Isolation in verschiedensten Konsequenzen führt: Isolierende frühkindliche Erfahrungen infolge emotional-affektiver oder sensorisch-taktiler Deprivation, die Verhinderung von Kontaktaufnahmen durch Einsperren und Fixierungen, die Beeinträchtigung von Interaktion und Erkundung der Umwelt durch Sedierung gehören wohl zu den härtesten Gewalterfahrungen. Aber auch wenn derartige Situationen nur kurz andauern, so ist doch der Kontakt zu Umwelt labil und verletzlich geworden und damit auch die Aufrechterhaltung des eigenen Selbst: „Demgemäß können die produzierten Symptome als Versuche des Organismus, des Subjekts, des Individuums, der Persönlichkeit gelesen werden, Autonomie in einer höchst komplizierten und gefährdeten Situation wieder aufzubauen. Die Entwicklung von Symptomen ist in dieser Perspektive die Realisierung von Autonomie unter Bedingungen der Isolation“ (ebd., 22). Oder, um es mit GOFFMAN (1973) auszudrücken: Die zentrale These ist, daß der wichtigste Faktor, der BewohnerInnen prägt, nicht ihre Behinderung ist, sondern die Institution, der sie ausgeliefert sind.

Im Rahmen der geführten Interviews wurde der biographische Hintergrund der BewohnerInnen nach wichtigen Lebensereignissen beleuchtet. Es war auffallend, wieviele *belastende* Lebensbedingungen geschildert wurden und wie eng diese mit dem Erleben von Gewalt verzahnt waren. Natürlich war es bei der Vielzahl der durchgeführten Gespräche nicht möglich, die gesamte Lebensgeschichte zu beleuchten, wie es beispielsweise VAN GEMERT/WIELINK/VRIESEMA (1996) im Fall „Jolanda Venema“ oder ALSHUT (1996) bei „Kai Raimer“ exemplarisch vorgeführt haben. Aber das kurze Blitzlicht in die Vergangenheit vermochte trotzdem viel über die gelebte Lebenszeit und den Einfluß von Gewalt der befragten BewohnerInnen verraten. Fast jede dritte BewohnerIn (29,4%) schilderte ein Erlebnis, das die Präsenz gewaltsamer Erfahrungen belegte. Die Kontrollfrage an die zuständigen BetreuerInnen ergab einen noch weitaus höheren Prozentsatz: 44% gaben an, daß die von ihnen betreuten Personen elterliche Mißhandlung, sexuellen Mißbrauch, Zwang und deprivierende Erfahrungen während der Heimunterbringung erlitten hatten. Dabei fällt auf, daß das Gesprächsverhalten der MitarbeiterInnen und BewohnerInnen zu ein und demselben Befragungsgegenstand nicht komplementär ist: Während MitarbeiterInnen bereitwillig soziale Herkunft und häusliches Milieu sowie die gewaltsamen familiären Übergriffe auf die BewohnerInnen schildern, sind ihnen die negativen Erfahrungen mit restriktiven, von Gewalt und Totalität geprägten Institutionen, besonders die negativen Einflüsse durch langjährige Psychatrieaufenthalte, nicht bewußt. Dafür berichten aber die BewohnerInnen vorrangig von Zwang und struktureller Gewalt ihrer früheren Heim- oder Psychatrieunterbringung. Erlebnisse in Zusammenhang mit familialer Gewalt werden dagegen höchstens codiert preisgegeben: als sog. „Tätergeschichten“. Manchmal ist erst im Kontrollgespräch mit den MitarbeiterInnen zu erfahren, daß die BewohnerInnen nicht, wie selbst dargestellt, Akteure ihrer eigenen Gewaltgeschichte sind, sondern die Opfer. Zwei Beispiele:

„Ich hab' vorher zu Hause gelebt. Meine Mutter ist aber nicht mehr mit mir fertig geworden. Ich hab' meine Mutter getreten, geschlagen, gebissen. Jetzt hab' ich mich gebessert. Ich hab' Angst vor meinen Eltern gehabt, die haben mich geschlagen, mit dem Stock und dem Kleiderbügel. Ich hab' heute immer noch Angst vor ihnen. Heute schlagen die mich nicht mehr - ich hab' aber immer noch Angst.“
(Frau Hase, 34 Jahre, seit 3 Jahren im Heim)

„Früher habe ich zu Hause gewohnt. Da war's schöner. Bei Mama war viel schöner. Ja, aber da möchte ich nicht drüber reden. Wenn ich das erzähle krieg' ich Schwierigkeiten. Die ist ja Vormund über mich. Früher hab' ich meine Mutter geschlagen. Da ist die auf meine Schwester los. Da bin ich auf sie los und hab' sie geschlagen. Oh, ich hab' meine Mutter geschlagen!“
(Frau Lage, 30 Jahre, seit 12 Jahren im Heim)

Dazu ihre Betreuerin:

„(...) Die Simone Lage und ihre Schwester, die sind wohl ganz schön geschlagen worden zu Hause.“

Die Rekonstruktion der familiären Verhältnisse zeichnet sich häufig durch eine Asynchronizität zwischen Lebenssituation und Bewältigungsfähigkeiten aus, die das Leben außer Kontrolle geraten läßt (HONIG, 1992, 81). Die soziale Struktur der auf die Behinderung reagierenden familialen Umwelt zeichnet sich häufig durch vielfältige Faktoren einer situativen Dysfunktion aus. Mißhandlung und Vernachlässigung gehen Hand in Hand mit den *systematischen Problemen eines wechselseitigen Anpassungsprozesses* zwischen Eltern, Kind, Lebensumwelt, sozial-ökologischen Bedingungen und der Gesellschaftsstruktur (ebd.). Häusliche Gewalt setzt sich in den Beziehungsmustern der Opfer fort. Der folgende Interviewauszug macht die oft typische Verkettung von mehreren belastenden Lebensbedingungen (hier: Vernachlässigung, Sucht, Beziehungsgewalt, Fehlunterbringung im Altenheim) deutlich:

„Erst war ich zwei Jahre im Altenheim, da habe ich gewohnt. Das waren nette Leute, die haben mich immer länger schlafen lassen. Vorher bei meiner Schwester, die hat getrunken. Dann bin ich ausgezogen. Dann hat mir eine Nachbarin geholfen. Die hat gesagt, 'Du mußt da weg!' Meine Schwester hat das ganze Geld vertrunken, was ich verdient habe, in der Werkstatt. Sie hat jetzt aufgehört zu trinken. Aber zurück gehe ich nicht. (...) Mein Freund da, der Hanno Brinkmann, jetzt bin ich ja nicht mehr mit dem. Der hat mich gehauen und geschubst. Der hat mir richtig weh getan, den ganzen Körper. Schon mit 13 bin ich mit ihm zusammengekommen. (...) Meine Schwester wollte mich mit dem Messer erstechen. Die war scheißendick, mit Alkohol. Da hab' ich Angst gehabt. Da hab' ich mich im Zimmer eingeschlossen. (...) Ich war schwanger gewesen. Ich hab' das wegmachen müssen. Da hat mein Vater geschimpft und meine Mutter hat geschrien: 'Du altes Luder!' Da mußte ich ins Krankenhaus, das wegmachen lassen. Die Leute haben gesagt, wenn ich das Kind bekommen hätte, haben alle gesagt, das wäre so geistig, also irgendwie behindert. Das wäre mongol gewesen. Die haben gesagt, ich hätte das nicht ernähren können.“

(Frau Brahm 38 Jahre, seit 10 Jahren im Heim)

Frau Brahm kommt im Verlauf des Gesprächs immer wieder auf die erzwungene Abtreibung zu sprechen („Aber ich mußte das ja wegmachen lassen!“) und versucht, sich selbst dabei zu beruhigen, indem sie stereotyp die offizielle Begründung („Das wäre ja irgendwie behindert gewesen.“) wiederholt. Sie sitzt während des Gesprächs in einem wahren „Puppenmeer“; 68 Babypuppen hat sie während ihres Heimaufenthaltes gesammelt, die sie alle „liebevoll versorgt“. Es ist nur zu ahnen, welcher Druck auf Frau Brahm während ihrer Schwangerschaft ausgeübt worden sein muß, um sie zur Einwilligung in den Abbruch zu bewegen - ist doch ein Schwangerschaftsabbruch nach § 218a StGB nur mit der Einverständniserklärung der Frau möglich. Wie Abtreibungen von Frauen mit geistiger Behinderung verarbeitet werden, dazu liegen kaum Untersuchungen vor (hier nur FRISKE, 1995).

Frau Brahm ist eine der wenigen UntersuchungsteilnehmerInnen, die bereit sind, erlebte häusliche Gewalt zu schildern. Von restriktiven Lebensverhältnissen wird von den Betroffenen selbst ansonsten nur in bezug auf die Geschichte der Heimunterbringung berichtet, das häusliche Milieu eher verschwiegen. Dagegen berichten die BewohnerInnen, vor allem die aus der Nachkriegsgeneration, sehr offen von Zwang und Gewalt durch die Institution:

„Früher konnte man als Kind, also die Kinder durften nicht raus. Die haben gesagt, 'ist zu gefährlich.' Die haben immer gesagt, wir finden den Weg nicht. Später, so als jugendlich, ging ich mal auf den Flohmarkt. Da wußte ich den Weg. (...) Hier bei dem Beispiel, daß die nichts zu essen kriegt (meint das besprochene Fallbeispiel; siehe Kap. 5.5.4.2), ja das haben die früher auch gemacht. Da mußten wir Sauerkraut essen. Das haben die uns wieder vorgesetzt. Die haben das einfach wieder warmgemacht und wieder vorgesetzt. Was auf den Tisch kommt, müssen wir essen. Da gibt's nichts anderes. Da haben wir auch Prügel gekriegt. Ich hab' Prügel gekriegt, nur weil ich kein Sauerkraut gegessen habe. Die haben mich auf den Tisch gelegt und mit dem Handfeger geschlagen. Früher war das so. War das bei Dir genauso? Ich find' das schrecklich, daß die sowas sagen. Also, wenn die hier sagen, 'Du kriegst keinen Kuchen'. Ich find das nicht gut. Manchmal finde ich das schlimm, manchmal finde ich das stressig, daß die keinen Kuchen kriegen. Und die anderen Leute gucken auch noch zu, wie man keinen Kuchen kriegt. Schlimm ist das. Dann mußten wir zu Strafe ins Bett. Wir durften ja auch nicht Fernsehgucken. Jetzt ist das viel besser. Jetzt müssen wir keinen Teller leer essen. Gar nix. Die Schwestern wurden ja auch nicht gezwungen. (...) Früher mußte ich immer den ganzen Tag im Stuhl sitzen. Da gab's noch keinen Rollstuhl für mich. Das war schlimm, den ganzen Tag nur sitzen. Da war ich ganz wund. Das hat weh getan. Ganz schlimme Zeiten. (...) Früher mußten wir krank arbeiten. Auch mit Fieber. Wir durften nicht auf Toilette bei der Arbeit. Wir mußten auf den Plätzen sitzenbleiben. Furchtbar war das früher. Heute dürfen wir auf die Toilette gehen, wann wir wollen!“
(Frau Lamprecht, 48 Jahre, seit dem 4. Lebensjahr im Heim)

Daß die erzählerische Substanz solcher Lebensrückblicke äußerst wertvolle diagnostische Hinweise liefern kann, belegt die folgende Geschichte von Frau Kollibabe. STÖRMER/SIEVERS (1996, 200) weisen bei der Analyse lebensgeschichtlicher Elemente auch auf das Dogma der Unverständlichkeit (bezogen auf Psychosen) hin, und meinen damit, daß eine unverständliche Expressivität von Verhaltensweisen bei Menschen mit geistiger Behinderung vornehmlich im psychotischen Bereich angesiedelt wird:

„Meine Eltern wollten mich so lange behalten, wie es ging. Aber ich mußte dann raus.“ „Wo sind Sie dann hingekommen?“ „Weiß ich nicht mehr. Das ist kein Wunder, daß ich so bin. Ich hab' soviel erlebt. (...) Das war ganz schlimm, ich bin früher geflohen. Das glauben alle nicht, ich bin fast verbrannt (meint die Zeit Ende des 2. Weltkriegs). Mein Vater hat 'ne Landwirtschaft gehabt. Ich hab' soviel erlebt, das glaubt kein Mensch.“

Mein Vater ist in Brilon, der hat da einen Grabstein. Meine Schwester lebt auch noch, aber die will keinen Kontakt zu mir. Die will nix mehr von mir wissen. Vorher bin ich bei meinen Eltern gelebt. Dann bin ich in die Irrenanstalt gekommen, hinter Schloß und Riegel, nach Marsberg. Jetzt halten sie mich hier auch fest. So ist mein Schicksal. Die haben mich nicht rausgelassen. Ich war eingeschlossen. Warum? Weiß ich nicht. Neun Monate durfte ich nicht raus. Welches Jahr, weiß ich nicht mehr. Steht alles in den Akten. Ich konnte aber nichts dafür. Ich durfte Kegeln und Käsekuchen backen und im Garten rumlaufen. Aber nicht mehr. Ich war eingeschlossen. Die haben mich da eingeschlossen. Dann bin ich in die Sonnengruppe gekommen. War nicht schön. Das war nicht gut für mich. Aber ist ja alles egal. Ist ja egal, was die mit mir machen. In Marsberg, da wurde ich auch festgebunden. Sicher, da wurde ich auch festgebunden. Aber ich konnte da nichts für. Ich war hinter Gitter. Das stimmt, was ich hier sage. Für mich ist aus der Traum. (...) Ich bin weggelaufen. Ich wußte nicht mehr wohin. Die haben dann gesagt, wenn ich weglaufe, komme ich hinter Schloß und Riegel. Das war mir alles egal. Ich hab' gesagt, ich laß mich totschießen. Das war mir dann alles egal. Ich wär Schuld gewesen, haben die gesagt. Die fangen mich dann ein. Dann habe ich immer Angst.“

(Frau Kollibabe, 63 Jahre, seit dem 17. Lebensjahr im Heim)

„Für mich ist aus der Traum“, sagt diese Bewohnerin und sieht sich dem Rest an verbliebener Autonomie beraubt. Ihre Geschichte ist eine lange Geschichte der Flucht- und Ausbruchsversuche aus Strukturen der Unterbringung, die ihr „nicht gut tun“. Ohne zu wissen, wo ein sicherer Lebensort erreicht werden kann, irrt sie ziellos umher, wird immer wieder aufgegriffen und an den Ort zurückgebracht, wo eine erneute Verschärfung des „Eingesperrt-Seins“ auf sie wartet, die ihre Angst weiter verstärkt und wiederum zu neuen Fluchtversuchen führt. „Flucht“ ist ihr großes Lebensthema: Schon als Kind wurde ihr Zuhause durch den Krieg unsicher. Aber sie war vor allem nicht in der Lage, die schwere Zeit der Flucht und Vertreibung zu Kriegsende psychisch zu verarbeiten. Immer wieder spricht sie von brennenden Dörfern, von Not und Verzweiflung und einem ziellosem Umherirren ihrer Familie. In ihrer Wohngruppe ist sie die, „die immer wegläuft“. Die Diagnostik einer schizophrenen Psychose spiegelt in keinster Weise ihre lebensgeschichtlichen Erfahrungen wider. Was bleibt, sind die „Weglauftendenzen“, auf die intervenierend mit erneuter Freiheitsentziehung reagiert wird. So werden weder ihre Kriegserlebnisse noch ihre Angst und Resignation vor einer z. T. menschenunwürdigen Psychiatrie der 40 und 50er Jahre aufgearbeitet. Statt dessen setzt sich die Methode des „Einsperrens“ bis heute in ihrem Leben fort - und läßt sie damit weiterhin glauben, daß sie sich immer noch nicht wirklich sicher fühlen kann.

Die folgende Lebensgeschichte von Frau Reimer ist sehr eng mit der Geschichte der Institution, in der sie seit rund 50 Jahre lebt, verbunden. Geboren während des Nationalsozialismus, durchlebt sie als Kind eine Zeit, in der ihre Epilepsie geheimgehalten werden muß und ein Schulbesuch unmöglich erscheint. Erst nach dem Krieg kann sie ihre Volksschulzeit nachholen, sitzt

in der gleichen Klasse mit einem viel jüngeren Mädchen, das später ihre Heimleiterin werden wird. Die Epilepsie verschwindet, sie hat jedoch viel aufzuholen und Schwierigkeiten, einen Ausbildungsplatz zu finden. Ihr Vater kehrt nicht aus dem Krieg zurück, die Mutter ist weitgehendst auf sich gestellt. Unter den Lebensumständen der Nachkriegszeit erscheint es der Mutter am sinnvollsten, daß ihre Tochter eine hauswirtschaftliche Ausbildung erhält. Es läuft jedoch irgend etwas schief, so daß sich die Fürsorge einschaltet. Die Mutter entscheidet sich für eine Heimunterbringung. Daß Frau Reimer nicht in das Bewohnerprofil der Einrichtung hineinpaßt, fällt spätestens ihrer früheren Mitschülerin und jetzigen Heimleiterin auf. Sie übernimmt normale Arbeitstätigkeiten im hauswirtschaftlichen Bereich und im Kindergarten der Einrichtung. Die unbezahlte Tätigkeit bindet sie noch weiter an die Einrichtung, Fähigkeiten zur Selbstversorgung gehen im Laufe der Jahre verloren, ein Leben außerhalb der Heimstrukturen erscheint unmöglich. Erst in Schlafsälen mit dreißig anderen Personen, dann auf stationsähnlichen Wohngruppen mit 15-18 Menschen lebend, entwickelt sie eine „Unruhe“, die mit starken sedierenden Medikamenten behandelt wird. Erst die Veränderung ihrer Lebensbedingungen durch einen hausinternen Umzug zeigen ihr, wie sehr ihre psychische Befindlichkeit (und die Einnahme entsprechender Medikamente) mit ihrer Wohnsituation zusammenhängen (zur Psychopharmakotherapie vgl. GAEDT, 1995; DOSEN, 1998):

„Also ich sach' mir, seit 24. Februar 1997, vergangenes Jahr, bin ich hier in dem neuen Haus gezogen. Weil es hieß, das alte wird renoviert und zweitens sollten die Gruppen kleiner werden. Und das find ich auch schöner, wenn die Gruppen kleiner sind. So, seitdem ich hier so in dieses Haus gezogen bin, bin ich viel ruhiger geworden. Da drüben war es unruhiger, weil wir zu mehreren waren, hier sind wir nur zu acht. Und da drüben waren wir zu vierzehn, fünfzehn, sechzehn. Und das waren bißchen sehr viele. Und dann waren da ein paar Unruhige zwischen, die haben dann einen auch noch nervös gemacht. Und hier bin ich bedeutend ruhiger geworden. Früher kriegte ich da auch mehr Arznei, und hier kriege ich jetzt weniger Arznei. Denn ich hab ja fast immer den ganzen Nachmittag verschlafen wegen der starken Arznei. Das war manchmal furchtbar. Da habe ich mich vorher als ich noch in der 17a war, bei der Frau Dr. Siegel, und die sachte mir, sie könnte jetzt nicht so direkt auf Null, oder so ähnlich. Sei wollte erst mal sehen, wenn ich den Umzug hinter mir hätte. (...) Und dann bin ich dieses Jahr hin und hab' gesagt, daß ich umgezogen wär. Und ich wäre hier viel ruhiger geworden. Und da war sie sehr zufrieden, und da habe ich sofort weniger gekriegt. Sonst habe ich, voriges Jahr, morgens die Dunkelrote, größer als die Hellrote, und mittags 'ne Hellrote und abends wieder die Dunkelrote gekriegt. Und seit dieses Jahr, dem 18. März 1998 habe ich dann morgens eine Hellrote, die ich sonst mittags kriegte, und mittags bis jetzt eine kleine Weiße und abends krieg' ich dann die Dunkelrote. Abend ist ja auch nicht so schlimm, da schläft man nachts gut. Und daß ich jetzt doch bedeutend weniger krieg', macht doch schon was aus. Es kommt zwar hier und da noch mal vor, das ich mal hier und da länger schlafe, aber doch nicht mehr so häufig. (...) Also das ganz auf Null setzen, das macht die Frau Dr. Siegel wohl doch nicht. Aber ich bin schon froh, daß ich soviel

weniger krieg'. „Wogegen sind die Medikamente?“ „Gegen Nervösität. Gegen Nervösität. Ich war halt lange Zeit sehr nervös. Seitdem hab ich das gekriegt. Aber ich hab sogar lange Jahre dreimal die Dunkelrote gekriegt! Dreimal am Tag: morgens, mittags und abends! (...) „Frau Dinkel, warum sind Sie überhaupt ins Heim gekommen?“ „Ich kann draußen nicht alleine fertig werden. Und dann mußte ich, ja, was hab' ich da? Ich hab früher, ganz früher als klein Kind, Gehirnkampf-Anfälle gehabt. Bis zum 14. Lebensjahr. Und dann bin ich erst zu Hause geblieben, dann acht Jahr in die Schule gegangen. Dann war ich zehn Monate lang in Haus Bremerhaven in Bremen, da habe ich den Haushalt lernen sollen, für später. Und dann kam die Rentengeschichte. Da mußte ich dann von Haus Bremerhaven weg. Und dann war ich eine kleine Weile zu Haus. Dann kam eine vom Amt und wollte wissen, was ich lieber wollte, ob ich lieber in Hamburg in das Heim auf der Margariten-Höhe wollte, oder ob ich lieber mit meiner Mutter eine weite Reise machen wollte. Da habe ich überlegt und dann lieber gesagt. 'Lieber im Heim', denn ich würde an später denken, wenn die Mutter mal nicht mehr leben würde. Dann stände ich da alleine. „Was meinte die Frau vom Amt, als sie meinte „oder wollen Sie lieber eine weite Reise mit ihrer Mutter machen?“ „Tja, das weiß ich auch nicht, mmh, weiß nicht. Und dann war ich noch eine Weile zu Hause, und dann krieg ich eines Tages zu Hause Bescheid, daß ich hier in Hamburg auf die Margaritenhöhe ankommen könnte. Daß für mich auf der Jugend ein Platz frei wär. Da bin ich dann am 4.11.1951 hingekommen. (...) Ich hab dann auch hier gearbeitet. Im Bügelzimmer und in der Küche. Ich hab dann auch im Kindergarten hier gearbeitet. Und später bin ich dann an die Pforte gekommen. Da war ich dann mehrere Jahre. Erst dann bin ich hier halbtags in die Sonderwerkstatt gekommen, hier im Haus, denn draußen konnte ich ja nicht, weil wir draußen ja nicht allein fertig werden.(...) Was es da auch noch gab, war die Wachabteilung. Da kamen schon mal welche hin, wenn sie krank waren oder sich nicht gut benahmen. Aber nein, nein (wehrt ab). Da kann ich nichts zu sagen. Ich bin ja erst seit 1951 hier. Was da so vorher war, weiß ich nicht. Da hörte man nicht so Gutes von. So besonderes nicht. Ich war ja noch nicht da. Ich kann da nicht so was zu sagen. Aber man kam da wohl hin, so zur Bestrafung oder so ähnlich. Aber da kam ich nicht hin (erleichtert).“

(Frau Reimer, 67 Jahre, seit dem 18. Lebensjahr im Heim)

Daß BewohnerInnen so dezidiert ihren Lebenslauf resümieren, ist bei den Befragten nicht die Regel. Es sind eher einzelne Erinnerungsfragmente, die im Gespräch an die Bewußtseinsoberfläche gelangen und plötzlich, scheinbar zusammenhangslos, ausgesprochen werden. Es sind vor allem Erinnerungen, die zeigen, wie nivellierend eine im Tagesablauf immer gleich bleibende Institution auf ihr Leben gewirkt haben muß, daß ihre Lebensabschnitte jeglicher Struktur beraubt wurden:

„Was soll ich denn werden? Ich weiß nicht, was auf mich zukommen sollte? Ob ich weiterziehe, ich weiß nicht. Mußt Du die anderen fragen. In diesem Heim weiß ich nichts. Ich hab ja vorher in der anderen Gruppe gelebt. Da hab ich mich mit den Schwerstbehinderten gestritten. Was haben wir da gemacht? Geschlafen, aufgewacht.“

(Frau Busch, 30 Jahre, seit dem 4. Lebensjahr im Heim)

Manchmal erwecken die hospitalisierten BewohnerInnen in ihrem Erzählverhalten den Eindruck, als sei ihre gesamte Vergangenheit ausgelöscht. Es sind vor allem diejenigen Befragten, die lange Zeiten in einer psychiatrischen Einrichtung verbracht haben:

„Wo haben Sie früher gelebt?“ Vorher in Stuttgart-Fellbach. Nicht gut hat mir das gefallen.“ „Woran erinnern Sie sich?“ „Immer wurde ich angeschnallt, an allen Vieren. Warum die das gemacht haben, weiß ich nicht.“ „Können Sie sich noch an anderes erinnern?“ „Weiß ich nicht.“ „Haben Sie von dort etwas mitgebracht?“ „Nein, gar nichts. Ich hab nichts. Keine Photos, nein, keine Gegenstände.“
(Frau Lockemann, 43 Jahre, seit dem 7. Lebensjahr in einer psychiatrischen Einrichtung, seit dem 39. Lebensjahr im Heim)

Der Ansatz der Rehistorisierung als verstehende Diagnostik, die auf die Rekonstruktion und Interpretation der Lebensgeschichte setzt, trifft also auf eine konservative und eher mechanistische Vorstellung von Behinderung: Medizinisch-psychiatrische Diagnosen erfassen einseitig beobachtbare Merkmale oder Merkmalskomplexe eines Individuums und plakatieren den Grad der Abweichung von den vorherrschenden normativen Vorstellungen. Wie aber die Entwicklung eines Menschen von den jeweiligen Dogmen seiner Zeit beeinflusst wird (und man betrachte hier, wieviele Fünfzig-, Sechzig- und Siebzigjährige in dieser Untersuchung unter nosologischen Festschreibungen der 40er, 50er und 60er Jahre litten, indem ihnen Chronizität, Schwere und Unbeeinflussbarkeit ihrer Behinderung attestiert wurden), wird in den Lebensgeschichten deutlich. Die Erfahrungen der älteren BewohnerInnen sind daher eng mit dem institutionellen System der Versorgung verkettet, das genau diese Dogmen der Bildungsunfähigkeit (bezogen auf die Oligophrenie), Unerziehbarkeit (bezogen auf Psychopathie, Lebensuntüchtigkeit und Verwahrlosung) sowie der Unverständlichkeit (bezogen auf Psychosen) weiter reproduziert (zum Prozeß der Verobjektivierung und Wirkungsweisen der Dogmen vgl. STÖRMER/SIEVERS, 1996, 200ff).

5.1.3 **„Was mich so richtig auf Trapp bringen würde, wär Heiraten!“ – Prinzip Hoffnung: Der Blick in die Zukunft**

Autonomie, Handlungsfähigkeit, Selbstbestimmung - all diese Schlagwörter laufen darauf hinaus, daß geistig behinderte Menschen ihre eigene, zukünftige Zeit antizipieren können, d. h., *Zukunftskompetenz* entwickeln. Eine nach vorn gerichtete positive Antizipation im Sinne des Hoffnungsgedankens nach BLOCH (1979) setzt aber zuerst eine auf vergangene Erfahrungen zurückgreifende Bewegung voraus (Verfügbarkeit der eigenen Biographie; siehe Kap. 5.1.1 und 5.1.2). SCHNOOR (1992, 152) weist in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung frühkindlicher Erfahrungen hin. Hier wird gelernt, in entbehrensreichen Situationen zukünftige Befriedigung zu antizipieren, was aber wiederum voraussetzt, daß Kinder das Vertrauen entwickelt haben, daß ihre Bedürfnisse auch tatsächlich erfüllt werden. In diesen Situationen erinnern sie sich, daß die Befriedigung ihrer Bedürfnisse auch tatsächlich erfolgte:

„Urvertrauen kann damit als Basis für die sich später herausbildende Hoffnung gelten. Zu starke frühkindliche Frustrationen können Hoffnung in seiner Entwicklung behindern. Dies äußert sich emotional und antizipatorisch als Hoffnungslosigkeit. Da es sich bei Hoffnung um einen hochdifferenzierten Affekt handelt, geht in ihre Genese die sozialisationsbedingten Erfahrungen, Objektbeziehungen und psychischen Strukturen mit ein. Hoffnung kann von daher zu den Affekten zählen, deren Abhängigkeit von den Sozialisationserfahrungen beträchtlich ist (ebd.).“

Hoffnungsgedanken der BewohnerInnen

SCHNOOR diskutiert deshalb die Frage, ob die enorme emotionale Unterversorgung hospitalisierter Menschen die Entwicklung von Hoffnung bzw. Hoffnungs- und Zukunftskompetenz verhindert. In dieser Untersuchung war es mir deshalb wichtig zu erfassen, inwieweit die BewohnerInnen Zukunftswünsche für ihr eigenes Leben formulieren und ob diese Fähigkeit zur antizipatorischen Zukunftsplanung und der damit einhergehenden Entwicklung eines tragfähigen Hoffnungsgedanken von der Dauer ihrer Heimunterbringung abhängt.

Um das Vorhandensein von Zukunftskompetenz zu überprüfen, wurden drei Kategorien abgefragt: 1. Welche Wünsche die BewohnerInnen für die Zukunft haben; 2. ob sie eine Hoffnung äußern (auf Ereignisse und Veränderungen in ihrem Leben) und 3. welche Vorstellungen sie entwickeln, wie ihre BetreuerInnen ihnen bei der Realisierung ihrer Wünsche helfen könnten. Abb. 5.1.3 zeigt, daß es eine große Diskrepanz zwischen Personen gibt, die

noch nicht ihr ganzes Leben in Institutionen verbracht haben, und solchen, die zumindest einen großen Teil (mindestens 15 Jahre) in Einrichtungen gelebt haben. Bei der letzteren Gruppe von Befragten fällt daher besonders auf, daß der Großteil von ihnen (92,3%) keine oder nur sehr diffuse Hoffnungen für ihr zukünftiges Leben äußert und nur indifferente oder gar keine Vorstellungen hat, um welche Hilfen sie ihre BetreuerInnen bitten könnten (ebenfalls 92,3%).

Die andere Gruppe zeichnet sich demgegenüber durch einen hohen Anteil von Personen aus, die sehr konkrete Vorstellungen entwickelt haben, wie ihre Zukunft aussehen soll (52,4%). Nochmals der gleiche Prozentsatz äußert Hoffnungsgedanken. Nur bei der Frage danach, was denn ihre BetreuerInnen konkret in diesem Zusammenhang für sie tun könnten, werden sie unsicher: 71,4 % haben keine oder nur vage Vorstellungen über Möglichkeiten der Unterstützung durch das Personal.

Entwicklung von Zukunftsperspektiven und Hoffnung in Abhängigkeit der Dauer des Heimaufenthalts (n=54)

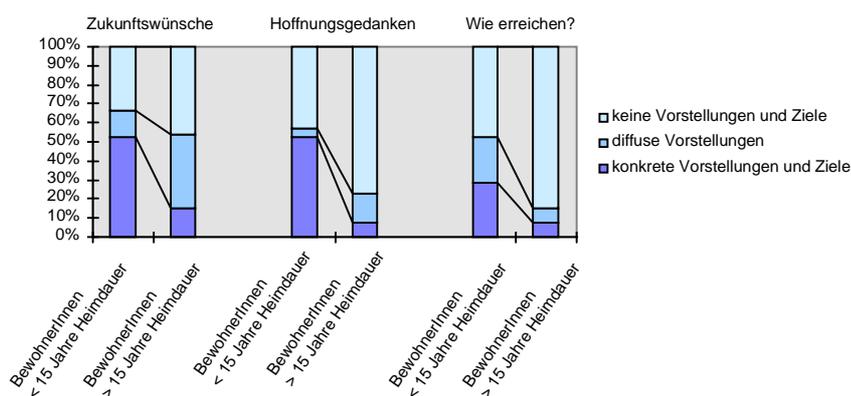


Abb. 5.1.3.1

Die nächste Abb. 5.1.3.2 belegt den starken Zusammenhang zwischen Heimdauer und Entwicklung von Zukunftskompetenz: In allen drei Kategorien (Zukunftswünsche, Hoffnungsgedanken, Möglichkeiten der Unterstützung) ist ein bivariater negativer Zusammenhang offensichtlich; ein langer Heimaufenthalt wirkt sich negativ auf die Entfaltung von Zukunftsperspektiven aus. Auf einem Niveau von 0,01 werden alle drei Korrelationen signifikant.

Zusammenhang zwischen antizipatorischen Zukunftsgedanken und Dauer des Heimaufenthaltes

Antizipation	ρ	p	n
Zukunft	-,467	,005	50
Hoffnung	-,478	,004	50
Erreichen	-,485	,004	51

ρ = Korrelationskoeffizient Spearman-Rho

p = Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant (2-seitig)

Abb. 5.1.3.2

Hoffnungsgedanken der MitarbeiterInnen

Die qualitative Betrachtung der Zukunftsvorstellungen der BewohnerInnen kann noch eine weitere Ursache ausmachen: die Hoffnungslosigkeit ihrer BetreuerInnen. Auch hier hat SCHNOOR (1992) bereits unter bezug auf ARONSON/PINES/KAFRY, (1983) festgestellt, daß eine affektive Stimmung des Ausgebrannt-Seins unter MitarbeiterInnen in eine Hilf- und Hoffnungslosigkeit mündet, deren Genese viele Parallelen zu der Hoffnungslosigkeit der betreuten Menschen aufweist. Auch ihre emotionalen Fähigkeiten und individuelle Leistungsfähigkeiten sind abhängig von institutionellen Faktoren und den dadurch geprägten (hospitalisierten) Menschen, gleichwohl natürlich auch persönliche Gründe dafür vorliegen können (vgl. zum Helfersyndrom SCHMIDBAUER, 1977).

Trotzdem deutet sich ein Zusammenhang zwischen einer gewissen empfundenen Ohnmachtssituation der HelferInnen, also dem Fehlen von Fähig- oder Möglichkeiten zur Überwindung der Mangelsituation, und der Entwicklung von Hoffnung der betreuten Menschen an. Oftmals waren nicht nur die BewohnerInnen, sondern auch ihre betreuenden Bezugspersonen ratlos, welche Wünsche und Hoffnungen, die über den nächsten Ausflug oder die nächste Feier hinausgehen, formuliert werden könnten. Die Beschäftigung mit der individuellen Zukunft wird vor allem bei denjenigen BewohnerInnen nicht angestrebt, bei denen aufgrund der Schwere ihrer Behinderung die Antizipation des Zukünftigen nicht nachprüfbar scheint:

„Was glauben Sie wünscht sich Bärbel für die Zukunft?“ „Nichts“. „Und was möchten Sie für Bärbel erreichen?“ „Was immer so anliegt. Sich täglich anziehen, waschen, daß sie das mal vielleicht alleine kann.“ „Was erhoffen sie sich für Bärbels Zukunft?“ „Die leben doch nur einmal. Kriegen die das alles mit? Man denkt dann öfters, sie leben, sie sind jetzt genauso alt wie ich. Dann denkt man Bewußtsein? Falten hat die ja noch

nicht, die Bärbel. Die brauchen sich ja keine Sorten machen, daß sie wahrnehmen, daß sie leben!“

(Frau Eisenschmidt, Krankenpflegerin, 36 Jahre, seit 16 Jahren im Heim tätig)

Zukunftsperspektiven der BewohnerInnen

Zukunftsgedanken in einer sich kümmernden Institution erscheinen überflüssig, dabei ist es die Institution, die Hoffnungen erdrückt - oder wie SCHNOOR (1992) präzisiert: Die Betroffenen haben eine lange Erfahrung hinter sich, in der sie gelernt haben, daß sich zukünftige Befriedigungen ihrer Bedürfnisse in den Heimstrukturen erschöpfen:

„Wie, was wünschen für die Zukunft? Ich bin doch jetzt hier drinne!“
(Herr Schrader, 35 Jahre, seit dem 4. Lebensjahr im Heim)

„Was wünschen Sie sich für die Zukunft?“ „Gar nix mehr. Mein Leben ist doch ... naja. Wenn man so hier empfangen wird. Ich darf nicht mehr im Verkaufsladen arbeiten. Die wollen mich nicht mehr. Es ist mir jetzt egal, was die mit mir machen.“ „Was könnte denn Ihre Betreuerin für Sie tun?“ „Das weiß ich doch nicht. Keiner kann mir da helfen.“ „Haben Sie denn Hoffnung, daß sich vielleicht etwas ändert?“ „Da gibt's keine Rettung mehr!“

(Frau Kollibabe, 63 Jahre alt, seit dem 17. Lebensjahr im Heim; vgl. hier auch Kap. 5.1.2)

Die Zukunftswünsche der langzeituntergebrachten Menschen konzentrieren sich vielfach auf kurzfristige Ziele (Wochenendausflug, nächste Urlaubsfahrt etc.) oder zirkulieren um tiefe sozial-emotionale Frustrationen, die aus der frühen Heimunterbringung resultieren und von einer Utopie der Familienzusammenführung getragen werden:

„Für meine Zukunft? Wo? Hier? Meinst du da? Naja, später. CD-Player hab' ich ja. Ich bin ja auch in Augenbehandlung. Das läuft auch schon. Ich geh ja ganz gern raus. Ich war auch schon jeden Tag raus. Wir waren ja auch schon in der Gruppe raus. Sonst beschäftige ich mich zu Hause. Beschäftige mit meinen CD's oder spiele mit meinem Steckerspiel.“ „Was erhoffen Sie sich für die Zukunft?“ „Daß ich Besuch kriege oder nach Hause fahren kann. Das wünsche ich mir am meisten. Ich bin ja schon neunmal Tante. Kommt aber keiner. Aber wenn ich nach Hause könnte? Ich hab noch Kontakt zu den Eltern. Zweimal haben die mich schon angerufen. Mein Bruder wohnt in Freiburg. Ab und zu ruf ich den an. Die Familie vermißt' ich. Das wär' schon, so zu Hause leben. Der Bruder hat auch ein kleines Baby bekommen. Ich hab das noch nich' gesehen. Irgendwann wollen die mit dem Zug kommen. Traurig bin ich, wenn ich an zu Hause denke. Ich hab schon Heimweh. Ich häng' an der Mutti und an meinem Bruder. Am 4. Juni hab ich mal angerufen. Mein Bruder ist in Ordnung.“

So geht es mir gut. Nur Heimweh. Vielleicht darf ich Weihnachten nach Hause zum Kaffeetrinken. Aber nur 2 Stunden, hat die Stiefschwester gesagt.“

(Frau Luhmann, 41 Jahre, seit dem 4. Lebensjahr im Heim)

Die Zukunftswünsche der hospitalisierten Befragten lassen sich in bezug auf Ziel und Inhalte klar von denen der noch nicht lange im Heim Lebenden klar abgrenzen: Während keine einzige Person der ersten Gruppe Vorstellungen über Partnerschaft, Heirat, Zusammenleben, eigene Wohnung äußerte, beherrschen diese Gedanken die zweite Gruppe. Ihre Zukunftspläne tragen praktisch die „Saat“ der Normalisierungsbestrebungen und sind durchdrungen von dem Wunsch, ein möglichst „normales“ und selbständiges Leben zu führen. Die Unterschiede in Hinsicht auf die Inhalte der Zukunftswünsche sind so eklatant, daß fast vermutet werden kann, der Normalisierungsgedanke hätte die Großenrichtungen mit den langzeituntergebrachten Menschen überhaupt noch nicht erreicht. Die Zukunftsorientierung der nicht hospitalisierten Personen lassen sich wie folgt ablesen:

„Was wünschen Sie sich für die Zukunft?“ „Ich möchte mit Peter zusammenbleiben. Mmh, Zukunft, was gibt es da noch? (Pause) Heiraten? - Ich würde gerne heiraten. Polterabend kann man auch machen.“ „Was erhoffen Sie sich?“ „Zusammenleben, Nichts weiter.“

(Frau Paschweski, 38 Jahre, seit 2 Jahren im Heim)

„Was wünschen Sie sich für die Zukunft?“ „(Lacht) Das ist eine gute Frage. Das kann ich aber schlecht beantworten. - Das kann ich jetzt nicht so gut beantworten. (Überlegt) Ich hab' das gerne so hier. Ich hab' ja alles hier: Fernseh, Videorecorder, Stereoanlage...“ „Und was erhoffen Sie sich?“ „Feste Freundin. - Ich hab mehrere Hoffnungen. Ich weiß nicht, ob das in Erfüllung geht. - Was mich richtig auf Trapp bringen würde und was ich gerne möchte, ist Heiraten. Das ist das einzige, was ich schwer hoffe.“

(Herr Meier, 29 Jahre, seit 3 Jahren im Heim)

„Was wünschen Sie sich für die Zukunft?“ „Liebe, Zärtlichkeit und daß mich alle mögen. Besonders Petra und Claudia (zwei BetreuerInnen der Gruppe). Am meisten mag ich aber Tim (Bezugsbetreuer). Weil der so gut für mich ist, weil der alles für mich macht.“ „Gibt es etwas, was Sie gerne erreichen möchten und wobei Ihnen ihr Bezugsbetreuer helfen könnte?“ „Ja, ich möchte' mal reden mit dem Tim. Reden, ob wir uns, mit der Gabriele, verloben können. Vielleicht kann er da helfen. Wir müssen da mit Gabrieles Mutter reden. Wir machen da auch schon ein Liebespäarchen-Seminar in Marburg.“

(Herr Weirich, 45 Jahre, seit 3 Jahren im Heim)

Liebe, gelebte Sexualität, Partnerschaft und Heirat sind die großen Kernthemen der Zukunftswünsche und drücken damit eine große Diskrepanz zu den tatsächlichen Lebensumständen aus, in denen nicht mal 10% der Befrag-

ten einer GroÙeinrichtung eine Partnerschaft haben (vgl. Kap. 5.2.1). Dicht gefolgt wird der Wunsch nach Zweisamkeit und Intimität von der Hoffnung auf eine eigene Wohnung und damit der Wunsch nach Unabhängigkeit. Darüber hinaus wird immer wieder nach Möglichkeiten gesucht, eigene Zielvorstellungen zu formulieren. Bei der folgenden Bewohnerin drückt das Tagebuch-Schreiben den Wunsch nach Reflexion und Zukunftsbezug aus:

„Was wünschen Sie sich für Ihre Zukunft?“ „Daß wir uns alle sehr gern haben. - Und im Sommer fahren wir mit vier Frauen mit Britta in Urlaub. In eine Wohnung. In eine Freizeit. - (Überlegt) Daß ich gesund bleibe, das ist ganz wichtig. Ich wünsch' mir auch, daß ich später allein Tagebuch schreiben kann (Anm.: Frau Schmidt lernt gerade Lesen und Schreiben). Daß ich z. B. reinschreibe, daß ich früher unter Eifersucht gelitten habe, auf Barbara. Ich schreib' dann da rein, daß ich das einsehe und daß Britta immer für uns da ist. Für uns beide. Ich brauch' da gar nicht eifersüchtig sein, ne. Ich kann da alles reinschreibe, was so besser ist für mich, ne.“
(Frau Schmidt, 45 Jahre, seit 4 Jahren im Heim)

Zukunftsperspektiven der MitarbeiterInnen

Demgegenüber äußern die MitarbeiterInnen nicht immer dieselben Zukunftsperspektiven wie die BewohnerInnen. Sie stützen zwar einerseits die zum Ausdruck gebrachten Wünsche der BewohnerInnen, ihre Vorstellungen von Zukunft streben jedoch auf eine möglichst gelungene *Anpassung* an die Lebensbedingungen im Heim und Leben in der Gruppe hin - vielleicht weil ihnen, mehr noch als den BewohnerInnen, bewußt ist, daß es außerhalb des Heims kaum Selbstverwirklichungsmöglichkeiten für diese gibt. Es sind vor allem Wünsche, die sich auf die *Beziehungsfähigkeit* und das *Erlernen sozialer Regeln* in der Gruppe beziehen:

„Was erhoffen Sie sich für die Zukunft von Sebastian?“ „Daß Sebastian im ganzen selbständiger wird. Vor allem in der Konfliktregulierung, also daß er die selbständig hinbekommt und daß er kritikfähig wird. daß er irgendwann Aussagen so hinnimmt. Daß er Verständnis dafür aufbringt, daß Regeln eingehalten werden.“
(Herr Bayertz, Erzieher, 26 Jahre, seit 4 Jahren im Heim tätig)

„(...) Ich möchte die grundsätzlichen Fähigkeiten vertiefen, daß sie Lesen und Schreiben lernt, sich ihr Sozialverhalten verbessert, daß sie den Sinn der Gemeinschaft erkennt. Daß sie nicht immer die 'Herrschaft' übernimmt, nicht die Gruppenleiterfunktion. Daß sie nicht mehr wegläuft. Daß sie nicht mehr klaut, daß sie ausgeglichen ist. Daß sie langfristig in der WFB klarkommt. Sie liebt die Arbeit, das ist für sie sehr wichtig.“
(Herr Wiese, 29 Jahre, Sozialpädagoge, seit 1 Jahr im Heim tätig)

„Was glauben Sie, wünscht sich Ingeborg für die Zukunft?“ „Sie wünscht sich einen Mann und Kinder, Geborgenheit und Nähe, die ihr ein Mann gibt. Sie hat z. B. allein in der Kneipe einen Kellner kennengelernt, den Michael, der ihr eine Haxe spendiert hat. Ja, in den war sie ganz ganz fürchterlich über ein Jahr verliebt. Sie malt sich dann die wildesten Geschichten aus. Z. B. will sie jetzt ihren Betreuer von der Werkstatt heiraten, weil der sich gerade scheiden läßt.“ „Und was möchten Sie für Ingeborg erreichen?“ „Daß sie mir besser zuhören kann, in die Augen guckt bei Gesprächen, nicht abdriftet, mich ausreden läßt. Daß sie lernt zu teilen, anderen was abzugeben. Daß sie diese Ausraster nicht mehr bekommt, daß sie die Wahrheit einfach hinnehmen kann, auch das, was für sie ungünstig ist, daß sie darüber nicht ausflippt.“

(Frau Riedel, 19 Jahre, Absolventin eines Praktischen Jahres, seit 2 Jahren im Heim tätig)

Die MitarbeiterInnen haben demnach in der Zukunftsorientierung immer auch die Förderung sozialer Fähigkeiten im Blick, laufen jedoch dabei Gefahr, die BewohnerInnen zu einer gewissen *Sozialverträglichkeit* anzuleiten, die hauptsächlich dazu dient, den reibungslosen Ablauf des Gruppengeschehens zu gewährleisten. Dagegen werden in den Einrichtungen, in denen klare individuelle Förderpläne für die einzelnen BewohnerInnen existieren, konkrete Ziele - auch für ein Leben außerhalb der Institution - genannt:

„Was glauben Sie wünscht sich Dörte für die Zukunft?“ „Sie wünscht sich sicherlich eine Beziehung oder Partnerschaft - bin mir nicht sicher zu welchem Geschlecht. Im Vordergrund stehen nicht sexuelle Bedürfnisse, sondern eher Geborgenheit und Sicherheit.“ „Was möchten Sie für Dörte erreichen?“ „Ich möchte ihr jede Menge mehr Selbstbewußtsein beibringen. Für mein Empfinden ist sie ziemlich voll von Selbstablehnung. Die hat zu Hause mal viel Verantwortung zu tragen gehabt. So mit Putzen und Einkaufen, den Haushalt machen. Hier ist sie sehr in sich gefangen. Ich sag dann was, sie sagt dann wie ein kleiner Zinnsoldat 'Jaa!'. Ich red' dann mit ihr, daß sie auch 'nein' sagen kann.“ „Was erhoffen Sie sich für Dörtes Zukunft?“ „Daß sie eigenständig lernt zu leben. Als fernes Ziel, sozusagen als theoretische Möglichkeit auch betreutes Wohnen - wenn sie das möchte. - Auch Freundschaften leben zu können. Also eigentlich das recht Normale. Erfahrungen mit Freundschaften eben. Beziehungen zu anderen.“

(Frau Allert, 32 Jahre, Historikerin, seit 1 Jahr im Heim tätig)

Die MitarbeiterInnen geraten dabei immer wieder an einen Punkt, wo sie erkennen müssen, daß die praktizierte Förderung von Eigenständigkeit mit den reglementierenden Heimstrukturen in Konflikt gerät und daß sie Fertigkeiten fördern, die die BewohnerInnen tatsächlich nicht anwenden und leben können.

Dieses Kapitel hat gezeigt, daß BewohnerInnen große Hemmnisse überwinden müssen, um Zukunftsvorstellungen zu entwickeln und diese auch für

ihre Umwelt transparent zu machen. Nicht immer stützen ihre zuständigen BezugsbetreuerInnen ihre Wünsche - richten sich deren Zielvorstellungen vor allem auf die Förderung sozialer Kompetenzen, die ein geregeltes Leben in der Gruppe bzw. der Institution ermöglichen sollen und damit eher auf Anpassung als auf Entwicklung von Individualität gerichtet sind. Am problematischsten anzusehen ist jedoch die Tatsache, daß Hoffnung und Zukunftsorientierung mit zunehmender Heimdauer verloren gehen. Die Analyse der Zukunftsbezüge der Befragten hat gezeigt, daß deren Zukunftsvorstellungen umso präziser werden, je kürzer ihr Heimaufenthalt dauert. Hospitalismusschädigung hat demnach einen gravierenden Einfluß auf die Basis antizipatorischer Fähigkeiten im Sinne einer Hoffnung nach BLOCH (1979). Dabei betrifft die Hospitalismusschädigung beide Gruppen: die BewohnerInnen *und* ihre BetreuerInnen. Die Prinzipien, nach denen vor allem Großinstitutionen organisiert sind, Ein-Milieu-System, Entfremdung von der Gesellschaft, feste Rollenzuweisungen zwischen BewohnerInnen und Personal, Verlust von Selbstbestimmung und Privatsphäre, vollständige Reglementierung des Lebens etc., (GOFFMAN 1973, SCHNOOR 1992) können auch die hoffnungsvolle Einstellung von MitarbeiterInnen an einem empfindlichen Punkt treffen. Aber ohne ihren Glauben an eine positive Gestaltungsmöglichkeit der Zukunft können sie auch den BewohnerInnen nur wenig Orientierung bieten (vgl. auch SCHNOOR, 1992, 161). Neue praktische Ansätze wie die des Peer Counseling und der persönlichen Zukunftsplanung (VAN KANN/DOOSE, 1999) sind deshalb ein wichtiges Instrument, der Hilfs- und Hoffnungslosigkeit Einhalt zu gebieten und den BewohnerInnen mehr Autonomie zu verleihen.

5.2 Soziale Beziehungen

Die sozialen Beziehungen von HeimbewohnerInnen lassen sich unter verschiedenen Gesichtspunkten, quasi allotropisch kategorisieren: nach Quantität, Intensivität und Intimität, nach dem Maß ihrer Unterstützung oder Abhängigkeit, nach Herausforderung oder Anerkennung, nach affektiv-emotionalen oder utilitaristischen Bezügen. Jede Betrachtungsweise ist jedoch der Frage unterworfen, ob diese Beziehung *frei wählbar* ist. Während Freundschaften und Partnerschaften zu den Bindungen mit einem hohen Maß an Selbstbestimmung zählen, sinkt der Anteil der nicht frei wählbaren Beziehungen im Hinblick auf Auswahl der Mitglieder der Wohngruppe und der professionellen HelferInnen fast auf Null. Darüber hinaus bestehen Beziehungen zu Familienangehörigen (beim überwiegenden Teil der BewohnerInnen ist nur eingeschränkter oder gar kein Kontakt vorhanden) und zu den gesetzlichen BetreuerInnen im Sinne des BtG. Gegenüber nichtbehinderten Menschen zeichnen sich bei HeimbewohnerInnen ihre sozialen Bindungen daher durch einen *hohen Anteil nicht frei wählbarer Beziehungen* aus.

Quantität und Qualität der sozialen Kontakte sowohl im Rahmen der frei wählbaren Beziehungen (Freundschaften, soziales Netzwerk) als auch zu der professionellen Bezugsperson (BezugsbetreuerIn) sollen deshalb einer näheren Betrachtung unterzogen werden: Wie leistungsfähig ist das soziale Bezugssystem der HeimbewohnerInnen? - Im Kontext dessen wird auch gezeigt werden, daß die Sozialstruktur der langzeituntergebrachten Menschen sich praktisch in einer Agonie befindet. Der Komplexität und Vielfältigkeit sozialer Kontakte, die für eine gelungene zwischenmenschliche Unterstützung notwendig sind, kann in Grobriichtungen, vor allem mit mehrheitlich extrem hospitalisierten Menschen, nicht unbedingt Rechnung getragen werden. Die nach PINES/ARONSON/KAFRY (1985, 145ff) unerläßlichen sechs Grundformen der sozial-emotionalen Konsolidierung, *Zuhören, sachliche Unterstützung, sachliche Herausforderung, emotionale Unterstützung, emotionale Herausforderung und geteilte Realität*, müßten als Faktoren eines Leistungskontinuums von den anderen HeimbewohnerInnen und dem Personal gemeinsam erbracht werden. Daß aber HeimbewohnerInnen aufgrund ihrer eigenen unbewältigten Lebensumstände und MitarbeiterInnen infolge knapper personeller Ressourcen oder unklarer Arbeitsaufträge nicht unbedingt dazu in der Lage sind, wird anhand ausgewählter Gesprächspassagen belegt werden.

5.2.1 **„Es ist zwar eine Art Beziehung, aber das kann man nicht Freundschaft nennen.“ – Freundschaft, Partnerschaft, soziale Netzwerke: Der Wunsch nach Zugehörigkeit**

In Aufbau und Erhalt sozialer Beziehungen zu FreundInnen, Bekannten und Angehörigen drückt sich der tiefe Wunsch nach Zugehörigkeit aus. Darüber hinaus erfüllen sie - gerade im Heim - wichtige Funktionen der emotionalen Unterstützung, der individuellen Wertschätzung und der Identitätssicherung (vgl. WACKER et al., 1998, 256 ff). Eine besondere Form sozialer Bindung stellen Partnerschaften dar. Hier findet die geschlechtliche Identität ihren Ausdruck, wenngleich die Forderung nach Normalisierung der Lebensverhältnisse von geistig behinderten Menschen nirgendwo so viele Tabus brechen muß wie im Bereich Sexualität (THIMM, 1994, 43; WALTER, 1996; WACKER et al. 1999, 241).

Egal ob Freund- oder Partnerschaft: wichtig ist, daß HeimbewohnerInnen ihre soziale Beziehungen frei wählen und bewußt steuern können. Zu bedeutend ist einfach ihre Funktion für ihre persönliche Entwicklung und Lebensgestaltung, kurz: für ihr Erwachsen-Sein. In Freundschaft, Liebe, Zuneigung und Vertrautheit zu einem oder mehreren Menschen erfahren sie, was Selbstverantwortung und Verantwortung für andere bedeutet; die sozialen Beziehungen werden zu einem wichtigen Katalysator von Autonomie und Handlungsfreiheit. WOHLHÜTER (1996, 188f) hat wichtige Grundfunktionen der Interaktion mit anderen für die persönliche Entwicklung herausgearbeitet: *Zunahme persönlicher Bewußtheit, Zunahme von Individualität, Möglichkeit des Sich-Entscheidens, Zunahme von Selbständigkeit* und das *Ausbalancieren von individuellen Wünschen und Bedürfnissen einerseits und der äußeren Realität andererseits*.

Die *Qualität* der sozialen Kontakte von HeimbewohnerInnen kann jedoch sehr unterschiedlich sein. Im Rahmen dieser Befragung wurde versucht zu erurieren, zu wem sich die BewohnerInnen sozial und emotional hingezogen, wem sie sich „zugehörig“ fühlen. Rund 50% nannten ihre pädagogische BezugsbetreuerIn oder die gesetzliche BetreuerIn; 18% (sofern vorhanden) ihre Familie, 17% die Institution oder ihre Wohngruppe und 15% wußten nicht, wem sie sich zugehörig fühlen sollten (es waren auch diejenigen Personen, die keinerlei Freundschaften oder sonstige soziale Beziehungen nannten). Das Frappierende dieses Ergebnisses liegt also darin, daß Freundschaften keinen Stellenwert für die Frage nach Zugehörigkeit besaßen.

Die *quantitative* Betrachtung der sozialen Kontakte mag erklären, warum (siehe Abb. 5.2.1.1): Während zwar neun von zehn BewohnerInnen in kleinen Einrichtungen mindestens eine tragfähige soziale Beziehung innerhalb der

Wohngruppe aufbauen konnten, schaffte dies in den Großeinrichtungen nur jede Dritte. Zwei Drittel der Befragten dieser Gruppe blieben ohne freundschaftliche Beziehungen. Die Anzahl sozialer Kontakte nahm weiter ab, wenn man die freundschaftlichen Beziehungen außerhalb der eigenen Wohngruppe, aber noch innerhalb der Institution untersucht. Die Hälfte der BewohnerIn-

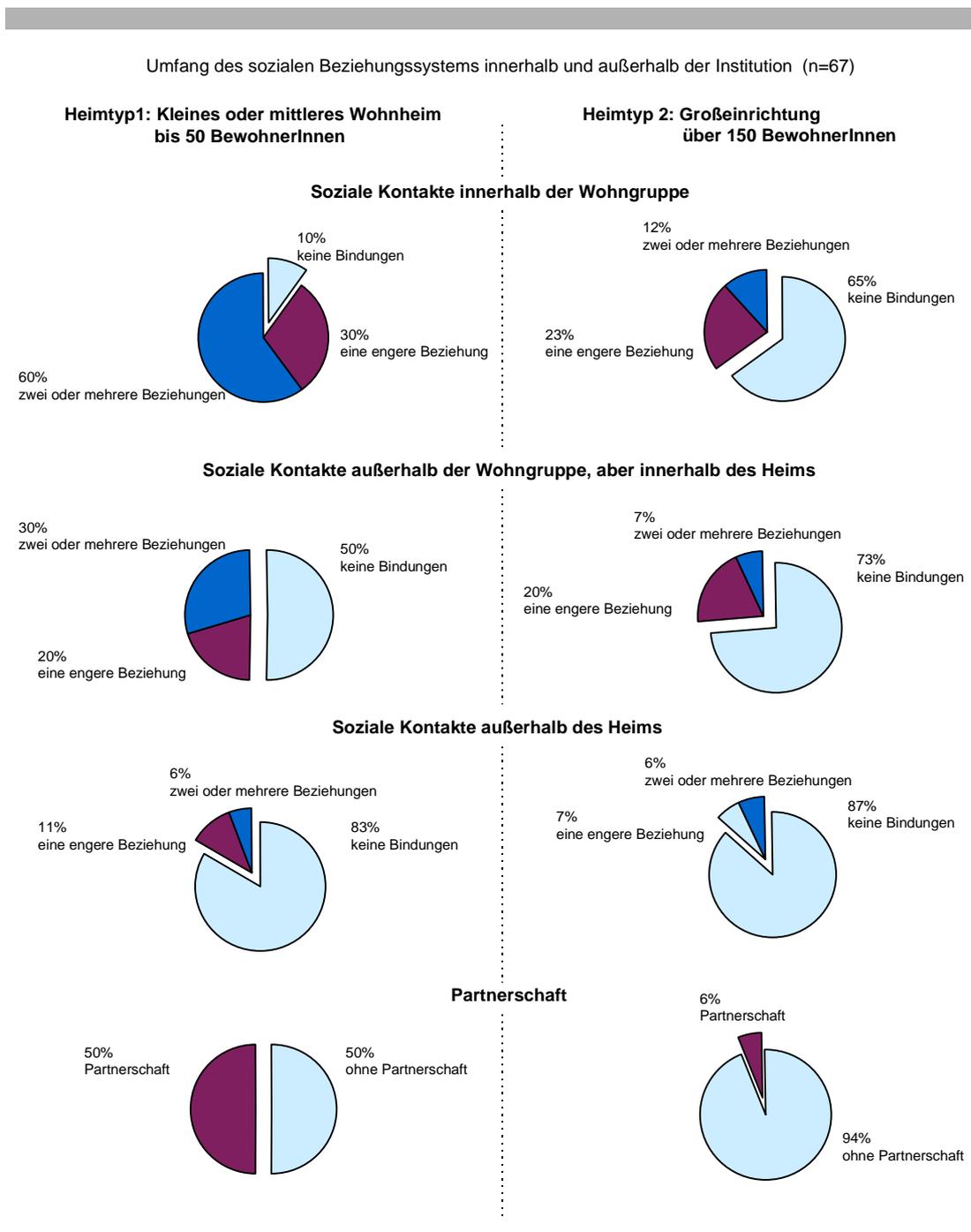


Abb. 5.2.1.1

nen in kleinen Wohnheimen und 73% in großen Einrichtungen haben keine weiteren Bindungen im Haus. Ganz außerhalb des Heims nivellieren sich die Unterschiede zwischen kleinen und großen Einrichtungen: 83% bzw. 87% haben keinerlei freundschaftliche Kontakte zu Personen außerhalb der Institution. Die Diskrepanz zwischen Klein- und Großeinrichtung wird wieder virulent beim Thema Partnerschaft: In den kleinen Wohnheimen gaben 50% der Befragten an, eine Partnerschaft zu leben, dagegen aber nur 6% in den Großeinrichtungen. Anhand der Zahlen wird deutlich, daß die Wahrscheinlichkeit, enge soziale Beziehungen zu knüpfen, abnimmt, je weiter man sich von der Wohngruppe entfernt. Die Suche nach geeigneten Freundschaften konzentriert sich also vorrangig auf die Wohngruppe. Findet man hier keine KommunikationspartnerInnen, ist die Gefahr groß, auch außerhalb der Gruppe sozial isoliert zu bleiben.

Von den 65% der Personen, die in Großeinrichtungen ohne Bindungen waren, fand nur eine einzige Person in einer anderen Wohngruppe des Hauses eine Freundschaft. Die restlichen Personen gaben an, allein zu sein. Die Schlußfolgerung, die gezogen werden kann, ist die, daß BewohnerInnen darauf angewiesen sind, Freundschaften vor allem in der eigenen Wohngruppe zu finden.

Die Chance, die gesamte Wohnstätte als Potential für ein soziales Netzwerk zu betrachten, ist gering. Daß gerade in den Großeinrichtungen 73% der Befragten angeben, keine FreundInnen in anderen Gruppen zu finden, mag auch an der geringen Durchlässigkeit der Wohngruppen untereinander liegen. MitarbeiterInnen betonen immer wieder, daß jede Gruppe ein für sich abgeschlossenes System bildet und „Besuche“ der Wohngruppenmitglieder untereinander eher selten sind. Je größer die Einrichtung war, umso weniger Beziehungen entwickelten sich zwischen den HeimbewohnerInnen, was die Überprüfung mit dem bivariaten Korrelationstest (Sperman-Rho) ergab ($Q = -,589$ und $p = ,001$) bestätigte. Ein weiterer Zusammenhang ergab sich - und das ist nicht weiter überraschend, wenn man bedenkt, daß Aufbau und Pflege sozialer Beziehungen bei resignativer und sozial-apathischer Grundstimmung extrem erschwert sind - zwischen der Entwicklung von Zukunftsperspektiven und dem Umfang des sozialen Netzwerks: Je mehr Zukunftswünsche die Befragten äußerten und je deutlicher ihre Vorstellung von Zukunft war, umso mehr Beziehungen hatten sie zu anderen HeimbewohnerInnen.

