

***Zur Erfassung des individuellen Hilfebedarfs von Personen  
mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung mittels eines  
ICF-basierten Beurteilungsbogens.***

Eine Evaluation des Assessmentverfahrens in der Steiermark

**Dissertation**

zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie  
an der Karl-Franzens-Universität Graz

eingereicht von Mag.<sup>a</sup> Iris PALZ

am

Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft

Erstbegutachter: Ao.Univ.-Prof.Dr. Peter Rossmann

Zweitbegutachterin: Ao.Univ.-Prof.Mag.Dr. Hannelore Reicher

Graz, 2009

# Inhaltsverzeichnis

## **I Theoretischer Bezugsrahmen**

<b>Einleitung.....</b>	<b>1</b>
<b>1. Behinderung.....</b>	<b>2</b>
1.1. Definition Behinderung.....	2
1.2. Definition geistige Behinderung.....	5
<b>2. Das Normalisierungsprinzip.....</b>	<b>9</b>
2.1. Einleitung.....	9
2.2. Begriffsdefinition.....	9
2.3. Entstehung.....	10
2.4. Entwicklung.....	12
<b>3. Empowerment.....</b>	<b>15</b>
3.1. Begriffsdefinitionen.....	15
3.2. Einleitung.....	16
3.3. Empowerment und Behindertenhilfe.....	19
<b>4. Selbstbestimmung.....</b>	<b>20</b>
4.1. Einleitung.....	20
4.2. Begriffsdefinitionen.....	21
4.3. Prinzipien der Selbstbestimmung.....	25
4.4. Selbstbestimmung bei Menschen mit Behinderungen.....	26
4.5. Umsetzung der Selbstbestimmung.....	28
4.5.1. <i>Independent-Living-Bewegung</i> .....	31
4.5.2. <i>Selbstbestimmt-Leben-Bewegung</i> .....	33
4.5.3. <i>Regiekompetenz</i> .....	34
4.5.4. <i>Das Lebens- und Beziehungsmodell</i> .....	35
4.5.5. <i>Das Assistenzkonzept</i> .....	35
4.5.6. <i>Das Kundenmodell</i> .....	36
4.6. Selbstbestimmung in Einrichtungen von Menschen mit Behinderungen.....	38
4.6.1. <i>Gründe, die einen selbstbestimmten Lebensweg erschweren</i> .....	40
4.7. Kritische Anmerkungen zum Thema Selbstbestimmung.....	42
<b>5. Partizipation.....</b>	<b>45</b>
5.1. Einleitung.....	45
5.2. Schwierigkeiten und Herausforderungen von Partizipation.....	46
5.2.1. <i>Zum Thema Qualitätsentwicklung</i> .....	47

<b>6.</b>	<b>Integration/Inklusion.....</b>	<b>49</b>
6.1.	Einleitung.....	49
6.2.	Begriffsdefinitionen Integration.....	50
6.3.	Begriffsdefinitionen Inklusion.....	51
6.4.	Probleme der Integration/Inklusion von Menschen mit Behinderungen.....	54
6.5.	Zusammenfassung.....	55
<b>7.</b>	<b>Behinderung und Wohnen .....</b>	<b>56</b>
7.1.	Begriffsdefinitionen.....	56
7.2.	Wohnen und Menschen mit Behinderungen.....	57
7.2.1.	<i>Ausblick: Entwicklungen in Schweden, Dänemark, Niederlande, England....</i>	60
7.3.	Heime für Menschen mit geistiger Behinderung.....	63
<b>8.</b>	<b>Förderung von Selbstständigkeit und Selbstbestimmung .....</b>	<b>66</b>
8.1.	Die SIVUS-Methode.....	66
8.1.1.	<i>Einleitung .....</i>	66
8.1.2.	<i>Die Zielsetzung der SIVUS-Methode: Selbstständigkeit, Selbstvertrauen, Zusammengehörigkeitsgefühl.....</i>	67
8.1.3.	<i>Das soziale Reifen in SIVUS .....</i>	67
8.1.4.	<i>Zusammenfassung der SIVUS-Ideen .....</i>	68
8.1.4.1	Die Grundanschauung .....	68
8.1.4.2	Die praktischen Grundsätze .....	69
8.2.	Dialogische Entwicklungsplanung.....	70
8.2.1.	<i>Einleitung .....</i>	70
8.2.2.	<i>Dialogische Entwicklungsplanung in der Praxis .....</i>	72
8.2.3.	<i>Abschließende Bemerkung .....</i>	75
8.3.	Persönliche Zukunftsplanung.....	76
8.3.1.	<i>Einleitung .....</i>	76
<b>9.</b>	<b>Steiermärkisches Behindertengesetz.....</b>	<b>81</b>
9.1.	Einleitung.....	81
9.2.	Regelungen in Bezug auf die wohnliche Situation von Menschen mit Behinderung.....	82
9.3.	Anträge auf Hilfeleistungen – Das Verfahren.....	82
9.4.	Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe.....	84
<b>10.</b>	<b>Leistungs- und Entgeltverordnung (LEVO) .....</b>	<b>85</b>
10.1.	Einleitung.....	85
10.2.	Ausgangslage und Anlass.....	86
10.3.	Ziel und Zweck.....	86
10.4.	Kritik.....	87
10.5.	Besonderer Teil der LEVO.....	88
10.6.	Zusammenfassung.....	89

<b>11. ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit.....</b>	<b>90</b>
11.1. Vorwort.....	90
11.2. Hintergrund.....	91
11.3. Ziele der ICF.....	91
11.4. Anwendungsbereich der ICF.....	92
11.5. Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe].....	94

## II Empirische Untersuchung

<b>12. Assessmentbogen.....</b>	<b>95</b>
12.1. Einleitung.....	95
12.2. Expert/inn/eninterview zum Thema: Entstehung und Hintergrund des Einstufungsformulars.....	97
12.3. Beschreibung der Items nach der ICF.....	104
<b>13. Forschungsfrage.....</b>	<b>117</b>
13.1. Dateneingabe.....	117
13.2. Zweck und Ziel.....	117
<b>14. Statistische Auswertung und Ergebnisse.....</b>	<b>118</b>
<b>15. Diskussion und Interpretation der Ergebnisse .....</b>	<b>128</b>
<b>16. Literaturverzeichnis .....</b>	<b>138</b>
<b>17. Anhang .....</b>	<b>147</b>

# I Theoretischer Bezugsrahmen

## Einleitung

Der Steiermärkische Landtag hat im Jahr 2004 ein neues Steiermärkisches Behindertengesetz verabschiedet, dessen Ziel es ist, die Unterstützung, die Teilhabe an der Gesellschaft und ein selbstbestimmtes Leben von Menschen mit Behinderung zu gewährleisten. Um diese Ziele zu erreichen, werden Gesetzesmaßnahmen, Leistungen und Beratungen zur Verfügung gestellt, damit Menschen mit Behinderungen Zugang zu den Bereichen wie Familie, Erziehungs- und Bildungswesen, Arbeit und Beschäftigung, Gesundheitsversorgung sowie Kultur und Freizeit haben (vgl. Amt der Steiermärkischen Landesregierung, 2004a).

Der theoretische Teil dieser Arbeit beschäftigt sich zu Beginn mit dem Thema (geistige) Behinderung, mit den unterschiedlichen pädagogischen Konzepten wie das Normalisierungsprinzip, Empowerment, Selbstbestimmung, Partizipation, Integration und Inklusion. Das Kapitel „Behinderung und Wohnen“ wird anhand eines kurzen Ländervergleichs diskutiert. Die Förderung von Selbstständigkeit und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen wird anhand verschiedener Modelle angerissen. Die kurze Darstellung des Steiermärkischen Behindertengesetzes, der Leistungs- und Entgeltverordnung (LEVO) und der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) geben eine gute Überleitung zum empirischen Teil der Arbeit. Durch die Leistungs- und Entgeltverordnung (LEVO) wurde gesetzlich vorgeschrieben, dass alle Menschen mit geistigen Behinderungen bezüglich ihres individuellen Hilfebedarfs eingestuft werden müssen. Dazu wurde ein Assessmentbogen erarbeitet, der bei allen geistig und/oder mehrfach behinderten Menschen in der Steiermark eingesetzt wird. Die Forschungsfrage dazu war, den Assessmentbogen zu analysieren und im besten Fall eine Empfehlung zur Überarbeitung zu geben. Weiters könnten die dabei erhobenen Daten auch in Zukunft für Vergleichszwecke herangezogen werden, denn die erwähnte Einstufung sollte normalerweise alle drei Jahre wiederholt stattfinden. Damit könnte evaluiert werden, ob das Betreuungssystem zielgerichtet, das heißt im Sinne einer Förderung der Selbstständigkeit und Integration von Menschen mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung, arbeitet oder ob es eher einer zunehmenden Unselbstständigkeit, Fremdbestimmtheit und Abhängigkeit der Betroffenen bewirkt.

# 1. Behinderung

## 1.1. *Definition Behinderung*

Es gibt heutzutage keine einheitliche Definition von Behinderung, weder landesintern noch länderübergreifend. Wird zunächst die gesetzliche Grundlage in Österreich herangezogen, werden zwei Definitionen beschrieben.

Laut des Bundes-Behindertengleichstellungsgesetzes (2005) nach § 3 lautet die Definition:

„Behinderung im Sinne dieses Bundesgesetzes ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder psychischen Funktionsbeeinträchtigung oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen, die geeignet ist, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu erschweren. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von mehr als voraussichtlich sechs Monaten“.

Nach dem Steiermärkischen Behindertengesetz (2004) § 2 lautet die Definition von Behinderungen folgendermaßen: „Als Beeinträchtigung im Sinne dieses Gesetzes gelten insbesondere alle physischen, psychischen und geistigen Beeinträchtigungen, soweit sie nicht vorwiegend altersbedingt sind“. Verschiedene andere Autor/inn/en definieren Behinderung wie folgt: Nach Schaub & Zenke (2000) wird unter Behinderung eine Beeinträchtigung der körperlichen, seelischen oder geistigen Funktionen und Leistungsfähigkeiten in einem so weitgehenden Maße verstanden, dass eine selbstständige Lebensführung sowie die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben wesentlich erschwert oder ohne die Hilfe anderer gar nicht möglich sind. Hensle & Vernooij (2000) sprechen von einer doppelten Definition von Behinderung. Zum einem wird Behinderung als Beeinträchtigung, die die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben wesentlich erschwert, gesehen, zum anderen muss zwischen Behinderung und Schädigung im Sinne von Beeinträchtigung unterschieden werden, damit auch die soziale Komponente im Behinderungsbegriff erfasst werden kann. Behinderung kann nach Hensle & Vernooij (2000) in vier Schädigungsbereiche eingeteilt werden:

- Soziale bzw. kommunikative Behinderung: Sprachbehinderung, Verhaltensstörung
- Geistige Behinderung: geistige Behinderung, Lernbehinderung
- Sinnesbehinderung: auditive Behinderung, visuelle Behinderung
- Körperliche Behinderung: Körperliche Behinderung ohne bzw. mit Intelligenzveränderung (vgl. Hensle & Vernooij, 2000)

Das Phänomen der Behinderung entsteht durch Merkmale des/der Behinderten sowie auch durch Merkmale der Gesellschaft, in der er/sie lebt. Dies bedeutet, dass nicht alleine die Funktionsbeeinträchtigung eine Behinderung ausmacht, sondern erst die Erschwerung der gesellschaftlichen Partizipation, die eine Behinderung mit sich bringt. Dies führt zwangsläufig zur Beschränkung der individuellen Lebensfunktion auf der einen Seite, und zu sozialen Folgewirkungen im Sinne von beschränkter Teilhabe am gesellschaftlichen Leben auf der anderen Seite. Kurz gesagt gibt es drei wichtige Bestimmungselemente, die eine Behinderung ausmachen: Sie beinhaltet eine Schädigung in wesentlichen Funktionsbereichen. Die individuelle Lebensführung wird behindert, sprich die unmittelbare Auswirkung für das Individuum, pragmatisch wie auch psychisch. Die kollektive Lebensführung wird erschwert, das heißt die mittelbaren Auswirkungen im gesellschaftlichen Leben, pragmatisch wie auch sozio-emotional (vgl. Hensle & Vernooij, 2000). Die Weltgesundheitsorganisation WHO nimmt eine Dreiteilung der Definition von Behinderung vor. In der nachfolgenden Tabelle wird die Fassung von 1980 der Fassung von 1998 gegenübergestellt:

Tabelle 1: Definition von Behinderung nach der WHO (aus Hensle & Vernooij, 2000, S. 13)

<b><u>Fassung 1980</u></b>		<b><u>Fassung 1998</u></b>
Impairment	<b>Schädigung:</b> körperliche medizinische Ebene (organisch, geistig, psychisch)	<b>Impairment</b>
Disability	<b>Fähigkeits-</b> (Einschränkung), <b>Aktivitäts-Möglichkeiten</b> Personale Ebene	<b>Activity</b>
Handicap	Beeinträchtigung/Benachteiligung <b>Teilhabe</b> Gesellschaftlich-soziale Ebene	<b>Participation</b>

In der Fassung von 1980 dominierte eine individuumszentrierte Sichtweise mit einer defizitorientierten Bewertung der individuellen Situation. In der Neufassung von 1998 herrscht eine systemorientierte Betrachtung vor, die Behinderung auch im sozialen und institutionellen Kontext sieht, unter Herausstellung der positiven Möglichkeiten innerhalb des jeweiligen engeren und weiteren Lebensraumes eines behinderten Menschen. Hervorzuheben ist, dass die ganzheitliche Förderung der behinderten Menschen auf allen drei genannten Ebenen stattfinden muss (vgl. Hensle & Vernooij, 2000). Bezugnehmend auf die ursprüngliche Fassung der WHO Definition kann folgende Unterscheidung nach der ICHD (1980) vorgenommen werden:

„Impairments ... , concerned with abnormalities of body structure and appearance and with organ or system function, resulting from any cause; in principle, impairments represent disturbances at the organ level. Disabilities ... , reflecting the consequences of impairment in terms of functional performance and activity by the individual; disabilities thus represent disturbances at the level of the person. ... . Handicaps ... , concerned with the disadvantages experienced by the individual as a result of impairments and disabilities; handicaps thus reflect interaction with and adaptation to the individual's surroundings” (ICIDH, 1980, S. 14).

Nach Mizelli (2006) ist Behinderung nicht auf die einzelne Person fokussiert zu sehen, sondern ist immer im politischen und sozialen Kontext zu betrachten. Behinderung ist nach Mizelli (2006) ein Problem ungleicher Machtverhältnisse.

„Eine Behinderung liegt dann vor, wenn man auf Grund von faktischen Beeinträchtigungen diskriminiert wird und es einem daher nicht möglich ist, wichtige, persönliche und soziale Erfahrungen zu machen und einem eine chancengleiche Teilhabe an der Gesellschaft verwehrt wird. Behinderung ist ein Faktum, das keiner Bewertung unterliegen darf, sondern ist ein Aspekt in der Vielfalt des Menschseins“ (Mizelli, 2006, S. 324).



## **1.2. Definition geistige Behinderung**

Von der Elternvereinigung „Lebenshilfe“ wurde Ende der 1950er Jahre der Begriff „geistige Behinderung“ in die fachliche Diskussion erstmals eingebracht. Dabei standen zwei wesentliche Punkte im Vordergrund. Erstens wurde diese Terminologie an den anglo-amerikanischen Sprachraum angepasst, wie zum Beispiel an „mental handicap“ oder „mental retardation“. Zweitens wurden durch die „geistige Behinderung“ solche Begriffe abgelöst, die als ausgesprochen negative Stigmata gängig waren, wie zum Beispiel Schwachsinn, Blödsinn, Idiotie und Oligophrenie. Seit diesem Zeitpunkt hat der Begriff „geistige Behinderung“ in vielen Disziplinen und Bereichen Verbreitung gefunden, wie natürlich in der Pädagogik, der Sozialgesetzgebung, der Behindertenpolitik etc. (vgl. Theunissen, 1997). Unter geistiger Behinderung wird eine schwere und dauerhafte Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeit verstanden. Die kognitiven Lernfähigkeiten werden am Standardwert 100 des Intelligenzquotienten gemessen, wobei geistig behinderte Menschen für das entsprechende Lebensalter nur 60 oder weniger IQ-Punkte erreichen (vgl. Schaub & Zenke, 2000). Nach Neuhäuser & Steinhausen (1999) wird die geistige Behinderung eines Menschen „als ein komplexer Zustand aufgefasst, der sich unter dem vielfältigen Einfluss sozialer Faktoren aus medizinisch beschreibbaren Störungen entwickelt hat“ (S. 10). Neuhäuser & Steinhausen (1999) sind der Ansicht, dass eine geistige Behinderung eine gesellschaftliche Positionszuschreibung aufgrund vermuteter oder erwiesener Funktionseinschränkungen angesichts gesellschaftlich als wichtig angesehener Funktionen ist. Mittlerweile beginnt sich diese Sichtweise über geistige Behinderung weltweit durchzusetzen. Der Zustand der geistigen Behinderung, werden die sozialen Faktoren miteinbezogen, kann als teilweise reversibel angesehen werden (vgl. Neuhäuser & Steinhausen, 1999).

„Die Abkehr von einseitig medizinischen, primär defektorientierten Denkmodellen hebt also den Prozesscharakter der geistigen Behinderung als sozial vermitteltem Tatbestand hervor“ (Neuhäuser & Steinhausen, 1999, S. 11).

Nach dem Klassifikationsschema der ICD-10 wird eine Intelligenzminderung als ein Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten definiert (vgl. Neuhäuser & Steinhausen, 1999, S. 27). Ein entscheidendes Kriterium für eine geistige Behinderung ist das wesentliche Zurückbleiben hinter dem altersgemäßen

Lernverhalten. Die „American Association of Mental Deficiency“ (AAMD) unterscheidet innerhalb der geistigen Retardierung fünf Stufen, die jeweils eine Standardabweichung (sprich 15 Punkte) der Intelligenzverteilung umfassen:

Tabelle 2: Intelligenzverteilung nach der AAMD (aus Henlse & Vernooij, 2000, S. 131)

<b>Grad geistiger Retardierung</b>	<b>IQ-Bereich</b>
Profound – sehr schwer	Weniger als 25
Severe – schwer	25–39
Moderate – mäßig	40–54
Mild – leicht	55–69
Borderline – Grenzfälle	70–84

Die letzten beiden Gruppen, mild und borderline, werden der Gruppe der Lernbehinderten zugerechnet, das bedeutet es gibt eine dreiteilige Einteilung der geistigen Behinderung, profound, severe und moderate. Bei der geistigen Behinderung stehen eher die organischen Ursachen im Vordergrund. Die Gruppe der Chromosomenanomalien entspricht der größten, relativ homogenen Gruppe innerhalb der geistigen Behinderungen. Die Einteilung der AAMD umfasst zehn Verursachungsgruppen, auf die hier nur kurz eingegangen wird:

- Infektionen und Vergiftungen
- Traumata und physische Schädigungen
- Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen
- Grobe Hirnerkrankungen, postnatal
- Unbekannte pränatale Einflüsse
- Chromosomenaberration
- Störungen während der Schwangerschaft
- Geistige Behinderung im Zusammenhang mit psychiatrischen Störungen
- Umwelteinflüsse
- Andere Ursachen (vgl. Hensle & Vernooij, 2000, S. 136ff; vgl. AAMD, 1973).

Die ICD-10 teilt geistige Behinderungen nach dem Schweregrad der Intelligenzminderung in leichte (IQ 50–69), mittelgradige (IQ 35–49), schwere (IQ 20–34) und schwerste (IQ < 20) ein (vgl. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch, 1998).

Der Blickwinkel zur Behinderung hat sich im Wandel der Zeit verändert. Die traditionelle heil- und sonderpädagogische Sicht, das „Medizinische Modell“, stand in der Zeit nach 1945 im Mittelpunkt. Ausgehend von der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung in den USA und Großbritannien hat sich ab den 1970er Jahren eine neue Sichtweise, die des „Sozialen Modells“, entwickelt. Das „Medizinische Modell“ besagt, dass bestimmte Körpermerkmale das Ausmaß der Behinderung definieren. Behinderung wird als eine persönliche Tragödie und die Ursache dafür, dass Menschen an den Rand der Gesellschaft gedrängt werden, angesehen. Die Kernaussage ist, dass Menschen behindert sind. Das „Soziale Modell“ besagt, dass unabhängig von körperlichen Eigenschaften bestimmte soziale Konventionen und Institutionen dazu beitragen, dass manche Menschen von anderen Personen ausgeschlossen werden, kurz: Menschen werden behindert. Die Grundaussage lautet, dass nicht der einzelne Mensch darauf schauen muss, wie er im Alltag zurechtkommt, sondern die gesamte Gesellschaft hat darauf zu achten, dass niemand aufgrund seiner Behinderung ausgeschlossen wird, das bedeutet, dass niemand behindert wird (vgl. Gobiet & Rudlof, 2006). Auch im deutschsprachigen Raum zeigen allgemeine Regelungen oder Präambeln in Gesetzeswerken, dass das „Soziale Modell“ zunehmend anerkannt wird. Beispiele dazu finden sich in der Österreichischen Bundesverfassung, im Bundes – Behindertengleichstellungsgesetz, im Bundesbehindertengesetz, im Behinderteneinstellungsgesetz und im Steiermärkischen Behindertengesetz.

„Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden. Die Republik (Bund, Länder und Gemeinden) bekennt sich dazu, die Gleichbehandlung von behinderten und nichtbehinderten Menschen in allen Bereichen des täglichen Lebens zu gewährleisten“ (Österreichische Bundesverfassung, 1997, Artikel Nr. 7).

Das Steiermärkische Behindertengesetz vom 10. Februar 2004 beschreibt in § 1 folgende Ziele:

„Ziel dieses Gesetzes ist es, Menschen mit Behinderung zu unterstützen, damit sie an der Gesellschaft in gleicher Weise wie nicht behinderte Menschen teilhaben und ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen können. Durch Gesetzesmaßnahmen, Leistungen und Beratung sollen Menschen mit Behinderung altersentsprechend Zugang zu den verschiedenen Lebensbereichen wie Familie, Erziehungs- und Bildungswesen, Arbeit und Beschäftigung, Gesundheitsversorgung sowie Kultur und Freizeit haben, um ihnen – wie nicht behinderten Menschen auch – die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.“

„Die gesellschaftliche Entwicklung vom Bild des behinderten Menschen ist noch lange nicht abgeschlossen. In den letzten 50 Jahren ging sie vom ‚unwerten Leben‘ der NS-Zeit über den ‚Schützling‘ der 50er Jahre, der in einem Heim auf der grünen Wiese verwahrt werden soll, bis hin zum förderwürdigen Klienten der 70er und willkommenen Kunden der 90er Jahre. Bis diese Entwicklung beim selbstverständlichen ‚Leben können wie andere auch‘ wirklich angeht sein wird, ist der Satz von Richard von Weizsäcker sicher noch oft zu hören: Es ist normal, verschieden zu sein!“ (Gobiet & Rudlof, 2006, S. 2).

## **2. Das Normalisierungsprinzip**

### **2.1. Einleitung**

Vor ungefähr zwanzig Jahren haben auf Hilfe angewiesene Menschen begonnen, nach Alternativen zur institutionellen Betreuung zu suchen, die es ihnen auch mit sehr hohem Hilfebedarf ermöglichen, in Selbstbestimmung, also so normal wie möglich, zu leben. Viele der vermeintlichen Defekte intellektuell behinderter Menschen seien nur Artefakte der Heimunterbringung, meinten Menschen mit Behinderungen, und dass durch die Auflösung der Heime und Institutionen viele dieser vermeintlich defekten Persönlichkeitsentwicklungen positiv verändert werden könnten (vgl. Wögerer, 2006). Es wurde der Begriff „persönliche Assistenz“ geprägt, welcher sehr deutlich die selbstbestimmte von der fremdbestimmten Behindertenhilfe abgrenzt. Weiters entstanden neue integrative Ansätze in der Behindertenarbeit. In den meisten Leitbildern von Behindertenorganisationen finden sich gängige Fachbegriffe der Heil- und Sonderpädagogik (Integrationspädagogik), wie Normalisierung, Empowerment, Selbstvertretung, Selbstbestimmung, Gleichstellung, Partizipation/Teilhabe und Inklusion (vgl. Wögerer, 2006).

### **2.2. Begriffsdefinition**

Menschen mit Behinderungen werden in den letzten Jahren aufgrund des Wandels der Einstellungen ihnen gegenüber zunehmend als gleichberechtigte Partner angesehen. Ziel war und ist es, ihnen die gleichen Lebensbedingungen zu schaffen, wie sie Menschen ohne Behinderungen auch zur Verfügung stehen. Zu diesem Zweck ist ein Konzept für eine normale Lebensplanung von Menschen mit Behinderungen entwickelt worden, welches auch das „Normalisierungsprinzip“ genannt wird (vgl. Spiegel, 1999).

„Das Normalisierungsprinzip ist eine Grundlage, welche bei Anwendung zu einer menschenwürdigen Gestaltung der Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderungen führt. Es ist allgemeingültig und muss bei seiner Anwendung vor dem jeweiligen kulturellen Hintergrund gesehen werden. Weder die Schwere der Behinderung noch das bestehende Gesellschaftssystem schränken das Prinzip ein“ (Spiegel, 1999, S. 77).

### **2.3. Entstehung**

Wichtige Vertreter des Normalisierungsprinzips sind Bengt Nirje und Wolf Wolfensberger. Es wurde in den 1970er Jahren in Kanada und den USA zu einer komplexen wissenschaftlichen Theorie weiterentwickelt. Auch in Österreich wurde es im Internationalen Jahr der Behinderten 1981 verstärkt eingefordert. Zurzeit ist der Begriff Normalisierung auch in Österreich unter Expert/inn/en ein geläufiger, wenn auch häufig missverständlicher Begriff (vgl. Wögerer, 2006). Bank-Mikkelsen, ein dänischer Jurist und Verwaltungsbeamter, prägte als Erster den Gedanken der Normalisierung in den 1950er Jahren. Er stellte die Forderung, Menschen mit Behinderungen dieselben Lebensbedingungen zu ermöglichen, wie sie Menschen ohne Behinderung auch zur Verfügung haben. Bengt Nirje nahm 1969 eine theoretische Ausformulierung vor und er entwickelte den Normalisierungsgedanken weiter und baute ihn zu einem Konzept aus. Das Normalisierungsprinzip fand 1972 eine Weiterverbreitung durch Wolf Wolfensberger in den USA und Kanada. Wolfensberger formulierte das Normalisierungsprinzip neu und fasste es systematisch zusammen, indem er das Prinzip um einen wichtigen Gedanken erweiterte. Er meinte, dass sich das Normalisierungsprinzip, welches ursprünglich für Menschen mit geistiger Behinderung konzipiert wurde, generell auf alle Menschen, die eine gesellschaftliche Abwertung erfahren, anwenden lässt (vgl. Spiegel, 1999). Ziel des Normalisierungsprinzips ist eine Steigerung der Lebensqualität der Menschen mit Behinderungen, die Entwicklung einer Identität und eine angemessene Lebensgestaltung, wobei Bereiche des Lebens wie Wohnen, Freizeit und Arbeit berücksichtigt werden. Wenn differenzierte Angebotsstrukturen der jeweiligen Schwere der Behinderung angepasst sind, kann dieses Ziel erreicht werden. Die Normalisierung bezieht sich auf Lebensbedingungen. Es geht um eine Veränderung der Lebensbedingungen hin zu einem möglichst normalen Zustand. Normalisierung bedeutet nicht, einen Menschen mit Behinderung „normal“ zu formen (vgl. Spiegel, 1999).

„Es geht um die Unterstützung der als positiv bewerteten Rollen, insbesondere für Menschen mit Beeinträchtigungen. Diese positiv bewerteten Rollen werden ermöglicht, wenn die Lebensbedingungen der Menschen mit Behinderungen so gestaltet werden, dass sie zu keinen abwertenden Urteilen herausfordern. Das geschieht durch eine Verbesserung der Lebensqualität und eine Förderung der Persönlichkeitsentwicklung. Eine

Anerkennung durch die Gesellschaft und somit eine positivere Bewertung sind das Ergebnis“ (Spiegel, 1999, S. 78).

Das Normalisierungsprinzip bezieht sich auf folgende Bereiche:

1. „einen normalen Tagesablauf
2. einen normalen Wochenrhythmus
3. einen normalen Jahresrhythmus
4. normale Erfahrungen im Ablauf des Lebenszyklus
5. normalen Respekt vor dem Individuum und dessen Recht auf Selbstbestimmung
6. normale sexuelle Lebensmuster ihrer Kultur
7. normale ökonomische Lebensmuster und Rechte im Rahmen gesellschaftlicher Gegebenheiten
8. normale Umweltmuster und -standards innerhalb der Gemeinschaft“ (Nirje, 1996, S. 13).

Nach Bank-Mikkelsen ergeben sich einige Kriterien, die für das Normalisierungsprinzip entscheidend sind:

- Das Zwei-Milieu-System: Es ist normal, dass an einem Ort gewohnt wird und dass an anderen Orten die übrigen Aktivitäten ausgeführt werden.
- Es ist normal, dass ein erwachsener Mensch sein Heimathaus verlässt. Ist dies auf herkömmliche Art und Weise nicht möglich, so müssen dem Betroffenen Institutionen angeboten werden, in denen sie wohnen können wie andere auch, sprich in Einzelzimmern etc.
- Kinder sollen zur Schule gehen.
- Jeder Erwachsene soll einer Arbeit nachgehen können. Ist dies aus irgendwelchen Gründen nicht möglich, so empfängt er eine kompensierende Unterstützung oder Pension.
- Freizeit und Ferien sind wichtige Bestandteile in der Lebensgestaltung eines jeden Menschen.
- Zweigeschlechtliche Milieus beim Zusammenleben sind normal und auch dass man heiratet, wenn man Lust und Drang dazu verspürt (vgl. Mattner, 2005).

Bank-Mikkelsen möchte verdeutlichen, dass geistige Behinderung eine natürliche Variante des Menschseins darstellt. Das Normalisierungsprinzip wurde in Schweden von Nirje und Grunewald aufgegriffen und innerhalb einer Reform der Behindertenfürsorge auch durchgesetzt. Der erste Schritt weg von bloßer Pflege und Verwahrung, hin zu kooperativ begleitend-beratenden Maßnahmen wurde somit getan (vgl. Mattner, 2005).

## **2.4. Entwicklung**

Mattner (2005) umreißt kurz die Entwicklung des Normalisierungsprinzips. In den 1960er Jahren entstand in den USA die „Independent Living“-Bewegung, die ein weitgehend selbstbestimmtes Leben für körperbehinderte und sinnesgeschädigte Menschen verlangte. Anfang der 1970er Jahre entstand die „Kritische Behindertenpädagogik“. Diese Pädagogik versteht Behinderung als „soziale Kategorie“ im Sinne einer Isolation von gesellschaftlicher Wirklichkeit. Dadurch wurde die gesellschaftskritische Analyse zur Erfassung des Phänomens Behinderung eingeklagt. Ende der 1960er Jahre entstanden selbst organisierte Initiativen, wie zum Beispiel:

- die „Clubs Behinderter und ihrer Freunde“ (CBF), diese traten für die Interessen von Menschen mit Behinderungen ein.
- Die Gründung von „Krüppelgruppen“ verfolgte das Ziel eines emanzipatorischen Selbstverständnisses.
- Im Jahr 1986 wurde das erste „Zentrum für selbstbestimmtes Leben“ (ZsL) von Behinderten für Behinderte in Bremen gegründet.
- Initiativen für Belange geistig behinderter Menschen entstanden erst relativ spät.
- Mitte der 80er Jahre wurde in Marburg ein Verein zur „Förderung der Integration Behinderter“ (Fib e.V.) gegründet (vgl. Mattner, 2005, S. 2).

Laut Mattner (2005) verstand sich der Verein primär als Alternative zu den unzureichenden Lebensbedingungen von geistig behinderten Erwachsenen in Heimen und der hierarchisch geprägten Organisationsstruktur etablierter Behindertenverbände. Anfänglich bestand der Verein aus einer vierstufigen Wohngruppenbetreuung (WG, ambulant betreute WG, selbstständige WG, Beratungsstelle als Bindeglied). Zuletzt bat er eine rein ambulante Betreuung geistig behinderter Menschen in ihren Wohnungen im normalen Wohngebiet an. Hauptaugenmerk wurde auf die Arbeit für seine Kunden gelegt, die zunehmend befähigt werden sollten, die für sie wichtigen Dinge in ihren



Lebensbereichen selbst zu regeln (vgl. Mattner, 2005). Wolf Wolfensberger entwickelte das Normalisierungsprinzip weiter sowie das Verfahren „PASS“ (Program Analysis of Service System). Durch dieses System wurden soziale Dienste vor dem Hintergrund des Normalisierungsprinzips untersucht und verändert, wodurch das Normalisierungsprinzip interkulturell anwendbar wurde. Für Wolfensberger steht Normalisierung in einem Spannungsfeld zwischen gesellschaftlichen Erwartungen und den individuellen Erscheinungen einer Person, welche als deviant diagnostiziert wird. Es kann zu deviantem Verhalten und zu Stigmatisierungen führen, wenn die individuellen Erscheinungen nicht den gesellschaftlichen Erwartungen entsprechen. Laut Wolfensberger bedeutet Normalisierung, alles zu vermeiden, was als Abweichung von der gesellschaftlichen Norm empfunden werden kann (vgl. Puchberger, 2005). Wolfensberger erläutert in seinem Buch „Normalization“ (1972), dass Normalisierung eine Ideologie sei, die ein allgemeines Ziel definiere, aber zusätzlich eine Ergänzung durch die Erfahrung brauche. Durch die behutsame Einschränkung „soweit wie möglich“ wird eingeräumt, dass eine völlige Normalität nicht erreichbar sein könne. Auf Grund dessen bleibt der zukünftigen Erfahrung überlassen, welcher Grad der Annäherung realisierbar und vertretbar ist. Wolfensberger unterscheidet zwei Handlungsdimensionen, die Interaktion und die Interpretation. Weiters unterscheidet er drei Handlungsstufen, die Stufe der Person, der primären Sozialsysteme und die Stufe der gesellschaftlichen Systeme. Wolfensberger beschreibt sechs verschiedene Wege zur Normalisierung:

- Person–Interaktion: Bei geistig behinderten Menschen sollen normale Fähigkeiten und Gewohnheiten aufgebaut werden, z. B. das Erlernen von Begrüßungsregeln.
- Person–Interpretation: Bei der Vorstellung von geistig behinderten Menschen soll die Normalität und nicht der Unterschied zu anderen Menschen betont werden, z. B. durch das Verwenden der Sie-Anrede.
- Primäre Sozialsysteme–Interaktion: Behinderte Menschen sollen in sozialen Systemen, wie Schule, Arbeitsplatz, Familie, normale Gewohnheiten erlernen können, z. B. soll ermöglicht werden, dass es Schulen usw. für sie gibt.
- Primäre Sozialsysteme–Interpretation: Die primären Sozialsysteme für Menschen mit geistiger Behinderung sollen so gestaltet und dargestellt werden, dass sie so normal wie möglich erscheinen, z. B. sollen Wohnstätten für Menschen mit geistiger Behinderung nicht wie Kasernen oder Krankenhäuser aussehen.

- Gesellschaftliche Systeme–Aktion: Eine Gesetzgebung muss geschaffen werden, auf deren Grundlage Sozialsysteme entstehen können, die eine Normalisierung ermöglichen.
- Gesellschaftliche Systeme–Interpretation: Um Normalisierung theoretisch vorzubereiten und zu begründen, müssen kulturelle Werte und Einstellungen aufgebaut und weiterentwickelt werden (vgl. Wendeler, 1993, S. 25).

Wendeler (1993) meint, dass es doch an der Zeit ist zu überlegen, ob nicht andere Prinzipien, wie das Prinzip der psychischen Gesundheit oder das Prinzip der Entfaltung der Persönlichkeit, als ergänzende Konzepte ebenfalls berücksichtigt werden müssen. Seiner Meinung nach wäre es kein Sonderfall, wenn die Lebensgestaltung nicht nur auf einem einzigen Grundsatz, sondern auf mehreren, nicht unbedingt harmonisierenden Prinzipien beruhen würde, die in der Balance gehalten werden müssen (vgl. Wendeler, 1993, S. 27). Das Normalisierungsprinzip ist seither zur Grundorientierung und zur Leitlinie für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen geworden. Das Ziel ist es, sich primär an den Lebens- und Wohnbedürfnissen betroffener Menschen zu orientieren (vgl. Mattner, 2005). Das Normalisierungsprinzip zielte in einigen westlichen Ländern (z. B. skandinavische Länder, USA, England) auf die schrittweise Auflösung traditioneller Großeinrichtungen zugunsten des Aufbaus gemeindeintegrierter Wohnformen für ein selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen ab. Im deutschsprachigen Raum jedoch wurde das Normalisierungsprinzip als eine Humanisierung von Lebensbedingungen innerhalb bestehender Großeinrichtungen, als eine Schaffung von „normierten“ Wohnheimen und mitunter auch als ein „Normal-Machen“ behinderter Menschen missverstanden. Dabei wurde die Stimme der Betroffenen völlig ignoriert (vgl. Theunissen, 2007). Das Resultat des Normalisierungsprinzips müsste die Integration sein. Integration bedeutet, dass alle Bewohner/innen an den normalen gesellschaftlichen Aktivitäten in Bezug auf Wohnen, Freizeit und Arbeit teilnehmen könnten. Jedoch erweist sich wirkliche Integration noch immer als schwierig, da zum Beispiel eine Wohngemeinschaft von etwa zwanzig Personen kaum Kontakt zu Nachbarn hat. Der Beginn der Integration liegt in den Einrichtungen selbst. Wichtig ist zu versuchen, von Gleichberechtigung auszugehen. Es muss vom Menschen mit seinen Möglichkeiten und nicht vom Menschen mit seinen Fehlern ausgegangen werden (vgl. Appel & Schaars, 2002, S. 20).

### **3. Empowerment**

#### **3.1. Begriffsdefinitionen**

Der Begriff „Empowerment“ entstammt der amerikanischen Gemeindepsychologie und wird mit dem Sozialwissenschaftler Julian Rappaport (1985) in Verbindung gebracht (vgl. Niehoff, 1998). Unter Empowerment werden alle Möglichkeiten und Hilfen verstanden, die es Menschen in einer eher machtlosen Situation erlauben, Kontrolle über ihr Leben zu gewinnen, indem sie eigene Stärken im Austausch mit anderen erkennen und sich gegenseitig ermutigen, ihr eigenes Leben und ihre soziale Umwelt zu gestalten. Empowerment geht davon aus, dass Hilfebedürftigkeit von Menschen zumindest zum Teil auch Ergebnis eines ungünstig verlaufenden Lernprozesses sein kann, der prinzipiell auch umkehrbar ist. Empowerment ist ein handlungsleitender Rahmen für Fachleute in der sozialen Arbeit. Die Aufgabe von Professionellen liegt darin, Prozesse zu initiieren und zu ermöglichen, die relativ hilflosen Menschen in die Lage versetzen, ihre Lebensumstände weitestgehend selbst in die Hand zu nehmen. Empowerment kann am ehesten als Selbstbemächtigung übersetzt werden. Der Grundgedanke des Empowerment-Konzeptes verfolgt die Stärkung von Menschen, die sich in einer machtlosen Situation befinden. Dabei wird unter Stärkung das Entdecken, Bewusstwerden und Entwickeln von eigenen Ressourcen verstanden. Weiters sollen folgende Bedingungen gefördert werden, die es Menschen ermöglichen, selbst über ihr eigenes Leben bestimmen zu können und selbst Kontrolle über die Gestaltung der eigenen sozialen Lebenswelt zu erlangen (vgl. Wögerer, 2006). Laut Wögerer (2006) erteilt dieses Konzept einer defizitorientierten Betrachtung von Menschen eine Absage und stellt deren individuellen Stärken, Fähigkeiten und Potenziale in den Mittelpunkt. Der/die Betroffene gilt als „Experte/in in eigener Sache“. Professionelle Helfer/innen erhalten eine Rolle des „Assistenten/in“, sie sollen durch kooperative professionelle Unterstützung, Parteinahme und Konsultation die Betroffenen bei ihrer Selbstbemächtigung unterstützen (vgl. Wögerer, 2006). Im Empowerment-Ansatz geht es um die Förderung von Selbstorganisation und Eigeninitiative, um Unterstützung beim Erkennen brachliegender Ressourcen und Fähigkeiten einzelner Menschen oder Gruppen (vgl. Niehoff, 1998). Bensch & Klicpera (2000) verstehen unter Empowerment einen Prozess, in dem die Betroffenen die Verantwortung für ihre Angelegenheiten selbst übernehmen und sich dabei ihrer Fähigkeiten und sozialen

Ressourcen bewusst werden und diese zu erweitern versuchen. Menschen mit Behinderungen sollen nicht nur selbst Entscheidungen über ihre Lebensführung und -planung treffen, sondern auch auf ihre Interessen gesellschaftlich aufmerksam machen, wobei sie selbst für sich sprechen (vgl. Bensch & Klicpera, 2000). Der Begriff Empowerment kann mit „Ermächtigung“ übersetzt werden. Es geht um die Ermächtigung von Menschen (vgl. Wagner, 2001). Laut Monika Bobzien (1993) versteht sich Empowerment nicht als therapeutische Schulrichtung, aus der sich für die Praxis genaue Regeln ableiten und Rezepte geben ließen, sondern als professionelle Haltung, die gerade in Zusammenhang mit der Stärkung von Selbsthilfe und Eigeninitiative bedeutsam wird (vgl. S. 47).

### **3.2. Einleitung**

Das Empowerment-Konzept entwickelte sich in den 1970er Jahren aus den Bürgerrechts- und Emanzipationsbewegungen und der Praxis der Selbsthilfe-Initiativgruppen in den USA (vgl. Mattner, 2005). Empowerment kann als eine Selbst-Bemächtigung bzw. Selbst-Befähigung von Randgruppen verstanden werden. Es ist ein Prozess, in dem Menschen in Situationen der Benachteiligung, des Mangels, der Diskriminierung oder gesellschaftlicher Ausgrenzung ihre Angelegenheiten selbst in die Hand nehmen. Das vorrangige Ziel ist die Überwindung von sozialer Ungerechtigkeit und es betrachtet die zu betreuenden Kund/inn/en als kompetente Expert/inn/en in eigener Sache. Die Konzentration liegt auf dem Initiieren von Prozessen, die es Betroffenen ermöglichen sollen, mehr Kontroll-, Entscheidungs- und Wahlmöglichkeiten über ihre Lebenswelt zu erlangen. Primäres Förderziel ist die Förderung von Selbstorganisation und Eigeninitiative, die betroffene Menschen zu Expert/inn/en in eigener Sache werden lassen sollen (vgl. Mattner, 2005).

„Das Konzept des Empowerments beschreibt das Verständnis von individuellen und gemeinschaftlichen Prozessen hin zu einer gesellschaftlichen Konflikt- und Gestaltungsfähigkeit, gleichzeitig jedoch auch den Aufbau von strukturellen Rahmenbedingungen, die diese Entwicklungen ermöglichen und fördern“ (Bobzien, 1993, S. 47).

„Aus der Binnenperspektive der betroffenen behinderten Menschen wurde demnach deutlich, dass eine geistige Behinderung einen ‚relationalen Begriff‘ darstellt, der einerseits von den jeweiligen Normen der Gesellschaft abhängig ist und andererseits durch ganz spezifische beeinträchtigende Sozialisationserfahrungen identitätsstiftende Auswirkungen erfährt, die sich psychosozial für Betroffene auswirken können“ (Mattner, 2005, S. 3).

Auch Menschen mit Behinderungen forderten in der Empowerment-Bewegung Selbstbestimmung über ihre persönlichen Lebensbereiche und ihnen wurde in der Folge auch immer mehr Eigenverantwortlichkeit zugetraut. Dies verlangt auch nach einer Veränderung der Konzepte für die Entwicklungsplanung für Menschen mit geistiger Behinderung. Die Grundlage für eine dialogische Entwicklungsplanung stellen die Selbstbestimmung der Menschen mit Behinderung sowie eine Orientierung am Lebensstil der betreffenden Personen dar. Kurz gesagt werden die Klient/inn/en bei einer dialogischen Entwicklungsplanung in maximaler Weise in den gesamten Planungsprozess miteinbezogen und können selbst die Ziele der Entwicklungsplanung bestimmen und sie werden nicht mehr von Betreuer/inne/n vorgegeben. Entscheidend für die Auswahl der Ziele sind die Bedürfnisse und Interessen der Menschen mit Behinderung bzw. deren individueller Lebensstil. Betreuer/innen haben auch veränderte Aufgabenstellungen (vgl. Mattner, 2005).

„Sie übernehmen Verantwortung für die Organisation und Koordination der in der Planung beschlossenen Maßnahmen und sie stellen ein Bindeglied zu allen an der Ausführung beteiligten Personen dar, in ihre Arbeit fließen so Aspekte des Case Management ein“ (Bensch & Klicpera, 2000, S. 22).

Der Grundgedanke des Empowerment-Konzeptes ist die Stärkung von Menschen, die sich aus irgendwelchen Gründen in einer machtlosen Situation befinden. Nach Wagner (2001) wird unter Stärkung das Entdecken, Bewusstwerden und Entwickeln von eigenen Ressourcen verstanden. Wichtig ist, Bedingungen zu fördern, die es Menschen ermöglichen, selbst über das eigene Leben bestimmen zu können und selbst Kontrolle über die Gestaltung der eigenen sozialen Lebenswelt zu gewinnen. Das Empowerment-Konzept stellt die individuellen Stärken, Fähigkeiten und Potenziale von Menschen in den Mittelpunkt. Es wird davon ausgegangen, dass alle Menschen über individuelle

Ressourcen verfügen, über die sich die Betroffenen, aber auch die helfenden Berufe bewusst werden müssen. Der/die Betroffene wird im Empowerment-Konzept zum „Experten/in in eigener Sache“ und die professionellen Helfer/innen erhalten die Rolle des/der „Assistenten/in“. Das Ziel dieses Konzeptes ist es, einen Prozess zu beginnen, der Menschen zu einer größeren Kontrolle über sein/ihr Leben und seine/ihre soziale Umwelt verhelfen soll (vgl. Wagner, 2001). Im Empowerment-Prozess muss zwischen folgenden Ebenen unterschieden werden: der individuellen, der gruppenbezogenen und der strukturellen Ebene. Die individuelle Ebene ist dadurch gekennzeichnet, dass Personen aus einer scheinbar machtlosen, resignierten und demoralisierten Situation heraus beginnen, ihr Leben wieder selbst in die Hand zu nehmen. Auf der gruppenbezogenen Ebene gibt es Möglichkeiten, neue Fähigkeiten durch Mitarbeit in diversen Organisationen zu entwickeln und Meinungen und Kompetenzen mit anderen Menschen auszutauschen. Empowerment-Prozesse auf der strukturellen Ebene sind durch ein positives Zusammenspiel von Individuen, organisatorischen Zusammenschlüssen und strukturellen Rahmenbedingungen gekennzeichnet. Diese einzelnen Ebenen stehen in einem Verhältnis wechselseitiger Abhängigkeit. Empowerment ist auf der einen Seite ein Programm zur Stärkung von Menschen und auf der anderen Seite ein Konzept mit sozialpolitischen Inhalten (vgl. Wagner, 2001). Eine der wichtigsten und grundlegendsten Voraussetzungen für Empowerment ist, dass sich Betroffene ihrer Situation bewusst werden und ihre Position der Schwäche und Marginalisierung wahrnehmen und analysieren. Aus diesen Gründen ist eine Beteiligung von mehreren Menschen eine wichtige Voraussetzung, damit Empowerment-Prozesse zustande kommen. Solche Prozesse finden immer in einem sozialen Kontext statt und sind nie auf nur ein Individuum bezogen. Nach Wagner (2001) leben Empowerment-Prozesse von Kooperation und der Beteiligung der Betroffenen. Die wichtigste Voraussetzung ist dabei „das Vertrauen in die individuellen Ressourcen bzw. in die Fähigkeiten der Betroffenen. Dies bedeutet, dass sich die professionellen Helfer von ihrer defizitorientierten Sichtweise verabschieden und gleichzeitig solche Bedingungen schaffen müssen, damit die Betroffenen auf ihre Ressourcen und Fähigkeiten auch zurückgreifen und neue entdecken können“ (Wagner, 2001, S. 5).

### **3.3. Empowerment und Behindertenhilfe**

Das Empowerment-Konzept ist an einer sozialwissenschaftlichen Sichtweise ausgerichtet und es setzt auf eine kontextuelle, bio-psycho-soziale Problemsicht. Wichtig ist, dass bei der Auswahl von Fördermaßnahmen und deren angestrebten Zielen der behinderte Mensch einzubinden ist. Damit wird dem Menschen mit Behinderung mehr Selbstbestimmung und Kontrolle über seinen Körper gegeben. Auch in den Bereichen Wohnen und Arbeit soll auf die Wünsche von behinderten Menschen eingegangen werden. Ein mobiles, ambulantes und bedarfsgerechtes System gemeinintegrierter und vernetzter Hilfen ist wünschenswert (vgl. Wagner, 2001).

