



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Zum gesellschaftlichen Umgang mit geistig
behinderten Menschen und deren Betreuung
von der Antike bis zur Gegenwart

Verfasser

Aleksandar Ivic

angestrebter akademischer Grad

Magister (Mag.)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Individuelles Diplomstudium

Pflegewissenschaften

Betreuer:

MMag. Dr. Ferdinand Holub

Danksagung

An erster Stelle danke ich Dr. Ferdinand Holub dafür, dass er die Betreuung meiner Diplomarbeit übernahm und jederzeit mit Erfahrung und Rat zur Stelle war.

Meiner Familie und besonders meiner Mutter Milka Kutschi möchte ich für ihre Unterstützung und aufmunternden Worte danken.

Den größten Dank schulde ich meiner Partnerin Bettina Prutsch, die mir mit Liebe und Rat, trotz manch schwieriger Zeit, zur Seite stand.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1 Theoretische Aspekte	3
1.1 Begriffsbestimmung und Definitionen geistiger Behinderung	3
1.1.1 Schwierigkeiten bei der Definition von Behinderung	3
1.1.2 Definition des Begriffs Behinderung	3
1.1.3 Definitionen geistiger Behinderung	6
1.1.3.1 Medizin	8
1.1.3.2 Pädagogik	8
1.1.3.3 Sozialwissenschaft	9
1.1.3.4 Psychologie	9
1.2 Klassifikationen geistiger Behinderung	11
1.2.1 Geistige Behinderung in klinisch-psychologischen Klassifikationssystemen	11
1.2.1.1 ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)	11
1.2.1.2 ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)	13
1.2.1.3 DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)	15
1.2.2 Kritik an der Intelligenzdiagnostik	17
1.3 Normalität und Behinderung	18
1.4 Stigma	20
1.5 Gesellschaftliche Reaktionen auf Behinderung	22
1.5.1 Wert, Norm, Einstellung, Vorurteil, Stigma	23
1.5.2 Einstellung	24
1.5.3 Soziale Reaktionen	25
1.5.3.1 Verhaltensrelevante Aspekte von Behinderung	26
1.5.3.2 Arten von Reaktionen	26
1.6 Menschenbild	28
1.6.1 Pluralität von Menschenbildern	29
1.6.2 Menschenbild und Normalität	30
1.6.3 Deskriptive, normative und kommunikative Funktion von Menschenbildern	30
1.6.4 Mögliche Auswirkungen von Menschenbildern	31
1.6.5 Prägende Menschenbilder in der europäischen Geschichte	31
1.6.5.1 Das platonische Menschenbild	32
1.6.5.2 Das utilitaristische Menschenbild	33

1.6.5.3 Das christliche Menschenbild.....	34
1.6.5.4 Homo Oeconomicus	36
1.6.5.5 Das humanistische Menschenbild.....	37

2 Umgang und Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung aus historischer Sicht..... 39

2.1 Urgeschichtliche Zeit	39
2.2 Altes Ägypten	40
2.3 Antike (Griechenland, Rom)	43
2.3.1 Griechenland	43
2.3.1.1 Sparta und Theben	43
2.3.1.2 Athen.....	45
2.3.2 Rom	47
2.4 Christentum	49
2.4.1 Altes Testament	49
2.4.2 Neues Testament	50
2.5 Mittelalter	51
2.5.1 Machtpolitischer Einfluss des Christentums	51
2.5.2 Mittelalterliche Ständegesellschaft	52
2.5.3 Entstehung der ersten Klöster	53
2.5.4 Bedrohung Geistigbehinderter durch Inquisition und Hexenverfolgung	53
2.5.5 Geistigbehinderte zwischen Annahme und Ausgrenzung	54
2.5.5.1 Ländliche Hausgemeinschaften.....	54
2.5.5.2 Klöster, Hospitäler, Narrentürme	55
2.6 Aufklärung	57
2.6.1 Anfänge wissenschaftlicher Forschung	57
2.6.2 Pädagogische Ansätze	58
2.6.3 Erste „Irrenanstalten“	59
2.6.4 Frühe heilpädagogische Einrichtungen.....	61
2.7 Industrialisierung.....	62
2.7.1 Sozialhistorischer Kontext.....	62
2.7.2 Gründung von Hilfsschulen	64
2.7.3 „Idiotenanstalten“	66
2.7.4 Entstehung psychiatrischer Anstalten	67
2.7.4.1 Psychiatrische Anstalten in Österreich	69
2.8 Die Wende zum 20. Jahrhundert.....	70
2.8.1 Anormalentheorie und Degenerationshypothese	71
2.8.2 Sozialdarwinismus	72

2.8.3 Eugenik und Rassenhygiene.....	74
2.8.4 Lebenswertdebatten um 1920	76
2.9 Nationalsozialismus (1933-1945)	77
2.9.1 Volk und Rasse.....	77
2.9.2 Der Kampf gegen „minderwertiges Erbgut“	77
2.9.2.1 Sterilisation „Minderwertiger“	77
2.9.2.2 Hilfsschulen in der NS-Zeit.....	79
2.9.3 Euthanasie - Liquidierung der „Ballastexistenzen“	79
2.9.3.1 „Kindereuthanasie“ „Gnadentod“	80
2.9.3.2 Aktion „T4“	81
2.9.3.3 „Wilde Euthanasie“	83
2.9.3.4 NS-„Euthanasie“ in Österreich	83
2.10 Nach 1945 bis zur Gegenwart	84
2.10.1 Psychiatrische Betreuung geistig behinderter Menschen	84
2.10.1.1 Die antipsychiatrische Reformbewegung	85
2.10.1.2 Wiener Psychiatriereform	86
2.10.2 Geistigbehindertenpädagogik	87
2.10.2.1 Erwachsenenbildung.....	88
2.10.2.2 Wohnen.....	88
2.10.2.3 Arbeit.....	88
2.10.2.4 Freizeit	89
2.10.3 Neue Leitbilder in der Betreuung und Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung.....	89
2.10.3.1 Das Normalisierungsprinzip	89
2.10.3.2 Integration.....	90
2.10.3.3 Selbstbestimmung und Empowerment.....	91
2.10.3.4 Inklusion	92
2.10.4 Pflegekonzepte bzw. Methoden in der Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung.....	92
2.10.4.1 Basale Stimulation	93
2.10.4.2 Kinästhetik.....	93
2.10.4.3 Aktivierende Pflege	93
2.10.5 Neuerliche Debatten um den Wert behinderten Lebens	94
2.10.5.1 Humangenetische Beratung und Pränatale Diagnostik	94
2.10.5.2 Lebenspraktische, ökonomische und ethische Argumentation	95
2.10.5.3 Die präferenz-utilitaristische Position Singers zur Euthanasie.....	96
3 Resümee	98
Literaturverzeichnis	102

Tabellen- u. Abbildungsverzeichnis	113
Abstracts.....	114
Lebenslauf	116

Einleitung

Das Thema der vorliegenden Arbeit „Zum gesellschaftlichen Umgang mit geistig behinderten Menschen und deren Betreuung von der Antike bis zur Gegenwart“ beinhaltet zwei wesentliche Komponenten. Zum einen sind unter dem gesellschaftlichen Umgang jene Aspekte und Dynamiken gemeint, die sich durch das Zusammenleben mit geistig Behinderten ergeben. Wie wir mit ihnen in Beziehung treten, und ob wir sie Teil unserer „Normalität“ (siehe Kapitel 1.3), im Sinne einer nichtbehinderten Realität werden lassen, hängt von jedem Einzelnen ab. Die Summe unserer Einstellungen (siehe Kapitel 1.5.2) manifestiert sich in unseren Reaktionen (siehe Kapitel 1.5.3), also wie wir dieser Herausforderung gegenüber treten. Da befinden wir uns bereits bei einem zentralen Bestandteil meiner Arbeit, dem Menschenbild (siehe Kapitel 1.6). Dieses gibt uns Informationen darüber, was unserer Vorstellung nach, wir selbst und andere (für uns) sind. Meiner Erkenntnis nach, ist die Frage nach der eigenen Einstellung zu Phänomenen wie Behinderung, äußerst wichtig für die pflegerische Tätigkeit. Ein anschauliches Beispiel hierfür ist das Mit-leiden. Gerade (aber nicht nur) für Angehörige der Behindertenbetreuung ist die Reflexion darüber, wie man die Situation des Unterstützungsbedürftigen einschätzt, welches Wissen man zu dessen Beeinträchtigung, aber und vor allem wie gut man sich auf ihn einstellen kann, im Sinne von Fürsorge und Empathie, von großer Bedeutung.

Wie sich Normalität, unsere Einstellungen und unser Menschenbild entwickeln bzw. welche Auswirkungen diese Kategorien im Umgang mit geistig behinderten Menschen haben können, wird im theoretischen Teil meiner Arbeit erörtert. Dem vorangestellt soll ein Überblick zu Definitionen und Klassifikationen geistiger Behinderung gegeben werden.

Die zweite Komponente des Arbeitstitels und zugleich der zweite Teil

dieser Arbeit betrifft die Betreuung von geistig behinderten Menschen aus dem historischen Blickpunkt. Dieser Abschnitt der vorliegenden Literaturarbeit befasst sich mit den tatsächlichen Auswirkungen des gesellschaftlichen Umgangs mit dem Phänomen „Geistige Behinderung“. Dabei wird ein Schwerpunkt auf die Betreuung und Versorgung geistig behinderter Menschen gelegt. Von der Antike (siehe Kapitel 2.3) ausgehend, wird versucht eine chronologische Übersicht über die Formen ihrer Unterbringung, Betreuung und Fürsorge als auch über die Formen ihrer Ausgrenzung, Isolation und Vernichtung zu geben. Die Arbeit schließt mit der Gegenwart (siehe Kapitel 2.10) und der Beschreibung der aktuellen Lebenssituation geistig Behinderter, ihrer Betreuung und gesellschaftlichen Teilhabe. Da der Rahmen einer Diplomarbeit für ein derartig weitläufiges Thema sehr begrenzt ist, versuche ich nur den folgenden Fragestellungen nachzugehen:

Wie sah die Betreuung von geistig behinderten Menschen in der Geschichte aus und wie sieht sie heute aus? Welche Unterschiede zeigen sich? Kann von einer Verbesserung in der Lebenssituation geistig behinderter Menschen gesprochen werden?

1 Theoretische Aspekte

1.1 Begriffsbestimmung und Definitionen geistiger Behinderung

1.1.1 Schwierigkeiten bei der Definition von Behinderung

Der Begriff Behinderung ist sowohl im alltäglichen als auch im wissenschaftlichen Diskurs ein äußerst geläufiges Wort, das oft unreflektiert oder viel zu breitgefasst verwendet wird. Dieser Umstand ist der Tatsache geschuldet, dass keine allgemeingültige, also übernational und fächerübergreifende einheitliche Definition von Behinderung und infolgedessen auch keine der geistigen Behinderung existiert. Die „definitorische und damit allgemeingültige Bestimmung bleibt also weiterhin schwierig“ (Fornfeld 2004, S.45). Denn „definieren bedeutet immer festlegen und zwar endgültig (‘definitiv’)“ (Speck 1999, S.40). Die Ursachen für das Fehlen einer einheitlichen Definition von Behinderung liegen zum einen in der Komplexität und Individualität des Phänomens Behinderung. Die Ausformungen der körperlichen, geistigen oder sozialen Beeinträchtigung sind bei jedem Menschen individuell unterschiedlich. Eine andere Ursache, die eine einheitliche Definition erschwert, ist die der Subjektivität des Definierenden, welcher seiner wissenschaftlichen Richtung und dessen Leitbild entsprechend definiert. Das Ergebnis sind äußerst unterschiedliche Bestimmungen der Begriffe Behinderung und geistige Behinderung, wie nachfolgend dargestellt werden soll.

1.1.2 Definition des Begriffs Behinderung

Es existiert eine Vielzahl von Bezeichnungen für Behinderungen. Sie reichen von Beeinträchtigung, Mangel, Defekt, Defizit, Abweichung, Hemmung, Störung und Schwäche bis zu Auffälligkeit (vgl. Bach 1999, S.34). Bei der Definition von Begriffen muss man darauf achten, in

welchem Zusammenhang Begriffe verwendet werden und welchem Zweck sie dienen (vgl. Cloerkes 2007, S.4).

Zur thematisierten Pluralität der Sichtweisen und der oben schon angesprochenen Subjektivität des Definierenden gibt Speck (1999) folgende, für den weiteren Verlauf der Arbeit passende Beschreibung:

„Mehrere Wissenschaften versuchen, geistige Behinderung zu klären. Der medizinisch-biologische Ansatz gilt primär den physischen (organisch-genischen) Abweichungen und Besonderheiten, der verhaltenswissenschaftliche (psychologische) Ansatz der Eigenheit der beobachtbaren Verhaltensweisen, der sozialwissenschaftliche Ansatz im Besonderen den gesellschaftlichen Bedingungssystemen, der pädagogische Ansatz den Möglichkeiten der Erziehung“ (ebd., S.43).

Wie bereits im vorhergehenden Punkt (1.1.1) erklärt wurde, gibt es keine allgemein anerkannte Definition von Behinderung. Bleidick (1999) als Vertreter der Behindertenpädagogik, geht auf diese Schwierigkeit ein, indem er seine eigene weitgefasste Definition vorschlägt:

„Als behindert gelten Personen, die infolge einer Schädigung ihrer körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen soweit beeinträchtigt sind, dass ihre unmittelbaren Lebensverrichtungen oder ihre Teilhabe am Leben der Gesellschaft erschwert werden“ (ebd., S.15). Cloerkes (2007) sieht in der Definition von Bleidick einige sehr wichtige Elemente bei der Bestimmung des Phänomens Behinderung. Diese sind:

- die Dreiteilung in körperliche, geistige und seelische Beeinträchtigungen
 - „Schädigung“ als Ausgangspunkt
 - soziale Konsequenzen des Behindertseins
- (vgl. ebd., S.5)

An diesen Elementen lässt sich erkennen, dass Behinderung nicht nur ein komplexes Zusammenwirken einzelner Faktoren ist, sondern auch

immer von der individuellen Situation des Einzelnen und dem sozialen Umfeld abhängt. Die Schädigung als Ausgangspunkt zu erwähnen ist wichtig, jedoch wird nicht auf die Ursachen bzw. das Zustandekommen einer Behinderung eingegangen. In diesem Zusammenhang soll die Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO dargestellt werden, die zwischen den Begriffen Schädigung, Behinderung und Benachteiligung unterscheidet. Innerhalb ihrer im Jahre 1980 erstmals und später 1999 überarbeiteten Fassung des Klassifikationssystems ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) bzw. ICIDH-2 (International Classification of Impairments, Activities and Participation) sieht die WHO drei Ebenen des Phänomens Behinderung:

1. Impairment (Schädigung): Störung auf der organischen Ebene (menschlicher Organismus allgemein)
 2. Disability (Behinderung): Störung auf der personalen Ebene (Bedeutung für einen konkreten Menschen)
 3. Handicap (Benachteiligung): mögliche Konsequenzen auf der sozialen Ebene (Nachteile, durch die die Übernahme von solchen Rollen eingeschränkt oder verhindert wird, die für die betroffene Person in bezug auf Alter, Geschlecht, soziale und kulturelle Aktivitäten als angemessen gelten)
- (WHO 1980, S.27f)

Ab der Mitte der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts kann von einem Perspektivenwechsel mit dem neuen Augenmerk auf soziale Konsequenzen gesprochen werden. Wieder war es die WHO die dabei entscheidenden Einfluss ausübte, indem sie ihr Klassifikationsschema des ICIDH um wichtige Kontextfaktoren (Umwelt, personenbezogene Faktoren) erweiterte und zusammen mit den vier Komponenten Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation einen prozesshaften Charakter von Behinderung darstellt. Der Fokus lag von da an, nicht mehr primär auf den organischen Schädigungen und die den Menschen kennzeichnenden Defekte (defektorientierte Sichtweise des Menschen), sondern schloss die sozialen Konsequenzen

bei der Beurteilung mit ein (vgl. Fornfeldt 2004, S.47). Cloerkes (2007) sieht in der Klassifikation der WHO zwar einen geeigneten Zugang, kritisiert aber, dass ihr Ausgangspunkt die Schädigung als „objektivierbare Abweichung von der Norm“ (ebd. 2007, S.7) darstelle. Trotzdem gelingt es auch Cloerkes (2007) nicht, in seiner Definition der Behinderung aus dem Jahre 1988 den Begriff „Behinderung“ zu bestimmen, ohne eine Abweichung von der Norm zu implizieren:

„Eine Behinderung ist eine dauerhafte und sichtbare Abweichung im körperlichen, geistigen oder seelischen Bereich, der allgemein ein entschieden negativer Wert zugeschrieben wird. »Dauerhaftigkeit« unterscheidet Behinderung von Krankheit. »Sichtbarkeit« ist im weitesten Sinne das »Wissen« anderer Menschen um die Abweichung. Ein Mensch ist »behindert«, wenn erstens eine unerwünschte Abweichung von wie auch immer definierten Erwartungen vorliegt und wenn zweitens deshalb die soziale Reaktion auf ihn negativ ist“ (Cloerkes, zit. nach ebd., S.8).

Zur Bedeutung einer definitorischen, wissenschaftstheoretischen Abgrenzung des Behinderungsbegriffs zu einer Norm bzw. Normalität werde ich ausführlich im Kapitel Normalität und Behinderung Stellung nehmen.

1.1.3 Definitionen geistiger Behinderung

Der Begriff der geistigen Behinderung existiert im deutschsprachigen Raum erst seit dem Ende der fünfziger Jahre des letzten Jahrhunderts. Die deutsche Elternvereinigung „Lebenshilfe“ wählte diese Bezeichnung, um die bis zu jenem Zeitpunkt gängigen Bezeichnungen „Schwachsinn“, „Idiotie“, „Oligophrenie“, „Debilität“ oder „Imbezillität“ durch einen weniger stigmatisierenden und negative Konnotationen hervorrufenden Begriff abzulösen. Von da an hat sich der Begriff sowohl im alltäglichen

Sprachgebrauch, als auch im Gesetz verankert. Der Begriff der geistigen Behinderung ist aber heute, also beinahe 60 Jahre später, nach Meinung vieler Wissenschaftler und Organisationen überholt. Die „Lebenshilfe Österreich“ fordert in ihrer Stellungnahme vom 04.07.2011 zum Gesetzesentwurf eines österreichischen Bundesverfassungsgesetzes unter anderem, dass die gebräuchliche Bezeichnung „geistige Behinderung“ durch den Begriff „intellektuelle Behinderung“ ersetzt werden soll. Nach Meinung der Lebenshilfe Österreich ist der Begriff der geistigen Behinderung stigmatisierend, diskriminierend und widerspräche den Grundsätzen der UN-Menschenrechtskonvention.

Obwohl ich der Meinung bin, dass der Begriff der geistigen Behinderung überholt ist, da ich denke, dass der Geist eines Menschen nicht beeinträchtigt sein kann, weil der Geist, m.E. nichts Materielles darstellt, so werde ich trotzdem, wenngleich nicht vorbehaltlos, den Begriff „geistige Behinderung“ weiterhin für meine Arbeit verwenden, vor allem deshalb, weil die Mehrzahl der Wissenschaftler diesen Begriff (immer noch) verwendet und es möglicherweise verwirrend sein könnte, innerhalb der Arbeit ständig unterschiedliche Begriffe (Unterschiede zwischen dem häufig zitierten und selbst verwendeten Begriff) für das Phänomen der geistigen Behinderung zu lesen.

„Geistige Behinderung ist ein komplexes Phänomen, das Gegenstand verschiedener Wissenschaften ist. Da jede Wissenschaft ihre eigenen Ansätze hat, kann es erst durch die gegenseitige Kenntnisnahme der unterschiedlichen Ansichten zu einem Gesamtbild des Phänomens kommen“ (Speck 2005, S.53). Dieser Feststellung folgend, werde ich nun einen Überblick über die definitorischen Ansätze und Perspektiven unterschiedlicher, für die Pflegewissenschaft relevanten Wissenschaften geben und versuchen den Aspekt von Behinderung in den jeweiligen Disziplinen darzustellen.

1.1.3.1 Medizin

Die Aufgabe der Medizin ist die Aufklärung der Entstehungsgeschichte einer geistigen Behinderung, die Ursachenforschung und letztendlich die Entwicklung therapeutischer Maßnahmen (vgl. Fornefeld 2004, S.51)

Geistige Behinderung wird im medizinisch-biologischen Ansatz als Folge einer organischen Schädigung bzw. einer Hirnfunktionsstörung angesehen (vgl. Kobi 1983, S.158). Solche „Schädigungen können vor, während oder nach der Geburt, also prä-, peri- oder postnatal entstehen und zu ganz unterschiedlichen Störungsbildern, Klinischen Syndromen führen“ (Fornefeld 2004, S.52). Diese Sichtweise kann als defektologisch - reduktionistische Betrachtungsweise bezeichnet werden, weil im Zentrum ein Defekt, eine Störung steht. Der Mensch mit einer Behinderung wird in ein Schema von klinischen Syndromen einzuordnen versucht (vgl. Kobi 1983, S.155).

1.1.3.2 Pädagogik

Die Behindertenpädagogik sieht im behinderten Menschen nicht nur seine hirnorganischen Schädigungen und deren Ursachen. Sie weiß um die damit verbundenen Beeinträchtigungen des Lernens und die Schwierigkeiten in der Bewältigung des eigenen Lebens. Doch vertritt sie im Vergleich zu anderen Disziplinen die Überzeugung, dass ein geistig behinderter Mensch zum Lernen, zu einem Entwickeln seiner kognitiven und sozialen Kompetenzen, fähig ist. Otto Speck (1999) sieht in der geistigen Behinderung aus pädagogischer Sicht „sowohl ein Phänomen vorgefundener und zu erfassender Wirklichkeit, wie sie sich im organischen (pathologischen) Zustand, in der individuellen Befindlichkeit und in den gesellschaftlichen Bedingungen darstellt, als auch eine Wirklichkeit, die unter dem Anspruch von Menschlichkeit erzieherische Hilfe zur Entfaltung braucht und von Werten und Normen bestimmt wird“ (ebd., S.56)

1.1.3.3 Sozialwissenschaft

Cloerkes (2007), der mit seinem Buch „Soziologie der Behinderten“ ein Grundlagenwerk der sozialwissenschaftlichen Behindertenforschung schuf, ist der Auffassung, dass Behinderung immer relativ, also abhängig vom sozialen Zusammenhang ist (vgl. ebd. S.4). Geistige Behinderung wird aus der soziologischen Herangehensweise immer in Abhängigkeit von der Gesellschaft und ihren normativen Erwartungen bezüglich der Lernfähigkeit und des sozialen Anpassungsvermögens des Individuums betrachtet. Behinderung ist eine soziale Konstruktion und folglich ist derjenige behindert, der den Erwartungen der Gemeinschaft nicht entspricht. „Behinderung kann nicht als naturwüchsiges, entstandenes Phänomen betrachtet werden. Sie wird sichtbar und damit als Behinderung existent, wenn Merkmale und Merkmalskomplexe eines Individuums aufgrund sozialer Interaktion und Kommunikation in Bezug gesetzt werden zu gesellschaftlichen Minimalvorstellungen über individuelle und soziale Fähigkeiten. Indem festgelegt wird, daß ein Individuum aufgrund seiner Merkmalsausprägung diesen Vorstellungen nicht entspricht, wird Behinderung offensichtlich, sie existiert als sozialer Gegenstand erst von diesem Augenblick an.“ (Jantzen 1992, S.18).

1.1.3.4 Psychologie

Wie ich schon im medizinischen Ansatz erklärt habe, wird für die geistige Behinderung ein organischer Defekt, eine Schädigung des Gehirns als Ursache vorausgesetzt. Dies hat Auswirkungen auf die emotionalen, kognitiven und sozialen Fähigkeiten des behinderten Menschen. Die Diagnostik als Teilgebiet der Psychologie befasst sich mit diesen Beeinträchtigungen und klassifiziert Behinderungen mittels verschiedener Tests (u.a. Intelligenztests). Geistige Behinderung wird in

der Psychologie traditionsgemäß als Intelligenzminderung bzw. intellektuelle Behinderung bezeichnet.

Laut AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) müssen folgende Kriterien zutreffen, um die Diagnose „intellektuelle Behinderung“ stellen zu können:

1. Einschränkungen in intellektuellen Fähigkeiten
2. Einschränkungen in sozial adaptiven Fertigkeiten
3. Manifestation vor dem 18. Lebensjahr
(vgl. Luckasson et al. 2002, S.8f)

Fünf Annahmen sind bestimmend für die Definition:

1. Funktionelle Einschränkungen müssen immer im Kontext mit dem gesellschaftlichen und kulturellen Umfeld betrachtet werden
2. Eine sorgfältige Diagnose berücksichtigt kulturelle und sprachliche Eigenheiten, sowie sensorische, motorische kommunikations- und verhaltensspezifische Unterschiede
3. Der Zweck einer Diagnose definiert sich durch die Feststellung eines geeigneten Unterstützungsbedarfs
4. Durch individuell angepasste Fördermaßnahmen können Anpassungs- und Bewältigungsfähigkeiten der betroffenen Menschen verbessert werden.
5. Innerhalb eines Individuums, können Beeinträchtigungen mit Stärken koexistieren (vgl. Luckasson et al. 2002, S.8f)

1.2 Klassifikationen geistiger Behinderung

1.2.1 Geistige Behinderung in klinisch-psychologischen Klassifikationssystemen

Die psychologische Diagnostik ist ein Teilgebiet der Psychologie, das sich mit Beeinträchtigungen bzw. Störungen der menschlichen Entwicklung hinsichtlich Kognition, Emotion, Sozialisation und des Lernens befasst. Geistige Behinderung wird hier vorrangig als Intelligenzminderung verstanden.

Die im Folgenden dargestellten klinisch-diagnostischen Klassifikationssysteme verfolgen den Zweck, international übereinstimmende Kriterien und Bezeichnungen für psychische Störungen zu entwickeln, um ein gemeinsames Verständnis für psychische Störungen und eine interdisziplinäre Verständigung über Gesundheit und Behinderung zu erreichen. Die Beschreibung der Klassifikationssysteme ICD-10, DSM-IV und ICF wird zeigen, dass bestimmte Gemeinsamkeiten im Verständnis von geistiger Behinderung bestehen. Dazu gehört vor allem die Annahme, dass eine geistige Behinderung gekennzeichnet ist durch Beeinträchtigungen in den Bereichen Intelligenz, soziale Anpassung bzw. soziale Kompetenz und dass sie im Kindes- bzw. Jugendalter erstmalig festgestellt werden muss (vgl. Meyer 2003, S.15).

1.2.1.1 ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)

Im ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) wird anstelle des Begriffes 'Geistige Behinderung' der Terminus 'Intelligenzminderung' verwendet.

Nach dem ICD-10 ist eine Intelligenzminderung „eine sich in der Entwicklung manifestierende, stehen gebliebene oder unvollständige

Entwicklung der geistigen Fähigkeiten, mit besonderer Beeinträchtigung von Fertigkeiten, die zum Intelligenzniveau beitragen, wie z.B. Kognition, Sprache, motorische und soziale Fertigkeiten. (....) Das Anpassungsverhalten ist stets beeinträchtigt, eine solche Anpassungsstörung muss aber bei Personen mit leichter Intelligenzminderung in geschützter Umgebung mit Unterstützungsmöglichkeiten nicht auffallen" (Dilling et al. 1991, S. 238). Wie hier ersichtlich ist, wird differenziert zwischen unterschiedlichen Niveaus von Intelligenzminderungen. Dadurch lässt sich bereits erkennen, in welcher Weise hier geistige Behinderungen klassifiziert (und unterteilt) werden.

