

Prognose des zukünftigen  
Unterstützungsbedarfes jugendlicher  
Menschen mit geistiger- und mehrfacher  
Behinderung in der Steiermark

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades  
eines Magisters der Philosophie  
an der Karl-Franzens-Universität Graz

vorgelegt von

Friedrich HIRSCHMANNER

am Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft

Begutachter Ao.Univ.-Prof. Dr. Peter Rossmann

Graz, 2009

## Mein Dank gilt

*meiner Familie*

für die Ermöglichung des Studiums und die große Unterstützung

*meinen Freunden und Freundinnen*

für den gegenseitigen Erfahrungsaustausch und die Ermutigungen

*Herrn Professor Peter Rossmann*

für seinen wissenschaftlichen Rat und die motivierende Betreuung der Arbeit

*Iris Palz*

für die Bereitstellung der Daten und die spannende Zusammenarbeit

*Martin Walpot*

für den Aufwand bei der Korrektur der vorliegenden Arbeit

*dem Arbeitsbereich Integrationspädagogik und Heilpädagogische Psychologie*

für die Wertschätzung und Unterstützung während des Studiums

*Frau Melitta Fritz, Herrn Günther Felbinger und Herrn Gerhard Mosler*

für die zahlreichen Informationen über die aktuelle Sozialpolitik des Landes

## Zusammenfassung

In dieser Masterarbeit wird versucht die Prognose jenes Unterstützungsbedarfes zu erstellen, der bei Jugendlichen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung in Bezug auf ihre gesellschaftliche Partizipation im Erwachsenenalter voraussichtlich auftreten wird. Beim Erwachsenwerden bestehen für Jugendliche mit geistiger Behinderung besondere Exklusionsrisiken. Dieser Übergang ist für sie meist durch die Suche nach adäquaten Unterstützungsleistungen erschwert: Es bestehen oftmals Bedürfnisse, die sie ohne fremde Hilfe nicht erfüllen können. Trotz der sozialpolitischen Fokussierung auf mobile Formen der Hilfeleistungen bleibt die Erfassung des individuellen Hilfebedarfes für die Partizipation eine Notwendigkeit. Die steiermärkische Landesregierung ließ daher eine Gesamterhebung des Unterstützungsbedarfes von Menschen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung durchführen. Das dafür verwendete Instrument basiert auf der ICF. Zur Erstellung der Prognose wurden die dort erfassten Hilfebedarfe der Jugendlichen mit jenen der Erwachsenen verglichen. Basierend auf den Ergebnissen, der Forschungsliteratur sowie der aktuellen Sozialpolitik kann auf einen relativ hohen zukünftigen Hilfebedarf bei der Inanspruchnahme von Bildung und Assistenzleistungen geschlossen werden. Beim Erwachsenwerden wird zukünftig auch ein Hilfebedarf beim selbstständigen Leben und Wohnen sowie bei der Kommunikation, Interaktion und dem gemeinschaftlichen Leben bestehen. Im Bereich der Pflege wird im Rahmen der persönlichen Assistenzleistungen nur ein sehr geringer Hilfebedarf zu erfüllen sein.

## Abstract

The aim of the present thesis is to predict the future needs of support and assistance of mentally retarded youth after their transition to adulthood, in order to improve and secure their social participation. For mentally retarded adolescents the transition to adulthood is a period full of risks of biographical breaks and processes of social exclusion, because they are largely dependent on others in striving to achieve their goals. For planning supportive services through community agencies, individualized assessment of clients' needs is of great importance. The government of the Austrian country of Styria therefore has decided to carry out a countrywide assessment of all persons with mental or multiple disabilities concerning their restrictions to social participation. On this basis concrete needs of support and assistance were formulated for each person. The conceptual frame of reference for these assessments was the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). In the present study the recorded needs of adolescents were statistically compared with those of adults. On the basis of these comparisons and taking into consideration the results of literature research and the recent trends in social policy, it was predicted that the future needs of supportive services for people with mental deficiency will be mainly located in the areas of personal assistance and education. Further important areas of necessary support were identified in the domains of autonomous living and housing, communication, social interaction, and living in a community environment. On the other hand, needs of care and nursing services for persons with mental deficiency were predicted to be comparably low.

## Inhaltsverzeichnis

Mein Dank gilt.....	2
Zusammenfassung .....	3
Inhaltsverzeichnis .....	4
I Einleitung .....	7
1    Einführendes in die Thematik .....	7
1.1    Hintergründe und Zielsetzung.....	7
1.2    Kapitelvorschau.....	9
II Theoretischer Teil .....	10
2    Menschen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung .....	10
2.1    Der Begriff der Behinderung.....	10
2.2    Der Begriff geistige Behinderung und seine Verwendung .....	12
2.3    Der Fachterminus geistige Behinderung in der Wissenschaft .....	15
2.4    Geistige Behinderung – eine Mehrfachbehinderung.....	19
3    Erwachsenwerden mit geistiger Behinderung.....	21
3.1    Von Pubertät und Adoleszenz .....	21
3.1.1    Die Pubertät.....	21
3.1.2    Die Adoleszenz .....	22
3.2    Das Erwachsenwerden als Herausforderung in der Adoleszenz.....	24
3.3    Behindertes Erwachsenwerden: Eine „unendliche Adoleszenz“ .....	26
3.4    Die Erwachsenenidentität von Menschen mit geistiger Behinderung .....	30
4    Der Bedarf an Hilfe und Unterstützung .....	35
4.1    Bedürfnis und Bedarf .....	35
4.2    Der Begriff der Hilfe .....	39
4.3    Die Hilfe für Menschen mit geistiger Behinderung.....	42
4.4    Empowerment durch Selbstbestimmung und Assistenz .....	45
4.5    Der Hilfebedarf .....	49
4.5.1    Der Hilfebedarf als sozialrechtliche Kategorie .....	50
4.5.2    Anforderungen und Schwierigkeiten bei der Ermittlung und Planung.....	52
4.5.3    Der Hilfebedarf als Instrument zur Partizipation beim Erwachsenwerden.....	54

5	Partizipation in allen Lebensbereichen .....	<b>56</b>
5.1	Die ICF als sozialpolitisches Instrument in der Steiermark.....	56
5.2	Aktivitäten und Partizipation .....	61
5.2.1	Das Konzept der Aktivitäten.....	62
5.2.2	Das Konzept der Partizipation.....	63
5.3	Die Teilhabe in allen Lebensbereichen .....	64
5.3.1	Lernen und Wissensanwendung.....	66
5.3.2	Allgemeine Aufgaben und Anforderungen .....	67
5.3.3	Kommunikation.....	67
5.3.4	Mobilität.....	68
5.3.5	Selbstversorgung .....	69
5.3.6	Häusliches Leben .....	70
5.3.7	Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen.....	71
5.3.8	Bedeutende Lebensbereiche.....	72
5.3.9	Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben .....	72
	III Empirischer Teil .....	<b>74</b>
6	Zielsetzung und Hintergründe der Untersuchung .....	<b>74</b>
7	Methode.....	<b>77</b>
7.1	Beschreibung des Erhebungsinstruments.....	77
7.2	Forschungsdesign zur Erstellung der Prognose .....	79
7.2.1	Unabhängige Variable.....	80
7.2.2	Abhängige Variablen.....	81
7.3	Hypothesen und Fragestellungen .....	82
7.3.1	Hypothese 1.....	82
7.3.2	Fragestellungen 1-9 .....	83
7.3.3	Fragestellung 10 .....	84
7.3.4	Hypothese 2.....	84
7.4	Die Stichprobe.....	85
8	Statistische Auswertung und Ergebnisse.....	<b>89</b>
8.1	Vorgehen bei der Auswertung.....	89
8.2	Reliabilitätsanalysen.....	89
8.2.1	Reliabilitätsanalysen der Skalen zu den einzelnen Lebensbereichen.....	89
8.2.2	Reliabilitätsanalyse der Gesamtskala des Unterstützungsbedarfes.....	92
8.3	Überprüfung der untersuchten Variablen auf Normalverteilung .....	93
8.4	Ergebnisse zur Hypothese 1 und Fragestellung 10 .....	94
8.5	Ergebnisse zu den Fragestellungen 1-9 .....	97
8.5.1	Ergebnisse zur Fragestellung 1 .....	100

---

8.5.2	Ergebnisse zur Fragestellung 2 .....	102
8.5.3	Ergebnisse zur Fragestellung 3 .....	103
8.5.4	Ergebnisse zur Fragestellung 4 .....	105
8.5.5	Ergebnisse zur Fragestellung 5 .....	106
8.5.6	Ergebnisse zur Fragestellung 6 .....	108
8.5.7	Ergebnisse zur Fragestellung 7 .....	111
8.5.8	Ergebnisse zur Fragestellung 8 .....	112
8.5.9	Ergebnisse zur Fragestellung 9 .....	113
8.6	Überblick der Hilfebedarfe der 3 Altersgruppen.....	115
8.7	Effektstärken .....	116
8.8	Ergebnisse zur Hypothese 2 .....	117
8.8.1	Zusammenhänge zwischen den nicht-pflegerlevanten Hilfebedarfen.....	119
8.8.2	Zusammenhänge zwischen den pflegerlevanten Hilfebedarfen .....	120
9	Ergebnisinterpretation .....	<b>121</b>
9.1	Diskussion der Ergebnisse bezüglich des gesamten Unterstützungsbedarfes....	121
9.2	Diskussion der Ergebnisse bezüglich der Hilfebedarfe in den einzelnen Lebensbereichen.....	123
9.2.1	Ergebnisse zu den nicht-pflegerlevanten Hilfebedarfen.....	123
9.2.2	Ergebnisse zu den pflegerlevanten Hilfebedarfen .....	124
9.3	Diskussion der Ergebnisse bezüglich der Zusammenhänge zwischen den Hilfebedarfen.....	124
9.4	Prognose des zukünftigen Unterstützungsbedarfes.....	125
9.4.1	Hilfe bei der Inanspruchnahme von Bildung und Assistenzleistungen.....	126
9.4.2	Hilfe beim selbstständigen Leben und Wohnen.....	128
9.4.3	Hilfe bei der Kommunikation, Interaktion und dem gemeinschaftlichen Leben .....	130
9.4.4	Die Hilfe in den pflegerlevanten Lebensbereichen .....	132
9.5	Abschließende Bemerkungen und Ausblick .....	133
	Abschließende Zusammenfassung .....	<b>135</b>
	<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>136</b>
	<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>137</b>
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>138</b>
	<b>Anhang A: ICF-Referenzcodes und Definitionen.....</b>	<b>146</b>
	<b>Anhang B: Assessmentbogen.....</b>	<b>155</b>

# I Einleitung

## 1 Einführendes in die Thematik

„Der Ausdruck ‚Ich brauche Hilfe‘ hat nichts Beschämendes, solange der Hilfsbedürftige die Kontrolle darüber behält“ (Sennett 2002, S. 147).

---

### 1.1 Hintergründe und Zielsetzung

Menschen mit Behinderung besitzen grundsätzlich das gleiche Recht auf eine selbstbestimmte Gestaltung ihres Lebens wie Menschen ohne Behinderung. Dieser Anspruch hat für sie denselben Stellenwert wie für alle anderen Menschen auch. Jedoch ist vor allem für Menschen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung ein solch selbstbestimmtes Leben in vielerlei Hinsicht erschwert: Zur Erfüllung ihrer Bedürfnisse sind sie in zahlreichen Lebensbereichen oftmals auf fremde Hilfe angewiesen (vgl. Hoffmann/Theunissen 1999, S. 132). Daher stellt das Erwachsenwerden für Jugendliche mit geistiger Behinderung eine besondere Herausforderung dar: In Zeiten des biographischen Übergangs bestehen meist große Exklusionsrisiken, da wichtige Weichenstellungen stattfinden und Brüche im Lebenslauf entstehen können (vgl. Rohrman/Schädler 2006, S. 237). Das Erwachsenwerden von Menschen mit geistiger Behinderung hängt auch stets mit der Suche nach adäquaten Unterstützungsleistungen zusammen, durch welche ihre gesellschaftliche Partizipation im Erwachsenenalter sichergestellt werden soll. Dabei besteht ein hoher Anspruch an die geleistete Hilfe, da der Bedarf an Hilfe und Unterstützung oftmals über die Behebung einer einzelnen Notlage hinaus geht (vgl. Speck 1997, S. 65ff.).

Hilfe-, Förder-, Rehabilitations-, Unterstützungs-, Betreuungs- oder Assistenzbedarf: All diese Begriffe finden in der sozialen und pädagogischen Theorie und Praxis häufige Verwendung. Es existiert jedoch keine allgemein gültige, einheitliche Definition dieses Bedarfsbegriffes. Er gilt – weder wissenschaftlich noch rechtlich – als eindeutig bestimmt. Im Allgemeinen wird damit die benötigte Unterstützung bezeichnet, um mögliche Folgen von Benachteiligungen auszugleichen und somit ein selbstbestimmtes Leben zu erleichtern (vgl. Beck 2005, S. 388). Es hängt dabei vor allem von der finanziellen Leistungsfähigkeit sowie dem politischen Leistungswillen ab, welche Bedürfnisse letztlich auch als sozialer Bedarf akzeptiert werden. Dabei droht stets die

Gefahr einer weitgehenden Ausblendung der wirklichen Bedürfnisse der betroffenen Personen, welche oftmals nur als Legitimationsbasis für die Bereitstellung sozialer Leistungen dienen. Diese haben möglicherweise nur mehr wenig mit den eigentlichen Vorstellungen und Interessen der Betroffenen zu tun. Besonders problematisch wird es vor allem dann, wenn durch unzureichende Bedarfserhebungen verfehlte Unterstützungsleistungen generiert werden, welche in ihren Zielen und Ausrichtungen die AdressatInnen in ihrem selbstbestimmten Leben eher behindern, als sie in ihrer Autonomie zu fördern. Diese Problematik wurde in der steiermärkischen Sozialpolitik weitgehend erkannt. Im Sinne von Empowerment und Selbstbestimmung fokussiert das Land Steiermark vermehrt auf mobile Hilfeformen, wie die persönliche Assistenz. Neben den institutionellen Hilfen möchte das Land ein System ambulanter und bedarfsgerechter Unterstützungsleistungen etablieren, um Menschen mit Behinderung in ihrer persönlichen Autonomie zu fördern. In diesen Assistenzmodellen agieren die Betroffenen als AuftraggeberInnen der eigenen Unterstützungsleistungen, wodurch sie die Möglichkeit erhalten ihre Dienstleistungen aktiv mitzubestimmen. Um jedoch diese persönlichen Assistenzleistungen sinnvoll nutzen können, werden bestimmte Kompetenzen vorausgesetzt, die von den Menschen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung nicht vorbehaltlos verlangt werden dürfen (vgl. Hoffmann/Theunissen 1999, S. 134). Daher entwickelte das Land Steiermark ein Verfahren, mit welchem der individuelle Hilfebedarf der Betroffenen adäquat ermittelt werden sollte. Das dafür verwendete Erhebungsinstrument basiert auf der ICF, der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. 2008 begann die Landesregierung eine Bedarfserhebung bei Menschen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung durchzuführen. Durch die von der ICF übernommenen Domänen und Klassifizierungen wollte die Regierung die Verteilung der Gelder optimieren, um nicht mehr wie bei einem Gießkannenprinzip vorzugehen. Durch die Orientierung am individuellen Hilfebedarf sollen zielgerichtete Hilfeleistungen sichergestellt werden. Die Daten dieser Erhebung konnten von Magistra Iris Palz im Zuge ihrer Dissertation in elektronischer Form erfasst werden, und wurden zur Verwendung in dieser Arbeit freundlicherweise zur Verfügung gestellt.

Dieser Orientierung an der Hilfebedarfserhebung kommt vor allem an den wichtigen Übergangsphasen, wie dem Erwachsenwerden, eine entscheidende Funktion zu. In der Forschungsliteratur wird beschrieben, dass gerade in dieser Zeit ein Wandel in der benötigten Hilfe und Unterstützung bei Menschen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung stattfindet (vgl. Sander 2003, S. 14ff.).

Aufgrund der aktuellen Thematik sollte in dieser Arbeit versucht werden, eine Prognose des zukünftigen Unterstützungsbedarfes Jugendlicher mit geistiger- und mehrfacher Behinderung in der Steiermark zu erstellen. Konkret handelt es sich um die Prognose



jenes Bedarfes an Hilfe und Unterstützung, welcher bei Jugendlichen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung bei ihrer zukünftigen Partizipation im Erwachsenenalter auftreten wird. Die Hauptfragestellung der vorliegenden Arbeit lautet somit: Worin besteht der zukünftige Unterstützungsbedarf jugendlicher Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung in der Steiermark?

Diese Prognose des zukünftigen Unterstützungsbedarfes soll vor allem einen wertvollen Beitrag zur Erfassung des Bedarfes an Hilfe und Unterstützung von Jugendlichen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung leisten. Durch die empirische Bearbeitung der Daten sollen die zukünftigen Hilfebedarfe abgeleitet werden, um die Anforderungen der persönlichen Assistenzleistungen zu spezifizieren.

## 1.2 Kapitelvorschau

Im theoretischen Teil werden die Hintergründe und Begriffe der Thematik durch die Forschungsliteratur erklärt werden. In Kapitel 2 werden dafür die Begriffe Behinderung und geistige Behinderung behandelt werden. Es erfolgt die Begründung für die Verwendung dieser Termini sowie die Erklärung, warum geistige Behinderung als eine Mehrfachbehinderung betrachtet wird. Daran anschließend wird im Kapitel 3 das Erwachsenwerden mit geistiger Behinderung behandelt werden, indem dargelegt wird, mit welchen Schwierigkeiten Jugendliche mit geistiger Behinderung bei der Entwicklung ihrer Erwachsenenidentität konfrontiert werden. In Kapitel 4 wird die Transformation vom Bedürfnis zum sozialen Bedarf erklärt werden sowie welche Bedeutung die pädagogische Hilfe für Menschen mit geistiger Behinderung besitzt. Weiters wird auf die mobilen Unterstützungsleistungen und die Notwendigkeit der Hilfebedarfserhebung eingegangen werden. Kapitel 5 behandelt die Verwendung der ICF als sozialpolitisches Instrument in der Steiermark sowie die Partizipation von Menschen mit geistiger Behinderung in allen darin beschriebenen Lebensbereichen. Der empirische Teil der Arbeit umfasst die Darstellung der Methode und die Berechnungen, welche mit den vorhandenen Daten des Landes Steiermark durchgeführt wurden. Dafür werden in Kapitel 7 das verwendete Erhebungsinstrument zur Ermittlung des Hilfebedarfes sowie das Forschungsdesign zur Erstellung der Prognose beschrieben werden. Im Zuge der empirischen Bearbeitung werden in Kapitel 8 die erstellten Hypothesen und die Fragestellungen beantwortet werden. Abschließend erfolgt in Kapitel 9 die Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse unter Bezugnahme auf die Forschungsliteratur und die aktuelle Sozialpolitik. Auf Basis der Ergebnisdiskussion erfolgt die Prognose des zukünftigen Unterstützungsbedarfes jugendlicher Menschen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung in der Steiermark, um die Hauptfragestellung der vorliegenden Arbeit zu beantworten.

## II Theoretischer Teil

### 2 Menschen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung

#### 2.1 Der Begriff der Behinderung

Der Ausdruck Behinderung muss als mehrdimensionaler Begriff behandelt werden. Im Bereich der Humanwissenschaften wie der Pädagogik, Soziologie, Psychologie oder der Medizin, ist dieser Ausdruck ohne hinreichende Klärung seiner Grenzen oder seines Sinngehalts seit Jahrzehnten etabliert (vgl. Bundschuh/Heimlich/Krawitz 1999, S. 38f.). Im allgemeinen Sprachgebrauch wird dieser Terminus häufig ohne Differenzierungen verwendet. Die zahlreichen unterschiedlichen Definitionen und Auffassungen existieren nicht zuletzt deshalb, da Behinderung meist als Oberbegriff für die unterschiedlichsten Arten von Beeinträchtigungen gebraucht wird. Der Terminus erhält mehr Klarheit, wenn er mit dem englischen Wort disability in Zusammenhang gebracht wird, was soviel wie „Unvermögen, Unfähigkeit“, oder spezieller „Erwerbsunfähigkeit“ bedeutet (vgl. Schumann 2007, S. 79). Im englischen Sprachraum wird der Begriff Behinderung mit den gleichen Sinnzusammenhängen wie in der deutschen Sprache verwendet:

„(...) d.h. traditionell ist damit – sehr vereinfacht formuliert – der Funktionsmangel eines Individuums gemeint, welcher v.a. auf körperliche und kognitive Defizite zurückgeführt wird“ (ebd.).

Diese Auffassung von Behinderung wird auch als individuelles oder medizinisches Modell bezeichnet (vgl. ebd.), und stellt somit ein defizitorientiertes Verständnis dar. Die Tauglichkeit dieses traditionellen Entwurfes von Behinderung gilt jedoch vor allem unter dem Aspekt des Menschenbildes als höchst umstritten:

„Erst mit der Abkehr von einer primär defektorientierten und statischen Sicht von Behinderung und der bewussten Hinwendung zu den sozialen Implikationen einer Behinderung beginnt die Wahrnehmung neuer Möglichkeiten für Erziehung und Förderung“ (Bundschuh/Heimlich/Krawitz 1999, S. 40).

Diese „sozialen Implikationen“ (ebd.) werden in sozialwissenschaftlich orientierten Ansätzen diskutiert, in deren Mittelpunkt das so genannte soziale Modell steht. Innerhalb dieses Modells herrscht eine strikte Trennung von Beeinträchtigung (impairment) und Behinderung (disability) vor, wobei letzteres als ein Produkt der

Gesellschaft angesehen wird. Der Mensch gilt demnach nicht mehr wegen seiner körperlichen und geistigen Gegebenheiten als behindert, sondern aufgrund der jeweils vorherrschenden Strukturen, welche es dem Individuum unmöglich machen, in bestimmten Lebens- und Gesellschaftsbereichen zu partizipieren (vgl. Schuhmann 2007, S. 79). Diesem Verständnis nach besteht eine Aufforderung an die Gesellschaft, die Partizipation von Menschen mit Behinderung in allen Lebensbereichen bestmöglich sicherzustellen. Solche Forderungen sind auch stets mit gesetzlichen Grundlagen verbunden: In Österreich soll durch das Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz die Diskriminierung von Menschen mit Behinderung beseitigt und verhindert werden, um deren Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu gewährleisten. Als übergreifendes Gesetzeswerk beschreibt das österreichische Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz Behinderung als die:

„(...) Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder psychischen Funktionsbeeinträchtigung oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen, die geeignet ist, die Teilhabe am Arbeitsleben zu erschweren“ (§ 3 Abs. 1, BGStG 2005).

Das österreichische Recht kennt ebenso verschiedenste Begriffe von Behinderung (z.B.: § 3 BEinstG, § 300 Abs. 2 ASVG, § 8 Abs. 5 Familienlastenausgleichsgesetz). In diesen lässt sich die Gemeinsamkeit ausmachen, dass die Behinderung eine gewisse Schwere aufweist sowie eine bestimmte Zeit lang andauern muss. Dabei gilt ein Zeitraum von mehr als sechs Monaten als nicht nur vorübergehend (vgl. ebd. § 3 Abs. 1). Die möglichst weite Definition von Behinderung im österreichischen Recht existiert jedoch nicht ohne Grund: Es wird nämlich nicht nur der Grad der Beeinträchtigung als relevant betrachtet, sondern vor allem, dass aufgrund von Behinderungen Diskriminierungen resultieren können, welche es je nach Gesetzesvorlage zu unterbinden gilt.

In den letzten Jahrzehnten konnte außerdem ein Wandel des Behinderungsbegriffes festgestellt werden. Man entfernte sich dabei vom medizinisch geprägten Begriff und wandte sich einem umfassenderen Verständnis zu, welches Behinderung als eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit ansieht und dabei auch Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren mit einbezieht (vgl. Norz 2006, S. 4). Es wird dafür auf die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung in ihrer Umwelt fokussiert, und nicht mehr auf die Behinderung als „Eigenschaft einer Person“ (ebd.).

International haben vor allem die Bestimmungen der World Health Organisation (WHO) die Diskussionen um den Behinderungsbegriff entscheidend geprägt. Im Jahr 2001 wurde die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) nach einem intensiven Entwicklungsprozess der 54. Vollversammlung der WHO verabschiedet und löste damit die alte Klassifikation International Classification of

Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) aus dem Jahr 1980 ab. Die ICF geht hinsichtlich des Behinderungsbegriffs von einem Modell aus, welches als bio-psycho-sozial bezeichnet werden kann. Es bezieht sich sowohl auf das medizinische-, als auch auf das soziale Modell von Behinderung:

„Das medizinische Modell betrachtet ‚Behinderung‘ als ein Problem einer Person, welches unmittelbar von einer Krankheit, einem Trauma oder einem anderen Gesundheitsproblem verursacht wird (...)“ (WHO 2001, S. 24).

„Das soziale Modell der Behinderung hingegen betrachtet Behinderung hauptsächlich als ein gesellschaftlich verursachtes Problem, und im wesentlichen als eine Frage der vollen Integration Betroffener in die Gesellschaft“ (ebd.).

Das Konzept der ICF versucht diese beiden gegensätzlichen Modelle zu integrieren. Sie versteht sich als sowohl ressourcen-, als auch defizitorientiert und fokussiert dabei sowohl auf die Körperfunktionen und –strukturen einer Person, als auch auf deren Aktivitäten und Partizipation. Anders als ihre Vorgängerin ICIDH bezieht sie auch die Umweltfaktoren mit ein. Die ICF versucht somit eine Synthese zu erreichen, welche eine kohärente Sicht der verschiedenen Perspektiven von Gesundheit auf „(...) biologischer, individueller und sozialer Ebene ermöglicht“ (ebd., S. 25). Dieses Vorgehen ermöglicht es die Lebenswirklichkeiten von Menschen mit Behinderung besser zu erfassen. Man nimmt dadurch eine ganzheitliche Perspektive ein und beschreibt die positiven und negativen Aspekte der Körperfunktionen und Aktivitäten, unter Berücksichtigung der Umwelt- und persönlichen Faktoren (vgl. Norz 2006, S. 5).

## 2.2 Der Begriff geistige Behinderung und seine Verwendung

Der Terminus geistige Behinderung ist ein unklarer, jedoch auch weithin gebräuchlicher Begriff. Er soll Menschen kennzeichnen, die aufgrund komplexer Dysfunktionen der hirneuralen Systeme Schwierigkeiten haben, ein selbstständiges Leben zu führen und somit besonderer Hilfe, Förderung und Begleitung bedürfen (vgl. Speck 2007, S. 136). Der Begriff geistige Behinderung wurde erstmals gegen Ende der fünfziger Jahre verwendet, als er von der Elternvereinigung Lebenshilfe in die fachliche Diskussion eingebracht wurde. Dabei standen vor allem zwei Aspekte im Vordergrund: Erstens wurde durch diese neue Bezeichnung der Anschluss an die angloamerikanische Terminologie angestrebt (mental retardation, bzw. mental deficiency). Des Weiteren wollte man sich bewusst von anderen Bezeichnungen dieses Phänomens lösen, wie zum Beispiel Schwachsinn, Blödsinn, Idiotie oder Oligophrenie (vgl. Theunissen 1999, S. 96). Einer der Gründe, warum sich der gegenwärtig verwendete Terminus der geistigen Behinderung besonders durchgesetzt hat, besteht darin, dass er nicht bloß von

Experten geprägt wurde, sondern auch von Eltern und Mitbetroffenen (vgl. Speck 1997, S. 40). Selbst wenn der Ausdruck inzwischen in vielen Fachbereichen Verwendung gefunden hat, so kann dennoch nicht von einem bündigen und klaren Begriff gesprochen werden, dessen Inhalte sich ohne weiteres überprüfen und operationalisieren lassen (vgl. ebd., S. 39). Trotz, oder gerade wegen der weiten Verbreitung des Ausdrucks, konnte bis heute noch keine einheitliche Begriffsbestimmung erfolgen (vgl. Theunissen 1999, S. 96). Vielmehr resultierten in der Wissenschaft weitere Unklarheiten hinsichtlich der Komplexität und der Abgrenzung dieses Begriffs:

„Diese Unklarheit bezieht sich sowohl auf die Komplexität dessen, was alles ‚an‘ einem Menschen als ‚geistig behindert‘ zu gelten hat, als auch auf die stimmige Abgrenzung eines solchen Befundes von einer anderen Behinderung oder einer Nichtbehinderung“ (Speck 1997, S. 39).

So wie der Ausdruck Behinderung, führt auch das Adjektiv „geistig“ zu semantischen Problemen und Verständigungsschwierigkeiten. Denn wenn unter dem Geist die dem menschlichen Denken zugrunde liegende Kraft verstanden wird, so kann dieser nicht behindert sein (vgl. Theunissen 1999, S. 97). Aus einer naturalistischen Perspektive gilt der Geist (mind) als die Gesamtheit aller vorhandenen mentalen Phänomene. Darunter fallen Fähigkeiten wie das Sprechen, Glauben, Denken, Wünschen, Vorstellen, Wahrnehmen, Hoffen, Fühlen, Wohlgefallen empfinden, Ängstigen, Wütend sein, Bewusst sein, Schmerz empfinden, Beabsichtigen, Schlussfolgern, Wollen, Entscheiden, Wählen und Entschlossen sein (vgl. Guttenplan 1994, zit.n. Buschlinger 2007, S. 133). All diese mentalen Phänomene tauchen laut Buschlinger (2007) in einem einheitlichen Strom des Bewusstseins auf. Dabei wird dieser Strom des Bewusstseins einerseits von den TrägerInnen gestiftet, andererseits werden auch die TrägerInnen durch diesen Strom als Selbst (als Ich, als Person) erst gestiftet (ebd., S. 133). Unter einer monistischen Weltauffassung ist der Geist außerdem keine Substanz, sondern eine Eigenschaft des Gehirns und somit die Konsequenz neuronaler Aktivität (vgl. ebd.). Nach Speck (1997) eignet sich der Begriff Geist, für welchen es unzählige Definitionen geben mag, natürlich nicht für eine wissenschaftliche Operationalisierung. Er erachtet dies jedoch auch gar nicht als notwendig, denn nicht das Wort selbst, sondern sein Inhalt hat sich einer solchen Operationalisierung zu stellen:

„Im übrigen genügt für den allgemeinen Gebrauch eines Namens die allgemein vorhandene Verständigung über den damit verbundenen Inhalt, und dies wäre bei geistig behindert durchaus hinreichend gegeben, wenn man mit Behinderung die gravierende Beeinträchtigung des Vollzugs ‚geistiger‘, d.h. intellektueller (mentaler) Funktionen versteht“ (ebd., S. 40).

Allerdings wird der Ausdruck Geist heute nicht selten mit der Intelligenz, den intellektuellen Leistungen sowie den kognitiven Funktionen weitgehend gleichgesetzt. Das verleitet letztendlich oft dazu, die geistige Behinderung als Intelligenzschädigung oder als intellektuelle Beeinträchtigung zu bezeichnen. Dadurch kann jedoch die Komplexität einer geistiger Behinderung allzu leicht aus dem Blick geraten (vgl. Theunissen 1999, S. 97). Nach Speck (2007) ist jedoch die damals vorgenommene Übersetzung von mental mit geistig an sich korrekt, da das lateinische Wort mens einerseits Verstand, dass auch Geist bedeutet. Es herrschte vielmehr Übereinstimmung darüber, was mit geistig oder mental gemeint war; und zwar etwas „(...) auf den ‚Verstand‘ und im Zusammenhang damit auf den ‚Geist‘ Bezogenes“ (ebd., S. 136). Demnach hätte auch der Terminus mentale Behinderung zur Bezeichnung dieses Phänomens gewählt werden können. Der Begriff geistige Behinderung wurde erst dadurch infrage gestellt, als das Programm zur sozialen Eingliederung nicht vorkam und im stigmatisierenden Terminus immer mehr ein Hindernis erkannt wurde (vgl. ebd.). Durch Aussagen wie „Geistigbehinderte gibt es nicht“ soll das „(...) Festschreiben von Defiziten und die Legitimation sozialer Ausgrenzungsprozesse vermieden werden“ (Klauß 2001, S. 110). Die bisherigen Versuche, durch die Auswechslung des Wortes die damit bezeichneten Menschen vor Stigmatisierungen zu bewahren, sind wiederholt vergeblich unternommen worden. Bisher existiert kein nicht defizitbestimmter und nicht stigmatisierender Ersatzbegriff von geistiger Behinderung (vgl. Speck 2007, S. 136). Immerhin wird versucht die defizitäre Sichtweise zu überwinden, indem kategoriale Festschreibungen wie „geistig Behinderte“ vermieden werden. Anstatt dessen werden allgemeine Kategorien wie Erwachsene, Schüler, Jugendliche, Männer und Frauen vorangestellt, um anschließend die Behinderung als sekundäre Kennzeichnung einer besonderen Lebenslagenproblematik beschreibend hinzuzufügen (vgl. Fornefeld 2000, S. 49f.). Die bestehende Problematik wird damit jedoch nicht behoben: Wenn ein Mensch in seinem Geist als behindert bezeichnet wird, so erfährt er zwangsläufig eine Abwertung in seinem Personsein. Dieses anthropologische Problem wurde in der Wissenschaft zwar erkannt, aber es wurde bisher noch keine treffendere Bezeichnung für dieses Phänomen gefunden (vgl. ebd., S. 50).

Hinsichtlich der stigmatisierenden Wirkung von geistiger Behinderung stellt sich die Frage, ob dieser Begriff überhaupt nötig ist und ob eine allgemeine bzw. individuelle Beschreibung dieser Menschen nicht genügt: Einige Fachleute (z.B. Feuser), wie auch Betroffene halten das Etikett von geistiger Behinderung für überflüssig und möchten es ersatzlos streichen, denn es beheimatet nach wie vor negative Implikationen. Es existieren beispielsweise Oligophrenie-Konzepte, die in der traditionellen Psychiatrie noch immer eine gewisse Verbreitung aufweisen. Diese unterscheiden zwischen Debilität als leichteste Form, Imbezillität als mittlerer Grad und Idiotie als eine sehr

schwere Form von geistiger Behinderung. Im höchsten Schweregrad wird dabei dem Menschen mit geistiger Behinderung völlige Bildungsunfähigkeit und totale Pflegebedürftigkeit unterstellt. In der Pädagogik gilt jedoch mittlerweile, dass alle Menschen, die als geistig behindert bezeichnet werden, als lern-, bildungs- und entwicklungsfähig angesehen werden (vgl. Theunissen 1999, S. 97).

Negative Betrachtungsweisen, die auf absoluten Aussagen wie „ist unfähig“ basieren, sind demnach nicht haltbar, da sie Menschen mit geistiger Behinderung auf einen winzigen Teilaspekt ihrer Persönlichkeit reduzieren. Vielmehr empfiehlt es sich, die Menschen in ihrer Gesamtheit wahrzunehmen. In konkreten Fällen sind jedoch definierte Begriffe unausweichlich. Die Notwendigkeit bezieht sich hierbei vor allem auf den rechtlichen und wissenschaftlichen Bereich, wo der Terminus geistige Behinderung nach wie vor bearbeitet und verwendet wird. An sich ist ein eigener Begriff immer dann gefragt, wenn bestimmte Unterscheidungen gefordert sind:

„(...) wenn z.B. für eine bestimmte Personengruppe bestimmte Erklärungen gefunden oder über Rechtsvorschriften bestimmte Zuwendungen und spezifische Hilfen formuliert oder bereitgestellt werden sollen“ (Speck 2007, S. 137).

Der Begriff geistige Behinderung dient hier als nötige Markierung, als Abgrenzung eines bestimmten Inhalts von einem anderen. Im allgemeinen, nicht fachlichen Gespräch ist es jedoch empfehlenswert, den dort in der Regel überflüssigen, harten Sachterminus geistige Behinderung zu vermeiden und bei der Beschreibung auf individuelle Aspekte des Menschen zurückzugreifen. Für die Organisation der notwendigen Institutionen, wie beispielsweise die Schule, sind Fachausdrücke wie geistige Behinderung nach wie vor unverzichtbar (vgl. ebd.).

### 2.3 Der Fachterminus geistige Behinderung in der Wissenschaft

Als Fachterminus wird geistige Behinderung in den wissenschaftlichen Disziplinen unterschiedlich definiert. Bei der Begriffsbestimmung stand lange Zeit die Minderung der Intelligenz im Vordergrund, wodurch geistige Behinderung auch direkt als intellektuelle Retardierung beschrieben wurde (vgl. Speck 1997, S. 47). Es wird davon ausgegangen, dass jede Form der geistigen Behinderung ihre körperliche Basis besitzt, wobei die Schädigung des Gehirns eine entscheidende Rolle spielt. Die klinischen Syndrome, die bei einer geistigen Behinderung vorliegen können, werden laut Speck (1997) aus medizinischer Perspektive wie folgt eingeteilt:

1. Pränatal entstandene Formen, wie Fehlentwicklungen des Nervensystems, Chromosomanomalien, exogen verursachte pränatale Entwicklungsstörungen, Genmutationen und ideopathische Form geistiger Behinderung.

2. Perinatale Komplikationen wie Geburtstrauma, Sauerstoffmangel, Frühgeburt, und Erkrankungen des Neugeborenen.
3. Postnatale Ursachen geistiger Behinderung wie Hirntumore, Erkrankungen des Zentralnervensystems, Schädel-Hirn-Trauma und Hirnschädigungen.

In der Wissenschaft entwickelte sich die Auffassung, dass geistige Behinderung keine bloße medizinische Kategorie darstellt (vgl. ebd.). Der Begriff bezieht sich nicht nur auf eine psycho-physische Schädigung des Gehirns, sondern auch auf den gesamten Prozess der Entwicklung eines Menschen:

„Biologisch-organische Beeinträchtigungen bilden lediglich den Ausgangspunkt einer ‚geistigen Behinderung‘ (...)“ (Speck 2007, S. 137).

Diese Schädigungen des Gehirns haben zumeist Auswirkungen auf die kognitive, motorische, emotionale und soziale Entwicklung sowie auf das Lernen des Menschen. In der psychologischen Betrachtungsweise stand bislang die Beeinträchtigung der Intelligenzentwicklung im Vordergrund, das heißt, geistige Behinderung wurde primär als Intelligenzminderung aufgefasst (vgl. Fornefeld 2000, S. 56). Die Intelligenz gilt als die zusammengesetzte oder globale Fähigkeit eines Individuums „(...) zweckvoll zu handeln, vernünftig zu denken und sich mit seiner Umgebung wirkungsvoll auseinander zu setzen (...)“ (Wechsler 1964, S. 13).

Diese intellektuellen Fähigkeiten werden anhand von Intelligenztests ermittelt, welche die Leistungen in verschiedenen Fähigkeitsbereichen überprüfen und festhalten. Durch die anschließende Zusammenführung der Ergebnisse der Fähigkeitsbereiche wird der Intelligenzquotient errechnet, der das Intelligenzniveau der getesteten Person festlegt. Dies ist vor allem für die Entscheidung der sozial-rehabilitativen Maßnahmen relevant. Seit der Einführung der Intelligenzdiagnostik am Anfang des letzten Jahrhunderts wird eine Durchschnittsintelligenz mit einem Intelligenzquotienten (IQ) von 100 festgesetzt. Wenn die Ergebnisse unter einem IQ von 100 liegen, werden die Intelligenzleistungen als unterdurchschnittlich bewertet. Ursprünglich wurde der Intelligenzquotient aus dem Verhältnis von Intelligenzalter und Lebensalter der getesteten Person bestimmt (vgl. Fornefeld 2000, S. 56f.). Natürlich bleibt die Verwendung von Ausdrücken wie Intelligenz, Intelligenzminderung und Intelligenzquotient nicht ohne kritische Hinterfragung: Nach Speck (1997) wurde von wissenschaftlicher Seite schon mehrmals darauf verwiesen, dass die vorherrschende Auffassung von Intelligenz und deren Messung in diesem Bezug eigentlich ungeeignet sei. Doch obwohl das Messen einer allgemeinen Intelligenz mittels eines Durchschnittswertes für recht unterschiedliche Leistungen als unzulänglich gilt und die für Durchschnittsintelligenzen konstruierten Intelligenztests bei Personen mit geistiger Behinderung nicht adäquat verwendbar sind, werden diese Testverfahren nach wie vor praktiziert:



„Es scheint sich eine pragmatische Einsicht zu bestätigen, daß es – bei allen Mängeln – kein geeigneteres Instrument zur Grobeinschätzung intellektueller Leistungsfähigkeit gibt“ (ebd., S. 49).

Die Begriffe Intelligenz(-quotient, -minderung) und geistige Behinderung finden auch in den internationalen statistischen Klassifikationen – wie der ICD 10 – Verwendung: Die Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und angewandter Gesundheitsprobleme (kurz ICD 10) ist zentraler Teil einer von der WHO herausgegebenen Familie von Klassifikation und stellt den bis dato letzten Versuch dar, ein weltweit einheitliches Diagnoserichtlinien- und Kodierungsmanual vorzulegen und zu etablieren (vgl. Grill 2007).

Eine Intelligenzminderung (s. Tabelle 1) wird nach der ICD 10 als ein Zustand von verzögerter und unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten angesehen, wobei vor allem Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten als besonders beeinträchtigt angesehen werden (vgl. Dilling 1993, S. 254). Es wird dabei auch ausdrücklich erwähnt, dass sich die Diagnose einer Intelligenzminderung nur auf das gegenwärtige Funktionsniveau beziehen kann, da sich intellektuelle Fähigkeiten und soziale Anpassung verändern können (vgl. ebd.).

Tabelle 1: Die Klassifikation der geistigen Behinderung nach ICD-10

Klassifikation nach ICD-10	IQ-Werte	Intelligenzalter
Leichte Intelligenzminderung (leichte geistige Behinderung, Debilität)	IQ 50 - 69	IA 9 -12 J.
Mittelgradige Intelligenzminderung (mittelgradige geistige Behinderung)	IQ 35 - 49	IA 6 - 9 J.
Schwere Intelligenzminderung (schwere geistige Behinderung)	IQ 20 - 34	IA 3 - 6 J.
Schwerste Intelligenzminderung (schwerste geistige Behinderung)	IQ < 20	IA < 3

Doch die Klassifikation nach Intelligenzwerten stellt keine einheitliche Definition für geistige Behinderung dar. Besonders deutlich wird dies, wenn das Klassifikationssystem der ICD-10 mit jenem der American Association of Mental Retardation (AAMR) verglichen wird (s. Tabelle 2).

Tabelle 2: Einteilung der Behinderungsgrade von geistiger Behinderung nach AAMR

Behinderungsgrad	IQ-Bereich
Moderate (mäßig)	IQ 36 - 52
Severe (schwer)	IQ 20 - 35
Profound (sehr schwer)	IQ < 20

Während im Klassifikationsschema ICD-10 die geistige Behinderung ab einem Intelligenzquotienten von 69 festgelegt ist, bestimmt die American Association of Mental Retardation die „unterdurchschnittliche Allgemeinintelligenz“ deutlich tiefer (vgl. Fornefeld 2000, S. 58). Da der Intelligenzbegriff wissenschaftlich nicht eindeutig bestimmt ist und den Testverfahren unterschiedliche Verständnisweisen bei der Klassifikation von Intelligenz zugrunde liegen, bleibt die Aussage über das ermittelte Intelligenzniveau stets relativ. Zudem gilt die geistige Behinderung, wie erwähnt, als keine statische Größe, sondern ist einem ständigen Veränderungsprozess unterzogen (vgl. ebd. S. 59).

Weiters gilt es zu beachten, dass geistige Behinderung signifikant häufiger in sozial schwachen Milieus anzutreffen ist, als in Familien mit höherem Bildungsstatus (vgl. Speck 2007, S. 137). Das soziale Umfeld ist somit ein wichtiger Kontextfaktor für die individuelle Entwicklung eines Menschen und muss hinsichtlich der geistigen Behinderung stets mitbeachtet werden. Dieses so genannte Doppelkriterium hat weite Verbreitung gefunden: Geistige Behinderung wird dort durch die Beeinträchtigungen in den Bereichen der Intelligenz sowie der sozialen Anpassung und Kompetenz gekennzeichnet (vgl. Meyer 2003, S. 15).

Bei geistiger Behinderung haben wir es stets mit Wechselwirkungen und zirkulären Prozessen zu tun, sodass aus wissenschaftlicher Sicht von einem wechselseitigen Zusammenwirken biologischer, psychischer und sozialer Faktoren ausgegangen werden muss. Eine weitere Dimension bezieht sich auf die Subjektseite, also wie jede Person die konkrete Situation wahrnimmt, verarbeitet und bewältigt sowie welche Lebensziele für sie bedeutend sind (vgl. Theunissen 1999, S. 99). Geistige Behinderung ist kein personinhärentes Merkmal, „(...) sondern ein soziales Etikett, ein durch die Umwelt mitkonstruiertes Phänomen“ (ebd.). Sie ist also keinesfalls nur mit ihrer biologischen oder genetisch-pathologischen Grundlage gleichzusetzen, da ihre individuelle Ausprägung essentiell von der Sozialisation, der pädagogischen Förderung und der sozialen Eingliederung abhängig ist (vgl. Speck 2007, S. 137). Hinsichtlich des wissenschaftlichen Fachterminus von geistiger Behinderung, fasst Timm (1999) die soeben behandelten Aspekte wie folgt zusammen:

„Die geistige Behinderung eines Menschen wird als komplexer Zustand aufgefasst, der sich unter dem vielfältigen Einfluss sozialer Faktoren aus medizinisch beschreibbaren Störungen entwickelt hat. Die diagnostizierbaren prä-, peri, und postnatalen Schädigungen erlauben keine Aussage zur geistigen Behinderung eines Menschen. Diese bestimmt sich vielmehr aus dem Wechselspiel zwischen seinen potentiellen Fähigkeiten und den Anforderungen seiner konkreten Umwelt“ (ebd., S. 10).

## 2.4 Geistige Behinderung – eine Mehrfachbehinderung

Obwohl das von der Intelligenzfunktion abgeleitete Lernverhalten vor allem in der Sonderpädagogik als das Leitsymptom von geistiger Behinderung betrachtet wird, muss beachtet werden, dass es sich bei geistiger Behinderung nahezu immer um eine Mehrfachbehinderung handelt (vgl. Pflüger 1992, S. 423). Wenn also von Menschen mit geistiger Behinderung gesprochen wird, impliziert das stets das Vorhandensein von Beeinträchtigungen in mehreren Bereichen. Dies wird vor allem dann besonders deutlich, wenn der Hilfebedarf dieser Menschen betrachtet wird. Dort wird nämlich ersichtlich, dass sich die Hilfebedürftigkeit von Menschen mit geistiger Behinderung zumeist über viele Lebensbereiche erstreckt (Speck 1997, S. 65ff.). Das Vorliegen einer klar abgrenzbaren geistigen Behinderung bildet eher eine Ausnahme, da jede Form von Behinderung bestimmte Folgeerscheinungen mit sich ziehen kann.

Eine differenzierte Darstellung von Mehrfachbehinderung als sonderpädagogisches Problem lässt sich bei Solarová (zit.n. Strasser 1992, S. 423) finden. Seiner Darstellung zufolge liegt dann eine Mehrfachbehinderung vor, wenn die Person von mehr als einer Behinderungsform betroffen ist. Hierbei unterscheidet er zwischen 3 Formen von Mehrfachbehinderung:

1. Mehrfachbehinderung durch eine schicksalhafte Kumulierung in Form einer Sekundärschädigung. Dies ist z.B. dann der Fall, wenn ein Mensch ohne Gehörsinn durch einen Unfall zusätzlich eine körperliche Behinderung erleidet.
2. Mehrfachbehinderung als Folge eines Schädigungssyndroms. Eine zerebrale Bewegungsstörung bewirkt z.B. einerseits eine Körperbehinderung, zusätzlich jedoch auch oft eine Sprach- oder Lernbehinderung.
3. Mehrfachbehinderung als Folgebehinderung. Dabei wird davon ausgegangen, dass jede Behinderung die Entstehung von Folgebehinderungen bewirken kann, welche sich in der Regel als zusätzliche Lernbehinderungen, Sprachbehinderungen, Verhaltensstörungen und Störungen in der Bewegung manifestieren können (vgl. Solarová 1975, zit.n. Strasser 1992, S. 423).

Vor allem bei Menschen mit geistiger Behinderung spielen auch die sozialen Aspekte eine entscheidende Rolle, da die Schädigungen des Gehirns lediglich einen Ausgangspunkt für die geistige Behinderung bilden. Die sozialen Netzwerke von Menschen mit geistiger Behinderung sind häufig reduziert, ihre psychosozialen Bedürfnisse werden oftmals nicht ausreichend erfüllt (vgl. Beck 2003, S. 859). Untersuchungen zeigen, dass diese sozialen Bezüge für die Entwicklung von Menschen mit geistiger Behinderung von grundlegender Bedeutung sind. Durch einen Mangel resultieren oftmals Verluste an Interaktion und Kommunikation, was zu sozialer Isolation führen kann (vgl. Speck 1997, S. 108f.). Bei den Betroffenen können sich dadurch noch eine Anzahl von Sekundärererscheinungen an die geistige Behinderung anreihen: Durch die Kontaktarmut bei mangelnder Anregung und wenig Notwendigkeit zur sprachlichen Äußerung kann eine regelrechte Verkümmierung in diesen Bereichen resultieren (vgl. Bach 1979, zit.n. Pflüger 1992, S. 423).

Untersuchungen von Liepmann (1979) zufolge lässt sich bei 26,11 % der Menschen mit geistiger Behinderung eine zusätzliche Behinderungen finden, - bei 29,3 % zwei, bei 19,8 % drei, bei 2,6 % sind es vier. Lediglich bei 11,9 % der untersuchten Menschen mit geistiger Behinderung wurde keine zusätzliche Schädigung oder Störung festgestellt (s. Abbildung 1).

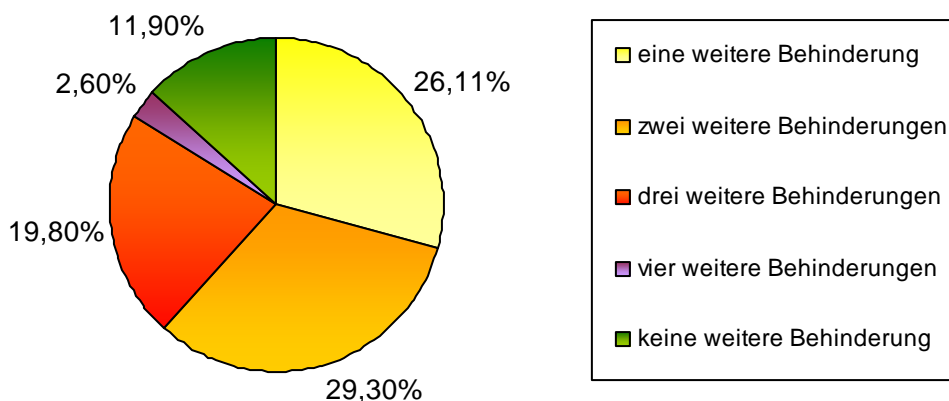


Abbildung 1: Das Auftreten von Mehrfachbehinderung bei geistiger Behinderung

Aufgrund des häufigen Auftretens von Folgeerscheinungen bei geistiger Behinderung ist diese Form der Beeinträchtigung so gut wie immer als eine Mehrfachbehinderung zu verstehen. Eine geistige Behinderung betrifft in der Regel mehrere Funktionen des menschlichen Organismus (vgl. Speck 2007, S. 137). Laut Pflüger (1992) wird der Ausdruck der Mehrfachbehinderung durch die zusätzlichen, den Erziehungsprozess erschwerenden Faktoren, gerechtfertigt (vgl. ebd., S. S. 423).

## 3 Erwachsenwerden mit geistiger Behinderung

### 3.1 Von Pubertät und Adoleszenz

Für das Erwachsenwerden sind die psychischen und physischen Veränderungen von großer Relevanz, welche sich auch bei Menschen mit geistiger Behinderung vollziehen. Jene Lebensphase, welche den Übergang von der Kindheit zum Erwachsenenalter markiert, wird als Adoleszenz bezeichnet. Dieser Übergang bringt vor allem durch die Pubertät zahlreiche körperliche Veränderungen mit sich und führt oftmals zu großen Auseinandersetzungen mit der Gesellschaft und ihren Institutionen wie dem Elternhaus, der Schule und dem Beruf (vgl. Remschmidt 1992, S. 1). In Bezug auf die Adoleszenz muss eine mehrdimensionale Betrachtung erfolgen: Die somatischen Veränderungen dieser Zeit sind der Ausdruck endogen-biologischer Reifungsabläufe, und diese sind keinesfalls auf soziokultureller Ebene erklärbar. Hingegen lassen auch viele psychische und psychosoziale Probleme in dieser Lebensphase nicht allein auf biologische Faktoren reduzieren. Die Betrachtungsweise der Adoleszenz unterliegt außerdem bestimmten historischen und modischen Zeitströmungen (vgl. ebd.). Auch die Schwankungsbreite hinsichtlich des Einsetzens und der Beendigung dieser Entwicklungsphase ist sehr groß, wodurch auch die Zeitspanne der Adoleszenz nicht genau bestimmt werden kann (vgl. Pforr 1997, S. 197). Generell gilt auch die Dauer der Adoleszenz als kulturabhängig. (vgl. Remschmidt 1992, S. 1).

Ausgehend von diesen Gesichtspunkten, „(...) die zugleich als relativierende Faktoren zu betrachten sind“ (ebd.), sollen die Definitionen von Pubertät und Adoleszenz erfolgen.

#### 3.1.1 Die Pubertät

Die Pubertät bezeichnete ursprünglich den Beginn der Fortpflanzungsfähigkeit.

„Der Begriff steht aber heute für die gesamte Periode vom erstmaligen Auftreten der sekundären Geschlechtsmerkmale (Achselbehaarung) bis zum Auftreten der Menarche (erste Menstruation) bzw. dem erstmaligen Auftreten von reifen Samenzellen im Ejakulat (...)“ (Berg 2001, S. 330).

Die Zeitspanne der körperlichen Reifung beim Übergang vom Kind zum Erwachsenen wird als Pubertät bezeichnet. Es wird im Allgemeinen angenommen, dass in dieser Reifezeit „(...) Jugendliche parallel zur körperlichen Geschlechtsreife eine psychische

Entwicklungskrise durchmachen, in der sie als trotzig, unsicher, labil und aggressiv erregbar gelten (...)“ (Walter 1996, S. 160). Der Ausdruck wird oftmals synonym für eigentlich exaktere Begriffe wie Pubertätszeit, Pubertätsalter, pubertäre Phase und pubertärer Entwicklungs- oder Zeitabschnitt verwendet (vgl. Berg 2001, S. 330). Selbst wenn es Versuche gab, den sozialen und kulturellen Aspekt dieser Phase stärker zu betonen, wird Pubertät primär als biologischer Begriff verstanden, welcher vor allem auf die physischen Veränderungen fokussiert:

„Pubertät kennzeichnet demnach in erster Linie die biologisch-körperlichen Reifungsvorgänge, die von einer Vielzahl von Faktoren abhängig sind, z.B. von Kultur, sozialer Schichtzugehörigkeit, Klima, Gesundheitszustand, Ernährung sowie vererbter Konstitution“ (Walter 1996, S. 160).

### 3.1.2 Die Adoleszenz

Adoleszenz hingegen bezieht sich mehr auf die psychologische Bewältigung der körperlichen und sexuellen Reifung in der Pubertät, denn diese einschneidenden Veränderungen müssen von den Jugendlichen auch adäquat verarbeitet werden. Demnach versteht auch die Jugendpsychologie unter der Adoleszenz primär die seelische Verarbeitung der körperlichen Reifungsprozesse. Zum Teil wird mit der Adoleszenz auch jener psychosoziale Entwicklungsabschnitt verstanden, der an die eigentliche Pubertät anschließt (vgl. Walter 1996, S. 161).

Da die körperlichen Reifungsprozesse im Grunde den eigentlichen Anstoß für die darauf folgenden Wandlungen und deren psychische Bewältigungsversuche geben, lässt sich die Pubertät auch als Beginn der Adoleszenz auffassen (Remschmidt 1992, S. 2):

„*Pubertät* umfaßt also mehr den *körperlichen* Reifungsaspekt, Adoleszenz den psychischen Entwicklungsaspekt“ (ebd.).

Der Umgang mit dieser Terminologie wird dadurch erschwert, dass einige Begriffe zur Bezeichnung unterschiedlicher Altersstufen rechtlich definiert sind und andere wiederum nicht. In Österreich wird das Lebensalter ab dem eine Person aus juristischer Sicht als erwachsen gilt mit der Volljährigkeit bezeichnet. 1973 wurde das Alter der Volljährigkeit gesetzlich von 21 auf 19, und 2001 von 19 auf 18 Jahre herabgesetzt. Der Begriff der Adoleszenz wird im österreichischen Recht nicht verwendet. In der Forschungsliteratur wird von manchen AutorInnen die Adoleszenz synonym mit Jugend oder auch als jüngere Generation beschrieben.

Remschmidt (1992) geht daher auch von einem umfassenden Adoleszenzbegriff aus, welcher die Altersgruppe vom 12. beziehungsweise 14. bis zum 25. Lebensjahr umfasst (s. Tabelle 3).