„Auf diese Weise können behinderte Menschen in der gewohnten Umgebung weiterleben, dort zur Schule und zur Arbeit gehen. Ein solches System soll ein natürliches Lernen in realen Lebenssituationen ermöglichen und nur soviel Hilfen anbieten, wie nötig, so dass Normalität erfahren und gelebt werden kann“ (Wagner, 2001, S. 6).

## 4. Selbstbestimmung

### 4.1. Einleitung

Aus philosophisch-anthropologischer Sicht definiert sich der Mensch in der Einheit von Körper, Seele und Geist und ist zugleich ein auf Kommunikation hin angelegtes und angewiesenes soziales Wesen. Nach Theunissen (1994) ist „diese soziale Bezogenheit, welche sich in einem tiefgreifenden dialogischen Verhältnis, in einem dialektischen Prozess eines Nehmens und Gebens, entfaltet, ... eine Grundtatsache, eine unveränderliche Voraussetzung menschlicher Existenz. In der philosophischen Anthropologie macht diese soziale Disposition (existenzielle Dialogik) die Einzigartigkeit und Würde des Menschen aus und vielfach wird sie auch mit dem Begriff der Person umschrieben“ (S. 67). Der Grad der Selbstbestimmung ist von unterschiedlichen Faktoren abhängig. Erstens ist er von der Anzahl der Menschen, mit denen jemand in Beziehung steht, abhängig. Zweitens ist dieser Grad von den Strukturen abhängig, in denen ein Mensch eingebunden ist. Drittens wird der Grad der Selbstbestimmung aber auch vom intellektuellen Entwicklungsstand eines Menschen, von dessen Erfahrungen und Wissen und von den Informationen, die ihm zugänglich sind, bestimmt (vgl. Wagner, 2001).

„Selbstbestimmung wird von vielen Faktoren beeinflusst. Ein Mensch kann durchaus in bestimmten Bereichen selbstbestimmt leben, gleichzeitig jedoch in anderen Lebensbereichen relativ starker Fremdbestimmung ausgesetzt sein. Der Grad der Selbstbestimmung ist in der Lebensgeschichte eines Menschen einem ständigen Wandel unterworfen“ (Wagner, 2001, S. 3).

Die Independent-Living-Bewegung entstand in den 1960er Jahren an der Universität Berkeley/Kalifornien, an der sich mehrere körperbehinderte Student/inn/en zusammenschlossen und eine Konzeption für ein autonomes Wohnen behinderter Menschen in der Gemeinde entwickelten. Sie bauten einen Helfer/innenpool auf und erstellten eine Liste von behindertengerechten Wohnungen, um so jedem/r behinderten Student/in/en die Entscheidungsfreiheit zu geben, zu wählen, wie und wo er/sie in der Gemeinde leben wollte. Die Selbstbestimmt-Leben-Bewegung in Deutschland wurde



1986 gegründet und griff die Ideen der Independent-Living-Bewegung auf (vgl. Wögerer, 2006).

## **4.2. Begriffsdefinitionen**

„Selbstbestimmung ist, worum es im Leben überhaupt geht. Ohne sie kannst du am Leben sein, aber du würdest nicht leben, du würdest nur existieren“ (Kennedy, 2004, S. 3).

Kennedy (2004) versteht unter Selbstbestimmung einen Prozess, der von Person zu Person verschieden ist. Dieser Prozess ist abhängig davon, was die einzelne Person für notwendig und wünschenswert erachtet, um ein befriedigendes und für sich selbst sinnvolles Leben schaffen zu können. Seiner Ansicht nach können sich Menschen mit Behinderungen bestimmte Dienstleistungen wünschen, welche ihre Bedürfnisse zum Großteil abdecken. Das bedeutet, dass solche speziellen Dienstleistungen auch angeboten werden sollen. Selbstbestimmung ist personenzentriert und personengeleitet. Menschen mit Behinderung besitzen das Recht, für ihr Leben Verantwortung zu übernehmen. Laut Kennedy (2004) heißt Selbstbestimmung, „dass das Individuum und nicht der Dienstleistungsanbieter entscheidet, wo und mit wem es leben will, welche Form der Dienstleistung es wünscht und wer diese zur Verfügung stellt, wie es seine Zeit verbringen will“ (S. 1). Walther (1998) beschreibt Selbstbestimmung folgendermaßen: „Was für die Behindertenbewegungen eine Forderung ist, ist für die Helfer eine Herausforderung“ (S. 69). Unter Selbstbestimmung kann Unterschiedliches verstanden werden. Selbstbestimmung wird als prinzipielle Potenz des Menschen oder als zum Menschen wesenhaft zugehörig verstanden. Sie wird mit Entscheidungsfähigkeit gleichgesetzt. Das heißt Selbstbestimmung meint alle Entscheidungen, von winzigen Alltagsentscheidungen bis hin zu großen Entscheidungen der Lebensplanung. Sie wird mit Selbstständigkeit gleichgesetzt. Selbstbestimmung wird als umfassend neue Sichtweise, als neues Paradigma verstanden, welches die bisherige Sichtweise des „Förderns“ ablösen wird (vgl. Walther, 1998). Das Phänomen Selbstbestimmung lässt sich anthropologisch in drei aufeinander aufbauende Schritte auffächern, welche mit Selbstverantwortung, Selbstleitung und Selbstständigkeit bezeichnet werden. Dieser Dreischritt konzentriert sich ausschließlich auf die Beschreibung der im Zusammenhang mit Selbstbestimmung in Frage kommenden Variablen, den Tätigkeiten. Diese sind Teil-Tätigkeiten, die nicht für sich alleine stehen können, weil sie sich gegenseitig überlagern und beeinflussen (vgl.

Walther, 1998). Wie Fachleute in Zukunft arbeiten sollen, um mehr Selbstbestimmung zu ermöglichen, zeigt folgende Selbstverpflichtung, die im Rahmen einer Veranstaltung „Von der Förderung zur Assistenz“ entstanden ist (vgl. Niehoff, 1998).

„Wir Fachleute glauben oft, besser zu wissen, was gut ist für erwachsene Menschen, die als geistig behindert bezeichnet werden, als sie selbst. Diese Einstellung bekommen wir auch in der Ausbildung vermittelt. Wir Fachleute meinen es zwar gut, wenn wir für behinderte Menschen handeln, aber wir vergessen dabei allzu oft zu fragen, was sie eigentlich wollen. Auf Fragen kann man nicht nur mit Sprache antworten, sondern zum Beispiel auch durch Verhalten oder Gesichtsausdruck. Wir Fachleute erkennen das Recht auf Selbstbestimmung der Menschen an, die als geistig behindert bezeichnet werden. Das heißt für uns Fachleute: nicht vorschnell handeln. Wir wollen in Zukunft vermehrt mit behinderten Menschen sprechen, weniger über sie, und mit viel Geduld herausbekommen, was sie in ihrem Leben und für seine Gestaltung wirklich wollen. All unsere Tätigkeiten und Bemühungen muss Achtung gegenüber Menschen mit Behinderung zugrunde liegen. Wir wollen uns zurücknehmen, zuhören, verstehen lernen. Wir wollen begleiten, unterstützen, beraten, assistieren, stärken. Wenn Menschen, die als geistig behindert bezeichnet werden, etwas lernen wollen (zum Beispiel selbstständig essen, sich im Verkehr zurechtfinden, lesen und schreiben, Umgang mit Geld; Wie setze ich mich durch?), so bieten wir ihnen unsere Hilfe an. Jeder Mensch kann durch Erwachsenenbildung dazulernen“ (Niehoff, 1998, S. 169).

Sehr entscheidend für das Verhältnis zwischen Professionellen und Menschen mit Behinderungen ist, ob es den Fachleuten gelingt, Beziehungen auf Achtung, Respekt und Akzeptanz aufzubauen. Eine sehr neue und auch schwierig zu bewerkstellende Sichtweise ist, Menschen mit geistiger Behinderung zu akzeptieren, sie als gleichberechtigte Partner oder möglicherweise gar als unsere Arbeitgeber zu sehen, zu denen wir uns in einem Abhängigkeitsverhältnis befinden (vgl. Niehoff, 1998, S. 171). Göbel (1998) beschreibt Selbstbestimmung kurz und bündig: Selbstbestimmung bedeutet, selbst zu entscheiden, wie man leben möchte. Personen sollen auch mitbestimmen dürfen und gefragt werden, wie man leben will. Im Gegensatz dazu bedeutet Fremdbestimmung, nicht entscheiden zu können, wo man leben möchte. Das heißt eine Person kann nicht mitbestimmen und wird nicht gefragt, wie sie leben möchte. Zuallererst werden Wahlmöglichkeiten benötigt, um sich entscheiden zu können. Personen müssen eine Wahl

haben (vgl. Göbel, 1998). Nach Radtke (2007) ist nicht so sehr das Unvermögen auf Seiten der behinderten Personen als vielmehr das Unvermögen ihrer nichtbehinderten Mitmenschen ausschlaggebend. Eines der großen Probleme praktizierter Selbstbestimmung ist, die Willensbekundungen angemessen zu entschlüsseln. Selbstbestimmung hat auch etwas mit freier Entscheidung zu tun, laut Radtke (2007), was aber nicht unbedingt mit Unabhängigkeit gleichzusetzen ist. Unabhängigkeit ist vom Schweregrad der Behinderung abhängig, das heißt je eingeschränkter eine behinderte Person ist, desto weniger unabhängig wird sie ihr Leben gestalten können. Jedoch hängt man immer von jemandem ab, ob man behindert ist oder nicht, es gibt zwischen Menschen immer irgendeine Form der Abhängigkeit. Selbstbestimmung ist laut Radtke (2007) unabhängig vom Ausmaß der Behinderung. Jede Person kann vollständig abhängig sein von Menschen oder technischen Geräten und dennoch ein durchaus selbstbestimmtes Leben führen (vgl. Radtke, 2007).

„Selbstbestimmung – und dies muss das Ziel aller Rehabilitation sein – bedeutet zu lernen, sinnvoll die Ressourcen an Menschen und an technischen Geräten zu nutzen, von denen man abhängt. Vielleicht lässt sich das Gesagte am besten durch ein Beispiel aus der Welt der Computer verständlich machen. Früher musste man alle Künste der Mathematik beherrschen: Man musste Wurzeln berechnen können, Primzahlen wissen, mit Sinus und Kosinus umgehen können. Heute tut dies der Computer für einen, aber man muss wissen, wie man ihn bedient. Mit anderen Worten: Selbstbestimmung besteht nicht von sich aus. Sie muss angebahnt und erlernt werden“ (Radtke, 2007, S. 70).

Selbstbestimmung heißt, zwischen Alternativen wählen zu können, die einem offenstehen, vorausgesetzt die Alternativen sind der Person bekannt. Vor allem Menschen mit Behinderungen muss zunächst die Vielfalt gezeigt werden, die auch ihnen die Gesellschaft zu bieten hat. Dies ist jedoch eine schwierige Aufgabe, denn sie verlangt von Eltern und Fachkräften ein gewisses Maß an Selbstverleugnung. Es bedeutet, einen Menschen etwas nahe zu bringen, was persönlich vielleicht abgelehnt wird. Wird die Entscheidungsfreiheit jedoch ernst gemeint, ist dies der einzige Weg zur Selbstbestimmung (vgl. Radtke, 2007).

„Um Selbstbestimmung ausüben zu können, benötigen wir nicht nur die notwendigen Voraussetzungen, wir müssen uns auch darüber klar werden, wer dieses Selbst ist, das da selbstbestimmt leben will. Zur Selbstbestimmung gehört das Selbstbewusstsein. Trotz aller Emanzipationsbemühungen fürchte ich, dass wir von einem gefestigten Selbstbewusstsein, das mehr ist als ein ständiges Sich-Verteidigen, noch weit entfernt sind. Noch immer lassen wir uns durch unsere Defizite definieren, akzeptieren es, wenn man uns – selten genug – als eine schützenswerte Minderheit apostrophiert. Wir gehen nicht in die Offensive, machen nicht deutlich, dass wir in unserm So-und-nicht-anders-Sein eine Bereicherung für die Gesellschaft darstellen. Solange dies der Fall ist, werden wir noch Jahrzehnte um unser Selbstbestimmungsrecht kämpfen müssen“ (Radtke, 2007, S. 77ff).

Nach Wagner (2001) heißt Selbstbestimmung nicht nur „selbst über seine Handlungen und sein Verhalten bestimmen und entscheiden zu können, sondern auch über den eigenen Körper insgesamt bestimmen zu können. Zusammenfassend kann festgehalten werden: Unter Selbstbestimmung ist die Möglichkeit und die kognitive Fähigkeit eines Menschen zu verstehen, selbst Entscheidungen über sein Handeln, Verhalten und seinen Körper zu treffen“ (S. 1).

„Für den modernen Menschen hat Selbstbestimmung einen zentralen Stellenwert. Autonomie wird als konstitutives Merkmal des eigenen Subjektstatus angesehen und als selbstverständlichen Anspruch für sich reklamiert. Gesellschaftlich wird sie mit dem Gleichheitspostulat verbunden. Alle Menschen sollen selbstbestimmt und autonom ihr Leben gestalten können, so lautet das Credo der neoliberalen Moderne“ (Waldschmidt, 1999, S. 13).

Der Gesundheitsstatus ist tatsächlich eine der Bedingungen, unter denen die Gesellschaft dazu neigt, das Recht auf Selbstbestimmung ganz oder teilweise zu suspendieren (vgl. Waldschmidt, 1999).

### 4.3. Prinzipien der Selbstbestimmung

Kennedy (2004) nennt vier Prinzipien der Selbstbestimmung. Das erste Prinzip der Selbstbestimmung ist Freiheit: Das Individuum plant sein Leben mit von ihm frei gewählten Familienmitgliedern oder Freunden mit der notwendigen Unterstützung auf einzigartige Weise. Diese Möglichkeit stellt eine Alternative zu einer Institution dar. Das zweite Prinzip beruht auf Autorität: Eine Person mit Behinderung erhält dadurch die Möglichkeit, selbstverantwortlich eine bestimmte Menge an Geld zu kontrollieren, mit der sie Dienstleistungen erwerben kann. Die Autonomie stellt das dritte Prinzip dar: Der Mensch mit Behinderung hat ein Recht auf einen eigenverantwortlichen Umgang mit solchen Ressourcen und Personal, welche ihn darin unterstützen, ein Leben in der Gemeinschaft zu leben, das reich an Integration ist. Das vierte Prinzip der Selbstbestimmung ist die Verantwortung, das bedeutet, eine anerkannte Rolle in der sozialen Umgebung einzunehmen. Darin verankert sind die entlohnte Arbeit, die Mitgliedschaft bei Organisationen und die persönliche Entwicklung und die Sorge um andere in der Gemeinschaft (vgl. Kennedy, 2004). Durch Selbstbestimmung können laut Kennedy (2004) folgende fünf Werte unterstützt werden:

- Respekt bedeutet, den individuellen Wert einer Person mit Behinderung anzuerkennen, seine Fähigkeiten und Stärken zu sehen und ihm die Beachtung zu garantieren und ihn wertzuschätzen.
- Von zentraler Bedeutung für die Selbstbestimmung sind die Wahlmöglichkeiten. Diese sind bei Menschen mit Behinderungen oft sehr eingeschränkt. Teils können sie nicht bestimmen, wo sie leben und mit wem sie ihre Zeit verbringen möchten, und auch in der Auswahl des Essens werden Menschen mit Behinderungen oft eingeschränkt.
- „Wirkliche Wahlfreiheit heißt, von derselben Breite von Lebensstilen, Zielen und individuellen Vorlieben nehmen zu können, wie die meisten anderen Menschen auch“ (Kennedy, 2004, S. 2).
- Der nächste wichtige Wert ist die Eigentümerschaft. Diese gibt dem Individuum die totale und endgültige Autorität über sich selbst zurück. Was bedeutet, dass sich eine Person mit Behinderung die Institutionen, in der sie leben möchte, selbst aussucht, Angestellte einstellt und auch entlassen kann und ihr Geld selbst verwaltet.
- Unterstützung ist der Schlüsselwert, der Selbstbestimmung erst funktionieren lässt. Personen mit Behinderungen können sich einen eigenen Unterstützungskreis

auswählen und einladen. Dieser Unterstützungskreis kann sich aus Familienmitgliedern, Freunden, Menschen aus der Gemeinschaft zusammensetzen. Der Kernpunkt ist, dass es auf jeden Fall Personen sind, mit denen die Person mit Behinderung eine vertrauensvolle Beziehung hat oder sie aufzubauen wünscht (vgl. Kennedy, 2004).

In diesem Punkt von Kennedy (2004) zeigen sich große Parallelen zur „Persönlichen Zukunftsplanung“, auf die zu einem späteren Zeitpunkt noch genau eingegangen wird.

#### **4.4. Selbstbestimmung bei Menschen mit Behinderungen**

Menschen mit Behinderungen haben oft nur begrenzte Möglichkeiten, ihr Leben so zu gestalten wie andere auch. Gerade die Selbstbestimmung dehnt diese Möglichkeiten aus. Jede Person hat ein Recht darauf, ihr Geld auf die Art auszugeben, um Veranstaltungen zu besuchen oder an Aktivitäten teilzunehmen. Natürlich bergen diese neuen Möglichkeiten auch Risiken, jedoch gerade die Möglichkeit, Fehler zu machen, schließt mit ein, dadurch zu wachsen. Selbstbestimmung schreitet nach einer Systemänderung, die wie folgt stattfinden könnte: Menschen mit Behinderung werden als wertvolle Bürger der Gesellschaft angesehen, die mit ihren Stärken und Fähigkeiten einen wichtigen Beitrag für die Gemeinschaft leisten können. Rechte und Berechtigungen werden Personen mit Behinderungen nicht mehr aberkannt. Jedes Individuum kann nunmehr über die Art der Dienstleistungen bestimmen und die Strukturen der Trägervereine unterstützen dieses Selbstbestimmungsrecht. Die finanziellen Ressourcen werden von den behinderten Menschen selbst bestimmt, nicht mehr durch das System der Trägervereine. Werden all diese Punkte beachtet, erkennt man eine Bewegung von Kontrolle hin zur Selbstermächtigung (vgl. Kennedy, 2004). Berger (1997) befasste sich mit der Entwicklung von behinderten Kindern, wobei auch die Selbstbestimmung eine wesentliche Rolle spielte. Berger (1997) formuliert folgende Konsequenzen für die rehabilitative Betreuung behinderter Kinder: Die Entwicklungsforschung muss von einem Konzept ausgehen, das den Menschen als bio-psycho-soziale Einheit begreift. Das Kind muss als aktiv handelndes Subjekt seiner eigenen Entwicklung verstanden werden. Der Zuwachs an Lebensqualität stellt die entscheidende Messlatte für den Erfolg therapeutischer Bemühungen dar (vgl. Berger, 1997). Für Berger (1997) gibt es zwei wichtige subjektwissenschaftliche Bausteine, das Entwicklungskonzept und das Autonomie-Konzept. Das Entwicklungskonzept wird wie folgt definiert:

„Entwicklung ist ein Prozeß, in dem ein Organismus (biologisches System) wachsende Komplexität und einen höheren Grad von Struktur seiner Austauschprozesse erlangt. Sie erhöht den Grad der Flexibilität und sie verbessert die Bedingungen des Individuums in seinem Wechselspiel mit der sozialen Umwelt“ (Berger, 1997, S. 2).

Der Begriff Autonomie ist ein weiterer Bestandteil eines subjektwissenschaftlichen Modells. Autonomie bedeutet nicht Unabhängigkeit, wie dies oft gedacht wird, sondern laut Berger (1997) Selbstbestimmung. Dies schließt den Bedarf an Hilfe durch andere auf keinen Fall aus. Als Therapieziel kann somit die Erreichung des individuell je optimalen Autonomielevels definiert werden. Auch wenn die Autonomie als Ziel der Entwicklung und Entwicklungsförderung angegeben wird, so ist damit nicht ein Endpunkt, sondern ein endloser Prozess gemeint. Es handelt sich hier um einen sozialen Prozess. Unter Autonomie, so Berger (1997), ist ein mehrdimensionales Konzept zu verstehen. Folgende Bausteine von Autonomie finden sich auf allen Ebenen menschlichen Seins:

- Biosphäre: Nahrungsaufnahme, Ausscheidung, Bewegung, Wahrnehmung
- Psychosphäre: „nein“, Entscheidungskompetenz bezüglich Handlungen
- Soziosphäre: Regulation interpersonaler Beziehungen (vgl. Berger, 1997).

Berger (1997) fasst vier Punkte zusammen: Entwicklung – auch motorische Entwicklung – ist als bio-psycho-sozialer Prozess zu verstehen. Interaktion ist der zentrale Punkt der Entwicklung und somit der zentrale Aspekt für Pädagogik und Therapie. Die Eigenaktivität des Kindes trägt jeden therapeutischen Prozess. Das Leben behinderter Kinder ist so normal wie möglich zu gestalten (vgl. Berger, 1997).

„Unterdrückung, sozialer Ausschluss und Bevormundung, unter diesen Schlagworten beschreiben behinderte Frauen und Männer ihre gegenwärtigen Lebensbedingungen. Selbstbestimmung, Gleichstellung und Empowerment sind hingegen die zentralen Forderungen behinderter Frauen und Männer seit über 40 Jahren ausgehend von der amerikanischen Independent-Living-Bewegung“ (Mizelli, 2006, S. 321).

Nach Mizelli (2006) hat sich die Barrierefreiheit in den letzten Jahren etwas verbessert, jedoch immer noch nicht ausreichend. Wenn die Rede von Kontrolle des eigenen Lebens, Selbstbestimmung und gleichberechtigter Teilnahme an der Gesellschaft

ist, dann wird keine Veränderung bzw. sogar eine Verschlimmerung festgestellt (vgl. Mizelli, 2006).

#### **4.5. Umsetzung der Selbstbestimmung**

Nerney (2001) nennt unterschiedliche Werkzeuge der Selbstbestimmung. Der anspruchsvollste Punkt für die Einführung von Selbstbestimmung im gegenwärtigen Dienstleistungssystem scheint wohl das Ansprechen von Interessenskonflikten zu sein. Die Freiheit kann ein Mensch mit Behinderung nur dann erreichen, wenn auch die Assistent/inn/en, die vom Menschen mit Behinderung frei gewählt werden, selbst auch frei sind. Damit ist gemeint, dass nur diejenigen Personen einen behinderten Menschen unterstützen können, die auch von demjenigen frei gewählt wurden. Nicht den bestehenden Dienstleister/innen oder Organisationen, sondern der behinderten Person muss er/sie verpflichtet sein. Dieses Prinzip muss voll und ganz angenommen werden, wenn man diese neue Rolle des Assistenten/der Assistentin übernehmen möchte. Die Ablehnung von offenen oder versteckten Interessenskonflikten ist damit eng verbunden und daher ein langer und anstrengender Prozess. Um das Ziel der Selbstbestimmung erreichen zu können, sind sowohl Freiheit, Kreativität als auch Wirtschaftlichkeit notwendig. Nerney (2001) beschreibt neu entstehende „best practice“-Beispiele über Selbstbestimmung, wobei zwei relativ bahnbrechende Vermutungen für die Selbstbestimmungsbewegung aller Menschen mit Behinderung wichtig zu werden beginnen. Die erste Annahme geht davon aus, dass jede Person ihre eigene Wohnung haben soll. Natürlich können Menschen mit Behinderungen auch mit anderen Personen zusammenleben, dies soll jedoch immer eine freie Entscheidung der Person selbst sein und auch jederzeit änderbar bleiben. Die zweite Annahme beruht auf einem selbstständigen Einkommen aller Individuen (vgl. Nerney, 2001). Fornefeld (2000) sieht in der Realisation von Selbstbestimmung heutzutage eine zentrale Aufgabe der Sonderpädagogik. Das Einlösen dieses Anspruches ist im Kontext von Erziehung und Bildung noch immer schwierig, da Selbstbestimmung und Erziehung in einem gewissen Widerspruch zueinander stehen. Fornefeld (2000) stellt die Behauptung auf, dass, obwohl für die Sonderpädagogik die Autonomie, die Selbstbestimmung, nicht Ziel, sondern Grundannahme ist, Diskriminierung und Desintegration für Menschen mit Behinderung auch im pädagogischen Feld bestehen bleiben und ihnen in Erziehungsprozessen Selbstbestimmungsmöglichkeiten vorenthalten werden.



„Menschen mit Behinderung fallen aus dem Vorstellungsrahmen, weil wir, die sogenannten Nichtbehinderten, ihre Wirklichkeit an der unseren messen. Weil wir unsere Vorstellungen als Bewertungsmaßstab von Leben und Zusammenleben verabsolutieren. Ein anderes durch Behinderung charakterisiertes Leben wird als Mangel, als Defizienz erlebt und abqualifiziert. Behinderung ist aber kein Mangel, ist nicht nur einfach Abweichung von etwas – wie etwa von der Normalität. Denn was ist schon normal bzw. die Normalität? Sie ist nur Allgemeinheit, Mehrheit, nicht Wirklichkeit und nicht Wahrheit. Sie ist und bleibt ein Konstrukt, verbunden mit dem Traum des Menschen, alles Abweichende und Störende eliminieren zu können“ (Fornefeld, 2000, S. 3).

Behinderung ist eine bestimmte Seinsform des Menschen und muss auch so betrachtet werden. Das Ziel der Selbstbestimmung ist es, die Kompetenzen zur Erweiterung der Selbstständigkeit zu steigern. Die Wünsche und Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen müssen im Wohnheim- oder Werkstattalltag sowie auch in der Freizeitpädagogik stärker berücksichtigt werden, damit es nicht länger zu einer Fremdbestimmung von außen und einer daraus resultierenden Infantilisierung von Erwachsenen kommt. Selbstbestimmung ist mehr als nur die Artikulation oder Durchsetzung der eigenen Bedürfnisse, sondern Arbeit an sich selbst (vgl. Fornefeld, 2000). Behinderte Menschen haben zwölf Grundbedürfnisse bestimmt, die bei Erfüllung eine vollkommene Teilnahme an der Gesellschaft ermöglichen würden (vgl. Mizelli, 2006):

1. Voller Zugang zur Umgebung/Umwelt: Barrierefreiheit als zwingende Maßnahme in den Bauvorschriften mit Sanktionsmöglichkeiten, dies betrifft auch Straßen und Plätze.
2. Ein voll zugängliches Transportsystem: Öffentlicher Personennah- und -fernverkehr barrierefrei, aber auch Barrierefreiheit bei privaten Transportunternehmen.
3. Hilfsmittel-Ausstattung: vollständige optimale Hilfsmittelversorgung ohne finanzielle Selbstbeteiligung.
4. Zugängliche/barrierefreie Wohnungen und Gebäude: Barrierefreiheit als zwingende Maßnahme in den Bauvorschriften, keine Sonderwohnformen für behinderte Personen.
5. Persönliche Assistenz: Selbst gewählte Assistent/inn/en, die bei der Bewältigung des Alltags helfen. Bezahlt durch die öffentliche Hand. Ablehnung institutionalisierter Angebote (die Kundin/der Kunde hat keine wirkliche Möglichkeit, das Angebot

individuell zu gestalten), keine Pflegeheime oder andere stationäre oder mobile Institutionen.

6. Eine integrative/inklusive Schulbildung und Berufsausbildung: Keine Sonderangebote für behinderte Menschen und Schule findet vor Ort statt und nicht kilometerweit weg.
7. Ein angemessenes Einkommen: Entweder durch Erwerbsarbeit oder als Grundeinkommen ohne Regressforderungen an Eltern, Lebensgefährt/inn/en und Ehepartner/innen.
8. Gleichwertige Möglichkeiten bei der Erwerbsarbeit: Chancengleichheit am allgemeinen Arbeitsmarkt.
9. Angemessene und zugängliche Information: Aufbereitung von Informationen bei Sehbehinderung, Hörbehinderung und Lernschwierigkeiten (vormals geistige Behinderung), Adaptierung der Übertragungsmedien (Telefon, Fax, Internet, Radio, Fernsehen, Zeitung ...).
10. Selbstvertretung in der Öffentlichkeit: Interessensvertretung behinderter Menschen nur durch behinderte Menschen und Definition der Qualitätsparameter im Arbeitsbereich Behinderung durch selbst betroffene Frauen und Männer als Einzelpersonen und als Gruppe.
11. Counseling: Die Unterstützung und Beratung durch andere behinderte Frauen und Männer mit gleichem Erfahrungshintergrund.
12. Eine zugängliche und angemessene medizinische Versorgung: Barrierefreie Arztpraxen, Apotheken, Krankenhäuser, auch die Ausstattung, ebenso die Behandlungsabläufe. Des Weiteren aber auch das Verbot, Hilfeleistung zu unterlassen auf Grund einer Beeinträchtigung (vgl. Mizelli, 2006, S. 322ff).

Weder in der Steiermark noch anderswo sind diese Bedingungen so erfüllt, dass behinderte Frauen und Männer auch tatsächlich selbstbestimmt leben können (vgl. Mizelli, 2006).

#### 4.5.1. Independent-Living-Bewegung

Die „Independent-Living-Bewegung“ entstand in den 1960er Jahren und trat für ein gleichberechtigtes Leben als Bürger in den USA ein, ohne Diskriminierung und Benachteiligung wegen einer Behinderung. Diese Ideen wurden in Deutschland bisher vor allem von körperbehinderten Menschen getragen. Die Forderung nach Selbstbestimmung bezieht sich auf viele Dimensionen des menschlichen Zusammenlebens. Es geht sowohl um winzige Alltagsentscheidungen, wie die Auswahl von Essen, Kleidung oder den Zeitpunkt des Schlafengehens, als auch um große Entscheidungen der Lebensplanung, wie Ausbildung, Beruf, Familienstand etc. (vgl. Niehoff, 1998). Wichtig ist, dass Selbstbestimmung nicht gleichzusetzen ist mit Selbstständigkeit. Denn ein körperbehinderter Mensch kann zwar in hohem Maße abhängig von Hilfe sein, jedoch wenn er auf diese in befriedigender Weise Einfluss nehmen kann, erreicht er ein hohes Maß an Selbstbestimmung (vgl. Niehoff, 1998). Die Forderung nach Selbstvertretungsmöglichkeiten von Menschen mit geistiger Behinderung ist relativ neu. Es können zwar nicht alle geistig behinderten Menschen ihre Interessen in einer sprachlich differenzierten Form vertreten, aber es gibt neben den sprachlichen noch eine große Zahl anderer Möglichkeiten, seine Interessen kundzutun, wie z. B. Mimik, Gestik, Verhalten. Der wesentliche Punkt daran ist, dass diese Willensäußerungen von uns wahrgenommen, verstanden und berücksichtigt werden. Um die Selbstvertretung geistig behinderter Menschen zu verbessern, können sie zum einen befähigt werden, ihre Interessen deutlicher zu artikulieren. Zum anderen müssen Angehörige und Fachleute sensibler in der Wahrnehmung von Willensäußerungen werden. Auch müssen neue Mitwirkungsmöglichkeiten für geistig behinderte Menschen geschaffen werden (vgl. Niehoff, 1998). Die Wahlmöglichkeiten, die ein normaler Bürger der Gesellschaft heutzutage hat, sind weitaus mehr im Vergleich zu früheren Gesellschaften. Leider haben geistig behinderte Menschen in der Praxis weniger Wahlmöglichkeiten in ihrem Leben. Der Lebensweg ist meist durch institutionalisierte Hilfen ohne Wahl-Alternativen vorgegeben (vgl. Niehoff, 1998).

„Zum Recht auf Freiheit des Einzelnen gehört das Recht der Wahl von Wohnung, Beruf und Arbeitsplatz genauso wie das Recht, Bindungen zu anderen Menschen einzugehen oder zu lösen. Allerdings steht der Freiheit der persönlichen Entscheidung im Allgemeinen die Pflicht gegenüber, die eigene Entscheidung und das eigene Handeln zu verantworten. An dieser Stelle ist für Menschen mit geistiger Behinderung Assistenz- und auch rechtlicher Regelungsbedarf erforderlich“ (Niehoff, 1998, S. 61).

Nur wenn Wahlmöglichkeiten und Handlungsräume gegeben sind, dann ist freies und verantwortliches Handeln für alle Menschen, auch für solche mit Behinderung, möglich. Für Menschen mit Behinderung erfordert selbstbestimmtes Leben die Möglichkeit, entscheiden zu können, wo, wie und mit wem sie z. B. ihre Freizeit verbringen, wie, wo und mit wem sie zusammen wohnen und auch, wo und was sie arbeiten (vgl. Niehoff, 1998). Radtke (2007) spricht sich gegen das Konzept der „Independent-Living“-Bewegung aus. Seiner Meinung nach ist jeder Mensch immer in irgendeiner Art und Weise von jemand anderem abhängig. Weiters meint Radtke (2007), dass diese Bewegung den Eindruck vermittele, dass Menschen mit Behinderungen keine Hilfe von außen nötig hätten. Diese Bewegung baue auf der Fiktion auf, jeder könne sehr gut völlig selbstständig leben, wenn einem nur die entsprechenden Mittel an die Hand gegeben würden, seien es bezahlte Hilfskräfte, sei es Technologie. Laut Radtke (2007) ist dies ein gefährliches Konzept, da es die Gesellschaft entsolidarisiert.

„Es wäre meines Erachtens klüger, wenn wir uns klar machten, dass wir den Großteil unseres Lebens auf andere angewiesen sind und dass wir Teil einer Gesellschaftsstruktur bilden, in der jedes Element in einer gewissen Abhängigkeit zu anderen steht. Das muss kein Nachteil sein, sondern es kann Stärke verleihen, die sich aus dem Gefühl der Gemeinschaft speist“ (Radtke, 2007, S. 69).

#### 4.5.2. Selbstbestimmt-Leben-Bewegung

Nach Exner (2000) wurde die „Selbstbestimmt-Leben-Bewegung“ in den USA von behinderten Menschen in der amerikanischen Tradition der Bürgerrechtsbewegung entwickelt. Eine derartige Bürgerrechtsbewegung gibt es in Deutschland nicht. Nach Exner (2000) beziehen wir „uns im Allgemeinen auf eine Tradition der (bürgerlichen) Emanzipationsbewegung. Damit geht einher, dass sich – behindert oder nicht – unsere (politische) Sozialisation direkt oder indirekt, bewusst oder unbewusst, positiv oder negativ, als Auseinandersetzung mit dem Emanzipationsbewusstsein vollzieht“ (S. 2). Unter Emanzipation wird bei uns die „Befreiung aus der selbstverschuldeten Unmündigkeit“ verstanden, wie schon Kant dies beschrieben hat. Doch viele Menschen haben den Begriff Emanzipation, egal ob selbstverschuldet oder nicht, tiefer verinnerlicht als den relativ neuen Begriff Selbstbestimmung (vgl. Exner, 2000).

„Die Verwendung des Emanzipationsbegriffes wäre in diesem Zusammenhang sinnvoll, weil in Deutschland keine andere Gesellschaftsgruppe (z. B. Bürgertum, Arbeiter, Studenten, Frauen), die um ihre Freiheit und Rechte kämpft(e), ihre Forderungen und Ziele am Begriff Selbstbestimmung bzw. Selbstbestimmt-Leben als Leitbegriff festgemacht hat bzw. festmacht und somit behinderte Menschen mit der Herleitung dieser Begriffe aus dem amerikanischen Gesellschaftsdiskurs (wieder) eine Sonderdiskussion begonnen haben“ (Exner, 2000, S. 2).

Die Grundsatzdiskussionen, so Exner (2000), in Bezug auf gesamtgesellschaftliche Zusammenhänge, soweit sie im Behindertenbereich überhaupt geführt wird, haben wir bisher nichtbehinderten Fachleuten überlassen. Unter anderem legen sie die gesellschaftliche Relevanz von behinderten Menschen fest. Wenn behinderte Menschen an der theoretischen Gestaltung der Gesellschaft, in der auch sie leben, nicht teilhaben können, führt dies in einem hohen Grad zu Fremdbestimmung. Tatsache ist, dass wir selbst zu dieser Fremdbestimmung beitragen, denn wir lassen es zu, dass andere unsere Auseinandersetzungen führen (vgl. Exner, 2000).

### 4.5.3. Regiekompetenz

Der Begriff Regiekompetenz stammt aus der Philosophie der „Selbstbestimmt-Leben-Bewegung“ in Deutschland. Behinderte Menschen haben Anspruch darauf, über die Formen der Hilfen zur Bewältigung ihres Alltags möglichst weitgehend zu bestimmen, Regie darüber zu führen. So können selbstbewusste Menschen mit Behinderungen z. B. die Finanzkompetenz einfordern, indem sie die Auszahlung der finanziellen Hilfen nicht an Dienste, Heime oder andere, sondern an sich selbst verlangen. Neben der Finanzkompetenz spielen weitere Kompetenzen eine wichtige Rolle, wie z. B.:

- die Personalkompetenz (Arbeitgeberfunktionen)
- die Anleitungskompetenz (Artikulieren von Bedürfnissen; die Fähigkeit, Helfern gezielt die benötigten Informationen geben zu können)
- die Raumkompetenz (Wie und mit wem leben wollen?)
- die Sozialkompetenz (Möglichkeiten und Fähigkeiten, seine Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu gestalten) (vgl. Niehoff, 1998, S. 58).

Wenn der Einfluss geistig behinderter Menschen auf ihren Alltag erhöht werden soll, müssen laut Niehoff (1998) folgende Fragen berücksichtigt werden:

- Welchen Stellenwert haben persönliche Wünsche geistig behinderter Menschen in fachlich abgeleiteten Förderplänen?
- Welche Mitspracherechte haben geistig behinderte Menschen bezüglich ihres Arbeitsplatzes oder ihres Wohnortes?
- Welche Mitspracherechte haben geistig behinderte Menschen in der Personalpolitik der Einrichtungsträger?
- Welchen Einfluss haben geistig behinderte Menschen bzw. deren Mitwirkungsgruppen auf das Entlohnungssystem einer Werkstatt für Behinderte?
- Welchen eigenverantworteten Freiraum gibt es im Umgang mit dem Taschengeld? (vgl. Niehoff, 1998, S. 58)

Natürlich haben viele geistig behinderte Menschen einen unterschiedlichen Bedarf an Hilfestellungen, um ihre Wünsche und Interessen zu artikulieren und damit mehr Regiekompetenz auszuüben. Erfahrungen des Empowerment und der Erwachsenenbildung sind laut Niehoff (1998) anzuwenden, wenn sie im Sinne von Selbstvertretung und Selbstbestimmung weitergehenden Einfluss auf ihren Alltag gewinnen sollen.

#### 4.5.4. Das Lebens- und Beziehungsmodell

In diesem Modell spielt die geistige Behinderung von Menschen keine Rolle mehr. Hier wird von der Gleichheit von Menschen mit geistiger Behinderung und anderen „normalen“ Menschen ausgegangen. Es wird gemeinsam entschieden, wie in einer Einrichtung gearbeitet und gelebt wird. In diesem Modell geht es vor allem um das Zusammenleben, das In-Beziehung-Stehen miteinander (vgl. Appel & Schaars, 2002). Bewohner/innen einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen werden von zwei Mitarbeiter/inne/n betreut, dem/der Alltagsbegleiter/in und dem/der Prozessbegleiter/in. Der/die Alltagsbegleiter/in kümmert sich um die ökonomischen Belange der Bewohner/innen und hält die Kontakte zur Familie, Arbeitsstätte etc. aufrecht. Der/die Prozessbegleiter/in ist nur daran interessiert, wie Bewohner/innen etwas erleben, und darf sie keinesfalls kontrollieren. Der/die Bewohner/in kann dadurch unabhängiger werden. Durch diese Methode können verschiedene Begleitungsprozesse zwischen Helfer/inne/n und Bewohner/inne/n und zwischen Helfer/inne/n untereinander entstehen:

- Die Interaktion zwischen Bewohner/innen und Alltagsbetreuer/innen (Konfrontation),
- die Interaktion zwischen Bewohner/innen und Prozessbegleiter/innen (Verständnis),
- die Interaktion zwischen Alltagsbegleiter/innen und Prozessbegleiter/innen (Feedback) (vgl. Puchberger, 2005).

#### 4.5.5. Das Assistenzkonzept

Das Assistenzkonzept wird von Niehoff (1998) beschrieben. In vielen neueren Veröffentlichungen wird die Rolle und Aufgabe des/der Helfer/in/s, bezahlt oder nicht bezahlt, in der Behindertenhilfe mit dem Begriff der „Assistenz“ umschrieben. Damit verbunden ist eine professionelle Umorientierung, vor allem eine Abkehr von einem therapie- und förderzentrierten Modell der Betreuung behinderter Menschen. Ausgangspunkt ist die vom behinderten Menschen gewünschte Form der Alltagsbewältigung, die sich in einem individuellen Lebensstil ausdrückt. Wichtige Eckpunkte des Assistenzkonzeptes sind Zuhören, Interpretieren, Entschlüsseln nonverbaler Willensäußerungen sowie die Bereitschaft und Fähigkeit zur Förderung eines individuellen Lebensstils des Menschen mit Behinderung. Assistenz bedeutet, den/der Hilfebedürftigen dabei zu unterstützen, seine selbst gewählten Ziele zu verwirklichen. Es wird oft von einer „persönlichen Assistenz“ gesprochen, darunter wird jede Art der

persönlichen Hilfe verstanden, die einen/r Assistenznehmer/in in die Lage versetzt, sein Leben möglichst selbstbestimmt zu gestalten (vgl. Niehoff, 1998). Nach Niehoff (1998) umfasst die persönliche Assistenz folgende Bereiche: Körperpflege, Haushalts- und medizinische Krankenpflege und kommunikative Hilfen durch z. B. Gebärdendolmetscher/in für Hörgeschädigte oder Vorlesedienste für Blinde. Die persönliche Assistenz wird grundsätzlich von den Assistenznehmer/inne/n angeleitet, das bedeutet, dass Zeit, Ort und Ablauf von ihnen bestimmt werden und die Assistenzleistenden von ihnen ausgesucht werden. Der Mensch mit Behinderung gilt als Arbeitgeber/in für seinen/ihre Assistent/in/en. Jedoch in Bezug auf geistig behinderte Menschen bedarf das Assistenzkonzept der Erweiterung. Menschen mit geistiger Behinderung haben oft Schwierigkeiten, Anleitungsfunktionen auszuüben und einzuschätzen, wie viel und welche Hilfe sie benötigen. Weiters kann das aufrichtige Bemühen um ihre größtmögliche Autonomie auch dazu führen, dass an sie unerfüllbare Forderungen gerichtet werden. Dieses Konzept muss bei Menschen mit geistiger Behinderung um Inhalte der Begleitung ergänzt werden (vgl. Niehoff, 1998).

#### **4.5.6. Das Kundenmodell**

Laut Niehoff (1998) hat sich bei vielen Diensten für körperbehinderte Menschen in den letzten Jahren das sogenannte Kundenmodell herausgebildet und bewährt. Das Kundenmodell versteht und organisiert professionelle Hilfe für Menschen mit Behinderungen als Dienstleistung, die auf einer vertraglichen Regelung zwischen den Beteiligten beruht. Ziel des Modells ist es, die helfende Beziehung von einer einseitigen Abhängigkeit zu befreien. Für Menschen mit Behinderung bedeutet die Möglichkeit, eine Kundenrolle einzunehmen, eine Emanzipation vom Hilfeempfänger hin zum Käufer sozialer Dienstleistungen. Weil der behinderte Mensch dafür bezahlt, wird er/sie in diesem Modell Kunde bzw. Kundin eines Dienstes und bestimmt letztendlich über die Inanspruchnahme des Angebots und dessen Ausgestaltung (vgl. Niehoff, 1998).

„Die Ansprüche der Kunden auf gute Qualität von Dienstleistungen erfordern ein verändertes Bewusstsein bei Anbietern („Kundenorientierung“). Notwendig werden gleichzeitig Instrumentarien zur Qualitätsbeurteilung, um Verbraucherentscheidungen zu erleichtern und um die Qualität des Dienstleistungsangebots weiterzuentwickeln“ (Niehoff, 1998, S. 55).



Die Problematik des Kundenmodells für Menschen mit geistiger Behinderung liegt darin, dass ein souveränes Kundenverhalten zum einen an intellektuelle und psychische Fähigkeiten gebunden ist, und zum anderen an wirtschaftliche Marktfähigkeit. Laut Niehoff (1998) wird in der Behindertenhilfe bezüglich der rechtlichen Situation von einem Dreiecksverhältnis gesprochen, in dem Einrichtungen und Dienste, der behinderte Mensch sowie der Kostenträger zueinander stehen. Diskutabel scheint auch die Verschiebung persönlicher Beziehungen auf die sachliche Ebene von Warenaustausch. Gegen das Kundenmodell wird eingewendet, dass Menschen mit geistiger Behinderung nicht nur instrumentelle Unterstützung, sondern vor allem auch persönliche Nähe und emotionale Zuwendung wünschen (vgl. Niehoff, 1998).

#### **4.6. Selbstbestimmung in Einrichtungen von Menschen mit Behinderungen**

Dörner (2003) schreibt in seinem Artikel, dass Schweden in einem Prozess von 50 Jahren erreicht hat, dass für Menschen mit Behinderungen das Leben in Institutionen gesetzlich verboten wurde. Sie sind „heimlos“ geworden. In Österreich ist der Weg zur heimlosen Gesellschaft noch lange nicht erreicht. Erste Ansätze finden sich bereits im Bundessozialhilfegesetz von 1961, worin das Prinzip „ambulant vor stationär“ verankert ist. Weiters gehört es zu den Zielen der Behindertenbewegung, dass alle Menschen mit Behinderungen in eigenen Wohnungen leben sollen. Es entstand unter anderem das „betreute Wohnen“ oder die ambulante Pflege. Voraussetzung für die Umsetzung der heimlosen Gesellschaft muss laut Dörner (2003) der behinderte Mensch sein, der als Individuum, als einmalige Person wahrgenommen wird. Wenn man aber immer mehr selbstständige Bewohner/innen aus Heimen entlässt, und dadurch die Unselbstständigeren zurückbleiben, muss eine Erweiterung der Denk- und Handlungsmöglichkeiten stattfinden. Dörner (2003) beschreibt diese Erweiterung in fünf Schritten. Erstens funktionieren viele Einrichtungen nur dadurch, dass dort mindestens zu einem Drittel solche Bewohner/innen wohnen, welche auch in ihren eigenen Wohnung leben könnten, mit nur ambulanter Betreuung. Der Hauptgrund dafür besteht für Dörner (2003) darin, dass mit ihrer Hilfe auch schwierigere Bewohner/innen leichter zu tragen sind.

„Wenn man diese Fehlplatzierten nicht über ihre eigentliche Entlassungsfähigkeit aufklärt, sagen sie von sich meist, dass sie gern und freiwillig im Heim sind, schon weil es in einer Institution nie eine wirkliche Wunschautonomie gibt“ (Dörner, 2003, S. 2).

Dörner (2003) nennt das „die gesunde Mischung“. Gerade durch diese „gesunde Mischung“ ist ein Heim funktionsfähig, weshalb die Bewohner/innen eher als graue Masse zu sehen sind und nicht als Individuen. Wird das Selbstbestimmungsrecht jedes einzelnen Individuums jedoch ernst genommen, so kommt man laut Dörner (2003) zu einem erschütternden Ergebnis. So wäre ein Drittel aller Individuen oder Bürger/innen „nicht nur unnötig, sondern auch rechtswidrig in Heimen ...“, womit man täglich gegen die wichtigsten rechtsstaatlichen Verfassungsprinzipien verstößt, etwa gegen die Aufklärungspflicht oder gegen das Erforderlichkeitsprinzip, das die bei Heimaufnahme unvermeidliche Einschränkung von Persönlichkeitsrichtungen nur erlaubt, wenn es keine

Alternative dazu gibt, gegen das Prinzip der Verhältnismäßigkeit und insbesondere gegen das Instrumentalisierungsverbot und damit gegen die Würde des Menschen, woran absurderweise eine beliebig zu vergrößernde Zahl an Kontrollgesetzen und -behörden nichts ändert“, zu unterscheiden (Dörner, 2003, S. 3). Zweitens entsteht ein Dilemma hinsichtlich der Frage, was nun zu tun sei. Da auf jeden Fall die Entstehung einer Konzentration der Unerträglichkeit vermieden werden muss, bleiben noch zwei Alternativen übrig. Erstens könnte man darauf verzichten, alle entlassungsfähigen Bewohner/innen zu entlassen und daraufhin alle Ambulantisierungen rückgängig machen. Weiters könnte man sagen, dass alle Behinderten und Pflegebedürftigen dasselbe Recht haben müssen, in einer Gemeinschaft oder in einer eigenen Wohnung zu leben, entweder mit weniger Betreuungsaufwand oder bei der schwierigeren Minderheit eben mit einem höheren und falls erforderlich mit einem extrem hohen Aufwand (vgl. Dörner, 2003).

„ ... ersetzt man also das Paradigma Institution durch das Paradigma Kommune, dann eröffnet eben dies uns Sozialprofis die Chance, uns von bisher noch nicht recht erkannten eigenen inneren Institutionalisierungen zu befreien, vor allem, was unser Menschenbild, unsere ethische Orientierung und unser Rollenverständnis betrifft“ (Dörner, 2003, S. 3).