In nachfolgender Tabelle (nächste Seite) wird deutlich, dass der verwendete Terminus „Intelligenzminderung“ in den Abstufungen leicht, mittelgradig, schwer und schwerst mit dem Begriff der „geistigen Behinderung“ gleichgesetzt wird. Die hier dargestellten Schweregrade der Intelligenzminderung bzw. geistigen Behinderung und den zugehörigen Merkmalen ergeben sich aus den Festlegungen der getesteten IQ- Bereiche.

Bezeichnung	IQ-Bereich	Merkmale (u.a.)
leichte Intelligenzminderung bzw. geistige Behinderung	50 – 70	- verzögerte Sprachentwicklung - die Sprache ist meist in einem für das tägliche Leben, eine normale Konversation und ein klinisches Interview ausreichenden Umfang ausgebildet - in der Regel volle Unabhängigkeit in der Selbstversorgung und in praktischen und häuslichen Tätigkeiten - Schulprobleme, vor allem beim Lesen und Schreiben - fähig zu ungelernten bzw. angelernten Handarbeiten
mittelgradige Intelligenzminderung bzw. geistige Behinderung	35 – 49	- verlangsamte Entwicklung von Sprachverständnis und Sprachgebrauch - Beeinträchtigungen in den Bereichen Selbstversorgung und Motorik - häufig Notwendigkeit einer lebenslangen Beaufsichtigung - begrenzte schulische Leistungen - Anzeichen für eine soziale Entwicklung(z.B. Kontaktaufnahme, Kommunikation, soziale Einbindung)
schwere Intelligenzminderung bzw. geistige Behinderung	20 – 34	- in der Regel deutlich ausgeprägte motorische Schwäche - ansonsten schwerere Ausprägungen als bei mittelgradiger Intelligenzminderung
schwerste Intelligenzminderung bzw. geistige Behinderung	unter 20	- Aufforderungen und Anweisungen werden in der Regel nicht verstanden bzw. befolgt - Immobilität bzw. stark eingeschränkte Bewegungsfähigkeit - Inkontinenz - zumeist rudimentäre Formen nonverbaler Kommunikation - Notwendigkeit ständiger Hilfe und Überwachung

Tabelle 1: ICD- 10; IQ-Bereiche der Intelligenzminderung und Merkmale der Subgruppen (Quelle: Meyer 2003, S.16)

1.2.1.2 ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)

Ebenfalls ein Klassifikationssystem der WHO, jedoch im Vergleich zum ICD-10 mit einem ganzheitlicheren Anspruch, das sich am bio-psycho-sozialen Modell der Gesundheit orientiert. Es soll als länder- und fächerübergreifender Standard fungieren, indem der funktionale

Gesundheitszustand, Behinderung, soziale Beeinträchtigungen und die für den Menschen relevanten Umgebungsfaktoren aufgelistet und beschrieben werden (vgl. DIMDI 2005). Die Unterteilungskategorien heißen Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation und Umweltfaktoren. Die Wechselwirkungen der einzelnen Komponenten werden in folgender Abbildung veranschaulicht:



Abbildung 1: Bio-psycho-soziales Kontextmodell (Quelle: DIMDI 2005)

In der ICF werden Behinderungen nicht an Personen, sondern an Situationen festgemacht. Geistige Behinderungen, Lernbehinderungen oder sonstige körperliche Behinderungen werden in dieser Klassifikation nicht explizit erwähnt oder gar differenziert. Wenngleich auf der Ebene der Person unterschieden wird (hier seien die „mentalen Funktionen“, „Seh-“, „Hör-“ und „bewegungsbezogenen Funktionen“ erwähnt) muss man feststellen, dass die Ursache und Wirkung einer Behinderung nicht nur aufgrund von personellen Eigenschaften, spezifischen Schädigungen oder Fähigkeitseinschränkungen beschrieben werden kann (vgl. Schäfers 2009, S.26).

1.2.1.3 DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

Die American Psychiatric Association (kurz: APA) gibt das diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen (kurz: DSM –IV) heraus. Es beschäftigt sich ausschließlich mit mentalen Störungen und nicht wie ICD-10 oder ICF der WHO mit allen Krankheitserscheinungen. Die im Manual festgelegte geistige Behinderung ist gekennzeichnet durch, mittels Intelligenztests festgestellte Beeinträchtigungen der intellektuellen Leistungsfähigkeit und durch Beeinträchtigungen der sozialen Anpassungsfähigkeit, was bedeutet bestimmte soziale Normen altersgemäß zu erfüllen (vgl. Meyer 2003). So wie in den Klassifikationssystemen der WHO muss auch hier die Diagnose vor dem Alter von 18 Jahren vorliegen. Wie schon im ICD-10 werden auch hier, die über den Intelligenzquotienten definierten Niveaus der geistigen Behinderung (leicht, mittelschwer bzw. mittelgradig, schwer und schwerst) vierstufig unterteilt und mit den dazugehörigen Merkmalen versehen.

Bezeichnung	IQ - Bereich	Merkmale (u. a.)	Bereiche der Sozialen Anpassungsfähigkeit
leichte geistige Behinderung	50/55-70/75	- nur minimale Beeinträchtigungen im sensomotorischen Bereich - bis zur Adoleszenz entsprechen die Schulkenntnisse der 6. (Regel-)Schulklasse - im Erwachsenenalter werden gewöhnlich berufliche und soziale Fertigkeiten erworben um für sich selbst zu sorgen - unter ungewöhnlichen sozialen und wirtschaftlichen Belastungen könne sie Betreuung, Anleitung und Unterstützung benötigen	- Kommunikation - Eigenständigkeit - Häusliches Leben - soziale/ zwischenmenschliche Beziehungen - Nutzung öffentlicher Einrichtungen - Selbstbestimmtheit - schulische Fertigkeiten - Arbeit - Freizeit - Gesundheit und Sicherheit
mittel-schwere geistige Behinderung	35/40-50/55	- Schulkenntnisse gehen in der Regel nicht über das Niveau der 2. (Regel-) Schulklasse hinaus - soziale Fertigkeiten und Arbeitsfähigkeit lassen sich durch Training verbessern - im Erwachsenenalter sind die meisten von ihnen in der Lage, in Behindertenwerkstätten zu arbeiten	
schwere geistige Behinderung	20/25-35/40	- erwerben in der Kindheit nur wenige oder keine Fähigkeiten der sprachlichen Kommunikation - im Schulalter können sie sprechen lernen und durch Training grundlegende Selbstversorgungsfertigkeiten erwerben - vom Schulunterricht wird nur in begrenztem Maße profitiert - eventuell Möglichkeit, für das „Überleben“ wichtige Wörter zu kennen	
schwerste geistige Behinderung	unter 20/25	- erhebliche Beeinträchtigungen in der sensomotorischen Leistungsfähigkeit - optimale Entwicklungsmöglichkeiten sind nur in einer individualisierten Beziehung zu einer Pflegeperson möglich	

Tabelle 2: DSM-IV; Bereiche der Intelligenzminderung (unter Berücksichtigung eines Messfehlers von 5 IQ-Punkten), Merkmale der Subgruppen und Bereiche der sozialen Anpassungsfähigkeit (Quelle: Meyer 2003, S.18)

1.2.2 Kritik an der Intelligenzdiagnostik

Die Intelligenzdiagnostik wurde und wird teilweise immer noch verwendet, um Kinder und Jugendliche nach Austestung ihres Intelligenzquotienten einer Lern- bzw. einer Geistigbehindertenschule zuzuweisen.

Speck (1999) sieht in der Klassifikation nach Intelligenzwerten eine problematische, weil zu einseitige Zuordnung und sagt: „kein Kind kann ausschließlich über eine Intelligenz-Testung als geistig behindert diagnostiziert werden“ (ebd., S.49). Die Gefahr einer ausschließlichen Verwendung des IQ liegt in der Reduktion auf kognitive Aspekte der Behinderung.

Der Intelligenzquotient ist kein stabiles Maß, weil er Änderungen im individuellen Lebensverlauf unterworfen ist, d.h. er gibt keinen Hinweis auf die zukünftige kognitive Entwicklung des Probanden. Auch bleibt das durch unterschiedliche IQ-Tests ermittelte Intelligenzniveau relativ, da der Begriff der Intelligenz an sich, nicht eindeutig definiert ist und außerdem den Testverfahren unterschiedliche Verständnisweisen von Intelligenz zugrunde liegen (vgl. Fornfeldt 2004, S.58).

Außerdem ist der Vergleich mit der Durchschnittsintelligenz unzulänglich, da es sich dabei um Normwerte handelt. Die Norm bietet sich zwar dazu an, soll und darf aber nicht der Maßstab für den Vergleich verschiedener Individuen sein, da sich jeder Mensch in seiner sozialen und kulturellen Prägung, sowie in seinen umweltbedingten Möglichkeiten zu persönlicher Entwicklung, unterscheidet (vgl. ebd., S.59). Mit diesem abschließenden Gedanken zu Norm und Vergleich mit anderen, der Umwelt, dem Großteil unserer Gesellschaft will ich die Definition und Klassifikation des Begriffes „geistige Behinderung“ beenden um die Begriffe „Norm“ bzw. „Normalität“ näher zu erläutern.

1.3 Normalität und Behinderung

Die meisten Definitionen, darunter die in der Pflegewissenschaft oft zitierte Definition von Behinderung der WHO (1980), sind trotz Einbeziehung von Umwelt, sozialen Faktoren und dem Anspruch das Phänomen der Behinderung möglichst ganzheitlich zu behandeln, dennoch problematisch. Insbesondere deshalb, weil das primäre

Definitions-kriterium z.B. ein organischer Schaden ist oder jedenfalls eine Abweichung von einer Norm darstellt. Die subjektive Erlebnis- und Verarbeitungsstruktur dieser Menschen ist nachrangig und wird oft gänzlich vernachlässigt (vgl. Mattner 2000, S.10).

Betrachtet man nun die WHO-Definition, zeigt sich, dass der Behinderungsbegriff durch Opposition zum Begriff der Normalität bestimmt wird. Der Mensch mit geistiger Behinderung wird bestimmt durch geistige und soziale Abweichungen vom Normalitätsstandard, folglich kann er den Normalitätsansprüchen nicht genügen (vgl. Wildfeuer 2007, S.323). Die bereits an anderer Stelle ausführlich besprochene Definition der WHO zum Begriff der Behinderung, möchte ich hier im Zusammenhang mit Normalität nochmals untersuchen.

Die drei Begriffe bzw. Ebenen bei der Beschreibung von Behinderung sind: „impairment“ (Schädigung), „disability“ (Behinderung) und „handicap“ (Beeinträchtigung). Alle drei Begriffe werden in unterschiedlicher Form dadurch bestimmt, dass sie als Abweichung von Normalität angesehen und auf diese Weise operationalisiert werden (vgl. ebd.). Zu „impairment“ findet sich die Beschreibung „any loss or *abnormality* of a psychological or anatomical structure or function“. „Disability“ ist „any restriction or inability (resulting from an impairment) to perform an activity in the manner or within the range considered *normal* for a human being“. „Handicap“ schließlich, bedeutet „any disadvantage for a given individual, resulting from an impairment or a disability, that limits or prevents the fulfillment of a role that is *normal*... for that individual“ (vgl. WHO 1980).

Was aber bedeutet „normal“ bzw. „Normalität“? Diese Begriffe beinhalten den Wortstamm „Norm“ bzw. „Normen“, woraus sich folgern lässt, dass sie etwas mit „Normativität“ zu tun haben, d.h. wie etwas sein sollte, was gesellschaftlich akzeptabel ist. Normen sind Regeln, Festlegungen. Ihre Verbindlichkeit liegt darin, dass sie in jeder Situation Gültigkeit besitzen. Mattner (2000) unterscheidet Normen in ihrer statistischen, idealen und funktionalen Art folgendermaßen:

- Die *statistische Norm (Durchschnittsnorm)*
bezeichnet die statistisch ermittelte, in großer Zahl vorkommende Durchschnittsnorm. Abnorm bedeutet in diesem Sinne eine Abweichung vom regelhaft Durchschnittlichen;
- *die Norm als das Übliche (Brauch)*
unterliegt dem gesellschaftlichen und geschichtlichen Wandel;
- *die ideale (sittliche) Norm*
definiert als Idealnorm einen wünschenswerten, als ideal definierten Zustand;
- *die funktionale Norm*
definiert im Sinne einer Individualnorm als „normal“, was einem Einzelmenschen hinsichtlich seiner Zielsetzungen und Leistungen als erstrebenswert gilt.
(ebd., S.97f)

Man kann bei Normen und Normalität nicht von objektiven Merkmalen oder Eigenschaften sprechen, vielmehr sind sie gesellschaftliche Konstruktionen. Das was sie bezeichnen, also die Regeln gesellschaftlichen Handelns und Verhaltens, ist naturgemäß von kulturellen und sozialen Bedingungen abhängig. Gleichwohl sind sie Veränderungen und Wandlungen unterworfen. Kobi (1983) zieht den Schluss: „Normalität/Abnormalität existiert nicht per se, sondern wird per definitionem hergestellt“ (ebd., S.251). Normen besitzen wichtige Funktionen und sind für das Zusammenleben von Menschen von Vorteil, weil sie Orientierung bieten und als Richtschnur und Maßstab dienen (vgl. Wildfeuer 2007). „Anormalität“ als Gegensatz zu Normalität, in

unserem Kontext ist das Behinderung als Schädigung einer „normalen“ durchschnittlichen Gesundheit,

„ist ein statistischer Begriff, der etwas über das Maß einer Abweichung oder Beeinträchtigung aussagt. Es wird damit angegeben, in welchem Umfang jemand bezogen auf ein bestimmtes biologisches, klimatisches, soziales und technologisches Umfeld in der Lage ist, sich in diesem Umfeld selbständig, möglichst ohne Hilfe zurechtzufinden und an den Ressourcen dieser Welt in angemessener Weise zu partizipieren“ (Liedtke 1996, S.25).

Im Laufe der Geschichte kam es zu den bereits erwähnten Veränderungen der Vorstellungen vom Menschen (Menschenbilder), damit einhergehende Wandlungen der Normalitätsvorstellungen und die daraus resultierende Deutung von Behinderung, in vielfacher Hinsicht. Wie ich im weiteren Verlauf der Arbeit zeigen werde, war der Umgang mit geistig Behinderten und deren pflegerische Betreuung zu allen Zeiten von solchen Menschenbildern und den ihnen zugrunde liegenden Normalitätsvorstellungen geprägt.

1.4 Stigma

Die ursprüngliche Bedeutung des altgriechischen Wortes „Stigma“ kann mit Brand – bzw. Schandmal umschrieben werden. So wurden im Altertum bestimmte Gruppierungen wie Sklaven oder Rechtsbrecher gebrandmarkt, um sie für die Gesellschaft erkennbar zu machen. Das Zeichen sollte also eine bestimmte gesellschaftliche Bewertung und Behandlung der Person bewirken.

Im sozialwissenschaftlichen Kontext hat Goffman (1967) erstmals den Begriff aufgebracht und definiert Stigma als

„eine Eigenschaft einer Person »die zutiefst diskreditierend ist« (Goffman 1967, 11). Ein Individuum »besitzt ein Merkmal, das sich der Aufmerksamkeit aufdrängen und bewirken kann, daß wir uns bei der Begegnung...von ihm abwenden. ...Es hat ein Stigma, das heißt, es ist in unerwünschter Weise anders, als wir es antizipiert hatten« (ebd., 13)“ (Cloerkes 2007, S.168).

Im letzten Satz wird deutlich, wie Vorstellungen und dadurch entstandene Einstellungen eines Menschen gegenüber „Andersartigen“ zustande kommen.

Die Beurteilung des Behinderten geschieht oft auf der Grundlage des Vergleiches mit einem Normalitätsstandard. Die Behinderung als offenkundiges Merkmal stellt die Abweichung von den gewünschten, gewohnten Normen dar.

Es ist wichtig die Begriffe Stigma und Stigmatisierung zu unterscheiden. Stigma bezeichnet die Vorstellung und Einstellung bezogen auf das abweichende Merkmal. Stigmatisierung hingegen das Verhalten gegenüber behinderten Menschen aufgrund eines gebildeten Stigmas. Die Stigmatisierung kann als Prozess verstanden werden, bei dem bestimmte Merkmale oder Verhaltensauffälligkeiten, die von der Norm abweichen, von der Gesellschaft negativ konnotiert und Menschen dadurch diskreditiert werden. Goffman (1967) unterscheidet drei Arten von Stigmata:

- Physische Deformationen (körperliche Behinderungen)
- Individuelle Charakterbesonderheiten (psychische, geistige Behinderungen etc.)
- Phylogenetische Stigmata (Rasse, Nation, Religionszugehörigkeit) (vgl. ebd., S.12)

Wie bereits gesagt, werden solche äußeren Merkmale, Eigenschaften oder abweichende Verhaltensweisen in einem Interaktionsprozess bedient, um sich ein Bild über die „Anderen“ zu machen und um sie

sozial einzuordnen. Dieser Prozess ist gekennzeichnet durch die Reduktion und Vereinfachung des z.B. behinderten Menschen auf seine äußerlichen Merkmale und schlägt sich ebenso in negativ konnotiertem Sprachgebrauch nieder (z.B. Krüppel, Idioten etc.). Auf diese Weise entstehen Stigmata.

Die Folgen einer Stigmatisierung sieht Hohmeier (zit. nach Cloerkes 2007, S.169):

- auf der Ebene gesellschaftlicher Teilhabe (Diskriminierung und Rollenverlust)
- auf der Ebene der Interaktionen (Umwelt orientiert sich am Stigma, die Person wird dementsprechend umdefiniert)
- auf der Ebene der Identität (Probleme in der eigenen Identitätsfindung)

1.5 Gesellschaftliche Reaktionen auf Behinderung

Die Lebensqualität eines geistig behinderten Menschen kann nicht nur durch seine Behinderung selbst, sondern auch durch die Reaktionen seiner „nichtbehinderten“ Umwelt, eingeschränkt sein. Fallen diese Reaktionen überwiegend negativ aus, hat das direkte Konsequenzen für die Integration des Behinderten und seine gesellschaftliche Gleichberechtigung. Folglich ist es von großer Bedeutung, das Zustandekommen von Einstellungen und dem entsprechenden Verhalten, der Reaktion also, gegenüber Behinderten zu kennen, um Einstellungsänderungen positiv beeinflussen zu können (vgl. Tröster 1990, S.56).

1.5.1 Wert, Norm, Einstellung, Vorurteil, Stigma

Diese im weiteren Verlauf des Kapitels verwendeten Begriffe möchte ich kurz erklären, bevor ich mich dem Thema der Einstellung und Reaktion gegenüber behinderten Menschen widme.

Werte können als grundlegende Sinnorientierung eines Menschen angesehen werden. Sie bezeichnen was als moralisch gut, richtig und erstrebenswert betrachtet wird. Werte manifestieren sich z.B. in ideologischen Weltanschauungen, im Weltbild/Menschenbild.

Normen sind schon weniger abstrakt, denn sie geben Richtlinien und Regeln auf der Basis von Wertvorstellungen, für konkrete Handlungen. Parsons (1981) sieht einen Zusammenhang zwischen Werten, Normen und persönlichen Bedürfnissen. Die Erwartungen der Gesellschaft an den Einzelnen und seine persönlichen Bedürfnisse kommen dadurch in Einklang, dass bei der Sozialisation gemeinsame Wertmuster und Verhaltensregeln aufgenommen werden und auf diesem Weg auch die individuellen Bedürfnisse befriedigt werden können.

Einstellungen zu bestimmten Phänomenen (z.B. Behinderung) sind abhängig von den dahinterstehenden Werten zu den Teilaspekten dieses Phänomens.

Vorurteile können als starre (nicht leicht zu beeinflussende), negative und irrationale Einstellungen gegenüber bestimmten Gruppen und deren Gruppenmitgliedern verstanden werden. Wie man leicht erkennen kann, sind Vorurteile Spezialfälle von Einstellungen, sowie das **Stigma** ein Sonderfall eines gesellschaftlichen Vorurteils ist, bei dem ein Merkmal oder eine offenkundige Eigenschaft negativ interpretiert und die Betroffenen darauf reduziert und determiniert (vgl. ebd. 104).

1.5.2 Einstellung

Cloerkes (2007), den ich im weiteren Verlauf mehrfach zitieren werde, da er die relevanteste Literatur zum Thema liefert, sieht in der Einstellung ein System, das mit seinen Bewertungen, emotionalen Haltungen und Handlungstendenzen sich auf ein soziales Objekt bezieht (vgl. Cloerkes 2007, S.104). Drei Komponenten einer Einstellung lassen sich unterscheiden:

- die **kognitive** Komponente bezieht sich auf Überzeugungen, Vorstellungen und Urteilen über das Einstellungsobjekt
 - die **affektive** Komponente bezieht sich auf die emotionalen Aspekte bei der Bewertung des Objekts
 - die **konative** Komponente berücksichtigt die persönlichen Verhaltens- bzw. Handlungstendenzen bezüglich des Einstellungsgegenstands
- (vgl. ebd., S.104)

Die Frage nach der Entstehung sozialer Einstellungen muss im Bereich der Sozialisation gesucht werden. „Soziale Verhaltensweisen bzw. Einstellungen werden im Rahmen der Sozialisation erworben. Das bedeutet, daß Einstellungen sich stets unter den Verhältnissen der jeweiligen Gesellschaftsordnung bilden, unter denen die Heranwachsenden leben und sozialisiert werden“ (Nickel 2002, S.383).“

Für die Entwicklung von sozialen Einstellungen bei Kindern „scheint das Modellernen von entscheidender Bedeutung zu sein. Über die Erwartungshaltung der Umwelt, sowie über die vorgelebten Beziehungen in der Umgebung internalisiert das Subjekt schließlich die Struktur der gesellschaftlichen Verhältnisse“ (ebd., S.383)

Nach Cloerkes (2007) hängt die Einstellung gegenüber behinderten Menschen maßgeblich von folgenden Faktoren ab:

- Art der Behinderung: das Ausmaß der Sichtbarkeit einer Behinderung (sichtbar bedeutet in diesem Zusammenhang nicht

nur optisch, sondern auch verhaltensbezogen auffällig) und die darin gesehene Beeinträchtigung der gesellschaftlich hochbewerteten funktionellen Leistungen haben eine große Bedeutung hinsichtlich der Einstellungsbildung

- Einfluss sozioökonomischer bzw. demographischer Merkmale auf den Einstellungsträger
- Kontakt mit Behinderten: ausschlaggebend für die Einstellungsbildung, bedeutet aber nicht dass häufiger Kontakt zu einer positiven Einstellung führt; die Intensität, Bewusstheit und Freiwilligkeit im Kontakt ist maßgebend für eine positive Einstellung (vgl. Cloerkes 2007, S.105)

1.5.3 Soziale Reaktionen

Einstellungen sind keine offensichtlichen, d.h. leicht beobachtbare Gegebenheiten im interaktiven Prozess einer Begegnung mit Behinderten. Sie offenbaren sich meist erst durch das Verhalten einer nichtbehinderten Person im Umgang mit einer behinderten. Ob dabei die Einstellung das Verhalten oder umgekehrt das Handeln erst die Einstellung bestimmt, bleibt offen und somit Gegenstand sozialwissenschaftlicher Untersuchung. Was sich hingegen feststellen lässt, ist dass auffallende Behinderungen beim Nichtbehinderten psychophysische Reaktionen hervorrufen. Dazu zählt man „Angstgefühle, affektive Erregtheit und Unbehagen“ (Cloerkes 2007, S.107). In der Interaktion zwischen Nichtbehinderten und Behinderten baut sich Spannung und Ambivalenz auf, wobei der Beteiligte solche unangenehmen Situationen zukünftig zu vermeiden versucht. Die sich daraus ergebende Konsequenz für den Behinderten ist die Gefahr von sozialer Isolation (vgl. ebd.).

1.5.3.1 Verhaltensrelevante Aspekte von Behinderung

Tröster (1990) beschreibt vier Aspekte der Behinderung, die für das Verhalten bedeutsam sind:

- Auffälligkeit der Behinderung: die Behinderung ist entweder bereits vor dem Kontakt offensichtlich, sie überrascht beim ersten Kontakt oder kann vorübergehend verborgen und bei intensiverem Kontakt kontrolliert offenbart werden
- Ästhetische Beeinträchtigung: ist oft Auslöser affektiver Reaktionen, auch wenn die funktionale Beeinträchtigung gering oder nicht vorhanden ist
- Funktionale Beeinträchtigung kommunikativer Fähigkeiten: unabhängig von der Einstellung des Nichtbehinderten ist die Interaktion belastet
- Zugeschriebene Verantwortlichkeit: glaubt man eine Selbstverschuldung der Behinderung wird die Interaktion belastet und Ablehnung und Bestrafung sind leichter zu rechtfertigen (vgl. ebd., S.24)

1.5.3.2 Arten von Reaktionen

Cloerkes (2007) sieht drei unterschiedliche Arten von sozialen Reaktionen im Umgang mit behinderten Menschen:

- die **originäre (ursprüngliche)** Reaktion
- die **offiziell erwünschte** Reaktion
- die **überformte** Reaktion

Mit **originär** oder **urprünglich** ist eine Reaktion gemeint, die man vor allem bei kleinen Kindern beobachten kann, welche spontan und affektiv ist. Man reagiert auf die empfundene Abweichung von der erlernten gesellschaftlichen Norm mit Ablehnung. Wobei gesagt werden muss, dass Kinder zwar zuerst ablehnend reagieren, dann aber doch aufgrund von Neugier den Kontakt vertiefen, indem sie den Behinderten

anstarren, anfassen oder ansprechen. Auch wenn mögliche aggressive Reaktionen (Erregung, Ekel) hauptsächlich bei kleinen Kindern zu beobachten sind, lehrt uns die Geschichte dass unter extremen politischen Verhältnissen, wie z.B. im Nationalsozialismus diesem Verhalten die soziale Legitimation erteilt wurde und aggressive Reaktionen bis zur Vernichtung von Behinderten führten (vgl. Cloerkes 2007, S.120f).

Bei der **offiziell erwünschten** Reaktion handelt es sich um gesellschaftlich konstituierte Normen, die für den Umgang mit Behinderten z.B. Akzeptanz oder Gleichberechtigung vorschreiben. Das vorgeschriebene Verhalten steht den originär erlernten Einstellungen und Reaktionen während der kindlichen Sozialisation entgegen, ist aber bei der Konstituierung von Einstellungen und Reaktionen relevant (vgl. ebd., S.121).

Unter **überformten** Reaktionen versteht man eine verhaltensbezogene Anpassung des Nichtbehinderten an die gesellschaftlich erwünschte Umgangsform. Die originär erworbenen Reaktionen werden durch die Anpassung an die Norm überformt. Damit beginnt für den aufwachsenden Nichtbehinderten ein andauernder Ambivalenzkonflikt zwischen dem ursprünglich erlernten und dem gesellschaftlich gewünschten Verhalten gegenüber behinderten Menschen. Solcherart wird Scheinakzeptanz generiert, die sich oftmals im Mitleid gegenüber Behinderten äußert, das auf Schuldgefühlen, Ängsten und Unsicherheiten gründet (vgl. ebd., S.121f). Die soeben diskutierten sozialen Einstellungen und Reaktionen, ihr Zustandekommen und ihre Erscheinungsformen stellen einen wichtigen theoretischen Rahmen für das Verständnis der weiteren Ausführungen dar. Im historischen Teil meiner Arbeit werde ich den gesellschaftlichen Umgang, dies inkludiert Einstellungen und Verhaltensweisen, mit Menschen mit geistiger

Behinderung im Detail darlegen. Im folgenden wird das Menschenbild, also die Vorstellung des Menschen von dem, was er selbst und andere sind oder vielmehr sein sollen, behandelt.