Tabelle 3: Die verschiedenen Altersstufen von Kindheit und Adoleszenz nach Remschmidt (1992)

Bezeichnung	Kriterien
Säuglingsalter	Geburt bis Ende des 1. Lebensjahres
Kindesalter	Geburt bis Ende des 13. Lebensjahres
Jugendalter	14-18 Jahre
Heranwachsendenalter	18-21 Jahre
Junge Volljährige	18-25 Jahre
Minderjährige	Alle unter 18 Jahre
Erwachsene	Alle über 18 Jahre
Pubertät/Pubeszenz	12/14 Jahre
Adoleszenz (vielfach synonym mit „Jugend“)	12/14 Jahre – 25 Jahre

Hinsichtlich der Vielschichtigkeit der körperlichen und psychischen Veränderungen lässt sich die Adoleszenz nach Remschmidt (1992) wie folgt präzisieren:

1. Aus biologischer Sicht umfasst die Adoleszenz die Gesamtheit aller somatischen Entwicklungen, die am deutlichsten in der körperlichen Veränderung und der sexuellen Reifung sichtbar werden.
2. In psychologischer Betrachtung umfasst sie die individuellen Vorgänge des Erlebens, der Auseinandersetzung und der Bewältigung der somatischen Wandlungen. Hinzu kommen die damit verbundenen sozialen Reaktionen.
3. Soziologisch beschreibt die Adoleszenz ein Zwischenstadium, in dem die Jugendlichen die biologische Geschlechtsreife erreicht haben, jedoch noch nicht die bestimmten Rechte und Pflichten besitzen, welche ihnen die Teilnahme an wesentlichen Grundprozessen der Gesellschaft ermöglichen.
4. Zeitlich umfasst die Adoleszenz die Altersphase vom 12. beziehungsweise dem 13. bis zum 25. Lebensjahr.
5. Rechtlich bedeutet Adoleszenz eine Zunahme von Teilmündigkeit (vgl. ebd., S. 2f.).

Das Individuum durchlebt also in der Adoleszenz eine komplexe Entwicklung und eine vielschichtige Veränderung. Das letztendliche Ziel dieser Entwicklung ist eine stabile Trieborganisation, ein stabiles Ich sowie die Integration des Heranwachsenden in der Gesellschaft (vgl. Pforr 1997, S. 197).

### 3.2 Das Erwachsenwerden als Herausforderung in der Adoleszenz

Die Adoleszenzphase (unter Einschluss der Pubertät) kann auch als Durchgangsstadium vor dem Eintritt ins Erwachsenenalter verstanden werden. Aus dieser Sicht wird die Adoleszenz vorwiegend als ein notwendiger, aber ein mit Schwierigkeiten behafteter Schritt ins Erwachsenenalter angesehen (vgl. Remschmidt 1992, S. 2).

Unter dem Erwachsenenalter wird der Abschnitt vom Erreichen der Volljährigkeit bis hin zum Erreichen des hohen Alters verstanden. Es kennzeichnet also den so genannten mittleren Lebensabschnitt zwischen der Jugendzeit und dem Alter (vgl. Oepen 1992, S. 183). Der Prozess, den man im Durchgangsstadium Adoleszenz durchlebt, wird allgemein als Erwachsenwerden bezeichnet:

„Erwachsenwerden stellt einen Prozess dar, in dem ein Mensch Verhaltensmuster, Normen und Einstellungen erwirbt, die für seine Kultur und Gesellschaft relevant sind“ (Hurrelmann 1995, zit.n. Stöppler 2007, S. 107).

Nach Herbert Wohlhüter (1996) besteht die Leitvorstellung des Erwachsenwerdens aus mehreren Aspekten: Zuerst bedeutet Erwachsenwerden eine Zunahme von persönlicher Bewusstheit und Individualität. Außerdem sind damit die Möglichkeit des Sich-Entscheidens und die Zunahme von Selbstständigkeit verbunden. Ein besonderes Merkmal des Erwachsenwerdens besteht nach Wohlhüter auch im Erlernen des Ausbalancierens von individuellen Wünschen und Bedürfnissen einerseits sowie der äußeren Realität andererseits (vgl. ebd., S. 189). Grundsätzlich lässt sich das Erwachsenwerden als ein äußerst dynamischer Zustand beschreiben: Es findet eine ständige Weiterentwicklung statt. Der Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter ist durch individuelle Entwicklungsprozesse gekennzeichnet, in denen sich das Individuum mit den so genannten Entwicklungsaufgaben auseinandersetzt. Diese Aufgaben bestehen aus sozialen, psychischen und physischen Anforderungen, welche die Menschen in dieser Zeit bewältigen müssen (vgl. Stöppler 2007, S. 107). Nach Joachim Walter (1996) müssen Jugendliche in der Übergangsphase zum reifen Erwachsenen dreierlei leisten:

#### 1. Körperlich reif werden (Geschlechtsreife)

Hierzu gehört die Akzeptanz der eigenen körperlichen Erscheinung sowie die Übernahme und Ausgestaltung der Geschlechterrolle.

#### 2. Psychisch reif werden (geistig-seelische und sittliche Reife)

Die psychische Reife bezieht sich vor allem auf das Erlernen von verantwortungsvollem Verhalten sowie den Erwerb kritischer Urteilsfähigkeit. Ebenso ist der Aufbau des eigenen Wertesystems und des ethischen Bewusstseins



als Handlungsorientierung von großer Relevanz. Nach Walter (1996) ist dies jedoch nur durch die Lockerung der Gefühlsbindungen an die Eltern und primären Bezugspersonen möglich, da die „(...) emotionale Unabhängigkeit des Erwachsenen nur durch den Abbau der gefühlsmäßigen Unterordnung entsteht“ (ebd., S. 161).

### 3. Sozial-reif werden (Mündigkeit)

Unter der sozialen Reifung wird die Fähigkeit - beziehungsweise die Möglichkeit - verstanden, sich weitgehend selbstständig und unabhängig von der elterlichen Versorgung eine eigene Existenz aufbauen und erhalten zu können. Das endgültige Ziel besteht hierbei in der Integration ins Gemeinwesen (vgl. ebd.).

Nach dieser Beschreibung wird das Erwachsenwerden stets mit dem Erlangen eines bestimmten Reifezustandes verbunden. Dieser Zustand der Reife gilt als natürlich-organische Invariante als ein erstrebenswertes Ziel:

„Der Erwachsene hat seine ‚Vorbereitungszeit‘ hinter sich und ist ein ‚reifer Mensch‘ mit ‚gefestigter Persönlichkeit‘. Er hat ‚ausgelernt‘, d.h. den erforderlichen Wissensvorrat an Kulturtechniken, Fertigkeiten und Kompetenzen erworben, um als ‚vollwertiges‘ Mitglied seiner Gesellschaft mit der entsprechenden ‚Verhaltenssicherheit eines Erwachsenen‘ leben zu können“ (Walter/Hoyler-Herrmann 1987, S. 29).

Jedoch stellt gerade die Erlangung dieser endgültigen, unveränderbaren und fertigen Reife aus aktueller Sicht kein kritikloses Leitbild des Erwachsenwerdens dar. Bis heute wird die mangelnde Lernmotivation und Immobilität Erwachsener in vielen Publikationen immer wieder deutlich hervorgehoben. So kritisiert beispielsweise Stöppler (2007) ebenso das Bild des fertigen Erwachsenen, indem sie sich gegen eine Stufenkategorisierung des Erwachsenwerdens ausspricht:

„Erwachsenwerden und –sein lässt sich nicht als unveränderlicher, fertiger Zustand definieren, sondern impliziert ständige Weiterentwicklung, die sich nicht in gesetzmäßigen Stufentheorien festlegen lässt“ (ebd., S. 107).

Nach Remschmidt (1992) ist jedoch zumindest die Einteilung in zwei Phasen sinnvoll:

1. Die erste Phase ist vor allem durch zahlreiche somatische, psychische und psychosoziale Veränderungen charakterisiert: Es kommt zu einem „Verlust des Status der Kindheit“, während weitgehend noch unrealistische Vorstellungen vom Jugend- und Erwachsenenstatus bestehen. Die Pubertierenden nehmen hier eine Art Zwitterstellung ein: Sie sind zwar kein Kind mehr, jedoch haben sie auch als Jugendliche noch nicht Fuß gefasst.

2. Die zweite Phase des Erwachsenwerdens in der Adoleszenz kann als Stufe der Reorganisation betrachtet werden: Die in der ersten Phase weithin vorherrschende Unsicherheit und Beunruhigung nehmen ab, und es wird mehr Orientierung erlangt. Die Kindheit wird weitgehend hinter sich gelassen und es wird der Kontakt zu Gleichaltrigen aufgebaut. Es ist jedoch noch nicht gelungen, den Erwachsenenstatus zu erlangen und es entstehen Schwierigkeiten in der Identitätsfindung, wobei es zu Auseinandersetzungen mit den bestehenden Strukturen der Gesellschaft kommen kann (vgl. ebd. S. 4).

Das Erwachsenwerden wird also vor allem auch mit dem Erwerb „relativer Stabilität“ und „situationsunabhängiger Kompetenzen“ verbunden, die als ideales individuelles Verhaltensrepertoire verstanden werden können. Zu diesem Repertoire können folgende Kompetenzen gezählt werden:

„(...) z.B. ‚fähig, eigene Ziele zu setzen und zu verfolgen‘; Realität einschätzen können‘; ‚flexibles Reagieren auf Umweltaforderungen‘; ‚Bindungen (beruflich, familiär) eingehen können‘ (...)“ (Walter/Hoyler-Herrmann 1987, S. 28).

Der Erwerb dieses Repertoires und die Auseinandersetzung mit der Adoleszenz passiert jedoch in der Regel nicht ohne soziokulturell bedingte und milieureaktive psychische Krisen in der Entwicklungsphase des Jugendalters (vgl. Walter 2006, S. 163). Diese können auch dann auftreten, wenn einem Individuum bestimmte Entwicklungsschritte des Erwachsenwerdens aufgrund unterschiedlicher Bedingungen versagt bleiben. Gottschalch (1992) unterscheidet diesbezüglich auch zwischen der endlichen und einer unendlichen Adoleszenz:

„Die *unendliche Adoleszenz* tritt auf, wo den Heranwachsenden auf Dauer das Erwachsenwerden versagt bleibt. Sie werden dann zu einem Leben als Randpersönlichkeiten verurteilt, d.h. von der Mitarbeit an der Reproduktion der Gesellschaft ausgeschlossen, und müssen sich alimentieren lassen, worauf sie in der Regel mit affektiver Instabilität und Empfindlichkeit reagieren“ (ebd., S. 97).

Diese Definition der unendlichen Adoleszenz kann mit der Lebenssituation jugendlicher Menschen mit geistiger Behinderung während des Erwachsenwerdens in Verbindung betrachtet werden.

### 3.3 Behindertes Erwachsenwerden: Eine „unendliche Adoleszenz“

Der Verlauf der Adoleszenz ist stark von äußeren Einflüssen abhängig und kann als langwierig und kompliziert bezeichnet werden. Die Relevanz dieses Prozesses für die gesamte Entwicklung ist bei Jugendlichen ohne Behinderung allgemein anerkannt. Nach Pffor (1997) wird die Adoleszenz bei Jugendlichen mit geistiger Behinderung jedoch

meist unterschätzt (vgl. ebd. S. 197). Es muss zunächst davon ausgegangen werden, dass bei Menschen mit geistiger Behinderung die psychische Entwicklung vom ersten Tag an anders verläuft als bei Nichtbehinderten. Bereits vor der Adoleszenzphase können viele Entwicklungsmöglichkeiten nur unzureichend genutzt werden, woraus misslungene und widersprüchliche Strukturbildungen der Psyche resultieren können:

„Typische Merkmale der psychischen Struktur von geistig behinderten Menschen sind die allgemeine Ich-Schwäche, eine eingeschränkte Fähigkeit zu Objektbeziehungen und eine verminderte Möglichkeit zur Realitätsprüfung“ (ebd. S. 199).

Daher sind bereits wichtige Voraussetzungen für den Eintritt in die Adoleszenzphase bei Menschen mit geistiger Behinderung oft nicht gegeben (vgl. ebd.). Doch auch für Menschen mit geistiger Behinderung stellt das Erwachsenwerden einen Prozess dar, bei dem sie jene Verhaltensmuster, Normen und Einstellungen erwerben, welche für ihre Kultur und Gesellschaft maßgebend sind:

„Bei diesem Sozialisationsvorgang löst sich der Mensch allmählich aus der Abhängigkeit von der erzieherischen Autorität hin zur Selbstständigkeit des Wertens, Entscheidens und Handelns im Sinne der von ihm akzeptierten Normen“ (Speck 1997, S. 312).

Individuell vorangegangene Defizite beim Aufbau der psychischen Struktur verhindern bei Menschen mit geistiger Behinderung in der Adoleszenz oftmals diese notwendige Loslösung von den infantilen Bezugspersonen (vgl. Pforr 1997, S. 199). Doch gerade die Loslösung stellt einen entscheidenden Schritt im Erwachsenwerden dar: Speck (1997) geht davon aus, dass im Falle geistiger Behinderung die kognitive Bewältigung solcher Entwicklungsaufgaben zwar behindert sein mag, der Prozess des Selbstwerdens jedoch sowie die zentralen Bedürfnisse nach Loslösung von bisher bestehenden Autoritäten hin zu mehr Unabhängigkeit, Selbstentscheidung und Selbsthandeln deutlich zu beobachten sind. Dieser Prozess des Loslösens und das geltend machen eigener Entscheidungen verläuft nicht ohne Schwierigkeiten und Probleme. Diese Hindernisse sind in der Regel umso größer, je weniger die Menschen mit geistiger Behinderung durch Selbstständigkeitserziehung und die Möglichkeit des sozialen Lernens darauf vorbereitet wurden (vgl. ebd. S. 313).

Das soziale Umfeld stellt für das Erwachsenwerden einen äußerst wichtigen Einflussfaktor dar, denn weitgehende Autonomie kann sich bei Menschen mit geistiger Behinderung nur dann entfalten, wenn ihre Umwelt die bestehenden Bedürfnisse nach Loslösung und Unabhängigkeit auch ernst nimmt (vgl. Stöppler 2007, S. 107). Dieses direkte Umfeld besteht bei Menschen mit geistiger Behinderung zumeist aus den Eltern, der Familie oder den MitarbeiterInnen von Institutionen, die zumeist das gleiche Ziel

der Entwicklungsförderung verfolgen. Anstatt jedoch den Prozess der Verselbstständigung zu unterstützen, bauen sowohl Eltern als auch Einrichtungen während der Adoleszenz eher einen beschützenden Rahmen für die Jugendlichen mit geistiger Behinderung auf. Dabei versuchen sie stellvertretend deren Zukunft zu sichern (Pforr 1997, S. 200). In diesem Zusammenhang kann die psychische und soziale Entwicklung nicht nur verzögert, sondern vielfach gar nicht oder bestenfalls nur rudimentär geschehen. Zwar bieten heute zahlreiche Einrichtungen von Wohnheimen für Menschen mit geistiger Behinderung bessere Möglichkeiten zur sozialen Selbstständigkeit als früher, dennoch bleiben diese Möglichkeiten nach wie vor stark eingeschränkt. Lempp (1996) verweist darauf, dass neben diesem offenkundigen Phänomen die Frage nach der seelischen Reife in der Regel übersehen wird:

„Die seelische Reife, d.h. die Unabhängigkeit von den bisher betreuenden Erwachsenen, also meist den Eltern und die Selbstständigkeit, d.h. die Fähigkeit auch ohne die Eltern leben zu können, ist gerade in den letzten Jahrzehnten (...) zunehmend zum Problem geworden“ (ebd., S. 177).

Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass sich die sozialen Bedingungen, ein Kind mit geistiger Behinderung in der Familie zu behalten, in den letzten Jahrzehnten stark verbessert haben. Während früher viele Familien mit mehreren Kindern dazu gezwungen waren ihr Kind mit geistiger Behinderung schon vor dem Einschulungsalter in ein mehr oder minder geeignetes Heim zu geben, so ermöglichen heute zahlreiche soziale Einrichtungen und Unterstützungsleistungen (z.B.: Frühfördereinrichtungen, Werkstätten, ambulante Dienste) das Wohnen in der Familie. Daraus resultiert auch, dass sich Menschen mit geistiger Behinderung längerfristig an ihre Eltern binden – natürlich mit der Rückwirkung, dass sich auch die Eltern ihrerseits stärker auf ihr Kind mit geistiger Behinderung fixieren. Dies stellt oft eine Hürde für die Loslösung vom Elternhaus dar. Die Reifungsaufgabe sich im Zuge des Erwachsenwerdens von den Eltern zu lösen und eine bestimmte innere Selbstständigkeit zu erlangen ist aber eine Notwendigkeit, welche von der intellektuellen Entwicklung weitgehend unabhängig ist. Eine solche Loslösung stellt jedoch weder für die Jugendlichen mit geistiger Behinderung, noch für deren Eltern eine einfache Aufgabe dar, da diese in der Betreuung oftmals eine ausfüllende Lebensaufgabe gefunden haben. Die weitgehende Autonomie vom Elternhaus wird somit weit über die Pubertät und Adoleszenz hinausgezögert, obwohl den Eltern von einem logischen Standpunkt her klar ist, dass diese Symbiose zwischen ihnen und dem Kind mit geistiger Behinderung nicht von ewiger Dauer sein kann. Alternde Eltern sind den pflegerischen Aufgaben alleine schon körperlich oft nicht mehr gewachsen. Mit der Zeit fällt es aber immer schwerer die daraus resultierenden notwendigen Konsequenzen zu ziehen. Die optimale Lösung einer allmählichen Übersiedelung in ein Wohnheim am gleichen Ort ist oft nicht gegeben und

selbst dieser kleine Trennungsschritt wird meist lange hinausgeschoben. In einigen Fällen können die nötigen Entscheidungen überhaupt nicht mehr getroffen werden (vgl. ebd., S. 177f.). Lempp erachtet diesbezüglich vor allem das Verhalten der erziehenden Erwachsenen als problematisch:

„Es erscheint wichtig, sich klar zu machen, daß dieses Festhalten an der Symbiose zwischen dem behinderten Kind und den das Kind betreuenden Eltern nicht allein, vielleicht sogar zum wenigsten vom behinderten Kind selbst ausgeht, sondern von dem Erwachsenen“ (ebd., S. 178).

Es gilt also auch den (bewussten und unbewussten) Widerstand von Seiten jener zu beachten, die das Streben nach Selbstverwirklichung respektieren und unterstützen sollten (vgl. Speck 1997, S. 313). Walter und Hoyler-Herrmann (1987) fanden bei der Analyse von biographischen Interviews von Menschen mit geistiger Behinderung ebenso heraus, dass Erwachsensein im Allgemeinen kein Problem für die Betroffenen, sondern vielmehr für die Bezugspersonen ist. Alle erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung, welche in Institutionen lebten und in den biographischen Materialien zu Wort kamen, fühlten sich auch als erwachsene Menschen. Die wesentlichsten Gründe hierfür waren die Eingliederung in einem beruflichen Bereich, in welchem sie sich in ihrer Leistung anerkannt fühlten, Freund- und Partnerschaften sowie veränderte Wohn- und Lebenssituationen in diesem Lebensalter. Von denen, die im Elternhaus lebten, fühlten sich vor allem jene erwachsen, die eine partnerschaftliche Beziehung zu den Eltern erfahren konnten und auch eine Partner- oder Freundschaft außerhalb der Familie aufbauen konnten. Es ist zu vermuten, dass „(...) in traditionellen Strukturen die Bewohner durch situative Beeinträchtigungen und inhumane Lebensbedingungen nur schwerlich eine Erwachsenen-Identität aufbauen können“ (ebd., S. 238). Bei der Untersuchung konnten mehrere Verhinderungsgründe des Erwachsenseins herauskristallisiert werden: Als besonders problematisch gilt die Abhängigkeit, die aus besonders starken Mutter-Kind Beziehungen resultiert, oftmals durch Overprotection und dem häufigen Fehlen männlicher Identifikationsmodelle. Diese Abhängigkeit wird außerdem durch das unnötige Erledigen alltäglicher Verrichtungen seitens der Bezugspersonen verstärkt. Außerdem herrschen oftmals unterschiedliche Einflüsse auf die Erziehung während des Erwachsenwerdens vor: Während sich die Person mit Behinderung in der Werkstätte erwachsen verhalten soll, wird sie zuhause oftmals wie ein Kind behandelt. Ein weiterer interessanter Hinderungsgrund von Seiten der Eltern besteht in der Übertragung ihrer eigenen Ängste vor dem Erwachsenwerden auf ihre Söhne und Töchter mit Behinderung. Nicht zuletzt gelten auch mangelnde peergroup-Beziehungen für den Ablösungsprozess vom Elternhaus als hinderlich. Speck (1997) geht davon aus, dass das Erwachsenwerden mit geistiger Behinderung eher gelingen kann, wenn die enge Beziehung zu den Eltern durch partnerschaftliche Beziehungen

eingetauscht wird. Weiters besteht auch im Ausbleiben normalisierter zwischengeschlechtlicher Kontakte mit ein Grund für das „Kindbleiben“ von Erwachsenen mit geistiger Behinderung (vgl. ebd., S. 314).

Die meisten Bezugspersonen, vor allem die Eltern, teilen in der Regel nur selten die Selbsteinschätzung ihrer „Kinder“ mit geistiger Behinderung erwachsen zu sein (vgl. Hoyler-Herrmann 1987, S. 238). So wird beispielsweise der Auszug aus dem Elternhaus bei Menschen mit geistiger Behinderung nach wie vor möglichst lange hinausgezögert (vgl. Rohrmann/Schädler 2006, S. 236). Für Menschen mit geistiger Behinderung bestehen also auch von sozialer Seite erhebliche Hürden und Hindernisse, die es auf dem Weg zur Erwachsenenidentität zu überwinden gilt. Diese Problematik verdeutlicht, weshalb Jugendliche mit geistiger Behinderung meist auf dem Entwicklungsniveau einer „unendlichen Adoleszenz“ stehen bleiben. Sie können das erklärte Hauptziel der Adoleszenz – die Ausbildung einer reifen Persönlichkeit – nicht erreichen. Eine veränderte Haltung der Umwelt würde jedoch diesen Jugendlichen, die auch als Erwachsene noch wie Kinder behandelt werden, große Entwicklungschancen eröffnen (vgl. Pforr 1997, S. 207).

### 3.4 Die Erwachsenenidentität von Menschen mit geistiger Behinderung

Der Erwerb einer Erwachsenenidentität ist - wie bereits erwähnt - für Jugendliche mit geistiger Behinderung zumeist mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden. Stöppler (2007) nennt mehrere Aspekte, durch welche sich das Erwachsenwerden für Menschen mit geistiger Behinderung als relativ problematischer Prozess vollziehen kann:

„(...) Definitionen des Erwachsenenstatus von Nichtbehinderten, Fremdbestimmung der Bedürfnisse, Zentralisierung des Alltags, Institutionalisierung des Lebens, Selbstdefinition der Helfer über die Hilfsbedürftigkeit der Menschen mit geistiger Behinderung (...)“ (ebd., S. 107).

All diese Faktoren können letztlich zu einer Infantilisierung, einer Überbehütung und auch Überversorgung führen, welche sich für das Erwachsenwerden als hinderlich erweisen. Die finanzielle Unabhängigkeit, der Eintritt in die Erwerbstätigkeit sowie die eigene Wohnung sind für eine große Anzahl von Menschen mit geistiger Behinderung nach wie vor schwer erreichbare Ziele, die sie ohne fremde Hilfe kaum verwirklichen können (vgl. ebd., S. 107f.). Für Menschen mit geistiger Behinderung ist es also offensichtlich erheblich schwieriger, als Erwachsene zu gelten, als für Nichtbehinderte.

Speck (1997) konnte anhand von Befragungen feststellen, dass jugendliche Menschen mit geistiger Behinderung durchaus auch selbst über die Ambivalenz ihrer Zukunft als Erwachsene bescheid wissen. Die Ergebnisse zeigen jedoch auch, dass sich die

Mehrzahl der Menschen mit geistiger Behinderung auf das Erwachsenwerden freut: Als Gründe wurden vor allem das Geldverdienen, die Möglichkeit des schönen Anziehens und Schminkens sowie eine erhöhte Selbstständigkeit angegeben. Die Befragten, die lieber ein Kind bleiben wollten, gaben als Grund dafür an, dass man als Erwachsener Arbeiten müsse und allein sei. Auch die Angst vor dem Alter und dem Tod sowie die Angst vor dem Verlust der Eltern wurden genannt. Wichtig sind jedoch vor allem die Wünsche und Bedürfnisse, welche für das Erwachsensein bestehen:

„Die Zukunftswünsche richten sich u.a. darauf, einen Beruf auszuüben, den Führerschein zu machen, zu heiraten und Kinder zu haben, eine eigene Wohnung zu haben, oder mit mehreren Leuten zusammenzuwohnen, die einem helfen, wenn was ist, oder Reisen, Ausflüge machen, abends auszugehen, zu tanzen, mit Freunden wegzugehen“ (ebd., S. 313).

Besonders deutlich wird auch der Wunsch nach Familiengründung geäußert. Für viele Menschen mit geistiger Behinderung besteht auch das große Ziel von Heirat und Partnerschaft, was oftmals auch mit Kinderwünschen einhergeht (vgl. ebd.). Wir haben es hier also mit äußerst gewöhnlichen und normalen Wünschen hinsichtlich des Erwachsenenalters zu tun. Diese Alltagskriterien sozialer Erwachsenenheit können jedoch oftmals nicht erfüllt werden. Der Normwert des Erwachsenseins schließt geistige Behinderung in der Regel aus. Dies wird auch durch die Untersuchung von Walter und Hoyler-Herrmann bestätigt: Keiner der befragten Menschen mit geistiger Behinderung konnte eine altersstufenspezifische Verhaltenskonsistenz oder eine selbstverpflichtete, eigenverantwortliche Rollenübernahme in Familie und Beruf nachweisen. Sie wurden daher vom sozialen Umfeld als unmündig und unreif betrachtet. Ihnen wurde also der Erwachsenenstatus abgesprochen, da ihre individuellen Fähigkeiten nicht der Norm entsprachen und sie ihre „Lebensaufgaben“ nicht innerhalb des soziokulturellen Normbereichs oder des normierten Lebensalters erfüllen konnten (vgl. ebd. 1987, S. 238). Daher ist vor allem bei Menschen mit geistiger Behinderung ein permanentes Auseinanderklaffen des chronischen- und des sozialen Alters zu beobachten. Dies wird von den Bezugspersonen oftmals als Grund für das Absprechen des Erwachsenenstatus gesehen. Daher wird auch oftmals nicht die Erwachsenennorm, sondern nur die „Große-Kindnorm“ für Menschen mit geistiger Behinderung in Anwendung gebracht (vgl. ebd., S. 238f.). Bestmögliche Autonomie kann sich bei Menschen mit geistiger Behinderung aber nur dann verwirklichen, wenn - wie bereits erwähnt - das soziale Umfeld die bestehenden Bedürfnisse nach Loslösung und Unabhängigkeit auch ernst nimmt (vgl. Stöppler 2007, S. 107f.).

Im Grunde besteht das größte Hindernis, welches sich für Erwachsene mit geistiger Behinderung stellt, in der gesellschaftlichen Definition des Erwachsenseins. Sie werden

mit bestimmten Vorstellungen und Rollenerwartungen konfrontiert und müssen sich hinsichtlich ihrer Entwicklung zum Erwachsensein an klischeehaften Maßstäben messen (vgl. Wohlhüter 1996, S. 190f.). Da im Alltagsverständnis diejenigen als erwachsen gelten, denen die Umwelt diesen Status zuerkennt, sofern sie eigenständig und selbstverantwortlich die reife Erwachsenenrolle erfüllen, dann wird es offensichtlich, dass Menschen mit geistiger Behinderung diesen gesellschaftlich definierten Zustand wohl kaum erreichen werden. Sie sind aus Sicht des Alltagsverständnisses nicht in der Lage erforderliche Kulturtechniken und soziale Kompetenzen so zu erwerben und anzuwenden, dass sie als „gefestigte Persönlichkeiten“ die erwartete Stabilität des geforderten Verhaltens aufweisen (vgl. Walter/Hoyler-Herrmann 1987, S. 32). Dabei verdeutlicht sich gerade bei Menschen mit geistiger Behinderung, dass keine klare Grenze zwischen dem Erwachsenwerden und dem Erwachsensein gezogen werden kann. Die beiden Ausdrücke können teilweise auch synonym verwendet werden, da es sich eher um einen dynamischen Prozess als um einen statischen Zustand handelt. Weiters verläuft der Prozess des Erwachsenwerdens nicht auf allen Möglichkeitsebenen eines Menschen mit geistiger Behinderung in derselben Weise. Das bedeutet, dass in bestimmten Teilbereichen auch mehr „Erwachsenheit“ zustande kommen kann. Der Mensch mit geistiger Behinderung kann zwar körperlich erwachsen, in anderen Bereichen jedoch wie ein Kind sein (vgl. Wohlhüter 1996, S. 190f.):

„Wir sollten einem Menschen mit einer geistigen Behinderung dies zugestehen, daß er *ungleichzeitig erwachsen* werden kann. Es wäre ja auch denkbar, daß der Geistigbehinderte im emotionalen Bereich viel erwachsener ist als einer, der im Intellektuellen dem Behinderten überlegen ist“ (ebd.).

Der Übergang ins Erwachsenenalter kann bei Menschen mit geistiger Behinderung also nicht an einem einzigen Kriterium festgemacht werden. Das Erwachsenwerden und -sein muss primär als Sozialisationsprozess gesehen werden, der im Wesentlichen durch soziales Lernen zustande kommt. Das bedeutet, dass das Lernen auch für Menschen mit geistiger Behinderung einen zentralen Stellenwert besitzt, selbst wenn es ihnen in manchen Bereiche schwerer fallen mag. Wissenschaftliche Befunde lassen erkennen, dass es für Menschen mit geistiger Behinderung durchaus eine Entwicklung über das Kind-Stadium hinaus gibt. Diese Entwicklung kann jedoch nur dann realisiert werden, wenn die entsprechenden sozialen Lernprozesse systematisch angeregt und unterstützt werden (vgl. Speck 1997, S. 314). Die von Walter und Hoyler-Herrmann (1987) analysierten Lebenswirklichkeiten von Menschen mit geistiger Behinderung verdeutlichen ebenso, dass deren Leben nicht schon im Vorhinein zu Krisen verurteilt ist und ebenso gelingen kann. In den Interpretationen ihrer Ergebnisse legten sie schon damals dar, dass Erwachsene mit geistiger Behinderung durchaus in der Lage sind ihr Leben in einer Wohngruppe, einem positiv unterstützendem Elternhaus oder am



Arbeitsplatz aktiv zu gestalten. Selbst Zukunftspläne für noch selbstständigeres Wohnen und Partnerschaften konnten umgesetzt werden. Sie widerlegten damit frühere sonderpädagogische Positionen, welche ein begrenztes, relatives Erwachsensein für Menschen mit geistiger Behinderung formulierten und konnten ihre Hypothese einer individuellen Erwachsenenidentität bestätigen (vgl. ebd.). Menschen mit geistiger Behinderung gelingt es demnach eine Erwachsenenidentität zu finden, wenn der Begriff des Erwachsenseins für sie relativiert und normalisiert wird. Es muss ihnen die Möglichkeit zum individuellen Erwachsensein geboten werden, wobei sich ihre Grundbedürfnisse mit denen decken, die auch von nichtbehinderten Erwachsenen geäußert werden: „(...) Bedürfnisse nach Liebe, Zuwendung, Freiheit und Selbstbestimmung (...)“ (ebd., S. 240). Wohlhüter (1996) erachtet den Aspekt der Versorgung zwar als wichtig, dabei darf es jedoch zu keiner Fremdbestimmung oder einer haltlosen Bevormundung kommen. Dem Menschen mit geistiger Behinderung soll nichts aufgezwungen werden und er soll beim Erwachsenwerden auch nicht in eine vorbestimmte Entwicklungsrichtung gestoßen werden. Die Realisierung des Entwicklungsimpulses darf nicht verhindert werden (vgl. ebd., S. 193).

In diesem Zusammenhang soll auch das Modell der dialogischen Entwicklungsplanung erwähnt werden. Mit diesem Modell soll die Möglichkeit geboten werden, den heute gestellten Anforderungen nach größerer Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung besser gerecht zu werden:

„Bei der dialogischen Entwicklungsplanung sieht man als Grundlage der Planung die Bedürfnisse und Interessen der Menschen mit Behinderung und deren Lebensstil an. Diese Art der Entwicklungsplanung setzt eine maximale Einbeziehung der betroffenen Person in den Planungsprozess voraus. Die Person mit geistiger Behinderung bestimmt selbst die Ziele für die Entwicklungsplanung“ (Bensch/Klicpera 2003, S. 34).

In der dialogischen Entwicklungsplanung sollen die Ziele regelmäßig mit den jeweiligen KlientInnen festgelegt werden, um eine so genannte „Fehlbetreuung“ zu vermeiden. Damit keine Fremdbestimmung der Betroffenen stattfindet, unterliegt das gesamte Handeln ständiger Reflexion. Dabei werden die Unterstützungsziele stets an die Wünsche und Vorstellungen des Menschen mit geistiger Behinderung angepasst. Durch das zielgerichtete Handeln der betreuenden Personen soll der Prozess der Entwicklungsplanung systematisiert werden (vgl. ebd., S. 34f.).

Erst im Laufe der letzten Jahrzehnte wurden Maßnahmen zur Entwicklungsförderung für Menschen mit geistiger Behinderung entwickelt (vgl. ebd., S. 10ff.). In der Forschungsliteratur wird mittlerweile der Standpunkt vertreten, dass Menschen mit geistiger Behinderung durchaus in der Lage sind, behindernde Erschwernisse ihres

Lebens zu bewältigen. Es wird jedoch auch gleichzeitig auf den wichtigen Faktor der Unterstützung verwiesen. Eine gelingende Erwachsenenidentität können Menschen mit geistiger Behinderung nur dann entwickeln, „(...) wenn sie Unterstützung erfahren“ (Walter/Hoyler-Herrmann 1987, S. 239). Damit Menschen mit geistiger Behinderung am gesellschaftlichen Leben teilhaben können, sind sie in vielen Lebensbereichen auf Hilfe angewiesen. Dies wird vor allem auch im Übergang ins Erwachsenenalter deutlich. Es stellt sich also somit die Frage nach der richtigen Hilfe, um Menschen mit geistiger Behinderung in ihrem Erwachsenwerden und –sein adäquat unterstützen zu können und sie gleichzeitig in ihrer persönlichen Entwicklung zu fördern. Pforr (1997) beschreibt, dass dafür die progressiven Kräfte der Entwicklung von Menschen mit geistiger Behinderung im diffusen Erscheinungsbild misslingender Adoleszenzverläufe aufgespürt werden müssen. Den Betroffenen mit geistiger Behinderung muss ein pädagogischer Rahmen geboten werden, welcher ihnen Gelegenheit zum persönlichen Wachstum gibt (vgl. ebd., S. 207f.). Stöppler (2007) verweist diesbezüglich ebenso auf den zentralen Aspekt der Unterstützung im Erwachsenwerden, welcher notwendig ist, damit es Menschen mit geistiger Behinderung gelingen kann, eine individuelle Erwachsenenidentität auszubilden:

„Zum Prozess des Erwachsenwerdens brauchen Menschen mit geistiger Behinderung individuelle Unterstützung und Assistenz“ (Stöppler 2007, S. 108).

## 4 Der Bedarf an Hilfe und Unterstützung

### 4.1 Bedürfnis und Bedarf

Der Bedürfnisbegriff findet in der Pädagogik häufig Verwendung und wird von einigen AutorInnen sogar zu den „(...) meistbenutzten und vielfach heimlichen Hauptbegriffen“ gezählt (Möller 1988, zit.n. Bundschuh/Lindmeier 1999, S. 28). Dabei wird er aber oftmals mit alltagssprachlicher Naivität gehandhabt und konnte sich somit nicht als Grundkategorie pädagogischer Arbeit systematisch entfalten. Aus diesem Grund wird der Begriff Bedürfnis in pädagogischen Nachschlagewerken oftmals vergebens gesucht. Seiner Funktion tut dies jedoch offenbar keinen Abbruch (vgl. Bundschuh/Lindmeier 1999, S. 28). Krech und Wendt (1971) bezeichnen Bedürfnisse aus psychologischer Sicht als das Erleben der Notwendigkeit, einen Mangel-Zustand „(...) abzustellen, zu mildern oder zu korrigieren“ (ebd., S. 201f.). Dabei können zwei Bedeutungsaspekte des Bedürfnisbegriffes ausfindig gemacht werden: Der erste bezieht sich auf einen körperlichen oder psychischen Mangelzustand und kann somit auch als objektives Bedürfnis (oder Bedarf) bezeichnet werden. Der zweite Aspekt beschreibt das Erleben dieses Mangelzustandes und bezieht sich somit auf das subjektive Bedürfnis (vgl. Bundschuh/Lindmeier 1999, S. 28). Bedürfnisse sind „(...) nicht identisch mit den objektiven Erfordernissen des Körpers oder der Umwelt“ (Krech/Wendt 1971, S. 201f.), sondern gelten im Grunde als Ergebnis individueller Bildungsprozesse (vgl. Klaufß 2007, S. 40). Auch die Bedürfnisse von Menschen mit geistiger Behinderung sind stark von den jeweiligen Erfahrungen der Sozialisation geprägt (vgl. Skocek/Tischina 1982, S. 103ff.). Wenn jedoch Lernmöglichkeiten vorenthalten werden, so wird auch die Bildung im Bereich der Bedürfnisse behindert. Es besteht daher die pädagogische Notwendigkeit, Menschen mit geistiger Behinderung die Bildung ihrer Bedürfnisse zu ermöglichen: So können die Betroffenen beispielsweise in integrativen Wohnprojekten neue Bedürfnisse entwickeln. Um ein bestimmtes Bedürfnis auszubilden, muss der Mensch also mit möglichen Formen seiner Befriedigung in Kontakt kommen (vgl. Klaufß 2007, S. 40f.).

Hinsichtlich der Normalisierung und Inklusion ist es auch wichtig, dass allen Menschen im Prinzip die gleichen Bedürfnisse zugestanden werden. Feuser (1989) beschreibt, dass jeder Mensch in „(...) seinen Bedürfnissen, seinen Emotionen, seinem Erleben, seinen Motiven und Tätigkeiten (...)“ anderen gleich sei (ebd., S. 14). Es darf also keinem Menschen mit geistiger Behinderung das Bedürfnis hinsichtlich einer bestimmten Sache aufgrund seiner Beeinträchtigung abgesprochen werden. Dabei gilt es zu beachten, dass

zwar allen Menschen die gleichen Bedürfnisse zugestanden werden müssen, diese aber bei jeder Person individuell ausgeprägt sind. In der Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung ist die Orientierung an Bedürfnissen vor allem im didaktischen Prinzip der Individualisierung verankert. So sollen sich beispielsweise Lerngegenstände an den individuellen Interessen und Bedürfnissen dieser Menschen orientieren (vgl. Klauß 2007, S. 40). Laut Haisch (2004) hängen die Bedürfnisse von den individuellen Eigenarten ab, die sich im besonderen Ausmaß auf die Bedürfnisse auswirken. Er nennt dabei folgende individuelle Eigenarten:

1. Die Eigenart der organismischen Verfassung bezieht sich auf den besonderen Bedarf von Wohnung, Kleidung, Körperpflege, Wärme, Sauerstoff und Flüssigkeit sowie die Besonderheiten der Ernährung, der Entwicklung und dem Altern, der Aktivierung und der Erholung sowie dem Tagesrhythmus.
2. Die Eigenart der Bewegungsentfaltung, der Bewegungsgefühls und der Bewegungsbelastung.
3. Die Eigenart des persönlichen Genusses, des Geschmacks und der Unterhaltung.
4. Die Eigenart der Vorlieben, der (spontanen, spielerischen) sozialen Beziehungen sowie der (lebenspraktischen) Fertigkeiten.
5. Die Eigenart der Neugier, des Umgangs mit Fiktivem und Entwürfen, und des persönlichen Stils. (vgl. ebd., S. 7).

Diese individuellen Eigenarten sind im strengeren Sinn nicht als einzigartig oder als besonders zu verstehen: Würde der Mensch nur als „eigen“ - also ganz auf sich bezogen, unvergleichlich und letztlich auch unverständlich - begriffen werden, so gelänge kein Zugang zu den Bedürfnissen. Dennoch ist jeder Mensch einzigartig:

„(...) allerdings in seiner Eigenart, die Formen der Lebensführung zu praktizieren, die alle anderen auch praktizieren. Nur so erscheint er verständlich, nur so lässt sich über Bedürfnisse reden, nach Mitteln der Befriedigung suchen, sie organisieren und in ihrer Realisierung überprüfen“ (ebd., S. 7)

Auch das Postulat der besonderen Bedürfnisse für eine Gruppe von Menschen ist äußerst fragwürdig, da diese, wie soeben ausgeführt, ohnehin immer individuell, also stets besonders sind (vgl. Klauß 2007, S. 40). Sogar die so genannten biogenen Primärtriebe sind individuell ausgeformt und hinsichtlich ihrer speziellen Ausprägung stets von Begegnung mit der jeweiligen Kultur und ihrer Vielfalt abhängig. Es ist auch nicht ausreichend, kindliche Bedürfnisse zum Ausgangspunkt für die Pädagogik von Menschen mit geistiger Behinderung zu machen (vgl. Feuser 1989, S. 34). Oftmals wird nämlich die nicht unproblematische Unterscheidung zwischen vermeintlich höheren und niedrigeren Bedürfnissen getroffen: Bei niedrigen Bedürfnissen wird auch vom Nötigsten oder vom Grundbedürfnis gesprochen. Eigenschaften wie satt, sauber und

trocken scheinen direkt aus den Wünschen der Betroffenen selbst zu entspringen. Dabei bezieht man sich auf eine Prioritätensetzung, welche angeblich in der Natur des Menschen ihren Ursprung hat:

„(...) den Zwang, den nur die Not kennt, sich entscheiden zu müssen zwischen ‚Überlebensnotwendigem‘ und allem Übrigen, dem ‚Luxus‘ in dieser Sichtweise: dem nicht Lebensnotwendigen“ (Haisch 2004, S. 2).

Auf diese Weise wird jedoch das Bedürfnis seiner Individualität beraubt. Der Mensch scheint nur mehr seinen Bedarf des Nötigsten zu decken, wie andere Organismen auch. Es kommt dabei aber außer Betracht, dass ein Bedürfnis sehr viel facettenreicher ist als die bloße Erfüllung des (Über-)Lebensnotwendigen. So mag es beispielsweise sein, dass die Lieblingsspeise eine weitaus größere Bedeutung für den Menschen besitzt als deren Nährstoffgehalt. Durch die Not vermag der Mensch vielleicht eine endlose Toleranz gegenüber dem was er isst und wie er es isst entwickeln - „(...) sein Bedürfnis verlangt sicher nicht danach“ (ebd.). Die höheren Bedürfnisse hingegen werden vor allem in den Sicherheits-, Zuhörens, Liebes- und Wertschätzungsbedürfnissen sowie in der Selbstaktualisierung und der Selbstgestaltung ausgemacht (vgl. Maslow 1977, zit.n. Klauß 2007, S. 41). Eine derartige Hierarchisierung von Bedürfnissen legt den Trugschluss nahe, grundlegende Bedürfnisse seien unbedingt zu erfüllen, während man andere hintanstellen könne. Aus dieser Behauptung resultiert auch die fatale Annahme, dass beispielsweise Menschen mit schwersten Behinderungen nur Pflege brauchen (vgl. Klauß 2007, S. 41). Grundsätzlich gilt es jedoch ebenso zu beachten, dass die so genannten Grundbedürfnisse weiterhin eine wesentliche Rolle spielen.

Da der Bedürfnisbegriff wie erwähnt einerseits das subjektive Erleben und andererseits die objektive Komponente eines Mangels beschreibt, hat sich für die letztgenannte Bedeutung im allgemeinen Sprachgebrauch der Bedarfsbegriff als Bezeichnung durchgesetzt (vgl. Bundschuh/Lindmeier 1999, S. 29). Es besteht ein deutlicher Unterschied zwischen dem individuellen Bedürfnis und dem Bedarf: Im Alter verliert sich beispielsweise oftmals das Bedürfnis nach Getränken - trotz vorhandenem Flüssigkeitsbedarf. Vor allem aus sozialpolitischer und rechtlicher Perspektive erhält der Bedarfsbegriff maßgebliche Bedeutung. Durch ihn werden die Ansprüche der Hilfesuchenden zur Absicherung eines menschenwürdigen Lebens bezeichnet (vgl. Heinrich 1992, S. 63). So findet sich im steirischen Sozialhilfegesetz (SHG 1998) die Bezeichnung des Lebensbedarfes. Zu diesem zählen der Lebensunterhalt, die erforderliche Pflege, die Krankenhilfe, die Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen sowie die Erziehung und Erwerbsfähigkeit. Es ist auch gesetzlich verankert, dass der ausreichende Lebensbedarf durch geeignete Maßnahmen sichergestellt werden muss, je nach Zweckmäßigkeit entweder durch Geld- oder

Sachleistungen (vgl. ebd., § 7, Abs. 1f.). Das Recht auf Hilfe zur Sicherung des Lebensbedarfes besteht dabei konkret für jene Personen, die nicht in der Lage sind den Lebensbedarf für sich und für unterhaltsberechtignte Angehörige aus eigenen Mitteln und Kräften zu beschaffen, und ihn auch nicht von anderen Personen oder Einrichtungen erhalten (vgl. ebd., § 4, Abs. 1). Rechtlich ist man auf die Formulierung eines objektiven Bedarfes angewiesen, um die Befriedigung subjektiver Bedürfnisse sicherstellen zu können. Dies ist vor allem für Sozialgesetze von großer Relevanz: Da Bedürfnisse - wie bereits ausgeführt - stets individuell zu betrachten sind, findet dieser Begriff auch im steirischen Behindertengesetz (StBHG 2004) kaum Verwendung. Er wird lediglich im dritten Absatz des 4 Paragraphen (Formen der Hilfeleistung) verwendet, in dem darauf verwiesen wird, dass der Mensch mit Behinderung berechtigt ist, unter den für seine Bedürfnisse in Frage kommenden gleichartigen Einrichtungen und Diensten zu wählen (vgl. ebd., § 4, Abs. 3). Interessanterweise sucht man jedoch auch den Bedarfsbegriff (im Sinne des objektiven Bedürfnisses) fast vergeblich: Es ist nur einmal vom individuellen *Hilfebedarf* die Rede (vgl. ebd., § 42, Abs. 5), der jedoch ebenso nicht genauer spezifiziert wird. Es wird im steirischen Behindertengesetz nicht von der Sicherstellung der Bedarfsdeckung, sondern vielmehr von der rechtlichen Gewährung von *Hilfeleistungen* gesprochen. Dieser Ausdruck findet insgesamt 35-mal Verwendung. Insofern verständlich, da sich das gesamte steirische Behindertengesetz als ein Gesetz über die Hilfeleistungen von Menschen mit Behinderung versteht:

„Durch Gesetzesmaßnahmen, Leistungen und Beratung sollen Menschen mit Behinderung altersentsprechend Zugang zu den verschiedenen Lebensbereichen wie Familie, Erziehungs- und Bildungswesen, Arbeit und Beschäftigung, Gesundheitsversorgung sowie Kultur und Freizeit haben, um ihnen – wie nicht behinderten Menschen auch – die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen“ (ebd., § 1).

Auch wenn in diesem ersten Paragraphen der Bedarfsbegriff nicht explizit verwendet wird, so verfolgen die Leistungen dennoch das Ziel der Bedarfsdeckung. Es wird davon ausgegangen, dass Bedürfnisse hinsichtlich der Teilhabe in den unterschiedlichen Lebensbereichen bestehen. Diese Bedürfnisse sollen durch die gesetzliche Sicherstellung verschiedenster (Hilfe-)Leistungen befriedigt werden - oder genauer gesagt: Es handelt sich um die Deckung des Bedarfes an gesellschaftlicher Teilhabe. Aus rechtlicher Perspektive wäre der Bedarf des Menschen also das, was ihm die Gesellschaft zu bieten bereit ist, oder in der Lage ist zu geben. Nach Haisch (2004) ist das aber eine sachlich nicht haltbare Auffassung, denn wessen ein Mensch nun bedarf ist nicht unbedingt identisch mit dem, was das Gemeinwesen ihm zu geben bereit ist. Es kann auch sehr unterschiedlich von dem sein, was Institutionen oder Pflegekräfte für die

Bedürfniserfüllung als wesentlich erachten. Die Bedarfsdeckung verlangt zwar Aufwand, Personaleinsatz und Sachmittel, oftmals wird aber der Bedarf selbst als Aufwand identifiziert: Dasjenige also, was in Inhalt und Umfang bereits geleistet wurde, wird zum Maß zukünftiger Leistungen. Aus diesem Verständnis heraus braucht der Mensch das, was ihm die Gesellschaft bietet, beziehungsweise bisher geboten hat. Somit würde der Bedarf als Bedürfnis gelten, welches im Verhältnis der vorfindbaren Produkte steht und auch als Spiegel der (bisherigen) Teilhabe am gesellschaftlichen Reichtum dient. Die methodische Problematik der Bedarfsbestimmung liegt aber darin, dass der bisherige Aufwand nicht einfach als Richtschnur genommen werden kann. Der bereits erfüllte Aufwand beschreibt lediglich seinen Inhalt und Umfang, und kann somit nicht einfach als Maßstab zukünftiger Arbeit herangezogen werden. Vielmehr lässt sich der Bedarf als begründetes und verantwortetes Bedürfnis verstehen. Dabei stellt sich aber wiederum das Problem, dass jeder Bedarf grundsätzlich auf Bedürfnissen der individuellen Lebensführung beruht - und diese sind in ihrer „Eigenart“ nicht zu begründen. Ebenso wenig kann das individuelle Leben selbst in Frage gestellt werden, als ob es Legitimation und Erlaubnis bedürfe. Es kann also nur das Allgemeine, nicht das „Eigenartige“ von Bedürfnissen begründet werden (vgl. ebd., S. 1ff.). Man kann hier also vom verallgemeinerbaren Bedarf sprechen:

„Im Bedarf ist das Wollen, Können und Verfügen im Allgemeinen beschrieben, das es dem Individuum *ermöglicht*, seine besonderen Bedürfnisse zu leben“ (ebd., S. 8).

Aus dieser Perspektive kann der Bedarf als eine Sache wissenschaftlicher Reflexion vorgefundener menschlicher Bedürfnisse gesehen werden. Dabei soll der Bedarf aber nicht ausschließlich als „reflektiertes Bedürfnis“ verstanden werden, weil sein Inhalt auch stets von der Anerkennung der gültigen Instanzen der Gesellschaft abhängig ist:

„Bedarfsbestimmung ist daher keine Sache ausschließlich wissenschaftlicher Diagnostik, sondern notwendig (...) auch die Einnahme eines engagierten sozialpolitischen Standpunktes gegenüber dem Menschen, dessen Bedarf da beurteilt wird“ (ebd., S. 8).

## 4.2 Der Begriff der Hilfe

Menschen mit (geistiger) Behinderung besitzen in mehreren Lebensbereichen oftmals Bedürfnisse, welche sie nicht ohne Hilfe und Unterstützung erfüllen können (vgl. Hoffmann/Theunissen 1999, S. 132). Aufgrund dessen besitzen sie nach Maßgabe der Bestimmungen des steirischen Behindertengesetzes einen Rechtsanspruch auf Hilfeleistungen (vgl. StBHG 2004, § 2, Abs. 1). Durch diese Hilfeleistungen wird das Ziel verfolgt, den vorhandenen Bedarf an gesellschaftlicher Partizipation von Menschen

mit Behinderung zu decken. Dabei wird der Hilfebegriff in vielen Variationen und Kombinationen verwendet, ohne dabei auf den eigentlichen Begriff der Hilfe einzugehen. Umgangssprachlich bezeichnet das Wort Hilfe ein altruistisches, also ein selbstloses oder uneigennütziges Verhalten, und meint die Unterstützung eines Anderen ohne Gegenleistung (vgl. Henke/Piel/Tod 2003). Die damit verbundene Tätigkeit wird als Helfen bezeichnet (vgl. Hoffmann/Theunissen 1999, S. 132). Es gilt als umstritten in welchem Verhältnis der Hilfebegriff zu den klassischen Grundbegriffen der Pädagogik wie Erziehung und Bildung steht. Dennoch erfreut sich der Begriff, zusammen mit seinen bedeutungsähnlichen Umschreibungen, zunehmender Verbreitung. Georg Antor (2001) sieht die Ursache hierfür in den gesellschaftlichen Entwicklungen, insbesondere im Erziehungssystem, woraus auch Veränderungen der Begriffe resultieren können: Die Pädagogik erleidet im Zuge des tiefgreifenden Wertewandels einen Bedeutungsverlust. Aufgrund der allgemeinen Pluralisierungstendenzen vermag sie die beanspruchte Verbindlichkeit ihrer Anforderungen nur schwer zu behaupten (vgl. ebd., S. 25). Weiters geschieht eine „Universalisierung“ und „Entgrenzung“ der Pädagogik. Sie ist heutzutage im Lebens- und Tagesablauf allgegenwärtig geworden:

„(...) von der pränatalen Betreuung durch die Hebamme bis zur Gerontopädagogik, von der morgendlichen Stimme im Radiowecker bis zu den Spätnachrichten“ (Wimmer 1996, zit.n. Antor 2001, S. 25).

Diese Entwicklungen führen zu einer merkbaren Begriffsverschiebung innerhalb der Pädagogik, zu Lasten einiger tradierter Konkurrenz-begriffe. Durch die ansteigende Verbreitung des Hilfebegriffes gewinnt dieser auch maßgebend an Bedeutung. Vor allem im Bereich von Menschen mit Behinderung scheint sich durch den Hilfebegriff das gemeinsame pädagogische Handeln zu identifizieren (vgl. Antor 2001). Dennoch wird die Hilfe in den Institutionen, Professionen und Lebensaltern unterschiedlich behandelt. So vertauschen sich im Laufe des Lebens beispielsweise die Altersrollen von HelferInnen und AdressatInnen. Für ein lebenslauforientiertes Disziplinverständnis wird die Hilfe daher als ein inhaltlich weitgehend unspezifischer Oberbegriff empfohlen (vgl. Zinnecker 1997, S. 199ff.). Der Hilfebegriff übernimmt im pädagogischen Kontext eine inhaltlich verdeutlichende Funktion, speziell in der Frage der Erziehung. Helfen stellt somit eine Art Handlungsregel dar, wie erzogen werden soll: „(...) durch Hilfe, nicht nur eine transitiv gedachte, kausal mit Wirkung verknüpfbare Einflussnahme (...)“ (Antor 2001, S. 26).

Weiters wird der Hilfebegriff oftmals mit der Notlage von Menschen in Verbindung gebracht, welche dadurch behoben werden soll. Speck (1997) begründet den Ursprung jeglicher Hilfe in der Not, da es letztendlich diese ist, welche sämtliche Hilfe hervorruft und erzeugt. Jene Menschen, welche der Not ausgeliefert sind, werden auch als



hilfsbedürftige Menschen bezeichnet. Indem aber die Not durch die Hilfe überwunden wird, kann sich deren Zustand verändern und die Lebensqualität steigen (vgl. ebd., S. 65ff.). Durch die Hilfe wird den Menschen etwas gegeben, was sie selbst nicht besitzen, oder selbst aus eigener Kraft nicht aufbringen können. Damit verdeutlicht sich auch das letztendliche Ziel jeder Hilfe, nämlich den Menschen das zu geben oder zu gewähren, was ihnen fehlt um sich selbst verwirklichen zu können (vgl. Hoffmann/Theunissen 1999, S. 133). Basierend auf dieser Vorstellung der Freigebigkeit sieht Richard Sennett (2001) den Kern jedes Sozialhilfesystems im Geben begründet. Doch dieser Kern verkörpert zwei extreme Ausprägungen des Hilfeaktes:

„Auf der einen Seite wird die Gabe frei und ohne Hintergedanken gewährt, auf der anderen dient sie der Manipulation. In der ersten Ausprägung verkörpert die Gabe jenen Aspekt des Charakters, der sich auf die bloße Tatsache konzentriert, dass anderen etwas fehlt, dass sie bedürftig sind; andernfalls wird sie dazu benutzt, Macht über andere zu gewinnen“ (Sennett 2001, S. 168f.).

Häufig wird aus einer Hilfebedürftigkeit eine Hilflosigkeit gefolgert, welche zu einer Bevormundung und zu Fremdbestimmung von Menschen (mit Behinderung) führen kann. Daraus resultieren auch die Manipulationsmöglichkeiten und der Machtgewinn über diese Menschen. Wenn eine solche Hilflosigkeit dem Helfen zu Grunde gelegt wird, entscheiden die HelferInnen darüber, was für die Betroffenen gut und richtig ist. Insofern impliziert der Hilfebegriff im heutigen Sprachgebrauch ein Ungleichgewicht der Macht: Auf der einen Seite befinden sich die als machtvoll und kompetent definierten HelferInnen, auf der anderen die als hilflos empfundenen EmpfängerInnen der Hilfe. Es besteht dadurch die Gefahr, dass Menschen aufgrund ihrer Hilfebedürftigkeit verobjektiviert werden und nicht mehr als Subjekte mit Potentialen und Fähigkeiten zur Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und Selbstverwirklichung wahrgenommen werden (vgl. Hoffmann/Theunissen 1999, S. 133). Hinsichtlich dieser ungleichen Machtverteilung führt die Behindertenpädagogik seit vielen Jahren eine Art Wettstreit um den richtigen Begriff von pädagogischer Hilfe. Diese sollte demnach nicht nur empirisch zutreffend sein, sondern auch Asymmetrien zwischen den (regelmäßig) nichtbehinderten HelferInnen und den Menschen mit Behinderung abbauen. Dennoch bleibt die „(...) Asymmetrie der Rollenverteilung in Hilfebeziehungen weitgehend real und auch unumgänglich“ (Antor 2001, S. 26). Oftmals wird von den Betroffenen auch ein bedingungsloses oder dankbares Annehmen der Hilfe erwartet (vgl. Hoffmann/Theunissen 1999, S. 133). Hier verdeutlicht sich, dass die Hilfe durch das Gefühl der Großzügigkeit kompliziert wird, da gerade darin besonders manipulative Möglichkeiten des Gebens zum Ausdruck kommen. Sennett (2001) verweist darauf, dass den EmpfängerInnen durch die Großzügigkeit des Gebens womöglich eine große Last aufgebürdet wird:

„Selbst ein uneigennütziges Geschenk kann die Selbstachtung des Beschenkten verletzen; (...) Dem Empfänger wird damit die schwere Bürde der Dankbarkeit auferlegt, obwohl er vielleicht im Gegenzug nichts anderes als seine Unterwerfung anzubieten hat“ (ebd., S. 182).