Um nun von der quantitativen Betrachtung zur Qualität der sozialen Kontakte zurückzukommen, ist die textliche Analyse der Gesprächsinhalte und der Soziogramme ausschlaggebend. Beide Gruppen, sowohl die BewohnerInnen als auch die MitarbeiterInnen, haben während des Interviews mittels eines vereinfachten Soziogramms das soziale Beziehungsgeflecht innerhalb der Wohnstätte aufzeichnen und verbal erläutern müssen. Dabei ist auffallend, daß eine Freundschaft zu nichtbehinderten Menschen eine viel höhere

Wertschätzung erfuhren als die zu den ebenfalls behinderten MitbewohnerInnen. In der Suche nach Freundschaft sind etwa die Hälfte der BewohnerInnen ausschließlich oder zumindest überwiegend an Kontakten zum Betreuungspersonal interessiert. Trotz des professionellen Charakters dieser Sozialbeziehung zwischen Bezugsperson und HeimbewohnerIn wurde diese Beziehung als vollwertige Freundschaft rezipiert. In Ermangelung anderer Beziehungsmöglichkeiten, z. B. weil die übrigen Gruppenmitglieder infolge Alter, Geschlecht, Schwere der Behinderung, Verhaltensauffälligkeiten etc. als FreundIn nicht in Betracht gezogen wurden, konzentrieren sich die Befragten auf die MitarbeiterInnen.

Bezeichnenderweise waren es innerhalb der Wohngruppen nicht unbedingt die schwer- oder schwerstbehinderten BewohnerInnen, deren soziale Bezüge als besonders defizitär geschildert wurden, sondern die der nur leicht geistig behinderten. Sie standen innerhalb des Wohngruppengefüges - gerade infolge ihrer starken kognitiven und verbalen Fähigkeiten - häufig am Rande. Folgende Anmerkung zur mangelnden Integration der Leistungsstärkeren kann für die hier vorliegenden Interviews als typisch gelten. Nicht selten werden sie sogar als „AußenseiterInnen“ bezeichnet:

„Also, Kontakte hat Bernd auf jeden Fall. Aber ob man das so Freundschaften nennen kann? Er geht ja auch zur Arbeitstherapie, da spricht er ja auch mit anderen. Aber das ist eigentlich alles sehr oberflächlich. Also, Freundschaften, die sich auch auf Behinderte beziehen, hat er nicht. Das ist alles mehr sporadisch. Also würde ich das jetzt hier so einzeichnen, daß er am Gruppenrand steht. Die Gruppe besteht ja praktisch, bis auf Jannis, nur aus Schwerbehinderten. Da kann er ja wenig Kontakt aufbauen. Da ist keiner auf der gleichen sprachlichen Ebene. Ganz außen ist er auch nicht. Also er läuft immer am Rand mit. Er versucht dann auch mal, nett zu sein zu den anderen. Aber ein tieferes Gefühl kommt da nicht auf bei ihm.“

(Frau Arnolds, 28 Jahre, Heilerzieherin, seit 9 Jahren im Heim tätig)

Auf die hier bereits anklingenden Isolierungseffekte heterogen strukturierter Wohngruppe wird im Kap. 5.3.1.2 näher eingegangen. Der nächste Interviewauszug ist ebenfalls typisch, und zwar für die geringe „Sozial-Osmose“ zwischen den einzelnen Wohngruppen eines Heims:

„Dörte ist mit Mareike befreundet. Damit hat sich das erschöpft in der Wohngruppe. Es ist zwar eine Art Beziehung da, aber das kann man nicht Freundschaft nennen. Vieles bleibt einfach auf die Wohngruppe beschränkt. Hier im Haus geht man so wenig rum, so von Gruppe zu Gruppe. Jemand einfach auf eine andere Gruppe zu schicken, ist keine Alternative gegen schlechte Laune oder Langeweile. Es bringt nichts, wenn ich sage, geh' doch mal zu Rita auf Gruppe 3. Das würde sie nicht tun. Auch in der Werkstatt sind die eher so für sich. Wenn die aus dem Werkstattbus steigen, verabschieden sie sich noch nicht einmal vonein-

ander und sagen 'bis morgen' oder so. Es ist fast so ein Nebenher-Existieren.“

(Frau Allert, 32 Jahre, Historikerin, seit 1 Jahr im Heim)

Warum aber sprechen so viele MitarbeiterInnen von einem „Nebenher-Existieren“ der MitbewohnerInnen untereinander, von „Einzelgängertum“, und „Außenseiterrollen“? Das folgende Zitat bringt eine Vermutung in greifbare Nähe:

„Sie ist eigentlich typisch Einzelgänger. Wie viele Bewohner hier. Daß man kaum Aktivitäten feststellt, die man als soziale Zuneigung oder Abneigung sehen könnte. Daß ich kaum mal ein Pärchen sehe, die zu zweit sind. Was zusammen machen. Egal ob männlich oder weiblich. Wir haben Bewohner hier, die haben überhaupt keine sozialen Beziehungen.“

(Frau Dreher, 26 Jahre, Erzieherin, seit 5 Jahren im Heim tätig)

„Soziale Zuneigung oder Abneigung ist nicht feststellbar“ konstatiert diese Mitarbeiterin und trifft damit einen empfindsamen Punkt: das enorme Defizit geistig behinderter Menschen im Bereich des sozialen Lernens. Geistig behinderte Menschen - und schon gar nicht hospitalisierte BewohnerInnen, die zwischen Heim und Psychiatrie erwachsen geworden sind - haben nicht unbedingt ausreichende Chancen gehabt, ihre sozialen Fähigkeiten zu trainieren und ihr soziales Wissen auszubauen. Die Unterbringung „Gleich-Betroffener“ bedeutet noch lange nicht Zuwachs oder Erweiterung sozialer Beziehungsmuster. Häufig wissen HeimbewohnerInnen nicht, wie sie beispielsweise dem Wunsch nach Freundschaft zu einer bestimmten Person angemessen Ausdruck verleihen sollen. Soziale Kompetenzen müßten daher gezielt gefördert werden: durch Pflege gemeinsamer Interessen, kommunikative Übungen etc., was aber in den befragten Heimen nur nachgeordnet möglich war:

„Sie ist so verkrampft, unsicher, ängstlich, sehr nervös. Hat ein ganz schlechtes Nervenkostüm. (...) Sie stößt überall auf Ablehnung. Ich kenn' eigentlich niemanden, der ihr gegenüber positiv eingestellt ist. Das ist eigentlich ganz schade. Wir hatten früher drei BewohnerInnen, die haben wir gezielt durch gemeinsame Urlaube in ihrer Kommunikation untereinander gefördert. Die haben es tatsächlich geschafft, untereinander auszuhalten. Die haben tatsächlich miteinander kommuniziert! Aber dann sind die drei in andere Gruppen verlegt worden, und jetzt ist Uta wieder allein.“

(Frau Schulte, 47 Jahre, Krankenschwester, seit 15 Jahren im Heim tätig, über Uta Keller, 37 Jahre, seit ihrem 18. Lebensjahr im Heim)

Es sind nicht also nicht unbedingt die BewohnerInnen mit ausgeprägter Hospitalismusschädigung, die scheinbar aus allen sozialen Bezügen herausfallen. Auch von Gruppen, in denen die BewohnerInnen erst wenige Jahre zusammenwohnen, wird berichtet, daß kaum freundschaftliche Beziehungen untereinander sichtbar werden. Da aber Lebenszufriedenheit von Umfang und Qualität der sozialen Kontakte maßgeblich abhängt (GLATZER 1998; BECK, 1998, WACKER 1999), ist somit anzufragen, welche sozialanthropologische Misere sich abzeichnet, wenn zwei Drittel der HeimbewohnerInnen in Großeinrichtungen eine jahrelange Isolation des Selbst erdulden müssen.

Das Ausmaß dieser Isolation ist zu erahnen, wenn man die Kulmination der sozialen Probleme langzeituntergebrachter Menschen zugrunde legt: Daß über 90% von HeimbewohnerInnen über ausgeprägte soziale Netze außerhalb der Einrichtung verfügen, die vor allem durch Familienangehörige aufrechterhalten werden (WACKER et al. 1998, 243ff; 1999, 239) kann für den Personenkreis geistig behinderter Menschen nicht bestätigt werden. Auch wenn im Rahmen einer zwischen Körper- und geistiger Behinderung differenzierender Betrachtung der Anteil sozialer Kontakte bei letzterem Personenkreis auf 32% sinkt (ohne Familienangehörige), kommen in der hier vorliegenden Untersuchung nicht einmal 15% (und zwar unabhängig von der Größe der Einrichtung) auf Kontakte außerhalb der Institution, und das auch nur, weil der Kontakt zu Familienangehörigen mit eingeschlossen wurde.

Es zeichnet sich also eher das Bild einer großen Mangelsituation ab, in der Kontakte innerhalb der Einrichtungen extrem erschwert sind und die häufig durch eine bereits so starke resignative Grundstimmung gekennzeichnet sind, daß reale Erwartungen an Freundschaft innerhalb der Wohnstätte gar nicht mehr angestrebt werden. Nur eine einzige Bewohnerin hatte Kontakte zu Personen außerhalb der Einrichtung, die keine Familienangehörigen oder gesetzlichen BetreuerInnen waren.

5.2.2 „*Ich habe ihn dann sozusagen ‘bezwungen’.*“ – Die soziale Bindung an die Bezugspersonen

Die soziale Bindung der HeimbewohnerInnen an ihre BezugsbetreuerInnen ist sehr intensiv. Wie das vorangegangene Kapitel gezeigt hat, fühlen sich rund 50% der BewohnerInnen ihrer BezugsbetreuerIn zugehörig. Bei der Frage nach Freundschaft wird die Bezugsperson bei fast 80% der BewohnerInnen an erster Stelle genannt. Für viele ist diese Bindung eine der verlässlichsten und intensivsten Beziehungen, die sie in ihrem Umfeld haben. Allerdings ist sie starken Schwankungen unterworfen: Personalfluktuations, aber auch der beabsichtigte turnusmäßige Wechsel der Bezugsbetreuerschaft im Kontext eines heiminternen Rotationsprinzips führen dazu, daß sich HeimbewohnerInnen immer wieder auf neue AnsprechpartnerInnen ihrer Belange einlassen müssen.

Nur wenige Bezugspartnerschaften dauerten länger als fünf Jahre. Im Schnitt bestanden sie seit knapp zwei Jahren. Der entscheidende Punkt im Kontext des Bezugspersonen-Systems ist, daß diese Beziehung - obwohl mit enormer sozialer Reichweite für die Betroffenen - *von den BewohnerInnen nicht frei gewählt werden kann*. Sämtliche im Kontext dieser Arbeit erhobene Bezugssysteme kamen ausschließlich durch Betreuerintervention zustande. Keine einzige BewohnerIn hatte die Möglichkeit, *ihre Vertrauensperson selbst auszusuchen*. Es schloß sich die Frage an, nach welchen Kriterien das Bezugspersonen-System geschaffen, d. h., sozial konstruiert wird. Etwa die Hälfte der Zweier-Beziehungen wurden rein formal zusammengestellt; durch Schwangerschaftsvertretungen, Kündigungen etc, wurden Bezugspartnerschaften „frei“, die dann durch neue MitarbeiterInnen besetzt wurden. Hier hatten auch die MitarbeiterInnen keine Möglichkeit der Einflußnahme auf die Beziehungsgestaltung.

Die andere Hälfte der Bezugspartnerschaften konnte zumindest von den MitarbeiterInnen frei gewählt werden; aber gerade hier wurden sozialproprietäre Lösungen geschaffen, die eher auf die MitarbeiterIn als auf die betroffene BewohnerIn zugeschnitten waren. Die Auswahlkriterien und die persönliche Wahl der BezugspartnerIn haben normative Kraft für die topologische Einordnung und soziale Gestaltung der Beziehung:

„Ich bin seit 3 Monaten Bezugsperson für Ingeborg. Ich hab’ sie mir ausgesucht, weil Ingeborg der *krasseste Fall* war. An sie heranzukommen, war eine Herausforderung, bei ihren Anfällen ihr zu helfen, wieder runterzukommen und so.“

(Frau Riedel, 19 Jahre, Absolventin eines Praktischen Jahres, seit 2 Jahren im Heim tätig)

„Ich bin jetzt seit 1 ½ Jahren Bezugsperson für Ismael. Er war sehr aggressiv. Er war früher auf einer Station mit 30 Patienten, haben wir früher gesagt. Er hat nur mit Bändern und Speichel gespielt. Er hat sich in sich zurückgezogen und sehr aggressiv reagiert. *Ich hab' mich dann an ihn herangetraut. Ich hab' dann Kämpfe mit ihm ausgefochten und ihm gezeigt, daß ich stärker bin. Ich habe ihn dann sozusagen 'bezwungen', und wir hatten dann eine Basis für die Zusammenarbeit.*

(Frau Helmer, 25 Jahre, Erzieherin, seit 4 Jahren im Heim tätig)

Eine besondere Ätiologie der Behinderung, aber vor allem Verhaltensauffälligkeiten infolge einer Hospitalismusschädigung stellen eine spezielle Herausforderung für die MitarbeiterInnen dar. Nicht selten bildet ein „Kampf“, im Rahmen dessen die MitarbeiterInnen ihre Autorität unter Beweis stellen, eine nicht unumstrittene Grundlage für die Zusammenarbeit. Ansonsten entscheidet nach Auskunft des Personals die Tatsache, „wer zu wem einen besonderen Draht hat“ und persönliche Sympathie oder Antipathie über die Beziehungskonstellationen. Aber wie nehmen die BewohnerInnen wahr, daß sie „ausgesucht“ werden? Eine Analyse der Antworten macht deutlich, daß sie dieses System der personalgesteuerten „Verteilung“ nicht hinterfragen, ihre zuständige BetreuerIn einfach hinnehmen. Nur vereinzelt äußern sie ihre Enttäuschung darüber, daß sie eigentlich gerne mit einer anderen Person zusammengearbeitet hätten:

„Konnten Sie sich Ihre Bezugsbetreuerin aussuchen?“ „Ja, die konnte ich mir aussuchen, weil aber, die Saskia und die Manuela, die haben schon die Frau Bergmann, da blieb nur noch Frau Henscheid.“

(Frau Dunkel, 43 Jahre, seit 3 Jahren im Heim)

Diese Bewohnerin empfindet zwar subjektiv ein gewisses Mitspracherecht, konnte aber tatsächlich nur diejenige Betreuerin auswählen, die noch nicht vergeben war. Gerade in diesem sensiblen Bereich der Beziehungsanbahnung zwischen BewohnerIn und BetreuerIn können BewohnerInnen noch nicht ihre Vertrauensperson frei wählen, obwohl im Zuge der Qualitätssicherung gerade die Einflußnahme der NutzerInnen auf die Gestaltung von Hilfsangeboten ein ausschlaggebendes Qualitätskriterium darstellt (GROMANN/NIEHOFF-DITTMANN, 1999, 156). Hier gehen die Forderungen sogar soweit - und in einigen Wohnstätten der Lebenshilfe werden sie bereits praktiziert - daß BewohnerInnen entweder ein Stimmrecht bei der Einstellung von Personal eingeräumt wird oder sie aus einem Fond von MitarbeiterInnen die von ihnen präferierten Personen auswählen dürfen. Was aber sagen die BewohnerInnen über die Arbeit ihrer Bezugspersonen? In welcher Weise fühlen sie sich ihnen verbunden? Befragt nach dem, was ihre BezugsbetreuerInnen für sie tun, antworten die BewohnerInnen sehr unterschiedlich. Die Spannbreite reicht von detaillierten Arbeitsbeschreibungen bis hin zu einer gewissen Ratlosigkeit, was denn nun BezugsbetreuerInnen leisten.

Eine intensive Beschäftigung der nichtbehinderten BetreuerInnen mit ihnen selbst, glauben viele BewohnerInnen, steht ihnen nicht unbedingt als „Behinderte“ zu:

„Mann, gute Frage. Das ist nicht so leicht. Er sieht gut aus, ein ganz toller Typ. Der meint nichts böse. *Dem macht das nichts aus, das hier, mit den Behinderten.* Ein lieber Mensch würde ich sagen, wie der aussieht, welchen Gang der hat. Das ist kein Macho-Typ, würd' ich nicht sagen. Der ist für mich in Ordnung.“

(Herr Meier, 29 Jahre, seit 3 Jahren im Heim)

„Frau Möller unterhält sich auch mit uns! Sie guckt auch Fernsehen mit uns! Gute Zeiten, schlechte Zeiten, das kommt auf RTL.“

(Frau Luhmann, 41 Jahre, seit dem 4. Lebensjahr im Heim)

In der Beschreibung des Verhältnisses, das die BewohnerInnen zu ihren BetreuerInnen haben, werden jedoch von beiden Gruppen sehr unterschiedliche Aspekte in den Vordergrund gestellt: Knapp 40% der BewohnerInnen sehen in ihren BezugsbetreuerInnen quasi eine autoritäre Macht und sprechen von ihrer „ChefIn“. Dieser Anteil ist unabhängig davon, ob die BewohnerInnen hospitalisiert sind oder nicht. Jeweils ca. 25% sprechen von einem freundschaftlichen oder partnerschaftlich-kollegialen Verhältnis. Lediglich 6% weisen ihnen eine elterliche Rolle zu.

Die Sichtweise des Personals weicht von der Einschätzung der BewohnerInnen im letzten Punkt erheblich ab: Der Charakter eines Eltern-Kind-Verhältnisses wird immerhin in 20% der Fälle angenommen; bei der Beziehungsarbeit mit hospitalisierten Personen verdoppelt sich der Prozentsatz auf nahezu 40. Mit dieser Gewichtung des elterlichen Beziehungsaspekts gehen bestimmte Verhaltenszuschreibungen der BewohnerInnen einher. Besonders positiv attributisiert werden die HeimbewohnerInnen, wenn von einem freundschaftlichem Umgang zwischen beiden Gruppen die Rede ist; negative Zuschreibungen finden sich vor allem dann, wenn BetreuerInnen sich in einer Eltern-Ersatzfunktion sahen oder ihre Arbeit auf einer kollegial-partnerschaftlichen Ebene ansiedelten, aber enttäuscht wurden. Generell war jedoch auffällig, daß Verhaltensbeschreibungen von hospitalisierten BewohnerInnen mehr negative Adjektive enthielten als vergleichbare Charakterisierungen von nicht-hospitalisierten Menschen.

30% der MitarbeiterInnen, die mit Langzeituntergebrachten arbeiten, deskribieren die BewohnerInnen ausschließlich negativ (als „schwierig“, „dominant“, „aggressiv“, „hinterlistig“, „ohne Rückgrat“), 35% verwenden positive als auch negative sowie neutrale Termini und nochmals 35% vornehmlich positive Adjektive. Dagegen fallen die Bewohnerbeschreibungen nicht hospitalisierter Menschen durchweg positiver aus: 70% verwenden positive, nega-

tive und neutrale Phrasen gleichermaßen und 30% nur positive. Der Anteil derjenigen MitarbeiterInnen, die sich ausschließlich negativ äußern, entfällt. Ein ähnliches Bild ergibt sich, wenn BewohnerInnen ihre BetreuerInnen beschreiben: Die Hälfte der nicht-hospitalisierten BewohnerInnen findet ausschließlich positive Attributisierungen für die Deskription ihrer BetreuerInnen. Kein einziger äußert sich nur negativ.

Allerdings sind es unter den hospitalisierten BewohnerInnen immerhin 20%, die sich enttäuscht äußern und negative Adjektive verwenden („Ich muß immer machen, was die sagt“, „muß immer hören“ etc.). Auffällig bei den Zuschreibungen der hospitalisierten BewohnerInnen sind diejenigen Verhaltensbeurteilungen, die als Produkt ihrer entwicklungsfeindlichen Lebensbedingungen anzusehen sind: Institutionalisierte BewohnerInnen werden demnach in zwei unsichtbare Gruppen aufgeteilt: Erstere werden etikettiert als „überangepaßt“, „unsicher“, „ängstlich“, und „passiv“; die zweite Gruppe als „um Aufmerksamkeit heischend“, „will immer im Mittelpunkt stehen“ und „dominant-aggressiv“. Diese typologisierenden Formen, die als Antwort auf ungünstige Lebensbedingungen zu sehen sind, lassen sich nicht in dieser deutlichen Ausprägung bei nicht-institutionalisierten BewohnerInnen finden. Sie werden eher homogen als „lieb“ oder „liebebedürftig“ und „sozial umgänglich“ beschrieben. Das Augenmerk in der Einordnung liegt auf der „Sozialverträglichkeit“ der BewohnerInnen. Die MitarbeiterInnen räumen ein, daß ihnen die Arbeit mit sozial angepaßten BewohnerInnen leichter fällt:

„Sonja, würde ich sagen, ist sehr liebenswert, sehr sozialverträglich, sehr angenehm. Beide, also Sonja und Irene, sind sehr angenehme Menschen, leicht zu lenken.“

(Frau Meeresburg, Motopädin, seit 8 Jahren im Heim tätig)

„Mein Gott, die sind hier ja alle so lieb! Fast zu lieb, würd' ich sagen. Das ist ein ganz leichtes Arbeiten.“

(Herr Engelbrecht, Heilerzieher, 42 Jahre, seit 12 Jahren im Heim tätig)

Paraphrasierungen zur „Sozialverträglichkeit“ werden dabei von den MitarbeiterInnen durchaus geschlechtspräferenziell eingesetzt; ein Phänomen, welches sich mangels Datenmasse einer Quantifizierung zwar entzieht, aber dennoch deskriptiv erfaßt werden kann: Gerade Frauen favorisieren gegenüber Frauen auffallend häufig sozialpositive Merkmalsaspekte und erwähnen lobend das hohe Maß sozialer Anpassung. Ebenfalls als geschlechtsspezifische Differenz wird sichtbar, daß das weibliche Personal mit dem Anspruch, eine freundschaftlich-partnerschaftliche Beziehung zu dem von ihnen betreuten Menschen aufzubauen, in einen Konflikt mit der potentiellen Mutterrolle geraten kann:

„Ich versuch das eher freundschaftlich-partnerschaftlich zu leben. Aber Dörte treibt mich eher in die Mutterrolle oder in die 'Du-liebst-mich-nicht-genug-Situation' hinein. So, diese Schiene. (...) Dörte macht mich immer ein bißchen zur Mutterfigur. Und ich bin auch häufig so die Gluckenhafte, Fürsorgliche.“

(Frau Allert, 32 Jahre, Historikerin, seit 1 Jahr im Heim tätig)

Der Großteil der MitarbeiterInnen schildert in der einen oder anderen Form den Zwang zum permanenten Aустarieren zwischen Nähe und Distanz. Deshalb lehnen einige MitarbeiterInnen das Bezugspersonen-System vehement ab. Hinzu befürchten sie Gefahren der Fixierung auf einzelne BetreuerInnen, die jegliche Flexibilität nehmen. Ein in sich erstarrtes System erschwere ohnehin die freie Entscheidung der BewohnerInnen, sich selbst die richtige AnsprechpartnerIn für ein spezielles Problem zu suchen. Auf große Gefahren muß im Zusammenhang mit der „Loyalitätsfrage“ (GROMANN/NIEHOFF-DITTMANN, 1999, 161) wohl tatsächlich hingewiesen werden: Mit der Einführung des Bezugspersonen-System kann sich der Druck zur sozialen Anpassung der BewohnerInnen noch erhöhen, wenn sie glauben, kritische Äußerungen ängstlich vermeiden zu müssen, da sie vom Wohlwollen ihrer (Bezugs-)BetreuerInnen abhängig sind.

Insgesamt läßt sich die soziale Bindung an die Bezugspersonen nur randlich thematisieren. Die empirische Basis der Bewohneraussagen war zu schmal, um ein differenziertes Bild der Zusammenarbeit zu zeichnen. Fest steht jedenfalls, daß BewohnerInnen in vielen sozialen Bereichen ihres Lebens auf die Hilfe und Unterstützung ihrer entsprechenden BetreuerIn angewiesen sind. BezugsbetreuerInnen sind nicht nur bei Problemen und Konflikten diejenigen, die als erste aufgesucht werden (siehe Kap 5.4.1), sondern sie stellen auch nicht selten die wichtigste (und einzige!) intensivere soziale Bindung zur BewohnerIn dar. Allerdings können sich die BewohnerInnen diese Bindung nicht selbst aussuchen. Darüber hinaus hinterlassen Diffusität des Aufgabengebiets der Bezugsbetreuerschaft („Wobei kann mir meine BezugsbetreuerIn helfen?“), die Intimität und Unkündbarkeit des Verhältnisses von seiten der BewohnerInnen Fragen an eine bessere Aufklärung und Kontrolle dieser starken Abhängigkeitsbeziehung.

5.3 Sonderwelt Heim: Wohnen in Gruppen als Normalisierung?

Heime sind kein Ort der ausgeprägten Individualität - sondern der Anpassung. Der institutionsspezifische Tages- und Wochenrhythmus, die Arbeitszeiten der BetreuerInnen und die Lebensrhythmen der anderen BewohnerInnen prägen die eigene Regelmäßigkeit des Wohnens. Hinzu kommt eine quasi „Daueröffentlichkeit“ (vgl. THESING, 1990, 32; 1998), der die BewohnerInnen ausgesetzt sind. Viele Personen, von der Heimleitung über das Personal bis zu den MitbewohnerInnen, haben - häufig ungehinderten Zugang - zu den eigenen Schlaf- und Wohnräumen. So ist es auch in den hier untersuchten Einrichtungen: Mehr als die Hälfte der BewohnerInnen besaß keine Möglichkeit, ihr Zimmer zu verschließen oder persönlichen Besitz in abschließbaren Schränken unterzubringen. Wenn Zimmer und Schränke dennoch abzuschließen waren, befanden sich die dazugehörigen Schlüssel meist ausschließlich im Besitz des Personals. In vielen Wohngruppen waren die Toiletten ebenfalls nicht verschließbar, so daß es noch nicht einmal hier einen Ort der Ungestörtheit gab.

Das Fatale an den eingeschränkten räumlichen Rückzugsmöglichkeiten ist, daß sie die gruppenweise Behandlung der BewohnerInnen noch verstärken. Ihre Betrachtung als (Wohn-)Gruppe setzt nicht nur in der Planung der Tagesabläufe, der Freizeitgestaltung und der Dienstplanerstellung ein, sondern eben auch in der Planung der Wohnbedürfnisse. Die Interessen, Vorlieben und Bedürfnisse einzelner müssen häufig hinter den Interessen der Gruppe zurückstehen; die Planung des Wohnraums und des Zusammenlebens setzt weniger auf die Entwicklung von Freiräumen und Gestaltungsmöglichkeiten der BewohnerInnen als vielmehr auf einen reibungslosen Ablauf gruppenbezogenen Wohngeschehens.

Dieses Kapitel setzt deshalb auf die Untersuchung des engsten Lebensraums „Doppelzimmer“, der Dynamik der Wohngruppe mit ihren verbindenden, aber auch isolierenden Effekten und der gruppenweisen Behandlung von BewohnerInnen als Gefahr der totalen Institutionalisierung. Dabei wird sich herausstellen, daß das evidenteste Modell der Individualisierung, das unüberbietbare Paradigma der Selbstverwirklichung, im Kontext des „Wohnens in Gruppen“ sehr schnell an seine Grenzen stößt: Die Universalisierung der Lebensformen wirkt in Heimen und deren Wohngruppen eher nivellierend.

Das Arcanum der Selbstverwirklichung und -bestimmung, *sich selbst zu verwirklichen, indem man sich selbst zu Aufgaben herausfordert, die man selbst bestimmt*, stößt zusehends auf ein institutionabhängiges Wohnumfeld, in dem eher kompensatorisch gelebt wird: Die Schwächen der einen BewohnerInnen

sollen durch die Stärken der anderen ausgeglichen werden, die Verhaltensauffälligen werden durch die Verhaltensunauffälligen „sozial geschmiert“. Oder wie HAISCH (1995, 28ff) formuliert: Der *Bedarf* der betreuten Menschen erscheint im betriebsorganisatorischen Ablauf als *Aufwand* - und unter Prüfung dessen, ob sich die *individuelle Lebensführung* in der *Dienstfunktion* bewährt. Das *Maximalprinzip der Wirtschaftlichkeit* erstreckt sich eben auch auf die Lebensführung (ebd.) und hat somit eher den Pflegesatz, personelle Ressourcen und die betriebliche Arbeitsorganisation im Blick als die *pädagogische* Optimierung der individuellen Lebensgestaltung und der sozialen Beziehungen.

5.3.1 Die Wohnsituation aus verschiedenen Perspektiven - Ansichten über das Innenleben einer Wohngruppe aus Sicht der BewohnerInnen und BetreuerInnen

Die Wohngruppe ist *primäre Lebenswelt* der HeimbewohnerInnen - in ihr und zusammen mit den gleichbetroffenen Menschen ihrer Unterbringung verbringen sie einen Großteil ihrer Lebenszeit. Für sie also *Lebens-*, für die MitarbeiterInnen *Arbeitsort* entfaltet sich ihre Welt in viele räumliche Bereiche, die in ihrer Funktion als Schlafraum, Wohnraum, Küche, Bad ein relevantes soziales System darstellen: Räumliche Rückzugs- und Intimbereiche werden einerseits ausdrücklich pädagogisch intendiert (z. B. durch pädagogische Förderung von Fähigkeiten der Körperpflege) oder müssen mit anderen (den MitbewohnerInnen) geteilt und abgestimmt werden. Die Lebensführung ist selten individuell; gerade das Leben im Doppelzimmer stellt hohe Anforderungen an die persönliche Gestaltung von Freizeitaktivitäten und der sozialen Kontakte sowie den Schutz der Privat- bzw. Intimsphäre.

Wie BewohnerInnen ihre Lebenssituation im Doppel- oder Mehrbett-Zimmer schildern und bewerten und wie zufrieden sie mit dem Leben in der Gruppe sind, bildet die grundlegende Perspektive auf ihren Lebensraum und aller Erforschung von Lebensqualität und Qualitätssicherung in Wohnstätten der Behindertenhilfe. Bisher berücksichtigen jedoch nur wenige Konzepte wie LEWO (SCHWARTE/OBERSTE-UFER, 1997) die tatsächliche subjektive Wahrnehmung dieses engsten Lebensraums. Zwar sind die räumlichen Unzulänglichkeiten in Wohnstätten für die Bedürfnisorientierung der BewohnerInnen nach MASLOW (1970) (physiologische Bedürfnisse, Sicherheitsbedürfnisse, Bedürfnisse nach Zugehörigkeit und Liebe, Bedürfnisse nach Achtung, Bedürfnisse nach Selbstverwirklichung) schon lange Thema für die Lebensqualitätsforschung (KERN 1981; ZAPF 1984), auf die sich auch die Qualitätssiche-

rung im Bereich Wohnen geistig behinderter Menschen (BECK, 1998; SEIFERT, 1998a; 1998b) bezieht, sie dringen aber in den seltensten Fällen in die kleinsten Lebensbereiche der Betroffenen vor. Dabei können gerade diese Räume durch willkürliche Zwangmaßnahmen von MitbewohnerInnen oder MitarbeiterInnen empfindlich gestört werden.

5.3.1.1 **„Ich lieg’ ja mit Marion auf dem Zimmer.“ - Das Leben im Doppelzimmer**

Auch wenn die heutigen Wohngruppen der Heime kaum mehr etwas mit dem traditionellen Pflegeheimmodell gemeinsam haben, so ist doch das Leben im Doppel- (oder sogar Mehrbett-)Zimmer ein Relikt aus der Zeit, in der Heime eher Anstaltscharakter hatten und gleichzeitig für Nichtbehinderte eine Situation, die sie nur während eines Krankenhausaufenthalts erleben. Genau dieser Unterschied ist den BewohnerInnen sehr wohl bewußt; die von ihnen verwendete Sprache macht das sichtbar: „Ich *lieg’* ja mit Marion *auf* dem Zimmer“ antwortet eine Bewohnerin, befragt nach ihrer Lebenssituation und nicht „ich *wohne mit* Marion zusammen“. Daß es sich in der Regel - bis auf wenige Ausnahmen - bei den befragten BewohnerInnen bestenfalls um ein „Nebenher-Leben“ als ein wirkliches Zusammenwohnen handelt, ja häufig sogar um eine sehr konfliktreiche Duldungssituation, war sehr überraschend.

Umso erstaunlicher mutet die Tatsache an, daß keine einzige Untersuchung existiert, die sich mit der Problematik des Wohnens auf dem engstem Raum eines Doppelzimmers auseinandersetzt, obwohl gerade hier Mißstände die Lebensqualität der BewohnerInnen ganz erheblich beeinflussen können. Die Chance auf ein Einzelzimmer liegt im Bundesdurchschnitt bei ca. 40% (WACKER et al. 1997, 86); die Mehrheit der BewohnerInnen in Einrichtungen der Behindertenhilfe muß sich mit der Situation eines Zwei- oder Mehrbettzimmers auseinandersetzen. Der Anteil Einzelzimmer in der hier vorliegenden Untersuchung lag überdurchschnittlich hoch: 52% der Befragten lebten in Einzelzimmern, 48% in Doppel- oder Dreibettzimmern, wobei ein Teil der Mehrbettzimmer auf behelfsmäßige räumliche Abtrennungen durch Schränke angewiesen war und sich Einzelzimmer auch als Durchgangszimmer entpuppten. „Früher hatte ich ein *Allein-Lebe-Zimmer!*“ bemerkt eine Bewohnerin im Interview und drückt damit unbewußt aus, daß eben nur ein Einzelzimmer ein eigenes, selbstgestaltetes Leben ermöglicht.

Das Leben im Doppelzimmer ist also in der Regel nicht frei gewählt, und auch die WohngenossInnen können eher selten frei bestimmt werden. Das Zusammenleben zweier BewohnerInnen gleicht eher einer künstlich erzeugten sozialen Gemeinschaft, die unter Gesichtspunkten der Praktikabilität und Konfliktvermeidung ausgewählt wurde:

„Bei der Enge hier mußten wir die Leute so zusammentun, daß sie sich nichts tun, oder aber - wenn sie sich was tun - daß sie sich wehren können. Daß wir also jemand, der aggressiv ist, mit jemand Starkem zusammentun. Da haben wir z. B. Daniela und Britta. Daniela ist jetzt nicht gerade die beliebteste Mitbewohnerin, aber Britta ist die am besten angepaßteste, also auch für Daniela. Alle haben Angst vor Daniela, sie ist sehr kräftig und sie schlägt auch schon mal nachts zu, also daß sie jemanden im Schlaf schlägt. Aber Britta hat so eine gute Art, Konflikte einfach ruhen zu lassen, und so haben wir die beiden zusammen in einem Doppelzimmer.“

(Frau Arendt, 36 Jahre, Sozialpädagogin, seit 15 Jahren im Heim tätig)

Wie zufrieden sind nun die BewohnerInnen mit dieser (Zweck-) Gemeinschaft auf engstem Raum? Und wie beurteilen die MitarbeiterInnen die Unterbringungssituation mit den jeweiligen PartnerInnen? Das Ergebnis der Befragung spiegelt keine homogene Sichtweise beider Gruppen wider (siehe Abb. 5.3.1.1.1). 26,1% der BewohnerInnen sind mit der Wohnsituation im Doppelzimmer deutlich unzufrieden. Es ist der Anteil der Befragten, der erhebliche Probleme mit den WohnpartnerInnen hat und mitunter große strukturelle Zwänge oder auch offen erlebte Gewalt schildert.

Dagegen schätzen gerade 13% der MitarbeiterInnen das betreffende Doppelzimmer als ungünstig ein. Sehr viel kritischer sehen die BetreuerInnen jedoch das Doppelzimmer im allgemeinen: 56,5% halten es bestenfalls für eine Kompromißlösung, aber wiederum 30,4% schätzen die Wohnsituation als optimal ein. Bei den BewohnerInnen sind es sogar 47,7%, die ihre Wohnsituation als zufrieden beschreiben. Daß also nahezu jeder zweite geistig behinderte Mensch größte Zufriedenheit äußert und damit ein tatsächlich empfundenes Gefühl beschreibt und nicht der Neigung einer bejahenden und vorschnell gutheißen Zustimmung verfällt, wollte ich mittels der Kontrollfrage („Möchten Sie lieber alleine oder mit jemand anderem zusammenwohnen“) als Urteilsfehler ausschließen. Fast erwartungsgemäß antwortet im Rahmen einer positiv formulierten Kontrollfrage plötzlich 54,5%, daß sie doch lieber alleine wohnen würden, und 9,1%, daß sie lieber mit einer anderen Person zusammenziehen würden.

Zufriedenheit mit der Wohnsituation im Doppelzimmer aus Sicht der BewohnerInnen und MitarbeiterInnen (n=67)

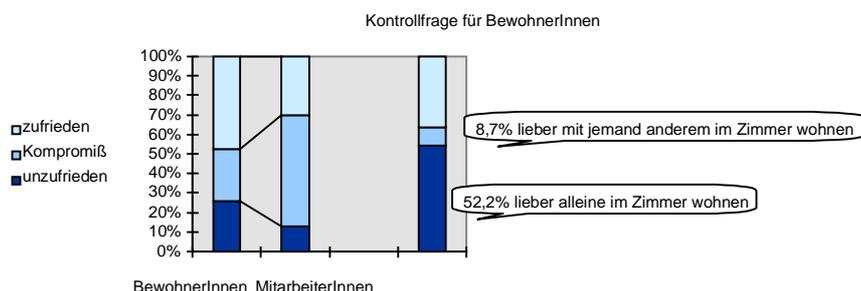


Abb.: 5.3.1.1.1

Damit sinkt der Anteil der zufriedenen BewohnerInnen auf 36,4%. Was aber sind das für Probleme, die zur Unzufriedenheit auf seiten der BewohnerInnen führen? Die geschilderten Schwierigkeiten beziehen sich auf vielfältige Problemfelder; die meisten betreffen den Schutz persönlicher Dinge, die Unmöglichkeit, das Zimmer mal für sich zu haben, Belastungen durch besondere Gewohnheiten und Umstände der MitbewohnerInnen bis hin zu Bedrohung und Gewalt durch die WohngenosInnen:

„Ich liege mit Bettina Meyer zusammen auf einem Zimmer. So allein ein Zimmer wär' für mich besser. - Wir haben doch kein Zimmer frei! Also 'nen Einzelzimmer. Dann müßten wir alle tauschen! Die macht, was sie will, geht an meine Sachen und so. Hier an die Schubladen. Ich kann doch nich' alles abschließen! (resigniert) Was soll ich denn machen? Die Schubladen kann man auch gar nich' abschließen.“
(Frau Beiermann, 28 Jahre, seit 5 Jahren im Heim)

„Die (Mitbewohnerin) weint halt nachts so schnell. Das nervt mich schon total. Wenn ich tief und fest schlafe und die weint, und ich werde dann wach. Wenn die reden könnte, das wär schon gut. Ich weiß nicht, warum die dann weint. Dann nervt mich das schon. Ich hätt' schon lieber ein Zimmer allein. Ich weiß aber nicht, wann ich eins kriege.“
(Frau Busch, 30 Jahre, seit dem 4. Lebensjahr im Heim)

„Der (Mitbewohner) macht sich immer in die Hose, einmal hat er in die Ecke gemacht. Das ist nachts unangenehm. Ich möchte lieber allein schlafen. Ich habe schon mit Herrn Winkler (Heimleiter) darüber gesprochen. Was soll er sagen? Ist doch kein Platz frei hier! Das riecht immer so komisch. Das ist nicht schön. Ich möchte einfach für mich allein schlafen, aber es ist kein Zimmer frei.“
(Herr Ohlinger, 46 Jahre, seit 15 Jahren im Heim)

„Der (Mitbewohner) macht mich immer verrückt. Der sabbelt immer und singt nachts. Und dann wird auch noch geklaut. Ich muß immer alles abschließen. Das macht doch keinen Spaß hier drinne!“
(Herr Timmer, 54 Jahre, seit dem 1. Lebensjahr im Heim)

Daß BewohnerInnen von ihren ZimmergenossInnen auch geschlagen werden, ist eher durch die Aussagen der MitarbeiterInnen zu erfahren:

„Ja, Sebastian und Manuel haben sich bis vor kurzem ein Zimmer geteilt, und das fast zwei Jahre lang. Das ging dann absolut nicht mehr, die haben sich *halbtot geschlagen*. Das ist jetzt immer noch ungünstig, weil Sebastian immer noch dieselbe Wohngruppe bewohnt. Und Manuel kann sein Zimmer nicht abschließen, er kann sich vor den Aggressionen von Sebastian dann auch nicht schützen. Wir müssen die dann immer im Auge behalten.“

(Herr Bayertz, 26 Jahre, Erzieher, seit 4 Jahren im Heim tätig)

Darüber hinaus stützen die Aussagen der MitarbeiterInnen die eingangs formulierte These, daß die Zimmerpartnerschaften so ausgesucht werden, daß verhaltensauffällige und u. U. gewalttätige BewohnerInnen mit besonders ruhigen und angepaßten Personen das Zimmer teilen. Auch hier wird so etwas wie eine heimliche Heimordnung wirksam, die in den Augen des Personals „besonders lieben und zurückhaltenden“ BewohnerInnen zu den VerliererInnen im Heimalltag werden läßt: Als „Sozialschmiere“ sorgen sie für einen möglichst reibungslosen Ablauf des Wohnalltags und müssen z. T. erhebliche persönliche Nachteile im engsten Lebensumfeld Kauf nehmen:

„Bärbel und Anja tun sich nichts. Die Anja kann ja nichts sagen. Was soll da sein? Die tut ja niemanden was. Bärbel ist ja sehr laut und heftig und hat einfach das Glück, daß Anja nichts sagt.“

(Frau Pieper, 56 Jahre, Erzieherin, seit 8 Jahren im Heim tätig)

Andere Probleme beziehen sich auf fehlende private Rückzugsmöglichkeiten und Verletzungen der Intimsphäre:

„Uta hätte eigentlich ein Einzelzimmer gebraucht. Sie ist ja sehr gerne für sich. Sie braucht einen Raum, wo sie sich zurückziehen kann. Sie hat überhaupt keinen geschützten Raum. Sie masturbiert z. B. viel, aber da kommt immer einer rein gelaufen. Hier kann man gar nichts abschließen. Wir haben nur einen Schlüssel für die Küche. Ach nein, nur für ein Zimmer, sonst gibt's keine Schlüssel.“

(Frau Schulte, 47 Jahre, Krankenschwester, seit 15 Jahren im Heim tätig)

Weitere strittige Punkte entstehen durch die Dominanz einzelner MitbewohnerInnen über ihre jeweilige ZimmergenossIn, wenn, wie im folgenden Beispiel, der Mitbewohner versucht, die erzieherische Haltung des Personals zu

imitieren und sich darüber ein Stück weit verlorene Kontrolle und Macht im Lebensalltag zurückzuerobern:

„Jannis (Mitbewohner) führt sich dann auf wie so ein Erziehungsberechtigter. Das ist nicht schön für Bernd. Er steht dann so unter einem Dauerdruck. Er muß sich dann z.B. zweimal abends die Zähne putzen, solche Sachen. Wenn Jannis das das erste Mal nicht gesehen, daß Bernd sich die Zähne geputzt hat, muß er sich die noch ein zweites Mal unter seiner Aufsicht putzen. Er glaubt uns dann nicht, daß das Bernd bereits gemacht hat. Also muß Bernd dann noch mal putzen. So passieren viele kleine Dinge, die Bernd das Leben schwer machen.“

(Frau Arnolds, 28 Jahre, Heilerzieherin, seit 9 Jahren im Heim tätig)

Die kritischen Einzelaussagen der BewohnerInnen und die Verweise der MitarbeiterInnen auf Schwachpunkte der Wohngruppenstrukturierung zeugen von einem *hohen sozialen Anpassungsdruck* der BewohnerInnen an ihre jeweiligen ZimmerpartnerInnen. Die von GROMANN/NIEHOFF-DITTMANN (1999, 159) geforderten sog. *Regiekompetenzen* in bezug auf Mitsprache und Selbstbestimmung des individuellen Lebensstils lassen sich im Doppelzimmer somit kaum verwirklichen. Blickverengend im Hinblick auf die Wohnbedürfnisse der einzelnen BewohnerInnen wirken die Auswahlkriterien vieler Zimmergemeinschaften, die Doppelzimmer so zusammenstellen, daß sich die BewohnerInnen „nichts tun“. In einer Wohngruppe wurde sogar ein in bezug auf andere Männer fremdaggressiver Bewohner mit einer geistig behinderten Frau zusammengelegt, weil eben kein anderer „adäquater Mitbewohner“ zur Verfügung stand. Dabei steht die Gefahr sexueller Übergriffe latent im Raum:

„Auch wenn hier immer Frauen zusammenwohnen, ist das doch auch heikel. Beispiel: Ich hab hier eine Bewohnerin, die zieht sich gern aus, eine die aber auch schüchtern ist, sich nicht wehrt. Nun läuft die hier halb nackt rum. Da kommt dann ein Mann, der ist 1,80 groß und kräftig. Der versteht das natürlich falsch. Da muß ich immer aufpassen, daß keine Übergriffe passieren.“

(Herr Paßmann, 24 Jahre, Heilerziehungshelfer, seit 5 Jahren im Heim tätig)

Abschließend soll hervorgehoben werden, daß hier gezeigt werden konnte, daß die Wohnprobleme geistig behinderten Menschen über das Maß an häufig als „normale Querelen“ des Zusammenlebens beschriebenen Probleme, wie zu lautes Musikhören, Streitigkeiten über das Fernsehprogramm hinausgehen und die Wohnqualität erheblich beeinträchtigen können. Doppel- und Mehrbettzimmer, zumal häufig noch nicht einmal abschließbar, sind somit nicht unbedingt als ein „sicherer Ort“ (im Sinne THEUNISSENS, 1996, 275) für Heimuntergebrachte zu beschreiben.

5.3.1.2 „Das sind doch alles Idioten!“ – Isolationseffekte der Wohngruppen

Offenbar entwickeln sich für Menschen mit geistiger Behinderung Wohngruppen mit 6 bis 10 BewohnerInnen zur Wohnform der Zukunft. Auch wenn sie zum größten Teil Bestandteil von Heimen sind und weniger als selbständige Außenwohngruppen existieren, so stellen sie doch eine Art Mikrokosmos dar, in denen sich eine eigene kleine Gemeinschaft, nicht selten mit einem eigenen, oftmals von der offiziellen Heimlinie losgelösten Regelwerk, herausbildet hat. Dabei sollen Wohngruppen zum zentralen Lebenspunkt Erwachsener mit geistiger Behinderung werden, zu ihrem *Zuhause*, dem sie sich „heimisch oder zugehörig fühlen (...), (das) Sicherheit, Schutz, Beständigkeit, Vertrautheit, Wärme, Geborgenheit vermittelt und Beziehungen, Zusammenleben, Selbstverwirklichung, physisch-psychisches Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und Lebensglück, selbstgestaltete Lebensverwirklichung und somit die Erfüllung spezifischer Grundphänomene menschlichen Lebens (Liebe, Geselligkeit, Anerkennung, Kontrolle und Verfügung über die eigenen Lebensumstände) ermöglichen kann“ (THEUNISSEN, 1997, 65; vgl. auch ANDRITZKY-SELLE, 1987).

„Ist das o. k., wenn ich um halb acht wieder *drin* bin?“ fragt eine Bewohnerin während des Interviews ihre Betreuerin und drückt damit aus, daß ihr die Wohngruppe kein „richtiges“ Zuhause ist, das sie entsprechend fragen läßt, ob es in Ordnung ist, wenn sie um halb acht wieder *zu Hause* ist. Die von den BewohnerInnen verwendete Sprache macht so immer wieder auf den institutionellen Charakter der Wohngruppen aufmerksam, egal wie häuslich die Wohnatmosphäre gestaltet wurde. Es ist eine institutionelle Wohnform, die in der Regel von den BewohnerInnen auch nicht frei gewählt wurde, nicht selten eine (Zwangs-) Gemeinschaft, die nicht gewachsen, sondern unter dem Druck von Betreuung, demographischen Entwicklungen, Krankheit etc. zustande gekommen ist. Einige der hier befragten BewohnerInnen fühlen sich in ihrer Wohngruppe regelrecht deplaziert, weil sie sie unterfordert und sie gerne in einer selbständigeren Lebensform (eigene Wohnung oder Trainingswohngruppe) leben möchten:

„Ja, die sollte mir mit so einer Wohnung das helfen. Für mich kann das eigentlich gar nicht so schwer sein, ich kann doch Kochen und Spülen und Waschmaschine anmachen! Aber die Betreuer meinen, ich kann das nicht, aber ich kann das doch! Ich bin doch jetzt 28, eine eigene Wohnung wär' doch was für mich. Ich kann das doch alles, so Waschen und so. Ja, und in der Trainingsgruppe ist auch nichts frei, also muß ich hierbleiben. (Frau Beiermann, 28 Jahre, seit 5 Jahren im Heim)

Im Fokus dieses Kapitels soll deshalb stehen, wie sich Wohngruppen für relativ selbständige BewohnerInnen wie Frau Beiermann zu sozialen „Isolationsfällen“ entwickeln können. THESING (1990, 146, 1998) hebt hervor, wie wichtig das Zusammenleben mit Menschen aus einer Phänomenologie des Wohnens heraus ist. Neben den Schutz- und Rückzugsmöglichkeiten ist eben auch das Bedürfnis und die Notwendigkeit von *Kommunikation* an gleicher Stelle zu nennen. Eben dieses Kommunikationsbedürfnis scheint in vielen Wohngruppen nicht erfüllt werden zu können. Die Schilderungen der MitarbeiterInnen können so interpretiert werden, daß vor allem sprachlich aktive BewohnerInnen in einer Gruppe mit mehrheitlich nicht sprechenden BewohnerInnen keine oder nicht genügend KommunikationspartnerInnen finden:

„Jennifer bräuchte mehr Ansprechpartner, wir haben hier viele Bewohnerinnen, die nicht reden können. Sie braucht einfach einen Ansprechpartner, den hat sie hier aber nicht. Es gibt nur eine zweite Bewohnerin, die sprechen kann, die Elisabeth. Die geht aber stark nach außen, für sie ist sowas leichter. Jennifer ist aber auf Hilfe angewiesen, sie kann mit ihrem Rollstuhl nicht weit fahren. Ihre alte Gruppe ist in eine Außenwohngruppe gezogen - daß sie jetzt hier ist, ist ein großer Kompromiß. Sie kommt ja aus einer starken Gruppe, in der alle gesprochen haben, uns sie konnte wegen ihres Rollstuhls nicht mit umziehen.“

(Frau Scharein, 40 Jahre, Diplompädagogin, seit 6 Jahren im Heim tätig)

Die Perspektive von Frau Lamprecht (Jennifer) schildert noch deutlicher die drastischen Einschnidungen für ihr soziales Leben:

„(...) Meine alte Gruppe, die ist in die Sonnenstraße gezogen. Da konnte ich aber nicht mit. Da war kein Aufzug für den Rollstuhl. Das war traurig, ich war so gern auf der Gruppe. (...) Da bin ich besser gewohnt. In der Gruppe war ich besser gewohnt. (...) Die sprechen hier doch alle nicht. Ich hab nur eine Freundin. Die ist aber auf der anderen Wohngruppe. Die ist jetzt in die Sonnennstraße gezogen. Deshalb können wir uns nur noch auf der Arbeit sehen.“

(Frau Lamprecht, 48 Jahre, seit dem 4. Lebensjahr im Heim)

Sprachliche Kommunikation findet so in vielen Fällen hauptsächlich oder sogar ausschließlich mit Betreuungspersonen statt, die ihrerseits dadurch in ihrer sozialen Funktion überbeansprucht werden. Zudem wirkt ein Mangel an adäquaten KommunikationspartnerInnen entwicklungshemmend:

„Hier in dieser Gruppe ist Uta jetzt optimal untergebracht, weil sie auch gefordert wird. Sie war z. B. mal für ein Jahr in einer Gruppe, wo nicht gesprochen wurde. Das hat ihr Fehlverhalten auch bedingt. Das wirkt sich noch heute aus. Sie hat ganz stark in der Fähigkeit nachgelassen, Sprache und Sprechen von anderen zuzulassen. Das war ein Schonklima, das für sie ganz ungünstig war. In diese ruhige Gruppe ist sie mit der

Begründung verlegt worden, daß hier unsere Gruppe zu laut und zu hektisch gewesen wäre, daß hier zuviel gesprochen wird!“
(Frau Schulte, 47 Jahre, Krankenschwester, seit 15 Jahren im Heim tätig)

Die Nichtverfügbarkeit von sozialen InteraktionspartnerInnen, explizit die isolierende Stellung von über aktive Sprache verfügenden BewohnerInnen in einer nichtsprechenden Gruppe, ist der Hauptgrund für eine als ungünstig eingestufte Unterbringung:

„Also die Wohngruppe hier ist eigentlich nur ein Kompromiß. Weil sie hier keine richtige Bezugsperson hat, weil die alle nicht sprechen. Sie kann sich nur mit Kiliane unterhalten, aber auch nur eingeschränkt. Sie bräuchte eigentlich mehr kommunikative Förderung. Sie bräuchte auch eine kleinere Gruppe, elf Bewohner sind einfach zu viel. Sie hat auch nur ein kleines abgetrenntes Zimmer ohne Fenster.“
(Frau Riedel, 19 Jahre, Absolventin eines Praktischen Jahres, seit 2 Jahren im Heim tätig)

Die bis heute propagierte „gemischte“ Unterbringung von Menschen mit ganz unterschiedlichen Schweregraden ihrer Behinderung erweist sich hier als fatale Fehlentwicklung: Personen mit einer leichten geistigen Behinderung und großem sprachlichen Kommunikationsbedürfnis sind in der Wahl ihrer sozialen InteraktionspartnerInnen erheblich eingeschränkt und von der im Wohnalltag knapp bemessenen „Redezeit“ ihrer BetreuerInnen völlig abhängig. Die isolierende Situation fällt umso drastischer aus, als daß sie ihre sozialen Bindungen vorrangig in der eigenen Wohngruppe suchen. Kap. 5.2.1 hat bereits gezeigt, daß der Anteil der BewohnerInnen mit tragfähigen sozialen Kontakten außerhalb der eigenen Wohngruppe fast redundant ist. Bei bereits bestehender segregierender Aufteilung der BewohnerInnen in sprachlich kommunikationsstarke Gruppen und solche mit schwer- oder schwerstbehinderten BewohnerInnen weigern sich wiederum die Betroffenen, schwerstbehinderte MitbewohnerInnen ihrerseits zu akzeptieren:

„Ich möchte' eigentlich die Wohngruppe umstrukturieren lassen, mit Leuten mischen, die selbständiger sind, die sprechen können. Das wäre schön, wenn die mitfördern könnten. Aber das geht eigentlich auch nicht, die wollen eigentlich mit denen nichts zu tun haben und sagen, das sind doch alles Idioten!“
(Frau Helmer, 25 Jahre, Erzieherin, seit 4 Jahren im Heim)

Darüber hinaus ist interessant, wie die in Wohnstätten häufig praktizierte Einteilung der BewohnerInnen in „Fitte“ und weniger „Fitte“ sprachlich in den Wortschatz der BewohnerInnen hineindiffundiert und ihr Selbstbild, in Abgrenzung zu den nichtsprechenden, meist schwerer behinderten BewohnerInnen, festigt. Überhaupt sei hier angemerkt, was der in Heimen so typische Begriff des „Fit-Seins“ für die Integrationsfähigkeit und Handlungsau-

tonomie der Betroffenen bedeutet. Viele Kriterien entscheiden darüber, ob BewohnerInnen in den Augen des Personals der einen oder anderen Gruppe zugerechnet werden. Je nach Zusammensetzung der Gruppe können das sein: der Status als „LäuferIn“, das Verfügen über einen aktiven/passiven Wortschatz, ob selbständig Mahlzeiten zubereitet/gegessen werden können, ob Anweisungen gewissenhaft befolgt und selbständig umgesetzt werden - kurzum: ob man „fit“ ist und nicht der ständigen Aufsicht und Begleitung der BetreuerInnen bedarf. Die BewohnerInnen kennen diese unsichtbare Linie der Typologisierung ganz genau:

„Ich versteh' mich eigentlich nich' so gut mit der Wohngruppe. Ich möchte' lieber in eine andere Gruppe. *Ich bin ein Fitterer*. Ich möchte' lieber in einer Gruppe so mit *Fitteren* wohnen. Ich geh' ja auch alleine einkaufen, zum Metzger, zum Edeka. Mach' ich doch alles!“
(Frau Lengkeit, 36 Jahre, seit dem 2. Lebensjahr im Heim)

Die Gesamtheit der eher kritischen Äußerungen zur Wohngruppenzusammensetzung läßt eigentlich vermuten, daß das Befragungsergebnis die Kritikpunkte an der individuellen Unterbringungssituation widerspiegelt. Dem ist überraschenderweise - zumindest was die Mitarbeiterseite anbelangt - nicht so. Der Bereich Wohnen ist der einzige in dieser Untersuchung, in dem eine große Diskrepanz zwischen den quantitativ und qualitativ erhobenen Daten besteht. Allerdings stimmen diese in der Gruppe der BewohnerInnen merkwürdigerweise wieder überein. 82,6% der MitarbeiterInnen halten die Unterbringung der BewohnerInnen für optimal, dagegen empfinden es die Betroffenen selbst - und hier ist die Kohärenz zur textlichen Interpretation der Gespräche wieder gegeben - nur zu 47,8% (siehe Abb. 5.3.1.2.1). 26,1% sprechen sich sogar für eine sehr ungünstige Gruppensituation aus, noch einmal der gleiche Prozentsatz sieht allenfalls eine Kompromißlösung. Die BewohnerInnen spiegeln mit diesen Prozentsätzen damit exakt die Auswertung des Textmaterials, und zwar auch das der BetreuerInnen wider. Meine nicht ganz vorurteilsfreie Befürchtung, valide quantitative Daten seien eher bei den MitarbeiterInnen als bei den geistig behinderten Befragten zu erwarten, bestätigte sich in keinsten Weise. Die obligatorische Kontrollfrage zum potentiellen Wohngruppenwechsel bestätigt die Authentizität des Meinungsbildes. 50% der BewohnerInnen fühlt sich so unwohl, daß sie lieber in einer anderen Gruppe wohnen möchten. Wieso sehen aber nur 4,3% des Personals den ungünstigen Einfluß der Wohngruppe und warum mahnen gerade mal 13% einen Kompromiß an? In der quantitativen Beurteilung der Wohngruppensituation neigt das Personal somit zur Euphemisierung der Lebenssituation der von ihnen betreuten Menschen. Mit Hilfe des Vorzeichen-Tests für verbundene Stichproben, hier auf ordinalem Meßniveau, (HARTUNG/ELPELT/KLÖSNER, 1984; BÜNING/TRENKLER, 1994) wurde deshalb überprüft, ob die Neigung der MitarbeiterInnen, die Wohnsituation positiver zu beurteilen als die Betroffenen selbst, statistisch signifikant wird.

Zufriedenheit mit der Wohngruppe aus Sicht der BewohnerInnen (n=64) und MitarbeiterInnen (n=50)

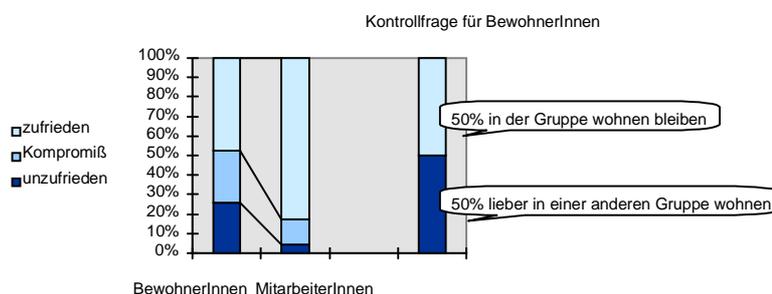


Abb. 5.3.1.2.1

Die entsprechende Nullhypothese lautete: Die Wahrscheinlichkeit, daß die BewohnerInnen ihre Wohnsituation im Schnitt schlechter beurteilen als ihre BetreuerInnen ist gleich der Wahrscheinlichkeit, daß die BewohnerInnen diese besser beurteilen. Überprüft wurden jeweils die Bezugspaare, die zu ein und demselben Sachverhalt Stellung bezogen, nicht die Gruppen als Gesamtstichprobe. Als Teststatistik diente ausschließlich die Anzahl der positiven Differenzen. Es ergab sich ein exakter p-Wert von 0,043, d. h., bei einem vorgegebenen Signifikanzniveau von 5% kann die Nullhypothese abgelehnt werden: Die BetreuerInnen neigen demnach dazu, die Wohnsituation der BewohnerInnen besser darzustellen als sie in Wirklichkeit ist.

Damit ist ein kritischer Punkt erreicht: Es hat den Anschein, daß die BewohnerInnen, z. T. in hohem Maße, mit ihrer Wohngruppe unzufrieden sind, und zwar weniger aufgrund räumlicher Faktoren, sondern infolge einer isolierenden Wohngruppenszusammensetzung. Die BewohnerInnen wünschen sich sozial adäquate KommunikationspartnerInnen, die ihrem eigenen kognitiven und sozial-emotionalen Niveau entsprechen. Diesen Mißstand zu beseitigen, bedeutet, sich von dem Denken zu verabschieden, daß die Bewohnerstruktur „gemischt“ sein sollte. Aber genau damit würde man zu der jahrelang segregierenden Unterbringung von schwerbehinderten oder verhaltensauffälligen Menschen in „Spezialgruppen“ (ELBING/ROHMANN, 1994, 90) zurückkehren, die man jahrelang versucht hat abzuschaffen. Einziger Ausweg, um die Umstrukturierung in „leistungshomogene“ Gruppen zu verhindern, wäre, die Durchlässigkeit der einzelnen Wohngruppen innerhalb eines Heimes zu fördern und damit dafür zu sorgen, daß die BewohnerInnen gleichberechtigte Bindungen auch außerhalb der eigenen Gruppe finden können. Daß diese „Gruppenosmose“ noch lange nicht verwirklicht ist und BewohnerInnen kaum Nachbargruppen „besuchen“, wurde bereits in Kapitel 5.2 erörtert.

