



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit:

„Kulturelle Akzeptanz/Nichtakzeptanz gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung lebend in Österreich“

Verfasserin: **Stefanie Füreder**

Zur Erlangung des akademischen Grades:

Magistra der Kultur- und Sozialanthropologie (Mag.^a phil.)

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A307
Studienrichtung lt. Studienblatt:	Kultur- und Sozialanthropologie
Betreuerin:	Univ. Lekt. Dr. Ruth Kronsteiner

Wien im August 2009

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die hier vorliegende Arbeit selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

Ich versichere weiters, dass ich diese Diplomarbeit, bis her weder im Innland noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Datum

Unterschrift

Danksagung

Ich möchte mich auf diesem Weg bei all jenen bedanken, die einen Beitrag zur Realisierung dieser Arbeit geleistet haben.

Insbesondere bedanke ich mich bei meiner Familie und bei meinen Freunden, die mich durch Gespräche immer wieder motivierten und in vielen Bereichen eine große Unterstützung für mich waren. Im Speziellen möchte ich mich bei meinen Eltern bedanken, die mir mein Studium ermöglicht haben und mich immer wieder ermutigt haben weiter zu machen

Mein Dank gilt auch, meiner Diplomarbeitsbetreuerin Univ. Lekt. Dr. Ruth Kronsteiner, deren konstruktive Kritik und Anregungen maßgeblich zum Gelingen der vorliegenden Arbeit beigetragen haben.

Weiter gilt mein Dank allen InterviewpartnerInnen, die mir ihr Wissen, ihre Erfahrungen und ihre Zeit zur Verfügung gestellt haben. Ohne ihre Mitwirkung gäbe es diese Arbeit nicht.

Inhaltsverzeichnis:

1	EINLEITUNG	1
1.1	Vorwort	1
1.2	Einleitung.....	2
2	THEORETISCHER TEIL	4
2.1	Begriffsdefinition	4
2.1.1	Verwendeter Kulturbegriff	4
2.1.2	Definition von kultureller Akzeptanz.....	5
2.1.3	Begriff der Behinderung.....	8
2.1.4	Definition von geistiger Behinderung	10
2.1.5	Geistige Behinderung aus biomedizinischer Perspektive vs. ethnomedizinischer Perspektive	11
2.1.5.1	Definition von Medizin/Biomedizin	11
2.1.5.2	Definition von Medizinethnologie	11
2.1.5.3	Geistige Behinderung aus biomedizinischer Perspektive und medizinethnologischer Perspektive	12
2.1.5.4	Diagnostik von Behinderung.....	12
2.2	Behinderung und Kultur	15
2.2.1	Gentechnik, pränatale Diagnostik medizinische Ethik und Anthropologie der Behinderung	15
2.2.1.1	Einleitung.....	15
2.2.1.2	Anthropologische und ethische Aspekte im Bereich der Wahrnehmung von Menschen mit geistiger Behinderung	15
2.2.1.2.1	Anthropologie als Wissenschaft.....	15
2.2.1.2.2	Anthropologie der Behinderung	15
2.2.1.3	Ethik und Behinderung	16
2.2.1.3.1	Medizinische Ethik.....	17
2.2.1.4	Gentechnologie	18
2.2.1.4.1	Pränatale Diagnostik	19
2.2.2	Geistige Behinderung und Gesellschaft	20
2.2.2.1	Behinderung bestehend als soziale Kategorie (Amerika und Europa).....	21
2.2.3	Einblick in die ethnologischen Diskussionen	22

2.2.3.1	Ethnographische Fallbeispiele.....	24
2.2.3.1.1	Yupno aus Papua New Guinea	24
2.2.3.1.1.1	Ethnographie	24
2.2.3.1.1.2	Die Glaubensvorstellung.....	24
2.2.3.2	Zusammenfassung.....	25
2.2.4	Zusammenfassung.....	26
2.3	Historische Diskursanalyse.....	27
2.3.1	Einleitung.....	27
2.3.2	Ideologische Vorläufer nationalsozialistischer Vernichtung unwerten Lebens.....	27
2.3.2.1	Ideengeschichte der Euthanasie	27
2.3.2.2	Sozialdarwinismus und Eugenik im 19. Jahrhundert	28
2.3.3	Gesellschaftlicher und ärztlicher Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung im 19. Jahrhundert	30
2.3.4	Der Umgang mit Kranken, Verletzten und „Unheilbaren“ in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts.....	33
2.3.5	Die Radikalisierung im Umgang mit sogenanntem „lebensunwerten Leben“	35
2.3.6	Die nationalsozialistische Euthanasie zwischen 1938 und 1945	37
2.3.6.1	Kindereuthanasie.....	37
2.3.6.2	Die Aktion „T4“.....	38
2.3.6.3	Nationalsozialistische Euthanasie in Österreich	39
2.3.6.4	Die Einstellung der Bevölkerung gegenüber der nationalsozialistischen Euthanasie und das Problem des Widerstandes	40
2.3.7	Der österreichische Nachkriegsdiskurs	42
2.3.8	Zur Weiterentwicklung der Geistesbehindertenversorgung nach 1945	43
2.3.8.1	Ansätze zu einer neuen Entwicklung.....	43
2.3.8.2	Psychiatriereform.....	44
2.3.8.2.1	Wiener Psychiatriereform	44
2.3.9	Neue Entwicklungen nach der Psychiatriereform	45
2.3.9.1	Begriff der Integration	45
2.3.9.2	Begriff der Normalisierung.....	46
2.3.9.3	Wohnreformen.....	46
2.3.9.4	Schulreform	46

2.3.9.5	Sachwalterschaft	47
2.3.10	Aktuelle gesellschaftspolitische Zugänge der Integration von Menschen mit geistiger Behinderung und rechtliche Grundlagen	48
2.3.10.1	Gesetzliche Grundlagen	48
2.3.10.1.1	Schutzregelungen/Diskriminierungsschutz	48
2.3.10.2	Erkennung und lebensbegleitende Förderungen.....	49
2.3.10.2.1	Diagnose	49
2.3.10.2.2	Kindergarten	50
2.3.10.2.3	Schulsystem	50
2.3.10.2.4	Berufsorientierung– und Ausbildung.....	51
2.3.10.2.5	Arbeitsrecht	51
2.3.10.2.6	Wohnformen	53
2.3.10.2.7	Qualitätssicherung.....	53
2.3.11	Zusammenfassung.....	54
3	EMPIRISCHER TEIL	61
3.1	Wahrnehmung von kultureller Akzeptanz von „Betroffenen“ und Menschen dieses Arbeitsbereiches	61
3.1.1	Einleitende Gedanken	61
3.1.2	Sample	62
3.1.3	Darstellung der verwendeten Methoden.....	62
3.1.3.1	Empirische Sozialforschung	62
3.1.3.1.1	Teilstrukturierte Interviews.....	63
3.1.3.1.1.1	Leitfaden für Familienangehörige	64
3.1.3.1.1.2	Leitfaden für Betreuungspersonal.....	64
3.1.3.1.1.3	Leitfaden für die Befragten mit einer geistigen Behinderung	65
3.1.3.1.2	Textanalyse: Grounded Theory	65
3.1.3.1.2.1	Das pragmatische Modell	66
3.1.4	Datenauswertung	67
3.1.4.1	Auswertung: Interviews mit Angehörigen	69
3.1.4.1.1	Tabellarische Darstellung	69
3.1.4.1.2	Inhaltliche Auswertung der vier Interviews mit Angehörigen.....	70
3.1.4.2	Auswertung: Interviews mit Personengruppen aus dem Betreuungs- und Bildungsbereich	75
3.1.4.2.1	Tabellarische Darstellung	75

3.1.4.2.2	Inhaltliche Auswertung der drei Interviews mit der Personengruppe aus dem Betreuungs- und Bildungsbereich.....	76
3.1.4.3	Auswertung:Interviews der Personengruppen mit geistiger Behinderung	82
3.1.4.3.1	Tabellarische Darstellung	82
3.1.4.3.2	Inhaltliche Auswertung der zwei Interviews der Personengruppe mit geistiger Behinderung.....	83
3.1.5	Interpretation	86
4	SCHLUSSFOLGERUNG	87
5	LITERATURVERZEICHNIS.....	90
6	ANHANG	99
6.1	Kurzzusammenfassung	99
6.2	Abstract	100

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
BAG	Berufsausbildungsgesetz
BEinstG	Behinderteneinstellungsgesetz
BGBI	Bundesgesetzblatt
BV-G	Bundesverfassungsgesetz
GzVeN	Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuch
Hrsg.	Herausgeber
ICI	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICIDH	Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps
lt.	laut
NS	Nationalsozialismus
NSDAP	Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei
RIS	Rechtsinformationssystem
SchOG	Schulorganisationsgesetz
StGB	Strafgesetzbuch
StGG	Staatsgrundgesetz
uvm.	und vieles mehr
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization
z.B.	zum Beispiel

1 EINLEITUNG

1.1 Vorwort

Durch die Erfahrungen, welche ich als Begleitperson eines Ferienlagers für Menschen mit geistiger Behinderung in Österreich sammelte, wurde ich auf die Thematik – Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung- aufmerksam gemacht.

Denn, gerade wenn man mit einer großen Gruppe viel unterwegs ist, ergeben sich viele Kontakte mit unterschiedlichsten Menschen und Menschengruppen, welche zu überfreundlichen Reaktionen bis hin zu abwertenden Blicken reichen. In Folge dieser Ereignisse erschien es mir als Studentin der Kultur- und Sozialanthropologie wichtig, jene kulturellen Dimensionen, die in jenen Reaktionen, Bewertungsvorgängen als auch Denkmustern manifestiert sind, zu erforschen. Auch die Filmproduktion „Licht ins Dunkel“, welche meines Erachtens nach ein Bild von Menschen mit Behinderung transportiert, welches Hilflosigkeit inkludiert und daraus resultierend Mitleid forciert, haben mein Interesse, dieses Bedeutungssystem zu analysieren, zu erforschen und kritisch zu hinterfragen, geweckt.

Um nun dieses Konstrukt erforschen und analysieren zu können, war es sehr wichtig, jene Kompetenzen, welche ich innerhalb meines Studiums erlernt habe, zu besitzen. Hierbei handelt es sich um kritisches und interdisziplinäres Denken, kritischer Umgang mit Quellen und die Fähigkeit selbständig, wissenschaftlich arbeiten zu können, wobei mir die besuchten Kurse, Informations- und Literaturrecherchen, qualitativen Forschungsmethoden, kultur- und sozialanthropologisches Arbeiten/ Schreiben sehr hilfreich waren. Auf der thematischen Ebene waren mir unter anderem die Vorlesungsinhalte von Rechtsanthropologie, Geschichte der Kultur- und Sozialanthropologie, soziale Konstruktion von Identitäten und Einführung ins Studium der Kultur- und Sozialanthropologie sehr hilfreich. Bei der Auswertung meiner erhobenen Daten war für mich die Grounded Theory sehr nützlich, welche ich mir im Seminar Datenanalyse erwerben konnte.

Mit Hilfe dieser erworbenen Kompetenzen und Ressourcen war ich nun motiviert jenes Bedeutungssystem, welches im Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung manifestiert ist, zu hinterfragen und zu analysieren.

1.2 Einleitung

Die Frage, wie Menschen mit geistiger Behinderung in der Gesellschaft wahrgenommen werden und wie weit sie in das gesellschaftliche Leben integriert sind und akzeptiert werden, ist seitens der Sonder- und Heilpädagogik, Philosophie, Soziologie und Psychologie ein häufig untersuchtes Thema. Meiner Ansicht nach wird dieses Thema jedoch kaum in der Kultur- und Sozialanthropologie diskutiert. In dieser werden vor allem Vergleiche zwischen Ländern gezogen und der Umgang mit Menschen mit Behinderung in anderen Kulturen untersucht und erforscht.

In diesen Studien wird jedoch kaum darauf eingegangen, wie weit die Akzeptanz/Nichtakzeptanz von Menschen mit geistiger Behinderung in der „österreichischen Kultur“ verankert ist. Denn „[...] sowohl die Intelligenz als auch deren Mangel kann offenbar nur auf dem Hintergrund mitmenschlicher Umwelt überhaupt erst erkannt und erfasst werden“ (Gastager 1973: 13). Weitgehend bestimmt also laut Susanne Gastager (vgl. 1973: 30) die Gesellschaft durch Setzung gewisser Erwartungsnormen, wer den gesellschaftlichen Normen geistig „unterlegen“ ist. Häufig wird davon ausgegangen, dass aufgrund der soziokulturell-historischen und durch Sozialisationsprozesse gewachsenen Überzeugungen, wonach behinderte Menschen elementaren, sozialen Werten widersprechen, die Einstellungen sich kulturspezifisch unterscheiden und in einer gegebenen Kultur in gewissen Ausprägungen ähnliche Überzeugungen zu finden sind (vgl. Cloerkes 2007: 106). Demzufolge ist laut Günther Cloerkes (vgl. 2007: 9) Behinderung nichts Absolutes, sondern sie ist erst als soziale Kategorie begreifbar. Die Veränderbarkeit der sozialen Reaktion ist jedoch weitgehend ungelöst und selbst im Begrifflichen ist noch Grundlagenforschung zu leisten (vgl. Cloerkes/Neubert 1994: 9-10). Albrecht und Meiser (vgl. 1997: 4) vertreten die Überzeugung, dass die kultur- und sozialanthropologische und soziologische Erforschung der sozialen Kategorie Behinderung noch einer größeren Beachtung im sonderpädagogischen Diskurs bedarf. Infolgedessen möchte ich in meiner Arbeit die Frage stellen: **„Wie weit existiert in der österreichischen Gesellschaft kulturelle Akzeptanz gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung?“** Wesentlich ist hier die gewählte Definition des Begriffs „kulturelle Akzeptanz“, da es laut der unterschiedlichen wissenschaftlichen Diskurse verschiedene Interpretationen zu diesem Begriff gibt. Somit ist ein theoretischer Einblick in den in dieser Arbeit verwendeten Kulturbegriff vorgesehen. Weiters folgt ein Einblick in die ethnologischen Diskussionen und Arbeiten zu dieser Thematik. Wichtig für die Analyse der kulturellen Akzeptanz ist

eine historische Diskursanalyse, beginnend im 19. Jahrhundert mit einer genaueren Betrachtung des sozialen Darwinismus, des Aufkommens der Eugenik während des ersten Weltkrieges, der Euthanasie während des Nationalsozialismus sowie der Eugenik und neuen Fortpflanzungstechnologien bis in die Gegenwart. In diesem Zusammenhang möchte ich mich deswegen mit den Grundlagen der aktuellen, medizinischen Ethik beschäftigen und gesellschaftliche und politische Konzepte der Integration von Menschen mit geistiger Behinderung in Österreich näher beleuchten. Als empirischen Teil möchte ich halbstrukturierte Interviews mit Familienangehörigen, mit der Personengruppe „tätig im Bildungs- und Betreuungsbereich von Menschen mit geistiger Behinderung“ und mit der Personengruppe „Menschen mit geistiger Behinderung“ durchführen.

2 THEORETISCHER TEIL

2.1 Begriffsdefinition

2.1.1 Verwendeter Kulturbegriff

Aufgrund des Titels meiner Arbeit „Kulturelle Akzeptanz/Nichtakzeptanz gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung in Österreich“ ist es von großer Bedeutung, gleich von Anfang an darauf einzugehen, von welchem Kulturbegriff ich ausgehe, um nachvollziehen zu können, was unter kultureller Akzeptanz verstanden werden kann.

In einem älteren Werk der Kultur- und Sozialanthropologie (vgl. Hirschberg 2006 [1965]: 220) wird Kultur als mehrdeutiger Begriff definiert. Einerseits wird Kultur als Kontrast zur Natur verstanden, zweitens als Handels- und Denkweise sowie auch als materielle Hervorbringungen bestimmter menschlicher Gemeinschaften.

Diese Begriffsdefinition ist aber viel zu undifferenziert und zu kurz gefasst, daher ist es wichtig, zu erwähnen, dass Kultur als vieldimensional betrachtet werden muss.

Dieser Facettenreichtum der Kultur, ihre Komplexität, führt zu unterschiedlichen Zugangsweisen, Vermischungen einzelner Sichtweisen, unterschiedlichen Kategorien und Kriterien (vgl. Mühlmann 1996: 23).

Für meine Arbeit erscheint es mir wichtig, die bedeutendsten Punkte des Kulturbegriffes von Clifford Geertz zu erwähnen, der Kultur als „[...] *an historically transmitted pattern of meanings embodied in symbols, a system of inherited conceptions expressed in symbolic forms by means of which men communicate, perpetuate, and develop their knowledge about and attitudes toward life [...]*“ definiert (Geertz 1973: 89). Er geht hierbei von einem semiotischen Kulturbegriff aus, wobei er in diesem Zusammenhang von der Kultur- und Sozialanthropologie als einer interpretierenden Wissenschaft spricht, welche gesellschaftliche Ausdrucksformen deutet. Im Weiteren ist Kultur keine Instanz der gesellschaftlichen Ereignisse, Verhaltensweisen, Institutionen oder Prozesse, welche kausal zugeordnet werden können, denn sie ist als Kontext oder Rahmen zu verstehen. Weiters kann in diesem Diskurs menschliches Verhalten als symbolisches Verhalten verstanden werden, wenn eine Bedeutung dahinter steht. Somit ist die Aufgabe der Kultur- und Sozialanthropologie nach diesen Bedeutungen zu erfragen und zu hinterfragen (vgl. Geertz 1983: 7-21). Kulturelle Akzeptanz kann in diesem Zusammenhang als historisch gewachsenes Bedeutungssystem verstanden werden.

Weiters gehe ich vom postmodernen Kulturbegriff aus, welcher von einem heterogenen, prozesshaften und hybriden Kulturbegriff spricht und einen globalen anthropologischen Diskurs inkludiert (vgl. Gingrich 1999: 176-203).

Folglich sind die Deutung und Erklärung des Phänomens geistiger Behinderung sowie die hieraus resultierenden Behandlungs- und Umgangsweisen vom jeweiligen kulturellen Kontext stark beeinflusst (vgl. Keck 1997: 5-32).

Wichtig für meinen Arbeitsvorgang ist das Herausheben der hybriden, prozesshaften, historisch vermittelten Muster von kulturellen Bedeutungen. Infolgedessen ist es wichtig, die kulturelle Akzeptanz einer historischen Diskursanalyse zu unterziehen.

2.1.2 Definition von kultureller Akzeptanz

Akzeptanz wird im Alltagsdiskurs als Bereitschaft, etwas zu billigen, oder besser gesagt als Anerkennung definiert (vgl. Zwahr 2004: 58). Im Weiteren kann Akzeptanz als soziale Reaktion definiert werden. Hierbei handelt es sich um die „[...] *Gesamtheit der Einstellungen und Verhaltensweisen auf der informellen Ebene zwischenmenschlicher Interaktionen* [...]“ (Cloerkes 2007: 103). Eine Reaktion erfolgt nur durch eine „sichtbare“ Abweichung, welche sich nicht allein auf den rein visuellen Wahrnehmungsaspekt bezieht, sondern in diesem Zusammenhang das Wissen der anderen um die Abweichung zeigt (vgl. ebd.: 103). Im Weiteren muss noch erwähnt werden, dass Bewertungsvorgängen die Wahrnehmung eines typischen Merkmals vorausgeht, auf das sich die Bewertung bezieht. Im kultur- und sozialanthropologischen Diskurs wird von Andersartigkeit insofern gesprochen, wenn es sich um ein außergewöhnliches Merkmal handelt. Folglich geht es in meiner Arbeit um die Bewertung einer Andersartigkeit und um die darauf folgende Reaktion. Es muss jedoch zwischen Reaktion und Bewertung unterschieden werden, denn auf eine negative Bewertung von Andersartigkeit muss nicht gleichgesetzt eine negative Reaktion folgen (vgl. Cloerkes/ Neubert 1994: 52).

Betrachtet man die Akzeptanz versus Anerkennung im Diskurs der Ethik, geht es hierbei darum, dass die Zugestehung des Rechts auf Leben die fundamentale Form der Anerkennung ist. Somit sind Anerkennungsverhältnisse der Ermöglichungsrahmen individuellen, gelingenden Lebens (vgl. Dederich 2001: 204-206). Markus Dederich verweist in diesen Zusammenhang auf eine sozial- und geschichtsphilosophische Studie von Axel Honneth im Jahre 1994, in welcher er drei unterschiedliche, jedoch

miteinander in Verbindung stehende, intersubjektive Anerkennungen herausarbeitet (vgl. ebd.: 209-216). Hierbei geht es darum, Prozesse des gesellschaftlichen Wandels mit Bezugnahme auf die normativen Ansprüche zu erklären, die in der Beziehung der wechselseitigen Anerkennung strukturell angelegt sind (vgl. Honneth 1994: 148-149). Honneth geht von der These aus, dass die Selbstbeziehung des Individuums sozusagen die praktische Identitätsbildung des Menschen teilweise abhängig ist von Anerkennung (vgl. Dederich 2001: 204-206; Honneth 1994: 148-149).

Die drei intersubjektiven Anerkennungstypen/Akzeptanztypen lauten:

1. Emotionale Zuwendung

Hierbei geht es darum, dass der Mensch Bedürfnisse nach emotionaler Zuwendung hat, welche er in tragfähigen Beziehungen erfährt. Hierzu ist eine stabile, emotionale Bindung an Bezugspersonen nötig, welche eine kontextsensible und differenzierte Ethik der Fürsorge zu Hause oder in Heimen voraussetzt. Korrelierende Missachtungsformen sind Misshandlung, Gewalterfahrung und Isolation.

2. Rechtliche Anerkennung

Rechtliche Anerkennung wird durch die Gewährung von Grundrechten und moralischer Zurechnungsfähigkeit erlangt. Speziell im Bereich der Geistesbehindertenfürsorge wären das liberale Freiheitsrechte, politische Teilnahmerechte und soziale Wohlfahrtsrechte. Jedoch bedeutet eine rechtliche Anerkennung nicht automatisch eine Bejahung und wertschätzende Integration von Menschen mit geistiger Behinderung in die Gesellschaft. Korrelierende Missachtungsformen sind Entrechtung und Ausschließung.

3. Solidarische Zustimmung

Durch Solidarität in Wertgemeinschaften erfährt der Mensch soziale Wertschätzungen. Der entscheidende Anerkennungsfaktor ist hierbei, dass das Individuum ohne kollektive Abstufung jene Chance erlangt, sich in seinen eigenen Leistungen und Fähigkeiten als wertvoll für die Gemeinschaft zu erfahren. In diesem Bezug muss erwähnt werden, dass vor allem das kulturelle Selbstverständnis einer Gesellschaft die Kriterien vorgibt, an welchen sich die soziale Wertschätzung von Personen orientiert. Denn deren Fähigkeiten und Leistungen werden intersubjektiv danach bewertet, in welchem Maße sie an der Umsetzung der kulturell definierten Werte mitwirken können. Korrelierende Missachtungsformen sind Nichtanerkennung und Herabstufung sozialer Wertschätzung (vgl. Dederich 2001: 209-216; Honneth 1994: 148-211).

Jene drei intersubjektiven Akzeptanztypen werden jedoch von mehreren Faktoren beeinflusst. Hierzu zählen laut Günther Cloerkes (vgl.2007: 104-105):

- Die Art der Behinderung, insbesondere das Ausmaß ihrer Sichtbarkeit und weiters das Ausmaß, in dem sie gesellschaftlich hoch bewertete Funktionsleistungen beeinträchtigt
- Der Einfluss sozioökonomischer Merkmale
- Der Einfluss einzelner Persönlichkeitsmerkmale der Einstellungsträger
- Kontakt mit Menschen mit geistiger Behinderung ist ein wichtiger Einstellungsfaktor, welcher jedoch zwangsläufig nicht immer positive Reaktionen bewirkt
- Die kulturelle Bedingtheit der Einstellungen

Wenn nun von Akzeptanz gesprochen wird, handelt es sich hierbei wie schon erwähnt um eine soziale Reaktion, welche als soziokulturelle Werte und Normen im Sozialisationsprozess verinnerlicht wurde (vgl. Cloerkes 2007: 113). Demzufolge kann Akzeptanz somit nur als ein historisch gewachsenes Bedeutungssystem verstanden werden – es kann also nur von kultureller Akzeptanz gesprochen werden. Folglich muss laut dem Verständnis meiner Definition von Kultur dem Verhalten, welches sich in diesen Anerkennungstypen widerspiegelt, Beachtung geschenkt werden, da es der Ablauf menschlichen Verhaltens ist, sozusagen der Ablauf sozialen Handelns, in dessen Rahmen kulturelle Formen ihren Ausdruck finden. Somit geht es nun aber nicht nur um die Beschreibung dieses Agierens, sondern um die Interpretation von sozialen Diskursen. In Meiner Arbeit geht es nun um einen Versuch, den Bogen eines sozialen Diskurses nachzuziehen und ihn in einer nachvollziehbaren Form festzuhalten. Die Untersuchung der kulturellen Akzeptanztypen besteht darin, Vermutungen über Bedeutungen anzustellen, diese Vermutungen zu bewerten und aus diesen Vermutungen erklärende Schlüsse zu ziehen (vgl. Geertz 1983:25-29).

Folglich werde ich zur Beantwortung meiner Forschungsfrage: „Wie weit existiert in der österreichischen Gesellschaft kulturelle Akzeptanz gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung?“ jene drei intersubjektiven Akzeptanztypen heranziehen, um die Forschungsfrage beantworten zu können.

Jedoch sollte noch erwähnt werden, dass ich nur bei den von mir erhobenen Daten auf die intersubjektiven Aspekte eingehen kann und werde. Denn diese bedürfen einer qualitativen Erhebung von sozialen Daten, welche ich nur in diesem Bereich habe. In den anderen Zeitepochen werde ich durch rechtliche Rahmenbedingungen und

beschriebenes gesellschaftliches Agieren versuchen, jene Akzeptanztypen zu „überprüfen“.

2.1.3 Begriff der Behinderung

Für das hier ins Auge gefasste Feld der Definition von Behinderung oder im Speziellen der geistigen Behinderung gibt es umgangssprachlich eine Vielfalt von Bezeichnungen. Sie reichen von Beeinträchtigung, Mangel, Defekt, Defizit, Hemmung, Abweichung, Störung und Schwäche bis zu Auffälligkeit (vgl. Bach 1999: 34; Quirll 2006a: 28). Bei der begrifflichen Definition ist es jedoch sehr wichtig, darauf zu achten, in welchem Zusammenhang Begriffe verwendet werden und welchem Zweck sie dienen (vgl. Cloerkes 2007: 4).

Eine juristische Begriffsbestimmung findet sich im §3 Österreichisches Behinderteneinstellungsgesetz in der Fassung des Bundesgesetzblatts (BGBl), in welchem Behinderung folgendermaßen definiert wird: Als Auswirkung die *„[...] nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder psychischen Funktionsbeeinträchtigungen oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen, die geeignet ist, die Teilhabe am Arbeitsleben zu erschweren“* (Höfle/Leitner/Stärker 2006: 40; RISa). Im Lexikon werden Menschen mit einer Behinderung als Menschen definiert, *„[...] die in ihrer körperlichen beziehungsweise geistig-seelischen Fähigkeit beeinträchtigt sind [...]“* (Quirll 2006a: 28). Im sonder- und heilpädagogischen Diskurs definiert Ulrich Bleidick (vgl. 1999: 15) Behinderung als eine Schädigung der körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen, welche so weit beeinträchtigt sind, dass unmittelbare Lebensverrichtungen oder die Teilhabe am Leben erschwert sind. Im Vergleich zur Definition aus dem Lexikon verweist Bleidick auch auf die Konsequenzen des Behindert-Seins. Jedoch klammert er aus seiner Definition aus, wie es zum „Behindert-Sein“ kommt, sozusagen die wesentliche Abhängigkeit des Zustandes von der gesellschaftlichen Reaktion (vgl. Cloerkes 2007: 5).

„Die Weltgesundheitsorganisation [WHO] unterscheidet in der „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps“ [ICIDH] [...]“, welche 1980 verabschiedet wurde, zwischen Schädigung und Behinderung (Cloerkes 2007: 5). Demzufolge wird „Impairment“ als körperliche Schädigung definiert, „Disability“ als Behinderung auf personaler Ebene und „Handicap“ als Beeinträchtigung. Dies impliziert die möglichen Konsequenzen auf sozialer Ebene (vgl. Puschke 2005: 4; Cloerkes 2007:

5; WHO). Die neue Einteilung der WHO, die „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF), wurde bereits im Jahre 2001 verabschiedet. Nach diesem neuen Verständnis wird zwischen Funktionsfähigkeit und Behinderung unterschieden – zwischen den Komponenten, die Körperfunktionen und Körperstrukturen beinhalten, und zwischen Kontextfaktoren, welche die Umweltfaktoren und personenbezogenen Faktoren inkludieren (vgl. Puschke 2005: 4; Cloerkes 2007: 5; WHO). In dieser Definition wird Behinderung jedoch als eindeutig diagnostizierte Schädigung festgelegt (vgl. Cloerkes/Neubert 1994: 33). Sie ist aber für die meisten Kultur- und SozialanthropologInnen problematisch, da all jene Schädigungen ausgeschlossen werden, die nicht biologischer Natur sind (vgl. Cloerkes/Neubert 1994: 33; Keck 1997). Diesbezüglich hebt Cloerkes hervor (2007: 8): *„Eine Behinderung ist eine dauerhafte und sichtbare Abweichung im körperlichen, geistigen oder seelischen Bereich, der allgemein ein entschieden negativer Wert zugeschrieben wird.“* Weiters spricht Cloerkes davon, dass ein Mensch dann behindert ist, *„[...] wenn erstens eine unerwünschte Abweichung von wie auch immer definierten Erwartungen vorliegt und wenn zweitens deshalb die soziale Reaktion auf ihn negativ ist.“* (Cloerkes 2007: 8). Infolgedessen wird gut ersichtlich, dass in diesem Diskurs Behinderung als nichts Absolutes, sondern erst als soziale Kategorie begreifbar ist (vgl. ebd.: 9).

Demzufolge werde ich in meiner Arbeit von dem Verständnis einer Behinderung als sozialer Kategorie ausgehen, jedoch gehe ich nicht gleichsetzend von einer stigmatisierenden Bedeutung aus. Denn die Bezeichnung „Behinderung“ sollte als Fachbegriff frei von einer stigmatisierenden Bedeutung sein. Zwischen Behinderung und sozialer Ausgrenzung sollte sorgfältig unterschieden werden (vgl. Moser/Sasse 2008: 13-14).

Eine Definition, die meiner Herangehensweise an dieses Thema schon näher kommt, ist jene von Wolfgang Jantzen: *„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: 18).

Bei dieser Herangehensweise handelt es sich um eine emische Betrachtung. Bei diesem Ansatz versucht man, eine Kultur und ihr Glaubens- und Verhaltensmuster aus deren eigener Begrifflichkeit zu erklären.

Weiters wird im deutschsprachigen Raum alles inkludierend das Wort Behinderung verwendet. So zum Beispiel verwendet der Gesetzgeber in allen Bereichen das Wort der Behinderung, der körperlichen und geistigen Behinderung (vgl. Höfle/Leitner/Stärker 2006: 262). Daraus resultierend verwende ich in meiner Arbeit auch den Begriff der geistigen Behinderung.

2.1.4 Definition von geistiger Behinderung

Im allgemeinen Diskurs wird geistige Behinderung im Lexikon als „[...] *Intelligenzstörung, Intelligenzminderung, Minderbegabung, Oligophrenie, angeborene oder frühzeitig erworbene Verminderung der intellektuellen Fähigkeiten, die meist mit einer eingeschränkten sprachlichen und motorischen Entwicklung einhergeht und eine selbständige Lebensführung schwer beeinträchtigt [...]*“ definiert (Quirll 2006b: 62). Hierbei ist es wichtig, zu erwähnen, dass es sich bei dem Begriff Oligophrenie um eine historisch veraltete medizinische Klassifikation – den Schwachsinn – handelt (vgl. Hensle/Vernooij 2002: 132).

Im soziologischen Diskurs geht Rupert Schmidt in seiner Definition von zwei Komponenten aus: Erstens von einem „[...] *intellektuellen, meist in einem frühen Lebensstadium auftretenden Entwicklungsrückstand [...]*“ (Schmidt 1993: 20). Zweitens von einer schwach entwickelten sozialen Anpassungsfähigkeit. Infolgedessen ist ein enger Zusammenhang zwischen Schwere der Behinderung und der Fähigkeit zu selbstständigen, sozialen Interaktionen anzunehmen (vgl. ebd.: 20).