Der Hilfebegriff findet vor allem auch in den sozialpädagogischen Theorien und ihrer Praxis häufig Verwendung. Dort geht es zumeist um den Rechtsanspruch auf öffentlich finanzierte Sozialleistungen, welche von Personen in einer bezahlten Tätigkeit ausgeführt werden. In diesem fachlichen Verständnis liegt der wesentliche Unterschied zur umgangssprachlichen Bezeichnung von Hilfe (vgl. Henke/Piel/Tod 2003). Durch diese eher neutrale Darstellung soll sichergestellt werden, dass die Hilfe nicht ihr Ende findet, wenn unser Mitgefühl ermüdet ist. Dieses stellt zwar oftmals den Ursprung der Fürsorge dar, Sennett (2001) verweist diesbezüglich jedoch auf ein wichtiges Phänomen: „Mitgefühl kann ausbrennen wie Feuer“ (ebd., S. 178). Da mit dem Hilfebegriff zumeist etwas zutiefst menschliches verbunden wird, erscheint es zunächst widersprüchlich, dass „(...) die menschlichen Elemente beim Urteil über Bedürftigkeit und bei der Reaktion darauf ausgeschaltet werden“ (ebd.) sollen, um diese auf Dauer sicher zu stellen. Für die professionelle und rechtliche Sicherstellung ist jedoch eine sachliche und neutrale Darstellung der pädagogischen Hilfe notwendig.

„Und dennoch. Wie es mir in meiner Beziehung zu meinem Chirurgen erging, so können die meisten Menschen Fürsorge nicht als neutrale Funktion akzeptieren“ (ebd.).

Durch die Möglichkeit von Manipulation und Fremdbestimmung, der Asymmetrie des Machtverhältnisses sowie der oftmals nicht neutralen Funktion von Hilfe, wird die Problematik des Hilfebegriffs schnell ersichtlich. Selbst wenn er umgangssprachlich übermäßig positiv konnotiert sein mag, so finden sich aus fachlicher Perspektive zahlreiche Schwierigkeiten. Trotz aller Ungereimtheiten bleibt Hilfe für viele Menschen etwas Notwendiges und gerade Menschen mit Behinderung sind im stärkeren Maße darauf angewiesen als andere (vgl. Hoffmann/Theunissen 1999, S. 132f.).

### 4.3 Die Hilfe für Menschen mit geistiger Behinderung

Menschen mit geistiger Behinderung bedürfen oftmals einer Hilfe, welche über die Behebung einer Notlage hinausgeht. Geistige Behinderung ist jedoch erst relativ spät als hilfebedürftiger Zustand erkannt und gewürdigt worden. Die Hilfebedürftigkeit erstreckt sich dort meist über viele Lebensbereiche und stellt somit hohe Ansprüche an die HelferInnen sowie die geleistete Hilfe selbst (Speck 1997, S. 65ff.). Die individuellen Bedürfnisse von Menschen mit geistiger Behinderung sind wie bei Menschen ohne

Behinderung stark von den jeweiligen Erfahrungen der Sozialisation geprägt. Menschen mit frühzeitiger Behinderung werden jedoch oftmals durch ein System von Fördermaßnahmen geschleust, welches sich nachträglich als Hemmung demaskiert. Dieses fast lückenlose System verschiedenster Sondereinrichtungen setzt meist den Beginn einer lebenslänglichen Stigmatisierung und Segmentierung. Durch die jahrelang eingeübte Randgruppenposition wird die Entwicklung von Selbstständigkeit beeinträchtigt, was bei vielen Menschen mit geistiger Behinderung den Wunsch nach totaler Fürsorge zur Folge hat. Auf diese Weise wird aber lediglich „für“ die und nicht „mit“ den Menschen gearbeitet (vgl. Skocek/Tischina 1982, S. 103ff.):

„Dadurch entsteht die Rolle des Behinderten als Gnadenaktempfänger und resignierter Bittsteller“ (ebd.).

Vor allem in Situationen des biographischen Übergangs, wie der Einschulung oder auch dem Übergang ins Erwachsenenalter, besteht eine besondere Exklusions-, also Ausschlussgefahr. Dort finden nämlich Weichenstellungen statt, in welchen wichtige Entscheidungen über die Lebensverläufe getroffen werden und in welchen auch bestimmte Grundrechte, wie die Selbstbestimmung, ihre zentrale Bedeutung erhalten (vgl. Rohrman/Schädler 2006, S. 237). Durch die weitgehend nahtlos übergreifende Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung bestehen für sie die biographischen Übergänge meist im automatischen Übergang von einem abgesonderten Lebensbereich in den nächsten. Das führt zu dem unauflöselichen Widerspruch, dass durch die spezielle Förderung in Sondereinrichtungen auch zwangsläufig dauerhafte Absonderung resultiert (vgl. Roth 1996, S. 99). Wenn durch die Hilfe aber die gesellschaftliche Teilhabe sichergestellt werden soll, so muss diese komplexe Thematik auch alters-, problem- und disziplinübergreifend behandelt werden. Die Hilfe erhält eine übergreifende Funktion der Verweisung auf das Zusammenwirken unterschiedlichster Teilbereiche im Lebenslauf des Menschen mit Behinderung. Diese Einsicht ist auch ein Resultat der Reflexion von Integration und Normalisierung (vgl. Antor 2001, S. 25). So kann sich Integration (bzw. Inklusion) nur dann realisieren, wenn die dafür notwendige Hilfe für Menschen mit geistiger Behinderung stets im Zusammenhang mit deren Lebensphasen und Lebensbereichen steht (vgl. Rohrman/Schädler 2006, S. 237). Bei der Hilfe von Menschen mit geistiger Behinderung geht es nicht mehr darum, Schon- oder Schutzräume zu schaffen, welche sie vor den Anforderungen des Lebens und der Gesellschaft bewahren, indem sie davon ausgeschlossen werden. Es geht darum, ihnen die Chancen der gesellschaftlichen Teilhabe zu eröffnen (vgl. ebd., S. 235).

Bei der persönlichen Entfaltung der Biographie sind insbesondere Menschen mit schwerer Behinderung auf die Verfügbarkeit unterschiedlicher sozialer Hilfen sowie die Realisierbarkeit ihrer Rechtsansprüche angewiesen. Daher ist es erforderlich, dass

Menschen mit geistiger Behinderung einen Zugang zum Hilfesystem haben. Gerade die Art und Weise der Zugangsmöglichkeiten beeinflusst im Wesentlichen die in Anspruch genommene Form der Hilfen (vgl. Rohrman/Schädler 2006, S. 237). Doch auch das Gewähren von Hilfe war bei Menschen mit geistiger Behinderung nicht immer eine Selbstverständlichkeit (vgl. Speck 1997, S. 67). Spreen (1978) zeigt wie sehr besondere Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung von der Einstellung ihnen gegenüber abhängen. Es existierten zahlreiche Einrichtungen, welche für die unterschiedlichsten sozialen Belange der Menschen Hilfen anboten. Viele davon standen jedoch dem Menschen mit geistiger Behinderung nicht zur Verfügung. Spreen stellte daher eine wichtige exemplarische Frage:

„Wenn Freizeitstätten für Körperbehinderte, alleinstehende Jugendliche und junge Erwachsene bestehen, sollten dieselben Einrichtungen nicht auch dem geistig Behinderten geöffnet werden?“ (ebd., S. 148).

Das Problem lag zumeist darin, dass öffentliche und private Stiftungen oftmals von kurzsichtigen politischen Führungsgrundsätzen beeinflusst waren, welche die Menschen mit geistiger Behinderung durch ein unbegründetes Vorurteil ausschlossen: Die Ausgrenzung wurde häufig damit begründet, dass bestimmte Einrichtungen (und die dort angebotenen Hilfen) für Personen mit „normaler Intelligenz“ seien, sodass diese nicht für Menschen mit geistiger Behinderung geeignet gewesen wären (vgl. ebd.). Damit ihnen die Türen dieser Einrichtungen geöffnet werden braucht es einer Veränderung der Einstellung zu geistiger Behinderung.

Damit sich Hilfe in ihrer Wirkung bestmöglich entfalten kann, wird nach Speck (1997) eine positive Beziehung zwischen HelferIn und AdressatIn vorausgesetzt. Diese Beziehung muss vor allem davon bestimmt sein, dass beide im Endeffekt das Gleiche wollen. Außerdem gilt die Hilfe als gemeinsamer Lernprozess und kann in der Anwendung nicht als bloße Technik verstanden werden. Der Mensch, dem geholfen werden soll, muss als Ganzes angenommen werden:

„Hilfe - ob professionell oder nicht professionell erteilt - ist auf gegenseitige Abstimmung und Ergänzung, auf die Solidarität der Helfer, angewiesen“ (ebd. S. 68).

Eine besondere Herausforderung stellt - wie erwähnt - die pädagogische Hilfe für Menschen mit geistiger Behinderung in biographischen Übergängen wie dem Erwachsenwerden dar (vgl. Rohrman/Schädler 2006, S. 237). Wohlhüter (1996) sucht daher auch nach möglichen Anknüpfungspunkten, durch welche Menschen mit geistiger Behinderung zu mehr „Erwachsenheit“ verholfen werden kann. Als wichtigen Schritt erachtet er vor allem, dass man (erwachsenen) Frauen und Männern mit geistiger Behinderung im Umgang diese Erwachsenenheit unterstellt. Dafür müssen vor allem die

Anrede und die Sprache entsprechend gestaltet werden und auch die eigene Gestik soll auf einen Erwachsenen hin orientiert sein. Dies endet jedoch nicht mit der alleinigen „Unterstellung“ - dem Menschen mit geistiger Behinderung muss auch etwas zugetraut werden. Nur auf diese Weise können Freiräume geschaffen werden, in welchen sich die Person bewähren kann. Ein weiterer Anknüpfungspunkt besteht darin, dass die Person mit geistiger Behinderung in ihrer Entwicklung stets als offen zu betrachten ist, da möglicherweise viele Potentiale vorhanden sind, welche noch im Verborgenen liegen:

„Es ist mir nicht erlaubt, daß ich festschreibe, wer der Behinderte ist und worin seine Grenzen bestehen, vielmehr soll ich davon ausgehen, daß er sich noch weiter entwickeln kann“ (ebd., S. 192f.)

Durch die Hilfe soll also den Menschen mit geistiger Behinderung die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglicht werden. Das kann nach Rohrmann und Schädler (2006) nicht in einer separierten Sonderwelt geschehen, durch eine die gesellschaftliche Welt imitierende Normalisierung, sondern nur durch eine auf „(...) Inklusion, Gleichstellung und Teilhabe abzielende Unterstützung (...)“ passieren, welche in den jeweiligen individuellen Lebensfeldern umgesetzt wird (ebd., S. 235).

#### 4.4 Empowerment durch Selbstbestimmung und Assistenz

Das Empowerment-Konzept kommt ursprünglich aus dem Bereich der Sozialen Arbeit. Der Begriff avancierte in den USA vor etwa 20 Jahren zu einem wichtigen Leitkonzept für die psychosoziale Arbeit mit Menschen in gesellschaftlich marginaler Position und hat mittlerweile auch in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung weite Verbreitung gefunden (vgl. Theunissen 2007b, S. 94). Mit diesem Konzept soll vor allem die Asymmetrie im Machtverhältnis des Hilfesystems ausgeglichen werden, durch den Abbau von professioneller Fremdbestimmung, Macht und Überprofessionalisierung. Betroffene sollen demnach erlernen, ihre persönlichen Angelegenheiten selbst in die Hand zu nehmen, um die Anforderungen schwieriger Lebenssituationen und alltäglicher Belastungen selbstbestimmt zu bewältigen (vgl. Hoffmann/Theunissen 1999, S. 133).

„Sinngemäß steht Empowerment für Selbstermächtigung und Selbstbemächtigung, zugleich verweist er jedoch immer auf Selbstverfügungskräfte, Wiedergewinnung von Stärken, Selbstbefähigung und politische Einflussnahme“ (Theunissen 2007b, S. 94).

Nach Weik und ihrem Mitarbeiterteam (zit.n. Theunissen/Schirbort 2006, S.41) basiert die Stärken-Perspektive vor allem auf der Würdigung der positiven menschlichen Attribute und Fähigkeiten, welche sich durch individuelle und soziale Ressourcen unterstützen lassen. Es wird davon ausgegangen, dass alle Menschen eine Vielzahl von

Talenten, Kapazitäten und auch Sehnsüchte besitzen, welche für ihr Wohlbefinden eine entscheidende Rolle spielen (vgl. Weik 1989, zit.n. Theunissen/Schirbort 2006, S. 41).

Durch das meist lebenslange Angewiesensein von Hilfe spielt vor allem für Menschen mit geistiger Behinderung die Form der geleisteten Unterstützung eine entscheidende Rolle. Nach Theunissen und Schirbort (2006) befinden sich Menschen mit geistiger Behinderung gesellschaftlich zumeist in einer marginalen Position, wo Ressourcen nur schwer erkannt werden. Dennoch muss von der Überzeugung ausgegangen werden, dass diese Personen sowie auch deren betroffene Eltern und Familien, Potentiale und Stärken für ein persönlich bedeutsames, positives Wachstum besitzen. Die Hilfe soll hier dazu dienen, jene Prozesse anzuregen und zu unterstützen, welche die Entdeckung der eigenen Lebenskräfte fördern. Beim Empowerment verhält es sich anders als bei paternalistischen Helfermodellen: Es geht darum, dass die Person erlernt „(...) eigene Lebensumstände zu kontrollieren, Probleme aus eigener Kraft zu bewältigen sowie eigene Lebenswege und Lebensräume selbstbestimmt zu gestalten“ (ebd., S. 41). Diese neue Helferkultur fokussiert auf das gemeinsame Suchen und Entwickeln von Problemlösungsstrategien, um die Interessen der Betroffenen zu respektieren (vgl. ebd.). Kurz gefasst besteht das zentrale Anliegen in der umfassenden Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung in der Gesellschaft. Dieser Anspruch resultiert aus der Idee einer inklusiven Gesellschaft, in welcher die Nichtaussonderung der Regelfall ist und in der das gemeinsame Leben von Menschen mit und ohne Behinderung in allen Lebensbereichen und Lebensphasen selbstverständlich ist (vgl. Sigot/Kocnik 2007, S. 351).

Auch hinsichtlich der Unterstützung beim Erwachsenwerden von Menschen mit geistiger Behinderung besteht in der traditionellen Hilfe eine wesentliche Problematik: Nach Wohlhüter (1996) werden zwar Programme entwickelt, welche die Absicht verfolgen den Menschen mit geistiger Behinderung selbstständiger und erwachsener werden zu lassen, doch dabei wird zumeist über die Köpfe der Betroffenen hinweg entschieden. Nach der Durchführung des Programms folgt schließlich dann die Verwunderung, dass die Menschen keine Selbstständigkeit gewonnen haben. Hierbei gilt es vor allem zu beachten, dass sich die Selbstständigkeit bei Menschen mit geistiger Behinderung nicht auf demselben Weg realisiert wie bei Menschen ohne Behinderung:

„Wenn wir entscheiden, was für Behinderte sinnvoll ist, dann verhindern wir im Ansatz seine Möglichkeiten zu Verselbstständigung“ (ebd., S. 191).

In der traditionellen, defizitorientierten Sichtweise treten also Zuschreibungen auf, welche die Menschen mit Behinderung lediglich auf Objekte der Betreuung reduzieren. Es werden dem Menschen somit fremdbestimmte Grenzen gesetzt. Sigot und Kocnik (2007) verfolgen den Gedanken der inklusiven Gesellschaft weiter, in welcher es auch

keine Grenzen der Inklusion geben darf, die an der Art und Schwere der Behinderung gemessen werden. So müssen die Betroffenen stets in alle Überlegungen miteinbezogen werden:

„Letztendlich geht es nicht mehr darum, Menschen nach Art und Schwere der Behinderung zu kategorisieren, sondern den Blickwinkel auf die notwendige Unterstützung zu legen“ (ebd., S. 352)

Demzufolge wird auch die Kategorie Behinderung in den unterschiedlichen Schweregraden nicht mehr notwendig, da es in erster Linie um den notwendigen Grad der Unterstützung gehen soll. Im Sinn des Empowerment-Konzepts wird daher auf neue Hilfeformen fokussiert. Viele erachten dabei das Modell der persönlichen Assistenz dazu geeignet, verkrustete Strukturen aufzubrechen (vgl. ebd.):

„Persönliche Assistenz bedeutet aus der Sicht Betroffener, dass Menschen mit Behinderung quasi als Arbeitgeber fungieren, indem sie bestimmen, was eine assistierende Person (Helfer) tun soll“ (Theunissen 2007a, S. 254)

Im Modell der persönlichen Assistenz werden die Menschen mit Behinderung nicht mehr als passive HilfeempfängerInnen betrachtet, sondern als Individuen, welche ihr Leben selbstbestimmt organisieren (vgl. Sigot/Kocnik 2007, S. 355). Im Grunde ist die persönliche Assistenz mit dem klassischen ArbeitnehmerInnenmodell zu vergleichen, da das Geld direkt an die AssistenznehmerInnen übermittelt wird, welche damit die gewünschten individuellen Unterstützungsmaßnahmen selbst bezahlen. Der Mensch mit Behinderung fungiert somit als Auftraggeber für spezifische Dienstleistungen:

„Helfen im Sinne dieses (...) Empowerment-Konzepts bedeutet assistierend tätig zu sein mit dem Ziel, den Wünschen und Bedürfnissen der Betroffenen gerecht zu werden, sie in ihrem Selbst-Werden und Selbst-Sein zu unterstützen sowie ihnen die größtmögliche Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen“ (Hoffmann/Theunissen 1999, S. 134f.).

Bei der Erstellung dieses Assistenzmodells sind wichtige Vorstellungen und Wünsche von den Menschen mit geistiger Behinderung berücksichtigt worden. Es möchte die Handlungsdiffusität, welche durch Begriffe wie Betreuung oder Begleitung entstanden sind, überwinden und fordert außerdem eine kritische Auseinandersetzung mit der Macht (vgl. Theunissen 2007c, S. 354). Es passiert somit eine Umverteilung der Definitionsmacht und die Betroffenen gelten als Experten in eigener Sache (vgl. Theunissen 2007a, S. 254), was im Grunde die neue Kultur des Helfens charakterisiert. Oftmals wird der Assistenzbegriff synonym mit dem Begriff der Unterstützung verwendet. Von der Selbstbestimmt-Leben- und People-First Bewegung gibt es jedoch den Vorschlag anstelle des Assistenzbegriffes nur den der Unterstützung zu benutzen.

Grund dafür ist, dass das Modell der persönlichen Assistenz wiederum ein asymmetrisches Verhältnis impliziert, in welchem die assistierende Person stets GehilfIn des Menschen mit Behinderung sei. Theunissen (2007c) sieht diesen Vorschlag darin begründet, dass eine solche Umkehrung der Definitionsmacht vor allem in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung eher eine Ausnahme bildet. Durch die Verwendung des Assistenzbegriffes sieht er daher die eklatante Gefahr, dass dadurch Euphemismus betrieben wird, und „(...) das zentrale Anliegen, die Regiekompetenz von Menschen mit Behinderungen anzuerkennen und zu respektieren (...)“ letztlich verfehlt wird (ebd., S. 354f.). Aufgrund dessen soll auch bevorzugt der Ausdruck Unterstützung für das gesamte Ausmaß der benötigten Hilfe und Assistenz verwendet werden.

Der Ansatz von Empowerment und das Modell der persönlichen Assistenz finden in der heutigen sozialen Arbeit mit Menschen mit Behinderung viel Zuspruch. Auch die Steiermark verfolgt mit dem Behindertengesetz (StBHG 2004) das Ziel, Menschen mit Behinderung so zu unterstützen, dass diese „(...) ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen können“ (ebd., § 1). Es wird dort ebenso vermehrt auf die persönlichen Assistenzleistungen fokussiert: Diese werden in der unterstützten Beschäftigung (§ 15, Abs. 1), der Hilfe zum Wohnen (§ 21, Abs. 1) sowie der Entlastung der Familie und Gestaltung der Freizeit (§ 22, Abs. 2) angeboten (vgl. ebd.).

Theunissen (2007b) möchte aber nicht unerwähnt lassen, dass Empowerment mittlerweile zu einem Modebegriff geworden ist, bei welchem die Gefahr der Ideologiebildung besteht (vgl. ebd., S. 94). Besonders deutlich wird dies auch beim weltweit gewordenen Prozess der Ent-, beziehungsweise der Deinstitutionalisierung, aus welchem ebenso ambivalente Auswirkungen resultieren: Spezielle Einrichtungen für Menschen mit Behinderung gelten mit ihren paternalistischen Hilfeprinzipien bei der Durchsetzung von Empowerment oftmals als hinderlich. Für Sigot und Kocnik (2007) ist die Entwicklung der persönlichen Assistenz sogar eine logische Konsequenz der Forderung nach Entinstitutionalisierung. Die Kritik an den vorhandenen Betreuungsstrukturen, welche den Bedürfnissen der betroffenen Menschen häufig nicht entsprechen, führte zum Wunsch, eigene Organisationsstrukturen abseits der üblichen Pflegeinstitutionen zu errichten, um ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen (vgl. ebd., S. 351f.). Die Radikalität der Kritik an den Spezialeinrichtungen reicht im Fachdiskurs manchmal sogar bis zur völligen Dementierung jeglicher Hilfsbedürftigkeit von Menschen mit Behinderung. Die Gefahr besteht also in einer „(...) Deinstitutionalisierung als Selbstzweck, die sich von personaler Orientierung abkoppelt, oder die durch Ökonomisierung erzwungen wird“ (Antor 2001, S. 27). Dabei wird jedoch oftmals nicht darauf geachtet, zu wie viel Selbstbemächtigung der Mensch mit Behinderung tatsächlich fähig ist und ob das alleinige sture Durchsetzen des Empowerment-Gedankens der Person letztlich mehr schadet als nützt. Es muss nämlich



berücksichtigt werden, dass Menschen mit geistiger Behinderung in der Regel nicht über alle notwendigen Kompetenzen verfügen, um die Art, die Ausprägung und die Intensität der Assistenzleistungen alleine zu bestimmen. Hierzu gehören unter anderem die Anleitungs-, Organisations- und Finanzkompetenz, welche nicht vorbehaltlos erwartet werden dürfen (vgl. Hoffmann/Theunissen 1999, S. 134):

„Eine Assistenz, die entsprechende Fähigkeiten und Anliegen voraussetzt und sich darauf verlassen würde, käme einem Verzicht auf notwendige Unterstützung, ja einem Rückzug aus der professionellen Verantwortlichkeit nahe, würde sie doch viele Betroffene kognitiv überfordern und damit womöglich in ihrer psychischen Gesundheit unnötigerweise gefährden und so ebenfalls ihr Ziel verfehlen“ (ebd.).

Aus diesem Grund ist trotz der Fokussierung auf freie Assistenzleistungen die Erfassung des individuellen Hilfebedarfes eine Notwendigkeit. Diese Erfassung dient nämlich letztlich dazu, die nötige Hilfe zusammen mit dem jeweiligen Menschen zu bestimmen, um somit seinen Bedarf an Unterstützung adäquat erfüllen zu können.

#### 4.5 Der Hilfebedarf

Der Bedarf an Hilfe und Unterstützung wird in der sozialpädagogischen Theorie und Praxis oft behandelt, was sich auch in seinen verschiedenen Begriffen widerspiegelt: Ausdrücke wie Hilfe-, Förder-, Rehabilitations-, Betreuungs-, oder Assistenzbedarf werden häufig verwendet. Trotzdem existiert keine allgemein gültige und einheitliche Definition dieser Bedarfsbegriffe, sie gelten weder wissenschaftlich noch rechtlich als eindeutig bestimmt. Im Grunde stehen sie aber unter demselben begrifflichen Etikett, werden jedoch je nach AutorIn und Verwendungszusammenhang unterschiedlich gebraucht (vgl. Beck 2005, S. 388):

„Ganz allgemein wird damit der Bedarf eines einzelnen Menschen an wie auch immer gearteter Unterstützung bezeichnet, um die Folgen von Behinderung oder Benachteiligungen zu überwinden oder zu mildern und ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben führen zu können“ (ebd.).

An die Erhebung des Hilfebedarfes schließen sich die Planung, Umsetzung und die Evaluation der Bedarfserfüllung an. Sie können als zusammengehörende Elemente eines Prozesses verstanden werden, welcher als Assistenz-, Hilfe-, Förderplanung usw. bezeichnet wird (vgl. ebd.). Die individuelle Planung der Hilfen stellt einen zentralen Punkt für die Diskussion über die Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung dar. Durch diese individuelle Planung sollen Hilfen personenzentriert gestaltet werden, um ihre Effektivität zu erhöhen sowie die Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Betroffenen verbessert werden (vgl. Rohrman/Schädler 2006, S. 230).

### 4.5.1 Der Hilfebedarf als sozialrechtliche Kategorie

Seine wesentlichste Bedeutung erhält der Hilfebedarf vor allem als sozialrechtliche Kategorie. Das Recht auf bedarfsgerechte Hilfeleistungen leitet sich aus dem Sozialstaatsangebot der Verfassung ab, wodurch BürgerInnen nötige Unterstützungen erhalten sollen, welche sie für ein würdevolles Leben benötigen, aber nicht anderweitig bekommen können (vgl. Schädler 2007, S. 163). Für Menschen mit Behinderung, die als BürgerInnen sozialstaatliche Hilfe in Anspruch nehmen wollen, ist zunächst die formale Zuerkennung des entsprechenden Status „Behinderung“ erforderlich, welcher schließlich den Zugang zu den gemeinschaftlich finanzierten Sozialleistungen eröffnet. Nach dem steirischen Behindertengesetz (StBHG 2004) gelten jene Personen als Menschen mit Behinderung, welche infolge einer angeborenen oder erworbenen Beeinträchtigung auf andauernde Zeit in folgenden Punkten wesentlich benachteiligt sind: Eine angemessene Erziehung, Schulausbildung oder Berufsausbildung zu erhalten, oder eine auf Grund ihrer Schul- und Berufsausbildung zumutbare Beschäftigung zu erlangen, oder eine angemessene Eingliederung in die Gesellschaft zu erreichen (vgl. ebd., § 2, Abs. 2).

Früher diente die Ermittlung des Hilfebedarfes aus der Sicht der Trägerschaften der Begründung von Personalbedarf und Personalanforderungen (vgl. Rohrman/Schädler 2006, S. 234). Im Rahmen der Logik der stationären Unterbringung wurde oftmals fälschlicherweise unterstellt, dass der Status „geistig behindert“ bereits nähere Hinweise auf den tatsächlichen Hilfebedarf gibt (vgl. Schädler 2007, S. 163). Dabei sagt die Tatsache, dass ein Mensch eine nach dem Behindertengesetz anerkannte Behinderung hat, noch nichts über seinen individuellen Hilfebedarf aus. Daher soll dieser unabhängig von der Institution, unter Miteinbeziehung der Betroffenen und anhand einer umfassenden Beschreibung behindernder Bedingungen, im Rahmen einer Person-Umfeld-Analyse festgestellt werden (vgl. Beck 2005, S. 390). Dies stellt auch die zentrale Herausforderung für die angemessene und fachlich gestützte Ermittlung der Hilfebedarfe dar (vgl. Schädler 2007, S. 164). Durch die Einführung der Verfahren zur individuellen Hilfeplanung werden die Intentionen der Sozialleistungsträger erfüllt, welche auch Einsparungspotentiale realisieren wollen. Die angebotenen Hilfeleistungen sollen zielgenauer werden und aus diesem Grund vor allem im Rahmen ambulanter Hilfen erfolgen (vgl. Rohrman/Schädler 2006, S. 231).

Die Feststellung des Hilfebedarfs zur Gewährung und Finanzierung sozialer Hilfen ist vor allem eine staatliche Aufgabe, welche über Verwaltungsverfahren zu leisten ist. Dabei stellt die qualifizierte Bewältigung dieser Aufgabe eine große Herausforderung in der administrativen Praxis dar (vgl. Schädler 2007, S. 164). In der Steiermark findet man im Behindertengesetz (StBHG 2004) eine Auflistung und Beschreibung der

angebotenen Hilfeleistungen. Demnach besitzen Menschen mit Behinderung nach Maßgabe der Bestimmungen einen Anspruch auf folgende Arten der Hilfeleistungen:

a) Heilbehandlung, b) Versorgung mit Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln, c) Erziehung und Schulbildung, d) berufliche Eingliederung, e) Lebensunterhalt, f) Lohnkostenzuschuss, g) unterstützte Beschäftigung, h) Beschäftigung in Tageseinrichtungen oder Betrieben, i) Wohnen in Einrichtungen, j) Übernahme der Entgelte in Pflegeheimen, k) Mietzinsbeihilfe bei erheblicher Bewegungsbehinderung, l) Hilfen zum Wohnen, m) Entlastung der Familie und Gestaltung der Freizeit, n) Übernahme von Fahrtkosten und Zuschuss zu den Fahrtkosten zur Erreichung des Arbeitsplatzes (vgl. ebd., § 3, Abs. 1);

Diese Hilfeleistungen werden entweder mobil, ambulant, stationär, teilstationär oder als Geldleistung erbracht (vgl. ebd., § 4, Abs. 1). Weiters ist auch auf den 3. Absatz des vierten Paragraphen zu verweisen, wo auf das Wunsch- und Wahlrecht eingegangen wird. Folglich ist der Mensch mit Behinderung berechtigt unter den für seine Bedürfnisse in Frage kommenden gleichartigen Einrichtungen und Diensten zu wählen. Auch das steiermärkische Pflegegeldgesetz (StPGG 1993) spielt für Menschen mit Behinderung hinsichtlich ihres Hilfebedarfes eine große Rolle: Demnach besteht das Recht auf Pflegegeld, wenn aufgrund einer „(...) körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung der ständige Betreuungs- und Hilfebedarf (Pflegebedarf) voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird“ (ebd., § 4, Abs. 1). Dabei wird die Höhe des Pflegegeldes über sieben Stufen berechnet, welche eine Auskunft über den monatlichen Stundenaufwand der Pflege (bzw. der Betreuung oder der Hilfe) geben sollen. Durch die rechtliche Festschreibung der Hilfeleistungsarten und durch die Stufen der Pflegegeldverordnung, können Leistungsberechtigte in Gruppen mit vergleichbarem Bedarf dargestellt werden. Im Grunde werden damit so genannte Hilfebedarfsgruppen gebildet, die je nach Intensität des zuvor definierten Hilfebedarfs gegliedert sind. Selbst wenn nur im deutschen- und nicht im österreichischen Gesetzesraum von Hilfebedarfsgruppen gesprochen wird, so stellt die steirische Kategorisierung nach Pflegebedarfsstufen ein vergleichbares Modell dar. Diese definierten Bedarfsgruppen bieten unter anderem eine verwaltungstechnische Orientierungsfunktion. Diese Zuordnung von Menschen mit Behinderung zu Gruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf stellt nach Schädler (2007) einen Fortschritt gegenüber nicht weiter differenzierenden Vorgehensweisen dar, welche „(...) das Vorliegen eines individuellen Hilfebedarfs mit dem Bedarf nach einem ‚Platz‘ in einer Einrichtung gleichsetzen“ (ebd., S. 164). Es bleibt aber fraglich, ob durch die Bildung von Hilfebedarfsgruppen die individuellen Bedürfnisse des einzelnen Menschen adäquat erfüllt werden können.

„Dabei wird zu prüfen sein, inwieweit personenorientierte Hilfeansätze dadurch gefördert werden können, dass Hilfebedarfe vermehrt in Kategorien von ‚individuell benötigter Unterstützungszeit‘ ermittelt werden, die dann entsprechend der erforderlichen professionellen Voraussetzungen verpreislicht werden kann“ (ebd.).

#### 4.5.2 Anforderungen und Schwierigkeiten bei der Ermittlung und Planung

Je mehr Menschen auf professionelle Dienstleistungen angewiesen sind, desto abhängiger werden sie von ihnen und desto stärker werden ihre Chancen im Leben von der Art und Qualität der Bedarfserfüllung beeinflusst. Daraus resultiert die große Bedeutung, die der Erhebung des Hilfebedarfes zukommt. Dies gilt umso mehr für die Situation von Menschen mit geistiger Behinderung, da diese oft einen umfassenden und dauerhaften Unterstützungsbedarf besitzen. Es muss also die Frage gestellt werden, welche Unterstützung der Mensch mit Behinderung braucht, um seinen Anspruch auf Bildung, Partizipation und auf eine Lebensführung wie alle anderen auch zu erfüllen (vgl. Beck 2005, S. 388ff.). Durch die Kenntnis des individuellen Hilfebedarfes kann während der Hilfeerbringung in regelmäßigen Abständen über die Angemessenheit der Hilfe entschieden werden (vgl. Rohrman/Schädler 2006, S. 233). Der Bedarf an Hilfe und Unterstützung stellt im weiteren Sinne nichts Statisches dar, sondern ist vielmehr als Prozess zu verstehen, der nicht nur einmalig, sondern fortlaufend und wiederholt, systematisch, fachlich und methodisch begründet erhoben werden muss (vgl. Beck 2005, S. 388ff.).

Für die Planung und Ermittlung des individuellen Hilfebedarfes ist die unbedingte Akzeptanz des BürgerInnenstatus von Menschen mit Behinderung unverzichtbar: Dadurch erlangen die Betroffenen das Recht auf den Zugang zur öffentlichen Infrastruktur. Dieses Recht muss durch die Gleichstellung von Menschen mit Behinderung sichergestellt werden. Die sozialrechtlichen Unterstützungen müssen auf das Ziel der Teilhabe in allen Lebensbereichen ausgerichtet sein. Es ergibt sich somit die Aufgabe, dass Rechtsansprüche auf die nötigen Leistungen erschlossen werden müssen, um daraus individuelle Hilfearrangements zu konzipieren, die aber auch Ressourcen des sozialen Netzwerkes der Betroffenen mit einbeziehen. Außerdem handelt es sich bei der individuellen Hilfeplanung um kein Konzept zur „(...) effizienten Platzierung von Hilfebedürftigen im Rahmen von bürokratischen Rationalitäten“ (Rohrman/Schädler 2006, S. 242), sondern um ein übergreifendes Konzept, welches die Ansichten von Betroffenen, SozialleistungsträgerInnen und AnbieterInnen zusammenführen möchte. Dabei ist es wichtig die Unabhängigkeit der Hilfeplanung von den Interessen der SozialleistungsträgerInnen und AnbieterInnen sicherzustellen, um die Rechte der Selbstbestimmung der Betroffenen zu respektieren. Für die adäquate

Erfüllung des individuellen Hilfebedarfes muss die hilfesuchende Person im Mittelpunkt stehen. Dabei darf jedoch der Fokus nicht nur auf die Gewährung isolierter Hilfen gerichtet sein, da durch eine solche Verengung die Wirkung in der Praxis äußerst begrenzt wird. Das Lebensumfeld der Betroffenen muss stets mitbeachtet werden. Außerdem gilt es die Platzierungslogik zu überwinden:

„Wird die Hilfe konsequent von den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten aus geplant, verschwindet die tief verwurzelte, aber längst überkommene Unterscheidung zwischen ambulant und stationär (...)“ (ebd., S. 245).

Mit dem Ziel das bestmögliche hilfreiche Arrangement zu finden, besteht der Anspruch die individuellen Vorstellungen der betroffenen Menschen möglichst flexibel mit einem entsprechenden Angebot zu verbinden (vgl. ebd.).

Die Erhebung des Hilfebedarfes und die Planung der Unterstützung stellen immer einen Eingriff in die persönliche und private Lebensführung der Menschen mit geistiger Behinderung dar. Die einzelne Person ist ganz unmittelbar davon betroffen. Außerdem unterliegt jede Hilfe auch immer auch dem Aspekt der Kontrolle. Inwieweit dieser Kontrollaspekt letztlich zum Tragen kommt, ob die Betroffenen ein Mitspracherecht besitzen, ob der Datenschutz gewährleistet ist, ob die Erhebung unabhängig durchgeführt wird und was mit den Ergebnissen geschieht, sind schließlich Fragen, welche die Machtstrukturen betreffen. Sie verweisen auch darauf, dass die Erhebung und Planung von Hilfe nicht isoliert von anderen Elementen der Angebotsentwicklung umzusetzen sind. Ein mechanistisches Verständnis würde zu einem bloßen Sammeln aller möglichen Informationen führen, während die eigentlichen Ziele aus dem Blick geraten (vgl. Beck 2005, S. 397).

Rohrman und Schädler (2006) beschreiben anhand der individuellen Hilfeplanung in Rheinland-Pfalz die möglichen Probleme und Schwierigkeiten, welche bei dem Verfahren auftreten können: Zuerst besteht die Gefahr, dass die individuelle Hilfeplanung ausschließlich auf die Ermittlung des sozialrechtlichen Anspruchs beschränkt wird. Dabei kritisieren sie die Zuordnung der Betroffenen zu pauschalen Gruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf anhand defizitärer Beschreibungen. Außerdem besteht das Problem, dass die individuelle Hilfeplanung zu verengt erfolgt, sodass nur mehr der personenzentrierte Hilfebedarf beachtet wird, ohne auch die speziell erforderliche Unterstützungen des jeweiligen Lebensumfeldes mit einzubeziehen. Weiters sollen durch den Prozess der individuellen Hilfeplanung vor allem die hilfreichen Arrangements gefunden werden, oftmals findet aber nur eine Art Tauschhandel zwischen den Professionellen statt. Es besteht auch die Gefahr, dass die Potentiale der Betroffenen ohne Berücksichtigung bleiben und die Dynamik von hilfreichen Beziehungen durch starre Vorgaben eingeengt werden (vgl. ebd., S. 242f.).

### 4.5.3 Der Hilfebedarf als Instrument zur Partizipation beim Erwachsenwerden

Der Orientierung an der Hilfebedarfserhebung und –planung kommt vor allem an wichtigen Übergangsphasen eine bedeutsame Funktion zu. Beim Übergang ins Erwachsenenalter besteht oftmals die Gefahr, dass sich regelrechte Bruchstellen im Integrationsprozess ergeben. Die Orientierung an einem solchen Plan ist außerdem umso mehr erforderlich, je mehr Instanzen und Personen koordiniert werden müssen (vgl. Sander 2003, S. 14ff.). Generell sind die individuellen Übergänge im Lebenslauf mit einem hohen Maß an Unsicherheit verbunden. Wenn diese Übergänge nicht mehr durch stark normierte und sanktionierte Muster gestaltet werden, müssen sie oftmals in Eigenregie bewältigt werden. Für Menschen mit Behinderung ist diese Gestaltung noch zusätzlich erschwert, da sie stets auch mit der Suche nach passender Unterstützung verbunden sind (vgl. Rohrman/Schädler 2006, S. 236).

„Professionelles, in funktionale Systeme der Hilfe eingebundenes Handeln kann sich nicht anmaßen, die von den Individuen zu bewältigenden Übergänge und die Verantwortung für lebenslaufrelevante Entscheidungen durch stellvertretende Entscheidungen zu ersetzen“ (ebd., S. 235).

Selbst wenn Menschen mit geistiger Behinderung die Kompetenzen zur alleinigen Gestaltung ihrer Zukunft oftmals nicht besitzen, so dürfen relevante Entscheidungen nicht ohne die Betroffenen selbst gefällt werden. Nach Wohlhüter (1996) wird den Menschen mit geistiger Behinderung beim Erwachsenwerden umso mehr geholfen, je weniger etwas für sie – und je mehr etwas mit ihnen zusammen getan wird. Das beginnt bereits bei den Programmen, welche für diese Menschen entwickelt werden, sodass sie in die Ermittlung und Planung ihrer benötigten Unterstützung miteinbezogen werden müssen (vgl. ebd., S. 193).

So problematisch sich die Bedarfserhebung und –planung beim Erwachsenwerden auch gestalten kann, so muss sie jedoch in erster Linie als wichtiges Instrument verstanden werden. Richtig eingesetzt, vermag sie die Lebenschancen des Einzelnen ebenso positiv beeinflussen, wie sie auch institutionsverändernd wirksam werden kann (vgl. Beck 2005, S. 397). Aufgrund der meist standardisiert praktizierten Unterstützungsangebote und Heimplatzverwaltung, ist die individuelle Ermittlung und Planung der Hilfe unentbehrlich (vgl. Rohrman/Schädler 2006, S. 232).

Durch die Bestimmung von Art und Ausmaß des Hilfebedarfes, der inhaltlichen Definition und operationalen Füllung, werden gleichzeitig Auffassungen über die Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderung und ihre Partizipationschancen transportiert (vgl. Beck 2005, S. 389). Der Bedarf an Hilfe - hinsichtlich der Menschen

mit Behinderung - bedeutet hier also: „Bedarf an Unterstützung zur Herstellung gleicher Lebenschancen, zur Überwindung von Benachteiligungen und sozialer Isolierung“ (ebd., S. 391). Der Bedarf an Hilfe und Unterstützung bezieht sich also nicht nur auf einen Teilaspekt, sondern möchte auf möglichst alle Dimensionen von Behinderung fokussieren. Dabei stehen also nicht nur mögliche psychische, physische oder kognitive Belastungen im Vordergrund, sondern der Bedarf richtet sein Augenmerk ebenso auf die Beeinträchtigung von Aktivitäten und Erschwernisse der Partizipation sowie auf die Vorstellungen von gelingender Lebensführung und Lebensqualität (vgl. ebd.). Es ist im Sinne der Inklusion im Hilfebedarf möglichst alle Lebensbereiche adäquat zu erfassen, um somit die bestmögliche Partizipation von Menschen mit (geistiger) Behinderung in unserer Gesellschaft sicherzustellen (vgl. Sigot/Kocnik 2007, S. 353).

Trotz - oder gerade wegen - der vermehrten Fokussierung auf die persönlichen Assistenzleistungen, bleibt die Erfassung des individuellen Hilfebedarfes eine Notwendigkeit. Auf diese Weise soll auch für Menschen mit geistiger Behinderung durch die mobilen Hilfeformen die Teilhabe in allen Lebensbereichen ermöglicht werden.

## 5 Partizipation in allen Lebensbereichen

### 5.1 Die ICF als sozialpolitisches Instrument in der Steiermark

In der Steiermark bildete das Behindertengesetz aus dem Jahre 1964 sehr lange die Basis für die gesamte Behindertenarbeit. Sämtliche Weiterentwicklungen in diesem Bereich wurden über Novellen ins Behindertengesetz eingegliedert. Dabei wurde es jedoch zunehmend schwieriger, alle Veränderungen ins alte Gesetz unterzubringen, sodass ein neuer Gesetzesentwurf erarbeitet wurde. Im Jahr 2000 wurde ein Sozialplan vorgelegt, welcher in Zusammenarbeit mit Betroffenen, Verbänden und Fachleuten entwickelt worden war. Dieser Plan wurde zur Basis eines völlig neuen Gesetzes, welches schließlich am 10. Februar 2004 in Kraft getreten ist:

„Ziel dieses Gesetzes ist es, zeitgemäße Hilfestellungen für Menschen mit Behinderungen anzubieten, um eine möglichst selbstbestimmte und weitgehend selbstständige Lebensführung (...) zu ermöglichen“ (Gobiet/Rudlof 2005, S. 26).

In der Steiermark werden auf der Grundlage des Behindertengesetzes neue Leistungsformen, wie beispielsweise die persönliche Assistenz zum selbstständigen Wohnen, die Freizeitassistenz, die Hilfe zum Lebensunterhalt und die Familienentlastung für Angehörige angeboten. Prinzipien wie „mobil vor stationär“ fanden ebenso Eingang in das neue Gesetz. So verweist das steiermärkische Behindertengesetz (StBHG 2004) darauf, dass einer mobilen Betreuung stets Vorrang gegeben werden muss, sofern diese nicht die Kosten einer voll- bzw. teilstationären Betreuung übersteigt (vgl. ebd. § 4, Abs. 1). Nach Gobier und Rudolf (2005) kennzeichnet dies auch den Paradigmenwechsel auf dieser Ebene (vgl. ebd., S. 26f.). Durch die mobilen und ambulanten Dienste soll die Selbstbestimmung gestärkt werden, und auch für Menschen mit geistiger Behinderung besteht das Recht „(...) ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen zu können“ (StBHG 2004, § 1). Die Sachverständigen des Landes erkannten jedoch vor allem bei der Bereitstellung adäquater Hilfeleistungen für Menschen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung erhebliche Schwierigkeiten: Gerade Menschen mit geistiger Behinderung besitzen oftmals nicht von sich aus alle notwendigen Kompetenzen, um die benötigten Hilfeleistungen alleine zu bestimmen (vgl. Hoffmann/Theunissen 1999, S. 134). Aufgrund der vermehrten Fokussierung auf persönliche Assistenzleistungen und der Forderung nach Selbstbestimmung, besteht die Gefahr, die Betroffenen kognitiv zu überfordern und sie unnötig in ihrer psychischen Gesundheit zu gefährden (vgl. ebd.). Damit Menschen mit Behinderung auch wirklich



jene Hilfen bekommen, die sie brauchen, wurde das so genannte IHB-Verfahren (Individueller Hilfebedarf-Verfahren) entworfen. Um nicht der möglichen Gefahr der Fremdbestimmung ausgeliefert zu sein, wird dabei von einem Sachverständigenteam in Zusammenarbeit mit den Betroffenen ein Gutachten darüber erstellt, über welchen Hilfebedarf sie verfügen. Dieses Gutachten bildet im Grunde die Basis für sämtliche Entscheidungen der jeweiligen Bezirksverwaltungsbehörde, die in Form von Bescheiden zu erfolgen haben und gegen die auch Berufung eingelegt werden kann (vgl. Gobiet/Rudlof 2005, S. 26f.). Um nun den notwendigen Hilfebedarf bei Menschen mit geistiger Behinderung erfassen zu können und bei der Bemessung der notwendigen Gelder sowie der Planung zielgerichteter Mittel nicht mehr pauschal wie bei einem Gießkannenprinzip vorzugehen zu müssen, wurde vom Land Steiermark ein Assessmentbogen zur Erfassung des individuellen Hilfebedarfes von Menschen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung entwickelt.

Dieser Assessmentbogen basiert auf der ICF, der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Diese gehört zu der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelten Familie von Klassifikationen für die Anwendung auf verschiedene Aspekte der Gesundheit (vgl. Grampp 2005, S. 273). Sie wurde im Mai 2001 von der 54. Vollversammlung der WHO als Nachfolgerin der so genannten Internationalen Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (ICIDH) verabschiedet. Die deutschsprachige Version liegt seit Oktober 2005 vor. Mit der Verabschiedung der ICF haben sich die Ministerien für Gesundheit der Mitgliedstaaten dazu verpflichtet, die ICF als konzeptuelle Basis für ihr Verständnis von Behinderung zu verwenden. Außerdem gelten die in der ICF beschriebenen Grundlagen als zentral bei der Berichterstattung gegenüber der WHO (vgl. Lindmeier 2007, S. 165). Die ICF definiert die Komponenten von Gesundheit und einige mit der Gesundheit zusammenhängende Komponenten des Wohlbefindens:

„Allgemeines Ziel der ICF-Klassifikation ist, in einheitlicher und standardisierter Form eine Sprache und einen Rahmen zur Beschreibung von Gesundheits- und mit Gesundheit zusammenhängenden Zuständen zur Verfügung zu stellen“ (WHO 2001, S. 9).

Als Basis der ICF dient ein relationales Verständnis von Behinderung und Funktionsfähigkeit, welches durch die Integration von zwei unterschiedlichen Erklärungsmodellen, dem medizinischen und dem sozialen Modell von Behinderung, entsteht (vgl. Lindmeier 2007, S. 165). Für die Integration der verschiedenen Perspektiven der Funktionsfähigkeit wird ein „biopsychosozialer“ Ansatz verwendet, durch welchen man eine Synthese erreichen möchte, um eine kohärente Sicht der verschiedenen Perspektiven von Gesundheit auf biologischer, individueller und sozialer

Ebene zu erreichen (vgl. WHO 2001, S. 25). Die ICF ist in ihrer Struktur also sowohl ressourcen- als auch defizitorientiert. Das heißt mit ihr können positive sowie negative Größen der Funktionsfähigkeit dargestellt werden, wie beispielsweise die Entwicklungsmöglichkeiten der intellektuellen Fähigkeiten durch die Teilnahme eines Erwachsenenbildungskurses, oder die dauerhafte Eingeschränktheit trotz barrierefreier Umwelt (vgl. Grampp 2005, S. 274). Das Konzept versucht also möglichst alle Facetten von Gesundheit und Behinderung mit einzubeziehen und stellt die Person und ihre Aktivitäten in den Vordergrund:

„Diese Aktivitäten setzen Körperfunktionen und Körperstrukturen, nämlich den Organismus und seine Funktionsweise, und sie setzen eine personelle und materielle Umwelt voraus, an der die Person partizipieren kann und die fördernd oder hemmend auf den Menschen einwirkt“ (Bigger/Strasser 2005, S. 247).

Die ICF klassifiziert jedoch nicht die Person im eigentlichen Sinne, sondern beschreibt die gesundheitliche Situation eines Menschen mittels der Gesundheitsdomänen oder der mit Gesundheit zusammenhängenden Domänen. Darin besteht auch ein grundlegender Unterschied zwischen der ICIDH und der ICF, da hier die Klassifikationseinheiten keine Personen sondern Situationen sind (vgl. Lindmeier 2007, S. 165). Sie liefert also Beschreibungen von Situationen bezüglich menschlicher Funktionsfähigkeit und ihrer Beeinträchtigungen und dient gleichsam als Organisationsrahmen dieser Informationen. Es werden hierfür die Informationen strukturiert und die gegenseitigen Beziehungen berücksichtigt (vgl. WHO 2001, S. 13). Dafür werden die Informationen in zwei Teile gegliedert. Der eine Teil beschäftigt sich mit der Funktionsfähigkeit und Behinderung, während der andere Teil die Kontextfaktoren umfasst:

Teil 1: Funktionsfähigkeit und Behinderung

- (a) Körperfunktionen und –strukturen
- (b) Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]

Teil 2: Kontextfaktoren

- (c) Umweltfaktoren
- (d) Personenbezogene Faktoren

Jede der Komponenten besteht wiederum aus verschiedenen Domänen und innerhalb einer jeden Domäne aus weiteren Kategorien, welche die Einheiten der Klassifikation bilden (vgl. ebd., S. 16). Diese Komponenten dienen zum einen dazu, Probleme aufzuzeigen (Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivität oder Beeinträchtigungen in der Teilhabe, zusammengefasst unter dem Oberbegriff der Behinderung). Zum anderen können sie benutzt werden um neutrale und auch nicht problematische Aspekte des Gesundheitszustandes aufzuzeigen. Darin besteht ein weiterer wesentlicher

Unterschied zur ICIDH, da sich diese in der ICF von einer Klassifikation der Krankheitsfolgen hin zu einer Klassifikation der Komponenten der Gesundheit weiterentwickelt hat. Auf diese Weise können auch potentielle Ressourcen ausfindig gemacht werden, denn trotz der Miteinbeziehung der sozialen Beeinträchtigungen verkörperte die ICIDH eine rein defizitorientierte Klassifikation (vgl. Lindmeier 2007, S. 166). Zwischen den unterschiedlichen Domänen und Kontextfaktoren der ICF bestehen dynamische Wechselwirkungen, welche den Prozess der Funktionsfähigkeit und Behinderung kennzeichnen (s. Abbildung 2). Als Klassifikation modelliert die ICF zwar nicht den Prozess der Funktionsfähigkeit und Behinderung, kann aber zur Beschreibung dieses Prozesses benutzt werden, indem sie das Instrument bereitstellt, die verschiedenen Konstrukte und Domänen abzubilden:

„Die ICF liefert einen mehrperspektivischen Zugang zu Funktionsfähigkeit und Behinderung im Sinne eines interaktiven und sich entwickelnden Prozesses“ (WHO 2001, S. 23).

Sie stellt dafür Bausteine und Elemente zur Verfügung, welche den AnwenderInnen ermöglichen soll, Modelle zu entwickeln und verschiedene Aspekte dieses Prozesses zu untersuchen. Die Wechselwirkungen der Komponenten und Kontextfaktoren werden zwar als spezifisch angesehen, stehen jedoch nicht immer in einem vorhersagbaren direkten Zusammenhang (vgl. ebd., S. 23f.).

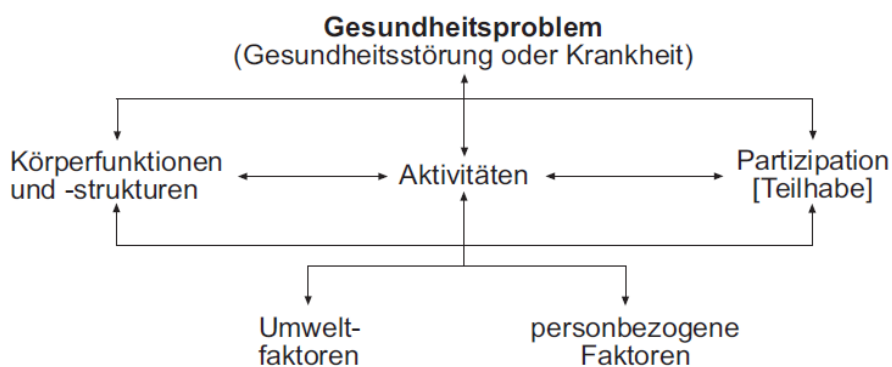


Abbildung 2: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (WHO 2001)

Die ICF möchte ein breites und angemessenes Bild über die Gesundheit von Menschen oder Populationen liefern, welches zu Entscheidungsfindungen herangezogen werden kann. Als Mehrzweckklassifikation für verschiedene Anwendungsbereiche und Disziplinen liefert sie eine wissenschaftliche Grundlage für das Verstehen und das Studium des Gesundheitszustandes und der mit der Gesundheit zusammenhängenden Zustände. Dafür stellt sie eine gemeinsame Sprache für die Beschreibung dieser Gesundheitszustände zur Verfügung, um die Kommunikation zwischen allen Beteiligten

zu verbessern. Dadurch werden Datenvergleiche zwischen Ländern, Disziplinen, Gesundheitsdiensten und auch Zeitverläufen möglich (vgl. ebd., S. 10f.).

Die ICF selbst stellt kein Diagnose- oder Assessmentinstrument im eigentlichen Sinne dar, sie ermöglicht jedoch die Klassifikation von Faktoren, welche die funktionale Gesundheit einer Person bestimmen (vgl. Grampp 2005, S. 274). Gleich wie die Vorgängerin ICIDH kann sie als statistisches Instrument für die Erhebung und Dokumentation von Daten eingesetzt werden (z.B. in Bevölkerungsstudien und Erhebungen oder Managementinformationssysteme). Als Forschungsinstrument kann sie auch zum Zweck der Messung von Ergebnissen, Lebensqualität oder Umweltfaktoren verwendet werden. Als Instrument der gesundheitlichen Versorgung kann sie für die Beurteilung des Bedarfs, die Anpassung von Behandlungen an spezifische Bedingungen, die berufsbezogene Beurteilung, die Rehabilitation und Ergebnisevaluation herangezogen werden (vgl. WHO 2001, S. 11). Demnach kann die ICF nicht nur für die Erfassung unterschiedlichster Daten dienen, sondern auch für die weiterführende Planung genutzt werden. Nach Grampp (2005) muss eine an der ICF orientierte Diagnostik nach der Feststellung der jeweiligen Ausgangslage die für die Förderung geeigneten Maßnahmen bestimmen:

„Diese sollen die funktionale Gesundheit (Zustand der Person auf der Grundlage der Körperfunktionen und -strukturen des Organismus unter den gegenwärtigen Bedingungen) und die Leistung (aktuelles Niveau der Handlungsfähigkeit) positiv beeinflussen bzw. die Leistungsfähigkeit (maximales Leistungsniveau) der Person entwickeln“ (ebd., S. 274).

Die ICF ist also für ein breites Spektrum unterschiedlichster Anwendungen nützlich. In der Steiermark wird sie primär als sozialpolitisches Instrument verwendet: Zur Planung der sozialen Sicherheit für Menschen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung.