5.3.2 „Mitgehangen, mitgefangen!“ – Die gruppenweise Behandlung

Auch wenn Wohngruppen zu den normalisierten Wohnformen gezählt werden, sind sie in ihrer sozialen Explikation für die so Untergebrachten katastrophal: Einerseits sollen sie defizitäre soziale Kontakte kompensieren und den Aufbau und Erhalt sozialer Bindungen gewährleisten, andererseits sind sie von einer autonomen Lebensbewältigung, einschließlich der freien Wahl sozialer Beziehungen wie sie das Betreute Wohnen und Assistenz-Modelle ermöglichen, weit entfernt. An- oder eingegliedert in ein Heim oder eine Großeinrichtung, haben sie immer noch eine gesellschaftlich negativ besetzte Randposition, und auch ihre Binnenstruktur vermag keine wirkliche Normalität zu vermitteln. Das ist gerade den Langzeituntergebrachten sehr wohl bewußt: Wer einmal im Heim gearbeitet hat, weiß um das originäre Bedürfnis der HeimbewohnerInnen, Lebensumstände, Familie und häusliche Umgebung ihrer (nichtbehinderten) BetreuerInnen kennenzulernen und ein Stück weit daran teilhaben zu dürfen. Verstärkend isolierende Bedingungen entstehen insbesondere durch einsame Wohnlagen und Mobilitätsprobleme (häufig infolge versäumten Erwerbs wichtiger Kompetenzen zur selbständigen Teilnahme am Straßenverkehr; STÖPPLER, 1999), die verhindern, daß die angrenzende Wohnumwelt genutzt werden kann. In welchem Maße sich das Leben der hier befragten geistig behinderten Menschen auf das Leben in ihrer Wohnstätte konzentriert, zeigt Abb. 5.3.2.1.

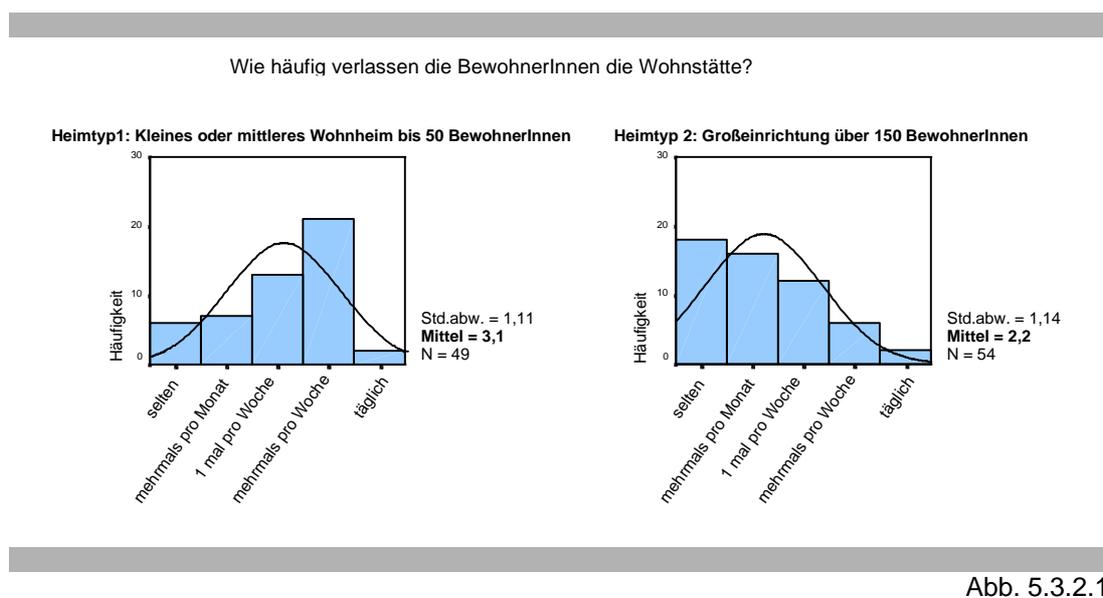


Abb. 5.3.2.1

Befragt nach der Häufigkeit des Verlassens ihrer Wohnstätte (außer Fahrten zur Werkstatt für Behinderte, Förderstätte oder ähnlichem Arbeitsplatz) er

gibt sich für die kleinen und mittleren Wohnheime sowie für die Großeinrichtungen ein recht unterschiedliches Bild: Während der größte Teil der BewohnerInnen aus kleinen Heimen die Wohnstätte mehrmals pro Woche, oder zumindest einmal die Woche für soziale oder Freizeitaktivitäten verläßt, ist es in den Großeinrichtungen derselbe Prozentsatz, der lediglich mehrmals pro Monat oder sogar seltener Wohnstätte bzw. Heimgelände verläßt. In den Großeinrichtungen wurde eher das weitläufige Heimgelände zu Außengängen genutzt, die Institution als Ganzes aber nicht wirklich verlassen. Damit ist die wohl zentralste Forderung des Normalisierungsprinzips, die Trennung von Arbeit, Freizeit und Wohnen (BANK-MIKKELSEN; NIRJE) sowie die Leitprinzipien des normalisierten Wohnens, wie sie die BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE vorsieht, daß nämlich HeimbewohnerInnen mindestens mehrmals die Woche das Heimareal hinter sich lassen sollen, um einen normalen Tages- und Lebensrhythmus mit Einkäufen und sozialen außerhäusigen Aktivitäten zu gewährleisten, nicht erfüllt. Je weniger Möglichkeiten zu einem gemeindeintegrierten Wohnen bestehen, umso mehr verdichtet sich das Leben auf die Wohnstätte bzw. Wohngruppe.

Hier entstehen zirkuläre gruppenbezogene Aktionsmuster, die durchaus Merkmale totaler Institutionalisierung aufweisen können, weil sie einen Kernaspekt treffen: die gruppenweise Behandlung. In dem Maße, wie sich das Leben der HeimbewohnerInnen auf ihre Wohngruppe konzentriert, erhöht sich auch der Anteil der gruppenbezogenen Behandlung, da knappe personelle Ressourcen und starre institutionelle Abläufe individueller Interaktion und Begleitung zuwiderlaufen. Auf GOFFMAN (1973) und seine Beschreibungen der totalen Institution bezieht sich auch WENDELER (1993, 104f), wenn er die gruppenweise Behandlung in Wohngruppen anmahnt, die ihre Mitglieder zwingt, alle Tagesphasen in unmittelbarer Gesellschaft der SchicksalsgenossInnen und zur selben Zeit ausführen zu lassen. In diesen Zusammenhang lassen sich die Schilderungen der MitarbeiterInnen einordnen, die ihre gesamte Wohngruppe einem bestimmten institutionellem Reglement unterwerfen müssen, obgleich die Maßnahme nur einem einzigen Bewohner gilt:

„Klar, es gibt tausendfach Dinge, wo ich mich schlecht bei fühle, daß ich die machen muß. Tausendfach. Fast jeden Tag. (...) Oder Essenssituationen: Wenn ich jemandem, weil es bei uns in der Gruppe eine ganz klare Absprache gibt, zum Abendessen nur zwei Scheiben Brot gebe. Das hat sicherlich eine Vorgeschichte, mit zu viel Gewicht, Gesundheitsgefährdung. Wir haben im Moment einen Bewohner mit einem ganz schlimmen Diabetes. Da kann ich das nicht durchlassen, daß sich einer eine dritte Schnitte Brot schmiert. Und ich dann gefragt werd', 'kann ich noch eine halbe Schnitte Brot?' Aber wir haben diese Absprache. Da hat es ein Jahr immer wieder Kämpfe drum gegeben, bis wir das so in den Köpfen drin hatten. Das haben wir praktisch anerzogen. Allein das kann man schon in Frage stellen. Im Moment kann ich das einfach nicht durchgehen lassen, weil der Siegfried ja den Diabetes hat, wo ich mich fast jeden

Abend halb schlage, wo er seine Scheibe Brot und seine Scheibe Putenbrust auf einem extra Teller kriegt. Und vor ihm stehen die ganzen Platten, von denen alle nehmen dürfen, nur er nicht. Und er greift immer wieder dahin. Und ich muß immer wieder sagen: 'Du nicht!' Es ist nicht so, daß seine Aggressionen daneben wären. Er vergißt einfach, daß er tagsüber schon gegessen hat. Und er hat einfach einen Schweinehunger. Da kann ich doch nicht zulassen, daß ein Harald sich eine dritte Scheibe Brot schmiert!"

(Frau Allert, 32 Jahre, Historikerin, seit 1 Jahr im Heim tätig)

Die Begrenzung der Nahrungsmenge auf zwei Schnitten pro BewohnerIn geht also ursprünglich auf eine individuelle Anordnung zurück, trifft aber - da alle gleichzeitig essen - die gesamte Gruppe. Sehr ähnliche Situationen entstehen in anderen Wohngruppen, in denen aufgrund einzelner BewohnerInnen mit einer Eßstörung die Küche oder zumindest der Kühlschrank abgeschlossen wird. Auch damit ist wiederum die ganze Gruppe betroffen; es ist nicht möglich, sich selbständig zwischen den Hauptmahlzeiten mit Essen zu bedienen:

„Abends wenn wir gehen, schließen wir die Küche ab. Das ist auch blöd. Weil dann eine Bewohnerin den Gefrierschrank leerräumt. Die Menschen, die hier leben, sind das eigentlich nicht anders gewöhnt, daß die Küche abgeschlossen ist. Die kennen das nicht anders. Aber eigentlich finde ich das nicht gut. Tagsüber schließen wir die dann nicht ab. Dann sagen wir schon mal, 'koch Dir einen Cappucino'.“

(Frau Goldschmidt, 52 Jahre, Quereinsteigerin mit sonderpäd. Zusatzqualifikation, seit 21 Jahren im Heim tätig)

Ein weiterer Konflikt ist das Abschließen der Küche. Nach den Mahlzeiten wird die Küche abgeschlossen. Also, zwischen den Mahlzeiten kann da keiner rein, damit sie dazwischen nichts essen. Wenn ich aber selbst abends noch Hunger habe, hole ich mir einen Joghurt aus dem Kühlschrank. Hier muß ich denen das aber verweigern!"

(Frau Albers, 27 Jahre, Erzieherin, seit 9 Jahren im Heim tätig)

„Ja, wir haben ja auch ein Schloß vorm Kühlschrank. Einige Bewohner kennen da kein Maß. Die stecken sich die Apfelsinen mit Schale rein, nur um was zu kriegen. Die anderen leiden dann darunter. Die kommen dann natürlich an nichts zu essen dran. Oder mittags kommt schon das Abendbrot. Dann holen sich einige Bewohner die ganze Wurst raus, und dann ist abends nichts mehr da.“

(Frau Siepen, 44 Jahre, Krankenschwester, seit 28 Jahren im Heim tätig)

Auch umgekehrt macht sich das Gruppenprinzip wiederum für einzelne negativ bemerkbar. In der im folgenden beschriebenen Wohngruppe existieren unumstößliche „Kaffeekochregeln“, die verdeutlichen, daß selbst kleinste, individuelle Vorlieben und Bedürfnisse hinter der gruppenbezogenen Behandlung zurücktreten müssen:

„Das ist manchmal so unsinnig, mit manchen Regeln. Ein Bewohner aus dieser Gruppe trinkt wahnsinnig gerne Bohnenkaffee. Bei uns ist die Regelung, daß wir aber nur einmal am Tag Kaffee aufkochen. Ich finde das nicht so gut. Ich trink doch auch gerne Kaffee. Ich trink ja auch drei Tassen Kaffee. Das ist doch o. k. Das wäre für mich vertretbar. Mehr auch nicht, das wäre gesundheitschädlich. Ich wäre dafür, daß er frischen aufgebrühten Kaffee kriegt, dreimal am Tag.“

(Frau Dreher, 26 Jahre, Erzieherin, seit 5 Jahren im Heim tätig)

Noch gravierender werden die Auswirkungen, wenn aufgrund der Gewährleistung der Aufsichtspflicht bei einzelnen BewohnerInnen mit Weglauftendenzen die Türen abgeschlossen werden und diese - genehmigungsbedürftige - freiheitsentziehende Maßnahme plötzlich die gesamte Gruppe betrifft (siehe auch Kapitel 5.5.4.5):

„Ja, ich hab' schon ein ungutes Gefühl bei den ganzen abgeschlossenen Türen hier. Wenn man mehr Personal hätte, mehr Einzelbetreuung möglich wär', dann könnt' man die auflassen. So sind ja alle eingesperrt! Auch für das Wohlbefinden der Mitarbeiter wär' das besser. Wenn wir hier alle auf einem Haufen hocken und im Streß sind - das sind unsere Nerven! (...) Das wär' auch für die Bewohner besser, wenn wir ruhiger wären und nicht so genervt reagieren. Das kommt ja alles auf die Bewohner zurück, unser Befinden!“

(Frau Helmer, 25 Jahre, Erzieherin, seit 4 Jahren im Heim tätig)

Aber zurück zu den Strukturen, die die gruppenbezogene Behandlung so sehr fördern. Der folgende Mitarbeiter führt die auffällige Fixierung der BewohnerInnen auf die täglichen Mahlzeiten auf eben diese Unabänderlichkeit der Heimstrukturen und internen Abläufe zurück. Am Wochenende oder ganz besonders im Urlaub, wenn endlich die Starrheit der Routinen durchbrochen wird, ist seine Wohngruppe wie ausgewechselt:

„Tja, die ganzen Konfliktsituationen sind gebunden an die zeitlichen Strukturen hier. Da kann man die Uhr nach stellen, wann wieder eine geballte Ladung auf einen zukommt, an unverpackten Dingen. Hier sind sie ja alle so fixiert aufs Essen. Das Hotelwesen ist hier ja noch nicht ganz abgeschafft. Die eine Bewohnerin tanzt ums Essen rum, die andere stürzt sich einfach drauf. Ja, und wenn wir im Urlaub sind, dann haben die Bewohner plötzlich ganz andere Verhaltensweisen. Da spielt Essen plötzlich keine Rolle mehr. Hier gehen wir den ganzen Tag den Strukturen entlang, am Wochenende oder im Urlaub, sind die dann aufgehoben. Da verändert sich sehr viel. Hier wird dann endlich eingefordert, was die Bewohner können. Überflüssige Energien abgebaut und damit auch Konflikte.“

(Herr Paßmann, 24 Jahre, Heilerziehungshelfer, seit 5 Jahren im Heim tätig)

Derselbe Mitarbeiter macht darauf aufmerksam, daß individuelle Erfahrungen, die unabhängig von der Gruppe ablaufen, meistens Grenzerfahrungen sind, die er für die BewohnerInnen als unabdingbar einstuft, auch wenn sein Handeln sich damit an die Grenzen der Legalität bewegt:

„Wo es mir mit Sicherheit sehr schlecht geht, wo ich aber denke, ich muß das so geschehen lassen, fällt mir spontan ein, wenn jemand eine Grenzerfahrung hat, also wenn Heike z. B. alleine aus der Badewanne heraus möchte, schafft es aber nicht, wird immer verzweifelter, immer hilfloser. Sie schreit nach Hilfe. Sie muß dann erst durch die Schmerzen hindurchgehen, zu sehen, daß sie das alleine schafft. Abschließend möchte ich zu Schmerz sagen: Schmerzen sind Befreiung, Bewußtwerdung. Also Heike durfte da ja zum ersten Mal erleben, daß Schmerzen nicht nur schlimm sind. Du findest einen Schmerz, der sich durch jede Pore öffnet und man selbst mit dem Schmerz nach oben kommt. Es ist meine Behauptung, daß jeder Schmerz auch Heilung oder Bewußtwerdung bedeutet. Ich darf den Prozeß nicht unterbrechen. Ich darf den Schmerz anderen Menschen nicht wegnehmen. Wenn sie Schmerzen hat, geb' ich ihr z. B. ein Placebo oder nehme sie in die Arme. Wie kann ich einen Umgang mit dem Schmerz finden, das der andere den auch findet. Es ist z. B. eine Anordnung des Hauses, ab 38,5 C Grad Fieber Paracetamol zu geben. Wenn ich alleine im Dienst bin, mach ich das nicht.“

Zum Schluß soll auf ein ganz besonderes Phänomen im Rahmen der Dynamik des Lebens in Gruppen hingewiesen werden. Im Verlauf der Interviews fanden sich, vor allem in großen Wohngruppen mit schlechtem Betreuungsschlüssel, auffällig viele Schilderungen von *simulierten oder heimlich erzeugten* Krankheiten bzw. Verletzungen. Daß abseits der üblichen Erklärungsansätze für selbstverletzendes Verhalten, die neben wahrnehmungspsychologischen und psychoanalytischen durchaus im lerntheoretischen Sinne die soziale Wirkung für die Betroffenen (Aufmerksamkeit, Zuwendung etc.) berücksichtigen, noch ein weiteres Krankheitsbild existieren kann, wurde für den hier beschriebenen Personenkreis bisher noch nicht thematisiert.

Die Rede ist vom Münchhausen-by-proxy-Syndrom, das im ICD-10 (F 68.1) als „absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen“ definiert wird. Doch wird gerade bei geistig behinderten Menschen eher von einem kognitiv und affektiv unkontrollierbarem Verhalten der Selbstverletzung ausgegangen (MÜHL/NEUKÄTER/SCHULZ, 1996; NISSEN/HAVEMAN, 1997; BREZOVSKY, 1985; JANTZEN/VON SALZEN 1990; ROHMANN/ELBING, 1998), daß das Münchhausen-Syndrom bis heute nicht in einen Zusammenhang mit hospitalisierender oder sozial deprivierender Unterbringung gebracht wurde. Eine Ursache mag darin liegen, daß Selbstverletzung vor allem bei geistig behinderten Menschen, die *über wenig Handlungs- und Kommunikationsmöglichkeiten verfügen*, diagnostiziert wird (vgl. auch WENDELER, 1993, 175); die im folgenden beschriebene Problematik trifft aber eher auf Menschen mit sprachlich gut

ausgeprägten Kommunikationsmöglichkeiten zu. Die im Verlauf der Interviews geschilderten Fälle enthielten alle eine für das Münchhausen-Syndrom typische *Konversionssymptomatik*, die die Umwandlung unbewältigter starker Erlebnisse, insbesondere langandauernder Entbehrungen und Frustrationen im sozial-emotionalen Bereich, in körperliche Symptome beschreibt (vgl. GÜNTER/BOOS, 1995). Für Münchhausen-PatientInnen ist geradezu charakterisierend, daß sie wenige intensive und tragfähige soziale Kontakte haben und nur einen Ausweg in der so erzwungenen Aufmerksamkeit und Hilfe - infolge der Selbstbeschädigung - sehen. Unter den interviewten BewohnerInnen waren zwei Personen, für die ein auf diese Weise herbeigeführter Krankenhausaufenthalt die Möglichkeit bot, der Gruppensituation endlich einmal zu entfliehen und in den Genuß ungeteilter Aufmerksamkeit und Zuwendung zu gelangen. Beide kennen nur das Leben in der Gruppe als einzige Lebensform. Ihre BetreuerInnen sind ahnungslos, daß sie mit ihren Schilderungen die Paradesymptomatik des Münchhausen-Syndroms beschreiben - zu unbekannt ist dieses psychische Krankheitsbild in seiner nosologischen Einordnung:

„Welche Verhaltensweisen von Bewohnern bringen Sie in schwierige Betreuungssituationen?“ „Uneinsichtigkeit. Da ist man oft sehr hilflos. Ja, wenn jemand, der ständig den Hang hat, ins Krankenhaus zu wollen, weil er meint, dort besser betreut zu werden. Oder das Geltungsbedürfnis. Oder Waschzwang, oder das Zufügen von Hautverletzungen. Er nimmt extra, wenn wir es nicht sehen, ein Distelbad, wogegen er allergisch ist, um die gewünschte Reaktion, Quaddeln auf dem Körper, hervorzurufen, um ins Krankenhaus zu kommen. Das ist ein richtiger Erpressungsversuch. Oder er schafft die klassische Simulation eines Asthmaanfalls. Er läuft tatsächlich blau an. Er will das Medikament dann nicht nehmen. Er will dann ins Krankenhaus. Er liegt dann da ein paar Tage. Da ist man schon recht hilflos.“

(Frau Siepen, 44 Jahre, Krankenschwester, seit 28 Jahren im Heim tätig)

Hier wird deutlich, daß MitarbeiterInnen sich in ihren Betreuungsleistungen, die sie gegenüber den BewohnerInnen erbringen, getroffen fühlen, daß das, was sie leisten, in den Augen der BewohnerInnen *nicht genug* ist. Sie selbst fühlen sich dabei erpreßt; das manipulative Verhalten des Bewohners wird als persönlicher Affront, nicht als verzweifelter Aufbegehren gegen die strukturellen Verhältnisse und damit einhergehende emotionale Unterversorgung gesehen.

„Das ist schon sehr anstrengend, mit seinen ganzen Verletzungstendenzen. Wenn er enttäuscht und wütend ist, dann rennt er mit dem Kopf in Glas rein. Das bringt ihn dann natürlich schurstracks ins Krankenhaus. Da ist er immer sehr gern. Er möchte ja auch immer Mittelpunkt stehen. Da kriegt er sehr viel Aufmerksamkeit. Er ist hier tagsüber und auch nachts meist in irgendeiner Weise fixiert, oder zumindest immer unter Aufsicht. Er hat die Hände festgebunden und den Kopfschutz.“

(Frau Becker, 51 Jahre, Erzieherin, seit 3 Jahren im Heim tätig)

Im Verlauf des Interviews, das ich als einziges nur im Beisein einer Betreuungsperson führen konnte, wird deutlich, welche große Bedeutung die unterschiedlichen Fixierungsmaßnahmen bei diesem Bewohner einnehmen. Die verschiedenen Gürtel, Schnallen und Lederbänder, die der Bewohner zur Fixierung - nicht nur infolge gerichtlicher Anordnung, sondern auch auf eigenen Wunsch hin - trägt, haben eine wichtige Ersatzfunktion für die Selbstverletzungen übernommen: In fast fünfminütigen Abständen wird ihr Sitz von der anwesenden Mitarbeiterin überprüft, Bänder gelockert, die Bewegungseinschränkung geändert, Verschlüsse auf- oder zugemacht, was der Bewohner als individuelle Zuwendung sichtlich genießt. Er hat hier eine Möglichkeit gefunden, neben der Beachtung, die der gesamten Gruppe zuteil wird, eine ganz individuelle Form der Betreueraufmerksamkeit zu erlangen.

Die hier beleuchteten Facetten zur Dynamik der Wohngruppen, insbesondere das Regelwerk, das nivellierend auf die Bedürfnisse des einzelnen wirkt, weil es immer das Wohl der Gruppe im Auge hat, meinen also einen sozialen Zusammenhang, der praktisch koevolutiv im Spannungsbogen von Anpassung und Widerstand, quasi als Prozeß, fortbesteht. Das Leben der BewohnerInnen ist so eng an die Organisation und Einrichtung gebunden und wird mit so ungleichen Mitteln bestritten, daß eigentlich jeder Tag des institutionellen Lebens zu einem Austangieren zwischen Anpassungsdruck und Anpassungsspielraum wird (vgl. hierzu auch DUSS-VON WERDT, 1995). Die Wohngruppen repräsentieren damit einen „Mikrokosmos“, der wie „jede Institution einen Teil der Zeit und der Interessen ihrer Mitglieder in Anspruch (nimmt) und für sie eine Art Welt für sich (darstellt); kurz, alle Institutionen sind tendenziell umfassend“ (GOFFMAN, 1973, 15). Ihr totaler Charakter spiegelt sich eben auch darin wider, daß die BewohnerInnen einen bedeutenden Autonomieverlust dadurch erleiden, daß ihre Verhaltensspielräume durch die Gruppe dominiert werden - oder wie RAPPAPORT (1985, 258) bemerkt, absolute Gleichheit (und Gleichbehandlung) immer zu Lasten individueller Lebensverwirklichung geht.

5.4 Konflikte des Wohnalltags: Häufigkeit, Problembereiche, Bedingungsfaktoren

Die Frage nach den Entstehungsbedingungen von Konflikten im Wohnalltag von Menschen mit geistiger Behinderung ist unzureichend erforscht. Häufig werden Konflikte immer noch als Ausdrucksform einer hirnorganischen Schädigung bzw. einer geistigen Behinderung selbst gewertet. Dabei wird vernachlässigt, daß Wohnstätten soziale Interaktionen zwischen Individuen abbilden, die institutionalisiert sind und nicht immer die günstigsten Lebensbedingungen für die Betroffenen darstellen. Aggressive Verhaltensweisen sind häufig Enttäuschungsreaktionen auf die Mißachtung elementarer Bedürfnisse und damit „gesunde“ und verständliche Reaktion auf ungünstige aktuelle Lebensbedingungen (BUNDERVEREINIGUNG LEBENSHILFE, 1996a, 22f) Prävalenz und Ausmaß der Konflikte, die durch diese Verhaltensweisen auf der Beziehungsebene zwischen BewohnerInnen untereinander oder zwischen BewohnerInnen und Betreuungspersonal ausgelöst werden, sind nicht hinreichend erfaßt.

5.4.1 „Du denkst, daß da jemand ist, der mich fertig macht...“ – Konflikte, Angriffe und Verletzungen im Zusammenleben

Ob und auf welche Weise Konflikte bekannt und gelöst werden können, hängt maßgeblich davon ab, wie in der jeweiligen Einrichtung mit der Problematik umgegangen wird. Ausschlaggebend für die aktive Auseinandersetzung ist eine sprachliche Enttabuisierung des Themenkomplex Gewalt auf Mitarbeiterseite bzw. die sprachlich-verbale oder non-verbale Verfügbarkeit eines sozialen Wissens und sozialer Termini zur Beschreibung des Sachverhalts auf Bewohnerseite. Darüber hinaus sind die Ressourcen im Sinne eines tragfähigen sozialen Netzwerks der BewohnerInnen, die für die Bewältigung von Konflikten genutzt werden können, von überragender Bedeutung.

5.4.1.1 Die Konflikte aus Sicht der BewohnerInnen und MitarbeiterInnen

Häufigkeit, Art und Struktur der Konflikte im Wohnalltag zu erfassen, war äußerst kompliziert: Daß Konflikte zum Wohnalltag gehören, war beiden Gruppen - dem Personal und den BewohnerInnen klar - sie wurden aber nicht im selben sprachlichen Kodex thematisiert. Vor allem in der Gruppe der BewohnerInnen war es schwierig, sie zum Reden über Streit, Ärger, Bedrohung und Angst zu ermutigen, weil sie sich introspektiv lieber als beliebtes, integeres Gruppenmitglied sahen, das hohe Anerkennung bei den MitarbeiterInnen genießt und wenig Auseinandersetzungen mit dem Personal hat: Kurz: Den BewohnerInnen schien daran gelegen, sich als *sozial pflegeleicht* darzustellen. Dabei wehrten sie auffallend häufig „Streit“ und „Ärger“ terminologisch ab: Entweder durch die gegenteilige Beantwortung der Frage oder durch lautes Lachen. Zwei Beispiele:

„Mit wem verstehen Sie sich nicht, mit wem haben Sie Ärger?“ „Oh doch, den Manuel hab ich gern. Sonja verstehe ich gut, mit Liane auch.“
(Frau Paschewski, 38 Jahre, seit 2 Jahren im Heim)

„Haben Sie Streit mit irgend jemand, vielleicht mit den Betreuern?“ „Um Gottes Willen, nein! (lacht) Das wäre ja was (lacht). Wo kommen wir denn da hin?“
(Herr Ebeler, 32 Jahre, seit 3 Jahren im Heim)

Nur wenige BewohnerInnen lassen zu, daß sie die erste Phase der Abwehr und Konfliktnegierung überwinden und offen über ihre Ängste sprechen:

„Gibt es jemand, mit dem sie sich überhaupt nicht verstehen? Hier in der Wohnstätte oder auch außerhalb? Bedroht Sie jemand oder tut Ihnen jemand etwas Böses?“ (Lacht) „Jetzt muß ich kaputt lachen. Das ist eine gute Frage. Sonst fällt mir nichts so ein. (Pause) Ach, Du denkst, da da jemand ist, der mich fertig macht oder kaputt macht? *Aber ich paß' mich ja an!* Da gibt es schon komische Leute. Das muß ich überstehen. Die Türken, die Ausländer. Da hab ich schon schlechte Erfahrungen gehabt. Auch von der Arbeit. Ich halte mich von allem entfernt. Ich habe brutale Filme hingesehen. Die Täter machen das alles nach. Die gucken in den Fernseher und machen das alles nach. Wie würdest Du Dich fühlen, wenn Dir jemand ein Messer in den Rücken hält? - Was würdest Du sagen, wenn ich jemand anderes wäre, *wenn ich hier raus wäre?*“
(Herr Meier, 39 Jahre, seit 3 Jahren im Heim)

Strategien zur Konfliktvermeidung sind in den Antworten der BewohnerInnen allgegenwärtig, wobei *Anpassung* an die gegebenen Verhältnisse und ein

unauffälliges „Mitlaufen“ im Wohn- oder Arbeitsalltag vor Auseinandersetzungen schützen soll:

„Gibt es jemand, mit dem sie sich überhaupt nicht verstehen, mit dem Sie Ärger haben oder von dem sie sich bedroht fühlen?“ „Nö. Ich fühl mich nicht bedroht. Ist alles in Ordnung. Bei mir ist wieder in Ordnung. Alles o. k. Ich fühl' mich doch so wohl, auf der Arbeit. Mach meine Arbeit, der Kolonnenführer ist ganz zufrieden mit mir, ganz zufrieden, jaa, ganz zufrieden. Ich geh immer pünktlich. Mach immer alles ganz schön, so, wir fegen da. Ich arbeite ja in der Gärtnerei. Ich fühl' mich ja so wohl da, mach immer alles gut.“

(Herr Lange, 40 Jahre, seit dem 4. Lebensjahr im Heim)

Ein Teil der sprachlich verwendeten Segmente zum Thema Konflikt wird auch von den BewohnerInnen nicht verstanden. Der folgende Bewohner gibt an, mit niemandem Ärger zu haben. Erst als die Sprache auf Konflikte durch *Bedrohung* kommt, schildert er das konfliktreiche Zusammenleben mit seinen MitbewohnerInnen:

„Gibt es jemand, mit dem sie sich überhaupt nicht verstehen, mit dem Sie Ärger haben?“ „Nein. Alles o. k. Gut, gut.“ (...) „Bedroht sie jemand?“ „Achim Maibaum und Schlägeranbebot. Bernd Stratmann auch. Die kloppen mich, das sind Schläger. Ich darf nicht fernsehgucken. Und die Türen werden genallt. Vor der Nase. Das kann ich mir auch nicht mehr anhören. Ich darf in das Zimmer nicht reingehen. Da auch nicht. Ich darf in die 2. Etage nicht reingehen. Da sagt die Sonja Bremer 'hau ab, geh nach oben!' Die wollen mich da nicht haben. Das geht so nicht weiter.“

(Herr Niederhoff, 50 Jahre, seit 25 Jahren im Heim)

Versucht man, die Frage nach Streit und Auseinandersetzungen auf BetreuerInnen zu konkretisieren, antworten die BewohnerInnen nur sehr zögerlich. „Streit“ wird nur im Zusammenhang mit BewohnerInnen, nicht aber mit BetreuerInnen thematisiert. Zu groß ist ihr Abhängigkeitsverhältnis und die Angst, ihre sozialen Bindungen gegenüber den BetreuerInnen zu gefährden. Jeder zweite gibt an, keine Auseinandersetzungen mit dem Betreuungspersonal zu haben:

„Nein, Nein, der macht mit mir nur Witz, der Betreuer - Aber Sie sagen ihm doch nichts, ne? Nee, ich will das nicht. Ich krieg' doch sonst Ärger. Da hab ich doch Angst vor. Die werden doch sauer!“

(Herr Hahn, 32 Jahre, seit 13 Jahren im Heim)

Diese Antwort ist typisch für diejenigen BewohnerInnen, die nach eigenem Bekunden keine Auseinandersetzungen mit MitarbeiterInnen haben. Potentielle Konflikte werden mit dem Hinweis „Die machen nur Spaß“ versehen und damit in ihrer Bedeutung abgeschwächt. Gleichzeitig machen sie mit

ihrer Furcht vor dem Bekanntwerden der „Beschwerde“ deutlich, daß sie auf Zuneigung und Gemochtwerden der BetreuerInnen angewiesen sind. Beschwerden über Betreuerverhalten sind vermutlich gerade bei diesem Teil der BewohnerInnen aufgrund ihrer ängstlich-sozialen Haltung unwahrscheinlich.

Eine einzige Ausnahme bildet eine Bewohnerin, die zugibt, BetreuerInnen massiv zu beschimpfen und sich damit Ärger einzuhandeln:

„In welchen Bereichen haben Sie Streit mit Betreuern?“ „ Ja, gibt es auch. Wenn ich mal ganz oft meckern tue und ganz oft hier rumschnauzen tue. Ich hab mal gesagt ‘Halt die Fresse! Halt’s Maul! Blöde Hure! Blöde Spastiksau!’ Die sagen dann: ‘ Du hast gar keinen Grund, die Palme hochzugehen.’ Dann sag ich: ‘Das sind Tausend Palmen, Millionen Palmen!’“

(Frau Hölscher, 34 Jahre, seit dem 1. Lebensjahr im Heim)

Zurückliegende schwerwiegende Konflikte mit dem Personal, die in früheren Jahren mit Freiheitsentziehung gemaßregelt wurden, haben besonders bei älteren BewohnerInnen ein tiefes Mißtrauen hervorgerufen. Solche Erfahrungen erschüttern nicht nur das Vertrauen in den Aufgabenkreis der BetreuerInnen, sondern verstärken häufig psychische Auffälligkeiten wie Angstneurosen. Darauf bedacht, ihre psychische Integrität zu schützen, vermeiden sie jegliche Art von Konflikt mit dem Heimpersonal:

„Ich geh’ für mich. Ich mach’ kein Streit. Ich will nicht da wieder ins Haus. (zeigt mit dem Finger auf ein Gebäude des Einrichtungsgeländes) Ich will nicht wieder eingesperrt werden. Da bin ich schon eingesperrt worden. Da hab’ ich Angst, die wollen mich umbringen.“

(Frau Kollibabe, 63 Jahre, seit dem 17. Lebensjahr im Heim)

Wenn BewohnerInnen dann doch Kritik am Personal üben, beziehen sich ihre Kritikpunkte hauptsächlich auf zwei Faktoren: erstens darauf, daß die MitarbeiterInnen die Heimstrukturen verkörpern und auf die Einhaltung gewisser Regeln achten und damit Freiheiten der BewohnerInnen beschneiden:

„Worüber haben Sie mit Betreuern Streit?“ „Über’s Aufstehen, über’s Frühstück, manchmal muß man leise sein.“

(Frau Busch, 30 Jahre, seit dem 4. Lebensjahr im Heim)

Und zweitens schildern sie, daß unter den „Späßen“ ihrer BetreuerInnen leiden, weil sie sie nicht als solche verstehen und vermutlich ihren Ironiegehalt nicht hinreichend erfassen:

„Mit wem verstehen Sie sich nicht?“ „Ja, mit der Barbara Friesel (Betreuerin einer anderen Wohngruppe im Haus) nicht. Die ärgert mich immer. Da mußte ich einmal ganz doll weinen. Ich wußte nicht, daß die Spaß macht. Die hat mich so fertig gemacht, daß mir die Tränen kamen.“
(Herr Weirich, 45 Jahre, seit 3 Jahren im Heim)

Darüber hinaus werden auch nach eingehendem und behutsamen Nachfragen keine Konfliktsituationen mit BetreuerInnen preisgegeben. Dafür sprechen die BewohnerInnen über ihre Auseinandersetzungen mit ihren MitbewohnerInnen vergleichsweise offen. Die Konflikte betreffen folgende Bereiche: üble Nachrede - vor allem auf dem Hintergrund, infolge der Heimunterbringung keine wirkliche Privatsphäre zu haben - verbale Beschimpfungen, körperliche Angriffe durch Kneifen, in den Haaren ziehen, Schubsen, Schlagen und Treten. Einige Beispiele:

„Mit wem haben Sie Ärger? Mit wem verstehen Sie sich nicht?“ „Mit Susanne und Sabine. Mit Herrn Appel auch nicht (alle drei sind MitbewohnerInnen). Er schimpft immer und droht immer. Hebt so die Hand. Das mag ich nicht. Da geh ich weg. - Meine Arbeitskollegin, da habe ich Streit mit. Ich sag' immer, laß' mich in Ruhe, aber die sagt immer, ich hätte das und das erzählt. Wenn ich sage, was ich mache, die will dann immer wissen, was ich mit meinem Freund mache. Hier im Heim auch. Ich wollte ein Kind haben, aber das darf ich nicht, das hat mir der Frauenarzt verboten. Ich mag das nicht, wenn immer alle fragen, auch hier die, was machst du mit deinem Freund. Das geht doch keinen was an, oder? Das regt mich auf, wenn mich Susanne fragt: 'Wann gehst du zu Deinem Freund? Was macht ihr so?' Das regt mich auf!“
(Frau Brahm, 38 Jahre, seit 10 Jahren im Heim)

„Mit wem verstehen Sie sich nicht?“ „Mit dem Ulrich, der mit dem dicken Bauch. Ich mag den nicht leiden. Der sagt immer 'Hohnekacker' zu mir. Ich kann das nicht mehr hören. (Pause) Das verletzt mich.“
(Herr Seidel, 50 Jahre, seit 25 Jahren im Heim)

„Mit der Sybille Reinartz. Die zieht mich inne Haare. Da hab ich schon Haare verloren. Die reißt da dran. Dann weint' se.“ „Warum macht die das?“ „Weiß nich'. Die kommt dann einfach, und zack, is' die Hand in den Haaren. Das tut ganz schön weh!“
(Frau Tegel, 31 Jahre, seit dem 6. Lebensjahr im Heim)

Oft ist für die BewohnerInnen nicht einsehbar, warum ihre MitbewohnerInnen aggressiv reagieren, doch einige weisen auf mögliche Ursachenquellen hin: Sei schildern, wie tagsüber erlebte Frustrationen in der Werkstatt abends im Wohnheim abregiert werden - nicht selten an MitbewohnerInnen:

„Mit wem verstehen Sie sich nicht?“ „Mit der Jasmin. Wenn die von der Arbeit kommt, guck mal auf ihre Hände. Die sehen aus. Alles kaputt, zerbissen. Die kommt dann von der Arbeit und schimpft immer. Ich laß mir das von der nicht mehr gefallen. Ich geb' dann contra. Wenn die Ärger hat, weißte, wer das dann abkriegt? Ich dann!“
(Frau Lockemann, 43 Jahre, seit dem 7. Lebensjahr im Heim)

„Also, wenn die Mitbewohnerin aus der Werkstatt kommt, hält man die beiden besser erst mal auseinander. Die gehen sonst sofort aufeinander los.“

(Frau Lockemanns Betreuer Herr Wiese, 29 Jahre, Sozialpädagoge, seit 1 Jahr im Heim tätig)

Ein weiterer Konfliktbereich entsteht durch den Stressor Lärm (sog. Sensorisches Overfloating). BewohnerInnen fühlen sich nicht nur durch das oftmals laute Miteinander von acht bis zehn MitbewohnerInnen empfindlich gestört, sondern vor allem durch bestimmte Verhaltensauffälligkeiten ihrer MitbewohnerInnen. Darunter fallen insbesondere Stereotypen wie kontinuierliches Schlagen von Gegenständen an Wände oder auf Tische, Stühle rücken und regelmäßiges Schreien ohne erkennbaren Grund. Die Konfliktlösung ist oftmals zusätzlich dadurch erschwert, daß schwerer behinderte BewohnerInnen nicht über aktive Sprache verfügen und Auseinandersetzungen somit häufig körperlich ausgetragen werden:

„Ja, ich hab mich mal mit der Annegret gefetzt. An einem Samstag. Ich hab ihr gesagt, hör auf zu bollern, auf dem Tisch. Die bollert immer so laut. Ich kann das nicht mehr hören. Dann hat die sich einmal gewehrt und mich weggedrückt. Sie kann ja nicht sprechen. Ich hab mich dann hinterher wieder vertragen. Sie hat dann dreimal nacheinander den Kaffee von mir bekommen. Und dann war's wieder gut.“

(Frau Hölscher, 34 Jahre, seit dem 1. Lebensjahr im Heim)

Auch die MitarbeiterInnen weisen auf die Problematik lautstarker Verhaltensweisen hin, mit denen die Betroffenen den Ärger ihres Umfeldes auf sich ziehen:

„Ja, hat er. Und zwar sind diese Konflikte oft ausgelöst durch sein Verhalten. Er hat z. B. häufig bei Tisch das Verhalten, daß er anfängt zu jaulen, wie ein Schloßhund. Und das geht natürlich den anderen Bewohner auf den Senkel. Die weise ich dann auch scharf zurecht. Und dann kommt es oft auch zu Streitsituationen. Oder Michael Radtke hat das gleiche Verhalten auch im Bus, wenn er mit dem zur Werkstatt fährt. Dann kriegt er auch von denen einen drüber.“

(Herr Morgenroth, 33 Jahre, Diakon, seit 2 Jahren im Heim tätig)

Es sind aber nicht nur stereotypes Hantieren mit Gegenständen oder lautes Lautieren, was zu Auseinandersetzungen zwischen den BewohnerInnen führen kann, sondern auch bestimmte zwanghaft wiederholte Sätze und Fragen wie „Geht's Dir gut?“ oder permanentes Entschuldigen. Der folgende ausführliche Interviewauszug aus Mitarbeiterperspektive verdeutlicht, wie aus einem vergleichsweise harmlosen Wortwechsel bei Tisch eine gewalttätige Konfliktsituation entstehen kann. Darüber hinaus wird auch sichtbar, daß

mit den sprachlichen Wiederholungszwängen eine bestimmte, behinderungsbedingte institutionelle Erziehung reinsziniert wird (vgl. NIEDECKEN, 1989, 8ff):

Das fängt eigentlich damit an, das ist also eine Tischsituation, daß Mike und Oliver schon längere Zeit am Tisch sitzen, aber die sitzen weit auseinander, die haben wir also auseinandergesetzt, und Oliver ist jemand, der Mike immer öfters fragen muß, wie 'geht's Dir Mike, alles klar Mike', und ach, dann haut er ihm auf die Schulter, und das kann Mike nicht haben, denn Mike hat autistische Züge, der will von so was gar nichts wissen, und Oliver hat dann aber nicht die Einsicht zu sagen, o.k., dann lasse ich Mike in Ruhe, der wird ja wieder sauer, sondern er geht dann hin und spricht ihn über den halben Tisch an, 'ja, Mike' und irgendwann sagt er dann immer als Verniedlichung 'Mikele'. Und dann ist bei Mike der ausschlaggebende Punkt, wo er da durchrasselt. Und dann steht er auch auf - die haben sich also schon mehrmals gekloppt. Ja, und dann artet das so richtig aus. *Die würden sich totschiagen*. Der Mike kann nicht sagen, 'laß mich in Ruhe', und der Oliver will doch eigentlich nur sagen, Du bist doch mein Freund, *aber der Oliver will dann immer wieder hin und sich entschuldigen, also immer wieder. Das haben sie ihm damals in der Schule beigebracht. Also, wenn ihn jemand geärgert hat, das hat er alles mit sich machen lassen, der hat dann nichts gesagt. Bis zu einem gewissen Zeitpunkt: Und dann hat er draufgeschlagen. Und dann haben die Lehrer immer gesagt, 'Oliver, entschuldige Dich, und dann ist die Sache gegessen'. Das haben dann die Lehrer immer gemacht, weil die auch Angst hatten, wenn er z. B. laut war, 'Oliver entschuldige Dich und dann ist gut'. Und das macht er hier heute auch. Das ist natürlich eine prekäre Situation. Mike will das nicht - und dann ist natürlich unser Part einzugreifen und das zu unterbinden.* „Ist das dann so, daß Oliver ein falsches Verhalten in der Schule anerzogen wurde, dieses permanente Entschuldigen, womit er als Erwachsener im Wohnalltag überhaupt nichts anfangen kann?“ „Ja, ganz genau so. Das ist eine Art von Konfliktlösung, die er hier überhaupt nicht gebrauchen kann. Mittlerweile haben wir in den zwei Jahre schon so weit interveniert, daß wir jetzt nicht mehr stundenlang mit ihm diskutieren müssen, und er sich auch nicht permanent entschuldigen muß (...).“ (Herr Bayertz, 26 Jahre, Erzieher, seit 4 Jahren im Heim tätig)

Ein weiterer schwerwiegender und mit der hier verwendeten Fragemethode nur am Rande zu erfassender Konfliktbereich sind sicherlich sexualisierte Übergriffe. Die Gefahren werden von insgesamt drei der 27 befragten geistig behinderten Frauen, ohne daß explizit danach gefragt wurde, quasi „nebenbei“ geschildert:

„Mit wem verstehen Sie sich überhaupt nicht?“ „Mit Daria (Mitbewohnerin). Die hat mich schon geschlagen.“ „Und sind Sie schon mal bedroht worden?“ „Draußen, der Klaus Sorpebeck, so ein kräftiger Junge. Auch hier aus dem Heim. Der wollte was. Das war scheiße. - Aber da war noch was. Ja, wir haben schon mal einen Mann in der Gruppe gehabt (Es handelt sich hier um eine reine Frauenwohngruppe). Ein Fremder, der zu uns in die Gruppe gekommen ist. Der ist dann bei mir ins Zimmer gekommen. Ich hab' den rausgeschmissen. Als das war, haben die Betreuer

gesagt, immer sofort Bescheid sagen, wenn ein Fremder kommt. - Den haben sie dann gekriegt. Der ist ins Gefängnis gekommen.“
(Frau Busch, 30 Jahre, seit dem 4. Lebensjahr im Heim)

„Mache Leute sind schwierig. Auch hier in der Gruppe. Wenn die mir nicht zuhören. Ja, hab mich schon mal gestritten. Über die laute Musik. CD und ganz laut Radio. Da bin ich zu den Betreuern gegangen und hab mich beschwert. Die hat dann gesagt, wenn die das und das macht, kriegt' se den Recorder weggenommen. - Angst hab ich auch. Ja manchmal kommen so besoffene Kerle. Da hab ich Angst. Die gucken dann in mein Zimmer und klopfen. Das Fenster muß dann immer zubleiben. Die gucken dann, und ich gehe nicht raus. Ich kann ja nich' weg. Ich fahr ja Rollstuhl. Ich hab dann Angst, die kommen rein.“ (Bewohnerin hat ebenerdige Fenster ohne Rolläden).
(Frau Lamprecht, 48 Jahre, seit dem 4. Lebensjahr im Heim)

Von Männern wird dagegen eher von Verspottungen durch Nichtbehinderte, insbesondere von Kindern oder Jugendlichen, berichtet:

„Wer ärgert Sie?“ „Ja, die Stadtkinder. Die Zunge rausgestreckt, ' Du fette Sau' haben die gesagt. Ich hab dann schon mal die Fensterscheiben eingehauen. Ich hab auch schon geweint. Ganz wütend! Dann schmeiße ich die Klamotten raus.“ „Haben Sie auch schon mal Ärger mit ihren Mitbewohnern?“ „Ja. Axel hat mir meinen Fotoapparat geklaut. Der ist jetzt nicht mehr mein bester Freund. Als ich mich mit Axel gestritten habe, hat der Bettruhe gekriegt.“
(Herr Engel, 28 Jahre, seit dem 3. Lebensjahr im Heim)

Ängste werden zwar diffus und z. T. verwirrend geschildert, beziehen sich aber auf durchaus reale besorgniserregende Situationen wie beispielsweise zunehmende Behindertenfeindlichkeit durch Rechtsextremismus:

„Gib es jemand, mit dem sie sich überhaupt nicht verstehen, mit dem sie großen Ärger haben oder der sie bedroht?“ „Ich sach' denen die Wahrheit! Wenn es denen nicht paßt, sollen die mich am Arsch lecken! Dann schließe ich mich ein. Ich bin hier ja schon verprügelt worden. Und mein Goldkettchen ist zerissen worden. Ich bin auch schon abgeschoben worden (geschlossene Unterbringung), keine Medikamente mehr, kein Schnaps. Und ein KZ hab ich auch schon gesehen. Da war ich in Buchenwald. Da hab ich in den Verbrennungsofen geguckt. Da kullerten schon die Tränen. Da stieg die Vergangenheit auf. Früher hab ich mal die verbrannten Knochen gesehen. Da muß mich der Teufel geritten haben, da noch mal reinzugucken. Wenn ich jetzt nach Kassel fahre und einen SS-Verbrecher sehe, dann raste ich aus. Dann schlägt der mich tot. Das war die Hölle, damals, 1945-1949. Da denke ich, es wäre besser, wenn ich krepirt wäre.“
(Frau Irmer, 66 Jahre, seit 2 Jahren im Heim)

Ihre Bezugsbetreuerin weist vor allem auf die erfahrene Gewalt durch den ehemaligen Mitbewohner hin, wobei die Schilderung des Konflikts ambiva-

lent ausfällt, indem sie zunächst verneint, daß die Bewohnerin Schläge bezogen hat, aber dann doch zugibt, daß der Mitbewohner Frau Irmer (er)würgen wollte:

„Nein, nein Schläge hat sie hier eigentlich nicht bekommen. Ja, aber wir haben schon mal erlebt, daß sie ganz doll bedroht wurde, von einem gewalttätigen Bewohner. Der ist aber Gott sei Dank nicht mehr hier. Der war sehr brutal. Der hat sie schon mal gewürgt. Sie hatte dolle Würge-male am Hals. Ihr Goldkettchen hat er auch zerissen. Mit dem Bewohner mußten wir ständig Angst haben, daß er ausflippte und sich jemand als Opfer aussuchte. Vor allem die älteren Leute, die sich nicht wehren konnten, waren betroffen. - Tja, der kam aus der Forensik.“
(Frau Jonas, 51 Jahre, Krankenschwester, seit 7 Jahren im Heim tätig)

Auch wenn bisher der Eindruck entstanden sein könnte, daß das größte Konfliktpotential vor allem durch psychiatrisch auffällige, fremdaggressive BewohnerInnen entsteht, betonen die MitarbeiterInnen nahezu einstimmig, daß es eher die kleinen Reibungspunkte im Wohnalltag sind, die zu Konflikten und mitunter zur Eskalation der Gewalt führen können. Am häufigsten wird das Bevormunden und Kommandieren von MitbewohnerInnen genannt, bei dem ein autoritär-hierarchischer Erziehungsstil imitiert wird:

„Es geht eigentlich um Kleinigkeiten. Sie wirft der Silke vor, daß sie häufig einnäßt, und die Silke wird dann sehr, sehr wütend. Es kann dann auch zu tätlichen Auseinandersetzungen kommen, daß die beiden sich schlagen. Oder Anne versucht, die anderen Bewohner herumzukommandieren und ihre Erziehungsposition auszubauen, weil sie hier zu den stärksten gehört und sie dann die anderen immer ein bißchen rumkommandiert. Ganz häufig sind das so Eifersuchtssituationen. Es kann z. B. sein, daß ihre Lieblingsbetreuerin Frau Bayer mit einer anderen Bewohnerin einkaufen gegangen ist. Diese Frau hat sie dann auch angegriffen.“
(Frau Habel, 33 Jahre, Diplompädagogin, seit 8 Jahren im Heim tätig)

„Ja, also Streitereien ergeben sich schon häufig im Bad. Der Herr Dichter hat einen Waschzwang. Der geht dann ins Bad und sagt den andern, wie oft die sich die Zähne putzen sollen. Er maßregelt die dann und spielt den Chef.“
(Frau Siepen, 44 Jahre, Krankenschwester, seit 28 Jahren im Heim tätig)

Problematisch werden die Konflikte häufig dadurch, daß MitarbeiterInnen die BewohnerInnen auffordern, sich zu wehren, und damit unbewußt eine Gewaltspirale in Gang setzen:

„Also, das ist schon schlimm mit Ilse und Jennifer. Ilse ist ständig an Jenni dran, ärgert sie ständig, und so. Jenni haut ihr dann eine. Sie schlägt schon sehr feste, da könnt' es auch zu Verletzungen kommen, weil die Ilse schnell umfällt. Sie hat keinen Gleichgewichtssinn. Ilse haut dann aber auch zurück, aber erst, seitdem wir ihr gesagt haben, wie den andern auch, daß sie sich wehren müssen!“

(Frau Riedel, 19 Jahre, Absolventin eines Praktischen Jahres, seit 2 Jahren im Heim tätig)

Auf der anderen Seite stärkt es das Selbstvertrauen der BewohnerInnen, nicht mehr am unteren Ende der Hierarchie zu stehen und die eigene Wehrhaftigkeit zu erfahren. Es ist aber dennoch verwunderlich, warum die Aufforderung „Wehr Dich!“ in ihrer körperlichen Agitationsform noch so vehement vom Personal vertreten wird - bedeutet die Aufforderung immer noch, Gewalt mit Gegengewalt zu beantworten. Es wurden von keinem der Befragten Möglichkeiten der verbalen und/oder gestischen Entschärfung in Erwägung gezogen, obwohl gerade hier alternative Lösungsmöglichkeiten, z. B. mit Hilfe von Rollenspielen, eingeübt werden könnten.

„Der Achim hat Probleme mit der Hierarchie in der Gruppe. Wir haben hier ein Bewohnerpärchen, die sind sehr dominant. Der Achim läßt sich von denen total viel sagen. Er versucht auch, den Konflikten aus dem Weg zu gehen. Das kann auch mal zu Eskalationen kommen. Das Pärchen sucht ja die Konfrontation. Körperlich ist Achim den beiden ja eigentlich überlegen. Wenn es mal zu etwas kommt. Ein Beispiel: Die Melitta, das ist die von dem Pärchen, schmeißt Gegenstände und greift auch Bewohner an. Da hat sich neulich Achim zum ersten Mal körperlich gewehrt. Die eigene körperliche Stärke zu spüren, hat ihm gut getan und sich auch mit Worten zu wehren. Er hat sich dann im Spiegel angeguckt und war ganz glücklich, daß er sich gewehrt hat.“

(Frau Degener, 27 Jahre, Heilerzieherin, seit 8 Jahren im Heim tätig)

Aufgrund des ausgewerteten Interviewmaterials liegt der Schluß nahe, daß körperliche Konflikte meistens zwischen den BewohnerInnen stattfinden. Daß dagegen emotionale Verletzungen, Grenzüberschreitungen und institutionelle Repressionen, die sich dadurch ergeben, daß die Institution Heim für die einen Arbeitsort, für die anderen Lebensort ist, eher von MitarbeiterInnen ausgehen, betont der folgende Interviewauszug:

„Also, die größten Verletzungen passieren auf emotionaler Ebene durch die Mitarbeiter. Also, Irina zieht ganz klar ihre Grenzen: ‘Bis hierhin, und weiter darfst Du mir nicht kommen!’ Viele Mitarbeiter sind aber unachtsam und trampeln auf diesen Grenzen rum. Es soll keine Entschuldigung sein, aber durch das Arbeitspensum und die Strukturen ist es nicht immer gegeben, so wachsam zu sein und alles zu beachten.“

(Herr Paßmann, 24 Jahre, Heilerziehungshelfer, seit 5 Jahren im Heim tätig)

Beobachtung und Aufdeckung von emotionalen wie physischen Konflikten in engen sozialen Beziehungen ist sicherlich, nicht zuletzt aufgrund des eingangs beschriebenen tiefen Abhängigkeitsverhältnisses der BewohnerInnen, sehr erschwert. Erlebte Gewalt wird eher im Zusammenhang mit externen

Betreuungspersonen offengelegt; die Angst, mit einer Beschwerde wichtige soziale Bezugspersonen zu verlieren, ist hier geringer.

„Ja, Probleme hatte Inga mit dem Busfahrer. Der hat sie unter aller Sau behandelt. Hat sie angeschrien und so, daß sie zu langsam ist, und wer weiß, was da noch passiert ist. Sie ist dann zu uns gekommen und wir haben das dann gesagt. Der ist dann ausgewechselt worden.“

(Frau Gies, 19 Jahre, Absolventin eines Praktischen Jahres, seit 1 Jahr im Heim tätig)

Die letzten Interviewauszüge belegen, daß gerade unter den hospitalisierten BewohnerInnen, also denjenigen, die seit frühester Kindheit in Institutionen untergebracht waren, sich auffällig viele Gewaltopfer befinden. Sie zeigen, daß eine oft Jahre andauernde institutionell geprägte Nemesis hinter ihnen liegt; die Schädigungen durch Hospitalismus bzw. tiefer sozialer und emotionaler Deprivation haben sie zu „perfekten“ Opfern ihrer - nicht unbedingt physisch, aber emotional stärkeren - MitbewohnerInnen gemacht. Typische Schädigungsbilder, wie Initiativlosigkeit, passive Abhängigkeit, apathische resignierende Grundstimmung (SUHRWEISER, 1997), verhinderten den Aufbau eines autonomen Selbstkonzeptes.

„Das Schlimmste war, daß ihr früher in der anderen Gruppe die Haare ausgerissen wurden. Ganz extrem. Sie hat sich die früher ausziehen lassen und sich nicht gewehrt. Eine andere Bewohnerin hat das gemacht. Sie ist praktisch jahrelang Opfer gewesen, von dieser Bewohnerin. Die hat das mit allen gemacht, die sich nicht wehren konnten.“

(Frau Dreher, 26 Jahre, Erzieherin, seit 5 Jahren im Heim tätig, über Frau Johannis, 43 Jahre, seit dem 1. Lebensjahr im Heim)

„Mit den Auseinandersetzungen ist das so eine Sache. Die Andrea macht ja nichts. Da kann Barbara ihr ein Veilchen haun. - Sie wehrt sich nur beim Essen, wenn ihr jemand was wegnehmen will. Da kämpft sie bis auf's letzte. Sonst hält sie still.“

(Herr Hennecke, 42 Jahre, Erzieher, seit 15 Jahren im Heim tätig)

„Ja, der Markus war vorher auf einer Gruppe, die hatten da nur Angriffe körperlicher Art. Die haben sich gegenseitig alle angegriffen. Und der Markus war ja schwach - und langsam. Der hat sich dann immer noch selbst verletzt. Er hat ja den ganzen Kopf kaputt, alles zerschlagen. Da haut er sich noch heute drauf.“

(Frau Becker, 51 Jahre, Erzieherin, seit 3 Jahren im Heim tätig, über Herrn Engel, 28 Jahre, seit dem 3. Lebensjahr im Heim)

Die Auswirkungen des Deprivationssyndroms auf die sozialen Bindungen, insbesondere die enorme pathologische Opferbereitschaft, können anhand des vorliegenden Materials nicht eruiert werden; aber: die zur Symptomatologie der Deprivation gehörende Soziose mit den Hauptsymptomen der

sozialen Apathie und Aggression (hier als selbstverletzendes Verhalten) scheint die Opferrolle zu disponieren.

Zusammenfassend können folgende Erkenntnisse gewonnen werden: Befragt nach Art und Ausmaß von Konflikten, schildern BewohnerInnen und Personal übereinstimmend Auseinandersetzungen auf Bewohnerebene. Konflikte mit dem Betreuungspersonal werden von Bewohnerseite vermutlich aus Angst vor Repression, Verlust sozialer Bindungen und autoritärer Strukturen in der Regel nicht öffentlich. 8% der MitarbeiterInnen berichten von physischer Auseinandersetzung, die sie selbst mit BewohnerInnen hatten, vor allem infolge von massiven Fremdaggressionen. Die Verletzungen, die sie dabei erlitten haben, sind zum Teil erheblich: mehrtägige Krankschreibungen aufgrund von Gehirnerschütterungen, Biß- und Kratzwunden, Frakturen und Prellungen im Oberkörperbereich. Weitere 10% berichten von starken Rückenschmerzen infolge direkter oder indirekter Konfrontation mit fremdaggressivem Verhalten. Die Formen der physischen Auseinandersetzung auf Bewohnerebene unterscheiden sich von denjenigen Angriffen, die auf das Personal verübt werden: Während unter BewohnerInnen spezifische Formen der Gewalt auftreten (in absteigender Prävalenz: Schlagen auf den Kopf, sog. „Kopfnüsse“, Schubsen, An-den-Haaren-Ziehen oder Haare-Ausreißen, Anspucken, Schlagen auf den Thorax, Treten), werden die Aggressionen gegenüber den MitarbeiterInnen eher unspezifisch geschildert (Anfassen und Wegdrücken, Kratzen, Schlagen, Beißen). Als Konfliktursachen werden von den MitarbeiterInnen genannt (wieder in absteigender Prävalenz):

- Abreagieren erlebter Frustrationen am Arbeitsplatz/Werkstatt
- Aggressive Überreaktionen aufgrund eines hohen Lärmpegels und enger räumlicher Nähe der BewohnerInnen
- Sog. „Gängeln“ und Kommandieren der MitbewohnerInnen aus einer kognitiven Machtposition heraus unter Imitieren eines autoritären Erziehungsstils
- Verhaltensauffälligkeiten, insbesondere Wiederholungszwänge und Reinszenierung früherer Erlebnisse
- Allgemeine Fremdaggressionen bzw. aggressive Grundhaltung ohne aktuell erkennbaren Anlaß.

Als Konfliktorte werden genannt: erstens die Wohngruppe (70%), zweitens Busfahrten zur Werkstatt bzw. zum Arbeitsplatz (8%); drittens Werkstatt/Förderbereich/Arbeitsplatz (14%) und viertens das Heimgelände (8%).

Daß Konflikte zum Zusammenleben dazugehören, steht außer Frage. Ausschlaggebend für den hier zu untersuchenden Aspekt, war aber herauszufinden, wieviele der BewohnerInnen *dauerhafte* Konflikte mit ihren MitbewohnerInnen haben und wieviele von diesen Auseinandersetzungen auf

physischer Ebene ausgetragen werden. Es ging dementsprechend darum, diejenigen Konflikte herauszufiltern, die wiederholt und massiv auftreten und damit nicht nur erheblich die Lebensqualität beeinflussen, sondern auch von Gewalt im eigenen Lebensraum berichten. Abb. 5.4.1.1.1 zeigt, daß etwa jede zweite HeimbewohnerIn dauerhafte Konflikte mit denjenigen Menschen hat, mit dem er oder sie zusammenlebt. In der Gruppe der Langzeituntergebrachten (> 15 Jahre) steigt der Prozentsatz auf etwa 84%. Während in der ersten Gruppe BetreuerInnen und BewohnerInnen zu einer relativ homogenen Einschätzung hinsichtlich der Konflikte kommen, divergiert die Beurteilung in der zweiten Gruppe erstaunlich: Hier bestätigen nur 65% der BewohnerInnen, daß sie dauerhafte Konflikte mit ihren MitbewohnerInnen haben. Eine mögliche Ursache könnte in einem desensibilisierten Konflikt- bzw. Gewaltverständnis liegen, wie es auch Kap. 5.5 bei hospitalisierten BewohnerInnen aufzeigt. Ebenfalls unterschiedlich hoch ist der Anteil der *körperlichen* Konflikte in beiden Gruppen. Während in der ersten Gruppe etwa jede vierte dauerhafte Auseinandersetzung physisch ausgetragen wird, ist es in der Gruppe der langzeituntergebrachten Personen fast jede zweite. Auch hier wird der Anteil der körperlichen Konflikte wieder von den BewohnerInnen selbst niedriger angegeben.