Drittens meint Dörner (2003), dass solange unser Menschenbild zurzeit noch vom Institutions-Paradigma geprägt ist, werden wir den behinderten Menschen als höchstes Grundbedürfnis die Selbstbestimmung zusprechen, gerade weil die Selbstbestimmung ziemlich folgenlos ist, da sie in der Institution weitgehend unmöglich ist. Sobald wir aber vom Paradigma der Kommune her denken, wird das Grundbedürfnis, soziale Bedeutung für andere zu haben, von anderen gebraucht zu werden, notwendig zu sein, sichtbar. Auch das kostbare Grundbedürfnis der Selbstbestimmung und der egoistischen Selbsterhaltung kommt zu tragen, denn beide Grundbedürfnisse sind gleichermaßen vital für alle Menschen, ohne sie kann niemand leben. Viertens erscheint es nach Dörner (2003) sinnvoll, zumindest den Kern des sozialen Bereichs der Gesellschaft kategorisch vom marktförmigen Wirtschaftsbereich abzugrenzen und wo es umgekehrt ethisch erlaubt ist, zu investieren, wo es sich am meisten lohnt (vgl. Dörner, 2003).

„Wer den Sorgebedürftigen etwa einen Kunden nennt, hat damit schon eingeräumt, dass er bestrebt ist, den besten Kunden möglichst lebenslang zu halten und zu nutzen und den schlechtesten Kunden an die Konkurrenz abzudrücken. Und wer den Sorgebedürftigen als Verbraucher bezeichnet, hat nicht die absurde Konsequenz bedacht, dass er selbst es ist, der vom Sorgebedürftigen verbraucht wird“ (Dörner, 2003, S. 4).

Wichtig erscheint, dass die „Konzentration der Unerträglichkeit“ vermieden wird, indem nämlich die Letzten als irrationaler Rest übrigbleiben. Fünftens müssen laut Dörner (2003), die Sozialprofis, zu einer Deinstitutionalisierung der Rolle des professionellen Selbstverständnisses kommen. Der Sozialprofi fühlt sich innerhalb der Institution für die Bewohner/innen im Allgemeinen verantwortlich, was oft genug praktisch darauf hinausläuft, dass er sich für die Institution selbst verantwortlich fühlt. Dies ist ein Schritt hin zu Sozial-, Bürger- und Zivilgesellschaft. Im Grunde genommen geht es darum, das Heim in die Wohnung zu holen (vgl. Dörner, 2003).

„Denn es kommt immer wieder darauf an, das Unerträgliche auf so viele Schultern zu verteilen, dass es für alle erträglicher wird, wobei ein bisschen mehr Last auch bedeutet, seinem Leben mehr Gewicht und damit mehr Bedeutung zu geben, wenn jemandem nur genug Zeit bleibt, seinen eigenen, ebenso berechtigten egoistischen Interessen zu folgen“ (Dörner, 2003, S. 5).

Laut Dörner (2003) sind wir nur widerwillig auf dem Weg zur heimlosen Gesellschaft, da es dazu keine reale Alternative gibt, sind wir verurteilt, diesen Weg zu gehen. Wir müssen ihn auch unabhängig davon gehen, dass die Kostenträger bereits berechnet haben, dass das bisherige Heimsystem in einigen Jahren irreparabel nicht mehr zu bezahlen sein wird (vgl. Dörner, 2003).

### **4.6.1. Gründe, die einen selbstbestimmten Lebensweg erschweren**

Bestimmte Rahmenbedingungen, wie die Einstellung der Gesellschaft zu behinderten Menschen, deren erschwerte Sozialisation und die Ausgrenzung durch Sondereinrichtungen, erschweren eine bestimmte Lebensführung von Menschen mit Behinderungen (vgl. Dreblow, 1999). Die Diskriminierung behinderter Menschen spiegelt sich z. B. in einem aussondernden Bildungswesen (Sonderschulen) und einer menschenunwürdigen, entmündigenden Behindertenarbeit wieder. Zu weiterer

Ausgrenzung führen ein behindertenunfreundlicher Wohnungsmarkt und die architektonische Unzugänglichkeit von Restaurants, öffentlichen Gebäuden, Verkehrsmitteln usw. (vgl. Dreblow, 1999).

„Der Mangel an ambulanten Unterstützungen und das Fehlen der Förderung individueller Selbstbehauptungsstrategien in pädagogischen Konzepten für behinderte Menschen verstärkt für die Betroffenen eine fremdbestimmte Lebensgestaltung. Letztlich verliert im Zusammenhang mit der Euthanasiediskussion und der Bio-Ethik-Konvention das Leben behinderter Menschen in den Augen der Allgemeinheit immer mehr an Wert“ (Dreblow, 1999, S. 135).

Da jeder Mensch in Gesellschaftsstrukturen eingebunden ist, die seine Freiheit einschränken, ist ein vollkommen selbstständig geführtes Leben für alle Menschen eine Wunschvorstellung. Die selbstbestimmte Lebensführung für Menschen mit Behinderungen ist noch zusätzlich eingeschränkt, da sie zur Bedürfnisbefriedigung von Hilfspersonen abhängig sind. Wohnheime bieten für Menschen mit Behinderungen einen Schonraum, welcher die Gesellschaft vor der grundsätzlichen Auseinandersetzung mit Behinderung und sogar vor dem tatsächlichen Zusammenleben mit behinderten Menschen verschont (vgl. Dreblow, 1999).

„Der Schonraum Wohnheim begrenzt den Lebens- und Erfahrungsraum eines Menschen auf einen Ausschnitt, der nicht der gesellschaftlichen Realität entspricht. Diese Grenzen werden ausschließlich von außen gesetzt und verhindern das Erfahren von eigenen Grenzen oder Grenzüberschreitungen sowie Grenzerweiterungen. Somit unterbinden Wohnheime für Personen mit Behinderungen eine realistische Selbsteinschätzung. Letztendlich wird die Entwicklung von Selbstwertgefühl, Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen behindert“ (Dreblow, 1999, S. 138).

Es ist sehr schwierig, bestehende Großeinrichtungen so umzugestalten, dass sich die Bewohner/innen darin auch wirklich wohlfühlen. Der Massenbetrieb führt zu Anonymität und Isolation. Weiters können Entfaltungsmöglichkeiten für jeden Einzelnen kaum bewahrt oder gefördert werden. Ein Ordnungs- und Sicherheitsfaktor steht über jeglicher pädagogischer Arbeit. Aus diesen Gründen scheint die Selbstbestimmung behinderter Menschen in ihren intimsten Lebensbereichen illusorisch (vgl. Dreblow, 1999).

#### **4.7. Kritische Anmerkungen zum Thema Selbstbestimmung**

Klauß (1999) zeigt positive wie auch negative Gründe für die Beschäftigung mit Selbstbestimmung auf. Folgende acht positive Gründe sollen hier aufgezeigt werden:

1. Sie ist ein aktuelles Thema der Sonderpädagogik.
2. Selbstbestimmung gehört zum Menschsein. Menschen brauchen unabhängig von behinderungsbedingt beschränkten Fähigkeiten das Gefühl, wesentliche Bereiche ihres eigenen Lebens selbst zu bestimmen. Laut Klauß (1999) braucht Individualität Selbstbestimmung.
3. Das Ermöglichen von Selbstbestimmung entspricht unserem demokratischen Selbstverständnis.
4. Menschen können nicht gegen sich selbst gefördert werden.
5. Erfolge werden durch unterstützte Kommunikation erzielt, die auch eine Erweiterung der kommunikativen Möglichkeiten bei Menschen ohne Lautsprache bezweckt.
6. Die Einforderung von Selbstbestimmung erfolgt durch Menschen mit Behinderungen selbst. Menschen mit geistiger Behinderung fordern Regiekompetenz und wollen Finanz-, Personal-, Anleitungs-, Raum- und Sozialkompetenz, Einfluss auf Förderpläne, Mitspracherechte an Wohn- und Arbeitsplatz, bei Personalpolitik, Einfluss auf die Entlohnung und Freiraum bei der Taschengeldverwendung.
7. Sie fordern gewisse Wünsche durch besonderes Verhalten ein.
8. Es kommt zu einer Individualisierung der Gesellschaft. Diese Entwicklung der Selbstbestimmung birgt auch Gefahren in sich. Es droht eine Entsolidarisierung, alle sollen nur noch für sich selbst sorgen. Nach Klauß (1999) soll der wirkliche Bedarf der Menschen zum Maßstab dessen werden, was produziert und dienstgeleistet wird (vgl. Klauß, 1999).

Weiters beschreibt Klauß (1999) vier negative Gründe für die Beschäftigung mit Selbstbestimmung. Gerade die Beschäftigung mit Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung ist von Nöten, weil diese in besonderem Maße bedroht ist. Erstens fördert die frühe Entwicklung unter den Bedingungen einer kognitiven Schädigung das Gefühl, nichts beeinflussen und bewegen zu können. Bereits in der frühen Entwicklung der Kommunikation von Kindern mit Behinderungen liegen Gründe dafür, dass sie sich Selbstbestimmung nicht zutrauen. Später entsteht oft der Eindruck, sie wollen gar keine Selbstbestimmung. Zweitens kommt es zu einer Einschränkung der Autonomie bei Menschen mit geistiger Behinderung in sozialen Beziehungen. Behinderung bedeutet vor

allein eine lebenslange soziale Abhängigkeit. Dies ist normalerweise nur auf die Kindheit beschränkt, bleibt jedoch meist ein Leben lang bestehen. Aus einer anfänglich einfachen Abhängigkeit wird eine doppelte Abhängigkeit von privaten wie von professionellen Bezugspunkten. Drittens entsteht eine Anzahl an fachlichen Theorien und Konzepten. Diese fachlichen Theorien können Selbstbestimmung und ihre Ausbildung aber auch behindern. Ein Beispiel dazu wäre die Festhaltetherapie von Prekop, in der Zwangsmaßnahmen gerechtfertigt werden. Viertens liegt in Familien und Institutionen Gewalt nahe. Klaufuß (1999) sagt, „je individueller die Menschen aber sind, je weniger ihnen die Rücksichtnahme auf andere wichtig oder möglich ist, desto eher kommt uns die Idee, wir müssten uns und unsere Regeln durchsetzen“ (S. 80). Klaufuß (1999) fragt sich, was zu erwarten ist, wenn wir Selbstbestimmung ernster nehmen, mehr zulassen, mehr fördern. Heutzutage werden Menschen mit Behinderungen zunehmend als Kostenfaktor angesehen. Jedoch werden bei einem verstärkten Bemühen auf Selbstbestimmung auch positive Folgen ersichtlich sein. Verhaltensprobleme müssten seltener werden. Versuche, zur Geltung zu kommen, werden weniger nötig, da die eigene Meinung von Anfang an gefragt ist. Solche Effekte haben die Verkleinerung von Wohngruppen, wie auch eine mehr personenzentrierte und individualisierende Pädagogik. Klaufuß (1999) meint, dass „betreute Menschen hier eher ohne Auffälligkeiten mit ihrer Individualität berücksichtigt werden und ... mehr Chancen [haben], an einer Gestaltung des Alltags nach ihrem Geschmack beteiligt zu sein“ (S. 88). Die Orientierung am individuellen Bedarf kollidiert immer tendenziell mit Aspekten wie Machbarkeit und Arbeitsökonomie. Der Gewinn daraus wird eine Sicherheit darüber sein, dass wir unsere Arbeit sachgemäß erledigt haben (vgl. Klaufuß, 1999).

„Machen wir uns deutlich, dass Selbstbestimmung von individuellen, interaktionalen, strukturellen und gesellschaftlichen Bedingungen abhängt, so bedeutet das für unser konkretes Handeln, dass wir

- Menschen bei der Aneignung ihrer individuellen Kompetenzen und ihrem Interesse, von Selbstzutauen und Selbstbestimmung unterstützen und fördern,
- in der Mensch-zu-Mensch-Begegnung mit ihnen Versuche der Selbstbestimmung erkennen, beantworten und akzeptieren,
- strukturelle Bedingungen schaffen, die Selbstbestimmung nicht unnötig erschweren, sondern erleichtern,

- und nicht aufhören, uns dafür einzusetzen, dass auch Staat und Gesellschaft die grundlegenden Voraussetzungen für Selbstbestimmung nicht kaputt sparen, sondern positiv bewerten und ermöglichen“ (Klauß, 1999, S. 88).

Nach Puchberger (2005) werden folgende Grundsätze der Selbstbestimmung hervorgehoben. Selbstbestimmt Leben heißt, seine Bedürfnisse befriedigen zu können. Bedürfnisse wie nach umfassender Hygiene, nach körperlichem Wohlbefinden, nach einfühlsamer Pflege, nach Mobilität, nach individuellem Wohnraum. Selbstbestimmt Leben heißt, sich seiner selbst bewusst zu sein. Selbstbestimmt Leben ist ein Prozess, durch den gelernt wird, sich immer mehr zu akzeptieren und selbst zu vertreten. Selbstbestimmt Leben heißt, sich in der Begegnung mit anderen Menschen gleichwertig zu fühlen. Selbstbestimmt Leben heißt, ein Leben zu führen, in dem man frei ist, eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen, und in dem man sich für die daraus folgenden Konsequenzen entscheiden kann. Selbstbestimmt Leben heißt, in und mit der Gemeinschaft zu leben. Selbstbestimmt Leben heißt, ein politisches Wesen zu sein (vgl. Puchberger, 2005, S. 31ff). Die Österreichische Bundesverfassung besagt, dass niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden darf. Eine Voraussetzung für ein selbstbestimmtes Leben ist die Gleichstellung. Die Gleichstellung kann nur durch gesetzliche Maßnahmen erreicht und abgesichert werden. 1999 hat die Europäische Union eine Gleichbehandlungsrichtlinie erlassen, die alle Mitgliedsländer umzusetzen haben. Der österreichische Nationalrat hat 2005 ein Behindertengleichstellungsgesetz beschlossen, das jedoch von vielen Behindertenverbänden als unzureichend bezeichnet wird (vgl. Wögerer, 2006).

„Weder die umfassende Barrierefreiheit auf Bundes- und Landesebene im Baubereich wurde geregelt noch gibt es eine Durchforstung der Berufsausbildungs-, Ausübungs- und Zugangsgesetze auf Diskriminierung behinderter Menschen. Es mangelt im derzeitigen Gesetzesentwurf auch an konkreten Regelungen bezüglich des Rechtes auf Bildung nach der Pflichtschule oder bezüglich der besonderen Situation von Frauen mit Behinderung“ (Wögerer, 2006, S. 228).



## 5. Partizipation

### 5.1. Einleitung

In der Pädagogik wird unter dem Begriff Partizipation die Einbindung aller Menschen, also auch Menschen mit Behinderungen verstanden, wobei das Zusammenleben betreffende Ereignisse und Entscheidungsprozesse mitberücksichtigt werden. Die Forderungen von Selbstvertretungsorganisationen beziehen sich auf eine umfassende Barrierefreiheit aller Lebensbereiche, wie Wohnen, Beruf und Einkommen, Bildung, Teilhabe am öffentlichen Leben, Teilhabe am kulturellen Leben und Informationen in sämtlichen Medien (vgl. Wögerer, 2006). Die Entwicklung partizipativer Forschungsstrategien wurde in den USA stark von der Tatsache beeinflusst, dass Männer und Frauen mit Behinderungen an Universitäten studierten und als Akademiker/innen in den unterschiedlichen Fachrichtungen Forschungsfragen über Behinderung formulierten. Dabei wandten sie wissenschaftliche Methoden für die Auseinandersetzung mit ihren Alltagserfahrungen an (vgl. Flieger, 2003).

„Der Begriff participatory action research (PAR), partizipative Handlungsforschung im Deutschen, kommt ursprünglich aus der Organisationsentwicklung, in den USA wurde er sowohl von der Independent Living Bewegung als auch vom National Institute on Disability and Rehabilitation Research aufgenommen. Letzteres schlägt folgende Definition für PAR vor: ‚PAR erkennt die Notwendigkeit, dass Personen, über die geforscht wird, an allen Phasen der Gestaltung und der Umsetzung (d. h. Design, Durchführung und Verbreitung) von Forschung, die sie betrifft, teilnehmen. PAR ist ein Ansatz oder eine Strategie für Forschung, keine Forschungsmethode‘“ (Flieger, 2003, S. 2).

Kurz gesagt wird PAR als grundsätzliche Haltung bzw. als Forschungsansatz gesehen, innerhalb dessen die jeweils angemessenen Methoden der Sozialforschung korrekt eingesetzt werden. Weiters lassen sich diese Forschungsmethoden sehr gut mit dem Selbstbestimmt-Leben-Paradigma vereinbaren. Den/der Betroffenen wird sowohl durch partizipative Forschungsmethoden bei der Gestaltung der Fragen und Vorgehensweisen

im Forschungsprozess als auch bei der Verwendung der Ergebnisse Raum gegeben (vgl. Flieger, 2003).

## **5.2. Schwierigkeiten und Herausforderungen von Partizipation**

Bei der Umsetzung eines partizipativen Vorgehens in der Forschung ist mit gewissen Schwierigkeiten bzw. Herausforderungen zu rechnen, die laut Flieger (2003) folgende sein können. Eine Schwierigkeit stellt das Finden von Personen dar, die in diesem Gebiet die nötigen Kenntnisse haben und bereit sind, sich auf eine langfristige Teilnahme einzulassen. Es kann durch eine Überpräsentation von Zielgruppen, die nicht Personen mit Behinderung bzw. deren Angehörige sind, dazu führen, dass Betroffene nicht gleichberechtigt teilnehmen. Ein sehr schwieriger, jedoch für den Forschungsprozess sehr bedeutsamer Schritt ist die Entwicklung einer gemeinsamen Kommunikation und die Klärung von Auffassungsunterschieden zwischen Forscher/inne/n und Teilnehmer/inne/n. Flieger (2003) erwähnt in diesem Zusammenhang eine Untersuchung von Seyden und Abresch (1995), indem sie Forscher/inne/n und Konsument/inn/en mit Behinderung die Frage stellten, was für sie den Erfolg eines Forschungsprojekts ausmachen würde. Für die Forscher/innen waren ein professionelles und wissenschaftliches Weiterkommen und die Weiterfinanzierung von Forschung sehr wichtig. Weiters sollten die Ergebnisse wissenschaftlich gültig sein und über die Zeit bestehen. Den Personen mit Behinderungen war wichtig, dass die Forschung nützlich für ihr Leben ist und dass sich ihre Lebensqualität verbessert. Von Interesse für sie waren leicht verständliche und gut brauchbare Ergebnisse. An erster Stelle gilt es, das Verhältnis zwischen Forscher/inne/n und Teilnehmer/inne/n zu klären und festzustellen, welche Rolle sie einnehmen. Ziel ist es, ein gegenseitiges Gefühl der Wertschätzung zu entwickeln. Die Unterstützung und Information von Personen, die mit Wissenschaft nichts zu tun haben, ist von großer Bedeutung. Bei Bedarf muss dies auch individuell vorbereitet und gestaltet sein. Für die Teilnehmer/innen eines Forschungsprojekts entsteht häufig ein extremer Zeitaufwand, der am besten durch eine Aufwandsentschädigung abgegolten wird. Abschließend sollen Forschungsergebnisse unter den Betroffenen verbreitet werden und für deren Benutzbarkeit entsprechend verständlich und zugänglich sein (vgl. Flieger, 2003).

### 5.2.1. Zum Thema Qualitätsentwicklung

Nach Beck (1996) heißt Selbstverantwortung eine personale Verantwortung, sprich Pflicht und Recht zur selbstständigen Lebensführung, aber auch die Übernahme von Aufgaben für die Gesellschaft. Dieses Prinzip setzt voraus, dass Selbstverantwortung übernommen werden kann und darf. Es stellt ein demokratisches Gestaltungs- und Partizipationsmittel dar.

„Das Solidaritätsprinzip schließlich verschränkt die personale Selbstverantwortung mit dem gesellschaftlichen Interesse unter dem Aspekt der gegenseitigen Hilfe. In dem Maß, wie man solidarische Hilfen an Kriterien und Voraussetzungen bindet, können diese Hilfen eingeschränkt werden. Wenn der Wert des Einzelnen, sein Recht auf Hilfe, nur in Verbindung mit seiner ökonomischen Nützlichkeit gesehen wird, kann auch das Solidaritätsprinzip die kollektive Verantwortung, das Interesse am wohlfahrtsstaatlichen Handeln durch ökonomische Kriterien begrenzen“ (Beck, 1996, S. 7).

Beck (1996) meint, was wann als Störung oder Abweichung betrachtet wird, und mit welchem Ziel die Hilfe erfolgen soll, unterliegt Bewertungen. Diese sind abhängig von gewählten Betrachtungsperspektiven, situationsabhängig und schließlich abhängig von der Möglichkeit, bestimmte Interessen durchsetzen und Definitionen vornehmen zu können. Vom Final- und Bedarfsprinzip wird die Erbringung von personenbezogenen Dienstleistungen geleitet. Das bedeutet, dass sie dem Bedarf entsprechen müssen und sie zielen ganz generell auf Personalisations- und Sozialisationshilfen ab, auf die Verbesserung von Handlungskompetenzen. Ihre Effektivität ist an die Erfüllung eines konkreten Hilfebedarfs gebunden, sprich an das Vorhandensein vor Ort, an die Übereinstimmung zwischen dem Angebot und dem Bedarf der Adressat/inn/en (vgl. Beck, 1996). Da Menschen mit Behinderungen unterschiedliche Probleme und Bedürfnisse haben und sich in unterschiedlichsten Lebenssituationen befinden, stellen sie keine homogene Gruppe dar. Ein verbindendes Merkmal dieser Gruppe kann in der eingeschränkten gesellschaftlichen Anerkennung und Teilhabe gesehen werden. Nach Beck (1996) ist die Partizipation behinderter Menschen am gesellschaftlichen Leben, wie an der Entscheidung, wer ihnen welche Hilfen erbringt, nicht möglich. Dies überhaupt thematisieren zu müssen, verweist allerdings klar auf die Einschränkungen, die aktuell

bestehen. Das Grundproblem der modernen Organisation des Helfens kann laut Beck (1996) folgendermaßen zusammengefasst werden:

„Die Vermittlung individueller Werte und Ziele (der behinderten Menschen, ihrer Angehörigen, aber auch der Mitarbeiter) mit den formalen Zielen der Einrichtung bzw. des Trägers sowie den rechtlichen Normierungen und sozialpolitischen Zielen, von individuellen Bedarfslagen mit den Erfordernissen und Möglichkeiten des Systems. Wenn Mitarbeiter ihre persönlichen Wertvorstellungen nicht (mehr) mit den Einrichtungszielen oder formalen Organisationszielen in Einklang bringen können, sind die Folgen für das berufliche Handeln beträchtlich“ (Beck, 1996, S. 14).

Dieses Problem kann nach Beck (1996) zu einer Überforderung werden, als unlösbar und als konflikthaft erlebt werden. Um den Konflikt zu lösen, gibt es unterschiedliche Möglichkeiten, wie zum Beispiel den Rückzug aus dem Praxisfeld oder die Ritualisierung bestimmter Handlungsmuster, von denen man Handlungssicherheit erwartet, aber auch die Möglichkeit der Innovation, die jedoch gewährleistet und unterstützt werden muss. Vielfach zum Problem geworden ist der Sinn des Helfens selbst. Fragen, wie welche Handlungsmuster Menschen mit geistiger Behinderung entwickeln, wenn ihre Vorstellungen und Wünsche nicht mit den Erfordernissen der jeweiligen Einrichtung in Übereinstimmung gebracht werden können, wenn ihre Vorstellungen unter Umständen gar nicht berücksichtigt oder artikuliert werden, vielleicht weil die Kommunikation erschwert ist, berühren den Kern des Problems von Partizipation und Kontrolle. In der Abhängigkeit der Menschen mit geistiger Behinderung von professionellen Hilfen ist die Verantwortung und Verpflichtung zur größtmöglichen Selbstbestimmung und Interessenswahrnehmung begründet (vgl. Beck, 1996). Die Qualitätsentwicklung im Bereich des pädagogischen Handelns unterliegt zahlreichen Einflüssen und Bedingungen. Der Dienstleistungsprozess wird von strukturellen Rahmenbedingungen, den Grenzen und Besonderheiten pädagogischen Handelns und den Bedürfnissen der behinderten Menschen beeinflusst. Das traditionell pädagogische Handlungsverständnis soll sich nun gleichzeitig mit Marktorientierung und Management, pädagogische Gestaltungsfreiheit mit Effektivität und Kontrolle verbinden (vgl. Beck, 1996).

## 6. Integration/Inklusion

### 6.1. *Einleitung*

In der deutschsprachigen Fachdiskussion in der Behindertenpädagogik zeichnet sich in letzter Zeit eine Tendenz ab, den Begriff der Integration durch den der Inklusion zu ersetzen. Inklusion wird als eine positive Version, als das Vorstellbare und in Zukunft erst noch Kommende gesehen. Unter Inklusion wird eine evolutionäre und historisch notwendige Weiterentwicklung des Integrationsgedankens verstanden (vgl. Dederich, Greving, Mürner & Rödler, 2006). Laut Greving (2006) lassen Theoriediskussionen der letzten Jahrzehnte den Begriff der Inklusion als einen sehr schillernden im Bereich des Sozialwesens und der Heilpädagogik erscheinen. Nach Wögerer (2006) begreift Inklusion Menschen mit Behinderung als völlig normalen und selbstverständlichen Teil einer an sich heterogenen Gesellschaft, und macht Heterogenität somit zur Normalität. Inklusion bedeutet ein Leben ohne Aussonderung. In der UNESCO-Erklärung von Salamanca 1994 wurde erstmals die Idee von Inklusion mit Bezug auf die Bildungssituation der von Behinderung betroffenen Kinder und Jugendlichen umfassend formuliert. Seit den späten 1990er Jahren gewinnt Inklusion für die Behindertenarbeit auch im deutschsprachigen Raum an Bedeutung (vgl. Wögerer, 2006). In der Salamanca-Erklärung von 1994 heißt es, dass Schulen alle Kinder, unabhängig von ihren physischen, intellektuellen, sozialen, emotionalen, sprachlichen oder anderen Fähigkeiten aufnehmen sollen. Dies soll behinderte und begabte Kinder einschließen, Kinder von entlegenen und nomadischen Völkern, von sprachlichen, kulturellen und ethnischen Minoritäten sowie Kinder von anders benachteiligten Randgruppen und -gebieten (vgl. Reicher, 2006; vgl. Salamanca Erklärung, 1994). Das Konzept der Inklusion schafft nach Reicher (2006) eine ganz neue Qualität bezüglich des Miteinanders, der Pädagogik und der Infrastruktur kultureller und anderer Lebensräume. In den folgenden Kapiteln wird kurz auf die Integration und auf die Inklusion eingegangen.

## 6.2. **Begriffsdefinitionen Integration**

Ziemen (2003) versteht unter Integration die Eingliederung behinderter Menschen in die bestehende Gesellschaft. Inklusion soll eine Veränderung bestehender Strukturen und Auffassungen darstellen, wobei als Voraussetzung die Unterschiedlichkeit der Menschen (Heterogenität als Normalität) betrachtet wird. Jeder Person soll eine Unterstützung zukommen, die sie für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben benötigt. Integration kommt vom Lateinischen „integratio“ und bedeutet „Erneuerung, Wiederherstellung eines Ganzen“. Die allgemeine Definition von Integration meint die sozialen „Prozesse der Eingliederung von Menschen in gesellschaftliche Systeme, z. B. von Einzelpersonen in Gruppen, von Gruppen in ein Gesellschaftssystem oder Vereinigung von Gesellschaftssystemen“ (Wörterbuch Pädagogik, 2000, S. 275). Nach Gröschke (2002) kommt es nicht auf die Begriffe an, sondern auf positive Veränderungen in den konkreten Lebensverhältnissen der Menschen.

„Dass sich die Lebensbedingungen, Unterstützungssysteme und Hilfeformen für Menschen mit Behinderungen (und anderen Formen sozialer Benachteiligung) ‚normalisieren‘ sollen, dass ihnen ‚ein Leben so normal wie möglich‘ ermöglicht und gesetzlich garantiert werden soll, bedarf inzwischen keiner weiteren Begründung mehr und verdient, ja verlangt, uneingeschränkte Unterstützung aller Fachleute, Politiker und Bürger. Sofern mit diesem, seit etwa zwei Jahrzehnten intensiver betriebenen Reformprojekt der organisatorisch-institutionellen Dezentralisierung, Deinstitutionalisierung und Regionalisierung der behinderungsbezogenen Hilfeformen auch ein konsequenter Abbau aller besonderen und absondernden Formen der Behindertenhilfe einhergeht, deckt sich das Programm der Normalisierung mit den Zielen der Integrationsbewegung“ (Gröschke, 2002, S. 175ff).

„Für die praktisch-pragmatische Paradigmen-Verknüpfung von ‚Normalisierung‘ und ‚Integration/Inklusion‘ gilt die (doppelte) Programm- und Prozessformel ‚Integration durch Normalisierung‘ und ‚Normalisierung durch soziale Inklusion/Integration‘“ (Gröschke, 2002, S. 176).

Biewer (2009) ist der Ansicht, dass Integration nicht nur auf Schule, sondern auch auf andere Bereiche, wie Wohnen, Freizeit und Arbeit ausgedehnt werden soll. Nach Feuser (2002) ist die Umsetzung der Integration ein schwieriger und langwieriger Prozess, für dessen Gelingen unsere eigene Veränderung die allererste Voraussetzung darstellt.

### **6.3. Begriffsdefinitionen Inklusion**

In letzter Zeit wird immer öfter von Inklusion, statt von Integration gesprochen. Jedoch sind die konzeptionellen Unterschiede nicht immer eindeutig ersichtlich. In den Jahren zwischen 1990 und 1995 wurden die Begriffe „mainstreaming“ und „integration“ durch „inclusion“ langsam ersetzt. Für die weltweite Verbreitung des Begriffes „inclusion“ war unter anderem eine kleine Gruppe Wissenschaftler/innen aus Großbritannien und deren Beteiligung an Aktivitäten der UNESCO verantwortlich (vgl. Biewer, 2009). Nach Kobi (2006) wird der Inklusionsbegriff folgendermaßen verwendet: Inklusion als Synonym zu Integration bzw. als deren Reanimation und Redesign. Inklusion als Weiterentwicklung, Intensivierung und Totalisierung von Integration. Und zu guter Letzt als ein, im Unterschied zum nachrangig integrativen, vorrangiges Konzept (vgl. Kobi, 2006).

„Bereits das Wort kann klaustrophobe Gefühle auslösen: Inclusio (lat. Einschließung; includo einschließen, einsperren, einengen, zurückhalten; ‚inclusa‘, Nonne); Inclusion (frz. Einschließung, Einschluss; engl. Einbeziehung, Einschluss, Zugehörigkeit). Doch das Wort ist international zeitwindschlüpfzig, tönt weltenläufig egal-global-pauschal-legal (im Sinne von: ‚alles inbegriffen‘)“ (Kobi, 2006, S. 32).

Bintinger et al. (2005) beschreiben Inklusion als „eine Überzeugung, die davon ausgeht, dass alle Menschen gleichberechtigt sind und in gleicher Weise geachtet und geschätzt werden sollen, so wie es die fundamentalen Menschenrechte verlangen. Inklusion ist ein niemals endender Prozess, bei dem Kinder und Erwachsene mit Behinderung die Chance bekommen, in vollem Umfang an allen Gemeinschaftsaktivitäten teilzunehmen, die auch nicht behinderten Menschen offenstehen. Inklusion ist der absichtslose Dienst am Nächsten. Wir fühlen uns füreinander verantwortlich und erwarten keine Gegenleistung“ (Bintinger et al., 2005, S. 37). Greving (2006) versucht eine Erklärung der beiden Begriffe Integration und Inklusion. Unter Integration wird die

Zugehörigkeit zu unterschiedlichen sozialen Gruppen verstanden, die über normative Verbundenheiten vermittelt sind. Inklusion hingegen beschreibt „ausschließlich eine funktionale System-Umwelt-Beziehung von Menschen zur Gesellschaft, die (nur noch) über die Teilnahme an Funktionssystemen kommunikativ erreichbar ist“ (Greving, 2006, S. 74). Nach Greving (2006) wird auch die Unmöglichkeit der Kommunikation durch Inklusion beschrieben, ohne dass eine Person eine totale Desinklusion erlebt. Weiters beschreibt Greving (2006) das Modell der Inklusion nach Niklas Luhmann, welches ein Kommunikationsmodell darstellt, „in welchem sowohl Einschluss- als auch Ausschlussprozesse wahrnehmbar, diagnostizierbar und modifizierbar sind. Es ist hier weder eine vollständige Exklusion noch eine völlige Inklusion möglich, ja, sogar notwendig, da die unterschiedlichen Personen immer wieder zwischen unterschiedlichen Sozialsystemen wechseln und an den jeweiligen Kommunikationskreisläufen eben dieser Systeme teilnehmen bzw. auch nicht teilnehmen zu vermögen“ (Greving, 2006, S. 75). Wird der Inklusionsbegriff auf der funktional differenzierten Gesellschaftsordnung betrachtet, so stellt sich die Frage, ob Erziehung, das Sozialwesen und auch Teile des Sozialwesens (wie z. B. die Heilpädagogik) als eigenständiges Gesellschaftssystem bzw. als Teilsystem verstanden werden können. Falls die Heilpädagogik als ein in sich geschlossenes Funktionssystem angesehen werden kann, dann befinden sich in ihr Menschen mit Behinderung, mit Verhaltensstörungen usw. sowie die sie begleitenden heilpädagogisch Handelnden, die jedoch von anderen Teilsystemen ausgeschlossen sind. Abschließend erwähnt Greving (2006), dass Inklusion „mehr ist als nur die Teilhabe oder Teilnahme (welches wiederum sehr unterschiedliche Gegebenheiten sind) am gesellschaftssystemischen Ganzen. Es müssen also nicht nur diejenigen Prozesse beschrieben und evaluiert werden, welche scheinbar die Teilnahmemöglichkeiten erlauben, generieren oder bestimmen, sondern es sind vielmehr diejenigen Kommunikationsstrukturen deutlich in den Blick zu nehmen, welche an Grenzen verortet sind und welche letzten Endes über das Schicksal einer gesamten Profession bzw. über die dieser Profession zugeordneten Einrichtungen entscheiden“ (Greving, 2006, S. 79). Wird Inklusion als pädagogische Konzeption betrachtet, sind Merkmale der Selbstbestimmung und Mitbestimmung, der Eigenverantwortung, der Anerkennung von Individualität und Heterogenität, der Kooperation und Solidarität, der Ganzheitlichkeit inhärent, unwiderruflich mit Inklusion verbunden (vgl. Binting et al., 2005, S. 21). Erst wenn das Menschen- und Weltbild ganzheitlich bzw. integral wahrgenommen wird, kann von Inklusion gesprochen werden. Nach Binting et al. (2005) ist jeder Mensch aus einem



integralen Blickwinkel „ein ‚Integrum‘, eine integrierte Einheit von ‚Biologischem, Psychischem und Sozialem‘, wie Pestalozzi es ausdrückt also eine Einheit aus Kopf, Hand und Herz. Jeder Mensch hat folglich ein unteilbares Anrecht darauf, als gleichwertig und gleichberechtigt respektiert zu werden sowie selbst bestimmter Gestalter seines Lebens innerhalb der Gesellschaft zu sein, ungeachtet der ihm möglichen oder nicht möglichen Leistungen“ (Bintinger et al., 2005, S. 22). Besteht ein Denk- und Handlungsmodell der Inklusion, so kann sich jedes Individuum sicher sein, dass die Bedürfnisse und Interessen von der Gesellschaft ohne Selektion und Segregation gewahrt und vertreten werden.

Nach Bintinger et al. (2005) bedeutet Inklusion, dass jeder Mensch

- als Mensch vollwertig ist – unabhängig von irgendwelchen Leistungen, die ihn für die Gesellschaft oder für Teile der Gesellschaft wertvoll erscheinen lassen;
- die Verpflichtungen hat, alle anderen Menschen als Gleichberechtigte anzuerkennen;
- das Recht hat, als Gleichberechtigter anerkannt zu werden;
- auf die menschliche Gemeinschaft – auf Dialog, Kooperation und Kommunikation – angewiesen ist, um sich als solcher zu entwickeln;
- als Subjekt seines Lebens und Lernens kompetent handelt;
- das Recht auf „Mitsein“, Teilhabe und Nichtaussonderung hat (vgl. Bintinger et al, 2005, S. 23).

Laut Biewer (2009) „ist ‚inclusion‘ als Leitbegriff in internationalen Organisationen wie auch in Beschreibungen der Bildungssysteme einzelner Länder weltweit im Gebrauch“ (S. 128). Inklusion kann als dynamischer Ansatz verstanden werden. Der Hauptgedanke, dass es normal ist, verschieden zu sein. Somit kommt ein Perspektivenwechsel zu stande: „Schule und Gesellschaft behindern und es sind nicht die Kinder, die behindert sind“ (Reicher, 2009, S. 30). Unter Inklusion wird auch eine Erhöhung der Partizipation verstanden, wobei sich das Recht auf Teilhabe nicht nur auf Schule und Kindergarten bezieht, sondern auf alle sozialen Lebensbereiche, wie z. B. auf Beruf, Freizeit und Weiterbildung (vgl. Reicher, 2009).

„Inklusion kann also als ein pädagogisches Prinzip verstanden werden, mit den heterogenen Erziehungs- und Bildungsbedürfnissen aller Menschen akzeptierend umzugehen („Diversität wertschätzen“), Partizipation in Lernsettings, Kultur und Gesellschaft zu fördern und der sozialen Marginalisierung durch eine Veränderung bestehender Strukturen, Kulturen und Praktiken entgegenzuwirken“ (Reicher, 2009, S. 31).

#### **6.4. Probleme der Integration/Inklusion von Menschen mit Behinderungen**

In den letzten Jahren wird der Begriff „Integration“ hauptsächlich in sozial- und bildungspolitischer Absicht verwendet, behinderte Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Leider besteht nach wie vor eine kaum zu überwindende Kluft zwischen den Zielvorstellungen von Integration und den allgemeinen gesellschafts- und bildungspolitischen Vorstellungen darüber, allen Menschen das Recht auf Integration zuzugestehen. Aus diesem Grund haben in den meisten europäischen Ländern neben den integrativ geführten Institutionen die Sonderinstitutionen der traditionellen Art weiterhin Fortbestand. Die Sonderinstitutionen beschäftigen sich nicht mit der Integration, sondern mit der Segregation der „nicht integrationsfähigen“ Menschen und entweichen somit der Verpflichtung, sich mit Integration und deren Zielvorstellungen auseinanderzusetzen. Integration wird oft von Menschen mit Behinderungen selbst in die Hand genommen, wobei sie sehr viele Hürden überwinden müssen, um einigermaßen integriert leben zu können (vgl. Bintinger et al., 2005). Nach Greving (2006) stellt sich Inklusion einerseits als Konzept einer gesellschaftsdifferenzierenden Diagnostik dar, andererseits „als Modell einer Wahrnehmung unterschiedlicher gesellschaftskultureller und organisationskultureller Mechanismen und Bezugsformen“ (S. 84). Inklusion kann als kommunikative Kontingenz verstanden werden, da sie immer auch Exklusion meint. Abschließend wird ein Zitat von Greving (2006) angeführt, welches den Begriff Inklusion in seiner Ganzheit darstellt:

„Die Realisation dieses Inklusionsverständnisses generiert somit immer wieder auch Macht im Gesellschaftsganzen, da eben diese gesellschaftlichen Prozesse besser durchschaut und somit ggf. optimiert werden können. Inklusion vermeidet somit also Ohnmacht aller hieran Beteiligten und führt hierbei einen aufklärerischen Dolch im Gewande, welcher dazu beitragen kann, eine falsch verstandene Integration (sobald nämlich eben dieses System stabilisiert wird) vom Thron zu stoßen. Inklusion ist somit im Kontext heilpädagogischer Maßnahmen als Prozess der Ver-Mittlung zu kennzeichnen – ohne hierbei gesellschaftssystemische Spannungen auch nur im Geringsten auflösen zu können“ (Greving, 2006, S. 84).

## **6.5. Zusammenfassung**

Aufgrund der aktuellen Entwicklungen führt das Verständnis von Integration hin zum Begriff der Inklusion. Grundvoraussetzung ist, dass alle Systeme und Strukturen wirklich allen Menschen offenstehen und zugänglich sind, mit oder ohne Behinderung. Der Begriff Integration wurde vielmals als Wiedergutmachung eingesetzt, da die Gesellschaft Menschen mit Behinderung ausgegrenzt und isoliert hat. Aus diesem Grund kam es zur Integration dieser Menschen in die normale Gesellschaft. Inklusion bedeutet, diese Fehler von Ausgrenzung und Absonderung von Anfang an zu vermeiden. Jedes Individuum mit einer Behinderung soll von Geburt an ein vollwertiges und gleichberechtigtes Mitglied unserer Gesellschaft sein und auch vollständig in Strukturen und Angebote eingebunden sein, wie jedes andere Mitglied der Gesellschaft auch (vgl. Greving, 2006). Zum Leidwesen von Menschen mit Behinderungen ist es bis heute nicht gelungen, Selektion und Segregation im Bewusstsein der Menschen und in allen Bereichen der Gesellschaft grundsätzlich zu beseitigen. Inklusion stellt eine weitere Vertiefung des Integrationsgedankens dar (vgl. Bintinger et al., 2005).

„Zum heutigen Zeitpunkt kann festgestellt werden, dass die Idee der Integration zweifellos Veränderungen von Werthaltungen und Strukturen der Gesellschaft in Richtung Humanisierung und Demokratisierung eingeleitet und eine gewisse Sensibilität für Menschen mit Behinderungen angebahnt hat“ (Bintinger et al., 2005, S. 22).

## 7. Behinderung und Wohnen

### 7.1. Begriffsdefinitionen

Nach Weinwurm-Krause (1999) ist Wohnen eine Grundvoraussetzung würdiger menschlicher Daseinsgestaltung, die mit vielen psychischen Prozessen verknüpft ist und die eine Verwirklichung der Lebensgestaltung und -planung im großen Umfang beeinflusst (vgl. S. 13).

„Das Selbstempfinden eines Menschen, dadurch bedingt die Selbstdarstellung, ist in hohem Maße durch die Art und Weise des Wohnens, welche sich im konkreten Wohnraum, den Aneignungsmöglichkeiten und den damit verknüpften sozialen Beziehungen vor Ort niederschlägt, bestimmt“ (Weinwurm-Krause, 1999, S. 15).

Werden die ökologischen Aspekte des Wohnens betrachtet, so können nach Bronfenbrenner vier Systeme unterschieden werden: Das Mikrosystem bildet die Ebene der direkten Lebenswelt, in der Form, wie sie subjektiv wahrgenommen und erlebt wird. Beispiele für Mikrosysteme sind Familien, Schulklassen, Teams und Wohngruppen. Das Mesosystem umfasst die Wechselbeziehungen zwischen den Lebensbereichen, an denen die sich entwickelnde Person aktiv beteiligt ist. Beispiele für Mesosysteme für Wohngruppenbewohner sind das Elternhaus, die Arbeitsstelle, die Nachbarschaft und mögliche Freizeitgruppen, welche im Einzelnen wiederum Mikrosysteme sind. Mit Exosystemen sind Lebensbereiche gemeint, an denen die sich entwickelnde Person nicht aktiv beteiligt ist, die aber Einfluss auf die Meso- und Mikrosysteme haben. Dies kann für Wohngruppenbewohner die Wohnheimleitung, aber auch die Infrastruktur sein. Den Abschluss bilden die Makrosysteme, welche sich auf die grundsätzliche formale und inhaltliche Ähnlichkeit der Systeme niedrigerer Ordnung (Mikro-, Meso- und Exosysteme), die in der Subkultur oder der ganzen Kultur bestehen oder bestehen könnten, beziehen. Dazu kommen die ihnen zugrunde liegenden Weltanschauungen und Ideologien (vgl. Weinwurm-Krause, 1999). Grundaussage des ökologischen Wohnaspektes ist, dass die Wechselseitigkeit der Beziehungen zwischen Person und Umwelt in den Mittelpunkt gerückt wird. Nach Weinwurm-Krause (1995) ist die Bedürfnisbefriedigung durch Wohnen grob in drei Dimensionen zu unterteilen: die

physische Dimension, die psychische Dimension und die soziale Dimension. Die physische Dimension bezieht sich auf das Streben nach Sicherheit, Schutz und Geborgenheit. Die psychische Dimension beinhaltet den Wunsch nach Beständigkeit und Vertrautheit. Ein räumlicher Rahmen für die Möglichkeiten der Selbstverwirklichung soll gegeben sein. Die soziale Dimension beschreibt den Wunsch nach Selbstdarstellung und Demonstration des sozialen Status. Dem Bedürfnis nach selbst gewählten Kontakten und Kommunikation muss nachgekommen werden (vgl. Weinwurm-Krause, 1995).

## **7.2. Wohnen und Menschen mit Behinderungen**

„Wohnen ist ein Ort, an dem sich der Mensch zuhause, heimisch oder zugehörig fühlen möchte, der 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. Diese Momente gelten uneingeschränkt auch für Menschen mit geistiger Behinderung, die die gleichen Wohnbedürfnisse wie andere Menschen äußern und so leben möchten wie ihre Eltern, Geschwister, Bekannten, Lehrer oder Assistenten“ (Theunissen, 1997, S. 65).

Wohnen stellt für alle Menschen ein bedeutsames, grundlegendes Bedürfnis dar, dessen Befriedigung aber in Abhängigkeit von den Möglichkeiten zu sehen ist. Zusätzliche Einschränkungen in Bezug auf die Realisierung der Wohnbedürfnisse können Art und Grad der Behinderung sowie Art und Weise der Unterbringung in bestimmten Wohnformen bedeuten. In den meisten Fällen ist das Wort „Unterbringung“ angebrachter als „Wohnen“, besonders angesichts der mangelnden Bedürfnisbefriedigung in Institutionen. Erst wenn die Achtung der Persönlichkeit, das Recht auf Selbstbestimmung, die Wahrung der Intimsphäre und die Verbesserung der Möglichkeiten zur Teilhabe am Leben der Gemeinschaft gewährleistet sind, dann können Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten, Erfahrungs- und Handlungschancen im Wohnbereich gefördert werden. Wohneinrichtungen versuchen hauptsächlich, die physischen Bedürfnisse zu berücksichtigen, worin die Gefahr einer Überversorgung durch Rationalisierung der Pflege liegt. Aus diesem Grund können selbstständige Tätigkeiten

seitens der Bewohner/innen nicht genügend gefördert bzw. sogar unterdrückt werden. In weiterer Folge kommt es zu einer weitestgehenden Fremdbestimmung und eventuell sogar zur Passivität der behinderten Bewohner/innen (vgl. Weinwurm-Krause, 1999). Für Jähnert (1995) sind drei Forderungen im Bereich Wohnen von Bedeutung:

1. Menschen mit Behinderungen sollen selbst entscheiden dürfen, wo sie wohnen wollen;
2. Menschen mit Behinderungen sollen selbst entscheiden dürfen, wie sie leben wollen;
3. Menschen mit Behinderungen sollen ihre Wohnform selbst gestalten dürfen, und zwar von Anfang an (vgl. Jähnert, 1995, S. 133).

Nach Sack (1998) hat Wohnen auch etwas mit Geborgenheit zu tun. Das Individuum grenzt mit seinen Hausmauern die Innen- von der Außenwelt ab. Die Geborgenheit setzt neben dem Schutz nach außen auch eine Wohnlichkeit nach innen voraus, die vom Bewohner nach seinen eigenen individuellen Vorstellungen gestaltet wird (vgl. Sack, 1998). Nach Mattner (2005) drängt sich die Frage auf, inwieweit vorstrukturierte anonyme Räumlichkeiten von Heimen und Wohnstätten den existenziellen Grundvoraussetzungen des Wohnens, wie Geborgenheit, Schutz und Sicherheit, gerecht werden. Tatsache ist, dass solche standardisierten räumlichen Strukturen hauptsächlich an einer verwehrökonomischen Logik mit all ihren konkreten Auswirkungen orientiert sind. Weiters fragt sich Mattner (2005), ob eine Institution der „öffentlichen Privatheit“ die Befriedigung dieser individuellen, privaten Wohn- und Lebensbedürfnisse, die jeder nicht behinderte Mensch ganz selbstverständlich für sich in Anspruch nimmt, überhaupt gewährleisten kann (vgl. Mattner, 2005). Abschließend soll angemerkt werden, dass Wohnen viel mehr bedeutet, als nur irgendwo verortet zu sein und einen zugewiesenen Platz und ein Dach über dem Kopf zu haben (vgl. Mattner, 2005). Erwachsene und ältere behinderte Personen sollten so selbstständig wie möglich wohnen können, und zwar in Wohnungen, die denen der sogenannten Normalbevölkerung entsprechen. Bei Institutionsunterbringung sollten sie auch hier höchstens mit vier bis sechs Personen pro Haus zusammenwohnen (vgl. Berg, 2007a). Wendeler (1993) sagt, dass behinderten Menschen nicht nur ermöglicht werden soll, ein Leben zu führen, das der Normalität so weit wie möglich entspricht, sie sollen es auch in der Gemeinschaft nichtbehinderter Menschen tun können und nicht in den weit abgelegenen und isolierten Anstalten. Weitere wichtige Punkte der sozialen Integration von Menschen mit geistiger Behinderung sind Kontakte zur Nachbarschaft, die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, die Nutzung der Dienstleistungen der Wohngemeinde und eine „bewohnerzentrierte“ Organisation des Zusammenlebens (vgl. Wendeler, 1993).