Basierend auf der Struktur der ICF kann die teilweise chaotische Vielfalt von Konstrukten und Begriffen im Rahmen des darauf aufbauenden Instrumentariums (z.B. des Assessmentbogens) besser geordnet werden (vgl. Bigger/Strasser 2005, S. 249). Dazu sollen mögliche Barrieren sowie das Fehlen von Förderfaktoren identifiziert werden, damit der Hilfebedarf adäquat erfasst werden kann, um somit positive Änderungen bewirken zu können. Die ICF erfüllt mit ihren Konzepten und Kategorien die Ansprüche einer Förderdiagnostik, welche sowohl die Personen, als auch das Umfeld im Blick hat, wenn es darum geht, weiterführende Aktivitäten zu planen, durchzuführen und zu bewerten, die der gesetzlichen Aufgabe einer ganzheitlichen Förderung der Persönlichkeit entsprechen (vgl. Grampp 2005, S. 275).

## 5.2 Aktivitäten und Partizipation

Der Assessmentbogen zur Erfassung des Hilfebedarfes von Menschen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung in der Steiermark basiert auf der Komponente Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe] aus dem ersten Teil der ICF (Funktionsfähigkeit und Behinderung). Der Grund hierfür besteht wohl vor allem darin, dass der individuelle Hilfebedarf in seiner inhaltlichen Definition und operationalen Füllung vor allem die Partizipationschancen von Menschen mit Behinderung vermitteln möchte (vgl. Beck 2005, S. 389). Es wird auch als primäre Aufgabe der Heilpädagogik verstanden, dass selbst bei Menschen mit schweren und schwersten Formen geistiger Behinderung ein Kontext geschaffen wird, in welchem die Betroffenen möglichst optimal am gesellschaftlichen Leben teilhaben (partizipieren) können und ihre Kompetenzen in den durchgeführten Aktivitäten weiterentwickeln können (vgl. Bigger/Strasser 2005, S. 247). Hinsichtlich dieses Verwendungszwecks versteht sich die ICF selbst als ein konzeptioneller Rahmen für:

„(...) die Verbesserung der Partizipation [Teilhabe] durch die Beseitigung oder Verringerung von gesellschaftsbedingten Hindernissen sowie durch Schaffung oder Verbesserung der sozialen Unterstützung und anderer die Teilnahme oder Partizipation [Teilhabe] in Lebensbereichen fördernder, unterstützender oder erleichternder Faktoren“ (WHO 2001, S. 12).

Die Komponente Körperfunktionen und –strukturen wird aufgrund ihrer vordergründig medizinischen Bedeutung im Assessmentbogen nicht erhoben, ebenso werden die umwelt- und personenbezogenen Kontextfaktoren aus der ICF nicht miteinbezogen. Bigger und Strasser (2005) beschreiben den Umgang mit den auf der ICF basierenden diagnostischen Instrumenten:

„Aktivitäten werden beobachtet und beschrieben, und auf Grund dieser Beobachtungen werden sowohl Leistung und Kompetenzen der Person, Entwicklungsniveaus, Funktionen des Organismus und Wirkung der Umwelteinflüsse abgeleitet“ (ebd., S. 249).

Dabei kritisieren sie jedoch, dass bei behindertenpädagogischen Instrumenten die Kontextfaktoren in der Regel kaum berücksichtigt werden, selbst wenn die ICF auf deren notwendige Erfassung verweist (vgl. ebd.). Im steirischen Assessmentbogen zur Erfassung des Hilfebedarfes von Menschen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung werden die umweltbezogenen Kontextfaktoren nur indirekt durch das Beurteilungsmerkmal der Leistung bei der Erfassung der Aktivität berücksichtigt. Man bezieht sich also bei der Erfassung des Hilfebedarfes im Wesentlichen auf die Aktivitäten der betroffenen Personen sowie ihrer Teilhabe in der Gesellschaft.

### 5.2.1 Das Konzept der Aktivitäten

Das Konzept der Aktivitäten bezieht sich auf die Menschen als handelnde Subjekte. Die ICF definiert nicht nur die Aktivität selbst, sondern beschreibt auch, was unter der Beeinträchtigung der Aktivität zu verstehen ist:

„Eine Aktivität ist die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung (Aktion) durch einen Menschen. Eine Beeinträchtigung der Aktivität ist eine Schwierigkeit oder die Unmöglichkeit, die ein Mensch haben kann, die Aktivität durchzuführen“ (WHO 2001, S. 95).

Dabei umfasst das Aktivitätskonzept zwei konkrete Sachverhalte: Die Leistung und die Leistungsfähigkeit. Unter der Leistungsfähigkeit wird das maximal erreichbare Leistungsniveau einer Person hinsichtlich einer Handlung oder Aufgabe unter Test-, Standard- oder hypothetischen Bedingungen verstanden (vgl. BAR 2006, S. 14). Um den vollen Umfang der Fähigkeiten eines Menschen beurteilen zu können, wird eine „standardisierte“ Umwelt benötigt. Mit dieser sollen die verschiedenen Einflüsse, der jeweils unterschiedlichen Umwelt, auf die Fähigkeit des Menschen neutralisiert werden. Das Konstrukt zielt also darauf ab, das höchstmögliche Niveau der Funktionsfähigkeit, welches ein Mensch in einer bestimmten Domäne erreichen kann, zu beschreiben (vgl. WHO 2001, S. 20). Die Leistung hingegen beschreibt die tatsächliche Durchführung einer Aufgabe oder Handlung unter den Gegebenheiten ihres Kontextes. Mit dem Leistungsbegriff wird berücksichtigt, dass die konkrete Durchführung einer Aktivität stets in einem bestimmten Kontext erfolgt. Dabei variiert die Leistung auch mit der Konstellation des Kontextes: So verbessert sich beispielsweise die tatsächliche Leistung in der Fortbewegung eines in der Mobilität eingeschränkten Menschen durch die Benutzung eines Rollators (vgl. BAR 2006, S. 14).

„Der Unterschied zwischen der Leistungsfähigkeit und der Leistung spiegelt die Unterschiede zwischen den Auswirkungen der üblichen und einheitlichen Umwelt wider und liefert daher einen nützlichen Anhaltspunkt darüber, was in der Umwelt des Menschen getan werden kann, um dessen Leistung zu verbessern“ (WHO 2001, S. 20).

Oder anders ausgedrückt: Es spiegelt den notwendigen Unterstützungsbedarf wieder, um eine bestimmte Aktivität ausführen zu können. Die Beurteilungsmerkmale beider Konstrukte können sowohl unter Berücksichtigung von Hilfsmitteln und persönlicher Assistenz, als auch ohne deren Berücksichtigung verwendet werden. Zwar können diese Hilfen die Schädigungen nicht eliminieren, sie können aber die Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit in bestimmten Domänen beseitigen. Diese Art der Kodierung erachtet die ICF als besonders nützlich um festzustellen, wie stark die jeweilige

Funktionsfähigkeit eines einzelnen ohne Hilfsmittel eingeschränkt wäre (vgl. ebd., S. 20f.). Die Beziehung zwischen den Konstrukten Leistung und Leistungsfähigkeit ist vor allem dadurch gekennzeichnet, dass von der Leistungsfähigkeit alleine nicht auf die Leistung geschlossen werden kann. Es bedarf hierfür (auch hinsichtlich der Erfassung des vorhandenen Bedarfes an Hilfe und Unterstützung) weiterer Informationen über die Umweltgegebenheiten, unter welchen die Leistungsfähigkeit in Leistung umgesetzt werden soll, und über die jeweilige Leistungsbereitschaft der erfassten Person. Dasselbe gilt auf für den umgekehrten Fall (vgl. BAR 2006, S. 14).

„Wichtige Aufgaben der Rehabilitation sind die Wiederherstellung oder die Verbesserung der Leistungsfähigkeit, die Verbesserung der Gegebenheiten des Kontextes durch Abbau von Barrieren und Schaffung von Förderfaktoren sowie ggf. das Einwirken auf die Leistungsbereitschaft“ (ebd.).

### 5.2.2 Das Konzept der Partizipation

Das Konzept der Partizipation bezieht sich auf die Menschen als Subjekte in der Umwelt und Gesellschaft (vgl. BAR 2006, S. 14). Auch hier definiert die ICF nicht nur, was sie unter Partizipation versteht, sondern auch deren Beeinträchtigung:

„Partizipation [Teilhabe] ist das Einbezogensein in eine Lebenssituation. Eine Beeinträchtigung der Partizipation [Teilhabe] ist ein Problem, das ein Mensch in Hinblick auf sein Einbezogensein in Lebenssituationen erleben kann“ (WHO 2001, S. 95).

Das Konzept der Partizipation bezieht sich vor allem auf den Zugang zu allen Lebensbereichen, die Daseinsentfaltung, das selbstbestimmte Leben sowie die gleichberechtigte Teilhabe. Weiters bezieht sich dieses Konzept auf die Zufriedenheit der erlebten gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der erlebten Anerkennung und Wertschätzung in allen bedeutsamen Lebensbereichen (vgl. BAR 2006, S. 14f.). Unter der Partizipation versteht man außerdem auch die Mitwirkung, Mitbestimmung, Einbeziehung und Beteiligung (vgl. Niehoff 2007, S. 249). Aus einer demokratisch-politischen Sicht wird unter Partizipation auch die Einbindung von Personen und Organisationen verstanden. Je früher diese Beteiligung stattfindet, desto eher wird die Akzeptanz und Qualität der zu treffenden Entscheidungen erhöht. Bezogen auf Menschen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung werden durch die Partizipation „(...) Beteiligungsprozesse an Entwicklungen und Entscheidungen in Verbänden und Institutionen von Alltagssituationen bis zu strategisch-konzeptionellen Entscheidungen, aber auch darüber hinaus an politischen Sachverhalten beschrieben“ (ebd.). Bei Menschen mit geistiger Behinderung geht es also vorrangig darum, durch diese partizipativen Prozesse sicherzustellen, dass sie nicht von jenen Entscheidungen und

Einflussmöglichkeiten ausgeschlossen werden, welche letztlich sie selbst betreffen (vgl. ebd.). Die Beeinträchtigungen der Partizipation werden in der ICF vor dem Hintergrund allgemein akzeptierter Bevölkerungsstandards beurteilt (vgl. WHO 2001, S. 21).

Es können sich auch direkt durch die soziale Umwelt Probleme der Partizipation ergeben: Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn ein Mensch mit geistiger Behinderung zwar über hinreichend arbeitsbezogene Leistungsfähigkeit verfügt, aber infolge des verweigerten Zugangs zu Diensten durch Diskriminierung und Stigmatisierung nicht arbeitet. Damit für Menschen mit Behinderung ein würdevolles Leben in der Gesellschaft ermöglicht wird, müssen daher vor allem Diskriminierung und Ausgrenzung beseitigt werden. Die Aufgabe der AssistentInnen besteht hinsichtlich der Partizipation somit vor allem darin Unterstützung im Alltag für ein normales, sozial integriertes Leben zu geben und die Teilhabe zu fördern (vgl. Niehoff 2007, S. 249).

### 5.3 Die Teilhabe in allen Lebensbereichen

Die Domänen für die Komponente „Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]“ umfassen die in der ICF beschriebenen Lebensbereiche (s. Tabelle 4). Unter den Lebensbereichen versteht man Felder in denen sich menschliches Handeln (Aktivitäten) und menschliche Daseinsentfaltung (Teilhabe) vollzieht (vgl. BAR 2006, S. 15). Sie umfassen elementare Bereiche wie das Lernen oder Zusehen, und reichen bis zu den komplexen Feldern wie die interpersonellen Interaktionen oder die Beschäftigung (vgl. WHO 2001, S. 19).

Tabelle 4: Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]: Informationsmatrix (WHO 2001)

Domänen	
d1	Lernen und Wissensanwendung
d2	Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
d3	Kommunikation
d4	Mobilität
d5	Selbstversorgung
d6	Häusliches Leben
d7	Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
d8	Bedeutende Lebensbereiche
d9	Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

Es ist nach der theoretischen Grundannahme von Fachleuten nicht möglich auf der Grundlage der ICF Domänen von Aktivität und Partizipation [Teilhabe] zwischen individueller und gesellschaftlicher Perspektive zu differenzieren. Ebenso schwierig gestaltet sich auch die Unterscheidung zwischen den Aktivitäten und der Teilhabe. Aus



diesem Grund wird von der ICF eine einzige Liste zur Erfassung der Aktivitäten und Partizipation zur Verfügung gestellt, bei welcher die Möglichkeit besteht nach eigenen operationalen Regeln zu differenzieren (vgl. WHO 2001, S. 21). So kann für eine Person hinsichtlich ihrer Mobilität für die Therapieplanung die Betrachtung der einzelnen Aktivitäten (Gehen, Bücken, Sitzen, Treppen steigen usw.) im Vordergrund stehen. Bezüglich der Daseinsentfaltung (Anfahrt zum Arzt, Besuche in der Nachbarschaft, Reisen) spielen eher Aspekte der Partizipation eine entscheidende Rolle. Mit Hilfe der einzelnen Items der Domänen von Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe] lassen sich beliebig viele neue Lebensbereiche bilden und damit auch an die individuelle Situation einer Person praxisnah angleichen. So können beispielsweise die verschiedenen zu verrichtenden Arbeiten an einem Arbeitsplatz als eigener Lebensbereich aufgefasst werden und mit Hilfe der Items der Kategorie Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe] abgebildet werden (vgl. BAR 2006, S. 15).

Der Assessmentbogen zur Erfassung des Hilfebedarfes von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung in der Steiermark trifft innerhalb der Domänen ebenso eine Auswahl an bestimmten Items. Mit diesen sollen die von der ICF aufgeführten Lebensbereiche der Betroffenen im Wesentlichen charakterisiert werden. Auf diese Weise sollen in Übereinstimmung mit dem internationalen Leitzielen wie der Integration durch Normalisierung der Hilfen, der Selbstbestimmung und Lebensqualität, zielgerichtete und lebensbereichorientierte Hilfeleistungen für Menschen mit geistiger Behinderung sichergestellt werden.

Die zentrale Aufgabe für professionelle Hilfeleistungen besteht also darin, die KlientInnen bei der Lebensbewältigung so zu unterstützen, dass das individuelle Wohlbefinden gefördert- und ein Leben in lebhaften Sozialbezügen entsprechend anerkannter gesellschaftlicher Standards ermöglicht wird. Darunter darf nicht primär eine Kompensation verstanden werden, sondern eine „(...) grundlegende Umorientierung in der Ausrichtung der Unterstützungsleistungen an individuelle Bedarfslagen im Sinne der Eröffnung von Bildungs- und Lebenschancen“ (Beck 2003, S. 863). Somit lauten die Konsequenzen für das Dienstleistungssystem:

„Ausrichtung an konkreten Lebenslagen und sozialen Umfeld, in dem sich das Alltagsleben vollzieht (...); möglichst wohnortnahe und offene Angebotsstruktur (...), konsequente Förderung von Selbsthilfe und Partizipation: Beteiligung der Betroffenen auf allen Ebenen“ (Thimm 1994, zit.n. Beck 2003, S. 862).

Es muss also ein umfassendes Angebot erstellt werden, welches sich über all jene Lebensbereiche zu erstrecken hat, welche für den einzelnen in einer sozialen Situation bedeutsam sind. Es geht dabei nicht nur um die Pflege einzelner Sonderinteressen wie beispielsweise individuelle Hobbys oder das bloße Erlernen isolierter Fertigkeiten,

sondern vielmehr um die Sicherung aller personalen und sozialen Entwicklungschancen, welche die Person erkennen lässt. Diese können in allen Lebensbereichen existieren, sei es in den Bereichen der beruflichen Bildung, der Alltagsbedürfnisse, der Freizeit, des Wohnens, der Partnerschaft und Geselligkeit oder auch anderer Interessen und Lebensbedeutsamkeiten (vgl. Speck 1997, S. 317). Damit ist jedoch keine totale Pädagogisierung des gesamten Lebens für Menschen mit geistiger Behinderung gemeint, sondern:

„(...) die Notwendigkeit eines in dieser Weise umfassenden Angebots, damit jeder einzelne in seinen verschiedenen Bedürfnissen erreicht werden kann“ (ebd.).

Um den vorhandenen Bedarf an Hilfe und Unterstützung bestmöglich erfassen zu können, wurden die 9 Domänen der Lebensbereiche aus der Kategorie Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe] im Assessmentbogen übernommen. Folglich sollen diese 9 Domänen der Lebensbereiche hinsichtlich ihrer Bedeutung für Menschen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung dargestellt werden.

### 5.3.1 Lernen und Wissensanwendung

Die Domäne Lernen und Wissensanwendung befasst sich mit:

„(...) Lernen, Anwenden des Erlernten, Denken, Probleme lösen und Entscheidungen treffen“ (WHO 2001, S. 97).

Das Lernvermögen wird von vielen AutorInnen auch als Kern des intelligenten Verhaltens gesehen (vgl. Spreen 1978, S. 98). Die Entwicklung des Menschen vollzieht sich nämlich nicht nur als biologischer Reifungsprozess, sondern zugleich auch als Lernvorgang: „Lernen heißt auch Erfahrungen machen“ (Speck 1997, S. 132).

Durch mangelnde Lernerfahrungen und Besonderheiten des Lernverhaltens sind Menschen mit geistiger Behinderung in ihrem Lernen oftmals stark beeinträchtigt. Dies hat vor allem Auswirkungen auf alle jene Fähigkeiten, welche sich nicht spontan entwickeln, sondern erst durch Lernprozesse erworben werden müssen. Aus diesem Grund erweist sich das Erlernen und die Entwicklung der Wahrnehmung und anderer kognitiver Fähigkeiten, wie der sozialen Handlungsfähigkeit, der vorsprachlichen und sprachlichen Verständigung komplexer Gefühle und psychomotorischer Fertigkeiten als schwierig. In der Lernbeeinträchtigung von Menschen mit geistiger Behinderung bestehen durchaus Unterschiede, da die Betroffenen verschiedene Lernniveaus besitzen. Daraus sollen jedoch nicht voreilig weitere Unterteilungen oder Kategorisierungen unternommen werden, da diese im Grunde lediglich der Festschreibung eines Niveaus dienen. Vielmehr sollte man sich darauf konzentrieren, welche Hilfen zur Förderung des Lernniveaus generiert werden können (vgl. Mühl 2003a, S. 249).

### 5.3.2 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

Allgemeine Aufgaben und Anforderungen befassen sich mit:

„(...) allgemeinen Aspekten der Ausführung von Einzel- und Mehrfachaufgaben, der Organisation von Routinen und dem Umgang mit Stress. Diese können in Verbindung mit spezifischeren Aufgaben und Handlungen verwendet werden, um die zugrunde liegenden Merkmale der Ausführung von Aufgaben unter verschiedenen Bedingungen zu ermitteln“ (WHO 2001, S. 99)

Für Menschen mit geistiger Behinderung stellt die Bewältigung von Anforderungen eine wichtige Herausforderung dar, welche eng mit erlernten Handlungsmustern in Verbindung steht. Nach Mühl (2003a) unterliegen Menschen mit geistiger Behinderung in unterschiedlichsten Ausprägungen Einschränkungen ihrer Handlungsmöglichkeiten, welche den Erwerb von Handlungsmustern beeinträchtigen. Oftmals besteht eine Fixierung auf automatisierte Handlungsschemata, durch mangelnde Erfahrungen oder ständige Wiederholungen von Handlungen in der gleichen Situation. Weiters besteht auch oft Impulsivität und Affektivität durch mangelnde Übersicht und Kontrolle durch Angst und Unsicherheit sowie die Schwierigkeit realistische Lebensperspektiven zu entwerfen. Einige Stereotypen verhindern das Erlernen von Handlungen und es besteht auch die Gefahr unreflektierter Übernahme fremder Handlungsweisen. Von Seiten der Bezugspersonen und der Gesellschaft bestehen oft hinderliche Vorurteile bezüglich der Selbstbestimmungsfähigkeit von Menschen mit geistiger Behinderung sowie ihrer Fähigkeit am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben (vgl. ebd. S. 249f.). Doch gerade aufgrund dieser einschränkenden Bedingungen ist es aus pädagogischer Sicht erforderlich, Menschen mit geistiger Behinderung in ihren Handlungsmöglichkeiten zu unterstützen, damit diese die Aufgaben und Anforderungen des Alltags bestmöglich bewältigen können.

### 5.3.3 Kommunikation

In der ICF befasst sich die Domäne der Kommunikation mit:

„(...) allgemeinen und spezifischen Merkmalen der Kommunikation mittels Sprache, Zeichen und Symbolen, einschließlich des Verstehens und Produzierens von Mitteilungen sowie der Konversation und des Gebrauchs von Kommunikationsgeräten und -techniken“ (WHO 2001, S. 101).

Durch die Kommunikation wird der Prozess der sozialen Interaktion, das wechselseitig aufeinander bezogene Handeln von Individuen, ermöglicht und beeinflusst. Generell ist unsere Existenz fundamental an die Kommunikation gebunden (vgl. Speck 1997, S. 113f.). Auch für Menschen mit geistiger Behinderung stellt die Fähigkeit zur

Kommunikation eine zentrale Voraussetzung zur angestrebten Handlungsfähigkeit dar. Eine Retardierung in der kommunikativen Entwicklung stellt einen konstitutiven Bestandteil der geistigen Behinderung dar (vgl. Mühl 2003b, S. 262). Dabei spielt vor allem die Sprachentwicklung eine entscheidende Rolle. Kaum eine andere menschliche Fähigkeit hat in den Wissenschaften mehr Beachtung gefunden, als die Fähigkeit zur Produktion und das Verständnis verbaler Symbole. Bei Menschen mit geistiger Behinderung ist der Spracherwerb in vielen Fällen verzögert und die Sprachausübung beeinträchtigt (vgl. Spreen 1978, S. 92). Es geht aus mehreren Untersuchungen hervor, dass vor allem Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung praktisch in mindestens einem Bereich der Sprache erhebliche Störungen und Abweichungen aufweisen. Speck (1997) begründet das zahlreiche Auftreten von Sprachstörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung wie folgt:

„Ihre außerordentliche Häufung ist einerseits auf die vorliegende Intelligenzschwäche und andererseits auf die große Zahl von Hirnschädigungen zurückzuführen, die auch unmittelbare Sprachschädigungen auslösen“ (ebd., S. 115).

Die Förderung der Kommunikation bei Menschen mit geistiger Behinderung ist ein wichtiger Bestandteil des pädagogischen Handelns und verfolgt letztlich das Ziel, die Kommunikationsfähigkeit zu unterstützen. Diese Unterstützung bezieht sich auf die Förderung des Erwerbs vorsymbolischer Verständigung, der Förderung des Symbolerwerbs, der Förderung der Gesprächsfähigkeit sowie auch auf das Lesen und Schreiben. Dies wird ergänzt durch Sprachtherapie und Logopädie, in denen es vorrangig um die Reduzierung von Sprech- und Redestörungen geht (vgl. Mühl 2003b, S. 262).

### 5.3.4 Mobilität

Der Bereich der Mobilität befasst sich vor allem mit der eigenen Bewegung durch:

„(...) Änderung der Körperposition oder -lage oder Verlagerung von einem Platz zu einem anderen, mit der Bewegung von Gegenständen durch Tragen, Bewegen oder Handhaben, mit der Fortbewegung durch Gehen, Rennen, Klettern oder Steigen sowie durch den Gebrauch verschiedener Transportmittel“ (WHO 2001, S. 103).

Die Mobilität spielt vor allem beim Erwachsenwerden eine entscheidende Rolle, da sie eng mit der Unabhängigkeit in Verbindung steht. Generell gilt es für Jugendliche mit Behinderung in dieser Lebensphase als besonders schwierig, Kontakte zu Gleichaltrigen zu halten. Sie verbringen entweder lange Zeit in Sondereinrichtungen, oder sind durch ihre Behinderung in der Mobilität eingeschränkt und somit von ihrer Familie abhängig

(vgl. Leve 2006, S. 168). Die Mobilität bei Menschen mit geistiger Behinderung ist vor allem mit der Ausbildung der Lebensorientierung verknüpft. Es geht um einen realen Lebensbereich und Weltausschnitt, in dem sich der Mensch mit geistiger Behinderung bewegt und sich zurechtfinden soll. Die pädagogische Aufgabenstellung zielt darauf ab, dass sich diese Menschen in der Welt zurechtfinden, sie gliedern und gestalten können, um in ihr heimisch zu werden. Dabei gilt zu beachten, dass unsere Welt immer komplizierter und abstrakter wird. Die Hilfen in diesem Bereich verfolgen somit das Ziel, dass Menschen mit geistiger Behinderung an Lebensorientierung gewinnen (vgl. Speck 1997, S. 176ff.).

### 5.3.5 Selbstversorgung

Die Selbstversorgung beschreibt die folgenden Aspekte:

„(...) der eigenen Versorgung, dem Waschen, Abtrocknen und der Pflege des eigenen Körpers und seiner Teile, dem An- und Ablegen von Kleidung, dem Essen und Trinken und der Sorge um die eigene Gesundheit“ (WHO 2001, S. 109).

Die Selbstversorgung bezieht sich in der ICF stark auf den körperunmittelbaren Bereich und reicht bis zur persönlichen Gesundheitsvorsorge. Im Assessmentbogen zur Erfassung des Hilfebedarfes von Menschen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung bezieht sich dieser Abschnitt vor allem auf jene Lebensbereiche, die auch bei der Pflegegeldeinstufung eine Rolle spielen. Bei Menschen mit geistiger Behinderung beziehen sich die Unterstützungsleistungen in diesem Lebensbereich vor allem auf die stundenweise Hilfe bei der alltäglichen Pflege und Selbstversorgung (vgl. Theunissen 1997, S. 99). Wenn ein Blick auf die Konzepte der pädagogischen Alltagsbegleitung geworfen wird, so wird schnell ersichtlich, dass bei Menschen mit (schwerer) geistiger Behinderung pflegerisch dimensionierte Betreuungskonzepte überwiegen. Einer der Hauptgründe hierfür ist, dass die Loslösung vom psychiatrischen Versorgungsmodell noch nicht ganz erfolgt ist. Außerdem fehlt oft sogar das Verständnis für eine Autonomie fördernde und integrative Pädagogik, indem insbesondere bei Menschen mit schwerer geistiger Behinderung eine endgültige Entwicklungsbeschränkung im Erwachsenenalter behauptet wird. Dadurch wird eine auf Hilfe zur Pflege abgestimmte Betreuung legitimiert. Theunissen (1997) hält diese Position aus fachlicher Perspektive für unhaltbar und fordert ihre scharfe Zurückweisung. Zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten erbringen den Nachweis, dass selbst Menschen mit schwerer geistiger Behinderung im Erwachsenenalter lern- und entwicklungsfähig sind. Aus pädagogischer Sicht ist daher eine aktivierende Pflege zu fördern, mit der Zielsetzung den Menschen mit geistiger Behinderung soweit wie möglich die Selbstpflege zu ermöglichen, um die Hilfe zur Pflege letztlich überflüssig zu machen (vgl. ebd., S. 112f.).

### 5.3.6 Häusliches Leben

Das Häusliche Leben behandelt die Ausführung von häuslichen und alltäglichen Handlungen und Aufgaben:

„Die Bereiche des häuslichen Lebens umfassen die Beschaffung einer Wohnung, von Lebensmitteln, Kleidung und anderen Notwendigkeiten, Reinigungs- und Reparaturarbeiten im Haushalt, die Pflege von persönlichen und anderen Haushaltsgegenständen und die Hilfe für andere“ (WHO 2001, S. 112).

Dieser Lebensbereich wird in der Literatur häufig mit dem Wohnen gleichgesetzt. Untersuchungen zufolge äußern Menschen mit geistiger Behinderung die gleichen Wohnbedürfnisse wie nichtbehinderte Menschen und geben an, so wohnen zu wollen wie die Eltern, Geschwister, Bekannte, LehrerInnen oder die AssistentInnen. Befragungen zufolge richten Menschen mit geistiger Behinderung ihre Wohnbedürfnisse aber nicht nur nach dem aus, was andere an sie herantragen, sondern artikulieren und entwickeln durchaus eigene Vorstellungen und Zukunftsvisionen (vgl. Theunissen 1997, S. 65).

Menschen mit geistiger Behinderung leben jedoch zu einem großen Prozentsatz in ihren Familien. Nach Angaben der Lebenshilfe aus dem Jahre 2002 wohnen 85% der Kinder und Jugendlichen und immerhin 60% der Erwachsenen mit geistiger Behinderung zu Hause. 4% dieser Menschen leben in gemeindeintegrierten Wohneinrichtungen, 14% in Dorfgemeinschaften und Großeinrichtungen mit pädagogischer Ausrichtung und 4,5% in psychiatrischen Großeinrichtungen und Pflegeheimen. Anhand dieser Zahlen ist ein großer Bedarf nach Integration in die Gesellschaft auszumachen (vgl. Badelt 2003, S. 300). Die Vorbereitung auf eine möglichst selbstständige Lebensführung im Bereich des Wohnens ist heute ein zentrales Thema in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung. Die Wohnformen des betreuten Wohnens außerhalb von Großheimen und Institutionen umfassen heute betreute Wohngruppen, betreutes Wohnen für Einzelpersonen oder Paare, Außenwohngruppen, Trainingsgruppen sowie das ambulant betreute Wohnen bei relativ selbstständiger Lebensführung (vgl. Mühl 2003a, S. 254f.). Beck (2003) sieht im Wohnen die Möglichkeit zur Erfüllung wichtiger Bedürfnisse nach emotionaler Bindung, sozialer Zugehörigkeit, Privatsphäre und Intimität, Selbstbestimmung und Entfaltung der Persönlichkeit, Aktivität und Ruhe. Kaum ein anderer Lebensbereich bietet solche Möglichkeiten zur freien Entscheidung und zur selbstbestimmten sozialen, kreativen und zeitlichen Nutzung:

„Den Kristallisationspunkt der pädagogischen Arbeit im Erwachsenenalter bildet das Wohnen als der neben dem Beruf wichtigsten Chancenstruktur zur sozialen Integration“ (ebd., S. 865).

### 5.3.7 Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen

Der Lebensbereich Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen fokussiert stark auf das soziale Verhalten und befasst sich mit:

„(...) der Ausführung von Handlungen und Aufgaben, die für die elementaren und komplexen Interaktionen mit Menschen (Fremden, Freunden, Verwandten, Familienmitgliedern und Liebespartnern) in einer kontextuell und sozial angemessenen Weise erforderlich sind“ (WHO 2001, S. 115)

Die Erforschung der sozialen Entwicklung und des sozialen Verhaltens, einschließlich spezifischer Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung, steht erst am Anfang (vgl. Speck 1997, S. 108). Doch gerade in diesem Lebensbereich liegen auch besondere Risiken für diese Menschen. Die sozialen Netzwerke von Menschen mit geistiger Behinderung sind häufig reduziert, ihre psychosozialen Bedürfnisse werden oftmals nicht ausreichend erfüllt (vgl. Beck 2003, S. 859). Die Qualität der interpersonellen Bezüge ist nach mehreren Untersuchungen von grundlegender Bedeutung für die spätere Entwicklung der Kinder mit geistiger Behinderung. Soziale Probleme eines Menschen mit geistiger Behinderung werden auch als Entwicklungsprobleme unter dem Aspekt des sozialen Lernens gesehen. Aus diesen Problemen resultiert ein Verlust von Interaktion und Kommunikation, was letztlich zu sozialer Isolierung führen kann (vgl. Speck 1997, S. 108f.). Es besteht also für die Menschen mit geistiger Behinderung stets die Gefahr sozial an den Rand gerückt zu werden, was äußerst negative Auswirkungen auf ihre psychische Befindlichkeit haben kann:

„Das für den einzelnen Menschen mit einer geistigen Behinderung schwerer wiegende Defizit oder Problem ist sicherlich nicht seine neural-physische, sondern seine sozial-psychische Befindlichkeit und Situation“ (ebd., S. 109).

Das Bedürfnis nach sozialer Teilhabe reicht mit fortschreitendem Alter über die täglich vertraute Gruppe hinaus und hinein in die verschiedensten Sozialbereiche (vgl. ebd., S. 110). Im Lebensbereich der Interpersonellen Interaktionen und Beziehungen wird von der ICF auch der Bereich der Liebesbeziehungen und Sexualität klassifiziert. Das stellt einen sehr wichtigen Bereich dar, denn unser enges Moralsystem mit seinen vielfältigen Tabuisierungs- und Unterdrückungsstrategien wird dem Sexualleben von Menschen mit geistiger Behinderung in keiner Weise gerecht. Die pädagogische Aufgabe besteht nach Hahn (1996) in einer adäquaten Sexualerziehung:

„Allgemeine Zielsetzung einer Sexualerziehung geistigbehinderter Kinder, Jugendlicher und Erwachsener ist eine bedürfnisorientierte Selbstverwirklichung dieser Menschen in sozialer Integration unter dem Aspekt ihrer Geschlechtlichkeit“ (ebd., S. 133).

### 5.3.8 Bedeutende Lebensbereiche

Die Bedeutenden Lebensbereiche beziehen sich auf:

„(...) Ausführungen von Aufgaben und Handlungen, die für die Beteiligung an Erziehung/Bildung, Arbeit und Beschäftigung sowie für die Durchführung wirtschaftlicher Transaktionen erforderlich sind“ (WHO 2001, S. 118).

Dieser Lebensbereich steht in enger Verbindung mit der Bildung von Menschen mit geistiger Behinderung. Für die Durchführung der von der ICF beschriebenen Aufgaben in den bedeutsamen Lebensbereichen werden bestimmte Kompetenzen benötigt, die erst im Vorfeld erworben werden müssen.

In den letzten Jahren hat sich die Erwachsenenbildung als weiteres pädagogisches Tätigkeitsfeld für Erwachsene mit geistiger Behinderung etabliert. Die Argumente für ein solches pädagogisches Feld sind nach Mühl (2003a) ähnlich wie solche für Erwachsene ohne Behinderung: Auch Erwachsene mit geistiger Behinderung sind über die Schulzeit hinaus lern- und entwicklungsfähig und bedürfen in noch höherem Maße als nicht behinderte Erwachsene Anregungen und Hilfen, um das in der Schule Erlernte zu erhalten und sich angesichts der ständig verändernden Anforderungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen zurechtfinden zu können (vgl. ebd., S. 256). Überall dort, wo das Bildungsrecht und der Bildungsanspruch dieser Menschen verkürzt oder abgesprochen wird, entstehen Gefährdungen der Persönlichkeitsentwicklung und der Lebenslagen, da ihnen die Ausbildung jener Kompetenzen versagt werden, welche sie zur Bewältigung mehrerer Lebensbereiche benötigen. Beck (2003) beschreibt, dass die Bewältigung der Lebensführung von den objektiven Lebensbedingungen, Erfahrungen und Kompetenzen, der Art und Schwere der Beeinträchtigung sowie von den subjektiv erlebten und objektiv bestehenden Belastungen abhängt. Die Möglichkeiten die zur Lebensbewältigung notwendigen Kompetenzen zu erwerben und die Entwicklung von Handlungsstrategien sowie die kognitiven, praktischen und psychosozialen Hilfen werden zumeist sozial vermittelt. Für die informellen sozialen Netzwerke, die Selbsthilfegruppen und das professionelle Helfersystem, stellt sich somit die Aufgabe ihre Unterstützungsangebote so zu generieren, dass sie die Chance für eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung offerieren (vgl. ebd., S. 854f.).

### 5.3.9 Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

Dieser Bereich befasst sich mit jenen Handlungen und Aufgaben,

„(...) die für die Beteiligung am organisierten sozialen Leben außerhalb Familie, in der Gemeinschaft sowie in verschiedenen sozialen und staatsbürgerlichen Lebensbereichen erforderlich sind“ (WHO 2001, S. 120).



Dieser Lebensbereich fokussiert vor allem auf Hobbys, persönliche Neigungen, Erholung, Freizeit und Feierlichkeiten, aber auch auf Spiritualität und das politische Leben. In der Literatur wird er auch oft als Freizeit- oder Gemeinschaftsbereich bezeichnet. Dieser Bereich hat für Menschen mit geistiger Behinderung einen hohen Stellenwert, jedoch sind sie auch hier oftmals auf Unterstützung und Begleitung angewiesen.

Das soziale Umfeld und die Freizeit gelten als wesentlicher Teil des Lebensrhythmus aller Menschen und sind auch gleichzeitig mit der Chance zur selbstbestimmten Entscheidungsfreiheit verbunden (vgl. Badelt 2003, S. 303). Es geht aus mehreren Untersuchungen hervor, dass Menschen mit geistiger Behinderung in ihrem Verhalten und ihren Möglichkeiten in diesem Lebensbereich stark eingeschränkt sind: In diesem Bereich stehen für sie oft passive Tätigkeiten im Vordergrund, welche sich außerdem im hohem Maße auf den häuslichen Bereich beziehen. Außerfamiliäre Kontakte sind eher selten, und es wurde eine starke Bindung an die Familienmitglieder (vor allem an die Mutter) beobachtet (vgl. Mühl 2003a, S. 256). Dieses Problem tritt vor allem bei jenen Betroffenen auf, welche zu Hause leben: Während bestimmte Wohnformen oft ein großes Angebot an Freizeit- und sozialen Möglichkeiten bieten, haben Betroffene zu Hause oft keinen oder nur sehr wenig Umgang mit Menschen ihres Alters, sodass sie nur wenig Möglichkeiten besitzen, ihre Interessen zu verwirklichen oder Anregungen für die Gestaltung dieses Lebensbereichs finden (vgl. Wendeler 1992, zit.n. Badelet 2003, S. 304). Häufig empfinden Menschen mit geistiger Behinderung daher Langeweile in diesem Bereich, wobei bei pflegebedürftigen Personen die genannten Merkmale sogar noch verstärkt auftreten. Das kann zu sozialer Isolation führen und kennzeichnet gleichzeitig die wichtigste pädagogische Aufgabe in diesem Lebensbereich: Im Sinne der gesellschaftlichen Inklusion und der Erweiterung sozialer Erfahrungen sollen Menschen mit geistiger Behinderung auch an Aktivitäten mit Nichtbehinderten teilhaben. Die Techniken zur Ausübung der Aktivitäten in diesem Lebensbereich müssen vermittelt werden, doch auch Erholung, Entspannung und Kompensation müssen ein Thema sein (vgl. Mühl 2003a, S. 256). Es ist wichtig, dass Menschen mit geistiger Behinderung eine Wahlmöglichkeit für ihre Tätigkeiten in diesem Bereich besitzen und ihre individuellen Bedürfnisse respektiert werden.

„Anregung zur Freizeitgestaltung trägt dann zur Selbstständigkeit bei, wenn die Begleitung durch Fachleute von den wirklichen Bedürfnissen der Betroffenen nach Hilfe gesteuert und weitgehende Selbstbestimmung angestrebt wird“ (Badelt 2003, S. 304).

## III Empirischer Teil

### 6 Zielsetzung und Hintergründe der Untersuchung

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung ist die Erstellung einer Prognose des zukünftigen Bedarfs an Hilfe und Unterstützung für jugendliche Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung in der Steiermark. Konkret handelt es sich dabei um die Prognose jenes Unterstützungsbedarfes, der bei Jugendlichen mit geistiger Behinderung in Bezug auf ihre gesellschaftliche Partizipation im Erwachsenenalter auftreten wird.

Wie im Literaturteil dargestellt, verläuft die psychische Entwicklung bei Menschen mit geistiger Behinderung oftmals problematischer als bei Menschen ohne Behinderung. Das Erwachsenwerden wird bei Jugendlichen mit geistiger Behinderung zumeist unterschätzt und stellt eine große Herausforderung dar (vgl. Pforr 1997, S. 197ff.). Das liegt vor allem auch daran, dass sich Menschen mit geistiger Behinderung bei der Entwicklung ihrer Erwachsenenidentität meist an klischeehaften Rollenerwartungen und Vorstellungen orientieren müssen (vgl. Wohlhüter 1996, S. 190f.).

In Zeiten des biographischen Übergangs bestehen meist besondere Exklusionsrisiken, da wichtige Weichenstellungen stattfinden und Brüche im Lebensverlauf entstehen können. Wichtige Grundrechte, wie die Selbstbestimmung, erlangen beim Übergang ins Erwachsenenalter eine zentrale Bedeutung. Für Menschen mit geistiger Behinderung ist jedoch diese selbstbestimmte Gestaltung ihres Lebens zusätzlich erschwert, da sie auch stets mit der Suche nach der passenden Unterstützung verbunden ist (vgl. Rohrmann/Schädler 2006, S. 237).

In der Adoleszenz entwickeln Menschen mit geistiger Behinderung wie Nichtbehinderte neue Wünsche und Bedürfnisse, welche sie jedoch oftmals nicht ohne fremde Hilfe erfüllen können (vgl. Hoffmann/Theunissen 1999, S. 132). Dieser Bedarf an Hilfe geht oftmals über die Behebung einer einzelnen Notlage hinaus und erstreckt sich zumeist über mehrere Lebensbereiche, wodurch ein hoher Anspruch an die geleistete Hilfe besteht (Speck 1997, S. 65ff.). Daher wird auch die Forderung nach einem pädagogischen Rahmen gestellt, welcher den Menschen mit geistiger Behinderung die Möglichkeit zum persönlichen Wachstum bietet (vgl. Pforr 1997, S. 207f.).

In der Steiermark trat das am 10. Februar 2004 beschlossene neue Behindertengesetz (StBHG 2004) im Juli 2004 in Kraft, welches das Ziel verfolgt, Menschen mit

Behinderung so zu unterstützen, dass diese „(...) ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen können“ (ebd., § 1). Die Prinzipien „mobil vor stationär“ und „Rechte statt Almosen“ fanden in das neue Gesetz Eingang und markierten den Paradigmenwechsel auf dieser Ebene. Das Behindertengesetz bringt somit neue Angebote mit sich, wie beispielsweise die persönliche Assistenz zum selbstständigen Wohnen, die Hilfe zum Lebensunterhalt, die Freizeitassistenz sowie auch die Familienentlastung für Angehörige von Menschen mit Behinderung (vgl. Gobiet/Rudlof 2006, S. 26f.). Gemäß der Forderung nach Empowerment und Selbstbestimmung wird dabei vermehrt auf diese neuen Formen der mobilen Hilfeleistungen - wie die persönliche Assistenz - fokussiert. In diesem Modell bestimmen die Menschen mit Behinderung als ArbeitgeberInnen was eine assistierende Person tun soll (vgl. Theunissen 2007a, S. 254). Helfen bedeutet hier assistierend tätig zu sein, mit dem Ziel, die Betroffenen beim Selbst-Werden zu unterstützen und ihnen somit die bestmögliche Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Um diese Assistenzleistungen jedoch sinnvoll nutzen zu können, werden bestimmte Kompetenzen vorausgesetzt, die von Menschen mit geistiger Behinderung nicht vorbehaltlos verlangt werden dürfen (vgl. Hoffmann/Theunissen 1999, S. 134f.).

Daher ist trotz der Fokussierung auf mobile Unterstützungsangebote die Erfassung des Hilfebedarfes eine Notwendigkeit: Damit die bestehenden Bedürfnisse durch die Assistenzleistungen erfüllt werden können, muss zuerst der Hilfebedarf der betroffenen Person ermittelt werden. Aus diesem Grund wurde in der Steiermark ein neues Beurteilungsverfahren entwickelt: In diesem IHB-Verfahren (Individueller Hilfebedarf-Verfahren) erstellt ein Sachverständigenteam in Zusammenarbeit mit dem Menschen mit Behinderung (und seinen Bezugspersonen) ein Gutachten über dessen Hilfebedarf, welches schließlich als Grundlage zur Gewährung von Assistenzleistungen dient (vgl. Gobiet/Rudlof 2006, S. 26f.). Menschen mit geringem oder mittlerem Hilfebedarf wird durch die persönliche Assistenz ein Leben in der eigenen Wohnung oder das Arbeiten in einem Betrieb ermöglicht. Für Menschen mit hohem oder höchstem Hilfebedarf existieren jedoch nach wie vor hauptsächlich stationäre Betreuungsformen (vgl. Wögerer 2004, S. 230f.):

„Noch immer leben nahezu alle Menschen mit einer mittleren bis schweren intellektuellen Behinderung (in der Steiermark sind das insgesamt mehr als 3.000 Menschen) in Wohnheimen und Tageswerkstätten“ (ebd., S. 231).

Genau aus diesem Grund entwickelte das Land Steiermark einen Assessmentbogen zur Erfassung des Hilfebedarfes von Menschen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung basierend auf der ICF. Im Jahr 2008 wurde schließlich damit begonnen, durch dieses Instrument den Unterstützungsbedarf aller Menschen mit geistiger- und mehrfacher

Behinderung in der Steiermark zu erheben, um dezidiert feststellen zu können bei wem in welchen Lebensbereichen ein Hilfebedarf besteht. Diese Daten wurden von Magistra Iris Palz im Zuge ihrer Dissertation zur statistischen Verwendung kodiert, anonymisiert und in elektronisch verarbeitbarer Form erfasst - und freundlicherweise auch für diese Untersuchung zur Verfügung gestellt.

Der Orientierung an der Hilfebedarfserhebung kommt vor allem in wichtigen Übergangsphasen wie dem Erwachsenwerden eine bedeutende Funktion zu (vgl. Sander 2003, S. 14ff.). Aus diesem entscheidenden Grund soll in der vorliegenden Arbeit eine wissenschaftliche Prognose des zukünftigen Unterstützungsbedarfes Jugendlicher mit geistiger- und mehrfacher Behinderung gestellt werden. Die Hauptfragestellung dieser Untersuchung lautet: Worin besteht der zukünftige Unterstützungsbedarf jugendlicher Menschen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung in der Steiermark? Zur Beantwortung dieser Hauptfragestellung soll, ausgehend von den Ergebnissen der Untersuchung, der sozialpolitischen Lage im Land sowie der Forschungsliteratur der prognostizierbare zukünftige Bedarf an Hilfe und Unterstützung für Jugendliche mit geistiger Behinderung beim Übergang ins Erwachsenenalter abgeschätzt werden.

Dafür soll zunächst in der Beschreibung der Methode (Kapitel 7) der Assessmentbogen (7.1) sowie das Forschungsdesign zur Erstellung der Prognose (7.2) behandelt werden. Weiters werden die Hypothesen und Fragestellungen dieser Untersuchung formuliert (7.3). Nach der Beschreibung der Stichprobe (7.4) folgt die statistische Auswertung der Daten und die Präsentation der Ergebnisse in Kapitel 8. Auf Basis der Diskussion und Interpretation der Ergebnisse erfolgt abschließend in Kapitel 9 der Versuch einer Prognose des zukünftigen Unterstützungsbedarfes Jugendlicher mit geistiger- und mehrfacher Behinderung in der Steiermark.

## 7 Methode

### 7.1 Beschreibung des Erhebungsinstruments

Das Instrument zur Erhebung des Hilfebedarfes von Menschen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung in der Steiermark wurde von Sachverständigen des Landes entwickelt. Der offizielle Name lautet: Assessmentbogen zur Erhebung des Grades der Beeinträchtigung. Die wissenschaftliche Grundlage dieses Instruments basiert auf der Komponente Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe] aus der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Eine genauere Abhandlung über die Informationsstruktur der ICF ist in Kapitel 5 zu finden. Eine adaptierte Version des Assessmentbogens befindet sich im Anhang B.

Mit diesem Instrument wird das Ziel verfolgt, den vorhandenen Hilfebedarf in den unterschiedlichen Lebensbereichen von Menschen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung zu erfassen, um darauf aufbauend die adäquaten Unterstützungsleistungen individuell ermitteln zu können. Da im steirischen Behindertengesetz (StBHG 2004) vom „Grad der Beeinträchtigung“ gesprochen wird, findet sich dieser Ausdruck auch im Titel des Assessmentbogens wieder. Laut Gerhard Mosler, dem Geschäftsführer des IHB-Teams in der Steiermark, wird mit diesem Instrument jedoch der Hilfebedarf in den einzelnen Lebensbereichen ermittelt. Damit wird auch versucht, einer wichtigen Forderung einer inklusiven Gesellschaft zu entsprechen, in welcher Behinderung nicht mehr nach Art und Schwere gemessen wird, sondern nach dem Grad der notwendigen Unterstützung (vgl. Sigot/Kocnik 2007, S. 352). Aufgrund seiner medizinisch und rechtlich wichtigen Bedeutung wird der Ausdruck „Grad der Beeinträchtigung“ im Assessmentbogen verwendet, selbst wenn durch die Ergebnisse der Hilfebedarf des jeweiligen Menschen ausgedrückt wird.

Im Folgenden soll die Struktur des Assessmentbogens, seine Domänen (Skalen) und die Itemanzahl dargestellt werden. Das Erhebungsinstrument beinhaltet 9 Skalen, die so genannten Domänen der Lebensbereiche, welche in der Komponente Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe] beschrieben werden. Die Definitionen der einzelnen Lebensbereiche sowie ihre Relevanz für Menschen mit geistiger Behinderung werden im Kapitel 5.3 dargestellt. Im Assessmentbogen wird dabei innerhalb der Domänen (Skalen) eine Auswahl an bestimmten Items getroffen, welche den jeweiligen Lebensbereich für Menschen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung charakterisieren soll. Im Erhebungsinstrument werden also nicht alle in der ICF

angeführten Items der jeweiligen Lebensbereiche verwendet. Die im Klammersausdruck angeführten Codes (z.B. d110: „zuschauen“) des Assessmentbogens beziehen sich auf die jeweiligen ICF-Referenzcodes, deren genauere Definitionen sich in der ICF (vgl. WHO 2001) sowie auch im Anhang A der vorliegenden Arbeit befinden. Einige der verwendeten ICF Items werden im Assessmentbogen mit anderen Items kombiniert (z.B. d1550/d135: „Sich elementare Fertigkeiten aneignen inklusive Üben“). Andere verwendete Items beziehen wiederum die in der ICF folgenden Items mit ein (z.B. d520ff: „Seine Körperteile pflegen“ bezieht sich auch auf die darauf folgenden Items wie „Die Haut pflegen“, „Die Zähne pflegen“, „Das Haar pflegen“, etc., wird jedoch nur durch ein einzelnes Item dargestellt).

In der folgenden Auflistung wird die Struktur des Assessmentbogens dargestellt:

- 1) Lernen und Wissensanwendung: 9 Items (d110\*, d115\*, d120, d130, d1550/d135, d1551, d160, d163/d175, d117) und Raum für ein weiteres ICF-basiertes relevantes Item;
- 2) Aufgaben und Anforderungen: 6 Items (d210, d2101/d2200ff, d230/d2302, d240, d2400, d2402) und Raum für ein weiteres ICF-basiertes relevantes Item;
- 3) Kommunikation: 10 Items (d310, d3150/d315, d3151/d3152, d325, d330, d3351, d345, d335/d3350, d3503, d360) und Raum für ein weiteres ICF-basiertes relevantes Item;
- 4) Mobilität: 4 Items (d4600, d4602, d470, d4609) und Raum für ein weiteres ICF-basiertes relevantes Item;
- 5) Selbstversorgung: 11 Items (d5109ff\*, d520ff\*, d5300\*, d5301\*, d5302\*, d5400\*/d5402\*, d5401\*/d403\*, d5404, d550\*, d560\*, d570/d5702) und Raum für ein weiteres ICF-basiertes relevantes Item;
- 6) Häusliches Leben: 12 Items (d6102\*, d620/d6200\*, d6300\*, d6301\*, d640, d6403, d6400\*, d6402\*, d6404, d6500, d6504\*, d660) und Raum für ein weiteres ICF-basiertes relevantes Item;
- 7) Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen: 8 Items (d710, d7203/d7204, d760, d740, d7503, d730, d7500, d7700ff) und Raum für ein weiteres ICF-basiertes relevantes Item;
- 8) Bedeutsame Lebensbereiche: 3 Items (d810ff, d840ff, d860) und Raum für ein weiteres ICF-basiertes relevantes Item;
- 9) Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben: 6 Items (d9204, d9102, d920, d9202, d930, d950) und Raum für ein weiteres ICF-basiertes relevantes Item;

Zur rechnerischen Übereinstimmung mit der steirischen Pflegegeldeinstufung erfolgt die Bewertung der Items im Assessmentbogen in 7er Schritten (0 = selbständig, 7 = weitgehend selbständig, 14 = mit Anleitung, 21 = Anleitung und stellvertretende Ausführung, 28 = mit umfassender Hilfestellung). Der Hilfebedarf wird somit in einer 5-stufigen Ratingskala ausgedrückt. Die Auswertung der Gesamtpunkte erfolgt beim IHB-Team über das gewogene arithmetische Mittel. Die mit einem Stern (\*) versehenen Items finden in der jeweiligen Pflegegeldeinstufung Berücksichtigung, sofern eine solche bereits vorhanden ist. Im begründeten Einzelfall können von Seiten der Sachverständigen mehrere relevante ICF-Items herangezogen werden. In individuellen Härtefällen kann auch die individuelle Streuung der Items als weiteres Entscheidungskriterium berücksichtigt werden, um somit eine Höherstufung des Grades der Beeinträchtigung zu erwirken. Bei Menschen mit extrem ausgeprägtem herausforderndem Verhalten kann bei Vorliegen eines fachpsychiatrischen Gutachtens ein Betreuungszuschlag von bis zu 50% eines Dienstpostens gewährt werden. Dieser individuelle Betreuungszuschlag ist in Prozenten (von 1% bis 50%) zu beschreiben und im Gutachten zum Ausdruck zu bringen.

## 7.2 Forschungsdesign zur Erstellung der Prognose

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Erstellung einer Prognose. Unter einer Prognose versteht man im Allgemeinen die Vorhersage zukünftiger Ereignisse. Wissenschaftlich fundierte Prognosen werden in den unterschiedlichsten Disziplinen durchgeführt, unter anderem in der Medizin, den Wirtschaftswissenschaften und der Soziologie. In der Kriminologie und im Strafrecht gehört die Kriminalprognose (Wahrscheinlichkeit des zukünftigen Straffälligwerdens) zu den wichtigsten Aufgaben der GutachterInnen. Dort unterscheidet man auch zwischen intuitiver, klinischer und statistischer Prognose. Trotz der Bemühungen, zuverlässige Prognoseinstrumente zu entwickeln, konnte sich bislang noch kein Verfahren durchsetzen (vgl. Feuerhelm 2001, S. 318). Am Beispiel der Kriminologie lässt sich gut erkennen, dass sich wissenschaftliche Prognosen oftmals problematisch gestalten können. Dennoch stellen sie eine Notwendigkeit dar: Vor allem im sozialen Sektor ist man im hohen Maße auf Prognosen angewiesen, wenn es beispielsweise um die Planung und Verteilung der Mittel geht. Bei der Erstellung der Prognose des zukünftigen Unterstützungsbedarfes Jugendlicher mit geistiger Behinderung werden zunächst statistische Berechnungen erfolgen. Es soll anhand der Daten herausgefunden werden, in welchen konkreten Lebensbereichen ein Hilfebedarf für die Betroffenen besteht und ob sich die untersuchten Jugendlichen und Erwachsenen in der Höhe dieser Bedarfe voneinander unterscheiden. Dabei werden die möglichen Unterschiede auch auf ihre praktische

Relevanz hin überprüft und die Zusammenhänge der Hilfebedarfe in den unterschiedlichen Lebensbereichen untersucht werden. Aufgrund der Alters- und Kohorteneffekte kann durch die bestehenden Unterschiede allein nicht der zukünftige Unterstützungsbedarf abgeleitet werden. Daher wird die Prognose auf Basis der Ergebnisinterpretation, der sozialpolitischen Lage und der Forschungsliteratur erfolgen, um jenen Unterstützungsbedarf zu ermitteln, den die Assistenzleistungen mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erfüllen haben werden, wenn die jetzige Generation der Jugendlichen mit geistiger Behinderung ins Erwachsenenalter eintreten wird.

### 7.2.1 Unabhängige Variable

Die *unabhängige Variable* dieser Untersuchung stellt die jeweilige Altersgruppe der Menschen mit geistiger Behinderung dar. Die Kategorisierung der Altersgruppen orientiert sich dabei an Remschmidt (1992).

#### 1) Jugendliche mit geistiger Behinderung (14-20 Jahre):

Das Jugendalter definiert Remschmidt von 14 bis (exklusive) 18 Jahre. Da sich der Übergang ins Erwachsenenalter bei Menschen mit geistiger Behinderung (laut dem Geschäftsführer des IHB-Teams Gehard Mosler) meist 2 Jahre später vollzieht, wird auch das Heranwachsendenalter in die erste Altersgruppe miteinbezogen. Laut Remschmidt findet dieses Heranwachsendenalter im Alter von 18 bis (exklusive) 21 Jahren statt. Da sich sowohl das Jugendalter wie auch das Heranwachsendenalter in der Adoleszenz befinden (12/14 Jahre – 25 Jahre), wird für diese erste Altersgruppe der Ausdruck „Jugendliche mit geistiger Behinderung“ verwendet, da die gesamte Lebensphase der Adoleszenz in der Literatur oftmals mit „Jugend“ bezeichnet wird (vgl. ebd.).

#### 2) Junge Erwachsene mit geistiger Behinderung (21-30 Jahre):

Die Bezeichnung „Erwachsene“ gilt für alle Menschen über 18 Jahre (vgl. ebd.). Die Jugendlichen mit geistiger Behinderung sollen bezüglich ihres Bedarfes an Hilfe und Unterstützung bewusst nicht mit der gesamten Gruppe der Erwachsenen mit geistiger Behinderung verglichen werden, sondern mit jener Altersgruppe, in welche sie in den nächsten Jahren übergehen werden („Junge Erwachsene“).

#### 3) Erwachsene mit geistiger Behinderung (31-40 Jahre):

Durch diese weitere Gruppe von Erwachsenen mit geistiger Behinderung soll festgestellt werden, inwiefern sich der Bedarf an Hilfe und Unterstützung im Erwachsenenalter verändert. Der Hilfebedarf stellt nämlich nichts Statisches dar und kann sich auch im späteren Erwachsenenalter immer wieder wandeln (vgl. Beck 2005, 388ff.).