Anteil der dauerhaften Konflikte unter BewohnerInnen, nach Dauer der Heimunterbringung

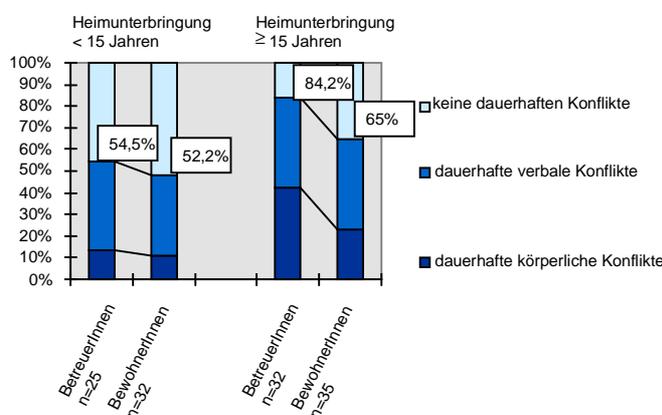


Abb. 5.4.1.1.1

Haupterkennnisquelle ist somit, daß bei Personen, die über einen langen Zeitraum institutionell betreut werden, der Anteil dauerhafter Konflikte höher ist und daß fast jede zweite Auseinandersetzung körperlich ausgetragen wird. Beobachtet und aufgedeckt werden müssen sie jedoch vom Personal. Es läßt sich nämlich eine deutlich verringerte Wahrnehmung oder Fähigkeit, diese Konflikte zu schildern, bei dieser Bewohnergruppe feststellen.

5.4.1.2 Ressourcen der BewohnerInnen: System der Hilfen und Möglichkeiten des Empowerments

Von zentraler Bedeutung für den Umgang mit Konflikten ist die Frage, welche Möglichkeiten den BewohnerInnen offen stehen, sich in psychisch oder physisch bedrohlichen Situationen Unterstützung und Hilfe zu sichern. Egal, ob es sich hierbei um Gefahren von außen, beispielsweise aus Werkstatt oder Nachbarschaft, oder um Konflikte aus dem sozialen Nahraum, der Wohngruppe oder der Familie, handelt; ob ein konkreter Vorfall oder eine bereits länger andauernde Verschlechterung des Wohnklimas Anlaß zur Sorge gibt; entscheidend ist, wie tragfähig und funktionell ist ihr soziales Netz, um Angriffe auf ihre psychisch-physische Integrität abzuwehren? Schon seit einigen Jahren wird die Nützlichkeit des Empowerment-Konzepts für die Bereiche Wohnen und Arbeit geistig behinderter Menschen diskutiert und mittlerweile auch für die Ubiquität sexueller Übergriffe (THEUNISSEN, 1995, 204ff). Empowerment als Form der Selbst-Bemächtigung setzt dabei auf die Durchsetzung einer größtmöglichen Kontrolle und Verfügung über die eigenen Lebensumstände (ebd., 11) - und das jenseits des traditionellen Netzes sozialer Hilfen. Es geht also davon aus, daß auch geistig behinderte Menschen, die oft lebenslang fremdbestimmt gelebt haben und entmutigt wurden, selbst Entscheidungen zu treffen und Handlungsspielräume selbständig zu nutzen, die Fähigkeit zur Selbstbestimmung und die Kompetenz, ihre Angelegenheiten selbst zu regeln, haben, daß diese lediglich aktiviert bzw. geweckt werden müssen (ebd., 61).

Eine Form der *emanzipatorischen Beteiligung* im Wohngruppengeschehen ist die Wahl und Funktion von „GruppensprecherInnen“, wobei hier wieder kritisch angemerkt werden muß, daß das System der Heimmitbestimmung zu den *direktiv gesteuerten Hilfen* gehört und in seiner normativen Bezugsbasis auf die Institution kein autonomes soziales Rollenhandeln darstellt. In der Befragung der BewohnerInnen zeigte sich jedoch, daß in den Wohngruppen mit einem explizit hohen Stellenwert des/der WohngruppensprecherIn Konflikte als erstes hier gemeldet werden, wogegen die MitarbeiterInnen überhaupt nicht damit rechnen, daß Konflikte über die Sprecherfunktion transparent gemacht werden. Die enorme Bedeutung der gewählten SprecherInnen für ein potentiell Sichtbarwerden von Konflikten oder deren Regulierung wird von ihnen völlig unterschätzt. An wen sich BewohnerInnen wenden, wenn sie von Gewalt bedroht sind, zeigt die Abb. 5.4.1.2.1.

Abhängig vom Heimtyp nennen sie *unterschiedliche Anlaufstellen*, bei denen sie sich Hilfe und Unterstützung erhoffen. In kleinen Wohnheimen sind in zwei Drittel aller Fälle die jeweilige Bezugsperson unter den MitarbeiterInnen erste Anlaufstelle für Probleme und Krisen. Es folgt das übrige Personal und der offizielle Beschwerdeweg über die Heimleitung. Aber an dritter

Stelle - noch vor den Familienangehörigen - werden die GruppensprecherInnen als Kontaktpersonen genannt. Das System der Gruppenvertretung wird dagegen von den BewohnerInnen in den Großeinrichtungen im Rahmen der Gewaltprävention nicht in Betracht gezogen. Dafür würde sich der gleiche Prozentsatz (rund 10%) an die Polizei wenden; eine Maßnahme, die wiederum in kleinen Wohnheimen überhaupt nicht erwähnt wurde.

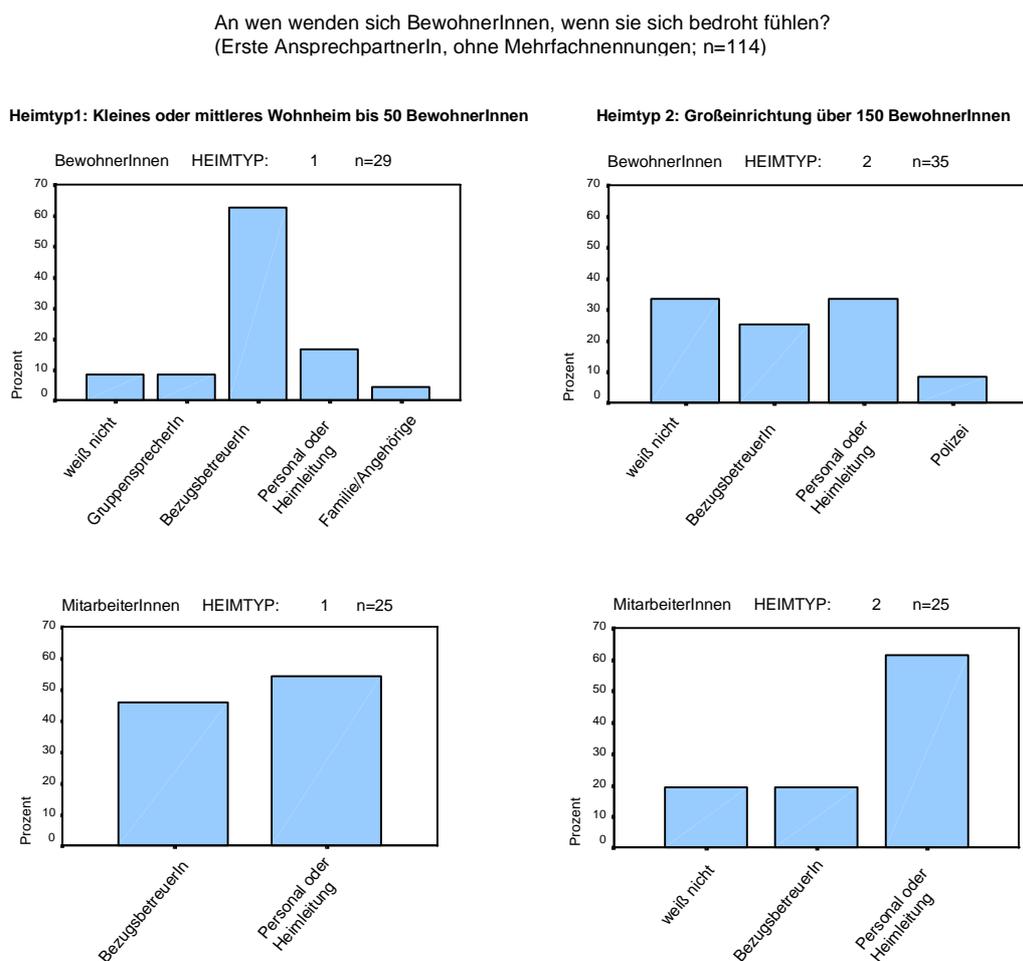


Abb.: 5.4.1.2.1

Der Anteil der Personen, die nicht wissen, an wen sie sich im Ernstfall wenden können, ist hier besonders hoch: Dreimal so viele Personen wie in den kleinen Wohnheimen haben keine Vorstellung davon, wer ihnen helfen könnte. Eine ähnliche Unsicherheit ist ebenfalls beim Personal der Großeinrichtungen zu konstatieren: 20% können keine Anlaufstelle für ihre BewohnerInnen nennen; in den kleinen Wohnheimen lag dieser Prozentsatz bei Null. In den Großeinrichtungen konnte also nicht für alle BewohnerInnen ein

verlässliches Hilfesystem vermittelt werden, eine Tatsache, die mit der Hilflo-sigkeit des Personals zusammenzuhängen scheint. Auffällig ist ferner, daß die BewohnerInnen sich offensichtlich ganz konkrete AnsprechpartnerInnen für Problemsituationen wünschen. Wer keine feste BezugsbetreuerIn hatte, nannte statt dessen eine bestimmte Vertrauensperson. Davon gingen die MitarbeiterInnen, vor allem in den Großeinrichtungen (63%), jedoch nicht aus: Sie vermuteten, daß die BewohnerInnen sich an jede MitarbeiterIn wenden würden.

Wie sehr die Vorstellungen der BewohnerInnen und des Personals, wo Hilfe zu beziehen sei, auseinanderlaufen, verdeutlicht folgendes Bezugspaar:

„An wen kann sich Antje wenden, wenn sie sich bedroht fühlt?“ „Ja, rein theoretisch könnte sie das jedem sagen. Wenn sie Probleme mit dem Team hat, könnte sie auch zum Heimleiter gehen. Sie könnte auch zur gesetzlichen Betreuerin gehen, daß die eine andere Unterbringung einleitet. Oder ihr Neurologe wäre auch ein Ansprechpartner.“
(Herr Wiese, 29 Jahre, Sozialpädagoge, seit 1 Jahr im Heim tätig)

„Zu wem gehen Sie, wenn Sie sich bedroht fühlen?“ „Dann gehe ich nach dem Rolf (Herr Wiese). Ich sach' dann zu ihm, ich hab' Angst.“
(Frau Lockemann (Antje), 43 Jahre, seit dem 7. Lebensjahr im Heim)

Es gibt aber auch MitarbeiterInnen, die sich für Gewalt- bzw. Konfliktprä-vention einfach nicht zuständig fühlen:

„An wen kann sich Susanna wenden, wenn sie sich bedroht fühlt?“ „An keinen. Sie würde es einfach nicht tun. Ob sie es kann, weiß ich nicht. Sie würde es einfach nicht tun.“ „Können Sie den Susanna schützen?“ „Nö, ist nicht meine Aufgabe. Das ist etwas, was ich für sie nicht tragen kann, was ich auch nicht möchte. Dadurch helfe ich ihr nicht.“
(Herr Paßmann, 24 Jahre, Heilerziehungshelfer, seit 5 Jahren im Heim tätig)

„An wen kann sich Mario wenden, wenn er sich bedroht fühlt?“ „Mario wendet sich an gar keinen. Sein erster Schritt ist Autoaggression. Dann zieht er sich zurück. Nach einer Phase kommt er dann mit Fragen oder Gewissensproblemen zu mir. Das ist aber sehr selten.“ „Können Sie ihn denn schützen?“ „Nein. Ich bin nicht dafür da, ihn zu schützen.“
(Herr Bender, 25 Jahre, Erzieher, seit 4 Jahren im Heim tätig)

BewohnerInnen sind ebenfalls davon abhängig, daß ihre *Glaubwürdigkeit* nicht in Frage gestellt wird. Es sind spezifische Persönlichkeitsmerkmale, die bei geistig behinderten Menschen immer wieder zur Diskussion stehen, wenn der Kern dessen, was sie anprangern (besonders beim sexuellen Mißbrauch), gesellschaftlich erheblich tabuisiert ist: Nach BECKER (1995, 97) sind es Intelligenz, Phantasietätigkeit, Realitätsbezug, Wahrnehmungs-, Ge-

dächtnis- und Verbalisierungsleistungen, Ausdrucksverhalten, Sozialverhalten, Suggestibilität und der enorme Anpassungsdruck, sich als sozial erwünscht darzustellen. Auch folgende Bewohnerinnen möchten, nachdem man ihnen einmal nicht geglaubt hat „nie wieder was sagen“- zu sehr enttäuscht sind sie von der mangelnden Bereitschaft, die von ihnen geschilderte Realität zur Kenntnis zu nehmen:

„Da wo ich früher gewohnt hab', in dem Heim an der Elbe, da waren mal so ganz komische Kerle, bei den Schulkindern, also uns. Ich bin nachts zur Toilette, da hat mir einer aufgelauret. Mit einem Messer. Der hat gesagt, auf der Speichertreppe, 'ich stech' Dich tot!' Das war das Schlimmste. Mir hat das keiner geglaubt. Die haben alle gesagt, ich spinne. Das stimmte aber. Die Schwestern hatten gesagt am nächsten Tag, die Haustür war offen. Da waren die Kerle reingeschlichen.“
(Frau Kahn, 65 Jahre, seit dem 10. Lebensjahr im Heim)

„Zu wem gehen Sie, wenn Sie sich bedroht fühlen?“ „Weiß ich nicht. Kann ich zu keinem gehen.“ „Und wo suchen Sie Schutz?“ „Weiß ich nicht. Ich krieg' kein Recht. (...) Ich sach' nichts mehr, hat doch keinen Zweck.“
(Frau Kollibabe, 63 Jahre, seit dem 17. Lebensjahr im Heim)

Wichtige Folgerung aus diesen Ergebnissen ist, daß BewohnerInnen in ihrer Suche nach Unterstützung vorrangig auf bestimmte Personen (in der Regel die BezugspartnerIn) konzentriert sind - und damit in höchstem Maße von ihnen bzw. ihrer individuellen Sichtweise des Problems abhängig sind. Zudem befinden sie sich nicht selten einer institutionell gewachsenen Abhängigkeit, die auf Anpassung an den Standpunkt der BezugsbetreuerIn drängt:

„Was ist denn, wenn Sie mal eine andere Meinung haben als ihre Bezugsbetreuerin?“ „Die hat ja immer recht, die Frau Berger. Ich muß auf sie hören. Ich darf nicht auf andere hören. Wenn andere was sagen, ist das immer gelogen. Ich soll auf sie hören!“
(Frau Brahm, 38 Jahre, seit 10 Jahren im Heim)

Die Ressourcen, die beispielsweise MitbewohnerInnen, allen voran die gewählten GruppensprecherInnen, bieten, werden dagegen kaum genutzt. Schutz wird vor allem bei nichtbehinderten Menschen gesucht - und forciert damit das „heimliche Betreuungskonzept“ der gestützten Abhängigkeit (LINGG/THEUNISSEN, 1993, 94f; THEUNISSEN/PLAUTE, 1995, 59f), nach dem die BetreuerInnen ein Hilfsmonopol haben, daß jegliche Versorgung ausschließlich über sie zu beziehen sei. Auch Kinder bieten in den Augen der so sozialisierten BewohnerInnen immer noch mehr Hilfe und Schutz als die MitbewohnerInnen:

„Wo suchen Sie Schutz?“ „Bei meinem Bruder, bei meiner Schwester, bei Mutter und bei meiner Schwägerin, und bei meinen Nichten.“ „Sind die nicht viel zu klein, um Ihnen zu helfen?“ „Nee, die eine geht doch schon in die Schule. Die können mich doch schützen!“
(Herr Kintop, 35 Jahre, seit 2 Jahren im Heim)

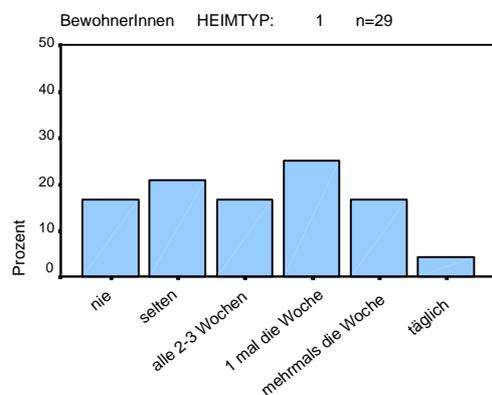
Eine Voraussetzung, daß das Hilfesuch von BewohnerInnen auch Erfolg hat, ist immer das offene Ohr der MitarbeiterInnen, aber auch ein Raum, in dem ungestört und vertraulich gesprochen werden kann. Daß dieser nicht unbedingt zur Verfügung steht, wird von den BewohnerInnen eindringlich bedauert:

„Haben Sie die Möglichkeit, mit Ihrer Betreuerin auch mal ganz alleine zu sprechen?“ „Das könnte ich. Das ist schwierig. Dann kommt Manuela rein, und dann verliere ich wieder den Kontakt. Ich hab' dann schon mal einen Ausraster gekriegt.“
(Frau Busch, 30 Jahre, seit dem 4. Lebensjahr im Heim)

29,2% der BewohnerInnen geben an, daß sie mit ihren BetreuerInnen eigentlich nur im Beisein der anderen MitbewohnerInnen sprechen können; 62,5% haben die Möglichkeit zu regelmäßigen intensiven Einzelgesprächen ohne die Störung von anderen. Auch die MitarbeiterInnen machen auf diese Problematik aufmerksam. 18% kritisieren, daß bei dringend notwendig geführten Gesprächen meistens erst eine „Gelegenheit“ abgewartet werden muß: eine besonders gute Personalbesetzung, die genug Raum für den Rückzug ermöglicht, was mitunter auch schon mal ein bis zwei Wochen dauern kann. Gespräche würden dann „geschoben“. Die Abb. 5.4.1.2.2 zeigt im Überblick, wie häufig Einzelgespräche in den befragten Einrichtungen überhaupt möglich waren. Sichtbar wird sofort, daß in den großen Einrichtungen tendenziell seltener Einzelgespräche möglich sind (im Durchschnitt ca. alle zwei bis drei Wochen) als in den kleinen Einrichtungen (einmal bis mehrmals die Woche), wobei die Einrichtungen keine verbindliche Absprache hatten, wie häufig überhaupt Gespräche geführt werden sollen. So konnte es durchaus auch in den kleinen Einrichtungen MitarbeiterInnen geben, die nie Einzelgespräche führen sowie in den Großeinrichtungen Personen, die sich bemühten, ein tägliches Gespräch zu führen. Einerseits spielt offenbar persönliches Engagement eine große Rolle, andererseits war die schlechte Personalbesetzung in den Großeinrichtungen ein zu großes Hemmnis für mehr individuelle Betreuung. Auffällig war ebenfalls, daß in den Wohngruppen mit einem klar abgesprochenen Bezugspersonen-System generell mehr persönliche Gespräche wurden als in den Gruppen ohne feste AnsprechpartnerInnen.

Häufigkeit von Einzelgesprächen zwischen BewohnerInnen und MitarbeiterInnen (n=114)

Heimtyp1: Kleines oder mittleres Wohnheim bis 50 BewohnerInnen



Heimtyp 2: Großeinrichtung über 150 BewohnerInnen

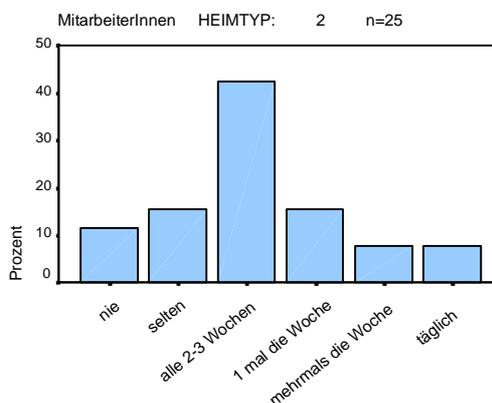
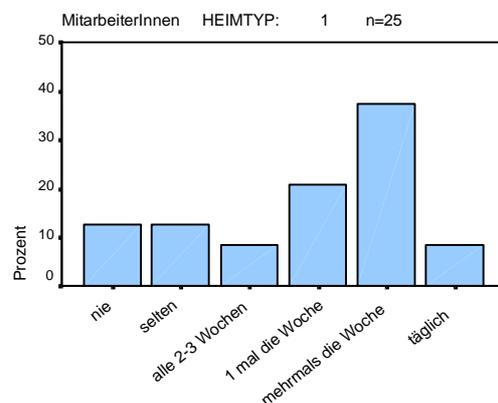
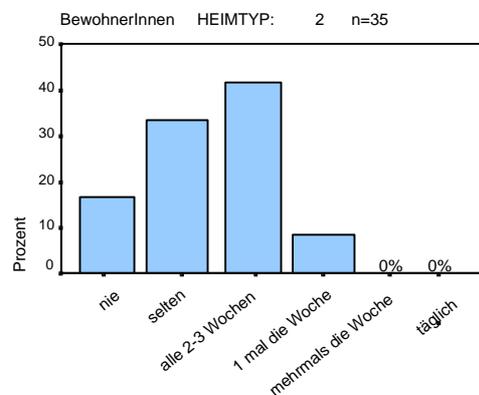


Abb. 5.4.1.2.2

Ganz offensichtlich fühlten sich die MitarbeiterInnen stark an dieses Beziehungssystem gebunden. Die Angaben der BewohnerInnen, wie häufig diese Gespräche tatsächlich stattfinden, weichen leicht von den Angaben der MitarbeiterInnen ab. Sie schätzen die Prävalenz geringer ein. Etwa die Hälfte von ihnen wünschte sich häufigere Gespräche mit ihren BetreuerInnen - vor allem ohne Störung durch andere. Ein letzter Kritikpunkt ist, daß Einzelgespräche laut Personal oftmals außerhalb der Dienstzeiten stattfinden müssen - und dementsprechend schwierig zu terminieren sind.

Die sozialen Ressourcen der BewohnerInnen sind, wie Kapitel 5.2 bereits gezeigt hat, begrenzt und Einzelgespräche mit Vertrauenspersonen nicht immer zum gewünschten Zeitpunkt verfügbar. Das Postulat der Empowerment-Philosophie, die Entwicklung und Stärkung von eigenen Handlungsmustern, um negativen Einflüssen selbstbewußt entgegen treten zu können, findet dort seine Grenzen, wo BewohnerInnen *handlungsunfähig* werden, weil

sie einfach keine Unterstützung finden. Die Förderung von Handlungsfähigkeit und Handlungsorientierung im Sinne einer handlungbezogenen Didaktik nach MÜHL (1979) wird daher für die Aktivierung wichtiger Empowermentprozesse unerlässlich (vgl. auch STICHLING, 1995, 102ff). Daß sich geistig behinderte Menschen im sozialen Raum einer Institution „Heim“ selbstbewußt handelnd bewegen und eine gewisse, von ihren BetreuerInnen unabhängige Handlungsautonomie entwickeln, hängt eben auch davon ab, ob *selbstbestimmende Elemente des Handelns bewußt angefordert* werden. Allerdings ist hier anzumerken, daß die Institution Heim nicht wie die Schule einen didaktisch gestalteten Erfahrungsraum für diese Art von Lernprozessen zur Verfügung stellt.

5.4.2 **„Ich sag’ immer: Behinderte sind chronisch faul.“ – Typische Konfliktbereiche zwischen Personal und BewohnerInnen**

Der titelgebende Ausspruch einer Mitarbeiterin - bezogen auf die mangelnde Bereitschaft der BewohnerInnen ihrer Wohngruppe zur Übernahme von gemeinschaftlichen Pflichten wie Reinigung und Tischdienst - drückt aus, daß als passiv oder „faul“ geschilderte BewohnerInnen eine subjektive (Mehr-)Belastung des Personals bedeuten. In den Bereichen, in denen sich MitarbeiterInnen in helfenden Berufen besonders belastet fühlen, sind fast immer auch diejenigen Bereiche, in denen Konflikte kumulieren (vgl. hierzu auch RUTHEMANN, 1993; DIEBENBACHER/SCHÜLLER,1993). Hier trägt entscheidend dazu bei, daß das bewohnerorientierte Arbeitsverständnis von Begleitung, Förderung und Unterstützung der Selbstverwirklichung als ganzheitlicher Prozeß durch die Belastung mit reiner Pflegearbeit, medizinischer Versorgung - und noch viel gravierender - durch Putz-, Aufräum- und Verwaltungsarbeit konterkariert wird.

Für die MitarbeiterInnen öffnet sich damit die Schere zwischen ihren Ansprüchen an die Arbeit, also ihren subjektiven Vorstellungen von Heil- oder Sonderpädagogik, und der beruflichen Realität - und zwar umso mehr, wenn die Arbeitsbedingungen, unter denen gefördert und gepflegt wird, sich durch Personalnotstand und beschränkte räumliche Standards verschlechtern.

Es war daher aufschlußreich zu erfahren, welche Bereiche der Versorgung und der pädagogischen Arbeit eine hohe Belastung für das Personal darstellen und ob sich ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Konflikten und der Höhe des Unterstützungsbedarfs der BewohnerInnen zeigt.

Zunächst: was sind die Alltagsbereiche, in denen Konflikte zwischen Personal und BewohnerInnen besonders häufig auftreten, und zwar deshalb, weil sog. „Problemverhalten“ der BewohnerInnen die pädagogische Routine durchbricht? Abb. 5.4.2.1 zeigt die Prävalenz konfliktreichen Verhaltens in den wichtigsten Versorgungsbereichen. Unter den Verrichtungen und Hilfestellungen der physischen Versorgung ist der Bereich „Mahlzeiten“ der konfliktreichste, gefolgt von „Körperpflege/Toilette“ und „Kleidung/An- und Ausziehen“. In diesen drei Bereichen der *körpernahen* Hilfen ist auffällig, daß in Großeinrichtungen das inhärente Konfliktpotential latent höher eingeschätzt wird als in kleinen Wohnheimen. In den Bereichen, die das soziale Leben betreffen, verhält es sich genau umgekehrt: Hier bemängeln die MitarbeiterInnen der kleinen Wohnheime eine höhere Konfliktwahrscheinlich

Alltagsbereiche, in denen sich "Problemverhalten" von BewohnerInnen am häufigsten zeigt, nach Heimtyp (n=50)

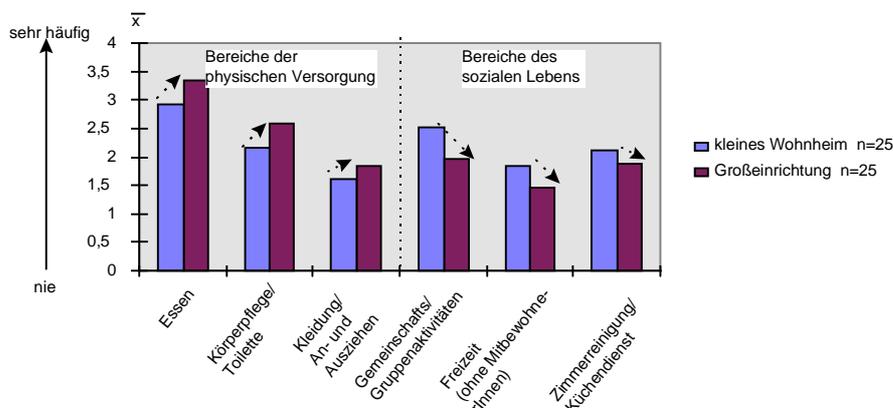


Abb.: 5.4.2.1

keit. Als Beispiele für typische Betreuer-Bewohner-Konflikte, die eben in den hier genannten Bereichen auftreten, werden genannt:

- **Bereich „Mahlzeiten“:** Streß durch (das mitunter auch räumlich beengte) Zusammenkommen der ganzen Wohngruppe; nicht nur das Essen, sondern auch Konflikte „kommen auf den Tisch“; Verweigerung/Ignoranz der BewohnerInnen gegenüber der Tischgemeinschaft, absichtlich unpünktliches Erscheinen zu den Mahlzeiten; absichtliches Beschmieren mit Nahrungsmitteln; Entwenden von Lebensmitteln.
- **Bereich „Körperpflege/Toilette“:** Räumliche Enge/Begrenztheit der Wasch- und Duschräume und daraus resultierendes Einhalten von Duschplänen; Verletzung der Intimsphäre bei hohem Hilfebedarf.
- **Bereich „Kleidung/An- und Ausziehen“:** Weigerung von BewohnerInnen, gegenüber zweckmäßiger Kleidung oder regelmäßigem Wechseln der (Unter-)Wäsche; Wegnahme von Wäschestücken unter den BewohnerInnen.
- **Bereich „Gemeinschafts/Gruppenaktivitäten“:** Allgemeine Verweigerungshaltung gegenüber mühevoll geplanten Freizeitaktivitäten; Passivität; Verhaltensauffälligkeiten, die zu Gruppenkonflikten führen.
- **Bereich „Individuelle Freizeitgestaltung“:** Selbstverwirklichung „auf Kosten anderer“ wie lautes Musikhören, stunden- bzw. nächtlanges Fernsehschauen.
- **Bereich „Zimmerreinigung/Küchendienst“:** Disziplinlosigkeit; Antriebslosigkeit („Faulheit“); Selbstüberschätzung bei Verrichtung der individuellen Pflichten.

Im nächsten Schritt ist von Interesse, in welchen Bereichen die beschriebenen Konflikte zwischen Personal und HeimbewohnerInnen auch körperlich ausgetragen werden. Auch wenn etwa 10% der Befragten schon im Vorfeld bekundeten, in ihrer Einrichtung gäbe es kein „körperliches Tätigwerden“ im Zusammenhang mit Konflikten, so räumen aber dennoch andere MitarbeiterInnen derselben Einrichtung ein, daß es zu „Körperkontakten“ infolge häufiger und immer wiederkehrender Auseinandersetzungen kommt. Typische Beispiele sind hier, daß BewohnerInnen, die nach mehrmaliger Aufforderung nicht reagieren, zum Essen an den Tisch „gezogen“ werden, gegen den Willen zur Toilette „gebracht“ werden oder morgens aus dem Bett „geschoben“ werden. Keine dieser Handlungen impliziert in ihrer Absicht Gewalt, und dennoch können gerade hier Aufschaukelungsprozesse entstehen, im Verlaufe derer intendiertes Verhalten fehlläuft und daraus Pflegegewalt entsteht. Daß gerade die körpernahen Bereiche der physischen Versorgung, in denen es ohnehin zu engem Körperkontakt zwischen Personal und HeimbewohnerInnen kommt, besonders für Konflikte auf physischer Ebene anfällig sind, zeigt Abb. 5.4.2.2.

Anteil der körperlichen Konflikte in den verschiedenen Alltagsbereichen nach Heimtyp (n=50)
(Einschätzung des Personals)

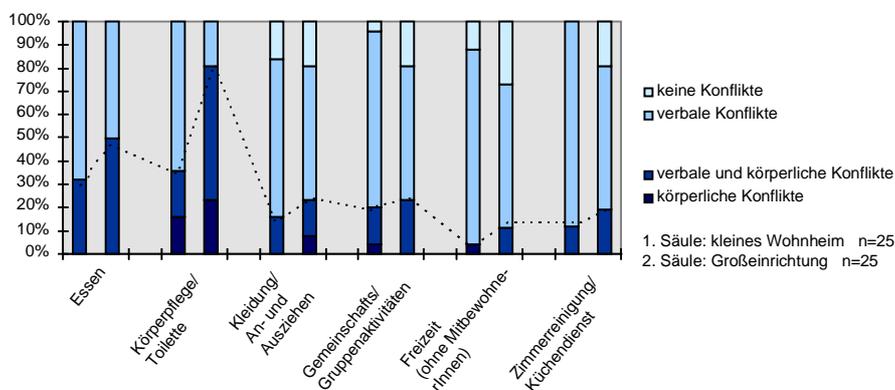


Abb. 5.4.2.2

Aus den Gesprächen geht ferner hervor, daß jeder Dritte in kleinen Wohnheimen und jeder Zweite in Großeinrichtungen auf die Gefahr im Bereich Mahlzeiten hinweist, daß aus verbalen Auseinandersetzungen körperliche werden. Im Bereich Körperpflege/Toilette ist es in kleinen Einrichtungen ebenfalls jeder Zweite, aber in Großeinrichtungen äußern 80%(!) der Befragten Bedenken. Gegenüber diesen beiden Problembereichen fallen die anderen geradezu ab. Hier ist es nicht mal jeder Fünfte, der physische Auseinander-

dersetzung mit BewohnerInnen befürchtet. Auch hier fällt wieder ins Auge, daß in den Großeinrichtungen der Anteil bzw. die Gefahr für körperliche Konflikte zwischen Personal und BewohnerInnen tendenziell in allen Bereichen, eklatant aber beim Essen und der Körperpflege, größer ist. Auffällig ist ebenfalls, daß es im Rahmen der Körperpflege einen relativ hohen Prozentsatz rein körperlicher Konflikte gibt (16% in kleinen Einrichtungen, 23% in Großeinrichtungen), die nicht verbal maßregelnd begleitet werden, sondern bei denen ohne weitere Erläuterungen physisch eingegriffen wird.

Im dritten Schritt sollte überprüft werden, ob die größten Konfliktbereiche auch diejenigen Bereiche sind, in denen BewohnerInnen auf hohe Unterstützung durch das Personal angewiesen sind - d. h., handelt es sich hier um Versorgungsbereiche, in denen die Machtasymmetrie aufgrund individueller Abhängigkeit besonders groß ist? Abb. 5.4.2.3 zeigt, daß die konfliktträchtigsten Bereiche - Essen und Körperpflege - auch diejenigen Bereiche sind, in denen die Abhängigkeit der BewohnerInnen von den Unterstützungsleistungen des Personals am größten empfunden wird. Im Schnitt stufen 60% der MitarbeiterInnen die individuell empfundene Abhängigkeit beim Essen und der Körperpflege als besonders groß ein. Grafisch deutet sich somit bereits ein Zusammenhang zwischen dem jeweiligen Konfliktpotential der beiden Versorgungsbereiche (Abb. 5.4.2.2) und der Höhe der Abhängigkeit der BewohnerInnen in gerade diesen Bereichen an (Abb. 5.4.2.3).

Alltagsbereiche, in denen die Abhängigkeit der BewohnerInnen vom Personal subjektiv am größten eingeschätzt wird, nach Heimtyp (n=50)

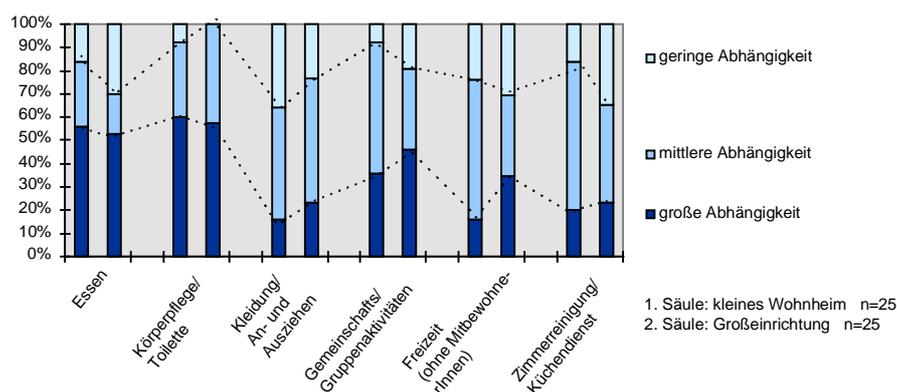


Abb. 5.4.2.3

Mittels der Kreuztabelle (Abb. 5.4.2.4) kann dieser Zusammenhang expliziert werden. Der Anteil der körperlichen Konflikte wird höher, je größer die subjektiv empfundene Abhängigkeit der BewohnerInnen von Versorgungsleistungen wird. In den auffälligen Bereichen Mahlzeiten und Körperpflege

räumen unter denjenigen MitarbeiterInnen, die den Unterstützungsbedarf der BewohnerInnen besonders hoch einschätzen, 51,7% körperliche Konflikte bei Mahlzeiten ein und sogar 73,3% bei der Körperpflege. Auch bei konfliktärmeren Bereichen wie den Gruppenaktivitäten oder der individuellen Freizeitgestaltung ist dennoch ein Anstieg der körperlichen Konflikte mit Zunahme des Unterstützungsbedarfs zu verzeichnen.

Zusammenhang zwischen Abhängigkeit der BewohnerInnen und Konflikten mit dem Personal in verschiedenen Alltagsbereichen, Kreuztabelle (n=51)

Bereich: Mahlzeiten	Abhängigkeit der BewohnerInnen			Gesamt	
	gering	mittel	groß		
verbale Konflikte	9 81,8 %	7 63,6 %	14 48,3 %	30	58,8%
körperliche Konflikte	2 18,2 %	4 36,4 %	15 51,7 %	21	41,2%
Gesamt	11 100,0%	11 100,0%	29 100,0%	51	100,0%

Bereich: Körperpflege/Toilette	Abhängigkeit der BewohnerInnen			Gesamt	
	gering	mittel	groß		
verbale Konflikte	2 100,0%	11 57,9%	8 26,7%	21	41,2%
körperliche Konflikte	0 0,0%	8 42,1%	22 73,3%	30	58,8%
Gesamt	2 100,0%	19 100,0%	30 100,0%	51	100,0%

Bereich: Kleidung/An- und Ausziehen	Abhängigkeit der BewohnerInnen			Gesamt	
	gering	mittel	groß		
verbale Konflikte	13 86,7%	20 76,9%	8 80,0%	41	80,4%
körperliche Konflikte	2 13,3%	6 23,1%	2 20,0%	10	19,6%
Gesamt	15 100,0%	26 100,0%	10 100,0%	51	100,0%

Bereich: Gemeinschafts- und Gruppenaktivitäten	Abhängigkeit der BewohnerInnen			Gesamt	
	gering	mittel	groß		
verbale Konflikte	7 100,0%	16 69,6%	17 81,0%	40	78,4%
körperliche Konflikte	0 0,0%	7 30,4%	4 19,0%	11	21,6%
Gesamt	7 100%	23 100%	21 100%	51	100,0%

Bereich: Individuelle Freizeitgestaltung	Abhängigkeit der BewohnerInnen			Gesamt	
	gering	mittel	groß		
verbale Konflikte	14 100,0%	21 87,5%	12 92,3%	47	92,2%
körperliche Konflikte	0 0,0%	3 12,5%	1 7,7%	4	7,8%
Gesamt	14 100,0%	24 100,0%	13 100,0%	51	100,0%

Bereich: Zimmerreinigung/ Küchendienst	Abhängigkeit der BewohnerInnen			Gesamt	
	gering	mittel	groß		
verbale Konflikte	12 92,3%	24 88,9%	7 63,6%	43	84,3%
körperliche Konflikte	1 7,7%	3 11,1%	4 36,4%	8	15,7%
Gesamt	13 100,0%	27 100,0%	11 100,0%	51	100,0%

Abb.: 5.4.2.4

Es konnte also aufgezeigt werden, daß in Bereichen, in denen der Bedarf an körpernahen Unterstützungsleistungen besonders hoch ist - wie Essen und Körperpflege - die Gefahr für physische Auseinandersetzungen zwischen Personal und BewohnerInnen zunimmt. Dieser Zusammenhang ist bereits

aus der Mißhandlungsforschung im Bereich der Alten- und Pflegeheime sowie der familialen Gewalt bekannt (vgl. DIEBENBACHER/SCHÜLLER, 1993, RUTHEMANN, 1993; HARTDEGEN, 1997). Auch in dieser Befragung zählen die körpernahen Interaktionen, die einen hohen Pflege- oder Aufmerksamkeitsbedarf erfordern, zur Topographie der Bedingungsfaktoren von Gewalt.

5.4.3 **„Vielleicht reicht auch schon die bloße Anwesenheit von kräftigen Pflegern“ - Was ist „Problemverhalten“?**

In diesem Kapitel soll es darum gehen, ob aus der Perspektive der MitarbeiterInnen bestimmte *Eigenschaften* der BewohnerInnen ausgemacht werden können, die als besonders „problematisch“ im Hinblick auf Konflikte gelten. In der gängigen Fachliteratur wird von sog. „Problemverhalten“ gesprochen (z. B. ARIANS, 1996; ACKERMANN, 1994; SEIFERT, 1996); fast nirgendwo wird jedoch ausgeführt, welche spezifischen Verhaltensweisen damit gemeint sind. Daß diese aber nach DIEBENBACHER/SCHÜLLER (1993, 32ff), DENZER (1996, 502ff) und HARTDEGEN (1997, 103ff) eskalierende Belastungen in Pflegesituationen schaffen und daher dringend untersucht werden sollten, scheint Konsens zu sein. Im Kontext dieser Studie konnte ein *Komplex aus insgesamt zwölf Verhaltensweisen* ausgemacht werden, die aus Mitarbeitersicht zu gravierenden Konflikten mit den betreuenden Personen führen können. Dabei handelt es sich vorrangig um Eigenschaften, die ihren Ursprung in einem generell asymmetrischen Machtverhältnis zwischen Pflegenden und PatientInnen, zwischen Betreuten und BetreuerInnen haben. Um sich ein Stück der ungleich verteilten Macht zurückzuerobieren, setzen BewohnerInnen häufig ihnen noch verbleibende Mittel wie Nörgeln, Verweigerungen etc. ein, was sie selbst stärken, aber den Tagesablauf der Wohngruppe empfindlich stören kann. Unter dem sog. Problemverhalten werden Eigenschaften subsumiert, deren Auftreten im Gruppenalltag zu erheblichen erzieherischen oder verhaltenstherapeutischen Maßnahmen sowie strukturellen Restriktionen führen kann und deshalb in dieser Untersuchung nicht unbeachtet bleiben soll. Als ausführende Kräfte obliegt es den MitarbeiterInnen, auf Anweisung, eigener Überzeugung oder empfundener Hilflosigkeit gegenüber dem sog. Problemverhalten, den Freiheits- und Entfaltungsspielraum einzelner BewohnerInnen räumlich, psychisch, physisch, kognitiv, kommunikativ oder sozial einzuschränken, um einen geregelten Tagesablauf zu gewährleisten, Nachteile für andere BewohnerInnen zu vermeiden oder aber, und das - nicht zuletzt - sich selbst zu schützen.

„Ich hatte einen Bewohner, da war ich Springer, der wollte keine Mahlzeiten zu sich nehmen. Ich wollte ihm das auch zugestehen. Ich wollte

das nicht in ihn reinprügeln. Er hatte den ganzen Tag nichts gegessen, wollte aber abends Süßes. Hab' ich ihm nicht gegeben. Und dann ging's los: Er wollte dann mit Blumentöpfen und Stühlen werfen. Ich hatte dann Angst. Ich hab' dann gesagt, 'und wenn Du jetzt wirfst...'. Ich hab' ihm dann eine Stulle angeboten und daß er dann Süßes essen kann. Die hat er nicht genommen. Ich hab dann mit ihm gekämpft. Er wollte in den Hauswirtschaftsraum - hab' ich ihn nicht gelassen. Ich konnte dann vier Tage nicht laufen, so haben wir uns festgehalten. Ich habe am ganzen Körper gezittert. Er hat dann geheult, und ich habe ihn dann ignoriert. Am späten Abend habe ich gesagt, 'ich bin wieder da, dann essen wir und machen uns einen schönen Abend'. Das hat dann auch geklappt. Ich konnte zwar nicht laufen, habe nur halbwegs meinen Dienst gemacht. - Ich habe da schon oft erlebt, daß man sich stark macht. Aber man sollte überlegen, ob man das mit Gewalt macht. Sehr gründlich sollte man sich das überlegen. Wenn das nicht klappt, hat man auch einfach verloren. Die Situation würde dann immer wieder kommen. Man kann nicht immer nur auf Kontra gehen. In diesem Moment war das richtig, es hat geklappt. Würde man das wiederholen, bleibt man selbst kein Mensch bei. Vor dem nächsten Tag hatte ich ganz schön Bammel, ein bißchen Angst. Wenn sich das wiederholt, was machst Du dann?"

(Frau Dreher, 26 Jahre, Erzieherin, seit 5 Jahren im Heim tätig)

Trotzdem wird MitarbeiterInnen nicht unbedingt die Tragweite ihrer Reaktion auf „Problemverhalten“ bewußt. Häufig sind es nicht offen ausgetragene Konflikte oder massive Aggressionsausbrüche von BewohnerInnen, sondern vielmehr das latente „Schwelen“ konfligierendes Verhaltens, das MitarbeiterInnen belastet und das strukturelle Gewalt in Form von Ausgrenzung, Nichtbeachtung, Entzug von Zuwendung, Begrenzung von Bewegungsspielräumen etc. duldet. Deshalb sollen nun diejenigen Verhaltensweisen betrachtet werden, die aus Sicht der MitarbeiterInnen eine große Rolle für Konflikte mit dem Betreuungspersonal spielen.

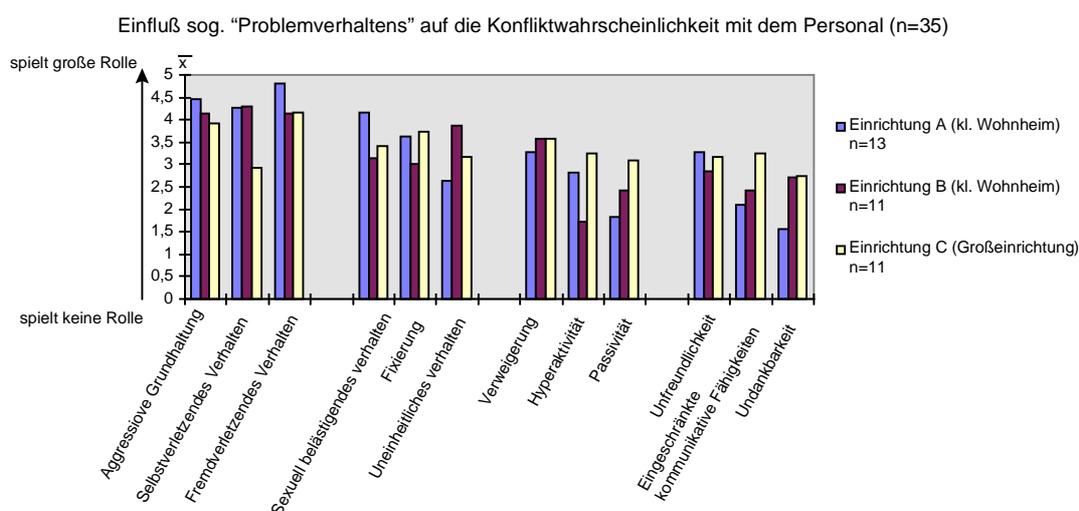


Abb.: 5.4.3.1

Abb. 5.4.3.1 listet die zwölf wichtigsten Eigenschaften sog. „Problemverhaltens“ auf und zeigt gleichzeitig die Größe des Zusammenhangs zwischen bestimmten Verhaltensweisen und Konflikten mit dem Personal.

Auffällig ist hier, daß die Einschätzung der MitarbeiterInnen keineswegs homogen ist, sondern differenziert nach *unterschiedlichen Heimen* ergeben sich durchaus größere Abweichungen im Meinungsbild. Der Einfluß der Ausbildung des Personals, die Erfahrung im Bereich der Heimarbeit oder die Größe der Einrichtung sowie die Tatsache, ob die MitarbeiterInnen in einer Wohngruppe mit hospitalisierten, also ohnehin verhaltensauffälligen Personen arbeiteten, war hier nur verschwindend gering und wird deshalb nicht dargestellt; dagegen spielte es eine große Rolle, in welcher Einrichtung das Personal beschäftigt war.

Es ist also anzunehmen, daß so etwas wie eine heiminterne Ideologie, eine einrichtungsspezifische Sichtweise des „Problemverhaltens“ existiert und MitarbeiterInnen sich unbewußt an ihr orientieren. Ausdifferenziertes soziales Wissen wird eben nicht nur über die Ausbildung, sondern auch über die regelhafte Alltagskommunikation innerhalb der Institution vermittelt. Große Unterschiede zwischen Einrichtungen existieren beispielsweise in Beurteilung und Umgang mit selbstverletzendem Verhalten, Hyperaktivität, Passivität oder „Undankbarkeit“ von BewohnerInnen.

Während bei allen anderen Eigenschaften ihre mögliche Rolle für Konfliktpotential bereits vermutet werden kann, überrascht zunächst der Aspekt der „Undankbarkeit“. Aus der Pflegeforschung ist jedoch bekannt, daß ausbleibende positive Rückmeldungen auf Dauer verheerende Auswirkungen auf das Arbeits- und Selbstverständnis der HelferInnen haben können, die letztendlich einen Machtmißbrauch fördern. Von der „Absolutheit der Werte“ und dem „Paradoxon des Helfens“ ist vielfach die Rede. Ersteres besagt, daß die emotionale und helfende Zuwendung einen derart unumstößlichen zentralen Wert in helfenden Berufen erfährt, daß die HelferInnen in eine Ambivalenzsituation geraten (SCHMIDBAUER, 1979). Einerseits möchten sie positive Werte vermitteln und darüber die eigene Wertschätzung erhalten, andererseits möchten sie ihre eigene Autorität wahren und nicht ausschließlich im Interesse der Betreuten agieren. Das Paradoxon des Helfens meint zweitens, daß sich HelferInnen in einer psychologischen Patt-Situation befinden, weil sie a) auf positive Rückmeldung (den „Dank“) für ihre erbrachten Hilfeleistungen sozial-emotional angewiesen sind, aber b) ihr Arbeitsauftrag lautet, die Betreuten so unabhängig wie möglich von Hilfe und Unterstützung zu machen. Über den Ablauf der Gefühlsregulierung in sozial-pflegerischen Berufen ist jedoch wenig bekannt (OVERLANDER, 1994); es ist aber anzunehmen, daß sie nicht unabhängig von institutionellen Merkmalen wie Mitarbeiterführung, Teamstruktur etc. betrachtet werden kann.

Wenden wir uns jedoch wieder denjenigen Verhaltensweisen zu, von denen sich die MitarbeiterInnen am stärksten in ihrem Handeln beeinflusst bzw. bedroht fühlen. Über 80% nennen an erster Stelle die Angst vor Fremdaggressionen. Die folgende Mitarbeiterin schildert, wie sehr sie sich von den Angriffen eines kräftigen Bewohners fürchtet und wie wenig pädagogisch deregulierend interveniert werden kann, wenn Handwerker oder andere Bewohner um Hilfe gebeten werden müssen:

„Gegen diesen Bewohner, der damals hier war, hätte ich die anderen nicht schützen können. Tja, was haben wir da gemacht? - Wir haben uns dann an andere Bewohner gewandt, die kräftig sind. Die mußten uns dann helfen, wenn wir alleine im Dienst waren. Oder wir haben dann Handwerker, die gerade im Haus waren, gerufen. Die haben uns dann geholfen, die ihn dann festgehalten haben und ihn geschüttelt haben, 'komm mal zur Besinnung'. Das ist schon richtig, daß er in die Geschlossene gekommen ist, wo dann kräftige Pfleger sind. Vielleicht reicht auch schon die bloße Anwesenheit von kräftigen Pflegern.“

(Frau Jonas, 51 Jahre, Krankenschwester, seit 7 Jahren im Heim tätig)

Aggression wird dabei als ein nur schwer zu kontrollierendes, fremdes Verhalten gesehen, oft als „Kampf“ innerhalb gruppeninterner Selbstbehauptungsprozesse. Verwendete Termini wie „Rangfolge“ liegen dabei assoziativ nah an der *Biologisierung* des Verhaltens:

„Körperliche Aggressivität, das ist eigentlich das einzige, was mich in schwierige Betreuungssituationen bringt. Hier die Aggressivität von Samuel beispielsweise, das ist ja auch eine Bedrohung für diejenigen Mitarbeiter, die Angst vor ihm haben. (...) Mit den Bewohnern hat er ja auch Auseinandersetzungen. Äußern tut sich das nur im Beißen. Das hängt auch nur mit dem Personal zusammen: Er hat mit uns Streit gehabt und reagiert sich dann an den Bewohnern ab, wenn wir es nicht sehen. Bestimmt, auf alle Fälle kommt das vor, früher sogar mehrmals am Tag. Bei 30 Bewohnern? Sicherlich! Da wurde dann die Rangfolge ausgefochten, die Bewohner haben sich alleine beschäftigt und miteinander gekämpft. Haben sich z. B. die Mahlzeiten gegenseitig weggeklaut.“

(Frau Helmer, 25 Jahre, seit 4 Jahren im Heim tätig)

Aggression ist jedoch nicht immer dasjenige Verhalten, das am schärfsten sanktioniert wird. Zu tiefgreifend ist der Wandel der Sichtweisen von Aggression in den letzten zwei Jahrzehnten. Die Unterdrückung, Kontrolle und „Bändigung“ unerwünschter aggressiver Ausdrucksformen durch medikamentöse oder physische Fixierung sowie rigide Verhaltensmodifikation ist nicht mehr soziale Norm der Heilpädagogik, sondern die Norm ist zu einem Set an Möglichkeiten geworden, das eben auch Aggression als Form der Kommunikation und Interaktion zuläßt. Daß aber gerade die älteren MitarbeiterInnen häufig noch das alte Bild der Devianz in ihrer Ausbildung vermittelt bekamen, schildert der folgende Interviewauszug:

„Meine letzte Amtshandlung des Tages war, die Leute um 19 Uhr nach dem Duschen in die Schutzjacken zu stecken, sie auch an Händen und Füßen im Bett festzuschnallen. Da war meistens ein Bettgitter, an dem man sie festmachen konnte. (...) Schlimm erinnere ich mich an den Schlüsselbund, den ich immer bei mir trug. Da war der Steckschlüssel dran, den steckte man nur rein, und dann war der zu oder auf. Ich war erst 15 Jahre alt und mußte das machen. (...) Wenn man abends so mit wenigen im Dienst war und ein Bewohner aggressiv wurde, dann wurde mit dem Arzt gedroht, der dann Paral-Hydril spritzt oder mit Elektroschocks kommt. Das Wort 'Paral' zu nennen, hat meistens schon gereicht. - Das war schon hart.“

(Frau Theilen, 47 Jahre, Krankenschwester mit heilpädagogischer Zusatzqualifikation, seit 2 Jahren im Heim tätig)

Zu den ebenfalls sanktionierten Verhaltensweisen gehören neben der Aggression auch Abweichungen wie Einnässen und Einkoten. Die folgende Mitarbeiterin schildert, daß es zu der programmatischen Errichtung eines regelrechten Strafregisters kam, das gewaltsame und entwürdigende Methoden quasi über mehrere Mitarbeitergenerationen bis heute tradierte. Auch hier wird wieder deutlich, daß gruppeninterne Absprachen existieren, die so etwas wie eine „heimliche Heimordnung“ konstituieren:

„Ich weiß gar nicht so richtig, wie das da alles abgelaufen ist. Also bei uns ist es ja so, wir haben verschieden Gruppen, so in verschiedenen Häusern. Da weiß man ja gar nicht immer, wie die anderen so arbeiten. Jede Gruppe hat ihren eigenen Leiter, ihr Eigenleben unter einem Bereichsleiter. Wir haben da immer die Tendenz gehabt, uns abzuschotten, daß da nicht reingekuckt wird, also bei den verschiedenen Gruppen und Häusern. Ja, und dann war das so, daß in einem Haus eine Leiterin ein Strafregister eingeführt hat. Wenn einer mal ins Bett gemacht hat, gab's kein Essen, oder er wurde halt kalt abgeduscht oder mit dem Schlauch abgespritzt. Das war so negatives Sanktionieren. Da gab's so ein richtiges Strafregister. Die haben das übertrieben. Die Gruppe hat einfach ein Eigenleben bekommen. Auch als die Leiterin weg war, jeder, der neu hinzukam, mußte das System übernehmen, konnte damit dann jonglieren. Das hat dann eine richtige, ja, Eigendynamik bekommen. Mir frißt das die ganze Lebensenergie weg, immer diese Geschichten, die auf Negativem aufgebaut sind. Ich kann so nicht arbeiten. Es ist alles so negativ! Die Behinderten haben ja Störungen von oben bis unten, da ist so wenig Positives.“

(Frau Taube, 56 Jahre, Krankenschwester, seit 12 Jahren im Heim tätig)

Wie wichtig ein positives Teamgefühl gerade für die Verhinderung struktureller Gewalt durch Routinen („Das haben wir immer schon so gemacht!“) ist, wird an folgendem Auszug deutlich:

„Wenn ich ehrlich sage, der Bewohner wollte heute nicht zur Toilette, kriege ich vielleicht einen Tip von der Kollegin: ‘Du, ich mach das so und so.’ Aber viele sagen das gar nicht, wie sie das machen. Geben das nicht zu, wenn sie versagen. Teambereitschaft ist deshalb, mit recht, sehr wichtig. Dadurch kann man viel erreichen. Gerade wo sich die Bewohner nicht sprachlich äußern können, müssen da die Mitarbeiter umso mehr tun. Je schwerer der Grad an körperlicher und geistiger Behinderung ist, umso schwieriger ist es, pädagogische Lösungen zu finden. Weil zu wenig Rückmeldung von den Bewohnern kommt. Das ist oft dann eine Pädagogik ins Blaue hinein. Oft versucht man was, aber es kommt eigentlich zu wenig Rückmeldung. Wenn man da Bewohner hat, die sich wenigstens sprachlich äußern können, dann kann man Probleme ganz anders bewältigen. (...) Wenn man sich mit den anderen unterhält, reflektiert man auch. Bei Mitarbeitern, die verschlossen sind, ist das schwierig. Oder ältere Mitarbeiter, die können häufig nicht mehr weiter. Die haben eine so eingeschliffene Routine, daß man sich selbst davor schützen muß. Man muß sich Gedanken dazu machen, was man da eigentlich tut. Nicht nach einem Schema handeln, ‘das habe ich immer schon so gemacht. Das ist richtig so’.“

(Frau Dreher, 26 Jahre, Erzieherin, seit 5 Jahren im Heim tätig)

Die MitarbeiterInnen betonen immer wieder die enorme Bedeutung einer als „Innenschau“ betriebenen Reflexion, wünschen sich aber auch Kontrollinstanzen, die verhindern, daß mit eingeschliffenen Routinen wie „langes Kaf-fetrinken in Dienstzimmer“ die Flucht vor den problematischen Situationen angetreten wird:

„In anderen Einrichtungen, da sitzen die Betreuer im Dienstzimmer und trinken Kaffee. Die kümmern sich so wenig um die Bewohner. Und kriegen auch gar nicht mit, was da läuft. Ich hab das ja auch mitgemacht, ich weiß, wovon ich spreche. Hier ist das alles ganz anders. Hier würde das gar nicht passieren. Wir haben hier gute Kontrollinstanzen: die Eltern, die Heimleitung. Die gucken uns schon auf die Finger.“

(Herr Kaiser, 39 Jahre, Erzieher, seit 12 Jahren im Heim tätig)

Was ansonsten noch zum sog. „Problemverhalten“ von BewohnerInnen gerechnet wird und MitarbeiterInnen in schwierige Betreuungssituationen bringt, kann der folgenden Auflistung entnommen werden:

- Auftreten von Fremdaggressionen (80%), vor allem wenn MitarbeiterInnen allein im Dienst sind;
- Selbstüberschätzung der BewohnerInnen, die dadurch die ständige Kontrolle und Aufsicht der MitarbeiterInnen erfordern (14%)
- Nichteinhalten von Regeln, Disziplinlosigkeit (10%)

- Konfliktsituationen bei Spazier- oder Einkaufsgängen durch Angriffe auf Passanten (10%)
- Verweigerungsverhalten; Affektschwankungen (8%)
- Vertrauensbrüche gegenüber dem Personal, z. B. durch Diebstahl oder Beschimpfungen (4%)
- Weglauftendenzen (8%)

Bevor abschließend die vielfältigen semantischen Bedeutungen der Aggression und des Problemverhaltens bearbeitet werden, soll noch auf die Funktion stereotyper Zuschreibungen im Rahmen spezifischer Bewohnereigenschaften eingegangen werden. Die im Verlauf der Interviews geäußerten klischeehaften Charakterisierungen („Er ist halt ein Menschen mit Down-Syndrom“, „Behinderte sind chronisch faul“, „sind voller Störungen“ etc.) sollten nicht nur negativistisch unter dem Aspekt sprachlicher Diskriminierung betrachtet werden, sondern ihr Zweck scheint es auch zu sein, eine objektiv nicht gegebene Normalität zu spiegeln, sich der eigenen psychosozialen und emotionalen Intaktheit zu vergewissern und verständnissichernde Strategien für den kommunikativen Umgang aufzubauen. Auch wenn jeder dieser Sprachautomatismen einen defizitären Ansatz widerspiegelt, also von reduzierten Kompetenzen der Bewohnerinnen ausgeht, kann daraus nicht geschlossen werden, daß sie nicht auch eine Ausgleichsfunktion für die MitarbeiterInnen haben können.

Zum Schluß soll noch auf die sprachlichen Ungenauigkeiten verwiesen werden, die im Umgang mit Termini wie Problemverhalten und Aggression entstehen. Wie bereits in Kap. 4.3.2 beschrieben, macht das *semantische Differential* Abweichungen in der *konnotativen Bedeutung* von zentralen Begriffen deutlich. Daß Aggression einen Komplex aus Eigenschaften darstellt, der sich in verschiedenen Sprachhandlungen niederschreibt, konnte bereits vermutet werden. Was nämlich Aggression tatsächlich inhaltlich chargiert, ist von so vielen gesellschaftlichen, pädagogischen und nosologischen Konventionen, aber vor allem individuellen Sichtweisen und subjektiven Erfahrungen abhängig, daß eigentlich von *der* Aggression gar nicht gesprochen werden kann. Zweifelsohne liefert die Erhebung des begrifflichen Differentials, d. h., die assoziative Bewertung des Begriffs Aggression unabhängig von ihrem Verwendungszusammenhang, aber in Repräsentanz eines bestimmten sozialen Merkmals, hier dem Geschlecht, eine (sprach-)analytische Überraschung: Denk- und handlungsleitend ist nicht der isolierte Begriff „Aggression“, sondern erst seine begriffslogische oder semantische Bestimmung.