„Die Lage der Wohnstätte, ihre Ausstattung, ihre Größe, der Kontakt zu den Nachbarn: das alles sind wichtige Aspekte der Ent-Hospitalisierung und sozialen Integration, wichtiger ist aber die Organisation des Zusammenlebens, und dabei besonders die Qualität der Betreuung. Wenn sich daran nichts bessert, dann sind gemeindezentrierte Wohneinrichtungen trotz ihrer günstigeren Voraussetzungen nicht weniger hospitalisierend als die Stationen in abgelegenen Vollzeiteinrichtungen“ (Wendeler, 1993, S. 104).

Laut Theunissen (1997) beschränkt sich die Normalisierung des Wohnens nicht nur auf Prozesse gesellschaftlicher Integration oder Wiedereingliederung, sondern es geht auch immer um die Schaffung und Sicherung eines Raumes, in dem ein selbstgestaltetes und sinnerfülltes Leben stattfinden kann. Beschränkungen bei der Verwirklichung individueller Wohnbedürfnisse müssen unbedingt reflektiert werden. Die Normalisierung der Lebens- und Wohnmöglichkeiten von Erwachsenen mit geistiger Behinderung wird vor allem durch administrative und wirtschaftliche Überlegungen erschwert. Dazu kommen auch der kontrollierende Einfluss von Pädagogik sowie das mangelnde Vertrauen in die Ressourcen und Fähigkeiten geistig behinderter Menschen. Ziel soll ein gemeindeintegriertes Wohnen geistig behinderter Menschen sein. Dadurch entstehen folgende Anforderungen und institutionelle Voraussetzungen, um dieses Ziel zu erreichen:

- Kleine, überschaubare Wohngruppen (4 bis 8 Plätze)
- Festes Mitarbeiter/innen-Team
- Bezugsassistenz
- Einzelzimmer
- Mehrperspektivische Wohnraumgestaltung (z. B. Ruhezeiten, normale
- Möblierung, Waschmaschine, Tapeten, Bilder etc.)
- Zweckmäßige Außenanlage (z. B. Zugang zum Garten)
- Günstige Wohnanlage (z. B. Vermeidung verkehrsreicher oder dicht besiedelter Bezirke, kurze Wege zu komplementären Diensten/Einrichtungen, Zugang zu Grünbereichen) (vgl. Theunissen, 1997, S. 69).

Theunissen (1997) spricht von einer „autonomen Wohngruppe“, in der es um mehr Selbstständigkeit und Unabhängigkeit geht. Beispiele dazu sind Formen einer Selbstversorgung, wie Einkauf und Zubereitung von Mahlzeiten, Wäsche waschen,

Anschaffung von Haushaltsgeräten, Möbeln etc. Dies bedeutet, dass einer Gruppe monatlich ein in eigener Regie zu verwaltendes Budget für Haushaltsführung, zur Anschaffung von Einrichtungsgegenständen sowie für pädagogische Aktivitäten bereitgestellt wird. Einerseits kann durch die größere Selbstständigkeit von Wohngruppen das Gruppenpersonal selbstverantwortlich, eigenständiger und kreativer arbeiten. Auf der anderen Seite werden Menschen mit Behinderungen Situationen nähergebracht, die in ihren Handlungsstrukturen angeeignet werden können, so dass Leben Sinn erhält und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände stattfinden kann (vgl. Theunissen, 1997). Nicht zu vergessen ist die Rolle der Betreuer/innen in Wohnstätten. Sie sind für das Wohlbefinden und die Entwicklung von Menschen mit geistiger Behinderung von großer Bedeutung. Die Lebensqualität von geistig behinderten Menschen ist von ihrer Berufsauffassung und Berufsmotivation in entscheidendem Maße abhängig. Ein großes Problem stellt sich den Betreuer/inne/n in jeder Hinsicht, nämlich der Schichtdienst. Denn wenn andere Berufstätige ihren Freizeitaktivitäten nachgehen, wird von den Betreuer/inne/n behinderter Menschen ein besonderer Arbeitseinsatz verlangt. Weitere Probleme können dadurch entstehen, dass die Betreuungsarbeit Teamarbeit ist. Eine Grundvoraussetzung für diesen Beruf ist die Fähigkeit und Bereitschaft zur Teamarbeit, dazu gehört auch, dass Konflikte angesprochen werden und auch offen ausgetragen werden. Zu diesen Problemen, bei denen bei weitem noch nicht alle angesprochen wurden, kommt die hohe Fluktuationsrate hinzu, und diese ist mit dem Auftrag der Einrichtungen, eine familiäre, sichere und geborgene Umgebung zu schaffen, völlig unvereinbar (vgl. Wendeler, 1993).

### **7.2.1. Ausblick: Entwicklungen in Schweden, Dänemark, Niederlande, England**

Die schwedische Wohlfahrtspolitik Anfang der 1980er Jahre machte sich zum Ziel, die Integration von Menschen mit geistiger Behinderung und die Gleichheit von Lebensbedingungen nicht durch eine Veränderung der Person durch rehabilitative Maßnahmen, sondern durch Veränderungen der Umgebung einer Person zu erreichen. Bis heute setzte sich die Sichtweise durch, dass die eingeschränkten Faktoren einer Behinderung nicht auf der individuellen Ebene, sondern in dem Verhältnis des Individuums zu seiner Umgebung bestehen (vgl. Aselmeier, 2006). In Schweden haben die Reformbemühungen der Behindertenpolitik dazu geführt, dass Menschen mit Behinderungen schon lange nicht mehr in Sondereinrichtungen abgeschoben werden.



Nach Aselmeier (2006) ist die physische Integration von Menschen mit Behinderungen in die Gemeinden und Städte erreicht worden, jedoch die soziale Integration bzw. gesellschaftliche Inklusion herzustellen, wird auch aus schwedischer Perspektive als Aufgabe für Generationen angesehen, die noch lange nicht bewältigt ist. Sehr positiv ist, dass es in Schweden keine zentralisierten Sondereinrichtungen mehr gibt. Menschen mit Behinderungen haben Anspruch auf soziale Dienstleistungen. Ausschlaggebend ist nicht, ob eine Person eine Behinderung hat, um Unterstützungsleistungen zu erhalten, sondern der Unterstützungsbedarf selbst. Menschen mit einem umfassenden Unterstützungsbedarf erhalten eine persönliche Assistenz, die sie über direkte Zahlungen selbstbestimmt regeln können. Folgende Faktoren kennzeichnen die Entwicklung in Schweden:

- 1946 gab es eine erste Formulierung des Normalisierungsprinzips, wenngleich nicht auf Menschen mit geistiger Behinderung bezogen.
- Einflussnahme der Behindertenbewegung, welche durch starkes bürgerschaftliches Engagement vieler Menschen für die Belange ihrer Mitbürger/innen mit Behinderungen zustande kam.
- Übernahme einer Versorgungsverantwortung durch die Provinzverwaltungen.
- Eine aufeinander aufbauende Gesetzgebung: diese Gesetze schufen Rahmenbedingungen, unter denen die Weiterentwicklungen des Hilfesystems vonstatten gehen konnten.
- Die öffentliche Trägerschaft der Einrichtungen.
- Eine öffentlich geführte Debatte über adäquate Hilfeformen.
- Ein gemeinsames gesellschaftliches und politisches Bewusstsein. Jeder Mensch hat ein Recht auf gesellschaftliche Teilhabe, ob mit oder ohne Behinderung.
- Ökonomische Aspekte: die vorhandenen finanziellen Möglichkeiten wurden durch qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Unterstützung in eigens gebauten spezialisierten Einrichtungen überfordert (vgl. Aselmeier, 2006).

In den frühen 1960er Jahren begann die Stiftung FOKUS in Schweden, Schwerbehinderte mit Bedarf an Rund-um-die-Uhr-Service unterzubringen. Das FOKUS-System versuchte, die Probleme des Wohnens und der Lebensbedingungen für Schwerbehinderte zu lösen. Der Grundgedanke war, dass behinderte Menschen die gleichen Bedürfnisse und Wünsche haben wie nicht behinderte Menschen. Grundvoraussetzung, um zu leben wie jeder andere, ist, ein Zuhause zu haben, in dem

man sich wohlfühlt. Vor allem können drei wichtige Punkte des FOKUS-Systems angeführt werden, um ein integriertes Leben zu ermöglichen (vgl. Brattgard, 1982):

- Angepasste, flexible, eingestreute Wohnungen.
- Ein Service-System, das den Bedarf an persönlichem Kontakt abdeckt und den Rund-um-die-Uhr-Service garantiert.
- Ein Transportsystem, das den behinderten Mietern die Möglichkeit gewährt, an Arbeitswelt, Ausbildung und gesellschaftlichem Leben teilzunehmen (Brattgard, 1982, S. 48).

Das FOKUS-System stellte für die damalige Zeit eine leistungsfähige Lösung für einige Menschen mit Behinderungen in Schweden dar. Gründer dieser Organisation war Brattgard. Van der Horst hat diese Idee übernommen und anschließend auch in den Niederlanden realisiert. In Holland entwickelte sich auf der Basis der FOKUS-Systeme in Schweden die A.T.L.-Hilfe. Diese Buchstaben stehen für „Aktivitäten des täglichen Lebens“. Damit behinderte Menschen ihren Tagesablauf selbst bestimmen können, muss die A.T.L.-Hilfe vierundzwanzig Stunden am Tag verfügbar sein (vgl. Heykamp, 1982). In England entwickelten sich das Konzept und die Arbeitsweise von Crossroads, welche als Ergänzung ambulanter Hilfs- und Pflegedienste angesehen werden kann. Ziel ist es, auf jede Familie individuell einzugehen und den Betreuungsbedarf allein durch die jeweiligen Erfordernisse zu bestimmen. Die tatsächlich benötigte Hilfe beschränkt sich hauptsächlich auf alltägliche Aufgaben, wie zum Beispiel Waschen, Toilettenhilfe, Anziehen, Essen etc. Die Uhrzeit der Hilfeleistung spielt auch hier eine große Rolle, denn sie sollte verlässlich und jederzeit verfügbar fortgesetzt werden und auch Stunden abdecken, welche nicht in der „geregelten Arbeitszeit“ liegen, wie spät abends, früh morgens, und auch am Wochenende und an Feiertagen (vgl. Osborne, 1982). In Dänemark entstanden in den 1960er und 1970er Jahren viele kleine Wohneinrichtungen, die zur Ablöse von Plätzen in den traditionellen Anstalten gebaut wurden (vgl. Berg, 2007). In England entwickelte sich seit den 1990er Jahren das Konzept des Supported Living, welches den Ausbau von gemeinwesenintegrierten Wohn- und Unterstützungsmöglichkeiten für Menschen mit geistiger Behinderung zu steuern versucht. Das Konzept schreibt der individuellen, bedarfs- und wunschgerechten Unterstützung im eigenen Wohnraum zentrale Bedeutung zu. Grundgedanke des Supported Living ist, dass Menschen mit geistiger Behinderung nicht in Sonderwohnformen untergebracht sein sollen, sondern in der eigenen Wohnung mit der Unterstützung, die der/die Betreffende individuell benötigt oder wünscht. Wichtige Elemente von Supported Living sind:

- Individualisierung
- Abkehr von vorgefertigten Programmen
- Zukunftsplanung
- Inanspruchnahme verschiedener Kontakte
- Flexible Unterstützung
- Einbeziehung von informeller Unterstützung
- Lernen im Alltag und Bereitstellung technischer Hilfen sowie Selbstbestimmung und Kontrolle (vgl. Aselmeier, 2007)

1993 fand das Konzept des Supported Living Einzug ins englische Hilffsystem durch die offizielle Implementierung eines sogenannten „Supported Living Programme“, welches auf fünf Grundprinzipien aufbaut: Trennung von Wohnung und Unterstützung, Fokus auf nur eine Person zu einer Zeit volle Wahl- und Kontrollmöglichkeiten durch Nutzer/innen, keine Zurückweisung aufgrund der Schwere der Behinderung und Fokus auf natürliche Beziehungen. Abschließend sei angemerkt, dass Supported Living explizit auf informelle Netzwerke und natürliche Ressourcen, wie z. B. Angehörige, zurückgreift (vgl. Aselmeier, 2007).

### **7.3. Heime für Menschen mit geistiger Behinderung**

Klauß & Wertz-Schönhagen (1993) beschreiben die Vor- und Nachteile einer Heimunterbringung von Menschen mit geistiger Behinderung sehr gut. Zu Hause bestehe eher eine Überbehütung und in stationären Einrichtungen bestehe eine Überversorgung, eine „Alle-müssen-gleichbehandelt-werden-Ideologie“ von Menschen mit geistiger Behinderung. Eltern begreifen ihr Kind als einzigartiges Individuum. In Heimen wird das Behindertsein zum Normalen, es werden Regeln geschaffen, die im Prinzip für alle gleich gelten, um die Möglichkeit zu erhalten, eine Gruppe von Menschen, die mit ihrer Behinderung und ihren vielfältigen Eigenarten aus dem normalen Rahmen fällt, zu betreuen. Die Tendenz zur Ent-Individualisierung existiert vorwiegend in Heimen, denn die Versorgung, Betreuung, Förderung, Ernährung etc. müssen für alle sichergestellt werden. Diese Versorgung wird unabhängig davon geregelt, was der einzelne Mensch selbst könnte. Weiters weisen Heime für Behinderte Merkmale auf, die Goffmann (1973) in seiner Arbeit über Asyle als kennzeichnend für „totale Institutionen“ beschrieb:

„Alles findet unter einer Autorität statt. Alles findet in Gruppen statt. Alle Phasen des Tages sind vorgeplant. Die vorgesehenen Tätigkeiten sind in einem Plan zusammengefasst, der angeblich das Ziel der gesamten Institution verfolgt. Es gibt nur bedingt mehrere Lebenswelten wie bei anderen Menschen, die in Beruf, Familie und Freizeit in klar abgetrennten Bereichen leben. Ein Heim ist im Prinzip eine „heile Welt“. Solche Tendenzen stationärer Einrichtungen lassen Individualität tendenziell zum Störfall werden“ (Klauß & Wertz-Schönhagen, 1993, S. 77).

Kief (1994) untersuchte durch einen Vergleich der Selbstständigkeit und Zufriedenheit von Bewohner/inne/n eines Wohnheimes und von Außenwohngruppen, ob die Normalisierung der Wohnsituation Auswirkungen auf die Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung hat. Die Untersuchungsfrage lautete, ob Bewohner/innen in normalisierten Wohnverhältnissen selbstständiger sind und ob sie zufriedener sind als vergleichbare Bewohner/innen in herkömmlichen Wohnformen. Die Stichprobe bestand aus 18 Bewohner/inne/n von Außenwohngruppen bzw. Appartements und aus 17 Bewohner/inne/n eines Wohnheims, die hinsichtlich ihres Behinderungsgrades mit den Personen der ersten Stichprobe vergleichbar waren. Die Untersuchungsmethode zur Selbstständigkeit war die Version 2 des PAC (Pädagogische Analyse und Curriculum). Um die Zufriedenheit der Untersuchungsteilnehmer/innen herauszufinden, wurde eine Ratingskala mit unterschiedlich traurig bzw. fröhlich aussehenden Gesichtern verwendet. Die Annahme, dass eine normalisierte Wohnsituation mit einer höheren Selbstständigkeit einhergeht, wurde durch das Ergebnis der Selbstständigkeitserfassung bestätigt. Die normalisierte Lebenswelt ist anregungsreicher, was ein Hinweis darauf ist, dass die Qualität der Wohnumwelt entscheidend dafür ist, ob eine Person ihre Potenziale in einer mehr lebenspraktischen Selbstständigkeit umsetzen kann oder nicht (vgl. Kief, 1994).

„Es zeigt sich somit, dass die kognitiven Potentiale eines Menschen mit geistiger Behinderung für die Normalität seiner Lebensgestaltung weniger entscheidend sind als die Umwelt, auf die er mit diesen Potentialen trifft. Ermöglicht diese Umwelt mehr Lernerfahrungen, so ist ein höherer Grad an Selbstständigkeit erreichbar“ (Kief, 1994, S. 43).

Um die Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung zu ermitteln, stellen sich nach Bundschuh & Dworschak (2002) zwei zentrale Fragen. Erstens wie Lebensqualität bestimmt bzw. erfasst werden kann und zweitens, ob es Zusammenhänge zwischen sonderpädagogischen Diensten und der Lebensqualität von Erwachsenen mit geistiger Behinderung gibt. Nach Bundschuh & Dworschak (2002) wird Lebenszufriedenheit über globale Zufriedenheit und die Zufriedenheit mit den individuellen Lebensbedingungen, z. B. den Wohn- und Angebotsstrukturen, operationalisiert. Die sozialen Beziehungen zu Mitarbeiter/inne/n, Mitbewohner/inne/n, Freund/inn/en, Familie etc. (soziales Netzwerk) und deren unterstützende Funktion für die Alltagsbewältigung (soziale Unterstützung) stehen im Mittelpunkt der Netzwerkanalyse (vgl. S. 71).

## **8. Förderung von Selbstständigkeit und Selbstbestimmung**

### **8.1. Die SIVUS-Methode**

#### **8.1.1. Einleitung**

Die SIVUS-Methode geht der Grundfrage nach, wie es zu einer wirklich menschlichen Qualität des Zusammenlebens von und mit Menschen mit geistiger Behinderung kommt. Diese Methode wurde von Walujo und seinen Mitarbeiter/inne/n in Schweden entwickelt und erprobt. SIVUS bedeutet wörtlich „Social Individ Via Utveckling i Samverkan“ und kann ins Deutsche übersetzt werden mit „soziale und individuelle Entwicklung durch Zusammenwirken“, wobei sich dieser Ansatz auf die Arbeit in Einrichtungen, in denen Menschen mit geistiger Behinderung leben, bezieht (vgl. Walujo & Malmström, 1996).

„Im Zentrum des andragogischen Ansatzes stehen die grundlegenden Bedürfnisse und Interessen des Menschen, durch individuelle und soziale Aktivität seiner Entwicklung Richtung, Dynamik und sinnvollen Gehalt zu geben. Dabei spielen die Konstanz und Kontinuität der relativ kleinen Gruppe (3 bis 8 Mitglieder einschließlich Mitarbeitern) und ihre Tätigkeitsschwerpunkte eine wesentliche Rolle“ (Walujo & Malmström, 1996, S. 9).

Das erste SIVUS-Pilotprojekt in Österreich wurde von September 1985 bis Juni 1994 in einer Tagesheimstätte der Lebenshilfe Oberösterreich durchgeführt. Die Entwicklungen der Menschen mit Behinderungen waren sehr positiv und markant.

„Sie wurden bedeutend selbständiger, selbstsicherer, konnten zusagen und ablehnen, trugen Verantwortung, planten und arbeiteten nach eigenen Ideen, bauten Freundschaften und Zusammenarbeit mit behinderten Kollegen auf, entfalteten starke Kreativität, Identität und Persönlichkeitsstrukturen, lösten sich immer mehr vom Personal und vom Elternhaus und bewegten sich immer sicherer in der Gesellschaft“ (Walujo & Malmström, 1996, S. 10).

Im Folgenden werden die Grundgedanken der SIVUS-Methode beschrieben.

### **8.1.2. Die Zielsetzung der SIVUS-Methode: Selbstständigkeit, Selbstvertrauen, Zusammengehörigkeitsgefühl**

Die SIVUS-Methode beschäftigt sich mit zwei Hauptfragen: Wie kann der Einzelne sein Selbstbewusstsein und die Fähigkeit zur Zusammenarbeit mit Hilfe der anderen in der Gruppe entwickeln? Wie können Erwachsene mit geistiger Behinderung ein Zusammenspiel in ihrer Gruppe entwickeln und gestalten? (vgl. Walujo & Malmström, 1996, S. 15). Wichtig ist, dass alles, was in der Gruppe geschieht, in den Bedürfnissen und Interessen der Teilnehmer/innen verankert ist. Diese Gruppenstruktur kann die individuelle und soziale Entwicklung des Menschen unterstützen. Dadurch ist die Voraussetzung gegeben, sich selbst zu finden und sich entwickeln zu können. In der SIVUS-Arbeit werden folgende Eigenschaften von Menschen mit geistiger Behinderung hervorgehoben und bestärkt: Die Selbst-Ständigkeit, das Selbst-Vertrauen und das Zusammengehörigkeitsgefühl (vgl. Walujo & Malmström, 1996).

### **8.1.3. Das soziale Reifen in SIVUS**

Es muss zwischen zwei Dimensionen unterschieden werden:

„Eine Dimension im sozialen Entwicklungsprozess eines Menschen beschreibt den Weg von Einsamkeit, Isolation und Kontaktlosigkeit bis zum aktiven Umgang mit Personen innerhalb und außerhalb des näheren Personenkreises. Dies ist die erste Dimension des von uns sogenannten sozialen Reifungsprozesses. Dieser Reifungsprozess wird in fünf Stufen eingeteilt: Die Individualstufe, die Paarstufe, die Gruppenstufe, die Intergruppenstufe und die Gesellschaftsstufe. Die zweite Dimension im sozialen Entwicklungsprozess betrifft den Grad der erreichten Selbstständigkeit. Dabei unterscheiden wir 3 Stufen:

1. Beobachten, wie andere auf der gleichen Stufe agieren, eine Aktivität mit umfassender Unterstützung ausführen.
2. Selbst mit Unterstützung des Begleiters zurechtkommen.
3. Selbst ohne Unterstützung des Begleiters zurechtkommen“ (Walujo & Malmström, 1996, S. 18).

## 8.1.4. Zusammenfassung der SIVUS-Ideen

Die SIVUS-Ideen werden von zwei Prinzipien getragen: von der Grundanschauung und den praktischen Grundsätzen.

### 8.1.4.1 Die Grundanschauung

Das Menschenbild ist dadurch geprägt, dass Menschen mit geistiger Behinderung ein Bedürfnis haben, sich individuell und sozial zu entwickeln. Sie befinden sich in einer Entwicklung aus eigener innerer Triebkraft und durch eigenes Handeln. Wichtig ist vor allem, dass Menschen mit geistiger Behinderung Mitmenschen, Subjekte sind, mit denen wir verkehren und zusammenarbeiten, nicht Objekte, die wir betreuen. Die Rolle des/der Begleiter/in/s ist gekennzeichnet durch Begleitung und Mitwirkung und nicht durch Pflege und Betreuung. Die Begleiter/innen richten sich nach Bedürfnissen, Interessen und Voraussetzungen der Betroffenen und arbeiten aktiv als Mitglied in der Gruppe mit. Begleiter/innen betonen Fähigkeiten statt Schwächen und bauen darauf auf. Sie geben nur dort Unterstützung, wo es notwendig ist. Das Ziel der SIVUS-Methode ist, Menschen mit geistiger Behinderung so zu unterstützen, dass sie individuell und im Zusammenspiel mit anderen so ungehindert wie möglich agieren können, sprich als soziales Individuum. Gerade deshalb wird Selbstvertrauen, Selbstständigkeit und Zusammengehörigkeit unterstützt. Die SIVUS-Methode kann in fünf Schritten erklärt werden:

1. Entwicklungen vollziehen sich laut der SIVUS-Methode im gemeinschaftlichen Handeln mit anderen Menschen.
2. Die Gruppenaktivität geschieht in kleinen, beständigen Gruppen, die sich nach den eigenen Bedürfnissen und Interessen der Teilnehmer/innen orientiert und ist nach demokratischen Grundsätzen ausgerichtet.
3. Der/die Begleiter/in ist bemüht, die Menschen mit geistiger Behinderung dabei zu unterstützen, ihre Situation durch immer selbstständigeres Handeln besser wahrzunehmen und zu beeinflussen. Jede Gruppentätigkeit beinhaltet vier wichtige Situationen:
  - miteinander umgehen: dazu muss die soziale Fähigkeit entwickelt werden, einander zu verstehen, und man muss lernen, mit anderen zusammenzuarbeiten;
  - die Arbeit oder Aktivität vorbereiten: Planungsfähigkeit muss entwickelt werden, man muss eine Idee haben, seine Arbeit oder seine Aktivität planen und vorbereiten;
  - den Plan durchführen: Arbeitsfähigkeit;



- das Resultat beurteilen: Beurteilungsfähigkeit, nachdenken, was man getan hat.
- 4. Die Unterstützung des/der Begleiter/in/s nimmt mit zunehmender Selbstständigkeit jedes/r Teilnehmer/in/s ab.
- 5. Die SIVUS-Methode bevorzugt eine „bewegliche Selbstständigkeit“, welche durch das Durchwandern der fünf Entwicklungsstufen erreichbar ist:
  - die Individualstufe – allein agieren
  - die Paarstufe – zu zweit agieren
  - die Gruppenstufe – in der Gruppe agieren
  - die Intergruppenstufe – Zusammenarbeit zwischen Gruppen
  - die Gesellschaftsstufe – draußen in der Gesellschaft auf verschiedene Weise zurechtkommen (vgl. Walujo & Malmström, 1996).

Nach Walujo & Malmström (1996) bedeutet dies, dass Gruppentätigkeit als ein Mittel eingesetzt wird, um eine gesteigerte Selbstständigkeit bei Integration von Wohnen, Arbeit und Freizeit im normalen Leben in der Gesellschaft zu erreichen. SIVUS ist nicht nur eine Zielsetzung, sondern auch eine Methode.

„Sich entwickeln im Zusammenwirken mit seinen Mitmenschen durch Zusammensein und kooperieren, planen/vorbereiten, arbeiten/durchführen und beurteilen/nachdenken, mit oder ohne Unterstützung durch Mitarbeiter/innen in verschiedenen Arbeitsformen (individuell, zu zweit, in der Gruppe, zwischen Gruppen) sowohl in der Einrichtung als auch draußen in der Gesellschaft, um das Ziel zu erreichen, als Person, sowohl individuell als auch sozial, entsprechend den jeweiligen Fähigkeiten selbständig zu sein“ (Walujo & Malmström, 1996, S. 161).

### 8.1.4.2 Die praktischen Grundsätze

Die Arbeit mit SIVUS wird durch folgende praktische Grundsätze erleichtert. Sie sollten daher bei der Anwendung der Methode beachtet werden: Eine Gruppentätigkeit soll auf individuellen und auf gemeinsamen Bedürfnissen und Interessen der Mitglieder aufbauen. Fremdbestimmung soll hier keinen Platz finden. Die Gruppentätigkeit soll auf demokratischen Grundsätzen aufbauen. Das Motto gilt: Von der eigenen Idee durch eigene Arbeit zum eigenen Resultat. Sprich jede/r Teilnehmer/in soll selbst, entsprechend seiner Fähigkeit, bei Planung, Durchführung und Beurteilung seiner Arbeit oder seiner Aktivität mitwirken dürfen. Jede/r Teilnehmer/in soll einer bestimmten Gruppe angehören mit gleichbleibenden Teilnehmer/inne/n und Begleiter/inne/n und mit einer bestimmten

Hauptaktivität, die über einen längeren Zeitraum andauert. Die Gruppe sollte nicht mehr als drei bis acht Teilnehmer/innen haben, um tiefere soziale Kontakte entwickeln zu können. Es soll innerhalb der Gruppe Raum für individuelles wie für gemeinsames Arbeiten sein. Jede/r Teilnehmer/in kann auch mehreren festen Gruppen angehören, wie z. B. der Arbeitsgruppe, Wohngruppe, Freizeitgruppe etc. Jede Gruppe hat eine Hauptaktivität, die von gemeinsamen Interessen der Teilnehmer/innen ausgeht. Diese können gemeinsam oder auch alleine ausgeführt werden und die Aktivität wechselt nach einer bestimmten Zeit. Die Gruppeneinteilung geht von einem gemeinsamen Interesse für die Hauptaktivität aus und die Gruppen sind heterogen. Die verschiedenen Arbeitsformen der Gruppentätigkeit fördern und entwickeln die besonderen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse der Menschen mit Behinderung. Der Weg der Entwicklung führt über einen schrittweise steigenden Schwierigkeitsgrad. Das Arbeitsmotto lautet: Von dem, was er kann, durch das, was er kann, aber noch nicht wagt, zu dem, was er noch nicht kann. Die Begleiterrolle hat immer einen aktiven Charakter (vgl. Walujo & Malmström, 1996, S. 161ff).

## **8.2. Dialogische Entwicklungsplanung**

### **8.2.1. Einleitung**

Im Bereich der Heilpädagogik wird oft von Förderung in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung gesprochen. Wird von Förderung im Wohnbereich ausgegangen, geschieht dies meist in Zusammenhang mit der natürlichen, alltäglichen Umgebung der Menschen mit Behinderung. Schwierig erscheint hier, die Grenzen zwischen Förderung und alltäglichem, betruerischem Handeln aufzuzeigen. Laut Bensch & Klicpera (2000) können, um Förderung begrifflich abzugrenzen, folgende Faktoren als wesentliche Merkmale angesehen werden:

„Maßnahmen zur Förderung werden geplant, reflektiert und sind auf ein Ziel ausgerichtet. Sie sollen zur Weiterentwicklung des Menschen mit Behinderung dienen. Fördermaßnahmen stellen keine einmalige Episode dar, sondern werden wiederholt angewandt. Jeder Förderprozess besteht aus zumindest 4 Teilen: der Erhebung der aktuellen Situation, der Planung, der Durchführung und der Evaluierung des Förderprozesses“ (Bensch & Klicpera, 2000, S. 15).

Wichtig in diesem Prozess scheint, dass die Förderung ganzheitlich ist und dass sie verschiedene Persönlichkeitsfunktionen anspricht. Die Prozesse sollen für den Menschen mit Behinderung in einem subjektiv sinnvollen Zusammenhang erfolgen und Selbsttätigkeit und Handlungsfähigkeit unterstützen. Betreuer/innen konzentrieren sich nicht auf die Defizite ihrer Klient/inn/en, sondern nehmen die Potenziale zu einer Weiterentwicklung wahr und sehen diese als bestimmend für ihr Handeln (vgl. Bensch & Klicpera, 2000).

„Diese Schaffung eines förderlichen Klimas im Wohnbereich der Menschen mit Behinderung stellt eine wichtige positive Grundvoraussetzung für Förderung dar, um gezielte Fördermaßnahmen handelt es sich aber erst dann, wenn das Handeln der BetreuerInnen auch von Planung und Reflexion begleitet wird“ (Bensch & Klicpera, 2000, S. 16).

Der Prozess der Förderung kann in vier Teile gegliedert werden:

1. Die gezielte Beobachtung bzw. Diagnostik, die Erhebung der aktuellen Lebenssituation und die Informationssammlung stehen im Vordergrund. Die Bedürfnisse und der Lebensstil der Person werden kennen gelernt, die Informationen werden selektiert und geordnet und in weiterer Folge auch gewichtet.
2. Der nächste Schritt ist die Planung der Fördermaßnahmen. Es werden Prioritäten gesetzt, Ziele formuliert, die dafür notwendigen Maßnahmen bzw. Interventionen ausgewählt und abschließend wird die Planung dokumentiert.
3. Die Fördermaßnahmen werden in diesem Schritt mit einer Verlaufserhebung durchgeführt und dokumentiert.
4. Abschließend wird die Förderung evaluiert, sprich es findet eine Prozessevaluation statt. Wichtig ist das Erkennen von förderlichen und hinderlichen Faktoren, die die Durchführung des Förderplans beeinflussen (vgl. Bensch & Klicpera, 2000).

## 8.2.2. Dialogische Entwicklungsplanung in der Praxis

Die Grundlagen bei der dialogischen Entwicklungsplanung sind die Bedürfnisse und Interessen der Menschen mit Behinderung und deren Lebensstil. Hierbei wird eine maximale Einbeziehung der betroffenen Person in den Planungsprozess gewährleistet, sprich die Person bestimmt ihre Ziele selbst. In einem ersten Schritt ist es von Bedeutung, dass der/die Verantwortliche für den Entwicklungsplan möglichst viel über die Person herausfindet. Nach dieser Vorbereitungsphase wird ein Planungsgespräch mit dem Kunden/der Kundin durchgeführt und Entwicklungsziele werden festgelegt, wobei die notwendigen Schritte zur Durchführung geplant werden. Bei diesem Planungsgespräch können natürlich auch wichtige Personen für den Kunden/die Kundin anwesend sein. Ein individueller Plan enthält Ziele, die dazu dienen, die Verantwortlichkeiten und Erfordernisse bei der Zusammenarbeit aller an der Durchführung beteiligten Personen zu klären. Dieser Plan erweist sich als hilfreich, um die Bemühungen und Aktivitäten zu koordinieren, damit die festgesetzten Ziele auch wirklich erreicht werden können. Die dialogische Entwicklungsplanung ist nach Bensch & Klicpera (2000) ein mehrteiliger Prozess:

Erhebung der aktuellen Lebenssituation, des IST – Zustandes — gezielte Beobachtung



Vorbereitung der Zielplanung und -besprechung



Zielplanung und -besprechung



Schriftlicher Zielplan



Durchführung



Verlaufserhebung, Verlaufsdokumentation, Evaluierung

(Bensch & Klicpera, 2000, S. 30)

Zuallererst ist es wichtig, einen Gesamtüberblick über die aktuelle Lebenssituation des Kunden/der Kundin zu bekommen und seine/ihre Bedürfnisse kennen zu lernen. In Form eines Interviews wird die Erhebung der aktuellen Lebenssituation durchgeführt. Weitere Informationen können über eine gezielte Beobachtung und durch Gespräche mit Personen aus dem Umkreis des Menschen mit Behinderung eingeholt werden. Natürlich soll das Sammeln von Informationen unter Berücksichtigung der ganzen Persönlichkeit erfolgen. Bei jeder Planung soll auf die individuelle Lebensgeschichte eingegangen werden, wobei folgende Bereiche abgedeckt werden sollen: Kontakte und Beziehungen, Orte und Ereignisse, Persönliche und familiäre Werte, Persönliche Interessen, Stil, Angewohnheiten und Geschmack, Behinderungen und Sozialisation in Einrichtungen. Die Lebenssituation einer Person kann auf folgenden fünf Dimensionen erfasst werden:

1. Präsenz und Integration in die Gesellschaft: Hier soll überprüft werden, inwieweit die Person öffentliche Angebote wahrnimmt und in welcher Form.
2. Freie Wahl: Der Frage wird nachgegangen, welche Entscheidungen die Person regelmäßig selbst trifft und wo Entscheidungen von anderen Personen für sie getroffen werden, sprich die Wahlmöglichkeiten einer Person werden überprüft.
3. Kompetenzen: Welche Fertigkeiten hat eine Person bzw. welche könnte sie entwickeln, die eine Integration in die Gemeinde, das Treffen eigenständiger Entscheidungen und ihr Ansehen verbessern könnten?
4. Ansehen: War es der Person möglich, auch positiv bewertete Rollen in der Gesellschaft einzunehmen, und wenn nicht, was kann dagegen getan werden?
5. Gesellschaftliche Teilnahme: Das soziale Netzwerk wird hier näher betrachtet (vgl. Bensch & Klicpera, 2000).

Ein wichtiges Instrument für die Sammlung von relevanten Informationen über eine Person ist neben der direkten Befragung die Beobachtung. Dies ist der einfachste und direkteste Weg, etwas über das Verhalten eines Menschen zu erfahren. Laut Bensch & Klicpera (2000) sollte sich die Beobachtung durch Zielgerichtetheit, Differenziertheit und eine Bemühung um Sachlichkeit auszeichnen. Weiters können zusätzliche Methoden angewandt werden, um Informationen über die betreffende Person zu gewinnen:

- Interviews mit der Person und deren Bezugspersonen etc.
- Beschreibende Beobachtung, welche durch eine dem Menschen mit Behinderung nahestehende Person durchgeführt wird.

- Erhebung der Interessen an verschiedenen derzeit ausgeführten und möglichen Aktivitäten.
- Einholen von schriftlichen Informationen über die Lebensgeschichte (vgl. Bensch & Klicpera, 2000).

Den wichtigsten Teil einer dialogischen Entwicklungsplanung stellt die Zielplanung dar. Als Grundlage für die Auswahl der Ziele sollen Bedürfnisse, Interessen und Änderungswünsche bezüglich der Lebenssituation herangezogen werden. Die wesentlichen Grundelemente eines Zielplanes müssen auf jeden Fall enthalten sein:

- Ziel: Was ist das Ziel und woran kann man erkennen, dass das Ziel erreicht wurde?
- Zeitpunkt: Wurde festgesetzt am ...?
- Durchführung/Methoden: Wie soll das Ziel erreicht werden?
- Zeitrahmen: Bis wann soll dieses Ziel erreicht werden?
- Verantwortliche/r Betreuer/in: Signatur
- Nächste Erhebung der aktuellen Lebenssituation und Zielplanung (vgl. Bensch & Klicpera, 2000, S. 47).

Natürlich können auch hier Schwierigkeiten bei der Durchführung einer dialogischen Entwicklungsplanung auftreten. So kann beispielsweise von Betreuer/innen das Argument vorgebracht werden, dass der Wohnbereich ein Ort der Freizeit und zum Ausruhen sein soll, und daher geplante Fördermaßnahmen unpassend sind und dem Normalisierungsprinzip widersprechen. Dem kann entgegengehalten werden, dass der Wohnbereich Menschen mit geistiger Behinderung die Möglichkeit bietet, Lebensfertigkeiten zu erlernen und anzuwenden, die nirgendwo anders in dieser Form angeeignet werden können. Das wichtige Ziel dabei ist nach Bensch & Klicpera (2000), die Klient/inn/en zu einer höheren sozialen Kompetenz zu führen und ihnen die Möglichkeit zu geben, sich ohne ständige Hilfe im normalen Leben zurechtzufinden und damit auch mehr Selbstbewusstsein zu erlangen. In der praktischen Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung können folgende Probleme in der Umsetzung des Konzeptes einer dialogischen Entwicklungsplanung auftreten: Die Ziele des Klienten/der Klientin unterscheiden sich gravierend von denen, die der/die Betreuer/in vorsieht. Die Ziele des Klienten/der Klientin sind völlig unrealistisch. Ziele sind da, sie können aber aufgrund der herrschenden Rahmenbedingungen nicht umgesetzt werden. Die Ziele des Klienten/der Klientin verändern sich ständig, es ist schwer möglich, sich für ein Jahr oder ein halbes auf Ziele zu einigen. Der Klient/die Klientin äußert keine

Ziele. Der Klient/die Klientin äußert keine Ziele und auch dem/der Betreuer/in erscheint die Lebenssituation so optimal, dass er/sie keine Ziele festmachen kann. Der Klient/die Klientin will an keiner Planungsbesprechung teilnehmen oder der Klient/die Klientin kann aufgrund seiner/ihrer Behinderung an keiner Planungsbesprechung teilnehmen (vgl. Bensch & Klicpera, 2000, S. 61ff).

„Nirgendwo stärker als vielleicht im Wohnbereich zeigt sich der Übergang von einem an bestimmten Wohnangeboten orientierten Vorgehen der sozialen Dienste hin zu einem an den individuell notwendigen Unterstützungen orientierten Vorgehen. Traditionell orientiert sich das Angebot der sozialen Dienste an einer Gliederung nach dem Ausmaß der erforderlichen Unterstützung und der möglichen Selbstständigkeit. Dabei werden folgende Grundformen unterschieden:

- Wohnheime mit einer größeren Anzahl von BewohnerInnen (mehr als 15)
- kleinere Wohnheime mit bis zu 15 BewohnerInnen
- Wohngemeinschaften mit 6–10 BewohnerInnen
- kleine Wohngemeinschaften mit 3–5 BewohnerInnen
- unterstütztes Wohnen von Einzelnen oder Paaren“ (Bensch & Klicpera, 2000, S. 66).

Für Menschen mit Behinderungen, die ein größeres Ausmaß an Unterstützung und eine Anwesenheit einer Betreuungsperson rund um die Uhr benötigen, werden nur größere Einheiten angeboten, da eine umfassende Betreuung hier leichter und ökonomischer zu organisieren ist (vgl. Bensch & Klicpera, 2000).

### **8.2.3. Abschließende Bemerkung**

Es muss ein Umdenken in der Gestaltung der sozialen Dienste stattfinden, vor allem wenn es um den Übergang von speziellen Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen zu einer Form des unterstützten Wohnens geht. Oberstes Ziel für Menschen mit Behinderungen sollte ein ganz normales Leben sein, wobei ihnen nur so viel Unterstützung wie notwendig zur Verfügung gestellt wird. Am Anfang wird natürlich ein größerer Hilfebedarf bestehen. Mit der Zeit wird die Hilfe und Unterstützung geringer und in manchen Fällen sogar ganz unnötig werden (vgl. Bensch & Klicpera, 2000).

„Mit der Betonung der Klienten-Zentrierung gewinnt die persönliche Entscheidung des Klienten/der Klientin an Bedeutung. Es geht darum, in welcher Form er gerne wohnen würde, mit wem zusammen. Dabei soll die von ihm gewählte Form auch Sicherheit bieten. Im Sinn der Eigenverantwortlichkeit und einer geringen Abhängigkeit, soll die von ihm bewohnte Wohnung – wenn immer möglich – auch seine Wohnung (d. h. wenigstens die von ihm gemietete) sein und nicht diejenige der Organisation eines sozialen Dienstes“ (Bensch & Klicpera, 2000, S. 69).

### **8.3. Persönliche Zukunftsplanung**

#### **8.3.1. Einleitung**

Hinz (2005) sieht in der persönlichen Zukunftsplanung eine Alternative zur institutionsorientierten Hilfeplanung. Heute lässt sich von einer Pluralisierung von Biografien sprechen, in dem Sinne, dass Menschen mit geistiger Behinderung deutlich unterschiedliche Lebenswege gehen. Laut Hinz (2005) tritt an die Stelle einer institutionellen Orientierung mehr und mehr eine individuelle, die sich mehr auf Stärken und Interessen der einzelnen Person bezieht als auf ihre Zuordnung zu einer etikettierten Gruppe, für die Institutionen bereitstehen (vgl. S. 1). Um eine persönliche Zukunftsplanung (PZP) umzusetzen, werden Möglichkeiten und Formen gebraucht, individuelle Zukunft zu planen, die unabhängig von Institutionen sind und von den Stärken und Interessen der einzelnen Person ausgehen. Bereits in den 1980er Jahren entstand die PZP in Nordamerika. Diese Bewegung war zu dieser Zeit gegen jede Form von Diskriminierung. Sie war sogar in der Lage, Wahlmöglichkeiten für alle Menschen durchzusetzen. Eine Übersicht über die Entwicklungsphasen des Unterstützungssystems für Menschen mit Behinderung ist für das Verständnis der Hintergründe zur Entwicklung der PZP hilfreich. Bradley (1998) unterscheidet drei Phasen unterschiedlicher Orientierungen:

1. Phase: Damals wurden Menschen mit Behinderungen primär als Patient/inn/en gesehen, die in unterschiedlichen Institutionen nach pflegerischen und medizinischen Maßstäben betreut wurden. Hauptaugenmerk wurde hier auf die Befriedigung von Grundbedürfnissen gelegt. In dieser Phase wurde das entscheidende Problem in der



Behinderung, in Schädigungen und in Defiziten des Individuums gesehen. Dieses Problem galt es, durch Behandlung und Therapie zu lösen.

2. Phase: Später ging es um De-Institutionalisierung. Nicht mehr der/die Patient/in, sondern der/die Klient/in stand im Mittelpunkt. Der zentrale Leitbegriff zu dieser Zeit war Förderung. Das größte Problem wurde in Abhängigkeit und Unselbstständigkeit der Klient/inn/en gesehen. Dieses löste man, laut Bradley (1998), individuell hochdifferenziert, in der jeweils am wenigsten einschränkenden Umgebung („least restrictive environment“).
3. Phase: Heute und in Zukunft verfolgt das Hilfesystem das Konzept „Leben mit Unterstützung“ und spricht weder von Patienten noch von Klienten, sondern von Bürgern. Nach dem Modell individueller Unterstützung brauchen Bürger Assistenz und nicht mehr primär Pflege, Betreuung oder Förderung. Ein Schlüsselement hierfür sind gemeinsame persönliche Zukunftsplanungen, wobei die Betroffenen im Kontext von Unterstützernetzen alle Entscheidungen selbst kontrollieren. Diese Planungen müssen sich nach Selbstbestimmung in sozialem Zusammenhang ausrichten. Das Problem liegt nach Hinz (2005) in den Umwelthindernissen, die die soziale Teilhabe erschweren. Dessen Lösung liegt in der Umgestaltung der Umwelt im Sinne einer inklusiven Gesellschaft, die die Bürgerrechte aller ihrer Bürger respektiert und zu realisieren hilft (vgl. Hinz, 2005; Bradley, 1998).

„Erst ein Verständnis, das sich am Thema von Bürgerrechten orientiert und seinen Anspruch auf die Entwicklung persönlicher Perspektiven richtet, unabhängig von institutionellen Strukturen, entspricht diesem Ansatz“ (Hinz, 2005, S. 4).

Drei wesentliche strukturierende Vorgehensweisen finden sich in der amerikanischen Literatur, die für die persönliche Entwicklungsplanung genutzt werden. Die soziale Situation der betreffenden Person mit ihren vorhandenen Umweltressourcen kann mit Hilfe des „Circle of Friends“ in den Blick genommen werden und es wird überlegt, wer dazu eingeladen wird. Beim ersten Zusammentreffen soll von zwei Personen, die nicht zum unmittelbaren Umfeld gehören, die Moderation übernommen werden. Mit Hilfe von MAP („Making Action Plan“) können die Situation und das Potenzial der Person gemeinsam betrachtet werden. Die beste aller möglichen Zukunftsperspektiven im Hinblick auf die Lebensfragen und auf konkrete Schritte auf dem Weg dorthin können mit

Hilfe von PATH („Planning Alternative Tomorrows with Hope“) entwickelt werden (vgl. Hinz, 2005, S. 6ff). Die Moderation erfolgt im Zweierteam. Der/die eine Moderator/in hat die Rolle, mit den Teilnehmer/inne/n in Blickkontakt zu stehen und das Gespräch zu leiten, der/die andere Moderator/in übernimmt die Aufgabe des „graphic facilitators“, der/die die Ergebnisse der Überlegungen auf großen Papieren visualisiert, sie so fixiert und der gemeinsamen Reflexion zugänglich macht. Wichtig ist, dass mit Bildern und Symbolen gearbeitet wird, die die emotionalen und assoziativen Ebenen der Prozesse wiedergeben. Eine weitere Voraussetzung für die Moderator/inn/en ist, dass sie selbst schon eine „Persönliche Zukunftsplanung“ in einem Unterstützerkreis erlebt haben, um selbst die Kraft erfahren zu haben, die dieser Prozess entfalten kann. Mit einem halbtägigen Treffen wird der Prozess der Zukunftsplanung begonnen. Eine von Institutionen unabhängige Zukunftsperspektive ist in der Regel eine aufwendige und herausfordernde Angelegenheit. Vor dem ersten Treffen wird überlegt, welche Menschen sich im Umfeld der betreffenden Person befinden und wie sie selbst ihr soziales Umfeld sieht. Dabei wird nach sozialer Nähe in vier konzentrischen Kreisen, dem „circle of friends“, unterschieden. Die Person selbst steht in der Mitte des Kreises, im ersten Kreis befinden sich die Menschen, die ihr die vertrautesten sind, z. B. Familie mit Eltern und Geschwistern („circle of intimacy“). Im zweiten Kreis befinden sich die Freunde der Person, denen sie also stark vertraut ist („circle of friendship“). Im dritten Kreis stehen Bekannte, mit denen die Person gerne etwas unternimmt („circle of participation“). Im vierten Kreis („circle of exchange“) sind die Menschen, die für bestimmte Dienstleistungen im Leben der Person bezahlt werden, also eine professionelle Rolle einnehmen (vgl. Hinz, 2005). Bei Menschen mit Beeinträchtigungen, so Hinz (2005), stehen häufig neben dem ersten Kreis mit der Familie lediglich auf dem vierten Kreis verschiedenste Ärzte, Therapeuten und andere bezahlte Menschen, die Kreise zwei und drei mit Freunden und Bekannten bleiben dagegen weitgehend leer (vgl. S. 6). Der „Circle“ erfüllt drei Aufgabenstellungen: Die vorhandene soziale Situation wird bedacht. Es ergibt sich die Herausforderung, die beiden weitgehend leeren Kreise aufzufüllen. Mit seiner Hilfe kann geplant werden, welche Menschen zum ersten Treffen eines zukünftigen Unterstützerkreises eingeladen werden. Die Entscheidung, wen die Person als potenzielle/n Unterstützer/in zu ihrer Zukunftsplanung einladen möchte, liegt bei ihr selbst. Kann sich die Person nicht lautsprachlich oder über Symbole und Gesten verständlich machen, ist die Unterstützung ihres Umfeldes natürlich möglich. MAP bedeutet „Making Action Plan“ und eignet sich besonders für Situationen, in welchen sich

ein Kreis kennen lernt und sich gemeinsam mit der Person über diese Gedanken macht, vor allem positive Gedanken. MAP lässt sich in acht Schritten erklären, die auf einem Plakat visualisiert werden. Nach der Kennenlernphase wird darüber nachgedacht, welche Träume die Anwesenden für die Zukunft der Person haben. Weiters werden die geschätzten Eigenschaften der Person zusammengetragen und ihre Vorlieben, Stärken und Begabungen thematisiert. Anschließend wird gemeinsam besprochen, was die Person für die Erfüllung ihrer Träume benötigt. Zum Abschluss wird eine Verabredungsliste hergestellt, in der festgehalten wird, was die Anwesenden konkret zur Umsetzung der Ziele beitragen können. Dies kann bereits der Übergang zum PATH sein. PATH bedeutet „Planning Alternative Tomorrows with Hope“ und bietet sich für die weitergehende Klärung von Visionen, Zielsetzungen und die Konkretisierung von Veränderungen an. PATH wird visualisiert und in acht Schritten mit Bildern, Symbolen und Stichwörtern gefüllt.