1.6 Menschenbild

Was ist der Mensch? Diese Frage beschäftigt die Menschheit seit Anbeginn ihres Bestehens und wird es auch weiterhin tun, weil es zum Menschsein gehört, sich Vorstellungen darüber zu machen was das Eigentliche, das Wesentliche unserer Natur ausmacht. Die Annahmen darüber, was der Mensch ist, wozu er fähig ist und was er tun soll, lässt sich unter dem Begriff „Menschenbild“ zusammenfassen (vgl. Fritsch 2007, S.4).

Der Mensch macht sich ein Bild davon, was er an sich und anderen als wesentlich betrachtet. Vorstellungen oder Bilder aber, können die Wirklichkeit nur unzureichend beschreiben. Die Realität selbst ist viel zu komplex, als dass sie in ihrer Ganzheit begriffen werden könnte, so wie auch das Wesen des Menschen weit mehr ist, als wir mit unserem Menschenbild zu fassen imstande sind (vgl. Siegenthaler 1993, S.12).

Auch wenn ein konstruiertes Menschenbild nur eine Vereinfachung der Realität darstellt, bildet diese Vorstellung das Fundament für unser Selbstverständnis und soziales Leben. Annahmen über das Wesen des Menschen entwickeln wir bereits in früher Kindheit, um sie im Zuge späterer Sozialisation zu festigen, indem wir uns bewusst machen was unsere grundlegenden Eigenschaften sind, welche Bedürfnisse, Wünsche und Ziele wir haben und welche Werte bestimmend für unser Leben sein sollen (vgl. Barsch/Hejl 2000, S.7).

Das Menschenbild hängt eng mit dem Weltbild zusammen, da der Mensch eine Vorstellung davon entwickelt, was er selbst ist und andere sind, aber auch danach trachtet seine Umwelt zu verstehen. Die Welt

als Natur, als das den Menschen Umgebende hat immer Einfluss auf dessen Denken und Handeln, und trägt solchermaßen zu einer Vielfalt an Menschenbildern in unterschiedlichen Kultur,-Sprach- und Lebensräumen bei.

1.6.1 Pluralität von Menschenbildern

Es existiert folglich kein allgemeingültiges, universell anwendbares, von allen geteiltes Menschenbild. Dies wäre auch vollkommen unmöglich, betrachtet man das Zustandekommen dieser äußerst individuell und subjektiv entwickelten Vorstellungen. Daraus folgt, dass es viele verschiedene Menschenbilder geben muss und keines als richtig oder falsch bezeichnet werden kann. In den Humanwissenschaften hört man z.B. vom anerkannten Menschenbild der Psychologie, Soziologie etc. Hier fungiert das Menschenbild als Grundlage humanwissenschaftlicher Theoriebildung und ist ein Teil des jeweiligen wissenschaftlichen Paradigmas.

Man spricht auch von einem bestimmten Menschenbild eines geistesgeschichtlichen Zeitalters (z.B. Mittelalter, Aufklärung etc.), dass sich aus der Untersuchung der Schriften einflussreicher Denker und prägender Persönlichkeiten einer Epoche, ableiten lässt. Auch der Begriff des „vorherrschenden“ Menschenbildes in einer Gesellschaft einer bestimmten Zeit, bleibt aufgrund seiner ungeklärten Hintergründe zum Zustandekommen und inhaltlichen Komponenten des Menschenbildes zwar vage, bezeichnet dennoch einen bestimmten Grad an konsensuellem Verständnis innerhalb einer Gesellschaft (vgl. Wildfeuer 2007, S.321).

Im Kapitel 1.6.5 werde ich aufgrund der schier unermesslichen Vielzahl an unterschiedlichsten Menschenbildern, eine für diese Arbeit relevante Auswahl an Menschenbildern vorstellen.

1.6.2 Menschenbild und Normalität

Normalität und Menschenbilder sind Annahmen oder Vorstellungen, die in engem Zusammenhang stehen. Das konstruierte Bild davon, was der Mensch ist oder was er idealerweise sein soll, impliziert auch eine Vorstellung, was als normal betrachtet wird. „Denn ein konkretes, etwa vorherrschendes Menschenbild übt seine normative Funktion insbesondere dadurch aus, dass es vermeintlich anzugeben vermag, was das für den Menschen ‚Normale‘ ist, worin die ‚Normalität‘ des Menschen und des Menschlichen besteht, was in der ‚Ordnung des Normalen‘ liegt und folglich auch, worauf der Mensch seinem Wesen nach bzw. ‚normalerweise‘ Anspruch hat“ (Wildfeuer 2007, S.322).

1.6.3 Deskriptive, normative und kommunikative Funktion von Menschenbildern

Menschenbilder haben eine deskriptive, normative und folglich auch kommunikative Funktion. Deskriptiv, indem ein Menschenbild eine Beschreibung dessen vornimmt, was das eigentliche Wesen des Menschen kennzeichnet. Seine normative Funktion besteht darin, diese komplex zustande gekommene Vorstellung von sich selbst, bezüglich seiner Handlungsmöglichkeiten zu untersuchen. Der Mensch stellt nicht nur Fragen nach seiner Existenz, danach was er ist, sondern auch was er sein soll, wozu er fähig ist. Die individuellen Vorstellungen vom Menschen oder der Welt (Weltbild) gewinnen kommunikativen Charakter, wenn sie im Zuge sozialer Prozesse auch von anderen geteilt werden. Damit wird eine erfolgreiche Kommunikation und ein gemeinsames Handeln erst möglich (vgl. Barsch/Hejl 2000, S.12)

1.6.4 Mögliche Auswirkungen von Menschenbildern

Wie ich bereits erwähnt habe, besitzt ein Menschenbild normative Funktion und impliziert Maximen des Handelns, auch wenn der Mensch sich solchen Prozessen nicht bewusst ist. Das Handeln und das Verhalten im Umgang mit anderen Menschen sind geprägt von den eigenen Vorstellungen darüber, was der Mensch ist. Die Gefahr eines Menschenbildes, das unbewusst zum Maßstab der Beurteilung anderer wird und auch unser Handeln leitet, liegt darin andere Menschen unreflektiert nach Normen zu bewerten und auch zu entwerten. Auf diese Weise können sie zu Opfern von Ideologien, Vorurteilen und Stigmatisierung werden (vgl. Haeberlin 2010, S.17).

1.6.5 Prägende Menschenbilder in der europäischen Geschichte

Die im folgenden dargelegten Menschenbilder stellen eine Auswahl aus der Vielzahl unterschiedlicher Sichtweisen vom Menschen im Laufe der mitteleuropäischen Geschichte dar. Da für die Entwicklung dieses Kulturraumes vor allem anderen die Antike, das Christentum, die Aufklärung mit der Statuierung des Humanismus und die im 19.Jahrhundert einsetzende Industrialisierung mit ihren mechanistischen bzw. biologistischen, ökonomischen Menschenbildern gesellschaftlich, wissenschaftlich und kulturell prägend waren, werden sie anhand ihrer zeitlich zugehörigen Menschenbildannahmen überblicksartig vorgestellt.

Wie im historischen Teil gezeigt werden soll, haben eben diese grundlegenden Menschenbilder einen enormen Einfluss auf die Einstellungen und das Verhalten der Gesellschaft im Umgang mit behinderten, im speziellen geistig behinderten Menschen gehabt.

1.6.5.1 Das platonische Menschenbild

Platon unterscheidet zwischen sinnlich wahrnehmbarer, sich verändernder „Sinneswelt“ und strukturell gleichbleibender „Ideenwelt“. Das Wesen des Menschen ist die unsterbliche Seele, die aus der Ideenwelt stammt. Gesichertes Wissen existiert nur in der Ideenwelt, die wir mittels Vernunft begreifen können. Der Mensch selbst ist einer Ordnung unterworfen, die in Vernunft, Wille/Mut und Trieb/Körper gegliedert ist (vgl. Fritsch 2007, S.15). Die Vernunft ist eine Art Pendant der Seele und somit auch unsterblich. Dieser Gliederung des Menschen analog, ist die Hierarchie des Staates, welcher sich hierarchisch zusammensetzt aus dem Lehrstand (Herrscher, Philosophen), dem Wehrstand (Soldaten, Exekutive) und dem Nährstand (Handel, Wirtschaft). Daran lässt sich die Bedeutung des Individuums als funktionelles Organ innerhalb der staatlichen Ordnung erkennen (vgl. ebd., S.15).

Der Wert eines Menschen wird an seiner gesellschaftlichen und staatlichen Brauchbarkeit bemessen. Platons Leitgedanke war die Gewährleistung einer optimalen Funktionsfähigkeit des Staates durch funktionstüchtige Bürger. Dies sollte unter anderem dadurch geschehen, dass ein elitärer Zugang zum Bildungssystem bestand und der Staat eugenische Maßnahmen bezüglich „untüchtiger“ (behinderter, chronisch kranker etc.) Kinder überwachen und regeln sollte (vgl. Meyer 1983, S.87). Ein Ausspruch Platons verdeutlicht dies: „Die Kinder der untüchtigen Eltern und etwaige verkrüppelte Kinder der tüchtigen werden sie an einen geheimen Ort bringen...so müssen sie mit dem Kinde verfahren, als sei keine Nahrung für dasselbe vorhanden“ (Platon, zit. nach Meyer 1983, S.87).

Die Konsequenzen die sich aus dem platonischen Menschenbild ableiten lassen, sind:

- die Betonung der Vernunft als das Wesentliche im Menschen

- die Geringschätzung des Einzelnen gegenüber der Gesellschaft
- die Abwertung alles Schwachen oder Mangelhaftem
(vgl. Fritsch 2007, S.16)

1.6.5.2 Das utilitaristische Menschenbild

Der utilitaristische Ansatz geht auf die Philosophen Jeremy Bentham und John Stuart Mill zurück und bezeichnet eine Ethik, die auf dem Prinzip der Nützlichkeit basiert. Der Mensch sammelt im Laufe seines Lebens Erfahrungen, die ihn lehren was nützlich und moralisch ist, was für ihn und andere von Nutzen für das persönliche Glück und wie dieses Glück zu maximieren ist. Der moralische Wert einer Handlung wird an dessen Folge bemessen (vgl. Antor/Bleidick 2000, S.193).

Vergleicht man platonisches und utilitaristisches Menschenbild, ist letzteres individuumzentriert. Hier ist es nicht mehr die Gesellschaft oder der Staat, die über dem Einzelnen stehen. Allerdings wird die Vernunft als Fähigkeit, wie bei Platon, für wesentlich gehalten. Die zentralen Eigenschaften eines Menschen sind Bewusstsein, Kommunikationsfähigkeit, Autonomie und Rationalität, welche erst durch die Ausbildung des menschlichen Gehirns ermöglicht werden.

Nach Fritsch (2007) gehören zu den Grundprinzipien des Utilitarismus:

- sich seiner Handlungen bewusst zu sein
- ihren Nutzen bewerten zu können
- die Vergrößerung des eigens bestimmten Glücks zu verfolgen
- Handeln nach dem Sozialprinzip (größtmögliches Glück der größten Anzahl von Menschen)
(vgl. ebd., S.16)

Peter Singer, der zurzeit wahrscheinlich bekannteste Vertreter des Präferenzutilitarismus, einer Sonderform des Utilitarismus, beschäftigt die sozialen Wissenschaften mit seinen umstrittenen, weil schwerwiegenden Äußerungen zu Euthanasie und Bewertung von

menschlichem Lebenswert. Er unterscheidet zwischen Mensch und Person und rechtfertigt so die Tötung von Menschen mit geistiger Behinderung aufgrund ihrer fehlenden Personhaftigkeit (vgl. Antor/Bleidick 2000, S.42):

„Es gibt viele Wesen, die bewusst und fähig sind, Lust und Schmerz zu erfahren, aber nicht selbstbewusst und vernunftbegabt und somit keine Personen. Viele nichtmenschliche Tiere gehören nahezu mit Sicherheit zu dieser Kategorie; das gilt auch für Neugeborene und manche geistig Behinderte...von Wesen, denen Selbstbewusstsein fehlt, (kann man) nicht sagen, sie hätten im vollen Sinne von ‚Recht‘ ein Recht auf Leben“ (Singer 1994, S. 136f)

In seiner präferenzutilitaristischen Ethik betont Singer (1994), dass „die Zugehörigkeit eines menschlichen Wesens zur Spezies Mensch allein keine Bedeutung dafür hat, ob es verwerflich ist, es zu töten“ (ebd., S.188). Was zu den entscheidenden personalen Merkmalen zähle, sind Rationalität, Selbstreflexion, Autonomie und die Fähigkeit zur Kommunikation (vgl. Speck 2005, S.81).

Konsequenzen der (präferenz-) utilitaristischen Sichtweise von Menschen:

- Aberkennung der Personalität von geistig behinderten Menschen
- Freigabe des Lebensschutzes von Personen, die die Kriterien der Personalität nicht erfüllen
- Bewertung von Wert und Unwert menschlichen Lebens

1.6.5.3 Das christliche Menschenbild

Das christliche Menschenbild stellt den Menschen als ein von Gott, nach dessen Ebenbild erschaffenes Lebewesen dar, das als Person Eigenständigkeit und Würde besitzt. Der Mensch wird in seiner

körperlichen, seelischen und sozialen Ganzheit betrachtet (vgl. Lindner 1999, S.55). Die karitative Tätigkeit, Anteilnahme und Achtung der Würde jedes kranken, behinderten oder hilfsbedürftigen Menschen gehört zur Pflicht jedes Christen, so sieht es das biblische Gebot der Nächstenliebe vor. „Jede pflegerische Tätigkeit hat sich dabei an dieser grundlegenden, von Gott geschenkten Würde zu orientieren und sich für ihre Bewahrung einzusetzen“ (ebd., S.55).

Im Gegensatz zur z.B. präferenzutilitaristischen Perspektive Singers wird keine Unterscheidung zwischen Mensch und Person getroffen.

Dörfel (2005) sieht die Kernaspekte eines christlichen Menschenbildes im betreuenden Kontext folgendermaßen:

- Unantastbarkeit der menschlichen Würde (der Mensch darf niemals Mittel zum Zweck sein)
- Der Mensch ist nach dem Ebenbild Gottes geschaffen und ist Ganzheit von Körper, Seele und Geist
- Der menschliche Leib ist ein von Gott auf Zeit verliehenes Geschenk, welcher die Seele beherbergt
- Die Grenzen des menschlichen Lebens sind im Sinne einer gottgegebenen Existenz zu akzeptieren,
- Eigenverantwortung, Barmherzigkeit und Gerechtigkeit sind zentrale Merkmale christlicher Verantwortung
- aus Achtung vor der Schöpfung soll der Mensch nachhaltig handeln und empfangen
(vgl. ebd., S.18-21)

Nach dem christlichen Menschenbild sind:

- alle Menschen gleich und von Gott erschaffen
- alle Menschen auch Personen und Selbstzweck, daher darf nicht über sie verfügt werden
- Behinderte, Kranke, Hilfsbedürftige zu schützen und in die Gemeinschaft einzuschließen

1.6.5.4 Homo Oeconomicus

Der Begriff des Homo Oeconomicus ist den Wirtschaftswissenschaften entlehnt, und bezeichnet im sozialwissenschaftlichen Zusammenhang ein Individuum, dessen oberstes Ziel persönliche Nutzenmaximierung ist.

Der Homo oeconomicus ist genau genommen kein Menschenbild, sondern ein Modell zur Erklärung menschlichen Handelns im ökonomischen Kontext und hat seine Wurzeln in der Moralphilosophie Adam Smiths. Smith (1993) ist der Ansicht, dass das primär egoistische Verhalten des Einzelnen, indem er eigennützig Produktivität und Ertrag zu steigern sucht, sekundär zu gemeinschaftlichem Wohlstand führt (vgl. ebd., S.98). Dieses Modell basiert letztlich auf der Annahme, dass jeder Mensch danach strebt, durch Abwägen und Selektieren der zur Verfügung stehenden Informationen und Mitteln den maximalen persönlichen Nutzen zu ziehen (vgl. Kirchgässner 1991, S. 14f).

Der Homo Oeconomicus steht seinen Mitmenschen neutral gegenüber, er hat kein besonderes Interesse am Befinden anderer. Er handelt ausschließlich rational und eigensinnig. Laut Kirchgässner (1991) handelt es sich dabei um „gegenseitig desinteressierte Vernünftigkeit“ (ebd., S.47)

Folgerungen:

- behinderte, kranke und schwache Menschen sind nicht Teil der freien Marktwirtschaft und damit aus der Gesellschaft ausgeschlossen
- der Mensch wird aus einer Kosten-Nutzen-Relation betrachtet
- es besteht die Gefahr der Enthumanisierung der Ökonomie und einer Abwertung von Menschen, die in ihren Handlungen nicht vernunftmäßig geleitet sind

1.6.5.5 Das humanistische Menschenbild

Das humanistische Menschen- und Weltbild sieht in jedem Menschen ein einzigartiges Individuum, das sich von anderen zwar unterscheidet, in seinem Wert aber nicht bestimmt werden soll. Der Mensch ist allein aufgrund seiner Existenz hinsichtlich Würde und Wert unantastbar (vgl. Lay 2004, S.180).

Vergleicht man humanistisches und christliches Menschenbild erkennt man, dass beide eine „optimistische“ Sichtweise des Menschen vertreten, indem individuelle Einzigartigkeit und Würde zentrale Elemente sind. Entscheidender Unterschied ist das Fehlen eines Schöpfergottes und der Mensch unabhängig von kirchlichen und religiösen Vorstellungen als evolutionär entstandenes, denkendes Wesen betrachtet wird. Die zentralen Aspekte eines humanistischen Menschenbildes liegen laut Stumm (1994) in der menschlichen Einzigartigkeit, Selbstverwirklichung, Selbstverantwortlichkeit, Selbstregulation und Emotionalität.

Einzigartigkeit

Der Mensch ist ein ganzheitliches Wesen und fähig zur Auseinandersetzung mit existenziellen Belangen wie Liebe, Vergänglichkeit, Tod und Sinnfindung.

Selbstverwirklichung

Der Mensch ist innerhalb seines Lebens ständiger Veränderung ausgesetzt, besitzt aber die Fähigkeit zu persönlicher Weiterentwicklung in kognitiver, sozialer und emotionaler Hinsicht.

Selbstverantwortlichkeit

Der Mensch besitzt die Fähigkeit Verantwortung für seine Vorstellungen, Emotionen, Verhalten und Handeln zu übernehmen, kann sich Erlebtes bewusst machen und seine Kompetenzen eigenverantwortlich erweitern.

Selbstregulation

Bezeichnet die Fähigkeit zur Lösung von persönlichen Problemen und das Streben nach einem Gleichgewichtszustand zwischen Homöostase und Intentionalität.

Emotionalität

Jeder Mensch ist durch emotionales Erleben, Gefühle, individuelle Erfahrungen und deren Verarbeitung gekennzeichnet (vgl. ebd., S.140ff)

Die humanistische Sichtweise des Menschen besagt:

- der Mensch ist Selbstzweck und unverfügbar
- er ist fähig zu bewusster Erfahrung, Lernen und Weiterentwicklung
- jeder Mensch ist einzigartig
- der Mensch darf nicht nach seinem Wert bestimmt werden
- Kranke, Schwache und Behinderte sind Teil unserer Gesellschaft

2 Umgang und Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung aus historischer Sicht

2.1 Urgeschichtliche Zeit

Da es für die urgeschichtliche Zeit, als nonliteralem Abschnitt der Menschheitsgeschichte, äußerst wenige Quellen gibt, die gesichertes Wissen über den Umgang mit behinderten Menschen ermöglichen, ist man darauf angewiesen, anhand von Skelettfunden aus jung- und mittelpaläolithischer Zeit, Rückschlüsse auf die soziale Lebenssituation körperlich bzw. geistig beeinträchtigter Personen zu ziehen. Die Paläontologie und ihre Unterbereiche der Pathologie und Demografie beschäftigen sich mit der Untersuchung und Deutung solcher archäologischen Funde (vgl. Greving/Ondracek 2005, S.13).

Dabei muss beachtet werden, dass ausschließlich Skelettmaterial zur Untersuchung verwendet wurde und daher nur jene Behinderungen identifiziert werden können, die mit einer Veränderung der Knochensubstanz einhergehen (vgl. Reisch 1996, S.54).

In den zwanziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts legten Archäologen bei Grabungen in Südmähren, nahe Dolni Vestonice, eine außergewöhnlich große eiszeitliche Siedlung frei. Neben anderen, für die Geschichtswissenschaft wichtigen Funden, wurden auch für die Anthropologie und Sozialwissenschaften bemerkenswerte Erkenntnisse aus dem freigelegten Material gezogen.

Unter den Grab- und Bestattungsfunden aus paläolithischer Zeit (vor etwa 24000 bis 20000 Jahren) fanden sich Skelette von Individuen „die zum Teil sogar schwerste Verletzungen gut überstanden und ausgeheilt haben oder die mit erheblichen angeborenen oder durch Verletzungen bzw. Erkrankungen erworbenen Behinderungen langfristig überleben konnten“ (vgl. ebd., S.58). Dies lässt sich dadurch erklären, indem man

annimmt, dass trotz erschwelter klimatischer Bedingungen und dem alltäglichen Überlebenskampf der damaligen Jäger und Sammler, hilfsbedürftige, kranke und behinderte Menschen von der Gemeinschaft nicht aufgegeben, sondern gepflegt und versorgt wurden und deshalb nicht nur kurzfristig überleben konnten (vgl. Trinkaus 1983, S.422f).

Auch wenn allgemeingültige Aussagen über die Lebenssituation und Stellung der (geistig) behinderten Mitglieder einer paläolithischen Gemeinschaft getroffen werden können, lässt sich nach der Meinung Reischs (1996) feststellen, dass die gemeinhin klischeehafte Vorstellung von behinderten und hilfsbedürftigen Menschen in der Urgeschichte, die von der Gruppe zurückgelassen und somit keine Überlebenschancen hatten, sich mit den zuvor dargestellten Erkenntnissen nicht vereinbaren lassen (vgl. ebd., S.59).

Greving/Ondracek (2005) folgern, dass die Sorge um schwache, kranke, behinderte und hilfsbedürftige Mitglieder einer Gemeinschaft, nicht erst mit einem bestimmten gesellschaftlichen und kulturellen Entwicklungsniveau begonnen hat, sondern bereits seit Anbeginn der Existenz des modernen Menschen (*Homo Sapiens*) Bestand hatte (vgl. ebd., S.15).

2.2 Altes Ägypten

Für die Zeit des alten Ägypten gibt es nur vereinzelte schriftliche Belege über die Stellung und den Umgang der Gesellschaft mit Behinderten. Überhaupt ist in nur wenigen Schriften die Rede von geistig Behinderten, das auch damit zu tun hat, dass der Begriff der geistigen Behinderung ein neuzeitlicher ist. Es finden sich aber Hinweise in den Umschreibungen für diese Personengruppe wenn z.B. von Besessenen oder Menschen, die in der Hand Gottes liegen, gesprochen wird. Zur Zeit des 12.-11. Jahrhunderts vor Chr. galt die Weisheitslehre des Amenemopes als Grundlage altägyptischer Ethik und soll auch im

Lehrplan altägyptischer Schulen Verwendung gefunden haben. Im 25. Kapitel seiner Weisheitslehre befasst sich Amenemope mit der Frage, wie mit körperlich und geistig behinderten Menschen umzugehen sei und statuiert folgende Maxime für deren Behandlung (vgl. Fischer-Elfert 1996, S.93):

„Lache nicht über einen Blinden und verspötte nicht einen Zwerg.
Erschwere nicht das Befinden eines Gelähmten.

Verspötte nicht einen Mann, der in der Hand Gottes ist,
und sei nicht aufgebracht gegen ihn <als ob du> ihn angreifen
wolltest. Der Mensch ist Lehm und Stroh, der Gott ist sein
Baumeister. Er zerstört und erbaut täglich, er macht tausend
Geringe nach seinem Belieben(...)“

(Amenemope, zit. nach Fischer-Elfert 1996, S.93).

Wie schon erwähnt handelt es sich bei dem Euphemismus „Mann, der in der Hand Gottes ist“ vermutlich um geistig Behinderte. Andere sprechen von Besessenen oder Epileptikern (vgl. Meyer 1983, S.86). Fischer-Elfert (1996) sieht den Grund für die Erwähnung jener vier Beispiele körperlicher bzw. geistiger Behinderung (Blinder, „Zwerg“, „Lahmer“ und Besessener), in der statistischen Häufigkeit solcher Gruppen menschlicher Anomalien zu jener Zeit und Region (vgl. ebd., S.93).

Über die Entstehung bzw. Ursachen der Behinderungen gibt Amenemope keine expliziten Erklärungen. Der Mensch erhält darüber keine Einsicht „da sie im freien Willen Gottes, seiner Spontaneität bei Schöpfung und Zerstörung, wurzelt“ (ebd., S.93). Der Mensch ist nicht befugt über die Schöpfungen Gottes zu urteilen und Behinderte zu verhöhnen. Wichtig ist hierbei anzumerken, dass die Ägypter des Altertums den Glauben vertraten, wonach jeder Mensch, ganz gleich mit welcher Beeinträchtigung, Behinderung oder Krankheit er zu leben hatte, im Jenseits zu körperlicher und geistiger Unversehrtheit gelangt und sich daher von den gesunden Mitmenschen nicht mehr unterscheidet (vgl. Fischer-Elfert 1996, S.94).

Auch wenn die Weisheitslehre Amenemopes Beachtung innerhalb des politischen und ethischen Alltags einnehmen mochte, bleibt dennoch fraglich, ob die Fürsorglichkeit gegenüber Behinderten tatsächlich gesellschaftlich praktiziert wurde. Auch dafür reichen die Quellen nicht aus, um sicher feststellen zu können, ob trotz des starren hierarchischen Aufbaus der altägyptischen feudalistischen Gesellschaft, wo eine kleine regierende Elite über das Schicksal der anderen bestimmte, Behinderte integriert oder zumindest nicht aktiv von der Gemeinschaft ausgegrenzt wurden (vgl. Meyer 1983, S.86).

Betrachtet man die lange Geschichte des altentümlichen Ägypten mit den unterschiedlichen herrschenden Dynastien von Pharaonen über einen Zeitraum von etwa 3000 Jahren fällt es schwer eine allgemeingültige Feststellung über den gesellschaftlichen Umgang mit Behinderten zu machen. Es finden sich aber Hinweise darauf, dass Behinderte innerhalb der ägyptischen Gesellschaft auch am Berufsleben als Handwerker, Maler und Schreiber teilnehmen konnten und sogar zu Wohlstand gelangten.

Vor allem Kleinwüchsige wurden zu speziellen Handwerksarbeiten gebraucht, dies aber auch nur solange, bis sie durch billigere Arbeitskräfte, meist Sklaven, ersetzt wurden (vgl. ebd., S.86). Das wahrscheinlich berühmteste positive Beispiel für einen Kleinwüchsigen, der zu gesellschaftlichen Ehren kam, ist der Zwerg „Seneb“ (um 2600-2500 vor Chr.). Dieser bekleidete trotz Kleinwüchsigkeit hohe geistliche und höfische Ämter, war mit einer Prinzessin aus dem königlichen Haus verheiratet und hatte mit dieser gemeinsame Kinder. Das herrschaftliche Grab des Seneb, unweit der Cheops-Pyramide, bestätigt seine herausragende gesellschaftliche Stellung (vgl. Mattner 2000, S.17).

Ein anderes Schicksal hatte ein Zwerg namens Perniachu, welcher am königlichen Hofe des Menes (um 2900 v. Chr.) als Hofnarr zur persönlichen Belustigung des Herrschers und seiner Gäste diente.

Dieser wurde gemeinsam mit den Haustieren des Königspaares in deren Grab bestattet, was eher auf eine entwürdigende Stellung hinweist (vgl. Meyer 1983, S.86; Mattner 2000, S.17).