Semantisches Differential: Konnotative Bedeutung des Begriffs "Aggression" (n=50)
(Profildiagramm der Mittelwerte)

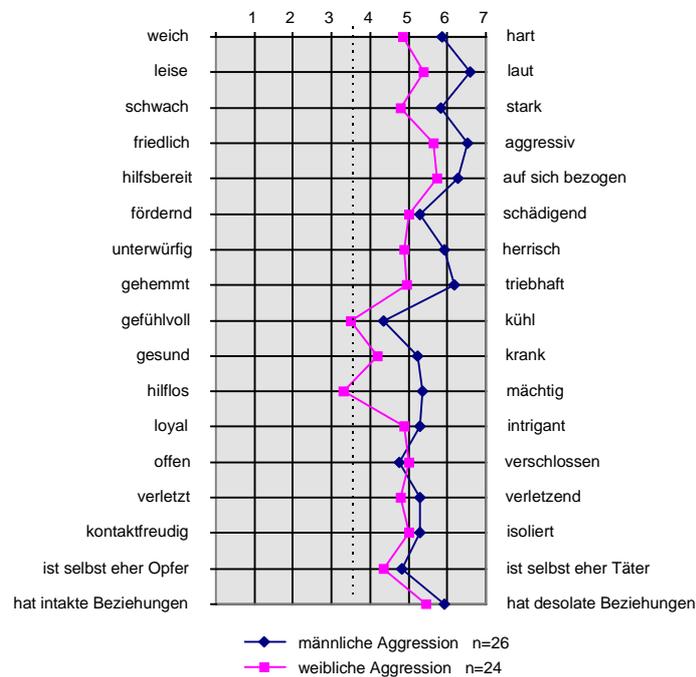


Abb. 5.4.3.1

Die in Abb. 5.4.3.1 aufgelisteten reflexiven Adjektive sind in ihrem intentionalen Bezug eng mit der Aggression verbunden und werden dennoch intentional unterschiedlich - und zwar abhängig vom Geschlecht - beschrieben. Mit der Erhebung der Daten konnte also ein bestimmtes geschlechtsspezifisches Deutungsmuster ausgemacht werden: Eine Gruppe der MitarbeiterInnen wurde gebeten, männliches aggressives Verhalten assoziativ zu bestimmen, die andere weibliches. Die Auswertung der getrennt voneinander erhobenen Daten zeigt, daß in der Regel das aggressive Verhalten von Bewohnern durchgängig härter in seiner Ausprägung bewertet wird als das von Bewohnerinnen. Besonders deutlich wird dieses Differential in zwei Bereichen. Erstens in der äußerlichen Wahrnehmung: Männliche Aggression wird lauter, stärker und härter wahrgenommen als weibliche. Zweitens - und das betrifft vor allem die Interaktion - wird es als triebhafter, herrischer und durchaus krank beschrieben. Es scheint vor allem ein Verhalten zu sein, das geistig behinderten Männern Macht verleiht, geistig behinderten Frauen jedoch keineswegs. Auf der Achse „Hilflosigkeit - Macht“ befinden sich die weibliche Aggression eher auf neutraler Position. Es konnten hiermit also unbewußte, geschlechtspezifische Zuschreibungsprozesse sichtbar gemacht werden, die handlungswirksame Einstellungen oder Verhaltensdispositionen gegenüber der Aggression von Bewohnerinnen und Bewohnern nicht unberührt lassen.

5.5 Moralische Bewertung von Konflikten des Wohnalltags: Der Umgang mit pädagogischen Dilemmasituationen

Die insgesamt sieben programmatischen Konfliktfälle, die dem Heimpersonal und BewohnerInnen zur Bewertung vorgelegt wurden, illustrieren die unterschiedlichen Facetten der Erziehungsgewalt in der tagtäglichen Ausübung pädagogischer Arbeit im Heim. Fast alle der befragten MitarbeiterInnen bestätigen im Anschluß an das Interview, daß ihnen die bearbeiteten Fallbeispiele aus ihrem Arbeitsalltag vertraut oder zumindest bekannt sind. Auch die BewohnerInnen verweisen auf ähnliche Vorkommnisse in ihrer eigenen Wohngruppe. Sämtliche Konfliktfälle (siehe Übersicht Kap. 4.2.2) behandeln dabei mehr oder weniger das Thema Gewalt: entweder in Form der Ausübung *personaler* Gewalt („Zum Duschen zwingen“, „Treten als Erziehungsmittel“) oder als Duldung *struktureller* Gewalt („Vorenthalten von Mahlzeiten“, „Freiheitsentziehende Maßnahmen“). So wird mehr oder minder offen der Gewaltcharakter des pädagogischen Handelns offenbart und in direkte Konfrontation mit Erziehungs- oder Aufsichtspflichten gesetzt: Im Fallbeispiel 1 („Zum Duschen zwingen“) prallen die Maxime „Ablehnung von körperlicher Gewalt“ und „Gesundheitsfürsorge/Körperhygiene“ aufeinander; in Fallbeispiel 7 („Festsetzen im Rollstuhl durch Klapptisch“) die „Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen“ versus „Wahrung der Aufsichtspflicht“. Allen Beispielen ist dennoch gemeinsam, daß sie auf die Attributisierung „Gewalt“ verzichten und es lediglich den UntersuchungsteilnehmerInnen im Interview überlassen bleibt, ob sie im Zusammenhang mit den beschriebenen Situationen den Begriff Gewalt verwenden wollen oder nicht. Darüber hinaus war es aufschlußreich zu erfahren, wie viele Personen die Handlung des Fallbeispiels rein pädagogisch bewerten oder sie aber als Handlung mit Gewaltcharakter interpretieren. Eine weitere, schärfere Bewertung der Fallbeispiele hätte bedeutet, eine Handlung nicht nur als Gewalt zu diffamieren, sondern auch ihre strafrechtliche Relevanz zu erkennen, wie beispielsweise bei den Konfliktfällen mit - in der Regel nicht genehmigten - freiheitsentziehenden Maßnahmen (Fallbeispiel 5 „Einschließen“ und Fallbeispiel 7 „Festsetzen im Rollstuhl“).

Die MitarbeiterInnen aber verwenden den Gewaltbegriff nur äußerst behutsam. Im Gespräch umgehen bzw. umschreiben sie den Begriff und ersetzen ihn durch Konflikt, Aggression oder Konfrontation. Das Übergehen des Gewaltbegriffs drückt sich auch in der Vermeidung der letzten Skalenstufe „Es handelt sich um Gewalt“ aus (siehe auch Kap. 5.5.2) Die Verurteilung dessen, was als „Gewalt“ - mit allen persönlichen oder strafrechtlichen Konsequenzen - bezeichnet werden kann, fällt dem Gros der MitarbeiterInnen schwer. Dagegen praktizieren die BewohnerInnen einen offeneren Umgang mit dem Begriff. Die Erläuterung „Das is' doch Gewalt, was die da machen!“ wird von

ihnen wesentlich häufiger verwendet als von den in diesem Punkt eher zurückhaltenden MitarbeiterInnen.

5.5.1 „Das find ich nich' guut.“ – Über die undefinierbarkeit des Prädikats „gut“ in der moralischen Argumentation und die Schwierigkeit einer Systematisierung von Urteilen geistig behinderter Men- schen

Im Rahmen der untersuchten Konfliktfälle operierten über 90% der befragten geistig behinderten TeilnehmerInnen mit dem Antagonismus gut/nicht gut. Die moralische Bewertung eines vorgelegten Konfliktfalls wurde jeweils unter Verwendung der positiven Phrase „Das find' ich gut“, begleitet durch bestätigendes Kopfnicken und Lächeln, oder aber durch seine verneinende Verwendung, „Da find' ich nicht gut.“, bestätigt durch heftiges Kopfschütteln, abwehrende, empörte Haltung oder ruckartiges Zurücklehnen des Oberkörpers, eingeleitet. Auf die synonyme Entsprechung von verbaler Sprache und non-verbalem Ausdruck wurde präzise geachtet, um einen Urteilsfehler infolge der Tendenz vieler geistig behinderter Menschen zu euphemisierenden und sich immer wieder selbst bestätigenden Bekundungen aususchalten (vgl. NIEDECKEN, 1989, 11f zur Paraphrasierung und Funktionalisierung des Tributs Wohlbefinden).

Nun können aber allein auf der Grundlage der Bedeutung des Prädikats „gut“ keine moralischen Axiome gebildet werden, zu weit ist die konnotative Bedeutung des Begriffs. Aber es war auch nicht möglich, statt dessen die UntersuchungsteilnehmerInnen aufzufordern, mit anderen Termini zu arbeiten. Die Gefahr, damit ein bestimmtes sprachliches Abstraktionsniveau zu überschreiten, hielt ich für zu hoch. Ein Weg, die TeilnehmerInnen verunsichernde Verbaldefinitionen zu umschiffen und ihnen zu ermöglichen, in eigener Wortwahl die Werturteile zu fällen, eröffnete sich durch die in jeder klientenzentrierten Gesprächsführung verwendete Methode der Begriffssubstitution. Da Moralurteile immer synthetischen Charakter haben (ENGELS, 1993, 111) lieferte die Umkehrmethode, also das Nachfragen, was denn in diesem Fall „gut“ wäre, relativ präzise Kategorisierungen. Die jeweilige Antwort der TeilnehmerInnen gab nun Aufschluß, ob die Konfliktfälle in der Tragweite ihres moralische Dilemmas erfaßt werden konnten:

- (1) Die das Moralurteil enthaltene Antwort mußte sich auf eine eindeutig identifizierbare Handlung beziehen, der Konflikt mußte mit eigenen Worten reproduzierbar sein.
- (2) Es mußte eine unmißverständliche Aussage gemacht werden, warum eine bestimmte Person - unter realen oder vorgestellten Umständen - eine Handlung tun oder unterlassen sollte.

Diese begründende Explikation von „gut“ war notwendig, um es aus der alltagssprachlichen Verwendung, bei der äußerst viele Situationen unter dem Gebrauch des Prädikats „gut“ bewertet werden, herauszulösen (vgl. ebd.).

Wie aber wurden nun die Konfliktfälle von den geistig behinderten TeilnehmerInnen erfaßt? Als systematisch kognitiv induzierte Konflikte (KREIBICH-FISCHER/SILBEREISEN/VOGEL, 1980, 383) mußten die Befragten vier Stufen der Konfliktbearbeitung durchlaufen:

- (1) *Aufmerksamkeit*: Wird eine Divergenz zwischen der eigenen Erwartung und dem tatsächlichen, also abweichenden Ausgang der Situation wahrgenommen?
- (2) *Auffassung als Konflikt*: Die Unterschiede zwischen Erwartung und Ergebnis müssen affektiv als konfligierend erlebt werden.
- (3) *Perspektivenübernahme*: Wie der Konflikt kognitiv durchgearbeitet wird, hängt entscheidend von der Perspektivenübernahme ab (z. B. reflektieren die Befragten die Situation aus ihrer eigenen Perspektive oder aus der der BetreuerInnen).
- (4) *Strukturelle Reorganisation*: Kommt es zu einem höheren Verständnis der Situation, d. h., werden beispielsweise verallgemeinernde Grundsätze für den Umgang mit der Situation geäußert (vgl. ebd.)?

Hier ein Beispiel für die kognitive und affektive Durcharbeitung des Konflikts:

Konfliktfall 3:

„Der 40jährige Thorsten tritt dem Zivi seiner Wohngruppe häufig und mit Absicht schmerzhaft gegen die Schienbeine. Der Zivi hat sich angewöhnt, in gleichem Maße zurückzutreten.“

„Auch doof. Wieso wird denn da getreten? (Erl.: Abweichung von der eigenen Erwartung wird als konfligierend erlebt [doof].) Manche Leute, die zurücktreten, müssen lieb behandelt werden. (Erl.: Perspektivenübernahme 1: BetreuerInnen) Wenn der Thorsten aggressiv ist, liegt es an den Medikamenten. (Erl.: Perspektivenübernahme 2: Suche nach objektivierbarem Grund [Medikamente] Das ist ein Unterschied: Wenn der Thorsten den Zivi tritt, ist das in Ordnung. Umgekehrt nicht. (Reorganisation 1: [BetreuerInnen dürfen nicht zurückschlagen] - (Überlegt) Ach, doch. Ach, nee, der Zivi soll zurückschlagen, der soll sich nicht alles gefallen lassen. (Reorganisation 2: [Sich nicht alles gefallen lassen]) Aber die Bewohner auch nicht! (Perspektive 3: BewohnerInnen)“
(Frau Busch, 30 Jahre, seit dem 4. Lebensjahr im Heim)

Diese Bewohnerin operiert auf einer hohen Stufe der Konfliktbearbeitung, weil sie nicht nur zwischen „Selbst“ und „Anderer“ differenziert, sondern gleich mehrere Perspektiven miteinander verkettet und potentielle Ursachen für den Konflikt antizipiert. Dagegen ist es bei vielen anderen geistig behinderten Befragten auffällig, daß diese den Konflikt vorab negieren, indem sie zügig die Perspektive des Personals als ausschließliche Sichtweise übernehmen. Der Konflikt wird gar nicht erst durchgearbeitet und die Situation als „gut“ oder „o. k.“ empfunden:

„Ja, is' o. k. Der Zivi darf das. Das ist doch auch ein Betreuer, 'ne?
(Herr Vogel, 31 Jahre, seit 5 Jahren im Heim)

BewohnerInnen, bei denen sehr schnell deutlich wird, daß sie den Konflikt infolge vermeintlich betreuerkonformer Antworten vermeiden, ist meistens ein gewisses Angstpotential wahrnehmbar. Sie lassen es im Wohnalltag erst gar nicht auf eine Konfrontation mit BetreuerInnen ankommen:

Konfliktfall 1:

„Der 23jährige Martin weigert sich, regelmäßig zu duschen. Jeden Samstag zwingen ihn zwei männliche Betreuer unter heftiger Gegenwehr dennoch unter die Dusche.“

„Also, ich höre *sofort* auf Marina (Anm.: Bezugsbetreuerin). *Sofort*, höre ich auf die. *Sofort. Sofort.* Ruckzuck geht das. Das ist kein Problem für mich. Dann gehe ich *sofort!*“
(Frau Seibel, 31 Jahre, seit 4 Jahren im Heim)

„Wenn die sagen, ich soll duschen, dann gehe ich *sofort* dahin.“
(Frau Weber, 29 Jahre, seit 2 Jahren im Heim)

Die angeführten Beispiele weisen auf das enorme Spektrum der individuellen Bearbeitungsweisen hin. Obwohl das gleiche Phänomen beschrieben wird, sind die darin enthaltenen Handlungs- und Situationsdeutungen der ProbandInnen nicht äquivalent. Der eine Teil der Befragten exploriert das dargebotene Dilemma gezielt wie Frau Busch und bewältigt somit den Konflikt. Damit werden nach ECKENSBERGER (1993, 350ff) Ich-Prozesse in Gang gesetzt, deren reflexiv-intrazeptive Ebene die moralischen Urteilsstrukturen implizieren. Umgekehrt bedeutet aber die Aktivierung von Abwehrprozessen wie bei Frau Seibel und Frau Weber nicht zwangsläufig eine mangelnde Bewältigung des Konflikts. Wie aber soll man nun zu einer Systematisierung der moralischen Urteile gelangen, wenn die kognitive Erfassung, die soziale Perspektivenübernahme und der affektive Bezug so unterschiedlich verlaufen, wie in den o. g. Beispielen? Der Befund mag trivial klingen, aber fast alle geistig behinderten UntersuchungsteilnehmerInnen kommen unabhängig von ihrem sozialem Wissen, ihrer Fähigkeit zur differenzierenden Perspekti

venübernahme, ihrer Ausprägung präskriptiver Urteilsstrukturen, ihrer affektiven Haltung und aktuellen emotionalen Befindlichkeit zu einem für sie selbst schlüssigen und nachvollziehbarem Urteil - auch wenn sie nicht alle Stufen der moralischen Urteilsbildung, wie bei ECKENSBERGER (1993) beschrieben, durchlaufen. Abb. 5.5.1.1 zeigt den Prozeß der Urteilsbildung. In den mit geistig behinderten Menschen geführten Interviews ist auffällig, daß im Gegensatz zu der Erfassung präskriptiver Elemente moralischer Urteile bei nichtbehinderten ProbandInnen (wie beispielsweise bei ECKENSBERGER, ebd.) der Anteil der Personen, die den Konflikt abwehren, außerordentlich hoch ist. Je nach Konfliktfall tendieren ein Drittel bis die Hälfte der geistig behinderten TeilnehmerInnen zur Konfliktabwehr, indem sie entweder einseitig die Betreuerseite reflektieren und sehr schnell zustimmen oder aber die Konfrontation unterschiedlicher Interessen leugnen („Es ist doch kein Problem, sofort duschen zu gehen, wenn das jemand sagt, mach' ich das sofort!“).

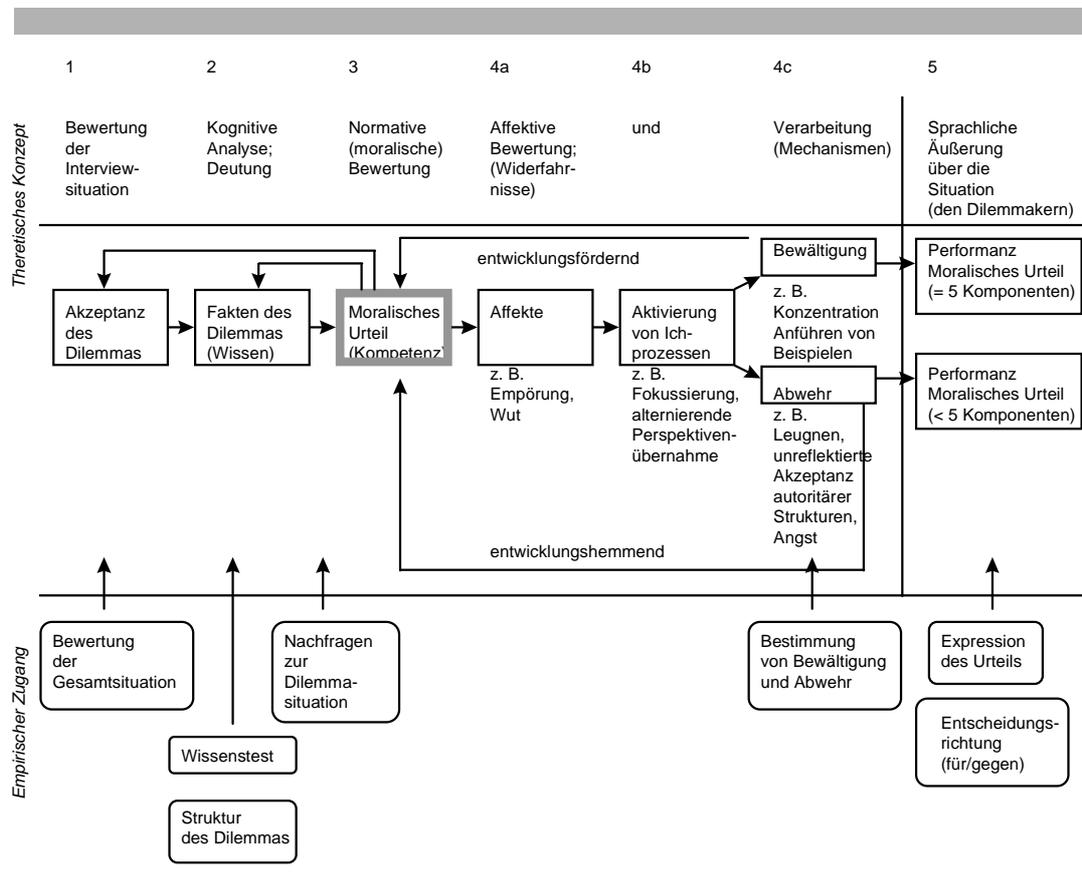


Abb.: 5.5.1.1

Der hohe Prozentsatz der den Konflikt abwehrenden ProbandInnen verleitet zu der Annahme, daß für diesen Personenkreis das Regelsystem, also die Moral, in ihrer Beurteilung von Tätigkeiten oder Tatabsichten ganz andere Strukturelemente besitzt als ein Regelsystem der anderen Hälfte der geistig

behinderten Befragten, weil eben diese mit ähnlichen Elementen wie Zwang, Gewalt und Schuld operieren wie es uns Nichtbehinderten vertraut ist. Kurzum: Das von letzteren rekonstruierte Regelsystem scheint mit unserem eigenen identisch, das der abwehrend reagierenden ProbandInnen abweichend.

DÖBERT/NUMMER-WINKLER (1980) haben in der Forschung über Urteilskompetenz und Handlungsbereitschaft Jugendlicher herausgefunden, wie persönlichkeitspezifische Faktoren Abwehr- und Bewältigungsstrategien beeinflussen können. Die folgenden Konstrukte und Dimensionen scheinen mir auf die performanzbestimmenden Faktoren bei geistig behinderten Menschen übertragbar:

- (1) *Generalisierte Ich-Ressourcen bzw. Ich-Stärke*: In dem Antwortverhalten tritt eine spezifische Verwendung der Pronomina „Ich“ oder „Wir“ auf. Die jeweilige Verwendung korreliert mit dem Umstand, ob bei einer ich-schwachen Person („wir“) Urteil und tatsächliches Handeln auseinanderklafft oder aber eine ich-starke Person an ihren moralischen Prinzipien festhält.
- (2) *Spezifische Abwehr(a)- und Bewältigungsmechanismen(b)*: Hier wären in erster Linie aufgrund des bearbeiteten Datenmaterials Angst und Konformitätsneigung gegenüber BetreuerInnen (a) und eine hohe soziale Kompetenz zur Perspektivenübernahme sowie Empathie (b) zu nennen.
- (3) *Generalisierte Einstellungssyndrome*: Auffällig hier der Autoritarismus, den die BewohnerInnen dem Personal zollen.
- (4) *Unterschiedliche Werthierarchien*: Schärfste Ausprägung beispielsweise bei den Normen „Sauberkeit“ und „Zwang“. BewohnerInnen gaben an, für Sauberkeit auch Zwang und Schläge zu akzeptieren.
- (5) *Internalisierte Rollenverpflichtungen*: Als BewohnerIn beispielsweise einem spezifischen Gruppendruck gerecht zu werden (ebd., 268)

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die Schwierigkeit der Systematisierung der Urteile geistig behinderter Menschen vor allem darin liegt, daß ihre *Bezugnahme zum Normensystem* durch vielfältige Faktoren erschwert wird. Die für Selbst- und Fremdbewertungen existenziellen sozialen Kognitionen wie Werthaltungen, Gerechtigkeitsüberzeugungen, Kognition sozialer Macht, Abhängigkeit, Fähigkeit zur Einschätzung intendierter Handlungen, Empathie etc. (MONTADA, 1980, 247ff) wurden entscheidend durch strukturelle Aspekte infolge ihrer Behinderung und der damit einhergehenden institutionellen Versorgung geprägt. Die in dieser Arbeit erfaßten Moralurteile spiegeln sehr wohl wider, daß die Entwicklung moralischer Argumentationen unzureichend oder gar nicht gefördert wurde und durch ein oft lebenslanges Agieren im geschlossenen System „Heim“ sich nicht entfalten konnte. Es fehlt den befragten ProbandInnen an elaborierten Handlungsmodellen,

die nicht nur zu einem differenzierenden Urteil führen, sondern auch dazu beitragen sollen, für Entscheidungsfindungen unabdingbare Emotionen wie Scham, Wut, Empörung etc. bewußt zu empfinden und sprachlich auszudrücken. In diesem Zusammenhang muß auch darauf hingewiesen werden, daß BewohnerInnen aus Großeinrichtungen zu einer externalen moralischen Orientierung (Furcht vor Strafe und Entdeckung) tendieren, was von HOFFMANN (1977) und MONTADA (1980) auf machtausübende Erziehungstechniken zurückgeführt wird.

5.5.2 Antwortverhalten der BewohnerInnen und MitarbeiterInnen im Vergleich: Bewertungsmuster und Variation der Konfliktfälle

Das Antwortverhalten der befragten BewohnerInnen und MitarbeiterInnen spiegelt in zwei Dimensionen die Interviewurteile zu den explorierten Konfliktsituation wider, und zwar a) im Rahmen ihrer individuellen Erläuterungen und b) durch die Stufenstruktur der Ratingskala. In diesem Abschnitt sollen auf quantitativer Ebene die Muster der globalen Stufenwerte hinsichtlich der geäußerten moralischen Bedenken im Mittelpunkt stehen, im nächsten kommt die Themenkategorisierung durch die qualitative Evaluation hinzu.

Um als erstes die grobe Urteilsstruktur aller Befragten zu erfassen, wurde die Komplexität der ursprünglich verwendeten Skala auf die drei wichtigsten Antwortkategorien („keine Bedenken bei dem Verhalten“, „Bedenken vorhanden“, „Gewalt“) transformiert. Diese Variablenreduktion läßt die z.T. extremen Unterschiede im Antwortverhalten der geistig behinderten BewohnerInnen und ihrer BetreuerInnen überdeutlich zu Tage treten. Des weiteren schließt das Zusammenfassen der mittleren Urteilspositionen Urteilsfehler auf seiten der geistig behinderten Menschen nahezu aus. Sollten ihre Antworten nicht präzise die feindifferenzierenden Urteilsstufen abbilden, so verhindert die Subsumierung der mittleren Positionen unter die Variable „Bedenken vorhanden“ eine Verzerrung der Urteile. Außerdem wird so gewährleistet, daß Fehler durch die unzureichende Handhabbarkeit bzw. Verständlichkeit der Skala ausgeschlossen werden. Abb. 5.5.2.1 zeigt die ersten vier Konfliktfälle (siehe Kap. 4.4.2), die sowohl von den BewohnerInnen als auch vom Personal bewertet wurden. Bei dieser vereinfachten Schematisierung werden drei Auffälligkeiten sichtbar:

- (1) BewohnerInnen neigen zu der Tendenz, die Konfliktfälle weniger kritisch zu sehen. Besonders auffällig ist der hohe Prozentsatz derjenigen, die in den Fällen 1 und 2 überhaupt keine Bedenken äußern. Daß gerade diese beiden Fälle besonders unkritisch gesehen werden, hängt mit ihrer Neigung zu vermeintlich betreuerkonformen Argumentationen zusammen. Kap. 5.5.4 wird zeigen, daß hier das Vorhandensein einer scheinbar offiziellen Pflicht zur Sauberkeit und das starre Einhalten eines Essensplans das gewaltsame Verhalten der Betreuerinnen von den BewohnerInnen legitimiert, ja sogar verteidigt wird.
- (2) Bei der Betrachtung der zahlenmäßig starken Mittelposition, die das Betreuerverhalten zwar noch nicht als Gewalt verurteilt, aber dennoch berechnigte Bedenken äußert, wird ebenfalls offenkundig, daß BetreuerInnen generell die Konflikte wesentlich kritischer sehen als die von ihnen betreu-

ten Menschen. Sie teilen vor allem nicht deren völlig unbekümmerte Haltung in puncto „keine Bedenken“.

- (3) Eine Ausnahme bildet die dritte Antwortposition, die Verurteilung des Verhaltens als gewaltsamen Akt. In drei von vier Konflikten urteilen die BewohnerInnen rigider; die BetreuerInnen zögerlicher.

Antwortkategorien der BewohnerInnen und MitarbeiterInnen, Konfliktfälle 1-4 (n=100)

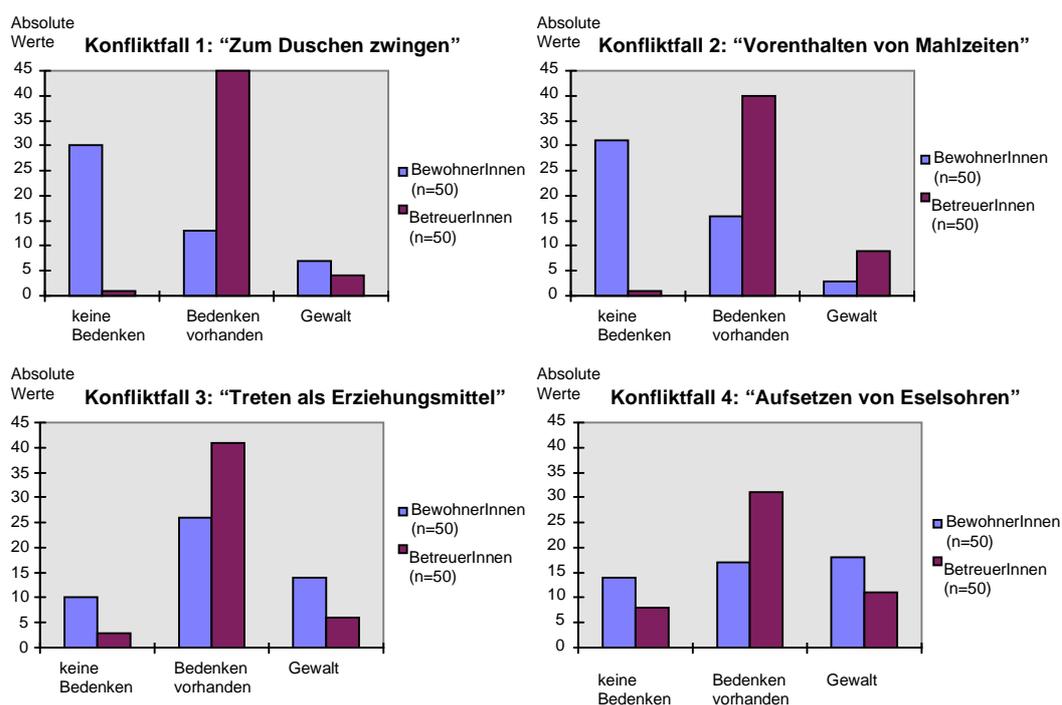


Abb.: 5.5.2.1

Bei den übrigen Konfliktfällen wurde eine Beurteilung nur durch die MitarbeiterInnen vorgenommen (siehe Abb. 5.5.2.2), da die verbleibenden drei Konfliktfälle das darin enthaltene moralische Dilemma zu stark abstrahieren. Stärkste Antwortkategorie ist auch hier wieder die mittlere Position. Für die Verurteilung der Maßnahme als Gewalt entscheiden sich noch weniger Befragte als für die Kategorie „unbedenklich“. Ausnahme: Immerhin 30% wählen bei der Freiheitsentziehung des Konfliktfalls 6 die Stufe Gewalt.

Diese vereinfachte Darstellung der Urteilstruktur liefert wichtige Indikatoren für die weitere Analyse der Antworten: Warum bewegen sich die Auffassungen des Personals in der Urteilsmitte, und wieso kommt ein so hoher Prozentsatz der BewohnerInnen zu einem Urteil der Unbedenklichkeit? Die Bewertungsmuster werden deshalb im folgenden auf Merkmale der Generalisierung und auf Abhängigkeiten untersucht.

Antwortkategorien der MitarbeiterInnen, Konfliktfälle 5-7 (n=50)

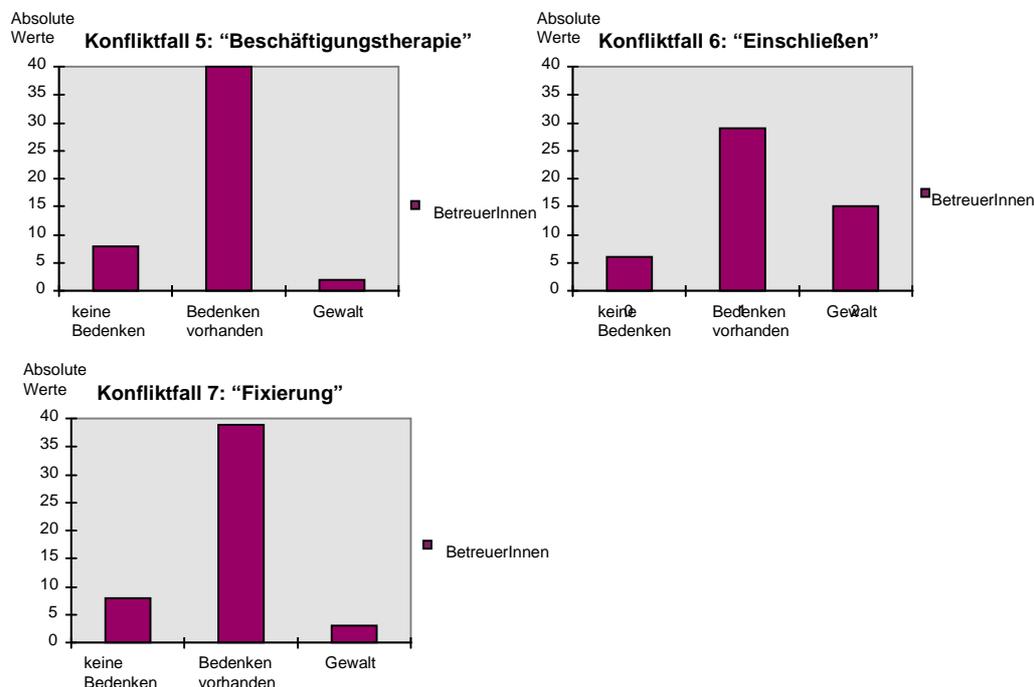


Abb.: 5.5.2.2

Die wohl bedeutendste Auffälligkeit im Antwortverhalten der Stichprobe ist die - zugegebenermaßen erwartete - enorme Divergenz zwischen dem Antwortprofil der MitarbeiterInnen und dem der BewohnerInnen. Erstere treffen ihre Einschätzung mit einer Tendenz zur Mitte, was weniger der als Urteilsfehler bezeichneten zentralen Tendenz anzulasten ist, alle Urteilsobjekte im mittleren Bereich einzustufen und extreme Standpunkte zu vermeiden (vgl. BORTZ/DÖRING, 1995, 170), als vielmehr dem Bemühen, der „Vielschichtigkeit“ der Situation in ihrem Für und Wider Rechnung zu tragen. Viele der MitarbeiterInnen neigen dazu, obwohl sie die Situation für sich selbst verurteilen, den KollegInnen ein gewisses „Verständnis“ in der Ausweglosigkeit des Konflikts zu zollen. Die BewohnerInnen reagieren in ihren Schätzurteilen diametral entgegen gesetzt: Bei ihnen massieren sich die extremen Ausprägungen nicht in der Mitte der Urteilsskala; ihre Überlegungen führen sie in ihrer Urteilsbildung entweder an das eine oder das andere Ende der Skala: absolute Konformität oder absolute Verwerflichkeit der Situation, schwarz oder weiß. Das führt dazu, daß das Antwortprofil der MitarbeiterInnen über alle Fallbeispiele hinweg quasi glockenförmig verläuft, das Bewohnerprofil dagegen U-förmig (Abb. 5.5.2.3):

Antwortprofile der BewohnerInnen und MitarbeiterInnen, alle Konfliktfälle (n=100)

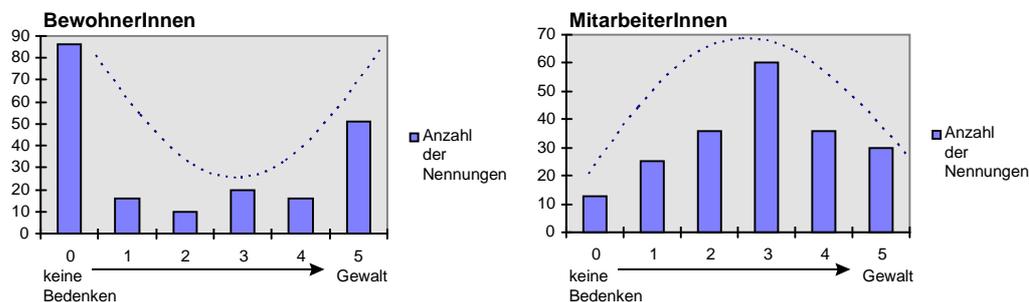


Abb.: 5.5.2.3

Dieses grobe Schema der Antwortprofile ist bei der Beurteilung aller Konfliktfälle durchgängig wiederzuerkennen. Allerdings ergeben sich auffällige Unterschiede in der Stärke der Urteile hinsichtlich des Heimtyps: Egal, ob MitarbeiterIn oder BewohnerIn, entscheidend ist, ob die befragte Person aus einem kleinen oder mittleren Wohnheim (bis 50 BewohnerInnen) oder aus einer Großeinrichtung (über 150 BewohnerInnen) stammt. Abb. 5.5.2.4 zeigt sehr anschaulich sowohl das divergierende Antwortverhalten zwischen BewohnerInnen und dem Betreuungspersonal als auch die Unterschiede in bezug auf den Heimtyp:

Antwortprofile der BewohnerInnen und MitarbeiterInnen, alle Konfliktfälle nach Heimtyp (n=100)

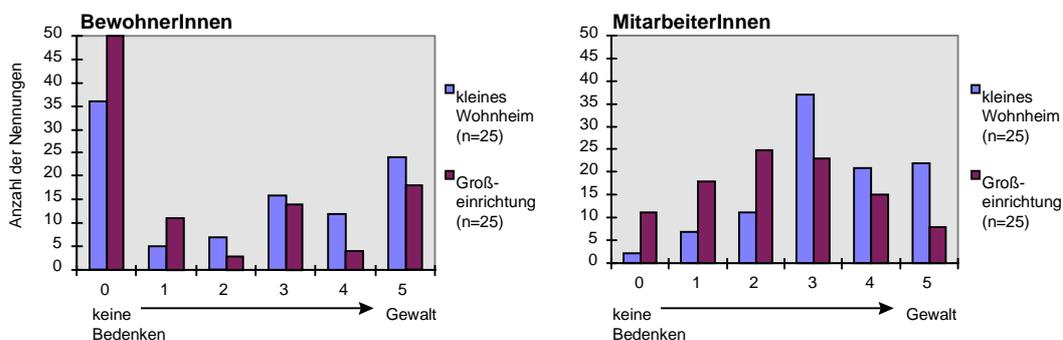


Abb.: 5.5.2.4

Splittet man die Gruppen der beiden Heimtypen weiter auf und errechnet eine einrichtungsspezifische Binnendifferenzierung der Urteile, so treten deutliche Unterschiede in den Bewertungsmaßstäben zutage. Abb. 5.5.2.5 zeigt, daß die Urteile von Einrichtung zu Einrichtung erheblich divergieren können. Interessant ist in diesem Kontext, ob anhand der Urteilsprofile ein, zwar nicht einrichtungsinterner, aber *heimtypischer moralischer Kodex* konstatiert werden kann. Zur Überprüfung der hypothetischen Vermutung wurde

in einem ersten Schritt nach Zusammenhängen zwischen den Urteilen der BewohnerInnen und der MitarbeiterInnen gesucht. Wenn nun MitarbeiterInnen einen bestimmten Konfliktfall sehr negativ beurteilen, wirken sich ihre Bedenken bei der Beurteilung bestimmter anderer Fälle aus, und wenn ja, bei welchen?

Einrichtungsspezifische Antwortprofile der BewohnerInnen und MitarbeiterInnen, alle Konfliktfälle (n=83)

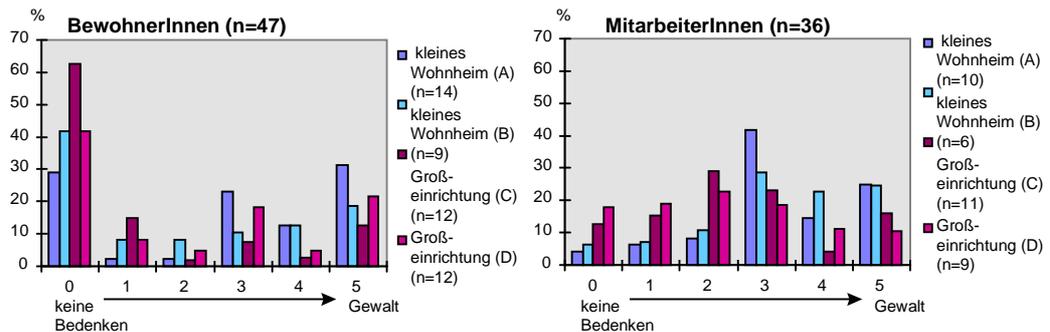


Abb.: 5.5.2.5

Mit Hilfe des Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman konnte geprüft werden, zwischen welchen Konflikten enge Bewertungsmaßstäbe bestehen. Auch hier treten wieder deutliche Unterschiede in Bezug auf den Heimtyp hervor. In kleinen Wohnheimen antworteten die MitarbeiterInnen genau dann einheitlich, wenn sie die Anwendung personaler Gewalt im Fallbeispiel „Treten“ verurteilt hatten. Sie reagierten in diesem Fall auf den weiteren Akt personaler Gewalt, die Freiheitsentziehung durch Einschließen, sehr empfindlich ($\delta=,460$). Wenn sie darüber hinaus das monotone Einräumen von Spielsteinen als unsinnige „Beschäftigungstherapie“ verurteilt hatten, kritisierten sie die Fixierungsmaßnahme durch das „Arretieren des Klapptisches“ ($\delta=,424$). Eine inhaltlich pädagogisch-psychologische oder strafrechtliche Begründungsweise läßt sich durch diese Zusammenhänge jedoch nicht konstatieren. Einsichtig wären die Verknüpfungen gewesen, wenn MitarbeiterInnen etwa nach „freiheitsentziehenden Maßnahmen“ kategorisiert hätten und sich ein enger, weil in der Anwendung verbotener, Zusammenhang zwischen den freiheitsentziehenden Maßnahmen ergeben hätte. In den Großeinrichtungen waren es andere Konflikte, bei denen die MitarbeiterInnen einen Zusammenhang sahen. Hier sind vor allem zu nennen: die Bewertungskorrelationen zwischen den Konflikten „Zum Duschen zwingen“ und „Vorenthalten von Mahlzeiten“ sowie beide Konflikte mit der Freiheitsentziehung durch „Einschließen“. Wer den Zwang unter die Dusche verurteilte, bewertete äußerst ähnlich die Verweigerung von Essen ($\delta=,644$). Das „Einschließen“ schloß sich dem gleichen Bewertungsmaßstab an ($\delta=,569$ bzw. $\delta=,621$). Interessant ist beim Heimtyp 2, daß die BewohnerInnen ähnliche Maßstäbe anlegen. Auch bei ihnen hängen die Konflikte „Zum Duschen zwingen“ und

„Vorenthalten von Mittagessen“ eng zusammen. Ganz anders bei den BewohnerInnen des anderen Heimtyps. Die Autonomie beim Duschen war eng verknüpft mit der Sensibilität für den Konfliktfall „Aufsetzen von Eselohren“ ($\delta=,569$), dessen inhaltlich begründbarer Zusammenhang zunächst ebenfalls nicht ins Auge fällt. Daß aber dennoch aus der Perspektive der geistig behinderten Menschen diese Argumentationen eng zusammen liegen können, zeigt das folgende Kapitel 5.5.3.

5.5.3 „*Das ist absolut das Letzte.*“ – Was die Befragten verurteilen

Im vorangegangenen Kapitel konnte gezeigt werden, wie sehr sich die Urteilsstruktur der beiden Gruppen BewohnerInnen und MitarbeiterInnen - obwohl zum gleichen Untersuchungsgegenstand befragt - voneinander unterscheidet. In diesem Abschnitt werden die getroffenen Urteile nach ihrer *hierarchischen* Struktur analysiert; kurz gesagt, hier interessiert, welche Konflikte jeweils von den beiden Gruppen besonders negativ eingeschätzt wurden. Dabei spielt auch eine Rolle, ob bei der Bearbeitung gruppenspezifische, also *kollektive* Typologisierungen zur Bewertung der Fallbeispiele auftreten.

Den unangefochtenen Platz 1 im Ranking um den „worst case“ nimmt das Fallbeispiel 4 „Aufsetzen von Eselohren“ ein, das sowohl bei den BewohnerInnen als auch bei den MitarbeiterInnen am schärfsten verurteilt wird. Vor dem Hintergrund des gesellschaftlichen Diskriminierungsgedankens wird verworfen, was Personen innerhalb einer Gruppe aufgrund eines abweichenden Merkmals herabsetzt, nämlich die erschwerte physische und psychische Bewältigung ihrer Stigmatisierung. Im besprochenen Fallbeispiel wird von den MitarbeiterInnen vorrangig kritisiert, daß das Gruppengefüge durch die Sonderrolle der Kathrin mit aufgesetzten Eselohren in Schieflage geraten könnte; von den BewohnerInnen wird befürchtet, daß das „Lachen“ über Kathrin auch immer ein „Auslachen“ ihrer Behinderung darstellt:

„Wenn man behindert ist, ist das nicht gut. Da muß man ganz vorsichtig sein. Das hier heißt nicht Lachen, sondern Auslachen.“ Zeigt mit dem Finger auf die Interviewerin: „Du trägst doch auch eine Brille. In der Schule sagen die Brillenschlange. Die werden dann lächerlich (gemacht).“ Pause. „Es ist wie bei den Türken. Bist Du behindert? - Nee, sag ich, geh mir weg.“ Pause. „Ich kann hier keine Einschätzung geben, bei der Behinderung hört der Spaß auf!“
(Herr Meier, 29 Jahre, Down-Syndrom, seit 3 Jahren im Heim)

„Eigentlich lachen die doch alle. Das kann doch auch nett sein. Vielleicht freut sie sich, daß die anderen lachen. Wenn die anderen Bewohner auch behindert sind. Anders würd' ich das sehen, wenn es eine integrative Gruppe wäre und Kathrin bewußt belächelt wird. Da hätt' sie dann eine besondere Rolle (...).“

(Frau Dreher, 26 Jahre, Erzieherin, seit 5 Jahren im Heim tätig)

Auf den Plätzen 2 und 3 folgen auf Bewohnerseite das „Treten als Erziehungsmittel“ und das „Zum Duschen zwingen“; auf Mitarbeiterseite das „Vorenthalten von Mahlzeiten“ und die freiheitsentziehende Maßnahme „Einschließen“.

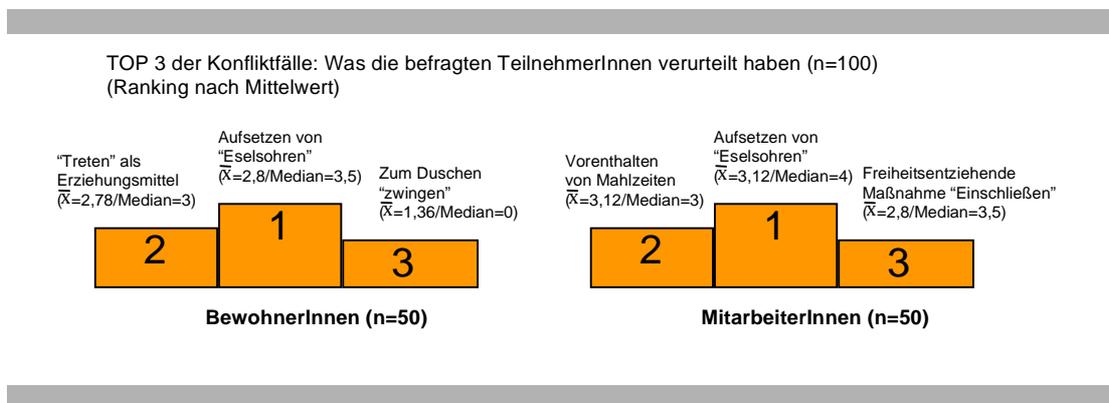


Abb.: 5.5.3.1

Allerdings gibt diese Aufstellung der drei negativsten Fälle die tatsächliche Bewertung nur äußerst ungenau wider - zu heterogen sind BewohnerInnen und MitarbeiterInnen in ihrem Antwortverhalten. Es war nicht möglich, beide Seiten als geschlossene Bewertungsgruppen anzusehen, sondern eine inhaltlich aussagekräftige Evaluation war nur möglich, wenn beide Gruppen nach Heimtyp differenziert wurden.

Sowohl bei den MitarbeiterInnen als auch bei den BewohnerInnen hatte die Variable, ob es sich um ein kleines Wohnheim oder eine Großeinrichtung handelte, so starken Einfluß, daß beispielsweise der 3. Rankingplatz der freiheitsentziehenden Maßnahme „Einschließen“ nur dadurch zustande gekommen ist, daß die BetreuerInnen aus einem kleinen Wohnheim diesen Konfliktfall zwar auf Platz 1 gesetzt haben, die MitarbeiterInnen aus den Großeinrichtungen das „Einschließen“ aber noch lange nicht als so bedenklich eingestuft und die Freiheitsentziehung auf Platz 4 verbannt haben. Ähnlich diesem Einzelbeispiel verhält es sich in der Gesamtheit der Bewertungen: BewohnerInnen und MitarbeiterInnen aus Großeinrichtungen bewerten sämtliche Konfliktfälle durchgängig schwächer als dieselben Gruppen aus kleinen Wohnheimen; d. h., alle untersuchten Konflikte werden von ihnen weniger kritisch gesehen. Es wird somit deutlich, daß die Sensibilitätschwelle, einen Konflikt als potentielle Gewaltsituation zu erkennen und als solche zu verurteilen, bei BewohnerInnen und BetreuerInnen

der Großenrichtungen deutlich höher angesiedelt ist als bei den vergleichbaren Gruppen der kleinen Wohnheime.

Die graphische Explikation der Betreuerurteile im Vergleich zu den Bewohnerurteilen (Abb. 5.5.3.2) ist daher zu eindimensional. Sie gibt zwar einen schnellen Überblick darüber, wie das Betreuerurteil über die einzelnen Konfliktfälle verläuft und sich in puncto „Treten“ und „Aufsetzen von Eselsohren“ vermeintlich von dem der BewohnerInnen kaum unterscheidet. Dem ist jedoch nicht so. Zur Überprüfung der Nullhypothese, daß BewohnerInnen und BetreuerInnen gleichermaßen urteilen, wurde die 6-stufige Ordinalskala auf drei Merkmale („keine Bedenken“; „Bedenken vorhanden“; „Gewalt“) verdichtet, um Urteilsfehler auf seiten der geistig behinderten ProbandInnen zu vermeiden. Zur Überprüfung der Homogenität des Beurteilungsverhaltens beider Gruppen wurden exakte Tests von FISHER für alle Konfliktfälle durchgeführt. Abb. 5.5.3.3 zeigt nun, daß sehr wohl ein signifikanter Unterschied im Beurteilungsverhalten beider Gruppen besteht, und zwar in der moralischen Einschätzung *aller* Konflikte.

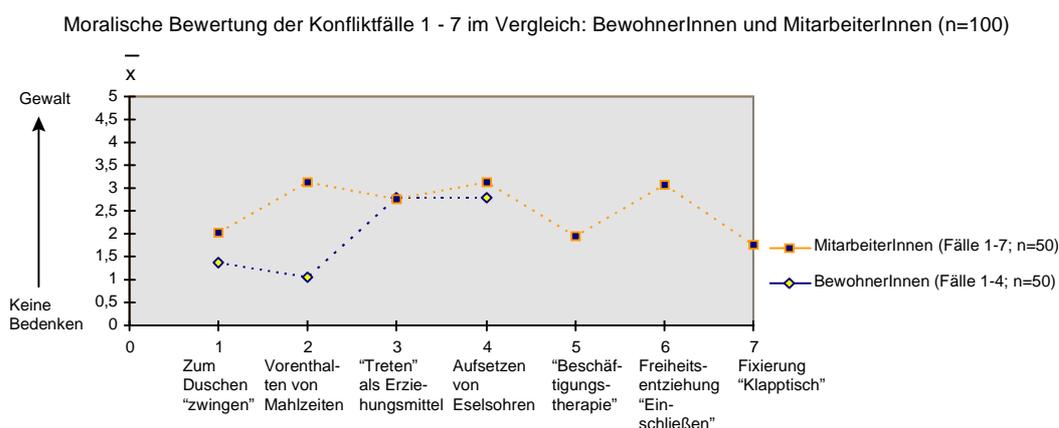


Abb.: 5.5.3.2

Bewertungsunterschiede im moralischen Urteil zwischen BewohnerInnen (n=50) und Personal (n=50)

Konfliktfall	p (1)	p (2)	n
"Körperhygiene"	,000	,0125	50/50
"Mahlzeiten"	,000	,0167	50/50
"Treten"	,006	,025	50/50
"Eselsohren"	,021	,05	50/50

p (1) = p-Wert des exakten Tests nach Fisher

p (2) = Vergleichswert aus der Bonferroni-Holm-Prozedur (zur Sicherung des multiplen Niveaus von 5%)

Abb. 5.5.3.3

Wird aber in einer zweiten und dritten Dimension nach Heimtyp und Einrichtung differenziert, löst sich die vermeintliche Konformität der Betreuer-

und Bewohnerurteile auf (Abb. 5.5.3.4). Es kann hier aufgrund der Variabilität innerhalb der verhältnismäßig kleinen Stichprobe nur vermutet werden, daß selbst die Differenzierung nach Heimtyp keine in sich homogenen Gruppen schafft, sondern auch hier einrichtungsspezifisch geurteilt wird. Ob hier ein heiminterner moralischer Kodex wirksam wird, kann jedoch aufgrund der hier rein quantitativ erhobenen Daten nicht belegt werden.

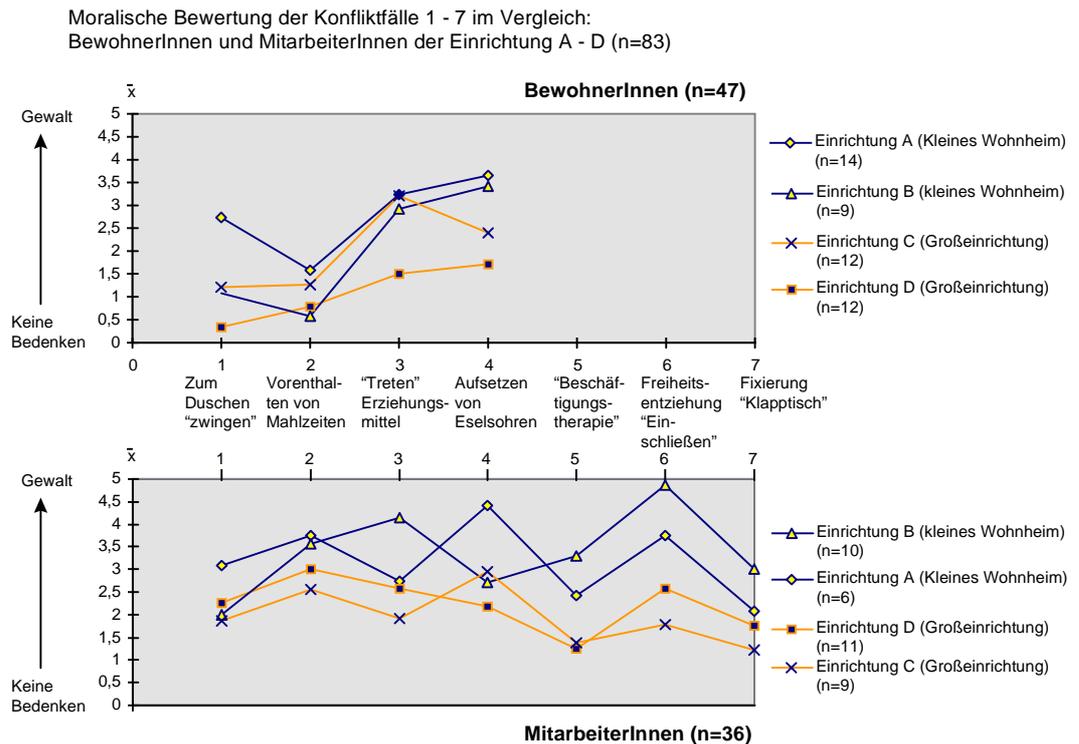


Abb.: 5.5.3.4

Abb. 5.5.3.5 zeigt noch einmal im Überblick, wie die Konflikte in ihrer Gesamtheit von beiden Gruppen und in Abhängigkeit vom Heimtyp bewertet wurden. Neben der Tatsache, daß die ProbandInnen aus den jeweils kleinen Einrichtungen alle Fallbeispiele wesentlich kritischer einstufen als diejenigen aus großen Einrichtungen, interessiert vor allem die krasse Einstufung der Fälle „Körperhygiene“ und „Mahlzeiten“ in den Bereich des Unbedenklichen. Das wiederum führt uns zu der Frage nach der Unterscheidung zwischen Recht- und Unrechtmäßigkeit einer Situation.

Bewertung der Konfliktfälle: Ranking in Abhängigkeit vom Heimtyp (n=100)

BewohnerInnen Kleines Wohn- heim (n=25)	BewohnerInnen Großeinrichtung (n=25)	MitarbeiterInnen Kleines Wohn- heim (n=25)	MitarbeiterInnen Großeinrichtung (n=25)	Stufe
				Stufe 5: Gewalt
1. Aufsetzen von „Eselsohren“ (\bar{X} =3,48/Med=4)		1. Freiheitsentziehung „Einschließen“ (\bar{X} =4/Med=4) 2. Aufsetzen von „Eselsohren“ (\bar{X} =3,8/Med=4) 3. Vorenthalten von Mahlzeiten (\bar{X} =3,48/Med=4)		Stufe 4: Machtmiß- brauch
2. „Treten“ als Erzie- hungsmittel (\bar{X} =3,04/Med=3)	1. „Treten“ als Erzie- hungsmittel (\bar{X} =2,52/Med=3)	4. „Treten“ als Erzie- hungsmittel (\bar{X} =3,28/Med=3) 5. Zum Duschen „zwingen“ (\bar{X} =2,8/Med=3)	1. Vorenthalten von Mahlzeiten (\bar{X} =2,76/Med=3) 2. Aufsetzen von „Eselsohren“ (\bar{X} =2,44/Med=3)	Stufe 3: Fehlende pädagogische Vertretbarkeit
	2. Aufsetzen von „E- selsohren“ (\bar{X} =2,12/Med=1)	6. „Beschäftigungs- therapie“ (\bar{X} =2,56/Med=2) 7. Freiheitsentziehung „Klapptisch“ (\bar{X} =2,2/Med=2)	3. „Treten“ als Erzie- hungsmittel (\bar{X} =2,24/Med=2) 4. Freiheitsentzie- hung: Einschließen (\bar{X} =2,16/Med=2) 5. Zum Duschen „zwingen“ \bar{X} (=2,04/Med=2)	Stufe 2: Verhalten noch legitim
3. Zum Duschen „zwingen“ (\bar{X} =1,84/Med=1)			6. „Beschäftigungs- therapie“ (\bar{X} =1,32/Med=1) 7. Freiheitsentziehung „Klapptisch“ (\bar{X} =1,32/Med=1)	Stufe 1: keine Aus- weichmög- lichkeit
4. Vorenthalten von Mahlzeiten (\bar{X} =1,08/Med=0)	3. Vorenthalten von Mahlzeiten (\bar{X} =1,08/Med=0) 4. Zum Duschen „zwin- gen“ (\bar{X} =0,88/Med=0)			Stufe 0: Verhalten unbedenklich

Abb.: 5.5.3.5

Differenzierung zwischen Recht und Unrecht in der Beurteilung der Konfliktfälle durch die BewohnerInnen

Daß BewohnerInnen über unrechtmäßige Behandlung Beschwerde vorbringen, setzt immer voraus, daß sie zwischen Recht und Unrecht einer Situation unterscheiden können. Im Rahmen der vier Fallbeispiele, die den Bewohne-rInnen vorgelegt wurden, zeichnet sich deutlich ab, wie von ihnen Gewaltsituationen *kategorisiert* werden. Zwischen den Fallbeispielen 1 und 2 besteht ein enger Bewertungszusammenhang; ebenso zwischen den Fallbeispielen 3 und 4, was um so mehr verwunderlich ist, als daß die Konfliktfälle 1 und 3 körperlich ausgeübte Gewalt beschreiben und die Fallbeispiele 2 und 4 strukturelle, also indirekte Gewalt. Wieso also werden das „Treten“ (Beispiel 3) und das „Aufsetzen von Eselsohren“ (Beispiel 4) so viel schwerer gewichtet als das „Zwingen“ (Beispiel 1) und das „Vorenthalten von Mahlzeiten“ (Beispiel 2)? Um es noch deutlicher auszudrücken: Warum werden die Fallbeispiele 1 und 2 als relativ belanglos angesehen?

Die Interpretation der begleitenden Erläuterungen der BewohnerInnen liefert klare Hinweise, warum sie mit dem Vorenthalten der Mahlzeit oder dem mit Gewalt erzwungenen Duschen einverstanden sind. Sie glauben an eine quasi offizielle Legitimation des Betreuerverhaltens und ahmen dabei vermeintliche Begründungsmuster ihrer BetreuerInnen nach oder orientieren sich an allgemeingültigen Wertmaßstäben von „Sauberkeit“ oder „geregelten Mahlzeiten“:

Zu Fallbeispiel 1:

„Jeden Abend duschen wir uns. Jeden Abend vor dem Abendbrot. - Das finde ich nicht so gut, daß der nicht duschen will. Der muß von alleine wissen, daß er das alleine macht. Nicht den Pfleger belästigen, daß er nicht geht. Sauber muß man sich halten. Jawohl! Ich kreuz hier die 0 an!“
(Herr Lesker, 55 Jahre, seit 40 Jahren im Heim)

Zu Fallbeispiel 2:

„Absolut ist der Betreuer richtig. Wenn man kein' Appetit hat, muß man den Betreuern helfen: Wenn man keinen Appetit mittags hat, dann hat man auch keinen Hunger auf Kuchen. Den hat man dann einfach nich'. Man kann doch nicht dann einfach Hunger haben!“
(Herr Hahn, 32 Jahre, seit 13 Jahren im Heim)

Bestimmte *Paraphrasierungen* werden sich immer wieder selbst bestärkend wiederholt. Dazu gehört einerseits die wiederkehrende Bekräftigung, daß BetreuerInnen sich stets richtig verhalten, und die infolge der Heimerziehung stark internalisierten normativen Werte wie „Sauberkeit“. Solche leitenden Werte sind aber in den Beispielen 3 und 4 nicht enthalten, folglich werden sie negativer bewertet. Für die Gruppe der BewohnerInnen läßt sich demnach konstatieren, daß sie Konflikte um so schwächer wahrnehmen, wenn sie die Gründe für eine quasi offizielle, betreuerinitiierte Legitimation nachvollziehen können.