2.1.5 Geistige Behinderung aus biomedizinischer Perspektive vs. ethnomedizinischer Perspektive

2.1.5.1 Definition von Medizin/Biomedizin

Medizin ist die Heilkunde. Hierbei handelt es sich um die „[...] *Wissenschaft vom gesunden und kranken Menschen einschließlich der Heilkunst als deren praktische Ausübung mit dem Schwerpunkt auf der frühest möglichen Erkennung der Ursachen und Auswirkungen von Gesundheitsstörungen sowie deren Behandlung und Vorbeugung* [...]“ (Hoffman-La Roche AG 1998: 1078).

Zur klaren Abgrenzung spreche ich von Biomedizin im Hinblick auf die „westliche“ Schulmedizin.

2.1.5.2 Definition von Medizinethnologie

Ethnomedizin ist jenes Wissenschaftsgebiet, welches sich auf die Zusammenhänge von Krankheit und Kultur bezieht. Ethnomedizin ist ein interdisziplinärer Arbeitsbereich, welcher sich zwischen biologischen und sozial- und kulturwissenschaftlichen Paradigmen entwickelt (vgl. Bichmann/Pfleiderer 1985: 17-32). Ethnomedizin betrachtet Gesundheit und Krankheit unter dem Aspekt des Blickes auf das Fremde, folglich werden Kulturvergleiche angestellt. In Bezug auf mein Thema gehe ich jedoch von der Medizinethnologie aus, welche „[...] *den Gegenstand und die Methode von vornherein als das Eigene reflektiert.*“ (Lux 2004: 197). Hierbei handelt es sich um eine Subdisziplin mit einer großen Bandbreite der geistes- und sozialwissenschaftlichen Methoden, die die kulturelle Dimension von Medizin auslotet. Infolgedessen wird hier Kultur prinzipiell als integraler Bestandteil begriffen. In meiner Arbeit geht es mir nämlich auch darum, dass Biomedizin eine Sinnwelt darstellt, die sich folglich selbst legitimiert. Denn wie ich zeigen werde, entsteht durch die Objektivierung und Verabsolutierung von Natur und Naturwissenschaften eine mächtige Wirklichkeitsbestimmung. Wie schon des Öfteren erwähnt, kann auch die Biomedizin als ein historisch gewachsenes, kulturelles Gebilde bezeichnet werden (vgl. ebd.: 197-199).

2.1.5.3 Geistige Behinderung aus biomedizinischer Perspektive und medizinethnologischer Perspektive

Der Begriff Behinderung ist aus sonder- und heilpädagogischer Sicht kein medizinischer Begriff, und ist daher vom medizinischen Krankheitsbegriff abzugrenzen (vgl. Hensle 2002: 14). Denn Krankheiten sind im Unterschied zu Behinderung zeitlich begrenzte Regelabweichungen namentlich im körperlichen Bereich, welche zu Behinderungen führen, jedoch auch bei vorliegenden Behinderungen zusätzlich auftreten können (vgl. Bach 1999: 37). Aus soziologischer und kultur- und sozialanthropologischer Sicht jedoch wird die Abgrenzung zwischen Behinderung und Krankheit als unscharf deklariert, da das herangezogene Kriterium der Dauerhaftigkeit für die Bestimmung von Behinderung nicht ausreicht (vgl. Cloerkes/Neubert 1994: 32-34).

Cloerkes und Dieter Neubert nennen für diese Annahme vier Punkte:

1. Chronische Erkrankungen können sowohl zu Krankheit als auch zu Behinderung gerechnet werden.
2. Bei einer Vielzahl von Krankheiten ist oft unklar, wie lange der pathologische Zustand anhalten wird und welche realistischen Genesungschancen bestehen.
3. Eine Reihe von Behinderungen tritt als dauerhafte Folge von Krankheiten auf (z.B.: Blindheit, Lähmung und geistige Behinderung).
4. Langwierige und schwere Krankheiten, die als Bedrohung für Mitmenschen angesehen werden, sind aufgrund der meist ähnlichen Reaktion und Bewertung wie auf Behinderung von dieser kaum zu unterscheiden (vgl. ebd. 33).

Aus ethnomedizinischer und medizinethnologischer Sicht kann zwischen Krankheit und Behinderung auch aufgrund der Tatsache, dass in vielen Kulturen eine begriffliche Abgrenzung zwischen Behinderung und Krankheit nicht in dem Maße wie zum Beispiel in Österreich vorgenommen wird, keine klare Trennung gezogen werden (vgl. Albrecht/Meiser 1997: 1-5).

2.1.5.4 Diagnostik von Behinderung

In den meisten Fällen sind es Ärzte/Ärztinnen, die bestimmte Beobachtungen diagnostisch beurteilen und als Zeichen für Behinderung deklarieren (vgl. Theo 2005: 14-16). Bei Menschen mit senso- oder psychomotorischen Auffälligkeiten, welche auf organische, hirnorganische oder körperliche Ursachen zurückgeführt werden, sind

therapeutische und heilpädagogische Interventionen nur nach erfolgreicher Entwicklungsdiagnose, Absprache und in möglichst enger Kooperation mit dem Facharzt/der Fachärztin bzw. dem Amtsarzt/der Amtsärztin möglich (vgl. Tietze-Fritz 1996: 23-53).

Die Diagnostik von geistiger Behinderung umschließt eine Familien- und Eigenanamnese, eine nach Möglichkeit auf Testverfahren gestützte Entwicklungsdiagnostik sowie Verhaltensbeurteilungen (vgl. Steinhausen 2005: 9-18).

In Abbildung 1 ist die Diagnostik von geistiger Behinderung dargestellt:

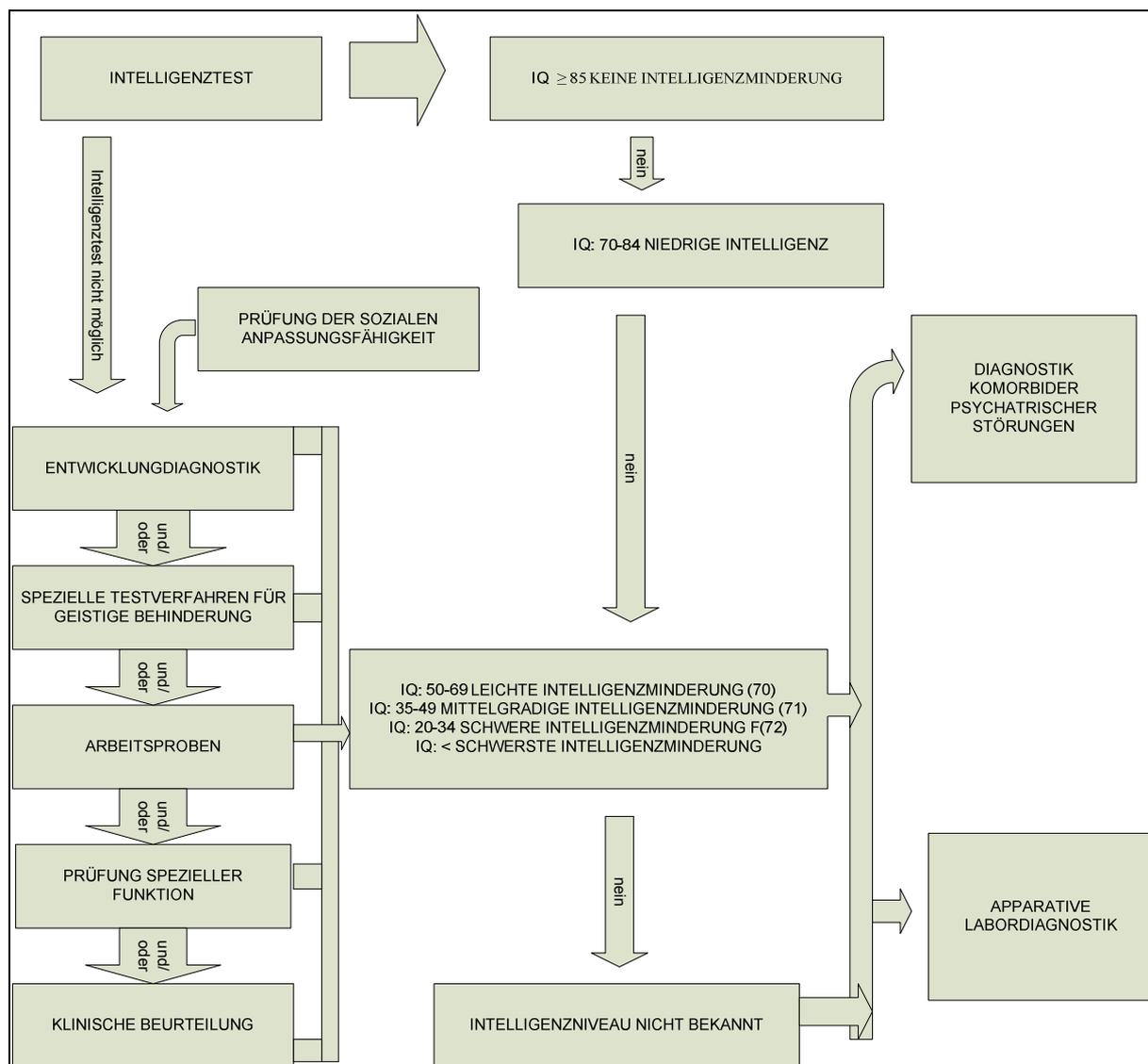


Abb.1: Diagnostik der geistigen Behinderung

Quelle: Steinhausen 2005: 13

In der Abbildung wird gut ersichtlich, dass die Diagnose einer geistigen Behinderung durch eine Intelligenzuntersuchung mit einem standardisierten Intelligenztest gesichert werden muss. Ist dies nicht möglich, kann dies, wie in der Abbildung gut zu sehen ist,

durch Entwicklungsdiagnostik oder spezifische Arbeitsproben durchgeführt werden (vgl. ebd.: 9-18). Hier wird deutlich, dass der gängige geistige Behindertenkatalog nur scheinbar medizinischen, objektiven, begründbaren Kriterien folgt. Durch die Sicherung der Diagnose einer geistigen Behinderung durch einen Intelligenztest unterliegt diese einer klaren kulturspezifischen Wertung (vgl. Cloerkes/Neubert 1994: 33). Folglich ist anzunehmen, dass die Eindeutigkeit der Wirklichkeitsbestimmung von Biomedizin einer Mehrdeutigkeit entgegensteht, welche durch die hiermit aufgezeigte kulturwissenschaftliche Vorgehensweise entsteht (vgl. Lux 2004: 1999). Weiters weisen Rike Fochler und Kurt Langbein darauf hin, dass es ein Irrtum sei, dass Intelligenz messbar ist und dass der IQ als Zahl tatsächlich ausdrückt, was ein Mensch für die Gesellschaft zu leisten imstande ist (vgl. Fochler/Langbein 1997: 9-10).

Durch Untersuchungen zur kulturellen Konstruktion des biomedizinischen Wissens zu kulturspezifischen Syndromen und Körpermodellen wird die Annahme, dass die Biomedizin eine objektive, kulturfreie und universale Wissenschaft sei, widerlegt (vgl. Albrecht/Meiser 1997: 5-6). Somit ist gut ersichtlich, dass nicht nur Behinderung, sondern auch Krankheit als soziale Kategorie zu verstehen ist (Keck 1997).

Bei der Diagnostik von geistiger Behinderung ist in diesem Zusammenhang auch die pränatale Diagnostik zu erwähnen. Hierbei handelt es sich um die Voruntersuchung vor der Geburt. Durch unterschiedlichste Methoden ist es heute bereits möglich, manche Behinderungen – vor allem genetisch bedingte – noch vor der Geburt zu erkennen (vgl. Primig-Eisner 1997: 10; Hoffman-La Roche AG 1998: 1363). Auf diese werde ich jedoch im Bereich der Gentechnik noch genauer eingehen.

2.2 Behinderung und Kultur

2.2.1 Gentechnik, pränatale Diagnostik medizinische Ethik und Anthropologie der Behinderung

2.2.1.1 Einleitung

„Am Gesundheitswesen läßt sich die Haltung, die eine Gesellschaft dem Wert des Lebens gegenüber einnimmt, mit am deutlichsten ablesen.“ (Harris 1995: 23).

Hierbei ergibt sich wieder eine Kosten-Nutzen-Frage, wer die Kosten dieser Bemühung trägt, und ob eine Auswahl der zu Rettenden vorgenommen wird (vgl. ebd.: 23-29). Diese Sichtweise – kommend aus der Medizinethik – ermöglicht eine neue und interessante Betrachtungsweise meiner Thematik. Daraus resultierend werde ich in diesem Abschnitt meiner Arbeit einen kurzen Einblick in die Anthropologie der Behinderung, medizinische Ethik, Gentechnik und pränatale Diagnostik geben.

2.2.1.2 Anthropologische und ethische Aspekte im Bereich der Wahrnehmung von Menschen mit geistiger Behinderung

2.2.1.2.1 Anthropologie als Wissenschaft

Bei der Anthropologie handelt es sich um die Lehre vom Menschen (vgl. Kienle 1982: 31). Sozusagen um eine integrative Wissenschaft, welche *„[...] Forschungsergebnisse über den Menschen aus verschiedensten Disziplinen übernimmt und Diskussions- und Erkenntniszusammenhänge herstellt [...]“* (Hensle/Vernooij 2002: 322).

2.2.1.2.2 Anthropologie der Behinderung

In Bezugnahme auf die jahrhundertelange Tradition der philosophischen Anthropologie wird ersichtlich, dass eine einseitige, positive, daher idealisierte Sichtweise des Menschen vorherrschend ist (vgl. Hensle/Vernooij 2002: 324-325).

Monika Vernooij und Ulrich Hensle (vgl. ebd.: 324-325) erwähnen hierfür vier Merkmalskomplexe für das spezifisch Menschliche:

- Der Mensch ist in der Lage, ein Bewusstsein von sich selbst und der ihn umgebenden Umwelt zu entwickeln, und mit diesen sich und seine Welt repräsentierenden Bewusstseinsinhalten kann der Mensch kognitiv arbeiten.
- Der Mensch verfügt über ein Kommunikationssystem, welches sich in Sprache und Schrift ausdrückt, und eine Informationsübermittlung ermöglicht.
- Der Mensch kann seine wahrgenommene Umwelt aktiv verändern und ist somit in der Lage, eine Kultur aufzubauen, die von Generation zu Generation weitergegeben und modifiziert werden kann.
- Der Mensch ist imstande, sich veränderten Lebensbedingungen anzupassen, die sich infolge der historisch-gesellschaftlichen Entwicklungen ergeben.

Hier wird gut ersichtlich, dass diese Merkmalskomplexe bestimmte Behinderungsgruppen nicht zu repräsentieren scheinen. Hierbei erweist sich, dass dieses Denkmuster auf der Basis anthropologischer Aussagen möglich ist und sich vor dem Hintergrund gesellschaftlich-kultureller Norm- und Wertvorstellungen ergibt. Denn solange in der Anthropologie auf der Basis von Bildern eines Idealtypus Mensch gedacht und geforscht wird, werden nur jene Mängelwesen akzeptiert, die in das Bild des vollkommenen Menschen passen und somit nur noch Erziehungs- und Lenkungsunbedürftigkeit bedingen. Eine Veränderung dieser methodischen, anthropologischen Anschauung könnte nur erreicht werden, wenn man vorhandene Denkmuster um das Faktum der Variabilität menschlicher Ausstattung - der „anthropologischen Differenz“, in der sich qualitativ intersubjektive Unterschiede der Seinsform Mensch aufheben - ergänzt. Durch diese Anschauung wäre ein Mensch mit einer geistigen Behinderung eine exemplarische Erscheinungsform menschlichen Seins, welche wie alle anderen Varianten menschlichen Seins ein Recht auf wertfreie Akzeptanz und auf soziale Begegnung jenseits von Leistungsbezogenheit und Zweckorientierung hat (vgl. Hensle/ Vernooij 2002.: 322-330).

2.2.1.3 Ethik und Behinderung

„Unter Ethik wird die, Lehre vom guten und gerechten Handeln, die Lehre von Moral und Sitte als Grundlage menschlichen Handelns verstanden.“ (ebd.: 330).

Ethische Fragen in Zusammenhang mit Behinderung ergeben sich in vielen Bereichen des Lebens, häufig jedoch in Bezugnahme auf juristische Bestimmungen wie hinsichtlich der Ausbildung, Eheschließung, Sorgerechtsregelung u.v.m. In diesem

Bereich gab und gibt es viele kontroverse Diskussionen beginnend in den 60er–Jahren: Als Beispiel sei hier angeführt die „utilitaristische Ethik“ von Peter Singer Ende der 80er–Jahre in der BRD. In diesem Konzept, welches von der kollektiven Nützlichkeitsmoral ausgeht, vertrat er die These, dass schwerstbehinderte Neugeborene innerhalb der ersten Wochen postnatal getötet werden sollen (vgl. Dederich 2000: 119-133; Hensle/Vernooij 2002: 330-335).

Hierzu ist das medizinische Agieren im pränatalen Bereich – zum Beispiel die häufigen Schwangerschaftsabbrüche bei der Diagnose Trisomie 21 – zu erwähnen, auf welches ich später noch genauer eingehen werde. Gerade in diesem Bereich wird gut ersichtlich, dass in einigen Diskursen der Wissenschaft Menschen mit einer Behinderung Gefahr laufen, aus dem Menschsein herauszufallen, da Tötung eines behinderten Säuglings moralisch nicht gleichbedeutend ist mit der Tötung einer Person. Ich finde jedoch, dass man hier wie zum Beispiel Hensle und Vernooij (vgl. 2002: 334) zu weit geht, wenn eine direkte Verbindung zur Zeit des Nationalsozialismus hergestellt wird, da hier nur im theoretischen Bereich diskutiert wird – auf die Aussagen Peter Singers folgten auch viele Kritiken aus den unterschiedlichsten wissenschaftlichen Disziplinen, wie es zur Zeit des Nationalsozialismus in dieser Form eher weniger der Fall war.

Die bisherigen Aufzählungen haben deutlich gezeigt, dass Anthropologie und Ethik, Menschenbild und moralisches Handeln im sozialen Feld eng zusammenhängen – sie stehen in ihren Auswirkungen auf die Handlungsebenen in gegenseitiger Abhängigkeit (vgl. Hensle/Vernooij 2002: 334-335).

2.2.1.3.1 Medizinische Ethik

Die zentrale Frage in der Medizinethik, oder besser gesagt in der gesamten Ethik, ist die Frage: Was verleiht dem menschlichen Leben Wert? Diese Frage an sich erscheint höchstwahrscheinlich sehr realitätsfremd, viele Entscheidungen in der medizinischen Praxis setzen jedoch eine Antwort auf diese Frage voraus. So zum Beispiel ein Schwangerschaftsabbruch, der aufgrund einer diagnostizierten Behinderung des ungeborenen Kindes durchgeführt wird. Der Begriff „wertvoll“ in Bezug auf ein Menschenleben bedeutet, dass jeder Mensch akzeptiert wird, in dem Sinne, dass jeder/jede gleich behandelt wird, als ob er/sie den gleichen Wert hätte (vgl. Harris 1995: 33-36). In Bezug auf den Verdacht einer geistigen Behinderung kann man

philosophisch jedoch sehr leicht ausweichen, wenn man im moralischen Standpunkt davon ausgeht, dass es falsch sei, einem Kind, welches so benachteiligt auf die Welt käme, eine solche Behinderung aufzuerlegen (vgl. ebd.: 210-212).

In diesem Zusammenhang erscheint es mir sehr interessant, das „[...] Urteil: Alimente nach Fehldiagnose vom 05.03.2008 [...]“ zu erwähnen (Anonym 2008:25). Hierbei wurden vom Obersten Gerichtshof einer Familie aus Kärnten die gesamten Lebensunterhaltskosten für ihren Sohn mit Behinderung zugesprochen. Es kam zu einem Schadenersatzfall, da die Behinderung bei der Untersuchung im Mutterleib nicht erkannt worden war (vgl. Anonym 2008: 25). Dem zuvor erwähnten Denkmuster zufolge kann dieses Ereignis in dem Sinne interpretiert werden, dass den Eltern und dem Kind selbst ein „Schaden“ zugefügt wurde. Demzufolge wird für das nun zu führende Leben ein Schadenersatz geleistet. Folglich handelt es sich um eine rechtliche Sichtweise, welche teils in die gesellschaftliche Sichtweise implementiert werden kann. Auf diese Thematik werde ich im Bereich der Pränataldiagnostik noch vertiefend eingehen.

2.2.1.4 Gentechnologie

Die Forschungsergebnisse aus dem Jahre 1973 von Stanley Cohen und Herbert Boye, in welchen es ihnen gelungen ist, „[...] gezieltes Erbmaterial aus einem Bakterium herauszuschneiden und es in das Genom eines anderen Bakteriums zu integrieren[...]“, waren die Geburtsstunde der Gentechnologie (Emmrich 2001: 9). Genetik an sich ist „[...] die Wissenschaft von den Erbanlagen der Lebewesen, der Codierung und Entschlüsselung all jener Informationen, die den biologischen ‚Bauplan‘ von Lebewesen ausmachen.“ (Dederich 2000: 234). Innerhalb dieser „kurzen“ Zeit wurden in Forschung und Praxis der Genanalyse und Gentechnologie erhebliche Fortschritte erzielt. Die Gentechnologie beinhaltet ein sehr weites Feld unterschiedlicher Forschungen und anwendungsbezogener Aktivitäten, in denen sich eine große Anzahl von unterschiedlichen Interessen im politischen, ökonomischen, medizinischen und gesellschaftlichen Bereich ergeben. Sie hat innerhalb der Wissenschaft und Politik einen sehr hohen Stellenwert, was sich in der hohen Finanzierung dieser Forschung gut belegen lässt. Ich werde mich vor allem mit den Themenschwerpunkten Genetik und Behinderung sowie ethische Bewertungsmodelle beschäftigen. Somit geht es um die zentrale Thematik der Erforschung der Ursachen von genetischen Schädigungen, die

zur Erkrankung und Behinderung führen sowie deren Diagnose und Therapie (vgl. ebd.: 231- 239).

2.2.1.4.1 Pränatale Diagnostik

Mit der Gentechnik, den Reproduktionstechnologien und der pränatalen Diagnostik – der vorgeburtlichen Feststellung von Erbanlagen (vgl. Dederich 2000: 256; Neuer-Meibach 2001: 69) - *„[...] sind Instrumente geschaffen worden, die aus dem natürlichen Zusammenhang von Zeugung, Schwangerschaft und Geburt einen Vorgang gemacht haben, über den mehr und mehr Wissen gesammelt wurde und der zunehmend unter den Einfluß menschlicher Eingriffe und Steuerungsversuche gekommen ist.“* (Dederich 2000: 256).

Aus der Schwangerschaft an sich wird mehr und mehr ein mit naturwissenschaftlichen Kategorien beschreibbares Problem und ein technologisch überwachter biologischer Prozess, welcher mit immer mehr normativen Vorstellungen belegt ist und durch menschliche Eingriffe beeinflusst und mitgestaltet wird. Hierbei wird gut ersichtlich, dass ein Vorgang, welcher zuvor kaum beeinflussbar war, zunehmend unter den Einfluss und die Kontrolle der Menschen beziehungsweise spezifischer Interessen- und Berufsgruppen gekommen ist. Die pränatale Diagnostik wird vermehrt durchgeführt, wenn ein Verdacht existiert, dass spezifische Risiken für eine Schädigung des erwarteten Kindes bestehen (vgl. ebd.: 256-257). In einer bis heute gültigen *„[...] Verordnung des Gesundheitsministeriums über vordringliche Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit aus dem Jahre 1981 heißt es [...]“*, dass das Ziel humangenetischer Vorsorgemaßnahmen ist, das Risiko des Auftretens von genetisch bedingten Erkrankungen zu senken (Primig-Eisner 1997: 10). Des Weiteren ist gemäß § 97 Strafgesetzbuch (StGB) ein *„[...] Schwangerschaftsabbruch über den Zeitraum der Fristenlösung hinaus [...] nicht strafbar, wenn ernste Gefahr besteht, dass das Kind geistig oder körperlich schwer geschädigt sei [...]“* (Primig-Eisner 1997: 10; RISb). Meiner Meinung nach liegt es im Auge der Betrachtung, ob es sich hier um Prävention oder „Selektion“ handelt. Dies implementiert somit eine Wertung, welche den moralischen Diskurs von wertvollem Leben impliziert. Folglich muss in diesem Bereich wieder auf die kulturelle Dimension von Denkmustern und daraus resultierende Handlungsstrategien hingewiesen werden.

Im Weiteren möchte ich hervorheben, dass der Wunsch von Eltern, ein gesundes Kind zu bekommen, selbstverständlich ist. Wenn sich dieser Wunsch jedoch auf gesellschaftlicher Ebene als Zwang zur Gesundheit und Postulat der Vermeidung von Behinderung manifestiert, liegt eine bestimmte Wertung in dem zuvor genannten Sinne vor (vgl. Dederich 2000: 256-257).

2.2.2 Geistige Behinderung und Gesellschaft

Dass Behinderung als soziale Kategorie zu verstehen ist, wurde in der Begriffsbestimmung überdeutlich. Wenn man sich nämlich Behinderung im interkulturellen Vergleich ansieht, wird gut ersichtlich, dass geistige Behinderung ein auf der ganzen Welt verbreitetes Phänomen ist und zu den universalen, menschlichen Erfahrungskategorien zählt, dass aber die Deutung und Erklärung dieser Phänomene und die hieraus resultierenden Behandlungs- und Umgangsweisen durch den jeweiligen kulturellen Kontext bestimmt werden (Albrecht/Meiser 1997: 1-5). Bei den Tongas, welche in einem unabhängigen ozeanischen Staat, der kulturell zu Polynesien zählt, leben, wird zum Beispiel eine Erkrankung oder Behinderung als Ausdruck einer sozialen Grenzüberschreitung, eines Tabubruches oder eines Konfliktes mit einer Autoritätsperson gedeutet. Daraus resultierend richtet sich die Heilbehandlung auf die Situation des Umfeldes, sozusagen auf die Thematisierung innerfamiliärer Konflikte, weshalb die Behebung von Behinderungen und Krankheit durch Familiensitzungen und Rituale vorgenommen wird (vgl. Albrecht/Meiser 1997; Meiser 1997).

Hier handelt es sich um ein ganz andere Sicht- und Umgehensweise als zum Beispiel in Österreich. Hierbei wird von einer vom Individualismus durchdrungenen Gesellschaft gesprochen, in der körperliche oder physische Abweichung zum Problem des Einzelnen wird, da die „anthropologische Idealkonzeption“, welche von körperlicher und geistiger „Vollkommenheit“ gekennzeichnet ist, nicht erreicht werden kann. Die zu behandelnde Person rückt in das Zentrum und die Einbeziehung der Anderen findet großteils nicht statt. Hilfeleistungen und Begleitungen werden in den meisten Fällen an professionelle HelferInnen delegiert oder in der Kleinfamilie vorgenommen. Infolgedessen werden bei ihnen die verdrängten, gesellschaftlichen Unsicherheiten und Ängste abgelagert, die der Umgang mit den „Anderen“ beinhaltet. Folglich entsteht eine Unfähigkeit zur Kommunikation und Interaktion beim nicht behinderten Teil der Gesellschaft. Dieses

Agieren wird oft unhinterfragt akzeptiert, jedoch nicht auf Seite der aus der gesellschaftlichen Norm Herausfallenden (vgl. Albrecht/Meiser 1997: 1-4; Wolber 1997). Unter Bezugnahme auf diese Standpunkte werde ich nun einen in die von Benedicte Ingstad und Susan Whyte (vgl. 1995: 3-35) dargestellten großräumigen Einblick in die Entwicklung und Darstellung von Konstrukten gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung, in Europa und Amerika geben.

2.2.2.1 Behinderung bestehend als soziale Kategorie (Amerika und Europa)

Eine zentrale Aussage, welche großteils in den vergleichenden, westlichen Studien vertreten wird, betont die Annahme, nach dem Wunsch „Gleichheit“ anzustreben. Im rechtlichen System spiegelt sich dies in den Bemühungen um die Partizipationsmöglichkeit aller wieder. Durch Streben nach „Gleichheit“ besteht folglich eine Intoleranz bezüglich „angeborener Ungleichheit“. Personen mit einer von der Gesellschaft definierten Schwäche werden zu einer markierten Gruppe, welche eine soziale Identität anerkannt wird mit den selben Rechten wie allen anderen auch. Hierbei ergibt sich in der Selbstwahrnehmung eine „doppelte“ Persönlichkeit, jene als Mensch mit einer Behinderung und jene als Staatsbürger. Daraus resultiert ein Widerspruch, welcher von Ingstad und Whyte als: *„[...] the culture of ‚as if‘ would negate handicap, but in pretending that everyone is identical, it does not make them equal.“* bezeichnet wird (Ingstad/Whyte 1995: 8). Nicht nur hinsichtlich der erwähnten politischen Philosophie manifestiert sich die „europäische und amerikanische“ Wahrnehmung von Menschen mit Behinderung, sondern ergibt sich diese auch durch Gesetze, administrative Prozeduren, biomedizinische Diagnosen, Wohlfahrtsinstitutionen und wirtschaftliche Interessen.

Folglich wird von Ingstad und Whyte davon ausgegangen, dass sich die Kategorie der Behinderung als politische „Privilegierung“ durch bestimmte Zusatzleistungen und staatliche Subventionen manifestiert. Vom Staat werden diesbezüglich Personen bestimmt, die jene Auswahl vornehmen. Hierbei ergibt sich ein Verteilungsproblem, welches wiederum von einer Diagnose abhängig ist, die wie gezeigt in „kulturellen Dimensionen“ manifestiert ist. Resultierend daraus ergeben sich Konzepte von Identität, Persönlichkeit und Wert. Bei der Kategorisierung von Behinderung ergibt sich ein weiterer wichtiger Aspekt, sozialer Beziehungen und folglich inkludierender Abhängigkeitsgefüge. Das Problem der Abhängigkeit ergibt sich somit als ein zentrales

Problem, welches fast jeden Menschen mit einer geistigen Behinderung betrifft. Ein Abhängigkeitsgefüge kann jedoch auch auf Vertrauen basieren, welches durch „Liebe“ und Reziprozität gekennzeichnet sein kann. Diesbezüglich ergeben sich unterschiedliche Werte und Auswirkungen in einem Abhängigkeitsgefüge. Im Weiteren, wie bereits schon des Öfteren erwähnt, muss der soziale Kontext und die historischen Transformation von der Kategorie Behinderung immer in Betracht gezogen werden. Jedoch zeigt sich die Kategorie Behinderung nicht nur durch „kulturelle“ Analysen, sondern wird auch geltend durch Medien, Kirche und medizinisches Personal, welche durch Familienangehörige übertragen werden, sich in „Ritualen“ repräsentieren und laut Ingstad und Whyte und von Menschen mit Behinderung bekämpft oder ignoriert werden (vgl. Ingstad/Whyte 1995: 3-35).

2.2.3 Einblick in die ethnologischen Diskussionen

Eine zentrale Aussage, welche großteils in den vergleichenden, westlichen Studien vertreten wird, betont die Annahme, nach dem Wunsch „Gleichheit“ anzustreben. Im rechtlichen System spiegelt sich dies in den Bemühungen um die Partizipationsmöglichkeit aller wieder. Durch Streben nach „Gleichheit“ besteht folglich eine Intoleranz bezüglich „angeborener Ungleichheit“. Personen mit einer von der Gesellschaft definierten Schwäche werden zu einer markierten Gruppe, welche eine soziale Identität anerkannt wird mit den selben Rechten wie allen anderen auch. Hierbei ergibt sich in der Selbstwahrnehmung eine „doppelte“ Persönlichkeit, jene als Mensch mit einer Behinderung und jene als Staatsbürger. Daraus resultiert ein Widerspruch, welcher von Ingstad und Whyte als: *„[...] the culture of ,as if' would negate handicap, but in pretending that everyone is identical, it does not make them equal.“* bezeichnet wird (Ingstad/Whyte 1995: 8). Nicht nur hinsichtlich der erwähnten politischen Philosophie manifestiert sich die „europäische und amerikanische“ Wahrnehmung von Menschen mit Behinderung, sondern ergibt sich diese auch durch Gesetze, administrative Prozeduren, biomedizinische Diagnosen, Wohlfahrtsinstitutionen und wirtschaftliche Interessen.