## 7.2.2 Abhängige Variablen

Die *abhängigen Variablen* dieser Untersuchung sind einerseits die einzelnen Hilfebedarfe in den unterschiedlichen Lebensbereichen sowie der (gesamte) Unterstützungsbedarf. In der pädagogischen Theorie und Praxis werden diese Begriffe oftmals synonym verwendet (vgl. Beck 2005, S. 388). Für einen besseren Überblick soll jedoch in dieser Untersuchung eine Unterscheidung getroffen werden:

1) Der Unterstützungsbedarf ist der gesamte Bedarf an Hilfe und Unterstützung. Er wird als komplexe abhängige Variable durch mehrere operationale Indikatoren beschrieben, und zwar durch alle im Assessmentbogen verwendeten Items der 9 Lebensbereiche aus der Komponente Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe] der ICF.

2) Der Hilfebedarf bezieht sich stets auf einen bestimmten Lebensbereich aus der Komponente Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe] der ICF und nicht auf den gesamten Bedarf an Hilfe und Unterstützung. Aufgrund der Kategorisierung der ICF, welche im Assessmentbogen übernommen wurde, können 9 unterschiedliche Hilfebedarfe ausgemacht werden. Aufgrund der Vermerke im Assessmentbogen und der berechneten Reliabilitätsanalysen wurden die 3 Lebensbereiche Lernen und Wissensanwendung, Selbstversorgung und Häusliches Leben in jeweils eine pflegerelevante- und eine nicht-pflegerelevante Subskala aufgegliedert:

1. Der Hilfebedarf im Bereich **Lernen und Wissensanwendung**
  - 1.1 Der Hilfebedarf im Bereich **Visuelle und Auditive Wahrnehmung (Pflege)**
  - 1.2 Der Hilfebedarf im Bereich **Lernen und Wissensanwendung (exkl. Pflege)**
2. Der Hilfebedarf im Bereich **Allgemeine Aufgaben und Anforderungen**
3. Der Hilfebedarf im Bereich **Kommunikation**
4. Der Hilfebedarf im Bereich **Mobilität**
5. Der Hilfebedarf im Bereich **Selbstversorgung**
  - 5.1 Der Hilfebedarf im Bereich **Selbstversorgung (exkl. Pflege)**
  - 5.2 Der Hilfebedarf im Bereich **Körperpflege und Nahrungsaufnahme (Pflege)**
6. Der Hilfebedarf im Bereich **Häusliches Leben**
  - 6.1 Der Hilfebedarf im Bereich **Häusliches Leben (exkl. Pflege)**
  - 6.2 Der Hilfebedarf im Bereich **Reinigen und Kochen (Pflege)**
7. Der Hilfebedarf im Bereich **Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen**
8. Der Hilfebedarf im Bereich **Bedeutende Lebensbereiche**
9. Der Hilfebedarf im Bereich **Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben**

### 7.3 Hypothesen und Fragestellungen

Die Hauptfragestellung dieser Untersuchung lautet: Worin besteht der zukünftige Unterstützungsbedarf jugendlicher Menschen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung in der Steiermark? In dieser Hauptfragestellung wird nach dem gesamten Bedarf an Hilfe und Unterstützung in allen Lebensbereichen gefragt, der bei den Jugendlichen mit geistiger Behinderung im Erwachsenenalter voraussichtlich auftreten wird. Zur Beantwortung dieser Frage wurden 2 Hypothesen und 10 Fragestellungen formuliert, deren statistische Bearbeitung bei der Beantwortung der Hauptfragestellung helfen soll.

#### 7.3.1 Hypothese 1

Die erste Hypothese bezieht sich auf den sich verändernden Unterstützungsbedarf von Menschen mit geistiger Behinderung im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter.

Dieser Übergang ins Erwachsenenalter verläuft – wie die gesamte Entwicklung von Menschen mit geistiger Behinderung – anders als bei Nichtbehinderten (vgl. Pforr 1997, S. 197ff.). Wie in der Theorie beschrieben, ist das Erwachsenwerden durch individuelle Entwicklungsprozesse gekennzeichnet, in welchen sich das Individuum mit bestimmten Entwicklungsaufgaben auseinandersetzen muss. In dieser Zeit müssen neue soziale, psychische und physische Anforderungen bewältigt werden (vgl. Stöppler 2007, S. 107). Auch für Menschen mit geistiger Behinderung stellt das Erwachsenwerden einen Prozess dar, in dem jene Normen, Einstellungen, Fähigkeiten und Verhaltensmuster erlernt werden müssen, die für die jeweilige Gesellschaft und Kultur maßgebend sind (vgl. Speck 1997, S. 312). Solche Übergänge im Lebenslauf bringen zwar generell Unsicherheiten mit sich, sind jedoch bei Menschen mit Behinderung noch zusätzlich erschwert, da sie bei ihnen auch mit der Suche nach der passenden Unterstützung verbunden sind (vgl. Rohrman/Schädler 2006, S. 236). Wissenschaftlichen Befunden zufolge, lässt sich bei Menschen mit geistiger Behinderung aber durchaus eine Entwicklung erkennen, die über das Kind-Stadium hinausreicht, sofern die entsprechenden Lernprozesse durch die richtige Unterstützung angeregt werden (vgl. Speck 1997, S. 314). Da sich der meist umfassende Unterstützungsbedarf von Menschen mit geistiger Behinderung oftmals über viele Lebensbereiche erstreckt (vgl. ebd., S. 65ff.), ist davon auszugehen, dass sich dieser aufgrund des Übergangs vom Jugend- ins Erwachsenenalter ebenso verändert. Basierend auf dieser Grundlage wurde die erste Hypothese formuliert:

**Hypothese 1:** Es besteht ein signifikanter Unterschied zwischen Jugendlichen mit geistiger Behinderung und jungen Erwachsenen (21-30 Jahre) mit geistiger Behinderung hinsichtlich ihres Unterstützungsbedarfes.

### 7.3.2 Fragestellungen 1-9

Durch die Fragestellungen 1-9 soll herausgefunden werden in welchen konkreten Lebensbereichen ein Unterschied zwischen Jugendlichen und Erwachsenen mit geistiger Behinderung hinsichtlich ihres Hilfebedarfes besteht. Die Bereiche basieren auf den (vom Assessmentbogen übernommenen) 9 Lebensbereichen aus der ICF- Komponente Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe].

**Fragestellung 1:** Besteht ein Unterschied zwischen Jugendlichen mit geistiger Behinderung und jungen Erwachsenen (21-30 Jahre) mit geistiger Behinderung hinsichtlich ihres Hilfebedarfes im Bereich Lernen und Wissensanwendung?

**Fragestellung 2:** Besteht ein Unterschied zwischen Jugendlichen mit geistiger Behinderung und jungen Erwachsenen (21-30 Jahre) mit geistiger Behinderung hinsichtlich ihres Hilfebedarfes im Bereich Allgemeine Aufgaben und Anforderungen?

**Fragestellung 3:** Besteht ein Unterschied zwischen Jugendlichen mit geistiger Behinderung und jungen Erwachsenen (21-30 Jahre) mit geistiger Behinderung hinsichtlich ihres Hilfebedarfes im Bereich Kommunikation?

**Fragestellung 4:** Besteht ein Unterschied zwischen Jugendlichen mit geistiger Behinderung und jungen Erwachsenen (21-30 Jahre) mit geistiger Behinderung hinsichtlich ihres Hilfebedarfes im Bereich Mobilität?

**Fragestellung 5:** Besteht ein Unterschied zwischen Jugendlichen mit geistiger Behinderung und jungen Erwachsenen (21-30 Jahre) mit geistiger Behinderung hinsichtlich ihres Hilfebedarfes im Bereich Selbstversorgung?

**Fragestellung 6:** Besteht ein Unterschied zwischen Jugendlichen mit geistiger Behinderung und jungen Erwachsenen (21-30 Jahre) mit geistiger Behinderung hinsichtlich ihres Hilfebedarfes im Bereich Häusliches Leben?

**Fragestellung 7:** Besteht ein Unterschied zwischen Jugendlichen mit geistiger Behinderung und jungen Erwachsenen (21-30 Jahre) mit geistiger Behinderung hinsichtlich ihres Hilfebedarfes im Bereich Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen?

**Fragestellung 8:** Besteht ein Unterschied zwischen Jugendlichen mit geistiger Behinderung und jungen Erwachsenen (21-30 Jahre) mit geistiger Behinderung hinsichtlich ihres Hilfebedarfes im Bereich Bedeutende Lebensbereiche?

**Fragestellung 9:** Besteht ein Unterschied zwischen Jugendlichen mit geistiger Behinderung und jungen Erwachsenen (21-30 Jahre) mit geistiger Behinderung hinsichtlich ihres Hilfebedarfes im Bereich Gemeinschafts-, Soziales und staatsbürgerliches Leben?

### 7.3.3 Fragestellung 10

Durch die Fragestellung 10 soll festgestellt werden, ob sich der Bedarf an Hilfe und Unterstützung im Erwachsenenalter noch weiter verändert. Der Grund für diese Fragestellung ist der Einfluss von Alters- und Kohorteneffekten: Durch weltweite Aufklärungskampagnen der letzten Jahrzehnte entwickelte sich ein Paradigmenwechsel bezüglich Behinderung, welcher sich auch auf der steirischen Landesebene vollzog (vgl. Gobiet/Rudlof 2006, 18ff.). Aufgrund dessen ist davon auszugehen, dass die jetzige Generation von Jugendlichen mit geistiger Behinderung eine andere Sozialisierung erlebt und auch anders in der Gesellschaft integriert ist, als es die jetzige Generation von Erwachsenen mit geistiger Behinderung in ihrer Jugendzeit war. Mögliche Unterschiede in ihrem Bedarf an Hilfe und Unterstützung sind daher nicht nur auf die neuen Anforderungen im Erwachsenenalter zurückzuführen, sondern auch auf die sich verändernden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Durch diese Fragestellung soll jedoch zumindest festgestellt werden, ob ein Unterschied zwischen jungen Erwachsenen im Alter von 21-30 Jahren und Erwachsenen im Alter von 31-40 hinsichtlich ihres gesamten Unterstützungsbedarfes besteht, was eventuell Hinweise auf die sich verändernden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen erbringen könnte.

**Fragestellung 10:** Gibt es einen Unterschied zwischen jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung im Alter von 21-30 Jahren und Erwachsenen mit geistiger Behinderung im Alter von 31-40 Jahren bezüglich ihres Unterstützungsbedarfes?

### 7.3.4 Hypothese 2

Die zweite Hypothese bezieht sich auf den Zusammenhang der Hilfebedarfe der unterschiedlichen Lebensbereiche bei Menschen mit geistiger Behinderung.

Durch den Assessmentbogen soll der Hilfebedarf in den verschiedenen Lebensbereichen von Menschen mit geistiger Behinderung festgestellt werden. Diese Lebensbereiche basieren auf den Domänen der Komponente Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe] aus der ICF. Diese in der ICF enthaltenen Domänen werden dort als „Gesundheitsdomänen und mit der Gesundheit zusammenhängende Domänen“ definiert (WHO 2001, S. 9). Um eine wissenschaftliche Aussage über den Gesundheitszustand eines Menschen zu liefern, wird die Situation einer Person mittels den mit der Gesundheit zusammenhängenden Domänen beschrieben (vgl. ebd., S. 14). Die komplexen Beziehungen der einzelnen Faktoren der ICF werden auch als dynamische Wechselwirkungen beschrieben. Diese Wechselwirkungen sind laut WHO zwar spezifisch, stehen aber nicht immer in einem vorhersagbaren Eins-zu-Eins-Zusammenhang (vgl. ebd., S. 23). Der Assessmentbogen verwendet ein ähnliches Vorgehen, indem er den (gesamten) Unterstützungsbedarf additiv anhand der

Hilfebedarfe in den einzelnen Lebensbereichen (Domänen) bestimmt. Hinsichtlich der Menschen mit geistiger Behinderung besteht ein Grund zur Annahme, dass ein Zusammenhang der Hilfebedarfe in den einzelnen Lebensbereichen besteht: Biologisch-organische Beeinträchtigungen bilden bei Menschen mit geistiger Behinderung lediglich den Ausgangspunkt (vgl. Speck 2007, S. 317). Schädigungen des Gehirns haben meist Auswirkungen auf kognitive, motorische, emotionale und soziale Entwicklungen sowie auf das Lernen des Menschen (vgl. Fornefeld 2000, S. 56). Es ist also anzunehmen, dass bei Menschen mit geistiger Behinderung der Hilfebedarf in einem Lebensbereich Auswirkungen auf den Hilfebedarf in anderen Lebensbereichen haben kann.

**Hypothese 2:** Es besteht ein Zusammenhang der Hilfebedarfe in den einzelnen Lebensbereichen.

## 7.4 Die Stichprobe

Die Erhebung des Grades der Beeinträchtigung (bzw. des Hilfebedarfes) wurde in der Steiermark bei Menschen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung durchgeführt. Dabei wurde von Seiten des IHB-Teams und vom Land Steiermark eine Gesamterhebung angestrebt. Da jedoch stets neue Anträge gestellt werden und das IHB-Verfahren in regelmäßigen Abständen (und bei Bedarf) wiederholt wird, gibt es keinen offiziellen Abschluss dieser Erhebung.

Der in dieser Untersuchung verwendete Datensatz beruht auf dem Erhebungsstand vom März 2009. Die darin enthaltenen Daten wurden von Magistra Iris Palz im Zuge ihrer Dissertation in einer langen Phase der Dateneingabe anonymisiert und in das Statistikprogramm SPSS übertragen. Der anonymisierte Datensatz wurde von ihr freundlicherweise für diese Untersuchung zur Verfügung gestellt. Er umfasst in seinem vollen Umfang die Angaben über den Unterstützungsbedarf von 1991 Menschen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung aller Pflegestufen (keine Pflegestufe – Pflegestufe 7) aus den 17 Bezirken der Steiermark. Die jüngste darin erfasste Person ist 11 Jahre alt, die älteste Person 87.

Die in dieser Untersuchung verwendete Stichprobe enthält insgesamt 1430 Personen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung im Alter von 14-40 Jahren. Diese Stichprobe wird innerhalb der Untersuchung in 3 Altersgruppen kategorisiert (s. Abbildung 3):

- 1) Jugendliche mit geistiger Behinderung (14-20 Jahre): 376 Personen
- 2) Junge Erwachsene mit geistiger Behinderung (21-30 Jahre): 591 Personen
- 3) Erwachsene mit geistiger Behinderung (31-40 Jahre): 463 Personen

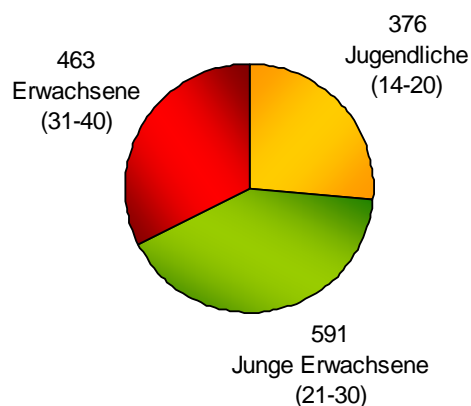


Abbildung 3: Die Anzahl der Menschen mit geistiger Behinderung in den Altersgruppen

Die hier verwendete Stichprobe umfasst Menschen mit geistiger Behinderung aus allen 17 Bezirken der Steiermark. Die von den IHB-Teams auf Basis des Assessmentbogens erstellten Gutachten bilden die Grundlage für weitere Entscheidungen der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörden. Die aktuellsten Erhebungen der IHB-Teams fanden 2009 in Graz statt. Die meisten darin erfassten Menschen mit geistiger Behinderung sind erwartungsgemäß in Graz (200 Pers.) und Graz-Umgebung (129 Pers.) registriert. Am wenigsten der 1430 in der Stichprobe erfassten Personen leben in Murau (16 Pers.) und Fürstenfeld (36 Pers.).

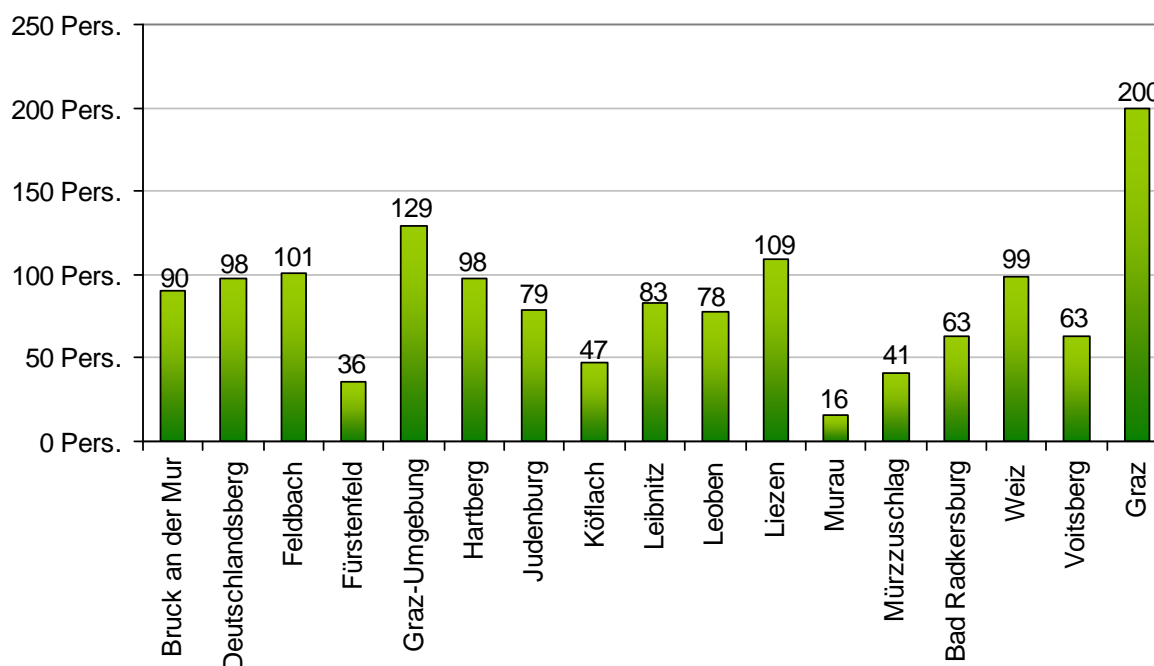


Abbildung 4: Anzahl der 14 bis 40-Jährigen mit geistiger Behinderung in den Bezirken

Von den 1460 Personen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung der verwendeten Stichprobe fallen 266 nicht unter das steirische Pflegegeldgesetz und sind somit auch in keine Pflegestufe eingliedert. Die anderen 1194 erhalten Pflegegeld, wobei 111 Personen in die Pflegestufe 1 fallen, 305 in die Pflegestufe 2, 238 in die Pflegestufe 3, 109 in die Pflegestufe 4, 148 in die Pflegestufe 5 und 176 in die Pflegestufe 6. 77 der in der Stichprobe enthaltenen Personen wurden in die höchste Pflegestufe (7) eingestuft.

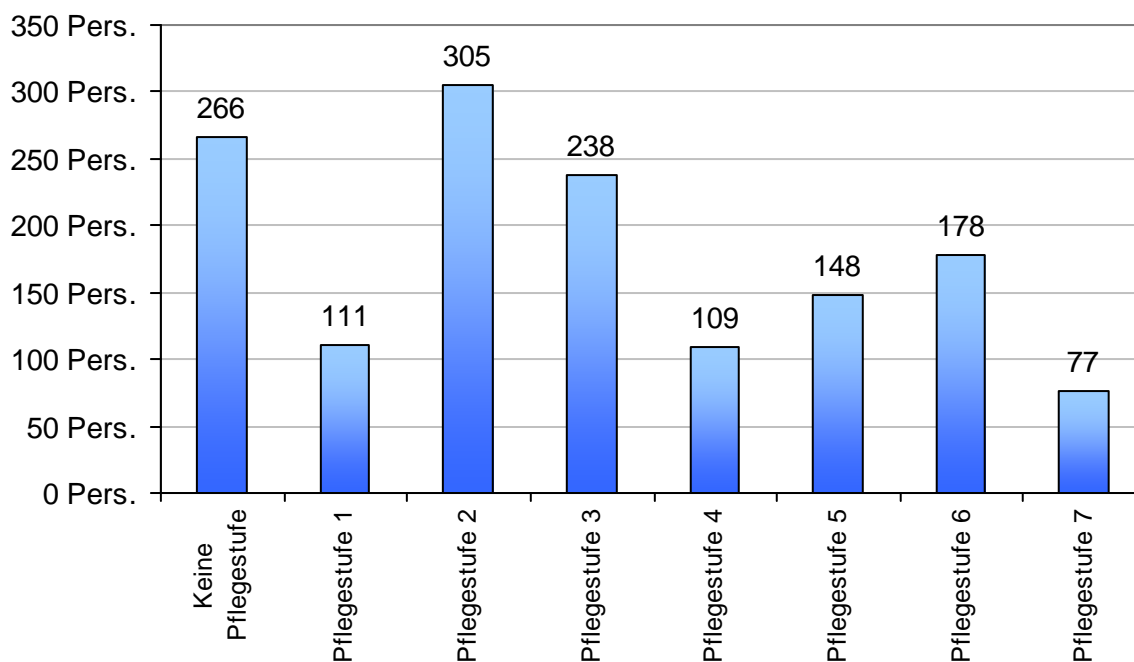


Abbildung 5: Die Pflegestufen der 14 bis 40-Jährigen mit geistiger Behinderung

Die folgende Abbildung (6) zeigt die Anzahl der in der Stichprobe enthaltenen weiblichen und männlichen Personen mit geistiger Behinderung. Von den 1460 Personen mit geistiger Behinderung sind 609 Personen weiblich und 821 Personen männlich. Die Stichprobe umfasst somit 212 mehr Männer als Frauen.

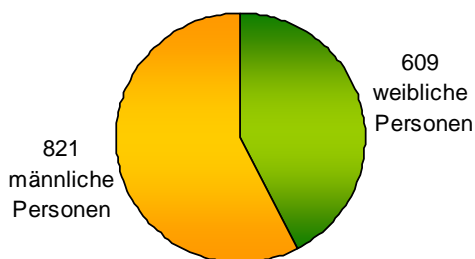


Abbildung 6: Geschlechtsverteilung der 14 bis 40-Jährigen mit geistiger Behinderung

Die folgende Abbildung (7) zeigt die Höhe der Mittelwerte aller in der untersuchten Stichprobe vorhandenen Unterstützungs- und Hilfebedarfe im Überblick. Durch den Abgleich mit der PflegegeldEinstufung reicht der Wertebereich der Bedarfe von 0 – 28:

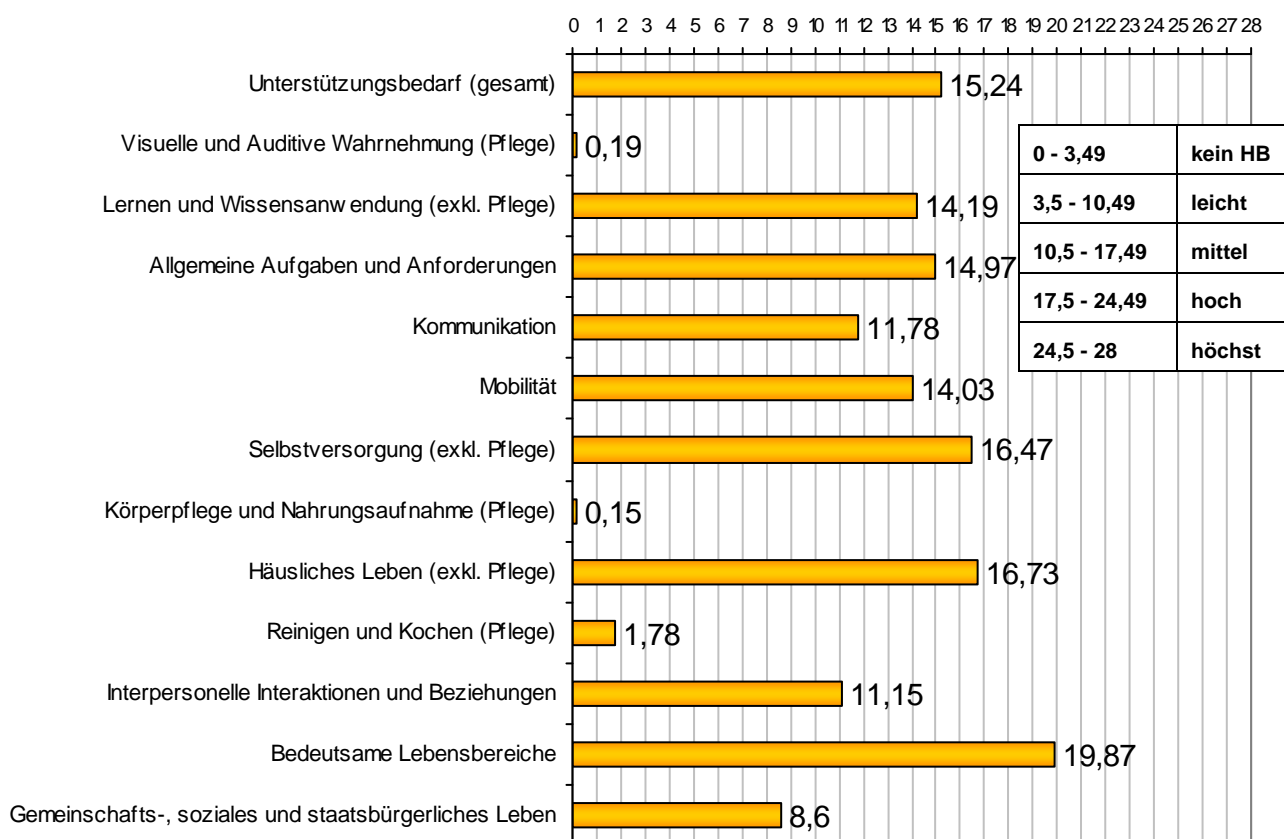


Abbildung 7: Darstellung der Mittelwerte der Bedarfe der gesamten Stichprobe

Die Abbildung zeigt, dass vor allem bei den pflegerelevanten Skalen im Durchschnitt ein sehr geringer Hilfebedarf vorherrscht. Die kleinsten beobachteten Hilfebedarfe weist die Stichprobe im Durchschnitt im Bereich Körperpflege und Nahrungsaufnahme (Pflege) (MW=0,15) sowie im Bereich Visuelle und Auditive Wahrnehmung (Pflege) (MW=0,19) auf. Laut Einstufung der IHB-Teams existiert in diesen Bereichen kein Hilfebedarf (0–3,49). Ein hoher Hilfebedarf zeigt sich im Durchschnitt in den Bedeutsamen Lebensbereichen (MW=19,87). Die beiden nächst höheren Hilfebedarfe lassen sich in den Bereichen Selbstversorgung (exkl. Pflege) (MW=16,47) sowie dem Häuslichen Leben (exkl. Pflege) (MW=16,73) ausmachen. In diesen beiden Bereichen existiert sowie in 5 weiteren Lebensbereichen, ein mittlerer Hilfebedarf (10,5–17,59). Lediglich im Bereich Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben existiert im Durchschnitt ein leichter Hilfebedarf (MW=8,5). Der gesamte Unterstützungsbedarf weist bei der untersuchten Stichprobe einen Durchschnittswert von 15,24 auf, was nach der Einstufung der IHB-Teams einen Bedarf in mittlerer Höhe darstellt.



## 8 Statistische Auswertung und Ergebnisse

### 8.1 Vorgehen bei der Auswertung

Im folgenden Kapitel wird dargestellt werden, wie bei der Auswertung des vorhandenen Datensatzes verfahren wurde. Die inferenzstatistische Auswertung der formulierten Hypothesen und Fragestellungen wurde mit dem Statistikprogramm SPSS Version 16 vorgenommen. Alle Items der im Assessmentbogen beinhalteten Domänen weisen hinsichtlich der 5-stufigen Ratingskala in dieselbe Richtung, und zwar von „keine Hilfe notwendig“ bis „mit umfassender Hilfestellung“, sodass keine Umpolung einzelner Items erfolgen musste. Fehlende Bewertungen einzelner Items innerhalb der 9 Skalen des Hilfebedarfes werden von den IHB-Teams nicht in ihre endgültigen Beurteilungen miteinbezogen und gelten somit für den gesamten Unterstützungsbedarf einer Person als nicht relevant. Die fehlenden Beurteilungen einzelner Items wurden daher so interpretiert, dass im jeweiligen Bereich „keine Hilfe notwendig“ ist. Nun finden sich jedoch auch Items, welche in der Pflegegeldeinstufung Berücksichtigung finden, und ebenso eine fehlende Beurteilung aufweisen. Dies ist damit zu begründen, dass die Erhebung oftmals in Behinderteneinrichtungen stattgefunden hat und der dort erfasste pflegerelevante Bedarf von den IHB-Teams als Aufgabe der Pflege gesehen wurde. Bei fehlender Beurteilung wurden diese pflegerelevanten Items also derart interpretiert, dass hinsichtlich der pädagogischen Assistenzleistungen „keine Hilfe notwendig“ ist.

### 8.2 Reliabilitätsanalysen

#### 8.2.1 Reliabilitätsanalysen der Skalen zu den einzelnen Lebensbereichen

Durch die Reliabilitätsanalysen der 9 Skalen der Lebensbereiche wurde deren interne Konsistenz bestimmt.

##### 1) Reliabilitätsanalyse der Skala Lernen und Wissensanwendung

Eine erste Reliabilitätsanalyse der 10 Items ergab einen Reliabilitätskoeffizienten von  $\alpha=.871$ . Der Raum für das weitere ICF-basierte relevante Item wurde kaum genutzt, sodass er für die Untersuchung aus der Skala ausgeschlossen wurde. Durch die Korrigierte Item-Skala-Korrelation der Reliabilitätsanalyse konnte festgestellt werden, dass die Items „zusehen“ (d110\*) und „zuhören“ (d115\*) einen sehr geringe Trennschärfekoeffizienten (.000 und .004) aufweisen. Diese beiden Items finden auch in

der Pflegegeldeinstufung Berücksichtigung und eine Faktorenanalyse der Skala ergab, dass sie auf einen gemeinsamen Faktor laden. Aus diesem Grund wurde diese Skala für die Untersuchung in 2 Subskalen aufgegliedert und deren interne Konsistenz nach Cronbach erneut berechnet:

1.1 Visuelle und auditive Wahrnehmung (Pflege):  $\alpha=.909$ ; Itemanzahl=2;

1.2 Lernen und Wissensanwendung (exkl. Pflege):  $\alpha=.917$ ; Itemanzahl=7;

## 2) Reliabilitätsanalyse der Skala Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

Eine erste Reliabilitätsanalyse der 7 Items ergab einen Reliabilitätskoeffizienten von  $\alpha=.791$ . Der Raum für das weitere ICF-basierte relevante Item wurde kaum genutzt, sodass er für die Untersuchung aus der Skala ausgeschlossen wurde. Durch die Korrigierte Item-Skala-Korrelation der Reliabilitätsanalyse konnte festgestellt werden, dass das Item „mit Krisensituationen umgehen“ (d2402) einen zu geringen Trennschärfekoeffizienten (.145) aufweist. Aufgrund inhaltlicher Kriterien wurde dieses Item nicht aus der Skala ausgeschlossen. Nach dem Ausschluss des weiteren ICF-basierten relevanten Items wurde die interne Konsistenz nach Cronbach für diese Skala erneut berechnet:

2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen:  $\alpha=.814$ ; Itemanzahl=6;

## 3) Reliabilitätsanalyse der Skala Kommunikation

Eine erste Reliabilitätsanalyse der 11 Items ergab einen Reliabilitätskoeffizienten von  $\alpha=.896$ . Der Raum für das weitere ICF-basierte relevante Item wurde hier ebenso kaum genutzt, sodass er für die Untersuchung aus der Skala ausgeschlossen wurde. Daraufhin wurde die interne Konsistenz nach Cronbach für diese Skala erneut berechnet:

3. Kommunikation:  $\alpha=.905$ ; Itemanzahl=10;

## 4) Reliabilitätsanalyse der Skala Mobilität

Eine erste Reliabilitätsanalyse der 5 Items ergab einen Reliabilitätskoeffizienten von  $\alpha=.838$ . Der Raum für das weitere ICF-basierte relevante Item wurde hier ebenso kaum genutzt, sodass er für die Untersuchung aus der Skala ausgeschlossen wurde. Daraufhin wurde die interne Konsistenz nach Cronbach für diese Skala erneut berechnet:

4. Mobilität:  $\alpha=.893$ ; Itemanzahl = 4;

## 5) Reliabilitätsanalyse der Skala Selbstversorgung

Eine erste Reliabilitätsanalyse der 12 Items ergab einen Reliabilitätskoeffizienten von  $\alpha=.491$ . Der Raum für das weitere ICF-basierte relevante Item wurde kaum genutzt, sodass er für die Untersuchung aus der Skala ausgeschlossen wurde. Durch die Korrigierte Item-Skala-Korrelation der Reliabilitätsanalyse konnte festgestellt werden,

dass jene Items, die bei der Pflegegeldeinstufung Berücksichtigung finden, einen niedrigen Trennschärfekoeffizienten besitzen. Durch eine Faktorenanalyse dieser Skala konnte festgestellt werden, dass die übrigen 2 Items „auf seine Gesundheit achten und sie erhalten“ (d570/d5702) und „geeignete Kleidung auswählen“ (d5404) auf einen gemeinsamen Faktor laden. Die pflegerelevanten Items laden gemeinsam auf einen weiteren Faktor. Aufgrund dessen wurde diese Skala für die Untersuchung in 2 Subskalen aufgegliedert und deren interne Konsistenz nach Cronbach erneut berechnet:

5.1 Selbstversorgung (exkl. Pflege):  $\alpha=.848$ ; Itemanzahl=2;

5.2 Körperpflege und Nahrungsaufnahme (Pflege):  $\alpha=.761$ ; Itemanzahl=9;

#### 6) Reliabilitätsanalyse der Skala Häusliches Leben

Eine erste Reliabilitätsanalyse der 13 Items ergab einen Reliabilitätskoeffizienten von  $\alpha=.698$ . Der Raum für das weitere ICF-basierte relevante Item wurde kaum genutzt, sodass er für die Untersuchung aus der Skala ausgeschlossen wurde. 6 der nun 12 Items werden bereits in der Pflegegeldeinstufung berücksichtigt. Eine Faktorenanalyse dieser Skala ergab, dass diese 6 Items auch auf einem gemeinsamen Faktor laden, zusammen mit dem Item „Kleidung pflegen und reparieren“ (d6500). Die übrigen 5 Items laden auf einen zweiten Faktor. Daher wurde diese Skala für diese Untersuchung in 2 Subskalen aufgegliedert und deren interne Konsistenz nach Cronbach erneut berechnet:

6.1 Häusliches Leben (exkl. Pflege):  $\alpha=.940$ ; Itemanzahl=5;

6.2 Reinigen und Kochen (Pflege):  $\alpha=.941$ ; Itemanzahl=7;

#### 7) Reliabilitätsanalyse der Skala Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen

Eine erste Reliabilitätsanalyse der 9 Items ergab einen Reliabilitätskoeffizienten von  $\alpha=.850$ . Der Raum für das weitere ICF-basierte relevante Item wurde kaum genutzt, sodass er für die Untersuchung aus der Skala ausgeschlossen wurde. Durch die Korrigierte Item-Skala-Korrelation der Reliabilitätsanalyse konnte festgestellt werden, dass das Item „Liebesbeziehungen pflegen“ (d7700ff) einen zu geringen Trennschärfekoeffizienten (.014) aufweist. Aufgrund der inhaltlichen Relevanz dieses Items wurde es in der Skala behalten. Daraufhin wurde die interne Konsistenz nach Cronbach für diese Skala erneut berechnet:

7. Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen:  $\alpha=.863$ ; Itemanzahl=8;

#### 8) Reliabilitätsanalyse der Skala Bedeutsame Lebensbereiche

Eine erste Reliabilitätsanalyse der 9 Items ergab einen Reliabilitätskoeffizienten von  $\alpha=.429$ . Der Raum für das weitere ICF-basierte relevante Item wurde in dieser Skala häufiger genutzt und wurde daher nicht ausgeschlossen. Das Item „Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit“ (d840ff) wurde nur bei BewohnerInnen einer Trainingswohnung

erhoben und weist einen negativen Trennschärfekoeffizienten auf (-.192). Daher wurde es aus dieser Skala ausgeschlossen. Daraufhin wurde die interne Konsistenz nach Cronbach für diese Skala erneut berechnet:

8. Bedeutsame Lebensbereiche:  $\alpha=.750$ ; Itemanzahl=3;

#### 9) Reliabilitätsanalyse der Skala Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

Eine erste Reliabilitätsanalyse der 7 Items ergab einen Reliabilitätskoeffizienten von  $\alpha=.748$ . Der Raum für das weitere ICF-basierte relevante Item wurde kaum genutzt, sodass er für diese Untersuchung aus der Skala ausgeschlossen wurde. Durch die korrigierte Item-Skala-Korrelation der Reliabilitätsanalyse konnte festgestellt werden, dass das Item „Politisches Leben und Staatsbürgerschaft“ (d950) einen zu geringen Trennschärfekoeffizienten (.075) aufweist. Das gleiche gilt für das Item „Religion und Spiritualität“ (d950) mit einem ebenso niedrigen Trennschärfekoeffizienten (.100). Beide Items wurden jedoch nicht aus der Skala ausgeschlossen. Daraufhin wurde die interne Konsistenz nach Cronbach für diese Skala erneut berechnet:

9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben:  $\alpha=.749$ ; Itemanzahl=6;

### 8.2.2 Reliabilitätsanalyse der Gesamtskala des Unterstützungsbedarfes

Durch eine Reliabilitätsanalyse aller der im Assessmentbogen vorhandenen Items sollte dessen interne Konsistenz und Aussagekraft hinsichtlich des (gesamten) erhobenen Unterstützungsbedarfes der 14 bis 40-Jährigen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung überprüft werden.

Da kaum weitere ICF Items in die Erhebung eingebaut wurden, blieben 8 der 9 Räume für das ICF-basierte relevante Item meist ungenutzt. Lediglich der Raum für das weitere ICF-basierte relevante Item aus dem Bereich „Bedeutsame Lebensbereiche“ wurde häufiger genutzt. Einige Items – wie beispielsweise „Liebesbeziehungen pflegen“ (d7700ff) – weisen einen geringen oder gar negativen Trennschärfekoeffizienten auf. Diesen Items wurde bei der IHB-Erhebung weniger Beachtung geschenkt.

Weiters konnte durch die Auswertung der korrigierten Item-Skala-Korrelation der Reliabilitätsanalyse festgestellt werden, dass vor allem auch jene Items eine geringe Trennschärfe aufweisen, welche bereits in der Pflegegeldeinstufung Beachtung finden. Der Grund hierfür liegt darin, dass diese Items bei Menschen, die bereits eine Pflegestufe besitzen, nicht mit erhoben wurden.

Die Reliabilitätsanalyse aller 78 Items des Assessmentbogens ergab hinsichtlich der internen Konsistenz nach Cronbach das folgende Ergebnis:

Unterstützungsbedarf (gesamt):  $\alpha=.965$ ; Itemanzahl=78;

Tabelle 5: Reliabilitätskoeffizienten und Itemanzahl der Skalen im Überblick

Name der Skala	Cronbachs Alpha	Itemanzahl
Gesamtskala des Unterstützungsbedarfes	$\alpha=.965$	78
1. Lernen und Wissensanwendung		
1.1 Visuelle und auditive Wahrnehmung (Pflege)	$\alpha=.909$	2
1.2 Lernen und Wissensanwendung (exkl. Pflege)	$\alpha=.917$	7
2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	$\alpha=.814$	6
3. Kommunikation	$\alpha=.905$	10
4. Mobilität	$\alpha=.893$	4
5. Selbstversorgung		
5.1 Selbstversorgung (exkl. Pflege)	$\alpha=.848$	2
5.2 Körperpflege und Nahrungsaufnahme (Pflege)	$\alpha=.761$	9
6. Häusliches Leben		
6.1 Häusliches Leben (exkl. Pflege)	$\alpha=.940$	5
6.2 Reinigen und Kochen (Pflege)	$\alpha=.941$	7
7. Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	$\alpha=.863$	8
8. Bedeutsame Lebensbereiche	$\alpha=.750$	3
9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	$\alpha=.749$	6

### 8.3 Überprüfung der untersuchten Variablen auf Normalverteilung

Die Prüfung der untersuchten Variablen auf Normalverteilung erfolgte durch den Kolmogorov-Smirnov Anpassungstest für die gesamte untersuchte Stichprobe. Die Ergebnisse zeigten für die Gesamtskala des Unterstützungsbedarfes einen hoch signifikanten Effekt ( $p<.001$ ). Diese Skala weist somit keine Normalverteilung auf. Auch für alle Skalen der Hilfebedarfe in den unterschiedlichen Lebensbereichen wurden mittels Kolmogorov-Smirnov Anpassungstest hoch signifikante Werte ermittelt ( $p<.001$ ). Die untersuchten Variablen weisen somit keine Normalverteilung auf. Die Überprüfung der Hypothese 1 sowie der Fragestellungen 1-10 erfolgt jedoch durch das parametrische Verfahren der (multi-, bzw. univariaten) Varianzanalyse. Hinsichtlich der Reaktion von Varianzanalysen auf Verletzungen der Voraussetzungen wurden zahlreiche Untersuchungen durchgeführt. Generell gilt, dass die Voraussetzungen der Varianzanalyse mit wachsendem Umfang der Stichprobe an Bedeutung verlieren (vgl. Bortz 1993, S. 263). Bei ausreichenden Zellbesetzungen ( $N>20$ ) kann sowohl bei uni- als auch bei multivariaten Varianzanalysen davon ausgegangen werden, dass der F-Test

relativ robust gegenüber Verletzungen der (uni- bzw. multivariaten) Annahme der Normalverteilung ist. Dies gilt auch bei ungleicher Anzahl von Personen pro Zelle (vgl. Tabachnik/Fidell 1996, zit.n. Schilling 2002, S. 120). Aus diesem Grund und dem intervallskalierten Messniveau wurde bei der Auswertung das parametrische Verfahren der (multi-, bzw. univariaten) Varianzanalyse angewandt.

#### 8.4 Ergebnisse zur Hypothese 1 und Fragestellung 10

Sowohl die erste Hypothese, als auch die Fragestellung 10 beziehen sich auf den gesamten Unterstützungsbedarf:

Die erste Hypothese lautet: Es besteht ein signifikanter Unterschied zwischen Jugendlichen mit geistiger Behinderung und jungen Erwachsenen (21-30 Jahre) mit geistiger Behinderung hinsichtlich ihres Unterstützungsbedarfes.

Die Fragestellung 10 lautet: Gibt es einen Unterschied zwischen jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung im Alter von 21-30 Jahren und Erwachsenen mit geistiger Behinderung im Alter von 31-40 Jahren bezüglich ihres Unterstützungsbedarfes?

Für die Auswertung dieser Hypothese und Fragestellung wurden die vom IHB-Verein bestimmten Gesamtergebnisse herangezogen, welche in Form eines Mittelwerts Auskunft über den gesamten Unterstützungsbedarf einer Person geben sollen. Sämtliche für die jeweilige Person relevanten Items sowie die (eventuell vorhandene) PflegegeldEinstufung finden in einem solchen Gesamtergebnis Berücksichtigung. Diese Gesamtergebnisse werden auch von den zuständigen Behörden des Landes Steiermark für die Leistungsgewährung herangezogen.

Die inferenzstatistische Auswertung der Hypothese 1 und der Fragestellung 10 erfolgte mittels einer univariaten Varianzanalyse, um zu überprüfen, inwiefern sich die 3 definierten Altersgruppen von Menschen mit geistiger Behinderung hinsichtlich ihres Unterstützungsbedarfes unterscheiden. Zur Überprüfung der Voraussetzung der Varianzhomogenität über alle Gruppen wurde ein Levene-Test durchgeführt:

Tabelle 6: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

Abhängige Variable: Unterstützungsbedarf (gesamt)

F	df1	df2	Signifikanz
15,384	2	1427	,000

Prüft die Nullhypothese, dass die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design: Konstanter Term + Altersgruppen

Beim Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen zeigte sich ein hoch signifikanter Effekt ( $p < .001$ ) bei der Gesamtskala des Unterstützungsbedarfes. Die Voraussetzung der Homogenität der Varianzen ist somit nicht gegeben.

Der F-Test der Varianzanalyse gilt jedoch wie beschrieben bei großen Fallzahlen robust (unempfindlich) gegenüber Verletzungen der Voraussetzungen. Bei hinreichend großen Stichprobenumfängen wie dieser, kann das Verfahren auch dann durchgeführt werden, wenn die Varianzhomogenität (bzw. die Normalverteilung) nicht gesichert ist (vgl. Kähler 2004, S. 343; Bortz 1993, S. 263).

Aus diesem Grund wurde trotz der nicht erfüllten Voraussetzungen das Verfahren der univariaten Varianzanalyse durchgeführt.

Tabelle 7: Univariater Vergleich der 3 Altersgruppen hinsichtlich des Unterstützungsbedarfes

**ONEWAY ANOVA**

Unterstützungsbedarf (gesamt)

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	573,634	2	286,817	7,192	,001
Innerhalb der Gruppen	56904,918	1427	39,877		
Gesamt	57478,552	1429			

Das Ergebnis zeigt einen hoch signifikanten Unterschied ( $p = .001$ ) des gesamten Unterstützungsbedarfes zwischen den 3 Altersgruppen von Menschen mit geistiger Behinderung. Anhand der Tabelle 8 und der Abbildung 8 werden die Mittelwerte der drei verglichenen Gruppen ersichtlich:

Tabelle 8: Darstellung der Mittelwerte hinsichtlich des Unterstützungsbedarfes

**Deskriptive Statistiken**

Abhängige Variable: Unterstützungsbedarf (gesamt)

Altersgruppen	Mittelwert	Standardabweichung	N
Jugendliche (14-20)	14,25	6,94	376
Junge Erwachsene (21-30)	15,82	6,47	591
Erwachsene (31-40)	15,32	5,54	463
Gesamt	15,24	6,34	1430

Den Ergebnissen zufolge weisen die jungen Erwachsenen (21-30) einen numerisch höheren Durchschnittswert auf als die Jugendlichen und die zweite Gruppe von Erwachsenen (31-40) mit geistiger Behinderung. Im Folgenden wird inferenzstatistisch geklärt werden, ob sich die Hilfebedarfe in ihrer durchschnittlichen Höhe signifikant voneinander unterscheiden.

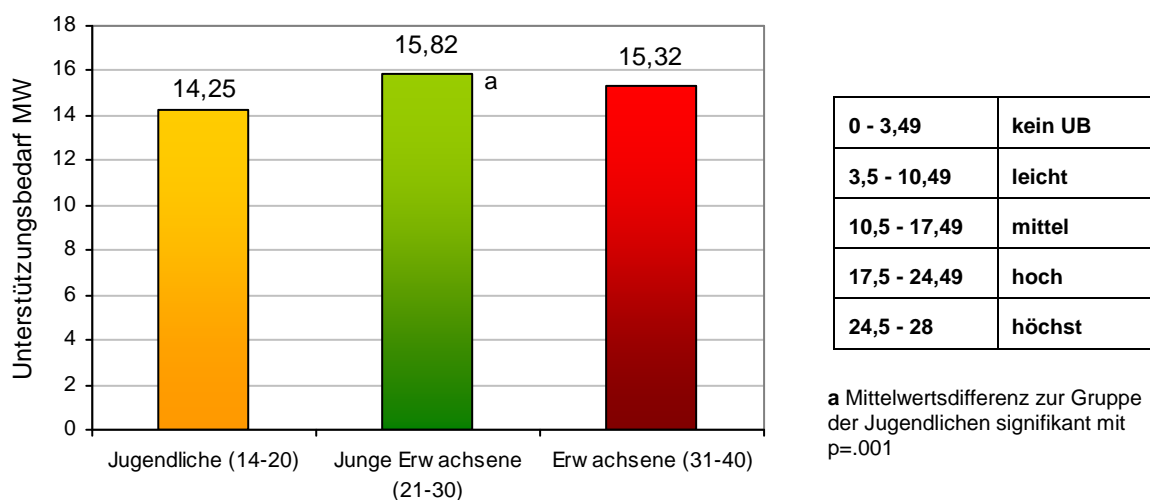


Abbildung 8: Graphik der Mittelwerte des Unterstützungsbedarfes der 3 Altersgruppen

Bei der univariaten Varianzanalyse wurde ein Post-Hoc-Test nach der Scheffé-Methode durchgeführt, um Mehrfachvergleiche der 3 Altersgruppen von Menschen mit geistiger Behinderung hinsichtlich ihres Unterstützungsbedarfes zu berechnen. Durch die Ergebnisse wurde ersichtlich, zwischen welchen der 3 definierten Altersgruppen von Menschen mit geistiger Behinderung ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der durchschnittlichen Höhe des Unterstützungsbedarfes ausgemacht werden kann.

Die Ergebnisse zeigten, dass sich Jugendliche im Durchschnitt hoch signifikant ( $p=.001$ ) von den jungen Erwachsenen (21-30) mit geistiger Behinderung unterscheiden.

Es konnte eine Tendenz ( $p=.051$ ) festgestellt werden, dass sich Jugendliche mit geistiger Behinderung im Durchschnitt auch von der zweiten Altersgruppe der Erwachsenen (31-40) hinsichtlich ihres Unterstützungsbedarfes unterscheiden.

Hinsichtlich des Unterstützungsbedarfes zeigten die Mehrfachvergleiche keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden untersuchten Erwachsenenengruppen. Den Ergebnissen zufolge, bilden diese beiden Erwachsenenengruppen bezüglich der durchschnittlichen Höhe ihres Unterstützungsbedarfes eine homogene Untergruppe.



1) Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse konnte die erste Hypothese bestätigt werden:

Es besteht ein signifikanter Unterschied zwischen Jugendlichen mit geistiger Behinderung und jungen Erwachsenen (21-30 Jahre) mit geistiger Behinderung hinsichtlich ihres Unterstützungsbedarfes.

*Junge Erwachsene (21-30) mit geistiger Behinderung besitzen im Durchschnitt einen signifikant höheren Unterstützungsbedarf als Jugendliche mit geistiger Behinderung.*

2) Auf Basis der vorliegenden Ergebnisse konnte die Fragestellung 10 wie folgt beantwortet werden:

*Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung im Alter von 21-30 Jahren und Erwachsenen mit geistiger Behinderung im Alter von 31-40 Jahren bezüglich ihres Unterstützungsbedarfes.*

## 8.5 Ergebnisse zu den Fragestellungen 1-9

Die Fragestellungen 1-9 beziehen sich auf die Unterschiede der Hilfebedarfe in den verschiedenen Lebensbereichen von Jugendlichen (14-20) und jungen Erwachsenen (21-30) mit geistiger Behinderung. Zur inferenzstatistischen Auswertung wurde eine multivariate Varianzanalyse mit den nachfolgenden univariaten Vergleichen herangezogen. Durch die Mehrfachvergleiche einer anschließenden Scheffé-Prozedur wurde festgestellt, ob sich die Altersgruppen hinsichtlich der durchschnittlichen Höhe ihres Hilfebedarfes im jeweiligen Lebensbereich signifikant voneinander unterscheiden.

Zur Überprüfung der Voraussetzungen der Gleichheit der Varianzen und Kovarianzen wurden der Box-Test sowie der Levene-Test herangezogen:

Tabelle 9: Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzenmatrizen

Box-M-Test	831,812
F	5,268
df1	156
df2	4332101,824
Signifikanz	,000

Prüft die Nullhypothese, dass die beobachteten Kovarianzenmatrizen der abhängigen Variablen über die Gruppen gleich sind.

Design: Konstanter Term + Altersgruppen

Tabelle 10: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

	F	df1	df2	Signifikanz
Visuelle und Auditive Wahrnehmung (Pflege)	11,993	2	1427	,000
Lernen und Wissensanwendung (exkl. Pflege)	6,094	2	1427	,002
Aufgaben und Anforderungen	3,833	2	1427	,022
Kommunikation	13,583	2	1427	,000
Mobilität	8,956	2	1427	,000
Selbstversorgung (exkl. Pflege)	5,328	2	1427	,005
Körperpflege und Nahrungsaufnahme (Pflege)	19,845	2	1427	,000
Häusliches Leben (exkl. Pflege)	9,336	2	1427	,000
Reinigen und Kochen (Pflege)	83,704	2	1427	,000
Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	1,750	2	1427	,174
Bedeutsame Lebensbereiche	9,816	2	1427	,000
Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	4,211	2	1427	,015

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

Design: Konstanter Term + Altersgruppen

Durch den Box-Test konnte ein hoch signifikanter Effekt ( $p < .001$ ) festgestellt werden. Der Levene-Test zeigte, dass lediglich bei der Skala Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen keine Signifikanz ( $p = .174$ ) und somit eine Varianzhomogenität besteht. Bei den restlichen Variablen ist weder die Homogenität der Varianzen, noch der Kovarianzen gegeben. Aufgrund der hohen Robustheit des Verfahrens bei hinreichend großen Stichprobenumfängen (vgl. Kähler 2004, S. 343; Bortz 1993, S. 263) wurde trotz der nicht vollständig erfüllten Voraussetzungen eine multivariate Varianzanalyse zur Auswertung der Fragestellungen herangezogen.

Tabelle 11: Multivariate Tests bezüglich der Hilfebedarfe der 3 Altersgruppen

Multivariate Tests					
Effekt	Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Signifikanz
Altersgruppen Pillai-Spur	,099	6,133	24,000	2834,000	,000
Wilks-Lambda	,903	6,209 <sup>a</sup>	24,000	2832,000	,000
Hotelling-Spur	,107	6,285	24,000	2830,000	,000
Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,091	10,774 <sup>b</sup>	12,000	1417,000	,000

Design: Konstanter Term + Altersgruppen

Die multivariaten Tests zeigen, dass sich die 3 Altersgruppen von Menschen mit geistiger Behinderung insgesamt hoch signifikant ( $p < .001$ ) hinsichtlich ihrer Hilfebedarfe in den verschiedenen Lebensbereichen unterscheiden.

Tabelle 12: Univariater Vergleich der Hilfebedarfe der 3 Altersgruppen

Tests der Zwischensubjekteffekte						
Quelle	Abhängige Variable	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Altersgruppen	Visuelle und Auditive Wahrnehmung (Pflege)	11,651	2	5,826	3,099	,045
	Lernen und Wissensanwendung (exkl. Pflege)	457,971	2	228,985	7,788	,000
	Aufgaben und Anforderungen	387,754	2	193,877	6,301	,002
	Kommunikation	481,902	2	240,951	6,328	,002
	Mobilität	414,411	2	207,206	4,355	,013
	Selbstversorgung (exkl. Pflege)	817,166	2	408,583	7,053	,001
	Körperpflege und Nahrungsaufnahme (Pflege)	6,967	2	3,483	5,866	,003
	Häusliches Leben (exkl. Pflege)	738,284	2	369,142	6,972	,001
	Reinigen und Kochen (Pflege)	1081,370	2	540,685	35,929	,000
	Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	572,273	2	286,137	10,455	,000
	Bedeutsame Lebensbereiche	1378,676	2	689,338	19,699	,000
	Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	148,340	2	74,170	3,934	,020

Bei Betrachtung der univariaten Vergleiche der Hilfebedarfe der 3 Altersgruppen zeigt sich in allen Lebensbereichen ein signifikanter Effekt: Die 3 Altersgruppen von Menschen mit geistiger Behinderung unterscheiden sich hoch signifikant ( $p \leq .001$ ) hinsichtlich ihrer Hilfebedarfe in den Bereichen Lernen und Wissensanwendung (exkl. Pflege), Selbstversorgung (exkl. Pflege), Häusliches Leben (exkl. Pflege), Reinigen und Kochen (Pflege), Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen sowie Bedeutsame Lebensbereiche. Weiters unterscheiden sich die 3 Altersgruppen signifikant hinsichtlich ihrer Hilfebedarfe in den Bereichen Visuelle und Auditive Wahrnehmung (Pflege) ( $p = .045$ ), Aufgaben und Anforderungen ( $p = .002$ ), Kommunikation ( $p = .002$ ), Mobilität ( $p = .013$ ), Körperpflege und Nahrungsaufnahme (Pflege) ( $p = .003$ ) sowie im Bereich Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben ( $p = .020$ ).

### 8.5.1 Ergebnisse zur Fragestellung 1

**Fragestellung 1:** Besteht ein Unterschied zwischen Jugendlichen mit geistiger Behinderung und jungen Erwachsenen (21-30 Jahre) mit geistiger Behinderung hinsichtlich ihres Hilfebedarfes im Bereich Lernen und Wissensanwendung?

Dieser Lebensbereich besteht aus den Subskalen Visuelle und Auditive Wahrnehmung (Pflege) sowie Lernen und Wissensanwendung (exkl. Pflege).

Anhand der Tabelle 13 und den Abbildungen 9 und 10 werden die Mittelwerte der 3 verglichenen Gruppen ersichtlich. Für die Beantwortung der Fragestellung sind vor allem die Werte der Jugendlichen (14-20) und der jungen Erwachsenen (21-30) relevant.