Fallbeispiel 1:

„Der 23jährige geistig behinderte Martin weigert sich regelmäßig zu duschen. Jeden Samstag zwingen ihn zwei männliche Betreuer unter heftiger Gegenwehr dennoch unter die Dusche.“

Fallbeispiel 2:

„Die 34jährige geistig behinderte Andrea möchte das Mittagessen auslassen, weil sie entweder keinen Hunger hat oder es ihr nicht schmeckt. Am Nachmittag möchte sie aber zum Kaffee gerne auch Kuchen essen. Dieser wird ihr mit der Begründung verweigert, „wer mittags nichts isst, braucht auch keinen Kuchen“.“

Fallbeispiel 3:

„Der 40jährige Thorsten tritt dem Zivi seiner Wohngruppe häufig und mit Absicht schmerzhaft gegen die Schienbeine. Der Zivi hat sich angewöhnt, in gleichem Maße zurückzutreten.“

Fallbeispiel 4:

„Der 27jährigen schwerst-mehrfachbehinderten Kathrin setzt die Gruppenleiterin häufig abends unter viel Gelächter der übrigen Bewohner(innen) zum Spaß eine Karnevalskappe mit Eselsohren auf. Kathrin weiß nicht, worum es geht.“

Das „Erziehungsmittel Treten“ und das „Aufsetzen von Eselsohren“ empören die BewohnerInnen also ungleich stärker, wobei auch hier sich Unterschiede zwischen BewohnerInnen der kleinen Wohnheime und der großen Einrichtungen abzeichnen (Abb. 5.5.3.6). Wird noch das „Treten“ ähnlich verurteilt, so bildet sich bei der moralischen Bewertung der „Eselsohren“ eine scharfe Diskrepanz zwischen beiden Gruppen: Doppelt so viele BewohnerInnen aus großen Einrichtungen äußern keinerlei Bedenken bei dieser Art von „Scherz“ bei ihren MitbewohnerInnen (40%), während in den kleinen Einrichtungen dieses Verhalten nur von 20% kritiklos hingenommen wird. In dieser Gruppe sprechen 44% der Personen von Gewalt, in der Gruppe der BewohnerInnen aus Großeinrichtungen nur 28%. Es wird insbesondere bei dieser Fragestellung sichtbar, daß die in Großeinrichtungen untergebrachten und häufig stärker hospitalisierten BewohnerInnen den Konflikt viel schwächer wahrnehmen. Ursache hierfür könnte sein, daß bei ihnen das Diskriminationsvermögen, also das kognitive Erkennen und Differenzieren zwischen Lachen und Auslachen und damit Akzeptieren oder Ausgrenzen einer Person, weniger ausgebildet sein könnte als bei BewohnerInnen aus kleinen Wohnstätten, die im engeren Kontakt zur ihrer (nichtbehinderten) Umwelt stehen und die vielfach bereits Erfahrung mit Diskriminierung infolge ihrer Behinderung haben. Während sich heimtypische Unterschiede in den Konflikten 1 bis 3 zwar abzeichnen, wird die Bewertungsdifferenz in gerade diesem Konflikt am deutlichsten.

Beurteilung der Konfliktfälle 1-4 durch die BewohnerInnen nach Heimtyp

1. „Zum Duschen zwingen“ in kl. Wohnheimen	$\bar{X} = 1,84/\text{Med}=1$	48% n=24 keine Bedenken	20% n=10 Gewalt
---	-------------------------------	----------------------------	--------------------

1. „Zum Duschen zwingen“ in Großeinrichtungen	$\bar{X} = 0,88/\text{Med}=0$	72% n=36 keine Bedenken	8% n=4 Gewalt
2. „Vorenthalten von Mahl- zeiten“ in kl. Wohnheimen	$\bar{X} = 1,08/\text{Med}=0$	56% n=28 keine Bedenken	0% n=0 Gewalt
2. „Vorenthalten von Mahl- zeiten“ in Großeinrichtungen	$\bar{X} = 1,08/\text{Med}=0$	68% n=34 keine Bedenken	12% n=6 Gewalt
3. „Treten als Erziehungs- mittel“ in kl. Wohnheimen	$\bar{X} = 3,04/\text{Med}=3$	20% n=10 keine Bedenken	32% n=16 Gewalt
3. „Treten als Erziehungs- mittel“ in Großeinrichtungen	$\bar{X} = 2,52/\text{Med}=3$	20% n=10 keine Bedenken	24% n=12 Gewalt
4. „Aufsetzen von Eselsoh- ren“ in kl. Wohnheimen	$\bar{X} = 3,48/\text{Med}=4$	20% n=10 keine Bedenken	44% n=22 Gewalt
4. „Aufsetzen von Eselsoh- ren“ in Großeinrichtungen	$\bar{X} = 2,12/\text{Med}=1$	40% n=20 keine Bedenken	28% n=14 Gewalt

Abb.: 5.5.3.6

Abschließend soll noch auf eine weitere Relevanz der Werturteile der Bewohnerinnen für den Wohnalltag hingewiesen werden. In den Gesprächen mit den MitarbeiterInnen wurde deutlich, daß BewohnerInnen häufig Betreueraufgaben für schwächere MitbewohnerInnen ungefragt übernehmen und das zu vielfachen Komplikationen führt, weil sie dabei einen bestimmten, ihnen vertrauten Erziehungsstil imitieren und damit u. U. ihre MitbewohnerInnen als Schwächere bevormunden oder „gängeln“. Nicht immer sind solche Situationen für BetreuerInnen hinreichend zu beaufsichtigen. Weiter verschärfend wirken sich moralische Wertauffassungen im pädagogischen Alltag aus, wenn den BewohnerInnen gezielt Betreueraufgaben übertragen werden. Die folgende Bewohnerin schildert, welche erzieherischen Aufgaben sie trotz ihrer geistigen Behinderung im Heim übernehmen mußte:

„Ich hab' vorher in der Erwachsenengruppe gelebt und in der Kindergruppe gearbeitet. Da hab' ich gearbeitet, jawohl. Unterlagen ausgewaschen, *Kinder gefüttert und aufgepaßt*. Bad hab' ich fertig gemacht und Schränkchen geputzt, morgens und abends. *Ich mußte auf die Kinder aufpassen* und Essen tragen und abtrocknen und Spülmaschine eingeräumt. Tische abgeputzt und gedeckt. *Ich hab' auch mit den Kindern gespielt und Musik gehört. Mit den Kindern hab' ich gesungen, das war die Kinderstation.*“
(Frau Sägebrect, 64 Jahre, seit dem 3. Lebensjahr im Heim)

5.5.4 Die Konfliktfälle aus unterschiedlichen Perspektiven: Bewertungen und Urteile der BewohnerInnen und ihrer BetreuerInnen

Die Bewertungen und Urteile der befragten BewohnerInnen und MitarbeiterInnen zu analysieren, bedeutet, die individuellen Stellungnahmen nach generellen Merkmalen urteilsbildender Prozesse zu durchsuchen, also diejenigen kognitiven Strukturen herauszufiltern, die aufgrund der Informationsaufnahme als Schemata und Kategorien gebildet wurden und wiederum auf die Informationsaufnahme und -verarbeitung Einfluß nehmen (vgl. FREY/GREIF 1989, 52). Das bedeutet, daß die in den Konfliktfällen enthaltenen Stimuli nicht objektiv, sondern selektiv durch bereits vorhandene kognitive Strukturen wahrgenommen, verarbeitet und in Übereinstimmung mit den individuellen Orientierungsschemata eingeordnet und bewertet werden. Es gilt also, die Aussagen der BewohnerInnen einerseits und der MitarbeiterInnen andererseits nach Merkmalen spezifischer *selektiver Wahrnehmung, Interpretation* und *Vereinfachung komplexer Sachverhalte* zu untersuchen. Was sind demnach die Stimuli für geistig behinderte Menschen, einen Bewohner-Betreuer-Konflikt entweder als Gewalt moralisch zu verurteilen oder aber, im Gegenteil, den Konflikt als irrelevant einzustufen? Daß die befragten geistig behinderten Menschen in ihrem Antwortverhalten gerade die Extreme bevorzugen, wird sich anhand der erstellten Bewohnerprofile noch belegen lassen. Wie wird daraufhin die Sachlage aufgrund der Stimuli interpretiert und der Sachverhalt reduziert, um zu einer stimmigen Bewertung zu gelangen? Wie verläuft dieser Prozeß der Urteilsbildung bei den MitarbeiterInnen? Im folgenden sollen deshalb sowohl die individuellen Erläuterungen als auch die Antwortprofile der BewohnerInnen und BetreuerInnen dazu dienen, den Prozeß der moralischen Urteilsbildung nachvollziehen zu können. Die Konfliktfälle werden dazu einzeln betrachtet.

Methodisch wird so vorgegangen, daß die Konfliktsituation auf *Standard-Themenkategorien* aufgeteilt wird, und dabei die moralischen Normen, die von den Befragten befürwortet werden, extrahiert werden.

Jeder der Konfliktfälle beinhaltet mindestens zwei Themenkategorien, die in der moralischen Argumentation gegeneinander arbeiten:

- (1) Konfliktfall 1: *Körperhygiene* und *Zwang*
- (2) Konfliktfall 2: *Gesundheitsfürsorge* und *Verweigerung von Essen*
- (3) Konfliktfall 3: *Autorität* und *Strafe*
- (4) Konfliktfall 4: *Humor* und *Diskriminierung*
- (5) Konfliktfall 5: *Beschäftigung* und *Vorenthalten von Fördermaßnahmen*
- (6) Konfliktfall 6: *Soziale Regeln* und *Freiheitsentziehung*
- (7) Konfliktfall 7: *Aufsichtspflicht* und *Fixierung*

5.5.4.1 „Ab unter die Dusche!“ – Konfrontationsmuster in der Pflege

Wie der individuelle Hilfe- und Unterstützungsbedarf der BewohnerInnen von den MitarbeiterInnen wahrgenommen und praktisch umgesetzt wird, hängt entscheidend davon ab, welches *Helferideal* (DUNKEL, 1994, 153) der Ausbildung und Berufswahl zugrunde gelegt wurde. Ungünstige Konstellationen in helfenden Interaktionen zwischen MitarbeiterIn und BewohnerIn (z. B. Unterstützung bei der Körperpflege, An- und Ausziehen, Toilettengänge etc.) entstehen vor allem dann, wenn

- (1) die Ambition zu helfen, dazu dient, *unbewältigte Gefühle* aus dem eigene Lebensumfeld zu verarbeiten (zur Reflexion der Helferrolle siehe ausführlicher SCHMIDBAUER, 1983);
- (2) *Versagensängste* die Arbeit bestimmen, weil über die helfenden Verrichtungen die eigene Schwäche und vermeintliche Unzulänglichkeit abgewehrt werden muß (zu Funktion und Auswirkungen von Ängsten in Pflegemaßnahmen siehe detaillierter HARTDEGEN, 1997)
- (3) unter *Streß* reagiert wird und die Arbeitsbedingungen latent Prozesse des Burn-outs begünstigen (ebd.).

Die Anwendung von Zwang in Pflegeverrichtungen wird häufig deshalb zur alltäglichen Routine, weil der zeitliche Rahmen für Arbeitsabläufe so eng gesteckt ist, daß keine Zeit für eine assistierende Hilfe (oder die Diskussion mit der BewohnerIn über den Ablauf der Pflegemaßnahme) möglich ist. Für den Großteil der hier befragten BewohnerInnen ist eine bestimmende und dominante Grundhaltung von seiten des Personals, wann und wie eine bestimmte Pflegehandlung durchgeführt wird, vertraut. Ihre innere Haltung dazu, welche körperlichen Handlungen als Zwang abzulehnen sind, ist dementsprechend unzureichend differenziert. Die quantitative Betrachtung des Konfliktfalls 1 („Zum Duschen Zwingen“; Abb. 5.5.4.1.1) macht deshalb offenkundig, daß über die Hälfte der BewohnerInnen überhaupt keine Bedenken äußert, wenn man zum Duschen unter Anwendung von körperlicher Gewalt gezwungen wird. Dagegen sehen die MitarbeiterInnen sehr wohl erhebliche Gründe, warum das körperliche Zwingen abgelehnt werden sollte. Auffällig ist auch die Tendenz, das „Zwingen“ in den Großeinrichtungen sowohl auf Mitarbeiter- als auch auf Bewohnerseite weniger kritisch zu beurteilen als in den kleinen Wohnheimen.

„Der 23jährige geistig behinderte Martin weigert sich, regelmäßig zu duschen. Jeden Samstag zwingen ihn zwei männliche Betreuer unter heftiger Gegenwehr dennoch unter die Dusche.“

Antwortprofile der BewohnerInnen und MitarbeiterInnen, Konfliktfall 1 "Zum Duschen zwingen" (n=100)

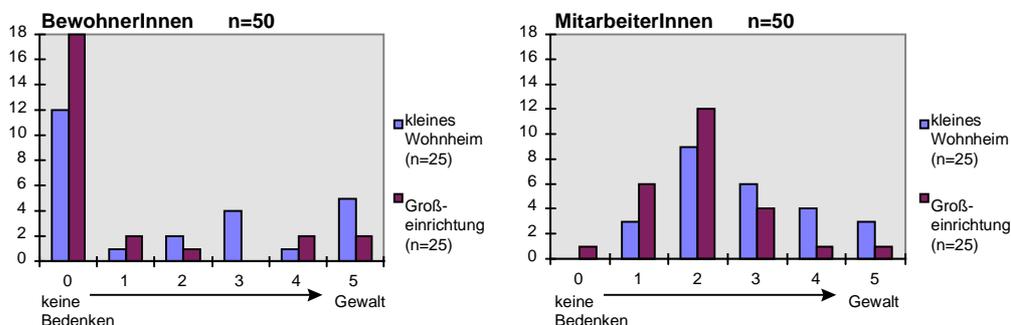


Abb.: 5.5.4.1.1

Die Konfliktfälle aus der Perspektive der BewohnerInnen

Die folgenden Interviewauszüge offenbaren Stimuli, Interpretation und Strategien zur Kategorisierung des Sachverhalts, kurz: Sie spiegeln die inneren Konfliktmuster wider, auf deren Grundlage die betroffene Person ihre Entscheidung trifft. Für das Gros der BewohnerInnen ist klar:

„(...) Der muß ja sauber sein. Ich muß auch sauber sein. Ich dusch' ja gerne. Mich muß man nicht zwingen. Wenn man nicht will, da muß man gezwungen werden, ist das richtig? Ja, 'ne. Ab unter die Dusche!“
(Stufe 0)

(Frau Kollibabe, 63 Jahre, seit dem 17. Lebensjahr im Heim)

„Weil man duschen muß, ist das richtig. Man stinkt dann. Man muß morgens sauber sein. Man ist den Leuten dann nicht angenehm. Er wollte ja nicht im Guten. Dann erst haben sie ihn gezwungen. Das ist dann in Ordnung.“ (Stufe 0)

(Herr Weirich, 45 Jahre, seit 3 Jahren im Heim)

„Der muß dann in die Dusche oder Badewanne geschmissen werden!“
(Stufe 0)

(Frau Irmer, 66 Jahre, seit 2 Jahren im Heim)

„Damit er sauber ist. Der soll mal selber unter die Dusche gehen, dann brauchen ihn die Betreuer nicht zu zwingen. Daß der sauber ist, ist aber wichtiger. Das ist wichtiger. Muß ich dann hier das erste ankreuzen, die 0, nich?“

(Frau Appel, 30 Jahre, seit dem 15. Lebensjahr im Heim)

„Sauberkeit“ dient bei fast allen BewohnerInnen als wichtigste Orientierungshilfe in diesem Konflikt. Das Duschen „freiwillig“ über sich ergehen zu lassen, bedeutet in den Augen der BewohnerInnen gleichzeitig die Vermeidung des Konflikts. Das Primat „Sauberkeit“ rechtfertigt so auch den Einsatz von Gewalt. Ein weiterer Teil der BewohnerInnen glaubt, daß BetreuerInnen kraft ihrer Autorität allein dadurch, daß sie das Duschen in dieser Situation *verlangen*, bereits mit ihrer Forderung im Recht und auch dazu legitimiert sind, diese mit allen Mitteln durchsetzen zu dürfen. Es geht also nicht um ein hygienisches Prinzip, sondern allein um den Betreuerwillen:

„Richtig so! Wenn das *Pfleger* sind, müssen die das tun. Die müssen ihn unter die Dusche bringen!“ (Stufe 0)
(Herr Schrader, 35 Jahre, seit 4. Lebensjahr im Heim)

„Das muß er schon machen. Wenn *die* das sagen, muß er das machen. Wenn er freiwillig geht, ist das nicht so schlimm. Aber wenn sie sagen ‘geh duschen!’, aber geht nicht, dann müssen sie ihn schon zwingen. Duschen muß er schon. Der kann froh sein, daß er wenigstens sauber ist am Körper und frisch ist (...).“ (Stufe 0)
(Frau Luhmann, 41 Jahre, seit dem 4. Lebensjahr im Heim.)

„Der Betreuer ist richtig. Man muß zu den Betreuern halten!“ (Stufe 0)
(Herr Dichter, 50 Jahre, seit dem 2. Lebensjahr im Heim)

Daß aber solche Situationen genau die sind, in denen es zu massiven Auseinandersetzungen zwischen BewohnerInnen und MitarbeiterInnen kommen kann, sehen diese drei BewohnerInnen mit großer Besorgnis:

„Ich kann das mit anderen Worten sagen: Zwang ist nicht gut. Man kann vernünftig reden, auf ihn einreden. (überlegt) Natürlich der stinkt. Man muß sich schon duschen, am besten zweimal am Tag, damit man nicht stinkt wie ein Ilti. Aber Zwang bringt nicht! (erregt). Man kann auch ‘bitte’ sagen, ‘tu mir den Gefallen’. Du mußt doch nicht riechen wie ein Ilti! Zwang und Streit bringt nichts. (überlegt) Ich sach’ Dir jetzt mal ein Wort: Das kann sein, daß der dann echt ausrastet! Das darf man nicht mit Gewalt machen. Der dreht durch, oder man bringt das Leben in Gefahr!“ (Stufe 3)
(Herr Meier, 29 Jahre, seit 3 Jahren im Heim)

„Finde ich nicht gut, daß da jeder sagt ‘Du mußt jetzt sauber sein! Du mußt jetzt das machen, was wir sagen!’ Das finde ich echt nicht gut. Ich würde sagen, die haben kein Recht zu sagen: ‘Entweder Du gehst unter die Dusche oder wir zwingen Dich.’ Das Zauberwort ist ‘bitte’. Die können das anders machen. Ich wollte erst mal das traurigste Gesicht nehmen. Das andere ist aber besser, dieses hier, ist nich’ toll, muß aber gemacht werden. Man kann ja auch sagen: ‘Sei froh, daß Du sauber bist. So schlimm ist das auch nicht’.“ (Stufe 2)
(Frau Hölscher, 34 Jahre, seit dem 1. Lebensjahr im Heim).

„Die sollen ihm das dann dreimal sagen. Ich würde ihm das lieber dreimal sagen: ‘Du sollst duschen, und hast dann auch da rein zu gehen.’ Man darf nicht Anschieben. Das muß ohne Anfassen gehen, dann wird er nämlich aggressiv!“ (Stufe 5)
(Frau Dunkel, 43 Jahre, seit 3 Jahren im Heim)

Sie nennen Aggressionsauslöser, und um Möglichkeiten einer verbalen Konfliktlösung zu beschreiben, wechseln sie die Perspektive und versetzen sich in die Lage der BetreuerInnen. Differenziert wird wahrgenommen, daß ein „Anschieben“ in diesem Kontext bereits Aggression auslösen kann, oder aber, wie im nächsten Beispiel, die „Übermacht“ der BetreuerInnen:

„Finde ich blöd. Die können das nich’ machen. (...) Die können das doch auch im Guten sagen, daß er duschen geht. Die brauchen doch nicht *zwei* Betreuer. Das, ich weiß nich’, ist nicht gut. *Einer* kann das doch sagen. *Einer* genügt doch!.“ (Stufe 5)
(Herr Kintop, 35 Jahre, seit 2 Jahren im Heim)

Herr Kintops Aussage ist eine der wenigen, die sich eng an die verbale Beurteilung seines Betreuers anlehnt, obgleich die Interviews getrennt voneinander erhoben wurden:

„Das finde ich unter aller Würde. Das muß man ganz klar anders regeln, nicht auch noch, daß da *zwei* Leute kommen und ihn unter die Dusche stopfen. Nee, das ist also 5.“
(Herr Bayertz, 26 Jahre, Erzieher, seit 4 Jahren im Heim tätig)

Im folgenden Beispiel präzisiert eine Bewohnerin sogar soziale Regeln für den Umgang mit Konflikten und weist auf Grundsätze der Gleichbehandlung hin:

„Es ist für jeden der Aufsatz, wie soll ich Dir sagen, für jeden Behinderten und Nichtbehinderten gilt, ja, bei dem Martin, der schlägt, ist stur und trotzig, ist aggressiv. Man muß fragen, warum? - der das macht. Das gilt, für jeden Behinderten und Nichtbehinderten. Leute dazu zu zwingen, finde ich nicht gut. Der Martin braucht nicht gezwungen zu werden. Das ist schon ganz schön schlimm. Der geht doch bestimmt allein. Wenn er nicht alleine geht, gehen sollte, dann ist es in Ordnung. Das ist dann Kontaktsuche, von ihm. Nee, das Zwingen ist aber nicht in Ordnung, der geht doch freiwillig unter die Dusche.“ (Stufe 5)
(Frau Busch, 30 Jahre, seit dem 4. Lebensjahr im Heim)

Die Konfliktfälle aus der Perspektive der MitarbeiterInnen

Für die Bewertung der einzelnen Konfliktfälle durch das Betreuungspersonal ist ausschlaggebend, ob die jeweilige Betreuerreaktion in den Fallbeispielen als sanktionierende Maßnahme, also als Maßnahme mit Strafcharakter angesehen wird und damit einen willkürlichen und zu kontrollierenden Prozeß darstellt, oder ob vermutet wird, daß das gewaltsame Handeln aus einer Situation der Ohnmacht und fehlenden Alternativen heraus geschieht. Ersteres führt zur moralischen Verurteilung des Betreuerverhaltens, letztes räumt ein gewisses persönliches Verständnis ein. Auffällig ist dennoch, daß sich 80% der Bewertungsstufen im mittleren Bereich befinden. Lediglich 8% der MitarbeiterInnen belegen die Situation mit dem Gewaltbegriff und entschieden sich für die höchste Stufe 5. Nahezu allen anderen ist gemeinsam, daß ihnen zwar bewußt ist, daß hier personale Gewalt verübt wird, sie aber dennoch darauf verzichten, ihrem Unmut darüber mittels der Stufenskala Ausdruck zu verleihen. Dieses paradoxe Grundmuster wird in den meisten Erläuterungen reproduziert:

„Weil ich denke, *körperliche Gewalt* ist da nicht angebracht, da versagen andere Mechanismen.“ (Stufe 3)
(Frau Schuhkraft, 25 Jahre, Diplompädagogin, seit 6 Jahren im Heim tätig)

Warum wird die Stufe der Gewalt nicht gewählt, wenn die Handlung ganz offen als solche bezeichnet wird? Vieles spricht für einen ausgesprochen ambivalenten Umgang mit dem Gewaltbegriff, der vielfach durch Euphemismen überlagert und damit in seiner konnotativen Bedeutung verzerrt wird. Der folgende Interviewauszug macht das deutlich:

„Also, ich würde hierzu sagen, daß Sie mir bei den sechs Möglichkeiten, die Sie mir gegeben haben, 1 ankreuze. Allerdings würde ich hier voraussetzen, daß vorher auch Gespräche gelaufen sind mit diesem Mann. Damit er - wenn er zu keiner Einsicht kommt - also: als Betreuer haben wir ja auch gesundheitliche, also einen Auftrag, was die gesundheitliche Hygiene angeht, und wenn jemand überhaupt nicht duschen will, dann passieren ja auch verschiedene andere Dinge. Also ich halte es dann schon für legitim, daß er dann unter die Dusche *'gebracht'* wird. *Man muß den Mann ja nicht verletzen dabei.* (...) Eine Alternative wäre natürlich das Baden. Eine Alternative wäre, daß er sich gründlich anders wäscht und die Haare dann vielleicht so unter der Dusche. Das ist natürlich die Frage, wie sauber das geht.“ (Stufe 1)
(Herr Morgenroth, 33 Jahre, Diakon, seit 2 Jahren im Heim tätig)

BewohnerInnen werden, ohne Verletzungen, unter die Dusche „gebracht“, „körperlich begleitet“, „gezogen“ oder „festgehalten“ - Vokabular, das verschlei-ert, daß MitarbeiterInnen unter Einsatz personaler Gewalt handeln. Der folgende Mitarbeiter sieht dadurch den inneren pädagogischen Kodex verletzt und glaubt, daß BewohnerInnen, mit denen es zu diesen massiven Auseinandersetzungen kommt, in einer pädagogischen Einrichtung fehluntergebracht sind:

„Das Wort 'Zwingen' erinnert mich an Psychiatrie. Die Person ist dann in einer Wohneinrichtung nicht richtig aufgehoben. Es ist pädagogisch nicht vertretbar, daß man als pädagogische Kraft solche Methoden anwendet. Ich würde das der Heimleitung melden, das wir das so nicht machen können.“ (Stufe 2)
(Herr Wiese, 29 Jahre, Sozialpädagoge, seit 1 Jahr im Heim tätig)

Daß aber trotz gegenteiliger Beteuerungen *Gewalt tatsächlich angewendet* wird, macht folgendes Zitat deutlich:

„Wenn er gewaschen werden muß? Was soll man da machen? Ich würd' natürlich erst mal versuchen, ihn darauf vorbereiten, ihm sagen, daß er stinkt. Gewalt würde ich nicht anwenden. Aber bei Maja müssen wir auch manchmal Gewalt anwenden. Oh, das ist schwierig. Ich würd' dann schon eine von den letzten Stufen hier nehmen. Ach nee, doch die 3. Oder die 2? Nein, ich würd' es anders versuchen.“ (Stufe 3)
(Frau Pieper, 56 Jahre, Erzieherin, seit 8 Jahren im Heim tätig)

Auch scheint die Anwendung von Gewalt, *zeitlich befristet*, legitim:

Wenn das einmal die Woche ist, ist das o. k. Die Frage ist dann nur, ob dann gerade „Gute Zeiten, schlechte Zeiten kommt“. Man darf ihn dann nicht während seiner Lieblingssendung zwingen.“ (Stufe 2)
(Frau Eisenschmidt, 36 Jahre, Krankenpflegerin, seit 16 Jahren im Heim tätig)

Darüber hinaus spielt sicherlich die Angst eine Rolle, KollegInnen könnten den Vorwurf erheben, daß der Auftrag der Hygienefürsorge nicht ausreichend erfüllt wird:

„Ich würd' die 2 ankreuzen. Ich weiß, es muß ja sein. Es ist auch Ausnutzung eines Machtverhältnisses; ich weiß, sie müssen sich uns ja fügen, die Bewohner. (...) Das ist ja auch nicht schön, wenn Bewohner wieder zurückgeschickt werden, 'wie riechen die denn!'. Die Kollegen sagen dann, 'Was machen Sie den ganzen Tag, daß der nicht sauber ist?'.“
(Frau Siepen, 44 Jahre, Krankenschwester, seit 28 Jahren im Heim tätig)

Das Suchen nach anderen, *kreativen* Lösungen stellt ein weiterer Teil der befragten MitarbeiterInnen in den Mittelpunkt und schafft so eine positive Auseinandersetzung mit dem Konfliktfall:

„Mir ist spontan eingefallen, man könnte es z. B. mit Schwimmen gehen probieren. Ich will hier so zu der 2 tendieren. Aber keine Alternative? - glaub' ich nicht. Die sollten da ein bißchen kreativer sein. Sie sollten überlegen, warum der nicht in die Dusche geht. Vielleicht geht er ja lieber in die Wanne.“

(Frau Goldschmidt, 52 Jahre, Quereinsteigerin mit sonderpädagogischer Zusatzqualifikation, seit 21 Jahren im Heim tätig)

„Tja, das gleiche Problem haben wir eigentlich täglich. Wir haben das Problem so gelöst, daß wir sie ans Baden gewöhnt haben. Früher mußten wir sie täglich unter die Dusche ziehen - auch mit Gewalt. Jetzt machen wir es so, daß wir mit Wasserspielen und Schaum sie dazu bringen. Jetzt machen sie das sehr gerne und drängeln sich vor dem Bad. Das ist ein schöner Erfolg für uns. Aber das kostet Zeit und viele Nerven.“ (Stufe 3)

(Frau Helmer, 25 Jahre, Erzieherin, seit 4 Jahren im Heimbereich tätig).

Es gibt aber auch MitarbeiterInnen, die möchten den Konflikt in dieser Form gar nicht abändern oder abmildern; sie sehen ihn als Lernmodell für BewohnerInnen, quasi als Chance, eine weitere Stufe in ihrer Entwicklung zu erklimmen. Dabei führen sie den Konflikt ursächlich auf die BewohnerInnen zurück, die diese Konfrontation „ *einfordern*“:

„(...), weil, ich nehm' das alles unter der Voraussetzung, daß die Menschen, die hier wohnen, auch dadurch etwas lernen. Es ist, also es geht nicht um die Situation an sich, sondern um die Bewältigung des Konflikts. In mir ist ein tiefer Glaube, *die haben sich das ausgesucht*. Der Martin, hier in diesem Beispiel, er hätte ja auch zu Hause wohnen können oder bei irgendwelchen Verwandten, wo er duschen gelernt hätte. Wenn er z. B. zehn Wochen nicht duscht und dann stinkt, dann hat er sich die Konflikte selber geschaffen, die sind einfach nötig für ihn. Das alles schließt aber nicht aus, daß es andere Möglichkeiten gibt, den Konflikt zu bewältigen, sowohl für Martin als auch für die Mitarbeiter.“ (Stufe 0) (Herr Paßmann, 24 Jahre, Heilerziehungshelfer, seit 5 Jahren im Heim tätig)

„Diese Diskussion hier haben wir ja so gut wie jeden Tag. Das merkwürdige ist ja, mmh, pädagogisch vertretbar oder nicht, da haben wir ja alle Mitarbeiter hier im Hause so ziemlich eine Linie. Aber im Grunde fordert der Alltag eigentlich einem was ganz anderes ab. Das ist einfach eine Tatsache. Mittlerweile ist auch meine Überzeugung, daß die Bewohner das auch ganz klar einfordern, daß ich ihnen ihre Grenzen setze und ihnen ganz oft auch - ohne Alternative - sage, 'Das tust Du jetzt, da gibt's keine Diskussion, ich möchte das jetzt nicht erklären. Es ist völlig egal, ob Du das jetzt verstehst.' So, und *das wollen die*. Ich bin mir sicher, daß die das in vielen Situationen auch regelrecht einfordern. Gerade in so Konfliktsituationen, die die Bewohner selbst heraufbeschwören.“ (Stufe 2)

(Frau Allert, 32 Jahre, Historikerin, seit 1 Jahr im Heim tätig)

Die Begrenztheit pädagogischer Mittel wird vorrangig von MitarbeiterInnen ohne pädagogische Ausbildung beklagt:

Das ist eine heikle Sache. Manchmal bleibt eigentlich kein Ausweg, daß man das mit Gewalt macht. Wir hatten z. B. einen Patienten, der hat dermaßen aggressiv reagiert, weil er, also wenn er sich eingekotet hat und dann duschen mußte. Der war harn- und stuhlinkontinent. Der hat sich sehr gewehrt. Man mußte das gegen seinen Willen machen. Wir hätten uns auch einen anderen Weg vorgestellt. Spaß hat uns das nicht gemacht! Mit der Pädagogik ist das so eine Sache, wie soll man das manchen klar machen? *Bei manchen Leuten, also Bewohnern, scheint der Gewaltsinn ja auch ausgeschaltet zu sein.* Manchmal kommt man mit der Pädagogik nicht weiter. Das muß man dann einfach machen.“ (Stufe 2)
(Frau Jonas, 51 Jahre, Krankenschwester, seit 7 Jahren im Heim tätig)

Zusammenfassend können für den Konfliktfall 1 die zur Bewertung führenden Stimuli nach folgenden Aspekten typologisiert werden: Für rund 60% der BewohnerInnen steht das Faktum *Sauberkeit* an erster Stelle. Es rechtfertigt somit auch den Einsatz von körperlichem Zwang. Verstärkend kommt hinzu, daß es die *BetreuerInnen* sind, die eine Maßnahme verlangen. Dieser Umstand reicht bei fast 25% der BewohnerInnen allein dazu aus, den Zwang zu befürworten. Sie glauben, daß die *BetreuerInnen*, unabhängig von der Art ihres Anliegens, in der Durchsetzung ihrer Forderung quasi a priori im Recht sind. Nur ein kleinerer Teil der BewohnerInnen (14%) interpretiert die geschilderte Situation als Gewalt. Bei ihnen reichen scheinbare Legitimationen wie *Sauberkeit* und *Anordnung des Personals* nicht aus, um ihre Skepsis zu verbergen. Sie konzentrieren sich auf den körperlichen Konflikt selbst, daß jemand *gezwungen* wird und bei dieser Person vermutlich zu Schmerzen führt. Der Sachverhalt wird also folgendermaßen kategorisiert: nach dem Prinzip Hygiene, nach Autoritätsstrukturen und in letzter Linie nach Zwang.

5.5.4.2 „Zwei Schnitten sind genug!“ – Streßsituation „Essen“

In den geführten Gesprächen mit den MitarbeiterInnen wird immer wieder deutlich, daß die Zeiten der Mahlzeiteneinnahme sowohl für das Personal als auch für die BewohnerInnen regelrechte Streßsituationen darstellen können. Neben dem Umstand, daß zu den Essenszeiten die gesamte Wohngruppe zusammenkommt und auch die BetreuerInnen für die BewohnerInnen endlich greifbar und ansprechbar sind, müssen aber von den MitarbeiterInnen viele Aspekte bedacht werden; so beispielsweise das Einhalten individueller Diätpläne, die Medikamenteneinnahme oder die Bereitstellung individueller Hilfsmittel oder persönliche Unterstützung bei der Essensaufnahme. Das Einhalten bestimmter Essensregeln soll darüber hinaus dazu beitragen, daß BewohnerInnen sich qualitativ ausgewogen ernähren und nicht übermäßig essen. In einigen der befragten Wohnheime wurde direkt vor den Mahlzeiten eine Gewichtskontrolle durchgeführt; eine Gewichtszunahme bedeutete unweigerlich die Limitierung der Nahrungsaufnahme („*Heute abend gibt's aber nur eine Schnitte!*“).

Die MitarbeiterInnen schildern resigniert, zu welchen Taktiken sie greifen müssen, um eine gesunde Ernährung zu gewährleisten: das Hinhalten und Verweisen auf spätere Essenszeitpunkte, den unbemerkten „Tausch“ von ungesunden und gesunden Nahrungsmitteln bis hin zum Abschließen der Kühlschränke oder sogar der gesamten Küche außerhalb der Essenszeiten. Daß auf diese Weise viele Konflikte ausgerechnet über das Grundbedürfnis Essen ausagiert werden, verstärkt die Schärfe der Konfrontation zwischen beiden Gruppen. Nur wenige andere Alltagssituationen sind so vielen und vielfach strengen Reglements unterworfen wie die Tischsituationen. Hier manifestiert sich die Macht des Personals ganz besonders: Sie wählen das Essen aus, teilen es zu, setzen Grenzen, wieviel gegessen wird und auf welche Weise. Sie wachen über die Einhaltung von Tischregeln und maßregeln deren Übertretung. Es war daher aufschlußreich zu erfahren, wie das Vorenthalten von Mahlzeiten aus den unterschiedlichen Perspektiven der BewohnerInnen und MitarbeiterInnen beurteilt wird.

Ihnen wurde, in zugespitzter Form, ein Konfliktfall vorgelegt, der ähnlich dem Fallbeispiel „Zum Duschen Zwingen“ wieder zweierlei Aspekte berührt: einerseits die Erfüllung der Gesundheitsfürsorge und andererseits die Verweigerung von Essen als gewaltsamem Akt. Abb. 5.5.4.1 zeigt, daß auch hier BewohnerInnen und Personal sehr unterschiedliche Urteile treffen. Ins Auge fällt sofort, daß rund zwei Drittel der BewohnerInnen überhaupt keine oder äußerst wenig Bedenken haben, wenn ihnen Mahlzeiten vorenthalten werden. Der Anteil derjenigen, die in Großeinrichtungen untergebracht sind, ist in seiner Unbekümmertheit noch viel größer. Auch bei den MitarbeiterIn-

nen zeichnet sich tendenziell eine größere Duldung dieses Reglements ab; dennoch fällt ihre Bewertung im Vergleich zu den BewohnerInnen um ein Vielfaches negativer aus. 40% sind der Meinung, daß mindestens das Machtverhältnis ausgenutzt wird, wenn nicht gar Gewalt vorliegt. Den unbesonnenen Umgang mit der Essensverweigerung der BewohnerInnen können aber immerhin 20% (Stufe 0 und 1) des Personals teilen.

„Die 34jährige geistig behinderte Andrea möchte das Mittagessen auslassen, weil sie entweder keinen Hunger hat oder es ihr nicht schmeckt. Am Nachmittag möchte sie aber zum Kaffee gerne auch Kuchen essen. Dieser wird ihr mit der Begründung verweigert, „wer mittags nichts ißt, braucht auch keinen Kuchen“.

Antwortprofile der BewohnerInnen und MitarbeiterInnen, Konfliktfall 2 „Vorenthalten von Mahlzeiten“ (n=100)

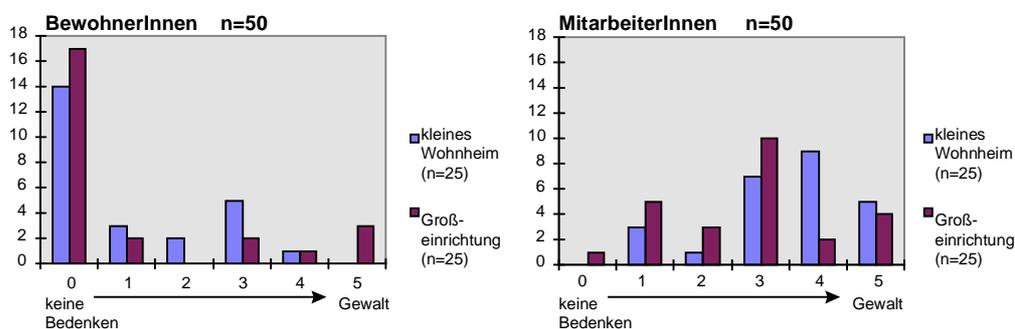


Abb.: 5.5.4.1

Warum scheint es für viele BewohnerInnen selbstverständlich zu sein, daß MitarbeiterInnen ihnen mit einem kurzen und knappen Satz Essen verweigern, und warum verharren sie so in ihrem passiven Erleben? Warum wird die Haltung des Personals nicht als Strafe oder Repression empfunden? Von den zwei Dritteln der BewohnerInnen, die den Konflikt als unkritisch bewerten, glaubt ein Drittel, eine Hauptmahlzeit in keinem Fall auslassen zu dürfen. Das andere Drittel rechtfertigt, ähnlich wie beim Konfliktfall „Zum Duschieren zwingen“, das Verhalten der BetreuerInnen allein aus deren Status heraus:

„Naja, Mittag muß man schon essen. Das find' ich ganz richtig so. Mittag ist doch die *Hauptmahlzeit!*“ (Stufe 0)
(Herr Lesker, 55 Jahre, seit 40 Jahren im Heim)

„Das mach ich nicht. Wenn man kein *Mittag* ißt, dann sollte sie den auch nicht kriegen, den Nachtsch, meine ich. Entweder oder. Entweder mittags essen oder sonst gibt's nichts. Das ist ganz klar.“ (Stufe 0)
(Frau Appel, 30 Jahre, seit dem 15. Lebensjahr im Heim)

„*Mittagessen* muß man essen. Man muß was im *Magen* haben. Erst mal essen und dann den Kuchen. Wenn die mittags nichts ißt, braucht sie auch keinen Kuchen. Das ist richtig.“ (Stufe 0)
(Herr Ohlinger, 46 Jahre, seit 15 Jahren im Heim)

Keine Distanz zur Betreuermeinung zu bewahren, heißt, die Position des Personals kritiklos hinzunehmen. Die Verweigerung von Essen kann so nicht als repressive Handlung interpretiert werden, weil die BetreuerInnen ohnehin im Recht gesehen werden:

„Das ist o. k. so. *Die Betreuer haben da recht.* Wer mittags nichts ißt, braucht auch keinen Kuchen. Das ist so!“ (Stufe 0)
(Herr Weirich, 45 Jahre, seit 3 Jahren im Heim)

„*Ich halte zu die Betreuer!* - Das ist richtig, dann kriegt man gar nichts!“
(Frau Paschewski, 38 Jahre, seit 2 Jahren im Heim)

„Ich find' das nicht gut. Wenn man keinen Hunger hat, darf man keinen zwingen. (überlegt) Das geht aber nicht, das ist ungerecht. Wenn sie mittags nichts will, so nachmittags auch nichts haben. Nicht mal so, mal so! *Die Betreuer haben recht!*“
(Frau Schmidt, 45 Jahre, seit 4 Jahren im Heim)

„Vielleicht kann sie auch krank sein. Wenn sie krank ist, kann sie ja auch keinen Appetit haben. (...) Ja, und nachmittags will sie dann Kuchen. Das find' ich nicht gut. Man muß eigentlich sie dann bestrafen. (überlegt) *Die Betreuer haben doch recht! Die haben doch recht!*“ (Stufe 0) (Herr Dichter, 50 Jahre, seit dem 2. Lebensjahr im Heim)

Wer in der Lage ist, Betreuerverhalten auch kritisch zu reflektieren, kommt zu einem negativen Urteil über die Situation. Das Verhalten wird als Willkür interpretiert, und es werden Gefühle von Wut und Ärger sichtbar:

„Ja, wenn man mittags nichts essen will, kann man ausnahmsweise mal sagen das so. Auch die Moni kann das sagen, daß sie ausnahmsweise noch nichts will. (überlegt) Ich find' es link, einfach schweinish link, wenn sie dann nachmittags nichts kriegt. Wenn ich das jetzt zu Dir sagen würde, nehmen wir an, wie würdest Du das dann finden? Ich würde sehr wütend werden. Sehr wütend. Also ganz schlimm kreuze ich an.“
(Frau Hölscher, 34 Jahre, seit dem 1. Lebensjahr im Heim)

„Das ist Quatsch. Wenn sie keinen Appetit hat, brauch' sie nicht essen. Dann muß man ihr den Kuchen geben. Hungern dürfen die Patienten nicht!“ (Stufe 5)
(Frau Irmer, 66 Jahre, seit 2 Jahren im Heim)

„Wie alt ist die? Ist die dick oder dünn? Und mittags ißt sie nichts? Die muß doch ein bißchen was essen mit dem Mittagessen. Ja doch dann wenigstens Kuchen!“ (Stufe 3)
(Wilfried Wagner, 41 Jahre, seit dem 4. Lebensjahr im Heim)

Nur zwei BewohnerInnen erkennen, dass der Satz „Wer mittags nichts isst, braucht auch keinen Kuchen“ auch Strafcharakter hat:

„Ich nehm die 3.“ „Warum finden Sie das Verhalten des Betreuers nicht in Ordnung?“ „Weil man den anderen bestraft!“
(Herr Kintop, 35 Jahre, seit 2 Jahren im Heim)

„Scheiße. Das finde ich scheiße. Weil ich finde das - kriegt die Tabletten? Wenn man mittags nicht isst, ist das gut. Man kann eine Mahlzeit ausfallen lassen. - Dann machen wir das so: Dann kriegen die Betreuer keinen Kuchen, dann kriegen nur die Bewohner einen. Wir drehen das um!“
(Stufe 4)
(Frau Busch, 30 Jahre, seit dem 4. Lebensjahr im Heim)

Die Konfliktfälle aus der Perspektive der MitarbeiterInnen

Es ist auffällig, daß jüngere MitarbeiterInnen toleranter im Umgang mit Essensregeln agieren als ältere, denen der Satz „Wer mittags nichts isst, braucht auch keinen Kuchen!“ vielleicht noch aus der eigenen Kindheit vertraut ist. Gerade die jüngeren betonen sehr stark das Prinzip der Eigenverantwortlichkeit und nehmen ihren eigenen Umgang mit dem Thema zum Maßstab der Beurteilung:

„Also zwischen 3 und 4 würde ich sagen. Erstmal ist die Situation pädagogisch absolut nicht vertretbar, und zweitens ist es auch eine Ausnutzung des Machtverhältnisses. Also ich würde dann sogar eher 4 sagen. Ich mach das jetzt ein bißchen krasser. (...) Ich sach' einfach, die Leute sollen erstmal in den Spiegel gucken, bevor sie solche Aussagen tätigen, 'wer mittags nichts isst, braucht auch keinen Kuchen'. Also das ist völliger Quatsch. Wenn ich keinen Hunger habe, dann esse ich nichts. Das ist normal einfach, denke ich. Das ist völlig vertretbar.“ (Stufe 4)
(Herr Bayertz, 26 Jahre, seit 4 Jahren im Heim tätig)

„Der Satz ist Blödsinn. Der Bewohner hat die freie Entscheidung, ob er mittags was isst. Da ist erst mal nichts gegen einzuwenden, wenn er eine Mahlzeit ausläßt.“ (Stufe 4)
(Frau Degener, 27 Jahre, Heilerzieherin, seit 8 Jahren im Heim tätig)

„Da gehe ich von mir persönlich aus. Warum soll das bei der Betreuten anders sein? Es gibt doch noch was anderes. Man kann ihr doch auch 'nen Apfel und 'nen Joghurt anbieten!.“ (Stufe 3)
(Frau Bernd, 25 Jahre, Heilerzieherin, seit 6 Jahren im Heim tätig)

„Da versucht man mittags schon, der Person was anderes zu geben. Man fragt sie nach den Gründen. Einige Betreuer sollten lieber lernen, von sich auf andere Menschen zu schließen. Das sind ja auch Menschen, mein Gott! Das ist wie mit dem Aufstehen. Wenn ich keine Lust habe, um sechs

aufzustehen, schlafe ich halt länger und steh um acht auf. Jeder hat seine Freiheit.“ (Stufe 3)

(Herr Bender, 25 Jahre, Erzieher, seit 4 Jahren im Heim tätig)

Wie ambivalent dennoch die Antworten der MitarbeiterInnen sein können, zeigt folgendes Beispiel:

„Ich eß’ auch nicht alles zu Hause. Aber ich weiß, daß das andere Betreuer aber so machen. Das ist nicht meine Art.“ (Stufe 5) (Nun nähert sich ein erwachsener Bewohner, es ist Kaffeezeit, und bittet Frau Eisenschmidt, sich einen Keks nehmen zu dürfen.) „Es gibt aber nur einen Keks, hast Du gehört, nur einen!“

(Frau Eisenschmidt, 36 Jahre, Krankenpflegerin, seit 16 Jahren im Heim tätig)

Den BewohnerInnen einen selbstbestimmten Umgang mit Essen zu erlauben, bedeutet auch, auf den Einsatz von Essen als kontingenten Verstärker im Rahmen einer Verhaltensmodifikation im Alltag zu verzichten. Vielen MitarbeiterInnen ist nur undeutlich bewußt, daß sie mit Hilfe einfachster Techniken der Verhaltensmodifikation versuchen, eine gewünschte Verhaltensänderung der BewohnerInnen herbeizuführen:

„Da spielen mehrere Sachen mit rein: Wie lange hat sie schon nichts gegessen? Warum sollte ein Mitbewohner nicht mal ein Mittagessen ausfallen lassen? Die zweite Frage ist, man könnte ihr ja auch eine Stulle anbieten, wenn man absolut nicht will, daß sie Kuchen ißt. (Pause) Klar ist eins: Essen müssen sie! *Bei Behinderten ist es ja auch so, daß man Essen als Lockmittel einsetzt. Das hört sich jetzt kraß an. Ich weiß. - Die essen ja alle gerne. Ich halte der Johanna z. B. ein Gummitier hin, um sie zu motivieren, sich die Schuhe anzuziehen!*“ (Stufe 3)

(Frau Dreher, 26 Jahre, Erzieherin, seit 5 Jahren im Heim tätig)

Dahinter verbirgt sich auch die Angst, ein letztes Kontrollmittel über die BewohnerInnen aufzugeben:

„Ja, wenn nix mehr hilft, da sag ich dann, dann gibt’s nichts zu essen. Entweder Du tust das jetzt, oder es gibt das nicht. Das ist natürlich nicht o. k., aber mir ist es immer noch lieber, *das mit dem Essen so zu machen, als jemand anzupacken. Wie soll ich denn sonst was durchsetzen?*“

(Frau Kannengießer, 31 Jahre, Praktikantin, seit 1 Jahr im Heim tätig)

Da diese Form der Verhaltenskontrolle keinen körperlichen Ausdruck findet, wird sie von einigen MitarbeiterInnen auch weniger stark gewertet:

„Also das Beispiel kann ich hier besser vertreten, weil da *nichts Körperliches* bei ist.“ (Stufe 1)

(Frau Riedel, 19 Jahre, Absolventin eines Praktischen Jahres, seit 2 Jahren im Heim tätig)

Um der mittäglichen Essensdiskussion zu entgehen, wird nach indirekten Lösungen gesucht. Den Appetit und damit das Hungergefühl eines Bewohners, wie im folgenden Beispiel, bewußt zu steuern, heißt auch, ihn weiteren Essensreglements zu unterwerfen. Dabei entgeht den MitarbeiterInnen, daß sie das Problem nur verschieben.

„Das gibt es bei uns auch. Aber das haben wir auch gelöst. Der Simon kriegt jetzt zum Frühstück weniger, so daß er mittags Hunger hat. Aber auch das kostet wieder Zeit und Nerven, weil er dann ja morgens nicht viel essen darf.“ (Stufe 3)

(Frau Helmer, 25 Jahre Erzieherin, seit 4 Jahren im Heim tätig)

Nahezu allen MitarbeiterInnen ist gemeinsam, daß ihnen der Konfliktfall aus ihrer alltäglichen Praxis sehr wohl vertraut ist. Einerseits die Situation im Wohnalltag zu erleben, aber andererseits eine eigene Abwehrhaltung gegen das Verhalten (bei KollegInnen) aufrechtzuhalten, führt bei einigen zu einem moralisch indifferenten Urteil:

„Aus dem Leben gegriffen, ist das Beispiel, wo ich hier auch immer wieder gegen die Fronten renne. Essensentzug als Strafe halt' ich überhaupt nichts von. Das muß aber erst ein Professor sagen, daß das nicht o. k. ist. Das ist 4 und 5 für mich, Machtmißbrauch und Gewalt. Das ist meine Einschätzung, aber bei anderen Mitarbeitern hätte ich keine Bedenken. Also wenn das andere machen, wie hier in dem Beispiel, dann muß ich Stufe 0 nehmen.“

(Herr Paßmann, 24 Jahre, Heilerziehungshelfer, seit 5 Jahren im Heim tätig)

„Man neigt schon dazu zu sagen, 'Ißt Du nicht, fällt der Kaffee für Dich aus.' Janina z. B. sagt, sie ist krank. Dann holt sie sich aber das Essen heimlich aus der Küche. Wenn uns jemand dabei erwischt, daß wir ihr das Essen entziehen, gibt es Ärger. Legitim ist's nicht.“ (Stufe 2)

(Frau Siepen, 44 Jahre, Krankenschwester, seit 28 Jahren im Heim tätig)

Zuvor wurde bereits auf den unbewußten, d. h. ungeplanten, Einsatz von Essen im Rahmen einer direktiven Verhaltensmodifikation hingewiesen. Daß der Stimulus Essen für weiteres Verhaltenstraining eingesetzt wird und zu zweifelhaften Essensritualen führt, beklagen 4% der MitarbeiterInnen. Betroffen sei hierbei vor allem die Gruppe der schwerer behinderten BewohnerInnen, die nicht über aktive Sprache verfügen und ihre Essenswünsche in

der Regel non-verbal ausdrücken. Das „Antrainieren“ von Gehorsamkeitsgesten, wie z. B. das In-die-Hände-Klatschen nach sprachlicher Aufforderung durch BetreuerInnen („*Komm, mach bitte, bitte!*“) führe teilweise zu obskurem „Dressur“-Verhalten. Gefahren einer Entpersonalisierung der BewohnerInnen bestehen ebenfalls bei den als „Füttern“ bezeichneten Hilfen bei der Nahrungsaufnahme, wobei allein die Verwendung des Begriffs in einer Tischsituation mit betroffenen Erwachsenen beispielsweise in der Altenpflege in Form eines negativen Initiationsritus als verpönt gilt (vgl. HARTDEGEN, 1997, 93). Wenngleich das Verhalten und die verwendete Sprache in der Stützsituation Essen nicht wie häufig in der Altenpflege extreme Elemente der Babytalk-Interaktion aufweist (vgl. SACHWEH, 1997, 101), so verleitet dennoch die assoziative Nähe zu einer Eltern-Kind-Situation zu entsprechenden Verhaltensmustern. Gefahren bestehen nach Auskunft der MitarbeiterInnen vor allem in dem Punkt, daß andere HeimbewohnerInnen das Verhalten des Personals adaptieren und so die kindliche Stellung der auf große Hilfen angewiesenen MitbewohnerInnen festigen. Dabei übernehmen sie mehr als die MitarbeiterInnen ein kindspezifisches Sprachregister, indem sie durch paraphrasierende Sätze und Modulation der Tonhöhe die Interaktion mit schwerstbehinderten Menschen verkindlichen. Als typisches Sprachmuster wurde genannt: *„Jaa, soo, ist's gut. Ein bißchen müssen wir schon noch essen. Nun noch einen Löffel für Papa, und einen für Mama...“*.

Das Datenmaterial zum Konfliktfall 2 legt folgende Schlüsse nahe:

Der Umgang mit Essen, das Sprechen über Essen und die zahlreichen aufgestellten institutionsspezifischen Essensregeln, sei es allgemein zur Überwachung der Gesundheit oder im speziellen des Gewichts, sind für BewohnerInnen und MitarbeiterInnen unterschiedlicher Natur. Für MitarbeiterInnen entwickeln sie sich zu hochkomplexen pädagogischen Situationen; für HeimbewohnerInnen sind es Mahlzeiten, deren Zuteilung - in keinem der befragten Wohnheime wurde für reguläre Mahlzeiten selbst eingekauft oder gekocht - ausschließlich von dem Willen der BetreuerInnen abhängt. Das Vorenthalten einer Mahlzeit empfinden sie aus zweierlei Gründen als legitim: weil die Einstellung zum Essen stringent bleiben soll oder weil sie sich als BetreuerInnen per se im Recht wähnen. Nur ein kleiner Teil weist auf den sanktionierenden Charakter der Maßnahme hin. Für die MitarbeiterInnen ist klar, daß es sich beim Vorenthalten von einzelnen Mahlzeiten um illegitimes Verhalten handelt. Ihnen ist aber auch bewußt, daß es mitunter zum Wohnalltag gehört und häufig als letztes regulierendes Mittel eingesetzt wird. Die Duldung des Verhaltens ist größer, wenn es von KollegInnen angewendet wird und nicht von ihnen selbst.

5.5.4.3 „Wer nicht hören will, muß fühlen!“ – Der Einsatz sanktionierender Erziehungsmittel

Kaum eine andere pädagogische Maßnahme ist so umstritten wie die der Strafe. Während ihr Einsatz im Rahmen der Erziehung von Kindern und Jugendlichen schon über 100 Jahre diskutiert wird (PESTALOZZI, FOERSTER, NOHL, SCHLEIERMACHER) und an aktueller Brisanz, vor allem im Hinblick auf Erziehungsgewalt (EGGERT-SCHMIDT NOERR, 1998; PETRI, 1991) nichts eingebüßt hat, ist eine Diskussion über den Einsatz sanktionierender Erziehungsmittel in der pädagogischen Heimarbeit mit behinderten Erwachsenen bisher ausgeblieben. Das, was gesetzlich erlaubt, aber vor allem ethisch vertretbar ist, befindet sich in einer weitläufigen juristischen und moralischen Grauzone.

Der Gesetzgeber äußert sich hierzu nur vage: Das BGB (§ 1631) differenziert im Rahmen der Personensorge lediglich zwischen in ihrer Anwendung legitimen Erziehungsmitteln (früher Zuchtmittel) und entwürdigenden und damit verbotenen Erziehungsmitteln. Das StGB regelt die Bestrafung der Mißhandlung von Schutzbefohlenen (§ 223b). Ursprünglich war aber mit diesen Paragraphen das elterliche Erziehungsverhältnis (das Kind zu pflegen, zu erziehen, zu beaufsichtigen und seinen Aufenthalt zu bestimmen) gemeint. Nun gehen die Inhalte der Personensorge in einem bestimmten Umfang auf das Heimpersonal über. Was hier an erzieherischen Mitteln erlaubt ist, ist rechtlich kaum zu präzisieren. Bei minderjährigen HeimbewohnerInnen, bei denen zwischen ihnen und den engen Bezugspersonen ein elternähnliches Erziehungs- und Betreuungsverhältnis besteht, gelten ähnliche rechtliche Rahmenbedingungen wie bei der elterlichen Sorge (früher elterliche Gewalt). Legitim sind hier: Ermahnungen, Verweise, Entzug von Vergünstigungen, Taschengeldentzug, Klaps auf die Hand etc. Ganz klar verboten sind entwürdigende Erziehungsmittel wie Kopfscheren, öffentliches Anprangern, Anbinden des Kindes etc. (LACKNER, 1995).

Sehr umstritten sind das Einschließen (Stubenarrest) und die körperliche Züchtigung. Wie aber sieht die rechtliche Lage bei erwachsenen HeimbewohnerInnen aus? Das Bewußtsein, daß körperliche Strafe den Straftatbestand der Körperverletzung erfüllt, ist bei MitarbeiterInnen im Heim sicherlich nicht so verbreitet wie bei LehrerInnen in der Schule. Eine ketzerische Frage muß deshalb lauten: Warum ist im Heim all das erlaubt, was in der Schule verboten ist? Kein Lehrer und keine Lehrerin darf ungestraft SchülerInnen schlagen, treten, kneifen oder ohrfeigen. Im Heimbereich werden solche Vorkommnisse immer wieder geschildert - ohne daß ein Strafverfahren eingeleitet würde. Eine Ursache mag darin liegen, daß erzieherische Sanktionierung bei HeimbewohnerInnen häufig als *Behandlungsmethode* im Umgang

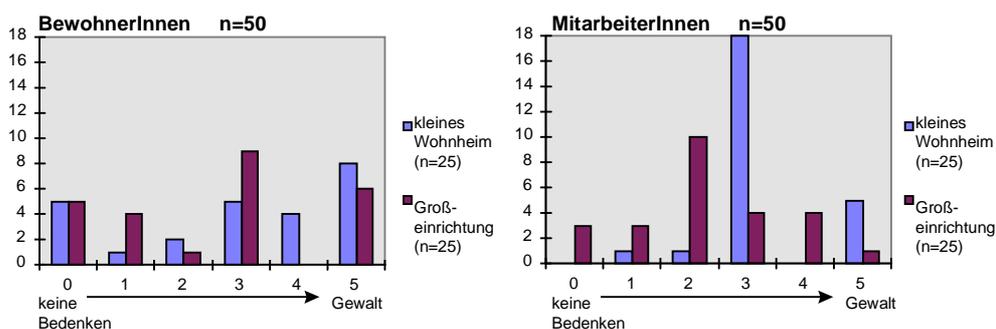
mit schwierigen Verhaltensweisen wie Aggression oder selbstverletzendem Verhalten deklariert wird. Züchtigung, oder allgemein gesprochen, die Ausübung personaler Gewalt, wird zu einem therapeutisch indizierten *aversiven Verfahren* zur Korrektur von sog. Problemverhalten. Der Anspruch, hier therapeutisch oder lerntheoretisch intervenierend zu handeln, verschiebt die Grenze dessen, was an körperlicher Züchtigung, zumal bei *erwachsenen* Menschen, erlaubt ist.

Rechtlich bisher in der einschlägigen Fachliteratur überhaupt nicht, aber immerhin ethisch wurde der Einsatz aversiver Verfahren diskutiert (vgl. MÜHL/NEUKÄTER/SCHULZ 1996, 127 ff). MORGAN (1987, 74) weist darauf hin, daß die Verhaltensmodifikation gerade im Heimbereich dazu mißbraucht wird, Mißhandlungen zu legitimieren. Zu den von ihr beobachteten aversiven Techniken gehören „neben dem Bewohner mit einem Stock auf den Tisch schlagen“, „den Bewohner auf den Boden stoßen, „nackt in einem Eimer Eis sitzen“ oder „ihn zum Tragen eingekoteter Kleidung“ zwingen. Dem Schmerz wird in diesem Rahmen ein pädagogischer und therapeutischer Wert verliehen. Dabei bedienen sich diese Methoden einer so altbewährten wie simplen Erziehungsideologie. „Wer nicht hören will, muß fühlen“. Darauf zielt auch die als „Corporal Communication“ (JOHNSON, 1981, 352ff) beschriebene Konditionierung ab, die geistig behinderten Menschen über das Erfahren von „Schmerz in angemessener Weise (...) eine wichtige Dimension dessen lehren will, was es heißt, Mensch zu sein (354). Vernünftiger Schmerz soll darüber hinaus zur Selbstbeherrschung und Verhaltenskontrolle beitragen, „Schmerz vorzuenthalten, kann passive Mißhandlung sein, wie z. B. ein vorenthaltener Zahnarztbesuch, um ein Problem zu korrigieren“ (ebd.)