Folglich wird von Ingstad und Whyte davon ausgegangen, dass sich die Kategorie der Behinderung als politische „Privilegierung“ durch bestimmte Zusatzleistungen und staatliche Subventionen manifestiert. Vom Staat werden diesbezüglich Personen bestimmt, die jene Auswahl vornehmen. Hierbei ergibt sich ein Verteilungsproblem,

welches wiederum von einer Diagnose abhängig ist, die wie gezeigt in „kulturellen Dimensionen“ manifestiert ist. Resultierend daraus ergeben sich Konzepte von Identität, Persönlichkeit und Wert. Bei der Kategorisierung von Behinderung ergibt sich ein weiterer wichtiger Aspekt, sozialer Beziehungen und folglich inkludierender Abhängigkeitsgefüge. Das Problem der Abhängigkeit ergibt sich somit als ein zentrales Problem, welches fast jeden Menschen mit einer geistigen Behinderung betrifft. Ein Abhängigkeitsgefüge kann jedoch auch auf Vertrauen basieren, welches durch „Liebe“ und Reziprozität gekennzeichnet sein kann. Diesbezüglich ergeben sich unterschiedliche Werte und Auswirkungen in einem Abhängigkeitsgefüge. Im Weiteren, wie bereits schon des Öfteren erwähnt, muss der soziale Kontext und die historischen Transformation von der Kategorie Behinderung immer in Betracht gezogen werden.

Jedoch zeigt sich die Kategorie Behinderung nicht nur durch „kulturelle“ Analysen, sondern wird auch geltend durch Medien, Kirche und medizinisches Personal, welche durch Familienangehörige übertragen werden, sich in „Ritualen“ repräsentieren und laut Ingstad und Whyte und von Menschen mit Behinderung bekämpft oder ignoriert werden (vgl. Ingstad/Whyte 1995: 3-35).

Wie in der Einleitung bereits erwähnt, wird in diesem Teil der Arbeit ein Einblick in die ethnologischen Diskussionen und Arbeiten zu dieser Thematik vorgenommen.

Die Erforschung der sozialen Reaktion auf Menschen mit Behinderung, sozusagen die Gesamtheit der diesbezüglichen Einstellungen und tatsächlichen Verhaltensmuster, findet schon seit langem in unterschiedlichen Disziplinen, ein beachtliches Interesse (vgl. Neubert/Cloerkes 1994: 10-18). In der Kultur- und Sozialanthropologie waren laut Keck (vgl. 1994: 6) die Themenbereiche Behinderung oder Andersartigkeit lange Zeit ein vergessenes Thema. Im Bereich der Medizinethnologie wurden jedoch eine Fülle von Studien über das Konzept der Erkrankung und seine verschiedenen Aspekte und Begrifflichkeiten geführt, jedoch kaum mit Fokus auf den Bereich der Behinderung oder Andersartigkeit. Die ersten umfangreichen Studien, wurden Mitte der Neunziger veröffentlicht.

Keck erwähnt hierzu den Sammelband „Disability and Culture“, welcher von Benedicte Ingstad und Susan Whyte 1995 veröffentlicht wurde. Hierbei ging es darum, wie Menschen in höchst unterschiedlichen sozialen Umgebungen Behinderungen verstehen und welche sich daraus resultierenden Umgangsweisen entwickelten (vgl. Keck 1994: 6; Ingsatnd/ Whyte 1995: 3-5).

Um einen Einblick in die ethnologischen Studien zu erbringen, werde ich diesbezüglich kurz auf die Studie von Verena Keck, wobei es um die Untersuchung des kulturellen Verständnisses von Behindertsein bei den Yupno geht, eingehen.

2.2.3.1 Ethnographische Fallbeispiele

2.2.3.1.1 Yupno aus Papua New Guinea

Verena Keck (1997): „Zum kulturellen Verständnis von Behindertsein in einer ozeanischen Gesellschaft (Yupno, Papua New Guinea)“

2.2.3.1.1.1 Ethnographie

Die Yupno leben in einem Berggebiet im östlichen Teil des Finsterre-Gebirges in Papua New Guinea. Die Forschung wurde in dem Dorf Gua von 400 Personen, welche in zehn patrilineare Clans gegliedert und in drei Dorfteilen leben, durchgeführt. Die Elementarfamilie wird aus Wohn- und Haushaltseinheiten gebildet und je nach Familiensituation leben in diesem Haushalt auch verwitwete, pflegebedürftige Elternteile, unverheiratete weibliche Geschwister und Angehörige, welche auf Grund ihrer Behinderung nicht in der Lage sind, für sich allein zu sorgen. Seit Anfang der Sechziger haben die Yupno Zugang zur biomedizinischen Versorgung, durch die Errichtung eines „Health Center“.

2.2.3.1.1.2 Die Glaubensvorstellung

Bei den Yupno besteht der Mensch aus mehreren Dimensionen, somit besteht er einerseits aus dem Körper und andererseits aus „vitalen“ Energien den *tevatok*. Hierbei handelt es sich um unpersönliche Energien, die jedem Menschen inne wohnen. Weiters gehören zu einem vollständigen Menschen auch seine/ ihre sozialen Beziehungen, welche durch Sozialstrukturen als auch durch das Verwandtschaftssystem bestimmt sind. Sind diese Beziehungen konfliktbeladen und durch daraus resultierende „heiße“ Gefühlszustände geprägt, kann der Mensch erkranken. Diese Erkrankung kann nicht nur den eigentlichen Verursacher, sondern ein beliebiges Mitglied der

Verwandtschaftsgruppe treffen. Infolgedessen wird deutlich, dass ein Individuum nicht alleine für sein/ihr Handeln verantwortlich ist, und somit jeder viel Verantwortung für seine Verwandtschaftsgruppe inne hat. Somit befinden sich bei den Yupno Menschen die krank sind in einem „heißen“ Zustand. Sie unterscheiden jedoch zwischen Kranken und Menschen die „anders“ sind. Hierbei handelt es sich um die *kadim* und *ngamu*. Denn in der Sprache der Yupno gibt es keine allgemeine Kategorie von Behinderung. Das Wort *kadim* bedeutet geistig verwirrt oder verrückt. Es wird auf Menschen bezogen, die entweder nur sehr verwirrt oder kaum bis gar nicht sprechen können und die nicht in der Lage sind, klar zu denken. *Ngamu* bedeutet sonderlich sein, verlangsamt oder schwach zu sein. Hierbei handelt es sich um keine streng exklusiven Begriffe. Eine Person kann sowohl *ngamu* als auch *kadim* sein. Leute die *kadim* und/oder *ngamu* sind, können zwar oft nur kleinen, unbedeuteten Aufgaben nachgehen, jedoch sind sie soweit es geht in das soziale Netzwerk integriert. Sie leben meistens, wie schon oben erwähnt in den Wohn- und Haushaltseinheiten ihrer Elementarfamilien. Sie entsprechen jedoch nicht dem sozial völlig integrierten Menschen.

Die Ursache warum ein Mensch *ngamu* und/oder *kadim* wird, sind wie bei Krankheiten auf konfliktbeladenes Handeln oder falsches Verhalten, welche sich als *ngamu* und als *kadim* ausdrücken können, zurückzuführen. Weiters hat dies zur Verminderung ihrer „vitalen“ Energie und damit zur Erkältung ihrer „Körperseele“. Jedoch macht es keinen Unterschied, ob dieses Fehlverhalten von lebenden oder verstorbenen Personen verursacht wird. Wichtig ist jedoch, dass keiner für seinen Zustand selbst verantwortlich gemacht wird. Sie sind jedoch nicht wie kranke Menschen „heiß“, sondern sind im Gegensatz „kalt“ und sie sind „kälter“ als Leute, welche keine Krankheit oder Behinderung haben, die idealerweise „kühl“ sind.

2.2.3.2 Zusammenfassung

Insgesamt gilt, dass die *kadim* und *ngamu* akzeptiert und integriert sind. Sie werden weder vernachlässigt noch mit besonderer Liebe oder Zuneigung bedacht. Sie gelten als „anders“, da sie keine weitreichenden sozialen Beziehungen unterhalten können und nicht kompetent wissend sind. Wegen ihrer verminderten vitalen Energie und damit erkaltenden Körperseele sind sie keine „vollständigen“ Menschen und keine vollwertigen Mitglieder der Gesellschaft. Keck erklärt diese Ursache zum Beispiel dadurch, dass der Tod von *ngamu* oder *kadim* für die Yupno Gesellschaft keinen

großen Verlust bedeutete und, dass um sie deutlich weniger getrauert wird, als um „kühle“ sozial integrierte Leute (vgl. Keck 1997: 5-32).

2.2.4 Zusammenfassung

In diesem Bereich der Arbeit, sollte ersichtlich werden, dass geistige Behinderung als soziale Kategorie zu verstehen ist, welche ein auf der ganzen Welt verbreitetes Phänomen und universelle menschliche Erfahrungskategorie ist. Die Deutung und Erklärung dieses Phänomens und die hieraus resultierenden Behandlungs- und Umgangsweisen sind durch den jeweiligen sozi- kultur- historischen Kontext beeinflusst und großteils bestimmt. Folglich wird Kultur hier als ein hybrides, prozesshaftes, historisch vermitteltes Bedeutungssystem verstanden. Hierbei inkludierend auf gegenseitiger Wechselwirkung bestehend, müssen Konzepte von Identität, Wert und Persönlichkeit und der soziale Kontext wie zum Beispiel Gender, Alter, uvm. ..., auch miteinbezogen werden.

Dies sollte deutlich gezeigt werden durch:

- Eine medizinethnologische Betrachtungsweise, welche zeigt, dass die Biomedizin eine Sinneswelt darstellt, welche sich durch angebliche, naturwissenschaftliche Objektivität selbst legitimiert. Durch das biomedizinische, diagnostische Vorgehen von geistiger Behinderung, ist anzunehmen, dass die Eindeutigkeit der Wirklichkeitsbestimmung von Biomedizin aus kulturell- manifestierten Mehrdeutigkeiten besteht.
- Durch „anthropologische Idealkonzeption“ des Menschen, der medizinischen Ethik und Gentechnik, ergibt sich ein theoretisches Konstrukt vom Menschen-Sein, welches Merkmalskomplexe inkludiert, welche einige Menschen mit geistiger Behinderung nicht repräsentieren.
- In der politischen Philosophie des „Westens“, wird „Gleichheit, welche sich im Anstreben um Partizipationsmöglichkeiten widerspiegelt, angestrebt. Dieser Gleichheitsgedanke, inkludiert diesbezüglich eine Intoleranz, gegenüber denjenigen, die dieser Norm nicht entsprechen können oder wollen. Diese Widersprüchlichkeit, zeigt sich in vielen Bereichen, wie Gesetze, administrative Tätigkeiten, wirtschaftlichen Interessen, sozialen Wohlfahrtsinstitutionen uvm. wieder.
- Wissenschaftstheoretisch wird der „Westen“ als einer vom Individualismus durchdrungenen Gesellschaft bezeichnet. Hierbei werden körperliche und

psychische Abweichungen zum Problem des Einzelnen. Diesbezüglich rückt die zu betreuende Person in das Zentrum und die Einbeziehung der „Anderen“ findet kaum statt.

Diese Annahmen, werden in Bezugnahme auf die historische Diskursanalyse und den erhobenen Daten meiner Forschung, durch die zuvor erwähnten drei intersubjektiven Akzeptanztypen: Emotionale Zuwendung, rechtliche Anerkennung und solidarische Zustimmung, zur Überprüfung von kultureller Akzeptanz angewendet.

2.3 Historische Diskursanalyse

2.3.1 Einleitung

Aufgrund der Tatsache, dass in Österreich der Umgang mit Menschen mit Behinderung großteils eine Ländersache ist, ist es sehr schwierig die Situation bundesweit holistisch und differenziert zu beschreiben (vgl. Schmidt 1993:9-10).

Weiters ist über diese Thematik speziell in Österreich nur sehr spärlich Literatur zu finden. Infolgedessen habe ich in diesem Teil auch einiges an Literatur aus Deutschland herangezogen.

Eine historische Diskursanalyse ist im Bereich der kulturellen Akzeptanz sehr wichtig, da laut Schmidt (vgl.1993: 39) gesellschaftliche Phänomene erst dann in ihrem vollem Umfang begreifbar sind und verstanden werden können, wenn auch die Umstände ihrer Entstehung weitgehend einsichtig sind.

2.3.2 Ideologische Vorläufer nationalsozialistischer Vernichtung unwerten Lebens

2.3.2.1 Ideengeschichte der Euthanasie

Das griechische Wort εὐθανασία (Euthanasie: eu~ – gut, richtig, leicht, schön, und thanatos – der Tod) bezeichnete im hellenistischen und römischen Sprachgebrauch entweder leichtes oder schmerzloses Sterben oder einen guten und wertvollen Tod. Im 17. Jahrhundert wurde der Begriff durch die zunehmende Bedeutung des medizinischen Diskurses als ein Akt verstanden, in welchem dem/der Sterbenden der Todeskampf

erleichtert wird. Anfang 19. Jahrhundert entstand eine Reihe von Literatur, die sich mit den „therapeutischen“ Aspekten – „erträglich aus dem Leben herauszukommen“ der Euthanasie beschäftigte. Im 19. Jahrhundert bedeutete Euthanasie mithin Sterbebegleitung ohne Lebensverkürzung. Denn die bewusste Beschleunigung des Sterbens stieß auf unbedingte Ablehnung. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts jedoch weitete sich die Bedeutung des Begriffs der Euthanasie in sehr starkem Maße aus, sodass das Recht des Arztes, über Leben und Tod zu entscheiden, sich geradezu umkehrte. Somit wurde Euthanasie erstmals im Sinne von Sterbehilfe verwendet. Weiters wandte man Sterbehilfe nicht nur bei Menschen an, die im Sterben lagen, sondern auch bei unheilbar Kranken und Menschen mit Behinderungen. Zum anderen wurde das Einverständnis des zu Tötenden nicht mehr grundsätzlich vorausgesetzt. Somit wurde die Grenze zwischen Sterbehilfe und der „Vernichtung unwerten Lebens“ immer fließender. Folglich wurden sozialdarwinistische, rassenhygienische Vorstellungen von der „Auslese“ und „Ausmerze“ Neugeborener hinzusubsumiert. Euthanasie in dieser Ausprägung bedeutete:

- Tötung von Neugeborenen, welche an erblichen Krankheiten und Behinderungen „litten“, aus eugenischen Motiven.
- Tötung von unheilbar Kranken und Menschen mit Behinderungen, sofern sie sich in Anstaltspflege befanden, aus utilitaristischen Motiven und aus „Mitleid“. Die Vorstellung von der „Vernichtung unwerten Lebens“, die im Laufe des 20. Jahrhunderts in den Begriff der Euthanasie überging, bildete die Grundlage und Legitimationsbasis des Agierens während des Nationalsozialismus. Jedoch wurde der Begriff an sich in der Propaganda des Nationalsozialismus tabuisiert (vgl. Schmuhl 1992: 21-28).

2.3.2.2 Sozialdarwinismus und Eugenik im 19. Jahrhundert

Die Rassenideologie des Nationalsozialismus war keine Schöpfung des 20. Jahrhunderts (vgl. Leininger 2006: 15-19; Trus 2003: 25-29). Die Ursprünge gehen auf die Ideen zurück, welche sich im Gedankengut des Sozialdarwinismus manifestierten, welcher ein Bündel von Ideologien darstellt (vgl. Brüne/Payk 2004: 37-48) Ein Grund dafür waren die Missverständnisse und Interpretationen, welche sich teils durch die darwinistische Evolutionstheorie herausbildeten (vgl. Brüne/Payk 2004: 37-39; Trus 2003: 25). „1859 erschien das Buch [...]“ „On the origin of species“ – auf Deutsch „[...] Die Entstehung der Arten im Tier- und Pflanzenreich durch natürliche Zuchtwahl“ oder „

*Erhaltung der vollkommenen Rassen im Kampf ums Dasein“ [...]“ (Leininger 2006: 15). Charles Darwin (1809-1892) bezog sich in seinem Werk auf die Pflanzen- und Tierwelt. Diese Erkenntnisse wurden jedoch schon bald für den Menschen übernommen. (vgl. Leininger 2006: 15-19; Trus 2003: 25-29) Seine Erkenntnisse sind naturwissenschaftliche Theorien, die die Entstehung und Entwicklungsgeschichte des Menschen beschreiben und erklären. Versteht man die Evolutionstheorie richtig, ging es darum, die Einmaligkeit des Individuums und die Bedeutung der Variation zu betonen. Somit steht jene Lehre rassistischen Vorstellungen ganz allgemein im Widerspruch. Es ergaben sich jedoch einige Missverständnisse, die es möglich machten, die Ideologie des Sozialdarwinismus zu stützen. Das grundlegende Missverständnis, welches sich in Theorie und Praxis manifestierte, war jenes, der Glaube aus dem Überleben der Tauglichsten ein Recht des Stärkeren ab zu leiten und den Wettbewerb ums Dasein in der Natur als gesellschaftliche Norm umsetzen zu können (vgl. Brüne/Payk 2004: 37-48). Somit hat in „[...] Wahrheit seine Theorie mit dem Sozialdarwinismus zwar genauso wenig zu tun, wie die Astronomie mit der Astrologie, aber es ist nicht zu bestreiten, dass seine Ideen ideologisch umgedeutet und missbraucht wurden.“ (vgl. ebd.: 37). Folgend dieser Annahmen entstand der **Sozialdarwinismus**. Hierbei handelt es sich im Allgemeinen um die Ideologie, dass die im Kampf ums Dasein überlebenden Individuen und Arten der menschlichen Gesellschaft, Politik und Wirtschaft als Vorbilder dienen können, dass also der Wettbewerb ums Dasein, wie er sich in der Natur abspielt, in einem normativen Sinn auf die Organisation des menschlichen Soziallebens übertragbar sei (Brüne/Payk 2004: 37-39). Wie bereits erwähnt wurden diese Annahmen von der „natürlichen“ Auslese und dem „Überleben des Tüchtigsten“ im „Kampf ums Dasein“ von den Sozialdarwinisten auf das gesellschaftspolitische Leben übertragen. Zu den wesentlichen Verbreitern dieses sozialdarwinistischen Theorienmodells gehörten im angloamerikanischen Raum Herbert Spencer (1820-1903) und William Sumner (1840-1910) und in Deutschland vor allem der Zoologe Ernst Haeckel (1834-1919) (vgl. Trus 2003: 25).*

Im selben Umfeld prägte „[...] Francis Galton (1822-1911), ein Vetter Darwins [...], 1983 den Begriff Eugenik.“ (ebd.: 26).

Hierbei handelt es sich um die Erbgesundheitslehre, bei der es um das Bestreben geht, „leistungsfähige“ Erblinien zu fördern und „untüchtige“ zurückzudrängen (vgl. Kienle 1982: 125). In seiner Forschungshypothese geht es darum, dass menschliche Charaktereigenschaften weitervererbt werden können. In diesem Zusammenhang

sprach er von der raschen Vermehrung von „Minderwertigen“ und einer ständig fortschreitenden Erosion genetisch wertvoller Substanz. Somit galt Francis Galton zu den einflussreichsten ideologischen Wegbereitern nationalsozialistischer Bevölkerungspolitik (vgl. Trus 2003: 25-29). Im deutschsprachigen Raum war Alfred Ploetz (1860-1940) der sogenannte „Vater“ der Eugenik, oder besser gesagt der Rassenhygiene, denn er war der „Schöpfer“ des Begriffes der Rassenhygiene (vgl. Leininger 2006: 15-19; Trus 2003: 25-29). *„1895 veröffentlichte er das Buch „ Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz des Schwachen“ in dem er die Vervollkommnung des Menschen forderte.“* (Leininger 2006: 16). Weiters störe die soziale Fürsorge die natürliche Selektion und daraus resultierend käme es zur Verringerung der Rassenqualität. Vor allem durch Ploetz' Position als Universitätslehrer wurde das rassenhygienische Denken im akademischen Bereich im deutschsprachigen Raum etabliert (vgl. Trus 2003: 25-29).

Zusätzlich verschärft wurde dieses Gedankengut durch die Wiederentdeckung der Mendelschen Vererbungslehre, denn die gesellschaftliche Entwicklung wurde zunehmend unter dem Gesichtspunkt der „Vererbung“ betrachtet (vgl. Leininger 2006: 15-19; Trus 2003: 25-29). Infolgedessen ging man zunehmend von einer im Wesen unveränderlichen genotypischen Veranlagung aus (vgl. Trus 2003: 25-29).

Mit diesen Entwicklungen war eine wachsende biologische Fundierung der Geisteswissenschaften verbunden. So wurde Anfang des 20. Jahrhunderts der Staat als ein organisches Modell verstanden, welches vor „schwachen“ Elementen zu schützen sei. Somit kam es zur Konzentration staatlicher Sozialpolitik auf die „wertvollen“ Elemente der Gesellschaft (vgl. ebd.: 28-29).

2.3.3 Gesellschaftlicher und ärztlicher Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung im 19. Jahrhundert

Menschen mit einer geistigen Behinderung, soweit sie für die Gesellschaft „keine Gefahr“ bedeuteten – wenn sie also nicht als gewalttätig galten, wurden weit bis in das 19. Jahrhundert entweder von der Familie versorgt oder die Heimatgemeinde musste für sie aufkommen. Die Basis hierfür bildeten die Regelungen der Sozialpolitik, welche von Maria Theresia eingeführt und von Joseph II. fortgeführt wurde (vgl. Jambor/Litschauer 1970: 197-200; Schmidt 1993: 41-44). Ausgenommen von diesen Regelungen waren die sogenannten „tobenden Irren“, welche in Sonderanstalten

untergebracht wurden. Hier ist zum Beispiel der „[...]1784 eröffnete ovale Narrenturm im Allgemeinem Krankenhaus in Wien [...]“, welcher unter Kaiser Joseph erbaut wurde, zu erwähnen (Schmidt 1993: 42). Jener glich jedoch anfangs mehr einer Festung als einem Krankenhaus (vgl. Solarovà 1983: 107). „ Etwas Besserung erlangten die Zustände erst durch den ab 1838 als Hospitaldirektor tätigen M. Viszànik [...]“, welcher nicht nur die Mauern zwischen den engen Zellen abriß, sondern auch die Beschäftigung der erwachsenen sowie die Unterrichtung der jugendlichen InsassInnen einführte (ebd.: 107). Jedoch konnte er trotz seiner Impulssetzungen keine weitläufigen Veränderungen erreichen (vgl. Schmidt 1993: 41-44; Solarovà 1983: 107-108). Somit wurden bis zum beginnenden 19. Jahrhundert „Irre“ neben Verbrechern, Bettlern, Vagabunden und Prostituierten in Zucht- oder Tollhäuser gesperrt (vgl. Trus 2003: 11-18). Durch die zunehmende Industrialisierung kam es zu einer hohen Zahl von Arbeitsunfällen. Da kaum ein soziales Netzwerk vorhanden war, endeten einige kranke und verelendete Menschen auf der Straße und prägten somit das öffentliche Erscheinungsbild. Infolge dieser Entwicklungen wurden Zucht- und Arbeitshäuser errichtet (vgl. Schmidt 1993: 42-43). „Mit dem Heimatgesetz von 1863 wurden dann die Grundlagen einer Sozialpolitik gelegt.“ (ebd.: 43). Diese Gesetzesregelung beinhaltete die Bemühung, die politischen und ordnungsstaatlichen Gefahren in Grenzen zu halten. Vor allem ging es hierbei darum, dass, wenn die familiäre Versorgung Alter, Schwacher oder „Schwachsinniger“ nicht möglich war, die Gemeinde einspringen musste. Folglich waren hierbei Subsidiarität und Individualisierung die wichtigsten Leitprinzipien, welche auch heute noch als wichtige Elemente der österreichischen Sozialpolitik fungieren. In den 60er- und 70er-Jahren des 19. Jahrhunderts zog sich der Staat durch die ansteigende Liberalisierung zunehmend aus der Außenpolitik zurück. Infolgedessen wurde die Sozialfürsorge mehr und mehr den konfessionellen Organisationen und den einzelnen Familien überlassen. Weiters wurde durch die zunehmende Spezialisierung am Arbeitsmarkt der Zugang zum Produktionsprozess für Menschen mit Behinderungen immer schwieriger, da sie durch ihre angebliche Unproduktivität und Disziplinlosigkeit zunehmend als Störfaktoren empfunden wurden (vgl. Schmidt 1993: 41-44; Trus 2003: 11-18). Erschwerend kam hinzu, dass sich immer größere Kreise der Bevölkerung nicht mehr imstande sahen, ihre kranken, alten und geistig behinderten MitbürgerInnen zu versorgen. Die Verwahrlosung dieser Bevölkerungsschicht wurde somit mehr und mehr zu einem öffentlichen Ärgernis. Folglich kam es in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts verstärkt zu Anstaltsgründungen für „Geisteskranke“ und

„Schwachsinnige“ (vgl. Schmidt 1993: 41-44). Dies war in erster Linie kein bürgerlicher, aufgeklärter Reformeifer, welcher nur zum Teil als humanitäres Selbstverständnis des Staates zu verstehen ist (vgl. Schmidt 1993: 44-45; Trus 2003: 11-18).

Weiters erhob sich gleichzeitig der Ruf, dass diese „schädlichen“ Elemente zumindest aus der Öffentlichkeit zu entfernen seien. Dieses Anliegen kam vor allem aus dem sozialdarwinistischen oder eugenischen Ideen-Lager. Somit bot sich die Konzentrierung und Isolierung dieser Menschen als eine wissenschaftlich fundierte, fortschrittliche Lösung an. Infolge der Gesetzeslage fielen, wie bereits erwähnt, die Anstaltsgründungen in Österreich in die Kompetenzen der Länder und Gemeinden.

Einige psychiatrische Anstalten, wie „Stein Hof“ oder „Gugging“, entwickelten sich in kurzer Zeit zu total überfüllten und überforderten Einrichtungen, in denen Menschen mit geistiger Behinderung, AlkoholikerInnen, psychisch Kranke und geriatrische PatientInnen untergebracht waren. „Geeignete“ Personen wurden in angeschlossenen Wirtschaftsbetrieben zur landwirtschaftlichen Arbeit herangezogen oder zum Beispiel als HausarbeiterInnen beschäftigt und größtenteils ausgebeutet.

Seit etwa dem letzten Drittel des 19. Jahrhunderts wurden Menschen mit geistiger Behinderung in Österreich ein fixer Bestandteil der Psychiatrie (vgl. Schmidt 1993: 41-55). Das aufkommende Interesse der Psychiatrie bezog sich weniger auf die Anstaltsversorgung als vielmehr auf die theoretische Erforschung des „Schwachsinn“ im Rahmen der Universitätspsychiatrie (vgl. Droste 1999: 48-49). In der Psychiatrie wurde ein Mensch mit geistiger Behinderung als der/die „Schwachsinnige“ oder „intellektueller Schwachsinn“ bezeichnet, auch genannt Oligophrenie.

Zur gleichen Zeit erreichte die naturwissenschaftliche Medizin ihre Monopolstellung und ältere Heilsysteme wurden verdrängt. Diese Monopolstellung wurde zum Beispiel durch die Entdeckung des Tuberkulose-Virus oder der Ursache des Kinderbettfiebers erreicht. Die Bemühung der bürgerlich-kapitalistischen Industrialgesellschaft, der bürgerlichen Psychiater, lag vor allem darin, Ursachen von Krankheiten zu individualisieren. Mögliche sozial bedingte Ursachen von abweichendem Verhalten wurden soweit es ging ignoriert und ausgeblendet. Jegliche Abweichungen wurden somit größtenteils auf biologische Ursachen zurückgeführt. Infolgedessen wurde der naturwissenschaftliche Aspekt häufig überzogen und mit sozialdarwinistischen Ideen der natürlichen Auslese vermischt. Die daraus resultierende angebliche biologische Minderwertigkeit von Menschen mit geistiger Behinderung wurde die Grundlage eines moralischen, determinierten Menschenbildes.

Erst, als sich dieses Stigma im Bewusstsein vieler Menschen verfestigt hatte, war eine Ausgrenzung der „Schwachsinnigen“ denkbar. Dies legte den Grundstein für die physische Vernichtung dieser Menschengruppe während des Nationalsozialismus (vgl. Schmidt 1993: 41-55).

2.3.4 Der Umgang mit Kranken, Verletzten und „Unheilbaren“ in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts

Anfang des 20. Jahrhunderts gab es noch einige Bestrebungen, welche eine positive Veränderung im geistig behinderten, pädagogischen Bereich erzielten. So wurde zum Beispiel im *„Jahr 1902 [...] eine funktionstüchtige Vereinigung für die „Fürsorge für Schwachsinnige“ [...]“* gegründet (vgl. Solarovà 1983: 108). Im Weiteren wurde in Deutschland das Hilfsschulwesen immer mehr ausgebaut. Es ergab sich eine Spaltung zwischen Personen mit einer hochgradigen geistigen Behinderung und schul- und unterrichtsfähigen Kindern. Daraus resultierend entwickelte sich der „Verband der Hilfsschullehrerschaft“ (vgl. ebd: 108). Durch die zunehmende Armut jedoch hatte das Gedankengut – resultierend aus den Strömungen des Sozialdarwinismus, der Eugenik und Euthanasie seit Anfang des 20. Jahrhunderts – einen sehr dominanten Einfluss auf viele Bereiche des Lebens, wie Sozialpolitik, Wirtschaft, Medizin uvm. .

Vor allem die Folgen des Ersten Weltkrieges und der Ausbruch der Weltwirtschaftskrise durch den Börsenkrach im Jahr 1929 verschärften die sozialpolitische Situation des Landes. Mit dem Wegfall der Sozialleistungen ging eine Verelendung der Gesellschaft einher (vgl. Leininger 2006: 15-19). Während des Ersten Weltkrieges und in der Zwischenkriegszeit starben überdurchschnittlich viele InsassInnen von psychiatrischen Anstalten in Deutschland. Anlässlich der ähnlichen wirtschaftlichen Situation Österreichs und Deutschlands kann meines Erachtens von einer ähnlichen Lage in den österreichischen psychiatrischen Einrichtungen ausgegangen werden. Viele starben an Unterernährung und mangelnder Pflege. Hier zeigt sich, dass nicht nur die direkt im Krieg gestorbenen Soldaten, sondern auch und vielleicht sogar vor allem jene, die nach einem gesellschaftlichen Kosten-Nutzen-Kalkül als „unbrauchbar“ galten, dem System zum Opfer fielen (vgl. Trus 2003: 35-38).

Denn durch das bereits erwähnte Gedankengut wurde die Versorgung von sogenannten „Minderwertigen“ durch die wenigen Ressourcen, die überblieben, infrage gestellt (vgl. Leininger 2006: 15-19). Somit zeigt sich, dass der bestimmten Menschen

zugesprochene Lebenswert in Krisensituationen offensichtlich sank (vgl. Trus 2003: 35-38). Der Verlauf des Krieges führte zum Beispiel dazu, dass durch den ansteigenden Bedarf an Lazareträumen die InsassInnen psychiatrischer Anstalten auf engstem Raum zusammengepfercht wurden. Weiters wurden PatientInnen psychiatrischer Anstalten in Bezug auf Hygiene- und Lebensmittel zusammen mit GefängnisinsassInnen auf der „untersten Ebene“ versorgt (vgl. Trus 2003: 35-38). Trotz dieser Tatsachen war man der Meinung, dass die Kriegsselektion sehr kontraproduktiv sei (vgl. Leininger 2006: 24-25). Dieser Ansicht zufolge wären die InsassInnen psychiatrischer Anstalten und Alterswohnheime gehegt und gepflegt worden, während die „tapferen“ und „tüchtigen“ Männer im Krieg ihr Leben gegeben hätten (vgl. Trus 2003: 35-38).

„Ausdruck dieser Ansicht war die 1920 erschienene Schrift: „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form“ der angesehenen Wissenschaftler Karl Binding und Alfred Hoche.“ (Trus 2003: 36). In diesem Werk wurde aus juristischer Sicht die Rechtssituation im Hinblick auf die Tötung der Ballastexistenz überprüft, und aus psychiatrischer Sicht wurde der gesellschaftliche Wert Geisteskranker und Schwachsinniger an sich überprüft (vgl. Leininger 2006: 15-19; Trus 2003: 35-38). Diese Schrift verlieh der Diskussion „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ die bis dahin fehlende breite Akzeptanz (vgl. Trus 2003: 35-38).

Die eugenischen Überlegungen wurden in Österreich weiters durch den zunehmenden schlechten Gesundheitszustand in der Zwischenkriegszeit bestärkt. Hierbei handelte es sich vor allem um die Krankheiten Tuberkulose, Syphilis und „Alkoholismus“. Dieser Entwicklung versuchte man in den 1920er Jahren vorerst in Wien und später in ganz Österreich, mit einer gezielten Gesundheitspolitik entgegenzuwirken. Es entstanden unter anderem Frauenberatungsstellen, in denen mittellose Frauen neben einer eingehenden Untersuchung kostenlose Verhütungsmittel erhielten. Wie bereits erwähnt lag das Bestreben dieser Moralvorstellung darin, die „erbgesunden“ Familien in den Mittelpunkt zu stellen. *„Am 18. Oktober 1924 wurde die „Wiener Gesellschaft für Rassenpflege“ im Namen der „Deutschvölkischen Vereine“ auf Anregung des Tierarztes Willibald Neubacher [...]“* ins Leben gerufen (Leininger 2006: 31). Die Eröffnungsrede wurde im Festsaal der Wiener Universität von Dr. Otto Reche, einem deutschen Anthropologen und Ethnologen, gehalten (vgl. ebd.: 31-32). Hierbei ging es um die Bedeutung der „Rassenpflege“ für die Zukunft des Volkes. Hier wird gut ersichtlich,

dass sehr viele wissenschaftliche Disziplinen die Anschauungen jener Zeit propagierten und unterstützten (vgl. Leininger 2006: 30-32; Neugebauer 1997).