1. Als „Nordstern“ werden die Prinzipien der Qualität, die im Leben zukünftig verwirklicht werden sollen, fixiert.
2. Mit einer imaginären Zeitmaschine wird die Gruppe ein Jahr in die Zukunft versetzt und blickt auf ein erfolgreiches Jahr zurück, sammelt konkrete Ereignisse, Nachrichten, Daten.
3. Im Jetzt wieder angelangt, sammelt die Gruppe Begriffe und Bilder, die für die Gegenwart kennzeichnend sind.
4. Wen kann man auf welche Weise zum Erreichen der Ziele im nächsten Jahr einbeziehen?
5. Mit diesem Schritt werden die eigenen Kräfte professionell und persönlich gestärkt.
6. Antizipierte Entwicklungen und Höhepunkte werden nach drei Monaten aufgezeichnet.
7. Hier werden die antizipierten Entwicklungen und Höhepunkte des vergangenen Monats aufgezeichnet.
8. Die Schlussfrage ist, wie der erste Schritt zur Veränderung am folgenden Tag aussehen kann (vgl. Hinz, 2005, S. 7).

Zum Abschluss wird noch ein/e Agent/in benannt, dessen Aufgabe darin besteht, bei allen Beteiligten nachzufragen, ob er/sie sich schon um seine/ihre übernommenen Aufgaben zur Veränderung gekümmert haben und ob er/sie die geplante Aktion zur Stärkung der eigenen Kräfte realisiert haben. Die Beteiligten bekommen die Chance, sich als Gemeinschaft verantwortungsvoll zu verhalten.

„Dies bedeutet eine konkrete Füllung des häufig leeren Begriffs der sozialen Integration: Die Person selbst bekommt rückgemeldet, welche positive Bedeutung sie für andere hat, die Eltern können erleben, dass sie nicht mit allen Zukunftsaufgaben und ggf. -ängsten allein dastehen, sondern das Umfeld einbeziehen können, und das Umfeld erlebt die konkrete Möglichkeit, den Entwurf einer inklusiven Gemeinschaft und erste Schritte in diese Richtung zu entwickeln“ (Hinz, 2005, S. 8).

Vor allem folgende Aspekte am Ansatz der „Persönlichen Zukunftsplanung“ erscheinen gegenwärtig tragfähig und zukunftssträchtig: Eine konsequente Personenorientierung, unabhängig von institutionellen Gegebenheiten, wird von der PZP verfolgt. PZP realisiert eine konsequente Kompetenzorientierung, so dass eine optimistische Perspektive eröffnet wird. PZP ist ein dialogischer Ansatz, der radikalen Respekt gegenüber allen Beteiligten einnimmt. Informelle Umfelder zugunsten der Person und ihrer Familie bzw. ihres Systems werden von der PZP genutzt. Beiträge Gleichaltriger sind hier bedeutsam. Eine systematisierte Hilfe zur Krisenbegleitung wird angeboten. Neue Tätigkeits- und Wirkungsfelder werden erschlossen. Konkrete Utopien und pragmatische Schritte werden bei der PZP verbunden. Ein langfristiges Unterstützungssystem wird bereitgestellt. Persönliche Zukunftsplanung ermöglicht es, Gemeinschaften, Mikrokosmen zu verändern und so die Teilhabe für alle zu verbessern (vgl. Hinz, 2005, S. 9). Abschließend sagt Hinz (2005) so treffend, dass dieser Ansatz vielleicht für manche Ohren utopisch und unrealistisch klingt, jedoch baut er auf persönliche Wünsche und Träume.

## 9. Steiermärkisches Behindertengesetz

### 9.1. Einleitung

Die Grundlage für die Behindertenarbeit in der Steiermark war sehr lange das Steirische Behindertengesetz aus dem Jahre 1964. Um Weiterentwicklungen im Behindertenwesen gesetzlich zu regeln, wurden Novellen ins Gesetz eingebaut. Jedoch wurde es zunehmend schwieriger, neue Entwicklungen im alten Gesetz unterzubringen, woraufhin beschlossen wurde, ein neues Gesetz zu erarbeiten. In Zusammenarbeit mit Betroffenen, Verbänden und Fachleuten aus dem Behördenbereich wurde im Jahr 2000 ein Sozialplan vorgelegt, welcher die Grundlage für ein völlig neues Gesetz bildete, das am 10. Februar 2004 beschlossen wurde und im Juli 2004 in Kraft getreten ist (vgl. Gobiet & Rudlof, 2006). Der Steiermärkische Landtag hat im Jahr 2004 ein neues Steiermärkisches Behindertengesetz beschlossen. Ziel dieses Gesetzes ist, Menschen mit Behinderungen zu unterstützen, damit sie an der Gesellschaft in gleicher Art und Weise wie nicht behinderte Menschen teilhaben und ein weitgehend selbstbestimmtes Leben führen können. Menschen mit Behinderungen sollen durch Gesetzesmaßnahmen, Leistungen und Beratung Zugang zu den verschiedenen Lebensbereichen haben (Familie, Erziehung und Bildung, Arbeit und Beschäftigung, Gesundheitsvorsorge sowie Kultur und Freizeit), um ihnen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen (vgl. Amt der Steiermärkischen Landesregierung, 2004a, § 1). Das neue Steiermärkische Behindertengesetz ist mit 1. Juli 2004 in Kraft getreten und umfasst in 58 Paragraphen die Regelungen in Bezug auf Menschen mit Behinderungen in der Steiermark. Nach diesem Gesetz haben Menschen mit Behinderungen einen Rechtsanspruch auf Hilfeleistungen, wobei hier als Menschen mit Behinderungen im Sinne des Gesetzes jene Personen gelten, die infolge einer angeborenen oder erworbenen Beeinträchtigung in der Möglichkeit

- eine angemessene Erziehung, Schulbildung oder Berufsausbildung zu erhalten oder
- eine ihnen auf Grund ihrer Schul- und Berufsbildung zumutbare Beschäftigung zu erlangen oder beizubehalten oder
- eine angemessene Eingliederung in die Gesellschaft zu erreichen, auf Dauer wesentlich benachteiligt sind oder bei Nichteinsetzen von Maßnahmen nach diesem Gesetz dauernd wesentlich benachteiligt bleiben würden.

- Insbesondere gelten als Beeinträchtigungen alle physischen, psychischen und geistigen Beeinträchtigungen, sofern sie nicht altersbedingt sind. Eine europäische Staatsbürgerschaft und ein Hauptwohnsitz in einer Gemeinde des Landes Steiermark sind weitere Voraussetzungen für die Hilfeleistungen für Menschen mit Behinderungen (vgl. ebd., § 2).

Das Steiermärkische Behindertengesetz unterscheidet 14 Arten der möglichen Hilfeleistungen für Menschen mit Behinderung – darunter unter anderem Beschäftigung in Tageseinrichtungen, Wohnen in Einrichtungen, Übernahme der Entgelte in Pflegeheimen, Wohnen mit Mietzinsbeihilfe, Hilfe zum Wohnen, Entlastung der Familie und Gestaltung der Freizeit – und unterscheidet zwischen mobilen, ambulanten, teilstationären und stationären Formen der Hilfeleistungen (vgl. ebd., § 3 und 4).

### **9.2. Regelungen in Bezug auf die wohnliche Situation von Menschen mit Behinderung**

In Paragraph 43 wird die Hilfe zum Wohnen in Einrichtungen geregelt. Hier kommt die Leistungs- und Entgeltverordnung (LEVO) zur Geltung. Die LEVO übernimmt die Entgelte für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung (vgl. ebd., § 18). Hilfe zum Wohnen durch persönliche Assistenzleistung oder mobile Wohnbetreuung können Menschen mit Behinderungen, die allein oder in einer Wohngemeinschaft leben, in Anspruch nehmen. Die persönliche Assistenzleistung umfasst die Betreuung des Menschen mit Behinderung bei der zweckmäßigen Gestaltung seiner Lebensverhältnisse. Die mobile Wohnbetreuung umfasst die Unterstützung und Qualifikation von Menschen mit Behinderung mit dem Ziel, ihre Kompetenzen in der Durchführung der alltäglichen Verrichtungen und sonstigen Anforderungen, die selbstständiges Wohnen mit sich bringt, zu erhöhen (vgl. ebd., §21).

### **9.3. Anträge auf Hilfeleistungen – Das Verfahren**

Werden Leistungen, die durch das Steiermärkische Behindertengesetz (2004) geregelt werden, in Anspruch genommen, muss dafür ein Antrag in der zuständigen Gemeinde bzw. Bezirksverwaltungsbehörde eingebracht werden. In weiterer Folge wird über das Vorliegen oder den Wegfall der Voraussetzungen und über die zu gewährende Hilfeleistung entschieden. Erst nachdem der individuelle Hilfebedarf von einem Sachverständigenteam festgestellt wurde, kann eine Entscheidung seitens der

Bezirksverwaltungsbehörde über mögliche Hilfeleistungen getroffen werden. Das Sachverständigenteam, welches auf jeden Fall aus einem/einer Sozialarbeiter/in und einem/einer Psychologen/Psychologin besteht, und das Erfahrungen im Bereich der Behindertenhilfe hat, stellt den individuellen Hilfebedarf fest. Das Team kann je nach Bedarf weitere Sachverständige hinzuziehen bzw. Stellungnahmen von Einrichtungen einholen. Das Recht von Menschen mit Behinderungen, an der Sachverständigenteamsitzung teilzunehmen, ist auf alle Fälle gegeben. Eventuell können auch deren gesetzliche Vertreter/innen und Vertrauenspersonen daran teilnehmen. Neben der Feststellung des individuellen Hilfebedarfs, welcher in dieser Arbeit von besonderer Bedeutung sein wird, erstellt das Team auch einen Entwicklungs- und Hilfeplan. Nach Ablauf eines im ursprünglichen Gutachten vorgeschlagenen Zeitraums soll eine Evaluierung der getroffenen Entscheidung veranlasst und gegebenenfalls eine neue Entscheidung getroffen werden (vgl. ebd., § 42). Nach der Feststellung des individuellen Hilfebedarfs und der Entscheidung über die Leistungen, die zu gewähren sind, ist der Mensch mit Behinderung berechtigt, unter den für seine Bedürfnisse in Frage kommenden gleichartigen Einrichtungen und Diensten zu wählen (vgl. ebd., § 4).

#### **9.4. Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe**

Als Einrichtungen der Behindertenhilfe werden Einrichtungen bezeichnet, in denen Hilfeleistungen wie Heilbehandlungen, Erziehung und Schulbildung, berufliche Eingliederung, Beschäftigung in Tageseinrichtungen und Wohnen in Einrichtungen teilstationär oder stationär angeboten werden. Solche Einrichtungen dürfen nur mit einer Bewilligung der Landesregierung betrieben werden, und diese darf wiederum nur erteilt werden, wenn das vom Träger vorgelegte Betriebskonzept den in der Leistungs- und Entgeltverordnung (siehe nächstes Kapitel) enthaltenen Anforderungen entspricht und die baulichen, technischen, personellen und organisatorischen Voraussetzungen einen zweckentsprechenden Betrieb erwarten lassen. Außerdem muss ein aktuelles Gutachten über einen ausreichenden Brandschutz vorgelegt werden. Zur Erprobung von neuen Leistungen (Pilotprojekte) kann die Landesregierung von einer Bewilligung der Eignung der Leistung für die Dauer von höchstens drei Jahren absehen, wenn die oben genannten Voraussetzungen gegeben sind (vgl. Amt der Steiermärkischen Landesregierung, 2004a, § 43). Als Dienste der Behindertenhilfe werden mobil oder ambulant erbrachte Leistungen wie Heilbehandlungen, Erziehung und Schulbildung, berufliche Eingliederung, unterstützte Beschäftigung, Hilfen zum Wohnen und Entlastung der Familie bzw. Gestaltung der Freizeit bezeichnet. Diese Leistungen werden von der Landesregierung anerkannt, wenn das vom künftigen Träger vorzulegende Betriebskonzept den in der Leistungs- und Entgeltverordnung enthaltenen Anforderungen entspricht. Auch an dieser Stelle kann die Landesregierung zur Erprobung von neuen Leistungen (Pilotprojekte) von einer Anerkennung der Eignung der Leistung für die Dauer von höchstens drei Jahren absehen, wenn die oben genannten Bedingungen gegeben sind (vgl. ebd., § 45).



## **10. Leistungs- und Entgeltverordnung (LEVO)**

### **10.1. Einleitung**

Die Landesregierung erlässt in Paragraph 47 des Steiermärkischen Behindertengesetzes für die zu erbringenden mobilen, ambulanten, teilstationären und stationären Leistungen eine Leistungs- und Entgeltverordnung. Die LEVO bestimmt über:

- die sachlichen, fachlichen und personellen Erfordernisse der für die Erbringung der Hilfe notwendigen Leistungen,
- die Kriterien für die Ermittlung des Grades der Beeinträchtigung,
- die Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Controllings,
- die Entgelte für die zu erbringenden Leistungen sowie
- die Ab- und Verrechnung (vgl. ebd., § 47).

Weiters kann das Land die Träger der Behindertenhilfe vertraglich zur Erbringung von Leistungen heranziehen, sofern dies das Wohl des Menschen mit Behinderung erfordert. Auf Grund von Vereinbarungen bleiben Hilfeleistungen aufrecht. Das Land ist berechtigt, mit den Trägern einen Vertrag abzuschließen. In diesem Vertrag werden die zu erbringenden Leistungen, das Entgelt für die zu erbringenden Leistungen, die Vertragsdauer und die Kündigungsgründe festgelegt. Die Leistungs- und Entgeltverordnung (LEVO) wurde von der Steiermärkischen Landesregierung am 5. Juli 2004 verabschiedet und ist mit 28. August 2004 in Kraft getreten. Die LEVO umfasst vier Anlagen und regelt in Anlage 1 die sachlichen, fachlichen und personellen Erfordernisse der für die Erbringung der Hilfe erforderlichen Leistungen und die Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Controllings (Leistungskatalog). In Anlage 2 werden die Leistungsentgelte (Entgeltkatalog) und in Anlage 3 die Ab- und Verrechnungsbestimmungen geregelt. In Anlage 4 befindet sich das für die Ermittlung des Grades der Beeinträchtigung zu verwendende Formular (Einstufungsformular). Wichtig ist, dass der Grad der Beeinträchtigung nur bei Gewährung von bestimmten Hilfeleistungen (Wohnen in Einrichtungen, Hilfen zum Wohnen und Beschäftigung in Tageseinrichtungen) erhoben werden muss. Es wird zwischen Personen mit einer leichten Beeinträchtigung (entspricht Pflegestufe 1 bis 2), einer mittelgradigen Beeinträchtigung (entspricht Pflegestufe 3 bis 4)

und einem hohen (Pflegestufe 5 bis 6) bzw. höchsten Grad an Beeinträchtigung (Pflegestufe 7) unterschieden (vgl. Amt der Steiermärkischen Landesregierung, 2004b).

## **10.2. Ausgangslage und Anlass**

Es wird darauf abgezielt, die Qualität der Dienstleistungen am Kunden zu steigern, die finanziellen Mittel zweckmäßig und wirtschaftlich einzusetzen und den administrativen Aufwand möglichst gering zu halten. Die Bemühungen in den letzten Jahren zeigen eine enorme Qualitätssteigerung und auch eine Homogenisierung der Leistungsdefinition auf den Leistungsumfang der stationären Leistungsträger. Einen zentralen Punkt im neuen Steiermärkischen Behindertengesetz bildet die nunmehr vorliegende Leistungs- und Entgeltverordnung (LEVO-StBHG). Die LEVO soll in Zukunft die Basis für die Verrechnung der (Kern-)Leistungen für Menschen mit Behinderung bilden. Das bedeutet, dass nur mehr die festgelegten Leistungen zu festgelegten Preisen zur Auszahlung bzw. Verrechnung unter Berücksichtigung der Übergangsregelungen für diese Leistungen des Behindertengesetzes gelangen (vgl. Amt der Steiermärkischen Landesregierung, 2004b).

## **10.3. Ziel und Zweck**

Ziel der LEVO ist es, Normkosten für mobile, ambulante, teil- und vollstationäre Betreuung nach dem neuen Steiermärkischen Behindertengesetz festzulegen. Die Grundlage der Normkosten sind standardisierte Leistungsbeschreibungen, die den geforderten Leistungsumfang bzw. die qualitative Anforderung des Landes abbilden. Das bedeutet in weiterer Folge ein Verschwinden der derzeitigen individuellen Leistungspreiskalkulation für Kernleistungen nach dem Steiermärkischen Behindertengesetz. Soziale Dienstleistungen müssen in Zukunft dem vereinbarten Leistungsstandard entsprechen, unabhängig davon, welcher freie Träger die Leistung erbringt. Zusätzlich ist es erforderlich, im Rahmen des behördlichen Zuerkennungsverfahrens über die Sachverständigenteams den Grad der Beeinträchtigung über ein standardisiertes, nachvollziehbares und vereinfachtes Punktesystem festzustellen. Dieses neue Verfahren zur Einstufung des Grades der Behinderung ist derzeit in Europa einzigartig, womit die Steiermark neue Wege beschreitet. Aufgrund des Neuigkeitswertes ist beabsichtigt, das Einstufungsmodell nach Ablauf von drei Jahren zu evaluieren. Hier

setzt der empirische Teil dieser Arbeit an. Ein Konzept, welches in kürzester Zeit zum Einsatz kam und erst nach drei Jahren evaluiert werden soll, ist ein interessanter Kandidat für eine empirische Untersuchung. Dem Zeitraum von drei Jahren entspricht auch die Übergangsfrist, das heißt die Leistungen für alle „Altbescheideten“ können in diesem Zeitraum noch nach den alten Bestimmungen weiter verrechnet werden. Wechselt jedoch ein Mensch mit Behinderung in eine neue Einrichtung bzw. wird dieser neu in eine Einrichtung aufgenommen, ist nach der neuen Rechtslage vorzugehen (vgl. Amt der Steiermärkischen Landesregierung, 2004b).

#### **10.4. Kritik**

Viele Trägerorganisationen kritisieren, dass einige Bestimmungen der Leistungs- und Entgeltverordnung die Zielsetzung des Gesetzes teilweise unterlaufen, vielfach unklar formuliert oder nicht kostendeckend kalkuliert sind. Aufgrund von mangelhaften Entscheidungsgrundlagen und einer Flut von Anträgen sind die entscheidungsbefugten Beamt/inn/en in den Bezirksverwaltungsbehörden überfordert. Daraus resultiert eine lange Wartezeit, bis die Anträge eines behinderten Menschen bearbeitet sind (vgl. Gobiet & Rudlof, 2006). Durch das Steiermärkische Behindertengesetz ist seit 2004 ein klarer Weg erkennbar: mobiler Betreuung ist, solange es möglich ist, der Vorzug vor stationärer Betreuung zu geben. Nach Wögerer (2006) schränkt die LEVO diesen Spielraum stark ein. Positiv wirken sich die Bestimmungen der LEVO auf Menschen mit geringem bis mittlerem Hilfebedarf aus, denen durch mobile Hilfeleistungen ein Leben in der eigenen Wohnung, durch Wohnassistenz, und ein Arbeiten in betrieblichem Umfeld, durch Arbeitsbegleitung, ermöglicht wird. Negativ ist die LEVO für Menschen mit hohem oder höchstem Hilfebedarf, denn in diesem Fall gibt es nur stationäre Betreuungsformen, nämlich in Wohnhäusern und Tageswerkstätten. Hier zeigt sich sehr gut, dass der Weg zur Inklusion erst für einen Teil behinderter Menschen geöffnet worden ist. Auf den Punkt gebracht sind Wohnhäuser und Werkstätten für Menschen mit Behinderungen Orte der Segregation, der Sonderunterbringung, der Selektion und Separierung (vgl. Wögerer, 2006).

## 10.5. *Besonderer Teil der LEVO*

Die Anlage 1 beinhaltet die sachlichen, fachlichen und personellen Erfordernisse der für die Erbringung der Hilfe erforderlichen Leistungen und die Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Controllings (Leistungskatalog), in Anlage 2 befinden sich die Leistungsentgelte (Entgeltkatalog), in Anlage 3 die Ab- und Verrechnungsmodalitäten und in Anlage 4 ist das für die Ermittlung des Grades der Beeinträchtigung zu verwendende Formular (Einstufungsformular und Beiblatt) zu finden sowie eine Verfahrensanleitung hinsichtlich der Möglichkeit der Zuerkennung des besonderen Betreuungszuschlages. Der Leistungskatalog, der in der Anlage 1 der LEVO die geregelten Beschreibungen der Maßnahmen beinhaltet, wurde in Form von Dienstleistungsbeschreibungen veröffentlicht. Es wird zwischen Dienstleistungsbeschreibungen für Menschen mit Behinderung und Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen unterschieden. Für Menschen mit Behinderung gibt es folgende Dienstleistungsbeschreibungen:

- Vollzeitbetreutes Wohnen
- Trainingswohnungen
- Teilzeitbetreutes Wohnen
- Beschäftigung in Tageswerkstätten produktiv/kreativ
- Beschäftigung in Tageswerkstätten mit Tagesstruktur
- Berufliche Eingliederung Arbeitstraining
- Berufliche Eingliederung in Werkstätten
- Interdisziplinäre Frühförderung und Familienbegleitung
- Interdisziplinäre Sehförderung und Familienbegleitung
- Interdisziplinäre audiologische Frühförderung und Familienbegleitung
- Wohnassistenz
- Familienentlastungsdienst
- Freizeitassistenz (vgl. Amt der Steiermärkischen Landesregierung, 2004b).

Die Beschreibungen enthalten detaillierte Informationen zu den Zielgruppen, zu den Funktionen und Zielen der Maßnahmen, den methodischen Grundlagen, den pädagogischen Grundsätzen sowie zum Leistungsumfang. In Bezug auf die Qualitätssicherung werden einerseits strukturelle Standards (Einrichtungsgröße, Raumbedarf, Fachpersonal), andererseits Prozess-Standards (Organisation,

Dokumentation, Personalentwicklung) und Ergebnis-Standards umfassend dargestellt (vgl. Amt der Steiermärkischen Landesregierung, 2004b). Das Einstufungsformular in Anlage 4 der LEVO wird in dieser Arbeit von besonderer Bedeutung sein, da sich der empirische Teil dieser Arbeit mit diesem Assessmentbogen befassen wird (siehe Anhang).

## **10.6. Zusammenfassung**

Das neue Steiermärkische Behindertengesetz trat im Jahr 2004 in Kraft. Zurzeit laufen gerade die neuen Einstufungsverfahren von Menschen mit Behinderungen, die noch nicht bescheidet sind oder deren Bescheid bereits älter als drei Jahre ist. Normalerweise hätten diese Einstufungsverfahren schon längst vonstatten gehen sollen, aber aufgrund diverser Vorbereitungen startete das Einstufungsverfahren erst im Jahr 2007. Für Menschen mit Behinderungen bedeuten diese neuen Einstufungen, dass sie in Zukunft selbst wählen können, in welchen Einrichtungen sie wohnen bzw. arbeiten möchten. Auf eines darf jedoch nicht vergessen werden, dass Menschen mit Behinderungen, die schon ihr halbes Leben in einer bestimmten Einrichtung leben, das Recht zugestanden wird, auch dort bleiben zu können. Dann ist es die Aufgabe des Trägers, dementsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen, um dies zu ermöglichen.

## **11. ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit**

### **11.1. Vorwort**

ICF ist eine englische Abkürzung für „International Classification of Functioning, Disability and Health“. Sie ist die Nachfolgerin der ICIDH, sprich der „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps“ von 1980. Die ICIDH war geprägt von einem bio-psycho-sozialen Modell, welches durch die ICF erweitert und der Lebenswirklichkeit Betroffener besser angepasst wurde. Der gesamte Lebenshintergrund von Betroffenen wird aufgrund der ICF berücksichtigt. Die deutschsprachige Fassung der ICF wurde von Fachleuten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz erarbeitet und wird als „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ bezeichnet. Laut der ICF umfasst der Begriff der Funktionsfähigkeit eines Menschen alle Aspekte der funktionalen Gesundheit, das heißt eine Person ist funktional gesund, wenn:

1. „ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen),
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Partizipation [Teilhabe] an Lebensbereichen)“ (ICF, 2005, S. 4).

## **11.2. Hintergrund**

Die Klassifikation der ICF hat das allgemeine Ziel, in standardisierter und einheitlicher Form eine Sprache und einen Rahmen zur Beschreibung von Gesundheits- und mit Gesundheit zusammenhängenden Zuständen zur Verfügung zu stellen. Im Allgemeinen wird die ICF in zwei Hauptlisten geteilt, erstens die Körperfunktionen und Körperstrukturen sowie zweitens die Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe). Unter Funktionsfähigkeit wird ein Oberbegriff verstanden, der alle Körperfunktionen und Aktivitäten sowie Partizipation (Teilhabe) umfasst. Behinderung ist ein Oberbegriff für Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivität und Beeinträchtigung der Partizipation (Teilhabe). Darüber hinaus werden Umweltfaktoren aufgelistet, die mit den genannten Konstrukten in Wechselwirkung stehen. Die ICF gehört zu der „Familie“ von Klassifikationen für die Anwendung auf unterschiedliche Aspekte der Gesundheit, welche von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt wurden. Es wird eine standardisierte allgemeine Sprache, welche die weltweite Kommunikation über Gesundheit und gesundheitliche Versorgung in verschiedenen Disziplinen und Wissenschaften ermöglicht, verwendet (vgl. ICF, 2005).

## **11.3. Ziele der ICF**

Die Ziele der ICF können in vier Punkte zusammengefasst werden:

- „Sie liefert eine wissenschaftliche Grundlage für das Verstehen und das Studium des Gesundheitszustands und der mit Gesundheit zusammenhängenden Zustände, der Ergebnisse und der Determinanten;
- Sie stellt eine gemeinsame Sprache für die Beschreibung des Gesundheitszustandes und der mit Gesundheit zusammenhängenden Zustände zur Verfügung, um die Kommunikation zwischen verschiedenen Benutzern, wie Fachleuten im Gesundheitswesen, Forschern, Politikern und der Öffentlichkeit, einschließlich Menschen mit Behinderungen, zu verbessern;
- Sie ermöglicht Datenvergleiche zwischen Ländern, Disziplinen im Gesundheitswesen, Gesundheitsdiensten sowie im Zeitverlauf;
- Sie stellt ein systematisches Verschlüsselungssystem für Gesundheitsinformationssysteme bereit“ (ICF, 2005, S. 11).

## **11.4. Anwendungsbereich der ICF**

Die ICF wurde als eine der sozialen Klassifikationen der Vereinten Nationen anerkannt.

„Es gibt ein weit verbreitetes Missverständnis, die ICF gelte nur für Menschen mit Behinderungen; tatsächlich kann sie jedoch auf alle Menschen bezogen werden. Mit Hilfe der ICF können der Gesundheitszustand und die mit Gesundheit zusammenhängenden Zustände in Verbindung mit jedem Gesundheitsproblem beschrieben werden. Mit anderen Worten, die ICF ist universell anwendbar“ (ICF, 2005, S. 13).

Informationen werden in der ICF in zwei Teile gegliedert. Der eine Teil befasst sich mit Funktionsfähigkeit und Behinderung, während der andere Teil sich mit den Kontextfaktoren beschäftigt. Jeder Teil hat wiederum zwei Komponenten. Der erste Teil der Funktionsfähigkeit und Behinderung besteht aus der Komponente des Körpers und aus der Komponente der Aktivitäten und der Partizipation (Teilhabe). Die Komponente des Körpers besteht aus zwei Klassifikationen, der Funktion von Körpersystemen und für die Körperstrukturen. Die Komponente der Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe), welche in dieser Arbeit von besonderer Bedeutung sein wird, umfasst die gesamte Bandbreite von Domänen, die Aspekte der Funktionsfähigkeit aus individueller und gesellschaftlicher Perspektive beschreiben. Der zweite Teil der Kontextfaktoren bestehen aus der Komponente der Umweltfaktoren und aus der Komponente der personenbezogenen Faktoren. Darauf wird in dieser Arbeit aber nicht näher eingegangen. Jede Komponente der ICF kann in positiven und negativen Begriffen beschrieben werden. Weiters besteht jede Komponente aus verschiedenen Domänen und innerhalb jeder Domäne besteht sie aus Kategorien, welche die Einheiten der Klassifikation bilden (vgl. ICF, 2005).



Tabelle 3: Allgemeine Beschreibung der ICF (aus Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 5)

<b>ICF</b>	
Konzept:	Konzept der funktionalen Gesundheit (Funktionsfähigkeit).
Grundmodell:	Bio-psycho-soziales Modell der Komponenten von Gesundheit.
Orientierung:	Ressourcen- und defizitorientiert: Es werden Bereiche klassifiziert, in denen Behinderungen auftreten können. Es können unmittelbar positive und negative Bilder der Funktionsfähigkeit erstellt werden.
Behinderung:	Formaler Oberbegriff zu Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit unter expliziter Bezugnahme auf Kontextfaktoren.
grundlegende Aspekte:	Körperfunktionen und -strukturen: Störungsbegriff: Schädigung (Funktionsstörung, Strukturschaden); Aktivitäten: Störungsbegriff: Beeinträchtigung der Aktivität; Partizipation (Teilhabe): Störungsbegriff: Beeinträchtigung der Partizipation (Teilhabe);
soziale Beeinträchtigung:	Partizipation (Teilhabe) und deren Beeinträchtigungen werden definiert als Wechselwirkung zwischen dem gesundheitlichen Problem (ICD) einer Person und ihren Umweltfaktoren.
Umweltfaktoren:	Umweltfaktoren sind integraler Bestandteil des Konzeptes und werden klassifiziert.
personenbezogene, persönliche Faktoren:	Diese werden explizit erwähnt, aber nicht klassifiziert.
Anwendungsbereich:	Nur im gesundheitlichen Kontext.

## **11.5. Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]**

Der Assessmentbogen der Leistungs- und Entgeltverordnung entstand aus unterschiedlichen Domänen aus der Komponente „Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]“. Folgende Definitionen wurden in der ICF (2005) festgelegt: Unter Aktivität wird die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung (Aktion) durch einen Menschen verstanden. Die Partizipation (Teilhabe) ist das Einbezogensein eines Menschen in eine Lebenssituation. Ist die Aktivität beeinträchtigt, so hat ein Mensch Schwierigkeiten, die Aktivität durchzuführen. Bei einer Beeinträchtigung der Partizipation (Teilhabe) hat ein Mensch ein Problem, das er/sie in Hinsicht auf sein/ihr Einbezogensein in Lebenssituationen erleben kann. In einer einzigen Liste sind die Domänen für die Komponenten der Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe] enthalten, die alle Lebensbereiche wie elementares Lernen oder Zuschauen, bis zu komplexen Bereichen, wie interpersonelle Interaktionen oder Beschäftigung, umfassen. Die Informationen aus dieser Liste liefern eine Datenmatrix, die weder Überlappungen noch Redundanzen aufweist (vgl. ICF, 2005).

„Das Beurteilungsmerkmal der Leistungsfähigkeit oder der Kapazität beschreibt die Fähigkeit eines Menschen, eine Aufgabe oder eine Handlung durchzuführen. Dieses Konstrukt zielt darauf ab, das höchstmögliche Niveau der Funktionsfähigkeit, das ein Mensch in einer bestimmten Domäne zu einem bestimmten Zeitpunkt erreichen kann, zu beschreiben“ (ICF, 2005, S. 20).

## II Empirische Untersuchung

### 12. Assessmentbogen

#### 12.1. Einleitung

Im folgenden Kapitel wird der Assessmentbogen im Detail beschrieben und skizziert. Zum genaueren Verständnis befindet sich der Assessmentbogen im Anhang. Die wissenschaftliche Basis der Anlage 4, Teil A, bildet die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit“ (ICF). Besonders der Bereich der „Partizipation“ ist darin verankert. Die im Klammerausdruck angeführten Codes (z. B.: d110) beziehen sich auf die jeweiligen ICF-Referenzcodes. Die Auswertung der Gesamtpunkte folgt einem arithmetischen Mittel, die mit \* versehenen Items finden bereits in der jeweiligen Pflegegeldeinstufung des Menschen mit Behinderung Berücksichtigung. Im Einzelfall ist es möglich, seitens der Sachverständigen weitere relevante ICF-Items heranzuziehen. Im individuellen Härtefall (individueller Wert im jeweiligen Grenzbereich) kann auch die individuelle Streuung der Items als weiteres Entscheidungskriterium berücksichtigt werden und eine Höherstufung um einen Grad der Beeinträchtigung ist möglich. Zur rechnerischen Übereinstimmung mit der Pflegegeldeinstufung folgt die Bewertung in 7er-Schritten: 0 = selbstständig; 7 = weitgehend selbstständig; 14 = mit Anleitung; 21 = Anleitung und stellvertretende Ausführung; 28 = mit umfassender Hilfestellung. Bei Menschen mit extrem ausgeprägtem herausforderndem Verhalten kann bei Vorliegen eines fachpsychiatrischen Gutachtens ein zusätzlicher Betreuungszuschlag von bis zu 50 % eines Dienstpostens gewährt werden. Der jeweilige individuelle Betreuungszuschlag ist in Prozenten (von 1 % bis 50 %) zu beschreiben und im Gutachten zum Ausdruck zu bringen (vgl. Amt der Steiermärkischen Landesregierung, 2004b). Der Assessmentbogen dient der Erhebung des Grades der Beeinträchtigung von Menschen mit Behinderung bzw. der Feststellung des individuellen Hilfebedarfs und befindet sich in der LEVO in der Anlage 4, Teil A. Kritik möchte ich dazu äußern, dass meiner Meinung nach nicht der Grad der Beeinträchtigung feststellbar ist, wie von allen Seiten betont wird, sondern lediglich der momentane und individuelle Hilfebedarf eines Menschen mit einer Behinderung. Der Grad der Beeinträchtigung ist nicht reversibel, der individuelle Hilfebedarf kann sich jedoch aufgrund von guter Förderung, Unterstützung und Initiative

aller Beteiligten im zeitlichen Verlauf ändern. Der Assessmentbogen stellt zu dem Untersuchungszeitpunkt lediglich den individuellen Hilfebedarf und nicht den Grad der Beeinträchtigung von Menschen mit geistigen Behinderungen fest. Der Assessmentbogen ist in neun Abschnitte bzw. Domänen eingeteilt, die sich mit den neun Domänen der ICF, speziell mit dem Teil der Aktivitäten und der Partizipation/Teilhabe, decken. Im Folgenden werden die Domänen mit der Anzahl der Kategorien bzw. Items kurz vorgestellt. Im anschließenden Kapitel wird auf die einzelnen Items näher eingegangen. Die erste Domäne „Lernen und Wissensanwendung“ unterteilt sich im Assessmentbogen in zehn Kategorien bzw. Items. Die zweite Domäne „Aufgaben und Anforderungen“ besteht aus 7 Items. Die dritte Domäne „Kommunikation“ wird in 11 Items aufgeteilt. Die vierte Domäne „Mobilität“ besteht aus 5 Items. Die fünfte Domäne „Selbstversorgung“ unterteilt sich in 12 Items. Die sechste Domäne „Häusliches Leben“ besteht aus 13 Items. Die siebte Domäne „Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen“ wird in 9 Items gegliedert. Die achte Domäne „Bedeutsame Lebensbereiche“ besteht aus 4 Items. Die neunte und letzte Domäne „Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben“ unterteilt sich in 7 Items. Insgesamt besteht der Assessmentbogen aus 78 Items, die es zu bewerten gilt. Am Anfang des Assessmentbogens wird erhoben, ob eine PflegegeldEinstufung schon besteht oder nicht. Danach kommt es zur Bewertung der 78 Items. Die Ratingskala basiert auf 7er-Schritte, damit diese Bewertung der Bewertung der alten PflegegeldEinstufung ähnelt. Nach dieser Bewertung wird die Summe der bewerteten Items gemittelt. Anschließend wird das Pflegegeld, falls vorhanden, berücksichtigt und mit 0,25 Prozent gewichtet. Somit wird ein Gesamtergebnis am Ende des Assessmentbogens erreicht. Die Gutacher/innen haben die Möglichkeit, in begründeten Fällen, den Grad der Beeinträchtigung um eine Stufe zu erhöhen (vgl. Amt der Steiermärkischen Landesregierung, 2004b).

An dieser Stelle ist es interessant zu erwähnen, wie der Assessmentbogen zu Stande gekommen ist. Es wurde ein Expert/inn/eninterview geführt, welches hier zum besseren Verständnis angeführt wird.

## **12.2. Expert/inn/eninterview zum Thema: Entstehung und Hintergrund des Einstufungsformulars**

**Transkript des Interviews mit einem/einer Experten/Expertin am 12.08.2009 von 10.00 Uhr bis 10.40 Uhr:**

I (Interviewerin): Wie kam es zur Entstehung des Assessmentbogens?

IP (Interviewpartner/in): Die Politik wollte eine Einstufung für behinderte Menschen haben, damit nicht nur die Pflegegeldbewertung allein berücksichtigt wird. Wir haben ein Norm-Kosten-Modell entwickelt, Leistungen geschrieben und darauf war die logische Folge, dass wir die Bedürfnisse der Klient/inn/en auch genauer anschauen muss genauer und in Stufen bewerten muss. Das ist aus der Praxis heraus von der Politik gewünscht worden und dann ist der Auftrag ergangen [ ... ] einen Assessmentbogen zu entwerfen.

I: Also sie haben den entwickelt, im Alleingang oder...?

IP: Ich habe den Assessmentbogen im Alleingang entwickelt, also das Grundgerüst dafür. So wie er jetzt dasteht nicht, sondern das Grundgerüst war aus meinem Praxis-Know-How [ ... ] heraus, habe ich mir überlegt, wie kann man einen Hilfebedarf bewerten. Es hat zu diesem Zeitpunkt auch von Dachverband der Steirischen Behindertenhilfe auch schon immer Bestrebungen gegeben, einen individuellen Hilfebedarf zu entwickeln. Sie haben da in verschiedenen Ländern, England, Irland, im Norden, weiß ich jetzt nicht genau wo, da war ich aber noch gar nicht in der Abteilung, es war dort immer Thema. Ich nehme an, dass das auch der Anreiz für die Politik dann war, den Auftrag an mich zu erteilen. Ich habe gewusst, es wird über IHB diskutiert, ich hatte aber nicht die Information, was genau diskutiert wird, und habe mich dann hin gesetzt und gedacht, wenn ich in eine Familie gehe, dann muss ich auch feststellen, welchen Bedarf an Hilfe hat die Familie, das war dazu mein praktischer Zugang, wie kann man feststellen ob jemand mehr Hilfe oder weniger Hilfe braucht. Das waren einfach praktische erfahrungswissenschaftliche Überlegungen, wenn sie wollen, und dazu habe ich dann angefangen zu recherchieren, im Internet, gibt es irgendwo in Europa eine Einstufung. Und habe dann auch den [jemanden] gefragt und der/die hat dann gesagt ja, es gibt ein Metzler-Verfahren in Deutschland. Dieses gilt allerdings nur für Tageswerkstätten und ich habe dann mit meinen Überlegungen welche Lebensbereiche muss man bei Menschen anschauen, um

Hilfebedürftigkeit feststellen zu können. Da habe ich einfach schon ein paar Punkte gehabt. Ich kann ihnen die Grundlagen auch geben, da kann man sie nachvollziehen, und habe dann gesagt, o. k., jetzt schau ich mir das über Dr. Metzler an, und ich habe schon ähnliche Sachen, so Bedürfnisse des alltäglichen Lebens zum Beispiel, ähnliche Sachen abgefragt, auch schon in Form von Items, so hatte ich es nicht, ich hatte nur Fragestellungen. Und dann habe ich mir gedacht o. k., dass ist eigentlich ein gutes System, und habe meine und ihre Ursprungsfragestellungen, das war ja zum damaligen Zeitpunkt 2003 war das glaub ich, noch nicht fertig und in Versuchsstadion. Dann habe ich mir gedacht, o. k. das ist ein gutes Grundgerüst und ich muss jetzt einfach Items dazu entwickeln, abgeschaut von Metzler. Und dann habe ich das mit ein paar Trägervertreter, mit denen eine gute Kooperation war, besprochen. Kommt euch das logisch vor, könnt ihr euch das so vorstellen? Ja war dann die Rückmeldung ja. Dann habe ich einen sehr einfach gehaltenen Fragebogen entwickelt, und habe den an eine Bezirkshauptmannschaft geschickt, aus der ich selbst kam und 20 Jahre gearbeitet habe vorher, und habe zu den Kollegen gesagt, wenn ihr in der Behindertenhilfe Fälle habt, schaut euch den Fragebogen an, und fragt einmal nach dem ab, und schaut ob ihr beim Endergebnis feststellen könnt, ob jemand mehr oder weniger Hilfe braucht. Ist es für euch logisch? Ich habe das bei sechs oder sieben Fällen durch probiert und es hat auch einen Träger gegeben, den ich auch gebeten habe, und der hat das bei all seinen Klienten angeschaut. Und hat dann auch gesagt, dann hat er mir Kleinigkeiten ausgebessert, das eine oder andere dann dazu geben, was aufgefallen ist, und so ... so bleibt, war er dann ursprünglich. Nur als Fragebogen mit, mit Items, ohne, ganz eine einfache Bewertung. Der Ursprung war Hilfebedarf leicht, mittel, hoch oder höchst, ja. Keine Punkte dahinter, sondern wirklich des war subjektive Bewertung, einfach auf Grund dieser Fragen. Und dann war der Auftrag der Politik, gut aber wir müssen das irgendwie koppeln mit dem Pflegegeld. Ich muss das mitberücksichtigen, weil die behinderten Menschen ja auch einen Anspruch auf Pflegegeld haben. Und ich muss dahinterliegend eine Punkteanzahl haben. Und damit habe ich auch gesagt, na ja da bin ich jetzt als [ ... ] im Grundberuf überfordert, ich kann kein Testverfahren entwickeln, das sind nicht meine Fähigkeiten. Ich brauche dazu einen Psychologen, weil ich, also mein Wissensstand war, dass damals das können ausschließlich Psychologen machen, und habe mich dann an [ ... ] gewandt, den ich auch gekannt habe, und habe gesagt ob er/sie sich das anschauen kann, und ob er/sie mit mir da eine Punktebewertung machen kann. Und der/die kannte, schaute sich das an und sagt, du hast da eigentlich große Teile des ICF drinnen. Und sagt dann, wissenschaftliches

Verfahren, das werden wir machen, wir gehen nach ICF. Hat das, des eh mir vorliegende, mir gegeben, hat gesagt, schau dir das mal an. Deine Fragestellungen finden sich dort alle wieder. Es ist nur die Frage baust du es aus oder reduzierst es. Wir haben dann die bestehenden Fragestellungen wirklich, wie man es jetzt am Bogen sieht, die Zahl dazu geschrieben, und haben dann noch Kleinigkeiten dazu gegeben. Aber es war dreiviertel dieser Fragen, ich habe eigentlich ursprünglich über 100 Fragen gehabt, muss ich auch sagen, ja. Da hat es dann geheißen, es ist vom Zeitablauf her viel zu aufwendig, das muss man reduzieren, und ich habe fast alles drinnen gehabt. Und dann haben wir das wieder runter reduziert auf die jetzt bestehenden Fragen und das benannt nach ICF. Aber diese Idee muss ich wirklich sagen ist von [ ... ] und der/die hat dann auch entwickelt diese Einstufungen. Die 7er Stufen, wir haben gewusst, das haben wir beide, und haben gesagt o. k., wenn wir das Pflegegeld mit berücksichtigen müssen, dann müssen wir den Fragebogen in 7er Stufen gliedern, weil das Pflegegeld auch in 7er Stufen gegliedert ist. Das ist der Zusammenhang und ausschließlich der. Darum ist es auch so aufgebaut. Und es sind auch „Sterndal“ drinnen, das sind die Pflegeitems. Wenn jemand kein Pflegegeld hat bis dorthin, dann werden die Items abgefragt. Und wenn er ein Pflegegeld hat, dann werden sie nicht abgefragt, weil dann kommt es über das Pflegegeld über die Stufe dazu.

I: Und die Gewichtung von 0,25, hat das auch irgendeinen Hintergrund vom Pflegegeld, wenn sie schon eingestuft sind?

IP: Das haben wir so bewertet, weil wir gesagt haben, das macht ungefähr ein Viertel aus. Das war für uns einfach eine praktische Überlegung, wie viel vom Ganzen macht das ungefähr aus? Auch die Pflegegeldeinstufung sagt eigentlich ja nur über körperliche Einschränkungen was aus, nicht über die geistigen Bedürfnisse. Und darum haben wir gesagt, wie viel wird denn das sein, das war einfach eine subjektive Einschätzung, und das ist ungefähr ein Viertel.

I: Und jetzt ist auch klar warum man auf die Domäne Partizipation und Teilhabe da gekommen ist, weil das einfache ähnliche Fragen vom alltäglichen Leben waren.

IP: Genau und das war mir auch gegangen. Ich habe ja zum selben Zeitpunkt die Leistungsbeschreibungen der LEVO entwickelt. Und da haben wir immer darüber geredet über Integration und über Gleichstellung und über Partizipation und über Teilhabe. Das

war einfach das große Thema. Das kommt mir auch von meinem beruflichen Zugang und Werdegang her, war das für mich auch immer ein wichtiges Thema und für die Behindertenhilfe genau so, muss ich auch sagen. Und darum war das ganz klar für mich, dass wir da einfach darauf schauen muss, wenn man die gesamte Behindertenhilfe weiterentwickeln will, und das war eigentlich und ist mein Auftrag, wenn man Qualitätskriterien festlegt, und zum selben Zeitpunkt passiert ist, und wenn du das weiterentwickeln willst, dann gehört das einfach dazu.

I: Wie sind die Items dann reduziert geworden, auch aus Praxiserfahrungen, oder mit Trägervereinen?

IP: Nein, das haben wir komplett alleine gemacht. Das war dann dort, da waren dann wirklich der/die [ ... ] und ich zusammen, ich hatte zu diesem damaligen Zeitpunkt auch noch überhaupt keine Mitarbeiter und wirklich nur, ich habe das vorgelegt mit diesen über 100 Fragen dem politischen Büro und die haben gesagt, das ist nicht machbar und ihr müsst es reduzieren. Und dann war einfach wirklich, die Reduktion hat statt gefunden, wo wir gesagt haben, es sind ähnliche Fragen, die auf ähnliches abzielen und die streichen wir einmal raus. Da war mein praktischer Zugang und der theoretische von [ ... ] und der wissenschaftliche auch von [dieser Person].

I: Und zum Schluss wurde immer dazugefügt ein weiteres ICF-basiertes Item. Eben um sicherzustellen, falls etwas fehlt, dass man das dann noch bewerten könnte.

IP: Das war mein Agreement an die Politik, wenn man so will, weil ich mir gedacht habe, na ja, für mich wäre es mit diesen vielen Fragen rund gewesen, kann man aber auch immer erst im Nachhinein sagen, aber wenn ich es reduziere, dann möchte ich, ich war mir einfach überhaupt nicht sicher, ich habe den ICF auch zu wenig gekannt, wir hatten auch nicht soviel Zeit dass man das seriös beforscht, und von dem her habe ich mir gedacht du musst dir da irgendwelche Sicherheitsanker setzen, und habe ich mir gedacht wenn ein Team bei der Bewertung dann das Gefühl hat, gerade für den Individualfall, ist das zu wenig, dann können sie von sich aus aus dem ICF auswählen, was immer sie wollen. Das war dann irgendwie so die Sicherheit, und trotzdem ist es einigermaßen wirtschaftlich und entspricht den politischen Vorgaben.



I: In welchem Zeitraum ist das dann entwickelt worden? Kann man das ungefähr sagen? Weil sie sagen 2003, also 2004 ist das Gesetz ja in Kraft getreten.

IP: Also ich hatte für das Grundgerüst Zeit eine Woche inklusive eines Wochenendes. Und insgesamt, dann wie [ ... ] auch schon dabei war, und so diese Testgeschichten, nein die Testgeschichten sind erst noch ohne [ ... ] gelaufen, mit den Ursprungsfragen, das ist alles recht rasch gegangen, ich schätze einmal insgesamt haben wir dafür drei oder vier Monate gebraucht. Mehr Zeit war nicht.