Tabelle 13: Darstellung der Mittelwerte der Hilfebedarfe im Bereich Lernen und Wissensanwendung

Deskriptive Statistiken				
	Altersgruppen	Mittelwert	Standardabweichung	N
Visuelle und Auditive Wahrnehmung (Pflege)	Jugendliche (14-20)	,34	1,85	376
	Junge Erwachsene (21-30)	,15	1,24	591
	Erwachsene (31-40)	,11	1,04	463
	Gesamt	,19	1,37	1430
Lernen und Wissensanwendung (exkl. Pflege)	Jugendliche (14-20)	13,34	5,70	376
	Junge Erwachsene (21-30)	14,75	5,56	591
	Erwachsene (31-40)	14,16	4,99	463
	Gesamt	14,19	5,45	1430

Hinsichtlich des pflegerelevanten Bereichs der Visuellen und Auditiven Wahrnehmung (Pflege) zeigt sich, dass Jugendliche mit geistiger Behinderung einen numerisch höheren Durchschnittswert als die jungen Erwachsenen (21-30) aufweisen. Die zweite Erwachsenenengruppe (31-40) weist einen ähnlich hohen Durchschnittswert wie die Gruppe der jungen Erwachsenen (21-30) auf.

Im Mittelwertsvergleich der Skala Lernen und Wissensanwendung (exkl. Pflege) zeigt sich, dass die jungen Erwachsenen (21-30) mit geistiger Behinderung einen numerisch höheren Durchschnittswert als die Jugendlichen und die zweite Gruppe von Erwachsenen (31-40) aufweisen.

Im Folgenden wird inferenzstatistisch geklärt werden, ob sich die Hilfebedarfe in ihrer durchschnittlichen Höhe signifikant voneinander unterscheiden.

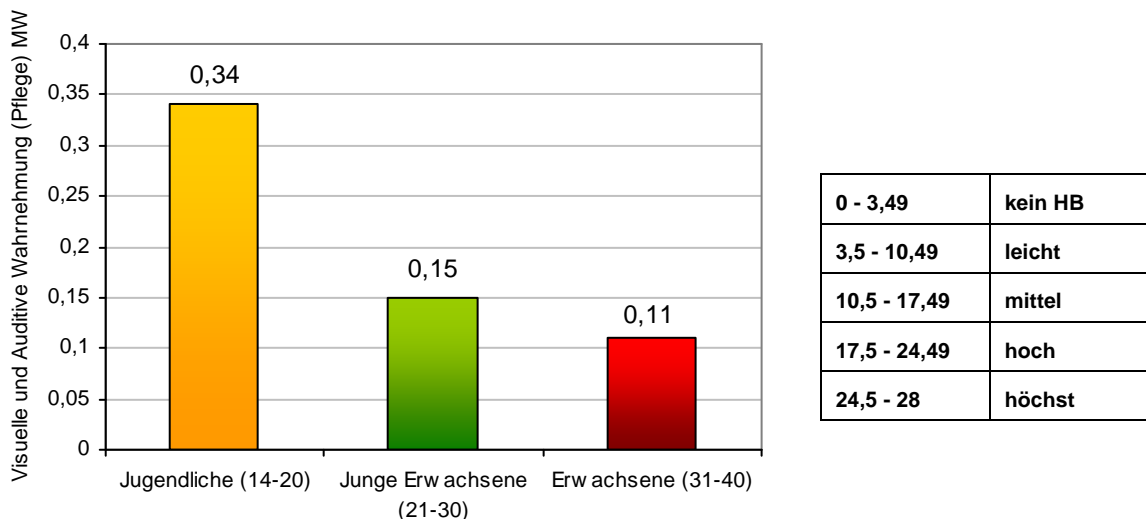


Abbildung 9: Graphik der Mittelwerte der Hilfebedarfe der 3 Altersgruppen im Bereich Visuelle und Auditive Wahrnehmung (Pflege)

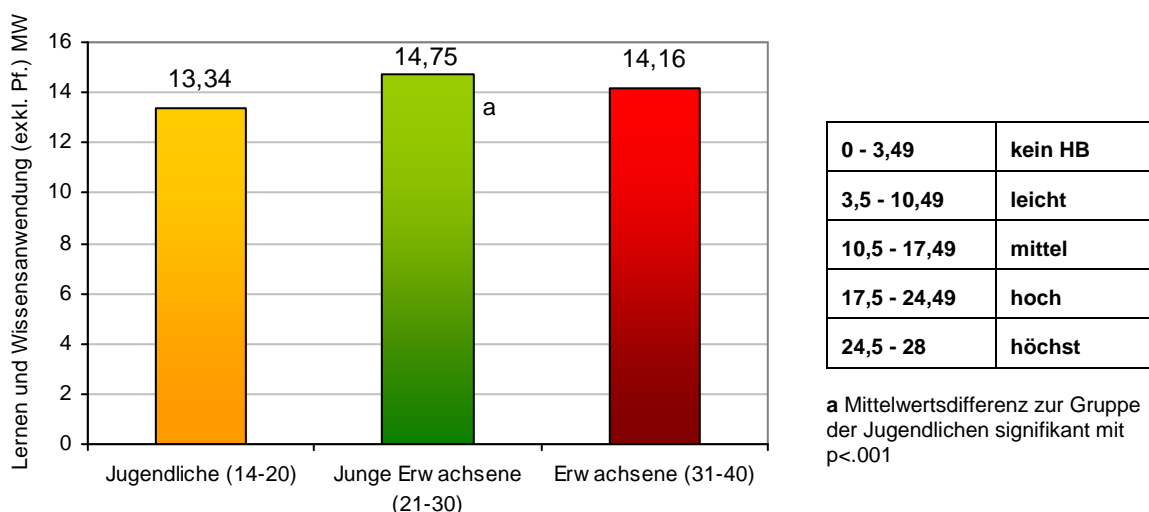


Abbildung 10: Graphik der Mittelwerte der Hilfebedarfe der 3 Altersgruppen im Bereich Lernen und Wissensanwendung (exkl. Pflege)

Durch einen Post-Hoc-Test nach der Scheffé-Methode konnte festgestellt werden zwischen welchen der 3 untersuchten Altersgruppen von Menschen mit geistiger Behinderung ein signifikanter Unterschied hinsichtlich ihrer Hilfebedarfe im Bereich Lernen und Wissensanwendung ausgemacht werden kann.

Die Ergebnisse der Mehrfachvergleiche nach der Scheffé-Methode zeigten, dass sich die 3 Altersgruppen hinsichtlich ihrer Mittelwerte im pflegerelevanten Bereich Visuelle und Auditive Wahrnehmung (Pflege) nicht signifikant unterscheiden.

Im Bereich Lernen und Wissensanwendung (exkl. Pflege) unterscheiden sich Jugendliche mit geistiger Behinderung hoch signifikant ( $p < .001$ ) von den jungen Erwachsenen (21-30) mit geistiger Behinderung hinsichtlich der Höhe des Hilfebedarfes.

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse konnte die Fragestellung 1 wie folgt beantwortet werden:

*1) Jugendliche mit geistiger Behinderung unterscheiden sich im Durchschnitt nicht signifikant von jungen Erwachsenen (21-30) mit geistiger Behinderung hinsichtlich ihres Hilfebedarfes im Bereich Visuelle und Auditive Wahrnehmung (Pflege).*

*2) Junge Erwachsene (21-30) mit geistiger Behinderung besitzen im Durchschnitt einen signifikant höheren Hilfebedarf im Bereich Lernen und Wissensanwendung (exkl. Pflege) als Jugendliche mit geistiger Behinderung.*

### 8.5.2 Ergebnisse zur Fragestellung 2

**Fragestellung 2:** Besteht ein Unterschied zwischen Jugendlichen mit geistiger Behinderung und jungen Erwachsenen (21-30 Jahre) mit geistiger Behinderung hinsichtlich ihres Hilfebedarfes im Bereich Allgemeine Aufgaben und Anforderungen?

Anhand der Tabelle 14 sowie der Abbildung 11 werden die Mittelwerte der 3 verglichenen Altersgruppen ersichtlich. Für die Beantwortung der Fragestellung sind vor allem die Werte der Jugendlichen (14-20) und der jungen Erwachsenen (21-30) relevant.

Tabelle 14: Darstellung der Mittelwerte der Hilfebedarfe im Bereich Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

Deskriptive Statistiken				
Altersgruppen		Mittelwert	Standardabweichung	N
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	Jugendliche (14-20)	14,22	5,84	376
	Junge Erwachsene (21-30)	15,51	5,63	591
	Erwachsene (31-40)	14,88	5,19	463
	Gesamt	14,97	5,57	1430

Die jungen Erwachsenen (21-30) mit geistiger Behinderung weisen einen numerisch höheren Durchschnittswert im Bereich Allgemeine Aufgaben und Anforderungen auf als die Jugendlichen und die zweite Erwachsenenengruppe (31-40).

Im Folgenden wird inferenzstatistisch geklärt werden, ob sich die Hilfebedarfe in ihrer durchschnittlichen Höhe signifikant voneinander unterscheiden.

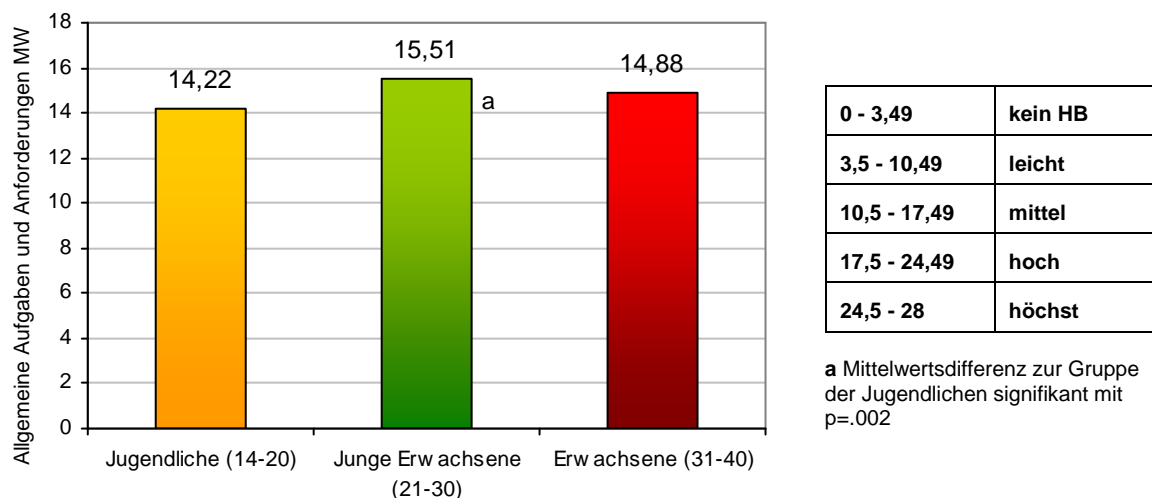


Abbildung 11: Graphik der Mittelwerte der Hilfebedarfe der 3 Altersgruppen im Bereich Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

Es wurde ein Post-Hoc-Test nach der Scheffé-Methode durchgeführt, um bei den 3 untersuchten Altersgruppen Mehrfachvergleiche hinsichtlich des Hilfebedarfes im Bereich Allgemeine Aufgaben und Anforderungen zu erstellen.

Die Ergebnisse der Mehrfachvergleiche nach der Scheffé-Methode zeigten, dass sich die Mittelwerte der Jugendlichen mit geistiger Behinderung signifikant ( $p=.002$ ) von jenen der jungen Erwachsenen (21-30) unterscheiden.

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse konnte die Fragestellung 2 wie folgt beantwortet werden:

*Junge Erwachsene (21-30) mit geistiger Behinderung besitzen im Durchschnitt einen signifikant höheren Hilfebedarf im Bereich Allgemeine Aufgaben und Anforderungen als Jugendliche mit geistiger Behinderung.*

### 8.5.3 Ergebnisse zur Fragestellung 3

**Fragestellung 3:** Besteht ein Unterschied zwischen Jugendlichen mit geistiger Behinderung und jungen Erwachsenen (21-30 Jahre) mit geistiger Behinderung hinsichtlich ihres Hilfebedarfes im Bereich Kommunikation?

Anhand der Tabelle 15 und der Abbildung 12 werden die Mittelwerte der 3 verglichenen Altersgruppen ersichtlich. Für die Beantwortung der Fragestellung sind vor allem die Werte der Jugendlichen (14-20) und der jungen Erwachsenen (21-30) relevant.

Tabelle 15: Darstellung der Mittelwerte der Hilfebedarfe im Bereich Kommunikation

Deskriptive Statistiken				
	Altersgruppen	Mittelwert	Standardabweichung	N
Kommunikation	Jugendliche (14-20)	10,88	6,75	376
	Junge Erwachsene (21-30)	12,33	6,25	591
	Erwachsene (31-40)	11,81	5,55	463
	Gesamt	11,78	6,19	1430

Die jungen Erwachsenen (21-30) weisen einen numerisch höheren Durchschnittswert im Bereich der Kommunikation auf als die Jugendlichen und die zweite Gruppe von Erwachsenen (31-40). Im Folgenden wird inferenzstatistisch geklärt werden, ob sich die Hilfebedarfe in ihrer durchschnittlichen Höhe signifikant voneinander unterscheiden.

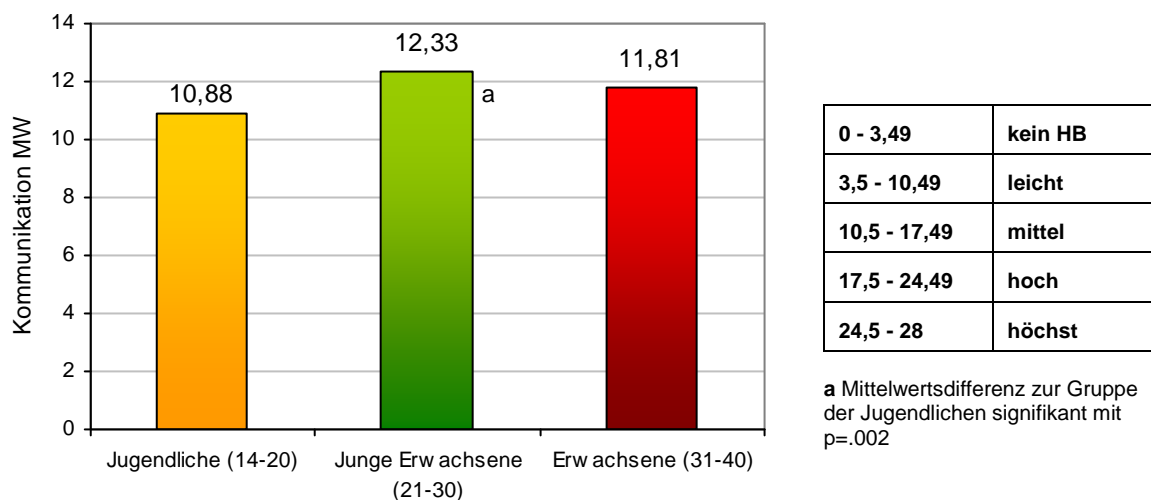


Abbildung 12: Graphik der Mittelwerte der Hilfebedarfe der 3 Altersgruppen im Bereich Kommunikation

Es wurde ein Post-Hoc-Test nach der Scheffé-Methode durchgeführt, um bei den 3 Altersgruppen von Menschen mit geistiger Behinderung Mehrfachvergleiche hinsichtlich des Hilfebedarfes im Bereich Kommunikation zu erstellen. Die Ergebnisse der Mehrfachvergleiche nach der Scheffé-Methode zeigten, dass sich die Mittelwerte der Jugendlichen mit geistiger Behinderung signifikant ( $p=.002$ ) von jenen der jungen Erwachsenen (21-30) unterscheiden. Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse konnte die Fragestellung 3 wie folgt beantwortet werden:

*Junge Erwachsene (21-30) mit geistiger Behinderung besitzen im Durchschnitt einen signifikant höheren Hilfebedarf im Bereich Kommunikation, als Jugendliche mit geistiger Behinderung.*



### 8.5.4 Ergebnisse zur Fragestellung 4

**Fragestellung 4:** Besteht ein Unterschied zwischen Jugendlichen mit geistiger Behinderung und jungen Erwachsenen (21-30 Jahre) mit geistiger Behinderung hinsichtlich ihres Hilfebedarfes im Bereich Mobilität?

Anhand der Tabelle 16 und der Abbildung 13 werden die Mittelwerte der 3 verglichenen Altersgruppen ersichtlich. Für die Beantwortung der Fragestellung sind vor allem die Werte der Jugendlichen (14-20) und der jungen Erwachsenen (21-30) relevant.

Tabelle 16: Darstellung der Mittelwerte der Hilfebedarfe im Bereich Mobilität

Deskriptive Statistiken				
	Altersgruppen	Mittelwert	Standardabweichung	N
Mobilität	Jugendliche (14-20)	13,29	7,50	376
	Junge Erwachsene (21-30)	14,61	6,97	591
	Erwachsene (31-40)	13,89	6,27	463
	Gesamt	14,03	6,91	1430

Die jungen Erwachsenen (21-30) mit geistiger Behinderung weisen einen numerisch höheren Durchschnittswert im Bereich Mobilität auf als die Jugendlichen und die zweite Gruppe von Erwachsenen (31-40) mit geistiger Behinderung.

Im Folgenden wird inferenzstatistisch geklärt werden, ob sich die Hilfebedarfe in ihrer durchschnittlichen Höhe signifikant voneinander unterscheiden.

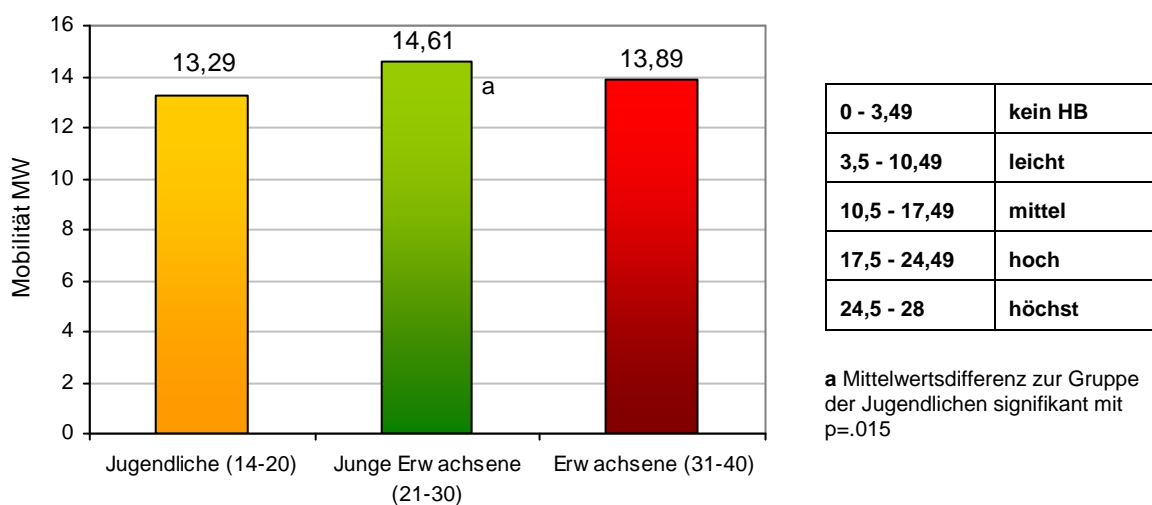


Abbildung 13: Graphik der Mittelwerte der Hilfebedarfe der 3 Altersgruppen im Bereich Mobilität

Es wurde ein Post-Hoc-Test nach der Scheffé-Methode durchgeführt, um bei den 3 Altersgruppen von Menschen mit geistiger Behinderung Mehrfachvergleiche hinsichtlich des Hilfebedarfes im Bereich Mobilität zu erstellen.

Die Ergebnisse der Mehrfachvergleiche nach der Scheffé-Methode zeigten, dass sich die Mittelwerte der Jugendlichen mit geistiger Behinderung signifikant ( $p=.015$ ) von jenen der jungen Erwachsenen (21-30) unterscheiden.

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse konnte die Fragestellung 4 wie folgt beantwortet werden:

*Junge Erwachsene (21-30) mit geistiger Behinderung besitzen im Durchschnitt einen signifikant höheren Hilfebedarf im Bereich Mobilität als Jugendliche mit geistiger Behinderung.*

### 8.5.5 Ergebnisse zur Fragestellung 5

**Fragestellung 5:** Besteht ein Unterschied zwischen Jugendlichen mit geistiger Behinderung und jungen Erwachsenen (21-30 Jahre) mit geistiger Behinderung hinsichtlich ihres Hilfebedarfes im Bereich Selbstversorgung?

Dieser Lebensbereich besteht aus den Subskalen Selbstversorgung (exkl. Pflege) sowie Körperpflege und Nahrungsaufnahme (Pflege).

Anhand der Tabelle 17 sowie den Abbildungen 14 und 15 werden die Mittelwerte der 3 verglichenen Gruppen ersichtlich. Für die Beantwortung der Fragestellung sind vor allem die Werte der Jugendlichen (14-20) und der jungen Erwachsenen (21-30) relevant.

Tabelle 17: Darstellung der Mittelwerte der Hilfebedarfe im Bereich Selbstversorgung

Deskriptive Statistiken				
	Altersgruppen	Mittelwert	Standardabweichung	N
Selbstversorgung (exkl. Pflege)	Jugendliche (14-20)	15,24	7,96885	376
	Junge Erwachsene (21-30)	17,09	7,76192	591
	Erwachsene (31-40)	16,69	7,10204	463
	Gesamt	16,47	7,64317	1430
Körperpflege und Nahrungsaufnahme (Pflege)	Jugendliche (14-20)	,27	1,06	376
	Junge Erwachsene (21-30)	,10	,47	591
	Erwachsene (31-40)	,13	,80	463
	Gesamt	,15	,77	1430

Im Mittelwertsvergleich der Skala Selbstversorgung (exkl. Pflege) zeigt sich, dass die jungen Erwachsenen (21-30) einen numerisch höheren Durchschnittswert als die Jugendlichen und die zweite Erwachsenenengruppe (31-40) aufweisen.

Hinsichtlich des pflegerelevanten Bereiches Körperpflege und Nahrungsaufnahme (Pflege) zeigt sich, dass Jugendliche einen numerisch höhern Durchschnittswert als die beiden Erwachsenenengruppen aufweisen.

Im Folgenden wird inferenzstatistisch geklärt werden, ob sich die Hilfebedarfe in ihrer durchschnittlichen Höhe signifikant voneinander unterscheiden.

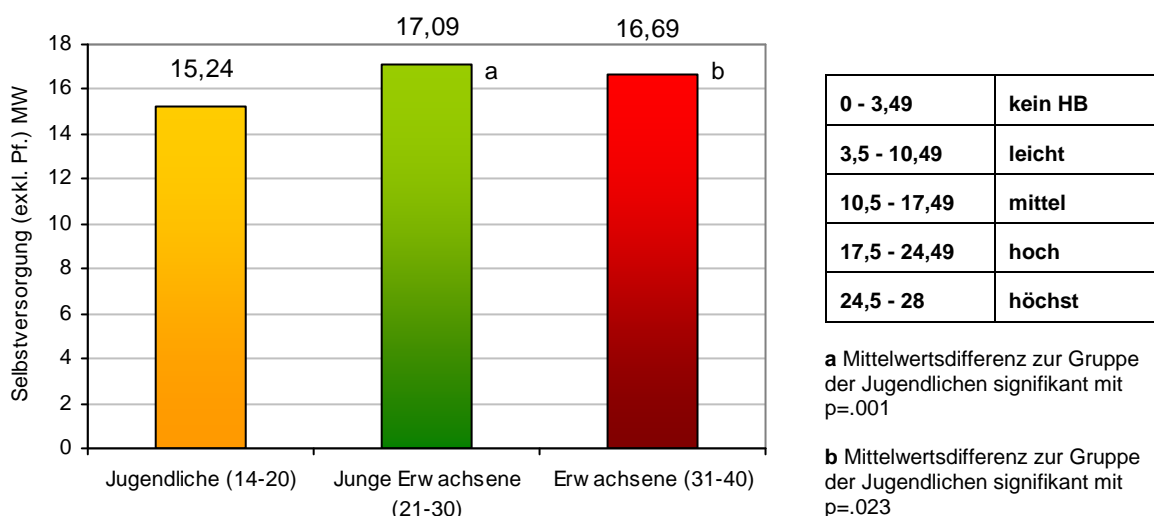


Abbildung 14: Graphik der Mittelwerte der Hilfebedarfe der 3 Altersgruppen im Bereich Selbstversorgung (exkl. Pflege)

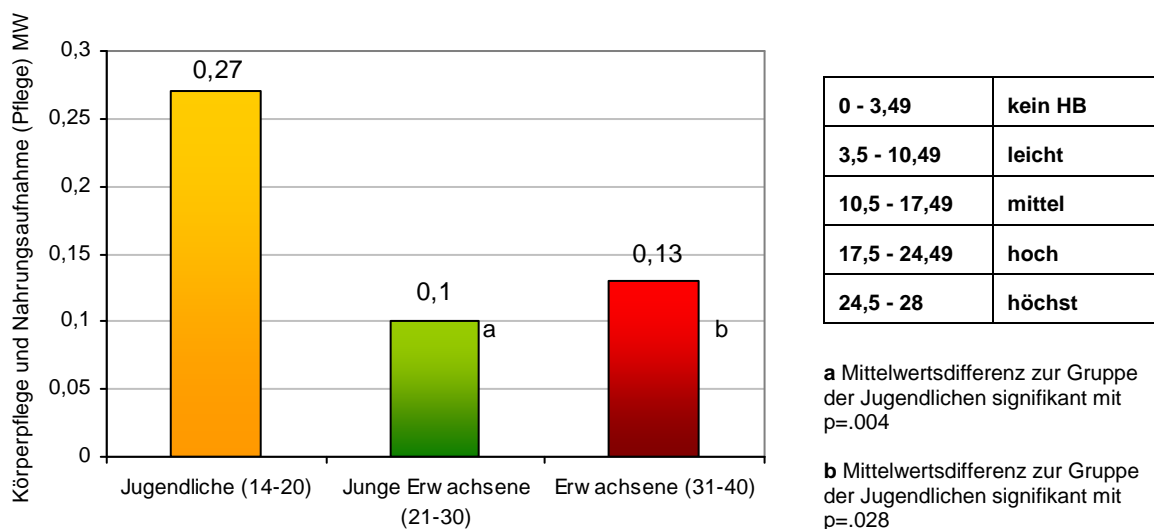


Abbildung 15: Graphik der Mittelwerte der Hilfebedarfe der 3 Altersgruppen im Bereich Körperpflege und Nahrungsaufnahme (Pflege)

Durch einen Post-Hoc-Test nach der Scheffé-Methode konnte festgestellt werden zwischen welchen der 3 definierten Altersgruppen von Menschen mit geistiger Behinderung ein signifikanter Unterschied hinsichtlich ihrer Hilfebedarfe im Bereich Selbstversorgung ausgemacht werden kann.

Die Ergebnisse der Mehrfachvergleiche zeigten, dass sich Jugendliche mit geistiger Behinderung hoch signifikant ( $p=.001$ ) von den jungen Erwachsenen (21-30) hinsichtlich ihrer Mittelwerte im Bereich Selbstversorgung (exkl. Pflege) unterscheiden. Weiters unterscheiden sich die Jugendlichen auch signifikant von der zweiten Erwachsenenengruppe ( $p=.023$ ).

Hinsichtlich der Mittelwerte des Hilfebedarfes im Bereich Körperpflege und Nahrungsaufnahme (Pflege) unterscheiden sich Jugendliche mit geistiger Behinderung signifikant ( $p=.004$ ) von den jungen Erwachsenen (21-30) sowie signifikant ( $p=.028$ ) von der zweiten Erwachsenenengruppe (31-40) mit geistiger Behinderung.

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse konnte die Fragestellung 5 wie folgt beantwortet werden:

*1) Junge Erwachsene (21-30) mit geistiger Behinderung besitzen im Durchschnitt einen signifikant höheren Hilfebedarf im Bereich Selbstversorgung (exkl. Pflege) als Jugendliche mit geistiger Behinderung.*

*2) Jugendliche mit geistiger Behinderung besitzen im Durchschnitt einen signifikant höheren Hilfebedarf im Bereich Körperpflege und Nahrungsaufnahme (Pflege) als junge Erwachsene (21-30) mit geistiger Behinderung.*

### 8.5.6 Ergebnisse zur Fragestellung 6

**Fragestellung 6:** Besteht ein Unterschied zwischen Jugendlichen mit geistiger Behinderung und jungen Erwachsenen (21-30 Jahre) mit geistiger Behinderung hinsichtlich ihres Hilfebedarfes im Bereich Häusliches Leben?

Dieser Lebensbereich besteht aus den Subskalen Häusliches Leben (exkl. Pflege) sowie Reinigen und Kochen (Pflege).

Anhand der Tabelle 18 sowie den Abbildungen 16 und 17 werden die Mittelwerte der 3 verglichenen Gruppen ersichtlich. Für die Beantwortung der Fragestellung sind vor allem die Werte der Jugendlichen (14-20) und der jungen Erwachsenen (21-30) relevant.

Tabelle 18: Darstellung der Mittelwerte der Hilfebedarfe im Bereich Häusliches Leben

Deskriptive Statistiken				
	Altersgruppen	Mittelwert	Standardabweichung	N
Häusliches Leben (exkl. Pflege)	Jugendliche (14-20)	15,53	7,90	376
	Junge Erwachsene (21-30)	17,24	7,31	591
	Erwachsene (31-40)	17,05	6,68	463
	Gesamt	16,7256	7,31	1430
Reinigen und Kochen (Pflege)	Jugendliche (14-20)	3,20	4,91	376
	Junge Erwachsene (21-30)	1,47	3,59	591
	Erwachsene (31-40)	1,01	3,23	463
	Gesamt	1,78	3,97	1430

Die Mittelwerte der Skala Häusliches Leben (exkl. Pflege) zeigen, dass die jungen Erwachsenen (21-30) einen numerisch höheren Durchschnittswert als die Jugendlichen und die zweite Gruppe von Erwachsenen aufweisen.

Hinsichtlich des pflegerelevanten Bereiches Reinigen und Kochen (Pflege) weisen die Jugendlichen einen numerisch höheren Durchschnittswert auf als die beiden Gruppen von Erwachsenen.

Im Folgenden wird inferenzstatistisch geklärt werden, ob sich die Hilfebedarfe in ihrer durchschnittlichen Höhe signifikant voneinander unterscheiden.

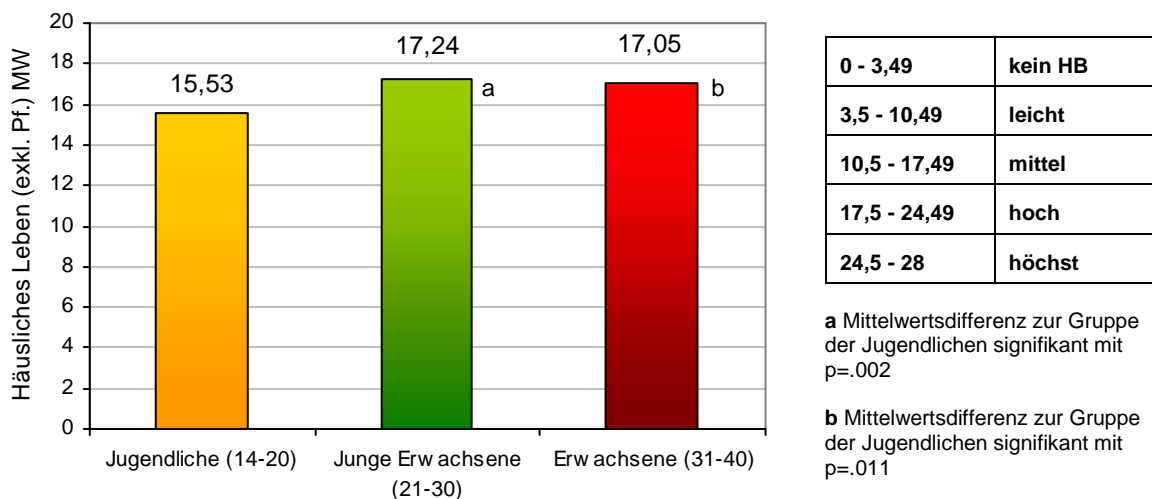


Abbildung 16: Graphik der Mittelwerte der Hilfebedarfe der 3 Altersgruppen im Bereich Häusliches Leben (exkl. Pflege)

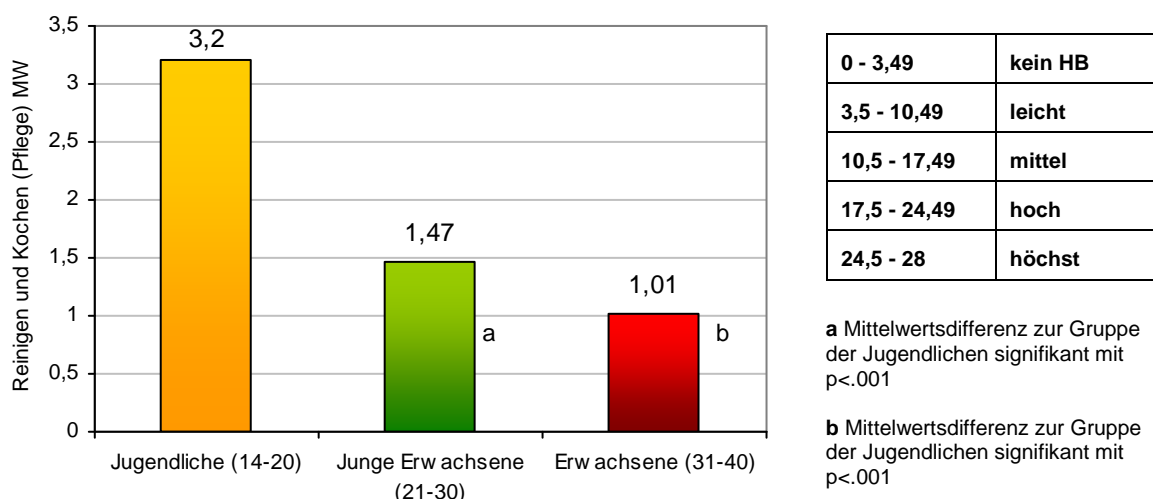


Abbildung 17: Graphik der Mittelwerte der Hilfebedarfe der 3 Altersgruppen im Bereich Reinigen und Kochen (Pflege)

Durch die Scheffé-Methode wurden Mehrfachvergleiche erstellt, welche die 3 untersuchten Altersgruppen von Menschen mit geistiger Behinderung hinsichtlich ihres Hilfebedarfes im Lebensbereich Häusliches Leben vergleichen.

Die Ergebnisse zeigten, dass sich Jugendliche signifikant ( $p = .002$ ) von den jungen Erwachsenen (21-30) hinsichtlich ihrer Mittelwerte des Hilfebedarfes im Bereich Häusliches Leben (exkl. Pflege) unterscheiden. Weiters unterscheiden sich die Jugendlichen signifikant ( $p = .011$ ) von der zweiten Erwachsenenengruppe (31-40).

Hinsichtlich der Mittelwerte des Hilfebedarfes im Bereich Reinigung und Kochen (Pflege) unterscheiden sich Jugendliche mit geistiger Behinderung hoch signifikant ( $p < .001$ ) von der ersten und zweiten Erwachsenenengruppe.

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse konnte die Fragestellung 6 wie folgt beantwortet werden:

*1) Junge Erwachsene (21-30) mit geistiger Behinderung besitzen im Durchschnitt einen signifikant höheren Hilfebedarf im Bereich Häusliches Leben (exkl. Pflege) als Jugendliche mit geistiger Behinderung.*

*2) Jugendliche mit geistiger Behinderung besitzen im Durchschnitt einen signifikant höheren Hilfebedarf im Bereich Reinigen und Kochen (Pflege) als junge Erwachsene (21-30) mit geistiger Behinderung.*

### 8.5.7 Ergebnisse zur Fragestellung 7

**Fragestellung 7:** Besteht ein Unterschied zwischen Jugendlichen mit geistiger Behinderung und jungen Erwachsenen (21-30 Jahre) mit geistiger Behinderung hinsichtlich ihres Hilfebedarfes im Bereich Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen?

Anhand der Tabelle 19 sowie der Abbildung 18 werden die Mittelwerte der 3 verglichenen Altersgruppen ersichtlich. Für die Beantwortung der Fragestellung sind vor allem die Werte der Jugendlichen (14-20) und der jungen Erwachsenen (21-30) relevant.

Tabelle 19: Darstellung der Mittelwerte der Hilfebedarfe im Bereich Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen

Deskriptive Statistiken				
	Altersgruppen	Mittelwert	Standardabweichung	N
Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	Jugendliche (14-20)	10,11	5,27	376
	Junge Erwachsene (21-30)	11,65	5,36	591
	Erwachsene (31-40)	11,37	5,04	463
	Gesamt	11,15	5,27	1430

Die jungen Erwachsenen (21-30) weisen einen numerisch höheren Durchschnittswert im Bereich Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen auf als die Jugendlichen und die zweite Erwachsenenengruppe. Im Folgenden wird inferenzstatistisch geklärt werden, ob sich die Hilfebedarfe in ihrer durchschnittlichen Höhe signifikant voneinander unterscheiden.

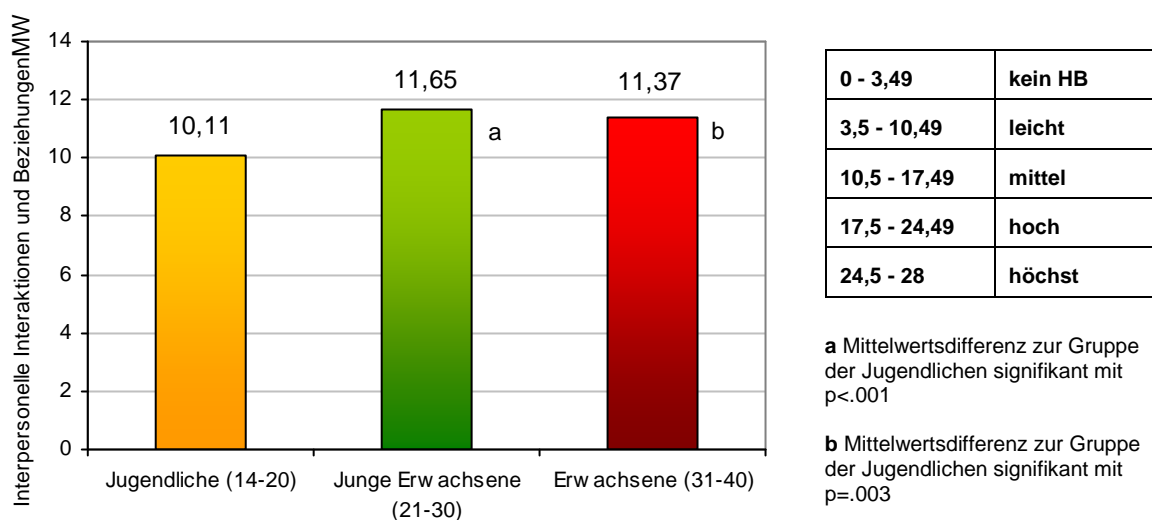


Abbildung 18: Graphik der Mittelwerte der Hilfebedarfe der 3 Altersgruppen im Bereich Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen

Es wurde ein Post-Hoc-Test nach der Scheffé-Methode durchgeführt, um bei den 3 Altersgruppen von Menschen mit geistiger Behinderung Mehrfachvergleiche der Hilfebedarfe im Bereich Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen zu erstellen.

Die Ergebnisse zeigten, dass sich die Mittelwerte des Hilfebedarfes der Jugendlichen mit geistiger Behinderung hoch signifikant ( $p < .001$ ) von jenen der jungen Erwachsenen (21-30) unterscheiden. Weiters unterscheiden sich die Jugendlichen signifikant ( $p = .003$ ) von der zweiten Gruppe von Erwachsenen (31-40).

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse konnte die Fragestellung 7 wie folgt beantwortet werden:

*Junge Erwachsene (21-30) mit geistiger Behinderung besitzen im Durchschnitt einen signifikant höheren Hilfebedarf im Bereich Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen als Jugendliche mit geistiger Behinderung.*

### 8.5.8 Ergebnisse zur Fragestellung 8

**Fragestellung 8:** Besteht ein Unterschied zwischen Jugendlichen mit geistiger Behinderung und jungen Erwachsenen (21-30 Jahre) mit geistiger Behinderung hinsichtlich ihres Hilfebedarfes im Bereich Bedeutsame Lebensbereiche?

Anhand der Tabelle 20 sowie der Abbildung 19 werden die Mittelwerte der 3 verglichenen Altersgruppen ersichtlich. Für die Beantwortung der Fragestellung sind vor allem die Werte der Jugendlichen (14-20) und der jungen Erwachsenen (21-30) relevant.

Tabelle 20: Darstellung der Mittelwerte der Hilfebedarfe im Bereich Bedeutsame Lebensbereiche

Deskriptive Statistiken				
	Altersgruppen	Mittelwert	Standardabweichung	N
Bedeutsame Lebensbereiche	Jugendliche (14-20)	18,28	6,49	376
	Junge Erwachsene (21-30)	20,18	5,96	591
	Erwachsene (31-40)	20,76	5,34	463
	Gesamt	19,87	5,99	1430

Die Jugendlichen weisen einen numerisch niedrigeren Durchschnittswert im Bereich Bedeutsame Lebensbereich auf als die beiden Erwachsenenengruppen.

Im Folgenden wird inferenzstatistisch geklärt werden, ob sich die Hilfebedarfe in ihrer durchschnittlichen Höhe signifikant voneinander unterscheiden.



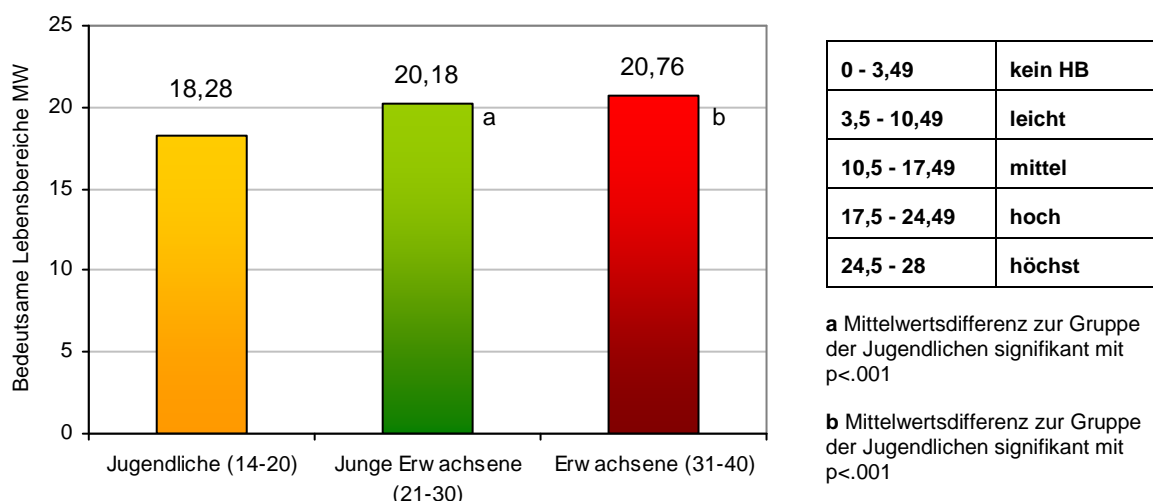


Abbildung 19: Graphik der Mittelwerte der Hilfebedarfe der 3 Altersgruppen im Bereich Bedeutsame Lebensbereiche

Es wurde ein Post-Hoc-Test nach der Scheffé-Methode durchgeführt um bei den 3 Altersgruppen von Menschen mit geistiger Behinderung Mehrfachvergleiche der Hilfebedarfe im Bereich Bedeutsame Lebensbereiche zu erstellen.

Die Ergebnisse der Mehrfachvergleiche nach der Scheffé-Methode zeigten, dass sich die Mittelwerte der untersuchten Jugendlichen hoch signifikant ( $p < .001$ ) von jenen der jungen Erwachsenen (21-30) und der zweiten Erwachsenenengruppe (31-40) unterscheiden.

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse konnte die Fragestellung 8 wie folgt beantwortet werden:

*Junge Erwachsene (21-30) mit geistiger Behinderung besitzen im Durchschnitt einen signifikant höheren Hilfebedarf im Bereich Bedeutsame Lebensbereiche als Jugendliche mit geistiger Behinderung.*

### 8.5.9 Ergebnisse zur Fragestellung 9

**Fragestellung 9:** Besteht ein Unterschied zwischen Jugendlichen mit geistiger Behinderung und jungen Erwachsenen (21-30 Jahre) mit geistiger Behinderung hinsichtlich ihres Hilfebedarfes im Bereich Gemeinschafts-, Soziales und staatsbürgerliches Leben?

Anhand der Tabelle 21, sowie der Abbildung 20, werden die Mittelwerte der 3 verglichenen Altersgruppen ersichtlich. Für die Beantwortung der Fragestellung sind vor allem die Werte der Jugendlichen (14-20) und der jungen Erwachsenen (21-30) relevant.

Tabelle 21: Darstellung der Mittelwerte der Hilfebedarfe im Bereich Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen

Deskriptive Statistiken				
	Altersgruppen	Mittelwert	Standardabweichung	N
Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	Jugendliche (14-20)	8,10	4,74	376
	Junge Erwachsene (21-30)	8,90	4,15	591
	Erwachsene (31-40)	8,62	4,24	463
	Gesamt	8,60	4,35	1430

Die jungen Erwachsenen (21-30) weisen einen numerisch höheren Durchschnittswert auf als die Jugendlichen und die zweite Gruppe von Erwachsenen (31-40) mit geistiger Behinderung. Im Folgenden wird inferenzstatistisch geklärt werden, ob sich die Hilfebedarfe in ihrer durchschnittlichen Höhe signifikant voneinander unterscheiden.

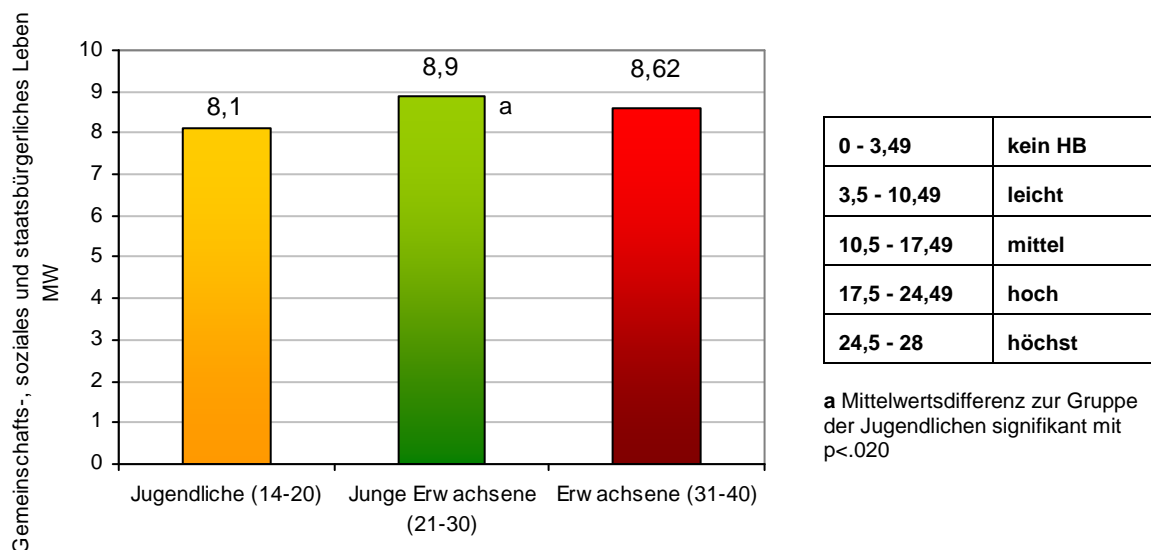


Abbildung 20: Graphik der Mittelwerte der Hilfebedarfe der 3 Altersgruppen im Bereich Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

Es wurde ein Post-Hoc-Test nach der Scheffé-Methode durchgeführt, um bei den 3 Altersgruppen von Menschen mit geistiger Behinderung Mehrfachvergleiche des Hilfebedarfes im Bereich Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben zu erstellen. Die Ergebnisse zeigten, dass sich die Mittelwerte des Hilfebedarfes der Jugendlichen mit geistiger Behinderung signifikant ( $p = .020$ ) von jenen der jungen Erwachsenen (21-30) unterscheiden. Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse konnte die Fragestellung 9 wie folgt beantwortet werden:

*Junge Erwachsene (21-30) mit geistiger Behinderung besitzen im Durchschnitt einen signifikant höheren Hilfebedarf im Bereich Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben als Jugendliche mit geistiger Behinderung.*

### 8.6 Überblick der Hilfebedarfe der 3 Altersgruppen

Die folgende Abbildung stellt nochmals die Höhe der Unterstützungsbedarfe sowie die Höhe der Hilfebedarfe der 3 Altersgruppen mit geistiger Behinderung im Vergleich dar.

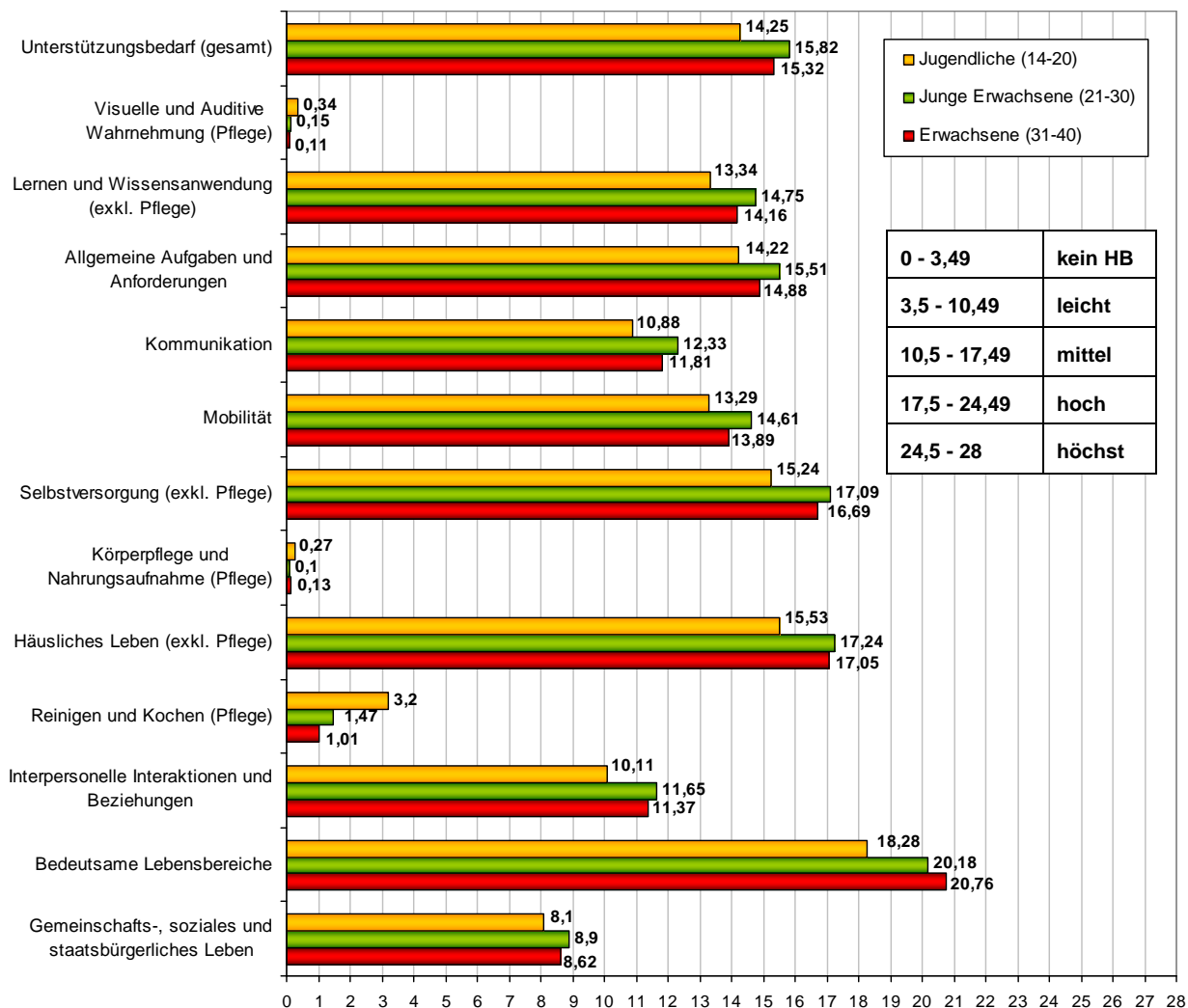


Abbildung 21: Alle Mittelwerte der Bedarfe der 3 Altersgruppen im Vergleich

Die Ergebnisse zeigen, dass junge Erwachsene mit geistiger Behinderung in allen nicht-pflegerlevanten Lebensbereichen im Durchschnitt einen höheren Hilfebedarf aufweisen als die Jugendlichen. In den pflegerlevanten Bereichen Körperpflege und Nahrungsaufnahme sowie Reinigen und Kochen zeigte sich ein signifikant höherer Hilfebedarf bei den Jugendlichen mit geistiger Behinderung. Im Durchschnitt besteht dort aber nur ein vergleichsweise sehr geringer Hilfebedarf. Nach der Einstufung der IHB-Teams in der Steiermark besteht für alle 3 Altersgruppen der höchste Hilfebedarf im Bereich Bedeutsame Lebensbereiche. Die beiden nächst höheren Hilfebedarfe können in den Bereichen Häusliches Leben (exkl. Pflege) und Selbstversorgung (exkl. Pflege) ausgemacht werden. Im Durchschnitt weisen alle 3 Altersgruppen mit geistiger Behinderung einen mittleren (gesamten) Unterstützungsbedarf auf.

## 8.7 Effektstärken

Unter dem Aspekt der praktischen Bedeutsamkeit wurden nachfolgend die Effektstärken (d-Koeffizient) berechnet, um die signifikanten Unterschiede hinsichtlich ihrer verschiedenen praktischen Belange zu bewerten. In den Ergebnissen zeigte sich vor allem zwischen der Gruppe der Jugendlichen und der Gruppe der jungen Erwachsenen (21-30) ein signifikanter Effekt. Da auch die Fragestellungen 1-9 sowie die Hypothese 1 speziell auf diese beiden Gruppen fokussieren, wurden sie auch zur Berechnung der Effektstärken herangezogen. Die folgende Tabelle zeigt die Mittelwerte und die gemeinsame Standardabweichung der Gruppen im jeweiligen Hilfe- bzw. Unterstützungsbedarf. Daraus wurde die Effektstärke (d) errechnet.

Tabelle 22: Überblick der Effektstärken

Name der Skala	Mittelwert der Jugendlichen (14-20)	Mittelwert der jungen Erwachsenen (21-30)	Gemeinsame Standardabweichung	Effektstärke (d)
Gesamtskala des Unterstützungsbedarfes	14,25	15,82	6,70	0,23
1. Lernen und Wissensanwendung				
1.1 Visuelle und auditive Wahrnehmung (Pflege)	0,34	0,15	1,51	-0,13
1.2 Lernen und Wissensanwendung (exkl. Pflege)	13,34	14,75	5,65	0,25
2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	14,22	15,51	5,74	0,23
3. Kommunikation	10,88	12,33	6,48	0,22
4. Mobilität	13,29	14,61	7,21	0,18
5. Selbstversorgung				
5.1 Selbstversorgung (exkl. Pflege)	15,24	17,09	7,89	0,23
5.2 Körperpflege und Nahrungsaufnahme (Pflege)	0,27	0,10	0,76	-0,22
6. Häusliches Leben				
6.1 Häusliches Leben (exkl. Pflege)	15,53	17,24	7,59	0,22
6.2 Reinigen und Kochen (Pflege)	3,20	1,47	4,24	-0,41
7. Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	10,11	11,65	5,37	0,29
8. Bedeutsame Lebensbereiche	18,28	20,18	6,24	0,30
9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	8,10	8,90	4,40	0,18

Bei den Skalen Lernen und Wissensanwendung (exkl. Pflege), Aufgaben und Anforderungen, Kommunikation, Selbstversorgung (exkl. Pflege), Körperpflege und Nahrungsaufnahme (Pflege), Häusliches Leben (exkl. Pflege), Reinigen und Kochen (Pflege), Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, Bedeutsame Lebensbereiche sowie der Gesamtskala des Unterstützungsbedarfes ergaben sich kleine bis mittlere Effektstärken ( $.2 < d < .5$ ) im Unterschied zwischen den beiden Gruppen.

Eine sehr kleine bis kleine Effektstärke ( $.0 < d < .2$ ) im Unterschied der beiden Gruppen ergab sich in den Skalen Visuelle und Auditive Wahrnehmung (Pflege), Mobilität, sowie im Gemeinschafts-, sozialen und staatsbürgerlichen Leben.

Insgesamt zeigen sich Effektstärken zwischen  $d = .13$  und  $d = .41$ . In der Skala Visuelle und Auditive Wahrnehmung (Pflege) wurde kein signifikanter Unterschied zwischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen (21-30) mit geistiger Behinderung festgestellt, sodass dieser Unterschied auch die geringste Effektstärke aufweist ( $d = -.13$ ).

Alle pflegerelevanten Skalen erbrachten negative Effektstärken. In der pflegerelevanten Skala Reinigen und Kochen (Pflege) zeigt sich, absolut gesehen, die höchste Effektstärke dieser Untersuchung ( $d = -.41$ ), gefolgt von der Skala der Bedeutsamen Lebensbereiche ( $d = .30$ ) und der Skala Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen ( $d = .29$ ).

Selbst wenn sich die beiden Gruppen im Durchschnitt signifikant in der Höhe ihrer Hilfebedarfe und ihres gesamten Unterstützungsbedarfes unterscheiden, so lassen sich nur sehr kleine bis mittlere Effektstärken ( $.0 < d < .5$ ) ausmachen.