Im selben Jahr „[...] veröffentlichte der ehemalige Regimearzt und Leiter des Wohlfahrtsamtes der Stadt Wien, Julius Tandler, die Schrift *„Ehe und Bevölkerungspolitik“*.“ (Leininger 2006:35). Anhand dieser Schrift, in der es ebenfalls um eine Kosten-Nutzen-Rechnung vom „unwerten Leben“ und um die Idee, dass „lebensunwertes“ Leben geopfert werden muss, um „Lebenswertes“ zu erhalten, ging, wird gut ersichtlich, wie weit die Debatte über die „Ver- oder Entsorgung lebensunwerten Lebens“ fortgeschritten war. Tandler war auch ein großer Befürworter der Sterilisation „Minderwertiger“. Somit spielte auch er – wie einige andere – durch seine Ansicht dem vehement aufkommenden Nationalsozialismus in Österreich einen weiteren wichtigen Triumph in die Hände: Erwähnt werden sollte noch, dass Tandler in vielen anderen Bereichen der Fürsorge und Wohlfahrt neue soziale Standards gesetzt hatte (vgl. ebd.: 34-35). „1927 wurde die *„Österreichische Gesellschaft für Volksgesundheit“* gegründet“ (ebd.: 32). Hierbei gingen trotz innenpolitischer Spannungen die Vereinigungen sozialistischer und christlichsozialer Kreise gemeinsame Wege. Denn aufseiten der Kirche gab es gewisse unterschiedliche Ansichten in bestimmten Bereichen(vgl. ebd.: 30-32). „1930 stellte die päpstliche Enzyklika *„Casti Connubii“* „über die christliche Ehe“ jeden Körpereingriff zum Zweck der Unfruchtbarmachung sowie der Abtreibung unter Strafe.“ (ebd.: 31).

2.3.5 Die Radikalisierung im Umgang mit sogenanntem „lebensunwerten Leben“

Die Radikalisierung und Popularisierung völkischen und rassenhygienischen Denkens gegen Ende der Weimarer Politik in Deutschland fand ihren offensichtlichen Aufstieg in der NSDAP. Wie bereits eingangs erwähnt, lagen Adolf Hitlers rassenhygienische Anschauungen kaum einem originalen Gedankengut zugrunde. Vielmehr handelte es sich bei seinen Anschauungen um ein Exzerpt aus den originellen Versatzstücken rassenhygienischen Denkens, beginnend im 19. Jahrhundert (vgl. Trus 2003: 38).

Mit der Machtübertragung an die Nationalsozialisten in Deutschland im Januar 1933 wurden die ersten verbrecherischen Maßnahmen auf dem Gebiet der „Erb- und Rassenpflege“ durchgeführt (vgl. Neugebauer 1997; Trus 2003: 53). Somit wurde

bereits „[...] am 14. Juli 1933 [...] das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (GzVeN) verabschiedet.“ (Trus 2003: 55). Dieses Gesetz bestimmte, dass, wenn nach der Erfahrung der ärztlichen Wissenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, dass die Nachkommen an schweren körperlichen oder geistigen Erbschäden leiden werden, ein Erbranker unfruchtbar gemacht werden kann. Wenn die Erbschäden nicht laut der Mendelschen Erblehre genau nachgewiesen werden konnten, wurde aufgrund der Familienanamnese oder der dubiosen Methode der „empirischen Erbprognose“ agiert. Der Großteil der Personen, welche unter dem nationalsozialistischen Regime sterilisiert wurden, hatte die Diagnose „Schwachsinn“, Schizophrenie, Epilepsie und manisch-depressives „Irresein“ (vgl. Schmuhl 1992: 151-156). „Zusätzliche Verordnungsbestimmungen legten im November 1939 die Einführung des GzVeN in der Ostmark (heutiges Österreich) [...] fest.“ (Grimm 2004: 10).

Die Sterilisation wurde jedoch in Österreich nur noch in einem „geringen“ Ausmaß durchgeführt, da zu jenem Zeitpunkt schon die weiterführenden Maßnahmen der Euthanasie praktiziert wurden (vgl. Neugebauer 1997). Schätzungen zufolge wurden bis Kriegsende in Deutschland 400.000 Menschen und in Österreich 5.000 Menschen zeugungsunfähig gemacht. Viele starben an den Folgen der Operation und viele weitere litten ein Leben lang an den Spätfolgen (vgl. Leininger 2006: 45).

Nach der nationalsozialistischen Machtübernahme „[...] im Jahr 1933 erfolgte in Deutschland die Zerschlagung der konfessionellen Wohlfahrtspflege.“ (ebd.: 46). Somit unterlag die Zuständigkeit des „völkischen Wohlfahrtsstaates“ dem Nationalsozialismus, welcher die uneingeschränkte Kontrolle über alle sozialpolitischen Belange beanspruchte. Konfessionelle und nicht staatliche Einrichtungen wurden sukzessive aufgelöst und enteignet. Die Wohlfahrtspflege konfessioneller Einrichtungen wurde in der Folge auf Altenpflege und Behindertenfürsorge reduziert (vgl. Leininger 2006: 41-47). Dieses Agieren wurde in Österreich großteils erst durch den Anschluss an das Deutsche Reich übernommen. Ein Beispiel hierfür ist Schloss Hartheim. „Dieser 1892 gegründete Landes-Wohltätigkeitsverein [...]“ entwickelte bis in die 30er Jahre ein für damalige Maßstäbe fortschrittliches Modell der Versorgung und Betreuung von Menschen mit Behinderungen (Leininger 2006: 34-35). Für den Großteil der Kosten kam die Heimatgemeinde im Rahmen ihrer Fürsorgepflichten auf (vgl. Leininger 2006: 35).

2.3.6 Die nationalsozialistische Euthanasie zwischen 1938 und 1945

Wie bereits erwähnt, wurde am 13. März 1938 die Vereinigung Österreichs mit dem Deutschen Reich vollzogen. Somit stand Österreich unter Hitlers Regime. Ab diesem Zeitpunkt wurden die Einrichtungen und das Vermögen konfessioneller Institutionen der freien Wohlfahrtspflege in Österreich beschlagnahmt und zugunsten staatlicher Institutionen enteignet. Die öffentlichen Mittel für den laufenden Betrieb von Heil- und Pflegeanstalten und psychiatrischen Anstalten wurden immer weiter reduziert. Die durchaus gezielte Unterversorgung verschlechterte die Lebensbedingungen in diesen Anstalten drastisch (vgl. Leininger 2006: 41-48).

2.3.6.1 Kindereuthanasie

Bislang gibt es noch keine sicheren Informationen, ab welchem Zeitpunkt die Planung für den Massenmord an Menschen mit geistigen und körperlichen Behinderungen begann. Vermutet wird, „[...] daß die Organisation der Euthanasie zusammen mit der des Krieges um 1936 aufgenommen wurde.“ (Trus 2003: 91). Der Grund dafür könnte vor allem darin liegen, dass Hitler sich erwartete, dass „[...] Widerstände, die von der kirchlichen Seite zu erwarten wären, im allgemeinem Kriegsgeschehen nicht diese Rolle spielen würden wie sonst“ (Schmuhl 1992: 181). Durch den „Reichsausschuss zur wissenschaftlichen Erfassung von erb- und anlagebedingten schweren Leiden“ wurde „[...] zu Beginn des Jahres 1939 die streng geheim gehaltene und systematische Erfassung und Ermordung behindert geborener Kinder organisiert.“ (Trus 2003: 91). Die Leitung oblag der „Kanzlei des Führers“, in der Philipp Bouhler und Viktor Brack an der Spitze saßen (vgl. Trus 2003: 91-97). Die Kindereuthanasie war an sich von Anfang an eine geheime Reichssache – wie die späteren Vergehen (vgl. Schmuhl 1992: 182-189). Dies hatte vor allem die Gründe, dass erstens die normativ-staatlichen Behörden auf dieses Agieren keinen Einfluss nehmen konnten, zweitens, dass keine Unruhen innerhalb der Bevölkerung oder an der Front entstehen konnten, und dass drittens kein kirchlicher Widerstand, welcher erwartet wurde, entstand (vgl. ebd.: 190-191). Es wurden Kinderfachabteilungen eingerichtet, in die Kinder, welche zuvor von Ärzten und Hebammen gemeldet wurden, verlegt wurden (vgl. Trus 2003: 91). In diesen Abteilungen wurden bis zum Jahre „[...] 1945 schätzungsweise 5.000 Kinder – zunächst

bis zu einem Alter von 3 Jahren, welches später auf das 16. Lebensjahr ausgedehnt wurde – durch Injektionen ermordet [...]“ (. Trus 2003: 91).

2.3.6.2 Die Aktion „T4“

Seit Beginn des Krieges entwickelte sich die Ideologie der anfänglich favorisierten „Auslese“, der Förderung „erbgesunden“ Nachwuchses, immer mehr zur gewaltsamen Ausmerzung von lebensunwertem Leben. In den meisten Gebieten des Deutschen Reiches wurde die Ermordung der InsassInnen von Pflege- und Heilanstalten organisiert (vgl. Trus 2003: 91-93).

„Dieses im Oktober 1939 verfaßte, aber auf den 1. September 1939 (Kriegsbeginn!) zurückdatierte sog. „Ermächtigungsschreiben“ Hitlers [...]“, in dem er den „Gnadentod“ erteilte, führte zur Aktion „T4“, der „Erwachsenen-Euthanasie“, (Trus 2003: 92) (vgl. Kepplinger/Marckgott/Reese 2008: 66-67; Schmuhl 1992: 190-191;). Hierbei wurde die „Kanzlei des Führers“ von Hitler beauftragt, die Befugnisse ausgewählter Ärzte zu bestimmen, welche nach menschlichem Ermessen die Beurteilung von „unheilbar krank“ festzustellen hatten. Infolgedessen konnte der „Gnadentod“ gewährleistet werden (vgl. Schmuhl 1992: 190-191; Trus 2003: 91-93).

Nach außen traten gewisse „[...] Tarnorganisationen unter einer „Zentraldienststelle“ mit Sitz in der Berliner Tiergartenstraße, nach der diese Aktion den Namen „T4“ erhielt [...]“, auf (Trus 2003: 93).

Die Aktion „T4“ war ein geplantes Instrument zur Tötung lebensunwerten Lebens, welches aus mehreren Phasen bestand:

- Die Kindereuthanasie, welche an sich auch zur Aktion „T4“ gezählt werden kann, wurde zwischen 1939 und 1945 an Kleinkindern mit „erkrankten“ Erbanlagen durchgeführt.
- In der eigentlichen Aktion „T4“ wurden während 1940 und 1941 InsassInnen von sechs Pflege – und Heilanstalten im gesamten Deutschen Reich, wozu auch die Pflege- und Heilanstalt Hartheim zählte, ermordet (vgl. Leininger 2006: 58-60). „Am 24. August 1941 befahl Adolf Hitler [...] die Einstellung der Euthanasieaktion [...]“ (Kepplinger/Marckgott/Reese 2008: 30). Über die Motive dieses Euthanasiestopps gibt es viele unterschiedliche Meinungen. Sie reichen von der Aussage, dass das „Ziel“ erreicht wurde, bis zu Widerständen und Unruhen innerhalb der Bevölkerung.

- Die „wilde“ Euthanasie, wobei es sich um dezentrale Anstaltsmorde handelte, die nach dem Abbruch der Aktion „T4“ in Heil- und Pflegeanstalten weitergeführt wurden.
- Die Ermordung von PatientInnen aus psychiatrischen Anstalten ab 1939. Hierbei wurden vor allem AnstaltsinsassInnen aus den besetzten Ländern des Reiches, wie Polen oder Sowjetunion ermordet.
- Die Aktion „14f13“ in den Jahren 1941-1944, im Rahmen derer arbeitsunfähige, politisch oder rassistisch missliebige Häftlinge aus den Konzentrationslagern ermordet wurden. Hierbei wurden zum Beispiel viele Häftlinge aus Mauthausen nach Hartheim transportiert.

(vgl. Kepplinger/Marckgott/Reese 2008: 30-31; Leininger 2006: 58-60; Trus 2003: 91-97)

2.3.6.3 Nationalsozialistische Euthanasie in Österreich

In Österreich existierten zu jener Zeit große staatliche psychiatrische Anstalten. Jedes Bundesland besaß mindestens eine solche Institution. Die größten staatlichen Anstalten – wie die Heil- und Pflegeanstalt „Am Steinhof“, die Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Öhling in Amstetten oder die Heil- und Pflegeanstalt in Niedernhart bei Linz – waren das erste Ziel der Aktion „T4“ in Österreich (vgl. Kepplinger/Marckgott/Reese 2008: 35-62). Als Tötungsanstalt wurde die Einrichtung Hartheim ausgewählt, wobei dem „[...] Linzer Psychiater Dr. Rudolf Lonauer mit 1. April 1940 die ärztliche Leitung der Anstalt übertragen [...]“ wurde (ebd.: 70). Der Büroleiter von Hartheim war Christian Wirth. In seinen Aufgabenbereich fiel unter anderem die Verantwortung der Sicherstellung der Geheimhaltung der Vorgänge. Somit wurden einige Verschleierungsmanöver zur Irreführung der Angehörigen entwickelt (vgl. ebd.: 69-79). Im Laufe der Zeit wurde mittels Gutachterkommissionen, die in viele Anstalten fuhren, um selbst die Meldebögen auszufüllen, eine Beschleunigung der Begutachtungsverfahren erstellt. Denn anscheinend wurden diese Bögen von den AnstaltsleiterInnen nicht immer „richtig“ ausgefüllt. Mittels der ausgefüllten Meldebogen wurden die zu tötenden PatientInnen größtenteils zur Tötungsanstalt Hartheim transportiert.

„Im Zuge der Aktion „T4“ wurden 62,4 % der PatientInnen staatlicher Heil- und Pflegeanstalten der Ostmark [...] getötet.“ (ebd.: 53). „In Schloss Hartheim wurden von 1940 bis 1941 18.269 körperlich und geistig behinderte sowie psychisch kranke

Menschen ermordet.“ (ebd.: 86). Wie bereits erwähnt, bestand die Organisation „T4“ trotz des Aktionsstopps 1941 weiter. Es wurde auch fest mit einer Wiederaufnahme gerechnet. Währenddessen wurde von der Zentraldienststelle an einer Auswertung der Ergebnisse der Aktion „T4“ gearbeitet. Außerdem wurde in einigen Anstalten die Patiententötung ohne Planung der Zentraldienststelle weitergeführt. Die PatientInnen wurden mittels Hunger, Kälte, gezielter Vernachlässigung und Medikamente eliminiert (vgl. Kepplinger/Marckgott/Reese 2008: 30-31; Leininger 2006: 58-60; Trus 2003: 91-97).

In der zweiten Hälfte des Jahres 1944 war die Niederlage des Deutschen Reiches absehbar. Deshalb gab es zum Beispiel in Hartheim im Oktober große „Vertuschungsaktionen“, in welchen versucht wurde, alle belastenden Materialien und Gegenstände verschwinden zu lassen. Eine Gruppe von Häftlingen aus Mauthausen wurde beauftragt, die baulichen Spuren der Tötungseinrichtung zu beseitigen. Für die Tarnung wurde ein Kinderheim des Gau-Fürsorgeamtes eingerichtet. Die Tarnung konnte jedoch nur einige Monate aufrechterhalten werden (vgl. Kepplinger/Marckgott/Reese 2008: 111-114). „Im Juni 1945 [...]“ begannen die Untersuchungen der Euthanasiemorde (vgl. Kepplinger/Marckgott/Reese 2008: 112).

2.3.6.4 Die Einstellung der Bevölkerung gegenüber der nationalsozialistischen Euthanasie und das Problem des Widerstandes

Bei der Bearbeitung dieser Thematik muss zunächst festgehalten werden, dass die „Euthanasie- Maßnahmen“ gesetzlich kaum geregelt waren und zweitens erfolgte die „Sterbehilfe“ selten oder fast nie durch die Zustimmung der „unheilbar kranken PatientInnen“ und seiner/ihrer Angehörigen (vgl. Trus 2003: 131-133).

Im Weiteren wurden bereits 1933 nach der Machtergreifung in Deutschland „zum Schutz von Volk und Staat“ die Grundrechte, insbesondere die Versammlungs- und Pressefreiheit aufgehoben. Es wurde angeordnet gegen Angehörige staatsfeindlicher Organisationen egal mit welchen Mitteln zu agieren (Huber/Schröckenfuchs 2001: 142). Im Generellen ist es auch schwierig, die subjektive Bewusstseins- und Agierebene der Einzelnen und deren Agieren zu klären.

Vor Kriegsbeginn leisteten vor allem Sozialdemokraten, Kommunisten und Christen, gegen den aufkommenden Nationalsozialismus Widerstand (vgl. Serfes Medien 2000: 351). Ein Beispiel hierfür wäre die Diskussionsdebatte um die Sterilisierung

„Erbkranker“. Wie bereits erwähnt regten sich Proteste seitens der katholischen Kirche in Form der päpstlichen Enzyklika „Casti connubii“ (vgl. Trus 2003: 133-134). Jedoch traten weder die katholische noch die protestantische Kirche offen gegen den NS-Staat auf (Huber/ Schröckenfuchs 2001: 142). Die Widerstandsaktivitäten in Österreich lassen sich in einige Gruppierungen unterteilen. Hierbei gab es Widerstand auf Seiten der Arbeiterbewegung, des katholisch-konsevativen-bürgerlichen Lagers, anderer religiöser Gruppierungen, bewaffneter Widerstandsgruppen, überparteilicher Gruppen, Widerstandsgruppen in Haft und individueller Widerstandsgruppierungen (vgl. Neugebauer 2005). Es ergaben sich jedoch innerhalb der Länder und innerhalb der Regionen große Unterschiede bezüglich des Agierens in der Widerstandsbewegung. Da es leider den Rahmen meiner Arbeit sprengen würde, differenziert auf die unterschiedlichsten Gruppierungen einzugehen, werde ich mich auf ein paar Beispiele beschränken, welche sich direkt gegen die Euthanasie-Maßnahmen richteten.

Hier zu nennen wäre der protestantische Pastor Gerhard Braune vom Central-Ausschuss der Inneren Mission oder auf katholischer Seite die berühmten Predigten des Münsteraner Bischofs Clemens August Graf von Galens (vgl. Trus 2003: 133-134). Auch einige Bewohner Hartheims leisteten Widerstand. Ignaz Schuhmann, welcher in unmittelbarer Nähe lebte, „[...] nahm 1943 Kontakt zu einem anderen Regimegegnern auf.“, wie Leopold Hilgarth (Leininger 2006: 118). Sie schrieben Kritikparolen auf die Wände der Einrichtung und fertigten Flugblätter an. Beide wurden ertappt und noch im Jänner des Jahres 1945 getötet (vgl. ebd.:116-119).

Um das Verhalten des ärztlichen Personals und des Pflegepersonals angemessen beurteilen zu können, muss zuerst festgehalten werden, dass niemand gezwungen wurde an der Aktion „T4“ teilzunehmen. Einige nicht zum „T4“-Personal gehörende, setzten sich vereinzelt durch manipulierte Meldebogeneinträge gegen die Versetzung einzelner PatientInnen durch.

Zweitens ist anzunehmen, dass es durch die langjährige Disziplinierung und geplante Manipulation kaum zu einer Verweigerung seitens des Pflegepersonals kam. Infolgedessen wurde der Konflikt zwischen allgemeiner menschlicher und beruflicher Moral zugunsten letztere erleichtert. Eher selten gab es seitens der Bevölkerung Protestaktionen gegen die Ermordung der InsassInnen von Heil- und Pflegeanstalten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es wie gezeigt viele Widerstandsgruppierungen gab, die gegen dieses System agierten, jedoch konnte zu

keiner Zeit ein Umsturz des NS-Regimes erreicht werden. (vgl. Neugebauer 2005; Trus 2003: 131-137).

2.3.7 Der österreichische Nachkriegsdiskurs

Obwohl nach 1945 die Medien nach Bekannt werden der Euthanasie- Maßnahmen mit Abscheu und Empörung reagierten, ergab sich großteils eine Ausgrenzung in der gesellschaftlichen Wahrnehmung (vgl. Kepplinger/Marckgott/Reese 2008: 549-552). Am auffälligsten war das Unterlassen im medizinischen Bereich, denn viel TäterInnen des NS- Euthanasieprogramms konnten nach dem Kriegsende ihre berufliche Tätigkeit bruchlos fortsetzen (vgl. ebd.: 549-552; Trus 2003: 155-157). Als gutes Beispiel kann hierfür die Karriere des Psychiaters Dr. Gross erwähnt werden. *„Bis weit in die 80er Jahre zählte er zu den bekanntesten und meistbeschäftigten Psychiatern in Österreich.“*, obwohl er an einer großen Zahl von Tötungen in der Jugendfürsorgeanstalt „Am Spielgrund“ beteiligt gewesen war (Schmidt 1993: 48). Im Weiteren war er *„[...] Jener der Mitverantwortlichen für die menschenunwürdigen Zustände auf dem Steinhof, die ab der Mitte der 70er Jahre zunehmend ins Kreuzfeuer der Kritik gerieten.“* (ebd.: 48). Somit bestanden teils die diskriminierenden und menschenfeindlichen Sichtweisen, in gewissen Bereichen fort (vgl. Trus 2003: 155-157). Großteils wurde unter anderem behauptet, dass der Vernichtungsprozess von Berlin aus gesteuert worden und die leitenden Ärzte aus Deutschland gewesen seien, weshalb man unter Befehlsnotstand gestanden wäre. Daher stand die Justiz vor einem weiteren Problem, denn da die Tötungsprozesse im Falle der Aktion „T4“ als arbeitsteiliger Prozess organisiert gewesen waren, war es schwierig die persönliche Definition der Verantwortung klar darzustellen. Ein weiteres Problem ergab sich, dass die *„[...] leitenden Personen des Tötungsprozesses in der Euthanasieanstalt Hartheim [...]“* zum Beispiel *„[...] zur Zeit des Hartheim/ Niedernhart–Verfahrens, das Ende November 1947 in Linz mit der Hauptverhandlung begann, entweder tot (Lonauer, Wirth, Reichleitner) oder nicht greifbar [...]“* waren (Kepplinger/Marckgott/Reese 2008: 550).

Vielen wurde Jahre später der Prozess in Deutschland gemacht und somit war die Umdeutung der Euthanasiemorde in ein deutsches, nationalsozialistisches Verbrechen ohne engere Verbindung zur österreichischen Gesellschaft längst vollzogen. Daraus resultierend wurde die Rolle der österreichischen Ärzteschaft und der medizinischen

und philosophischen Fakultäten während des NS- Regimes erst in den 1980er Jahren thematisiert.

Des Weiteren bestand gegen Ende der nationalsozialistischen Ära eine lang andauernde Ausgrenzung dieser Bevölkerungsgruppe. Dies manifestierte sich auch in der Aberkennung des Opferstatus (vgl. ebd.: 549-552). „Erst 1995 erhielten sie im Zuge der Novellierung des Opferführsorgegesetzes und mit der Schaffung des Nationalfondsgesetzes diesen Status zuerkannt [...]“ (ebd.: 551-552).

2.3.8 Zur Weiterentwicklung der Geistesbehindertenversorgung nach 1945

2.3.8.1 Ansätze zu einer neuen Entwicklung

Eine strukturelle und inhaltliche Modifizierung der geistigbehinderten, pädagogischen Versorgungsstruktur in Österreich setzte im Vergleich zu internationalen Entwicklungen sehr verspätet ab den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts ein (vgl. Droste 1999: 58-59; Schmidt 1993: 67-70). Denn seit Ende des Krieges wurde auf die traditionellen Versorgungsstrukturen der Vorkriegszeit zurückgegriffen (vgl. Droste 1999: 58-59). Was jedoch nicht unbedingt in allen Bereichen etwas Negatives bedeutete, da wie bereits erwähnt, die Versorgungsstrukturen in einigen Regionen für damalige Maßstäbe ein fortschrittliches Modell inne hatten. Erst im Rahmen der sozial- und bildungspolitischen Veränderung des Wirtschaftsaufschwunges und durch Organisationen wie die Elternorganisation Lebenshilfe, kommend aus Deutschland, oder die Wiener Trägerorganisation „Jugend am Werk“ begannen sich im gesamten Sozialbereich neue Perspektiven abzuzeichnen (vgl. ebd., 59; Schmidt 1993: 67-70).

Schmidt (vgl. 1993: 68-69) nennt hier einige Gründe für die erwähnte Entwicklung: Einerseits handelte es sich um das zunehmende Engagement der Gewerkschaften, die Zunahme der „höheren gebildeten“ Bevölkerungsgruppe und eine daraus resultierende, zunehmende Intellektualisierung von sozialen und pädagogischen Berufen somit eine steigende Tendenz der demokratischen und linken Position in der Bevölkerung (vgl. Schmidt 1993: 67-70). Im Weiteren kam es durch den Einfluss der Studentenbewegungen und des Regierungswechsels im Jahre 1970 zu einer Sensibilisierung, in welcher die Zahl der engagierten und interessierten Menschen für sozial politische Fragen stark anstieg.

2.3.8.2 Psychiatriereform

Ende der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts fand die Psychiatriereform statt. Hierbei ging es um den grundsätzlichen Wandel von einer geschlossenen Psychiatrie zu einer offenen und unter anderem auch darum, dass Menschen mit geistigen Behinderungen schrittweise aus den Anstalten für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ausgegliedert werden. Es wurde versucht, die Betreuung an den Prinzipien der Förderbarkeit, der Integration und der Rehabilitation auszurichten (vgl. Schmidt 1993: 67-76). *„Der wichtigste Anstoß, um die Dinge in Bewegung zu bringen, kam von einer engagierten Initiative kritischer Intellektueller und Betroffener, die sich 1976 in der Arbeitsgemeinschaft Demokratische Psychiatrie Wien zusammengefunden haben.“*(ebd.: 69). Sie klagten vor allem die Zustände des psychiatrischen Krankenhauses der Stadt Wien „Baumgartner Höhe“, im Volksmund „Steinhof“ genannt, an. Es gab jedoch große regionale Unterschiede in der theoretischen Auseinandersetzung mit der Situation von Menschen mit geistigen Behinderungen. Im Allgemeinen ging es darum, dass je nach speziellen Bedürfnissen der PatientInnen verschiedene Konzepte für die Betreuung entwickelt wurden. Da die Betrachtung aller regionalen Entwicklungen den Rahmen dieser Arbeit bei weitem sprengen würde, werde ich hier als Beispiel einen Einblick in die Psychiatriereform in Wien geben (vgl. Schmidt 1993: 67-76).

2.3.8.2.1 Wiener Psychiatriereform

Wie bereits erwähnt konzentrierte sich die Gruppe Demokratische Psychiatrie in erster Linie auf den Steinhof. Man war bemüht, die überfüllte Anstalt mit ihren teilweise menschenunwürdigen Zuständen zu verbessern. Diesbezüglich zu nennen sind die Elektroschocktherapie, die Übergriffe des Pflegepersonals oder andere „Unzulänglichkeiten“. Auf der politischen Ebene wurde gefordert, das langeingefahrene aber zutiefst undemokratische System zu ändern. Denn es war sehr schwierig aus diesen Anstalten wieder entlassen zu werden. Die Gruppe agierte vor allem im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit und der praktischen Agitation (vgl. Schmidt 1993: 67-72).

Ein *„[...]sichtbares Resultat des nun einzusetzenden Umdenkungsprozesses war der am 2. April 1979 vom Wiener Gemeinderat einstimmig beschlossene Zielplan [...]“* (ebd.: 72). In diesem Plan wurden die Grundlagen für die Dezentralisierung des

gesamten psychosozialen Bereiches gelegt. Menschen mit geistigen Behinderungen wurden in neu erbaute Wohnstätten übersiedelt. Durch diese Aktion wurden Menschen mit geistiger Behinderung erstmalig in der jüngeren Geschichte in der Öffentlichkeit als eigenständige Gruppe mit eigenen Bedürfnissen und Problemen angesprochen. Folglich wurde in diesem Zielplan festgehalten, dass jeder Mensch mit einer geistigen Behinderung, unabhängig vom Schweregrad seiner Behinderung, förderbar ist (vgl. ebd.: 67-73).

2.3.9 Neue Entwicklungen nach der Psychiatriereform

Die neuen Schlagworte waren nun Integration und Normalisierungsprinzip. Hierbei muss jedoch immer bedacht werden, dass sich die tatsächliche Umsetzung dieser neuen Prinzipien von Region zu Region unterschied (vgl. Schmidt 1993: 76).

2.3.9.1 Begriff der Integration

Hierbei geht es um eine möglichst uneingeschränkte Partizipation, also um die Teilhabe an den relevanten gesellschaftlichen Bereichen. Dementsprechend werden alle Lebensbereiche und Lebensphasen miteinbezogen. Somit handelte es sich um die Bereiche:

- Lernen und Wissensanwendung
- Allgemeine Anforderungen und Aufgaben
- Kommunikation
- Mobilität
- Selbstversorgung
- Wohnen
- Interpersonale Interaktionen und Beziehungen
- Arbeit
- Freizeit

(vgl. Klauß 2005: 136)

2.3.9.2 Begriff der Normalisierung

„Das Normalisierungsprinzip hat seinen Ursprung in Dänemark, wo der Jurist Bank-Minkelsen 1959 ein neues Fürsorgegesetz formulieren ließ [...]“(Klauß 2005: 128). Dies beinhaltet das Prinzip, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung „ein so normales Leben wie möglich“ führen können. Normalität wird in diesem Zusammenhang als statische Norm, als Anpassung an durchschnittlich vorfindbare Zustände definiert. Folglich sollten die Bemühungen dahin gehen, dass die Lebensbedingungen von Menschen mit einer geistigen Behinderung denen der „Nichtbehinderten“ soweit wie möglich angeglichen werden (vgl. ebd.: 128-129).

2.3.9.3 Wohnreformen

Nachdem die Psychiatriereform in Wien niedergeschrieben worden war, löste sich die Gruppe der Demokratischen Psychiatrie auf und andere Institutionen nahmen ihren Platz ein. *„In Zusammenarbeit mit den Trägerorganisationen „Jugend am Werk“ und „Lebenshilfe Wien“, waren seit dem Ende der 70er Jahre in Wien erste Versuche mit integrierten Wohnmodellen unternommen worden.“* (Schmidt 1993: 77). Diese Versuche bezogen sich auf das Prinzipmodell zum Wohnen geistig behinderter Menschen auf der Grundlage des Normalisierungsprinzips, welches vom Institut für soziales Design mit Orientierung an ausländischen Beispielen konzipiert wurde. Im Weiterem wurde vom Österreichischen Komitee für Sozialarbeit, an dem sich alle maßgeblichen Trägerorganisationen Österreichs und teilweise auch Sozial- und GesundheitspolitikerInnen beteiligten, die Broschüre „Leitbilder zum Wohnen geistig behinderter Menschen“ in Österreich herausgegeben. Diese Leitbilder sind laut Schmidt als die wesentlichen Dokumente der 80er Jahre des 20. Jahrhunderts in der Betreuung für Menschen mit geistiger Behinderung anzusehen (vgl. ebd.: 76-77).

2.3.9.4 Schulreform

Durch die Novelle zum Schulorganisationsgesetz *„[...] SchOG [...] 1988 ist die Möglichkeit der Durchführung von Schulversuchen zum gemeinsamen Unterricht behinderter und nichtbehinderter Kinder geregelt“* (Badelt/ Österle 1993:16). Mit der *„[...]SchOG-Novelle wird ab dem Schuljahr 1993/1994 für alle Kinder in den ersten vier*

Schulstufen die gemeinsame Ausbildung behinderter und nicht behinderter Kindern in das Regelschulwesen übernommen.“ (ebd.: 16). Vorher gab es vor allem nur die Möglichkeit der Sonderschulen (vgl. ebd.: 12-17).