I: Gut, dann zur Abschlussfrage. Glauben sie, das Einstufungsverfahren ist ein gutes Instrument, den individuellen Hilfebedarf von Menschen mit geistigen Behinderungen festzustellen? Ihre subjektive Meinung.

IP: Also das Einstufungsverfahren alleine, mit dem Bogen, glaube ich nicht, das kann nur ein Grundgerüst sein, um eine Richtung festzulegen. Und das ist es ja auch nicht mehr, es, der individuelle Hilfebedarf besteht ja mittlerweile schon länger, nicht nur aus dem Assessmentbogen. Und meine subjektive, das war auch nie so gedacht, war nur aus Zeitgründen, du hast irgendetwas entwickeln müssen, damit Bescheide halten, das war so eine Geschichte, und den individuellen Hilfebedarf kann ich nur feststellen, indem ich das Umfeld mit anschau, und ich kann ja nicht mit einem Testbogen, der maximal zwei Stunden dauert, abfragen. Und wir sind mittlerweile bei IHB-Team soweit, dass wir, dass die Leistungen für ein Jahr vorschlagen und dass man dann noch einmal die ganze Runde macht.

I: Es steht glaub ich drinnen, alle drei Jahre.

IP: Ja, wir werden das auf ein Jahr, es ist jetzt die große Einstufung aller Klienten, die bereits in Wohnhäusern sind, vorbei. Und damit haben die Teams auch die Zeit, dass sie einfach Zielüberprüfungen damit machen, und ein Testverfahren ist so gut wie jemand heute drauf ist. Das heißt alle Sachen, die beeinflussen und das muss man wissen, man kann nicht mit einem Assessmentbogen für die Ewigkeit etwas festlegen. Das ist meine subjektive Meinung. So war es auch immer gedacht. Und es freut mich persönlich, dass wir dort immer näher hinkommen. Aber ich glaub auch, dass man ein nachvollziehbar objektives Verfahren für eine Grundeinstufung braucht, und das glaub ich auch ja.

I: Und angedacht ist es, steht ja auch im Gesetz so drinnen, dass es individuelle Zielplanungen geben muss. Ist das umsetzbar bei so vielen Klient/inn/en?

IP: Ja, das glaub ich schon. Wir haben jetzt, die Teams haben jetzt alle eingestuft, alle die neu beantragt haben, dann abgearbeitet und jetzt, entschuldige den Ausdruck, aber es ist, die sind alle bearbeitet worden, es sind bei Maßnahmen, die EPH-Maßnahmen, die wirklich in Ziel, sehr stark in die Richtung rascherer Zielerreichung gehen, die sind wirklich schon jetzt befristet mit einem Jahr. Wohnhaus ist noch immer befristet mit drei, vier, fünf Jahren. Das muss man individuell schauen, ich weiß es auch, dass man sich das wirklich pro Leistungsart anschaut. Leistungsarten, die in der Beschreibung schon eine Zielerreichung rascher haben, die müssen auch kürzer angeschaut werden. Und Leistungen wie ein Wohnhaus, wo du wirklich schon sagst es ist eigentlich was wo ich mich wohl fühle, wo ich ein daheim haben will, dort muss ich nicht alle zwei, drei Jahre eine Zielerreichung überprüfen, denk ich mir, weil das ist einfach eine langfristige Maßnahme. Das planen wir derzeit, dass wir das auch so umsetzen können. Das ist mit dem Teams machbar. Und aus meiner Sicht, das gehört einfach für mich alles zusammen, die Leistungsbeschreibungen mit den Einstufungen mit den Zielevaluierungen mit den Trägerüberprüfungen um einen Qualitätsschub einfach in Gang zu setzen. Es wird jetzt auch das IHB-Verfahren gerade im Augenblick weiterentwickelt mit den Trägern. Wir werden an den Items etwas verändern, wir werden an der Punkteverteilung etwas verändern. Nicht geklärt ist bis jetzt, ob wir diese 7er Stufen beibehalten oder nicht, weil das einfach Pflegegeld abhängig ist und das ist im Augenblick noch immer nicht klar, wie viel von den Betreuungsleistungen, von den pädagogischen Betreuungsleistungen übernehme ich automatisch und was, und wie senkt das das Pflegegeld, ja. Diese Bedürftigkeit, die da werden, da sind so viele gleichlautende Fragen, Körperpflege zum Beispiel. Und über Körper..., ich kann die Körperpflege wie beim Pflegegeld nicht allein, gerade bei geistig eingeschränkten Menschen, nicht allein sehen als einen mechanischen Waschvorgang, sondern ich muss da mit zeigen, was da pädagogisch läuft, aber das haben wir einfach noch nicht geklärt, im Augenblick. Mein Ansatz dazu ist natürlich eher die Pädagogik. Ich sage eher, das kann man nicht voneinander trennen. Wenn ich jemanden, da greife ich automatisch vorsichtig in die Intimsphäre des Klienten eingreifen, und wenn ich eine pädagogische Grundausbildung habe, wäre ich daran interessiert sein, dass ich während des Duschens, Waschens, Einschmierens, mit dem rede und ihm zeige, wie das geht, warum ich das tue, was es bewirkt und unterstütze, damit er das einmal selber kann.

Damit brauche ich aber dreimal so lange, als wenn ich einen einfach dusche. Und da sind wir uns noch nicht wirklich einig, wie das dann ausschauen wird, aber wir müssen das noch klären und, ja, mit, nachdem mir auch der Pflegebereich untersteht, bei den Krankenschwestern, da sind wir uns auch einig, also die sehen das auch so ähnlich, nur wir rütteln da an diesem Pflegegeldeinstufungsbogen. Das wird der Knackpunkt sein, schätze ich einmal.

I: Da haben sie ja noch viel vor.

IP: Ja Gott sei Dank.

I: Vielen Dank.

### **12.3. Beschreibung der Items nach der ICF**

In diesem Kapitel werden alle Kategorien bzw. Items, welche im Assessmentbogen verwendet wurden, näher definiert, dies bedeutet, dass die Erklärungen der ICF beigefügt sind.

#### **Domäne 1: Lernen und Wissensanwendung**

##### **d 110 Zuschauen**

Absichtsvoll den Sehsinn zu benutzen, um visuelle Reize wahrzunehmen, wie einer Sportveranstaltung oder dem Spiel von Kindern zuschauen.

##### **d 115 Zuhören**

Absichtsvoll den Hörsinn zu benutzen, um akustische Reize wahrzunehmen, wie Radio, Musik oder einen Vortrag hören.

##### **d 120 Andere bewusste sinnliche Wahrnehmungen**

Absichtsvoll andere elementare Sinne zu benutzen, um Reize wahrzunehmen, wie die materielle Struktur tasten und fühlen, Süßes schmecken oder Blumen riechen.

##### **d 130 Nachmachen, nachahmen**

Imitieren oder Nachahmen als elementare Bestandteile des Lernens, wie eine Geste, einen Laut oder einen Buchstaben des Alphabets nachmachen.

##### **d 1550 Sich elementare Fertigkeiten aneignen**

Elementare, bewusste Handlungen zu erlernen, wie mit Essutensilien, einem Bleistift oder einem einfachen Werkzeug umgehen lernen.

##### **d 135 Üben**

Wiederholen einer Folge von Dingen oder Zeichen als elementarer Bestandteil des Lernens, wie in Zehnerfolgen zählen oder das Vortragen eines Gedichtes einüben.

##### **d 1551 Sich komplexe Fertigkeiten aneignen**

Integrierte Mengen von Handlungen zu erlernen, wie mit Essutensilien, einem Bleistift oder einem einfachen Werkzeug umgehen lernen.

##### **d 160 Aufmerksamkeit fokussieren**

Sich absichtsvoll auf einen bestimmten Reiz zu konzentrieren, wie ablenkende Geräusche filtern.

**d 163 Denken**

Ideen, Konzepte und Vorstellungen – seien sie zielgerichtet oder nicht – zu formulieren und zu handhaben, allein oder mit anderen, wie eine Fiktion entwickeln, ein Theorem beweisen, mit Ideen spielen, Brainstorming betreiben, meditieren, Vor- und Nachteile abwägen, Vermutungen anstellen, überlegen.

**d 175 Probleme lösen**

Lösungen für eine Frage oder Situation zu finden, indem das Problem identifiziert und analysiert wird, Lösungsmöglichkeiten entwickelt und die möglichen Auswirkungen der Lösungen abgeschätzt werden und die gewählte Lösung umgesetzt wird, wie die Auseinandersetzung zweier Personen schlichten.

**d 177 Entscheidungen treffen**

Eine Wahl zwischen Optionen zu treffen, diese umzusetzen und ihre Auswirkungen abzuschätzen, wie einen besonderen Gegenstand auszuwählen und kaufen, oder sich entscheiden, eine Aufgabe unter vielen, die erledigt werden müssen, übernehmen und diese ausführen.

**Raum für weiteres ICF-basiertes relevantes Item****Domäne 2: Aufgaben und Anforderungen****d 210 Eine Einzelaufgabe übernehmen**

Einfache oder komplexe und koordinierte Handlungen bezüglich der mentalen und physischen Bestandteile einer einzelnen Aufgabe auszuführen, wie eine Aufgabe angehen, Zeit, Räumlichkeiten und Materialien für die Aufgabe organisieren, die Schritte der Durchführung festlegen, die Aufgabe ausführen und abschließen sowie eine Aufgabe durchstehen.

**d 2101 Eine komplexe Aufgabe übernehmen**

Die komplexe Aufgabe vorzubereiten, anzugehen und sich um die erforderliche Zeit und Räumlichkeit zu kümmern; eine komplexe Aufgabe mit mehr als einem Bestandteil auszuführen, wobei die Bearbeitung in aufeinanderfolgenden Schritten oder gleichzeitig erfolgen kann, wie die Möbel in der Wohnung anordnen oder die Schularbeiten machen.

**d 2200 Mehrfachaufgaben bearbeiten**

Mehrere Aufgaben vorzubereiten, anzugehen und sich um die erforderliche Zeit und Räumlichkeit zu kümmern; mehrere Aufgaben in aufeinanderfolgenden Schritten oder gleichzeitig zu handhaben und zu bearbeiten.

**d 230 Die tägliche Routine durchführen**

Einfache und komplexe und koordinierte Handlungen auszuführen, um die Anforderungen der alltäglichen Prozeduren oder Pflichten zu planen, zu handhaben und zu bewältigen, wie Zeit einplanen und den Tagesplan für die verschiedenen Aktivitäten aufstellen.

**d 2302 Die tägliche Routine abschließen**

Einfache und komplexe, koordinierte Handlungen, die eine Person durchführen muss, um die Anforderungen der alltäglichen Prozeduren oder Pflichten einzuplanen.

**d 240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen**

Einfache oder komplexe und koordinierte Handlungen durchzuführen, um die psychischen Anforderungen, die erforderlich sind, um Aufgaben, die besondere Verantwortung beinhalten sowie mit Stress, Störungen und Krisensituationen verbunden sind, zu handhaben und zu kontrollieren, wie ein Fahrzeug bei dichtem Verkehr fahren oder viele Kinder betreuen.

**d 2400 Mit Verantwortung umgehen**

Einfache oder komplexe, koordinierte Handlungen durchzuführen, um die Pflichten der Aufgabenerfüllung zu handhaben und die Anforderungen dieser Pflichten zu beurteilen.

**d 2402 Mit Krisensituationen umgehen**

Einfache oder komplexe, koordinierte Handlungen durchzuführen, um entscheidende Wendepunkte in einer bestimmten Situation oder in Zeiten akuter Gefahr oder Schwierigkeit zu bewältigen.

**Raum für weiteres ICF-basiertes relevantes Item**

**Domäne 3: Kommunikation**

**d 310 Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen**

Die wörtliche und übertragene Bedeutung von gesprochenen Mitteilungen zu erfassen, wie verstehen, ob eine Aussage eine Tatsache behauptet oder ob sie eine idiomatische Wendung ist.

**d 315 Kommunizieren als Empfänger nonverbalen Mitteilungen**

Die wörtliche und übertragene Bedeutung von durch Gesten, Symbolen und Zeichnungen vermittelten Mitteilungen zu erfassen, wie erkennen, dass ein Kind müde ist, wenn es seine Augen reibt, oder dass das Läuten einer Warnglocke Feuer bedeutet.

**d 3150 Kommunizieren als Empfänger von Gesten oder Gebärden**

Die Bedeutung von Gesichtsausdrücken, Handbewegungen oder -zeichen, Körperhaltungen und anderen Formen der Körpersprache zu erfassen.

**d 3151 Kommunizieren als Empfänger von allgemeinen Zeichen und Symbolen**

Die Bedeutung von öffentlichen Zeichen und Symbolen zu erfassen, wie Verkehrszeichen, Warnsymbole, Notationen (z. B. musikalische, mathematische und wissenschaftliche) sowie Bildsymbole.

**d 3152 Kommunizieren als Empfänger von Zeichnungen und Fotos**

Die in Zeichnungen und Fotos (z. B. Strichzeichnungen, grafische Entwürfe, Gemälde, dreidimensionale Darstellungen) sowie in grafischen Darstellungen, Diagrammen und Fotos vermittelte Bedeutung zu erfassen, wie z. B. verstehen, dass eine Aufwärtslinie in einem Größendiagramm anzeigt, dass ein Kind wächst.

**d 325 Kommunizieren als Empfänger schriftlicher Mitteilungen**

Die wörtliche und übertragene Bedeutung schriftlicher Mitteilungen (einschließlich Braille) zu erfassen, wie politische Ereignisse in der Tagespresse verfolgen oder die Absicht einer religiösen Schrift verstehen.

**d 330 Sprechen**

Wörter, Wendungen oder längere Passagen in mündlichen Mitteilungen mit wörtlicher und übertragener Bedeutung zu äußern, wie in gesprochener Sprache eine Tatsache ausdrücken oder eine Geschichte erzählen.

**d 3351 Zeichen und Symbole produzieren**

Bedeutung durch Verwendung von Zeichen und Symbolen (z. B. Bildsymbole, Bliss-Tafeln, wissenschaftliche Symbole) und symbolischen Notationssystemen zu vermitteln, wie die Notenschrift zu benutzen, um eine Melodie zu schreiben.

**d 345 Mitteilungen schreiben**

Die wörtliche und übertragene Bedeutung von Mitteilungen, die in geschriebener Sprache vermittelt sind, zu verfassen, wie einem Freund einen Brief schreiben.

**d 335 Nonverbale Mitteilungen produzieren**

Gesten, Symbole und Zeichnungen zur Vermittlung von Bedeutungen einzusetzen, wie seinen Kopf schütteln, um Uneinigkeit anzuzeigen, oder ein Bild oder Diagramm zeichnen, um eine Tatsache oder eine komplexe Vorstellung zu vermitteln.

**d 3350 Körpersprache einsetzen**

Eine Bedeutung mit Körperbewegungen vermitteln, wie mit Gesichtsausdruck (z. B. lächeln, Stirn runzeln, zusammenzucken), Bewegungen und Haltungen von Armen und Händen (z. B. wie beim Umarmen, um Zuneigung zu zeigen).

**d 3503 Sich mit einer Person unterhalten**

Mit einer Person einen Dialog oder einen Gedankenaustausch zu initiieren, aufrechtzuerhalten, zu gestalten und zu beenden, wie mit einem Freund über das Wetter zu sprechen.

**d 3600 Telekommunikationsgeräte benutzen**

Ein Telefon und andere Geräte wie Fax- oder Telex-Geräte als Kommunikationsmittel zu verwenden.

**Raum für weiteres ICF-basiertes relevantes Item**

**Domäne 4: Mobilität**

**d 4600 Sich in seiner Wohnung umherbewegen**

In seiner Wohnung umherzugehen und sich umherzubewegen, innerhalb eines Raumes und zwischen Räumen sowie innerhalb der ganzen Wohnung oder des Lebensbereichs.

**d 4602 Sich außerhalb der eigenen Wohnung und anderen Gebäuden umherbewegen**

In der Nähe oder von der eigenen Wohnung oder anderen Gebäuden entfernt umherzugehen und sich fortzubewegen, ohne öffentliche oder private Transport- oder Verkehrsmittel zu benutzen, wie für kurze oder lange Entfernungen in einer Stadt oder einem Dorf herumzugehen.

**d 470 Transportmittel benutzen**

Transportmittel zu benutzen, um sich als Fahrgast fortzubewegen, wie als Mitfahrer mit einem Auto oder Autobus, einer Rikscha, einem Ruderboot, einem von einem Tier angetriebenen Fahrzeug, mit einem privaten oder öffentlichen Taxi, Autobus, Zug, einer Straßenbahn, U-Bahn, einem Schiff oder Flugzeug.

**d 4609 Sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen, nicht näher bezeichnet**

**Raum für weiteres ICF-basiertes relevantes Item**



## **Domäne 5: Selbstversorgung**

### **d 510 Sich waschen**

Den ganzen Körper oder Körperteile mit Wasser und geeigneten Reinigungs- und Abtrocknungsmaterialien oder -methoden zu waschen und abzutrocknen, wie baden, duschen, Hände, Füße, Gesicht und Haare waschen und mit einem Handtuch abtrocknen.

### **d 520 Seine Körperteile pflegen**

Sich um seine Körperteile wie Haut, Gesicht, Zähne, Kopfhaut, Nägel und Genitalien über das Waschen und Abtrocknen hinaus zu kümmern.

### **d 5300 Die Belange der Blasenentleerung regulieren**

Die Blasenentleerung zu koordinieren und zu handhaben, wie das Bedürfnis angeben, sich in eine geeignete Position begeben, einen angemessenen Ort zur Blasenentleerung wählen und aufsuchen, vor und nach der Blasenentleerung die Kleidung richten und sich nach der Blasenentleerung reinigen.

### **d 5301 Die Belange der Darmentleerung regulieren**

Die Darmentleerung zu koordinieren und zu handhaben, wie das Bedürfnis angeben, sich in eine geeignete Position begeben, einen angemessenen Ort zur Darmentleerung wählen und aufsuchen, vor und nach der Darmentleerung die Kleidung richten und sich nach der Darmentleerung reinigen.

### **d 5302 Die Belange der Menstruation regulieren**

Die Menstruation koordinieren, zu planen und sich um sie zu kümmern, wie den Eintritt der Menstruation voraussehen sowie Binden und entsprechende Artikel benutzen.

### **d 5400 Kleidung anziehen**

Die koordinierten Handlungen und Aufgaben durchzuführen, welche das Anlegen von Kleidung an verschiedene Körperteile betreffen, wie Kleidung über den Kopf, über Arme und Schultern sowie an die untere und obere Körperhälfte anlegen; Handschuhe anziehen oder eine Kopfbedeckung aufsetzen.

### **d 5402 Schuhwerk anziehen**

Die koordinierten Handlungen und Aufgaben durchzuführen, welche das Anziehen von Socken, Strümpfen und Schuhwerk betreffen.

**d 5401 Kleidung ausziehen**

Die koordinierten Handlungen und Aufgaben durchzuführen, welche das Ablegen von Kleidung an verschiedenen Körperteilen betreffen, wie Kleidung vom oder über den Kopf, von Armen und Schultern sowie von der unteren und oberen Körperhälfte ablegen; Handschuhe ausziehen oder eine Kopfbedeckung ablegen.

**d 5403 Schuhwerk ausziehen**

Die koordinierten Handlungen und Aufgaben durchzuführen, welche das Ausziehen von Socken, Strümpfen und Schuhwerk betreffen.

**d 5404 Geeignete Kleidung auswählen**

Den impliziten oder expliziten Kleiderregeln und -konventionen der Gesellschaft oder Kultur zu entsprechen und sich entsprechend der klimatischen Bedingungen zu kleiden.

**d 550 Essen**

Die koordinierten Handlungen und Aufgaben durchzuführen, die das Essen servierter Speisen betreffen, sie zum Mund zu führen und auf kulturell akzeptierte Weise zu verzehren, Nahrungsmittel in Stücke zu schneiden oder zu brechen, Flaschen und Dosen zu öffnen, Essbesteck zu benutzen, Mahlzeiten einzunehmen, zu schlemmen oder zu speisen.

**d 560 Trinken**

Ein Gefäß mit einem Getränk in die Hand zu nehmen, es zum Mund zu führen und den Inhalt in kulturell akzeptierter Weise zu trinken, Flüssigkeiten zum Trinken zu mischen, zu rühren, zu gießen, Flaschen und Dosen zu öffnen, mit einem Strohhalm zu trinken oder fließendes Wasser wie z. B. vom Wasserhahn oder aus einer Quelle zu trinken; trinken an der Brust (Säugling).

**d 570 Auf seine Gesundheit achten**

Für physischen Komfort, Gesundheit sowie für physisches und mentales Wohlbefinden zu sorgen, wie eine ausgewogene Ernährung und ein angemessenes Niveau körperlicher Aktivität aufrechterhalten, sich warm oder kühl halten, Gesundheitsschäden vermeiden, sicheren Sex praktizieren, einschließlich Kondome benutzen, für Impfschutz und regelmäßige ärztliche Untersuchungen sorgen.

**d 5702 Seine Gesundheit erhalten**

Auf sich selbst zu achten, indem man das tut, was die eigene Gesellschaft erfordert, und zwar im Hinblick auf Gesundheitskriterien und Krankheitsverhütung, und man sich über diese Notwendigkeit im Klaren ist. Hierzu gehören professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, medizinischem oder anderem gesundheitlichen Rat folgen, Gesundheitsrisiken vermeiden wie körperliche Verletzungen, ansteckende Krankheiten, Drogeneinnahme und sexuell übertragbare Krankheiten.

**Raum für weiteres ICF-basiertes relevantes Item**

**Domäne 6: Häusliches Leben**

**d 640 Hausarbeiten erledigen**

Einen Haushalt zu handhaben durch Reinigen des Hauses, Waschen von Kleidung, Benutzung von Haushaltsgeräten, Lagerung von Lebensmitteln, Entsorgung von Müll, wie fegen, moppen, Tische, Wände und andere Oberflächen reinigen; Haushaltsmüll zu sammeln und zu entsorgen; Zimmer, Toiletten und Schubladen in Ordnung zu halten; schmutzige Kleidung zu sammeln, zu waschen, zu trocknen, zusammenzulegen und zu bügeln; Schuhwerk zu reinigen; Besen, Bürsten und Staubsauger, Waschmaschinen, Trockner und Bügeleisen zu benutzen.

**d 6403 Haushaltsgeräte benutzen**

Alle Arten von Haushaltsgeräten zu benutzen, wie Waschmaschinen, Trockner, Bügeleisen, Staubsauger und Spülmaschinen.

**d 6400 Kleidung und Wäsche waschen und trocknen**

Kleidung und Wäsche mit der Hand zu waschen und sie zum Trocknen an der Luft aufzuhängen.

**d 6402 Den Wohnbereich reinigen**

Den Wohnbereich eines Haushalts zu reinigen, wie aufräumen und Staub wischen; Fußböden fegen, wischen, moppen; Fenster und Wände reinigen, Badezimmer und Toiletten reinigen, Möbel reinigen.

**d 6404 Die täglichen Lebensnotwendigkeiten lagern**

Lebensmittel, Getränke, Kleidung und andere für das tägliche Leben notwendige Waren zu lagern, Lebensmittel für die Konservierung durch Einmachen, Salzen oder Einfrieren vorzubereiten, Lebensmittel frisch halten und für Tiere nicht erreichbar aufzubewahren.

**d 6500 Kleidung herstellen und reparieren**

Kleidung herzustellen und zu reparieren, wie nähen, Kleidung anfertigen oder ausbessern; Knöpfe und Verschlüsse wieder befestigen; Kleidungsstücke bügeln; Schuhwerk in Ordnung bringen und putzen.

**d 6504 Hilfsmittel instand halten**

**d 6102 Wohnraum möblieren**

Wohnraum mit Möbeln, Einbauten und anderen Ausstattungen auszurüsten und einzurichten sowie die Räume zu dekorieren.

**d 620 Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen**

Alle waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs auszuwählen, zu beschaffen und zu transportieren, wie Lebensmittel, Getränke, Kleidung, Reinigungsmaterial, Brennstoff, Haushaltsartikel, Utensilien, Kochgeschirr, häusliche Hilfsmittel und Werkzeuge auswählen, beschaffen, transportieren und lagern; Versorgungs- und andere Dienstleistungen für den Haushalt beschaffen.

**d 6200 Einkaufen**

Waren und Dienstleistungen für das tägliche Leben gegen Geld zu erwerben (einschließlich einen für die Einkäufe Beauftragten anzuweisen und zu beaufsichtigen), wie Lebensmittel, Getränke, Reinigungsmaterial, Haushaltsartikel oder Kleidung in einem Geschäft oder auf dem Markt auswählen; Qualität und Preis der benötigten Artikel vergleichen, den Preis für die ausgewählten Waren und Dienstleistungen aushandeln und bezahlen sowie die Waren transportieren.

**d 6300 Einfache Mahlzeiten vorbereiten**

Mahlzeiten, die wenig Zutaten erfordern und mit einfachen Mitteln zubereitet und serviert werden können, zu kochen und zu servieren, wie einen Snack oder eine kleine Mahlzeit zubereiten, die Zutaten durch Schneiden oder Rühren bearbeiten und Lebensmittel wie Reis oder Kartoffeln kochen oder erhitzen.

**d 6301 Komplexe Mahlzeiten vorbereiten**

Mahlzeiten, die viele Zutaten erfordern und mit komplexen Mitteln zubereitet und serviert werden müssen, zu planen, zu organisieren, zu kochen und zu servieren, mehrgängige Mahlzeiten planen, die Zutaten durch kombinierte Handlungen wie schälen, in Scheiben oder Stücke schneiden, mixen, kneten und rühren bearbeiten und die Mahlzeit dem Anlass und der Kultur entsprechend zu servieren.

**d 640 Hausarbeiten erledigen**

Einen Haushalt zu handhaben durch Reinigen des Hauses, Waschen von Kleidung, Benutzung von Haushaltsgeräten, Lagerung von Lebensmitteln, Entsorgung von Müll, wie fegen, moppen, Tische, Wände und andere Oberflächen reinigen; Haushaltsmüll zu sammeln und zu entsorgen; Zimmer, Toiletten und Schubladen in Ordnung zu halten; schmutzige Kleidung zu sammeln, zu waschen, zu trocknen, zusammenzulegen und zu bügeln; Schuhwerk zu reinigen; Besen, Bürsten und Staubsauger, Waschmaschinen, Trockner und Bügeleisen zu benutzen.

**d 6403 Haushaltsgeräte benutzen**

Alle Arten von Haushaltsgeräten zu benutzen, wie Waschmaschinen, Trockner, Bügeleisen, Staubsauger und Spülmaschinen.

**d 6400 Kleidung und Wäsche waschen und trocknen**

Kleidung und Wäsche mit der Hand zu waschen und sie zum Trocknen an der Luft aufzuhängen.

**d 6402 Den Wohnbereich reinigen**

Den Wohnbereich eines Haushalts zu reinigen, wie aufräumen und Staub wischen; Fußböden fegen, wischen, moppen; Fenster und Wände reinigen, Badezimmer und Toiletten reinigen, Möbel reinigen.

**d 6404 Die täglichen Lebensnotwendigkeiten lagern**

Lebensmittel, Getränke, Kleidung und andere für das tägliche Leben notwendige Waren zu lagern, Lebensmittel für die Konservierung durch Einmachen, Salzen oder Einfrieren vorzubereiten, Lebensmittel frisch zu halten und für Tiere nicht erreichbar aufzubewahren.

**d 6500 Kleidung herstellen und reparieren**

Kleidung herzustellen und zu reparieren, wie nähen, Kleidung anfertigen oder ausbessern; Knöpfe und Verschlüsse wieder befestigen; Kleidungsstücke bügeln; Schuhwerk in Ordnung bringen und putzen.

**d 6504 Hilfsmittel instand halten**

Diese instand zu setzen und zu halten, wie Prothesen, Orthesen, Spezialwerkzeuge und Hilfen für die Haushaltsführung und die persönliche Pflege, Hilfen für die persönliche Mobilität wie Gehstützen, Gehwagen, Rollstühle und Roller instand setzen und instand halten; Hilfen zur Kommunikation und Erholung instand halten.

**d 660 Anderen helfen**

Haushaltsmitgliedern und anderen beim Lernen, Kommunizieren, der Selbstversorgung, der (Fort-)Bewegung innerhalb und außerhalb des Hauses zu helfen; sich dem Wohlbefinden der Haushaltsmitglieder und anderer widmen.

**Raum für weiteres ICF-basiertes relevantes Item**

**Domäne 7: Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen**

**d 710 Elementare interpersonelle Aktivitäten**

Mit anderen in einer kontextuellen und sozial angemessenen Weise zu interagieren, wie die erforderliche Rücksichtnahme und Wertschätzung zeigen oder auf Gefühle anderer reagieren.

**d 7203 Sozialen Regeln gemäß interagieren**

In sozialen Interaktionen unabhängig zu handeln und sich nach den sozialen Konventionen, die die eigene Rolle, Stellung oder einen anderen sozialen Status bei Interaktionen mit anderen bestimmen, zu richten.

**d 7204 Sozialen Abstand wahren**

Sich in einer kontextuell, sozial und kulturell angemessenen Weise über den Abstand zwischen sich und anderen bewusst zu sein und diesen zu wahren.

**d 760 Familienbeziehungen**

Beziehungen zu Verwandten aufzubauen und aufrechtzuerhalten, wie mit Mitgliedern der Kernfamilie, des erweiterten Familienkreises, der Pflege- und angenommenen Familie sowie der Stieffamilie, mit entfernteren Verwandten wie mit Cousins/Cousins zweiten Grades oder zum Vormund.

**d 740 Formelle Beziehungen**

Spezielle Beziehungen in formellen Rahmen aufzunehmen und aufrechtzuerhalten, wie mit Arbeitgebern, Fachleuten oder Dienstleistungserbringern.

**d 7503 Informelle Beziehungen zu Mitbewohnern**

Informelle Beziehungen für jeden Zweck zu Menschen, die im gleichen privaten oder öffentlich geleiteten Haus oder in einer anderen Wohnung leben, aufzunehmen und aufrechtzuerhalten.

**d 730 Mit Fremden umgehen**

In befristeten Kontakten und Verbindungen mit Fremden zu bestimmten Zwecken zu stehen, wie beim Fragen nach einer Richtung oder beim Tätigen eines Einkaufs tätigen.

**d 7500 Informelle Beziehungen zu Freunden**

Freundschaftliche Beziehungen, die durch gegenseitige Wertschätzung und gemeinsame Interessen geprägt sind, aufzunehmen und aufrechtzuerhalten.

**d 7700 Liebesbeziehungen**

Beziehungen auf der Grundlage emotionaler und physischer Anziehung, die zu längerfristigen engen Beziehungen führen können, aufzubauen und aufrechtzuerhalten.

**Raum für weiteres ICF-basiertes relevantes Item**

**Domäne 8: Bedeutsame Lebensbereiche**

**d 810 Informelle Bildung/Ausbildung**

Zu Hause oder in einem anderen nicht institutionellen Rahmen zu lernen, wie handwerkliche und andere Fertigkeiten von den Eltern oder Familienmitgliedern lernen, oder Privatunterricht erhalten.

**d 840 Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit** (Dieses Item wurde nur bei Bewohner/inne/n der Trainingswohnung ausgefüllt)

Sich an allen Programmen in Zusammenhang mit der Vorbereitung auf Beschäftigung zu beteiligen, wie die Aufgaben ausführen, die in Lehre, Praktika (einschließlich im Rahmen eines Hochschulstudiums) und ausbildungsbegleitendem Training gefordert werden.

**d 860 Elementare wirtschaftliche Transaktionen**

Sich an jeder Form einfacher wirtschaftlicher Transaktionen zu beteiligen, wie Geld zum Einkaufen von Nahrungsmitteln benutzen oder Tauschhandel treiben, Güter oder Dienstleistungen austauschen oder Geld sparen.

**Raum für weiteres ICF-basiertes relevantes Item**

**d 825 Theoretische Berufsausbildung**

Sich an allen Aktivitäten von Programmen der beruflichen Ausbildung zu beteiligen und die curricularen Stoffe für die Vorbereitung der Beschäftigung in einem Gewerbe, auf einem Arbeitsplatz oder in einem Fachberuf zu lernen.

## **Domäne 9: Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben**

### **d 9204 Hobbys**

Sich mit Lieblingsbeschäftigungen zu befassen, wie Briefmarken, Münzen oder Antiquitäten sammeln.

### **d 9102 Feierlichkeiten**

Sich an professionellen oder anderen sozialen Fachgruppen zu beteiligen, wie an Hochzeiten, Beerdigungen oder Initialriten.

### **d 920 Erholung und Freizeit**

Sich an allen Formen des Spiels, von Freizeit- oder Erholungsaktivitäten zu beteiligen, wie an Spiel und Sport in informeller oder organisierter Form, Programmen für die körperliche Fitness, Entspannung, Unterhaltung oder Zerstreuung; Kunstgalerien, Museen, Kino oder Theater besuchen, Handarbeiten machen und Hobbys frönen, zur Erbauung lesen, Musikinstrumente spielen; Sehenswürdigkeiten besichtigen, Tourismus- und Vergnügungsreisen machen.

### **d 9202 Kunst und Kultur**

Sich an Ereignissen der schönen Künste oder der Kultur zu beteiligen oder an diesen Gefallen zu finden, wie ins Theater, Kino, Museum oder in Kunstgalerien gehen, in einem Stück als Schauspieler auftreten, zur eigenen Erbauung lesen oder ein Musikinstrument spielen.

### **d 9300 Organisierte Religion**

Sich an organisierten religiösen Zeremonien, Aktivitäten und Ereignissen beteiligen.

### **d 950 Politisches Leben und Staatsbürgerschaft**

Sich als Bürger am sozialen, politischen und staatlichen Leben zu beteiligen, der den rechtlichen Status als Staatsbürger besitzt und die damit verbundenen Rechte, den Schutz, die Vorteile und Pflichten genießt, wie das Wahlrecht wahrnehmen, für ein politisches Amt zu kandidieren, politische Vereinigungen zu gründen; die Rechte und die Freiheit eines Staatsbürgers zu genießen (wie das Recht auf Meinungs-, Versammlungs- und Religionsfreiheit, Schutz vor unverhältnismäßiger oder unrechtmäßiger Verfolgung und Gefangennahme, das Recht auf Rechtsberatung und Verteidigung, auf ein Gerichtsverfahren sowie andere Rechte und Schutz vor Diskriminierung); den rechtlichen Status als Staatsbürger haben.

**Raum für weiteres ICF-basiertes relevantes Item** (vgl. ICF, 2005, S. 97ff).



## **13. Forschungsfrage**

Ziel dieser empirischen Untersuchung ist es, festzustellen, ob der Assessmentbogen das misst, was er vorgibt zu messen. Die Forschungsfrage lautet: Ist der Assessmentbogen aus psychometrischer Sicht geeignet, den individuellen Hilfebedarf von Menschen mit geistiger Behinderung zu erheben. Da dieses Verfahren hinsichtlich seiner Gütekriterien noch nicht wissenschaftlich überprüft wurde, versuchte ich, den Assessmentbogen auf seine interne Konsistenz und seine Konstruktvalidität zu überprüfen.

### **13.1. Dateneingabe**

Die Dateneingabe fand im Zeitraum von Februar 2008 bis Februar 2009 statt. Bis eine Datenfreigabe seitens der Steiermärkischen Landesregierung zur wissenschaftlichen Überprüfung erreicht wurde, verstrichen einige Monate. Anfänglich gab es Unsicherheiten, zu welchem Zweck die Daten verwendet werden, ob eine Anonymisierung besteht und welcher Sinn hinter der geplanten Forschungsfrage steht. Nach vielen Diskussionen und Erklärungsversuchen mit unterschiedlichen Personen der Steiermärkischen Landesregierung und meinerseits wurde mir erlaubt, mit den Daten wissenschaftlich zu arbeiten. Die Daten wurden selbstverständlich anonymisiert aufgenommen und verarbeitet. Es wurden innerhalb dieser Zeit 1991 Assessmentbögen von Menschen mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung steiermarkweit eingegeben. Es ist keine Totalerhebung, da Neuansträge, die in der Zwischenzeit der Datenerhebung eingetroffen sind, nicht berücksichtigt wurden.

### **13.2. Zweck und Ziel**

Ziel war es, den Assessmentbogen zu analysieren und bei Bedarf empirisch fundierte Vorschläge für eine eventuelle Überarbeitung oder Kürzung zu geben. Im Folgenden werden die einzelnen Items des Bogens dargestellt, deren Ergebnisse interpretiert und diskutiert.

## 14. Statistische Auswertung und Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Auswertungen und Ergebnisse des Assessmentbogens dargestellt. In der ersten Spalte sind die einzelnen Items aufgelistet. Die zweite Spalte zeigt die fehlenden Werte, das heißt die Anzahl, bei wie vielen Personen dieses Item nicht bewertet wurde. Der Mittelwert, die Standardabweichung und die Trennschärfe beziehen sich jeweils auf die einzelnen Domänen. Abschließend wird als Wert für die interne Konsistenz der Skalen Cronbach's Alpha der einzelnen Domänen berechnet und angegeben. Nachdem Items mit einer geringen Trennschärfe ausgeschlossen wurden, wurde jeweils ein neues Cronbach Alpha berechnet und dem alten gegenübergestellt. Die erste Forschungsfrage lautet: Ist der Assessmentbogen ein gutes Instrument, um den individuellen Hilfebedarf von Menschen mit Behinderungen festzustellen? Welche Items sind in diesem Sinne besser, welche sind weniger gut geeignet?

Tabelle 4: Statistische Kennwerte für die Items der Domäne „Lernen und Wissensanwendung“

<b>Domäne</b>	<b>Missings</b>	<b>Mittelw.</b>	<b>Stand.ab.</b>	<b>Trenns.</b>	<b>C.A. alt</b>	<b>C.A. neu</b>
<b>d110</b>	1696	.18	1.49	.02		
<b>d115</b>	1697	.20	1.63	.004		
<b>d120</b>	1785	.91	3.68	.24		
<b>d130</b>	11	11.68	7.71	.70		
<b>d1550/d135</b>	1	14.27	7.02	.87		
<b>d1551</b>	1	20.97	5.78	.83		
<b>d160</b>	1	15.51	6.38	.79		
<b>d163/d175</b>	0	17.69	7.03	.84		
<b>d177</b>	6	18.39	6.89	.79		
<b>weiteres Item</b>	1979	.16	2.09	.11	<b>.86</b>	<b>.91</b>

Die erste Domäne „Lernen und Wissensanwendung“ besteht aus zehn Items. Die ersten zwei Items, d110 „zuschauen“ und d115 „zuhören“, besitzen eine sehr geringe Trennschärfe von .02 und .004. Die Items d130 – d177 zeigen gute statistische Werte und die Trennschärfen sind hoch von .70 bis .87. Die Items d120 „andere bewusste sinnliche Wahrnehmung“ und „Raum für ein weiteres ICF-basiertes Item“ besitzen sehr geringe

Trennschärfen von .24 und .11. Werden die Items mit einer Trennschärfe kleiner als .24 weggelassen, so erhöht sich Cronbach's Alpha von .86 auf .91.

Tabelle 5: Statistische Kennwerte für die Items der Domäne „Aufgaben und Anforderungen“

<b>Domäne</b>	<b>Missings</b>	<b>Mittelw.</b>	<b>Stand.ab.</b>	<b>Trenns.</b>	<b>C.A. alt</b>	<b>C.A. neu</b>
<b>d210</b>	23	12.91	7.61	.71		
<b>d2101/d2200f</b>	89	18.62	7.44	.66		
<b>d230/d2302</b>	0	16.13	7.18	.72		
<b>d240</b>	70	18.23	6.71	.55		
<b>d2400</b>	0	18.94	6.93	.76		
<b>d2404</b>	1635	4.18	9.20	.16		
<b>weiteres I.</b>	1988	.02	.59	-.01	<b>.77</b>	<b>.87</b>

Die zweite Domäne „Aufgaben und Anforderungen“ beinhaltet sieben Items. Die Items d210 bis d2400 zeigen hohe statistische Werte und die Trennschärfen liegen zwischen .55 und .76. Das Item d2404 „mit Krisensituationen umgehen“ und „Raum für ein weiteres ICF-basiertes Item“ besitzen geringe Trennschärfen von .16 und -.01. Werden die letzten beiden Items ausgeklammert, so erhöht sich Cronbach's Alpha von .77 auf .87.

Tabelle 6: Statistische Kennwerte für die Items der Domäne „Kommunikation“

<b>Domäne</b>	<b>Missings</b>	<b>Mittelw.</b>	<b>Stand.ab.</b>	<b>Trenns.</b>	<b>C.A. alt</b>	<b>C.A. neu</b>
<b>d310</b>	13	11.49	7.57	.79		
<b>d3150/d315</b>	1687	2.12	6.05	.32		
<b>d3151/d3152</b>	143	12.64	8.71	.69		
<b>d325</b>	16	20.60	8.82	.73		
<b>d330</b>	15	12.80	9.27	.82		
<b>d3351</b>	1522	3.92	8.35	.24		
<b>d345</b>	28	20.87	8.77	.70		
<b>d335/d3350</b>	1608	2.85	6.68	.45		
<b>d3503</b>	2	14.05	8.64	.83		
<b>d3600</b>	34	18.36	8.94	.77		
<b>weiteres I.</b>	1988	.014	.38	-.03	<b>.88</b>	<b>.89</b>

Die dritte Domäne „Kommunikation“ besteht aus elf Items. Die Items d3150/d315 „Kommunizieren als Empfänger nonverbaler Miteilungen inkl. Gesten und Gebärden“, d3351 „Zeichen, Symbole und Zeichnung produzieren“ und „Raum für ein weiteres ICF-basiertes Item“ besitzen geringe Trennschärfen von .32, .24 und -.03. Alle anderen Items in dieser Domäne zeigen gute statistische Werte und hohe Trennschärfen. Werden die drei Items mit den geringen Trennschärfen weggelassen, verbessert sich Cronbach’s Alpha nur gering von .88 auf .89.

Tabelle 7: Statistische Kennwerte für die Items der Domäne „Mobilität“

<b>Domäne</b>	<b>Missings</b>	<b>Mittelw.</b>	<b>Stand.ab.</b>	<b>Trenns.</b>	<b>C.A. alt</b>	<b>C.A. neu</b>
<b>d4600</b>	8	3.83	7.32	.61		
<b>d4602</b>	9	12.42	8.68	.86		
<b>d479</b>	24	18.29	7.60	.83		
<b>d4609</b>	10	21.80	6.91	.70		
<b>weiteres I.</b>	1983	.11	1.67	.05	<b>.83</b>	<b>.88</b>

Die vierte Domäne „Mobilität“ besteht aus fünf Items. Das letzte Item „Raum für ein weiteres ICF-basiertes Item“ zeigt eine sehr geringe Trennschärfe von .05. Die anderen Items d4600 bis d4609 besitzen hohe Trennschärfen und gute statistische Werte. Cronbach’s Alpha verbessert sich von .83 auf .88, wenn das letzte Item weggelassen wird.

Tabelle 8: Statistische Kennwerte für die Items der Domäne „Selbstversorgung“

<b>Domäne</b>	<b>Missings</b>	<b>Mittelw.</b>	<b>Stand.ab.</b>	<b>Trenns.</b>	<b>C.A. alt</b>	<b>C.A. neu</b>
<b>d5109ff</b>	1693	.41	2.11	.16		
<b>d520ff</b>	1693	.50	2.38	.14		
<b>d5300</b>	1694	.04	.73	.26		
<b>d5301</b>	1694	.05	.86	.29		
<b>d5302</b>	1844	.04	.63	.20		
<b>d5400</b>	1694	.08	1.01	.33		
<b>d5401</b>	1694	.06	.83	.33		
<b>d5404</b>	12	13.74	8.74	.48		
<b>d550</b>	1692	.10	1.41	.14		
<b>d560</b>	1697	.05	.84	.18		
<b>d570/d5702</b>	13	19.23	6.98	.54		
<b>weiteres Item</b>	1990	.004	.16	-.04	<b>.50</b>	<b>.51</b>

Die fünfte Domäne „Selbstversorgung“ besteht aus zwölf Items. Statistisch gesehen können folgende Items aufgrund einer geringen bis negativen Trennschärfe von -.04 bis .20 weggelassen werden:

- d5109ff „sich waschen“,
- d520ff „seine Körperteile pflegen“,
- d5302 „die Belange der Menstruation regulieren“,
- d550 „essen“,
- d560 „trinken“,
- „Raum für ein weiteres ICF-basiertes Item“.

Die übrigen Items besitzen nicht sehr hohe Trennschärfen von .26 - .54. Cronbach´s Alpha erhöht sich bei Weglassen der Items mit einer Trennschärfe kleiner als .24 nur minimal von .50 auf .51.

Tabelle 9: Statistische Kennwerte für die Items der Domäne „Häusliches Leben“

<b>Domäne</b>	<b>Missings</b>	<b>Mittelw.</b>	<b>Stand.ab.</b>	<b>Trenns.</b>	<b>C.A. alt</b>	<b>C.A. neu</b>
<b>d6102</b>	29	18.88	7.03	.48		
<b>d620/d6200</b>	1695	1.62	4.50	.30		
<b>d6300</b>	1692	.81	2.92	.39		
<b>d6301</b>	1691	2.07	5.33	.23		
<b>d640</b>	6	16.63	7.19	.54		
<b>d6403</b>	13	17.46	8.31	.48		
<b>d6400</b>	1696	1.70	4.68	.27		
<b>d6402</b>	1689	1.48	4.08	.31		
<b>d6404</b>	62	15.26	8.90	.48		
<b>d6500</b>	1681	2.20	5.64	.24		
<b>d6504</b>	1870	.65	2.99	.17		
<b>d660</b>	22	16.12	7.98	.47		
<b>weiteres Item</b>	1977	.13	1.71	-.02	<b>.72</b>	<b>.75</b>

Die sechste Domäne „Häusliches Leben“ beinhaltet 13 Items. Zwei Items, d6301 „komplexe Mahlzeiten vorbereiten“ und d6504 „Hilfsmittel instand halten“ haben Trennschärfen von .23 und .17. Ein weiteres Item, d6500 „Kleidung pflegen und reparieren“, nimmt mit einer Trennschärfe von .24 auch keinen Einfluss auf das Gesamtergebnis. Das letzte Item, „Raum für ein weiteres ICF-basiertes Item“ besitzt eine negative Trennschärfe von -.02. Die anderen Items zeigen mittelmäßige statistische Werte und Trennschärfen von .27 - .54. Nach einer erneuten Berechnung ohne die Items mit Trennschärfen unter .25 zeigt sich eine kleine Verbesserung Cronbach’s Alpha von .72 auf .75.

Tabelle 10: Statistische Kennwerte für die Items der Domäne „Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen“

Domäne	Missings	Mittelw.	Stand.ab.	Trenns.	C.A. alt	C.A. neu
<b>d710</b>	8	15.29	6.60	.72		
<b>d7203/d7204</b>	9	13.95	7.37	.74		
<b>d760</b>	142	9.55	8.29	.69		
<b>d740</b>	107	10.33	7.65	.73		
<b>d7503</b>	1150	5.37	8.08	.36		
<b>d730</b>	6	17.74	7.70	.74		
<b>d771</b>	45	17.30	7.99	.69		
<b>d7700ff</b>	1947	.35	2.49	.002		
<b>weiteres Item</b>	1991	.00	.00	.00	<b>.84</b>	<b>.88</b>

Die siebte Domäne „Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen“ besteht aus neun Items. Item d7700ff „Liebesbeziehungen pflegen“ und „Raum für ein weiteres ICF-basiertes Item“ besitzen geringe Trennschärfen von .002 und .00. Werden diese zwei Items bei der Berechnung Cronbach’s Alpha nicht berücksichtigt, ergibt sich ein Wert von .88 statt .84. Die Items d710 bis d771 zeigen gute statistische Werte und Trennschärfen von .36 bis .74.

Tabelle 11: Statistische Kennwerte für die Items der Domäne „Bedeutsame Lebensbereiche“

Domäne	Missings	Mittelw.	Stand.ab.	Trenns.	C.A. alt	C.A. neu
<b>d810ff</b>	4	18.12	6.47	.54		
<b>d840ff</b>	1648	3.31	7.90	-.15		
<b>d860</b>	5	20.58	6.34	.53		
<b>weiteres Item</b>	167	22.08	8.50	.26	<b>.42</b>	<b>.73</b>

Die achte Domäne „Bedeutsame Lebensbereiche“ besteht aus vier Items. Das zweite Item, d840ff „Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit“, besitzt eine negative Trennschärfe von -.15. Das vierte Item, „Raum für ein weiteres ICF-basiertes Item“, kann durch ein Zusatzitem, d825 „Theoretische Berufsausbildung“, ersetzt werden. Die Items d810ff und d860 besitzen gute Trennschärfen von .54 und .53. Wird das zweite Item d840ff ausgeklammert, so erhöht sich Cronbach’s Alpha wesentlich von .42 auf .73.