2.3 Antike (Griechenland, Rom)

Wie bereits für die Zeit des Alten Ägypten, müssen auch für die griechische und römische Antike Sagen, mythologische Schriften, Lehren und Gesetze analysiert werden, um Hinweise auf den gesellschaftlichen Stellenwert und die Lebensumstände von geistig behinderten Menschen finden zu können. Bei nahezu allen archaischen Völkern waren Tötung und Aussetzung von Säuglingen und Kleinkindern entweder moralisch oder rechtlich erlaubt und galten als legitimes Mittel der Geburtenregulierung (vgl. Häßler/Häßler 2005, S.6). Außerdem muss diese Praxis zudem auch oft bei nicht behinderten, jedoch unerwünschten Neugeborenen angewandt worden sein, da sich ein derart gehäuftes Vorkommen dieser Thematik in den damaligen Sagen sonst kaum erklären ließe (siehe Romulus/Remus, Moses, Joseph etc.) (vgl. ebd., S.6).

2.3.1 Griechenland

2.3.1.1 Sparta und Theben

Das antike Sparta, das ca. 900 v. Chr. gegründet wurde, gilt als heute bekanntestes historisches Beispiel für eine „totale Unterwerfung des Schicksals der Schwachen und Behinderten unter die »Staatsräson«“ (Meyer 1983, S.87). Besonders die Schriften Plutarchs (46-ca. 120) werden im thematisch facheinschlägigen Diskurs oftmals zitiert. Dieser beschreibt „die vollständige Ausgrenzung und Vernichtung von schwachen und behinderten Neugeborenen im antiken Sparta“ (Petersen 2003, S.30).

Anders als bei den Germanen, wo der Vater, der zudem auch Familienoberhaupt war und das Kind nach der Geburt auf eventuelle körperliche Schädigungen hin begutachtete, um es dann vom Boden aufzuheben, also in die Familie aufzunehmen oder es liegenzulassen und somit zur Tötung freizugeben, oblag diese Entscheidung in Sparta alleine dem Staat.

Das Kind wurde der „Gerusia“, dem Rat der Ältesten vorgeführt und dieser hatte aufgrund der strengen lykurgischen Gesetze zu entscheiden, ob das Kind aufgrund eines kräftigen Körperbaus für gesund befunden werden konnte und in die Gemeinschaft Aufnahme fand (vgl. ebd., S.30). Im Falle einer körperlichen Missbildung, Behinderung oder einem Anzeichen von Geistesschwäche aber, wurde es für krank erklärt, dem Vater abgenommen und in den Schluchten des Taygetosgebirges ausgesetzt. Knaben, die den Anforderungen der spartanischen Kriegsausbildung nicht genügen konnten, wurden auch in späteren Lebensjahren getötet, da der Wert jedes männlichen Mitglieds primär an der Fähigkeit, dem Staat als Krieger zu dienen, bemessen wurde (vgl. Häbeler/Häbeler 2005, S.7).

Versucht man die Situation oder die Lebensumstände geistig behinderter Menschen im antiken Griechenland zu rekonstruieren kann man, wie auch schon bei den Ägyptern, keine auch nur annähernd gesicherte Feststellungen über den Umgang der Gesellschaft mit ihren behinderten Mitmenschen treffen. Dies hat damit zu tun, dass die Zeitspanne dieser Epoche zu groß ist, zum Teil beträchtliche kulturelle Unterschiede zwischen den einzelnen griechischen Stadtstaaten herrschten und letztens die Quellenlage als unzureichend zu bezeichnen ist.

Trotz allen Unterschieden ist den einzelnen Staaten eines gemein. Der Vater galt als Familienoberhaupt und hatte grundsätzlich das Recht ein Kind nicht großzuziehen. Die Unterschiede sind hauptsächlich rechtlicher Natur. War in Sparta die Kindstötung gesetzlich verankert, gab es in

Theben ein ausdrückliches Tötungs – und Aussetzungsverbot von behinderten oder missgebildeten Kindern. Es wäre falsch nur aufgrund dieser Regelung anzunehmen, in Theben habe ein menschlicher Umgang mit Behinderten geherrscht. War der Vater nämlich arm oder nicht in der Lage das Kind großzuziehen, konnte er es bei den Behörden abgeben, und diese kümmerten sich darum geneigte Zieheltern für das Kind zu finden. Diese mussten sich zwar vertraglich verpflichten das Kind großzuziehen, dafür gehörte es ihnen anschließend als Arbeits- oder Haussklavin (vgl. Häbeler/Häbeler 2005, S.6f).

2.3.1.2 Athen

Im athenischen Staatswesen und seinem propagierten Humanitätsideal wurden geistig behinderte Kinder bzw. Erwachsene nicht viel anders als in den bereits erwähnten Staaten behandelt. Jeder Bürger war Teil des Staates und hatte ihm auferlegte Pflichten hinsichtlich wirtschaftlichem Erhalt bzw. Fortbestand des Staates und dessen militärischen

Verteidigung. War ein Bürger aufgrund einer geistigen oder körperlichen Behinderung nicht fähig seine Bürgerpflichten zu erfüllen, verlor er an Wert für den Staat, da jedes Individuum an seiner sozialen Brauchbarkeit bemessen wurde und verlor im äußersten Fall auch sein Recht auf Weiterleben (vgl. Mattner 2000, S. 18).

Die Gesetzgebung Solons (594 v. Chr.), mit ihrer erstmaligen Statuierung der „Gleichheit aller Menschen, gleich welcher Herkunft“ bezog sich ausdrücklich auf gesunde und nicht auf körperlich oder geistig behinderte Bürger, die am wirtschaftlichen und politischen Leben nicht teilhaben durften oder konnten. Auf diese Weise wurden sie innerhalb der Gemeinschaft und Familie zu einem ausschließlich belastenden Faktor reduziert, da sie nicht zum eigenen Erwerb fähig und keine „Pensionsversicherung“ für z.B. ältere Familienangehörige darstellten (vgl. Häbeler/Häbeler 2005, S.6f).

So geschah es, dass arme Familien nicht nur ihre missgebildeten, behinderten oder kranken Neugeborenen aussetzten oder töteten, sondern so auch fallweise mit Mädchen umgingen, da sie weitere Esser und spätere Mitgiften nicht bezahlen konnten. Es fällt nicht schwer sich vorzustellen, dass unter solchen Bedingungen schwer körperlich oder geistig behinderte Kinder schlechte Chancen hatten zu überleben oder gar ein „normales“ Aufwachsen zu erfahren. Auch wenn die Kindstötung, anders als in Sparta, nicht gesetzlich vorgeschrieben war, lag es doch im Interesse des Gemeinwohls, missgebildete, behinderte und schwache Neugeborene auszumerzen. Dies geschah entweder durch Aussetzen, Verkauf oder aktive Tötung (vgl. Meyer 1983, S.87).

Seitens der Philosophie und ihren Denkern, politisch äußerst einflussreichen Personen der damaligen Zeit, ist vor allem Platons Zitat berühmt geworden, das das erbarmungslose Vorgehen des Staates gegen Behinderte zum angeblichen Wohl der Gemeinschaft reflektiert:

„Die Kinder der untüchtigen Eltern und etwaige verkrüppelte Kinder der tüchtigen werden sie an einen geheimen Ort bringen...so müssen sie mit dem Kinde verfahren, als sei keine Nahrung für dasselbe vorhanden“ (Platon, zit. nach Meyer 1983, S.87).

Wie sich zeigen lässt, waren auch andere Wissenschaften dem Staats- und Gemeinwohl verpflichtet. So die Medizin, deren bekannteste antiken Vertreter wohl Äskulap (um 900 v. Chr.) und Hippokrates (460-377 v. Chr.) waren und bei beiden sich Aussagen zur Volksgesundheit finden lassen, welche besagen, dass nur dann eine Behandlung durchgeführt werden soll, wenn Aussicht auf Genesung und Amortisierung des Behandlungsaufwandes gegeben ist (vgl. Mattner 2000, S.19). Um dies zu verdeutlichen zitiert Petersen (2003) aus dem *Corpus Hippocraticum*:

„Der Arzt, der die Methode der Heilung kennt, muß nur solche Kranken behandeln, wenn sie jung und arbeitsfreudig sind...unheilbare Fälle muß man überhaupt ausweisen, zumal wenn man eine annehmbare Ausflucht hat“ (ebd., S.31).

2.3.2 Rom

Im antiken Rom verhielt es sich nicht viel anders als im Griechenland jener Epoche. Der Vater war „pater familias“, d.h. Familienoberhaupt und wurde durch die „potestas“, den nahezu unumschränkten Machtbefugnissen innerhalb des Familienverbands als oberste Autorität ausgezeichnet. Ihm alleine oblag die Entscheidung darüber, wie mit einem Neugeborenen verfahren werden sollte. Der Säugling wurde dem Vater zur Begutachtung zu Füßen gelegt, befand dieser es für gesund und hob es auf, entschloss er sich zur „Aufnahme“ des Kindes in die Familie. Befand er es jedoch für schwach, krank oder nicht überlebensfähig, ließ er es liegen und das Neugeborene wurde ausgesetzt oder getötet (vgl. Meyer 1983, S.88).

Wenngleich dieser Tatbestand heute als gesichert gilt, muss man darauf hinweisen, dass die Nichtannahme des Neugeborenen vielmehr die Ausnahme als die Regel darstellte (vgl. Häßler/Häßler 2005, S.7).

Wurden bei dem Kind erst in späteren Jahren z.B. Behinderungen geistiger Art festgestellt (zur Zeit der Geburt war damals kein spezifisch diagnostisches Wissen verbreitet) oblag auch dann noch dem Vater, was mit dem Kind geschehen sollte. Hierbei soll aber festgestellt werden, dass eine Tötung nach damaligem Recht nicht straffrei gewesen wäre, da sich der Vater durch Aufnahme des Neugeborenen zum Aufziehen desselben verpflichtete (vgl. Petersen 2003, S.31).

Im Zwölftafelgesetz (451 v.Chr.), nahezu eine Kopie der Gesetze Solons und gleichzeitig der erste römische Rechtskodex, heisst es im Hinblick auf die Tötung von missgestalteten Kindern:

„Cito necatus tamquam ad deformitatem puer“ („Schnell ums Leben gebracht wie ein missgestalteter Knabe“). (XII tabulis insignis-Zwölftafelgesetz, zit. nach Häßler/Häßler 2005, S.7).

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass Behinderte aus der Gesellschaft ausgegrenzt, ausgesetzt, als Sklaven verkauft oder

getötet wurden. Das elitäre Humanitätsideal der römischen Gesellschaft findet seinen Ausdruck in einem Zitat des römischen Philosophen Seneca (2-65 v. Chr.), der den unmenschlichen Umgang mit Behinderten folgendermaßen beschreibt:

„Tolle Hunde bringen wir um; einen wilden und unbändigen Ochsen hauen wir nieder, und an krankhaftes Vieh, damit es die Herde nicht anstecke, legen wir das Messer, ungestaltete Geburten schaffen wir aus der Welt, auch Kinder, wenn sie gebrechlich und missgestaltet zur Welt kommen, ersäufen wir. Es ist nicht Zorn, sondern Vernunft, das Unbrauchbare von dem Gesunden abzusondern“ (Seneca, zit. nach Häßler/Häßler 2005, S.7).

Gleichermaßen werden die Eugeniker der NS-Zeit argumentieren und sich vornehmlich auf antike Denker und Philosophen stützen, um ihre Bestrebungen rechtfertigen zu können „unwertes“ bzw. „entartetes“ Leben auszumerzen.

Diejenigen, die die erste kritische Lebensphase überleben konnten und bei denen sich erst später z.B. eine leichte geistige Behinderung bemerkbar machte, blieben sofern sie nicht verkauft wurden im Familienverband und konnten mit dem 18. Lebensjahr die Bürgerrechte erlangen. Im väterlichen Handwerks- oder Landwirtschaftsbetrieb, in den Töpfereien oder metallverarbeitenden Betrieben konnten sie, wenn es die gesamtwirtschaftliche Situation erlaubte, zu ihrem eigenen Unterhalt beitragen. Entfielen solche günstigen Bedingungen für ein Heranwachsen im familiären Haushalt, stellten behinderte Angehörige erhebliche Belastungen für die im städtischen Bereich in meist winzigen, überbezahlten Wohnungen lebenden Familien dar (vgl. ebd., S.8).

Dass geistig oder anderweitig behinderte Menschen kein einfaches Los innerhalb der damaligen Gesellschaft hatten, wird m.E. aus den zuvor beschriebenen Sachverhalten ersichtlich.

Eine besonders entwürdigende Tatsache im Umgang mit Behinderten aber, war der sogenannte Narrenmarkt, das „forum morionum“. Menschen mit körperlichen Missbildungen, verwachsenen, verunstalteten Gesichtern und Deformitäten wurden auf diesen speziellen Sklavenmärkten gewinnbringend weiterverkauft. Vorwiegend reiche, der führenden Schicht Roms angehörige Edelleute hatten großes Interesse an solchen „Narren“, vor allem wenn sie zudem auch noch „blödsinnig“ waren, da sie jene bei Anlässen und Festen ausstellen konnten um sich und ihre Gäste zu belustigen (vgl. Meyer 1983, S.88).

2.4 Christentum

Dieses Kapitel versucht die Hintergründe bzw. Wurzeln der christlichen Armen,-Kranken-und Behindertenfürsorge anhand des Alten Testaments (AT) und des Neuen Testaments (NT) zu klären und beschreibt keinen eigenständigen Zeitabschnitt, vielmehr dient es zum Verständnis christlich-caritativer Motive. Im nächsten Kapitel und der Antike chronologisch nachfolgenden Epoche des Mittelalters wird deutlich, welchen Einfluss die kirchliche Lehre auf die politische Machtausübung, die christliche Glaubensgemeinschaft und die Gesellschaft allgemein besaß und welche Bedeutung das christliche Menschenbild für den Umgang und die Betreuung von geistig behinderten Menschen hatte.

2.4.1 Altes Testament

Petersen (2003) gibt zu bedenken, dass das Alte Testament differenziert in seiner Stellung zu behinderten Menschen betrachtet werden muss, da schon allein seine Entstehung über 1000 Jahre umfasst und es kein einheitliches schriftliches Zeugnis darstellt (vgl. ebd., S.34). Jedoch lässt sich zweifelsfrei aus dem AT herauslesen, dass ein „Zusammenhang von Schuld bzw. Sünde sowie Krankheit bzw. Behinderung besonders ausgeprägt“ (Meyer 1983, S.88) ist.

„Die Stellungnahmen des Christentums zu Krankheit, Leid und Behinderung sind uneinheitlich und widersprüchlich...“(Antor/Bleidick 2000, S.60). Dies betrifft insbesondere die Auslegung der relevanten Bibelstellen als auch die divergente Einstellung der Kirche zu den vorher genannten Phänomen. Das AT betont die Schuld des Einzelnen oder seiner Vorfahren und sucht die Ursache für auftretende Krankheiten und Behinderungen in der Sündhaftigkeit dieser Personen. Auch wenn der Mensch sein Leiden als unbegründet und ohne jeglichen Sinn empfindet, ist es Gottes Strafe, die sich an ihm manifestiert (vgl. ebd., S.60).

2.4.2 Neues Testament

Im NT finden sich im Vergleich zum AT häufiger Stellen an denen Begriffe für Behinderungen, wie z.B. „lahm“, „geistlich arm“, „besessen“ etc., vorkommen. Meyer (1983) ist der Ansicht dass durch die neutestamentlichen Berichte über das Wirken Jesu „zum ersten Mal in der Geschichte überhaupt für die Schwachen, die Armen, Geknechteten oder Ausgestoßenen die Möglichkeit der Identifizierung gegeben wurde“ (ebd., S.89). Dass eine Religion die Schwachen und Kranken derartig hervorhebt und sie in den Mittelpunkt ihrer Fürsorge stellte ein Novum dar. Was den Ausschluss geistig behinderter bzw. anderweitig beeinträchtigter Personen vom Kultusdienst, der rituellen Hinwendung zu Gott betrifft, ist das NT eine Fortführung des AT. Jedoch mit dem entscheidenden Unterschied, dass die Schuld für die Krankheit, das Gebrechen etc. nicht mehr in der Person des Betroffenen gesehen wird, sondern als allgemeinemenschliche Auswirkung des Sündenfalls. Die Werke Gottes offenbaren sich im Leiden des Menschen. Das menschliche Leiden wird mit dem Leiden Christi gleichgesetzt (Greving/Ondracek 2005, S.27f.).

Wie glaubwürdig das christliche Menschenbild mit seinen zentralen Inhalten der Nächstenliebe und unbedingtem Schutz allen

(unschuldigen) Lebens ist, muss an dem Umgang mit jenen Schwachen und Hilfsbedürftigen, denen es sich verpflichtet fühlt, ermessen werden.

2.5 Mittelalter

Noch bevor man versucht den Umgang mit geistig Behinderten, ihre Stellung in der Gemeinschaft und die Betreuung dieser äußerst heterogenen Personengruppe darzustellen, sollte man m.E. zuerst die kultur- bzw. sozialhistorischen Gegebenheiten der betreffenden Zeit eingehender betrachten.

Das Mittelalter nimmt den Raum zwischen ausgehender Antike und Neuzeit ein und dauerte in etwa 1000 Jahre, d.h. in etwa vom 6. bis zum 16. Jahrhundert (vgl. Greving/Ondracek 2005, S.25). Es fällt nicht schwer sich vorzustellen, dass für diesen äußerst langen Zeitraum von tausend Jahren keine einheitliche Verhaltensweise gegenüber Behinderten festgestellt werden kann. Einer der Gründe dafür ist, dass in den Chroniken, rechtlichen Kodizes und sonstigen Aufzeichnungen jener Zeit oft sehr unterschiedliche Bezeichnungen für ein und dieselbe Personengruppe verwendet wurden. Jedoch kann man davon ausgehen, dass unter Bezeichnungen wie „Narren“, „Irre“, „Besessene“ oder „Wahnsinnige“ Geistigbehinderte oder psychisch Kranke verstanden werden können (vgl. Petersen 2003, S.51).

2.5.1 Machtpolitischer Einfluss des Christentums

Das Mittelalter ist eng verknüpft mit der Verbreitung des christlichen Glaubens. War das frühe Christentum eine in kleinen Gemeinden organisierte Gemeinschaft von gläubigen Anhängern einer apokalyptischen Heilslehre, entwickelte es sich nach der konstantinischen Wende im 4. Jhdt. zur alleinigen römischen

Staatsreligion und verdrängte alle anderen früheren europäischen Religionen (vgl. Rohrmann 2007, S.13).

Dass es sich dermaßen schnell und weitläufig verbreiten konnte, hat mit der, vor allem die armen Schichten und somit den größten Teil der Bevölkerung, ansprechenden Heilslehre zu tun. Diese neue Religion bot einen Ort der Zuflucht und eine gewisse Linderung des eigenen Leides mit der tröstenden Aussicht auf das jenseitige Königreich Gottes. Der christliche Glaube war von nun an nicht ausschließlich Religion, sondern entwickelte sich immer schneller zu einem Macht- und Herrschaftsinstrument mit politischen und machttaktischen Ausprägungen (vgl. Meyer 1983, S.90).

2.5.2 Mittelalterliche Ständegesellschaft

War die christliche Gesellschaft zu Beginn des Mittelalters noch in relativ kleinen, bescheidenen Gemeinden organisiert, teilte sich die mitteleuropäische Gemeinschaft zum Beginn des 13. Jhdt. immer mehr in Klassen bzw. Schichten auf:

- die oberste Schicht war die herrschende Klasse, die Steuern eintrieb und Kriege zum Erhalten der eigenen Macht führte
- der Klerus, ein relativ kleiner Kreis an Geistlichen, welcher die kirchliche Macht sicherte
- die dienende Klasse, d.h. Untertanen, Bürger, Handwerker, Bauern etc.
- die unterste Klasse bildeten die Armen und Hilfsbedürftigen, zu der auch Menschen mit Behinderungen gezählt werden können (vgl. Greving/Ondracek 2005, S.26)

2.5.3 Entstehung der ersten Klöster

Die Macht der christlichen Kirche als Institution zeigt sich in der „Legitimation zum Erwerb von Vermächtnissen, Untersagung der Adoption, Ehebeschränkungen unter dem Vorwand des Inzestverbotes und Emanzipation der Kinder von der finanziellen und rechtlichen Obhut der Eltern“ (Häbeler/Häbeler 2005, S.14f). Auf diese Weise kam es zum Ausbau der finanziellen Eigenständigkeit und ermöglichte erst die Schaffung geistlicher und kultureller Zentren des Mittelalters, die Klöster. Bereits im vierten Jhdt. wurde das Kloster Monte Cassino erbaut. Zu den späteren großen Komplexen gehören St. Gallen im neunten Jhdt., das Kloster zu Amiens und im 11. Jhdt. Cluny. Geistig Behinderte fanden in diesen und ähnlichen Klöstern Zuflucht. In manchen Fällen konnten sie als Novizen ihr Leben bestreiten, sofern sie körperlich und geistig in der Lage waren die mönchische Arbeit zu verrichten und entsprechende Spenden seitens ihrer Familie aufweisen konnten (vgl. ebd., S. 14f).

2.5.4 Bedrohung Geistigbehinderter durch Inquisition und Hexenverfolgung

Die Inquisition diente der römisch-katholischen Kirche vom frühen 13. bis ins 18. Jhdt. als Instrument Häretiker bzw. Ketzer aufzufinden und diese dem göttlichen Gericht vorzuführen. Diese Praxis beinhaltete z.B. Folter oder Verbrennungen am Scheiterhaufen bei „bewiesener“ Teufelsanbetung der Delinquenten. Hexenverfolgungen und Exorzismen können als Weiterführungen der Inquisition betrachtet werden, denen geistig behinderte Menschen über die Jahrhunderte zu abertausenden zum Opfer fielen. Die verübten Grausamkeiten wurden theologisch anhand des Alten Testaments und dem Glauben an die Sündhaftigkeit Andersartiger gerechtfertigt (vgl. Meyer 1983, S.90).

Das „wissenschaftliche“ Fundament für die Hexenverfolgungen bildete das Werk der Dominikanermönche Sprenger und Institoris, der sog. „Hexenhammer“ („Malleus Malificarum“). Geistig Behinderte („Narren“, „Besessene“ etc.) oder geistig Kranke (z.B. „Wahnsinnige“) wurden von Kirche und Gesellschaft als vom Teufel oder Dämonen in Besitz Genommene betrachtet. Dies wurde zum Teil mittels Folter und anderer menschenverachtenden Methoden vor Gericht unter „Beweis“ gestellt (vgl. ebd., S.90f).

Aber auch die Aussetzung und Tötung von Kindern mit körperlichen und geistigen Behinderungen aufgrund der Annahme diese seien „Wechselbälger“, d.h. vom Teufel untergeschobene Kinder wurden dokumentiert. Ein Beispiel dafür, stellt die im Jahre 1012 in Hochstätt bei Aschersleben auf Beschluss des Gemeinderates vollzogene Tötung von zwei fehlgebildeten Kindern, dar. Betrachtet man die berühmten Tischreden des Reformators Luther (1483-1546), kann man zu dem Schluss gelangen auch dieser wäre dem damaligen Glauben an Wechselbälge erlegen. In diesen Reden heisst es, solche von Dämonen ausgewechselten Kinder, sollen getötet werden weil sie nur seelenloses Fleisch (massa carnis) und keine echten Kinder seien (vgl. Antor/Bleidick 2000, S.61).

2.5.5 Geistigbehinderte zwischen Annahme und Ausgrenzung

2.5.5.1 Ländliche Hausgemeinschaften

Petersen (2003) betont, dass es Hinweise gäbe, die auf die Annahme von geistig behinderten Personen schließen lassen. Im ländlichen Bereich lebten behinderte Menschen innerhalb der häuslichen, vorwiegend bäuerlichen Gemeinschaft und konnten auf diese Weise eine soziale Integration erfahren, sofern sie zur wirtschaftlichen Mitarbeit fähig waren. Für den städtischen Bereich wird es vermutlich schwieriger gewesen sein für die behinderten Familienangehörigen zu sorgen. Für

allen für die Städte liegen Schriften vor, die Aussetzungen, Vertreibungen und Hinrichtungen dokumentieren (vgl. ebd., S.53).

Ein interessantes Beispiel für die Annahme geistig Behinderter bzw. ihrer Akzeptanz innerhalb der Bevölkerung stellt Aus der Schmitten (1985) in seinem Buch „Schwachsinnig in Salzburg“ vor. Darin beschäftigt er sich mit dem endemischen „Kretinismus“ in Salzburg des 18. Jhdt. anhand der Eintragungen, der durch dieses Gebiet reisenden Ärzte Joseph und Karl Wenzel. Diese beschreiben in einer Passage, dass der Umgang der Bevölkerung mit den Geistigbehinderten freundlich und tolerant war und es keine Bemühungen gab, die „Schwachsinnigen“ von den anderen zu trennen, was aber auch bedeutet, dass es keine Anstrengungen diese zu fördern oder medizinisch zu betreuen gab (vgl. ebd., S.48).

2.5.5.2 Klöster, Hospitäler, Narrentürme

Die ersten mittelalterlichen Institutionen, die sich geistig behinderten Menschen annahmen, wobei man feststellen muss, dass diese äußerst wenig mit den „Irrenhäusern“ des frühen 20. Jhdt. und noch weniger mit modernen Psychiatrien gemein hatten, wurden im arabischen Raum gegründet und in Europa erstmals in Spanien des Spätmittelalters (15. Jhdt.) gegründet. Wieder waren es vorwiegend Geistliche und reiche Bürger oder Adlige, welche solche Einrichtungen aufbauten (vgl. Greving/Ondracek 2005, S.33).

Die im 12. Jhdt. entstandenen Hospitäler, die zum größten Teil ebenfalls von Geistlichen geführt wurden, waren vielmehr Verwahrungsstätten denn Heilungsanstalten. Das lässt sich möglicherweise neben einer fehlenden Schulmedizin und Anwendung antiker Heilmethoden (Heilkräuter, Diäten) auch dadurch erklären, dass Krankheit als spirituelle Verfehlung, Sünde etc. verstanden und eine göttliche Heilung erwartet wurde. „ Durch eine kaum vorgenommene Differenzierung

zwischen Armut, Sünde und Krankheit wurden neben mittellosen Kranken, Obdachlose, Aussetzige oder Entstellte aufgenommen, die allerdings durch ein Minimum an Verpflegung zumindest vor dem Verhungern bewahrt werden konnten" (Meyer 1983, S.91).

Die kirchlich organisierte Armenfürsorge, die auf der Soziallehre von Thomas von Aquin beruht, bildete die Grundlage für die Einrichtungen dieser Zeit. Zur christlichen Liebestätigkeit gehörte auch die Almosenvergabe an bedürftige bettelnde Menschen (vgl. Mattner 2000, S.24).

Wenngleich auch Schröder (1983) die Ansicht vertritt, dass der Großteil der Behinderten wahrscheinlich innerhalb ihrer Familien versorgt wurde, waren vor allem ärmere Familien dazu genötigt ihre behinderten Angehörigen dem Gemeindewesen anzuvertrauen (vgl. ebd., S.27).

Oftmals bedeutete dies, dass jene Personen, die psychisch erkrankt, geistig behindert oder sonstwie auffällig und „anders“ waren, weggesperrt wurden und tobsüchtige, aggressive z.B. vor den Stadtmauern in Holzkisten oder Käfigen gefangen gehalten wurden (vgl. Petersen 2003, S.54).