Die Voraussetzung zusätzlicher LehrerInnenstunden sowie Unterricht nach verschiedenen Lehrplänen benötigt einen festgestellten „sonderpädagogischen Förderbedarf“. Diesen hat ein Kind, wenn es infolge einer psychischen oder physischen Behinderung dem Regelschulunterricht nicht ohne spezielle Förderung folgen kann. Jedoch ergab sich immer wieder ein Machtkampf zwischen Integrationsversuchen und Sonderschulen. „1996 wurde [...] die 17. Schulgesetznovelle mit Bestimmung für die Sekundarschule verabschiedet [...]“, welche die Integration in die Pflichtschule ermöglichte, jedoch nicht förderte (Rutte/ Schönwiese 2000: 211). Die Schulgesetze waren und sind ein Appell für kontextsensibles und differenziertes Lernen, jedoch ist nicht gleich ein Garant für Qualität gegeben. Herauszuheben ist, dass diese Veränderungen im Schulbereich wesentlich auf Grund der Initiative von Eltern, LehrerInnen und Medien erreicht wurden (vgl. ebd.: 205-214).

2.3.9.5 Sachwalterschaft

„In Österreich ist [...] im Jahre 1984 ein nach fortschrittlichen Kriterien konzipiertes – und international gewürdigtes – Sachwalterschaftsgesetz in Kraft getreten.“ (Schmidt 1993: 79). Die Intention der Gesetzesgebung lag darin, die Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung im Unterschied zum Entmündigungsgesetz vor allem am Wohl der Betroffenen zu orientieren (vgl. Schmidt 1993: 78-79). Sachwalterschaft an sich bedeutet, dass zur Vertretung von Menschen mit psychischer Erkrankung oder geistiger Behinderung bei Bedarf ein vom Gericht bestellter Sachwalter agiert, welcher stellvertretende Entscheidungen trifft, wobei die betroffenen Personen in das Handeln partizipativ miteinbezogen werden (vgl. Schlaffer 2008: 6). Infolgedessen wurde die Einrichtung einer privatrechtlichen, organisierten Vereinssachwalterschaft vorgesehen. Ab diesem Zeitpunkt waren qualifizierte haupt- und ehrenamtliche SachwalterInnen für die Belange einzelner Menschen mit geistiger Behinderung verantwortlich, so lange kein familiärer/e Angehörige/r diese zu erledigen bereit war oder konnte. Diese Regelung wurde jedoch erst nach längerer Zeit erfolgreich umgesetzt (vgl. Schmidt 1993: 78-79).

2.3.10 Aktuelle gesellschaftspolitische Zugänge der Integration von Menschen mit geistiger Behinderung und rechtliche Grundlagen

Zur Bearbeitung dieses Abschnittes erscheint es mir sehr sinnvoll sich die Ausgangsthesen von Mattner (vgl. 2006: 25) näher anzusehen. Er geht im Zusammenhang von „Struktur und Kultur in Einrichtung“ von zwei Ausgangsthesen aus. Einerseits spricht er davon, dass der um sich greifende Neoliberalismus zur Ökonomisierung der Gesellschaft und dort vor allem zur Ökonomisierung des Sozialen geführt hat. Andererseits geht er resultierend davon aus, dass das Problemfeld der Behinderung sich immer mehr im Spannungsfeld zwischen mühsam errungenen, emanzipatorisch wirksamen Betreuungskonzeptionen und einer am Kosten-Nutzen-Kalkül orientierten Ökonomisierungsdebatte ansiedelt. Diesbezüglich werde ich die zentralsten Punkte im Bereich der aktuellen, gesellschaftspolitischen Zugänge der Integration von Menschen mit geistiger Behinderung darstellen.

2.3.10.1 Gesetzliche Grundlagen

In Österreich liegt nach dem System der Bundesverfassung die Generalkompetenz im Bereich des „Behindertenwesens“ bei den Ländern. Gewisse Angelegenheiten - zum Beispiel Schutzregelungen zu Gunsten von Menschen mit Behinderung - sind der Zuständigkeit des Bundes zugewiesen (vgl. Höfle/Leitner/Stärker 2006: 23).

2.3.10.1.1 Schutzregelungen/Diskriminierungsschutz

Seit den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts wurde sowohl durch die Antidiskriminierungspolitik der Europäischen Union – hier zu nennen wäre zum Beispiel die Nichtdiskriminierungsklausel im EU-Vertrag oder die EU-Gleichstellungs-Rahmenrichtlinien - als auch durch den massiven Druck der österreichischen Behindertenbewegungen sowohl auf Bundes- als auch Länderebene immer wieder gesetzliche Maßnahmen zum Schutz vor Diskriminierung und zur Stärkung der Position von Menschen mit Behinderung gesetzt (vgl. Höfle/Leitner/Stärker 2006: 28-33; Krispl 2007: 237). Hier zu nennen ist das im Jahre 1997 verfasste „[...] Diskriminierungsverbot in Art. 7 [...] BV-G [...]“, in welchem zusammenfassend festgelegt wurde, dass „[...] alle Bürger vor dem Bundesgesetz gleich sind [...]“ und dass „[...] niemand wegen seiner

Behinderung benachteiligt werden darf [...]“ (Höfle/Leitner/Stärker 2006: 25). Im Weiteren anzuführen ist die Verabschiedung des so genannten Behindertengleichstellungspaketes im Jahre 2005, in welchem nach Art. 2 StGG und Art. 7 B-VG der Gleichheitsgrundsatz festlegt, *“[...] dass Gleiches gleich und Ungleiches ungleich zu behandeln ist [...]*“ (Höfle/Leitner/Stärker 2006: 25), (vgl. Krispl 2007: 237; RlSc; RlSd). Bei Ungleiches ungleich zu behandeln ist gemeint, dass man aus unterschiedlichen Ausgangslagen heraus nicht willkürlich dasselbe Ergebnis normieren darf (vgl. Höfle/Leitner/Stärker 2006: 26). Hiermit wurden insbesondere die österreichische Gebärdensprache als eigenständige Sprache verfassungsrechtlich anerkannt und ein Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz, Diskriminierungsschutzrechte für Menschen mit Behinderungen in der Arbeitswelt und eine Anwaltschaft für Gleichbehandlungsfragen geschaffen (vgl. Krispl 2007: 237-238). Dies waren sehr wichtige Elemente im Bereich der Integration und Gleichbehandlung für Menschen mit einer geistigen Behinderung, denn zum Beispiel wurde im berufsbildenden Bereich oft argumentiert, dass keine behinderten Jugendlichen aufgenommen werden können, solange nichtbehinderte Jugendliche keinen Lehrplatz oder Platz in einer weiterführenden Schule finden (vgl. Rutte/Schönwiese 2000: 214-218).

2.3.10.2 Erkennung und lebensbegleitende Förderungen

2.3.10.2.1 Diagnose

Bei der Annahme, dass eine Behinderung vorhanden sein könnte, wird durch einen Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde das Kind auf seinen Entwicklungsstand untersucht. Hierbei gibt es die Angebote fachärztlicher Diagnostik und Beratung, sinnvoller medizinischer Behandlung, psychologischer Betreuung sowie heilpädagogischer Frühförderung und Familienbegleitung. Im Weiteren gibt es noch ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen und Hausfrühförderungen, die jedoch nicht in allen Bereichen den vollständigen Bedarf abdecken. In einem interdisziplinären Team von ÄrztInnen, PsychologInnen, TherapeutInnen, FrühförderInnen und SozialarbeiterInnen werden Sprechtage in den Bezirken, Erziehungsberatung und Sprechtage auf Landesebene durchgeführt. Hierbei geht es in erster Linie um die Herstellung der Kontakte zu TherapeutInnen, Kindergärten und heilpädagogischen

Einrichtungen. Mit den derzeitigen behördlichen Möglichkeiten stehen Beratungs- und Informationsstellen zur Verfügung, es besteht jedoch eine große Lücke im Bereich der Informationsgestaltung (vgl. Oswald/Rützler 2007: 24-25; Primig-Eisner 1997: 10-11; Haider 222-228). Hierbei spricht man von Familienentlastung oder besser gesagt auch von familienentlastenden Diensten. Wichtig sind diesbezüglich finanzielle Förderungen im Bereich der erhöhten Familienbeihilfe, des Landespflegegeldes, eine steuerliche Begünstigung oder einer Pensionsversicherung, wobei Personen, die ein Kind mit Behinderung im selben Haushalt pflegen können sich in der Pensionsversicherung selbst versichern und Beitragsmonate erwerben (vgl. Oswald/ Rützler 2007: 36-40).

2.3.10.2.2 Kindergarten

In den letzten Jahren gab es in Österreich große Bemühungen, Kinder mit Behinderungen in Regelkindergärten zu integrieren. Vor allem wird dies durch Integrationsgruppen, welche viel kleiner als reguläre Gruppen sind und jeweils von zwei KindergärtnerInnen geführt werden, durchgeführt. Somit werden die Kinder mit speziellen Bedürfnissen gefördert und Kinder ohne Behinderung erlernen soziale Kompetenzen durch den Umgang mit Kindern mit Behinderungen.

Die Rahmenbedingungen hierbei sind in den einzelnen Bundesländern verschieden. Sie wurden jedoch teilweise in Novellierungen der Kindergartengesetze im Sinne eines gesetzlichen Anspruches eingearbeitet (vgl. Oswald/Rützler 2007: 35-36).

2.3.10.2.3 Schulsystem

Wie bereits erwähnt besteht seit der Novelle des SchOG im Jahre 1993 die Wahlmöglichkeit zwischen Integrationsklassen, welche gleichzeitig von Kindern mit und ohne Behinderung besucht werden können, einer Klasse mit StützlehrerInnen oder einem sonderpädagogischen Zentrum. Die Entscheidung, in welches Schulsystem das Kind kommt, liegt hier größtenteils in der Entscheidungsmacht der Eltern, als auch an dem regionalen Angebot. In den vergangenen Jahren wurden einige Integrationsklassen und Klassen mit StützlehrerInnen geschaffen. Hierbei erhalten die Kinder weiterhin eine sonderpädagogische Betreuung und nehmen so weit wie möglich am gemeinsamen Unterricht teil. Daraus resultierend geht die Zahl der SchülerInnen in Sonderschulen

kontinuierlich zurück (vgl. Höfle/Leitner/Stärker 2006: 142-158; Oswald/Rützler 2007: 36; Primig-Eisner 1997:12).

Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf, welche eine Integrationsklasse besuchen, werden maximal neun Schuljahre zugestanden und SchülerInnen einer Sonderklasse haben das Recht auf elf Jahre Schulbildung. Im Vergleich dazu können Kinder mit keinem sonderpädagogischen Förderbedarf bis zu fünfzehn Jahre die Schule besuchen. Wichtig im Bereich des Schulrechts zu erwähnen ist die Befreiung wegen Schulunfähigkeit. Hierbei sind es jedoch nur noch medizinische Gründe, die dem Schulbesuch entgegenstehen oder diesen zu einer unzumutbaren Belastung machen würden, welche für eine Schulpflichtbefreiung ausschlaggebend sind (vgl. Höfle/Leitner/Stärker 2006: 142-158; Primig-Eisner 1997:12).

Jedoch gibt es in den einzelnen Bundesländern größere Unterschiede im Handlungsbedarf (vgl. Hofer 2007: 36).

2.3.10.2.4 Berufsorientierung– und Ausbildung

„Das Berufsausbildungsgesetz (BAG) enthält [...]“ in § 8 eine „[...]Sonderregelung um Personen mit Behinderungen [...], einen Ausbildungsabschluss und damit einen Einstieg in das Berufsleben zu erleichtern.“ (Höfle/Leitner/Stärker 2006: 79). In jener Maßnahme für „integrative“ Berufsausbildung sind ein Lehrvertrag über eine längere Lehrzeit und ein Ausbildungsvertrag über eine im Wirtschaftsleben verwertbare Teilqualifikation geregelt. Jedoch besteht kein flächendeckendes Angebot von Möglichkeiten zur Berufsorientierung und Berufsausbildung (vgl. Höfle/Leitner/Stärker 2006: 79-83; Primig-Eisner 1997:15-17, RISE).

2.3.10.2.5 Arbeitsrecht

Die Arbeit an sich hat in unserer Gesellschaft einen sehr großen Stellenwert. Sie dient nicht nur dazu, den Lebensunterhalt zu verdienen, sondern wird oft als ein den Menschen definierendes Merkmal gesehen. Da ein guter Teil der uns zur Verfügung stehenden Zeit am Arbeitsplatz verbracht wird, trägt die Erwerbstätigkeit zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben bei (vgl. Hofer/ Iser 2007: 69-99). Somit ist die berufliche Eingliederung ein wichtiger Aspekt, welcher eine positive Wirkung auf die kulturelle Akzeptanz von Menschen mit geistiger Behinderung hat.

In Bezug auf Arbeitsrecht ist das „[...] *Behindereinstellungsgesetz (BEinstG) das zentrale Rechtsinstitut des Bundes zur beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderung.*“ (Hofer/Iser 2007: 70). Hierbei geht es vor allem um die Aspekte der Beschäftigungspflicht, der Förderung und eines besonderen Kündigungsschutzes. Einer der zentralsten Begriffe in diesem Bereich ist jener des „begünstigten Behinderten“. Dies sind jene Personen, welche vom BEinstG Gebrauch machen können. Jene „begünstigte“ Person wird man mittels eines Antrages beim Bundessozialamt. Voraussetzungen sind hierbei ein Grad der Behinderung von 50 Prozent, welcher aufgrund eines Gutachtens festgesetzt werden muss, wobei beurteilt wird, wie gravierend sich eine Behinderung als Beeinträchtigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auswirkt. Im Weiteren ist die österreichische Staatsbürgerschaft oder die eines Mitgliedsstaates des europäischen Wirtschaftsraumes nötig (vgl. Höfle/Leitner/Stärker 2006: 37-44 Hofer/Iser 2007: 69-99).

Eine wichtige Auswirkung des BEinstG ist der besondere Kündigungsschutz, welcher in Kraft tritt, wenn eine Kündigung durch den Dienstgeber vorgenommen wird. Es darf erst eine Kündigung durch Zustimmung des Behindertenausschusses ausgesprochen werden und die einzuhaltende Kündigungsfrist beträgt vier Wochen (vgl. Höfle/Leitner/Stärker 2006: 63-66; RISf). Eine weitere wichtige Regelung des BEinstG ist die Beschäftigungspflicht, welche besagt, dass sämtliche „[...] Arbeitgeber, die in Österreich mehr als 24 Arbeitnehmer beschäftigen [...]“ verpflichtet sind „[...] zu 4% ihrer Belegschaft begünstigte Behinderte einzustellen.“ (Hofer/Iser 2007: 79). Hierbei gibt es einige Anreize wie die Doppelanrechnung wobei ein/e „begünstigte/r Behinderte/r“ doppelt gerechnet wird, wenn der Grad der Behinderung über 70 Prozent beträgt oder die Person über 50 Jahre alt ist. Weiters gibt es eine Prämie von 209 € pro Monat für jede/n „begünstigte/n Behinderte/n“, welche/r als Lehrling ausgebildet wird. Entspricht der/die ArbeitgeberIn nicht der Verpflichtung, muss eine Ausgleichstaxe gezahlt werden (209€ pro Monat im Jahr 2007) (vgl. Hofer/Iser 2007: 69-99).

Eine weitere Möglichkeit sind geschützte Werkstätten. Jene sind „[...] Betriebe in Form von gemeinnützigen GmbHs, die eine Summe von „geschützten Arbeitsplätzen“ darstellen und deren Betrieb durch das Behinderteneinstellungsgesetz geregelt ist.“ (Primig-Eisner 1997: 16). Kritisch sei in diesem Bereich angemerkt, dass laut Volker Rutte und Volker Schönwiese (vgl. 2000: 214-219) Arbeitsleistungen oft unter dem Stichwort „Beschäftigungstherapie“ erbracht werden, welche jedoch nur mit

Taschengeld entschädigt werden. Somit existiert auch oft kein Arbeitsvertrag mit inkludierten Absicherungen.

2.3.10.2.6 Wohnformen

Ein sehr großer Teil von Menschen mit geistiger Behinderung in Österreich lebt in der eigenen Familie. Im Sinne der „Normalisierung“ wäre es jedoch sinnvoll eine zeitgerechte Loslösung vom Elternhaus anzustreben (vgl. Primig-Eisner 1997: 18-19). Johann Tausch und Johann Wagner (vgl. 2007: 159) sehen die Grundbedürfnisse des Wohnens im Streben nach Sicherheit, in der Suche nach einem räumlichen Rahmen, der die Möglichkeit der Selbstverwirklichung bietet, den Wunsch nach Selbstdarstellung beinhaltet und somit die Demonstration von sozialem Status symbolisiert.

Auch im Bereich der Wohnformen liegt das Bestreben darin, Menschen mit einer geistigen Behinderung so gut wie möglich in die gesellschaftlichen Bereiche zu integrieren. Hierbei liegen die Bemühungen im Bereich von differenzierten, gemeinwesenorientierten Wohnmöglichkeiten, wie betreuten Wohnformen etwa in Wohngemeinschaften (vgl. Primig- Eisner 1997: 18-19). Jedoch sind die Angebote zur Ablösung in den Bereichen Wohnen und Arbeit noch viel zu gering ausgebaut. Somit ist laut Rutte und Schönwiese (vgl. 2000: 214-218) die Lebenssituation von Menschen mit geistiger Behinderung in Österreich durch eine extreme Bindung an die Herkunftsfamilie gekennzeichnet.

2.3.10.2.7 Qualitätssicherung

In Bezugnahme auf meine Einleitung in dieser Thematik habe ich von einer Ökonomisierung des Sozialen gesprochen, denn der um sich greifende Neoliberalismus hat laut Dieter Mattner (vgl. 2006: 25-38) zu einer Ökonomisierung der Gesellschaft und insbesondere zur Ökonomisierung des Sozialen geführt. Daraus resultierend geht es heute im Weiteren auch um Leitbegriffe wie Qualität, Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement, Effizienz, Rentabilität und Marktorientierung (vgl. Dederich 2001: 172-175; Mattner 2006: 25-38). Die professionelle Behindertenhilfe hat sich in diesem Zusammenhang zu einer personenbezogenen Dienstleistung entwickelt, welche zunehmend unter starken wirtschaftlichen Druck steht. Dies bedeutet für die Betreuungsarbeit zunehmende Verwaltungslogistik, die Forderung nach

objektivierbaren Qualitätsstandards und Kostenkalkulationen mit Einsparungstendenzen. Somit könnten die Inhalte einer dialogischen Beziehungsarbeit wie Vertrauen oder Selbstbestimmung zu nicht objektivierbaren Nebensachen werden. Dem gegenwirken zu können spricht Mattner von einer auf das Mensch-Sein verpflichtenden Sozial-Ethik, die die menschliche Existenz in all ihren möglichen Sichtweisen verantwortlich umfasst. Er spricht in diesem Zusammenhang von einem Kulturbegriff, der eine Ethik impliziert, die die Würde aller Menschen gleichermaßen berücksichtigt. Denn er begreift Kultur in Bezugnahme auf Kant als eine normative Größe, welche über eine bloße zivilisatorische Errungenschaft hinaus wesentlich als verbindendes Moment von Menschenwürde zu begreifen ist (vgl. Mattner 2006: 25-38).

2.3.11 Zusammenfassung

In Bezugnahme auf die Beantwortung meiner Forschungsfrage: „**Wie weit existiert in der österreichischen Gesellschaft kulturelle Akzeptanz gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung?**“ werde ich - inkludierend die historische Diskursanalyse - alle wichtigen geschichtlichen Ereignisse, Werte und Normen, soweit es den Quellen entsprechend möglich ist und einer damit daraus größtenteils resultierenden sozialen Reaktion, einen punktuellen Überblick erstellen, in welchem ich die genannten Ereignisse mit den Akzeptanztypen vergleiche, um bewerten zu können, wie weit in jeder Zeitepoche kulturelle Akzeptanz vorhanden war und ist. So gesehen handelt es sich hier nicht um eine differenzierte Betrachtung, sondern nur um den Versuch einen Überblick zu geben. Somit sollten die Ergebnisse über die individuellen Einstellungen und die damit verbundenen persönlichen und sozialen Reaktionen einzelnen Personen nicht übergestülpt werden. Wie bereits erwähnt, beeinflussen mehrere Faktoren, wie zum Beispiel Persönlichkeitsmerkmale oder der Grad der Behinderung, dieses Bild.

1) Beginnendes 19. Jahrhundert

- Emotionale Zuwendung

Es handelte sich größtenteils um ein familiäres Fürsorgesystem, welches - wenn nicht vorhanden - durch die Heimatgemeinde übernommen wurde. Im Weiteren gab es jedoch Anstalten, in welche jene Menschen mit geistiger Behinderung untergebracht wurden, denen die Diagnose „tobende Irren“ zugeordnet wurde, also jene, die sich nicht dem soziokulturellen Wertesystem entsprechend verhalten haben. Somit kann in diesem Punkt nur grob ausgesagt werden, dass jene Personen mit einer geistigen Behinderung, welche sich entsprechend den Erwartungen verhalten haben, eine anzunehmende kontextsensible Fürsorge erhalten haben. Die in „Irrenhäusern“ Unterbrachten wurden wie Gefangene eingesperrt und somit fungierte hier eine korrelierende Missachtungsform von Isolation und zunehmender Gewalterfahrung.

- Rechtliche Anerkennung

Die Basis hierbei bildete die Sozialpolitik, wobei jedoch kaum Strukturen eines funktionierenden, sozialen Fürsorgesystems vorhanden waren. Über rechtliche Partizipation auf Seiten der Personen mit einer geistigen Behinderung kann meines Erachtens kaum die Rede sein, da zu jener Zeit eine monarchische Autorität herrschte, welche kaum von einer Gerechtigkeitsethik ausging.

- Solidarische Zustimmung

Im Bereich der familiären Fürsorge gibt es hierzu keine Informationen. Im Bereich der Anstalten wurden die „tobenden Irren“ zusammen mit Verbrechern, Vagabunden, Prostituierten usw. in Zucht- oder Tollhäuser gesperrt. Einige „Arbeitsfähige“ wurden zu landwirtschaftlichen Arbeiten herangezogen und größtenteils ausgebeutet. Anzunehmen ist hier, dass es sich um eine kollektive Missachtung jener Personen gehandelt hat, welche sich in Herabstufung sozialer Wertschätzung zeigte.

Zum beginnenden 19. Jahrhundert ist anzunehmen, dass kaum solidarische Zustimmung oder rechtliche Anerkennung vorhanden waren. Im Bezug auf die emotionale Zuwendung kann nur von Annahmen gesprochen werden. Diesbezüglich würde ich in jener Zeitepoche von kultureller Nichtakzeptanz sprechen.

2) Zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts

- Emotionale Zuwendung

Bei den Strukturen des Fürsorgesystems gab es kaum Veränderungen. Jedoch kam es gegen Ende des 19. Jahrhunderts verstärkt zu Anstaltsgründungen, welche bald total überfüllt und überfordert waren. Somit ist anzunehmen, dass kaum noch kontextsensible Fürsorge vorhanden war und die korrelierenden Missachtungsformen von Isolation und zunehmenden Gewalterfahrungen verstärkter vorkamen.

- Rechtliche Anerkennung

1863 wurde das „Heimatgesetz“ ins Leben gerufen, welches die staatliche Fürsorge regelte, wenn die familiäre Versorgung wegfiel. Durch die ansteigende Liberalisierung im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts kam es jedoch in fast allen Bereichen des sozialen Fürsorgesystems zur Übernahme durch private Organisationen. Daraus resultierend kam es zu einer „Privatisierung“ und der Staat zog sich immer mehr aus der „sozialen“ Verantwortung zurück. Somit kann bei den korrelierenden Missachtungsformen nicht von einer Entrechtung gesprochen werden, sondern mehr von einer Ausschließung in vielen Bereichen, die die soziale Fürsorge betrafen.

- Solidarische Zustimmung

Im Bereich der solidarischen Zustimmung entstand durch die zunehmende Industrialisierung und damit einhergehende Spezialisierung am Arbeitsmarkt eine Ausgrenzung von Menschen mit geistiger Behinderung am Produktionsprozess. Daraus resultierend wurden diese Menschen vom Großteil der Bevölkerung aufgrund ihrer anscheinenden Unproduktivität und Disziplinlosigkeit als Störfaktoren empfunden. Sie erfuhren größtenteils eine negative Wertschätzung, da sie an den kulturell definierten Werten kaum mitwirken konnten. Im Weiteren erfuhr der entscheidende Akzeptanzfaktor, welcher davon spricht, dass das Individuum ohne kollektive Abstufung die Chance erlangt, sich durch eigene Fähigkeiten und Leistungen als wertvoll in der Gemeinschaft zu empfinden, eine besondere Abwertung, durch das immer mehr aufkommende Gedankengut, des sozialdarwinistischen und eugenischen Lagers, welches zu jener Zeit schon von einem „erbranken“ Erbgut und somit „unwertem Leben“ ausging. Ursachen von Krankheiten oder Behinderungen wurden oftmals individualisiert und mögliche sozial bedingte Ursachen wurden ignoriert. Infolgedessen wurden die Personen, welche an einer Krankheit oder Behinderung litten, selbst dafür

verantwortlich gemacht oder besser gesagt ihr „unreines“ Erbgut. Es kam hier schon zu einer verstärkten Herabstufung sozialer Wertschätzung.

In dieser Epoche kann deutlich eine langsam zunehmende, negativere Bewertung und soziale Reaktion auf Menschen mit geistiger Behinderung festgestellt werden. Anzunehmen ist, dass durch das verstärkt aufkommende eugenische und sozialdarwinistische Gedankengut die korrelierenden Missachtungsformen immer größer wurden. Somit kann auch hier von einer von mir interpretierten kulturellen Nichtakzeptanz gesprochen werden.

3) Erstes Drittel des 20. Jahrhunderts

- Emotionale Zuwendung

Anfänglich wurden in diesem Zeitraum noch einige positive Veränderungen im Bereich der Geistigbehindertenpädagogik vorgenommen, welche unter anderem auf Bildungsmöglichkeiten für Menschen mit einer leichteren, geistigen Behinderung abzielten. Der Verlauf des ersten Weltkrieges führte jedoch dazu, dass durch den ansteigenden Bedarf an Lazareträumen die InsassInnen von Anstalten auf engsten Raum zusammengepfercht und Menschen mit einer geistigen Behinderung im Hygiene- und Ernährungsbedarf auf die unterste Stufe abgestuft wurden. Somit kann kaum noch von emotionaler Zuwendung oder tragfähigen Beziehungen gesprochen werden.

- Rechtliche Anerkennung

Durch den Ausbruch der Weltwirtschaftskrise verschärfte sich die sozialpolitische Situation des Landes und führte großteils zu einer Verelendung der Gesellschaft. Somit waren auf staatlicher Seite kaum noch Bemühungen oder Ressourcen vorhanden, welche eine universalistische, von Gleichheit ausgehende Gerechtigkeitsethik förderte.

- Solidarische Zustimmung

Durch das zu jener Zeit immer stärker werdende eugenische und sozialdarwinistische Gedankengut wurde die Versorgung von so genannten „Minderwertigen“ aufgrund der knappen Ressourcen in der Zwischenkriegszeit in Frage gestellt. In vielen wissenschaftlichen Disziplinen erschienen immer mehr Schriften, in welchen Kosten-Nutzen-Rechnungen vom „vollkommenen, unwerten Leben“ angestellt und Ideen dargestellt wurden, in welchen es darum ging, dass „lebensunwertes“ Leben geopfert werden muss, um „Lebenswertes“ zu erhalten. Hierbei wurden auf ideologischer Seite

jegliche Akzeptanzfaktoren negiert und jeglichen „unwerten“ Lebensformen theoretisch das Recht auf Leben aberkannt.

In jener Zeit wurden die theoretischen Grundsteine für den Ausschluss von Menschen, welche den Normen und Werten jener Zeit nicht entsprachen, gelegt. Die korrelierenden Missachtungsformen, wie Isolation, Ausschließung und Nichtanerkennung wurden immer größer.

4) Die Nationalsozialistische Euthanasie zwischen 1938 und 1945

Zur Zeit des Nationalsozialismus befand sich Österreich in der Macht eines totalitären Systems, wobei alle drei Bereiche der Akzeptanztypen auf staatlicher Seite zum großen Teil nur noch aus korrelierenden Missachtungsformen bestanden. Um einige zu nennen:

- Beschlagnahme der Wohlfahrtspflege in Österreich, welche zu Gunsten staatlicher Institutionen enteignet wurde
- Sterilisationsaktionen
- Kindereuthanasie
- Aktion „T4“
- „Wilde Euthanasie“
- Aktion „14f13“

Somit wird meines Erachtens klar ersichtlich, dass es nicht wirklich sinnvoll ist, diese Zeitepoche auf die drei Akzeptanztypen hin zu analysieren.

Zusammenfassend ist zu erwähnen, dass dem herrschenden eugenischen und sozialdarwinistischen Gedankengut gemäß das staatliche Agieren auf eine „Vernichtung von unwertem Leben“ abzielte und es zu keiner Berücksichtigung auf emotionale Zuwendung, rechtliche Anerkennung oder solidarische Zustimmung kam. Hierbei muss jedoch erwähnt werden, dass diese Aussagen nicht auf das individuelle Handeln und die Einstellungen der Bevölkerung lebend in Österreich übergestülpt werden dürfe. Ich spreche hier von einem historisch gewachsenen Bedeutungssystem, welches sich zum Beispiel im politischen Agieren manifestiert, jedoch darf dies nicht gleichermaßen auf jede einzelne Person, lebend in diesem System subsumiert werden.

5) Weiterentwicklung der Geistesbehindertenversorgung nach 1945

- Emotionale Zuwendung

Ab den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts kam es zu strukturellen und inhaltlichen Veränderungen in der Versorgungsstruktur von Menschen mit geistiger Behinderung. Dies entwickelte sich vor allem durch sozial- und bildungspolitische Veränderungen und durch Organisationen wie die Elternorganisation „Lebenshilfe“. Zuvor wurde auf die vorherigen Versorgungsstrukturen der Vorkriegszeit zurückgegriffen.

In der Betreuung wurden nun theoretische Grundkonzepte ausgearbeitet, in welchen es um Förderbarkeit und Integration, einer möglichst uneingeschränkte Partizipation in allen gesellschaftlichen Bereichen und differenzierte Betreuungskonzepte ging. In Bezugnahme auf differenzierte Fürsorgekonzepte sind die Wohnreformen Ende der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts zu nennen. Es wurde durch die Zusammenarbeit einiger Trägerorganisationen versucht, integrierte Wohnmodelle, welche es den Personen ermöglichen sollte, ein „so normales“ Leben wie möglich zu gestalten, zu erstellen. Diese Pläne wurden immer mehr in reale Baupläne umgesetzt. In diesen erwähnten Theorien und Konzepten wird eine kontextsensible und differenzierte Ethik der Fürsorge zu Hause oder in Heimen gut ersichtlich und daraus resultierend kann hier strukturell und theoretisch von einer funktionierenden, emotionale Zuwendung gesprochen werden.

- Rechtliche Anerkennung

Im Zuge der Psychiatriereform wurde auf der politischen Ebene agiert, das zutiefst undemokratische System, welches lange in der Psychiatrie geherrscht hatte, zu ändern. Denn es war sehr schwierig, wieder aus der Psychiatrie entlassen zu werden. Die Bemühungen gingen auch dahin, Menschen mit geistiger Behinderung aus der Psychiatrie auszugliedern und sie in spezielle Wohnformen „umzusiedeln“. Durch die Psychiatriereform wurden viele Konzepte wie die Integration und Normalisierung entwickelt. Es ging nun darum, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung möglichst uneingeschränkt am gesellschaftlichen Leben teilhaben können, dass sie sich somit in allen Bereichen (Ausbildung, Wohnen, rechtliche Grundlagen) ein „so normales Leben“ wie möglich gestalten können. Das Ziel war ein barrierefreies Leben. Ein wichtiger Aspekt bei der rechtlichen Anerkennung war das im Jahre 1984 in Kraft tretende Sachwalterschaftsregelung. Hierbei ging es um die Ermöglichung einer rechtlichen Vertretung von Menschen mit einer geistigen Behinderung, wobei sehr

darauf geachtet wurde, betroffene Personen in das Handeln partizipativ miteinzubeziehen. Es geht sozusagen immer um die Orientierung am Wohl des/der Betroffenen. Infolgedessen kann hier von einem Versuch in Richtung einer universalistischen und von Gleichheit ausgehenden Gerechtigkeitsethik gesprochen werden, welche sich im sozialpolitischen Agieren widerspiegelt.

- Solidarische Zustimmung

Auch hierbei sind die neuen Schlagwörter, welche in der Psychiatriereform entwickelt worden, nämlich Integration und Normalisierungsprinzip, hervorzuheben. Es handelt sich eben um die sozialen Wertschätzungen, von dem Versuch die Lebensbedingungen von Menschen mit einer geistigen Behinderung so zugestalten, dass sie an jene, von den „anderen“ angeglichen werden können, eben um die größtmöglichen Partizipationsmöglichkeiten, wie zum Beispiel, zu jener Zeit entwickelten Konzepte von Integrationsklassen zu ermöglichen. Es wurden eben Versuche ins Leben gerufen, dass das Individuum keine kollektive Abstufung erfährt, um sich als vollwertiges Mitglied der Gesellschaft zu fühlen.