## 8.8 Ergebnisse zur Hypothese 2

Die zweite Hypothese bezieht sich auf die vermuteten Zusammenhänge der einzelnen Hilfebedarfe in den unterschiedlichen Lebensbereichen:

**Hypothese 2:** Es besteht ein Zusammenhang der Hilfebedarfe in den einzelnen Lebensbereichen.

Um die Stärke der Zusammenhänge zu berechnen, erfolgte die statistische Auswertung zur Hypothese 2 aufgrund des intervallskalierten Messniveaus mittels der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson.

Dieses Verfahren wurde trotz der nicht erfüllten Voraussetzung der normalverteilten Variablen gewählt. Untersuchungen haben gezeigt, dass sich der Signifikanztest für die Berechnung der Korrelationskoeffizienten als äußerst robust gegenüber Verletzungen der Verteilungsannahme erweist (vgl. Bortz 1993, S. 198).

Tabelle 23: Korrelation der Hilfebedarfe in den Lebensbereichen

Korrelation nach Pearson	Visuelle und Auditive Wahrnehmung (Pflege)	Lernen und Wissensanwendung (exkl. Pflege)	Aufgaben und Anforderungen	Kommunikation	Mobilität	Selbstversorgung (exkl. Pflege)	Körperpflege und Nahrungsaufnahme (Pflege)	Häusliches Leben (exkl. Pflege)	Reinigen und Kochen (Pflege)	Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	Bedeutsame Lebensbereiche	Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben
Visuelle und Auditive Wahrnehmung (Pflege)	1,00	-,03	,01	-,06*	-,10**	-,09**	,43**	-,09**	,38**	-,01	-,07**	-,04
Lernen und Wissensanwendung (exkl. Pflege)	-,03	1,00	,84**	,86**	,81**	,85**	-,03	,87**	-,34**	,77**	,77**	,71**
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	,01	,84**	1,00	,75**	,76**	,80**	,01	,84**	-,27**	,79**	,71**	,78**
Kommunikation	-,06*	,86**	,75**	1,00	,83**	,82**	-,05*	,84**	-,36**	,76**	,77**	,69**
Mobilität	-,10**	,81**	,76**	,83**	1,00	,83**	-,06*	,86**	-,37**	,72**	,73**	,73**
Selbstversorgung (exkl. Pflege)	-,09**	,85**	,80**	,82**	,83**	1,00	-,04	,91**	-,37**	,77**	,78**	,75**
Körperpflege und Nahrungsaufnahme (Pflege)	,43**	-,03	,01	-,05*	-,06*	-,04	1,00	-,03	,55**	,01	-,06*	-,02
Häusliches Leben (exkl. Pflege)	-,09**	,87**	,84**	,84**	,86**	,91**	-,03	1,00	-,37**	,79**	,80**	,79**
Reinigen und Kochen (Pflege)	,39**	-,34**	-,27**	-,36**	-,37**	-,37**	,55**	-,37**	1,00	-,26**	-,38**	-,26**
Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	-,01	,76**	,79**	,76**	,72**	,77**	,01	,79**	-,26**	1,00	,69**	,76**
Bedeutsame Lebensbereiche	-,07**	,77**	,71**	,77**	,73**	,78**	-,06*	,80**	-,38**	,69**	1,00	,68**
Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	-,04	,71**	,78**	,69**	,73**	,75**	-,02	,79**	-,26**	,76**	,68**	1,00

\*\* Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

\* Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

### 8.8.1 Zusammenhänge zwischen den nicht-pflegerlevanten Hilfebedarfen

Alle 9 der nicht-pflegerlevanten Skalen des Hilfebedarfes korrelieren untereinander hoch signifikant ( $p < .001$ ). Die Ergebnisse zeigen weiters wie stark die einzelnen Skalen der Hilfebedarfe untereinander korrelieren:

Die Skala Lernen und Wissensanwendung (exkl. Pflege) weist mit allen anderen nicht-pflegerlevanten Skalen eine hohe Korrelation ( $r > .70$ ) auf.

Die Skala Allgemeine Aufgaben und Anforderungen weist ebenso mit allen anderen nicht-pflegerlevanten Skalen eine hohe Korrelation ( $r > .70$ ) auf.

Die Skala Kommunikation weist mit 7 der nicht-pflegerlevanten Skalen eine hohe Korrelation ( $r > .70$ ) auf, mit der Skala Gemeinschafts- soziales und staatsbürgerliches Leben weist sie eine mittlere Korrelation auf ( $r = .69$ ).

Die Skala Mobilität korreliert mit allen 8 nicht-pflegerlevanten Skalen hoch ( $r > .70$ ).

Die Skala Selbstversorgung (exkl. Pflege) weist mit 7 der nicht-pflegerlevanten Skalen eine hohe Korrelation auf ( $r > .70$ ) und korreliert mit der Skala Häusliches Leben (exkl. Pflege) sehr hoch ( $r = .91$ ).

Die Skala Häusliches Leben (exkl. Pflege) weist mit 7 der nicht-pflegerlevanten Skalen eine hohe Korrelation auf ( $r > .70$ ) und korreliert mit der Skala Selbstversorgung (exkl. Pflege) sehr hoch ( $r = .91$ ).

Die Skala Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen korreliert mit 7 der nicht-pflegerlevanten Skalen hoch ( $r > .70$ ) und weist mit der Skala Bedeutsame Lebensbereiche eine mittlere Korrelation ( $r = .69$ ) auf.

Die Skala Bedeutsame Lebensbereiche korreliert mit 6 der nicht-pflegerlevanten Skalen hoch ( $r > .70$ ) und weist mit der Skala Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen ( $r = .69$ ) sowie mit der Skala Gemeinschafts-, soziales- und staatsbürgerliches Leben ( $r = .68$ ) eine mittlere Korrelation auf.

Die Skala Gemeinschafts-, soziales- und staatsbürgerliches Leben korreliert mit 6 der nicht-pflegerlevanten Skalen hoch ( $r > .70$ ) und weist mit den Skalen Kommunikation ( $r = .69$ ) und Bedeutsame Lebensbereiche ( $r = .68$ ) eine mittlere Korrelation auf.

*In Bezug auf die nicht-pflegerlevanten Hilfebedarfe konnte die Hypothese 2 vollständig bestätigt werden.*

### 8.8.2 Zusammenhänge zwischen den pflegerelevanten Hilfebedarfen

Die 3 pflegerelevanten Skalen Visuelle und Auditiv Wahrnehmung (Pflege), Körperpflege und Nahrungsaufnahme (Pflege) sowie Reinigen und Kochen (Pflege) korrelieren untereinander hoch signifikant ( $p < .001$ ). Sie korrelieren mit den nicht-pflegerelevanten Skalen negativ oder nicht signifikant.

Die Skala Visuelle und Auditiv Wahrnehmung korreliert mit den Skalen Körperpflege und Nahrungsaufnahme (Pflege) ( $r = .43$ ) sowie mit Reinigen und Kochen (Pflege) ( $r = .38$ ) gering.

Die Skala Körperpflege und Nahrungsaufnahme (Pflege) weist mit der Skala Reinigen und Kochen eine mittlere Korrelation ( $r = .55$ ) auf.

Die Skala Visuelle und Auditiv Wahrnehmung weist mit der Skala Kommunikation einen signifikanten negativen Zusammenhang ( $r = -.06$ ) auf. Ein solcher besteht auch mit der Skala Häusliches Leben (exkl. Pflege) ( $r = -.09$ ) sowie mit der Skala Bedeutsame Lebensbereiche ( $r = -.07$ ). Außerdem besteht ein hoch signifikanter negativer Zusammenhang mit der Skala Mobilität ( $r = -.10$ ) sowie mit der Skala Selbstversorgung (exkl. Pflege) ( $r = -.09$ ). Je höher der Hilfebedarf in diesen 5 Skalen ist, desto geringer ist im Durchschnitt der (pädagogische) Hilfebedarf im Bereich Visuelle und Auditiv Wahrnehmung, da er als Aufgabe der Pflege definiert wird.

Die Skala Körperpflege und Nahrungsaufnahme (Pflege) weist mit der Skala Kommunikation einen signifikanten negativen Zusammenhang ( $r = -.05$ ) auf. Ein solcher signifikanter negativer Zusammenhang besteht auch mit der Skala Mobilität ( $r = -.06$ ) und der Skala Bedeutsame Lebensbereiche ( $r = -.06$ ). Je höher der Hilfebedarf in diesen 3 Skalen ist, desto geringer ist im Durchschnitt der (pädagogische) Hilfebedarf in der Skala Körperpflege und Nahrungsaufnahme, da er dann vermehrt als Aufgabe der Pflege wahrgenommen wird.

Die Skala Reinigen und Kochen (Pflege) weist mit allen nicht-pflegerelevanten Skalen einen hoch signifikanten negativen Zusammenhang ( $r < -.40$ ) auf. Je höher der Hilfebedarf in den 9 nicht-pflegerelevanten Skalen ist, desto geringer wird im Durchschnitt der (pädagogische) Hilfebedarf in Reinigen und Kochen.

*Hinsichtlich der vorliegenden Ergebnisse zu den pflegerelevanten Skalen konnte die Hypothese 2 teilweise bestätigt werden.*



## 9 Ergebnisinterpretation

Im folgenden Kapitel werden die gewonnenen Ergebnisse der statistischen Auswertung zusammengefasst und mit der Forschungsliteratur in Verbindung gesetzt. Anschließend soll durch die Erstellung der Prognose des zukünftigen Unterstützungsbedarfes jugendlicher Menschen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung in der Steiermark die Hauptfragestellung beantwortet werden.

### 9.1 Diskussion der Ergebnisse bezüglich des gesamten Unterstützungsbedarfes

Die Ergebnisse zeigen, dass die jungen Erwachsenen im Alter von 21 bis 30 Jahren insgesamt im Durchschnitt einen höheren Unterstützungsbedarf aufweist als die Gruppe der Jugendlichen mit geistiger Behinderung. Die untersuchten Jugendlichen werden in den nächsten Jahren genau in diese Altersgruppe übergehen. Auch in der Literatur wird beschrieben, dass die Probleme beim Erwachsenwerden von Menschen mit geistiger Behinderung zumeist unterschätzt werden und der Übergang ins Erwachsenenalter für die Betroffenen eine große Herausforderung darstellt (vgl. Pforr 1997, S. 197ff.). Weiters wird in der Forschungsliteratur darauf verwiesen, dass solche Übergänge im Lebenslauf zwar generell Unsicherheiten mit sich bringen, diese aber bei Menschen mit geistiger Behinderung noch zusätzlich erschwert sind, da sie auch stets mit der Suche nach der passenden Unterstützung verbunden sind (vgl. Rohrman/Schädler 2006, S. 236). Während eines solchen Überganges besteht die Gefahr von Bruchstellen im Integrationsprozess (vgl. Sander 2003, S. 14ff.).

Aufgrund dessen wurde bei der Hypothesenbildung auch angenommen, dass vor allem zwischen Jugendlichen und der darauf folgenden Altersgruppe von jungen Erwachsenen im Alter von 21 bis 30 Jahren signifikante Unterschiede im Unterstützungsbedarf zu erkennen sind. Dies wurde durch die gewonnenen Ergebnisse auch bestätigt. Die durchschnittliche Höhe der Unterstützungsbedarfe aller 3 Altersgruppen bewegt sich nach Einstufung der IHB-Teams des Landes Steiermark im mittleren Bereich. Die unterschiedliche Höhe der Unterstützungsbedarfe von Jugendlichen und jungen Erwachsenen (21-30) zeigt lediglich einen kleinen Effekt. Der Unterschied fällt somit, auf die praktische Relevanz bezogen, nicht massiv aus.

Die in dieser Untersuchung verwendete Einteilung von Jugendlichen und Erwachsenen orientiert sich nach Remschmidt (1992). Diese Einteilung stellt jedoch natürlich keine absolut definierte Grenze der Lebensabschnitte von Menschen mit geistiger- und

mehrfacher Behinderung dar. Bezüglich der Forschungsliteratur muss darauf verwiesen werden, dass gerade bei Menschen mit geistiger Behinderung keine klare Grenze zwischen dem Erwachsenwerden und Erwachsensein gezogen werden kann: Es handelt sich eher um einen Prozess als um einen statischen Zustand. Dieser Prozess verläuft nicht immer auf allen Möglichkeitsebenen eines Menschen mit geistiger Behinderung in selber Weise (vgl. Wohlhüter 1996, S. 190f.). Weiter unterliegt auch der Bedarf an Hilfe und Unterstützung selbst ständiger Veränderung, sodass seine Erhebung fortlaufend und wiederholt durchgeführt werden muss (vgl. Beck 2005, S. 288ff.). Das Land Steiermark verweist darauf, dass die Erfassung der Bedarfe vom IHB-Team weitergeführt wird. Bei der Interpretation ist also darauf zu achten, dass es sich beim erhobenen Bedarf um einen momentanen Zustand handelt, welcher sich natürlich auch wieder verändern wird.

Im Folgenden werden die sich verändernden Bedarfe im Erwachsenenalter behandelt: Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es nämlich zu beachten, dass sich die Altersgruppen von Menschen mit geistiger Behinderung auch hinsichtlich ihrer Integration und Sozialisierung unterscheiden. In der Literatur wird klar darauf verwiesen, dass sich auf steirischer Landesebene im Laufe des letzten Jahrzehnts ein Paradigmenwechsel in der Auffassung von Behinderung vollzogen hat (vgl. Gobiet/Rudlof 2006, 18ff.). Durch die Fragestellung 10 sollte daher überprüft werden, ob sich der Unterstützungsbedarf im weiteren Erwachsenenalter noch weiter verändert. Dafür wurde untersucht, ob sich die untersuchten jungen Erwachsenen im Alter von 21 bis 30 Jahren von der Erwachsenengruppe im Alter von 31 bis 40 Jahren in der Höhe ihres gesamten Unterstützungsbedarfes unterscheiden.

Die Ergebnisse zeigten einen etwas geringeren Unterstützungsbedarf bei den Erwachsenen im Alter von 21 bis 40 Jahren. Die Höhe des gesamten Bedarfes an Hilfe und Unterstützung bewegt sich in beiden Altersgruppen mittleren Bereich. Auch in den unterschiedlichen Lebensbereichen weisen die 31 bis 40-Jährigen einen etwas geringeren Hilfebedarf als die untersuchten 21 bis 30-Jährigen auf. Lediglich im Bereich der Bedeutsamen Lebensbereiche sowie bei der Körperpflege und Nahrungsaufnahme weisen die 31 bis 40-Jährigen einen etwas höheren Hilfebedarf auf. Es besteht aber zwischen den beiden Altersgruppen kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Höhe der Bedarfe.

Es könnte somit dahingehend interpretiert werden, dass sich die Höhe der benötigten Unterstützung im weiteren Erwachsenenalter (31-40) nicht mehr signifikant verändert. Da jedoch die Alters- und Kohorteneffekte eine entscheidende Rolle spielen, kann eine solche Interpretation nicht mit Sicherheit gestellt werden. Die Daten zeigen lediglich, dass sich die beiden Erwachsenengruppen derzeit nicht signifikant in der Höhe ihres gesamten Unterstützungsbedarfes unterscheiden.

## 9.2 Diskussion der Ergebnisse bezüglich der Hilfebedarfe in den einzelnen Lebensbereichen

### 9.2.1 Ergebnisse zu den nicht-pflegerlevanten Hilfebedarfen

In der Forschungsliteratur wird beschrieben, dass sich der Bedarf an Hilfe und Unterstützung bei Menschen mit geistiger Behinderung zumeist über mehrere Lebensbereiche erstreckt, wodurch auch ein hoher Anspruch an die zu leistende Hilfe besteht (vgl. Speck 1997, S. 65ff.). Durch die Fragestellungen 1 bis 9 wurden die untersuchten Altersgruppen von Menschen mit geistiger Behinderung hinsichtlich der Höhe ihrer Hilfebedarfe in den unterschiedlichen Lebensbereichen miteinander verglichen. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Hilfebedarfe der untersuchten Jugendlichen von jenen der jungen Erwachsenen (21-30) unterscheiden: Die jungen Erwachsenen (21-30) mit geistiger Behinderung besitzen in allen nicht-pflegerlevanten Lebensbereichen im Durchschnitt einen höheren Hilfebedarf als die Jugendlichen mit geistiger Behinderung. Die Höhe der Unterschiede fällt jedoch, bezogen auf die praktische Relevanz, nicht massiv aus.

In der Forschungsliteratur führen die AutorInnen die unterschiedlich hohen Hilfebedarfe unter anderem auf die neuen Herausforderungen im Erwachsenwerden zurück, denen sich die Menschen (mit geistiger Behinderung) stellen müssen (vgl. z.B.: Speck 1997; Rohrmann/Schädler 2006; Pforr 1997; Stöppler 2007; Wohlhüter 1996).

Weiters muss hier jedoch auch auf den bereits genannten Paradigmenwechsel hinsichtlich der Auffassung von Behinderung verwiesen werden (vgl. Gobiet/Rudloff 2006, 18ff.), welcher ebenso einen Einfluss auf die jeweiligen Hilfebedarfe besitzt. Durch die Übernahme der Prinzipien wie „mobil vor stationär“ im steirischen Behindertengesetz sowie der Orientierung am Konzept des Empowerments und der persönlichen Assistenz, erhalten Menschen mit geistiger Behinderung mehr Selbstbestimmungsrecht hinsichtlich ihrer benötigten Hilfe und Unterstützung (vgl. Theunissen 2007b; Hoffmann/Theunissen 1999). Durch die Entinstitutionalisierung, die Inklusion sowie durch die vermehrte Fokussierung auf die persönliche Assistenz, verändert sich auch der jeweilige Hilfebedarf. Die jetzige Generation der Jugendlichen mit geistiger Behinderung hat vermutlich bereits vom Paradigmenwechsel profitiert, was zur Folge haben könnte, dass ihre Hilfebedarfe insgesamt geringer ausfallen als jene der Erwachsenen mit geistiger Behinderung. Die höheren Hilfebedarfe im Erwachsenenalter in den nicht-pflegerlevanten Lebensbereichen sind somit einerseits auf den Paradigmenwechsel, andererseits auf die Herausforderungen beim Erwachsenwerden selbst zurückzuführen.

### 9.2.2 Ergebnisse zu den pflegerelevanten Hilfebedarfen

Hinsichtlich der pflegerelevanten Hilfebedarfe zeigte sich, dass Jugendliche mit geistiger Behinderung in den Bereichen Reinigen und Kochen sowie Körperpflege und Nahrungsaufnahme im Durchschnitt einen höheren Hilfebedarf aufweisen als beide Erwachsenengruppen. Die Unterschiede fallen hier hinsichtlich der praktischen Relevanz nicht massiv aus. Im Bereich Visuelle und Auditive Wahrnehmung konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den 3 Altersgruppen festgestellt werden. Für die Interpretation dieser Ergebnisse müssen zwei wesentliche Faktoren beachtet werden: Erstens kann davon ausgegangen werden, dass Jugendliche (mit und ohne geistige Behinderung) generell mehr Unterstützung in diesen beiden Bereichen benötigen als Erwachsene. Weiters wurden die pflegerelevanten Hilfebedarfe überhaupt nur bei jenen Personen mit geistiger Behinderung erhoben, bei denen keine Pflegegeldeinstufung vorlag und die nicht bereits von einer zusätzlichen Pflegehilfe unterstützt wurden. Dies erklärt auch aus welchem Grund die pflegerelevanten Hilfebedarfe insgesamt sehr gering ausfallen: Aus pädagogischer Sicht ist wenig Hilfebedarf im Bereich der Pflege von Menschen mit geistiger Behinderung gegeben. In der Literatur wird darauf verwiesen, dass vor allem bei Menschen mit schwerer geistiger Behinderung primär pflegerisch dimensionierte Betreuungskonzepte überwiegen (vgl. Theunissen 1997). Durch die vorhandenen Daten kann diese Aussage bezüglich der Betreuungskonzepte in der Steiermark weder bestätigt, noch widerlegt werden, da bei vorhandener Pflegegeldeinstufung die pflegerelevanten Bereiche - wie erwähnt - nicht miterhoben wurden.

### 9.3 Diskussion der Ergebnisse bezüglich der Zusammenhänge zwischen den Hilfebedarfen

Die Ergebnisse zeigten, dass die 9 nicht-pflegerelevanten Hilfebedarfe untereinander erwartungsgemäß einen positiven Zusammenhang aufweisen. Dies bedeutet, dass sich die Höhe eines Hilfebedarfes in einem Lebensbereich auf die Höhe der Hilfebedarfe in den anderen Lebensbereichen auswirkt. So besteht beispielsweise ein sehr hoher Zusammenhang zwischen dem Hilfebedarf in der Selbstversorgung (exkl. Pflege) und dem Hilfebedarf im Häuslichen Leben (exkl. Pflege). Anhand der Ergebnisse kann lediglich interpretiert werden, dass ein Zusammenhang zwischen den nicht-pflegerelevanten Hilfebedarfen besteht, nicht jedoch wodurch dieser Zusammenhang zustande kommt. In der Forschungsliteratur wird darauf verwiesen, dass die biologisch-organischen Beeinträchtigungen bei Menschen mit geistiger Behinderung den gemeinsamen Ausgangspunkt bilden (vgl. Speck 2007, S. 317). Die Schädigungen des Gehirns haben zumeist Auswirkungen auf kognitive, motorische, emotionale und

soziale Entwicklungen sowie auf das gesamte Lernen des Menschen mit geistiger Behinderung (vgl. Fornefeld 2000, S. 56). Auf diese Weise ist zu erklären, warum der Hilfebedarf in einem Lebensbereich mit dem Hilfebedarf in einem anderen Lebensbereich zusammenhängt. Weiters basieren die im Assessmentbogen verwendeten Lebensbereiche auf den Domänen der Komponente Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe] aus der ICF. Dort wird davon ausgegangen, dass die einzelnen Faktoren der ICF untereinander in Beziehung stehen. Diese Zusammenhänge werden von der WHO auch als dynamische Wechselwirkungen beschrieben (vgl. WHO 2001, S. 23).

Die pflegerelevanten Hilfebedarfe weisen untereinander ebenso einen positiven Zusammenhang auf. Hier zeigt sich jedoch, dass sie zu mehreren Hilfebedarfen der nicht-pflegerelevanten Lebensbereiche einen negativen Zusammenhang aufweisen. Je höher der Hilfebedarf in den nicht-pflegerelevanten Bereichen Häusliches Leben, Bedeutsame Lebensbereiche, Mobilität, Kommunikation und Selbstversorgung ist, desto geringer ist der Hilfebedarf im pflegerelevanten Bereich Visuelle und Auditive Wahrnehmung. Je höher der Hilfebedarf in den nicht-pflegerelevanten Bereichen Kommunikation, Mobilität und Bedeutsame Lebensbereiche ist, desto geringer ist der Hilfebedarf im pflegerelevanten Bereich Körperpflege und Nahrungsaufnahme. Der pflegerelevante Hilfebedarf in Reinigen und Kochen weist zu allen 9 nicht-pflegerelevanten Hilfebedarfen einen negativen Zusammenhang auf. Je höher also der Hilfebedarf in einem der genannten nicht-pflegerelevanten Lebensbereichen ist, desto eher wird der Hilfebedarf im jeweiligen pflegerelevanten Lebensbereich als Aufgabe der Pflege betrachtet und nicht mehr als zu erfüllende Aufgabe der pädagogischen Assistenzleistungen.

#### 9.4 Prognose des zukünftigen Unterstützungsbedarfes

Die Hauptfragestellung dieser Untersuchung lautet: Worin besteht der zukünftige Unterstützungsbedarf jugendlicher Menschen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung in der Steiermark? Zur Beantwortung dieser Fragestellung soll nun, ausgehend von den Ergebnissen der empirischen Untersuchung, der Forschungsliteratur und der aktuellen Sozialpolitik, der prognostizierbare zukünftige Bedarf an Hilfe und Unterstützung für Jugendliche mit geistiger Behinderung beim Übergang ins Erwachsenenalter abgeleitet werden. Aufgrund der Konfundierung von Alters- und Kohorteneffekte kann durch die festgestellten Unterschiede nicht mit Sicherheit darauf geschlossen werden, dass ein Hilfebedarf in einem Lebensbereich im Erwachsenenalter steigen oder sinken wird. Durch die gewonnenen Ergebnisse der Untersuchung und die Hinweise aus der Forschungsliteratur kann jedoch davon ausgegangen werden, dass sich der gesamte Unterstützungsbedarf im Erwachsenenalter verändert - und im Übergang

wahrscheinlich auch ansteigen wird. Für die Prognose wurden 4 Kategorien gebildet: Der Hilfebedarf bei der Inanspruchnahme von Bildung und Assistenzleistungen, der Hilfebedarf beim selbstständigen Lernen und Wohnen, der Hilfebedarf bei der Kommunikation, Interaktion und dem gemeinschaftlichen Leben sowie der Hilfebedarf in den pflegerelevanten Lebensbereichen.

#### 9.4.1 Hilfe bei der Inanspruchnahme von Bildung und Assistenzleistungen

Der im Durchschnitt höchste Hilfebedarf aller 3 Altersgruppen konnte in den Bedeutsamen Lebensbereichen ausgemacht werden. Beide Erwachsenengruppen weisen hier außerdem im Durchschnitt einen höheren Hilfebedarf auf als die Jugendlichen mit geistiger Behinderung. Der Unterschied zwischen den jungen Erwachsenen im Alter von 21 bis 30 Jahren und den Jugendlichen mit geistiger Behinderung fällt allerdings hinsichtlich der praktischen Relevanz klein aus. Dieser Bereich beinhaltet vor allem die Durchführung elementarer wirtschaftlicher Transaktionen sowie das Ausführen von Aufgaben und Handlungen zur Beteiligung an Bildung, Ausbildung und Fortbildung. Dieser Bereich ist auch der einzige, in dem bei der Erhebung der Platz für das freie ICF-basierte relevante Item häufiger genutzt wurde und dieses somit auch in die Untersuchung miteinbezogen wurde.

Die Durchführung elementarer wirtschaftlicher Transaktionen bezieht sich auf jegliche Form der Beteiligung an einfachen Formen des Handels, die Verwendung von Geld zum Einkauf sowie den Austausch von Gütern und Dienstleistungen. Auch das Sparen von Geld fällt darunter (vgl. WHO 2001, S. 120). Da das Land Steiermark vermehrt auf die persönlichen Assistenzleistungen fokussiert, werden die Betroffenen in Zukunft auch erlernen müssen mit ihren Ausgaben und Dienstleistungen wirtschaftlich umzugehen. Die persönliche Assistenz bedeutet letztlich, dass die Betroffenen selbst als Arbeitgeber fungieren und auch ihre gewünschten Leistungen selbst bestimmen (vgl. Theunissen 2007b, S. 254). Natürlich können solche Kompetenzen hinsichtlich der Anleitung, Organisation und Finanzierung der Assistenzleistungen nicht vorbehaltlos erwartet werden (vgl. Hoffmann/Theunissen 1999, S. 134). Dennoch wird für die Jugendlichen mit geistiger Behinderung durch den vermehrten Einsatz der persönlichen Assistenz ein Hilfebedarf im Umgang mit dieser Form der Dienstleistungen bestehen. So könnte beispielsweise durch Unterstützungs- und Beratungsangebote der weitgehend selbstbestimmte Umgang mit diesen mobilen Formen der Hilfe erlernt werden. Auch in der Forschungsliteratur wird beschrieben, dass sich für die informellen sozialen Netzwerke, die Selbsthilfegruppen sowie auch die professionellen Helfersysteme die Aufgabe stellt, ihre Unterstützungsangebote so zu gestalten, dass sie die Chance für eine

möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung offerieren (vgl. Beck 2003, S. 854).

Die Beteiligung an der Bildung bezieht sich hinsichtlich des im Assessmentbogen verwendeten ICF-Items sowohl auf die informelle Bildung zuhause, als auch auf die Vorschulernziehung, Schulbildung, theoretische Berufsausbildung sowie auf die höhere Bildung in Universitäten, Fachhochschulen und Fachschulen (vgl. WHO 2001, S. 118). In der Literatur wird darauf verwiesen, dass auch Erwachsene mit geistiger Behinderung über ihre Schulzeit hinaus lern- und entwicklungsfähig sind. Sie werden in ihrer Entwicklung als offen angesehen. Aus diesem Grund dürfen nicht im Vorhinein Grenzen festgesetzt werden, sondern es muss stets von einer möglichen Weiterentwicklung ausgegangen werden. Nur so ist die Weiterentwicklung zu mehr Selbstständigkeit und Erwachsenenheit möglich und nicht im Vorhinein ausgeschlossen (vgl. Wohlhüter 1996, S. 193f.). Die Erwachsenenbildung hat sich in den letzten Jahren als wichtiges Angebot für Erwachsene mit geistiger Behinderung etabliert (vgl. Mühl 2003a, S. 256.). Eine Verwehrung der Bildungsansprüche und –rechte würde zu Gefährdungen der Persönlichkeitsentwicklung der Betroffenen führen, da sie bestimmte Kompetenzen zur Bewältigung mehrerer Lebensbereiche nicht ausbilden könnten (vgl. Beck 2003, S. 855). Erwachsene mit geistiger Behinderung bedürfen jedoch im höheren Maße als Nichtbehinderte Anregungen und Hilfe, um das Erlernte zu erhalten und sich angesichts veränderter Anforderungen zurechtfinden zu können (vgl. Mühl 2003a, S. 256.). Daher ist die Inanspruchnahme von Bildung und Assistenzleistungen aus praktischer und theoretischer Sicht sehr eng mit dem nicht-pflegerrelevanten Bereich Lernen und Wissensanwendung verbunden. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen ebenso, dass der Hilfebedarf in den Bedeutsamen Lebensbereichen einen hohen Zusammenhang mit dem nicht-pflegerrelevanten Hilfebedarf im Bereich Lernen und Wissensanwendung aufweist. Dort wurde nach Einstufung der IHB-Teams des Landes Steiermark für alle 3 untersuchten Altersgruppen ein mittlerer Hilfebedarf festgestellt. Die jungen Erwachsenen (21-30) mit geistiger Behinderung weisen auch hier im Durchschnitt einen höheren Hilfebedarf als die Jugendlichen auf, wobei auch dieser Unterschied hinsichtlich der praktischen Relevanz nicht massiv ausfällt. Der Hilfebedarf in Lernen und Wissensanwendung bezieht sich vor allem auf das Nachmachen und Nachahmen, die Aneignung und Übung elementarer und komplexer Fertigkeiten, die Fokussierung der Aufmerksamkeit, das Denken und das lösen einfacher Probleme sowie das Treffen von Entscheidungen (vgl. WHO 2001, S. 97ff.). In der Literatur wird ebenso ein weitreichend bestehender Hilfebedarf in diesem Bereiche beschrieben: Das Lernen besitzt für Menschen mit geistiger Behinderung beim Erwachsenwerden einen zentralen Stellenwert, da es für sie dadurch eine Entwicklung über das Kind-Stadium hinaus geben kann (vgl. Speck 2007, S. 314). Die Lernerfahrung wirkt sich auf alle

Fähigkeiten aus, welche sich nicht spontan entwickeln, sondern erst durch Lernprozesse erworben werden müssen. Es ist daher wichtig, Hilfen zur Förderung des Lernniveaus zu generieren (vgl. Mühl 2003a, S. 249).

Die sozialpolitische Lage in der Steiermark sowie die Forschungsliteratur und die Ergebnisse dieser Untersuchung sprechen dafür, dass die Inanspruchnahme von Bildung und Assistenzleistungen zukünftig eine große Rolle im Zusammenhang mit dem Erwachsenwerden Jugendlicher mit geistiger Behinderung spielen wird. Die Erfüllung dieses Hilfebedarfes bezieht sich auf die Offerierung von Bildungsmöglichkeiten, die Unterstützung der Lerntätigkeiten sowie die Hilfe bei wirtschaftlichen Transaktionen und der Inanspruchnahme persönlicher Assistenzleistungen.

#### 9.4.2 Hilfe beim selbstständigen Leben und Wohnen

Der höchste Zusammenhang zweier Hilfebedarfe konnte in den Bereichen Häusliches Leben (exkl. Pflege) und der Selbstversorgung (exkl. Pflege) ausgemacht werden. Die durchschnittliche Höhe der Hilfebedarfe beider Bereiche befindet sich nach Einstufung durch die IHB-Teams des Landes Steiermark für alle 3 untersuchten Altersgruppen im mittleren Bereich. Sie bilden nach den Bedeutsamen Lebensbereichen die beiden nächst höheren Hilfebedarfe aller 3 Altersgruppen dieser Untersuchung.

Die Selbstversorgung (exkl. Pflege) bezieht sich vor allem auf die Auswahl geeigneter Kleidung sowie die Sorge um die eigene Gesundheit (vgl. WHO 2001, S. 109ff.). Der Hilfebedarf im Häuslichen Leben beinhaltet die Gestaltung des Wohnraums, die Erledigung von Hausarbeiten, die Benutzung diverser Haushaltsgeräte, die Lagerung täglicher Lebensnotwendigkeiten sowie auch das Helfen anderer Haushaltsmitglieder (vgl. ebd., S. 112ff.). Beide Lebensbereiche weisen auch einen theoretischen Bezug zueinander auf, da sie sich letztlich auf das selbstständige Leben und Wohnen beziehen. Der in dieser Untersuchung ermittelte Hilfebedarf im selbstständigen Leben und Wohnens wird auch in der Forschungsliteratur häufig erwähnt und bestätigt. 1987 stellten Walter und Hoyle-Herrmann bei der Analyse von biographischen Interviews von Menschen mit geistiger Behinderung fest, dass eine veränderte Wohn- und Lebenssituation im Erwachsenenalter mitunter einer der wesentlichsten Gründe war, dass sich die Betroffenen auch wirklich als Erwachsene fühlten. Weiters stellten sie fest, dass die BewohnerInnen in traditionellen Strukturen durch situative Beeinträchtigungen nur schwer eine Erwachsenenidentität aufbauen konnten (vgl. ebd., S. 238). Erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung leben heute zu einem großen Teil bei ihren Familien. In der Literatur wird ebenso von einem großen Bedarf an Integration in die Gesellschaft ausgegangen (vgl. Badelet 2003, S. 300). Der Auszug aus dem Elternhaus wird nach wie vor oft möglichst lange hinausgezögert (vgl. Rohrmann/Schädler 2006, S.



236). Anhand von Befragungen konnte jedoch schon mehrfach festgestellt werden, dass sich Jugendliche mit geistiger Behinderung vor allem wegen der erwarteten größeren Selbstständigkeit auf das Erwachsenwerden freuen. Darunter fallen auch die formulierten Wünsche nach der eigenen Wohnung oder dem Zusammenwohnen mit anderen Leuten (vgl. Speck 1997, S. 313). Theunissen (1997) zufolge äußern Menschen mit geistiger Behinderung die gleichen Wohnbedürfnisse wie andere Menschen und geben an, so wohnen zu wollen, wie die Eltern, die Geschwister, die Bekannten, die LehrerInnen oder die AssistentInnen. Dabei artikulieren und entwickeln sie durchaus eigene Vorstellungen und Visionen (vgl., ebd., S. 65). Das Wohnen wird auch als ein wichtiger Kristallisationspunkt in der pädagogischen Arbeit im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter betrachtet, da es neben dem Beruf als wichtigste Chance zur sozialen Integration gilt (vgl. Beck 2003, S. 865).

Der Bereich Aufgaben und Anforderungen ist in der Theorie eng mit dem selbständigen Leben und Wohnen verbunden. Die durchschnittliche Höhe des Hilfebedarfes in diesem Bereich befindet sich nach Einstufung der IHB-Teams des Landes Steiermark für alle 3 Altersgruppen im mittleren Bereich und fällt etwas geringer aus als die Bedarfe in den Lebensbereichen Selbstversorgung (exkl. Pflege) und Häusliches Leben (exkl. Pflege). Der Hilfebedarf in diesem Bereich bezieht sich auf die Übernahme von einfachen und komplexen Aufgaben, die Durchführung täglicher Routinen, die Bewältigung von Stress, die Übernahme von Verantwortung sowie dem Umgang mit Krisensituationen (vgl. WHO 2001, S. 99ff.). In der Literatur wird ebenso von einem vorhandenen Hilfebedarf in diesem Bereich ausgegangen: Sie verweist darauf, dass Menschen mit geistiger Behinderung oftmals Einschränkungen in ihren Handlungsmöglichkeiten unterliegen, welche den Erwerb von Handlungsmustern beeinträchtigen, die für das selbstständige Leben und Wohnen notwendig sind. Durch die mangelnde Erfahrung, bestimmte Aufgaben und Anforderungen selbstständig zu erfüllen, besteht oftmals eine Fixierung an automatisierte Handlungsschemata. Weiters werden fremde Handlungsweisen unreflektiert übernommen und es besteht nur wenig Möglichkeit zur Entwicklung eigener Problemlösungsstrategien und Handlungskompetenzen. Dadurch können auch nur erschwert realistische Lebensperspektiven entworfen werden. Von Seiten der Bezugspersonen und der Gesellschaft bestehen auch oft auch hinderliche Vorurteile bezüglich der Fähigkeit zur Selbstbestimmung dieser Menschen sowie ihrer Fähigkeit am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben (vgl. Mühl 2003a, S. 249f.). Daraus resultiert auch, dass die Loslösung von den infantilen Bezugspersonen während der Adoleszenz oftmals nicht geschieht (vgl. Pforr 1997, S. 199). Eine weitgehende Autonomie und Selbstständigkeit kann ein Mensch mit geistiger Behinderung nur dann erwerben, wenn die Umwelt die bestehenden Bedürfnisse nach Loslösung und Unabhängigkeit auch ernst nimmt (vgl. Stöppler 2007, S. 107). Die Erfüllung des

Hilfebedarfes in diesem Bereich muss darauf abzielen, die Betroffenen in ihren Handlungsmöglichkeiten so zu unterstützen, dass sie die Aufgaben und Anforderungen im Alltag bestmöglich selbst bewältigen können.

Ein im Durchschnitt ähnlich hoher Hilfebedarf (im mittleren Bereich) wie bei den allgemeinen Aufgaben und Anforderungen konnte für alle 3 untersuchten Altersgruppen im Bereich der Mobilität festgestellt werden. Die Ergebnisse zeigten auch, dass der Bereich Mobilität die höchsten Zusammenhänge mit der Selbstversorgung (exkl. Pflege) und dem Häuslichen Leben (exkl. Pflege) aufweist. Auch inhaltlich ist der Zusammenhang mit dem selbstständigen Leben und Wohnen ersichtlich: Der Bereich der Mobilität bezieht sich auf die Fähigkeit sich innerhalb oder außerhalb der Wohnung (bzw. Einrichtung) orientiert zu bewegen, die Benutzung öffentlicher Transportmittel sowie die orientierte Bewegung in fremder Umgebung (vgl. WHO 2001, S. 103ff.). In der Literatur wird beschrieben, dass die Mobilität für das Erwachsenwerden eine entscheidende Rolle spielt, da sie eng mit der Unabhängigkeit in Verbindung steht. Durch die Unterbringung in Sondereinrichtungen sind Menschen mit geistiger Behinderung oftmals in ihrer Mobilität sehr eingeschränkt und von Familienangehörigen abhängig (vgl. Leve 2006, S. 168). Weiters wird davon ausgegangen, dass die Mobilität eng mit der Ausbildung der Lebensorientierung verknüpft ist. Die Erfüllung des Hilfebedarfes in diesem Bereich besteht somit auch in der Vermittlung von Lebensorientierung (vgl. Speck 1997, S. 176).

Das selbstständige Leben und Wohnen gilt heute als ein zentrales Thema in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung und stellt auch für das Erwachsenwerden einen zentralen Faktor dar. Letztlich bildet dieser Lebensbereich auch ein Kernelement der angestrebten Inklusion und Partizipation von Menschen mit geistiger Behinderung in der Gesellschaft.

#### 9.4.3 Hilfe bei der Kommunikation, Interaktion und dem gemeinschaftlichen Leben

Die durchschnittliche Höhe der Hilfebedarfe im Bereich der Kommunikation sowie im Bereich Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen bewegt sich nach Einstufung der IHB-Teams des Landes Steiermark bei allen 3 Altersgruppen im unteren mittleren Bereich. Im Bereich Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben besteht nach Einstufung der IHB-Teams des Landes Steiermark für die 3 Altersgruppen im Durchschnitt sogar nur ein niedriger Hilfebedarf. In allen 3 Bereichen besitzen die Erwachsenen mit geistiger Behinderung einen signifikant höheren Hilfebedarf, welcher jedoch bezogen auf die praktische Relevanz nicht massiv ausfällt.

Der Bereich der Kommunikation bezieht sich auf die Kommunikation als Empfänger gesprochener und nonverbaler Mitteilungen, die Kommunikation als Empfänger von Zeichen, Symbolen und Schriftlicher Mitteilungen, das Sprechen, das Produzieren von Zeichen und Symbolen, das Schreiben von Mitteilungen, den Einsatz von Körpersprache, das Unterhalten mit einer anderen Person sowie die Benützung von Kommunikationsgeräten (vgl. WHO 2001, S. 103ff.). In der Literatur wird die Retardierung der kommunikativen Entwicklung als ein konstitutiver Bestandteil der geistigen Behinderung gesehen (vgl. Mühl 2003b, S. 262). Durch die Kommunikation wird das wechselseitig aufeinander bezogene Handeln von Individuen ermöglicht und beeinflusst. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen auch, dass vor allem bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung mindestens in einem Bereich der Sprache erhebliche Störungen und Probleme auftreten (vgl. Speck 1997, S. 113f.). Von wissenschaftlicher Seite besteht in der Förderung der Kommunikation bei Menschen mit geistiger Behinderung ein wichtiger Teil des pädagogischen Handelns, welches letztlich darauf abzielt, die eigenständige Fähigkeit zur Kommunikation der Betroffenen zu unterstützen (vgl. Mühl 2003b, S. 262).

In der Literatur wird die Kommunikation eng mit dem Prozess der sozialen Interaktionen in Verbindung gesetzt (vgl. Speck 1997, S. 113f.). Der Hilfebedarf im Bereich Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen bezieht sich auf elementare interpersonale Aktivitäten (Respekt, Wärme, Wertschätzung, Kritik), die Interaktion gemäß sozialer Regeln und die Wahrung sozialen Abstandes, die Aufnahme und Aufrechterhaltung von Beziehungen zu Familie, BetreuerInnen, MitbewohnerInnen und Fremden sowie der Pflege von Freundschaften und Liebesbeziehungen (vgl. WHO 2001, S. 115ff.). In der Literatur wird darauf verwiesen, dass die sozialen Netzwerke von Menschen mit geistiger Behinderung häufig reduziert sind und ihre psychosozialen Bedürfnisse somit oftmals nicht ausreichend erfüllt werden (vgl. Beck 2003, S. 859). Der Mangel und Verlust von Interaktion und Kommunikation führt letztlich zu sozialer Isolierung, was sich äußerst problematisch auf die sozial-psychische Befindlichkeit der Betroffenen auswirkt und ein schwerwiegendes Problem darstellt (vgl. Speck 1997, S. 108f.). In dieser Untersuchung zeigte sich, wie erwähnt, dass die Erwachsenen mit geistiger Behinderung einen im Durchschnitt höheren Hilfebedarf in diesem Bereich aufweisen als die Jugendlichen. Bezogen auf die Fachliteratur ist dies damit zu erklären, dass das Bedürfnis nach sozialer Teilhabe mit fortschreitendem Alter über die täglich vertraute Gruppe hinaus in die verschiedensten Sozialbereiche reicht (vgl. ebd., S. 110). Die so genannte Pflege der Liebesbeziehungen in diesem Bereich bezieht sich auch auf die ehelichen Beziehungen und Sexualbeziehungen und das entsprechende Item wurde bei der Erhebung des Hilfebedarfes oftmals nicht beurteilt. In der Literatur wird jedoch auf die große Relevanz einer adäquaten Sexualerziehung vor allem für Erwachsene mit

geistiger Behinderung verwiesen. Ziel ist eine bedürfnisorientierte Selbstverwirklichung dieser Menschen in sozialer Integration auch unter dem Aspekt der Geschlechtlichkeit (vgl. Hahn 1996, S. 133).

Im Bereich Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben bezieht sich der zu erfüllende Hilfebedarf auf das Nachgehen von Hobbys und Neigungen, auf Feierlichkeiten, Erholung und Freizeit, Kunst und Kultur, Religion und Spiritualität sowie das politische Leben und die Staatsbürgerschaft (vgl. WHO 2001, S. 120ff.). Der nach Einstufung der IHB-Teams des Landes Steiermark für die 3 Altersgruppen im Durchschnitt niedrige Hilfebedarf in diesem Bereich ist möglicherweise dadurch zu erklären, dass viele Menschen mit geistiger Behinderung in einen familiären oder institutionellen Kontext eingebunden sind. In der Literatur wird beschrieben, dass hierbei oft passive Tätigkeiten im Vordergrund stehen, welche sich vor allem auf den häuslichen Bereich beziehen (vgl. Mühl 2003a, S. 256). Der im Durchschnitt höhere Hilfebedarf bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung in diesem Bereich wird in der Literatur folgendermaßen erklärt: Da erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung zu einem großen Teil bei ihren Familien leben, besteht oftmals kein oder nur wenig Umgang mit anderen Menschen ihres Alters. Dadurch besteht für sie äußerst selten die Möglichkeit, ihre eigenen Interessen zu verwirklichen oder Anregungen für ihre Freizeitgestaltung zu finden (vgl. Badelt 2003, S. 300ff.). Die individuellen Bedürfnisse in diesem Lebensbereich müssen respektiert werden und den Betroffenen muss eine Wahlmöglichkeit hinsichtlich ihrer Tätigkeiten und Interessen zugestanden werden. Bei der Erfüllung des Hilfebedarfes in diesem Bereich müssen Techniken zur Ausübung der Aktivitäten vermittelt werden, doch auch die Erholung, Entspannung und Kompensation müssen ein Thema sein (vgl. Mühl 2003a, S. 256).

#### 9.4.4 Die Hilfe in den pflegerelevanten Lebensbereichen

Die 3 pflegerelevanten Lebensbereiche beziehen sich auf die Visuelle und Auditive Wahrnehmung, die Körperpflege und Nahrungsaufnahme sowie das Reinigen und Kochen. Die 3 Altersgruppen weisen in diesen pflegerelevanten Lebensbereichen im Durchschnitt nur einen sehr geringen Hilfebedarf auf. Nach Einstufung der IHB-Teams des Landes Steiermark ist in diesen Bereichen im Durchschnitt sogar „kein Hilfebedarf“ vorhanden. Bezogen auf Einzelpersonen ist es jedoch natürlich möglich, dass ein geringer pflegerelevanter Hilfebedarf besteht, der im Zuge pädagogischer Assistenzleistungen zu erfüllen ist und nicht als Aufgabe der Pflege betrachtet wird. Wie in der Diskussion der Ergebnisse beschrieben, weisen Jugendliche mit geistiger Behinderung im Durchschnitt einen höheren Hilfebedarf in den Bereichen Körperpflege und Nahrungsaufnahme sowie Reinigen und Kochen als beide Erwachsenen

auf. Bezogen auf die praktische Relevanz fallen die Unterschiede jedoch auch hier nicht massiv aus.

Der zu erfüllende Hilfebedarf im Bereich Körperpflege und Nahrungsaufnahme bezieht sich auf das Waschen und die Pflege der Körperteile, die Regulierung der Blasen und Darmentleerung, die Regulierung der Menstruationsbelange, das An- und Ausziehen von Kleidung und Schuhe sowie auf das Essen und Trinken (vgl. WHO 2001, S. 109ff.).

Der zu erfüllende Hilfebedarf im Bereich Reinigen und Kochen bezieht sich auf die Beschaffung von Waren des täglichen Bedarfes, die Zubereitung einfacher und komplexer Mahlzeiten, das Waschen und Trocknen von Kleidung, die Reinigung des Wohnbereichs, die Pflege und Reparatur von Kleidung sowie die Instandhaltung von Hilfsmittel (vgl. ebd., S. 112ff.).

Bei der Visuellen und Auditiven Wahrnehmung konnte kein signifikanter Unterschied in der Höhe der Hilfebedarfe der 3 Altersgruppen festgestellt werden. Der zu erfüllende Hilfebedarf bezieht sich hierbei auf die Unterstützung bei der absichtsvollen Wahrnehmung visueller Reize sowie die Hilfe beim absichtsvollen Hören akustischer Reize (vgl. ebd., S. 97).

Aus Sicht der pädagogischen Unterstützungsleistungen ist eine aktivierende Pflege zu fördern, mit der Zielsetzung dem Menschen mit geistiger Behinderung die selbstständige Durchführung der Pflege weitgehend zu ermöglichen (vgl. Theunissen 1997, S.112f.).

## 9.5 Abschließende Bemerkungen und Ausblick

Die Hauptfragestellung nach dem zukünftigen Unterstützungsbedarf jugendlicher Menschen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung in der Steiermark kann auf Basis der Ergebnisse, der sozialpolitischen Lage im Land sowie der Forschungsliteratur wie folgt beantwortet werden: Der zukünftige Unterstützungsbedarf Jugendlicher mit geistiger Behinderung in der Steiermark besteht vor allem in der pädagogischen Hilfe bei der Inanspruchnahme von Bildung und Assistenzleistungen sowie der Hilfe beim selbstständigen Leben und Wohnen. Weiters bildet auch die Unterstützung bei der Kommunikation, Interaktion und dem gemeinschaftlichen Leben einen wichtigen Teil des zukünftigen Bedarfes für Jugendliche mit geistiger Behinderung. Die pädagogische Hilfe in den pflegerelevanten Lebensbereichen stellt wahrscheinlich nur einen sehr geringen Teil des zukünftigen Unterstützungsbedarfes dar.

Diese Prognose des zukünftigen Unterstützungsbedarfes soll vor allem einen Beitrag zur Erfassung des Bedarfes von Hilfe und Unterstützung bei Jugendlichen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung leisten. Die hier erstellten Kategorien bieten lediglich

einen Überblick über die Hilfebedarfe. Die individuelle Hilfeplanung darf jedoch die Betroffenen nicht nur in pauschale Gruppen mit vergleichbarem Bedarf zuordnen. Die Hilfe muss auch stets die erforderlichen Unterstützungen des jeweiligen Lebensumfeldes beachten sowie auf die Potentiale der Betroffenen fokussieren (vgl. Rohrmann/Schädler 2006, S. 242f.). Für weitere Untersuchungen dieser Thematik würde es sich anbieten den tatsächlichen zukünftigen Bedarf Erwachsener mit geistiger Behinderung mit der hier gestellten Prognose zu vergleichen. Damit könnte festgestellt werden, inwiefern sich die einzelnen Hilfebedarfe der jetzigen Kohorte von Jugendlichen bei deren Übergang ins Erwachsenenalter verändert haben. Weiters bieten sich auch spezifische Untersuchungen der Hilfebedarfe in den unterschiedlichen Lebensbereichen an. Der hier ermittelte Bedarf beinhaltet zwar alle vom Assessmentbogen übernommenen Domänen der ICF, bietet jedoch nur einen Überblick über die jeweiligen Lebensbereiche. Multifaktorielle Varianzanalysen - über die einzelnen Bereiche gerechnet - könnten mehr Aufschluss über die jeweiligen Hilfebedarfe geben. Auf diese Weise könnte dezidiert festgestellt werden, bei welchen konkreten Items ein Unterschied zwischen den Altersgruppen besteht.

Generell lässt sich das Erwachsenwerden von Menschen mit geistiger Behinderung nur sehr schwer in bestimmten Stufenkategorien festhalten (vgl. Stöppler 2007, S. 107). Die Betrachtungsweise der Adoleszenz unterliegt außerdem immer bestimmten historischen und modischen Zeitströmungen (vgl. Remschmidt 1992, S. 1). So wie der Mensch ist auch der Bedarf an Hilfe und Unterstützung in ständiger Veränderung. Es ist von großer Relevanz, dass die Betroffenen neue Bedürfnisse kennenlernen und entwickeln dürfen (vgl. Klauß 2007, S. 40f.). Es muss daher stets auch die Frage gestellt werden, welche Unterstützung der Mensch mit geistiger Behinderung braucht, damit er seinen Anspruch auf Bildung, Partizipation und eine Lebensführung wie alle anderen auch bestmöglich zu erfüllen vermag (vgl. Beck 2005, S. 388ff.). Das endgültige Ziel bei der Ermittlung und Planung der individuellen Hilfe liegt in der Sicherstellung der gesellschaftlichen Partizipation. Diese kann sich aber nur dann vollziehen, wenn das Umfeld des Menschen mit geistiger Behinderung das Bedürfnis nach größtmöglicher Autonomie auch akzeptiert. Letztlich wird beim Erwachsenwerden um so mehr geholfen, je weniger für den Betroffenen getan wird - und je mehr mit ihm zusammen getan wird (vgl. Wohlhüter 1996, S. 193). Die geleistete Hilfe soll dabei jene Prozesse anregen, welche die Entwicklung der eigenen Fähigkeiten und die Entdeckung der Ressourcen fördern (vgl. Theunissen/Schirbort 2006, S. 41). Die Unterstützung im Alltag soll die Chance für ein normales, sozial integriertes Leben bieten (vgl. Niehoff 2007, S. 249).

„*Inclusion* ist ein nicht teilbares Recht – in dem Sinne, dass es allen Menschen unabhängig vom Schweregrad ihrer Behinderung und unabhängig vom Ausmaß ihres Hilfebedarfs zusteht“ (Wörger 2006, S. 232).

## Abschließende Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wird versucht die Prognose jenes Unterstützungsbedarfes zu erstellen, der bei Jugendlichen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung im Zusammenhang mit ihrer gesellschaftlichen Partizipation im Erwachsenenalter auftreten wird.

In der Forschungsliteratur wird das Erwachsenwerden von Jugendlichen mit geistiger Behinderung als eine große Herausforderung beschrieben. Aufgrund von Brüchen im Lebenslauf bestehen bei diesem biographischen Übergang besondere Exklusionsrisiken für die Betroffenen. Bei Menschen mit geistiger Behinderung ist das Erwachsenwerden durch die Suche nach adäquaten Unterstützungsleistungen noch zusätzlich erschwert: Es bestehen Bedürfnisse, die nicht ohne fremde Hilfe erfüllt werden können. Dieser Hilfebedarf erstreckt sich zumeist über mehrere Lebensbereiche, wodurch auch ein hoher Anspruch an die benötigte Hilfe gestellt wird. Die Sozialpolitik in der Steiermark fokussiert, gemäß der Forderung nach Selbstbestimmung und Empowerment, vermehrt auf mobile Formen der Hilfeleistungen, wie die persönliche Assistenz. Für die sinnvolle Nutzung dieser persönlichen Assistenzleistungen stellt jedoch die Ermittlung des individuellen Hilfebedarfes von Menschen mit geistiger Behinderung eine Notwendigkeit dar. Die steiermärkische Landesregierung ließ daher eine Gesamterhebung des Unterstützungsbedarfes von Menschen mit geistiger- und mehrfacher Behinderung durchführen. Das dafür verwendete Instrument basiert auf der ICF und die gewonnenen Daten wurden für die Verwendung in dieser Masterarbeit zur Verfügung gestellt. Für die Erstellung der Prognose wurde der gesamte erhobene Unterstützungsbedarf der Jugendlichen mit geistiger Behinderung mit jenem von Erwachsenen verglichen. Die Ergebnisse zeigten, dass junge Erwachsene mit geistiger Behinderung im Alter von 21 bis 30 Jahren in allen nicht-pflegerlevanten Lebensbereichen im Durchschnitt höhere Hilfebedarfe aufweisen als die Jugendlichen. In den pflegerlevanten Bereichen weisen hingegen die Jugendlichen im Durchschnitt höhere Hilfebedarfe als die jungen Erwachsenen im Alter von 21 bis 30 Jahren auf. Basierend auf den Ergebnissen, der Forschungsliteratur sowie der Sozialpolitik im Land, kann auf einen relativ hohen zukünftigen Hilfebedarf bei der Inanspruchnahme von Bildung und Assistenzleistungen geschlossen werden. Beim Erwachsenwerden wird zukünftig auch ein Hilfebedarf beim selbstständigen Leben und Wohnen sowie bei der Kommunikation, Interaktion und dem gemeinschaftlichen Leben bestehen. Bezüglich der Pflege wird im Rahmen der persönlichen Assistenzleistungen nur ein sehr geringer Hilfebedarf zu erfüllen sein.