Ein weiteres Beispiel für die unmenschliche Behandlung geistig behinderter oder psychisch kranker Menschen, stellen die im Mittelalter entstandenen Narrenhäuser oder Narrentürme dar. Als ein berühmtes und für solche Anstalten repräsentatives Exempel (wenngleich späterer Zeit, nämlich 1784) kann der Wiener Narrenturm gelten. In gefängnisartigen Zellen wurden die „Irren“ zusammengepfercht und zum Teil an Hals und Beinen angekettet gehalten. Von pflegerischer oder ärztlicher Versorgung kann hier keine Rede sein. Die äußerst schlecht bezahlten Wärter dieser Unterbringungen wurden aus den untersten gesellschaftlichen Schichten rekrutiert und waren für Essensausgabe und Züchtigung der Insassen zuständig (vgl. Schröder 1983, S.30f).

Ganz allgemein ging es bei der Unterbringung der Behinderten hauptsächlich um deren Aussonderung aus der Gesellschaft.

Speck (1979) betont: „Die Unterbringung in öffentlichen Häusern hatte mit einer pädagogischen Hilfe oder einer Behandlung nichts zu tun, sie diente der Verwahrung zum Schutz der Öffentlichkeit“ (vgl. ebd., S.57f).

2.6 Aufklärung

Die Aufklärung markiert den historischen Übergang vom Mittelalter zur Neuzeit und hatte Veränderungen der sozialen Strukturen zur Folge. Kriege, wie der Bauernkrieg im 16. Jhdt. und der im Zuge der Reformation konfessionell motivierte Dreißigjährige Krieg (1618-1648) hinterließen eine Spur der Verwüstung in ganz Europa. Für den deutschsprachigen Raum bedeutete dies eine rapide Verarmung breiter Gesellschaftsschichten. Am schlimmsten traf es die Landbevölkerung, die aufgrund von Vertreibungen oder Vernichtung ihrer Besitztümer Schutz in den Städten suchten. Nicht zuletzt die Verelendung der breiten Massen und die bereits vorher schlechten Lebensumstände des ausgehenden Mittelalters machten soziale und ideelle Neuerungen notwendig (vgl. Meyer 1983, S.92; Mattner 2000, S.24ff).

2.6.1 Anfänge wissenschaftlicher Forschung

Die Aufklärung, als Zeit des Umbruchs zur Moderne, löst sich unter dem Einfluss des philosophischen Rationalismus von den bisher dominierenden Fragen der Metaphysik. Vereinfacht ausgedrückt, kann man sagen: Der Mensch löst Gott als Zentrum des alleinigen Interesses ab. Das bald darauf beginnende Industriezeitalter mit seinen technischen Errungenschaften und den immer exakter werdenden Wissenschaften treten an die Stelle des metaphysischen Gottes.

Wissenschaftlich belegbare Tatsachen ersetzen Hypothesen metaphysischer Art (vgl. Mattner 2000, S.24f).

Mit der Aufklärung begann eine völlig neue Wissenschaftlichkeit. „Betont wurde die Empirie, das Experiment, die Analyse, der Schluß vom Besonderen auf das Allgemeine; bekämpft wurden die jahrhundertealten A-priori-Wahrheiten der traditionellen Autoritäten und die Methode der Ableitung des Besonderen aus dem Allgemeinen“ (Aus der Schmitt 1985, S.11).

2.6.2 Pädagogische Ansätze

Auch wenn zum ausgehenden Mittelalter schon vereinzelt von Anstalten oder Verwahrungshäusern für geistig behinderte Menschen gesprochen werden kann, ist eine Entwicklung solcher Institutionen erst im 18., eine Etablierung erst im 19. Jahrhundert geschehen (vgl. Mattner 2000, S.24f).

In seiner Schrift „Was ist Aufklärung“ definiert Immanuel Kant, einer der einflussreichsten Philosophen der Aufklärungszeit, Aufklärung als „Ausstieg des Menschen aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit“ (Greving/Ondracek 2005, S.36). Nach der Ansicht vieler damaliger Denker, war eine solche Emanzipation nur mittels Bildung und Erziehung des Menschen zu bewerkstelligen. Diesen frühen pädagogischen Gedanken folgend wurde zur gleichen Zeit auch die Idee geboren, dass alle, auch behinderte Kinder erziehungs- und bildungsberechtigt sind (vgl. ebd., S.36f).

Auch wenn diese Gedanken bereits einen ausgeprägten humanistischen und heilpädagogischen Kern besitzen, sah die damalige Praxis der Behindertenbetreuung und Erziehung ganz anders aus.

2.6.3 Erste „Irrenanstalten“

Von deutschen Städten, wie Frankfurt am Main, wird berichtet dass kommunale „Tollhäuser“ aus dem „Allgemeinen Almosenkasten“ des Stadtrates errichtet wurden (vgl. Greving/Ondracek 2005, S47).

In Österreich wurden Einrichtungen seitens der Kirche geschaffen. Mittels sog. Pfarrarmeninstitute oder Armeneinlagen (Subventionen bei Arbeitsunfähigkeit) wurde der größte Teil der geistig behinderten Menschen notdürftig versorgt. Davon ausgenommen waren die „Tobsüchtigen“, diese wurden in Sonderanstalten wie dem „Haus am Salzgries“ oder dem im Jahre 1784 errichteten Narrenturm in Wien verwahrt. Die Patienten wurden angekettet, in lichtleeren Räumen gefangen gehalten und von zahlenden Besuchern der reicheren Schichten begafft (vgl. Schmidt 1993, S.42).

Trotz der Entwicklung humanistischer Ideen, den Erkenntnissen auf dem Gebiet der Behinderungen und dem Interesse an der Erforschung des „Irrsinns“ blieben behinderte Personen in solchen Verwahrungsanstalten noch lange interniert. Bis zum Ende des 18. Jhdt. wurde weder zwischen psychischer Erkrankung und geistiger Behinderung unterschieden, noch wurde in der Behandlung zwischen Strafgefangenen und Behinderten in vielen Einrichtungen, wie den Narren-, Toll- und Arbeitshäusern unterschieden. Mit Errichtung der ersten „Irrenanstalten“ verbesserte sich die Lage der geistig Behinderten aber nicht (vgl. Häßler/Häßler 2005, S.43).

Wie die Behandlung dieser Personengruppe in solchen Anstalten ausgesehen hatte, beschreiben Alexander/Selesnick (1969): „Erregte Patienten wurden nackt in enge Zellen gesperrt ... schlagen war üblich und wurde mit seichten Rationalisierungen begründet. Man benutzte Zwangsjacken und Ketten, ... , da man der Theorie huldigte, daß, je schmerzlicher die Zähmung war, desto bessere Resultate zu erwarten wären...“ (ebd., S.156; zit. nach Meyer 1983, S.93).

Es sollen einige dieser Zwangsmaßnahmen, die zur Behandlung aggressiver Patienten angewendet wurden exemplarisch dargestellt werden. Dazu zählen fixierende Behelfe wie das Zwangskamisol, eine spezielle Zwangsjacke oder der Tranquilizer, ein großer Stuhl auf den der Patient an Körper und Beinen gefesselt wird (vgl. Schröder 1983, S.42f). Zu den physikalischen Behandlungsmethoden, die gelegentlich auch als Heilmethoden Erwähnung finden, gehören unter anderem:

- das glühende Eisen: dabei wird dem Patienten mit glühenden Eisenstangen über den rasierten Kopf und über die Fußsohlen gefahren. Durch Wiederholung dieser Handlung versprach man sich offenbar eine Heilung von der psychischen Erkrankung
- das Sturzbad: entweder wird der Patient an Seilen festgemacht in ein Bassin eiskalten Wassers gestürzt, wobei diese Prozedur wiederholt wird oder dem Patienten werden in einer Wanne sitzend große Mengen eiskalten Wasser über Kopf und Körper geleert (vgl. Schneider 1824; zit. nach Schröder 1983, S.45)
- die Drehmaschine: dies ist eine Apparatur, die einer Astronautenzentrifuge ähnelt. Der Betroffene wird in liegendem Zustand mehrere Minuten lang um seine eigene Achse gedreht. Die Angst, die sich dabei einstelle, so Horn (1818), habe eine erfolgreiche Abschreckungswirkung bei suizidalen Patienten gezeigt (vgl. ebd.; zit. nach Schröder 1983, S.51).

Dies waren nur wenige Beispiele aus vielen Anwendungen im vorpsychiatrischen Bereich der „Irrenanstalten“. Erst das späte 19. Jhdt. brachte auf dem Gebiet der Versorgung psychisch Kranker und geistig behinderter Mitmenschen in den bereits erwähnten Institutionen eine Verbesserung in der Behandlung. Dies geschah durch die Übernahme erfolgreicher ausländischer Konzepte in österreichische und deutsche Anstalten (vgl. Meyer 1983, S.92f). Zu den Neuerungen gehörten z.B. das aus England stammende Konzept des „moral management“. Dieses sah unter anderem eine individuelle Betrachtung der Kranken- und Lebensgeschichte, eine Beschäftigungstherapie und den Verzicht auf

körperliche Gewalt und Anwendung physikalischer Zwangsmittel, vor (Peters 2007, S.658).

2.6.4 Frühe heilpädagogische Einrichtungen

Mit der Abkehr vom mittelalterlichen Aberglauben und der Emanzipation der Forschung als Resultat einer vernunftbasierten und beweisbaren Wissenschaftlichkeit, begannen Medizin und Sozialwissenschaften sich dem Phänomen der „Geistesschwäche“, dem sog. „Kretinismus“ und dessen Erforschung zuzuwenden. Auch die Bildung und Erziehung der geistesschwachen Kinder wurde angedacht und erste behindertenpädagogische Ansätze wurden sichtbar. Wichtige pädagogische Ideen lieferte der Schweizer Pädagoge Pestalozzi (1746-1827). Er verfasste Schriften zur Lebenssituation der „niedrigsten Menschheit“ und setzte sich für mehr Menschlichkeit im Umgang mit geistesschwachen Kindern ein (vgl. Speck 2005, S.16).

Für jene Zeit äußerst modern und im eigentlichen Sinne aufgeklärt war Pestalozzis Auffassung, „dass auch Kinder von äußerstem Blödsinn, die durch gewohnte Härte dem Tollhaus aufgeopfert werden, durch liebevolle Leitung zu einem ihrer Schwachheit angemessenen, einfachen Verdienst vom Elend eines eingesperrten Lebens errettet und zur Gewinnung ihres Unterhalts und zum Genuss eines freien und ungehemmten Lebens geführt werden können“ (Pestalozzi zit. nach Speck 2005, S.16f).

Durch Pestalozzis Theorien angeregt und in Opposition zur herrschenden Praxis in der Behindertenbetreuung versuchte sich der Schweizer Arzt Guggenbühl (1816-1863) an einer Heilung des „Kretinismus“. In seiner, bei Interlaken in der Schweiz gelegenen „Heilanstalt für Kretinen und blödsinnige Kinder“ gab es gesonderte Räumlichkeiten für Pflegebedürftige als auch eine handwerkliche Lehrwerkstätte. Zentraler Bestandteil der Erziehung war die körperliche

Kräftigung. Mit Kräutern angesetzte Bäder, Duschen und Massagen wurden zur Stimulation der Haut angewendet. Neben dem Lesen und Schreiben und dem Religionsunterricht wurden rechnerische und sprachliche Kompetenzen gefördert. Guggenbühls ganzheitliche Maßnahmen finden sich in weiter entwickelter Form in der heutigen Heilpädagogik wieder. Ansätze einer integrativen Pädagogik, indem behinderte mit nichtbehinderten Schülern gemeinsam unterrichtet wurden, entstanden hier ebenso. Das Ziel der erzieherischen Betreuung war es, die Betroffenen in die Selbstständigkeit entlassen zu können (vgl. Petersen 2003, S.92f).

Guggenbühls Anstrengungen fanden nicht den gewünschten (langfristigen) Erfolg. Abgesehen von z.T. heftiger Kritik an seiner Arbeit durch fachliche Kollegen, verstarb Guggenbühl sehr früh und die Anstalt am Abendberg fand keinen Nachfolger. Bedeutsam waren nicht nur die frühen heilpädagogischen Gedanken, die hier Anwendung fanden und als Vorbild für spätere Einrichtungen dienten, sondern auch der unzeitgemäße Ansatz geistig behinderte Kinder liebevoll anzunehmen (vgl. Meyer 1983, S.107f).

Ebenso erwähnenswert ist eine andere pädagogische Einrichtung zur Mitte des 19. Jhdt., die von J.D. Georgens und M. Deinhardt gegründete „Heilpflege- und Erziehungsanstalt Levana“ in der Nähe von Wien. Zentrale Anliegen waren die Förderung der Eigenaktivität der betreuten Kinder, sowie eine Ablehnung direkter Erziehung (vgl. Speck 2005, S.20).

2.7 Industrialisierung

2.7.1 Sozialhistorischer Kontext

Bereits zum Ende des 18. Jhdt. kam es zu großen Bewegungen innerhalb der Bevölkerung. Vornehmlich war es die Landbevölkerung in Gegenden, nahe den neu entstandenen wirtschaftlichen Zentren, die einer Entwurzelung entgegensah. Durch die Errichtung maschineller

Großproduktionsstätten in den Städten, waren es vor allem die handwerklichen, bäuerlichen Kleinbetriebe, die durch diese Veränderungen existenziell bedroht wurden. Jene, die keine Arbeit am Land finden konnten oder ihre Betriebe aufgrund der Konkurrenz durch die Manufakturen aufgeben mussten, strömten in die bereits überfüllten Städte (vgl. Schmidt 1993, S. 42).

Doch was die Menschen erwartete waren schlechte Entlohnung, zum Teil 14-stündige Arbeitstage und katastrophale Lebensbedingungen in verwahrlosten, überteuerten Wohnungen. Auch Kinderarbeit war eher die Regel als die Ausnahme. Die Fabriksarbeiter hatten keine gesetzliche Vertretung und keine Rechte. Bei Krankheit des Arbeiters, war es dem Fabrikbesitzer überlassen, ob er ihn behielt oder entließ. Allmählich kam es zum sogenannten „Pauperismusstau“, einer Verelendung der arbeitsunfähigen breiten Masse (vgl. Aus der Schmitten 1985, S.75).

Der österreichische Staat reagierte mit der Errichtung von Zucht- und Arbeitshäusern. Zum einen stand die Bewahrung der rechtstaatlichen Ordnung und das Verhindern von Revolutionen hinter diesen Einrichtungen; zum anderen Teil war es wirtschaftliches Kalkül, die Internierten als billige Arbeitskräfte zugunsten des Staates auszubeuten (vgl. Blasius 1980, S.21). Diesen Anstalten fielen auch viele Geistigbehinderte zum Opfer, da ihre Familien, durch die Veränderung der Wohnsituation und Arbeitstätigkeit nicht mehr länger für sie sorgen konnten (vgl. Blasius 1980, S.21f). Im Zuge der schlechten Lebens- und Arbeitsbedingungen des größten Teils der Bevölkerung kam es 1863 zur Etablierung des „Heimatgesetzes“, welches ein Fundament für eine Sozialpolitik darstellte, das in Grundzügen bis heute noch Anwendung findet. Zentraler Bestandteil war das Prinzip der Subsidiarität. Dieses besagt, dass Familien selbst für ihre schwachen, invaliden, schwachsinnigen Angehörigen aufkommen müssen und nur wenn sie beweisen konnten, dass die dazu nicht in der Lage sind, sprang der Staat für die Versorgung dieser Familienmitglieder ein. Tatsächlich zog

sich der Staat immer mehr aus der Verantwortung und überließ die Armen- und Behindertenversorgung karitativen, christlichen Organisationen und privaten Einrichtungen (vgl. Schmidt 1993, S.44).

Behinderte Menschen, die in den privat geführten Anstalten für „Schwachsinnige“, oftmals „Idiotenanstalten“ genannt, keine Aufnahme fanden, wurden auf Geheiß des Staates in die Armen- und Versorgungshäuser, gemeinsam mit Kriminellen, Bettlern und anderen, gesteckt (vgl. Aus der Schmitten 1985, S.75f).

Grundsätzlich kann man die Lage von geistig behinderten Personen, zur Zeit der Industrialisierung, als desolat und äußerst kritisch bezeichnen. Aufgrund der wachsenden körperlichen Anforderungen in den Manufakturen und Fabriken wurde ein Großteil der Behinderten von einer Teilhabe am wirtschaftlichen Prozess ausgeschlossen. Noch schwieriger hatten sie es aber im Hinblick auf die durch die Industrialisierung notwendig gewordenen Reformen des Bildungssystems, da die Industrie besser ausgebildetes Personal benötigte (vgl. Mattner 2000, S.27).

2.7.2 Gründung von Hilfsschulen

Im Rahmen der Reformation und dem Einwirken der Kirche, kam es bereits im 16. Jhdt. zur fallweisen Errichtung von „deutschen Schulen“, die als volksnahes Pendant zu elitären Privat- und Klosterschulen fungierten. Es dauerte bis zum ausgehenden 18. Jhdt. bis in allen deutschen Staaten die allgemeine Schulpflicht eingeführt wurde. Durch viele unterschiedliche Lehrsysteme und Schultypen war man von einem Bildungsstandard weit entfernt. Erst durch die zur Mitte des 19. Jhdt. stattgefundene Nivellierung des uneinheitlichen Schulsystems, entstand die Volksschule. Jetzt war es möglich eine schulische Mindestqualifikation, die die erstarkte Industrie notwendig gemacht hatte, umzusetzen (vgl. Meyer 1983, S.92f). Die meist vierklassigen

Volksschulen hatten pro Klasse bis zu 80 Kinder. Lernschwache oder minderbegabte Schüler fielen bei dieser Klassengröße kaum auf. Außerdem wurden nur jene speziell gefördert, deren Eltern wohlhabend waren. Die anderen repetierten bzw. verblieben länger in der Unterstufe (vgl. Mattner 2000, S.28).

„Schwachsinnige“ oder „Halbidioten“, so wurden Schüler genannt, die dem Leistungsstandard der Regelklassen nicht entsprechen konnten, kamen ab Mitte des 19. Jhdt. in neugegründeten schulinternen Hilfsklassen unter. War die Idee dahinter, leistungsschwache Schüler nach ihrer Besserung in die Regelklassen wiedereinzugliedern, stieg die Zahl der minderbegabten Schüler nun noch weiter an und machte immer mehr Hilfsklassen notwendig. Dies führte langfristig zur Abkehr von Hilfsklassen und zur Gründung von Hilfsschulen (vgl. Speck 1979, S.63).

Die Kriterien mittels derer eine Umschulung vorgenommen wurde, basierten meist auf sprachlichen Kompetenzen der Schüler. Letztlich hing das von der subjektiven Einschätzung des Lehrers ab. Doch auch die Unterteilung in unterschiedliche Formen des Schwachsinnns hatte in Hinblick auf Unterbringung in eine Hilfsschule oder in eine der neu gegründeten „Blödsinnigen- bzw. Idiotenanstalten“ zu erfolgen (vgl. Häbeler/Häbeler 2005, S.62).

Solch eine Unterscheidung nimmt der Taubstummlehrer Stötzner (1832- 1910) 1864 in seiner Publikation „Schule für schwachbefähigte Kinder“ vor, indem er, die einer Hilfsschule zugeordneten Schüler als schwachsinnig „in der Mitte zwischen normal gebildeten und blödsinnigen Kindern“ bezeichnet (vgl. Mattner 2000, S.28).

Die in den Hilfsschulen praktizierten erzieherischen Methoden wurden mit medizinischen Maßnahmen gekoppelt. Speck (1979) spricht von „Maßnahmen zur Hebung der Gesundheit durch Hygiene, richtige Ernährung, Bäder, Waschungen, Schwimmen, Heilgymnastik und

diätetische Pflege waren mit Erziehung und Unterricht kombiniert“ (ebd., S.63).

2.7.3 „Idiotenanstalten“

Zur selben Zeit, als die Volksschule im deutschsprachigen Raum etabliert wurde, gab es aufgrund der Verarmung der Bevölkerung und der allgemein prekären sozialen Lage, für geistig oder anderweitig behinderte Kinder und Erwachsene Einrichtungen, die sich ihrer annahmen. Dies waren vorwiegend christlich-karitativ tätige Organisationen, die Einrichtungen für diese „Randexistenzen“, sog. „Idiotenanstalten“ bzw. „Schwachsinnigenanstalten“ gründeten (vgl. Droste 1999, S.18).

Ob in jenen Einrichtungen, wie auch schon im Jahrhundert davor, die Betreuung unter dem christlichen Ethos einer ausschließlichen Verwahrung und Pflege stattgefunden hatte, so wie es Mattner (2000) auffasst, spaltet die Meinungen der heutigen Pädagogen. Speck (2005) sieht die neueren Anstalten zur Mitte des 19. Jhdt. „mitgetragen von den pädagogischen und medizinischen Impulsen und Erkenntnissen, die sich in dieser Zeit allmählich verbreiteten“ (Speck 2005, S.24). Solche „Idiotenanstalten“ waren zum Großteil privat finanzierte Einrichtungen, zu denen nur Geistigbehinderte aus wohlhabenden Familien Zugang fanden. Die wesentlich kostengünstigeren Hilfsschulen, die auch niedrigeren sozialen Schichten erschwinglich waren, entwickelten sich zunehmend zu einer Konkurrenz für die „Schwachsinnigenanstalten“ (vgl. Mattner 2000, S.29).

Mit der steigenden Zahl der Hilfsschulgründungen entwickelten sich in Österreich und Deutschland etwa zur selben Zeit Verbände der immer größer werdenden Hilfsschullehrerschaft. Wurden in der Gründungsphase der Hilfsschulen vielfach jene Schüler mit schwerer geistiger Behinderung („Imbezille“) überwiesen, wurden diese infolge

neuer, für viele kaum erreichbare Leistungsstandards innerhalb der Hilfsschulen, wiederum ausgeschlossen. Auf den ersten Tagungen zwischen 1898 und 1901 wurde vom „Verband der Hilfsschulen Deutschlands“ festgelegt, dass jene Schwachsinnigen höheren Grades von der Überweisung auszuschließen seien, d.h. ausgeschult werden sollen (vgl. Petersen 2003, S.105).

2.7.4 Entstehung psychiatrischer Anstalten

Im Zuge der Aufklärung und der späteren Industrialisierung nahm das Interesse an der Erforschung des „Irrsinns“ zu. Neben der pädagogisch motivierten Unterscheidung der einzelnen Behinderungsarten begann auch der medizinisch-psychiatrische Bereich mit der Untersuchung geistiger Behinderungen und psychischer Erkrankungen (vgl. Droste 1999, S.31f). Hinsichtlich der Institutionalisierung der Psychiatrie sprechen Dörner/Plog (2000) von einem „Spaltprodukt der damaligen Lösung der sozialen Frage“ (ebd., S.466f.).

Damit sprechen sie „die primär utilitaristischen Motive einer sich zunehmend rationalisierenden Industriegesellschaft“ (Droste 1999, S.32) an. Eine Gesellschaft also, die sich ihrer „Irren“ und „Idioten“ durch Abschieben in geschlossene Anstalten zu entledigen suchte. Es kam zu einer „Medizinalisierung der sozialen Probleme“ (ebd.), aber auch der geistigen Behinderung. Seitens der Medizin wurde diese als „endogen krankhafter Prozess“ (Mattner 2000, S.30) betrachtet. Der geistig Behinderte wurde auf seine Hirnschädigungen reduziert und „die wissenschaftlich-medizinische Begründung seines Anders-Seins war schließlich der Ausgangspunkt seiner medizinischen Behandlung und Betreuung nach den Kriterien eines Krankenhauses“ (ebd.).

Für den deutschsprachigen Raum legte Johann Christian Reil (1803) das Fundament für die psychiatrische Forschung. Dieser führte den Begriff der Psychiatrie und ein Klassifikationsschema des sog. Blödsinns ein. Er

unterschied zwischen Debilität, Imbezillität und Idiotie. Begriffe welche die Grade der geistigen Behinderung in zunehmender Höhe festlegen (vgl. Droste 1999, S.32f).

Eine ähnliche Klassifizierung nahm zur Jahrhundertwende der deutsche Psychiater Emil Kraepelin (1856-1926) vor. Im Unterschied zu Reil, nahm er eine Abgrenzung der Demenz, als hirnorganische Schädigung im Alter, von der Oligophrenie, des sog. Schwachsinn vor. Die Unterteilung der Oligophrenie in die bereits erwähnten Kategorien Debilität (leichtgradiger Schwachsinn), Imbezillität (mittelgradiger Schwachsinn) und Idiotie (hochgradiger Schwachsinn) wurde später um die jeweiligen IQ-Werte erweitert. Ausserdem veröffentlichte Kraepelin das erste psychiatrische Lehrbuch seiner Zeit (vgl. Häbeler/Häbeler 2005, S.57).

Kam es gegen Mitte des 19. Jhdt. zur Trennung der „Idioten“ bzw. „Blödsinnigen“ von Patienten geringerer Schwachsinnsgade, weil letztere Heilungschancen versprochen, wurden zunächst kombinierte Einrichtungen, sog. „Heil- und Pflegeanstalten“ gegründet. Diese Veränderung dauerte wiederum nur kurze Zeit, bis sich die psychiatrisch- medizinischen Anstalten von ihren uninteressanten schwerbehinderten Fällen trennten und für diese Platz in den von Pädagogen oder Theologen geführten Institutionen gesucht wurde (vgl. Mattner 2000, S.31).

Gegen Ende des 19. Jhdt. können drei konzeptionelle Strömungen in der Betreuung Schwachsinniger festgestellt werden:

1. medizinisch- psychiatrische,
 2. religiös-karitative und
 3. heil- und hilfsschulpädagogisch motivierte Einrichtungen
- (vgl. Droste 1999, S.17)

2.7.4.1 Psychiatrische Anstalten in Österreich

Die Entwicklung der Psychiatrie zur universitären Wissenschaft und ihre Verbreitung in Form von psychiatrischen Anstalten geschah in Deutschland und Österreich in sehr ähnlicher Weise. Jedoch gibt es Unterschiede in der breitflächigen Errichtung solcher Institutionen. Geschah dies in Deutschland schon zur Mitte des 19. Jhdt., kam es in Österreich erst zum Ausgang des 19. Jhdt. dazu. Durch das 1863 eingeführte Heimatgesetz, fielen die psychiatrischen Anstalten in den Kompetenzbereich der Länder und Gemeinden. Die wenigen großen psychiatrischen Institutionen wie „Gugging“ oder „Steinhof“ entwickelten sich in kürzester Zeit zu überfüllten Anstalten. Ein Grund dafür lag in dem Umstand, dass neben psychisch Kranken auch geistig behinderte, süchtige und alte Patienten aufgenommen wurden. Es gab eigene Abteilungen für geistig behinderte Kinder und Jugendliche und in manchen Fällen auch Freizeit- und Beschäftigungstherapien. Mit dem 16. Lebensjahr wurden sie zur allgemeinen Psychiatrie überstellt, wo viele bis zu ihrem Lebensende blieben (vgl. Schmidt 1993, S.46ff). Im Vergleich zum Wiener „Narrenturm“ haben diese Anstalten bereits zu Beginn ihres Bestehens angeschlossene landwirtschaftliche Betriebe, in denen sich geistig behinderte Patienten, sofern sie dazu in der Lage waren, betätigen konnten. Gegen Ende des 19. Jhdt. war die Psychiatrie nun fast allein zuständig für die Behandlung und Betreuung geistig Behinderter. Entwickelten sich die deutschen Pflegeanstalten („Idiotenanstalten“ etc.) dahingehend, dass ihre Leitung ärztlichem Personal unterstand, wurde die psychiatrische Dominanz in Österreich als selbstverständlich angesehen (vgl. ebd.).