Durch die Psychiatriereform entstanden theoretische Konzepte, welche um emotionale Zuwendung, rechtliche Anerkennung und solidarische Zuwendung bemüht waren. Vor allem durch eine sozial- und bildungspolitische Veränderung und durch Organisationen wie die Elternorganisation „Lebenshilfe“ oder „Jugend am Werk“, einer aus Wien kommenden Trägerorganisation, wurde versucht diese Ideen in die praktischen Lebensbereiche zu adaptieren. In den einzelnen Bundesländern gibt es große Unterschiede in den Bemühungen und praktischen Umsetzungen. Im Weiteren möchte ich noch einmal darauf hinweisen, dass viele ideologische Konstrukte und Gesetzesänderungen, welche einen Appell für Integrationsversuche und Normalisierungsgedanken darstellen, keine Garantie für die tatsächliche Umsetzung sind.

Grundsätzlich kann somit im Theoretischen von einer kulturellen Akzeptanz gesprochen werden, wie es jedoch in der Praxis für jeden/jede Einzelne/n war und ist, kann erst im späteren Teil meiner Studie erörtert werden.

6) Aktuelle gesellschaftspolitische und soziale Zugänge

Im Hinblick auf die aktuellen gesellschaftspolitischen Zugänge der Integration von Menschen mit geistiger Behinderung und deren rechtliche Grundlagen erkennt man die theoretischen Grundkonzepte von Empowerment, Selbständigkeit, Normalisierung und selbstbestimmtem Leben. Somit geht es hierbei um die Themen von Forderungen des Normalisierungsgedanken, der integrativen Pädagogik oder den damit verbundenen Betreuungsintentionen und alternativen Wohnformen (vgl. Mattner 2006: 25-38).

Durch eine erforderliche in Bezugnahme dieser Zeit mit meinen erhobenen Daten, werde ich erst später diese in Bezug mit den drei intersubjektiven Akzeptanztypen setzen.

(vgl. Badelt/Österle 1993; Brüne/Payk 2004; Droste 1999; Hoefle/Leitner/Stärker 2006; Huber/Schröckenfuchs 2001; Jambor/Litschauer 1970; Kepplinger/Marckgott/ Reese 2008; Kienle 1982; Kinder/Hilgemann 1996; Klauß 2005; Leininger 2006; Neugebauer 1997, Rutte/Schönwiese 2000; Schlaffer 2008; Schmidt 1993; Schmuhl 1992; Solarová 1983; Trus 2004).

3 EMPIRISCHER TEIL

3.1 Wahrnehmung von kultureller Akzeptanz von „Betroffenen“ und Menschen dieses Arbeitsbereiches

3.1.1 Einleitende Gedanken

Es geht im zentralen Anliegen der kultur- und sozialanthropologischen Arbeit um die Begegnung mit dem „Fremden“. Dementsprechend wurde Kultur- und Sozialanthropologie „at home“ als Verlegenheitslösung laut Messerschmidt (siehe vgl. Wolber 1997: 33) bezeichnet. Jedoch könnte es auch als bewusste Entscheidung, das scheinbar Unbekannte, Befremdliche und Fremde in der eigenen Kultur aufdecken zu wollen, gesehen werden (vgl. ebd.: 33). Auch die Erfahrungen, welche ich als Begleitperson eines Ferienlagers für Menschen mit geistiger Behinderung in Österreich sammelte, machten mich auf diese Thematik aufmerksam. Folglich kritisch gegenüber der sozialen Interaktion mit Menschen mit geistiger Behinderung und der von mir wahrgenommen sozialen Reaktion auf diese Personengruppe, erschien es mir wichtig, jegliche kulturelle Dimension diesbezüglich aufzudecken und zu erforschen.

3.1.2 Sample

Die Interviews führte ich im Großraum Linz und Umgebung von Juli bis September 2008 mit insgesamt elf Personen durch.

Drei Personen kommen hierbei aus dem Betreuungs- und Bildungsbereich (eine Sonderkindergärtnerin, eine Behindertenpädagogin, eine Sonderschullehrerin mit Zusatzausbildung im Montessoribereich), zwei Elternpaare, welche jeweils ein Kind mit geistiger Behinderung haben, zwei Frauen, die jeweils ein Geschwister mit einer geistigen Behinderung haben und zwei Personen die selbst eine geistige Behinderung haben.

Die Kontaktaufnahme gestaltete sich für mich einfach, da ich vor allem durch Drittpersonen, die mich persönlich kannten, an die InterviewpartnerInnen „vermittelt“ wurde. Dass es sich bei meiner Studie keinesfalls um eine „homogene“ Gruppe handelt, war mir von Anfang an bewusst und gezielt so gewählt um einen differenzierten Einblick in dieses Thema zu bekommen. Im Rahmen einer Diplomarbeit ist es kaum möglich eine repräsentative Darstellung über „ die kulturelle Akzeptanz/ Nichtakzeptanz gegenüber Menschen mit einer geistigen Behinderung lebend in Österreich“ zu erarbeiten. Folglich versuche ich einen Einblick in die soziale Wirklichkeit dieser Thematik zu geben. Ich verwendete in meiner Studie ausschließlich qualitative Arbeitsmethoden, somit führte ich jeweils drei unterschiedliche halbstrukturierte Leitfaden- Interviews durch und wertete sie anhand der Analysemethode „Grounded Theory“ aus.

3.1.3 Darstellung der verwendeten Methoden

3.1.3.1 Empirische Sozialforschung

Wie bereits darauf hingewiesen, verwendete ich in meiner Studie Methoden der qualitativen Sozialforschung, da es mir darum ging die Zusammenhänge und inneren Strukturen, vor allem aus Sicht der jeweils Betroffenen, zu erkennen (vgl. Lamnek, 1995: 3-6). Denn mit Hilfe qualitativer Methoden, lassen sich Typizität und Mechanismen der gesellschaftlichen Konstruktion der „Wirklichkeit“ herausarbeiten (vgl. Flick et al. 1991: 3-4). Es handelt sich bei qualitativen Forschungsmethoden, „[...] um den Versuch eines vorrangig deutenden und Sinn verstehenden Zugangs zur der

interaktiv „hergestellten“ und in sprachlich wie nicht- sprachlichen Symbolen repräsentiert gedachten sozialen Wirklichkeit.“ (ebd.: 4). Die soziale Wirklichkeit, kann zureichend nur sichtbar, durch Kommunikation und Interaktion als ein von Menschen konstituiertes Gebilde, begriffen werden. Herausheben möchte ich noch, dass man bei Forschungen und Studien nie von einer „reinen“ Objektivität ausgehen kann. Denn laut Nadig, welche als eine der ersten ForscherInnen die Objektivität bei Forschungsprozessen in Frage stellte, handelt es sich bei Forschungsprozessen um menschliche Verhältnisse, welche somit nicht als objektiv gedeutet werden können (vgl. Nadig 1986). Im Weiteren handelt es sich ja um ethnologische Beschreibungen, die somit einer spezifischen Deutung unterlegen sind. Daher sind sie Teil eines fortschreitenden Systems wissenschaftlicher Untersuchungen und implizieren somit immer eine Interpretation der jeweiligen Bedeutungssysteme (vgl. Geertz 1983: 20-25). Oder wie es Russel Bernard formuliert hat: “The idea of truly objective has long been understood to be a delusion. “ (vgl. Bernard 1995: 3). In meiner Studie geht es mir insbesondere darum, wie “geistige Behinderung” in tagtäglichen Interaktionen wahrgenommen und konstruiert wird (vgl. Ingstad/Whyte 1995: 25).

3.1.3.1.1 Teilstrukturierte Interviews

Um meine GesprächspartnerInnen zum langen und offenen Erzählen zu motivieren, habe ich teilstandardisierte Interviews gewählt, wobei ich immer darauf geachtet habe, den InterviewpartnerInnen die größtmögliche Freiheit in der Gestaltung der Fragenbeantwortung zu geben. Im Weiteren habe ich bei jedem Interview, vor allem in jenen mit den Familienangehörigen und mit Personen mit einer geistigen Behinderung, des Öfteren erwähnt, dass jene Fragen, die unangenehm sind, auf keinen Fall beantwortet werden müssen. (vgl. Flick et al. 1991: 3-4).

Bei meinen Leitfäden, habe ich jedoch nicht mit direkten, ausformulierten Fragestellungen gearbeitet, sondern mit so genannten „Themenvorgaben“. Die Themenblockzetteln, habe ich jedem/ jeder Interviewtem/n vor dem Gespräch gegeben, um in einem gewissen Themengebiet zu bleiben. Bei Bedarf habe ich jedoch im Gespräch die Fragen ausformuliert. Wichtige Aspekte, die im Gespräch nicht vorgekommen sind, wurden von mir am Ende erfragt.

Um von den unterschiedlichen „Personengruppen“ differenzierte Einblicke zu bekommen, habe ich drei unterschiedliche Leitfäden, für die Befragten erstellt.

3.1.3.1.1 Leitfaden für Familienangehörige

- Persönliche Daten
- Persönliche Erfahrung → Kind mit Beeinträchtigung
- Reaktionen von Familie und Freunden
- Soziale Reaktionen der Gesellschaft im Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung → positive + negative Ereignisse/ Erfahrungen
- Staat → Unterstützungen/Hindernisse
 - Einschulung
 - Arbeitsmöglichkeiten
 - Institutionen
- Kulturelle Akzeptanz/Nichtakzeptanz → persönliche Meinung

3.1.3.1.2 Leitfaden für Betreuungspersonal

- Persönliche Daten
- Persönlicher Beweggrund um in diesem Bereich zu arbeiten
- Reaktionen der Gesellschaft auf diesen Beruf
- Kontakte mit der Gesellschaft → positive und negative Ereignisse
- Staat: rechtliche Lage → Unterstützungen/Hindernisse
- Kulturelle Akzeptanz/Nichtakzeptanz → persönliche Meinung

3.1.3.1.1.3 Leitfaden für die Befragten mit einer geistigen Behinderung

- Persönliche Daten:
Geburtsdatum, Kindergarten, Schule, Berufsausbildung, Arbeit/ Tätigkeit,
Wohnbereich, Freizeitgestaltung, ...
- Persönliche Erfahrungen in der Schule, Ausbildung, mit anderen Personen →
Reaktion von Gesellschaft
- Staat: Unterstützungen/ Hindernisse
- Fühlst du dich von der Gesellschaft akzeptiert/ anerkannt, als vollwertige Person
angenommen?

Zur Veranschaulichung wurde der Leitfaden für Menschen mit einer geistigen Behinderung sehr verkürzt dargestellt. Da die Anforderungen einer offenen Befragung im Hinblick auf die Aspekte Kognition und Sprache im Vergleich zu anderen Befragungen relativ gesehen höher sind, bedurfte es hier einem stärkeren, strukturierteren Vorgehen (vgl. Dworschak 2004: 186-187). Fortführend habe ich immer wieder anschauliche Zwischenfragen gestellt, um den Gesprächsfluss zu erhalten. Außerdem war es nicht nötig, Begriffe wie Integrationsklasse oder Sachwalterschaft näher zu erklären, da die Befragten die Bedeutung genau kannten. Diesen Sachverhalt konnte ich jedoch im Vorfeld abklären, da ich die Beteiligten vor der Befragung bereits seit einer längeren Zeit persönlich kannte.

3.1.3.1.2 Textanalyse: Grounded Theory

„Die Darstellung und Auswertung qualitativer Beiträge sieht sich mit der Anforderung konfrontiert zugrunde liegende Strukturen zu erfassen und zu rekonstruieren, denn auch qualitative Sozialforschung zielt auf verallgemeinerungsfähige Aussagen ab, möchte dabei aber die Originalität der Einzelbeiträge nach Möglichkeit erhalten.“ (Lamnek 1995: 197). Hierzu benötigt man zur Auswertung methodologische Grundlagen (vgl. ebd.: 198). Somit verwende ich zu meiner Auswertung die Grounded Theory, welche in den 60er Jahren von Anselm Strauss und Barney Glaser entwickelt wurde. Es handelt sich hierbei um eine sozialwissenschaftliche Methodenlehre, welche

sich durch eine systematische Erhebung und Analysierung von Daten auf das untersuchte Phänomen bezieht. Diese Theorie geht davon aus, dass am Anfang nicht eine Theorie stehen sollte, welche zu beweisen gilt, sondern es geht viel mehr um einen Untersuchungsbereich, bei welchen sich erst während der Forschungsprozesse herausstellt, welche Inhalte von Relevanz sind. Nach der Datenerhebung wird zuerst eine Analyse durchgeführt, um Indikatoren für Konzepte zu finden und um Konzepte in Kategorien zu dimensionieren (vgl. Meyer et al. 1998: 93-95). Hierbei handelt es sich um einen offenen Kodierungsprozess, bei welchem die Phänomene benannt und kategorisiert werden. Dies ist ein vortlaufender Prozess bei welchem hauptsächlich durch das Stellen von Fragen und das Vergleichen von Ähnlichkeiten und Unterschiedlichkeiten ein Resultat erreicht wird. Nun werden mittels eines pragmatischen Modells, Subkategorien mit Kategorien in Verbindung gebracht. In dieser Phase des Forschungsprozesses wird vom axialen Kodieren gesprochen. Die Verbindungen werden anhand eines Satzes von Beziehungen auf die ursächlichen Bedingungen, Phänomene, Kontext, Handlungs- und Interaktionsstrategien, Konsequenzen und intervenierende Bedingungen gebracht. Dies ermöglicht, dass die Daten in ihrer komplexen Form in Beziehung zueinander gebracht werden können. Damit man mein Agieren in der Datenanalyse nachvollziehen kann, werde ich kurz die unterschiedlichen Sätze von Kategorien im pragmatischen Modell näher erklären.

3.1.3.1.2.1 Das pragmatische Modell

Phänomen

Hierbei handelt es sich um die zentrale Idee oder ein Ereignis, auf welches eine Reihe von Handlungen gerichtet ist. Identifiziert wird das Phänomen durch Fragen wie: „Worauf verweisen die Daten?“ oder „Worum dreht es sich eigentlich?“

Ursächliche Bedingungen

Hier wird auf Vorfälle, Ereignisse und Umstände, welche zum Phänomen führen, verwiesen. Es handelt sich um spezifische Eigenschaften des Phänomens. Ursächliche Bedingungen werden durch Wörter angedeutet wie: wenn, während, da weil, da ja, weil wegen, infolge.

Intervenierende Bedingungen

Dies sind breitere und allgemeine Bedingungen, welche auf Handlungs- und interaktionale Strategien einwirken. Sie beinhalten: Kultur, Raum, Zeit, sozialökonomischen Status, technologischen Status, Karriere, Geschichte und individuelle Biographie.

Kontext

Ein Kontext ist eine spezifische Eigenschaft des Phänomens. Sozusagen der Rahmen oder auch der Satz von Bedingungen, in dessen die Handlungs- und Interaktionsstrategien stattfinden.

Handlungs- und Interaktionsstrategien

Hier wird auf das Selbst des Handelnden/der Handelnden, wie auch auf andere Interaktionen Bezug genommen. Die Handlungen und Interaktionen selbst sind prozessual, zweckgerichtet und zielorientiert oder auch ausbleibend.

Konsequenzen

Sind resultierende Folgen aus Handlungen, welche zu einem späteren Zeitpunkt wiederum Bedingungen für weitere Handlungen und Interaktionen aber auch Phänomene sein können.

Nach der Kodierung des Interviews, werden alle Aspekte mit dem Phänomen in Beziehung gesetzt.

Ziel der „Grounded Theory“ besteht darin, eine konzeptuelle, dichte Theorie anzustreben, welche Spezifität besitzt und genug theoretische Variationen beinhaltet um theoretisch fähig zu sein, flexibel auf alle Bereiche im Forschungsprozess eingehen zu können (vgl. Corbin/ Strauss 1996: 43-93).

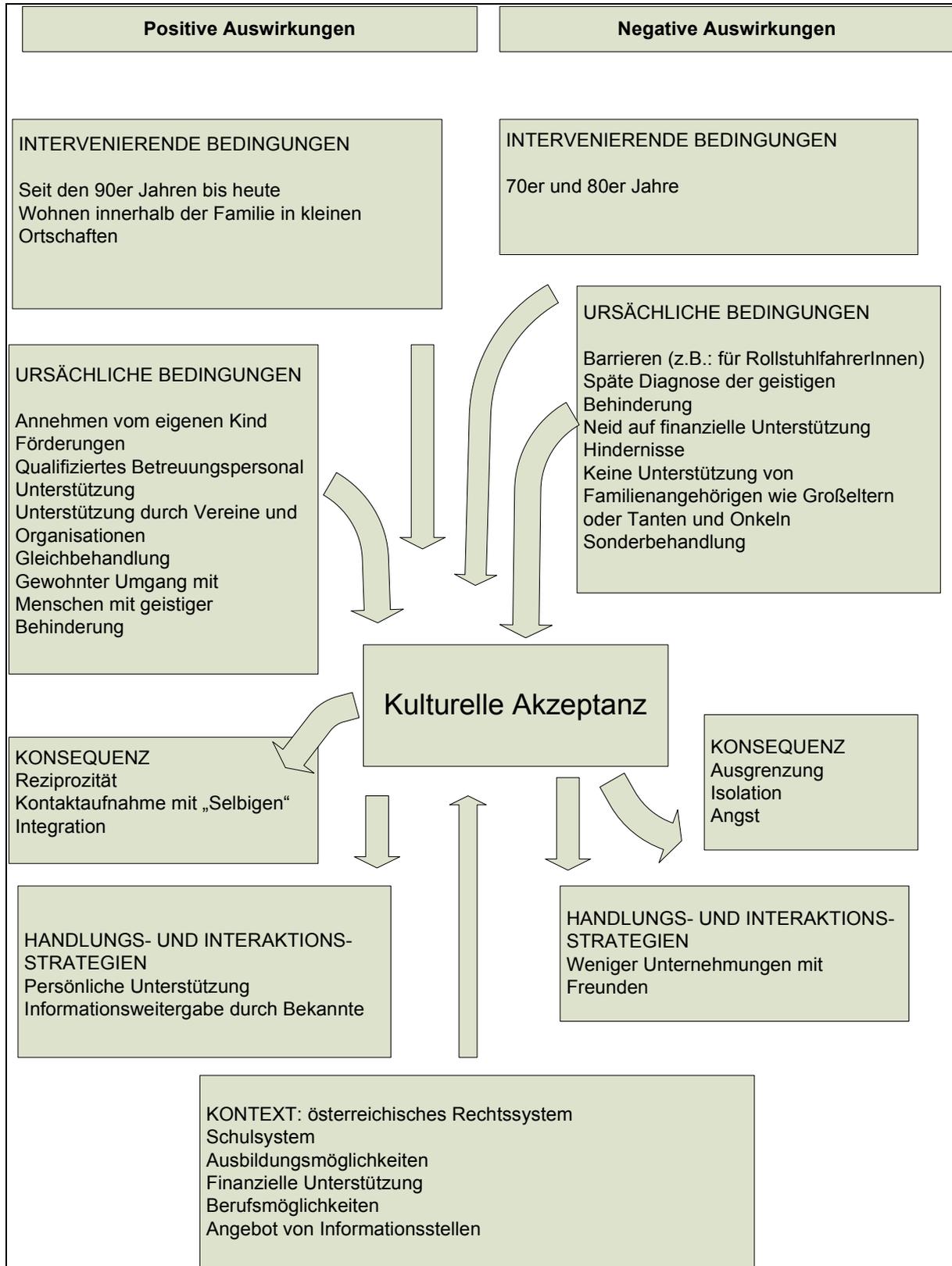
3.1.4 Datenauswertung

Um einen differenzierten Einblick zu gewähren, habe ich meine Analyse auf die unterschiedlichen Personengruppen, welche ich interviewt habe, aufgeteilt. Die Unterteilung erfolgt wie bereits erwähnt auf die **Personengruppe der Angehörigen**. Es handelt sich um zwei Elternpaare, welche jeweils ein Kind mit geistiger Behinderung

haben, und um zwei Damen, die jeweils ein Geschwister mit geistiger Behinderung haben, wobei alle zu Hause wohnen und die Mütter, in allen vier Fällen zu Hause als Hausfrauen agieren. Weiters erstellte ich eine **Personengruppe, welche im Bildungs- und Betreuungswesen** für Menschen mit geistiger Behinderung tätig ist und eine **Personengruppe mit geistiger Behinderung**.

3.1.4.1 Auswertung: Interviews mit Angehörigen

3.1.4.1.1 Tabellarische Darstellung



3.1.4.1.2 Inhaltliche Auswertung der vier Interviews mit Angehörigen

In Bezugnahme auf die tabellarische Darstellung der vier Interviews, beschreibe ich das Phänomen der kulturellen Akzeptanz im **Kontext** des österreichischen Rechtssystems. Zum Kontext des Rechtssystems gehören:

Schulsystem: Zusammenfassend hatte das Schulsystem, laut den Familienangehörigen einen sehr wichtigen und positiven Einfluss auf die Entwicklung der vier Personen mit geistiger Behinderung. Hierbei haben zwei, welche in den 70er Jahren auf die Welt gekommen sind, eine Sonderschule besucht und die anderen zwei, welche Ende der 80er Jahren geboren sind ein Schulsystem mit StützlehrerInnen absolviert. So sagte eine der befragten Mütter: *„Die Schule war eine sehr wichtige Zeit für sie und hat ihr sehr viel gebracht“*.

Ausbildungsmöglichkeiten/Berufsmöglichkeiten: wurden großteils als zufriedenstellend bezeichnet. Wobei jedoch eines der von mir interviewten Familienpaare äußerte, dass eine Berufsmöglichkeit, nie wirklich vorhanden und auch nicht erwünscht war und somit wurde das Projekt: „Bildung, Betreuung und Beschäftigung“ von dem Verein Miteinander ausgewählt. Ein anderer besucht die „geschützte Werkstatt“ in Hartheim und *„... fühlt sich dort sehr wohl...“*. Keiner der Personen mit geistiger Behinderung arbeitet jedoch in der Privatwirtschaft und keinem oder keiner wäre es möglich mit dem verdienten Geld selbständig zu leben. Zwei der Personen bezahlen Geld für die „Betreuungsmöglichkeit“ und eine befindet sich noch in Ausbildung zur Landschaftsgärtnerin, wobei hier eine integrative Lehre besucht wird.

Finanzielle Unterstützung: Generell wurde im Bereich der finanziellen Förderung berichtet, dass sie vorhanden ist, jedoch müsse man sich alles alleine organisieren und selbst beantragen. Es sei oft ein „behördlicher Marathonlauf“ und es gibt laut den Befragten kaum ausreichende Informationsstellen. Eine der zwei befragten Mütter, bei welcher die Tochter in den 70er Jahren geboren wurden, berichtete, dass *„... es früher nicht viel Unterstützung gab, und man musste sich alles selber suchen. Ich kann mich nur an Gefühle der ewigen Verlassenheit, alles allein zu schaffen müssen, erinnern ...“*. Im Weiteren gibt es Teilaspekte, die eine **positive Auswirkung** auf die kulturelle Akzeptanz haben können. Dies sind die intervenierenden und ursächlichen Bedingungen. Folgende **ursächliche Bedingungen** sind vorhanden:

Gleichbehandlung: Damit wird auf das Bemühen der Familie, dass Kind mit geistiger Behinderung wie alle anderen zu erziehen, eingegangen. Zum Beispiel erzählte eine der befragte Schwestern: *„... Sie wurde schon ganz normal erzogen. Mit allen*

gesellschaftlichen Know-hows. Da waren meine Eltern schon sehr streng ...“. Jedoch wurde vor allem von den zwei Schwestern dann doch im Laufe des Interviews darauf hingewiesen, dass diejenige Person, dann doch des öfteren verwöhnt und bevorzugt behandelt wurde.

Unterstützung durch Vereine und Organisationen: Durchwegs berichteten alle GesprächspartnerInnen, dass die Unterstützung von Vereinen, meistens ausreichend vorhanden und sehr wichtig für die Förderungsmöglichkeiten war.

Annehmen vom eigenen Kind: Hier sind die Erzählungen der befragten Mütter und Väter besonders hervorzuheben. Denn in allen Fällen wurde berichtet, dass lange die geistige Behinderung von den Ärzten nicht erkannt und diagnostiziert wurde. In diesen Fällen handelte es sich somit um ein *„sich langsames Klarwerden über Monate hinweg über die Situation...“*; wie zum Beispiel eine berichtete *„... diese Erfahrung, wenn mir jemand sagt sie haben ein behindertes Kind, dass war bei uns nicht so. Dieser Schock, den hatten wir nicht, uns hat es ja niemand gesagt. Bei uns war es eher ein langsames Bewusstwerden“*.

Förderung: Hier wurden die Bereiche „gute Schule“, „Beschäftigungsbereich“, „gute Therapien“ und „Förderung durch Technisierung“ erwähnt → *„... mit dem Computer kann er sehr gut umgehen, und hat daher die Möglichkeit schreiben zu können, was er sonst nicht könnte“*. Jedoch wurde sehr oft betont: *„... Förderungen ja, aber man muss sich um alles selber sorgen ...“*.

Qualifiziertes Betreuungspersonal: wurde oft im Bereich von hilfreicher Unterstützung in vielen Bereichen erwähnt.

Unterstützung: Hier ging es um die Aspekte der gegenseitigen Hilfestellung und den Informationsaustausch, innerhalb von Familien, welche alle Kinder mit einer geistigen Behinderung haben, oder auch durch Verwandte und Bekannte.

Gewohnter Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung: Dies wurde von zwei der Familienangehörigen als wichtiger Aspekt im Zusammenhang mit einer steigenden Akzeptanz gegenüber Menschen mit einer geistigen Behinderung genannt.

Zu den **positiven intervenierenden Bedingungen** gehören:

Die Zeitepoche seit den 90er Jahren: Diese Bedingung wurde vor allem durch die zwei Elternpaare, bei welchen die Kinder in den 70er Jahren geboren sind, erwähnt. Hierbei ging es darum, dass die Unterstützungen und die Versuche Menschen mit einer geistigen Behinderung in die Gesellschaft zu integrieren, schon *„... viel mehr und besser ...“* geworden sind.

Wohnen mit der Familie in kleineren Ortschaften: bei allen vier Interviews wurde deutlich darauf hingewiesen, dass die Kinder in die nähere Umgebung sehr gut integriert sind, „... denn jeder kennt sie im Ort...“ oder „... es geht ihm aber auch besser, seitdem wir hier in der Siedlung leben. Hier kann er sich frei bewegen, viele reden mit ihm“.

Folglich werden nun die negativen intervenierenden und ursächlichen Bedingungen erläutert. Die identifizierten **negativen ursächlichen Bedingungen** sind:

Barrieren: Diese wurden nur in einem Interview erwähnt, bei welchem das Kind mit geistiger Behinderung auch eine körperliche Behinderung hat. Hier wurden fehlende Verkehrsmöglichkeiten und nicht rollstuhlgerechte Hotels genannt.

Späte Diagnose der geistigen Behinderung: Diese Bedingung wurde in zwei Interviews genannt und die daraus folgenden Spätfolgen waren geringere Therapie- und Fördermöglichkeiten. In einem Fall wurde Gehörschwäche erst im Alter von acht Jahren erkannt und somit konnte das Versäumte nur spärlich bis gar nicht aufgeholt werden.

Neid auf finanzielle Unterstützung: Dies wurde jedoch nur von einem Elternpaar erwähnt: „Unter Arbeitskollegen, war oft Neid, da viele glauben man bekomme sehr viele Vergünstigungen“.

Hindernisse: wurden sehr oft von allen Interviewten erwähnt. So die behördlichen Hindernisse, dass man sich vieles selbständig organisieren muss und dass man früher für viele Bereiche Facharztbestätigungen benötigte. Als Hindernis wurde von zwei Befragten empfunden, dass wenige Menschen „... den Umgang mit geistig behinderten Menschen kennen und so ist es für viele einfach schwierig ...“. In diesem Zusammenhang meinte eine der befragten Mütter „... Ich selbst fühle mich schon behindert, da ich ein behindertes Kind habe“.

Keine Unterstützung von Familienangehörigen wie Großeltern oder Tanten und Onkeln: Dies wurde von einem interviewten Ehepaar berichtet, dass sich die Familie größtenteils nach der Geburt ihres Sohnes von ihnen abgewendet hat, dass sich „... unsere Familie für uns geschämt hat. Sie sind mit uns nirgends wo mehr hingegangen. Vor allem meideten sie den öffentlichen Kontakt mit uns ...“.

Sonderbehandlung: Diese Bedingungen wurde nur von den zwei Damen, welche Geschwister mit geistiger Behinderung haben genannt. Dies wurde im Zusammenhang, dass die Geschwister im Vergleich zu ihnen, anders behandelt wurden und ihrer Wahrnehmung zufolge in gewissen Bereichen bevorzugt wurden und mehr Aufmerksamkeit bekamen.

Negative intervenierende Bedingungen sind:

70er und 80er Jahre: Hierbei wurde wieder von den zwei Elternpaaren, bei welchen die Kinder in den 70er Jahren geboren wurden diese Zeitepoche als schwierigste Zeit empfunden, in welcher es noch viel weniger Unterstützungen und Integrationsversuche gab.

Auf die Bedingungen und auf den Kontext, welche wie gezeigt unterschiedlich auf die kulturelle Akzeptanz wirken, folgen **differenzierte Handlungs- und Interaktionsstrategien**, hierbei ist zu nennen, dass sich die Familie gegenseitig unterstützt und hilft, dass sich Familien, welche auch Kinder mit einer Behinderung haben, zusammenschließen. Eine der Befragten meinte dazu: *“... Man wechselt mit der Zeit einfach seinen Freundeskreis“* und in Bezug darauf wurden Handlungsstrategien genannt, wie zum Beispiel, dass *“ ... man einfach weniger mit seinen Freunden unternimmt, da oft die Zeit nicht vorhanden ist ...“*.

Aus diesen genannten Aspekten ergeben sich resultierend, durch implizierte Erfahrungsberichte folgende **Konsequenzen**, welche in andauernder Wechselbeziehung mit den genannten Aspekten stehen:

Integration: Diese wurde vor allem in den Zusammenhängen mit Schulsystemen und, dass in heutiger Zeit schon viel mehr Menschen mit geistiger Behinderung *„... auf der Straße zu sehen sind, beschrieben. Sie werden nicht mehr nur in Großanstalten versteckt...“* genannt. Im Weiteren wurde von allen InterviewpartnerInnen, darauf hingewiesen, dass durch mehr Kontakte, die Akzeptanz von Menschen mit geistiger Behinderung immer größer wird.

Ausgrenzung: Hierzu wurden mehrere Aspekte erörtert, wie zum Beispiel, dass einige Freundeskreise aufgelöst wurden, da *„... man nicht mehr mitmachen konnte“*, hierfür wurden Gründe wie Zeitmangel oder finanzielle Gründe genannt. Eine der Interviewpartnerinnen meinte *„ ... man muss heute einem gewissen Bild entsprechen und wenn man das nicht tut, dann ist man nicht dabei, denn man sollte immer einem Ideal entsprechen“*. In allen Interviews wurden von „abfälligen Bemerkungen“, welche laut aller Befragten nur selten vorkommen, gesprochen. Eine der Befragten meinte: *„...es war nicht oft aber sie waren dafür sehr prägnant...“*.

Isolation: Hierzu erwähne ich einige beispielhafte Aussagen:

„Als sie in die Pubertät kam wurde sie sehr introvertiert, als sie mitbekam, dass sie nicht so ist wie die anderen. Früher war sie ein lebensfroher Mensch, welcher auf alle zuging, als sie es noch nicht verstanden hatte, dass sie anders ist“; „ Sie hatte immer viele

Freunde, nur wurde deutlich, dass ihr die Kinder immer davon wuchsen“; „In den ersten Jahren fühlten wir uns vom Staat sehr allein gelassen“.

Angst. Diese wurde einmal im Zusammenhang genannt, dass zum Beispiel eine Familie immer darauf achtete, ihre Tochter in einem geschützten Rahmen aufzuziehen, aufgrund der Angst vor Hänseleien, welche die Tochter erfahren könnte. Durch den Verein Miteinander lernten sie aber, ihre Tochter los zu lassen, um eigene Erfahrungen machen zu können.