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das Auftreten von Mehrfachbehinderung bei geistiger Behinderung.....	20
Abbildung 2: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (WHO 2001) .....	59
Abbildung 3: Die Anzahl der Menschen mit geistiger Behinderung in den Altersgruppen .....	86
Abbildung 4: Anzahl der 14 bis 40-Jährigen mit geistiger Behinderung in den Bezirken .....	86
Abbildung 5: Die Pflegestufen der 14 bis 40-Jährigen mit geistiger Behinderung.....	87
Abbildung 6: Geschlechtsverteilung der 14 bis 40-Jährigen mit geistiger Behinderung.....	87
Abbildung 7: Darstellung der Mittelwerte der Bedarfe der gesamten Stichprobe .....	88
Abbildung 8: Graphik der Mittelwerte des Unterstützungsbedarfes der 3 Altersgruppen .....	96
Abbildung 9: Graphik der Mittelwerte der Hilfebedarfe der 3 Altersgruppen im Bereich Visuelle und Auditive Wahrnehmung (Pflege).....	101
Abbildung 10: Graphik der Mittelwerte der Hilfebedarfe der 3 Altersgruppen im Bereich Lernen und Wissensanwendung (exkl. Pflege).....	101
Abbildung 11: Graphik der Mittelwerte der Hilfebedarfe der 3 Altersgruppen im Bereich Allgemeine Aufgaben und Anforderungen .....	103
Abbildung 12: Graphik der Mittelwerte der Hilfebedarfe der 3 Altersgruppen im Bereich Kommunikation.....	104
Abbildung 13: Graphik der Mittelwerte der Hilfebedarfe der 3 Altersgruppen im Bereich Mobilität .....	105
Abbildung 14: Graphik der Mittelwerte der Hilfebedarfe der 3 Altersgruppen im Bereich Selbstversorgung (exkl. Pflege) .....	107
Abbildung 15: Graphik der Mittelwerte der Hilfebedarfe der 3 Altersgruppen im Bereich Körperpflege und Nahrungsaufnahme (Pflege) .....	107
Abbildung 16: Graphik der Mittelwerte der Hilfebedarfe der 3 Altersgruppen im Bereich Häusliches Leben (exkl. Pflege).....	109
Abbildung 17: Graphik der Mittelwerte der Hilfebedarfe der 3 Altersgruppen im Bereich Reinigen und Kochen (Pflege) .....	110
Abbildung 18: Graphik der Mittelwerte der Hilfebedarfe der 3 Altersgruppen im Bereich Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen.....	111
Abbildung 19: Graphik der Mittelwerte der Hilfebedarfe der 3 Altersgruppen im Bereich Bedeutsame Lebensbereiche .....	113
Abbildung 20: Graphik der Mittelwerte der Hilfebedarfe der 3 Altersgruppen im Bereich Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben .....	114
Abbildung 21: Alle Mittelwerte der Bedarfe der 3 Altersgruppen im Vergleich.....	115



## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Die Klassifikation der geistigen Behinderung nach ICD-10.....	17
Tabelle 2: Einteilung der Behinderungsgrade von geistiger Behinderung nach AAMR .....	18
Tabelle 3: Die verschiedenen Altersstufen von Kindheit und Adoleszenz nach Remschmidt (1992) .....	23
Tabelle 4: Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]: Informationsmatrix (WHO 2001) .....	64
Tabelle 5: Reliabilitätskoeffizienten und Itemanzahl der Skalen im Überblick.....	93
Tabelle 6: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen .....	94
Tabelle 7: Univariater Vergleich der 3 Altersgruppen hinsichtlich des Unterstützungsbedarfes.....	95
Tabelle 8: Darstellung der Mittelwerte hinsichtlich des Unterstützungsbedarfes.....	95
Tabelle 9: Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzenmatrizen.....	97
Tabelle 10: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen .....	98
Tabelle 11: Multivariate Tests bezüglich der Hilfebedarfe der 3 Altersgruppen.....	98
Tabelle 12: Univariater Vergleich der Hilfebedarfe der 3 Altersgruppen.....	99
Tabelle 13: Darstellung der Mittelwerte der Hilfebedarfe im Bereich Lernen und Wissensanwendung.....	100
Tabelle 14: Darstellung der Mittelwerte der Hilfebedarfe im Bereich Allgemeine Aufgaben und Anforderungen .....	102
Tabelle 15: Darstellung der Mittelwerte der Hilfebedarfe im Bereich Kommunikation .....	104
Tabelle 16: Darstellung der Mittelwerte der Hilfebedarfe im Bereich Mobilität.....	105
Tabelle 17: Darstellung der Mittelwerte der Hilfebedarfe im Bereich Selbstversorgung.....	106
Tabelle 18: Darstellung der Mittelwerte der Hilfebedarfe im Bereich Häusliches Leben .....	109
Tabelle 19: Darstellung der Mittelwerte der Hilfebedarfe im Bereich Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen .....	111
Tabelle 20: Darstellung der Mittelwerte der Hilfebedarfe im Bereich Bedeutsame Lebensbereiche .....	112
Tabelle 21: Darstellung der Mittelwerte der Hilfebedarfe im Bereich Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen .....	114
Tabelle 22: Überblick der Effektstärken .....	116
Tabelle 23: Korrelation der Hilfebedarfe in den Lebensbereichen .....	118

## Literaturverzeichnis

ABGB (2007): Allgemein bürgerliches Gesetzbuch.

American Association on Mental Retardation (AAMR) (<sup>10</sup>2002): Mental Retardation: Definition, classification, and systems of supports. Washington D.C.: American Association on Mental Retardation.

Antor, G. (2001): Helfen, Hilfe. In: Antor, G./Bleidick, U. (Hrsg.): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, S. 25–27.

Antor, G./Bleidick, U. (Hrsg.) (2001): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.

Badelt, I. (2003): Geistig behinderte Menschen in ihren sozialen Bezügen. In: Irblich, D./Stahl, B. (Hrsg.): Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder. Göttingen: Hogrefe, S. 268–309.

BAR - Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (2006): ICF-Praxisleitfaden. Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF beim Zugang zur Rehabilitation. Frankfurt am Main.

Beck, I. (2003): Lebenslagen im Erwachsenenalter angesichts behindernder Bedingungen. In: Leonhardt, A./Wember, F. B. (Hrsg.): Grundfragen der Sonderpädagogik. Bildung - Erziehung - Behinderung; Ein Handbuch. Weinheim: Beltz, S. 848–874.

Beck, I. (2005): Diagnostik und individuelle Hilfebedarf. In: Stahl, B./Irlich, D. (Hrsg.): Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein interdisziplinäres Handbuch. Göttingen: Hogrefe, S. 388–397.

Bensch, C./Klicpera, C. (<sup>2</sup>2003): Dialogische Entwicklungsplanung. Ein Modell für die Arbeit von BehindertenpädagogInnen mit erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung. Heidelberg: Winter.

Berg, W. (2001): Pubertät. In: Kaller, P. K./Berg, W. (Hrsg.): Lexikon Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Sozialrecht. Wiebelsheim: Quelle & Meyer, S. 330–333.

BGStG (2005): Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz. 1. BGBl. Nr. 67/2008

- Bigger, A./Strasser, U. (2005): Behindertenpädagogische Diagnostik bei schweren Formen geistiger Behinderung. In: Stahl, B./Irblich, D. (Hrsg.): Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein interdisziplinäres Handbuch. Göttingen: Hogrefe, S. 245–268.
- Bortz, J. (<sup>4</sup>1993): Statistik. Für Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer.
- Bundschuh, K./Heimlich, U./Krawitz, R. (1999): Behinderung. In: Bundschuh, K./Heimlich, U./Krawitz, R./Klein, F. (Hrsg.): Wörterbuch Heilpädagogik. Ein Nachschlagewerk für Studium und pädagogische Praxis. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt, S. 38–40.
- Bundschuh, K./Heimlich, U./Krawitz, R./Klein, F. (Hrsg.) (1999): Wörterbuch Heilpädagogik. Ein Nachschlagewerk für Studium und pädagogische Praxis. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt.
- Bundschuh, K./Lindmeier, C. (1999): Bedürfnisse/Grundbedürfnisse. In: Bundschuh, K./Heimlich, U./Krawitz, R./Klein, F. (Hrsg.): Wörterbuch Heilpädagogik. Ein Nachschlagewerk für Studium und pädagogische Praxis. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt, S. 28–33.
- Buschlinger, W. (2007): Geist, geistig, mental. In: Theunissen, G./Kulig, W./Schirbort, K. (Hrsg.): Handlexikon geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik. Stuttgart: Kohlhammer, S. 133.
- Dilling, H. (<sup>2</sup>1993): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.
- Dupuis, G./Kerkhoff, W. (Hrsg.) (1992): Enzyklopädie der Sonderpädagogik, der Heilpädagogik und ihrer Nachbargebiete. Berlin: Ed. Marhold im Wiss.-Verl. Spiess.
- Feuerhelm, F. (2001): Prognose. In: Kaller, P. K./Berg, W. (Hrsg.): Lexikon Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Sozialrecht. Wiebelsheim: Quelle & Meyer, S. 318.
- Feuser, G. (1989): Allgemeine integrative Pädagogik und entwicklungslogische Didaktik. In: Behindertenpädagogik 1, H. 28, S. 4–48.
- Fornefeld, B. (2000): Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik. München: Reinhardt.
- Forster, R./Schönwiese, V. (Hrsg.) (1982): Behindertenalltag - wie man behindert wird. Wien: Jugend und Volk.

- Gobiet, W./Rudlof, P. (2006): Vom Gnadentod zu "Leben wie andere auch".  
In: Prettenthaler-Ziegerhofer, A. (Hrsg.): Menschen mit Behinderung. Leben wie andere auch? Graz: Grazer Universitätsverlag [u.a.], S. 13–29.
- Gottschalch, W. (1992): Die endliche und die unendliche Adoleszenz. In: Trescher, H.-G./Büttner, C./Datler, W. (Hrsg.): Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag, S. 89–103.
- Grampp, G. (2005): Behindertenpädagogische Diagnostik in der Rehabilitation erwachsener geistig behinderter Menschen. In: Stahl, B./Irblich, D. (Hrsg.): Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein interdisziplinäres Handbuch. Göttingen: Hogrefe, S. 269–291.
- Grill, C. (2007): Soziogene Behinderung. Die Diagnose "Geistige Behinderung" bei Erwachsenen und die diesbezüglichen Sichtweisen unterschiedlicher Systeme. Diplomarbeit. Linz.
- Hahn, M. (<sup>4</sup>1996): Pädagogische Ansätze - Überlegungen zur Sexualpädagogik bei Menschen mit Geistigbehinderung. In: Walter, J./Achilles, I. (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung. Heidelberg: Winter Programm Ed. Schindele, S. 110–147.
- Haisch, Werner (2004): Die Trennung von Aufwand und Bedarf als methodische Notwendigkeit. <http://www.gbm.info/files/pdf/2004brandenburg/2004-05-14-haisch.pdf>. 18.07.2009.
- Heinrich, C.-J. (1992): Bedarf/Bedarfsgemeinschaft. In: Dupuis, G./Kerkhoff, W. (Hrsg.): Enzyklopädie der Sonderpädagogik, der Heilpädagogik und ihrer Nachbargebiete. Berlin: Ed. Marhold im Wiss.-Verl. Spiess, S. 63.
- Henke, Magred; Piel, Petra; Tod, Susanne (2003): Fachgebärdenlexikon Sozialarbeit/Sozialpädagogik. <http://www.sign-lang.uni-hamburg.de/projekte/slex/SeitenDVD/Intro/Inhalt.htm>. 18.07.2009.
- Hoffmann, C./Theunissen, G. (1999): Helfen. In: Bundschuh, K./Heimlich, U./Krawitz, R./Klein, F. (Hrsg.): Wörterbuch Heilpädagogik. Ein Nachschlagewerk für Studium und pädagogische Praxis. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt, S. 132–134.
- Irblich, D./Stahl, B. (Hrsg.) (2003): Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder. Göttingen: Hogrefe.
- Kähler, W. M. (<sup>3</sup>2004): Statistische Datenanalyse. Verfahren verstehen und mit SPSS gekonnt einsetzen. Braunschweig: Vieweg.
- Kaller, P. K./Berg, W. (Hrsg.) (2001): Lexikon Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Sozialrecht. Wiebelsheim: Quelle & Meyer.

- Klauß, T. (2001): Geistige Behinderung, Geistigbehinderte, Geistigbehindertenpädagogik. In: Antor, G./Bleidick, U. (Hrsg.): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, S. 110–113.
- Klauß, T. (2007): Bedürfnisse, Bedürfnisorientierung. In: Theunissen, G./Kulig, W./Schirbort, K. (Hrsg.): Handlexikon geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik. Stuttgart: Kohlhammer, S. 40–41.
- Knapp, G. (Hrsg.) (2007): Soziale Arbeit und Professionalität im Alpen-Adria-Raum. Klagenfurt: Hermagoras.
- Krebs, H./Eggert-Schmid Noerr, A./Messer, H./Freudenberger, H. (Hrsg.) (1997): Lebensphase Adoleszenz. Junge Frauen und Männer verstehen. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Krech, D./Wendt, H. W. (<sup>3</sup>1971): Grundlagen der Psychologie. Band 1. Weinheim: Beltz.
- Lempp, R. (<sup>4</sup>1996): Pubertät und Adoleszenz beim geistigbehinderten Menschen. In: Walter, J./Achilles, I. (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung. Heidelberg: Winter Programm Ed. Schindele, S. 174–186.
- Lenzen, D./Luhmann, N. (Hrsg.) (1997): Bildung und Weiterbildung im Erziehungssystem. Lebenslauf und Humanontogenese als Medium und Form. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Leve, B. (2006): Frau werden und sein - mit Behinderung. In: Prettenthaler-Ziegerhofer, A. (Hrsg.): Menschen mit Behinderung. Leben wie andere auch? Graz: Grazer Universitätsverl [u.a.], S. 165–179.
- Liepmann, M. C. (1979): Geistig behinderte Kinder und Jugendliche. Eine epidemiologische, klinische und sozialpsychologische Studie in Mannheim. Bern: Huber.
- Lindmeier, C. (2007): ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit). In: Theunissen, G./Kulig, W./Schirbort, K. (Hrsg.): Handlexikon geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik. Stuttgart: Kohlhammer, S. 165–167.
- Meyer, H. (2003): Geistige Behinderung - Terminologie und Begriffsverständnis. In: Irblich, D./Stahl, B. (Hrsg.): Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder. Göttingen: Hogrefe, S. 4–30.

- Mühl, H. (<sup>3</sup>2003a): Sonderpädagogische Maßnahmen. In: Neuhäuser, G./Steinhausen, H.-C. (Hrsg.): Geistige Behinderung. Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation. Stuttgart: Kohlhammer, S. 248–261.
- Mühl, H. (<sup>3</sup>2003b): Kommunikationsförderung. In: Neuhäuser, G./Steinhausen, H.-C. (Hrsg.): Geistige Behinderung. Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation. Stuttgart: Kohlhammer, S. 262–270.
- Mutzeck, W. (Hrsg.) (<sup>2</sup>2003): Förderplanung. Grundlagen - Methoden - Alternativen. Weinheim: Beltz.
- Neuhäuser, G. (Hrsg.) (<sup>2</sup>1999): Geistige Behinderung. Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation. Stuttgart: Kohlhammer.
- Neuhäuser, G./Steinhausen, H.-C. (Hrsg.) (<sup>3</sup>2003): Geistige Behinderung. Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation. Stuttgart: Kohlhammer.
- Niehoff, U. (2007): Partizipation. In: Theunissen, G./Kulig, W./Schirbort, K. (Hrsg.): Handlexikon geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik. Stuttgart: Kohlhammer, S. 249.
- Norz, K. (2006): Berufliche Integration von Menschen mit besonderem Förderbedarf. Eine Qualitative Befragung "...sonst bist dein lebttaglang ein Dodel": Bidok.
- Oepen, M. (1992): Erwachsenenalter. In: Dupuis, G./Kerkhoff, W. (Hrsg.): Enzyklopädie der Sonderpädagogik, der Heilpädagogik und ihrer Nachbargebiete. Berlin: Ed. Marhold im Wiss.-Verl. Spiess, S. 183.
- Pflüger, L. (1992): M. bei geistiger Behinderung. In: Dupuis, G./Kerkhoff, W. (Hrsg.): Enzyklopädie der Sonderpädagogik, der Heilpädagogik und ihrer Nachbargebiete. Berlin: Ed. Marhold im Wiss.-Verl. Spiess.
- Pfarr, U. (1997): Behinderte Adoleszenz. Über die Bedeutung der "Lebensphase Adoleszenz" bei geistig behinderten Menschen. In: Krebs, H./Eggert-Schmid Noerr, A./Messer, H./Freudenberger, H. (Hrsg.): Lebensphase Adoleszenz. Junge Frauen und Männer verstehen. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag, S. 196–209.
- Prettenthaler-Ziegerhofer, A. (Hrsg.) (2006): Menschen mit Behinderung. Leben wie andere auch? Graz: Grazer Universitätsverl [u.a.].
- Remschmidt, H. (1992): Adoleszenz. Entwicklung und Entwicklungskrisen im Jugendalter ; 16 Tabellen. Stuttgart: Thieme.
- Rock, K. (2001): Sonderpädagogische Professionalität unter der Leitidee der Selbstbestimmung. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt.

- Rohrman, A./Schädler, J. (2006): Individuelle Hilfeplanung und Unterstützungsmanagement. In: Theunissen, G./Schirbort, K. (Hrsg.): Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitgemäße Wohnformen, soziale Netze, Unterstützungsangebote. Stuttgart: Kohlhammer, S. 230–247.
- Roth, N. (<sup>4</sup>1996): Behindertenhilfe. In: Kreft, D./Mielenz, I. (Hrsg.): Wörterbuch soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Weinheim: Beltz, S. 97–102.
- Sander, A. (<sup>2</sup>2003): Zu Theorie und Praxis individueller Förderpläne für Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf. In: Mutzeck, W. (Hrsg.): Förderplanung. Grundlagen - Methoden - Alternativen. Weinheim: Beltz, S. 14–32.
- Saß, H. (1996): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM IV. Übersetzt nach der 4. Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association. Göttingen: Hogrefe.
- Schädler, J. (2007): Hilfebedarf. In: Theunissen, G./Kulig, W./Schirbort, K. (Hrsg.): Handlexikon geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik. Stuttgart: Kohlhammer, S. 163–164.
- Schilling, S. R. (2002): Hochbegabte Jugendliche und ihre Peers. Wer allzu klug ist, findet keine Freunde? Münster: Waxmann.
- Schumann, I. (2007): Disability, Behinderung. In: Theunissen, G./Kulig, W./Schirbort, K. (Hrsg.): Handlexikon geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik. Stuttgart: Kohlhammer, S. 79.
- Sennett, R. (2002): Respekt im Zeitalter der Ungleichheit. Berlin: Berlin-Verl.
- SHG (1998): Steiermärkisches Sozialhilfegesetz. LGBI. Nr. 29/1998.
- Sigot, M./Kocnik, E. (2007): Professionalisierung als Herausforderung für das Modell der persönlichen Assistenz. In: Knapp, G. (Hrsg.): Soziale Arbeit und Professionalität im Alpen-Adria-Raum. Klagenfurt: Hermagoras, S. 350–362.
- Skocek, M./Tischina, R. (1982): Sozialarbeit für und mit Behinderten im Spannungsfeld von Institutionen und Gesetzen. In: Forster, R./Schönwiese, V. (Hrsg.): Behindertenalltag- wie man behindert wird. Wien: Jugend und Volk, S. 103–109.
- Speck, O. (<sup>8</sup>1997): Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Erziehung. Ein heilpädagogisches Lehrbuch. München: Reinhardt.

- Speck, O. (2007): Geistige Behinderung. In: Theunissen, G./Kulig, W./Schirbort, K. (Hrsg.): Handlexikon geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik. Stuttgart: Kohlhammer, S. 136–137.
- Spreen, O. (1978): Geistige Behinderung. Berlin: Springer.
- Stahl, B./Irblich, D. (Hrsg.) (2005): Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein interdisziplinäres Handbuch. Göttingen: Hogrefe.
- StBHG (2004): Steiermärkisches Behindertengesetz. LGBl. Nr. 74/2007.
- Stöppler, R. (2007): Erwachsenwerden. In: Theunissen, G./Kulig, W./Schirbort, K. (Hrsg.): Handlexikon geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik. Stuttgart: Kohlhammer, S. 107–108.
- StPGG (1993): Steiermärkisches Pflegegeldgesetz. LGBl. Nr. 19/2005.
- Strasser, U. (1992): Mehrfachbehinderung. In: Dupuis, G./Kerckhoff, W. (Hrsg.): Enzyklopädie der Sonderpädagogik, der Heilpädagogik und ihrer Nachbargebiete. Berlin: Ed. Marhold im Wiss.-Verl. Spiess, S. 423.
- Theunissen, G. (1997): Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. Ein Kompendium für die Praxis. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Theunissen, G. (1999): Geistige Behinderung. In: Bundschuh, K./Heimlich, U./Krawitz, R./Klein, F. (Hrsg.): Wörterbuch Heilpädagogik. Ein Nachschlagewerk für Studium und pädagogische Praxis. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt, S. 96–99.
- Theunissen, G. (2007a): Persönliche Assistenz. In: Theunissen, G./Kulig, W./Schirbort, K. (Hrsg.): Handlexikon geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik. Stuttgart: Kohlhammer, S. 254.
- Theunissen, G. (2007b): Empowerment, Selbstermächtigung, Selbstbefähigung. In: Theunissen, G./Kulig, W./Schirbort, K. (Hrsg.): Handlexikon geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik. Stuttgart: Kohlhammer, S. 94.
- Theunissen, G. (2007c): Unterstützung. In: Theunissen, G./Kulig, W./Schirbort, K. (Hrsg.): Handlexikon geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik. Stuttgart: Kohlhammer, S. 354–355.



- Theunissen, G./Kulig, W./Schirbort, K. (Hrsg.) (2007): Handlexikon geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik. Stuttgart: Kohlhammer.
- Theunissen, G./Schirbort, K. (2006): Inklusion statt Aussonderung. Zitiert und reflektiert aus der Empowerment-Geschichte von A. Souza. In: Theunissen, G./Schirbort, K. (Hrsg.): Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitgemäße Wohnformen, soziale Netze, Unterstützungsangebote. Stuttgart: Kohlhammer, S. 41–48.
- Theunissen, G./Schirbort, K. (Hrsg.) (2006): Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitgemäße Wohnformen, soziale Netze, Unterstützungsangebote. Stuttgart: Kohlhammer.
- Thimm, W. (<sup>2</sup>1999): Epidemiologie und soziokulturelle Faktoren. In: Neuhäuser, G. (Hrsg.): Geistige Behinderung. Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation. Stuttgart: Kohlhammer, S. 9–25.
- Trost, R. (2003): Förderplanung mit Menschen mit geistiger Behinderung. In: Irblich, D./Stahl, B. (Hrsg.): Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder. Göttingen: Hogrefe, S. 503–558.
- Walter, J. (<sup>4</sup>1996): Pubertätsprobleme bei Jugendlichen mit geistiger Behinderung. In: Walter, J./Achilles, I. (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung. Heidelberg: Winter Programm Ed. Schindele, S. 160–173.
- Walter, J./Hoyler-Herrmann, A. (1987): Erwachsensein und Sexualität in der Lebenswirklichkeit geistigbehinderter Menschen. Biographische Interviews. Heidelberg: Ed. Schindele.
- Wechsler, D. (<sup>3</sup>1964): Die Messung der Intelligenz Erwachsener. Textband zum Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene [HAWIE]. Bern: Huber.
- WHO (2001): ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf: World Health Organization.
- Wohlhüter, H. (<sup>4</sup>1996): Vom Erwachsenwerden des geistigbehinderten Menschen. In: Walter, J./Achilles, I. (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung. Heidelberg: Winter Programm Ed. Schindele, S. 187–194.
- Wörger, T. (2006): Ein Leben wie andere auch? Was Träger der Behindertenhilfe dafür tun (oder auch nicht tun). In: Pretenthaler-Ziegerhofer, A. (Hrsg.): Menschen mit Behinderung. Leben wie andere auch? Graz: Grazer Universitätsverl [u.a.], S. 220–234.
- Zinnecker, J. (1997): Sorgende Beziehungen zwischen Generationen im Lebenslauf. Vorschläge zur Novellierung des pädagogischen Codes. In: Lenzen, D./Luhmann, N. (Hrsg.): Bildung und Weiterbildung im Erziehungssystem. Lebenslauf und Humanontogenese als Medium und Form. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S.199-227.

## Anhang A: ICF-Referenzcodes und Definitionen

In diesem Anhang befinden sich die im Assessmentbogen verwendeten Items mit ihren ICF-Referenzcodes und Definitionen (vgl. WHO 2001). Die Reihung orientiert sich an jener im Assessmentbogen.

### Kapitel 1: Lernen und Wissensanwendung

Dieses Kapitel befasst sich mit Lernen, Anwendung des Erlernten, Denken, Probleme lösen und Entscheidungen treffen.

**d110 Zuschauen:** Absichtsvoll den Sehsinn zu benutzen, um visuelle Reize wahrzunehmen, wie einer Sportveranstaltung oder dem Spiel von Kindern zuschauen

**d115 Zuhören:** Absichtsvoll den Hörsinn zu benutzen, um akustische Reize wahrzunehmen, wie Radio, Musik oder einen Vortrag hören

**d120 Andere bewusste sinnliche Wahrnehmungen:** Absichtsvoll andere elementare Sinne zu benutzen, um Reize wahrzunehmen, wie die materielle Struktur tasten und fühlen, Süßes schmecken oder Blumen riechen

**d130 Nachmachen, nachahmen:** Imitieren oder Nachahmen als elementare Bestandteile des Lernens, wie eine Geste, einen Laut oder einen Buchstaben des Alphabets nachmachen

**d1550 Sich elementare Fertigkeiten aneignen:** Elementare, bewusste Handlungen zu erlernen, wie mit Essutensilien, einem Bleistift oder einem einfachen Werkzeug umgehen lernen

**d135 Üben:** Wiederholen einer Folge von Dingen oder Zeichen als elementarer Bestandteil des Lernens, wie in Zehnerfolgen zählen oder das Vortragen eines Gedichtes einüben

**d1551 Sich komplexe Fertigkeiten aneignen:** Integrierte Mengen von Handlungen zu erlernen, um Regeln zu folgen sowie die eigenen Bewegungen korrekt aufeinander folgen zu lassen und zu koordinieren, wie Fußball spielen oder ein Bauwerkzeug benutzen lernen

**d160 Aufmerksamkeit fokussieren:** Sich absichtsvoll auf einen bestimmten Reiz zu konzentrieren, wie ablenkende Geräusche filtern

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

**d1750 Einfache Probleme lösen:** Lösungen für ein einfaches Problem, das ein einzelnes Thema oder eine einzelne Frage betrifft, zu finden, indem das Problem identifiziert und analysiert wird, Lösungen entwickelt und die möglichen Auswirkungen der Lösungen abgeschätzt werden und die gewählte Lösung umgesetzt wird

**d177 Entscheidungen treffen:** Eine Wahl zwischen Optionen zu treffen, diese umzusetzen und ihre Auswirkungen abzuschätzen, wie einen besonderen Gegenstand auswählen und kaufen, oder sich entscheiden, eine Aufgabe unter vielen, die erledigt werden müssen, übernehmen und diese ausführen

## **Kapitel 2: Allgemeine Aufgaben und Anforderungen**

Dieses Kapitel befasst sich mit allgemeinen Aspekten der Ausführung von Einzel- und Mehrfachaufgaben, der Organisation von Routinen und dem Umgang mit Stress. Diese können in Verbindung mit spezifischeren Aufgaben und Handlungen verwendet werden, um die zugrunde liegenden Merkmale der Ausführung von Aufgaben unter verschiedenen Bedingungen zu ermitteln.

**d210 Eine Einzelaufgabe übernehmen:** Einfache oder komplexe und koordinierte Handlungen bezüglich der mentalen und physischen Bestandteile einer einzelnen Aufgabe auszuführen, wie eine Aufgabe angehen, Zeit, Räumlichkeit und Materialien für die Aufgabe organisieren, die Schritte der Durchführung festlegen, die Aufgabe ausführen und abschließen sowie eine Aufgabe durchstehen

**d2101 Eine komplexe Aufgabe übernehmen:** Die komplexe Aufgabe vorzubereiten, anzugehen und sich um die erforderliche Zeit und Räumlichkeit zu kümmern; eine komplexe Aufgabe mit mehr als einem Bestandteil auszuführen, wobei die Bearbeitung in aufeinander folgenden Schritten oder gleichzeitig erfolgen kann, wie die Möbel in seiner Wohnung anordnen oder seine Schularbeiten machen

**d220 Mehrfachaufgaben übernehmen:** Einfache oder komplexe und koordinierte Handlungen als Bestandteile einer multiplen, integrierten und komplexen Aufgabe in aufeinander folgenden Schritten oder gleichzeitig zu bearbeiten

**d230 Die tägliche Routine durchführen:** Einfache und komplexe und koordinierte Handlungen auszuführen, um die Anforderungen der alltäglichen Prozeduren oder Pflichten zu planen, zu handhaben und zu bewältigen, wie Zeit einplanen und den Tagesplan für die verschiedenen Aktivitäten aufstellen

**d2302 Die tägliche Routine abschließen:** Einfache und komplexe, koordinierte Handlungen, die eine Person durchführen muss, um die Anforderungen der alltäglichen Prozeduren oder Pflichten zu einem Abschluss zu bringen

**d240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen:** Einfache oder komplexe und koordinierte Handlungen durchzuführen, um die psychischen Anforderungen, die erforderlich sind, um Aufgaben, die besondere Verantwortung beinhalten sowie mit Stress, Störungen und Krisensituationen verbunden sind, zu handhaben und zu kontrollieren, wie ein Fahrzeug bei dichtem Verkehr fahren oder viele Kinder betreuen

**d2400 Mit Verantwortung umgehen:** Einfache oder komplexe, koordinierte Handlungen durchzuführen, um die Pflichten der Aufgabenerfüllung zu handhaben und die Anforderungen dieser Pflichten zu beurteilen

**d2402 Mit Krisensituationen umgehen:** Einfache oder komplexe, koordinierte Handlungen durchzuführen, um entscheidende Wendepunkte in einer bestimmten Situation oder in Zeiten akuter Gefahr oder Schwierigkeit zu bewältigen

## **Kapitel 3: Kommunikation**

Dieses Kapitel befasst sich mit allgemeinen und spezifischen Merkmalen der Kommunikation mittels Sprache, Zeichen und Symbolen, einschließlich des Verstehens und Produzierens von Mitteilungen sowie der Konversation und des Gebrauchs von Kommunikationsgeräten und -techniken.

**d310 Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen:** Die wörtliche und übertragene Bedeutung von gesprochenen Mitteilungen zu erfassen, wie verstehen, ob eine Aussage eine Tatsache behauptet oder ob sie eine idiomatische Wendung ist

**d3150 Kommunizieren als Empfänger von Gesten oder Gebärden:** Die Bedeutung von Gesichtsausdruck, Handbewegungen oder -zeichen, Körperhaltung und anderen Formen der Körpersprache zu erfassen

**d315 Kommunizieren als Empfänger non-verbaler Mitteilungen:** Die wörtliche und übertragene Bedeutung von durch Gesten, Symbole und Zeichnungen vermittelten Mitteilungen zu erfassen, wie erkennen, dass ein Kinde müde ist, wenn es seine Augen reibt, oder dass das Läuten einer Warnglocke Feuer bedeutet

**d3151 Kommunizieren als Empfänger von allgemeinen Zeichen und Symbolen:** Die Bedeutung von öffentlichen Zeichen und Symbolen zu erfassen wie Verkehrszeichen, Warnsymbole, Notationen (z. B. musikalische, mathematische und wissenschaftliche) sowie Bildsymbole

**d3152 Kommunizieren als Empfänger von Zeichnungen und Fotos:** Die in Zeichnungen und Fotos (z. B. Strichzeichnungen, grafische Entwürfe, Gemälde, dreidimensionale Darstellungen) sowie in grafischen Darstellungen, Diagrammen und Fotos vermittelte Bedeutung zu erfassen, wie z.B. verstehen, dass eine Aufwärtslinie in einem Größendiagramm anzeigt, dass ein Kind wächst

**d3152 Kommunizieren als Empfänger von Zeichnungen und Fotos:** Die in Zeichnungen und Fotos (z. B. Strichzeichnungen, grafische Entwürfe, Gemälde, dreidimensionale Darstellungen) sowie in grafischen Darstellungen, Diagrammen und Fotos vermittelte Bedeutung zu erfassen, wie z.B. verstehen, dass eine Aufwärtslinie in einem Größendiagramm anzeigt, dass ein Kind wächst

**d330 Sprechen:** Wörter, Wendungen oder längere Passagen in mündlichen Mitteilungen mit wörtlicher und übertragener Bedeutung zu äußern, wie in gesprochener Sprache eine Tatsache ausdrücken oder eine Geschichte erzählen

**d3351 Zeichen und Symbole produzieren:** Bedeutung durch Verwendung von Zeichen und Symbolen (z.B. Bildsymbole, Bliss-Tafeln, wissenschaftliche Symbole) und symbolischen Notationssystemen zu vermitteln, wie die Notenschrift zu benutzen, um eine Melodie zu Schreiben

**d345 Mitteilungen schreiben:** Die wörtliche und übertragene Bedeutung von Mitteilungen, die in geschriebener Sprache vermittelt sind, zu verfassen, wie einem Freund einen Brief schreiben

**d335 Non-verbale Mitteilungen produzieren:** Gesten, Symbole und Zeichnungen zur Vermittlung von Bedeutungen einzusetzen, wie seinen Kopf schütteln, um Uneinigkeit anzuzeigen, oder ein Bild oder Diagramm zeichnen, um eine Tatsache oder eine komplexe Vorstellung zu Vermitteln

**d3350 Körpersprache einsetzen:** Eine Bedeutung mit Körperbewegungen vermitteln, wie mit Gesichtsausdruck (z.B. lächeln, Stirn runzeln, zusammenzucken), Bewegungen und Haltungen von Armen und Händen (z.B., wie beim Umarmen, um Zuneigung zu zeigen)

**d3503 Sich mit einer Person unterhalten:** Mit einer Person einen Dialog oder einen Gedankenaustausch zu initiieren, aufrecht zu erhalten, zu gestalten und zu beenden, wie mit einem Freund über das Wetter zu sprechen

**d360 Kommunikationsgeräte und -techniken benutzen:**

Kommunikationsgeräte, -techniken und andere Kommunikationsmittel verwenden, wie einen Freund per Telefon anrufen

## **Kapitel 4: Mobilität**

Dieses Kapitel befasst sich mit der eigenen Bewegung durch Änderung der Körperposition oder -lage oder Verlagerung von einem Platz zu einem anderen, mit der Bewegung von Gegenständen durch Tragen, Bewegen oder Handhaben, mit der Fortbewegung durch Gehen, Rennen, Klettern oder Steigen sowie durch den Gebrauch verschiedener Transportmittel.

**d4600 Sich in seiner Wohnung umherbewegen:** In seiner Wohnung umherzugehen und sich umherzubewegen, innerhalb eines Raumes und zwischen Räumen sowie innerhalb der ganzen Wohnung oder des Lebensbereichs

**d4602 Sich außerhalb der eigenen Wohnung und anderen Gebäuden umherbewegen:** In der Nähe oder von der eigenen Wohnung oder anderen Gebäuden entfernt umherzugehen und sich fortzubewegen, ohne öffentliche oder private Transport- oder Verkehrsmittel zu benutzen, wie für kurze oder lange Entfernungen in einer Stadt oder einem Dorf herumzugehen

**d470 Transportmittel benutzen:** Transportmittel zu benutzen, um sich als Fahrgast fortzubewegen, wie als Mitfahrer mit einem Auto oder Autobus, einer Rikscha, einem Ruderboot, einem von einem Tier angetriebenen Fahrzeug, mit einem privaten oder öffentlichen Taxi, Autobus, Zug, Straßenbahn, U-Bahn, Schiff oder Flugzeug

**d4609 Sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen, nicht näher bezeichnet**

## **Kapitel 5: Selbstversorgung**

Dieses Kapitel befasst sich mit der eigenen Versorgung, dem Waschen, Abtrocknen und der Pflege des eigenen Körpers und seiner Teile, dem An- und Ablegen von Kleidung, dem Essen und Trinken und der Sorge um die eigene Gesundheit.

**d510 Sich waschen:** Den ganzen Körper oder Körperteile mit Wasser und geeigneten Reinigungs- und Abtrocknungsmaterialien oder -methoden zu waschen und abzutrocknen, wie baden, duschen, Hände, Füße, Gesicht und Haare waschen und mit einem Handtuch abtrocknen

**d5109 Sich waschen, nicht näher bezeichnet**

**d520 Seine Körperteile pflegen:** Sich um seine Körperteile wie Haut, Gesicht, Zähne, Kopfhaut, Nägel und Genitalien über das Waschen und Abtrocknen hinaus zu kümmern

**d5300 Die Belange der Blasenentleerung regulieren:** Die Blasenentleerung zu koordinieren und zu handhaben, wie das Bedürfnis angeben, sich in eine geeignete Position begeben, einen angemessenen Ort zur Blasenentleerung wählen und aufsuchen, vor und nach der Blasenentleerung die Kleidung richten und sich nach der Blasenentleerung reinigen

**d5301 Die Belange der Darmentleerung regulieren:** Die Darmentleerung zu koordinieren und zu handhaben, wie das Bedürfnis angeben, sich in eine geeignete Position begeben, einen angemessenen Ort zur Darmentleerung wählen und aufsuchen, vor und nach der Darmentleerung die Kleidung richten und sich nach der Darmentleerung reinigen

**d5302 Die Belange der Menstruation regulieren:** Die Menstruation zu koordinieren, zu planen und sich um sie zu kümmern, wie den Eintritt der Menstruation voraussehen, sowie Binden und entsprechende Artikel benutzen

**d5400 Kleidung anziehen:** Die koordinierten Handlungen und Aufgaben durchzuführen, welche das Anlegen von Kleidung an verschiedene Körperteile betreffen, wie Kleidung über den Kopf, über Arme und Schultern sowie an die untere und obere Körperhälfte anlegen; Handschuhe anziehen oder eine Kopfbedeckung aufsetzen

**d5402 Schuhwerk anziehen:** Die koordinierten Handlungen und Aufgaben durchzuführen, welche das Anziehen von Socken, Strümpfen und Schuhwerk betreffen

**d5401 Kleidung ausziehen:** Die koordinierten Handlungen und Aufgaben durchzuführen, welche das Ablegen von Kleidung von verschiedenen Körperteilen betreffen, wie Kleidung vom oder über den Kopf, von Armen und Schultern sowie von der unteren und oberen Körperhälfte ablegen; Handschuhe ausziehen oder eine Kopfbedeckung ablegen

**d5403 Schuhwerk ausziehen:** Die koordinierten Handlungen und Aufgaben durchzuführen, welche das Ausziehen von Socken, Strümpfen und Schuhwerk betreffen

**d5404 Geeignete Kleidung auswählen:** Den impliziten oder expliziten Kleiderregeln und -konventionen seiner Gesellschaft oder Kultur zu entsprechen und sich entsprechend der klimatischen Bedingungen zu kleiden

**d550 Essen:** Die koordinierten Handlungen und Aufgaben durchzuführen, die das Essen servierter Speisen betreffen, sie zum Mund zu führen und auf kulturell akzeptierte Weise zu verzehren, Nahrungsmittel in Stücke zu schneiden oder zu brechen, Flaschen und Dosen zu öffnen, Essbesteck zu benutzen, Mahlzeiten einnehmen, zu schlemmen oder zu speisen

**d560 Trinken:** Ein Gefäß mit einem Getränk in die Hand zu nehmen, es zum Mund zu führen und den Inhalt in kulturell akzeptierter Weise zu trinken, Flüssigkeiten zum Trinken zu mischen, zu rühren, zu gießen, Flaschen und Dosen zu öffnen, mit einem Strohhalm zu trinken oder fließendes Wasser wie z. B. vom Wasserhahn oder aus einer Quelle zu trinken; trinken an der Brust (Säugling)

**d570 Auf seine Gesundheit achten:** Für physischen Komfort, Gesundheit sowie für physisches und mentales Wohlbefinden zu sorgen, wie eine ausgewogene Ernährung und ein angemessenes Niveau körperlicher Aktivität aufrecht erhalten, sich warm oder kühl halten, Gesundheitsschäden vermeiden, sicheren Sex praktizieren einschließlich Kondome benutzen, für Impfschutz und regelmäßige ärztliche Untersuchungen sorgen

**d5702 Seine Gesundheit erhalten:** Auf sich selbst zu achten, indem man das tut, was die eigene Gesundheit erfordert, und zwar im Hinblick auf Gesundheitsrisiken und Krankheitsverhütung, und man sich über diese Notwendigkeit im Klaren ist. Hierzu gehören professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, medizinischem oder anderem gesundheitlichem Rat folgen, Gesundheitsrisiken vermeiden wie körperliche Verletzungen, ansteckende Krankheiten, Drogeneinnahme und sexuell übertragbare Krankheiten

## **Kapitel 6: Häusliches Leben**

Dieses Kapitel befasst sich mit der Ausführung von häuslichen und alltäglichen Handlungen und Aufgaben. Die Bereiche des häuslichen Lebens umfassen die Beschaffung einer Wohnung, von Lebensmitteln, Kleidung und anderen Notwendigkeiten, Reinigungs- und Reparaturarbeiten im Haushalt, die Pflege von persönlichen und anderen Haushaltsgegenständen und die Hilfe für andere.

**d6102 Wohnraum möblieren:** Wohnraum mit Möbeln, Einbauten und anderen Ausstattungen auszurüsten und einzurichten sowie die Räume zu Dekorieren

**d620 Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen:** Alle Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs auszuwählen, zu beschaffen und zu transportieren, wie Lebensmittel, Getränke, Kleidung, Reinigungsmaterial, Brennstoff, Haushaltsartikel, Utensilien, Kochgeschirr, häusliche Hilfsmittel und Werkzeuge auswählen, beschaffen, transportieren und lagern; Versorgungs- und andere Dienstleistungen für den Haushalt beschaffen

**d6200 Einkaufen:** Waren und Dienstleistungen für das tägliche Leben gegen Geld zu erwerben (einschließlich einen für die Einkäufe Beauftragten anzuweisen und zu beaufsichtigen), wie Lebensmittel, Getränke, Reinigungsmaterial, Haushaltsartikel oder Kleidung in einem Geschäft oder auf dem Markt auswählen; Qualität und Preis der benötigten Artikel vergleichen, den Preis für die ausgewählten Waren und Dienstleistungen aushandeln und bezahlen sowie die Waren transportieren

**d6300 Einfache Mahlzeiten vorbereiten:** Mahlzeiten, die wenig Zutaten erfordern und mit einfachen Mitteln zubereitet und serviert werden können, zu kochen und zu servieren, wie einen Snack oder eine kleine Mahlzeit zubereiten, die Zutaten durch Schneiden oder Rühren bearbeiten und Lebensmittel wie Reis oder Kartoffeln kochen oder erhitzen

**d6301 Komplexe Mahlzeiten vorbereiten:** Mahlzeiten, die viele Zutaten erfordern und mit komplexen Mitteln zubereitet und serviert werden müssen, zu planen, zu organisieren, zu kochen und zu servieren, wie mehrgängige Mahlzeiten planen, die Zutaten durch kombinierte Handlungen wie schälen, in Scheiben oder Stücke schneiden, mixen, kneten und rühren bearbeiten und die Mahlzeit dem Anlass und der Kultur entsprechend zu servieren

**d640 Hausarbeiten erledigen:** Einen Haushalt zu handhaben durch Reinigen des Hauses, Waschen von Kleidung, Benutzung von Haushaltsgeräten, Lagerung von Lebensmitteln, Entsorgung von Müll, wie fegen, moppen, Tische, Wände und andere Oberflächen reinigen; Haushaltsmüll zu sammeln und zu entsorgen; Zimmer, Toiletten und Schubladen in Ordnung zu halten; schmutzige Kleidung zu sammeln, zu waschen, zu trocknen, zusammenzulegen und zu bügeln; Schuhwerk zu reinigen; Besen, Bürsten und Staubsauger, Waschmaschinen, Trockner und Bügeleisen zu benutzen

**d6403 Haushaltsgeräte benutzen:** Alle Arten von Haushaltsgeräten zu benutzen, wie Waschmaschinen, Trockner, Bügeleisen, Staubsauger und Spülmaschinen

**d6400 Kleidung und Wäsche waschen und trocknen:** Kleidung und Wäsche mit der Hand zu waschen und sie zum Trocknen an der Luft aufzuhängen

**d6402 Den Wohnbereich reinigen:** Den Wohnbereich eines Haushalts zu reinigen, wie aufräumen und Staub wischen; Fußböden fegen, wischen, moppen; Fenster und Wände reinigen; Badezimmer und Toiletten reinigen; Möbel reinigen

**d6404 Die täglichen Lebensnotwendigkeiten lagern:** Lebensmittel, Getränke, Kleidung und andere für das tägliche Leben notwendigen Waren zu lagern, Lebensmittel für die Konservierung durch Einmachen, Salzen oder Einfrieren vorzubereiten, Lebensmittel frisch zu halten und für Tiere nicht erreichbar aufzubewahren

**d6500 Kleidung herstellen und reparieren:** Kleidung herzustellen und zu reparieren, wie nähen, Kleidung anfertigen oder ausbessern; Knöpfe und Verschlüsse wieder befestigen; Kleidungsstücke bügeln; Schuhwerk in Ordnung bringen und putzen

**d6504 Hilfsmittel instand halten:** Hilfsmittel instand zu setzen und zu halten, wie Prothesen, Orthesen, Spezialwerkzeuge und Hilfen für die Haushaltsführung und die persönliche Pflege, Hilfen für die persönliche Mobilität wie Gehstützen, Gehwagen, Rollstühle und Roller instand setzen und instand halten; Hilfen zur Kommunikation und Erholung instand halten

**d660 Anderen helfen:** Haushaltsmitgliedern und anderen beim Lernen, Kommunizieren, der Selbstversorgung, der (Fort-)Bewegung innerhalb und außerhalb des Hauses zu helfen; sich dem Wohlbefinden der Haushaltsmitglieder und anderer widmen

## **Kapitel 7: Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen**

Dieses Kapitel befasst sich mit der Ausführung von Handlungen und Aufgaben, die für die elementaren und komplexen Interaktionen mit Menschen (Fremden, Freunden, Verwandten, Familienmitgliedern und Liebespartnern) in einer kontextuell und sozial angemessenen Weise erforderlich sind.

**d710 Elementare interpersonelle Aktivitäten:** Mit anderen in einer kontextuell und sozial angemessenen Weise zu interagieren, wie die erforderliche Rücksichtnahme und Wertschätzung zeigen oder auf Gefühle anderer reagieren

**d7203 Sozialen Regeln gemäß interagieren:** In sozialen Interaktionen unabhängig zu handeln und sich nach den sozialen Konventionen, die die eigene Rolle, Stellung oder einen anderen sozialen Status bei Interaktionen mit anderen bestimmen, zu richten

**d7204 Sozialen Abstand wahren:** In einer kontextuell, sozial und kulturell angemessenen Weise sich über den Abstand zwischen sich und anderen bewusst zu sein und diesen zu wahren

**d760 Familienbeziehungen:** Beziehungen zu Verwandten aufzubauen und aufrecht zu erhalten, wie mit Mitgliedern der Kernfamilie, des erweiterten Familienkreises, der Pflege- und angenommenen Familie sowie der Stieffamilie, mit entfernteren Verwandten wie mit Cousinen/Cousins zweiten Grades, oder zum Vormund

**d740 Formelle Beziehungen:** Spezielle Beziehungen in formellen Rahmen aufzunehmen und aufrecht zu erhalten, wie mit Arbeitgebern, Fachleuten oder Dienstleistungserbringer

**d7503 Informelle Beziehungen zu Mitbewohnern:** Informelle Beziehungen für jeden Zweck zu Menschen, die im gleichen privaten oder öffentlich geleiteten Haus oder anderen Wohnung leben, aufzunehmen und aufrecht zu erhalten

**d730 Mit Fremden umgehen:** In befristeten Kontakten und Verbindungen mit Fremden zu bestimmten Zwecken zu stehen, wie beim Fragen nach einer Richtung oder einen Kauf tätigen

**d7500 Informelle Beziehungen zu Freunden:** Freundschaftliche Beziehungen, die durch gegenseitige Wertschätzung und gemeinsame Interessen geprägt sind, aufzunehmen und aufrecht zu erhalten

**d7700 Liebesbeziehungen:** Beziehungen auf der Grundlage emotionaler und physischer Anziehung, die zu längerfristigen engen Beziehungen führen können, aufzubauen und aufrecht zu erhalten

**d7701 Eheliche Beziehungen:** Eine intime Beziehung mit einer anderen Person auf rechtlicher Grundlage aufzubauen und aufrecht zu erhalten, wie in einer Ehe, einschließlich eine Ehefrau oder ein Ehemann oder eine rechtlich anerkannte Lebensgefährtin bzw. –gefährte zu werden und zu sein

**d7702 Sexualbeziehungen:** Mit dem Ehe- oder einem anderen Partner Beziehungen sexueller Art aufzunehmen und aufrecht zu erhalten

## **Kapitel 8: Bedeutende Lebensbereiche**

Dieses Kapitel befasst sich mit der Ausführung von Aufgaben und Handlungen, die für die Beteiligung an Erziehung/Bildung, Arbeit und Beschäftigung sowie für die Durchführung wirtschaftlicher Transaktionen erforderlich sind.

**d810 Informelle Bildung/Ausbildung:** Zu Hause oder in einem anderen nicht-institutionellen Rahmen zu lernen, wie handwerkliche und andere Fertigkeiten von den Eltern oder Familienmitgliedern lernen, oder Privatunterricht erhalten



**d815 Vorschulerziehung:** Auf einem Eingangsniveau organisierten Unterrichts zu lernen, der vornehmlich dazu dient, ein Kind auf die Schule und die obligatorische Bildung vorzubereiten, wie bei der einem ähnlichen Rahmen als Vorbereitung für den Übergang zur Schule

**d820 Schulbildung:** Die Zulassung zu Schule und Bildung zu erlangen, an allen schulbezogenen Pflichten und Rechten teilzuhaben und die Lehrgangsstoffe, -inhalte und andere curriculare Anforderungen der Programme der Primar- und Sekundarstufenbildung zu erlernen einschließlich regelmäßig am Unterricht teilzunehmen, mit anderen Schülern zusammenzuarbeiten, Anweisungen der Lehrer zu befolgen, die zugewiesenen Aufgaben und Projekte zu organisieren, zu lernen und abzuschließen und zu anderen Stufen der Bildung fortzuschreiten

**d825 Theoretische Berufsausbildung:** Sich an allen Aktivitäten von Programmen der beruflichen Ausbildung zu beteiligen und die curricularen Stoffe für die Vorbereitung der Beschäftigung in einem Gewerbe, auf einem Arbeitsplatz oder in einem Fachberuf zu lernen

**d830 Höhere Bildung und Ausbildung:** Sich an den Aktivitäten der weiterführenden Bildungs-/Ausbildungsprogramme an Universitäten, Fachhochschulen und Fachschulen zu beteiligen und alle curricularen Inhalte zu lernen, die für formale Grade, Diplome und andere Beglaubigungen erforderlich sind, wie einen Diplom- oder Promotionsstudiengang an einer Universität oder anderen anerkannten Fachbildungseinrichtung abschließen

**d840 Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit:** Sich an allen Programmen in Zusammenhang mit der Vorbereitung auf Beschäftigung zu beteiligen, wie die Aufgaben ausführen, die in Lehre, Praktika (einschließlich im Rahmen eines Hochschulstudiums) und ausbildungsbegleitendem Training gefordert werden

**d860 Elementare wirtschaftliche Transaktionen:** Sich an jeder Form einfacher wirtschaftlicher Transaktionen zu beteiligen, wie Geld zum Einkaufen von Nahrungsmitteln benutzen oder Tauschhandel treiben, Güter oder Dienstleistungen austauschen oder Geld sparen

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

Dieses Kapitel befasst sich mit Handlungen und Aufgaben, die für die Beteiligung am organisierten sozialen Leben außerhalb der Familie, in der Gemeinschaft sowie in verschiedenen sozialen und staatsbürgerlichen Lebensbereichen erforderlich sind.

**d9204 Hobbys:** Sich mit Lieblingsbeschäftigungen zu befassen, wie Briefmarken, Münzen oder Antiquitäten sammeln

**d9102 Feierlichkeiten:** Sich an nichtreligiösen Riten oder gesellschaftlichen Feierlichkeiten zu beteiligen, wie an Hochzeiten, Beerdigungen oder Initialriten

**d920 Erholung und Freizeit:** Sich an allen Formen des Spiels, von Freizeit- oder Erholungsaktivitäten zu beteiligen, wie an Spiel und Sport in informeller oder organisierter Form, Programmen für die körperliche Fitness, Entspannung, Unterhaltung oder Zerstreuung; Kunstgalerien, Museen, Kino oder Theater besuchen, Handarbeiten machen und Hobbys frönen, zur Erbauung lesen, Musikinstrumente spielen; Sehenswürdigkeiten besichtigen, Tourismus- und Vergnügungsreisen Machen

**d9202 Kunst und Kultur:** Sich an Ereignissen der schönen Künste oder der Kultur zu beteiligen oder an diesen Gefallen zu finden, wie ins Theater, Kino, Museum oder in Kunstgalerien gehen, in einem Stück als Schauspieler auftreten, zur eigenen Erbauung lesen oder ein Musikinstrument spielen

**d930 Religion und Spiritualität:** Sich an religiösen und spirituellen Aktivitäten, Organisationen oder Praktiken zur Selbsterfüllung, Bedeutungsfindung, für religiöse und spirituelle Werte sowie zur Bildung von Beziehung zu einer göttlichen Macht zu beteiligen, wie an religiösen Diensten in einer Kirche, einem Tempel, einer Moschee oder Synagoge teilnehmen, aus religiösen Gründen beten und singen; spirituelle Kontemplation

**d950 Politisches Leben und Staatsbürgerschaft:** Sich als Bürger am sozialen, politischen und staatlichen Leben zu beteiligen, der den rechtlichen Status als Staatsbürger besitzt und die damit verbundenen Rechte, den Schutz, die Vorteile und Pflichten genießt, wie das Wahlrecht wahrnehmen, für ein politisches Amt kandidieren, politische Vereinigungen gründen; die Rechte und die Freiheit eines Staatsbürgers zu genießen ( wie das Recht auf Meinungs-, Versammlungs- und Religionsfreiheit, Schutz vor unverhältnismäßiger oder unrechtmäßiger Verfolgung und Gefangennahme, das Recht auf Rechtsberatung und Verteidigung, auf ein Gerichtsverfahren sowie andere Rechte und Schutz vor Diskriminierung); den rechtlichen Status als Staatsbürger haben

## Anhang B: Assessmentbogen

Dies ist eine für Microsoft-Word adaptierte Version des originalen Assessmentbogens zur Erfassung des Grades der Beeinträchtigung (bzw. des Hilfebedarfes).

		Rating					Performanz Kompetenz	Anmerkung
		keine Hilfe notwendig	weitgehend selbständig	mit Anleitung	Anleitung und stellvertretende Ausführung	mit umfassender Hilfestellung (kompensierende Hilfe)		
		0	7	14	21	28		
<b>Pflegegeledeinstufung:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		Bewertete Items = 1						
<b>1) Lernen und Wissensanwendung:</b>		0	0	7	14	21	28	
*zuschauen (d110)								
*zuhören (d115)								
andere bewusste sinnliche Wahrnehmung (d120)								
nachmachen, nachahmen (d130)								
sich elementare Fertigkeiten aneignen inklusive üben (d1550/ d135)								
sich komplexe Fertigkeiten aneignen (d1551)								
Aufmerksamkeit fokussieren (d160)								
denken und (einfache) Probleme lösen (d163/ d175)								
Entscheidungen treffen (d177)								
Raum f. weiteres ICF-basiertes relevantes Item:								









9) Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	0	0	7	14	21	28		
Eigenen Hobbys, Neigungen nachgehen (d9204)								
Feierlichkeiten (d9102)								
Erholung und Freizeit (d920)								
Kunst und Kultur (Veranstaltungen) (d9202)								
Religion und Spiritualität (d930)								
politisches Leben und Staatsbürgerschaft (d950)								
Raum f. weiteres ICF-basiertes relevantes Item:								

<b>Summe bewerteter Items</b>	<b>0</b>		
<b>Gewogenes arithmetisches Mittel "Hilfebedarf"</b>			
<b>Einschätzung des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung des Pflegegeldes</b>			Punkte:
<b>Pflegegeldberücksichtigung: Das Pflegegeld findet in Bezug auf das Gesamtergebnis mit einer Gewichtung von 0,25 Berücksichtigung.</b> Stufe 1 = 4 Pkte, Stufe 2= 8 Pkte, Stufe 3= 12 Pkte, Stufe 4 = 16 Pkte, Stufe 5= 20 Pkte, Stufe 6= 24 Pkte, Stufe 7= 28 Pkte (Entspricht dem Maximum im Bereich Höchster Hilfebedarf)	<b>Stufe</b>	<b>1</b>	4
	<b>Stufe</b>	<b>2</b>	8
	<b>Stufe</b>	<b>3</b>	12
	<b>Stufe</b>	<b>4</b>	16
	<b>Stufe</b>	<b>5</b>	20
	<b>Stufe</b>	<b>6</b>	24
	<b>Stufe</b>	<b>7</b>	28
<b>Gewichtung "Hilfebedarf"</b> (0,75)			
<b>Summe Pflegegeld und Hilfebedarf</b>			
<b>Gesamtergebnis</b>			
Einschätzung gemäß Grenzwerten (minimal: 0, Maximal: 28)	<b>0 Pkte bis inklusive 3,49 Pkte</b>		<b>kein HB</b>
	<b>3,5 Pkte bis inklusive 10,49 Pkte</b>		<b>leicht</b>
	<b>10,5 Pkte bis inklusive 17,49 Pkte</b>		<b>mittel</b>
	<b>17,5 Pkte bis inklusive 24,49</b>		<b>hoch</b>
	<b>ab 24,5 Pkte</b>		<b>höchst</b>



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

---

### Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen inländischen oder ausländischen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht. Die vorliegende Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

Weiters versichere ich den vertrauensvollen Umgang mit den benutzten Daten des Landes Steiermark und erkläre, dass diese nicht an andere Personen weitergegeben werden.