Droste (1999) betont, dass das Interesse der Psychiatrie an den geistig Behinderten vorwiegend theoretischer Natur war, mit dem Ziel, die noch junge Universitätswissenschaft voranzutreiben (vgl. ebd., S. 48f). Die Naturwissenschaften und somit auch die Medizin, gewannen nicht zuletzt durch die bahnbrechende Entdeckung von Krankheitserregern,

wie dem Tuberkulosevirus, immer mehr an Macht. Sozial bedingte Ursachen von psychischen Erkrankungen oder Behinderungen, mussten in überwiegendem Maß biologisch begründbaren Konzepten weichen. Genetik und Darwinsche Vererbungslehre fanden übermäßig hohen Anklang innerhalb der Wissenschaften. Innerhalb der Psychiatrie wurden Erkrankungen zunehmend individualisiert, d.h. als persönliches Schicksal betrachtet. Diese Sichtweisen ebneten den Weg für die Lebenswertdebatten des frühen 20. Jahrhunderts (vgl. Schmidt 1993, S. 41ff).

2.8 Die Wende zum 20. Jahrhundert

Wie bereits dargelegt wurde, kam es im deutschsprachigen Raum, sowie in ganz Europa im Zuge der Industrialisierung zu sozialen Missständen. Durch ein rapides Anwachsen der Bevölkerung bei gleichzeitiger Verarmung und Verelendung der breiten, arbeitsunfähig gewordenen Masse, verschlechterten sich die Lebensumstände der Hilfsbedürftigen zunehmend. Eine daraus resultierende Radikalisierung der Gesellschaft nahm ihren Anfang. Nicht zuletzt indem zwischen den, für die Gemeinschaft „Brauchbaren“, also solchen, die am wirtschaftlichen Prozess teilnahmen und jenen „Unbrauchbaren“, die dem Staat und folglich der Gesellschaft „zur Last“ fielen unterschieden wurde (vgl. Mattner 2000, S.35). Die bereits im frühen 19. Jhdt. entstandenen Rassetheorien einiger Vertreter der anthropologischen Wissenschaft und die auf gesellschaftliche Prozesse angewandte Evolutionstheorie Darwins der sog. Sozialdarwinisten, führten dazu, dass die Schuld bei den „sozial Unbrauchbaren“ gesucht wurde. Dies führte letztendlich unter anderem dazu, dass der Wert z.B. behinderter Menschen zur Diskussion stand. Von da an, war es nicht mehr weit zur praktischen Umsetzung solcher menschenverachtender Sichtweisen zur Zeit des Nationalsozialismus (vgl. ebd., S.35f).

Um zu klären, wie es zur Tötung behinderter Menschen, sog. „Ballastexistenzen“, kommen konnte, sollen im folgenden wissenschaftliche Theorien vorgestellt werden, mittels derer ein solches Vorgehen legitimiert wurde.

2.8.1 Anormalentheorie und Degenerationshypothese

Zur Zeit der Jahrhundertwende gab es auf dem europäischen Markt eine Vielzahl an Veröffentlichungen zu dem Themengebiet des „Schwachsinn“. Ob es nun um die Ursachen seiner Entstehung, die verschiedenen Formen oder Vorschläge zu dessen Behandlung ging. Welche Bedeutung der „Schwachsinn“ innerhalb der damaligen Gesellschaft hatte, lässt sich daran erkennen, dass sich Psychiater, Mediziner, Anthropologen, Pädagogen und Vertreter anderer Wissenschaften mit diesem Phänomen befassten. Trotz der unterschiedlichen Meinungen und Theorien kristallisierten sich einige Theorien heraus, die von vielen geteilt wurden und so an Bedeutung gewinnen sollten (vgl. Aus der Schmitten 1985, S.117).

Die Anormalitätstheorie entstand im Umfeld der Kinderpsychiatrie und versucht Kinder mit den unterschiedlichsten Krankheitssymptomen (u.a. Epileptiker, „Schwachsinnige“, Psychopathen und Selbstmörder) zu einer Gruppe zusammenzufassen. So eine Vereinheitlichung war völlig konträr zu den Bestrebungen der Wissenschaftler im 19. Jhdt., welche möglichst genau zwischen den Phänomenen unterscheiden und Untergruppen zu benennen versuchten. Der Grund für diese Zusammenfassung liegt in einer Abweichung des „Abnormalen“ von der Norm, des „Normalen“. Normal wurde mit gesund und hochwertig gleichgesetzt. Anormal oder abnormal wurde mit schadhaft, krank und minderwertig konnotiert (vgl. ebd., S.118f). In dieser Theorie zeigt sich bereits eine Unterwanderung der Wissenschaften durch Ideologien.

Die Degenerationshypothese hat sich in der zweiten Hälfte des 19. Jhdt. in medizinisch-psychiatrischen Kreisen entwickelt. Sie wurde von Augustin Morel (1809-1873) begründet und vertritt die Ansicht, dass die Ursache für Geisteskrankheiten u.a. Vergiftungen, moralische Erkrankungen oder angeborene und erbliche Schäden sind (vgl. Lösch 1998, S.45f). Morel befasste sich lange Zeit mit der Vererbbarkeit von Geisteskrankheiten und fand viele Unterstützer seiner Idee der „Progressivität“. Häbeler/Häbeler (2005) konkretisieren: „ Die erste Generation einer degenerierten Familie mochte nur nervös sein, die zweite neigte schon dazu neurotisch, die dritte psychotisch zu sein, die vierte war idiotisch und starb aus“. Obwohl die Theorie von der Degeneration des Menschen schon zum Ende des 19. Jhdt. widerlegt werden konnte, hielt sie sich in manchen wissenschaftlichen Kreisen hartnäckig weiter (Häbeler/Häbeler 2005, S.59).

In dieser Theorie kommt der damalige Stellenwert der Vererbungslehre zum Vorschein und soll im folgenden anhand der Evolutionstheorie Darwins dargestellt werden und die durch ihn beeinflusste Entstehung des Sozialdarwinismus.

2.8.2 Sozialdarwinismus

1859 erschien das Werk „Über die Entstehung der Arten durch natürliche Zuchtwahl oder die Erhaltung der begünstigten Rassen im Kampfe ums Dasein“ des englischen Biologen Charles Darwin (1809-1892) (vgl. Petersen 2003, S.106). Darin beschrieb er, wie natürliche Selektion die Evolution bestimmt. Diese Theorien von Selektion und Abstammung stützen sich auf zwei Grundsätze, nämlich dass alle Tier- und Pflanzenarten mehr Nachkommen produzieren als zur ihrer Erhaltung tatsächlich notwendig wären und zum anderen, dass die Eigenschaften einer Art variabel sind. Die natürliche Auslese innerhalb einer Spezies geschieht dadurch, dass im Überlebenskampf diejenigen Mitglieder mit den überlegenen Eigenschaften überleben, diese dann

weitervererben und auf solche Weise eine optimierte Anpassung der Art ermöglicht wird (vgl. Mattner 2000, S.36).

Zwölf Jahre nach seinem ersten Buch, das man als Bestseller bezeichnen kann, da es weit über den wissenschaftlichen Bereich hinaus starken Absatz fand, veröffentlichte er das Werk „Die Abstammung des Menschen und seine natürliche Zuchtwahl“. Einige seiner auf die Pflanzen –und Tierwelt bezogenen Schlüsse wandte er nun auf die Menschheit an (vgl. Petersen 2003, S.106f).

Dass aus den Erkenntnissen der Evolutionstheorie rassistische und menschenverachtende Schlüsse gezogen wurden, zeigen sich in der unreflektierten Übernahme dieser Theorie und ihre Anwendung auf die Gesellschaft, so wie es die Sozialdarwinisten getan haben.

Wuketits (2004) betont, dass die Evolutionstheorie Darwins die Wichtigkeit der Einmaligkeit des Einzelnen und die Vielfalt des Menschlichen unterstreicht. Jedoch könne es in der Interpretation dieser Theorie zu Missverständnissen kommen, die dann auch von den Vertretern des Sozialdarwinismus benützt wurden um ihre Ideologien zu stützen (vgl. ebd., S.43ff). Das hauptsächliche Missverständnis liegt darin, im Überleben der Bestangepassten oder Tauglichsten die Legitimation eines Rechts des Stärkeren zu sehen und den Kampf ums Dasein zur gesellschaftlichen Norm zu erheben (vgl. Wuketits 2004, S.43ff).

Im ausgehenden 19. Jahrhundert und danach kam es durch die Vertreter des Sozialdarwinismus (u.a. Plotz, Haeckel, Schallmayer) zur Übertragung des natürlichen Selektionsgedankens auf den Menschen in der Weise einer menschlichen Evolutionstheorie. Schallmayer (1857-1919) sieht in der Selektion, das Überleben, des an die Lebensart am besten angepassten Menschen. Nur die Besten ihrer Art sollten sich fortpflanzen können und schwache, minderwertige Mitglieder müssten vernichtet werden (vgl. Fornefeld 2004, S.38):

„Aber das Recht des Stärkeren, das sich im Sieg der besseren Anpassungsform über die Unvollkommeneren geltend macht, herrscht nicht nur in der Natur, sondern auch in der menschlichen Sozialgeschichte“ (Schallmayer, zit. nach Mattner 2000, S.37).

Die Sozialdarwinisten sahen in der staatlichen, aber auch in der privaten Fürsorge für Menschen mit Behinderungen eine Gefahr der Degeneration der Gesellschaft, weil man durch die Unterstützung der Betroffenen eine natürliche Auslese derselben verhindere. Aus diesen Überlegungen entwickelten sich die Eugenik und wiederum daraus die „Rassenhygiene“ im Dritten Reich (vgl. Petersen 2003, S.107f).

2.8.3 Eugenik und Rassenhygiene

Forderten die Sozialdarwinisten vom Staat seine Krankenfürsorge einzustellen, um die kranken und behinderten Menschen einer natürlichen Selektion auszusetzen, traten Verfechter der Eugenik dafür ein, aktiv in den Prozess der Auslese, durch Verhinderung der Fortpflanzung „geschädigten“ Erbguts, einzugreifen (vgl. Mattner 2000, S.38). Der Begriff der Eugenik, welcher etwa „Lehre der guten Gene“ bedeutet, wurde gegen Ende des 19. Jhdt. von Francis Galton (1822-1911) in den biologischen Diskurs eingeführt. Er vertrat die Ansicht, dass menschliche Eigenschaften, auch die charakterlichen, ausschließlich vererbt werden und äußere Einflüsse wie Umwelt oder Sozialisation keine Rolle spielen (vgl. Fornfeld 2004, S.38f).

Man unterscheidet zwei Formen der Eugenik, die Maßnahmen zur Verbesserung der Erbanlagen darstellen:

1. Positive Eugenik: bezeichnet die Förderung guter Erbanlagen durch die Bevorzugung gesunder Menschen
2. Negative Eugenik: bezeichnet die Eindämmung schlechter Erbanlagen bzw. die Sterilisation von kranken, behinderten Menschen (vgl. Petersen 2003, S.108)

Der deutsche Arzt Alfred Ploetz (1860-1940) gilt als Pionier der Eugenik im deutschsprachigen Raum und formulierte als erster den Begriff der „Rassenhygiene“. In seiner Abhandlung „Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen“ verlieh er seinen Gedanken zur Reinhaltung der deutschen Rasse Ausdruck. Er empfahl die „Ausmerze“, d.h. die Vernichtung geschädigter Erbträger (z.B. geistig Behinderter), warnte vor einer „Kontraselektion“, das bedeutet die Auslese gesunder Menschen durch Kriege etc. bei gleichzeitiger Förderung der Kranken und sprach sich dafür aus, einen Ärzterat zu installieren, welcher über Leben und Tod von Neugeborenen und Kleinkindern entscheiden solle (vgl. Mattner 2000, S.40f).

Ein Kollege von Ploetz und Verfechter der rassehygienischen Idee war Wilhelm Schallmayer. Dieser bezeichnete die pflegerische Betreuung psychisch und geistig kranker Patienten als „scheinhumane Irrenpflege“ und vertrat die Ansicht, jene erbkranken Menschen durch eine „künstliche Auslese“ in ihrer Fortpflanzung, mittels Sterilisation zu hindern. Dies solle zum Gemeinwohl und für die Zukunft des deutschen Volkes geschehen (vgl. Grosinger 1998, S.38f).

War die Rassenhygiene zu Beginn des 19. Jhdt. zwar auf theoretischem Gebiet einflussreich, weil sie viele Anhänger innerhalb einer zunehmend radikalisierten Wissenschaft hatte, kam ihr politische Bedeutung erst 1908 in der entstandenen Finanzkrise, zu. Die wirtschaftliche Notsituation sollte sich langfristig auf das Sozialsystem auswirken. Aufgrund der knapper werdenden Ressourcen und dem eugenisch-rassenhygienischen Gedankengut entwickelte sich der Gesundheitssektor immer mehr zu einer Kostenfrage. Die betroffenen Kranken, Armen und Behinderten wurden zunehmend einer Kosten-Nutzen-Rechnung unterzogen. Im Zuge dessen verwundert es nicht, dass zeitgleich Debatten über den Lebenswert von behinderten Neugeborenen und sozial „Unbrauchbaren“ entbrannten (vgl. Mattner 2000, S.40-43).

2.8.4 Lebenswertdebatten um 1920

Einen Höhepunkt in den Lebenswertdebatten der 1920er Jahre bildete die Schrift „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form“. Die Autoren dieses Schlüsselwerks der Euthanasiediskussion, waren der Jurist Karl Binding und der Mediziner Alfred Hoche (vgl. Trus 2003, S.36). Im ersten Teil der Schrift widmet sich Binding dem Thema des Lebenswerts eines Menschen und dessen Verwertbarkeit innerhalb der Gemeinschaft und kommt zu dem Schluss, dass im Fall von „unheilbar Blödsinnigen“ jegliche Aufwendung, ob in finanzieller oder pflegerischer Sicht, vergeudet sei. Das „lebensunwerte Leben“ würde künstlich verlängert, womit weder dem Staate, noch der Person selbst gedient sei. Es sei die Pflicht „gesetzlichen Mitleids“ jene „negativ zu wertenden Existenzen“ von ihrem Elend zu erlösen (vgl. Trus 2003, S.35-38).

Im zweiten Teil des Textes kommt Hoche zu Wort und sieht in den „geistig völlig Toten“ nur „minderwertige Elemente“ indem er eigentlich sagt „dass die Beseitigung der geistig völlig Toten kein Verbrechen, keine unmoralische Handlung, keine gefühlsmäßige Rohheit, sondern einen erlaubten nützlichen Akt darstellt“ (Binding/Hoche, zit. nach Häßler/Häßler 2005, S.67).

Geistig Schwerbehinderte bezeichnete Hoche als „geistig Tote“, die aufgrund eines fehlenden Bewusstseins, sich nicht ihrer eigenen Persönlichkeit bewusst und folglich auch nicht zur menschlichen Art gezählt werden können. Hoche war der Überzeugung, dass sich die Gesellschaft eines Tages zur „Beseitigung seiner minderwertigen Elemente“ entschließen würde, womit er in Hinblick auf das Naziregime auch Recht behalten sollte (vgl. Mattner 2000, S.46).

2.9 Nationalsozialismus (1933-1945)

2.9.1 Volk und Rasse

Die erstarkende nationalsozialistische Bewegung bediente sich rassenhygienischer Argumentationen in ihrem Kampf gegen entartetes, minderwertiges Erbgut. Der soziale Dienst am unheilbar kranken oder behinderten Menschen widersprach einer Ideologie, die das „Gesamtwohl des Volkes“ statt der Einzelpflege von „Ballastexistenzen“ propagierte. Der „Volkskörper“ sollte von minderwertigem Erbgut reingehalten werden. Diese Forderungen standen in dem Ahnenpass, den jeder Volksdeutsche zum Nachweis seiner rassischen Abstammung mit sich führen musste unter ausdrücklicher Berufung auf die wissenschaftlichen Erkenntnisse der Erblehre (vgl. Mattner 2000, S.54f). Die nationalsozialistische Utopie einer arischen „Herrenrasse“ sollte mittels rassenhygienischer Vorkehrungen realisiert werden, um das Deutsche Volk vor einer schädlichen Vermischung zu schützen (vgl. Petersen 2003, S.120f).

2.9.2 Der Kampf gegen „minderwertiges Erbgut“

Welche Wichtigkeit die Eugenik und Rassenhygiene in der politischen Realität der Nationalsozialisten spielten, erkennt man daran, wie schnell nach ihrer Machtergreifung (30.1.1933) rassenhygienische Aktionen gesetzt wurden.

2.9.2.1 Sterilisation „Minderwertiger“

Noch innerhalb desselben Jahres wurde das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ verabschiedet, das dann zu Beginn des folgenden Jahres in Kraft trat (vgl. Trus 2003, S.55).

Was davor in jahrelangen Diskursen im rassenhygienisch-wissenschaftlichen Kreis theoretisch erörtert wurde, fand im Zuge des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (GzVeN) ihre politische Umsetzung. Eine solche Durchdringung und Einheit von Wissenschaft und Politik wurde von wissenschaftlicher Seite begeistert angenommen und sollte „zukünftig die Basis abgeben für eine Rassenpolitik im Sinne einer politischen Anwendung naturwissenschaftlicher Erkenntnisse“ (Mattner 2000, S.59). Dieses Gesetz soll nun anhand des ersten Paragraphen eingehender betrachtet werden.

Im ersten Paragraphen des GzVeN wird festgehalten, dass sog. Erbkrankte sterilisiert werden können, wenn „mit großer Wahrscheinlichkeit“ angenommen werden kann, dass ihre Nachkommen „an schweren körperlichen oder geistigen Erbschäden“ leiden werden. Ausserdem werden die Erkrankungen aufgelistet auf die sich dieses Gesetz bezieht. Dies sind unter anderem „angeborener Schwachsinn“, Schizophrenie und „Irresein“. Vor allem der „angeborene Schwachsinn“ als äußerst breite und unzureichend definierte Diagnose, wurde häufig und das auch in Bezug auf sozial auffällige Personen, angewandt (vgl. Blasius 1980, S.158).

Der Antrag zur Sterilisation konnte vom Erbkranken selbst oder von beamteten Ärzten und Anstaltsärzten gestellt werden. Letztere allerdings waren quasi dazu verpflichtet, da eine Anzeigepflicht bestand (vgl. ebd.).

Eigens eingerichtete „Gesundheitsgerichte“, welche aus einem Amtsarzt, einem Richter und einem ärztlichen Vertreter der Rassenhygiene. Schätzungsweise 400.000 Menschen in Deutschland und ca. 5.000 Menschen in Österreich fielen bis zum Kriegsende der Sterilisation anheim. Die Zahl derer, die an Folgen der Operation starben bzw. langfristige Schäden erlitten, bleibt ungeklärt (vgl. Leininger 2006, S.45).

2.9.2.2 Hilfsschulen in der NS-Zeit

Zu Beginn der NS-Herrschaft wurde aus wirtschaftlichen Gründen überlegt, das Hilfsschulwesen komplett aufzulassen. Dies wurde aber nie realisiert, da man eine andere, äußerst perfide Verwendung dieser Einrichtungen vorsah. War die eigentliche Aufgabe der Hilfsschule die lernschwachen Kinder für den Arbeitsmarkt zu ertüchtigen, gewann sie bei den Nazis zusätzlich die Funktion eines Sammelbeckens für all jene „erbkranken“ Kinder, die man sterilisieren wollte (vgl. Meyer 1983, S.109).

Die Hilfsschullehrer wurden zu ausführenden Organen der „Erbgesundheitspflege“, nicht zuletzt indem sie verpflichtet wurden, über jeden ihrer Schüler rassenhygienisch- unerlässliche Daten zu sammeln und den Erbgesundheitsbehörden zu übermitteln. Der Großteil der Lehrerschaft hat sich aktiv für die Einhaltung der neuen Vorschriften eingesetzt, wenngleich es auch Aufzeichnungen darüber gibt, dass es auch jene unter den Hilfsschullehrern gab, die sich um eine Rettung der bedrohten Kinder kümmerten. Bereits vor der NS-Zeit gab es eine Vielzahl derjenigen, die sich um eine Ausschulung von schwerbehinderten Kindern bemühten (vgl. Mattner 2000, S.67).

Mit dem „Reichsschulpflichtgesetz“ aus dem Jahr 1938 wurden nun „bildungsunfähige“ Kinder ausgeschult und der privaten oder staatlichen Fürsorge übergeben. Vor allem jene schwerbehinderten Kinder, die in Pflegeanstalten unterkamen hatten geringe Überlebenschancen (vgl. Speck 2005, S.30).

2.9.3 Euthanasie - Liquidierung der „Ballastexistenzen“

Mit Kriegsbeginn im September 1939 wurde von offizieller Seite eine Einstellung der Sterilisierungen verordnet. Insgeheim wurde diese Praxis aber bis zum Kriegsende fortgeführt. Jetzt jedoch, kam es zu einer weiteren Zuspitzung der sozialen Frage. Die durch den

Kriegsbeginn wieder verstärkt einsetzende Diskussion, um kontraselektive Konsequenzen für den „Volkskörper“, gipfelten unaufhaltsam in immer konkreteren Überlegungen zur Tötung der „Ballastexistenzen“ (vgl. Mattner 2000, S.70).

Den entscheidenden Anstoß zu einer systematischen Euthanasie-Aktion gab der „Fall Knauer“. Dabei handelt es sich um ein körperlich- und geistig behindertes Kind, dessen Eltern vom Leiter der Leipziger Universitätsklinik, W. Catel, überredet wurden, das Gesetz gegen Kindestötung derart zu umgehen und direkt an die Kanzlei des Führers zu schreiben. Dem Gesuch auf Sterbehilfe wurde von Hitler persönlich stattgegeben, worum sich sein eigener Begleitarzt dann kümmerte (vgl. Meyer 1983, S.110). Dies wurde zum Anlass für eine systematische, groß angelegte „Euthanasieaktion“, die vorerst nur auf Kinder bezogen wurde.

2.9.3.1 „Kindereuthanasie“ „Gnadentod“

Im August 1939 wurde durch einen streng vertraulichen Ministerialerlass die Meldepflicht von Neugeborenen mit körperlichen und geistigen Behinderungen für Hebammen und Ärzte eingeführt. Außerdem sollten bis zu dreijährige Kinder, bei denen solche Krankheitszeichen auftraten, gemeldet werden. Die offizielle Begründung dafür war, eine wissenschaftliche Erforschung dieser Erkrankungen vorzunehmen (vgl. Petersen 2003, S.123). Die eingelangten Meldebögen wurden von einem psychiatrischen Gremium begutachtet und entsprechenden „Euthanasiemaßnahmen“ eingeleitet, die dann in den „Kinderfachabteilungen“, den Tötungsanstalten, umgesetzt wurden (vgl. Häbeler/Häbeler 2005, S.71). Die Einwilligung der Eltern wurde durch Vortäuschen einer medizinisch notwendigen Behandlung erzwungen. Diese tödliche Behandlung erfolgte durch Verabreichung von „Luminal“ oder durch Aushungerung, so dass von einem „natürlichen“ Tod gesprochen werden konnte. Auf diese Weise

wurden schätzungsweise 5000 Säuglinge und Kleinkinder getötet (vgl. ebd.).

2.9.3.2 Aktion „T4“

Die im folgenden durchgeführte „Euthanasie“-Aktion betraf nun auch erwachsene Behinderte. Im Unterschied zur Zwangssterilisation und der Tötungsaktion an den behinderten Kindern wurde jetzt weder auf „legitimer“ Grundlage (GzVeN) noch unter Vortäuschung wissenschaftlicher Absichten vorgegangen. Dies war eine vollkommen getarnte Aktion, was zum Ausdruck bringt, dass Hitler offenbar politische und gesellschaftliche Auswirkungen eines Gesetzes fürchtete. Der einzig belegbare Nachweis zur Aktionsfreigabe erfolgte durch einen Erlass Hitlers im Oktober 1939 (vgl. Mattner 2000, S.72). Darin werden der Reichsleiter Bouhler und Dr. Brandt beauftragt, die Befugnisse von eingeweihten Ärzten dahingehend zu erweitern, dass „nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischster Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann“ (Hitler, zit. nach Meyer 1983, S.111).

Diese beabsichtigt unklare Festlegung, wer zur Gruppe „unheilbar“ Kranker gehörte, gab den jeweiligen Exekutivorganen die Macht individuell darüber zu entscheiden, wer und weshalb zu töten sei. Der Erlass Hitlers markiert den Beginn einer systematischen Erfassung und Tötung vorwiegend geistig behinderter Patienten aus den Heil- und Pflegeanstalten.

Um die groß angelegte Aktion möglichst geheim zu halten wurden Tarnorganisationen gegründet. Dies waren vor allem vier, nämlich:

- die RAG („Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten“), zuständig für Erfassung und verwaltungstechnische Angelegenheiten nach der Tötung der Betroffenen

- die „Gemeinnützige Stiftung für Anstaltspflege“ als Finanzierungsinstanz
- die „Gemeinnützige Krankentransportgesellschaft GmbH“ (Gekrat), die Verlegung und Transport regelte und
- die „Zentralverrechnungsstelle“, die „Pflegegelder“ der Patienten (selbst nach ihrem Tod) einnahm (vgl. Mattner 2000, S.72).

Die Erfassung der Betroffenen erfolgte durch einen Runderlass des Reichsministers „im Hinblick auf die Notwendigkeit planwirtschaftlicher Erfassung“ (Häßler/Häßler 2005, S.72). Die Heil- und Pflegeanstalten wurden verpflichtet Meldebögen über Patienten, die an Schizophrenie, „Schwachsinn“ jeder Form, Lues-Erkrankungen etc. litten, anzufertigen. Ausserdem sollten auch jene, die länger als fünf Jahre in den Anstalten lebten, geisteskrank, Kriminelle und jene, die nicht deutschen Blutes waren, zur Anzeige gebracht werden. Die Meldebögen wurden danach an die „T4“-Zentrale (Tiergartenstraße 4) übermittelt, diese wiederum informierte die Gekrat um die „Krankentransporte“ zu koordinieren (vgl. ebd., S.72f). Die Verlegung in die eigens eingerichteten Tötungseinrichtungen erfolgte ohne Angabe des Zielortes, außerdem wurde den Pflegeanstaltsleitern verboten, Angehörige der verlegten Patienten darüber zu informieren. Die Tötung der behinderten Erwachsenen erfolgte in, zu Krematorien und Vergasungskammern umfunktionierten ehemaligen Pflegeheimen. Nach der Ermordung und Einäscherung wurden gefälschte Sterbeurkunden unter Angabe fiktiver Todesursachen den Angehörigen übermittelt. Da ein Unternehmen dieser Größenordnung (ca. 100.000 Ermordungen) nur schlecht zu verbergen war, kam es nach einigen Pannen (z.B. doppelte Sterbeurkunden mit unterschiedlichen Todesursachen), Kirchenprotesten und wachsendem Verdacht der Bevölkerung 1941 zu einem offiziellen Stop der Aktion (vgl. Petersen 2003, S.127f).

2.9.3.3 „Wilde Euthanasie“

Wenngleich von offizieller Seite die Aktion „T4“ gestoppt wurde, bedeutete dies weder eine veränderte Haltung des Regimes, noch das tatsächliche Ende des Mordens. Lediglich die Methode veränderte sich. Es kam zu einer Dezentralisierung der Euthanasiemorde, d.h. dass in den Pflegeanstalten und Heimen ohne unmittelbare Anordnungen in Form von Todesspritzen oder Abtransport in die Konzentrationslager, weitergemordet wurde. 1942 erging ein Erlass, der das Verhungern von „lebensunwerten“ Patienten implizit, doch unmissverständlich, forderte. Dem kamen die Anstalten, ohne erwähnenswerten Widerstand, dann auch nach (vgl. Meyer 1983, S. 113; Mattner 2000, S.74).