Tabelle 12: Statistische Kennwerte für die Items der Domäne „Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben“

<b>Domäne</b>	<b>Missings</b>	<b>Mittelw.</b>	<b>Stand.ab.</b>	<b>Trenns.</b>	<b>C.A. alt</b>	<b>C.A. neu</b>
<b>d9205</b>	53	13.47	7.17	.74		
<b>d9102</b>	20	15.02	7.22	.79		
<b>d920</b>	3	15.41	6.48	.79		
<b>d9202</b>	1122	7.33	9.43	.40		
<b>d9300</b>	1978	.09	1.30	.10		
<b>d950</b>	1981	.09	1.41	.07		
<b>weiteres Item</b>	1989	.01	.44	-.02	<b>.73</b>	<b>.83</b>

Die neunte Domäne „Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben“ besitzt sieben Items. Die Items d9300 „Religion und Spiritualität“ und d950 „politisches Leben und Staatsbürgerschaft“ zeigen geringe Trennschärfen von .10 und .07. Das letzte Item, „Raum für ein weiteres ICF-basiertes Item“, besitzt eine negative Trennschärfe von -.02. Die Items d9205 bis d9202 zeigen mittlere bis gute statische Ergebnisse mit Trennschärfen von .40 bis .79. Cronbach’s Alpha erhöht sich beim Wegfall der Items d9300, d950 und „Raum für ein weiteres ICF-basiertes Item“ von .73 auf .83.

Eine zweite Forschungsfrage lautet: Besteht ein positiver Zusammenhang zwischen den Summenscores der einzelnen Domänen und dem Gesamtdurchschnitt der Assessmentbögen? Der Summenscore wurde wie folgt berechnet: Die Punktwerte der einzelnen Domänen, z.B. der ersten Domäne „Lernen und Wissensanwendung“ mit den zehn Items, wurden zusammengezählt und durch die Anzahl der beantworteten Items geteilt. Der Gesamtdurchschnitt ergibt sich, indem die Punktwerte aller Items zusammengerechnet und arithmetisch gemittelt werden. Bei bestehender Pflegegeldeinstufung folgt eine Gewichtung des Gesamtergebnisses von 0,75. Um diese Fragestellung zu überprüfen, wird der Gesamtdurchschnitt der einzelnen Assessmentbögen mit den Summenscores der einzelnen Domänen korreliert. Jeder Summenscore einer Domäne korreliert signifikant mit dem Gesamtergebnis des Assessmentbogens. Auch die Summenscores der Domänen untereinander korrelieren signifikant miteinander, wie in Tabelle 13 ersichtlich ist.



Tabelle 13: Korrelationen der Summenscores der einzelnen Domänen mit dem Gesamtdurchschnitt

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	GDURCH
S1	1	,83	,82	,77	,75	,62	,74	,68	,67	,91
S2		1	,71	,73	,71	,63	,77	,58	,74	,88
S3			1	,80	,70	,54	,73	,66	,65	,90
S4				1	,71	,56	,70	,63	,71	,87
S5					1	,74	,69	,60	,66	,84
S6						1	,58	,45	,59	,75
S7							1	,58	,74	,87
S8								1	,55	,73
S9									1	,82
GDURCH										1

\* alle Koeffizienten sind signifikant mit  $n < .001$

Die dritte Forschungsfrage lautet: Gibt es einen positiven Zusammenhang zwischen dem Gesamtdurchschnitt der einzelnen Assessmentbögen, der Höhe des Grades der Beeinträchtigung, der gutachterlichen Einschätzung und dem Gesamtergebnis? Zum besseren Verständnis werden kurz die Berechnungen erklärt. Der Gesamtdurchschnitt wird folgendermaßen berechnet: Es werden Summenscores der einzelnen Domänen berechnet, diese Summenscores zusammengezählt und durch die Anzahl der bewerteten Items dividiert. Die Höhe des Grades der Beeinträchtigung ergibt sich aus dem Gesamtergebnis (Gesamtpunktwert des Assessmentbogens wird gemittelt, bei bestehender Pflegegeldeinstufung wird eine Gewichtung von 0,75 berücksichtigt), dessen Punktwert wird auf einer fünf-stufigen Skala bewertet.

- 0 Punkte bis inklusive 3,49 Punkte = kein Hilfebedarf
- 3,5 Punkte bis inklusive 10,49 Punkte = leichter Hilfebedarf
- 10,5 Punkte bis inklusive 17,49 Punkte = mittlerer Hilfebedarf
- 17,5 Punkte bis inklusive 24,49 Punkte = hoher Hilfebedarf
- ab 24,5 Punkte = höchster Hilfebedarf

Die gutachterliche Einschätzung ergibt sich folgendermaßen: Falls das Sachverständigenteam der Meinung ist, eine Person mit Behinderung benötigt mehr Unterstützung, als dies im Einstufungsformular ersichtlich ist, so kann dieses Team eine Empfehlung abgeben, den individuellen Hilfebedarf einer Person zu erhöhen (z.B. anstatt leichter Hilfebedarf wird ein mittlerer Hilfebedarf empfohlen). Eine geringere Einstufung darf jedoch nicht empfohlen werden.

Diese Fragestellung kann eindeutig mit ja beantwortet werden, da jeglicher Zusammenhang hoch signifikant ist. Die Höhe des Grades der Beeinträchtigung, welche

vom Assessmentbogen festgestellt wurde, und die gutachterliche Einschätzung korrelieren hoch signifikant (.96) miteinander (siehe Tabelle 14). Die interne Konsistenz der einzelnen Domänen weist mittlere bis hohe statistische Werte auf.

Tabelle 14: Korrelationen des Gesamtdurchschnitts mit der Höhe des Grades der Beeinträchtigung, mit der gutachterlichen Einschätzung und dem Gesamtergebnis

	GDURCH	Höhe des Grades der Beeinträchtigung	Gutachterliche Einschätzung	Gesamtergebnis
GDURCH	1	,90	,91	,96
Höhe des Grades der Beeinträchtigung		1	,96	,93
Gutachterliche Einschätzung			1	,95
Gesamtergebnis				1

\* alle Koeffizienten sind signifikant mit  $n < .001$

Die vierte Forschungsfrage heißt: Sind die einzelnen Domänen hinsichtlich der zugeordneten Items intern konsistent? Cronbach's Alpha der einzelnen Domänen weisen Werte von .43 bis .88 auf. In der Domäne „Bedeutsame Lebensbereiche“ findet sich ein etwas geringeres Cronbach's Alpha von .43. Wird in dieser Domäne das Item d840ff „Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit“ weggelassen, so erhöht sich Cronbach's Alpha auf .73. Werden die Items mit einer Trennschärfe von unter .25 weggelassen, so erhöht sich Cronbach's Alpha in jeder Domäne (von .52 bis .91).

Tabelle 15: Cronbach's Alpha der einzelnen Domänen

C.A.	Anzahl d. Item	C.A.	Anzahl der Item
,86	10 (d1)	,91	7(d1) ohne d1a, d1b,d1j
,77	7 (d2)	,87	5 (d2) ohne d2f, d2g
,88	11 (d3)	,89	10(d3) ohne d3k
,83	5 (d4)	,88	4(d4) ohne d4e
,50	12 (d5)	,52	6(d5) ohne d5a,d5b,d5e, d5i, d5j,d5l
,72	13 (d6)	,75	9(d6) ohne d6d,d6j,d6k,d6m
,84	9 (d7)	,88	7(d7) ohne d7h,d7i
,43	4 (d8)	,73	3(d8) ohne d8b
,73	7 (d9)	,83	4(d9) ohne d9e,d9f,d9g

Wird Cronbach´s Alpha der gesamten Items berechnet ergibt sich ein hoher Wert von .96. Werden die Items mit den geringen Trennschärfen ausgeklammert (siehe Tabelle 15), ergibt sich bei einer Anzahl von 55 Items ein sehr hoher Wert von .97 (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: Cronbach´s Alpha der gesamten Items im Vergleich mit Cronbach´s Alpha der Items mit hohen Trennschärfen

<b>C.A.</b>	<b>Anzahl d. Item</b>	<b>C.A.</b>	<b>Anzahl der Item</b>
,96	78	,97	55

Abschließend wurde eine Faktorenanalyse berechnet um herauszufinden, ob sich die neun Domänen des Assessmentbogens auch empirisch in einigermaßen voneinander unabhängigen Faktoren widerspiegeln, oder ob aus faktorenanalytischer Sicht einige Domänen zusammengefasst werden könnten. Nach der Berechnung von Faktorenanalysen mit einer 2-Faktor, einer 3-Faktor und einer 4-Faktor Lösung kann bestätigt werden, dass die neun Domänen auf nur zwei Faktoren zusammengefasst werden können. Zuerst wurde eine Faktorenanalyse mit einer 2-Faktor Lösung mit allen Items berechnet, in einem weiteren Schritt werden die Items mit Ladungen unter .25 ausgeklammert und eine erneute Faktorenanalyse mit einer 2-Faktor Lösung berechnet. Durch die zwei Faktoren werden 54,66 Prozent der Gesamtvarianz aufgeklärt. Die Faktorladungen nach einer Oblimin-Rotation werden in Tabelle 18 und Tabelle 19 dargestellt (siehe Anhang). Der erste Faktor stellt einen Generalfaktor des behinderungsbedingten Hilfebedarfs dar. Im zweiten Faktor werden die pflegerelevanten Items zusammengefasst. Die beiden Faktoren korrelieren mit  $r = -.087$  miteinander. In Tabelle 17 werden Cronbach´s Alpha Werte der beiden Faktoren dargestellt. Items mit Trennschärfenkoeffizienten kleiner als .25 werden dabei ausgeklammert.

Tabelle 17: Cronbach´s Alpha der zwei Faktoren

<b>C.A.</b>	<b>Faktor 1</b>	<b>C.A.</b>	<b>Faktor 2</b>
,97	55 Items	,91	18 Items

## 15. Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

Die Fragestellung, ob der Assessmentbogen ein gutes Instrument ist, um den individuellen Hilfebedarf von Menschen mit Behinderungen festzustellen, kann statistisch gesehen bestätigt werden. Jedoch bedarf es einer genaueren Betrachtungsweise jedes einzelnen Items. Der Versuch, ein geeignetes Verfahren zur Bestimmung des individuellen Hilfebedarfs zu entwickeln, das für Personen mit den unterschiedlichsten geistigen und/oder mehrfachen Behinderungen anzuwenden ist, und welches im Grunde genommen das Gleiche misst, stellt eine große Herausforderung dar. Anschließend werden die neun Domänen mit den jeweiligen Items und deren statistischen Ergebnisse diskutiert und interpretiert.

Die erste Domäne „Lernen und Wissensanwendung“ besteht aus zehn Items. Die ersten zwei Items, d110 „zuschauen“ und d115 „zuhören“, können statistisch gesehen weggelassen werden, da die Trennschärferkoeffizienten unter .25 liegen. Die beiden Items wurden bereits in der jeweiligen Pflegegeldeinstufung des Menschen mit geistiger Behinderung berücksichtigt. Zuschauen und zuhören sind Grundeigenschaften eines Menschen, somit werden diese Items kaum bewertet, da die meisten Personen über diese Eigenschaften verfügen. Das letzte Item, „Raum für ein weiteres ICF-basiertes Item“, kann bedenkenlos weggelassen werden, da es in keinerlei Weise einen Einfluss auf das Gesamtergebnis nimmt. Somit verkleinert sich die erste Domäne um drei Items, und besteht demnach aus sieben Items, mit einem wesentlich besseren Cronbach's Alpha. Die zweite Domäne „Aufgaben und Anforderungen“ beinhaltet sieben Items. Das dritte Item „tägliche Routine durchführen und abschließen“ hat eine falsche Kodierung im Assessmentbogen. „Die tägliche Routine durchführen“ wird in der ICF mit d230 kodiert, nicht wie im Assessmentbogen mit d2302. Das sechste Item „mit Krisensituationen umgehen“ wurde auch falsch mit d2404 kodiert. Richtig ist die Kodierung d2402. Dieses Item kann statistisch gesehen weggelassen werden, jedoch möchte ich nicht dazu raten. Viele Menschen mit geistigen Behinderungen sind in betreuten Wohnformen untergebracht. Unter diesen Rahmenbedingungen werden Krisensituationen oft von Betreuer/inne/n aufgefangen und bewältigt. Besser wäre es jedoch Personen dabei zu unterstützen, Problemlösungsstrategien für Krisensituationen zu finden. Vor allem bei richtiger Unterstützung könnte es in Zukunft sein, dass Menschen in einer Wohnform mit geringem Betreuungsaufwand sehr wohl einen Hilfebedarf in Bezug auf die Bewältigung

von Krisensituationen haben. Das letzte Item, „Raum für ein weiteres ICF-basiertes Item“, kann bedenkenlos weggelassen werden, da es statistisch gesehen keinen Einfluss auf den individuellen Hilfebedarf von Personen hat. Somit verkürzt sich die zweite Domäne von sieben Items auf sechs Items. Die dritte Domäne „Kommunikation“ besteht aus elf Items. Einzig das letzte Item „Raum für ein weiteres ICF-basiertes Item“ kann ohne Weiteres gestrichen werden, da es einen negativen Trennschärfenkoeffizienten besitzt und keinen Einfluss auf das Gesamtergebnis ausübt. Die Domäne verkleinert sich von elf auf zehn Items. Die vierte Domäne „Mobilität“ beinhaltet fünf Items, wovon das letzte Item „Raum für ein weiteres ICF-basiertes Item“ ausgeklammert werden kann. Der Trennschärfenkoeffizient ist sehr gering und hat keine Bedeutung für den individuellen Hilfebedarf einer Person. Somit besteht diese Domäne nur mehr aus vier Items. Die fünfte Domäne „Selbstversorgung“ besteht aus zwölf Items, wovon neun Items so genannte Pflegeitems sind, das bedeutet diese Items finden bereits in der jeweiligen PflegegeldEinstufung von Menschen mit geistiger Behinderung Berücksichtigung. Statistisch gesehen können folgende Items weggelassen werden: d5109ff „sich waschen“, d520ff „seine Körperteile pflegen“, d5302 „die Belange der Menstruation regulieren“, d550 „essen“, d560 „trinken“ und „Raum für ein weiteres ICF-basiertes Item“. Die Trennschärfenkoeffizienten dieser Items befinden sich unter .25. Sie haben einen Einfluss auf den individuellen Hilfebedarf von Menschen mit geistiger Behinderung, jedoch messen sie etwas anderes als die anderen Items. Diese Items könnten eine eigene Domäne darstellen, bzw. extrahiert dargestellt werden. Der Koeffizient von diesen ausgeschlossenen Items wäre sehr hoch, jedoch müsste eine „Pflegedomäne“ mit diesen Items angegeben werden. Sinnvoll ist es jedoch, nur das letzte Item, „Raum für ein weiteres ICF-basiertes Item“, zu streichen. Die anderen Items können bei Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes von Personen ausschlaggebend für den individuellen Hilfebedarf werden. Somit verkleinert sich diese Domäne von zwölf auf elf Items. Die sechste Domäne „Häusliches Leben“ beinhaltet 13 Items. Hier befinden sich sechs Pflegeitems, die schon in der PflegegeldEinstufung Berücksichtigung fanden. Zwei Pflegeitems, d6301 „komplexe Mahlzeiten vorbereiten“ und d6504 „Hilfsmittel instand halten“, können statistisch gesehen weggelassen werden, dies wird aber nicht empfohlen. Diese Items zeigen sehr gut, dass die Aufgabe des Kochens oder der Instandhaltung von Haushaltsgeräten meist von Betreuer/inne/n übernommen wird. Besteht jedoch die Möglichkeit, dass eine Person mit einer geistigen Behinderung in einer mobil betreuten Wohnung untergebracht wird, besteht zu Anfang bestimmt ein hoher Hilfebedarf bei

diesen beiden Aufgaben. Ein weiteres Item, d6500 „Kleidung pflegen und reparieren“, nimmt auch keinen Einfluss auf das Gesamtergebnis, jedoch soll es aus dem Grund, der oben beschrieben worden ist, nicht gestrichen werden. Das letzte Item, „Raum für ein weiteres ICF-basiertes Item“, kann ohne Weiteres weggelassen werden, da es einen negativen Trennschärfenkoeffizienten besitzt. Die siebte Domäne „Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen“ besteht aus neun Items. Das siebte Item „Freundschaften pflegen“ ist falsch kodiert mit d771. Die richtige Kodierung lautet d7500. Das vorletzte Item d7700ff „Liebesbeziehungen pflegen“ kann statistisch gesehen gestrichen werden, da es einen sehr geringen Trennschärfenkoeffizienten besitzt und keinerlei Einfluss auf den individuellen Hilfebedarf von Menschen mit geistigen Behinderungen besitzt. Bei genauerer Betrachtung ist dieses Item jedoch von großer Bedeutung und darf unter keinen Umständen weggelassen werden. Liebesbeziehungen sind für jedes Individuum von großer Bedeutung und gehören zum alltäglichen Leben. Hier wird sichtbar, dass dieses Item einfach ausgelassen bzw. nicht bewertet wurde. Zweierlei Folgerungen sind möglich: Erstens, Menschen mit geistigen Behinderungen brauchen keine Unterstützung in Liebesbeziehungen, es funktioniert auch ohne Hilfe. Zweitens, das Bedürfnis von Menschen mit geistigen Behinderungen nach Liebesbeziehungen wurde ignoriert, nicht abgefragt, verdrängt. Leider ist die zweite Folgerung eher anzunehmen, da in der Praxis kaum Liebesbeziehungen unter Menschen mit geistigen Behinderungen aufgebaut, gefördert bzw. unterstützt werden, seitens der Betreuer/innen und/oder Familien. Einen ersten Schritt in Richtung „Sexualassistenz“ setzt ein Träger in der Steiermark. Jedoch ist dies auch eine Dienstleistung – gegen Bezahlung bekomme ich körperliche Nähe. Eine freie Partner/innen-Wahl wie im „normalen“ Leben ist nicht gegeben. Zu bevorzugen wären mehr soziale Kontakte außerhalb einer Wohngemeinschaft bzw. außerhalb der Familie, damit sich Menschen mit geistigen Behinderungen auf natürliche Art und Weise verlieben und eine Partnerschaft aufbauen können. Abschließend sei angemerkt, dass dieses Item von großer Bedeutung ist und unbedingt adäquat bewertet werden muss. In der heutigen Zeit dürfen die Augen nicht vor heiklen Themen geschlossen werden, vor allem wenn es um Inklusion von Menschen mit geistigen Behinderungen gehen soll. Das letzte Item, „Raum für ein weiteres ICF-basiertes Item“, kann gestrichen werden, da es keinen Einfluss auf das Gesamtergebnis nimmt. Somit verkleinert sich die siebte Domäne um ein Item, besteht nun aus insgesamt acht Items. Die achte Domäne „Bedeutsame Lebensbereiche“ besteht aus vier Items. Das zweite Item d840ff „Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit“ besitzt einen geringen Trennschärfenkoeffizienten und kann statistisch

gesehen weggelassen werden. Es wird aber nicht empfohlen, da dieses Item nur für Bewohner/innen der Trainingswohnung angewendet wurde, und diese in der Anzahl nicht sehr hoch sind. Durch adäquate Förderung und Unterstützung von Menschen mit geistigen Behinderungen kann es durchaus sein, dass in Zukunft mehr Personen in einer Trainingswohnung untergebracht werden, und somit kann auf dieses Item nicht verzichtet werden. Das vierte Item, „Raum für ein weiteres ICF-basiertes Item“, kann durch d825 „Theoretische Berufsausbildung“ ersetzt werden, da dies in sehr vielen Fällen bewertet wurde. Die neunte Domäne „Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben“ besitzt sieben Items. Das erste Item „eigenen Hobbys, Neigungen nachgehen“ wurde mit d9205 falsch kodiert. Die richtige Kodierung lautet d9204. Die Items d9300 „Religion und Spiritualität“ und d950 „politisches Leben und Staatsbürgerschaft“ können statistisch gesehen gestrichen werden, da sie geringe Trennschärfenkoeffizienten aufweisen und keinen Einfluss auf den individuellen Hilfebedarf von Menschen mit geistigen Behinderungen nehmen. Es wird nicht empfohlen, diese Items zu streichen, da ein jedes Individuum ein Recht auf Religion und politische Teilhabe hat. Von großer Bedeutung erscheint es, auch Items, die schwer messbar sind, zu bewerten. Es ist ein Leichtes, schwer zu beurteilende Lebensumstände zu ignorieren, jedoch ist es für Menschen mit geistiger Behinderung nicht von Vorteil, denn meist sind es diese Lebensumstände, in denen eine Person besondere Unterstützung benötigt. Das letzte Item, „Raum für ein weiteres ICF-basiertes Item“, kann weggelassen werden, da es einen negativen Trennschärfenkoeffizienten besitzt und bei der Beurteilung des individuellen Hilfebedarfs nicht zum Einsatz kommt und keinen Einfluss auf das Gesamtergebnis nimmt. Somit verkleinert sich diese Domäne von sieben auf sechs Items. Würden alle Items mit einer Trennschärfe unter .25 weggelassen, so würde sich der Assessmentbogen von 78 Items auf 55 Items verkürzen. Dies ist aus diversen Gründen, die oben genannt wurden, nicht zu empfehlen. Lediglich zehn Items können bedenkenlos gestrichen werden. Somit würde der Assessmentbogen aus 68 Items bestehen.

In Tabelle 13 wird ersichtlich, dass jeder Summenscore (Anzahl der Items einer Domäne dividiert durch die Anzahl der bewerteten Items) der einzelnen Domänen mit dem Gesamtdurchschnitt (dieser wird berechnet, indem die Summenscores der einzelnen Domänen zusammengezählt und durch die Anzahl der bewerteten Items dividiert wird) eines Assessmentbogens miteinander korreliert. Die Summenscores der einzelnen Domänen korrelieren auch hoch signifikant miteinander. Das bedeutet, dass ein positiver Zusammenhang zwischen den neun Domänen und dem Gesamtdurchschnitt des

Assessmentbogens besteht. Die interne Konsistenz der einzelnen neun Domänen und des gesamten Einstufungsverfahrens ist sehr hoch. Das bedeutet, dass die einzelnen Items der neun Domänen im Wesentlichen das Gleiche messen. Abschließend wird eine Faktorenanalyse berechnet um herauszufinden, ob der Assessmentbogen mit seinen neun Domänen zusammengefasst bzw. verkürzt werden kann. Nach der Berechnung von Faktorenanalysen mit einer 2-Faktor, einer 3-Faktor und einer 4-Faktor Lösung kann bestätigt werden, dass die neun Domänen auf nur zwei Faktoren zusammengefasst werden können. Der erste Faktor beinhaltet die Domänen: Lernen und Wissensanwendung, Aufgaben und Anforderungen, Kommunikation, Mobilität, Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, Bedeutsame Lebensbereiche, Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben. Der zweite Faktor beinhaltet die Domänen: Selbstversorgung, Häusliches Leben und ein Item aus der Domäne Lernen und Wissensanwendung (d115 „zuhören“). Durch die Faktorenanalyse wird die Konstruktvalidität überprüft, das bedeutet, die neun Domänen, die im Grunde genommen den individuellen Hilfebedarf berechnen, hoch miteinander korrelieren. Statistisch gesehen sind zwei Faktoren ausreichend, um den individuellen Hilfebedarf von Personen zu ermitteln. Jedoch soll die Einteilung in neun Domänen nicht aufgelöst werden, da diese für den/die Begutachter/in eine Erleichterung der Bewertung der einzelnen Items darstellt.

Im Großen und Ganzen stellt der Assessmentbogen eine gute Möglichkeit dar, den individuellen Hilfebedarf von Menschen mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung einzuschätzen. Die Items, die das alltägliche Leben, wie kochen, putzen, waschen, etc., betreffen, sind viel einfacher zu bewerten, als diejenigen Items, die das öffentliche bzw. intime Leben von Personen betreffen. Gerade auf diese Bereiche muss großes Augenmerk gelegt werden. Nur weil ein Mensch nicht so „normal“ ist wie andere, darf das nicht heißen, dass dieser keinen Anspruch auf Liebesbeziehungen, Freizeit, Urlaub, Freundschaften, persönliche Zeiteinteilung, Religion etc. hat. Menschen mit Behinderungen leben in der heutigen Zeit nach „unseren“ Vorstellungen, Gesetzesvorgaben, Zeiteinteilungen, Dienstplänen etc. Vorteile des Assessmentbogens sind eine einheitliche und nachvollziehbare Einstufung des individuellen Hilfebedarfs von Menschen mit Behinderungen in der Steiermark, Anhaltspunkte für Träger und Vereine zur Kostenabrechnung und Messwiederholungen sind möglich. Gefahren sehe ich vor allem darin, dass der Assessmentbogen mehr den Geldgebern und den Vereinen zu Gute kommt, und weniger den Menschen, für die das Einstufungsverfahren konzipiert wurde. Besonderes Augenmerk muss auf einzelne Items gelegt werden, die nicht bewertet



wurden. Das Sachverständigenteam muss kritisch hinterfragen und reflektieren, warum gewisse Items, wie zum Beispiel „Liebesbeziehungen pflegen“, „Religion und Spiritualität“ etc. nicht bewertet wurden. Bedeutet eine Nichtbewertung, dass in diesem Bereich kein Hilfebedarf besteht oder zeigt dies Schwierigkeiten der Bewertung des Hilfebedarfs in den einzelnen (intimen) Lebensbereichen. Zur Berechnung des Gesamtergebnisses wird die Summe der gesamten Items zusammengezählt und durch die Anzahl der bewerteten Items geteilt. Hinzu kommt bei bestehender Pflegegeldeinstufung eine Gewichtung von 0,75. Das Ergebnis stellt einen Mittelwert des individuellen Hilfebedarfs dar. So kann eine Person einen hohen Hilfebedarf in der Domäne „Mobilität“ aufweisen, jedoch keinen Hilfebedarf in der Domäne „Selbstversorgung“. Durch den Mittelwert werden die unterschiedlichen Hilfebedarfe nicht ersichtlich. Die Empfehlung lautet, auf die einzelnen Domänen einzugehen, um ein individuelles Konzept für Menschen mit Beeinträchtigungen erstellen zu können. Der Assessmentbogen in Kombination mit einer individuellen Zielplanung ist ein gutes Instrument, Menschen mit Beeinträchtigungen in ihren Stärken und Schwächen zu unterstützen, fördern und zu begleiten. Am Ende des Einstufungsformulars wird die Höhe des Grades der Beeinträchtigung ersichtlich. Hier kommt es zu einer Fehldefinition und muss unbedingt geändert werden, denn nicht die Höhe des Grades der Beeinträchtigung wird festgestellt, sondern der individuellen Hilfebedarf von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung. Der Grad der Beeinträchtigung besteht entweder von Geburt an oder kann durch Unfall oder Krankheit erworben werden, der individuelle Hilfebedarf ist ein Momentzustand und kann sich durch persönliche, soziale und kulturelle Umstände jederzeit verändern.

Ich arbeite selbst im Behindertenbereich und konnte dadurch viele Erfahrungen sammeln. In der heutigen Zeit, in der das Thema „Inklusion“ hervorgehoben wird, laufen wir Gefahr, auf der einen Seite darüber zu reden, zu diskutieren und zu glauben, Inklusion werde umgesetzt, auf der anderen Seite entwickeln wir Verfahren, die es uns erleichtern, Menschen mit Behinderungen in Kategorien einzustufen, Institutionen zu gründen, die diesen Kategorien entsprechen, und dabei vergessen wir die Individualität, die Wünsche und Ziele jeder einzelnen Person. Jedes Individuum kann und soll sein Leben selbst gestalten dürfen und nicht abhängig von Geldgebern, Institutionen und Gesetzen sein. Es ist ein sehr langer Weg, bis Inklusion erreicht werden kann. Wir müssen die Grenzen in unseren Gedanken überwinden und alle Menschen als gleichwertige Bürger/innen betrachten. Erst wenn dies möglich ist, kann von Gleichberechtigung und Gleichwertigkeit gesprochen werden.

## Zusammenfassung

Das Thema der Dissertation lautet „Zur Erfassung des individuellen Hilfebedarfs von Personen mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung mittels eines ICF-basierten Beurteilungsbogens. Eine Evaluation des Assessmentverfahrens in der Steiermark.“ Die Idee zu dieser Arbeit entstand aus meiner beruflichen Erfahrung. Ich arbeite mit Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen und das Interesse am Thema Selbstbestimmung wurde bei mir immer größer. Im Jahr 2004 wurde ein neues Steiermärkisches Behindertengesetz verabschiedet, welches besagt, dass alle Menschen mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung steiermarkweit in ihrer PflegegeldEinstufung neu einzustufen sind. Das Verfahren, welches hier Verwendung fand, besteht aus einem Assessmentbogen basierend auf der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Dieses Einstufungsverfahren schien mir ein erster Schritt hin zu mehr Selbstständigkeit und Selbstverantwortung für Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen. Mein Ziel war es, den Assessmentbogen auf seine interne Konsistenz und Konstruktvalidität zu überprüfen.

Der theoretische Teil der Arbeit beschäftigt sich im ersten Kapitel mit den Definitionen und unterschiedlichen Zugängen zu dem Begriff Behinderung. Das zweite Kapitel behandelt das Thema der Normalisierung mit dem damit zusammenhängenden und wichtigen Normalisierungsprinzip. Dadurch wurde der Grundstein für mehr Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderungen gelegt. Die wichtigsten Vertreter, wie Bank-Mikkelsen und Wolf Wolfensberger und deren Gedanken und Theorien werden in diesem Kapitel dargestellt. Ziel ist es, sich an den Lebens- und Wohnbedürfnissen von Menschen mit Behinderungen zu orientieren. Das dritte Kapitel befasst sich mit dem Thema Empowerment. Zu Beginn werden unterschiedliche Definitionen des Begriffes dargestellt, die Entstehung durch Julian Rappaport umrissen und abschließend im Blickwinkel der Behindertenhilfe diskutiert. Das vierte Kapitel Selbstbestimmung nimmt einen großen Teil dieser Arbeit ein. Zunächst wird auf unterschiedliche Begriffsdefinitionen eingegangen und das Thema Selbstbestimmung im Allgemeinen behandelt. Weiters kommt es zu einer Konzentration auf das Thema Selbstbestimmung bei Menschen mit Behinderungen. Die Entstehung, angefangen bei der Independent-Living Bewegungen in den USA, und deren Weiterentwicklung, die Selbstbestimmt-Leben-Bewegung in Deutschland, mit weiterführenden Modellen, wie die Regiekompetenz, das Lebens- und Beziehungsmodell, das Assistenzkonzept und das

Kundenmodell werden hier kurz vorgestellt. Es werden die Schwierigkeiten und Grenzen der Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung aufgezeigt. Theoretisch gibt es einige gute Ansätze, doch in der Praxis sieht der Alltag von Menschen mit geistiger Behinderung noch sehr fremdbestimmt und kontrolliert aus. Das fünfte Kapitel beschäftigt sich mit dem Thema der Partizipation. Hier geht es um die gesellschaftliche Teilhabe von Personen und um die Schwierigkeiten und Herausforderungen von Partizipation im Allgemeinen. Das sechste Kapitel befasst sich mit Integration und Inklusion. Gerade diese beiden Begriffe werden heutzutage immer wichtiger und finden sich häufig im alltäglichen und wissenschaftlichen Sprachgebrauch. In diesem Kapitel finden sich Begriffsdefinitionen von Integration und von Inklusion und es wird versucht, die Problematik dieser Begriffe und deren Bedeutung für Menschen mit Behinderungen darzustellen. Das siebte Kapitel beschäftigt sich mit Behinderung und Wohnen. Nachdem die Bedeutung der Begriffe Behinderung und Wohnen kurz abgeklärt wird, versucht dieses Kapitel auf die unterschiedlichen Wohnsituationen von Menschen mit Behinderungen einzugehen. Dabei wird auch ein straffer internationaler Vergleich mit den Ländern Schweden, Dänemark, Niederlande und England gegeben. Das achte Kapitel befasst sich mit dem Thema „Förderung von Selbstständigkeit und Selbstbestimmung“ von Menschen mit Beeinträchtigungen. Darin werden unterschiedliche Konzepte für die Gestaltung der gesamten Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen beschrieben. Anfänglich wird die SIVUS-Methode skizziert, die der Grundfrage nachgeht, wie es zu einer menschlichen Qualität des Zusammenlebens von und mit Menschen mit geistiger Behinderung kommen kann. Die Dialogische Entwicklungsplanung befasst sich mit der Förderung von Menschen mit geistiger Behinderung im alltäglichen Leben. Das nächste Konzept ist die Persönliche Zukunftsplanung, in der eine Alternative zur institutionsorientierten Hilfeplanung gesehen wird. Ziel ist es hierbei, individuelle Zukunft zu planen, die nicht von Institutionen, sondern von den Stärken und Interessen der einzelnen Personen ausgeht. Das neunte Kapitel umreißt das Steiermärkische Behindertengesetz. Die wichtigsten Inhalte und Paragraphen werden beschrieben, wie die Regelung in Bezug auf die wohnliche Situation von Menschen mit Behinderung, Anträge auf Hilfeleistungen und Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe. Das zehnte Kapitel befasst sich mit der Leistungs- und Entgeltverordnung (LEVO), welche 2004 verabschiedet wurde. Von großer Bedeutung ist diese Verordnung, da hierin der Assessmentbogen zur Bestimmung des individuellen Hilfebedarfs von Menschen mit geistiger Behinderung verankert ist. Ziel ist es, die Qualität der Dienstleistung am Kunden

zu steigern, die finanziellen Mittel zweckmäßig und wirtschaftlich einzusetzen und den administrativen Aufwand möglichst gering zu halten (vgl. Amt der Steiermärkischen Landesregierung, 2004b). Dieses neue Verfahren soll den individuellen Hilfebedarf von Menschen mit geistigen Behinderungen über ein standardisiertes, nachvollziehbares und vereinfachtes Punktesystem feststellen. Das elfte Kapitel beschreibt die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Ein Teil der ICF, Partizipation und Teilhabe, ist die Grundlage des Assessmentbogens, und wird deshalb kurz vorgestellt. Das Ziel der ICF ist, in standardisierter und einheitlicher Form einen Rahmen zur Beschreibung von Gesundheits- und mit Gesundheit zusammenhängenden Zuständen zur Verfügung zu stellen.

Der empirische Teil der vorliegenden Arbeit befasst sich ausschließlich mit dem Assessmentbogen, welcher zur Einstufung des individuellen Hilfebedarfs von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und laut steiermärkischer Landesregierung zur Einstufung des Grades der Beeinträchtigung, verwendet wird. In der Einleitung wird der Aufbau des Assessmentbogens beschrieben. Die wissenschaftliche Basis bildet die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit (ICF), wobei besonders der Bereich der Partizipation und Teilhabe darin verankert ist. Die Bestimmung der Gesamtpunktzahl erfolgt durch Berechnung des arithmetischen Mittels der bewerteten Items. Der Assessmentbogen besteht aus insgesamt 78 Items, welche alle aus der ICF stammen. Die Items werden angeführt und die einzelnen Definitionen aus der ICF werden zum besseren Verständnis angefügt. Weiters ist der Assessmentbogen in neun Domänen eingeteilt: Lernen und Wissensanwendung, Aufgaben und Anforderungen, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, häusliches Leben, interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, bedeutsame Lebensbereiche und schlussendlich gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben. Ziel dieser Untersuchung ist es, den Assessmentbogen in Bezug auf seine Reliabilität und Konstruktvalidität zu überprüfen. Die Dateneingabe fand im Zeitraum von Februar 2008 bis Februar 2009 statt. Innerhalb dieses Zeitraumes wurden die Daten aus 1991 Assessmentbögen von Menschen mit geistiger Behinderung aus der ganzen Steiermark in ein elektronisch verarbeitbares Datenfile übertragen. Meine Intention war, aufgrund einer wissenschaftlichen Evaluation Vorschläge für eine eventuelle Überarbeitung und Kürzung des Assessmentbogens zu erarbeiten. In Kapitel 14 werden die Ergebnisse der statistischen Auswertungen dargestellt. Alle Items wurden einzeln und mittels einer Skalenanalyse statistisch analysiert, es wurden Korrelationen und Faktorenanalysen berechnet. Im letzten Kapitel werden die Ergebnisse diskutiert und

interpretiert. Die Fragestellung, ob der Assessmentbogen ein gutes Instrument ist, um den individuellen Hilfebedarf von Menschen mit Behinderungen festzustellen, kann statistisch gesehen mit ja beantwortet werden. Jedoch bedarf es einer genaueren Betrachtung jedes einzelnen Items. Der Versuch, ein geeignetes Verfahren zur Bestimmung des individuellen Hilfebedarfs zu entwickeln, das für Personen mit den unterschiedlichsten geistigen und/oder mehrfachen Behinderungen anzuwenden ist, und welches im Grunde genommen das Gleiche misst, stellt eine große Herausforderung dar. Im Großen und Ganzen ist der Assessmentbogen ein gutes Verfahren, den individuellen Hilfebedarf von Menschen mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung einzuschätzen. Die Items, die das alltägliche Leben betreffen, wie kochen, putzen, waschen, etc., werden häufiger bewertet, als diejenigen Items, die das öffentliche bzw. intime Leben von Personen betreffen. Gerade auf diese Bereiche muss großes Augenmerk gelegt werden. Vorteile des Assessmentbogens sind eine einheitliche und nachvollziehbare Einstufung des individuellen Hilfebedarfs von Menschen mit Behinderungen, Anhaltspunkte für Träger und Vereine zur Kostenabrechnung und darüber hinaus sind Messwiederholungen möglich. Gefahren sehe ich vor allem darin, dass der Assessmentbogen mehr den Geldgebern und den Vereinen zu Gute kommen könnte, als den Menschen, für diejenige der Bogen konzipiert wurde. Aus wissenschaftlicher Sicht zeigt diese Arbeit einige interessante Ergebnisse und Hinweise, den Fragebogen zu verkürzen bzw. zu verbessern. Auch regt die Arbeit zum Nachdenken an. Vertreten wir wirklich die Interessen von Menschen mit geistiger Behinderung? Leben wir nach den Prinzipien der Selbstbestimmung, der Integration bzw. der Inklusion?

## 16. Literaturverzeichnis

American Association on Mental Deficiency (1973). *Manual on terminology and classification in mental retardation*. Washington: American Association on Mental Deficiency.

Amt der Steiermärkischen Landesregierung (2004a). *Erlass zum Steiermärkischen Behindertengesetz (StBHG, LGBl.Nr.26/2004)*. Graz. [On-line]. Verfügbar unter: <http://www.soziales.steiermark.at/cms/beitrag/10040292/5372/> [10.10.2007].

Amt der Steiermärkischen Landesregierung (2004b). *Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 5. Juli 2004 über die Festlegung von Leistungen und Leistungsentgelten nach dem Steiermärkischen Behindertengesetz (Stmk. BHG – Leistungs- und Entgeltverordnung, LEVO-StBHG)*. Graz. [On-line]. Verfügbar unter: <http://www.soziales.steiermark.at/cms/beitrag/10126087/5381/> [10.10.2007].

Appel, M., Schaars, W.K. (2002). *Anleitung zur Selbstständigkeit. Wie Menschen mit geistiger Behinderung Verantwortung für sich übernehmen* (2. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.

Aselmeier, L. (2006). Aspekte des sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaats und Entwicklungslinien der Behindertenhilfe in Schweden. *Siegen:Sozial*, 2, 19–25.

Aselmeier, L. (2007). Supported Living. Gemeinwesenbasierte Unterstützung für Menschen mit geistiger Behinderung in England. *Geistige Behinderung*, 1, 21–29.

Beck, I. (1996). Qualitätsentwicklung im Spannungsfeld unterschiedlicher Interessenlagen. *Geistige Behinderung*, 1, 3–17.

Beck I. (1998). Das Konzept der Lebensqualität: eine Perspektive für Theorie und Praxis der Hilfen für Menschen mit einer geistigen Behinderung. In H. Jakobs, A. König & G. Theunissen (Hrsg.), *Lebensräume – Lebensperspektiven* (S. 348–389). Butzbach-Griedel: Afra Verlag.

Bensch, C. & Klicpera, C. (2000). *Dialogische Entwicklungsplanung. Ein Modell für die Arbeit von BehindertenpädagogInnen mit erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung*. Heidelberg: Winter.

Berg, E. (2007). Humanisierung der Lebensbedingungen in Einrichtungen für geistig Behinderte in Dänemark. 1–5. [On-line]. Verfügbar unter: <http://www.elithberg.dk/default.asp?id=319> [10.07.2007].

Berg, E. (2007a). Behindernde Hilfe oder Selbstbestimmung der Behinderten. In N.E. Bank-Mikkelsen & E. Berg (Hrsg.), *Das dänische Verständnis von Normalisierung und seine Umsetzung in ein System von Hilfs- und Pflegediensten zur Integration*, 1–4. [On-line]. Verfügbar unter: <http://www.elithberg.dk/default.asp?id=320> [10.07.2007].

Berger, E. (1997). Autonomie unter den Bedingungen der Entwicklungsbeeinträchtigung. *Vortrag auf der Jahrestagung der Gesellschaft für Neuropädiatrie 1997*. München. [On-line]. Verfügbar unter: <http://bidok.uibk.ac.at/library/berger-autonomie.html> [3.3.2007].

Biewer, G. (2009). *Grundlagen der Heilpädagogik und der inklusiven Pädagogik*. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.

Bintinger, G.; Eichelberger, H. & Wilhelm, M. (2005). Von der Integration zur Inklusion. In R. Grubich u.a. (Hrsg.), *Inklusive Pädagogik. Beiträge zu einem anderen Verständnis von Integration* (S. 20–43). Aspach/Wien/Meran: Edition Innsalz.

Bobzien, M. (1993). Kontrolle über das eigene Leben gewinnen. Empowerment als professionelles Konzept in der Selbsthilfeunterstützung. *Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit*, 2, 46–49.

Bradley, V.J. (1998). The new service Paradigm (1994). *Inclusion, Nachrichten von Inclusion International*, 20.

Brattgard, S.O. (1982). FOKUS – Brennpunkt der Integration Behinderter in Schweden. In Vereinigung Integrationsförderung (Hrsg.), *Behindernde Hilfe oder Selbstbestimmung der Behinderten* (S. 44–54). München: Vereinigung Integrationsförderung e.V.

Bundes–Behindertengleichstellungsgesetz (2005). *Bundesgesetz über die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen*. [On-line]. Verfügbar unter: <http://www.oeziv.org/download/060126181331.pdf> [06.10.2009].

Bundschuh, K.; Dworschak, W. (2002). Lebenszufriedenheit von Erwachsenen mit geistiger Behinderung in stationären Wohnformen. *Geistige Behinderung*, 1, 70–72.

Dederich, M.; Greving, H.; Mürner, C. & Rödler, P. (2006). *Inklusion statt Integration? Heilpädagogik als Kulturtechnik*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf. [On-line]. Verfügbar unter: [http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf\\_endaussage-2005-10-01.pdf](http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf) [10.10.2007].

Dörner, K. (2003). Auf dem Weg zur heimlosen Gesellschaft. *Impulse*, 27/2003, 26–29. [On-line]. Verfügbar unter: <http://bidok.uibk.ac.at/library/imp27-03-doerner-gesellschaft.html> [3.3.2007].

Dreblow, F. (1999). Möglichkeiten und Grenzen der Selbstbestimmung im Wohnheim. In E.-M. Weinwurm-Krause (Hrsg.), *Autonomie im Heim. Auswirkungen des Heimalltags auf die Selbstverwirklichung von Menschen mit Behinderung* (S. 125–174). Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter.

Exner, K. (2000). Das politische Selbstverständnis der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung in Deutschland. *Vortrag im Zentrum für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen (ZsL) Mainz am 14.3.2000*. [On-line]. Verfügbar unter: <http://bidok.uibk.ac.at/library/exner-leben.html> [3.3.2007].

Feuser, G. (2002). Integration – eine conditio sine qua non im Sinne kultureller Notwendigkeit und ethischer Verpflichtung. In H. Greving & D. Gröschke (Hrsg.), *Das Sisyphos-Prinzip. Gesellschaftsanalytische und gesellschaftskritische Dimensionen der Heilpädagogik* (S. 221–237). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.



Flieger, P. (2003). Partizipative Forschungsmethoden und ihre konkrete Umsetzung. In G. Hermes & S. Köbsell (Hrsg.), *Disability Studies in Deutschland – Behinderung neu Denken. Dokumentation der Sommeruni* (S. 200–204). Kassel: Bifos. [On-line]. Verfügbar unter: <http://bidok.uibk.ac.at/library/flieger-partizipativ.html> [3.7.2007].

Fornefeld, B. (2000). Selbstbestimmung und Erziehung von Menschen mit Behinderung – Ein Widerspruch? *Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft*, 1/2000. [On-line]. Verfügbar unter: <http://bidok.uibk.ac.at/library/beh1-00-selbstbestimmung.html> [3.3.2007].

Gobiet, W. & Rudlof, P. (2006). Vom Gnadentod zu „Leben wie andere auch“. Menschen mit Behinderung in der Steiermark von 1945 bis 2005. In A. Pretenthaler-Ziegerhofer (Hrsg.), *Menschen mit Behinderung* (S. 13–31). Graz: Leykam.

Göbel, S. (1998). *So möchte ich wohnen!* (2. Aufl.). Marburg: Lebenshilfe-Verlag.

Greving, H. (2006). Kann man Inklusion lernen? – Anfragen an eine didaktisch-methodische (Un-)Möglichkeit. In M. Dederich, H. Greving, C. Mürner & P. Rödler (Hrsg.), *Inklusion statt Integration?* (S. 73–86). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Gröschke, D. (2002). Normalität, Normalisierung, Normalismus – Ideologiekritische Aspekte des Projekts der Normalisierung und sozialen Integration. In H. Greving & D. Gröschke (Hrsg.), *Das Sisyphos-Prinzip. Gesellschaftsanalytische und gesellschaftskritische Dimensionen der Heilpädagogik* (S. 175–203). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.

Hensle, U. & Vernooij, M.A. (2000). *Einführung in die Arbeit mit behinderten Menschen I* (6. Aufl.). Wiebelsheim: Quelle und Meyer.

Hensle U. & Vernooij, M.A. (2002). *Einführung in die Arbeit mit behinderten Menschen I* (7. Aufl.). Wiebelsheim: Quelle und Meyer.

Heykamp, G. (1982). Integration durch ambulante Hilfs- und Pflegedienste in Holland. In Vereinigung Integrationsförderung (Hrsg.), *Behindernde Hilfe oder Selbstbestimmung der Behinderten* (S. 66–69). München: Vereinigung Integrationsförderung i.V.

Hinz, A. (2005). Persönliche Zukunftsplanung. *Fachdienst der Lebenshilfe*, 3, 1–10.

International classification of impairments, disabilities, and handicaps (1980). *A manual of classification relating to the consequences of disease*. Geneva: World health organization.

Jähnert, D. (1995). Wir wollen nicht nur selbst entscheiden, wo wir wohnen – wir wollen unsere Wohnformen auch selbst organisieren. Wie Betroffene Fokus-Wohnen in Niedersachsen realisieren. In E.-M. Weinwurm-Krause (Hrsg.), *Wohnen Behinderter – Behindertes Wohnen* (S. 133–146). Aachen: Shaker.

Kennedy, M. (2004). Was ist Selbstbestimmung und was nicht. *Fact Sheet: Summary of Self-Determination*. [On-line]. Verfügbar unter: <http://bidok.uibk.ac.at/library/kennedy-selbstbestimmung.html> [3.3.2007].

Kief, M. (1994). Normalisierte Wohnformen für Menschen mit geistiger Behinderung – Auswirkungen auf die Bewohnerinnen und Bewohner. *VHN*, 63/1, 33–45.

Klauß T. & Wertz-Schönhagen, P. (1993). *Behinderte Menschen in Familie und Heim. Grundlagen der Verständigung und Möglichkeiten der Kooperation zwischen Eltern und Betreuern*. Weinheim/München: Juventa.

Klauß, T. (1999). Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung: individuelle, interaktive und strukturelle Bedingungen. *Sonderpädagogik*, 29/ 2, 74–90.

Kobi, E.E. (2006). Inklusion: ein pädagogischer Mythos? In M. Dederich, H. Greving, C. Mürner & P. Rödler (Hg.), *Inklusion statt Integration? Heilpädagogik als Kulturtechnik*. (S. 28–45). Geißen: Psychosozial-Verlag.

Lingenauber, S. (2003). Normalisierungsforschung: Über die Herstellung einer neuen Normalität im integrationspädagogischen Diskurs. In Feuser, G. (Hrsg.), *Integration heute – Perspektiven ihrer Weiterentwicklung in Theorie und Praxis*. Peter Lang. Frankfurt.

Mattner, D. (2005). *Institutionelle Förderung. Wohnen heißt Zuhause Sein*. Fachforum „Gemeinsam mehr erreichen“ am 13. Oktober 2005. Unveröffentlichtes Skriptum. [On-line]. Verfügbar unter:  
[http://www.lagwohnen.de/~upload/documents/191\\_lag\\_fachforum\\_mattner\\_wohnen.pdf](http://www.lagwohnen.de/~upload/documents/191_lag_fachforum_mattner_wohnen.pdf)  
[02.10.2009].

Mizelli, W. (2006). Wer ist der Chef oder die Chefin? Grundsätze selbstbestimmten Lebens als Herausforderung in der Arbeit im Feld Behinderung. In A. Pretenthaler-Ziegerhofer (Hg.), *Menschen mit Behinderung. Leben wie andere auch?* (S. 321–329). Graz: Leykam.