Das im Kontext dieser Problematik konstruierte Fallbeispiel, das den beiden Untersuchungsgruppen zur Bewertung vorgelegt wurde, greift die in Einrichtung gängige Praxis der *Spiegelung* von unerwünschtem Verhalten auf:

„Der 40jährige geistig behinderte Thorsten tritt dem Zivi seiner Wohngruppe häufig und mit Absicht schmerzhaft gegen die Schienbeine. Der Zivi hat sich angewöhnt, in gleichem Maße zurückzutreten.“

Antwortprofile der BewohnerInnen und MitarbeiterInnen, Konfliktfall 3 „Treten als Erziehungsmittel“ (n=100)



Die hier befragten MitarbeiterInnen urteilen zwar über den Einsatz des „Tretens“ negativ (Abb. 5.5.4.3.1), dennoch spiegeln sich in den Interviewauszügen Grundzüge dieser „Wer nicht hören will, muß fühlen“-Ideologie wider. Sie wird vor allem dort legitimiert, wo aufgrund der Schwere der geistigen Behinderung ein kognitives Strafen nicht möglich erscheint und andere Perzeptoren wie die haptische bzw. taktile Wahrnehmung gesucht werden. Darüber hinaus weisen die MitarbeiterInnen auf die große erzieherische Wirksamkeit der Maßnahme hin. Der schnelle Erfolg aversiver Methoden scheint den (zumindest kurzfristigen) Einsatz zu legitimieren:

„Ich hab' bei Agnes auch immer zurückgekniffen. Das war auch *sehr erfolgreich*. Also einmal würd' ich das schon machen. (Stufe 0)
(Frau Riedel, 19 Jahre, Absolventin eines Praktischen Jahres, seit 2 Jahren im Heim tätig)

„Ja, ich würde immer versuchen, nach einer anderen Lösung zu suchen, als Gewalt mit Gegengewalt zu beantworten. - Aber natürlich, wenn es dann, also dann wirklich keine Alternative mehr gibt, wenn man mehrere Möglichkeiten versucht hat, dann muß er vielleicht *selber spüren*, um den Effekt einfach zu haben, *um einfach auch zu fühlen*.“ (Stufe 2)
(Frau Meeresburg, 35 Jahre, Motopädagogin, seit 8 Jahren im Heim tätig)

Wenn das einmal ist, ist das in Ordnung. Ich darf mir aber nicht angewöhnen, das regelmäßig zu machen. *Ihn einmal das spüren lassen*, so weh tut das, ist o. k. Aber die Gefahr ist ganz schnell da, daß das einreißt. Einmal muß der Thorsten schon sehen, was er da anrichtet. Dann ist aber auch gut. Wenn da aber fünf Mitarbeiter in der Wohngruppe so reagieren: der arme Thorsten...“ (Stufe 2)
(Frau Goldschmidt, 52 Jahre, Quereinsteigerin mit sonderpäd. Zusatzqualifikation seit 21 Jahren im Heim tätig)

„Ja also, das ist ein *pädagogisches Mittel*. Der spiegelt ihm das quasi, was er da macht. Nur, mmh, es ist die Frage, schmerzhaft wird's auf jeden Fall sein. Ist das auch verletzend oder nicht, würde ich mir dann angucken. Zum einen finde ich es schon legitim, also ich glaube nicht, daß, wenn man in so einer Einrichtung arbeitet, sich von irgend jemanden schlagen oder beschimpfen lassen muß. Ich weiß aber nicht, ob es da jetzt legitim ist, sich das da in gleichem Maße anzugewöhnen und in gleicher Weise zurückzutreten. Ich denke, da ist es in jeder Weise ganz dringend geboten, nach Auswegen aus dieser Situation zu suchen. (...) Also im Moment ist keine Alternative vorhanden, aber die sollte unbedingt gesucht werden.“ (Stufe 2)
(Herr Kursawe, 28 Jahre, Sonderschullehrer, seit 5 Monaten im Heim tätig)

„Eigentlich bin ich nicht für Gewalt. Aber wenn der ständig das ja macht, dann ist es schon eine *erzieherische Maßnahme*. Dann hau' ich auch schon

mal auf die Finger, wenn ein Bewohner z. B. kneift. Da muß man schon was tun. *Sonst haben die uns ja hinterher im Griff.*“ (Stufe 1)
(Frau Eisenschmidt, 36 Jahre, Krankenpflegerin, seit 16 Jahren im Heim tätig)

„Manchmal ist es *sehr wirksam*. Besser ist aber, man hält z. B. Gegenstände dazwischen, z. B. einen Schrank. Und sagt: ‘Du kannst uns hauen, aber erst haust Du den Schrank. Und dann uns.’“ (Stufe 2)
(Frau Becker, 51 Jahre, Erzieherin, seit 3 Jahren im Heim tätig)

Ein Teil der BewohnerInnen rezipiert diese Erziehungsideologie „wer nicht hören will, muß fühlen.“:

„Wo ist das Wohnhaus von dem Thorsten? Ach so, ja da. Ja, zurücktritt, weil der nicht aufhört. Eben.“ „Aber das tut doch weh?“ „*Ja, das soll es auch! Der soll auch hören, was gesagt wird!* Das geht doch nicht anders.“ (Stufe 0)
(Herr Niederhoff, 50 Jahre, seit 25 Jahren im Heim)

Obwohl den meisten MitarbeiterInnen der umstrittene Status des Erziehungsmittels bewußt ist und prinzipiell von ihnen auch abgelehnt wird, kommen sie im Durchschnitt zu einer vergleichsweise moderaten Beurteilung.

Diejenigen jedoch, die nicht pädagogisch, sondern mit Elementen einer christlichen Ethik argumentieren, kommen zur kritischsten Einschätzung:

„Das muß man anders machen. So was ist unpädagogisch. *Gleiches mit Gleichem soll man nicht vergelten*. In der Not ist das was anderes. Vor’s Schienbein treten ist ja eine böswillige Handlung!“ (Stufe 5)
(Frau Arnolds, 28 Jahre, Heilerzieherin, seit 9 Jahren im Heim tätig)

Erst bei absoluter Verurteilung der Konfliktsituation (Stufe 5) werden von den MitarbeiterInnen auf andere, vertretbare pädagogische Mittel verwiesen:

„Man kann das anders lösen. Man kann ihm aus dem Weg gehen, man kann ihn zurückhalten, daß er nicht die Möglichkeit bekommt. Ich denke, daß man mit ihm reden kann, daß das nicht akzeptabel ist,“ (Stufe 5)
(Frau Albers, 27 Jahre, seit 8 Jahren im Heim tätig)

Während die MitarbeiterInnen das „Zurücktreten“ ansonsten weitestgehend als einmalige Sanktion noch vertreten können, um dem Bewohner die Schmerzhaftigkeit seines Verhalten vor Augen zu führen, äußern die BewohnerInnen große Bedenken, daß dieses aggressive Verhalten mit einfachen lerntheoretischen Mitteln abgestellt werden kann. Sie weisen auf die Möglichkeit eines Teufelskreislaufs hin:

„Finde ich nicht gut.“ „Warum nicht?“ (schüchtern) „Dann macht er das immer wieder weiter. Mit dem Treten.“ „*Wer macht das immer weiter?*“ „Der Behinderte, der Thorsten!“ (Stufe 5)
(Herr Kintop, 35 Jahre, seit 2 Jahren im Heim)

„Nicht gut. Wenn ein Zivi zurücktritt, dann tritt der Zivi auch wieder. Dann tut er dem weh. Das geht so weiter. Das ist nicht ganz schlimm, aber ein bißchen schlimm. Ich nehm' die 2.“
(Frau Lockemann, 43 Jahre, seit dem 7. Lebensjahr im Heim)

Andere Instanzen der Konfliktregulierung werden von BewohnerInnen vorgeschlagen, wie z. B. Eltern Bescheid sagen, Taschengeldentzug:

„Ich würde Meinung sagen, wenn ich Zivi wäre. '*Ich sag' den Eltern Bescheid!* Das ist nicht in Ordnung!' Eigentlich soll man keinen schlagen, das ist nicht richtig, sondern richtig *Meinung* sagen!“ (Stufe 4)
(Frau Weber, 29 Jahre, seit 2 Jahren im Heim)

„Der kann ihn ja noch anders bestrafen, z. B. das Geld streichen. Die Betreuer schaffen das auch so - ohne zu treten.“ (Stufe 3)
(Herr Weirich, 45 Jahre, seit 3 Jahren im Heim)

Für andere BewohnerInnen ist Gewalt ein legitimes Mittel, sich zur Wehr zu setzen, dem diametral entgegen steht die absolute Verurteilung des Gewalteinsetzes:

„Muß der sich nicht wehren? - Ja, sicher muß der sich wehren. Stell' Dir mal vor, Du kriegst einen getrampelt. Ich würde mir auch keinen trampeln lassen. Das ist doch sein Recht!“ (Stufe 0)
(Frau Winneke, 41 Jahre, seit 3 Jahren im Heim)

„Wenn ich an der Stelle wär', und Du trittst zurück, - finde ich nicht gut. Wenn man schmerzhaft tritt, ist das Gewalt. Damit will ich nichts zu tun haben. Zwei Urteile kann man abgeben: frech und böseartig. Aber nicht, wenn man Jux macht. Aber das hier ist frech und böseartig.“ (Stufe 5)
(Herr Meier, 29 Jahre, seit 2 Jahren im Heim)

Auffällig ist die Argumentation einiger BewohnerInnen, Aggressivität auf eine (falsch dosierte oder indizierte) Medikation zurückzuführen. Die folgende Bewohnerin äußert sich sehr skeptisch zur Aggressionsursache:

„Auch doof. Manche Leute, die zurücktreten, müssen lieb behandelt werden. Wenn der Thorsten aggressiv ist, liegt es an den Medikamenten. Das ist ein Unterschied, wenn der Thorsten den Zivi tritt, ist das in Ord-

nung. Umgekehrt nicht. Doch. Ach nee, der Zivi soll zurückschlagen, der soll sich nicht alles gefallen lassen. Aber die Bewohner auch nicht!“
(Frau Busch, 30 Jahre, seit dem 4. Lebensjahr im Heim)

Besonders problematisch wird das Erkennen von Gewaltsituationen bei BewohnerInnen, die sich von Autoritätsstrukturen oder bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen des Personals leiten lassen. Bei der folgenden Bewohnerin läßt sich deduzieren, daß sie negative Handlungen legitimiert, wenn die ausführende Person „nett“ ist.

„Ich finde das von dem Zivi richtig. Die Zivis sind ja auch nett. Der hat recht!“ (Stufe 0)
(Frau Schmidt, 45 Jahre, seit 4 Jahren im Heim)

Auf die Strafbarkeit der geschilderten Handlung wird nur von einer einzigen Person hingewiesen, und zwar nicht etwa vom Personal, sondern von einer Bewohnerin:

„Der darf nicht treten, der Junge, der Zivi. Sonst kann der Strafe kriegen“. „Warum darf der Zivi nicht zurücktreten?“ „Weil der Junge ein behinderter Junge ist. Der Zivi darf ihn einfach nicht hauen, weil er behindert ist.“ Ich trau’ mich nicht, das anzukreuzen, mit der Gewalt. (Liest noch einmal die Sätze) Der darf das nicht! Das Hauen, weil er behindert ist. Also, ich kreuz hier jetzt ganz unten an.“ (Stufe 5)
(Frau Brahm, 38 Jahre, seit 10 Jahren im Heim)

Hierzu kann festgehalten werden: MitarbeiterInnen richten den Einsatz ihrer Erziehungsmittel durchaus an ihrer pädagogischen Vertretbarkeit aus. Die Gefahr, entgegen eigener erzieherischer Prinzipien dennoch personale Gewalt auszuüben, besteht in der verführerisch schnellen Wirksamkeit der beschriebenen Methode. Sicherlich tragen *unklare Normen* über die Zulässigkeit einer körperlichen Strafe dazu bei, daß diese gerade im Umgang mit Fremdaggressionen zur Anwendung kommen.

Den BewohnerInnen fällt es in diesem Konfliktfall leichter, die ausgeübte Gewalt zu erkennen, als im Rahmen der beiden vorangegangenen Konflikte um Körperhygiene und das Vorenthalten von Mahlzeiten. Keine Pflegeideologie um Sauberkeit und Ernährung trübt ihren kritischen Blick auf die konfligierende Situation; das „Treten“ wird deshalb moralisch stärker verurteilt als die beiden erstgenannten Beispiele.

5.5.4.4 „Das ist wie Knast!“ - Der Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen

Freiheitsentziehende Maßnahmen gehören zum Lebensalltag geistig behinderter HeimbewohnerInnen (EICKEN/ERNST/ZENZ 1990; KLIE/LÖRCHER 1994/QUAMBUSCH, 1995). Freiheitsentziehung liegt dann vor, wenn den Betroffenen, sei es auch nur vorübergehend, die Möglichkeit genommen wird, sich nach ihrem Willen fortzubewegen. Darunter fallen auch kurze Einschränkungen der Bewegungsfreiheit ohne oder gegen den Willen der Betroffenen (vgl. LACKNER, 1995). Neben dem Einsperren, Sedieren und Fixieren gehören auch das Entfernen von Hilfsmitteln (Rollstuhl, Brille etc.) oder das Anbringen komplizierter Öffnungsmechanismen an Türen, die von den Betroffenen nicht verstanden werden (vgl. SAAGE/GÖPPINGER, 1994) zu diesen Maßnahmen.

Ihre Erscheinungsformen sind vielfältig; ihre Funktion dagegen läßt sich auf drei Grundmuster zurückführen: zum Schutz der Betroffenen selbst, als Maßnahme zur Gewährleistung der Aufsichtspflicht und als Mittel der Verhaltenssanktionierung (z. B. „sozialer time-out“). DALFERTH (1984; 1986; 1988) weist darüber hinaus auf einen weiteren Einsatzbereich hin, und zwar im Rahmen der sog. „Festhaltetherapie“. Über die tatsächliche Verbreitung dieser Maßnahmen, vor allem über ihre nicht genehmigte Anwendung, können dagegen nur wenige verlässliche Aussagen gemacht werden - es mangelt an entsprechenden Untersuchungen und an der Aufklärung des Personals, alltägliche Unfreiheiten als freiheitsentziehende oder -beschränkende Maßnahmen überhaupt wahrzunehmen.

Die Fallkonstruktion der Konflikte Nr. 6 und 7 zielt genau auf diese Unsicherheit auf seiten der MitarbeiterInnen in ihrer Einschätzung und Bewertung des Betreuungsgeschehens ab. Beide Fallbeispiele verhüllen mehr oder minder die Tatsache, daß diese Maßnahmen freiheitsentziehenden Charakter besitzen und damit - ohne entsprechendes Genehmigungsverfahren - strafrechtlich relevant werden. Zum Fall Nr. 6:

„Die Gruppe bastelt gemeinsam Tischdekorationen für Ostern. Markus (23 Jahre) zerstört mutwillig die Werke der anderen Bewohner. Um ihn davon abzuhalten und ihm auch zu zeigen, daß sein Verhalten nicht o. K. ist, schließen die Betreuer ihn eine ½ Stunde in sein Zimmer ein.“

Das Einschließen oder Einsperren ist das häufigste Mittel der Freiheitsberaubung im Sinne des § 239 StGB (vgl. auch gesetzliche Grundlagen der Freiheitsentziehung § 1906 BGB-BtG im zivilrechtlichen Sinne; Art. 104 GG verfassungsrechtliche Grundlage und § 2 FEVG zur Verfahrensweise). Sie liegt dann vor, wenn ein Mensch objektiv gehindert wird, von seiner Fortbewegungsfreiheit Gebrauch zu machen. Dazu gehört auch, wenn vorhandene Ausgänge nicht genutzt werden können, weil sie nicht bekannt sind oder, wie bereits erwähnt, Türen aufgrund eines komplizierten Mechanismus nicht geöffnet werden können. Eine Zeitdauer von etwa zwei Minuten gilt bereits für die Annahme einer Freiheitsentziehung als ausreichend (EICKEN/ERNST/ZENZ, 1990, 22). Im Fall Nr. 7 wird eine Fixierung als Mittel zur Freiheitsentziehung angewandt:

„Susanne (33 Jahre) läuft sehr schlecht und benutzt daher meistens einen Rollstuhl. Da sie außerdem orientierungslos ist und die Gefahr des Weglaufens besteht, sieht sich ihre Gruppenleiterin bei knapper Personalbesetzung gezwungen, den Klapptisch an ihrem Rollstuhl festzustellen, damit sie nicht unbeaufsichtigt aufstehen und weglaufen kann.“

Das Anbringen eines Therapietisches am Stuhl oder Rollstuhl sowie das Arretieren eines Rollstuhls gehört zu den gerichtlich genehmigungsbedürftigen mechanischen Fixierungsmaßnahmen (FamRZ 1993, 601; SAAGE/GÖPPINGER, 1994, 162), insbesondere wenn sie über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig oder als sog. ungeplante Wiederholungen angewendet werden. Der Zeitraum eines Pflgetages oder einer Nacht löst bereits die Genehmigungsbedürftigkeit aus (ebd., 163).

Die Auswertung der Konfliktfälle wirft viele Fragen auf: Wie viele MitarbeiterInnen wären bereit, Markus einzuschließen oder das Verhalten bei KollegInnen zu billigen? Wie viele würden im Fall der Susanne zu einer unbeabsichtigten freiheitsentziehenden Maßnahme greifen, um der Aufsichtspflicht genüge zu leisten? Grundsätzlich ist bei allen MitarbeiterInnen das Bewußtsein, daß es sich beim Einschließen um eine pädagogisch, oder sogar rechtlich, unerlaubte Maßnahme handelt, wesentlich höher als bei der Maßnahme des Fixierens; es wird daher auch schärfer verurteilt:

Zu Konfliktfall 6:

„Also da würde ich sagen, das ist Anwendung von Gewalt. Also das legitimiert nicht, jemanden da seiner Freiheit zu berauben. Es gibt ganz andere Möglichkeiten, jemanden davon in Kenntnis zu setzen, daß sein Verhalten nicht o. k. ist. Anwendung von Gewalt ist in diesem Fall, daß der in seinem Zimmer eingesperrt wird, sozusagen. Und daß die Betreuer nicht auf eine andere Möglichkeit gekommen sind, dem Bewohner deutlich zu machen, daß sein Verhalten nicht o. k. ist. Es ist natürlich auch 4 hier: Ausnutzung von Macht. Aber das ist ja da mit drin. - Darf ich noch mal eben was sagen? Ich würde ihm schon sagen, ' ich will Dich hier

nicht mehr sehen in der Gruppe'. So. 'Du kannst von mir aus auf dein Zimmer gehen'. Aber doch nicht einsperren! Nicht wegschließen. Nee, das kann man ja nicht machen. Den Raum verlassen, aber nicht unbedingt Knast.' (Stufe 5)

(Herr Morgenroth, 33 Jahre, Diakon, seit 2 Jahren im Heim tätig)

Zu Konfliktfall 7:

„Das ist schon richtig so. Das bedeutet für beide Sicherheit. Für die Bewohnerin und für mich als Betreuerin.“ (Stufe 0)

(Frau Eisenschmidt, 36 Jahre, Krankenpflegerin, seit 16 Jahren im Heim tätig).

Die strafrechtliche Relevanz des letzten Konfliktfalls wird von den meisten MitarbeiterInnen überhaupt nicht wahrgenommen. So läßt es sich erklären, daß die hier praktizierte Fixierung im Vergleich zu den anderen Konfliktfällen als vergleichsweise harmlos bewertet wird (siehe Kap. 5.5.3). Hier sind sich sowohl die MitarbeiterInnen der großen als auch der kleinen Einrichtungen ausnahmsweise einig und äußern wenig Bedenken bei der Anwendung der Maßnahme. Lediglich 0,5 % der MitarbeiterInnen erkennen, daß es sich hierbei, rechtlich gesehen, um eine Fixierungsmaßnahme und damit Freiheitsberaubung handelt, wenn sie nicht zuvor gerichtlich genehmigt wurde.

„Das ist ja wie eine Fixierung. Ist das gerichtlich genehmigt oder nicht? Das ist hier die Frage. Ja, also wenn nicht, dann ist es verboten. Das ist für mich eindeutig.“

(Frau Bernd, 25 Jahre, Heilerzeherin, seit 6 Jahren im Heim tätig)

Antwortprofile der MitarbeiterInnen, Konfliktfälle 5 und 6 "Freiheitsentziehende Maßnahmen" (n=50)

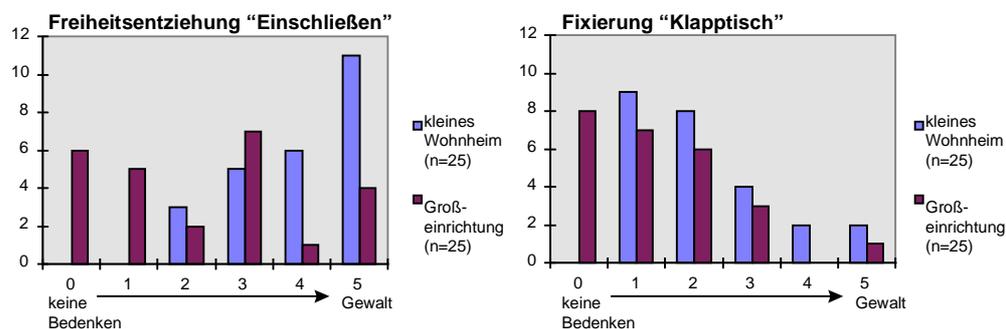


Abb.: 5.5.4.4.1

Abb. 5.5.4.4.1 unterstreicht noch einmal die unterschiedliche Bewertung der Freiheitsentziehung durch Einschließen und der Fixierungsmaßnahme. Man sieht, daß die Bewertungsstufen bei der Fixierung deutlich nach links in den

Bereich des Legitimen verschoben sind, während sie beim Einschließen nach rechts in den Gewaltbereich tendieren.

Es läßt sich, ähnlich wie bei den anderen Konfliktfällen, ein unterschiedlicher Umgang mit Freiheitsentziehung zwischen MitarbeiterInnen aus kleinen Wohnheimen und solchen aus Großeinrichtungen feststellen: 88% der BetreuerInnen der kleinen Wohnstätten halten das „Einschließen“ für pädagogisch nicht vertretbar oder verurteilen es als Machtmißbrauch und Gewaltanwendung, aber nur 48% der Großeinrichtungen. Im folgenden Kapitel wird noch untersucht, daß dieser Unterschied signifikant ist.

Auch im Rahmen der Fixierungsmaßnahme des Konfliktfalls 7 ist das Problembewußtsein der MitarbeiterInnen aus kleinen Einrichtungen immer noch größer als das aus Großeinrichtungen, wenngleich die Fixierung von allen Maßnahmen am unkritischsten gesehen wird.

Ein weiterer Prozentsatz der MitarbeiterInnen äußert sich skeptisch und sucht nach vergleichbaren Situationen, die ein Urteil ermöglichen sollen, bewertet aber letztendlich die geschilderte Situation relativ unkritisch:

„Wenn das nicht ausgenutzt wird und auch eine Notsituation ist, also mit dem Personalmangel, kann man das machen. Wenn es auch nicht die beste Lösung ist. Wir haben ja auch Sachen hier, die wir gerichtlich festlegen müssen; z. B. Gitter anbringen lassen, an den Betten. Dann haben wir eine gerichtliche Genehmigung. Hier weiß ich nicht, bei diesem Beispiel, inwiefern man das über's Gericht anordnen lassen muß. Ich nehm' mal die 1 (*Die Betreuerreaktion ist zwar nicht optimal, aber legitim*).“
(Frau Jonas, 51 Jahre, Krankenschwester, seit 7 Jahren im Heim tätig)

Die restlichen 98% der MitarbeiterInnen kommen überein, daß die Wahrung der Aufsichtspflicht und im Zweifelsfall der Schutz der Bewohnerin grundsätzlich höher bewertet werden muß als die persönliche Freiheit der geistig behinderten Frau; das Betreuerverhalten wird weitestgehend für legitim gehalten:

„Es ist zwar nicht optimal, aber legitim. Man muß halt, man muß sie schützen. Ich kann jetzt auch nicht nur, um ihr eine gewisse Freiheit zu geben, und bin dann alleine, hab dann keine Aufsichtspflicht mehr und sie verletzt sich dann nachher. Tu ich mir keinen Gefallen mit - und sie sich auch nicht. Da würde ich dann die 1 nehmen (*Die Betreuerreaktion ist zwar nicht optimal, aber legitim*).“
(Herr Bayertz, 26 Jahre, Erzieher, seit 4 Jahren im Heim tätig)

Der vermeintliche Status des Legitimen führt dazu, daß diese Behandlung offenbar etwas ist, was BewohnerInnen erdulden müssen, etwas, ohne das der Betreuungsalltag nicht bewältigt werden kann. In den Begründungsmustern läßt sich aber auch ablesen, daß eine bestimmte Gruppe innerhalb der BewohnerInnen besonders gefährdet ist, gewissermaßen jene, die aufgrund der Schwere ihrer Behinderung dazu gezwungen sind, eine Maßnahme widerspruchslos hinzunehmen:

„Das verstehe ich noch am ehesten von allen Beispielen. Es ist die Frage, was die junge Dame für einen Gesichtsausdruck dabei macht. Wenn sie sehr behindert ist, wird sie das vielleicht hinnehmen, daß sie nicht aus ihrem Rollstuhl aufstehen kann. Ich nehm' mal die 2 (*Das Verhalten ist pädagogisch nicht o. k., aber keine Alternative vorhanden*).“
(Herr Schrooten, 26 Jahre, Heilerziehungspfleger, seit 6 Jahren im Heim tätig)

Ein ähnliches Gefährdungspotential offenbart sich bei der freiheitsentziehenden Maßnahme „Einschließen“. Von MitarbeiterInnen wird indirekt darauf hingewiesen, daß nichtsprechende BewohnerInnen schließlich nicht erzählen können, was ihnen widerfahren ist:

„Ich denke, daß sie ihn von der Gruppe fernhalten, ist o. k., aber nicht mit Einschließen. Wegschicken wäre legitim, aber Einschließen ist im Grunde eine gefängnisähnliche Sache. Das kann ich nur mit jemanden machen, der mir ganz klar unterlegen ist. Sonst mache ich das ja nicht. - Die Frage ist, wenn das jemand ist, der sprechen kann, dann mache ich das nicht. Der könnte das ja sagen. Dann würden ja Sanktionen kommen. Ich nehm' die 4. (*Es handelt sich um Ausnutzung eines Machtverhältnisses*).“
(Frau Schuhkraft, 25 Jahre, Diplompädagogin, seit 5 Jahren im Heim tätig)

Die beiden Konflikte um das „Einschließen“ und das „Fixieren“ erinnern viele MitarbeiterInnen an die eigene Verfahrensweise mit Personen mit sog. „Weglaufenden“. Den meisten von ihnen ist jedoch nicht bewußt, daß sie freiheitsentziehende Maßnahmen anwenden:

„Wir haben das hier auch mit einem Bewohner. Das ist der einzige Grund, warum wir am Tage die Tür abschließen müssen. Die Gruppentür ist dann leider auch tagsüber zu. Aber die Susanne hier, sie ist ja gezwungen, den ganzen Tag so zu sitzen. Sie müßte einen größeren Rahmen haben, sich zu bewegen. (...) Hier hat der Peter, also der Bewohner, von dem ich gesprochen habe, einen ganzen Raum zur Bewegung und die Mitbewohner und uns zum Kontakt.“
(Frau Arnolds, 28 Jahre, Heilerzieherin, seit 9 Jahren im Heim tätig)

In Wohngruppen, in denen die Tür abgeschlossen wird, weil bei einer einzigen Person die Gefahr des Weglaufens besteht, wird verkannt, daß diese Maßnahme für die *gesamte Gruppe* nicht genehmigte Freiheitsentziehung bedeutet. Daß aufgrund besonderer Eigenschaften einzelner MitbewohnerInnen die Gruppe als Ganzes einem bestimmten Reglement unterworfen wird, versuchen MitarbeiterInnen häufig trickreich zu umgehen - und verstricken sich mitunter in weitere genehmigungsbedürftige Maßnahmen:

„Das ist z. B. bei uns so: Wir sind ja keine geschlossene Einrichtung. Wir dürfen die Türen nicht abschließen. Wir haben aber die Marianne, die läuft oft weg. Dann schließen wir schon heimlich ab und zu mal ab. Was sollen wir denn machen? Oder wir bedienen uns Tricks. Also, wenn sie einen Schlafanzug anhat, läuft sie nicht weg. Das ist aber auch scheiße, alle sitzen bei gutem Wetter draußen und sie muß dann einen Schlafanzug anziehen, damit sie dann nicht wegläuft. Oder wir machen es so: Wir schließen dann die Haustür ab und alle anderen haben einen Haustürschlüssel, die Marianne aber nicht. Wenn sie das merkt, wird sie aber ganz wütend.“

(Frau Goldschmidt, 52 Jahre, Quereinsteigerin mit sonderpädagogischer Zusatzqualifikation, seit 21 Jahren im Heim tätig).

Auch das Hindern am Verlassen der Einrichtung durch Wegnahme von Straßenbekleidung oder das Tragen besonderer Pflegehemden zählt ausdrücklich zu den genehmigungsbedürftigen Fixierungen (SAAGE/GÖPPINGER, 1994, 162).

Außerordentlich kompliziert wird die rechtliche Einschätzung, wenn - wie in einigen Einrichtungen Usus - tagsüber bestimmte Wohnräume oder Wohnflügel abgeschlossen werden. In einer befragten Einrichtung schildert das Personal, daß es tagsüber die Schlafräume der BewohnerInnen abschließt, um den Rückzugstendenzen einiger BewohnerInnen entgegenzuwirken und über den (erzwungenen) Aufenthalt in den verbleibenden Räumen für die Gruppe (Eß- und Wohnzimmer, Flure) das Gemeinschaftsgefühl zu fördern. Wiederum andere schildern, daß sie Kleiderschränke der BewohnerInnen verschlossen halten, um Auseinandersetzungen unter den BewohnerInnen infolge verschwundener Sachen und Diebstahl zu verhindern. Ebenfalls schließt ein Teil der befragten Einrichtungen tagsüber die Küche oder Kühlschränke ab, um unmäßiges Bedienen an Nahrungsmitteln zu verhindern. Die meisten Maßnahmen werden ergriffen, um einzelnen Personen Zutritt oder Zugriff aus bestimmten Gründen zu verwehren; sie treffen aber die gesamte Gruppe. (siehe auch Kap. 5.3.2 „Mitgehangen, mitgefangen“ - Die gruppenweise Behandlung).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß auf seiten der MitarbeiterInnen große Handlungsunsicherheit im Umgang mit den angesprochenen Maßnahmen der Freiheitsentziehung besteht. Den meisten ist die rechtliche Lage unklar; sie führen aber an, daß sie bereit wären, zum Schutzbedarf der BewohnerInnen einzuschließen oder mechanisch zu fixieren. Daraus wird auch verständlich, daß sie eigene *informelle Legitimationsstrategien* entwickeln, um unklare rechtliche Verfahren und Normen intern ersetzen zu können. Darüber hinaus ist ihnen an der Sicherstellung der Aufsichtspflicht, insbesondere im Konfliktfall Nr. 7, gelegen. Ihre eigene Handlungsverantwortlichkeit, die sich bis in den strafrechtlichen Bereich erstreckt, wird dabei nur begrenzt wahrgenommen. Größter Handlungsbedarf besteht bei der Tendenz des Personals, im Interesse einer einzigen Person die Autonomie und Bewegungsfreiheit der anderen Gruppenmitglieder einzuschränken. Dies geschieht meist völlig unbeabsichtigt und in Unkenntnis der rechtlich weitreichenden Wirkung einer „abgeschlossenen Tür“. Obwohl alle befragten Einrichtungen rein rechtlich keine Institutionen der geschlossenen Unterbringung sind und bei fast allen der befragten geistig behinderten Personen eine geschlossene Unterbringung nicht vorgesehen war, entpuppte sich die freie Wahl des Aufenthaltsorts als Fiktion. Das Spektrum bewegungseinschränkender Maßnahmen reichte von der Begrenzung des äußeren Bewegungsspielraums (geschlossene Haustüren), über die Binnenbegrenzung des Aktionsraums (Abschließen bestimmter Räume oder Teilbereiche der Wohngruppe) bis hin zur Reduzierung des Bewegungsspielraums auf Null (Schutzfixierung bei Personalknappheit).

5.5.5 Einflußvariablen der moralischen Urteilsbildung in pädagogischen Dilemmasituationen: Dependenz

Wie die vorangegangenen Abschnitte des 5. Kapitels gezeigt haben, nehmen sowohl individuelle Faktoren der Befragten als auch externe, d. h., im institutionellen Umfeld begründete Umstände, Einfluß auf die moralische Urteilsbildung. Zu den individuellen Faktoren zählen - vom Standpunkt der Theorie des sozialen Lernens aus gesehen - gelernte Gewohnheiten, Einstellungen und Werte. Es sind Werte, die die Selbstkontrolle, das prosoziale Verhalten, den Widerstand gegen Versuchung und Willkür sowie grundlegende Fähigkeiten der Empathie betreffen (vgl. GIELEN, 1996, 31). Was Individuen nun in der Institution Heim lernen, hängt von eben dieser sozialen Umgebung ab und von den Verstärkungsmechanismen, die in dieser Umgebung wirksam sind. Die moralischen Erfahrungskategorien umfassen „*geistige Operationen*“ wie „*Gutheißen, Schuldzuweisungen, Rechtgeben, Pflichtbewußtsein und Gefühl der Verpflichtung, das Treffen von Sollte-Urteilen und das Bezugnehmen auf Werte, Ideale und Normen*“ (ebd., 36). Als kognitive Strukturen sind sie jedoch aus Interaktionsprozessen zwischen inneren Strukturen des Organismus und äußeren Strukturen der Umwelt entstanden (vgl. auch KOHLBERG, 1984, 10f). Beeinflußt werden diese Abläufe von externen Bedingungen, die nun in diesem Kapitel im Mittelpunkt stehen sollen.

Die in den einzelnen Konfliktfällen getroffenen Werturteile sind nicht nur beschreibende Stellungnahmen zu Tatsachen, die sich an Vorlieben oder Neigungen orientieren, sondern sie geben Auskunft, was die betroffene Person in einer solchen Situation tun würde, in der die Interessen und Forderungen zweier Personen miteinander in Konflikt geraten. Die Argumentation des Personals orientiert sich an den normativen Regeln und Prinzipien, die durch die Institution und das in pädagogischen Konzeptionen, Heimordnungen oder ähnlichen Schriften veräußerte Regelwerk sowie durch die Maxime ihrer eigenen Ausbildung geprägt wurden. Sie versuchen, ihre Entscheidungen an gerechten Lösungen, am Interesse des einzelnen oder auch der Gruppe auszurichten und verschiedene Perspektiven abzuwägen. Ebenso die BewohnerInnen: auch sie beeinflusst das Gesamtkonstrukt Heim in der Ausbildung moralischer Urteile.

Untersucht wurden nun die entscheidenden externen Faktoren, die einen massiven, d. h. signifikanten Einfluß auf die moralischen Entscheidungen der Mitarbeiterinnen und der BewohnerInnen nahmen. Um es vorweg zu nehmen: Für die Hypothese, daß die BewohnerInnen so stark von ihren BetreuerInnen geprägt sind, daß ihre Werturteile analog gefällt werden, gab es keinerlei Indizien. Der Korrelationstests können hier keine Zusammenhänge ans Licht bringen. Eine ähnliche Bewertung der Konfliktfälle innerhalb der

Paarkonstellationen BezugsbetreuerIn - BewohnerIn hätte Hinweise für eine unbewußte Weitergabe der Wertauffassungen zur Problematik Konflikte/Gewalt geliefert. Das Paradoxe ist dennoch, daß BewohnerInnen durchaus eine betruerkonforme Argumentation verwenden, wie z. B. bei den Konfliktfällen um Sauberkeit und Ernährung deutlich wird (vgl. Kap. 5.5.4.1. und Kap. 5.5.4.2). Ihr letztendlich mittels Rating getroffenes Werturteil unterscheidet sich aber von dem ihrer jeweiligen Betreuungsperson. Von welchen äußeren Bedingungen - neben individuellen, persönlichkeitspezifischen Faktoren - hängt nun aber das Urteil ab? Für die Gruppe der BewohnerInnen konnte ein bestimmender Faktor ausgemacht werden, und zwar die *Heimdauer*.

Moralische Bewertung der Fallbeispiele der BewohnerInnen nach Heimdauer (n=50)

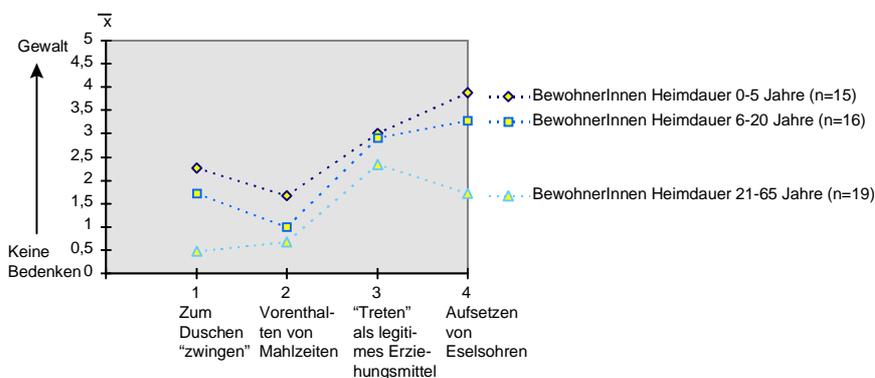


Abb.: 5.5.5.1

Abb. 5.5.5.1 zeigt deutlich, daß die moralischen Urteile derjenigen BewohnerInnen, die maximal seit 5 Jahren untergebracht sind, sämtliche Konflikte kritischer bewerten als die Gruppe der seit 6-20 Jahren oder gar Langzeituntergebrachten. Abb. 5.5.5.2. enthält die dazugehörigen Korrelationskoeffizienten:

Zusammenhang zwischen Werturteil und Dauer des Heimunterbringung der BewohnerInnen

Konfliktfall	ρ	n
"Körperhygiene"	-,420	50
"Mahlzeiten"	-,285	50
"Treten"	-,042	50
"Eselsöhren"	-,310	50

ρ = Rangkorrelationskoeffizient (Spearman rho)

Abb.: 5.5.5.2

Der jeweils negative Korrelationskoeffizient weist auf den negativen monotonen Zusammenhang hin, daß die HeimbewohnerInnen die in den Konfliktfällen geschilderte Situation um so unbedenklicher einstufen, desto länger sie schon in der Heimeinrichtung leben. Diese Tendenzen sind jedoch bei den Fallbeispielen „Mahlzeiten“ und „Treten“ zu schwach; der Stichprobenkorrelationskoeffizient liegt zu nahe bei Null, um einen Schluß auf einen wahren Zusammenhang beider Merkmale nur an der Rangkorrelation festzumachen.

Da das die vier Konfliktfälle umfassende moralische Urteil Sensibilität zum Erfassen des Gewaltcharakters einer Handlung abbildet, kann hier konstatiert werden: Das Vermögen, daß geistig behinderte BewohnerInnen eines Heimes eine Gewaltsituation auch als solche wahrnehmen bzw. interpretieren, hängt maßgeblich von der Dauer ihrer Unterbringung ab, wie der reziproke Zusammenhang zwischen Werturteil und Dauer der Heimunterbringung beweist. Der Korrelationskoeffizient und seine negative Richtung könnten damit ein Indiz dafür liefern, daß die *Sensibilität für Gewalt mit zunehmender Hospitalisierung erheblich sinkt*.

Im Gegensatz zur *Heimdauer* und auch im Gegensatz zur Gruppe des Personals hat die Variable *Heimtyp* keinen signifikanten Einfluß auf Sensibilitätsschwelle bei den hier befragten BewohnerInnen. Dagegen wirkt sich der Umstand, ob das Personal in einem kleinen Wohnheim oder einer großen Einrichtung (*Heimtyp*) arbeitet, gravierend aus.

Abb. 5.5.5.3 expliziert, wie MitarbeiterInnen und BewohnerInnen in Abhängigkeit des Heimtyps divergierend urteilen. Vor allem bei der Gruppe der MitarbeiterInnen wird deutlich, daß sie - wenn sie in Großeinrichtungen arbeiten - die Konflikte wesentlich unbedenklicher einstufen als ihre KollegInnen in kleinen Wohnheimen.

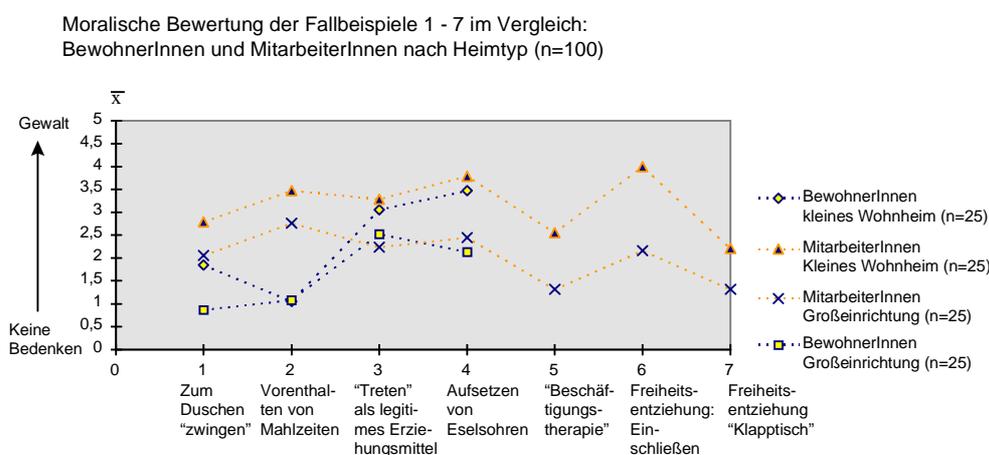


Abb.: 5.5.5.3

Abb. 5.5.5.4 zeigt, daß diese unterschiedliche Einschätzung der Konflikte bei allen Fallbeispielen mit einer Fehlerwahrscheinlichkeit von 5% signifikant wird. Herangezogen wurde der WILCOXON-Rangsummentest. Zur Einhaltung des multiplen Testniveaus $\alpha=0,05$ wurde die schrittweise Testprozedur nach BONFERRONI-HOLM verwendet. Wie man beim Vergleich der asymptotischen p-Werte und den Vergleichswerten aus der BONFERRONI-HOLM-Prozedur sofort sieht, entscheidet man sich zur Einhaltung des Niveaus von $\alpha=0,05$ in jedem Fall für die BONFERRONI-HOLM-Prozedur. Anhand der Werte wird deutlich, daß die MitarbeiterInnen in großen Einrichtungen anders urteilen als die in kleinen.

Unterschiede in der Bewertung der Konfliktfälle in Abhängigkeit vom Heimtyp (n=100)

MitarbeiterInnen

Konfliktfall	Z	p (1)	p (2)
"Körperhygiene"	-2,236	,025	,0250
"Mahlzeiten"	-1,971	,049	,0500
"Treten"	-3,055	,002	,0100
"Eselsohren"	-2,729	,006	,0125
"Beschäftigung"	-3,386	,001	,0083
"Freiheitsentziehung"	-3,617	,000	,0071
"Fixierung"	-2,443	,015	,0167

BewohnerInnen

Konfliktfall	p (3)
"Körperhygiene"	,26
"Mahlzeiten"	,074
"Treten"	,929
"Eselsohren"	,278

p (3) = p-Wert des exakten Tests nach Fisher

Z = asymptotische Teststatistik des WILCOXON-Tests
 p (1) = asymptotischer p-Wert des WILCOXON-Rangsummentests
 p (2) = Vergleichswert aus der BONFERRONI-HOLM-Prozedur

Abb.: 5.5.5.4

Der Heimtyp hat also großen Einfluß auf die Gewaltsensibilität der MitarbeiterInnen; bei den BewohnerInnen konnte dieser Einfluß teststatistisch nicht registriert werden. Abb. 5.5.5.4 zeigt, daß bei der Bewohnergruppe bei keinem der Einzeltests bei einem Signifikanzniveau von 5% ein Unterschied im Beurteilungsverhalten aus der Stichprobe nachgewiesen werden konnte. Wie als MitarbeiterIn Gewalt wahrgenommen und mit ihr umgegangen wird, hängt also davon ab, ob das Arbeitsfeld in einer kleinen oder großen Einrichtung liegt; bei den BewohnerInnen ist dieser Einfluß nicht nachweisbar.

Nun war es darüber hinaus interessant zu eruieren, ob bei den MitarbeiterInnen vielleicht ebenfalls die *Dauer* ihrer Heimtätigkeit Einfluß auf die Gewaltsensibilität nimmt. Reagieren MitarbeiterInnen mitunter abgestumpfter, wenn sie bereits lange im Heimbereich tätig sind und vielleicht sogar eine Burn-out-Problematik hinzukommt? Zu meinem Erstaunen konnte kein monotoner Zusammenhang zwischen der Dauer der Heimbeförderung und der Gewaltperzeption festgestellt werden. Die Sensibilität für Gewalt sank nicht etwa mit zunehmender Dauer der Heimtätigkeit, ähnlich wie bei der

Gruppe der BewohnerInnen, sondern sie war am stärksten in der mittleren Gruppe derjenigen Beschäftigten, die zwischen 6 und 15 Jahren im Heim tätig sind (Abb. 5.5.5.5). Die Konflikte wurden sowohl von den erst wenige Jahre im Heim Tätigen (bis zu 5 Jahren) als auch von den Erfahrenen (16 bis 40 Jahre Heimtätigkeit) weniger negativ beurteilt.

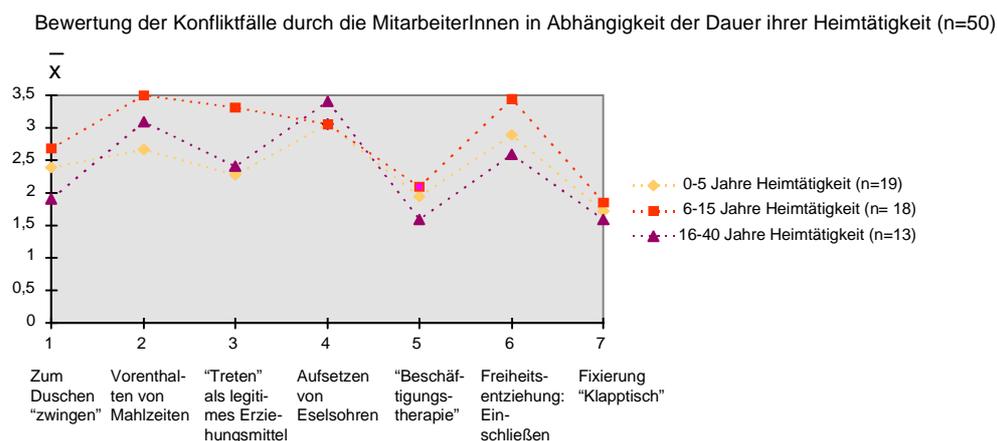


Abb.: 5.5.5.5

Um ein Vielfaches eindeutiger präsentiert sich der Zusammenhang zwischen Moralurteil und *Ausbildung* des Personals. Differenziert wurde innerhalb der Mitarbeitergruppe zwischen Beschäftigten mit pädagogischer Ausbildung (ErzieherInnen, HeilerziehungspflegerInnen, DiplompädagogInnen, Grund- und SonderschullehrerInnen) und solchen ohne grundlegende pädagogische

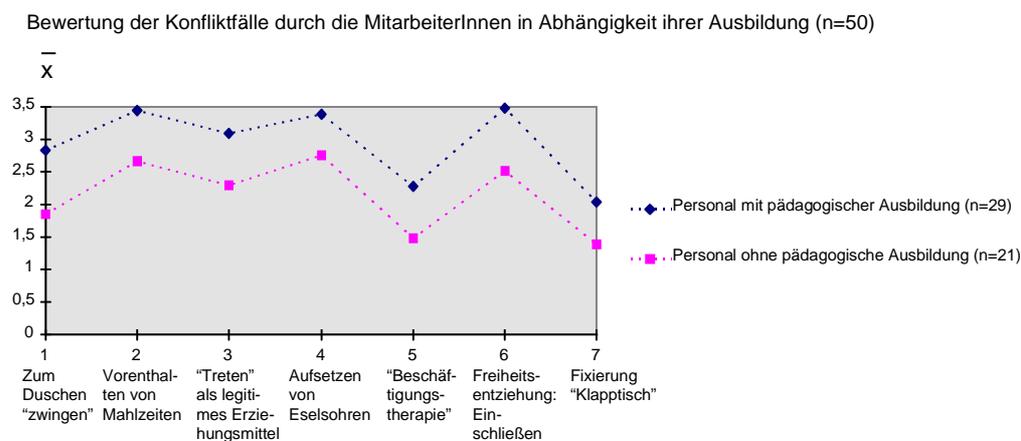


Abb.: 5.5.5.6

Qualifikation (Krankenschwestern und -pflegerInnen, SchwesternhelferInnen, QuereinsteigerInnen mit fachfremder Ausbildung, Ehrenamtliche, AbsolventInnen des Freiwilligen Sozialen Jahrs). Abb. 5.5.5.6 zeigt, daß das pädagogisch ausgebildete Personal sensibler auf Gewalt reagiert, weil es alle Konfliktfälle negativer bewertet als die medizinisch oder fachlich anders Qualifizierten.

Abb. 5.5.5.7 enthält die Ergebnisse des nichtparametrischen Tests auf Lageunterschiede nach WILCOXON. Aufgrund der kleinen Stichprobe können eindeutige Aussagen über den Zusammenhang zwischen Ausbildung und Werturteil aus der statistischen Perspektive nur für die Konflikte „Körperhygiene“ ($p=0,002$), „Treten“ ($p=0,026$) und „Beschäftigungstherapie“ ($p=0,036$) zugelassen werden. Die deskriptive Analyse, wie in Abb. 5.5.5.6 dargestellt, wird aber offenbar stochastisch unterstützt.

Zusammenhang zwischen Werturteil und pädagogischer Ausbildung des Personals

Konfliktfall	Z	p	n
„Körperhygiene“	-3,161	,002	50
„Mahlzeiten“	-1,906	,057	50
„Treten“	-2,225	,026	50
„Eselsöhren“	-1,185	,236	50
„Beschäftigung“	-2,094	,036	50
„Freiheitsentziehung“	-1,812	,070	50
„Fixierung“	-1,583	,114	50

Z = Rangkorrelationskoeffizient (Wilcoxon)
p = asymptotische Signifikanz auf dem 0,05-Niveau

Abb.: 5.5.5.7

Zusammenfassend kann behauptet werden: Die Sensibilität für personale oder strukturelle Gewalt korreliert beim Personal mit den Faktoren „Heimtyp“, „Ausbildung“ und „Dauer der Heimtätigkeit“, bei den BewohnerInnen nur mit der Dauer der Unterbringung, d. h., mit zunehmender Hospitalisierung sind HeimbewohnerInnen gegenüber gewaltsamen Konflikten mit dem Personal desensibilisiert. Es kann nicht nachgewiesen werden, daß sich BewohnerInnen - obwohl sie vermeintliche Betreuermeinungen referieren - in ihrem Werturteil an ihnen orientieren. Auch strukturelle Aspekte wie die Heimgröße haben einen geringen Einfluß. Für spezifischere Untersuchungen zum Moralurteil von geistig behinderten HeimbewohnerInnen müssen daher eher die negativen Folgen des Deprivationssyndroms (Entwicklungsverzögerungen der Kognition allgemein, der Sprache, der Orientierungsfähigkeit,

des sozialen und emotionalen Verhaltens) herangezogen werden. Es sind schließlich die Langzeituntergebrachten, deren Moralurteil gegenüber dem der anderen BewohnerInnen abfällt. SUHRWEISER (1997, 63) nennt Faktoren, die zu eben diesen Hospitalismuserscheinungen und insbesondere den deprivierten Fähigkeiten im sozial-emotativen Bereich führen können: zu große Wohngruppen, stationäres Wohnumfeld, klinisch organisierte Regelung des Alltags, Personalmangel, hierarchisch-autoritäre Personalstruktur, häufiger Personalwechsel, ungünstige Lage und Infrastruktur, unzureichende Betreuung, mangelhaftes Eingehen auf das Individuum, erzwungenes Anpassungsverhalten, unzureichende Kommunikationsangebote und Beziehungsabbrüche.

Die fürsorgliche Motivation des Personals als wesentliches Element einer pädagogischen und pflegerischen Berufsethik und das moralische Bewusstsein um Gewalt und Zwang dependiert somit von externen Faktoren. Die BewohnerInnen werden in ihrer Perzeption sozialer Werte wie Gewaltfreiheit von ihrer eigenen Nemesis, der Geschichte ihrer Heimunterbringung, bestimmt.

6. ABSCHLUßDISKUSSION

Konflikte, Aggression und Gewalt sind biographische Erfahrungen von HeimbewohnerInnen, die in die Heimwirklichkeit mit einfließen und die die sozialen Beziehungen zwischen ihnen und den MitarbeiterInnen entscheidend prägen. Dem Begriff Gewalt lastet zwar ein Hang zur semantischen Dramatisierung der sozialen Interaktion an, aber dennoch ist dieser Terminus wie kein anderer dazu geeignet, Lebensverhältnisse abhängiger Menschen zu dechiffrieren. Im Sinne GALTUNGS (1972) können in Heimen für Menschen mit geistiger Behinderung Bedingungen ausgemacht werden, die die psychische und physische Verwirklichung der BewohnerInnen beschneiden. Aber auch das Personal hat in den Einrichtungen (Arbeits-)Bedingungen hinzunehmen, die sich ungünstig auf die Beziehungsgestaltung zwischen BewohnerInnen und MitarbeiterInnen auswirken. Der Abbau von Konflikten in Heimen setzt voraus, die zersplitterten Partikularinteressen der unterschiedlichen Gruppen wahrzunehmen und zu berücksichtigen.

Wichtige Einflußfaktoren, die Ausmaß und Prävalenz von Konflikten bestimmen können, sind:

- (1) *Individuelle Vorerfahrungen von HeimbewohnerInnen mit familiärer Gewalt:* Kapitel 2.3 legt nahe, daß bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung die Risikofaktoren für Mißhandlung und Vernachlässigung kumulieren. Inwiefern eine erlernte Opferperspektive auf seiten der Betroffenen Einfluß auf spätere Konflikte in Wohngruppen mit familienähnlicher Struktur haben können, ist bisher noch unklar.
- (2) *Lebensgeschichtliche Aspekte:* Kapitel 5.2 zeigt, daß eine frühe und andauernde hospitalisierende Unterbringung von BewohnerInnen den Aufbau von Zukunftskompetenz verhindert. Diese ist aber Voraussetzung dafür, auf die eigenen Lebensverhältnisse partizipatorisch einwirken zu können.
- (3) *Sozial isolierende Stellung im heiminternen Gruppgefüge:* Kapitel 5.2 und 5.3 machen sichtbar, daß die fehlende Verfügbarkeit eines sozialen Netzwerkes innerhalb und außerhalb der Einrichtung Empowerment-Prozesse zur Abwendung von Konflikten bereits im Keim erstickt. Die einzigen Personen, über die Konflikte transparent gemacht werden können, sind meistens die BezugsbetreuerInnen.
- (4) *Heiminterner Umgang mit „Problemverhalten“:* Kapitel 5.4 verdeutlicht, daß es bestimmte Bereiche der Versorgung und Unterstützung von BewohnerInnen gibt, die für Konflikte besonders anfällig sind. Darunter fallen vor allem die „körpernahen“ Interaktionen (Hilfen bei der Mahlzeiteneinnahme und der Körperpflege).
- (5) *Subjektive Sensibilität für Konflikte und Gewalt im Wohnalltag:* Die Untersuchung der Einstellungen und Bewertungsmuster von Gewalt des Kapitels 5.5 erfaßt wichtige moralische Urteilsstrukturen der BewohnerInnen und

der MitarbeiterInnen. BewohnerInnen sind in ihrer Wahrnehmung von Gewalt umso stärker desensibilisiert, je länger die Heimunterbringung andauert. MitarbeiterInnen nehmen Gewalt umso schwächer wahr, je stärker der Institutionscharakter der Einrichtung und je geringer der Anteil der pädagogischen Inhalte ihrer Ausbildung ist.

Der Anteil von Konflikten und Gewalt im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung ist tendenziell in der Gruppe derjenigen höher als in anderen, die noch nicht lange institutionell betreut werden, die gut in die Gruppenstrukturen des Heims integriert sind, die enge soziale Bindungen haben erheblich geringer als in den Gruppen, die auf eine lange Zeit einer hospitalisierenden Unterbringung zurückblicken, wenige Perspektiven für die Zukunft entwickelt haben und von pädagogisch nicht ausgebildetem Personal betreut werden.

Besonders hervorzuheben sind hier die Untersuchungsergebnisse, die zur Annahme der in Kapitel 3.3.1 formulierten Hypothesen führen:

Hypothese 1 besagt, daß institutionalisierten HeimbewohnerInnen kein Set an Möglichkeiten zur Verfügung steht, um auf Gewalterfahrungen und aggressive Konflikte in ihrem Leben aufmerksam zu machen. Ihr soziales Netz erstreckt sich vorrangig auf die Wohneinrichtung; die Kommunikation nach außen ist beschränkt. Die BewohnerInnen sind in ihrer Suche nach Hilfe auf die BezugsbetreuerInnen angewiesen, die sie in ihren Belangen unterstützen. Eine effiziente Hilfe ist aber nur dann möglich, wenn die Heimrealität gleich oder zumindest ähnlich wahrgenommen wird. Divergieren die Auffassungen über eine verbal oder nonverbal geschilderte Gewaltsituation, besteht die Gefahr, daß der Konflikt unentdeckt bleibt. Die Befragungsergebnisse zeigen, daß die Beurteilung der Wohnsituation - z. B. Konflikte in der Wohngruppe oder im Mehr-Bett-Zimmer - *fehlende Kongruenz* aufweist.

Hypothese 2 besagt, daß das Erkennen einer Gewaltsituation maßgeblich davon abhängt, wie sensibel BetreuerInnen - auch unter Belastung - auf den Themenkomplex Gewalt und Aggression reagieren. Die Untersuchung ihrer individuellen Einstellungen zu Zwang und Gewalt dependieren aber von externen Faktoren wie Institutionscharakter und Ausbildung; ihre Wahrnehmung in bezug auf Gewalt kann unter einer Verschlechterung der Heimbedingungen desensibilisiert werden. Außerdem trifft ihre subjektive Einstellung auf ein Gewaltverständnis von BewohnerInnen, durch das die Anwendung von Zwang legitimiert wird, wenn die Handlung vermeintlichen Zielen („Sauberkeit“ und „Fürsorge“) dient und wenn sie von Autoritätspersonen ausgeführt wird.

Für die *präventive* Arbeit zum Schutz vor Gewalt in Einrichtungen müssen deshalb folgende Aspekte diskutiert werden:

- (1) Wenn Menschen mit geistiger Behinderung - wie in dieser Untersuchung - *kein differenziertes soziales Wissen* darüber besitzen, was Gewalt ist; wie kann ihr *Diskriminationsvermögen* im Hinblick auf dieses Defizit geschult werden? Besonders betroffen sind Menschen mit langen Unterbringungszeiten. Gerade ihnen fehlen Normen und Werte - quasi ein „moralisches Wertegerüst“ - wenn sie ihr Handeln ausschließlich an Autoritäten und Gehorsam ausrichten.
- (2) Das System der Hilfen, das bei Bedrohung der körperlichen oder psychischen Integrität in Anspruch genommen werden könnte, ist nur unzureichend oder gar nicht vorhanden. Der Ausbau eines tragfähigen sozialen Netzwerks könnte Empowerment-Prozesse in Gang setzen und gleichzeitig BetreuerInnen in ihrer konfligierenden Rollenübernahme als professionelle HelferIn und in ihrer ungewollten Ersatzfunktion für freundschaftliche Beziehungen entlasten.
- (3) Heiminterne Förderung sozialer Kompetenzen ist häufig an der „Sozialverträglichkeit“ der BewohnerInnen ausgerichtet, die eine reibungslose Integration in das Gruppengefüge gewährleisten soll, was zu Lasten selbstbestimmter Beziehungsaufnahmen geht.
- (4) BezugsbetreuerInnen von Menschen mit geistiger Behinderung haben eine „Leuchtturmposition“ für deren Sorgen und Nöte. Oftmals stehen keine anderen Personen zur Verfügung, über die Konflikte transparent gemacht werden können. Diese „Ausschließlichkeitsstellung“ der professionellen Bezugspersonen kann aber auch der Abhängigkeit der BewohnerInnen Vorschub leisten und ein Machtverhältnis bedingen, wenn Konflikte nicht zur Kenntnis genommen werden.
- (5) Eine selbstgewählte Vertrauensperson ist aber für die Gewalt und Konfliktprävention von überragender Bedeutung. In dieser Untersuchung durfte jedoch keine einzige BewohnerIn ihre Bezugsperson selbst aussuchen.

Die Forderungen für die Praxis lauten dementsprechend:

- *Entwurf von partizipatorischen Handlungsperspektiven*: Die Vertrauens- bzw. Bezugsperson sollte frei wählbar sein und das Bezugspersonen-System jederzeit wechselbar.
- *Ausbau der tragfähigen sozialen Bindungen außerhalb der eigenen Wohngruppe*: Der Großteil der BewohnerInnen in dieser Studie sucht Freundschaften ausschließlich in der eigenen, nicht in den benachbarten Wohngruppen. Eine erste Erweiterung ihres sozialen Aktionsradius gewährleistet die „Wohngruppen-Osmose“.
- *Bereitstellung von Lernzugängen*: Wichtige Lernorientierungen, die das Wissen über soziale bzw. gesellschaftliche Sachverhalte fördern, vermittelt die

hier angewendete Methode der Dilemma-Diskussion (vgl. KUHMERKER, 1996).

- *Förderung von sozialen Kompetenzen:* Eine Substitution der sozialen Fähigkeiten von HeimbewohnerInnen, die sich nicht an ihrer „Sozialverträglichkeit“ für die Gruppe orientieren, sondern an ihrer Konfliktfähigkeit, sind für den Abbau von „Loyalitätsdruck“ gegenüber BetreuerInnen unverzichtbar.
- *Vermittlung von medialer Kommunikationskompetenz:* Um Selbsthilfestrategien der BewohnerInnen zu fördern, sollten Telefongespräche (auch das Benutzen von Telefonzellen für Notrufe) trainiert werden. Kommunikationstafeln für nichtsprechende BewohnerInnen müssen um den thematischen Komplex „Gewalt – Konflikte“ erweitert werden, so daß Notlagen – auch ohne aktive Sprache – semantisch expliziert werden können.
- *Vermittlung von Kenntnissen über professionelle Hilfesysteme:* Aktive Besuche bei Hilfsorganisationen (z. B. WEISSER RING, Beratungsstellen der Kriminalpolizei, Beratungsstellen freier Träger zum Schutz vor Gewalt) können dazu beitragen, daß BewohnerInnen Unterstützung auch außerhalb der abhängigen Verhältnisse ihrer Institutionen in Anspruch genommen werden können. Die entsprechenden Beratungseinrichtungen sind zugleich auf die besondere Adressatengruppe vorbereitet.

Die Institutionen können selbstverständlich nicht allein für jahrzehntelange gesellschaftlich produzierte Problemlagen verantwortlich gemacht werden – aber vielleicht kann die Reflexion der Gewaltanteile im Heimalltag einen ersten Schritt zur Prävention beitragen. Das Verhältnis von Gewalt und Pädagogik sollte in Einrichtungen kein sprachliches Vakuum darstellen – und auch kein Tabu, das die ohnehin große soziale Distanz gegenüber Heimen noch weiter vergrößern könnte. Die vorliegende Arbeit versteht sich somit als normative Weigerung des Blindstellens gegenüber der sozialen Realität von Menschen mit geistiger Behinderung einerseits, deren Autonomieprozesse und Individualisierungsbestrebungen durch Konflikte belastet werden können, und den Bezugspersonen andererseits, deren Arbeitsbedingungen sich durch Spannungen erheblich verschlechtern.