2.9.3.4 NS-„Euthanasie“ in Österreich

In Österreich gab es zur Zeit des Anschlusses an das Deutsche Reich in allen Bundesländern große psychiatrische Einrichtungen. Um nur wenige Heil- und Pflegeanstalten aufzuzählen: in Wien und Umgebung waren das Steinhof und Gugging, in Amstetten Mauer-Öhling, in der Nähe von Linz Niedernhart usw. Die von Deutschland ausgehende „T4“-Aktion kam auch in der „Ostmark“ voll zum Tragen. Schloss Hartheim bei Linz kam die zentrale Bedeutung einer Tötungsanstalt zu. So wie in Deutschland, wurden auch hierzulande die Euthanasieoperationen geheimgehalten (vgl. Kepplinger/Marckgott/Reese 2008, S.68-79). In der Zeit von 1940-1941 wurden mehr als 18.000 behinderte und psychisch kranke Patienten aus den Pflegeanstalten nach Hartheim verlegt und getötet. Nach dem Stopp der „T4“- Aktion ging das Morden aber weiter, wobei man bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges allein in Hartheim von mindestens 30.000 Tötungen behinderter Menschen ausgehen kann (vgl. Leininger 2006, S.58-62). Als die Kriegsniederlage des Deutschen Reiches immer absehbarer wurde, kam es in Hartheim zu Beweisvernichtungen, wozu Häftlinge aus Mauthausen verpflichtet

wurden. Diese sollten, die zur Durchführung der Euthanasieaktionen notwendigen Umbauten beseitigen. Nach dem Ende des Krieges aber, kam es zur gerichtlichen Aufrollung der Euthanasiemorde und im Zuge dessen zur Aufdeckung der wahren Bedeutung Hartheims (vgl. Kepplinger/Marckgott/Reese 2008, S.112f).

2.10 Nach 1945 bis zur Gegenwart

Im folgenden Kapitel soll der Frage nachgegangen werden, ob es nach dem Fall des Nationalsozialismus zu positiven Veränderungen in der Lebenssituation geistig behinderter Menschen gekommen ist. Ausgehend vom psychiatrischen Betreuungsbereich werden die wichtigsten Reformbewegungen innerhalb der Psychiatrie, der Pädagogik und Pflege dargestellt. Die Leitideen der Normalisierung, Integration und Inklusion und deren Auswirkungen auf gesellschaftliche Rezeption und Behandlung von behinderten Mitmenschen, sowie die Euthanasiediskussionen jüngerer Zeit, sollen erläutert werden.

2.10.1 Psychiatrische Betreuung geistig behinderter Menschen

Nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs versuchte man in vielen gesellschaftlichen Bereichen an die Zeit vor dem Nationalsozialismus anzuknüpfen. Eine Bewältigung der NS-Zeit und der Beteiligung heimischer politischer, wissenschaftlicher und gesellschaftlicher Akteure an den begangenen Verbrechen dieser Zeit, blieb zunächst aus. Dies zeigt sich unter anderem in dem Umstand, dass viele leitende Ärzte und Psychiater, die an der Tötung geistig behinderter Patienten, im Zuge der Euthanasieaktionen, ohne Unterbrechung ihre beruflichen Tätigkeiten fortsetzen konnten. Als Beispiel unter vielen, kann hier der Wiener Psychiater Dr. Gross genannt werden, der bis in die 80er Jahre seine Karriere weiterführen konnte, trotz einer nachgewiesenen Beteiligung

an Tötungen an der Kinderfachabteilung „Am Spiegelgrund“ (vgl. Schmidt 1993, S.48).

Die Lage der geistig behinderten Menschen, die als „Unheilbare“ in den psychiatrischen Anstalten die „Euthanasie“ überlebten, war desolat. Das hatte vor allem damit zu tun, dass nach den Kriegsgeschehen die gesamte Bevölkerung und so auch der Gesundheitssektor stark in Mitleidenschaft gezogen worden war. Die Aufbauarbeiten hatten höchsten Stellenwert und geistig Behinderte wurden zwangsläufig vernachlässigt. Das bedeutete, dass sie hauptsächlich „verwahrt“ und notdürftig „versorgt“ wurden. Dies änderte sich erst mit der Psychiatriereform in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts (vgl. Droste 1999, S.58ff).

2.10.1.1 Die antipsychiatrische Reformbewegung

Anfang der 70er Jahre kam es innerhalb psychiatrischer Kreise, inspiriert durch neue Erkenntnisse aus der Soziologie und Pädagogik, und in Hinblick auf die veralteten Behandlungs- und Betreuungsmethodik der Anstaltspsychiatrie zur Bildung der sog. Sozialpsychiatrie. Diese sah sich als reformatorische Bewegung innerhalb der traditionellen Psychiatrie an. Die zentralen Punkte ihrer Kritik waren:

- ein vorherrschendes biologistisch-nihilistisches Menschenbild, dass die Ursachen ausschließlich in hirnorganischen Defekten sieht
 - disziplinierende, sedierende Zwangsmaßnahmen führen zu Hospitalismus und Pathologisierung der Patienten
 - psychiatrische Anstalten entwickeln sich zu „totalen Institutionen“, die die Patienten von der Aussenwelt abschotten
- (vgl. Mattner 2000, S.83)

2.10.1.2 Wiener Psychiatriereform

Diese sozialpsychiatrischen bzw. antipsychiatrischen Bemühungen führten zum Ende der 70er Jahre zu einem nachhaltigen Paradigmenwechsel in der Betreuung von behinderten Personen. Durch die Abkehr von der traditionellen Psychiatrie und mittels Einbezug heil- bzw. behindertenpädagogischer Ansätze wurden geistig behinderte Menschen nicht mehr als hoffnungslose, unheilbare Fälle verwahrt und isoliert, sondern ein ganzheitlicher Blick auf behindertes Leben gerichtet. Die angestrebte politische und professionelle Reform des Psychiatriewesens vollzog sich in Österreich erst Ende der 70er Jahre des 20. Jhdt. Zentral waren die Anliegen die großen geschlossenen Anstalten zu öffnen zu machen. Ausserdem sollten geistig behinderte von psychisch kranken Patienten getrennt behandelt werden. Förderbarkeit, Rehabilitation und Integration waren die Schlagworte dieser Bestrebungen (vgl. Schmidt 1993, S.68ff).

Die bedeutendste Initiative im Wiener Raum stellte die „Arbeitsgemeinschaft Demokratische Psychiatrie Wien“ dar, die vor allem Missstände in der psychiatrischen Anstalt Baumgartner Höhe und die dort üblichen Elektroschocktherapien und tätlichen Übergriffe auf behinderte Patienten kritisierten. In Form von engagierter Öffentlichkeitsarbeit und Kontakt zu betroffenen Patienten und Angehörigen wurden Medien und Politik über die unhaltbaren Zustände in den Einrichtungen informiert (vgl. Schmidt 1993, S.71). Das Ergebnis der Berichterstattungen war ein am 2. April 1979 „vom Wiener Gemeinderat einstimmig beschlossener Zielplan für die psychiatrische und psychosoziale Versorgung in Wien“ (ebd., S.72). Diese Ziele umfassten die Abkehr von wenigen, zentralen Einrichtungen hin zur gemeindenahen ambulanten Betreuung und Behandlung von Patienten und die Trennung der geistig Behinderten von den psychisch Kranken. Der größte Erfolg für die Betreuung geistig Behinderter bestand darin, dass sie von diesem Zeitpunkt an, als eigenständige Gruppe mit

individuellen Bedürfnissen wahrgenommen wurden. Ausserdem wurden, die im weiteren Verlauf dieser Arbeit noch vorzustellenden, Leitprinzipien Normalisierung und Integration in die Betreuungsarbeit aufgenommen (vgl. ebd., S.72f).

2.10.2 Geistigbehindertenpädagogik

Während der Aufbauphase nach dem Zweiten Weltkrieg bemühte sich die Heilpädagogik um Neuorientierung. Doch in den ersten Jahrzehnten nach 1945 gab es keine nennenswerten Veränderungen in der schulischen und betreuerischen Realität von geistig behinderten Menschen. Ein entscheidender Impuls zur Förderung geistig behinderter Menschen gelang mit der Gründung der „Lebenshilfe“ Deutschland im Jahr 1958 (in Österreich 1967). Dieser Vereinigung von Eltern behinderter Kinder und ihrer engagierten öffentlichen und politischen Arbeit sind viele der heutigen Bildungs- und Versorgungseinrichtungen zu verdanken (vgl. Speck 2005, S.36f). Die Veränderungen auf sozialstaatlicher und gesellschaftlicher Seite führten auch zu einer intensiven wissenschaftlichen Erforschung dieser Personengruppe. Hier setzte die frühere Hilfsschulpädagogik an und entwickelte sich vorerst zu einer auf die Schule gerichteten Geistigbehindertenpädagogik. Mit der Einführung der Schulpflicht für geistig behinderte Kinder in den 60er Jahren, wurden Sonderschulen ausgebaut. Durch allmähliche gesetzliche Änderungen im Bereich der Sozialhilfe waren behinderte Menschen nicht mehr auf Fürsorge angewiesen und dies führte in weiterer Folge auch zum Ausbau des Förderungsbereichs geistig Behinderter. In weiterer Folge befasste sich die Geistigbehindertenpädagogik nicht mehr ausschließlich mit schulischen Belangen, sondern auch um die Bereiche Erwachsenenbildung, Wohnen, Arbeiten und Freizeit (vgl. Fornefeld 2009, S.43f). Diese Bereiche sollen nun überblicksartig vorgestellt werden.

2.10.2.1 Erwachsenenbildung

Erwachsenenbildung hat zum Ziel, geistig behinderte Erwachsene im Hinblick auf Selbstbestimmung und Mitgestaltung ihrer Lebensbereiche zu unterstützen, indem sie sie informiert, sie fortbildet. Dies kann z.B. in Form von Kursen zu den unterschiedlichsten Lebensbereichen innerhalb von Wohneinrichtungen, auf Volkshochschulen etc. geschehen. Der Unterricht soll sich jedoch im Unterschied zu üblichen Lehrangeboten zur Gänze an den Bedürfnissen der geistig behinderten Menschen richten (vgl. ebd., S.154).

2.10.2.2 Wohnen

Der überwiegende Teil der Menschen mit geistiger Behinderung wohnt innerhalb des Familienverbands. Außerfamiliäre Wohnmöglichkeiten erstrecken sich von stationären Behindertenheimen bis zu ambulanter Betreuung in eigenen Wohnungen oder Wohngemeinschaften. Im Sinne einer „normalen“ Wohnsituation stellen (im Gegensatz zu Großheimen) Wohnkonzepte, die eine Trennung der Bereiche Wohnen, Arbeit und Freizeit vorsehen, das Ideal dar (vgl. Fornefeld 2009, S.175f).

2.10.2.3 Arbeit

Da Arbeit nicht nur zur Absicherung materieller Bedürfnisse benötigt, sondern vielmehr persönlichkeitsbildend und sozialisierend wirkt, soll dies Behinderten innerhalb von Werkstätten oder Tagesförderstätten ermöglicht werden. Neben der handwerklichen Betätigung und dem Erlernen beruflicher Kompetenzen werden Selbstwert, Selbstbestimmung und das Empfinden von sozialer Zugehörigkeit der behinderten Menschen gefördert (vgl. Speck 2005, S.340f).

2.10.2.4 Freizeit

Da Behinderte in ihrer Autonomie oft erheblich eingeschränkt sind, stellt der Bereich der begleiteten Freizeitgestaltung im außerhäuslichen Bereich einen wichtigen Bestandteil der Geistigbehindertenpädagogik dar. Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung und Erfahrbarmachung dieses Lebensbereichs, stellen Freizeitclubs, organisierte Ausflüge etc. dar.

2.10.3 Neue Leitbilder in der Betreuung und Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung

2.10.3.1 Das Normalisierungsprinzip

Im Zuge der neuerlichen Hinwendung des Interesses unterschiedlicher Wissenschaften und der Politik an geistig behinderten Menschen, stellte sich die Frage nach der gesellschaftlichen Integration dieser Personengruppe. In Dänemark wurde bereits Ende der 1950er Jahre von dem Juristen und Sekretär des Sozialministeriums Niels Erik Bank-Mikkelsen ein Gesetz erarbeitet, dass die Integration behinderter Menschen forcierte. Der Grundgedanke der proklamierten Normalisierung war „geistig behinderten Menschen ein Leben zu ermöglichen, daß nach Möglichkeit dem der Normalwelt entspricht“ (Mattner 2000, S.87).

Dieses Ansinnen wurde damals im dänischen Fürsorgegesetz manifestiert und hat in der Arbeit mit behinderten Menschen, als Leitgedanke, bis heute Gültigkeit (vgl. Fornefeld 2009, S.174).

Es sind acht zentrale Punkte, die der Forderung nach Normalisierung Rechnung tragen und dem pflegerischen und heilpädagogischen Betreuungssektor nachhaltig beeinflussten. Thimm (2005) spricht von Normalisierung durch:

- 1) Normaler Tagesrhythmus: Der behinderte Mensch soll einen normalen Tagesablauf erleben (Schlafen Aufstehen, Mahlzeiten...). Wenn er selbst nicht dazu im Stande ist aufzustehen, soll ihm dabei geholfen werden etc.
- 2) Trennung von Arbeit, Freizeit und Wohnen: Es sollten Bedingungen geschaffen werden, um die täglichen Aktivitäten räumlich zu trennen. Das heißt ebenfalls: Ortswechsel; jeden Tag Arbeit zu haben, nicht nur einmal in der Woche etc.
- 3) Erleben von Jahreszeiten: Ferien, Urlaub etc.
- 4) Normaler Lebensablauf: Alters- und bedürfnisgemäße Abstimmung des Leistungsangebotes
- 5) Bedürfnisse respektieren: Wünsche und Willensäußerungen wahrnehmen und darauf eingehen
- 6) Kontakte zwischen den Geschlechtern ermöglichen
- 7) Normaler wirtschaftlicher Standard: fällt in den Kompetenzbereich der sozialen Gesetzgebung
- 8) Standards von Einrichtungen: Maßstäbe in Hinblick auf Größe, Lage und Ausstattung wie bei „Normalen“ (vgl. ebd., S.21f).

Um diese Forderungen in der (sozialen) Realität umzusetzen, mussten zuerst die stationären Großanstalten kleineren teilstationären Einrichtungen weichen. Ausserdem war dazu eine offene Sozialhilfe mit einer gemeindenahen, regionalen Betreuung vonnöten. Normalisierung sieht nicht mehr nur Körperpflege und Verwahrung der behinderten Menschen vor. Vielmehr sollten begleitende und beratende Maßnahmen angeboten werden (vgl. Thimm 2005, S.22).

2.10.3.2 Integration

„Mit der Integrierung sind alle Maßnahmen gemeint, die eine möglichst unkomplizierte Teilnahme der Behinderten am Leben in der Gemeinschaft zum Ziel haben“ (Dybwad, zit. nach Hähner 1997, S.34). Das Konzept der Integration ging aus dem Normalisierungsprinzip

hervor und verfolgt das Ziel behinderte Menschen, die bisher ausgesondert wurden, nun aktiv in die Gemeinschaft einzugliedern (vgl. Fornefeld 2009, S.50). Hierzulande entstand diese Idee nicht zuletzt durch eine Novelle des österreichischen Schulorganisationsgesetzes. Dieses sah vor in den Volksschulen einen gemeinsamen Unterricht von behinderten und nichtbehinderten Kindern einzurichten (vgl. Badelt/Österle 1993, S.16).

Der Begriff der Integration wird zum einen als Wertbegriff verwendet. Dies beinhaltet die zustimmende Haltung gegenüber dem Lebenswert behinderter Menschen und deren Teilhabe am sozialen Leben. Zum anderen kann Integration als Handlungsbegriff aufgefasst werden. Dabei handelt es sich um räumliche, soziale, organisatorische etc. Eingliederung. Auch wenn Integration besonders im schulischen Kontext Bekanntheit erlangt hat, beschränkt sie sich keineswegs nur auf diesen Bereich, sondern ferner auch auf das Wohnen, Arbeiten etc. (vgl. Fornefeld 2009, S.50f).

2.10.3.3 Selbstbestimmung und Empowerment

Die Prinzipien der Selbstbestimmung und des Empowerments entstanden in den USA der 1960er Jahre. Eine engagierte Bürgerrechtsbewegung mit den Namen „Independent Living“ protestierte damals gegen die unmenschlichen Wohnverhältnisse in den Behinderteneinrichtungen. Unter dem Motto des Empowerment (zu deutsch: Ermächtigung) setzten sie sich für „Selbstbestimmung, rechtliche Gleichheit und Anerkennung behinderter Menschen als Bürger sowie für soziale Gerechtigkeit und volle gesellschaftliche Teilhabe (full citizenship)“ (Theunissen 2006, S.14) ein. Durch die Initiative der Lebenshilfe Deutschland kamen diese Prinzipien in Form von Kongressen auch im deutschsprachigen Raum zur Sprache und inspirierten u.a. die aktuell noch anhaltende Diskussion zum Thema Inklusion (vgl. Fornefeld 2009, S.51).

Der Empowerment-Ansatz und die immer dringenderen Wünsche zur Selbstbestimmung behinderter Menschen veränderten die Arbeit im sozialen Bereich. Es kam zu einer Veränderung der Betreuungsintentionen. Der Betroffene soll dahingehend unterstützt werden, mehr Kontroll-, Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten zu erlangen (vgl. Mattner 2000, S.93f).

2.10.3.4 Inklusion

Inklusion kann als konsequente Fortführung der Konzepte Normalisierung, Integration und Selbstbestimmung verstanden werden (vgl. Fornfeldt 2009, S.52). Dieses Konzept sieht eine gesellschaftliche Verbesserung dahingehend vor, dass eine Integration von Menschen mit Behinderung überflüssig wird, weil Phänomene wie die Aussonderung von bestimmten Personengruppen nicht mehr existieren, da diese bereits eingegliedert sind. Inklusion im Sinne sozialer Eingeschlossenheit bedeutet, dass sich „Individuen, die sich als andersartig begegnen, aufeinander zu begeben und sich dabei im Sinne einer Annäherung verändern“ (Speck 2005, S.96).

2.10.4 Pflegekonzepte bzw. Methoden in der Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung

An dieser Stelle soll anhand einer kleinen Auswahl an pflegerischen Interventionen, festgestellt werden, dass gerade die Pflegewissenschaft von Erkenntnissen aus unterschiedlichen Wissenschaften beeinflusst wurde und immer noch wird. Die Verbindung zur Pädagogik und im speziellen der Heilpädagogik, ist vor allem im Behindertenbereich unmittelbar gegeben. Dies zeigt, dass die folgenden kurz umrissenen Konzepte der Basalen Stimulation, Kinästhetik und aktivierenden Pflege sowohl in der Behindertenarbeit als auch in der Pflegewissenschaft Anwendung finden (vgl. Köther 2005, S.448).

2.10.4.1 Basale Stimulation

Die Stimulation als Kommunikationsmittel (besonders bei schwerstbehinderten Menschen) in der Pflege, geschieht hierbei durch ein Herantragen von unterschiedlichsten Reizen von außen an den behinderten Menschen und sollen so die Wahrnehmung für den eigenen Körper aktivieren. Dabei sollen die Sinne trainiert und dieserart auch eine Kommunikation erfahrbar gemacht werden. Die Anregungen können, je nach Notwendigkeit und Möglichkeit des Patienten, vestibulär, somatisch, vibratorisch, auditiv etc. sein (vgl. Pitsch 2006, S.488). Ursprünglich aus der Pädagogik kommend (Fröhlich) adaptierte dieses Konzept Bienstein für die Pflege.

2.10.4.2 Kinästhetik

Das Konzept der Kinästhetik kann als Wahrnehmung der eigenen Bewegungen verstanden werden. Dies betrifft sowohl den Patienten als auch die Pflegeperson, die sich aufgrund von erlernbaren Handgriffen vor Verletzungen schützen kann. Kinästhetik wird angewendet um die, gerade für Menschen mit Behinderungen, notwendige Bewegung wahrzunehmen und sie als Ressource zu erkennen und zu verbessern. Das Wohlbefinden einer Person, in körperlicher und sozialer Hinsicht, ist abhängig von der Kompetenz sich eigenständig bewegen zu können. Die pflegerische Interventionen im Rahmen der Kinästhetik bedeuten, die behinderten Menschen dahingehend zu unterstützen, sich selbst und ihre Bewegungen wahrzunehmen, diese zu erhalten und optimieren zu können (vgl. Schewior-Popp 2009, S.261ff).

2.10.4.3 Aktivierende Pflege

Unter dem Begriff der aktivierenden Pflege versteht man eine Methode, um die Selbstständigkeit und Wahrnehmung der verfügbaren

Fähigkeiten einer Person zu fördern. Die Pflegeperson versucht unterstützend und validativ den Patienten zur eigenständigen Durchführung von Pflegemaßnahmen zu begleiten. Dabei liegt ein Schwerpunkt in der Erkennung und individuell angepassten Aktivierung vorhandener körperlicher und geistiger Fähigkeiten. Diese sollen erhalten, gestärkt oder wiedergewonnen werden. Aktivierende Pflege sieht sich als Hilfe zur Selbsthilfe (vgl. Köther 2005, S.123ff).

2.10.5 Neuerliche Debatten um den Wert behinderten Lebens

„Die gegenwärtige sozialetische Situation ist bestimmt von einer neubelebten Spannung zwischen maximenorientierten Wertsystemen einerseits und zweckrational-utilitaristischen andererseits“ (Speck 2005, S.76) Was Speck hier anspricht ist die bereits in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts wiederbelebten Diskussionen um den Lebenswert behinderter Menschen. Viele Vertreter der neuen „Bioethik“ argumentieren dabei in einer Weise, die an die eugenischen und später rassenhygienischen Bewegungen vor dem Zweiten Weltkrieg erinnern. Aktuell sind es vor allem die Rechtfertigungen von humangenetischer Seite, in Bezug auf den mittlerweile straffreien Schwangerschaftsabbruch und die Früheuthanasie, die rege Diskussionen in sozialwissenschaftlichen Kreisen hervorriefen (vgl. ebd.).

2.10.5.1 Humangenetische Beratung und Pränatale Diagnostik

Der angesprochene Schwangerschaftsabbruch bei „sozialmedizinischer Indikation“ ist eine gängige Praxis der humangenetischen Beratung. Dabei werden den Eltern, entweder in speziellen Beratungsstellen oder auch bei niedergelassenen Gynäkologen, Informationen über die Möglichkeit einer durch z.B. Chromosomenanomalie hervorgerufenen Behinderung des ungeborenen Kindes gegeben. Um eine Behinderung

genetisch feststellen zu können und einen Schwangerschaftsabbruch zu initiieren, bedarf es der pränatalen Diagnostik (vgl. Mattner 2000, S.131). Dass dabei nur eine scheinbare Sicherheit über die mögliche Behinderung des Ungeborenen gegeben wird, äußert sich in der Tatsache, dass nur ein etwa zweiprozentiger Anteil an Schädigungen genetische Ursachen hat. Die anderen Ursachen, die nicht pränatal diagnostiziert werden können, sind z.B. Sauerstoffmangel oder andere Krankheiten, die während oder erst nach der Geburt auftreten können. Dass sich die pränatale Diagnostik dennoch zu einer Standardmethode in der Gynäkologie entwickelt hat, darf offensichtlich einer starken humangenetischen Lobby und ihrer Informationspolitik zuzuschreiben sein, die bei den werdenden Müttern Ängste bezüglich eines behinderten Kindes schüren (vgl. Mattner 2000, S.132f).

2.10.5.2 Lebenspraktische, ökonomische und ethische Argumentation

Die Rechtfertigungen dafür, bereits voll entwickelte Föten im Rahmen eines legalen Schwangerschaftsabbruchs zu töten, weil eine schwere Schädigung diagnostiziert wurde oder für die (illegale) Praxis der Früheuthanasie (sog. „Liegen lassen“ schwerbehinderter Säuglinge) in Geburtskliniken, werden laut Speck (2005) bei folgenden Aspekten gesucht und gefunden:

- 1) *Die Frage nach der Lebensqualität:* Menschen mit schweren geistigen Behinderungen hätten keine bzw. eine schlechte Lebensqualität. Ausserdem werden Leid und Qualen bei Mutter und Kind bei vorzeitigem Abbruch der Schwangerschaft verhindert etc. (vgl. ebd., S.77).
- 2) *Rentabilität:* Dabei wird anhand ökonomischer und sozialpolitischer Interessen argumentiert. Schwer behinderte Menschen fallen dem Sozial- und Steuersystem „zur Last“. Anzumerken seien hierbei auch die Schadensersatzprozesse bzgl.

„wrongful life“ bzw. „wrongful birth“. Ärzte und Spitäler werden verklagt, „weil sie die Geburt eines behinderten Kindes nicht verhindert hätten“ (ebd., S.78).

- 3) *Verringerte Menschenwürde*: Es wird dahingehend argumentiert, dass schwer geistig behinderten Menschen eine geringere Achtung ihrer Menschenwürde zustehe, weil diese über verringerte kognitive Fähigkeiten und folglich über keine Selbstbestimmung verfügen (vgl. Speck 2005, S.78). Würde sei notwendig bedingt durch eine „Relativität sozialetischer Wertungen, so dass sich der Umfang der Würde nach den aktuellen Werthaltungen bemesse, die in der Gesellschaft jeweils für bestimmte Persönlichkeitsmerkmale anzutreffen seien“ (Quambusch; zit. nach Speck 2005, S.79).
- 4) *Nichterfüllung der Kriterien für „vollwertiges“ Menschsein*: Schwer geistig behinderten Menschen wird der Personenstatus aufgrund ihrer verringerten kognitiven Fähigkeiten abgesprochen (vgl. ebd., S.80).

2.10.5.3 Die präferenz-utilitaristische Position Singers zur Euthanasie

Die Forderung nach sog. Mindestkriterien für „vollwertiges“ Menschsein kommen vor allem aus dem präferenz-utilitaristischen Lager. Ihr bekanntester und umstrittenster Vertreter ist der australische Philosoph Peter Singer (vgl. Mattner 2000, S.136ff).

Singer unterscheidet zwischen Mensch und Person und rechtfertigt so die Tötung von Menschen mit geistiger Behinderung aufgrund ihrer fehlenden Personhaftigkeit (vgl. Antor/Bleidick 2000, S.42). Zu den entscheidenden Eigenschaften, die eine Person kennzeichnen, gehören Rationalität, Selbstreflexion, Autonomie und die Fähigkeit zur Kommunikation (vgl. Speck 2005, S.81). Liegen diese Mindestkriterien für eine Person, also für ein „vollwertiges“ Menschsein nicht vor, ist die

Tötung eines Menschen gerechtfertigt. „Die Tötung eines behinderten Säuglings“ sei folglich „nicht moralisch gleichbedeutend mit der Tötung einer Person“, demnach „sehr oft...überhaupt kein Unrecht“ (Singer; zit. nach Speck 2005, S.81).

Seine Aussagen zur frühkindlichen Euthanasie bei Schwerstbehinderten und zur Bewertung von menschlichem Lebenswert sorgten für großen Widerstand im pädagogischen Bereich. International kam es aber nicht nur zu Kritik und Ablehnung sondern auch zu einer großen Anhängerschaft seiner Thesen, woran sich erkennen lässt, dass die überwunden geglaubten eugenischen Ideologien immer noch in Wissenschaft und Gesellschaft vorzufinden sind (vgl. Antor/Bleidick 2000, S.42).

3 Resümee

Zur Beantwortung meiner zentralen Forschungsfragen „Wie sah die Betreuung von geistig behinderten Menschen in der Geschichte aus und wie sieht sie heute aus? Welche Unterschiede zeigen sich? Kann von einer Verbesserung in der Lebenssituation geistig behinderter Menschen gesprochen werden?“ gibt der historische Abschnitt der Arbeit Auskunft. Bevor ich mich diesem resümierend widme, soll ein kurzer Überblick bezüglich der theoretischen Grundlagen gegeben werden.