Nerney, T. (2001). Selbstbestimmung verbreiten: Freiheit, Autorität, Unterstützung und Verantwortung. *Center for Self-Determination*. [On-line]. Verfügbar unter:  
<http://bidok.uibk.ac.at/library/nerney-selbstbestimmung.html> [3.3.2007].

Neuhäuser, G. & Steinhausen, H.-C. (1999). *Geistige Behinderung. Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation* (2. Aufl.). Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer.

Niehoff, U. (1998a). Einführende Überlegungen zum Handeln der Begleiter. In Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit Geistiger Behinderung e.V. (Hrsg.), *Vom Betreuer zum Begleiter. Eine Neuorientierung unter dem Paradigma der Selbstbestimmung* (2. Aufl., S. 169–175). Marburg: Lebenshilfe.

Niehoff, U. (1998b). Grundbegriffe selbstbestimmten Lebens. In Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit Geistiger Behinderung e.V. (Hrsg.), *Vom Betreuer zum Begleiter. Eine Neuorientierung unter dem Paradigma der Selbstbestimmung* (2. Aufl., S. 53–64). Marburg: Lebenshilfe.

Nirje, B. (1994). Das Normalisierungsprinzip – 25 Jahre danach. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 12–32.

Osborne, P. (1982). Familienersetzende oder familienergänzende ambulante Betreuung für Behinderte? In Vereinigung Integrationsförderung (Hrsg.), *Behindernde Hilfe oder Selbstbestimmung der Behinderten* (S. 70–76). München: Vereinigung Integrationsförderung e.V.

Österreichische Bundesverfassung (1997). *Österreichische Bundesverfassung*. [On-line]. Verfügbar unter: <http://www.wienerzeitung.at/linkmap/recht/verfassung1.htm> [02.10.2009].

Pschyrembel Klinisches Wörterbuch (1998). (258. Aufl.). Berlin, New York: Walter de Gruyter.

Puchberger, L. (2005). *Das Satellitensystem. Ein Versuch Menschen mit Behinderung ein Maximum an Autonomie in den Lebensbereichen Wohnen und Freizeit zu bieten*. Linz: Trauner.

Radtke, P. (2007). *Der Sinn des Lebens ist gelebt zu werden. Warum unsere Gesellschaft behinderte Menschen braucht*. München: Verlag Sankt Michaelsbund.

Reicher, H. (2006). Sonderpädagogik – Integrationspädagogik – Inklusionspädagogik. Historische Entwicklungslinien und aktuelle Perspektiven. In A. Pretenthaler-Ziegerhofer (Hg.), *Menschen mit Behinderung. Leben wie andere auch?* (S. 113–123). Graz: Leykam.

Reicher, H. (2009). Zur Bedeutung sozial-emotionalen Lernens in inklusiven und partizipativen Bildungskulturen. In J. Scheipl, P. Rossmann & A. Heimgarnter (Hg.), *Partizipation und Inklusion in der sozialen Arbeit* (S. 28–45). Graz: Leykam.

Sack, R. (1998). Emanzipierende Hilfen beim Wohnen. In Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit Geistiger Behinderung e.V. (Hrsg.), *Vom Betreuer zum Begleiter. Eine Neuorientierung unter dem Paradigma der Selbstbestimmung* (2. Aufl., S. 193–205). Marburg: Lebenshilfe.

Salamanca Erklärung (1994). *Die Salamanca Erklärung und der Aktionsrahmen zur Pädagogik für besondere Bedürfnisse*. [On-line]. Verfügbar unter: <http://bidok.uibk.ac.at/library/unesco-salamanca.html#id2850990> [03.10.2009].

Schaub, H. & Zenke, K.G. (2000). *Wörterbuch Pädagogik* (4. Aufl.). München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Spiegel, A. (1999). Die Umsetzung von „Normalisierungsprinzipien“ im Wohnheim. In E.-M. Weinwurm-Krause (Hrsg.), *Autonomie im Heim. Auswirkungen des Heimalltags auf die Selbstverwirklichung von Menschen mit Behinderung* (S. 76–122). Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter.

Steiermärkisches Behindertengesetz (2004). [On-line]. Verfügbar unter: [http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/10019967\\_4142531/5b04bf73/Behindertengesetz.pdf](http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/10019967_4142531/5b04bf73/Behindertengesetz.pdf) [02.10.2009].

Theunissen, G. (1994). *Wege aus der Hospitalisierung. Förderung und Integration schwerstbehinderter Menschen* (3. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Theunissen, G. (1997). *Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten* (2. Aufl.). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.

Theunissen, G. (2007). *Inclusion – Partizipation – Empowerment. Leitbegriffe für eine Praxis des Miteinanders*. [On-line]. Verfügbar unter: [http://www.asista.org/files/georg\\_theunissen.pdf](http://www.asista.org/files/georg_theunissen.pdf) [3.7.2007].

Wagner, A. (2001). *Empowerment. Möglichkeiten und Grenzen geistig behinderter Menschen zu einem selbstbestimmten Leben zu finden*. [On-line] Verfügbar unter: <http://www.a-wagner-online.de/empowerment/empinh.htm> [3.7.2007].

Waldschmidt, A. (1999). *Selbstbestimmung als Konstruktion. Alltagstheorien behinderter Frauen und Männer*. Opladen: Leske + Budrich.

Walther, H. (1998). Selbstverantwortung – Selbstbestimmung – Selbstständigkeit. In Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit Geistiger Behinderung e.V. (Hrsg.), *Vom Betreuer zum Begleiter. Eine Neuorientierung unter dem Paradigma der Selbstbestimmung* (2. Aufl., S. 69–90). Marburg: Lebenshilfe.

Walujo, S. & Malmström, C. (1996). *Grundlagen der SIVUS-Methode. Förderung der individuellen und sozialen Entwicklung bei Menschen mit geistiger Behinderung* (2. Aufl.). München, Basel: Ernst Reinhardt.

Weinwurm-Krause, E.-M. (1995). *Wohnen Behinderter–Behindertes Wohnen*. Aachen: Shaker.

Weinwurm-Krause, E.-M. (1999). *Autonomie im Heim. Auswirkungen des Heimalltags auf die Selbstverwirklichung von Menschen mit Behinderung*. Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter.

Wendeler, J. (1993). *Geistige Behinderung. Pädagogische und psychologische Aufgaben*. Weinheim/Basel: Beltz.

Wögerer, T. (2006). Ein Leben wie andere auch? Was Träger der Behindertenhilfe in der Steiermark dafür tun (oder auch nicht tun). In A. Pretenthaler-Ziegerhofer (Hg.), *Menschen mit Behinderung. Leben wie andere auch?* (S. 221–235). Graz: Leykam.

Ziemen, K. (2003). *Auf dem Weg zu Integration/Inklusion*. [On-line] Verfügbar unter: <http://bidok.uibk.ac.at/library/ziemen-gleichstellung.html> [3.3.2007].

## 17. Anhang

Assessmentbogen zur Erhebung des individuellen Hilfebedarfs

Häufigkeitsanalysen der einzelnen Items

Faktorenanalysen

Anlage 4 Teil A.) Assessmentbogen / Erhebung des Grades der Beeinträchtigung:

Pflegeteildienstleistung:	Rating				Anmerkung
	keine Hilfe notwendig	weltgehend selbständig	mit Anleitung	Anleitung und stellvertretende Ausführung	
	0	7	14	21	28
	Bewertete Items = 1				
<b>1) Lernen und Wissensanwendung:</b>	0	0	0	0	0
*zuschauen (d110)					
*zuhören (d115)					
andere bewußte sinnliche Wahrnehmung (d120)					
nachmachen, nachahmen (d130)					
sich elementare Fertigkeiten aneignen inklusive Überfert (d135)					
sich komplexe Fertigkeiten aneignen (d155)					
Aufmerksamkeit fokussieren (d160)					
denken und (einfache) Probleme lösen (d163/ d175)					
Entscheidungen treffen (d177)					
Raum f. weiteres ICF-basiertes relevantes Item:					
<b>2) Aufgaben und Anforderungen</b>	0	0	0	0	0
(eine) Einzelaufgabe übernehmen und ausführen (d210)					
(eine) komplexe Aufgabe / Mehrfachaufgaben übernehmen und ausführen (d210/ d220/ d230)					
tägliche Routine durchführen und abschließen (d230/ d230/ d240)					
mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen (d240)					
Verantwortung übernehmen (d240)					
mit Krisensituationen umgehen (d240)					
Raum f. weiteres ICF-basiertes relevantes Item:					
<b>3) Kommunikation</b>	0	0	0	0	0
Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen (d310)					
Kommunizieren als Empfänger nonverbaler Mitteilungen inkl. Gesten und Gebärdensprache (d315)					
kommunizieren als Empfänger von Zeichen und Symbolen (d315)					
kommunizieren als Empfänger schriftlicher Mitteilungen (d325)					
Sprechen (d330)					
Zeichen, Symbole und Zeichnung produzieren (d335)					
Mitteilungen schreiben (d345)					
nonverbale Mitteilungen machen und Körpersprache einsetzen (d350)					
sich mit einer Person unterhalten (d350)					
Kommunikationsgeräte benutzen (d360)					
Raum f. weiteres ICF-basiertes relevantes Item:					



	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>4) Mobilität</b> (*Körperpositionen, Gegenstände bewegen, gehen bei Pflegegeld berücksichtig)									
sich in seiner Wohnung/Einrichtung orientiert umherbewegen(d600)									
sich außerhalb der eigenen Wohnung/Einrichtung/anderen Gebäuden orientiert umherbewegen(e602)									
öffentliche Transportmittel orientiert benutzen(e470)									
sich in fremder Umgebung orientiert umherbewegen(e4609)									
Raum f. weiteres ICF-basiertes relevantes Item:									
<b>5) Selbstversorgung</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0
*sich waschen (e5103ff)									
*seine Körperteile pflegen(d520ff)									
*die Belange der Blasenentleerung regulieren(d5300)									
*die Belange der Darmentleerung regulieren(d5301)									
*die Belange der Menstruation regulieren(d5302)									
*Kleidung und Schuhe anziehen (e6400)									
*Kleidung und Schuhe ausziehen(e5401)									
geeignete Kleidung auswählen(e5404)									
*Essen (e550)									
*Trinken (e560)									
auf seine Gesundheit achten und sie erhalten(d570/5702)									
Raum f. weiteres ICF-basiertes relevantes Item:									
<b>6) Häusliches Leben</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wohnraum gestalten und möblieren(e6102)									
*Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen und einkaufen(e620/e6200)									
*Einfache Mahlzeiten vorbereiten(e6300)									
*komplexe Mahlzeiten vorbereiten(e6301)									
Hausarbeiten erledigen (e640)									
Hausaltgeräte benutzen(e6403)									
*Kleidung und Wäsche waschen und trocknen(e6400)									
*Wohnbereich reinigen(e6402)									
tägliche Lebensnotwendigkeiten lagern(e6404)									
Kleidung pflegen und reparieren(e6500)									
*Hilfsmittel instandhalten(e6504)									
anderen helfen(e660)									
Raum f. weiteres ICF-basiertes relevantes Item:									
<b>7) Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Elementare interpersonale Aktivitäten(Respekt, Wärme, Wertschätzung, Toleranz, Kritik) (e710)									
sozialen Regeln gemäß interagieren und sozialen Abstand wahren(e7203/e7204)									
Beziehungen zur Familie aufnehmen und aufrechterhalten(e760)									
Beziehungen zu Betreuern aufnehmen und aufrechterhalten(e740)									
Beziehungen zu MitbewohnerInnen aufnehmen und aufrechterhalten(e750.3)									
Beziehungen zu Fremden aufnehmen und aufrechterhalten(e750)									
Freundschaften pflegen(e771)									
Liebesbeziehungen pflegen(e7700ff)									
Raum f. weiteres ICF-basiertes relevantes Item:									

<b>8) Bedeutsame Lebensbereiche</b>	0	0	0	0	0	0	0
Bildung und Ausbildung/Fortbildung in Anspruch nehmen(0810ff)							
Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit(0840ff) (nur für BewohnerInnen der Trainingswohnung)							
elementare wirtschaftliche Transaktionen(0860)							
Raum f. weiteres ICF-basiertes relevantes Item:							
<b>9) Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben</b>	0	0	0	0	0	0	0
Eigenen Hobbies, Neigungen nachgehen(09205)							
Freiwilligkeiten(09102)							
Erholung und Freizeit(0920)							
Kunst und Kultur (Veranstaltungen)(09202)							
Religion und Spiritualität(09300)							
politisches Leben und Staatsbürgerschaft(0950)							
Raum f. weiteres ICF-basiertes relevantes Item:							
<b>Summe bewerteter Items</b>	<b>0</b>						

<b>Gewogenes arithmetisches Mittel "Hilfebedarf"</b>	
<b>Einschätzung des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung des Pflegegeldes</b>	Punkte:
	Stufe 1 4
	Stufe 2 8
	Stufe 3 12
	Stufe 4 16
	Stufe 5 20
	Stufe 6 24
	Stufe 7 28
<b>Pflegegeldberücksichtigung: Das Pflegegeld findet in Bezug auf das Gesamtergebnis mit einer Gewichtung von 0,25 Berücksichtigung. Stufe 1 = 4 Pkte, Stufe 2= 8 Pkte, Stufe 3= 12 Pkte, Stufe 4 = 16 Pkte, Stufe 5= 20 Pkte, Stufe 6= 24 Pkte, Stufe 7= 28 Pkte (Entspricht dem Maximum im Bereich Höchster Hilfebedarf)</b>	

<b>Gewichtung "Hilfebedarf" (0,75)</b>	
<b>Summe Pflegegeld und Hilfebedarf</b>	
<b>Gesamtergebnis</b>	
Einschätzung gemäß Grenzwerten (minimal: 0, Maximal: 28)	kein HB leicht mittel hoch höchst
	0 Pkte bis inklusive 3,49 Pkte
	3,5 Pkte bis inklusive 10,49 Pkte
	10,5 Pkte bis inklusive 17,49 Pkte
	17,5 Pkte bis inklusive 24,49
	ab 24,5 Pkte

<b>Gutachterliche Einschätzung</b>	<b>Höhe des Grades der Beeinträchtigung</b>
GutachterInnen:	
a) Fallführende/r	
b) ZweitgutachterIn	
c) Allfällige fachpsychiatrische Einschätzung	
<b>Dienstposten plus in Prozent:</b>	

**Domäne 1: Lernen und Wissensanwendung****zuschauen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	260	13,1	88,1	88,1
	weitgehend selbstständig	23	1,2	7,8	95,9
	mit Anleitung	8	,4	2,7	98,6
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	4	,2	1,4	100,0
	Total	295	14,8	100,0	
Missing	System	1696	85,2		
Total		1991	100,0		

**zuhören**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	258	13,0	87,8	87,8
	weitgehend selbstständig	22	1,1	7,5	95,2
	mit Anleitung	9	,5	3,1	98,3
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	4	,2	1,4	99,7
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	1	,1	,3	100,0
	Total	294	14,8	100,0	
Missing	System	1697	85,2		
Total		1991	100,0		

**andere bewusste sinnliche Wahrnehmung**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	69	3,5	33,5	33,5
	weitgehend selbstständig	52	2,6	25,2	58,7
	mit Anleitung	55	2,8	26,7	85,4
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	24	1,2	11,7	97,1
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	6	,3	2,9	100,0
	Total	206	10,3	100,0	
Missing	System	1785	89,7		
Total		1991	100,0		

**nachmachen, nachahmen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	296	14,9	14,9	14,9
	weitgehend selbstständig	630	31,6	31,8	46,8
	mit Anleitung	568	28,5	28,7	75,5
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	389	19,5	19,6	95,1
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	97	4,9	4,9	100,0
	Total	1980	99,4	100,0	
Missing	System	11	,6		
Total		1991	100,0		

**sich elementare Fertigkeiten aneignen incl. üben**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	82	4,1	4,1	4,1
	weitgehend selbstständig	555	27,9	27,9	32,0
	mit Anleitung	713	35,8	35,8	67,8
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	481	24,2	24,2	92,0
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	159	8,0	8,0	100,0
	Total	1990	99,9	100,0	
Missing	System	1	,1		
Total		1991	100,0		

**sich komplexe Fertigkeiten aneignen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	weitgehend selbstständig	62	3,1	3,1	3,1
	mit Anleitung	491	24,7	24,7	27,8
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	828	41,6	41,6	69,4
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	609	30,6	30,6	100,0
	Total	1990	99,9	100,0	
Missing	System	1	,1		
Total		1991	100,0		

**Aufmerksamkeit fokussieren**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	35	1,8	1,8	1,8
	weitgehend selbstständig	417	20,9	21,0	22,7
	mit Anleitung	752	37,8	37,8	60,5
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	653	32,8	32,8	93,3
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	133	6,7	6,7	100,0
	Total	1990	99,9	100,0	
Missing	System	1	,1		
Total		1991	100,0		

**denken und (einfache) Probleme lösen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	25	1,3	1,3	1,3
	weitgehend selbstständig	316	15,9	15,9	17,1
	mit Anleitung	598	30,0	30,0	47,2
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	689	34,6	34,6	81,8
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	363	18,2	18,2	100,0
	Total	1991	100,0	100,0	

**Entscheidungen treffen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	15	,8	,8	,8
	weitgehend selbstständig	260	13,1	13,1	13,9
	mit Anleitung	566	28,4	28,5	42,4
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	736	37,0	37,1	79,4
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	408	20,5	20,6	100,0
	Total	1985	99,7	100,0	
Missing	System	6	,3		
Total		1991	100,0		

## weiteres ICF-Item

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Anleitung und stellvertretende Ausführung	2	,1	16,7	16,7
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	10	,5	83,3	100,0
	Total	12	,6	100,0	
Missing	System	1979	99,4		
Total		1991	100,0		

**Domäne 2: Aufgaben und Anforderungen****(eine) Einzelaufgabe übernehmen und ausführen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	170	8,5	8,6	8,6
	weitgehend selbstständig	628	31,5	31,9	40,5
	mit Anleitung	614	30,8	31,2	71,7
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	408	20,5	20,7	92,5
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	148	7,4	7,5	100,0
	Total	1968	98,8	100,0	
Missing	System	23	1,2		
Total		1991	100,0		

**(eine) komplexe Aufgabe/Mehrfachaufgaben übernehmen und ausführen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	4	,2	,2	,2
	weitgehend selbstständig	132	6,6	6,9	7,2
	mit Anleitung	624	31,3	32,8	40,0
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	651	32,7	34,2	74,2
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	491	24,7	25,8	100,0
	Total	1902	95,5	100,0	
Missing	System	89	4,5		
Total		1991	100,0		

**tägliche Routine durchführen und abschließen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	63	3,2	3,2	3,2
	weitgehend selbstständig	383	19,2	19,2	22,4
	mit Anleitung	695	34,9	34,9	57,3
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	585	29,4	29,4	86,7
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	265	13,3	13,3	100,0
	Total	1991	100,0	100,0	

**mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	weitgehend selbstständig	103	5,2	5,4	5,4
	mit Anleitung	568	28,5	29,6	34,9
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	857	43,0	44,6	79,5
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	393	19,7	20,5	100,0
	Total	1921	96,5	100,0	
Missing	System	70	3,5		
Total		1991	100,0		

**Verantwortung übernehmen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	11	,6	,6	,6
	weitgehend selbstständig	225	11,3	11,3	11,9
	mit Anleitung	615	30,9	30,9	42,7
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	629	31,6	31,6	74,3
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	511	25,7	25,7	100,0
	Total	1991	100,0	100,0	

**mit Krisensituationen umgehen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	weitgehend selbstständig	1	,1	,3	,3
	mit Anleitung	45	2,3	12,6	12,9
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	142	7,1	39,9	52,8
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	168	8,4	47,2	100,0
	Total	356	17,9	100,0	
Missing	System	1635	82,1		
Total		1991	100,0		

**weitere ICF-Item**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	weitgehend selbstständig	1	,1	33,3	33,3
	mit Anleitung	1	,1	33,3	66,7
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	1	,1	33,3	100,0
	Total	3	,2	100,0	
Missing	System	1988	99,8		
Total		1991	100,0		

**Domäne 3: Kommunikation****Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	288	14,5	14,6	14,6
	weitgehend selbstständig mit Anleitung	658	33,0	33,3	47,8
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	575	28,9	29,1	76,9
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	369	18,5	18,7	95,6
	Total	88	4,4	4,4	100,0
Missing	System	1978	99,3	100,0	
Total		13	,7		
		1991	100,0		



**Kommunizieren als Empfänger nonverbaler Mitteilungen inkl. Gesten und Gebärden**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	46	2,3	15,1	15,1
	weitgehend selbstständig	62	3,1	20,4	35,5
	mit Anleitung	86	4,3	28,3	63,8
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	71	3,6	23,4	87,2
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	39	2,0	12,8	100,0
	Total	304	15,3	100,0	
Missing	System	1687	84,7		
Total		1991	100,0		

**Kommunizieren als Empfänger von Zeichen und Symbolen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	173	8,7	9,4	9,4
	weitgehend selbstständig	575	28,9	31,1	40,5
	mit Anleitung	527	26,5	28,5	69,0
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	326	16,4	17,6	86,6
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	247	12,4	13,4	100,0
	Total	1848	92,8	100,0	
Missing	System	143	7,2		
Total		1991	100,0		

**Kommunizieren als Empfänger schriftlicher Mitteilungen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	68	3,4	3,4	3,4
	weitgehend selbstständig	270	13,6	13,7	17,1
	mit Anleitung	326	16,4	16,5	33,6
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	306	15,4	15,5	49,1
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	1005	50,5	50,9	100,0
	Total	1975	99,2	100,0	
Missing	System	16	,8		
Total		1991	100,0		

**sprechen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	356	17,9	18,0	18,0
	weitgehend selbstständig	536	26,9	27,1	45,1
	mit Anleitung	445	22,4	22,5	67,7
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	342	17,2	17,3	85,0
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	297	14,9	15,0	100,0
	Total	1976	99,2	100,0	
Missing	System	15	,8		
Total		1991	100,0		

**Zeichen, Symbole und Zeichnung produzieren**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	26	1,3	5,5	5,5
	weitgehend selbstständig	125	6,3	26,7	32,2
	mit Anleitung	104	5,2	22,2	54,4
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	73	3,7	15,6	69,9
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	141	7,1	30,1	100,0
	Total	469	23,6	100,0	
Missing	System	1522	76,4		
Total		1991	100,0		

**Mitteilungen schreiben**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	53	2,7	2,7	2,7
	weitgehend selbstständig	264	13,3	13,4	16,1
	mit Anleitung	301	15,1	15,3	31,5
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	309	15,5	15,7	47,2
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	1036	52,0	52,8	100,0
	Total	1963	98,6	100,0	
Missing	System	28	1,4		
Total		1991	100,0		

**nonverbale Mitteilungen machen und Körpersprache einsetzen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	26	1,3	6,8	6,8
	weitgehend selbstständig	94	4,7	24,5	31,3
	mit Anleitung	95	4,8	24,8	56,1
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	146	7,3	38,1	94,3
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	22	1,1	5,7	100,0
	Total	383	19,2	100,0	
Missing	System	1608	80,8		
Total		1991	100,0		

**sich mit einer Person unterhalten**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	215	10,8	10,8	10,8
	weitgehend selbstständig	566	28,4	28,5	39,3
	mit Anleitung	486	24,4	24,4	63,7
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	431	21,6	21,7	85,4
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	291	14,6	14,6	100,0
	Total	1989	99,9	100,0	
Missing	System	2	,1		
Total		1991	100,0		

**Kommunikationsgeräte benutzen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	111	5,6	5,7	5,7
	weitgehend selbstständig	271	13,6	13,8	19,5
	mit Anleitung	457	23,0	23,4	42,9
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	435	21,8	22,2	65,1
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	683	34,3	34,9	100,0
	Total	1957	98,3	100,0	
Missing	System	34	1,7		
Total		1991	100,0		

**weitere ICF-Item**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	weitgehend selbstständig	2	,1	66,7	66,7
	mit Anleitung	1	,1	33,3	100,0
	Total	3	,2	100,0	
Missing	System	1988	99,8		
Total		1991	100,0		

**Domäne 4: Mobilität****sich in seiner Wohnung/Einrichtung orientiert umherbewegen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	1436	72,1	72,4	72,4
	weitgehend selbstständig mit Anleitung	231	11,6	11,6	84,1
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	159	8,0	8,0	92,1
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	86	4,3	4,3	96,4
	Total	71	3,6	3,6	100,0
	Total	1983	99,6	100,0	
Missing	System	8	,4		
Total		1991	100,0		

**sich außerhalb der eigenen Wohnung/Einrichtung/anderen Gebäuden orientiert umherbewegen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	329	16,5	16,6	16,6
	weitgehend selbstständig mit Anleitung	547	27,5	27,6	44,2
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	578	29,0	29,2	73,4
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	283	14,2	14,3	87,6
	Total	245	12,3	12,4	100,0
	Total	1982	99,5	100,0	
Missing	System	9	,5		
Total		1991	100,0		

**öffentliche Transportmittel orientiert benutzen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	44	2,2	2,2	2,2
	weitgehend selbstständig	214	10,7	10,9	13,1
	mit Anleitung	657	33,0	33,4	46,5
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	534	26,8	27,1	73,7
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	518	26,0	26,3	100,0
	Total	1967	98,8	100,0	
Missing	System	24	1,2		
Total		1991	100,0		

**sich in fremder Umgebung orientiert umherbewegen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	21	1,1	1,1	1,1
	weitgehend selbstständig	85	4,3	4,3	5,4
	mit Anleitung	429	21,5	21,7	27,0
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	528	26,5	26,7	53,7
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	918	46,1	46,3	100,0
	Total	1981	99,5	100,0	
Missing	System	10	,5		
Total		1991	100,0		

**weiteres ICF-Item**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Anleitung und stellvertretende Ausführung	2	,1	25,0	25,0
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	6	,3	75,0	100,0
	Total	8	,4	100,0	
Missing	System	1983	99,6		
Total		1991	100,0		

**Domäne 5: Selbstversorgung****sich waschen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	211	10,6	70,8	70,8
	weitgehend selbstständig	61	3,1	20,5	91,3
	mit Anleitung	23	1,2	7,7	99,0
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	2	,1	,7	99,7
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	1	,1	,3	100,0
	Total	298	15,0	100,0	
Missing	System	1693	85,0		
Total		1991	100,0		

**seine Körperteile pflegen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	195	9,8	65,4	65,4
	weitgehend selbstständig	70	3,5	23,5	88,9
	mit Anleitung	28	1,4	9,4	98,3
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	3	,2	1,0	99,3
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	2	,1	,7	100,0
	Total	298	15,0	100,0	
Missing	System	1693	85,0		
Total		1991	100,0		

**die Belange der Blasenentleerung regulieren**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	289	14,5	97,3	97,3
	weitgehend selbstständig	5	,3	1,7	99,0
	mit Anleitung	2	,1	,7	99,7
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	1	,1	,3	100,0
	Total	297	14,9	100,0	
Missing	System	1694	85,1		
Total		1991	100,0		

**die Belange der Darmentleerung regulieren**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	289	14,5	97,3	97,3
	weitgehend selbstständig mit Anleitung	4	,2	1,3	98,7
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	2	,1	,7	99,3
	Total	297	14,9	100,0	
Missing	System	1694	85,1		
Total		1991	100,0		

**die Belange der Menstruation regulieren**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	139	7,0	94,6	94,6
	weitgehend selbstständig mit Anleitung und stellvertretende Ausführung	7	,4	4,8	99,3
	Total	147	7,4	100,0	
Missing	System	1844	92,6		
Total		1991	100,0		

**Kleidung und Schuhe anziehen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	282	14,2	94,9	94,9
	weitgehend selbstständig mit Anleitung	11	,6	3,7	98,7
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	1	,1	,3	99,0
	Total	297	14,9	100,0	
Missing	System	1694	85,1		
Total		1991	100,0		

**Kleidung und Schuhe ausziehen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	286	14,4	96,3	96,3
	weitgehend selbstständig	7	,4	2,4	98,7
	mit Anleitung	3	,2	1,0	99,7
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	1	,1	,3	100,0
	Total	297	14,9	100,0	
Missing	System	1694	85,1		
Total		1991	100,0		

**geeignete Kleidung auswählen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	242	12,2	12,2	12,2
	weitgehend selbstständig	533	26,8	26,9	39,2
	mit Anleitung	532	26,7	26,9	66,0
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	378	19,0	19,1	85,1
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	294	14,8	14,9	100,0
Total	1979	99,4	100,0		
Missing	System	12	,6		
Total		1991	100,0		

**Essen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	285	14,3	95,3	95,3
	weitgehend selbstständig	7	,4	2,3	97,7
	mit Anleitung	2	,1	,7	98,3
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	2	,1	,7	99,0
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	3	,2	1,0	100,0
Total	299	15,0	100,0		
Missing	System	1692	85,0		
Total		1991	100,0		



**Trinken**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	286	14,4	97,3	97,3
	weitgehend selbstständig	5	,3	1,7	99,0
	mit Anleitung	2	,1	,7	99,7
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	1	,1	,3	100,0
	Total	294	14,8	100,0	
Missing	System	1697	85,2		
Total		1991	100,0		

**auf seine Gesundheit achten und sie erhalten**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	12	,6	,6	,6
	weitgehend selbstständig	182	9,1	9,2	9,8
	mit Anleitung	609	30,6	30,8	40,6
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	631	31,7	31,9	72,5
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	544	27,3	27,5	100,0
	Total	1978	99,3	100,0	
Missing	System	13	,7		
Total		1991	100,0		

**weiteres ICF-Item**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	weitgehend selbstständig	1	,1	100,0	100,0
Missing	System	1990	99,9		
Total		1991	100,0		

**Domäne 6: Häusliches Leben****Wohnraum gestalten und möblieren**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	19	1,0	1,0	1,0
	weitgehend selbstständig	179	9,0	9,1	10,1
	mit Anleitung	570	28,6	29,1	39,1
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	724	36,4	36,9	76,0
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	470	23,6	24,0	100,0
	Total	1962	98,5	100,0	
Missing	System	29	1,5		
Total		1991	100,0		

**Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen und einkaufen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	23	1,2	7,8	7,8
	weitgehend selbstständig	122	6,1	41,2	49,0
	mit Anleitung	120	6,0	40,5	89,5
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	24	1,2	8,1	97,6
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	7	,4	2,4	100,0
	Total	296	14,9	100,0	
Missing	System	1695	85,1		
Total		1991	100,0		

**einfache Mahlzeiten vorbereiten**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	122	6,1	40,8	40,8
	weitgehend selbstständig	137	6,9	45,8	86,6
	mit Anleitung	29	1,5	9,7	96,3
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	8	,4	2,7	99,0
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	3	,2	1,0	100,0
	Total	299	15,0	100,0	
Missing	System	1692	85,0		
Total		1991	100,0		

**komplexe Mahlzeiten vorbereiten**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	8	,4	2,7	2,7
	weitgehend selbstständig	56	2,8	18,7	21,3
	mit Anleitung	184	9,2	61,3	82,7
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	42	2,1	14,0	96,7
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	10	,5	3,3	100,0
	Total	300	15,1	100,0	
Missing	System	1691	84,9		
Total		1991	100,0		

**Hausarbeiten erledigen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	26	1,3	1,3	1,3
	weitgehend selbstständig	387	19,4	19,5	20,8
	mit Anleitung	707	35,5	35,6	56,4
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	531	26,7	26,8	83,2
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	334	16,8	16,8	100,0
	Total	1985	99,7	100,0	
Missing	System	6	,3		
Total		1991	100,0		

**Haushaltsgeräte benutzen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	81	4,1	4,1	4,1
	weitgehend selbstständig	360	18,1	18,2	22,3
	mit Anleitung	518	26,0	26,2	48,5
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	506	25,4	25,6	74,1
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	513	25,8	25,9	100,0
	Total	1978	99,3	100,0	
Missing	System	13	,7		
Total		1991	100,0		

**Kleidung und Wäsche waschen und trocknen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	28	1,4	9,5	9,5
	weitgehend selbstständig	90	4,5	30,5	40,0
	mit Anleitung	142	7,1	48,1	88,1
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	30	1,5	10,2	98,3
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	5	,3	1,7	100,0
	Total	295	14,8	100,0	
Missing	System	1696	85,2		
Total		1991	100,0		

**Wohnbereich reinigen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	26	1,3	8,6	8,6
	weitgehend selbstständig	152	7,6	50,3	58,9
	mit Anleitung	105	5,3	34,8	93,7
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	16	,8	5,3	99,0
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	3	,2	1,0	100,0
	Total	302	15,2	100,0	
Missing	System	1689	84,8		
Total		1991	100,0		

**tägliche Lebensnotwendigkeiten lagern**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	143	7,2	7,4	7,4
	weitgehend selbstständig	435	21,8	22,6	30,0
	mit Anleitung	560	28,1	29,0	59,0
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	378	19,0	19,6	78,6
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	413	20,7	21,4	100,0
	Total	1929	96,9	100,0	
Missing	System	62	3,1		
Total		1991	100,0		

**Kleidung pflegen und reparieren**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	10	,5	3,2	3,2
	weitgehend selbstständig	62	3,1	20,0	23,2
	mit Anleitung	171	8,6	55,2	78,4
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	47	2,4	15,2	93,5
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	20	1,0	6,5	100,0
	Total	310	15,6	100,0	
Missing	System	1681	84,4		
Total		1991	100,0		

**Hilfsmittel instandhalten**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	13	,7	10,7	10,7
	weitgehend selbstständig	49	2,5	40,5	51,2
	mit Anleitung	47	2,4	38,8	90,1
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	7	,4	5,8	95,9
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	5	,3	4,1	100,0
	Total	121	6,1	100,0	
Missing	System	1870	93,9		
Total		1991	100,0		

**anderen helfen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	64	3,2	3,3	3,3
	weitgehend selbstständig mit Anleitung	442	22,2	22,4	25,7
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	627	31,5	31,8	57,5
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	454	22,8	23,1	80,6
	Total	382	19,2	19,4	100,0
Missing	System	1969	98,9	100,0	
Total		22	1,1		

**weitere ICF-Item**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	weitgehend selbstständig mit Anleitung	2	,1	14,3	14,3
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	5	,3	35,7	50,0
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	2	,1	14,3	64,3
	Total	5	,3	35,7	100,0
Missing	System	14	,7	100,0	
Total		1977	99,3		
		1991	100,0		

**Domäne 7: Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen****elementare interpersonale Aktivitäten (Respekt, Wärme, Toleranz, Kritik, Wertschätzung)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	44	2,2	2,2	2,2
	weitgehend selbstständig	411	20,6	20,7	22,9
	mit Anleitung	814	40,9	41,0	64,0
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	546	27,4	27,5	91,5
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	168	8,4	8,5	100,0
	Total	1983	99,6	100,0	
Missing	System	8	,4		
Total		1991	100,0		

**sozialen Regeln gemäß interagieren und sozialen Abstand wahren**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	118	5,9	6,0	6,0
	weitgehend selbstständig	555	27,9	28,0	34,0
	mit Anleitung	691	34,7	34,9	68,8
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	442	22,2	22,3	91,1
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	176	8,8	8,9	100,0
	Total	1982	99,5	100,0	
Missing	System	9	,5		
Total		1991	100,0		

**Beziehungen zur Familie aufnehmen und aufrechterhalten**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	458	23,0	24,8	24,8
	weitgehend selbstständig	563	28,3	30,4	55,2
	mit Anleitung	397	19,9	21,5	76,7
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	364	18,3	19,7	96,4
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	67	3,4	3,6	100,0
	Total	1849	92,9	100,0	
Missing	System	142	7,1		
Total		1991	100,0		

**Beziehungen zu BetreuerInnen aufnehmen und aufrechterhalten**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	304	15,3	16,1	16,1
	weitgehend selbstständig	689	34,6	36,6	52,7
	mit Anleitung	487	24,5	25,8	78,6
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	341	17,1	18,1	96,7
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	63	3,2	3,3	100,0
	Total	1884	94,6	100,0	
Missing	System	107	5,4		
Total		1991	100,0		

**Beziehungen zu MitbewohnerInnen aufnehmen und aufrechterhalten**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	94	4,7	11,2	11,2
	weitgehend selbstständig	277	13,9	32,9	44,1
	mit Anleitung	222	11,2	26,4	70,5
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	187	9,4	22,2	92,7
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	61	3,1	7,3	100,0
	Total	841	42,2	100,0	
Missing	System	1150	57,8		
Total		1991	100,0		



**Beziehungen zu Fremden aufnehmen und aufrechterhalten**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	54	2,7	2,7	2,7
	weitgehend selbstständig	317	15,9	16,0	18,7
	mit Anleitung	570	28,6	28,7	47,4
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	586	29,4	29,5	76,9
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	458	23,0	23,1	100,0
	Total	1985	99,7	100,0	
Missing	System	6	,3		
Total		1991	100,0		

**Freundschaften pflegen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	67	3,4	3,4	3,4
	weitgehend selbstständig	288	14,5	14,8	18,2
	mit Anleitung	565	28,4	29,0	47,3
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	602	30,2	30,9	78,2
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	424	21,3	21,8	100,0
	Total	1946	97,7	100,0	
Missing	System	45	2,3		
Total		1991	100,0		

**Liebesbeziehungen pflegen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	weitgehend selbstständig	7	,4	15,9	15,9
	mit Anleitung	25	1,3	56,8	72,7
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	6	,3	13,6	86,4
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	6	,3	13,6	100,0
	Total	44	2,2	100,0	
Missing	System	1947	97,8		
Total		1991	100,0		

## weiteres ICF-Item

		Frequency	Percent
Missing	System	1991	100,0

**Domäne 8: Bedeutsame Lebensbereiche****Bildung und Ausbildung/Fortbildung in Anspruch nehmen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	16	,8	,8	,8
	weitgehend selbstständig	163	8,2	8,2	9,0
	mit Anleitung	821	41,2	41,3	50,3
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	600	30,1	30,2	80,5
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	387	19,4	19,5	100,0
	Total	1987	99,8	100,0	
Missing	System	4	,2		
Total		1991	100,0		

**Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit (nur für BewohnerInnen der Trainingswohnung)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	4	,2	1,2	1,2
	weitgehend selbstständig	33	1,7	9,6	10,8
	mit Anleitung	129	6,5	37,6	48,4
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	57	2,9	16,6	65,0
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	120	6,0	35,0	100,0
	Total	343	17,2	100,0	
Missing	System	1648	82,8		
Total		1991	100,0		

**elementare wirtschaftliche Transaktionen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	11	,6	,6	,6
	weitgehend selbstständig mit Anleitung	103	5,2	5,2	5,7
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	475	23,9	23,9	29,7
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	788	39,6	39,7	69,3
	Total	609	30,6	30,7	100,0
Missing	System	1986	99,7	100,0	
Total		5	,3		
		1991	100,0		

**weiteres ICF-Item**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	3	,2	,2	,2
	weitgehend selbstständig mit Anleitung	30	1,5	1,6	1,8
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	227	11,4	12,4	14,3
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	459	23,1	25,2	39,4
	Total	1105	55,5	60,6	100,0
Missing	System	1824	91,6	100,0	
Total		167	8,4		
		1991	100,0		

**Domäne 9: Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben****eigenen Hobbies, Neigungen nachgehen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	101	5,1	5,2	5,2
	weitgehend selbstständig	530	26,6	27,3	32,6
	mit Anleitung	753	37,8	38,9	71,4
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	421	21,1	21,7	93,1
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	133	6,7	6,9	100,0
	Total	1938	97,3	100,0	
Missing	System	53	2,7		
Total		1991	100,0		

**Feierlichkeiten**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	79	4,0	4,0	4,0
	weitgehend selbstständig	421	21,1	21,4	25,4
	mit Anleitung	778	39,1	39,5	64,8
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	476	23,9	24,2	89,0
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	217	10,9	11,0	100,0
	Total	1971	99,0	100,0	
Missing	System	20	1,0		
Total		1991	100,0		

**Erholung und Freizeit**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	44	2,2	2,2	2,2
	weitgehend selbstständig	354	17,8	17,8	20,0
	mit Anleitung	938	47,1	47,2	67,2
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	454	22,8	22,8	90,0
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	198	9,9	10,0	100,0
	Total	1988	99,8	100,0	
Missing	System	3	,2		
Total		1991	100,0		

**Kunst und Kultur (Veranstaltungen)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	9	,5	1,0	1,0
	weitgehend selbstständig	134	6,7	15,4	16,5
	mit Anleitung	359	18,0	41,3	57,8
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	236	11,9	27,2	84,9
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	131	6,6	15,1	100,0
	Total	869	43,6	100,0	
Missing	System	1122	56,4		
Total		1991	100,0		

**Religion und Spiritualität**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Hilfe notwendig	1	,1	7,7	7,7
	weitgehend selbstständig	5	,3	38,5	46,2
	mit Anleitung	4	,2	30,8	76,9
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	3	,2	23,1	100,0
	Total	13	,7	100,0	
Missing	System	1978	99,3		
Total		1991	100,0		

**politisches Leben und Staatsbürgerschaft**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	mit Anleitung	6	,3	60,0	60,0
	Anleitung und stellvertretende Ausführung	1	,1	10,0	70,0
	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)	3	,2	30,0	100,0
	Total	10	,5	100,0	
Missing	System	1981	99,5		
Total		1991	100,0		

**weiteres ICF-Item**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	mit Anleitung	2	,1	100,0	100,0
Missing	System	1989	99,9		
Total		1991	100,0		

Tabelle 18: Faktorenanalyse des Assessmentbogens: Oblimin rotierte Faktorenladungen in einer 2-Faktor-Lösung (77 Items)

Items	Faktoren	
	1	2
Sich elementare Fertigkeiten aneignen incl. Üben	,876	
Haushaltsgeräte benutzen	,868	
Erholung und Freizeit	,867	
Geeignete Kleidung auswählen	,866	
Sich komplexe Fertigkeiten aneignen	,859	
Hausarbeiten erledigen	,855	
Sich mit einer Person unterhalten	,855	
Verantwortung übernehmen	,854	
Feierlichkeiten	,852	
(eine) Einzelaufgabe übernehmen und ausführen	,847	
Sich außerhalb der eigenen Wohnung/Einrichtung/anderen Gebäuden orientiert umherbewegen	,844	
Wohnraum gestalten und möblieren	,840	
Beziehungen zu Fremden aufnehmen und aufrechterhalten	,827	
Anderen helfen	,826	
Denken und (einfache) Probleme lösen	,823	
Elementare wirtschaftliche Transaktionen	,823	
Kommunikationsgeräte benutzen	,821	
Aus seine Gesundheit achten und sie erhalten	,820	
Eigenen Hobbies, Neigungen nachgehen	,820	
Tägliche Lebensnotwendigkeiten lagern	,817	
Bildung und Ausbildung/Fortbildung in Anspruch nehmen	,807	
Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen	,806	
Nachmachen, nachahmen	,802	
Öffentliche Transportmittel orientiert benutzen	,801	
Sprechen	,794	
Aufmerksamkeit fokussieren	,771	
Entscheidungen treffen	,769	
Freundschaften pflegen	,764	
Kommunizieren als Empfänger von Zeichen und Symbolen	,763	
Tägliche Routine durchführen und abschließen	,741	
(eine) komplexe Aufgabe/Mehrfachaufgaben übernehmen und ausführen	,731	
Sich in fremder Umgebung orientiert umherbewegen	,711	
Sozialen Regeln gemäß interagieren und sozialen Abstand wahren	,711	
Beziehungen zu BetreuerInnen aufnehmen und aufrechterhalten	,699	
Beziehungen zur Familie aufnehmen	,693	
Kommunizieren als Empfänger schriftlicher Mitteilungen	,684	
Mitteilungen schreiben	,672	
Sich in seiner Wohnung/Einrichtung orientiert umherbewegen	,668	
Elementare interpersonale Aktivitäten (Respekt, Wärme, Toleranz, Kritik, Wertschätzung)	,665	
Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen	,540	
Weiteres ICF-Item	,412	
Nonverbale Mitteilungen machen und Körpersprache einsetzen	,410	

Kunst und Kultur (Veranstaltungen)	,290
Beziehungen zu MitbewohnerInnen aufnehmen und aufrechterhalten	,278
Kommunizieren als Empfänger nonverbaler Mitteilungen inkl. Gesten und Gebärden	,271
Zeichen, Symbole und Zeichnung produzieren	
Andere bewusste sinnliche Wahrnehmung	
Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit (nur für BewohnerInnen der Trainingswohnung)	
Mit Krisensituationen umgehen	
Weiteres ICF-Item	
Weiteres ICF-Item	
Weiteres ICF-Item	
Weiteres ICF-Item	
Weiteres ICF-Item	
Einfache Mahlzeiten vorbereiten	,826
Wohnbereich reinigen	,817
Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen und einkaufen	,782
Komplexe Mahlzeiten vorbereiten	,773
Kleidung und Wäsche waschen und trocknen	,757
Seine Körperteile pflegen	,742
Sich waschen	,729
Kleidung pflegen und reparieren	,711
Kleidung und Schuhe anziehen	,701
Kleidung und Schuhe ausziehen	,671
Die Belange der Darmentleerung regulieren	,621
Zuschauen	,580
Die Belange der Blasenentleerung regulieren	,575
Zuhören	,536
Hilfsmittel instand halten	,507
Die Belange der Menstruation regulieren	,458
Trinken	,331
Essen	,270
Politisches Leben und Staatsbürgerschaft	
Religion und Spiritualität	
Liebesbeziehungen pflegen	
Weiteres ICF-Item	
Weiteres ICF-Item	

---

\* Ladungen < .25 werden nicht angeführt



Tabelle 19: Faktorenanalyse des Assessmentbogens: Oblimin rotierte Faktorenladungen in einer 2-Faktor-Lösung (62 Items)

Items	Faktoren	
	1	2
Sich elementare Fertigkeiten aneignen incl. Üben	,876	
Erholung und Freizeit	,867	
Haushaltsgeräte benutzen	,865	
Geeignete Kleidung auswählen	,864	
Sich komplexe Fertigkeiten aneignen	,858	
Tägliche Routine durchführen und abschließen	,856	
Hausarbeiten erledigen	,856	
Verantwortung übernehmen	,856	
Sich mit einer Person unterhalten	,853	
Feierlichkeiten	,852	
(eine) Einzelaufgabe übernehmen und ausführen	,849	
Sich außerhalb der eigenen Wohnung/Einrichtung/anderen Gebäuden orientiert umherbewegen	,842	
Wohnraum gestalten und möblieren	,839	
Beziehungen zu Fremden aufnehmen und aufrechterhalten	,827	
Anderen helfen	,826	
Denken und (einfache) Probleme lösen	,822	
Eigenen Hobbies, Neigungen nachgehen	,822	
Kommunikationsgeräte benutzen	,819	
Aus seine Gesundheit achten und sie erhalten	,818	
Elementare wirtschaftliche Transaktionen	,818	
Tägliche Lebensnotwendigkeiten lagern	,817	
Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen	,805	
Bildung und Ausbildung/Fortbildung in Anspruch nehmen	,803	
Nachmachen, nachahmen	,803	
Öffentliche Transportmittel orientiert benutzen	,798	
Sprechen	,791	
Aufmerksamkeit fokussieren	,771	
Entscheidungen treffen	,771	
Freundschaften pflegen	,764	
Kommunizieren als Empfänger von Zeichen und Symbolen	,763	
(eine) komplexe Aufgabe/Mehrfachaufgaben übernehmen und ausführen	,734	
Sozialen Regeln gemäß interagieren und sozialen Abstand wahren	,714	
Sich in fremder Umgebung orientiert umherbewegen	,706	
Beziehungen zu BetreuerInnen aufnehmen und aufrechterhalten	,703	
Beziehungen zur Familie aufnehmen und aufrechterhalten	,695	
Kommunizieren als Empfänger schriftlicher Mitteilungen	,678	
Sich in seiner Wohnung/Einrichtung orientiert umherbewegen	,670	
Elementare interpersonale Aktivitäten (Respekt, Wärme, Toleranz, Kritik, Wertschätzung)	,666	
Mitteilungen schreiben	,666	
Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen	,543	
Nonverbale Mitteilungen machen und Körpersprache einsetzen	,412	

## Anhang: Faktorenanalysen

Kunst und Kultur (Veranstaltungen)	,296	
Beziehungen zu MitbewohnerInnen aufnehmen und aufrechterhalten	,277	
Kommunizieren als Empfänger nonverbaler Mitteilungen inkl. Gesten und Gebärden	,270	
Einfache Mahlzeiten vorbereiten		,830
Wohnbereich reinigen		,821
Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen und einkaufen		,786
Komplexe Mahlzeiten vorbereiten		,777
Kleidung und Wäsche waschen und trocknen		,761
Seine Körperteile pflegen		,746
Sich waschen		,734
Kleidung pflegen und reparieren		,712
Kleidung und Schuhe anziehen		,707
Kleidung und Schuhe ausziehen		,676
Die Belange der Darmentleerung regulieren		,626
Zuschauen		,582
Die Belange der Blasenentleerung regulieren		,580
Zuhören		,537
Hilfsmittel instand halten		,506
Die Belange der Menstruation regulieren		,461
Trinken		,333
Essen		,272
* Ladungen < .25 werden nicht angeführt		