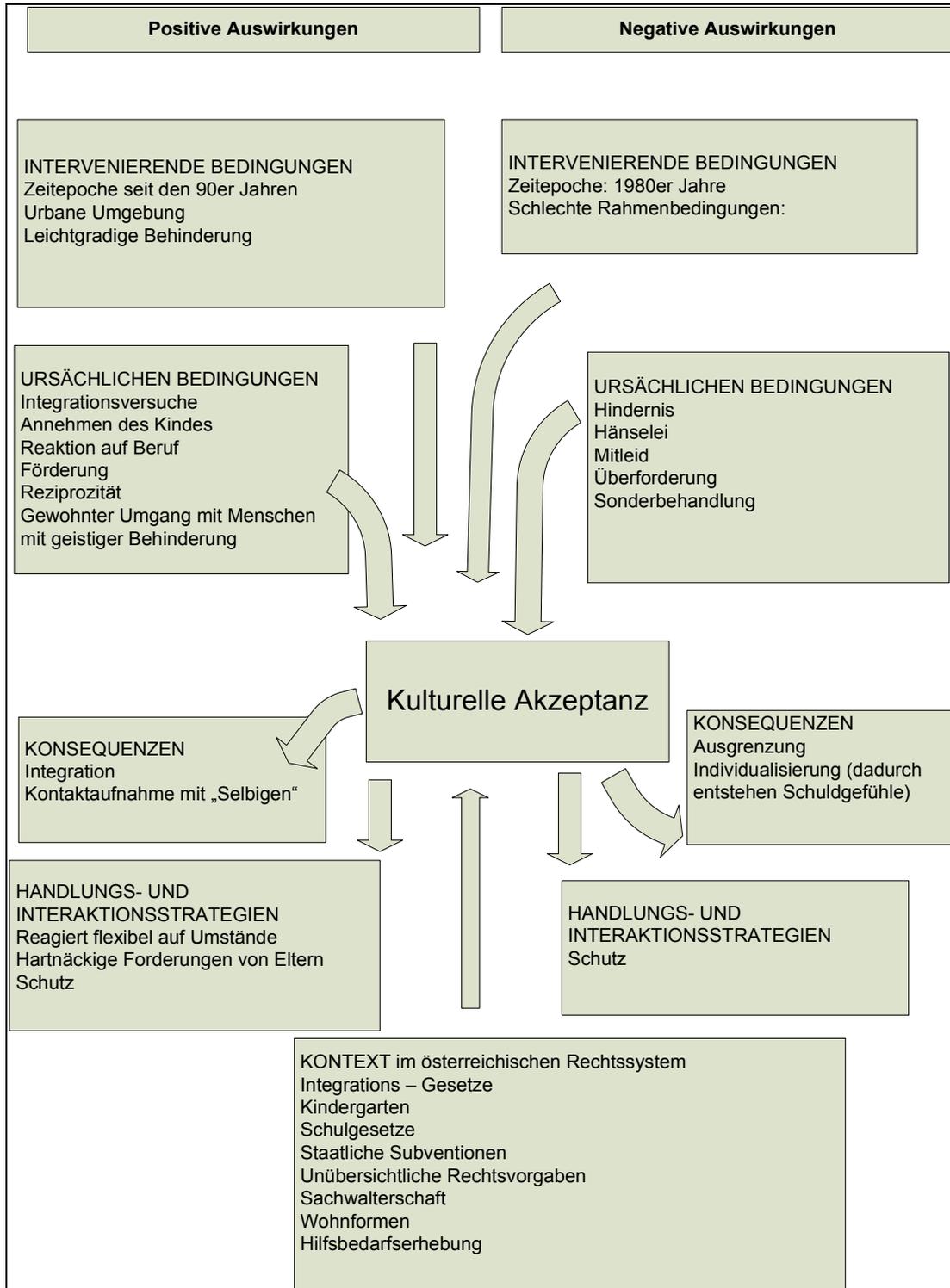
Reziprozität: Hier wurde wiederum von allen GesprächspartnerInnen erwähnt, dass man sehr viel zurückbekommt: *„Ich habe jedoch auch sehr viel von meiner Tochter gelernt, diese Freude von ihr erfährt viel andere Menschen ...“*. Im Gegenteil dazu meinte eine der befragten Schwestern: *“ ... Ich glaube würde ein behindertes Kind weg tun lassen. Denn es ist schon eine brutale Sache, dass du mit diesem Kind jeden Tag konfrontiert bist. Man braucht schon Nerven aus Stahl“*

Kontaktaufnahme mit „Selbigen“: Dies habe ich zwar schon im Bereich der Handlungsstrategien erwähnt, jedoch ergibt sich dieser Teil auch als Konsequenz. Zu bemerken ist noch, dass sich oft die Familienangehörigen mit Menschen in einer ähnlichen Situation zusammenschließen.

Von Bedeutung ist auch noch die Schlussfolgerung über das thematisierte Agieren von Menschen mit geistiger Behinderung. Diesbezüglich wurde oft erwähnt, dass *„... sie sich am wohlsten mit Gleichen fühlen...“*, somit sind die meisten bestehenden Freundschaften mit Personen, welche auch eine geistige Behinderung haben.

3.1.4.2 Auswertung: Interviews mit Personengruppen aus dem Betreuungs- und Bildungsbereich

3.1.4.2.1 Tabellarische Darstellung



3.1.4.2 Inhaltliche Auswertung der drei Interviews mit der Personengruppe aus dem Betreuungs- und Bildungsbereich

Auch hier bearbeite ich das Phänomen der kulturellen Akzeptanz im **Kontext** des österreichischen Rechtssystems. In diesem Bereich konzentriere ich mich jedoch auf die Rechtssetzungen und Rechtsrahmen, welche einen wichtigen Einfluss auf die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung haben. Hierzu gehören:

Staatlichen Subventionen: Diese Teilaspekte wurden zusammenfassend als ausreichend, jedoch verbesserungsfähig bezeichnet. Vor allem der „Norm-Gedanke“ von Gesetzesregelungen, wurde von zwei der Befragten kritisiert, denn „ ... *manche Menschen, eben Menschen mit geistiger Behinderung, passen einfach in keine Norm ...*“.

Integrations-Gesetz: Dies wurde im Zusammenhang mit der Entwicklung von Integrationskindergärten, Integrationsklassen und Wohnoffensiven genannt. Hier wurde von zwei Interviewten immer wieder drauf hingewiesen „... *Das war ein Prozess von 20 Jahren und diese Veränderungen finde ich schon sehr gut ...*“. Im Weiteren wurde von einer Befragten auf die besondere Bedeutung dieser Veränderungen betont: „...*Somit öffnet sich für die Behinderten ein Weg, dass sie auch mit anderen außer Mama und Papa kommunizieren ...*“. Von allen Dreien wurde erwähnt, dass durch die Versuche im Integrationsbereich ihrer Ansicht nach, sich viele Vorteile für Menschen mit geistiger Behinderung ergeben haben, wie z.B.: „... *haben sie viel im Bereich des Verhaltens in einer Gesellschaft erlernt. Sozusagen wie kann ich mit anderen in Kontakt treten ...*“.

Schulgesetze: Hier wurde, wie bereits erwähnt, im Bereich der Veränderung von Integrationsinitiativen viel berichtet. Häufig wurde auch auf die wichtige Bedeutung der Integrationsklassen für Kinder, welche keine Behinderung haben, hingewiesen. Sozusagen der Prozess des gegenseitigen Kennenlernens und Aufeinandereingehens genannt.

Kindergarten: Von einer der Befragten, welche als Sonderkindergärtnerin tätig ist, wurde besonders auf das Erstellen von pädagogischen Konzepten hingewiesen, welches seit einiger Zeit gesetzlich gefordert wird und für die kontextsensible und differenzierte Förderung der Kinder sehr hilfreich ist. Im Weiteren wurde auch berichtet, dass es schon viele Integrationskindergärten gäbe, welche laut der Befragten eine sehr gute Förderung für die Kinder mit geistiger Behinderung bedeuten.

Unübersichtliche Rechtsvorgaben: Hier wurde auf Seiten von zwei Interviewten berichtet, dass sich die Eltern oft nicht über die Gesetzesbedingungen klar sind und dass oft ein großer behördlicher Werdegang für Beantragungen gemacht werden muss, um Unterstützungen zu erlangen.

Sachwalterschaft: Dieser Teilaspekt wurde von zwei der Befragten als sehr positive Veränderung im Bereich der gesetzlichen Absicherung für Menschen mit geistiger Behinderung erwähnt.

Wohnformen: Hierbei wurde vieles von der Befragten, welche als Behindertenpädagogin in Hartheim, in einer Wohngruppe für „Schwerstbehinderte“ tätig ist, berichtet. Sie meinte diesbezüglich, dass im Bereich von Wohnoffensiven, wie Satelitenwohnungen, welche als Wohngruppen in andere Wohnsiedlungen eingegliedert sind, viel unternommen wurde. Das Problem ergibt sich hierbei jedoch, dass sich die andern Wohninsassen, *„...schnell genervt fühlen, da die Bewohner mit geistiger Behinderung viel Kontakt suchen und immer lange reden wollen ...“*. Hier sollte laut der Befragten noch einiges an der Betreuungsform verändert werden.

Hilfsbedarfserhebung: Wurde ebenfalls nur von der Behindertenpädagogin erwähnt und zwar in Bezugnahme auf die zunehmende Ökonomisierung. Somit merke *„... man schon, dass an Betreuern gespart wird. Der Staat übt schon viel Macht aus, denn wenn gewisse Dinge nicht durchgeführt werden, wird Geld gestrichen“*.

Wie bereits erwähnt, folgen nun ursächliche und intervenierende Bedingungen, welche auf das Phänomen der kulturellen Akzeptanz eine positive Auswirkung haben. **Positive, ursächliche Bedingungen** sind in diesem Zusammenhang:

Integrationsversuche: Diese wurde von allen Interviewten in Zusammenhang auf positive Entwicklungen erwähnt.

Reaktion auf Beruf: Zusammenfassend haben alle drei Befragten erwähnt, dass im Großen und Ganzen noch nie negative Reaktionen vorgekommen wären, jedoch wurde oft mit Bewunderung, wie *„...so etwas könnte ich nie machen, dafür muss man ja berufen sein“* reagiert. Was jedoch allen drei Befragten, eher als komisch und unangenehm erscheint, denn alle drei empfinden ihren Beruf als etwas ganz „Normales“, wie jede andere berufliche Tätigkeit.

Förderungen: Diese wurde wiederum von allen Befragten, in Bezugnahme auf die subventionierten Förderprogramme, welche ihrer Meinung nach in ausreichendem Maße vorhanden sind, angeführt.

Reziprozität: wurde von einer der Befragten in dem Zusammenhang aufgegriffen, dass „... wenn es den Eltern gut geht und sie sich mit der Situation abgefunden haben, man merkt, dass es dann auch den Kindern gut geht“.

Annehmen des Kindes: wurde von zwei der Befragten sowohl als vorhanden, als auch als nicht vorhanden bezeichnet. Ihrer Erfahrung nach, brauchen Eltern, die erst nach einiger Zeit erfahren, dass sie ein Kind mit geistiger Behinderung haben, lange Gewöhnung sich mit diesem Thema auseinander zu setzen. „Da gibt es manche, die tun gar nichts und suchen sich einen anderen Kindergarten, und andere wiederum reagieren ganz anders, indem sie das Kind mit tausenden Therapien unter großen Stress setzen“. Im Weiteren gibt es jedoch, der Meinung zu Folge der Befragten, auch einige Eltern, die nach kurzer Zeit schon „richtig“ mit der Situation umgehen können.

Gewohnter Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung: Dies wurde von allen drei der Befragten in dem Zusammenhang aufgegriffen, dass wenn die Bevölkerung einen regelmäßigen Kontakt und einen daraus resultierenden gewohnten Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung hätte, könnte es einen viel „entspannteren“ Umgang mit Jenen geben.

Positive intervenierende Bedingungen sind:

Zeitepoche seit den 90er Jahren: Denn alle der Befragten haben des Öfteren darauf hingewiesen, dass „... jetzt schon alles sehr viel besser geworden ist“. Dies wurde in vielen Zusammenhängen genannt, wie gesetzliche Absicherungen, staatliche Subventionen, Integrationsversuche, Normalisierungsprinzipien und auch durch den zunehmenden Kontakt mit Menschen mit geistiger Behinderung, sei „... die gesellschaftliche Reaktion und Akzeptanz diesen Menschen gegenüber schon viel größer ...“ geworden.

Urbane Umgebung: Diese Bedingung mit positiver Auswirkung wurde von zwei der Interviewten erwähnt. Einerseits im Zusammenhang, dass es in der Stadt viel mehr Integrationsklassen und – kindergärten gäbe und dass davon ausgegangen werden kann, dass die Reaktion von den Leuten lebend in der Stadt, um einiges „besser“ sei als die am Land. Hierzu ein Beispiel: „Ich meine eben dieses komische Verhalten von meistens älteren Erwachsenen. In städtischen Gebieten ist es sicher schon um einiges besser als am Land“. Hierzu ist wichtig zu erwähnen, dass die befragten Familienangehörigen, alle das ländliche Leben in kleinen Orten bevorzugen, „... denn da kennen ihn alle und nehmen ihn so, wie er ist. Es ist viel besser seitdem wir hier in diese kleine Siedlung gezogen sind“.

Leichtgradige Behinderung: Dieser Teilaspekt wurde von zwei der Befragten in dem Zusammenhang genannt, dass desto offensichtlicher die geistige Behinderung vorhanden ist, desto schwieriger ist es für jene Personengruppe anerkannt und integriert zu werden

Weiters werden nun die ursächlichen und intervenierenden Bedingungen mit implizierter negativer Auswirkung genannt. Folgende **negative ursächliche Bedingungen** lauten:

Hindernisse: Diese werden im Bereich, dass über Menschen mit geistiger Behinderung viel zu wenig publik gemacht wird, genannt. So gibt es zum Beispiel kaum Spielfilme, in denen Menschen mit einer geistigen Behinderung vorkommen. Dies fungiert laut einer Befragten *„... als Hindernis, denn kaum Leute haben Kontakt mit solchen Menschen und dies fördert natürlich kaum eine Akzeptanz gegenüber diesen Menschen ...“*. Im Weiteren wurde von einer der Interviewten festgestellt, dass der Ansatz im Arbeitsrecht für Menschen nicht schlecht sei, jedoch *„... der Kündigungsschutz ist das Problem, denn es gibt auch faule Menschen mit geistiger Behinderung und die sind dann nicht mehr zu kündigen. Deswegen glaube ich, dass viele Firmen sich lieber frei kaufen, als einen Menschen in der Firma sitzen zu haben, der nicht mehr kündbar ist ...“*.

Hänselei: Dieses Agieren wurde, von den Befragten kaum wahrgenommen, eine der Interviewten meinte dazu *„... dieses Problem haben wir eher selten und meistens sind die Kinder die andere aufgrund ihrer Behinderung hänseln, Kinder mit Lernschwächen oder welche die aus schlechten sozialen Verhältnissen kommen ...“*.

Mitleid: Diese Bedingung wurde oft in Bezugnahme auf die Reaktion von Außenstehenden auf Menschen mit geistiger Behinderung genannt. So wie *„... ja ja Mitleid ist schon immer auch ein Thema. Oft sagen Leute zu mir, wie kannst du denn mit denen arbeiten, tun die dir nicht unglaublich leid“*.

Überforderung: Hierbei wurde jene Überforderung von den Befragten gemeint, welche ihrer Meinung nach sehr oft bei Eltern eintritt, wenn sie erfahren, dass sie ein behindertes Kind haben. Denn es benötigt einige Zeit bis man sich in dem System der Angebote orientiert hat und gelernt hat wie man mit gewissen Situationen umzugehen hat.

Sonderbehandlung: Diese Thematik wurde von allen drei am häufigsten erwähnt und zwar in den Situationen, wie die Gesellschaft auf eine Gruppe von Menschen mit geistiger Behinderung reagiert, wie z.B.: *„...oft wird man von der Gesellschaft meines Erachtens nach schon zu positiv wahrgenommen, dass mir das dann schon oft nicht mehr recht ist. Man bekommt zum Beispiel Gratisschlecker oder so. Mir kommt das*

dann immer so vor, als würden die Leute dadurch eine gute Tat vollbringen wollen. Mir ist das nicht recht, sie sollten sie wie jeden anderen Menschen gleich behandeln ...“ oder dass manche Eltern ihre Kinder mit geistiger Behinderung mit zu wenig Strenge erziehen würden: *„Wie soll sich denn so ein Kind in die Gesellschaft integrieren können, wenn es die sozialen Regeln des Miteinanders nicht gelernt hat ...“*. Eine der Befragten meinte zu dieser Thematik: *“... ganz normale Handhabungen erfährt man selten, aber dass kann man glaub ich auch kaum verlangen, wenn viele Menschen damit nie was zu tun haben ...“*.

Intervenierende Bedingungen mit negativer Auswirkung sind:

Zeitepoche der 80er Jahre: Hierzu wurde oft erwähnt, *„... Jetzt hat sich schon einiges geändert, früher war das viel schwieriger“*. Auch hier wurden wieder die Aspekte der Integrationsversuche, staatlichen Subventionen, gesellschaftlichen Wahrnehmungen, rechtlichen Absicherungen erwähnt.

Schlechte Rahmenbedingungen: wurden von einer der Befragten, in Bezugnahme auf große Klassen genannt, oder wo aufgrund der geringen Bevölkerungszahl, nur Stützlehrer eingesetzt werden können, obwohl in einigen Bereichen Integrationsklassen besser für die individuelle Förderung wären. Folglich erwähnte eine der Befragten: *„... in einer Klasse, wo nur ein Kind mit speziellem Förderbedarf sitzt, gibt es einen Stützlehrer für vier Stunden die Woche. Das ist einfach nicht ausreichend“*.

Aus jenem Kontext und jenen Bedingungen ergeben sich folgende unterschiedliche

Handlungsstrategien:

Flexible Reaktion auf Umstände: Diesbezüglich wurde von meinen Interviewpartnerinnen, Strategien, wie, dass man *„ ... lernt nicht alles zu genau zu nehmen “* und dass man bei längerer Überlegung *„... immer passende Lösungen findet“* genannt.

Hartnäckige Forderungen von Eltern. Dieser Teilaspekt wurde von einer Interviewten genannt. Hierbei berichtete sie: *„Die Eltern pochen einfach viel mehr auf ihre Rechte als früher und erreichen damit auch einiges für ihre Kinder...“*.

Schutz: Dieser Aspekt wurde wiederum nur von einer der Befragten im Zusammenhang, dass man negativen Ereignissen - wie z.B.: dass man nicht in ein Museum gehen darf - versucht so gut wie möglich vor den Betroffenen zu verbergen, genannt, *„... denn sie sollen es nicht mitbekommen wie komisch unsere Welt tickt“*.

Aus all diesen erfassten Aspekten ergeben sich folgende **Konsequenzen:**

Ausgrenzung: Hierbei wurde von einer Interviewten, die Weitervermittlung von Menschen mit geistiger Behinderung am Arbeitsplatz erwähnt: „... *bei den Jugendlichen die nur eine leichte geistige Behinderung haben, geht es einfach sie zu vermitteln, überbleiben jedoch die, die etwas aggressiver sind*“. Hierbei vollzieht sich Ausgrenzung wieder durch das Agieren, welches sich außerhalb der Norm befindet. Folglich wurde von zwei betont, dass desto offensichtlicher die geistige Behinderung vorhanden ist, die Integration für jene am schwierigsten ist.

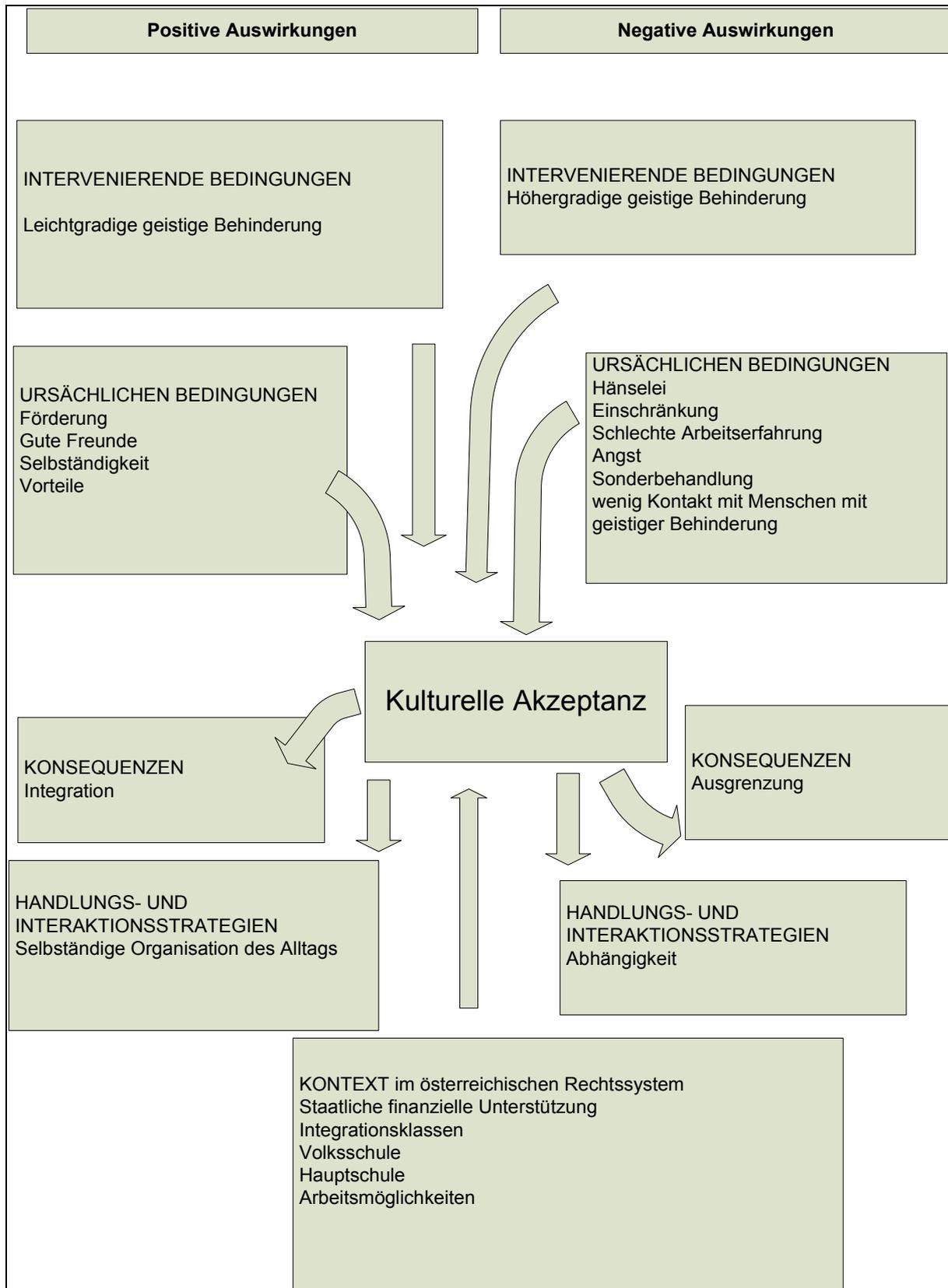
Individualisierung (dadurch entstehen Schuldgefühle): Dieser Teilaspekt wurde wiederum von allen drei der Befragten erwähnt. Diesbezüglich wird gemeint, dass Eltern, des Öfteren für ihr Kind „schuldig“ gemacht werden wie z.B.: „*Bei Kindern, die autistische Formen haben, wo man hinsieht und glaubt die sind völlig gesund, da glauben dann viele, da hat nur die Mama einen Klescherl, die kann ihr Kind nicht erziehen*“. Im Weiteren entstehen Schuldgefühle bei den Eltern, da laut einer Befragten bei der Erziehung öfters das Gefühl entsteht, dass sie unfähig als Eltern sind, da sie die Erziehung ihres Kindes nicht alleine hinbekommen.

Integration: Hierbei handelt es sich um eine oft erwähnte Bedingung, jedoch ergibt sie sich auch als Konsequenz, denn durch Bedingungen und Handlungsstrategien, welche auf die kulturelle Akzeptanz wirken, ergeben sich neue Integrationsmöglichkeiten.

Kontaktaufnahme mit „Selbigen“: Hierbei wurde, wie auch bei den Interviews mit den Familienangehörigen genannt, dass der Wahrnehmung zufolge sich Menschen mit geistiger Behinderung sehr wohl fühlen im Kontakt mit Menschen, welche auch eine geistige Behinderung haben. Folglich würde auch dieser Kontakt sehr oft gesucht und somit im Betreuungs- und Bildungsbereich sehr forciert.

3.1.4.3 Auswertung: Interviews der Personengruppen mit geistiger Behinderung

3.1.4.3.1 Tabellarische Darstellung



3.1.4.3.2 Inhaltliche Auswertung der zwei Interviews der Personengruppe mit geistiger Behinderung

Im Bereich der Interviews mit Menschen mit geistiger Behinderung wurde nun folgender **Kontext** im Bereich des österreichischen Rechtssystems zum Phänomen der kulturellen Akzeptanz genannt. Hierzu gehören:

Staatliche finanzielle Unterstützungen: Hier zeichneten sich jeweils zwei konträre Ansichten ab. Eine der Interviewten meinte diesbezüglich, dass sie mit ihrem Einkommen - welches vom Staat subventioniert wird und der erhöhten Kinderbeihilfe - nicht alleine leben könnte. Folglich wohnt sie zu Hause, bei ihrer Mutter in einem eigenen Zimmer, welches sie sich von ihrem eigenen verdienten Geld eingerichtet hat. Im Weiteren ist sie der Meinung, dass die finanzielle Unterstützung vom Staat unzureichend sei denn „... *ich bin nicht rezeptgebührenbefreit, Ausländer bekommen alle Rechte und werden überall unterstützt. Eine Frechheit ...*“. Konträr dazu, berichtete die andere Befragte, dass sie ja in Hartheim in einer teilbetreuten Wohngruppe lebe, wo sie ein eigenes Zimmer hat und gut mit dem verdienten Geld, welches sie in einer „geschützten Werkstatt“ verdient, haushalten kann. Diesbezüglich sollte jedoch erwähnt werden, dass ihr wöchentlich 20 Euro „Taschengeld“ für ihre Freizeitaktivitäten ausbezahlt werden, denn die restlichen Dinge, die sie zum Leben benötigt werden von der Einrichtung zur Verfügung gestellt.

Integrationsklassen: Beide der Befragten sind jeweils in eine integrierte Volksschule und Hauptschule gegangen, in welcher sie ihrem Empfinden nach, eine gute Förderung von ihrem/r Stützlehrer/in bekommen haben.

Arbeitsmöglichkeiten: Wie bereits erwähnt, besuchte eine der befragten Interviewten eine Tischlerei in der „geschützte Werkstatt“, in welcher sie auch die Ausbildung zur Tischlerin hatte. Sie fühle sich dort sehr wohl und hätte nie an die Möglichkeit gedacht sich in der Privatwirtschaft zu bewerben. Die andere Interviewte erzählte mir diesbezüglich, dass sie am Anfang große Schwierigkeiten hatte, einen Arbeitsplatz zu finden: „*Ich war jung, es war schwierig eine Arbeit zu finden, nicht weil ich jung war, sondern weil ich behindert bin*“. Durch die Einrichtung „Aut Arc“ bekam sie Unterstützung und wurde zu einem Kindergarten als Kindergartenassistentin vermittelt. In diesem Beruf fühle sie sich sehr wohl und habe viel Freude an dieser Arbeit

Die Auswertung auf die **ursächlichen Bedingungen**, welche eine **positive** Auswirkung auf das Phänomen, der kulturellen Akzeptanz haben. Folgende positive ursächliche Bedingungen sind:

Förderung: Diese Teilaspekte wurden von beiden Befragten, vor allem im Zusammenhang mit der Schulbildung genannt, in welcher sie eine sehr gute Förderung erhalten haben. Eine der Befragten meinte dies noch im Zusammenhang mit technischer Förderung, dass sie nun ein eigenes, für sie angefertigtes Rad bekommen hat, mit welchem sie wie alle anderen Rad fahren kann.

Gute Freunde: Sind für das Wohlempfinden der beiden Befragten von äußerster Wichtigkeit. Im Zusammenhang damit, konnte von mir nicht herausgefunden werden ob sich im Freundeskreis auch Freunde ohne eine geistige Behinderung befinden, da die Antworten in diesem Bereich nicht eindeutig waren.

Vorteile: Dies wurde von einer der Befragten, im Zusammenhang, von Stressfreiheit in ihrem Berufsdasein gegenüber Leuten mit einem „normalen Beruf“ genannt. *„... ich habe auch sehr viele Vorteile. Mein Papa sagt immer ich habe es gut, denn ich habe nicht den Stress mich im Berufsleben durchzukämpfen. Ich habe einfach nicht so den Stress ...“*

Selbständigkeit: Diese Bedingung wurde von beiden Befragten sehr oft erwähnt. Hier ging es insbesondere darum, dass sie sich durch ihre Arbeit und mit dem daraus resultierenden Gehalt sehr unabhängig fühlen und dass ihnen dieser Aspekt sehr wichtig ist. In diesem Zusammenhang wurde von einer Befragten sehr dezidiert darauf hingewiesen: *„Ich habe keinen Sachwalter, ich kann alles allein für mich entscheiden und das ist auch wichtig für mich“*. Von der anderen Befragten wurde vor allem darauf hingewiesen *„... ich mache mir alles selbst. Wasche meine Wäsche, koche mir mein Essen und gehe alleine einkaufen. Die anderen sind ja nur selber schuld, wenn sie sich alles machen lassen. Die sind dann die Behinderten, die für alles Hilfe brauchen ...“*.

Negative ursächliche Bedingungen sind:

Hänselei: Beide berichteten von Hänseleien in der Schule und dass diese schon gehäuft vorkamen: *„ ... Schulzeit zum Beispiel, eine Katastrophe, vor allem im Winter wars das Schlimmste, mit den Schneebällen“*. Beide hoben jedoch hervor, dass sie nicht wegen ihrer Behinderung gehänselt wurden, sondern hier wurden Erklärungen wie Übergewicht oder MigrantInnen als Freunde zu haben, genannt.

Einschränkung: wurde nur von einer der Befragten in dem Bereich, dass sie keinen Freund hat und auch glaubt nie einen finden zu können, genannt. *„Die, die nix haben, die mögen mich nicht als Freundin und die was haben, die haben meistens eine viel stärkere Behinderung wie ich und die mag ich dann auch nicht ...“*.

Sonderbehandlung: Dieser Punkt wurde von beiden ähnlich bewertet. Hier ging es vor allem darum, dass sie öfters von manchen komisch angesprochen würden, als wenn sie Kinder wären oder ihnen würde öfters Hilfe in Bereichen angeboten, die sie nicht benötigen. Wie z.B.: *„Oft glauben sie, dass sie mir helfen müssen, da ich ein bisschen humple. Aber ich brauche da aber keine Hilfe und ich will auch keine ...“*.

Schlechte Arbeitserfahrung: Dies wurde nur von einer der Interviewten genannt. Hierbei ging es darum, dass sie drei Monate, in einer Wohneinrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung als Köchin tätig war: *„Das waren die schlimmsten drei Monate meines Lebens. Ich bekam wenig zu essen und Geld bekam ich auch keines und ich durfte nur alle zwei Wochen nach Hause zu meiner Mutter fahren. Die größte Frechheit, zahlen mussten wir fürs Essen und Schlafen ...“*.

Angst: Diese Bedingung wurde auch nur von einer der Beiden erwähnt. Dies berichtet sie im Zusammenhang, dass sie der Meinung sei, dass viele Menschen Angst vor Menschen mit einer geistigen Behinderung haben, da sie wenig Kontakt mit ihnen hätten.

In Bezugnahme, auf die kulturelle Akzeptanz wurde nur eine **intervenierende Bedingung** und zwar mit positiver Auswirkung von mir wahrgenommen.

Leichtgradige Behinderung: Die bestand darin, dass die Befragten oft darauf hinwiesen, dass sie eine leichtgradige, geistige Behinderung haben und infolgedessen können sie selbständig sein, und das benannten beide als eines der wichtigsten Dinge im Leben. Durch die genannten Bedingungen und die dahinter stehenden Kontexte ergab sich eine **Interaktions- und Handlungsstrategie:**

Selbständige Organisation des Alltags: Dies beinhaltet, dass beide der Befragten, soweit es möglich ist, ihre Bemühungen dahin gehen, alles allein zu arrangieren und sich alles alleine im alltäglichen Leben zu organisieren und zu beschaffen.

Aus all diesen Aspekten ergaben sich die **Konsequenzen:**

Ausgrenzung: Dies wurde in dem Zusammenhang genannt, dass sie das Gefühl haben, manche Menschen würden mit ihnen den Kontakt meiden und nicht offen auf sie zugehen, wie auf andere Menschen. Von einer der Befragten wurde wie bereits erwähnt zu diesem Punkt die Problematik genannt, dass sie keinen Freund findet.

Integration: Hierbei wurden die Bereiche von Schule, Arbeit, FreundInnen und selbständiges Leben genannt.