LITERATURVERZEICHNIS

- ACKERMANN, K.-E. (1994): Menschen mit schweren Behinderungen in aggressiven und auto-aggressiven Krisensituationen. In: HOFFMAN, TH./KLINGMÜLLER, B. (Hg.): a.a.O., 103-114.
- ACKERMANN, K.-E. (1998): Zu Aggression und Autoaggression im Umgang mit (schwerst) geistig behinderten Menschen. In: Datler et al. (Hg.): a.a.O., 203-207.
- ALBRECHT, T./BÜCHNER, S./ENGELKE, L. (1982 Hg.): Arbeitsmarkt und Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals in Berliner Krankenhäusern. [Berliner Forschung; Bd. 3] Berlin: Spitz.
- ALSHUT, S. (1996): „Er nervt wie eine Stubenfliege“. Wie Gewalt das Leben verändert. In: JANTZEN, W./LANWER-KOPPELIN, W. (Hg.): a.a.O., 89-122.
- AMELANG, M./KRÜGER, C. (1995): Mißhandlung von Kindern. Gewalt in einem sensiblen Bereich. Darmstadt: Wiss. Buchgesellschaft.
- ARBEITSGRUPPE EHB/BICHLER, J. (1990): Erhebungsbogen zum individuellen Hilfebedarf von Personen mit Behinderungen (EHB '90). In: Zur Orinetierung 14 (2), 6-8.
- ARONSON, E./PINES, A./KAFRY, D. (1983): Ausgebrannt. Vom Überdruß zur Selbstentfaltung. Stuttgart. Klett-Cotta.
- BACH, H. (1996): Hilfe zur Selbstbestimmung als kalkuliertes Risiko. In: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE E.V. (Hg.): a.a.O., 66-69.
- BALZER, B./ROLLI, S. (1979): Sozialtherapie mit Eltern Behinderter. Orientierungen für eine Konzeption im Rahmen eines psychohygienischen Gemeindeprogramms. 2. Aufl. [Sozialpädagogische Reihe; Bd. 11] Weinheim: Beltz.
- BARKER, R. G./WRIGHT, H. F. (1954): Midwest and its Children: The Psychological Ecology of an American Town. Evanston/ILL: Peterson.
- BECK, I. (1992): Normalisierung und Lebensqualität. Zielperspektiven und Beurteilungsfragen. In: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE (Hg.): Qualitätsbeurteilung und -entwicklung von Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung. Bericht über eine Fachtagung. Marburg: Eigenverl., 11-36.
- BECK, I. (1998): Das Konzept der Lebensqualität: eine Perspektive für Theorie und Praxis der Hilfen für Menschen mit einer geistigen Behinderung. In: JAKOBS, H./KÖNIG, A./THEUNISSEN, G. (Hg.): a.a.O., 348-388.
- BECK, U./BECK-GERNSHEIM, E. (1990): Das ganz normale Chaos der Liebe. Frankfurt/M. Suhrkamp.
- BEHINDERTENBEAUFTRAGTER DES LANDES NIEDERSACHSEN (1997): Deutschland im Herbst. Zunehmende Gewalt gegen behinderte Menschen. In: Ders. (Hg.) Selbstbestimmung, Integration, Partizipation und Normalisierung. Ein Lesebuch zu den sich verändernden Lebenswelten behinderter Menschen. Bonn: Reha.
- BENEDICT, M. I./WHITE, R. B./WULFF, L.M./HALL, B. J. (1990): Reported Maltreatment in Children with Multiple Disabilities. In: Child Abuse and Neglect, 14, 207-217.

- BENEDICT, M. I./WULFF, L. M./WHITE, R. B. (1992): Current Parental Stress in Maltreating and Nonmaltreating Families of Children with Multiple Disabilities. In: Child Abuse and Neglect, 16, 155-163.
- BERGER, R. (1984): Problemgruppen. In: GLATZER/ZAPF (Hg.): a.a.O., 264-285.
- BERGMANN, J. R. (1985): Flüchtigkeit und methodische Fixierung sozialer Wirklichkeit. Aufzeichnungen als Daten der interpretativen Soziologie. In: BONß, W./HARTMANN, H. (Hg.): Entzauberte Wissenschaft (Soziale Welt, Sonderbd. 3) Göttingen: Schwartz, 299-320.
- BIERHOFF, H. W./MONTADA, L. (1988 Hg.): Altruismus. Bedingungen der Hilfsbereitschaft. Göttingen; Toronto; Zürich: Verl. für Psychologie; Hogrefe.
- Bleidick, U. (1994): Gewalt gegen Behinderte. Tatsachen, Deutungen, Folgerungen. In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 45 (6), 399-411.
- BLOCH, E. (1979): Das Prinzip Hoffnung. Bd. 1-3. 6. Aufl. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- BOCK, M. (1992): „Das halbstrukturierte-leitfadenorientierte Tiefeninterview“. Theorie und Praxis der Methode am Beispiel von Paarinterviews. In: HOFFMEYER-ZLOTNIK, J. H. P. (Hg.): a.a.O., 90-109.
- BOCK, T. (1994 Hg.): Gewalt - Folgerungen für die soziale Arbeit. Dokumentation des 73. Deutschen Fürsorgetages 1993 in Mainz. [Schriften des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge; Schrift 271] Frankfurt/M.: Eigenverl.
- BORTZ, J. (1984): Lehrbuch der empirischen Forschung: für Sozialwissenschaftler. Unter Mitarbeit. v. D. BONGERS. Berlin; Heidelberg; New York: Springer.
- BORTZ, J./DÖRING, N. (1995): Forschungsmethoden und Evaluation. 2., völlig überarb. u. aktualisierte Aufl. Berlin; Heidelberg; New York: Springer.
- BRADL, CH. (1994): Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten - ein Schlüsselproblem. In: Geistige Behinderung (2), 117-130.
- BRADL, CH. (1996): Selbstbestimmung - Strukturelle Grenzen im Heim. In: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE E.V. (Hg.): a.a.O., 362-376.
- BRADL, CH./STEINHART, S. (1996 Hg.): Mehr Selbstbestimmung durch Enthospitalisierung. Kritische Analysen und neue Orientierungen für die Arbeit mit behinderten Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verl.
- BREITINGER, M. (1998): Alltag und schwere geistige Behinderung. Würzburg: Ed. Bentheim.
- BREMER-HÜBLER, U. (1990): Streß und Streßverarbeitung im täglichen Zusammenleben mit geistig behinderten Kindern. Eine empirische Studie zur Situation der Mütter. [Europäische Hochschulschriften; Reihe 11 Pädagogik] Frankfurt/M.: Lang.
- BREZOVSKY, P. (1985): Diagnostik und Therapie selbstverletzenden Verhaltens. Stuttgart: Enke.
- BRONFENBRENNER, U. (1977): Toward an experimental Ecology of Human Development. In: American Psychologist, 32, 513-531.

- BRONFENBRENNER, U. (1978): Ansätze zu einer experimentellen Ökologie menschlicher Entwicklung. In: Oerter, R. (Hg.): Entwicklung als lebenslanger Prozeß. Aspekte und Perspektiven. Hamburg: Hoffmann&Campe, 33-65.
- BRONFENBRENNER, U. (1979): The Ecology of Human Development. Cambridge/MA: Harvard University Press.
- BRONFENBRENNER, U. (1981): Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Natürliche und geplante Experimente. Stuttgart: Klett-Cotta.
- BRUDER, K.-J. (1982): Die totale Institution - die verschwiegene Basis des Behaviorismus. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 14 (3), 381-392.
- BRUNS, G. (1993): Ordnungsmacht Psychiatrie? Psychiatrische Zwangseinweisungen als soziale Kontrolle. Opladen: Westdeutscher Verl.
- BÜHL, A./ZÖFEL, P. (1995): SPSS für Windows Version 6.1: Praxisorientierte Einführung in die moderne Datenanalyse. Bonn; Paris; Reading/Mass.: Addison-Wesley.
- BÜNING, H./TRENKLER, G. (1994): Nichtparametrische statistische Methoden. 2. erw. u. völlig überarb. Aufl. Berlin: de Gruyter.
- BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT HILFE FÜR BEHINDERTE -BAGH (1993): Jeder Tritt ist ein Tritt zuviel. Gewalt gegen Behinderte. In: Selbsthilfe - Zeitschrift der BAGH (1), 10-13.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (1989 Hg.): Kindesmißhandlung. Erkennen und Helfen. Eine praktische Anleitung. Bonn: Eigenverl.
- BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE E.V. (1995 Hg.): Wohnen heißt zu Hause sein. Marburg: Lebenshilfe-Verl.
- BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE E. V. (1996a Hg.): Wenn Verhalten auffällt... Eine Arbeitshilfe zum Wohnen von Menschen mit geistiger Behinderung. Marburg: Lebenshilfe-Verl.
- BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE E.V. (1996 Hg.): Selbstbestimmung. Kongreßbeiträge. Dokumentation des Kongresses „Ich weiß doch selbst, was ich will!“ Menschen mit geistiger Behinderung auf dem Weg zu mehr Selbstbestimmung vom 27. September bis zum 1. Oktober 1994 in Duisburg. (Red. Bearb. Th. Frühauf et al.) Marburg: Lebenshilfe-Verl.
- BURKART, H./KRECH, R. (1985): Aggression und geistige Behinderung. Probleme fremd- und selbst-aggressiven Verhaltens. Mit psychologischen und pädagogischen Beeinflussungsmöglichkeiten. Berlin: Marhold.
- COHEN, L. H. (1988 Ed.): Life Events and Psychological Functioning. London: Sage.
- DALFERTH, M. (1984): Zur Problematik der Festhaltetherapie. In: Zur Orientierung, 3, 249-253.
- DALFERTH, M. (1986): Erzwungenes Festhalten von autistischen Heimbewohnern - rechtliche Bedenken zu einem umstrittenen Verfahren. In: ZfJ, 442-450.
- DALFERTH, M. (1988). Festhalten im Heim. Zur Legitimation und Effektivität eines umstrittenen Verfahrens. In: Behindertenpädagogik, 27 (2), 206-218.

- DATLER, W. et al. (1998 Hg.): Zur Analyse heilpädagogischer Beziehungsprozesse. Luzern: Ed. SZH/SPC.
- DEEGNER, G. (1992): Orientierungshilfen bei Kindesmißhandlung. Tabellarische Übersicht zu kompensatorischen Bedingungen und Risikofaktoren. Mainz: WEISSER RING.
- DENZIN, N. K. (1989): The Research Act. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- DIEBENBACHER, H./SCHÜLLER, K. (1993): Gewalt im Altenheim - Eine Analyse von Gerichtsakten. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- DITTMANN, W./KLATTE-REIBER, M. (1993): Zur veränderten Lebenssituation von Familien nach der Geburt eines Kindes mit Down-Syndrom. In: Frühförderung interdisziplinär, 12, 165-175.
- DÖRNER, K. (1989): Gehen wir Behinderte vergiften im Heim. In: Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft, (3), 19-26.
- DONABEDIAN, A. (1982): An Exploration of Structure, Process and Outcome Approaches to Quality Assessment. In: SELBMANN, H. K./ÜBERLA, K. (Hg.) Quality Assessment of Medical Care. Beiträge zur Gesundheitsökonomie. Bd. 15, Gerlingen.
- DOSEN, A. (1997): Psychische Störungen bei geistig behinderten Menschen. Stuttgart; Jena; Ulm: Gustav Fischer.
- DUNCKER, H. (1988): Die totale Institution. Zwischen Therapie und Terror. In: WISSENSCHAFTLICHES ZENTRUM II FÜR PSYCHOANALYSE, PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHOSOZIALE FORSCHUNG DER GESAMTHOCHSCHULE KASSEL (HG.): Freud und Leid. Die Psychoanalyse im sozialen Feld. [Fragmente; 26] Kassel: Gesamthochschule Kassel.
- DUNKEL, W. (1994): Pflegearbeit - Alltagsarbeit. Eine Untersuchung der Lebensführung von AltenpflegerInnen. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- DURKHEIM, E. (1961): Die Regeln der soziologischen Methode. Neuwied.
- EASTMAN, M. (1985): Gewalt gegen alte Menschen. Freiburg i. Br. Lambertus.
- ECKENSBERGER, L. H./REINSHAGEN, H. (1980): KOHLBERGs Stufentheorie der Entwicklung des Moralischen Urteils: Ein Versuch ihrer Reinterpretation im bezugrahmen handlungstheoretischer Konzepte. In: ECKENSBERGER, L. H./SILBEREISEN, R. K. (1980 Hg.): a.a.O., 65-132.
- ECKENSBERGER, L. H./SILBEREISEN, R. K. (1980 Hg.): Entwicklung sozialer Kognitionen: Modelle, Theorien, Methoden, Anwendung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- ECKENSBERGER, L. H./VILLENAVE-CREMER, S./REINSHAGEN, H. (1980): Kritische Darstellung von Methoden zur Erfassung des Moralischen Urteils. In: ECKENSBERGER, L. H./SILBEREISEN, R. K. (Hg.): a.a.O., 335-380.
- ECKENSBERGER, L. H. (1993): Normative und deskriptive, strukturelle und empirische Anteile in moralischen Urteilen: Ein Ökonomie-Ökologie-Konflikt aus psychologischer Sicht. In: ECKENSBERGER, L. H./GÄHDE, U. (Hg.): a.a.O., 328-379.
- ECKENSBERGER, L. H./GÄHDE, U. (1993 Hg.): Ethische Norm und empirische Hypothese. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

- EGLI, J. (1993 Hg.): Gewalt und Gegengewalt im Umgang mit geistig behinderten Menschen. Luzern: Ed. SZH.
- V. EICKEN, B./ERNST, E./ZENZ, G. (1990): Fürsorglicher Zwang. Freiheitsbeschränkung und Heilbehandlung in Einrichtungen für psychisch kranke, für geistig behinderte und alte Menschen. Köln: Bundesanzeiger.
- ELBING, U./ROHMANN, U. H. (1994): Auswirkungen eines Intensivtherapie-Programms für verhaltensgestörte Geistigbehinderte auf ihre Bezugspersonen im Heim. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 43 (3), 90-97.
- ENGFER, A. (1986): Kindesmißhandlung. Ursachen, Auswirkungen, Hilfen. Mit einem Beitr. v. I. KINTZER. Stuttgart: Enke.
- FEGERT et al. (1998): Sexuelle Gewalt in der Lebenswirklichkeit von Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung. Die Sicht der Betroffenen, Analyse bestehender institutioneller Hilfsangebote und eine bedarfsorientierte Versorgungsplanung. In: Geistige Behinderung (1), 77-81.
- FEUSER, G. (1985): Zum Verständnis von Stereotypen und selbstverletzenden Verhaltensweisen bei Kindern mit Autismus-Syndrom. In: Beschäftigungstherapie und Rehabilitation.
- FEUSER, G. (1988): Aspekt einer Kritik des Verfahrens des 'erzwungenen Haltens' (Festhaltenstherapie) bei autistischen und anders behinderten Kindern und Jugendlichen. In: Behindertenpädagogik, 27 (2), 115-155.
- FEUSER, G. (1996a): „Geistigbehinderte gibt es nicht!“ Projektionen und Artefakte in der Geistigbehindertenpädagogik. In: Geistige Behinderung, 35 (1), 18-25.
- FEUSER, G. (1996b): Parteilichkeit für behinderte Menschen. In: BRADL., CH./STEINHART, I. (Hg.): Mehr Selbstbestimmung durch Enthospitalisierung. Kritische Analysen und neue Orientierungen für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen.
- FEYERABEND, P. (1980): Erkenntnis für freie Menschen. Veränderte Ausgabe. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- FIB E. V. (1995 Hg.): Leben auf eigene Gefahr?! Geistig Behinderte auf dem Weg in ein selbstbestimmtes Leben. [Materialien der AG SPAK; M 127] München: ASG SPAK.
- FILIPP, S. H. (1981): Kritische Lebensereignisse. München: Urban und Schwarzenberg.
- FINGER, G. (1992) Familien mit behinderten Kindern im Spannungsfeld zwischen Besonderheit und Normalität. In: FINGER, G./STEINEBACH, CH. (Hg.): Frühforderung. Zwischen passionierter Praxis und hilfloser Theorie. Freiburg i. Br.: Lambertus, 77-98.
- FISCHER, D. (1997): Am Ort der Mühe wohnen: in Förderstätte, Schule, Familie und Heim. Würzburg: Ed. Bentheim.
- FISCHER-ROSENTHAL, W. (1995): Biographische Methoden in der Soziologie. In: Flick, U. et al. (Hg.): a.a.O., 253-255.
- FLICK, U. (1992): Entzauberung der Intuition. Systematische Perspektiven-Triangulation als Strategie der Geltungsbegründung qualitativer Daten und Interpretationen. In: HOFFMEYER-ZLOTNIK, J. H. P. (Hg.): a.a.O., 11-56.

- FLICK, U. (1995): *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt.
- FLICK, U. et al. (1995): *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. 2. Aufl. Weinheim: Beltz, Psychologie Verl.-Union.
- FREIGANG, W. (1995): Heim und Gewalt - Institutionelle Bedingungen und pädagogische Handlungsmöglichkeiten. In: HELSPER, W./WENZEL, H. (Hg.): a.a. O., 246-256.
- FRISKE, A. (1995): *Als Frau geistig behindert sein. Ansätze zu frauenorientiertem heilpädagogischen Handeln*. München; Basel: Reinhardt.
- Friske, A. (1996): Frauen mit geistiger Behinderung. Eine Lebenswirklichkeit in Widersprüchen. In: *Geistige Behinderung*, 35 (3), 233-240.
- FRÖHLICH, A. (1986; 1993²): *Die Mütter schwerstbehinderter Kinder*. Heidelberg: Schindele.
- FRÜH, W. (1992) Analyse sprachlicher Daten. Zur konvergenten Entwicklung „quantitativer“ und „qualitativer“ Methoden. In: HOFFMEYER-ZLOTNIK, J. H. P. (Hg.): a.a.O., 59-89.
- FRÜHAUF, TH. (1992): „Ich kann an jeder Ecke eine andere Stelle finden!“ Versorgungsnöte, Mitarbeiternöte und Pädagogische Nöte im Alltag der Behindertenhilfe. In: *Geistige Behinderung* (4), 264-272.
- FRÜHAUF, TH./NIEHOFF, U. (1994): Gewalt gegen behinderte Menschen. In: *Behindertenpädagogik*, 33 (1), 58-74.
- FUERTES, J. (1995): The Maltreatment of Intellectually Handicapped Children and Adolescents. In: *Child Abuse and Neglect*, 19 (2), 205-215.
- GAEDT, CH. (1990): *Selbstentwertung. Depressive Inszenierungen bei Menschen mit geistiger Behinderung*. [Neuerkeröder Beiträge; H. 6] Neuerkerode: Ev. Stiftung Neuerkerode.
- GAEDT, CH./BOTHE, S./MICHELS, H. (1993 Hg.): *Psychisch krank und geistig behindert*. Dortmund: modernes lernen.
- GAEDT, CH. (1995a): *Psychopharmakotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung*. [Neuerkeröder Beiträge; H. 10] Neuerkerode: Ev. Stiftung Neuerkerode.
- GAEDT, CH. (1995b): *Autonomie und soziale Strukturen. Kritische Gedanken zu modernen Betreuungskonzepten für Menschen mit geistiger Behinderung*. [Neuerkeröder Beiträge; H. 12] Neuerkerode: Ev. Stiftung Neuerkerode.
- GAEDT, CH. (1996): *Autonomie und Partizipation von Menschen in Großeinrichtungen*. In: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE E.V. (Hg.): a.a.O., 377-394.
- GALLWITZ, S. (1995): *Einstellungen zu und Bewertungen von sexuellen Handlungen und Kontakten zwischen Erwachsenen und Kindern - eine empirische Erkundungsstudie bei männlichen und weiblichen Studenten*. Unveröffentl. Diplomarbeit. Universität Dortmund: Fachbereich Erziehungswissenschaft und Biologie.
- GIELEN, U. (1996): Kohlbergs Theorie der moralischen Entwicklung. In: KUHMERKER, L./GIELEN, U./HAYES, R. L.: a.a.O., 31-58.

- Gielen, U. (1996): Untersuchungen zum moralischen Urteil. In: KUHMERKER, L./GIELEN, U./HAYES, R. L.: a.a.O., 59-89.
- GIRGENZER, G. (1991): From Tools to Theories: A Heuristic of Discovery in Cognitive Psychology. In: Psychological Review 98, 254-267.
- GLATZER/ZAPF (Hg.): Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Darmstadt.
- GÖRRES, S./HANSEN, G. (1992 Hg.): Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. Eine Einführung für Heil- und Sonderpädagogen, Eltern und Erzieher. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt.
- GOFFMANN, E. (1973): Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. [Orig.: Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates, 1961] Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- GROMANN, P. (1995): Zur Bedeutung ambulanter Wohnangebote für das Selbst- und Fremdbild geistig behinderter Menschen. In: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE E. V. (Hg.) a.a.O., 175-179.
- GROMANN, P./NIEHOFF-DITTMANN, U. (1999): Selbstbestimmung und Qualitätssicherung. Erfahrungen mit der Bewertung von Einrichtungen durch ihre Bewohner. In: Geistige Behinderung (2), 156-165.
- GÜNTER, M. (1995 Hg.): Täter und Opfer. Aktuelle Probleme der Begutachtung und Behandlung in der gerichtlichen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Mit einem Essay v. R. LEMPP. Mit Beitr. v. H.-A. BLUMENSTEIN et al. Bern; Göttingen; Toronto: Huber.
- GÜNTER, M./BOOS, R. (1994): Bedeutung der „abnormen Reaktionsbereitschaft“ von Jugendlichen beim Münchhausen-by-proxy-Syndrom. Simulation, Folie à deux, induzierte Artefakterkrankung oder was sonst? In: Nervenarzt, 65, 307-312.
- GÜNTER, M./BOOS, R. (1995): Bedeutung und nosologische Einordnung der „abnormen Reaktionsbereitschaft“ von Jugendlichen beim Münchhausen-by-proxy-Syndrom. In: Günter, M. (Hg.): a.a.O., 110-120.
- GÜNTERT, B./ORENDI, B./WEYERMANN, U. (1989): Die Arbeitssituation des Pflegepersonals - Strategien zur Verbesserung. Ergebnisse einer Untersuchung im Auftrag der gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. Bern: Hans Huber.
- HÄHNER, U. (1995): Von der Betreuung zur Begleitung (Assistenz). In: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE (Hg.): a.a.O., 261-268.
- HAHN, M. TH. (1981): Behinderung als soziale Abhängigkeit. Zur Situation schwerbehinderter Menschen. München: Reinhardt.
- Hahn, M. Th. (1996): „Helfen zu graben den Brunnen des Lebens...“. In: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE E.V. (Hg.): a.a.O., 22-27.
- HAISCH, W.: Instrumentarium zur „Planung und Organisation in der Betreuung“ (POB). Skizze der methodischen Grundlagen, des Instruments und des Verfahrens. München: Katholische Fachhochschule (unveröffentlichtes Skript).
- HALISCH, F. (1988): Empathie, Attribution und die Entwicklung des Hilfehandelns. In: Bierhoff, H. W./Montada, L. (Hg.): a.a.O., 79-103.

- HARBACH, H. (1992): Altruismus und Moral. [Studien zur Sozialwissenschaft; Bd. 103] Opladen: Westdeutscher Verl.
- HARNACK, M. (1996): Lebenslang fremdbestimmt - (k)eine Zukunftsperspektive für Menschen mit geistiger Behinderung? In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V.: a.a.O., S. 49-54.
- HARRIS, R./KLIE, TH./RAMIN, E. (1995): Heime zum Leben. Wege zur bewohnerorientierten Qualitätssicherung. Hannover: Vincentz.
- HARTDEGEN, K. (1997): Aggression und Gewalt in der Pflege. Stuttgart; Jena; Lübeck: Gustav Fischer.
- HARTMANN-KREIS, ST. (1994): Betreuungspersonal als Träger des Normalisierungskonzepts. Eine Studie über die Handlungsorientierung des Personals in Wohneinrichtungen für Erwachsene mit geistiger Behinderung. In: Sonderpädagogik, 24 (1), 24-33.
- HARTUNG, K./ELPELT, B./KLÖSENER, K.-H. (1984): Statistik. Lehr- und Handbuch der angewandten Statistik. 2. Aufl. München: Oldenbourg.
- HAVEMAN, M. J./BROOK, O. H. (1992): Rapport enquete automutilatie. Een landelijke inventarisatie naar het verschijnsel van zelfverwonded gedrag bij verstandelijk gehandicapt. Universität Maastricht/IGZ, Maastricht/Rijswijk.
- Haveman, M. J./Maaskant, M. A. (1989): Defining Fragility of Elderly Severe Mentally Handicapped According to Mortality Risk, Motor Handicaps and Social Functioning. Journal of Mental Deficiency Research, 33, 389-397.
- HEINRICH, J. (1989): Aggression und Streß. Ein Therapiemodell zur Interaktion massiver Auto-, Sach- und Fremdaggressionen geistig Behinderter mit dem Streßverhalten ihrer Bezugspersonen. Weinheim: Dt. Studien Verl.
- HELLBRÜGGE, TH. (1985): Das Deprivationssyndrom als soziale Kindesmißhandlung. In: HAESLER, W. T. (Hg.): Kindesmißhandlung. Mit Beitr. v. A. V. AMMON et al. [Schweizerisches Nationalkomitee für Geistige Gesundheit; Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie] Grusch/Schweiz: Rüegger, 155-174.
- HELLMANN, M. (1996): Professionelle Heilpädagogik im Alltag. In: HELLMANN, M./ROHRMANN, E. (1996 Hg.): a.a.O., 31-49.
- HELLMANN, M./ROHRMANN, E. (1996 Hg.): Alltägliche Heilpädagogik und ästhetische Praxis. Mit Beitr. v. F. BÖBER et al. Heidelberg: Ed. Schindele im Verl. C. Winter.
- HELSPER, W./WENZEL, H. (1995 Hg.): Pädagogik und Gewalt. Möglichkeiten und Grenzen pädagogischen Handelns. [Studien zur Erziehungswissenschaft und Bildungsforschung; Bd. 5] Opladen: Leske + Budrich.
- HENNICKE, K./ROTTHAUS, W. (1993 Hg.): Psychotherapie und Geistige Behinderung. Dortmund: modernes lernen.
- HENNICKE, K. (1996): Kontexte von Gewalt und Gegengewalt in Familien mit geistig behinderten Angehörigen - Systemische Aspekte. In: Geistige Behinderung 36 (4), 290-306.
- HERRIGER, N. (1995): Empowerment - oder: Wie Menschen Regie über ihr Leben gewinnen. In: Sozialmagazin (3), S. 34-40.

- HETTINGER, J. (1996): Selbstverletzendes Verhalten, Stereotypen und Kommunikation. Die Förderung der Kommunikation bei Menschen mit geistiger Behinderung oder Autismussyndrom, die selbstverletzendes Verhalten zeigen. Heidelberg: Winter, Programm Ed. Schindele.
- HÖRSTER, R./WOLF, M. (1995): Heimerziehung, Gewalttätigkeit und pädagogisches Experiment. Zur sozialpädagogischen Bedeutung von August Aichhorns Bericht über „die Aggressiven“. In: HELSPER, W./WENZEL, H. (Hg.): a.a. O., 213-224.
- HOFFMEYER-ZLOTNIK, J. H. P. (1992 Hg.): Analyse verbaler Daten. Über den Umgang mit qualitativen Daten. Opladen: Westdeutscher Verl.
- HOFMAN, CH./MAURER, P./RIVERA, B. (1993): Versuch, mit geistig behinderten Frauen ins Gespräch zu kommen. Aus einer Studie zu Kontakten und Freizeitverhalten. In: Geistige Behinderung (2), 99-115.
- HOFMANN, TH./KLINGMÜLLER, B. (Hg.): Abhängigkeit und Autonomie. Neue Wege in der Geistigbehindertenpädagogik. Festschrift für Th. Hahn zum 60. Geburtstag. Berlin: VWB.
- HOFSTÄTTER, P. R. (1977): Persönlichkeitsforschung. Stuttgart: Kröner.
- HONIG, M.-S. (1988): Vom alltäglichen Übel zum Unrecht - Über den Bedeutungswandel familialer Gewalt. In: DEUTSCHES JUGENDINSTITUT (Hg.): Wie geht's der Familie? Ein Handbuch zur Situation der Familie heute. Red.: K. LEUBI et al. München: Kösel, 189-202.
- HONIG, M.-S. (1992): Verhäuslichte Gewalt. Sozialer Konflikt, wissenschaftliche Konstrukte, Alltagswissen, Handlungssituationen. Eine Explorativstudie über Gewalthandeln von Familien. Mit einem Nachwort zur Taschenbuchausgabe 1992: Sexuelle Ausbeutung von Kindern. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- HOPF, CH. (1982): Norm und Interpretation. Einige methodische und theoretische Probleme der Erhebung und Analyse subjektiver Interpretationen in qualitativen Untersuchungen. In: Zeitschrift für Soziologie, 11 (3), 307-329.
- HOPF, CH. (1978): Die Pseudo-Exploration - Überlegungen zur Technik qualitativer Interviews in der Sozialforschung. In: Zeitschrift für Soziologie, 7 (2), 97-115.
- ILLIGER, H. (1997): Erziehung zur Zivilcourage. Gewalt gegen Menschen mit Behinderungen. Ein Praxishandbuch für Schule und Jugendarbeit. Münster: Votum.
- INNERHOFER, P./PETERANDER, F. (1992): Belastungen von Familien mit einem behinderten Kind. In: GÖRRES, S./HANSEN, G. (Hg.): a.a.O., 59-79.
- IRBLICH, D. (1999): Gewalt und geistige Behinderung. In: Geistige Behinderung (2), 132-145.
- JAKOBS, H./KÖNIG, A./THEUNISSEN, G. (1998 Hg.): Lebensräume - Lebensperspektiven. Ausgewählte Beiträge zur Situation Erwachsener mit geistiger Behinderung. 2., völlig neu bearb. Aufl., Butzbach-Griedl: AFRA-Verl.
- JANßEN, CH. (1997): Das SIVUS-Konzept in der Arbeit in Wohngruppen. In: Geistige Behinderung (1), 41-55.
- JANTZEN, W./VON SALZEN, W. (1986): Autoaggressivität und selbstverletzendes Verhalten. Berlin: Marhold.

- JANTZEN, W. (1993): Das Ganze muß verändert werden. Zum Verhältnis von Behinderung, Ethik und Gewalt. Berlin: Marhold.
- JANTZEN, W./LANWER-KOPPELIN, W. (1996 Hg.): Diagnostik als Rehistorisierung. Methodologie und Praxis einer verstehenden Diagnostik am Beispiel schwer behinderter Menschen. Berlin: Ed. Marhold.
- Jantzen, W. (1998): Enthospitalisierung und institutioneller Kontext: Einrichtungen für Behinderte in der modernen Gesellschaft. In: Lutz, O./haltiner, H. (Hg.) a.a.O., 73-94.
- JELTSCH-SCHUDEL, B./MEYER REY, CH. (1991): Konstituierende Faktoren für die Identitätsentwicklung behinderter Menschen. Theoretische Grundlagen und forschungsmethodische Konsequenzen. In Vierteljahreszeitschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete, 60 (4), 451-468.
- JOHNAON, D. (1981): Corporal Communication in Special Education. In: The Journal for Special Educators, 17 (4), 352-359.
- JONAS, M. (1994): Behinderte Kinder - behinderte Mütter? Die Unzumutbarkeit einer sozial arrangierten Abhängigkeit. Frankfurt/M.: Fischer.
- JÜTTEMANN, G. (1981): Komparative Kasuistik als Strategie psychologischer Forschung. In: Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, 29, 101-118.
- JÜTTEMANN, G. (1990 Hg.): Komparative Kasuistik. Heidelberg: Asanger.
- KANE, J. F. (1994): Schwere geistige Behinderung und selbstverletzendes Verhalten: Neue Überlegungen in der internationalen Diskussion. In: Fischer, U. et al. (Hg.): Urbanes Wohnen für Erwachsene mit schwerer geistiger Behinderung. [Berliner Beiträge zur Pädagogik und Andragogik von Menschen mit geistiger Behinderung; Bd. 1] Reutlingen: Diakonie-Verl.
- KERN, R. (1981): Soziale Indikatoren der Lebensqualität. Wien.
- KING, R. D./ RAYNES, N. V./TIZARD, J./ (1971): Patterns of Residential Care: Socological Studies in Institutions for Handicapped Children. London: Routledge & Kegan Paul.
- KLAUB, TH. (1987): Verwahren oder Fördern? Die Aufgaben des Psychologen im Heim für geistig Behinderte. München; Basel: E. Reinhardt.
- KLAUSS, TH. (1995): Selbstverletzung und Selbstbestimmung. In: Sonderpädagogik, 25 (3), 124-136.
- KLAUB, TH./WERTZ-SCHÖNHAGEN, P. (1993): Behinderte Menschen in Familie und Heim. Grundlagen der Verständigung und Möglichkeiten der Kooperation zwischen Eltern und Betreuern. (Ed. Soziale Arbeit) Weinheim; München: Juventa.
- KLIE, TH./LÖRCHER, U. (1994): Gefährdete Freiheit. Fixierungspraxis in Pflegeheimen und Heimaufsicht. Mit beitr. v. R. BEHR et al. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- KNOLL, M. (1990): Aggressivität im psychiatrischen Alltag - Ihr Einfluß auf Stationsatmosphäre, Arzt-Patienten-Beziehung und Selbstverständnis der Psychiatrie. In: Fundamenta Psychiatrica (4), 1990, 124-131.

- KNOPE, H. (1996 Hg.): Aggressives Verhalten und Gewalt in der Schule. Prävention und konstruktiver Umgang mit Konflikten. Mit Beitr. V. Gallschütz, Ch. et al. München: Oldenbourg.
- KOBI, E. (1994): Zur heimlichen Unheimlichkeit von Heimen. Heilpädagogische Reflexionen zum System Subsidiärer Residenzen. Luzern: Ed. SZH/SPC.
- KOHLBERG, L. (1958): The Development of Modes of Moral Thinking and Choice in the Years Ten to Sixteen. University of Chicago: Dissertation.
- KOHLBERG, L. (1964): Development of Moral Character and Moral Ideology. In: HOFFMAN, M. L./HOFFMAN, L. W. (Ed.): Review of Child Development Research. Vol. I. New York: Russel Sage Foundation, 383-432.
- KOHLBERG, L. (1969): Stage and Sequence: The Cognitive-Developmental Approach to Socialization. In: GOSLIN, D. A. (Ed.): Handbook of Socialization Theory and Research. Chicago: Rand Mc Nally and Company.
- KOHLBERG, L. (1971): Stages of Moral Development as a Basis for Moral Education. In: BECK, C. M./CRITTENDEN, B. S./SULLIVAN, E. V. (Ed.): Moral Education. Interdisciplinary Approaches. Toronto: University of Toronto Press.
- KOHLBERG, L. (1984): Zur kognitiven Entwicklung des Kindes. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- KRASMAN, S. (1997): Andere Orte der Gewalt. In: KRASMAN, S./SCHEERER, S. (Hg.): Die Gewalt in der Kriminologie. Kriminologisches Journal, 6. Beiheft. Weinheim: Juventa, 85-102.
- KRENZ, C./SAX, G. (1987): Acquiescence as a Function of Test Type and Subject Uncertainty. Educational and Psychological Measurement 47, 575-581.
- KRISOR, M. (1992): Auf dem Weg zur gewaltfreien Psychiatrie. Das Herner Modell im Gespräch. [Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie; Bd. 50] Bonn: Psychiatrie-Verl.
- KROHWINKEL, M. (1992): Der pflegerische Beitrag zur Gesundheit in Forschung Praxis. [Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit; Bd. 12] Baden-Baden: Nomos.
- KROMREY, H. (1998): Empirische Sozialforschung. Modelle und Methoden der Datenerhebung und Datenauswertung. 8. durchgreifend überarb. u. erw. Aufl. Opladen: Leske+Budrich.
- KRUPINSKY, M. et al. (1995): Münchhausen-by-proxy-Syndrom. In: Nervenarzt, 66, 36-40.
- KUHMERKER, L. (1996): Die Förderung der moralischen Entwicklung durch Dilemmadiskussionen. In: KUHMERKER, L./GIELEN, U./HAYES, R. L.: a.a.O, 129-142.
- KUHMERKER, L./GIELEN, U./HAYES, R. L.: Lawrence Kohlberg: Seine Bedeutung für die pädagogische und psychologische Praxis. München: Kindt.
- KULBACH, R. (1996): Qualitätssicherung als Aufgabe der Träger Sozialer Dienste. In: Soziale Arbeit, 11, 367-372.

- KUTTIG, L. (1993): Autonomie zwischen ethischem Anspruch und medizinischer Wirklichkeit. Paternalismus im Arzt-Patienten-Verhältnis. In: Eckensberger, L. H./Gähde, U. (Hg.): a. a. O.; S. 268-283.
- LACKNER, K. (1995 Hg.): Strafgesetzbuch mit Erläuterungen. Erl. v. K. Lackner u. K. Kühl. 21., neubearb. Aufl. des v. E. Dreher u. H. Maasen gepr. Werkes. München: Beck.
- LAMNEK, S. (1993a): Qualitative Sozialforschung. Band I: Methodologie. Weinheim: Psychologie Verl.-Union.
- LAMNEK, S. (1993b): Qualitative Sozialforschung. Band II: Methoden und Techniken. Weinheim: Psychologie Verl.-Union.
- LANDESVERBAND BADEN-WÜRTTEMBERG DER LEBENSHILFE FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG: Modell eines Verfahrens zur Entgeltberechnung für Wohnplätze auf der Grundlage des konkreten Hilfebedarfs im Einzelfall. In: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG (Hg.) : Leistungsvereinbarungen für Wohneinrichtungen. Marburg: Lebenshilfe-Verl., 21-49.
- LANWER-KOPPELIN, W. (1996): Diagnostik und Dialog mit Herrn M. oder über den Sinn des extremen Hospitalismus. In: JANTZEN, W./LANWER-KOPPELIN, W. (Hg.): a.a.O., 33-64.
- LAUX, J. (1995): Zur psychologischen Deutung der Angst vor dem Fremden und Unbekannten. In: ZWIERLEIN, E. (Hg.): a.a.O., 119-147.
- LEBENSHILFE BERLIN (1995): Selbstverständnis und Rolle von Betreuerinnen und Betreuern. In: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE E. V. (1995 Hg.): a.a.O., 255-260.
- LENK, H. (1987): Zwischen Sozialpsychologie und Sozialphilosophie. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- LENK, H./MARING, M (1993): Verantwortung - Normatives Interpretationsprodukt und empirische Beschreibung. In: Eckensberger, L. H./Gähde, U. (Hg.): a. a. O.; S. 222-243.
- LEONTJEW, A. N. (1979): Tätigkeit, Bewußtsein, Persönlichkeit. Berlin/DDR: Volk und Wissen; Köln: Pahl-Rugenstein, 1982.
- LEWIN, K. (1946): Behaviour and Development as a Function of the Total Situation. In: CARMICHAEL, L. (Ed.): Manual of Child Psychology. New York: Wiley, 791-844.
- LOFLAND, J./LOFLAND, L. H. (1984): Analyzing social settings. Belmont: Wadsworth.
- LUTZ, O./HALTNER, R. (1998 Hg.): Zu-Mutung statt Aus-Grenzung. Tragfähige Lebensräume für Menschen mit geistiger Behinderung. Luzern: Ed. SZH/SPC.
- MARTIN, P. L./FOXX, R. M. (1973): Victim Control of the Aggression of an Institutionalized Retarded. Journal of Behavior Therapie & Experimental Psychiatrie, Jun., Vol 4 (2), 161-165.
- MASLOW, A. H. (1970): Motivation and Personality. New York.
- MATURANA, H. R./VARELA, F. J. (1987): Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens. München: Scherz.

- MAYRING, PH. (1988): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Dt. Studien-Verl.
- MAYRING, PH. (1995): Qualitative Inhaltssanalyse. In: Flick et al. (Hg.): a.a.O., 209-211.
- MEHL, A. L./COBLE, L./JOHNSON, S. (1990): Munchausen Syndrome by Proxy: A Family Affair. In: Child Abuse and Neglect, Oxford, 14 (4), 577-585.
- MEINS, W. (1989): Behandlung mit Psychopharmaka. Eine Untersuchung bei geistig behinderten Erwachsenen mit aggressivem Verhalten. In: Geistige Behinderung, 24 (1), 28-32.
- MEULEMANN, H./REUBAND, K. H. (1984 Hg.): Soziale Realität im Interview: Empirische Analysen, methodische Probleme. [Beiträge zur empirischen Sozialforschung] Frankfurt./M.; New York: Campus..
- MONTADA, L.(1980): Moralische Kompetenz: Aufbau und Aktualisierung. In: ECKENSBERGER, L. H./SILBEREISEN, R. K. (Hg.): a.a.O., 247-266.
- MONTADA, L./SCHNEIDER, A./REICHLE, B. (1988): Emotionen und Hilfsbereitschaft. In: BIERHOFF, H. W./MONTADA, L. (Hg.): a.a.O., 130-153.
- MORGAN, S. R. (1987): Abuse and Neglect of Handicapped Children. Boston; Toronto; San Diego: Little, Brown and Company.
- MÜHL, H./NEUKÄTER, H./SCHULZ, K. (1996): Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Lehrbuch aus pädagogischer Sicht. Bern; Stuttgart; Wien: Haupt.
- MÜLLER-HOHAGEN, J. (1993): Psychotherapie mit behinderten Kindern. Wege der Verständigung für Familien und Fachleute. Heidelberg: Asanger.
- NARR, W.-D. (1980): Physische Gewalttätigkeit, ihre Eigentümlichkeit und das Monopol des Staates. In: Leviathan 8, 541-573.
- NESTMANN, F. (1995): Soziale Unterstützung, Alltagshilfe und Selbsthilfe bei der Bewältigung. In: FLICK et al. (Hg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2. Aufl., Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union, 1995, 308-312.
- NEUMANN, J. (1988): Arbeit im Behindertenheim. Situationsanalyse und Strategien zu ihrer Humanisierung. Univ. Tübingen, Soziologisches Seminar. [Schriftenreihe Humanisierung des Arbeitslebens, Bd. 96] Frankfurt/New York: Campus.
- Neumann, J. (1996): Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung und die Einstellung der Gesellschaft. In: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE E.V. (Hg.): a.a.O., 137-150.
- NIEDECKEN, D. (1989): Namenlos. Geistig Behinderte verstehen. Ein Buch für Psychologen und Eltern. Mit einem Vorw. v. M. ERDHEIM. München; Zürich: Piper.
- NIEHAUS, M. (1995): Gewalt gegen behinderte Menschen: Eine quantitative und qualitative Analyse aktueller Daten. In: ZWIERLEIN, E. (Hg.): a.a.O., 55- 75.

- NIEHOFF-DITTMANN, U. (1996): Selbstbestimmung im Leben geistig behinderter Menschen. IN: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE E.V. (Hg.): a.a.O., 55-64.
- NIPPERT, I. (1988): Die Geburt eines behinderten Kindes. Belastung und Bewältigung aus der Sicht betroffener Mütter und ihrer Familien. Stuttgart: Enke.
- NISSEN, J.M.J.F./HAVEMAN, M. J. (1997): Zelfverwonded gedrag bij mensen met een verstandelijke handicap. Verslag van een landelijke studie (1990-1995). Maastricht: Universiteit Maastricht.
- NISSEN, J.M.J.F./HAVEMAN, M. J. (1998): Mortality and Avoidable Death in Persons with Severe Selfinjurious Behaviour: Results of a Dutch Study. In: Journal of Intellectual Disability Research (accepted for publication).
- OBERLOSKAMP, H. (1994): Kindschaftsrechtliche Fälle für Studium und Praxis. 4., neubearb. Aufl. (Fachbücherei Praktische Sozialarbeit; hg. v. H. Oberloskamp/K. Witterstätter) Neuwied; Kriftel; Berlin: Luchterhand.
- OERTER, R. (1998): Kultur, Ökologie und Entwicklung. In: Oerter, R./Montada (Hg.): a.a.O., 84-127.
- OERTER, R./MONTADA (1998 Hg.): Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. 4. korr. Aufl., Weinheim: Beltz, Psychologie Verl. Union.
- OEVERMANN, U. (1973): Zur Analyse der Struktur von sozialen Deutungsmustern. Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung.
- OEVERMANN, U. et al. (1979): Die Methodologie einer „objektiven Hermeneutik“ und ihre allgemeine forschungslogische Bedeutung in den Sozialwissenschaften. In: SOEFFNER, H.-G. (Hg.): Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften. Stuttgart.
- OLBING, H./BACHMANN, K. D./GROSS, R. (1989 Hg.): Kindesmißhandlung. Eine Orientierungshilfe für Ärzte, Juristen, Sozial- und Erziehungsberufe. Köln: Dt. Ärzte-Verl.
- OVERLANDER, G. (1994): Die Last des Mitfühlens. Aspekte der Gefühlsregulierung in sozialen Berufen am Beispiel der Krankenpflege. Wissenschaft, Bd. 14, Frankfurt: Mabuse-Verl.
- PAUL, J. (1967): Die Mißhandlung von hirngeschädigten Kindern. In: Mschr. Kinderheilkunde, 115 (4), 202-206.
- PETRI, H. (1989): Erziehungsgewalt. Zum Verhältnis von persönlicher und gesellschaftlicher Gewaltausübung in der Erziehung. Frankfurt/M.: Fischer.
- PLASSMANN, R. (1994): Münchhausen Syndromes and factitious Diseases. In: Psychotherapy and Psychosomatics, 62, 7-26.
- PÖRTNER, M. (1996): Ernstnehmen - Zutrauen - Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Popitz, H. (1995): Gewalt. In: Mittelweg 36 (6), 19-24. (Zuerst in: Ders. (1992): Phänomene der Macht. 2., stark erw. Aufl. Tübingen.

- PROBST, H./GLEIM, B. (1990): Eine Evaluation psychiatrisch versus heilpädagogisch geprägter versorgung schwergeistig- und mehrfachbehinderter Erwachsener. In: Heilpädagogische Forschung 16 (4), 149-165.
- PRÖLL, U./STREICH, W. (1984): Arbeitszeit und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Dortmund.
- QUAMBUSCH, E. (1995): Das Recht der Geistigbehinderten. 3. Völlig neubearb. Aufl., Stuttgart; Jena; New York: Gustav Fischer.
- REBMANN, W. (1996): Rituale in der Erziehung von Menschen mit schwersten Mehrfachbehinderungen. In: Behindertenpädagogik, 35 (2), 167-206.
- REINSHAGEN et al. (1976): KOHLBERG's Interview zum moralischen Urteil. Teil II: Handanweisung zur Durchführung, Auswertung und Verrechnung. Arbeiten der Fachrichtung Psychologie, Nr. 32. Universität des Saarlandes.
- ROGERS, M. (1995): Theoretische Grundlagen der Pflege. Eine Einführung. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- ROGNER, J./WESSELS, E. TH. (1994): Bewältigungsstrategien von Müttern und Vätern mit einem erst- oder zweitgeborenen geistig behinderten Kind. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 43, 125-129.
- ROHMANN, U./ELBING, U. (1998): Selbstverletzendes Verhalten. Überlegungen, Fragen und Antworten. [Behinderung - Autismus - Psychose; Bd. 5]. Dortmund: verlag modernes lernen.
- ROSENTHAL, J. A. et al. (1991): A Descriptive Study of Abuse and Neglect in Out-of-Home-Placement. In: Child Abuse and Neglect, 15, 249-260.
- RUDOLPH, H. (1987): Anmerkungen zum psychosozialen Minderwuchs. In: Psychotherapie und Psychosomatik, 32, 206-214.
- RUTHEMANN, U. (1993): Aggression und Gewalt im Altenheim. Verständnishilfen und Lösungswege für die Praxis. Basel: Recom.
- SAAGE, E./GÖPPINGER, H. (1994): Freiheitsentziehung und Unterbringung. [Beck'sche Kurzkomentare; Bd. 32] 3., völlig neubearb. Aufl. München: Beck.
- SACHWEH, S. (1997): „Schätzle hinsetzen“ - Babysprache in der Altenpflege. In: ZEGELIN, A. (Hg.) a.a.O., 95-103.
- SACHWEH, S. (1998): Charakteristische Merkmale der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und BewohnerInnen in der Altenpflege. In: FIEHLER, R./THIMM, C. (Hg.): Sprache und Kommunikation im Alter. Opladen: Westdeutscher Verl.
- SANJEK, R. (1990 Ed.): Fieldnotes: The Making of Anthropology. Albany: State University of New York Press.
- SCHALOCK, R. L. (1990 Ed.): Quality of Life: Perspectives and Issues. Washington.
- SCHALOCK, R. L. (1994): The Concept of Quality of Life and its Current Applications in the Field of Mental Retardation/Development Disabilities. In: GOODE, D. A. (Ed.) Qua-

lity of Life for Persons with Disabilities: International Perspectives and Issues. Cambridge/USA: Brookline Books, 266-284.

SCHLAICH, P./SCHEUBER, W. (1985): Die Anstalt als Heim für geistig behinderte Menschen. Anstalten als emotionale Schutzräume und behindertengerechte Lebenswelt. In: Wacker, E./Neumann, J. (Hg.): a.a.O., 159-177.

SCHMIDT, R. (1993). Die Paläste der Irren. Kritische Betrachtung zur Lebenssituation geistig behinderter Menschen in Österreich. Wien: WUV-Univ.-Verl.

SCHMIDTBAUER, W. (1977): Die hilflosen Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt.

SCHMIDBAUER, W. (1983): Helfen als Beruf. Die Ware Nächstenliebe. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt.

SCHNOOR, H.-CH. (1990): Über den Umgang mit Schutzbefohlenen. Erziehungsgewalt in Heimen für Personen mit geistiger Behinderung. Überlegungen aus Anlaß des Erscheinens des Buches „Erziehungsgewalt“ von Horst Petri. In: Neue Sammlung, 30 (3), 497-504.

SCHNOOR, H.-CH. (1991): Personen mit geistiger Behinderung in stationären Langzeiteinrichtungen. In: Geistige Behinderung, (1), 13-22.

SCHNOOR, H.-CH. (1992): Hoffnung in pädagogischen Tätigkeiten. In: FRÖHLICH, V./GÖPPEL, R. (Hg.): Sehen, Einfühlen, Verstehen. Psychoanalytisch orientierte Zugänge zu pädagogischen Handlungsfeldern. [Sisyhos; Bd. 1] Würzburg: Königshausen und Neumann.

SCHOLLE, M. (1994): Soziale Leistungen - Schutz der Schwachen vor Gewalt. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 74 (3), 81-85.

SCHWARTE, N./ OBERSTE-UFER, R. (1997): LEWO. Lebensqualität in Wohnstätten für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Instrument zur Qualitätsentwicklung. Hg. Von der BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG E. V. Marburg: Lebenshilfe-Verl.

SCHÜTZ, A. (1971): Strukturen der Lebenswelt. In: SCHÜTZ, I. (Hg.): Alfred Schütz. Gesammelte Aufsätze; Bd. 3. Den Haag: Nijhof, 153-170.

SEIFERT, M. (1994a): Über 1000 Menschen mit geistiger Behinderung fehlplaziert... Ergebnisse einer Studie zur Wohnsituation von Menschen mit geistiger Behinderung in Berlin. In: Geistige Behinderung 33 (1), 4-17.

SEIFERT, M. (1994b): Autonomie als Prüfstein für Lebensqualität von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung in Wohneinrichtungen. In: HOFMANN, TH./KLINGMÜLLER, B. (HG.): a.a.O., 223-252.

SEIFERT, M (1995): Problemverhalten - eine Herausforderung für Mitarbeiter. Berichte von Betreuern von Erwachsenen mit schwerer geistiger Behinderung über ihren Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen. In: Geistige Behinderung (2), 120-133.

SEIFERT, M. (1997a): Lebensqualität und Wohnen bei schwerer geistiger Behinderung. Theorie und Praxis. (Berliner Beiträge zur Pädagogik und Andragogik von Menschen mit geistiger Behinderung; Bd. 3; hg. v. Th. Hahn) Reutlingen: Diakonie-Verl.

- SEIFERT, M. (1997b): Wohnalltag von Erwachsenen mit schwerer geistiger Behinderung. Eine Studie zur Lebensqualität. (Berliner Beiträge zur Pädagogik und Andragogik von Menschen mit geistiger Behinderung; Bd. 4)
- SEIFERT, M. (1998): Wohnen - so normal wie möglich. In: JAKOBS, H./KÖNIG, A./THEUNISSEN, G. (Hg.): a.a.O., 150-190.
- SOBSEY, D. (1994): Violence and Abuse in the Lives of People with Disabilities. The End of Silent Acceptance? Baltimore; London; Toronto: Brookes.
- SPECK, O. (1996): Autonomie als Selbstregulierung und Selbstbindung an moralische Werte. In: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE E.V. (Hg.): a.a.O., 15-21.
- STÖPPLER, R. (1998): Mobilitäts- und Verkehrserziehung bei Kindern mit geistiger Behinderung. Fernuniversität Hagen: Studienbrief.
- STÖPPLER, R. (1999): Verkehrserziehung bei Menschen mit einer geistigen Behinderung. Bad Heilbrunn/ Obb. : Klinkhardt.
- STÖRMER, N./SIEVERS, R. (1996): „Sie ist ein sehr schwieriges Mädchen!“ Wie lebensschwierigkeiten die Lebensräume immer enger werden lassen, und wie derartige Sackgassen überwunden werden können. In: In: JANTZEN, W./LANWER-KOPPELIN, W. (Hg.): a.a.O., 181-208.
- STOLK, J./EGBERTS, M. J. A. (1987): Über die Würde geistig behinderter Menschen. Zwischen Verlangen und Wirklichkeit. [Große Schriftenreihe/Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte; Bd. 16] Marburg: Eigenverl.
- STRUBEL, W./WEICHSELGARTNER, H. (1995 Hg.): Behindert und verhaltensauffällig. Zur Wirkung von Systemen und Strukturen. Freiburg/i. Br.: Lambertus.
- STUMPF, TH. W. (1995): Opferschutz bei Kindesmißhandlung. Eine kriminalpolitische Herausforderung. [Schriftenreihe Familie und Recht; Bd. 9] Neuwied; Kriftel; Berlin: Luchterhand.
- SÜSS-BURGHART, M. (1995): Therapie einer massiven Nahrungsverweigerung bei einem schwer geistig behinderten Kind. In: Verhaltenstherapie, 5 (19), 35-40.
- SUHRWEIER, H. (1997): Behindertenpsychologie. Aus der Sicht Betroffener. Neuwied; Kriftel; Berlin: Luchterhand.
- TAUBE, K. (1994): Ertötung aller Selbstheit. Das anthropologische Dorf als Lebensgemeinschaft mit geistig Behinderten. [Materialien der AG SPAK; M 117] München: AG SPAK.
- THARINGER, D./BURROWS HORTON; C./MILLEA, S. (1990): Sexual Abuse and Exploitation of Children and Adults with Mental Retardation and Other Handicaps. In: Child Abuse and Neglect, 14, 301-312.
- THESING, Th. (1990): Betreute Wohngruppen und Wohngemeinschaften für Menschen mit einer geistigen Behinderung. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- THESING, TH. (1998): Betreute Wohngruppen und Wohngemeinschaften für Menschen mit geistiger Behinderung. 3. neubearb. u. erg. Aufl. Freiburg i. Br. Lambertus.

- THEUNISSEN, G. (1985): Abgeschoben, isoliert, vergessen - Schwerstgeistigbehinderte und mehrfachbehinderte Erwachsene in Anstalten. Beiträge zur Sozialpsychiatrie, behindertenpädagogik, ästhetischen Praxis und sozialen Integration. 2., stark überarb. Aufl. Frankfurt/M.: R. G. Fischer.
- THEUNISSEN, G./LINGG, A. (1993): Psychische Störungen bei geistig Behinderten. Erscheinungsformen, Ursachen und Handlungsmöglichkeiten aus pädagogischer und psychiatrischer Sicht. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- THEUNISSEN, G./PLAUTE, W. (1995): Empowerment und Heilpädagogik. Ein Lehrbuch. Mit Beitr. v. M. Stichling u. K. Ziemer. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- THEUNISSEN, G. (1996): Gewalt gegen (geistig-)behinderte Menschen in Vollzeiteinrichtungen. In: Behindertenpädagogik, 35 (3), 275-291.
- THEUNISSEN, G. (1997): Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. Ein Kompendium für die Praxis. 2., überarb. u. erw. Aufl. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- THIMM, K. (1995): Gewalttätigkeit von Menschen - Gewaltförmigkeit von Verhältnissen: Analytische Bemerkungen zu Struktur und Dynamik von Gewalt in Heimen. In: HELSPER, W./WENZEL, H. (Hg.): a.a. O., 225-245.
- THIMM, W. (1991): Integration, oder: ein Versuch, etwas Diffuses auf den Begriff zu bringen - Gedanken zur Integrationsproblematik bei Personen mit Sehbehinderungen. In: Sonderpädagogik 21 (1), 4-11.
- THOMAE, H. (1995): Biographische Methoden in der Psychologie. In: Flick, U. et al. (Hg.): a.a. O., 249-252.
- TRÖSTER, H. (1992): Bewegungstereotypien und selbstverletzendes Verhalten bei nichtbehinderten Kindern. In: Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 24 (4), 335-354.
- TROST, R./METZLER, H. (1995): Alternde und alte Menschen mit geistiger Behinderung in Baden-Württemberg. Zur Situation in Werkstätten für Behinderte und in Wohneinrichtungen. Stuttgart: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg.
- TRUBE-BECKER, E. (1987): Gewalt gegen das Kind. Vernachlässigung, Mißhandlung, sexueller Mißbrauch und Tötung von Kindern. 2. überarb. Aufl.: Heidelberg: Kriminalistik Verl.
- TYMCHUK, A. J./ANDRON, L. (1990): Mothers with Mental Retardation who do or do not Abuse or Neglect their Children. In: Child abuse and Neglect, 14, 313-323.
- VAGT, G./WENDT, W. (1978): Akquieszenz und die Validität von Fragebogenskalen. Psychologische Beiträge 30, 428-439.
- VAN GEMERT, G. H./WIELINK, R. VRIESEMA, P. L. (1996): Jolanda Venemas Geschichte. Beratung als neue Herangehensweise bei Verhaltensproblemen geistig behinderter Menschen. In: Geistige Behinderung (1), 77-91.
- VAN KANN, P./DOOSE, ST. (1999): Zukunftsweisend. Peer Counseling und Persönliche Zukunftsplanung. Kassel: bifos.

- VAN MAANEN, J. (1988): *Tales of the Field: On writing Ethnography*. Cicago: University of Chicago Press.
- VERBAND EVANGELISCHER EINRICHTUNGEN FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER UND SEELISCHER BEHINDERUNG E. V. (1994): *Zwang und Gewalt im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung. Zur Orientierung (2) Themenheft*.
- WACKER, E./NEUMANN, J. (1985 Hg.): *Geistige Behinderung und soziales Leben*. [Campus Forschung; Bd. 439] Frankfurt/M.; New York: Campus.
- WACKER, E. et al. (1998): *Leben im Heim. Angebotsstrukturen und Chancen selbständiger Lebensführung in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe. Bericht zu einer bundesweiten Untersuchung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“*. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. In Auftr. gegeben durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. [Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit; Bd. 102] Baden-Baden: Nomos.
- WACKER E. (1998): *Liebe im Heim? Möglichkeiten und Grenzen von Partnerbeziehungen in einer organisierten Umwelt*. In: *Geistige Behinderung (3)*, 238-250.
- WAHL, H.-W./KRUSE, A. (1994): *Sensible Bereiche der pflegerischen Arbeit in Heimen*. In: Wahl, H.-W./Kruse, A. (Hg.): *Altern und Wohnen im Heim. Endstation oder Lebensort? Mit Beitr. v. S. Attalah et al.* [Angewandte Alterskunde; Bd. 7] Göttingen; Bern; Toronto: Huber., 83-112.
- WALDSCHMIDT, A. (1999): *Selbstbestimmung als Konstruktion. Alltagstheorien behinderter Frauen und Männer*. Opladen: Leske + Budrich.
- WALTER, J. (1996 Hg.): *Sexualität und geistige Behinderung*. Mit Beitr. v. I. ACHILLES et al., 4. erw. Aufl. [Schriftenreihe der Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden-Württemberg e. V.; Bd. 1] Heidelberg: Ed. Schindele im Universitätsverl. C. Winter.
- WATZLAWIK, P./BEAVIN, J. H./JACKSON, D. D. (1980): *Menschliche Kommunikation*. Bern: Huber.
- WEIß, H. (1993): *Liebespflicht und Fremdbestimmung. Das Annahme-Postulat in der Zusammenarbeit von Eltern und Fachleuten*. In: *Geistige Behinderung (4)*, 308-322.
- WENDELER, J./GODDE, H. (1989): *Geistige Behinderung: Ein Begriff und seine Bedeutung für die Betroffenen*. In: *Geistige Behinderung (4)*, 306-317.
- WENDELER, J. (1993): *Geistige Behinderung: pädagogische und psychologische Aufgaben*. Weinheim; Basel: Beltz.
- WESTCOTT, H. L. (1991): *Institutional Abuse of Children - From Research to Policy. A Review*. [Policy, Practice, Research Series] London: NSPCC/National Society for the Prevention of Cruelty to Children.
- WETZELS, P. (1997): *Gewalterfahrungen in der Kindheit. Sexueller Mißbrauch, körperliche Mißhandlung und deren langfristige Konsequenzen*. [Interdisziplinäre Beitr. Zur kriminologischen Forschung; Bd. 8] Baden-Baden: Nomos.
(SON 1 26)

- WINDISCH, M. et al. (1991): Wohnformen und soziale Netzwerke von Erwachsenen mit geistiger und psychischer Behinderung. In: Neue Praxis 2, 138-150.
- WINDISCH, M. (1995): Frust statt Lust? Erscheinungen und Bedingungen von Burnout in der stationären Behindertenbetreuung im Spiegel einer Untersuchung. In: Soziale Arbeit, 44 (8), 269-274.
- WOHLHÜTER, , H. (1996): Wege zu mehr Selbstbestimmung im Heim. In: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE E.V. (Hg.): a.a.O., 354-361.
- WOLFENBERGER, W. et al. (1972): The Principle of Normalization in Human Services. Canada: National Institute on Mental Retardation.
- WOLFENBERGER, W. (1991): Der neue Genozid an den Benachteiligten, Alten und Behinderten. Gütersloh: van Hoddis.
- ZAPF, W. (1984): Individuelle Wohlfahrt: Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität. In: GLATZER/ZAPF (Hg.): a.a.O., 13-26.
- ZEGELIN, A. (1997 Hg.): Sprache und Pflege. Berlin; Wiesbaden: Ullstein Mosby.
- ZIEGLER, F. (1993): Das diktierte Leben. Formen strukturierter Gewalt und deren Überwindung. In: EGLI, J. (Hg.): a.a.O., 139-151.
- ZIEGLER, F. (1995 Nachdr.): Kinder als Opfer von Gewalt. Ursachen und Interventionsmöglichkeiten. Freiburg/Schweiz: Kriminalitätsverl.; Bern; Stuttgart, Toronto: Huber.
- ZUR ORIENTIERUNG (1994) Themenheft: Zwang und Gewalt im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung. Siehe: VERBAND EVANGELISCHER EINRICHTUNGEN FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER UND SEELISCHER BEHINDERUNG E. V. (1994): a.a.O.
- ZWIERLEIN, E. (1995): Denken wider die Aneignung und die Ausgrenzung. In: ZWIERLEIN, E. (Hg.): a.a.O., 15-35.
- ZWIERLEIN, E. (1995 Hg.): Normalität - Differenz - Asymmetrie. Ethische Herausforderungen im Umgang mit Schwachen und Fremden. Idstein: Schulz - Kirchner.