Im ersten Abschnitt dieser Arbeit versuchte ich darzustellen, dass es trotz des geläufigen sprachlichen Gebrauchs des Begriffes „Geistige Behinderung“, Schwierigkeiten bei seiner Definition gibt, weil es keine einheitliche Bestimmung eines so komplexen Phänomens geben kann und (gerade deshalb) innerhalb der Wissenschaften unterschiedliche Festlegungen existieren. Des weiteren wurde der Begriff der Normalität, in Bezug auf Behinderung, als ein zentraler Vergleichsparameter bei der Definition und persönlichen Einstellungsbildung, herausgearbeitet. Die Untersuchung von Reaktionen und Einstellungen aus soziologischer Sicht hat gezeigt, dass die Lebensqualität eines geistig behinderten Menschen nicht nur durch seine Beeinträchtigung selbst, sondern in hohem Maße von seiner Umwelt beeinflusst wird. Fallen die Reaktionen überwiegend negativ aus, hat das direkte Konsequenzen für die Integration des Behinderten und seine gesellschaftliche Gleichberechtigung (vgl. Tröster 1990).

Ebenso verhält es sich mit dem Menschenbild. Dieses entwickelt sich individuell in Form von Annahmen darüber, was der Mensch ist, wozu er fähig ist und was er tun soll. Das in der Gesellschaft vorherrschende Menschenbild, als eine Art Summe der individuellen Überzeugungen, bezeichnet einen bestimmten Grad an konsensuellem Verständnis innerhalb einer Gesellschaft und wirkt sich gleichermaßen auf den Umgang mit geistig behinderten Menschen aus (vgl. Wildfeuer 2007).

Obwohl eine Vielzahl an unterschiedlichen Menschenbildern existiert, versuchte ich jene Menschenbilder näher zu beschreiben, die einen entscheidenden Einfluss auf die soziale Entwicklung des mitteleuropäischen Kulturraumes hatten. Dies sind m.E. nach das platonische, utilitaristische, christliche, ökonomische und humanistische Menschenbild.

Mittels literaturanalytischer Forschung zum Thema Umgang und Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung gelangte ich zur Beantwortung meiner eingangs gestellten Fragen. Vorweggenommen kann festgestellt werden, dass sich die Lebenssituation von geistig behinderten Menschen im Vergleich zu irgendeinem anderen Zeitabschnitt der Menschheitsgeschichte, definitiv verbessert hat. Die Geschichte unserer Zivilisation zeigt, dass die Menschheit seit ihrem Anbeginn Schwierigkeiten im Umgang mit geistig behinderten Menschen hatte. Dies hat m.E. nach vor allem damit zu tun, dass der (nichtbehinderte) Mensch in der Begegnung mit Behinderten zwangsläufig mit der eigenen Verletzbarkeit konfrontiert wird und ausserdem „über sich selbst hinauswachsen“ muss, will er in respektvollen und gleichberechtigten Kontakt mit dem „Fremden“ treten.

Innerhalb der Geschichte hat es nicht nur Tendenzen zur Ausgrenzung dieses „Fremden“ gegeben. Belege für karitative Liebestätigkeiten aus religiösen Gründen und aufgeklärte humanistische Fürsorge z.B. lassen sich auffinden. Trotzdem konnte gezeigt werden, dass die Tendenz des Menschen, behinderte Mitbürger auszugrenzen, zu isolieren und sogar zu vernichten in der Literatur viel öfter anzutreffen ist.

In der Betreuung von geistig Behinderten lassen sich erst mit der Aufklärung erste positive Anzeichen erkennen, die eine Abkehr von der bloßen Verwahrung dieser Personengruppe, hin zu eigens eingerichteten Institutionen dokumentieren. Die Entwicklung der Medizin und Pädagogik zu evidenzbasierten Wissenschaften begünstigte die

Entwicklung des Behindertenbetreuungssektors. Im Zuge der damals neu entstandenen Wissenschaftlichkeit, befasste man sich nun auch mit geistigen Behinderungen. Dies hatte positive Veränderungen auf dem Bildungssektor zufolge (z.B. Schulpflicht, Gründung von Hilfsschulen etc.). Im Bereich der psychiatrischen Behandlung aber, dienten geistig Behinderte lange Zeit nur zur (vergeblichen) Bestätigung der Heilungsabsichten der Ärzte, welche vorrangig am Sammeln wissenschaftlicher Erkenntnisse anstelle von menschengerechter Betreuung interessiert waren (Droste 1999). Im 20. Jahrhundert kam es im wissenschaftlichen (vor allem medizinischen und biologischen) Bereich zu regelrechten Revolutionen und damit einhergehenden Paradigmenwechseln in der Weltanschauung. Diese Veränderungen betrafen nicht nur die Wissenschaften, sondern die Gesellschaft als Ganzes. Die Evolutionstheorie Darwins, vermengt mit eugenischen und rassehygienischen Absichten der Faschisten brachten unendliches Elend über die Gesellschaft und ihre vermeintlich schwächsten Glieder, die Kranken und Behinderten. Die Verbrechen der NS-Zeit (Zwangssterilisation, „Euthanasie“ etc.) stellen erschreckende Dokumente dafür dar, wie sich eine Gesellschaft in Bezug auf Hilfsbedürftige radikalieren lässt.

In der Gegenwart lassen sich überwunden geglaubte Einstellungen zu Behinderten (siehe Humangenetik u. Singer) nicht leugnen und bedürfen schärfsten Widerstandes seitens der Wissenschaft, Politik und Gesellschaft, möchte man eine Wiederholung der Geschichte vermeiden. Gegenwart bedeutet aber (glücklicherweise) auch, dass es im Rahmen der Behindertenbetreuung, nicht zuletzt durch die Psychiatriereform, zu wesentlichen Verbesserungen in der Versorgung geistig Behinderter kam. Zwar ist eine Inklusion im Sinne einer selbstverständlichen Akzeptanz behinderter Menschen, noch immer nicht vollbracht. Dahingehende Bestrebungen lassen sich aber beobachten.

Innerhalb der Pflegewissenschaft nimmt die Betreuung von geistig behinderten Menschen bislang einen geringen Stellenwert ein. Im

stationären Krankenhausbereich forschten Pflegewissenschaftler der Universität Witten (siehe Schnepf/Budroni 2010) und kamen zu dem Schluss, dass die Pflegesituation geistig behinderter Menschen als problematisch einzustufen sei. Um auf die speziellen Bedürfnisse der Patientinnen adäquat eingehen zu können fehle es oft an fachbezogenem Wissen und persönlicher Erfahrung im Umgang mit behinderten Menschen.

Das m.E. nach Wichtigste im Umgang mit behinderten Menschen, um sie Teil unserer „normalen“ Realität werden zu lassen ist, sie vorrangig als das zu sehen, was sie sind, nämlich Menschen. Und wenn wir etwas aus der Aufklärung und unserer jüngeren Geschichte gelernt haben, sollte es selbstverständlich sein, geistig behinderten Menschen mit derselben Hochachtung gegenüberzutreten, so wie es jedes menschliche Wesen verdient hat. In diesem Sinne schließe ich mit einem Zitat von Georg Feuser (1998):

„Würden wir das erschwerte Lernen und die Mühe würdigen, die sich die Betroffenen machen, um sich die von uns Nichtbehinderten geschaffene Welt anzueignen, müssten wir von ihren besonderen kognitiven Fähigkeiten, ihrem Geschick und Können sprechen und nicht von geistiger Behinderung“.

Literaturverzeichnis

Antor, G./ Bleidick, U.: Behindertenpädagogik als angewandte Ethik. Stuttgart: Kohlhammer 2000

APA-American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition – DSM IV. Washington, DC: APA 1994

Aus der Schmitt, I.: Schwachsinnig in Salzburg. Salzburg: Umbruch 1985

Bach, H. (Hrsg.): Pädagogik der Geistigbehinderten. Berlin: Marhold 1979

Bach, H.: Grundlagen der Sozialpädagogik. Bern: Haupt 1999

Badelt, Ch./ Österle, A.: Zur Lebenssituation behinderter Menschen in Österreich. Graz: Bundesministerium für Arbeit und Soziales 1993

Badelt, I.: Geistig behinderte Menschen in ihren sozialen Bezügen. In: Irblich, D./Stahl, B. (Hrsg.): Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder. Göttingen: Hogrefe 2003

Barsch, A./Hejl, P.M. (Hrsg.): Zur Pluralisierung der Vorstellung von der menschlichen Natur (1850-1914). Frankfurt a.M.: Suhrkamp 2000

Blasius, D.: Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch-Verlag 1980

Blasius, D.: Umgang mit Unheilbarem. Studien zur Sozialgeschichte der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag 1986

Bleidick, U.: Behinderung als pädagogische Aufgabe. Behindertenbegriff und behindertenpädagogische Theorien. Stuttgart: Kohlhammer 1999

Bösl, E./Klein, A./Waldschmidt, A. (Hrsg.): Disability History. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte. Eine Einführung. Bielefeld: Transcript-Verlag 2010

Brink, C.: Die Irren sind immer die Anderen. Selbstthematizierungen von psychischer Krankheit und Gesundheit in Umbruchszeiten von Psychiatrie und Gesellschaft (Deutschland 1900/1970). In: Bösl, E./Klein, A./Waldschmidt, A. (Hrsg.): Disability History. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte. Eine Einführung. Bielefeld: Transcript-Verlag 2010

Brüne, M./Payk, T.R. (Hrsg.): Sozialdarwinismus, Genetik und Euthanasie. Menschenbilder in der Psychiatrie. Stuttgart: Wissenschaftsverlag 2004

Budroni, H./Schnepp, W./Conrads, T.: „Verloren sein“- Die Angst vor einem Krankenhausaufenthalt. Menschen mit Behinderung im Krankenhaus. In: *Die Schwester Der Pfleger*, 49 (5), 424-427, 2010

Bundesverband evangelischer Behindertenhilfe e.V.: Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus – Problemlagen und Lösungsperspektiven. Berlin 2010

Cloerkes, G.: Soziologie der Behinderten. Heidelberg: Winter 2007

DIMDI - Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). 2005

Dörfel, D.: Ethik in Medizin und Pflege: christliches Profil in der Spannung zwischen klinischer Verantwortung und ökonomischen Zwängen. Münster: Lit 2005

Dörner, K.: Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt a. M.: Europ. Verlagsanstalt 1984

Dörner, K./Plog, U.: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2000

Droste, T.: Die Historie der Geistigbehindertenversorgung unter dem Einfluß der Psychiatrie seit dem 19. Jahrhundert. Eine kritische Analyse neuerer Entpsychiatisierungsprogramme und geistigbehindertenpädagogischer Reformkonzepte. Münster: Lit 1999

Eisenberger, J./Hahn, M.T./Hall, C./Koepp, A./Krüger, C. (Hrsg.): Das Normalisierungsprinzip - vier Jahrzehnte danach. Veränderungsprozesse stationärer Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung. Reutlingen: Diakonie-Verlag 1999

Ekert, B./Ekert, C.: Psychologie für Pflegeberufe. Stuttgart: Thieme 2005

Eller, F./Wildfeuer, A.G. (Hrsg.): Problemkontexte kindlicher Entwicklung. Münster: Lit 2007

Feuser, G.: Lebenslanges Lernen für Menschen mit geistiger Behinderung - Selbstbestimmung und Integration. Vorträge im Rahmen der Tagung: Dialog - Menschen mit Behinderungen in der Erwachsenenbildung. Bremen 1998

Fischer-Elfert, H.-W.: „Lache nicht über einen Blinden und verspötte nicht einen Zwerg!“ Über den Umgang mit Behinderten im Alten Ägypten. In: Liedtke, M. (Hrsg.): Behinderung als pädagogische und politische Herausforderung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt 1996

Fornfeld, B.: Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik. München: Reinhardt 2004

Fornfeld, B.: Grundwissen Geistigbehindertenpädagogik. München: Reinhardt 2009

Fürstler, G./Malina, P.: Ich tat nur meinen Dienst. Zur Geschichte der Krankenpflege in Österreich in der NS-Zeit. Wien: Facultas Verlag 2004

Goffman, E.: Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt a.M.: Suhrkamp 1996

Greving H./Ondracek, P.: Handbuch Heilpädagogik. Troisdorf: Bildungsverlag EINS 2005

Grosinger, E.: Rassenhygiene: eine „politisierte Wissenschaft“. Mit Hauptaugenmerk auf die burgenländische Roma. Frankfurt a M.: Lang 1998

Haeberlin, U.: Das Menschenbild für die Heilpädagogik. Bern: Haupt 2010

Hähner, U.: Von der Verwahrung über die Förderung zur Selbstbestimmung. In: Hähner, U./Niehoff, U./Sack, R./Walther, H.: Vom Betreuer zum Begleiter. Eine Neuorientierung unter dem Paradigma der Selbstbestimmung. Marburg: Lebenshilfe-Verlag 1997

Hähner, U./Niehoff, U./Sack, R./Walther, H.: Vom Betreuer zum Begleiter. Eine Neuorientierung unter dem Paradigma der Selbstbestimmung. Marburg: Lebenshilfe-Verlag 1997

Hartmann, N. (Hrsg.): Beiträge zur Pädagogik der Schwerstbehinderten. Neuburgweier: Schindele 1983

Häßler, G./Häßler, F.: Geistig Behinderte im Spiegel der Zeit. Vom Narrenhäusl zur Gemeindepsychiatrie. Stuttgart: Thieme 2005

Hensle, U./Vernooij, M.: Einführung in die Arbeit mit behinderten Menschen. Psychologische, pädagogische und medizinische Aspekte. Heidelberg: Quelle & Meyer 2002

Hermes, G./Rohrmann, E. (Hrsg.): Nichts über uns – ohne uns! Disability Studies als neuer Ansatz emanzipatorischer und interdisziplinärer Forschung über Behinderung. Neu-Ulm: AG SPAK 2006

Höfle, W./ Leitner, M./ Stärker, L.: Rechte für Menschen mit Behinderung. Wien: Linde 2006

Irblich, D./Stahl, B. (Hrsg.): Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder. Göttingen: Hogrefe 2003

Jantzen, W.: Sozialgeschichte des Behindertenbetreuungswesens. München: DJI 1982

Jantzen, W.: Allgemeine Behindertenpädagogik. Band 1. Basel: Beltz 1992.

Kappeler, J. : Das Menschenbild moderner Ökonomie. Diplomarbeit. Johannes Kepler Universität Linz 2008.

Käppeli, S.: Vom Glaubenswerk zur Pflegewissenschaft. Geschichte des Mit-Leidens in der christlichen, jüdischen und freiberuflichen Krankenpflege. Bern: Huber 2004

Kastl, J.M.: Einführung in die Soziologie der Behinderung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2010

Kepplinger, B./Marckgott, G./Reese, H.: Tötungsanstalt Hartheim. Wien: OÖLA 2008

Kirchgässner, G.: Homo oeconomicus. Das ökonomische Modell individuellen Verhaltens und seine Anwendung in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. Tübingen: Mohr 1991

Klicpera, C./Gasteiger-Klicpera, B./Innerhofer, P. (Hrsg.): Lebenswelten von Menschen mit geistiger Behinderung: eine empirische Bestandsaufnahme in Südtirol. Heidelberg: Asanger 1995

Kobi, E.: Vorstellungen und Modelle zur Wesenserfassung geistiger Behinderung und zum Umgang mit geistig Behinderten. In: *Geistige Behinderung* 22 (3), 155-166, 1983

Köther, I.: Thiemes Altenpflege. Stuttgart: Thieme 2005

Kulig, W./Theunissen, G./Wüllenweber, E.: Geistige Behinderung. In: Wüllenweber, E./ Theunissen, G./Mühl, H. (Hrsg.): Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer 2006

Kutter, P./Páramo-Ortega, R./Müller, T. (Hrsg.): Weltanschauung und Menschenbild. Einflüsse auf die psychoanalytische Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1998

Lay, R.: Ethik in der Pflege: ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Hannover: Schlütersche 2004

Leininger, K.: Verordnetes Sterben- Verdrängte Erinnerungen. NS-Euthanasie in Hartheim. Wien: Verlagshaus der Ärzte 2006

Liedtke, M.: Behinderung – Anthropologische und pädagogische Aspekte. In: Liedtke, M. (Hrsg.): Behinderung als pädagogische und politische Herausforderung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt 1996

Liedtke, M. (Hrsg.): Behinderung als pädagogische und politische Herausforderung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt 1996

Lindner, L.: Lernziel „guter Mensch“ ? Ethik in der Aus- und Fortbildung pflegerischer Berufe. In: Städter-Mach, B. (Hrsg.): Ethik im Gesundheitswesen. Berlin: Springer 1999

Lösch, A.: Tod des Menschen/Macht zum Leben: von der Rassenhygiene zur Humangenetik. Pfaffenweiler: Centaurus 1998

Luckasson, R./Coulter, D./Polloway, E./Reiss, S./Schalock, R./Snell, M./Spitalnik, D./Stark, J.: Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of Supports. Washington, DC: AAMR 2002

Mattner, D.: Behinderte Menschen in der Gesellschaft. Stuttgart: Kohlhammer 2000

Mehl, A.: Behinderte in der antiken griechischen Gesellschaft. In: Liedtke, M. (Hrsg.): Behinderung als pädagogische und politische Herausforderung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt 1996

Meyer, H.: Geistigbehindertenpädagogik. In: Solarová, S. (Hrsg.): Geschichte der Sonderpädagogik. Stuttgart: Kohlhammer 1983

Meyer, H.: Geistige Behinderung – Terminologie und Begriffsverständnis. In: Irblich, D./Stahl, B. (Hrsg.): Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder. Göttingen: Hogrefe 2003

Mürner, C.: Medien- und Kulturgeschichte behinderter Menschen. Sensationslust und Selbstbestimmung. Hemsbach: Beltz 2003

Nickel, S.: Gesellschaftliche Reaktionen auf Menschen mit (geistiger) Behinderung in der Kinder- und Jugendliteratur. In: *Behindertenpädagogik*, 38 (4), 381-404, 1999

Oerter, R.: Menschenbilder als sinnstiftende Konstruktion und als geheime Agenten. In: Oerter, R. (Hrsg.): Menschenbilder in der modernen Gesellschaft. Stuttgart: Enke 1999

Páramo-Ortega, R.: Psychoanalyse und Weltanschauung. In: Kutter, P./Páramo-O Sozialstruktur und Persönlichkeit rtega, R./Müller, T. (Hrsg.): Weltanschauung und Menschenbild. Einflüsse auf die psychoanalytische Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1998

Parsons, T.: Sozialstruktur und Persönlichkeit. Frankfurt a.M.: Fachbuchhandlung für Psychologie 1981

Peters, U.: Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie. München: Urban & Fischer 2007

Petersen, N.: Geistigbehinderte Menschen – im Gefüge von Gesellschaft, Diakonie und Kirche. Münster: Lit 2003

Pitsch, H.J.: Verfahren, Konzepte, Methoden – Hilfen für die Förderung geistig Behinderter. In: Wüllenweber, E./Theunissen, G./Mühl, H. (Hrsg.): Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer 2006

Reisch, L.: Zum Umgang mit Behinderten in urgeschichtlicher Zeit. In: Liedtke, M. (Hrsg.): Behinderung als pädagogische und politische Herausforderung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt 1996

Richarz, B.: Heilen, Pflegen, Töten. Zur Alltagsgeschichte einer Heil- und Pflegeanstalt bis zum Ende des Nationalsozialismus. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1987

Rösger, A.: Der Umgang mit Behinderten im römischen Reich. In: Liedtke, M. (Hrsg.): Behinderung als pädagogische und politische Herausforderung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt 1996

Rohrmann, E.: Gesellschaftliche Konstruktionen von Anders-Sein in unterschiedlichen kulturhistorischen Kontexten. In: Hermes, G./Rohrmann, E. (Hrsg.): Nichts über uns – ohne uns! Disability Studies als neuer Ansatz emanzipatorischer und interdisziplinärer Forschung über Behinderung. Neu-Ulm: AG SPAK 2006

Rohrmann, E.: Mythen und Realitäten des Anders-Seins. Gesellschaftliche Konstruktionen seit der frühen Neuzeit. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2007

Rudloff, W.: Das Ende der Anstalt? Institutionalisierung und Deinstitutionalisierung in der Geschichte der bundesdeutschen Behindertenpolitik. In: Bösl, E./Klein, A./Waldschmidt, A. (Hrsg.): Disability History. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte. Eine Einführung. Bielefeld: Transcript-Verlag 2010

Schäfers, M.: Behinderungsbegriffe im Spiegel der ICF. In: *Teilhabe*, 48 (1), 25-27, 2009

Schewior-Popp, S. (Hrsg.): Thiemes Pflege: das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung. Stuttgart: Thieme 2009

Schmidt, R.: Die Paläste der Irren. Kritische Betrachtung zur Lebenssituation geistig behinderter Menschen in Österreich. Wien: WUV 1993

Schnepp, W./Budroni, H.: Die problematische Situation von Patientinnen und Patienten mit Behinderung im Krankenhaus unter besonderer Berücksichtigung der Forsea-Studie. Berlin 2010

Schröder, S.: Historische Skizzen zur Betreuung schwerst- und mehrfachgeschädigter geistigbehinderter Menschen. In: Hartmann, N.(Hrsg.): Beiträge zur Pädagogik der Schwerstbehinderten. Heidelberg: Schindele 1983

Seidl, E.: Pflege im Wandel. Wien: Maudrich 1993

Seidler, E./Leven, K.-H.: Geschichte der Medizin und der Krankenpflege. Stuttgart: Kohlhammer 2003

Singer, P.: Praktische Ethik. Stuttgart: Reclam 1994

Smith, A.: Der Wohlstand der Nationen. Eine Untersuchung seiner Natur und seiner Ursachen. München: Dt. Taschenbuch-Verlag 1993

Solarová, S. (Hrsg.): Geschichte der Sonderpädagogik. Stuttgart: Kohlhammer 1983.

Speck, O.: Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Erziehung. Ein heilpädagogisches Lehrbuch. München/Basel: Reinhardt 1999

Speck, O.: Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Lehrbuch zur Erziehung und Bildung. München: E. Reinhardt 2005

Steppe, H. (Hrsg.): Krankenpflege im Nationalsozialismus. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag 2001

Ströbl, J.: Behinderung und gesellschaftliche Teilhabe aus Sicht von Menschen mit so genannter geistiger Behinderung. In: Hermes, G./Rohrmann, E. (Hrsg.): Nichts über uns – ohne uns! Disability Studies als neuer Ansatz emanzipatorischer und interdisziplinärer Forschung über Behinderung. Neu-Ulm: AG SPAK 2006

Stumm, G. (Hrsg.): Psychotherapie: Schulen und Methoden. Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis. Wien: Falter Verlagsgesellschaft 1994

Theunissen, G.: Behindertenfeindlichkeit und Menschenbild. In: *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 41 (8), 546-552, 1990

Theunissen, G./Schirbort, K. (Hrsg.): Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Stuttgart: Kohlhammer 2006

Thimm, W.: Das Normalisierungsprinzip. Marburg: Lebenshilfe-Verlag 2005

Trinkaus, E.: The Shanidar Neandertals. New York: Academic Press 1983.

Tröster, H.: Einstellungen und Verhalten gegenüber Behinderten. Konzepte, Ergebnisse und Perspektiven sozialpsychologischer Forschung. Bern: Huber 1990.

Trus, A.: „... vom Leid erlösen“. Zur Geschichte der nationalistischen „Euthanasie“ - Verbrechen. Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag 2003

Waetzold, H.: Der Umgang mit Behinderten in Mesopotamien. In: Liedtke, M. (Hrsg.): Behinderung als pädagogische und politische Herausforderung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt 1996

Walter, I.: Zur beruflichen Pflege in Österreich 1784 bis 1914. Wärterinnen und Wärter in öffentlichen Krankenhäusern. In: Walter, I./Seidl, E./Kozon, V. (Hrsg.): Wider die Geschichtslosigkeit der Pflege. Wien: ÖGVP Verlag 2004

Walter, I./Seidl, E./Kozon, V. (Hrsg.): Wider die Geschichtslosigkeit der Pflege. Wien: ÖGVP Verlag 2004

Weber-Reich, T.: Christliche Krankenschwestern und ihre autonomen Leistungen im 19. Jahrhundert. Eine mikrohistorische Studie. In: Walter, I./Seidl, E./Kozon, V. (Hrsg.): Wider die Geschichtslosigkeit der Pflege. Wien: ÖGVP Verlag 2004

WHO – World Health Organization: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Genf 2001

WHO - World Health Organization: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease. Genf 1980

Wildfeuer, A.G.: „Normalität“ und „Menschenbild“. Überlegungen im Kontext der Bestimmung des Begriffs „Behinderung“. In: Eller, F./Wildfeuer, A.G. (Hrsg.): Problemkontexte kindlicher Entwicklung. Münster: Lit 2007

Wilken, U.: Körperbehindertenpädagogik. In: Solarová, S. (Hrsg.): Geschichte der Sonderpädagogik. Stuttgart: Kohlhammer 1983.

Wüllenweber, E./Theunissen, G./Mühl, H. (Hrsg.): Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer 2006

Tabellen- u. Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: ICD- 10; IQ-Bereiche der Intelligenzminderung und Merkmale der Subgruppen	13
Tabelle 2: DSM-IV; Bereiche der Intelligenzminderung (unter Berücksichtigung eines Messfehlers von 5 IQ-Punkten), Merkmale der Subgruppen und Bereiche der sozialen Anpassungsfähigkeit.....	16
Abbildung 1: Bio-psycho-soziales Kontextmodell.....	14

Abstracts

Die vorliegende Diplomarbeit hat zum Ziel Pflegekräften und anderen Berufsangehörigen der Behindertenbetreuung einen Einblick in die Historie der Betreuung von geistig Behinderten zu geben. Im theoretischen Teil der Arbeit wird gezeigt, dass das Phänomen „geistige Behinderung“ aufgrund seiner Komplexität keine einheitliche Definition zulässt, außerdem werden Klassifikationsunterschiede beleuchtet. Weiters werden die Begriffe Normalität, Einstellung, Reaktion und Menschenbild in Bezug auf geistige Behinderung analysiert. Es konnte gezeigt werden, dass die Lebenssituation behinderter Menschen in hohem Maße davon abhängt, wie sie von ihrer Umwelt wahrgenommen werden und diese auf sie reagiert. Im historischen Teil geht es dann konkret um diese gesellschaftlichen Auswirkungen auf den Umgang mit und die Betreuung von geistig behinderten Menschen. Aus dem Vergleich der einzelnen historischen Epochen mit der Gegenwart erkennt man, dass sich die Lebenssituation und die Betreuung von Menschen mit geistigen Behinderungen verbessert hat. Zu uneingeschränkter gesellschaftlicher Teilhabe und Inklusion in unsere Gemeinschaft ist es trotz positiver Tendenzen noch nicht gekommen.

The goal of the thesis is to give nurses, among other professionals in the disability care management, an historical overview of the care of people with intellectual disabilities. The theoretical part of this work shows that the complex phenomenon of "intellectual disability" allows no consistent definition. Differences in the classifications are also highlighted. Furthermore, the terms "normality", "attitude", "reaction" and "idea of man" in regard to intellectual disability have been analyzed. It has been shown that the living situation of people with disabilities largely depends on how they are perceived by their environment, and how nondisabled respond to them. The historical part

of the thesis describes actual social effects on the treatment and care of this social group. Comparison of the various historical periods and the present illustrates that the life situation and the care of people with intellectual disabilities has improved. Despite positive trends, a full social participation and inclusion of people with intellectual disabilities has not been achieved.

Lebenslauf

Name: Aleksandar Ivic

Geburtsdatum: 13.04.1982

Geburtsort: Mödling

E-Mail: aleksmitka@gmail.com

Werdegang:

1988-1992 Volksschule Möllersdorf

1992-1996 Hauptschule Traiskirchen

1996-2001 HTL Mödling

2003- 2005 Studium der Psychologie an der
Universität Wien

2005-dato Studium der Pflegewissenschaften
an der Universität Wien