3.1.5 Interpretation

Zusammenfassend ist zu erwähnen, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen, welche sich in finanziellen Subventionen, Integrationsversuchen, zunehmenden Integrationskonzepten vieler Schulen, Wohnreformen und in vielen anderen Bereichen zeigen, von der Mehrheit der Befragten als ausreichend wahrgenommen wurden. Die behördlichen „Marathonläufe“ und das Fehlen von staatlichen Informationsstellen sind sehr oft als störend empfunden worden. Auch die zeitliche Entwicklung wurde durchwegs als positiv empfunden, denn: „... *Heute ist vieles schon besser geworden ...*“.

Der Gedanke der Integration hat sich auch häufig in den Behauptungen, dass es nötig ist, dass die Bevölkerung einen gewohnten Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung bekommt, widergespiegelt. Auch der so oft von mir wahrgenommene Normgedanke, anhand dessen viel erklärt wurde, würde somit erfüllt werden. Folglich liegt das Bemühen vieler darin, dass Menschen mit geistiger Behinderung die gleiche Erziehung erfahren, um auch adäquat in der Gesellschaft agieren zu können. Ich habe jedoch festgestellt, dass viele der Bemerkungen von Befragten darauf deuten lassen, dass das Leben mit Menschen mit geistiger Behinderung eine lebenslange, verantwortungsbewusste Aufgabe darstellt, welche nie mit einer von der Gesellschaft interpretierten Norm verglichen werden kann. Diesbezüglich kommt es auch in dieser Zeitepoche noch zu Ausgrenzungen und Isolation, welche jedoch mit bereits erwähnten Handlungsstrategien ausgeglichen werden können.

Des Weiteren wurde auch oft darauf hingewiesen, dass sich den Wahrnehmungen der Befragten zufolge Menschen mit geistiger Behinderung sehr wohl im Kontakt mit „Selbigen“ fühlen. Als Folge wird dann häufig dieser Kontakt mehr forciert. Daraus ergibt sich ein Widerspruch: Einerseits wird mehr Kontakt mit Menschen, die keine geistige Behinderung haben, gewünscht, andererseits wird dieses Bestreben durch das vorhin erwähnte Forcieren unterlaufen.

Laut meinen erhobenen Daten kann von einer klaren kulturellen Akzeptanz hinsichtlich von rechtlichen Rahmenbedingung gesprochen werden. Rückblickend auf das zwischenmenschliche Agieren, ist es schwierig, eine klare Aussage zu machen, denn es wurden verschiedene soziale Reaktionen – wie Integration, Hilfe, Schutz, vereinzelt Extremreaktionen wie zum Beispiel herablassende Bemerkungen, Partizipationsmöglichkeiten, Unwissenheit, beschützte Sonderrollen, Sonderbehandlung, Ausgrenzung und Isolation – genannt.

4 SCHLUSSFOLGERUNG

Bei der Beantwortung meiner Forschungsfrage: „**Wie weit existiert in der österreichischen Gesellschaft kulturelle Akzeptanz gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung?**“ werde ich nun meine erhobenen Daten und die aktuellen gesellschaftspolitischen und sozialen Zugänge inkludierend in Bezug zu den drei intersubjektiven Akzeptanztypen setzen.

Bezüglich der **emotionalen Zuwendung** muss ich darauf hinweisen, dass meiner Meinung nach die Personengruppe mit geistiger Behinderung hinsichtlich ihrer Familienangehörigen eine stabile, emotionale Bindung erfahren hat. Des Weiteren wurde mir von den zwei Personen mit geistiger Behinderung, welche ich direkt befragen konnte, bestätigt, dass sie sich zu Hause oder im Heim sehr wohl und angenommen fühlen. Sie haben auch darauf hingewiesen, dass sie beide gute Freunde hätten, was ihnen sehr wichtig sei. Es stellte sich aber bei fast allen Befragten heraus, dass die meisten Kontakt mit „Selbigen“ haben und sich in diesem Bereich auch am wohlsten fühlen. Folglich wurde die Aussage bestätigt, dass die Einbeziehung der „Anderen“ großteils nicht stattfindet und somit dem Wunsch der Norm zu entsprechen entgegensteht. Hinsichtlich der **rechtlichen Anerkennung** wurden in den letzten fünfzehn Jahren einige gesetzliche Maßnahmen zum Schutz vor Diskriminierung und zur Stärkung der Position von Menschen mit geistiger Behinderung, wie das Nichtdiskriminierungsgesetz, der Gleichheitsgrundsatz oder das Einstellungsgesetz, gesetzt. Im Rahmen meiner Forschung werden die erhaltenen staatlichen Subventionen als ausreichend bezeichnet. Die administrativen Prozeduren wurden jedoch von fast allen Befragten als sehr zeitaufwendig und störend empfunden. Daher ergibt sich in der universalistischen, von der Gleichheit ausgehenden Gerechtigkeitsethik, welche sich in diesen Gesetzesregelungen spiegelt, ein Widerspruch: Denn wie von beinahe allen Befragten bestätigt, kann in vielen Bereichen die angestrebte Gleichheitsnorm nicht erreicht werden. Es herrscht also eine gewisse „Intoleranz“. Durch staatliche Subventionen wird eine Privilegierung durchgeführt, welche eine Verteilungsfrage beinhaltet. Diese Unterstützungen werden, wie im vorangegangenen Teil dargestellt, wiederum durch Diagnosen festgesetzt, welche in kulturellen Dimensionen manifestiert sind. In Bezug auf die **solidarische Zustimmung** muss ein differenzierter Einblick vorgenommen werden. Wie bereits erwähnt, wurden unterschiedliche soziale Reaktionen angegeben: Integration, Hilfe, Schutz, vereinzelte Extremreaktionen, wie etwa sehr herablassende Bemerkungen, Partizipationsmöglichkeiten, Unwissenheit,

beschützte Sonderrollen, Sonderbehandlung, Ausgrenzung und Isolation. Die empfundene Solidarität in Wertegemeinschaften ergibt sich, wie schon genannt, meistens nur in den familiären Beziehungen und in Kontakten mit „Selbigen“. Es müsste ein von einer „anthropologischen“ Differenz ausgehendes Denkmuster geben, wobei sich qualitative, intersubjektive Unterschiede aufheben könnten. Von der Personengruppe mit geistiger Behinderung wurde allerdings betont, dass sie das Empfinden haben, die Chance zu haben, sich durch ihre Leistungen und Fähigkeiten als wertvoll für die Gemeinschaft zu empfinden, aber nur, wenn sie fähig sind, selbstständig zu agieren. Diese Möglichkeit besteht also nur solange eine leichtgradige geistige Behinderung vorhanden ist. Die Leistungen jener werden somit durchaus an einem Nutzen-Leistungs-Kalkül, welches sich durch den Grad der Fähigkeit zur Selbstständigkeit auszeichnet, bemessen.

Im Bereich des Schulsystems wurde von fast allen Interviewten von einer guten Ausbildungsmöglichkeit gesprochen. In diesem Bereich scheint das Kosten-Nutzen-Kalkül nicht zum Tragen zu kommen.

Die Beantwortung meiner Forschungsfrage muss mit einer differenzierten Blickweise erfolgen. In Bezug auf die rechtlichen Rahmenbedingungen und die daraus resultierenden Partizipationsmöglichkeiten für Menschen mit geistiger Behinderung ergibt sich größtenteils ein Konstrukt, welches kulturelle Akzeptanz widerspiegelt. In der historischen Diskursanalyse wurde gut sichtbar, dass es sich bei der Grundlage für die Gesetzgebung um ein historisch gewachsenes Bedeutungssystem handelt, welches sich immer mehr hingehend zu einer kulturellen Akzeptanz entwickelte, wobei sich jedoch durch den Nationalsozialismus ein Bruch ergab, welcher jedoch nach kürzerer oder in manchen Bereichen nach längerer Zeit mit fortschrittlichen Denkmustern und partizipatorischen Fürsorgestrukturen aufgehoben wurde.

Nun geht es darum, die erwähnten gesellschaftlichen Ausdrucksformen zu deuten und zu interpretieren. Wie erwähnt wird, besteht größtenteils der Wunsch auf Seiten der Angehörigen als auch auf Seiten der Menschen mit geistiger Behinderung, sich in das gesellschaftliche, soziale Netzwerk zu integrieren. Hierbei geht es darum, die gesellschaftlichen Know-Hows zu beherrschen und dass Menschen mit geistiger Behinderung unabhängig und selbstständig agieren können. Dieses wiederum spiegelt sich in den so oft erwähnten Konzepten von Integration und Normalisierungsprinzip, welche auf staatlicher und wissenschaftlicher Seite stark gefördert und forciert werden.

Dies inkludiert somit einen starken symbolischen Charakter, selbständig und partizipativ zu agieren - sozusagen so ein Leben führen zu können, wie alle anderen auch. Jedoch sind Menschen mit geistiger Behinderung nach dem zuvor erwähnten Kosten-Nutzen-Kalkül keine vollwertigen Menschen, da sie besondere Privilegierungen benötigen, um selbständig agieren zu können oder besser gesagt „um mithalten zu können“. Somit manifestiert sich hier eine negative Bewertung, die von vielen Interviewten bestätigt wurde. Denn wie schon erwähnt bedeutet dies nicht, dass die soziale und rechtsstaatliche Reaktion auf jene negativ ist. Denn Aussagen und meinen Recherchen zu Folge ist sie großteils positiv, bis zu übertriebenen freundlichen Reaktionen. Um nun der „negativen Bewertung“ und dem Gefühl „nicht mithalten zu können“ entgegen zu steuern, werden alternative Interaktions- und Handlungsstrategien, wie der Kontakt mit „Selbigen“ unternommen.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass sich also durch rechtliche Rahmenbedingungen ein Konstrukt von kultureller Akzeptanz ergibt, welches jedoch aufseiten der intersubjektiven Akzeptanztypen nicht gänzlich erreicht werden kann. In der Interaktion kommt es teils zu negativen Bewertungsvorgängen, welche jedoch durch individuelles Agieren und rechtssystematische Reaktionen zum Teil ausgeglichen werden können.

Weiterführende Forschungsinteressen

Aufgrund meiner Forschungsergebnisse wäre es nun sehr interessant auch auf Seiten der „Nicht-Betroffenen“ das Bild, welches sie über Menschen mit geistiger Behinderung haben, zu erforschen. Dies würde einen Vergleich meiner bereits erhobenen Daten mit neuen Erkenntnissen ermöglichen. Folglich könnte ich somit eine differenziertere Angabe meiner Forschungsfrage leisten, da ja genau jene Gruppe die Bewertung der Anderen vornimmt. Dies würde jedoch im Weiteren eine viel höhere Zahl von Interviewten erfordern, sowohl im Bereich der Familienangehörigen als auch im Bereich der Personen mit geistiger Behinderung.

5 LITERATURVERZEICHNIS

Albrecht, Friedrich/ Meiser, Ute (1997): Einleitende Gedanken zum Thema des Bandes. In: Albrecht, Friedrich; Meiser, Ute (Hrsg.): Krankheit, Behinderung und Kultur. Frankfurt: Verlag für interkulturelle Kommunikation.

Anonym (2008): Das Urteil: Alimente nach Fehldiagnose. In: OÖ Nachrichten/ Oberösterreich, 21.03.2008: 25.

Bach, Heinz (1999): Grundlagen der Sozialpädagogik. Bern: UTB für Wissenschaft.

Badelt, Christoph/ Österle, August (1993): Zur Lebenssituation behinderter Menschen in Österreich. Graz: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Bernard, Russel H. (1995): Research Methods in Anthropology. Qualitative and Quantitative Approaches. United States of America: AltaMira Press.

Bichmann, Wolfgang/ Pfeleiderer, Beatrix (1985): Krankheit und Kultur. Eine Einführung in die Ethnomedizin. Berlin: Dietrich Reimer Verlag.

Bleideck, Ulrich (1999): Behinderung als pädagogische Aufgabe. Behindertenbegriff und behindertenpädagogische Theorien. Stuttgart: Kohlhammer.

Brüne, Martin/ Payk, Theo (2004): Sozialdarwinismus, Genetik und Euthanasie. Menschenbilder in der Psychiatrie. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.

Cloerkes, Günther (2007): Soziologie der Behinderten. Eine Einführung. Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH.

Cloerkes, Günther/ Neubert, Dieter (1994): Behinderung und Behinderte in verschiedenen Kulturen. Eine vergleichende Analyse ethnologischer Studien. Heidelberg: Edition Schindele.

Corbin, Juliet/ Strauss, Anselm (1996): Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.

Dederich, Markus (2000): Behinderung, Medizin, Ethik. Behindertenpädagogische Reflexion zur Grenzsituation am Anfang und Ende des Lebens. Bad Heilbrunn: Klinikhardt.

Dederich, Markus (2001): Menschen mit Behinderung zwischen Ausschluss und Anerkennung. Bad Heilbrunn: Klinikhardt.

Droste, Thomas (1999): Die Historie der Geistesbehindertenversorgung unter dem Einfluß der Psychiatrie seit dem 19. Jahrhundert. Eine kritische Analyse neuerer Entpsychiatrisierungsprogramme und geistigbehindertenpädagogischer Reformkonzepte. Münster: LIT Verlag.

Dworschak, Wolfgang (2004): Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung. Theoretische Analyse, empirische Erfassung und grundlegende Aspekte qualitativer Netzwerkanalyse. Bad Heilbrunn: Klinikhardt.

Emmrich, Michael (Hrsg.) (2001): Im Zeitalter der Bio- Macht. 25 Jahre Gentechnik- eine kritische Bilanz. Frankfurt am Main: Mabuse- Verlag.

Flick, Uwe/ Kardoff , Ernst/ Keupp, Heiner/ Rosenstiel, Lutz/ Wolff, Stephan (1991): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. München: Psychologie Verlags Union.

Gastager, Susanne (1973): Schwachsinn und Gesellschaft : Fallstudien aus sozialpsychologischer Sicht. Wien: Jugend und Volk.

Geertz; Clifford (1973): The Interpretation of Cultures. New York: Basic Books.

Geertz, Clifford (1983): Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Gingrich, Andre (1999): Erkundungen. Themen der ethnologischen Forschung. Wien: Böhlau.

Haider, Monika (2000): Integration zwischen Recht und Alltag. Die Elternbewegungen in Österreich. In: Maren, Hans/ Ginnold, Antje (Hrsg.): Integration von Menschen mit Behinderung- Entwicklung in Europa. Berlin: Hermann Luchterhand Verlag.

Hensle, Ulrich; Vernooij, Monika A. (2002): Einführung in die Arbeit mit behinderten Menschen. Psychologische, pädagogische und medizinische Aspekte. Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag.

Hirschberg, Walter (Hrsg.) (2006) [erstmalige Hrsg. 1965]: Wörterbuch der Völkerkunde. Deutschland: Dietrich Reimer Verlag GmbH.

Höfle, Wolfgang/ Leitner, Michael/ Stärker, Lukas (2006): Rechte für Menschen mit Behinderung. Wien: Linde Verlag.

Hofer, Hansjörg (Hrsg.) (2007): Alltag mit Behinderung. Ein Wegweiser für alle Lebensbereiche. Wien: Neuer Wissenschaftlicher Verlag GmbH.

Hofer, Hansjörg/ Iser, Wolfgang (2007): Arbeit. In: Hofer, Hansjörg (Hrsg.): Alltag mit Behinderung. Ein Wegweiser für alle Lebensbereiche. Wien: Neuer Wissenschaftlicher Verlag GmbH.

Hoffman- La Roche AG (Hrsg.) (1998): Roche Lexikon Medizin. München: Urban & Fischer.

Honneth, Axel (1994): Kampf und Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Huber, Gerhard/ Schröckenfuchs, Elfriede (2001): Einst und Heute. Wien: E. DORNER GmbH.

Ingstad, Benedicte/ Whyte, Susan (1995): Disability and culture. Berkely: University of California Press.

Jambor, Walter/ Litschauer, Gottfried (1970): Österreichische Geschichte. Wien: Obelisk Verlag.

Jana Grimm (2004): Zwangssterilisationen von Mädchen und Frauen während des Nationalsozialismus: Eine Analyse der Krankenakten der Universitäts-Frauenklinik Halle von 1934 bis 1945. <http://sundoc.bibliothek.uni-halle.de/diss-online/04/04H085/> [03.07.2009].

Jantzen, Wolfgang (1992): Allgemeine Behindertenpädagogik. Weinheim: Beltz.

Keck, Verena (1997): Zum kulturellen Verständnis von Behindertsein in einer ozeanischen Gesellschaft. In: Meiser, Ute (Hrsg.) (1997): Krankheit, Behinderung und Kultur. Frankfurt am Main : Verlag für Interkulturelle Kommunikation.

Kepplinger, Brigitte/ Marckgott, Gerhart/ Reese, Hartmut (2008): Tötungsanstalt Hartheim. Wien: Modern Times Media Verlag.

Kienle, Richard von (Hrsg.) (1982): Fremdwörter-Lexikon. Hamburg: XENOS Verlagsgesellschaft.

Kinder, Hermann/ Hilgemann, Werner (Hrsg.) (1996): dtv- Atlas zur Weltgeschichte. Von der Französischen Revolution bis zur Gegenwart – Band 2. München: Deutscher Taschenbusch Verlag.

Klauß, Theo (2005): Ein besonderes Leben. Grundlagen der Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH.

Krispl; Michael (2007): Diskriminierungsschutz. In: Hofer, Hansjörg (Hrsg.): Alltag mit Behinderung. Ein Wegweiser für alle Lebensbereiche. Wien: Neuer Wissenschaftlicher Verlag GmbH.

Kschubowski, Götz (Hrsg.) (2006): Struktur und Kultur- Dilemma oder Quelle fruchtbarer Auseinandersetzung? Schweiz: Edition SZH/ CSPS.

Lamnek, Siegfried (1995): Qualitative Sozialforschung. Band I Methodologie. München: Psychologie Verlags Union.

Leininger, Kurt (2006): Verordnetes Sterben- Verdrängte Erinnerungen. NS- Euthanasie in Hartheim. Wien: Verlagshaus der Ärzte GmbH.

Lux, Thomas (2004): Viele Namen für dieselbe Sache? Ethnomedizin, Medizinethnologie und Medical Anthropology. In: Curare Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie. Hrsg. von Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin (AGEM), 27(2004)3: 197-200.

Mattner, Dieter (2006): Struktur und Kultur in Einrichtung. Zur Notwendigkeit eines normativen Qualitätsbegriff. In: Kschubowski, Götz (Hrsg.): Struktur und Kultur- Dilemma oder Quelle fruchtbarer Auseinandersetzung? Schweiz: Edition SZH/ CSPS.

Meiser, Ute (1997): Zur kulturellen Bedeutung des Vaters. Vergleichende Aspekte im Umgang mit chronisch kranken und beeinträchtigten Kindern in Deutschland und Toga. In: Albrecht, Friedrich; Meiser, Ute (Hrsg.): Krankheit, Behinderung und Kultur. Frankfurt: Verlag für interkulturelle Kommunikation.

Meyer, Michael/ Titscher, Stefan/ Vetter, Eva/ Wodak, Ruth (1998): Methoden der Textanalyse. Leitfaden und Überblick. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Moser, Vera/ Sasse, Ada (2008): Theorien der Behindertenpädagogik. München: Ernst Reinhard GmbH & Co KG Verlag.

Mühlmann, Heiner (1996): Die Natur der Kulturen: Entwurf einer kulturgenetischen Theorie. Wien: Springer.

Nadig, Maya (1987): Die verborgene Kultur der Frau. Ethnopschoanalytische Gespräche mit Bäuerinnen in Mexiko. Frankfurt a. M: Fischer-Taschenbuch-Verlag.

Neuer- Miebach, Therese (2001): Zwang und Normalität. Pränatale Diagnostik und genetische Betrachtung. In: Emmrich, Michael (Hrsg.): Im Zeitalter der Bio- Macht. 25 Jahre Gentechnik- eine kritische Bilanz. Frankfurt am Main: Mabuse- Verlag.

Neugebauer, Wolfgang (1997): Die Wiener Psychiatrie im 20.Jahrhundert . Wien, Institut für Wissenschaft und Kunst. Dokumentationsarchiv des österreichischen Widerstandes.http://www.doew.at/frames.php?/thema/thema_alt/justiz/euthjustiz/euth.html [10.02.09]

Neugebauer, Wolfgang (2005): Widerstand in Österreich. Ein Überblick. Referat im Rahmen der Tagung „Widerstand in Österreich 1938-1945“ im Parlament.
http://www.doew.at/thema/widerstand/tagung_wn.html [04.07.2009]

Oswald, Hans- Peter/Rützler, Astrid (2007): Kindheit. In: Hofer, Hansjörg (Hrsg.): Alltag mit Behinderung. Ein Wegweiser für alle Lebensbereiche. Wien: Neuer Wissenschaftlicher Verlag GmbH.

Puschke, Martina (2005): Die Internationale Klassifikation von Behinderung der Weltgesundheitsorganisation, in: WeiberZEIT. Zeitung des Projektes „Politische Interessensvertretung behinderter Frauen“ des Weibernetzes, Nr. 07, April 2005: 4-5.

Primig-Eisner, Birgit (1997): Menschen mit geistiger Behinderung in Österreich. Wien: Sonderdrucke der Lebenshilfe.

Quirll, Rosmarie (Hrsg.) (2006): dtv Lexikon. Band 8 (Gane-Gros). München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Rösner, Hans- Uwe (2004): Behindertsein als kulturelles Wahrzeichen. Umriss einer dekonstruktiven Kritik. In: Greving, Heinrich/ Mürner, Christian/ Rödler, Peter (Hrsg.): Zeichen und Gesten- Heilpädagogik als Kulturthema. Gießen: Psychosozial- Verlag.

Rutte, Volker/ Schönwiese, Volker (2000): Zur Geschichte und Situation der Integration in Österreich. In: Maren, Hans/ Ginnold, Antje (Hrsg.): Integration von Menschen mit Behinderung- Entwicklung in Europa. Berlin: Hermann Luchterhand Verlag.

Schlaffer, Peter (Hrsg.) (2008): VertretungsNetz. Jahresbericht 2007/2008. Sachwalterschaft, Patientenanwaltschaft, Bewohnervertretung.

Schmidt, Rupert (1993): Die Paläste der Irren. Kritische Betrachtung zur Lebenssituation geistig behinderter Menschen in Österreich. Wien: WUV- Unix-Verlag.

Schmuhl, Hans-Walter (1992): Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft 75. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Serges Medien (2000): Geschichte. Grundstock des Wissens. Köln: Serges Medien GmbH.

Solarovà, Svètlusè (1983): Geschichte der Sonderpädagogik. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Steinhausen, H.-C. (2005): Epidemiologie, Klinik und Diagnostik der geistigen Behinderung. In: Fegert, Jörg; Häßler, Frank (Hrsg.): Geistige Behinderung und seelische Gesundheit. Kompendium für Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Pflegekräfte. Stuttgart: Schattauer GmbH.

Tietze-Fritz, Paula (1996): Handbuch der heilpädagogischen Diagnostik. Konzepte zum Erkennen senso- und psychomotorischer Auffälligkeiten in der interdisziplinären Frühförderung. Dortmund: Verlag modernes lernen.

Tausch, Johann/ Wagner, Johann (2007): Wohnen. In: Hofer, Hansjörg (Hrsg.): Alltag mit Behinderung. Ein Wegweiser für alle Lebensbereiche. Wien: Neuer Wissenschaftlicher Verlag GmbH.

Trus, Armin (2003): „... vom Leid erlösen“. Zur Geschichte der nationalistischen „Euthanasie“ - Verbrechen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

WHO (World Health Organization) (2008): International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). <http://www.who.int/classifications/icf/en/> [25.11.08]

Wolber, Edith (1997): „Es ist unsere Gesellschaft die behindert, nicht die Behinderung“. Als Frau mit einer Körperbehinderung in Deutschland leben. In: Albrecht, Friedrich; Meiser, Ute (Hrsg.): Krankheit, Behinderung und Kultur. Frankfurt: Verlag für interkulturelle Kommunikation.

Zwahr, Annette (2004): Der brock Haus. In drei Bänden. Band I. Leipzig: F.A. Brockhaus GmbH.

RIS (Rechtsinformationssystem):

RISa: §3 Behinderteneinstellungsgesetz in der Fassung des Bundesgesetzblatt (BGBl):http://ris1.bka.gv.at/Appl/findbgb1.aspx?name=entwurf&format=rtf&docid=COO_2026_100_2_172059 [25.11.08]

RISb: §79, StGB,:

<http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?QueryID=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR12029640&Abfrage=Bundesnormen&Index=&Titel=&Gesetzesnummer=&VonArtikel=&BisArtikel=&VonParagraf=&BisParagraf=&VonAnlage=&BisAnlage=&Typ=&Kundmachungorgan=&Kundmachungsnummer=&Unterzeichnungsdatum=&FassungVom=14.02.2009&ImRisSeit=Undefined&ResultPageSize=100&Suchworte=strafgesetzbuch&WxeFunctionToken=48de0348-388c-4d76-b671-9ae0c6c75802>

RISc: Art. 7, Abs.1, BV-G:

<http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR40103527&ResultFunctionToken=3cf8dc7b-d3b5-49b8-9021-1a72f5d7dd3d&Kundmachungorgan=&Index=&Titel=&Gesetzesnummer=&VonArtikel=&BisArtikel=&VonParagraf=&BisParagraf=&VonAnlage=&BisAnlage=&Typ=&Kundmachungsnummer=&Unterzeichnungsdatum=&FassungVom=06.03.2009&ImRisSeit=Undefined&ResultPageSize=100&Suchworte=B-VG+Art.7>

RISd: Art.2, StGG;

<http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NR12000059&ResultFunctionToken=ead8ec5b-c1e1-410d-a2b6-f66a059039c0&Kundmachungsorgan=&Index=&Titel=&Gesetzesnummer=&VonArtikel=&BisArtikel=&VonParagraf=&BisParagraf=&VonAnlage=&BisAnlage=&Typ=&Kundmachungsnummer=&Unterzeichnungsdatum=&FassungVom=06.03.2009&ImRisSeit=Undefined&ResultPageSize=100&Suchworte=StGG>

RISe: §8, BAG

<http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NR40073556&ResultFunctionToken=7044bfe8-83e3-4f62-a7e0-1d6a38183d02&Kundmachungsorgan=&Index=&Titel=&Gesetzesnummer=&VonArtikel=&BisArtikel=&VonParagraf=&BisParagraf=&VonAnlage=&BisAnlage=&Typ=&Kundmachungsnummer=&Unterzeichnungsdatum=&FassungVom=06.03.2009&ImRisSeit=Undefined&ResultPageSize=100&Suchworte=Berufsausbildungsgesetz>

6 ANHANG

6.1 Kurzzusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine Überblicksarbeit mit Praxisbezug. Sie soll über die wichtigsten Themengebiete, welche für die Thematik der kulturellen Akzeptanz/ Nichtakzeptanz gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung relevant sind informieren. Es wird bei kultureller Akzeptanz von einem heterogenen, prozesshaften, historisch gewachsenen Bedeutungssystem ausgegangen, welches sich in drei unterschiedlich, jedoch in Verbindung stehenden intersubjektiven Akzeptanztypen von Axel Honneth – der emotionalen Zuwendung, der rechtlichen Anerkennung und der solidarischen Zustimmung – manifestiert. Ich arbeite hier somit mit dem Kulturbegriff von Clifford Geertz, welcher davon ausgeht, dass sich Kultur im Verhalten, sozusagen im sozialen Handeln ausdrückt und daraus ergibt sich der Rahmen, in welchem kulturelle Formen ihren Ausdruck finden, welche jedoch im späteren Verfahren interpretiert werden müssen. Die theoretische und praktische Erarbeitung meines Themas bezieht sich in der ganzen Arbeit auf jene zuvor erwähnten kulturellen Akzeptanztypen. Hierbei ergeben sich die Themenschwerpunkte: Ethnomedizin vs. Biomedizin, Gentechnik, Pränatale Diagnostik, medizinische Ethik, Anthropologie der Behinderung und geistige Behinderung und Gesellschaft, mit einem Einblick in die ethnologische Diskussion. Um die zuvor erwähnten Bedeutungssysteme in ihrem vollen Umfang verstehen zu können, werden sie einer historischen Diskursanalyse - beginnend im 19. Jahrhundert bis zu aktuellen Situation – unterzogen. Da auch auf die intersubjektive Ebene der Akzeptanztypen eingegangen wird, werden jene von mir durch empirisch erhobene Daten analysiert.

Es konnte festgestellt werden, dass auf Seiten der rechtlichen Rahmenbedingungen ein Konstrukt besteht, welches Integration und Partizipation fördert und teils ermöglicht und somit in diesem Bereich kulturelle Akzeptanz widerspiegelt. Entgegenstehend existiert ein Idealkonzept vom Mensch-Sein, sowohl auf sozialer als auch auf wirtschaftlicher Ebene, welches die Bewertungsvorgänge auf intersubjektiver Ebene, dahin prägt, dass Menschen mit geistiger Behinderung diesem Idealkonzept nicht entsprechen können. Somit erhalten sie zwar auf individueller Ebene durch Familie und Freunde die Chancen, sich durch ihre Leistungen und Fähigkeiten als wertvoll zu empfinden, jedoch nicht für die Gesellschaft. Dies wird jedoch größtenteils durch alternative Handlungs- und Interaktionsstrategien, wie zum Beispiel Kontakt mit „Selbigen“ ausgeglichen. Folglich

kann in den Bereichen von solidarischer Zustimmung nur teils von einer kulturellen Akzeptanz ausgegangen werden. Allerdings kann diese Tatsache durch individuelles Agieren und rechtssystematische Reaktionen zum Teil ausgeglichen werden.

6.2 Abstract

This thesis is an overview work with relation to practical experiences.

The purpose of this paper is to inform about the most important topics of cultural acceptance and non-acceptance of people with mental disabilities.

The basis for cultural acceptance is a heterogenic, processing, historically growing impact system, which manifests itself in three different, but connected intersubjective acceptance types from Axel Honneth –the emotional attention, the legal recognition and the solidary approval.

I therefore work with the cultural term from Clifford Geertz, who assumes that culture expresses itself in the attitude, the so to speak social action. The outcome of this is a frame where cultural forms find space for expression which though at a later point will have to be interpreted.

The theoretical and practical development of my topic in the entire paper always refers to the cultural acceptance which I have already mentioned before. At this juncture the following key aspects of my topic evolve as follows: ethno medicine vs. bio medicine, genetic engineering, prenatal diagnosis, medical ethnic, anthropology of disabilities and mental disabilities and society with an insight into the ethnological discussion.

In order to be able to entirely understand the previously mentioned impact systems to its full extent, you will undergo an historical discourse analysis beginning in the 19th century up to the actual situation today. Since also the intersubjective level of the acceptance types will be addressed, the empirically acquired data will be analyzed.

A construct on behalf of the legal framework was determined, which advances and partially allows integration and participation and consequently reflects cultural acceptance in this area. On the contrary, an ideal concept of the human-being exists, on the social as well as on the economic level, which coins the evaluation process on the intersubjective level in that way that people with mental disabilities cannot match this ideal concept.

Consequently they do obtain the chance on the individual level through family and friends to perceive themselves valuable through accomplishments and abilities, not

however for society. Nevertheless, this is compensated to a good portion through alternative actions and intersection strategies, as for example contact with one's peers. Accordingly, in the areas of solidary approval one can only emanate partially from cultural acceptance. Indeed this fact can be partly balanced out by individual acts and legal system reactions.

Lebenslauf

PERSÖNLICHE DATEN

Name	Stefanie Füreder
Geburtsdatum	04. Oktober 1985
Geburtsort	Linz
Familienstand	Ledig
Staatsangehörigkeit	Österreich

AUSBILDUNG

September 1991 – Dezember 1992	Österreich, Hörsching: Vorschule
September 1992 - Dezember 1996	Österreich, Hörsching: Volksschule
September 1996 - Dezember 2000	Österreich, Traun : BRG
September 2000 - Dezember 2004	Österreich, Linz: BORG Honauerstr. (Abschluss mit Reifeprüfung)
Oktober 2004 – September 2009	Österreich, Wien: Universität Wien- Studium der Kultur und Sozialanthropologie
Seit 2008	Österreich, Linz: Fachhochschule für Soziale Arbeit

SPRACHKENNTNISSE

Muttersprache	Deutsch
Europäische Sprachen	Englisch → in Wort und Schrift, fließend

		(8 Jahre)
	Latein	→ in Wort und Schrift (4 Jahre)
Westafrikanische Sprachen	Hausa	→ in Wort und Schrift (2 Jahre)
	Fulfulde	→ in Wort und Schrift (1 Jahr)

BERUFLICHE ERFAHRUNG

Sozialer Bereich

Pflege- und Altenheim

Behindertenbetreuung

Psycho-soziale Einrichtung