

Arbeitspapiere des DZD:

Inklusion und Teilhabe

Eine Begriffsklärung

Georg Franken

010

gefördert von:

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



LANDESVERBÄNDE
DER PFLEGEKASSEN

Landesinitiative Demenz-Service



Dialog- und
Transferzentrum
Demenz
an der Universität
Witten/Herdecke



©Landesinitiative Demenz-Service NRW 2014
Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Department
Pflegerwissenschaft,
Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)
Stockumer Str. 10 • 58453 Witten
Telefon +49 (2302) 926306 • Fax +49 (2302) 926310
dialogzentrum@uni-wh.de
www.dialogzentrum-demenz.de || www.demenz-service-nrw.de

Inhalt

1. Einleitung	1
2. Verständnis von „Inklusion“ und „Teilhabe“	2
2.1 Geschichtliche Entwicklung	2
2.2 „Teilhabe“ und „Inklusion“ in der Sozialen Arbeit und Pädagogik	7
2.3 Zusammenfassung	15
3. Diskussion	18
4. Schlussfolgerung	21
Literaturverzeichnis	22

1. Einleitung

Teilhabe gilt als ein unbestrittenes Leitbild für die Gestaltung der Alltags- und Unterstützungsinfrastruktur und der Versorgung von Menschen im Alter (DGGG, 2011). Eng verbunden – und teilweise synonym gebraucht – ist der Begriff der „Inklusion“ (Schmidt & Dworschak, 2011). „Teilhabe“ wie deren begriffliches Pendant „Inklusion“ bezeichnen dabei den Horizont eines anzustrebenden Zustandes lebensweltlicher Eingebundenheit in modernen Gesellschaften. Die Begriffe bleiben selbst jedoch häufig weitgehend unbestimmt oder fungieren als Containerbegriffe für eine Vielzahl unterschiedlicher Ansätze und Konzepte (Felder, 2012, p. 18). Offen bleibt, welche Ansprüche sich mit den Begriffen selbst verbinden, an wen und auf welche Bereiche sie sich richten beziehungsweise sich beziehen. Die Offenheit der Begriffe lässt die Frage aufkommen, ob es sich bei ihnen um eine neuen „Blickwinkel“, gar einen „Paradigmenwandel“ handelt oder lediglich um Modeworte (Alicke, 2013a, 2013b). Die vorliegende Studie erfolgt im Auftrag der Landesinitiative Demenz-Service Nordrhein-Westfalen. Sie stellt auf Basis einer Literaturrecherche die begriffliche und konzeptionelle Entwicklung von „Teilnahme“ und „Inklusion“ dar. Ziel ist es, einen begrifflichen Orientierungsrahmen dafür zu entwickeln, was Inklusion und Teilhabe von Menschen mit Demenz bedeuten.

2. Verständnis von „Inklusion“ und „Teilhabe“

Gesellschaftlichen Herausforderungen durch Personen oder Gruppen, die ausgegrenzt oder von Ausgrenzung bedroht sind, bilden den Kontext der Debatten um Inklusion und Teilhabe. Wesentlichen Einfluss haben dabei die Auseinandersetzungen um den gesellschaftlichen Umgang mit Menschen, die psychisch erkrankt oder behindert sind. Die Begriffe sind auch von den fachlichen Debatten der Sozialen Arbeit und Heilpädagogik geprägt, die in ihrer Praxis von den damit verbundenen Fragestellungen besonders betroffen sind. Im Folgenden werden die geschichtlichen Entwicklungslinien im Umgang mit Menschen mit psychischen Störungen und Behinderungen in Deutschland skizziert und die Grundzüge des begrifflichen Verständnisses von „Teilhabe“ und „Inklusion“ in beteiligten Fachdisziplinen dargestellt.

2.1 Geschichtliche Entwicklung

Psychiatrie in Deutschland: Von der Deinstitutionalisierung zur Teilhabe

Während die Psychiatrie in den USA, Großbritannien, Frankreich, Italien und Skandinavien bereits in den 1950er und 1960er Jahren reformiert wurde und es „offene Türen“ in den Kliniken, kommunale Behandlungszentren und regionale Versorgungssektoren gab, blieb die Psychiatrie in Deutschland bis in die 1970er Jahre eine Institution der Verwahrung, dominiert durch isoliert liegende, wohnortferne Großeinrichtungen mit mangelnder Personalausstattung und wenig Privatsphäre für die Patienten, die auch aufgrund fehlender Rehabilitationsmöglichkeiten meist lange in den Einrichtungen verblieben (Brückner, 2010; Schott & Tölle, 2006). Erst unter dem Einfluss gesellschaftskritischer Strömungen Ende der 1960er Jahre, sozialpsychiatrischer Arbeiten (u. a. Goffman, 1961, 1963) und antipsychiatrischer Impulse, die die Psychiatrie insgesamt in Frage stellten, setzte angesichts der Missstände in den bestehenden psychiatrischen Einrichtungen zu Beginn der 1970er Jahre ein Reformprozess ein. Zur Ausgestaltung dieser Reform wurde 1971 vom Bonner Bundestag eine Psychiatrie-Enquête eingesetzt, die 1975 ihren Abschlussbericht veröffentlichte. In dessen Mittelpunkt stand die Lage der Langzeitpatienten. Um deren Situation zu verbessern, gab der Bericht Empfehlungen zum Aufbau einer gemeindenahen Organisation, einer bedarfsgerechten Versorgung, der Koordination von Angeboten und der Gleichstellung von psychisch Kranken mit körperlich Kranken in akuten Stadien wie in der Rehabilitation und Behindertenfürsorge (Schott & Tölle, 2006, p. 313). Unter dem Stichwort der „Deinstitutionalisierung“ wurde in der Folge angestrebt, dass möglichst viele Patienten

die psychiatrischen Stationen verlassen und ein möglichst freies, wenn auch häufig betreutes Leben in der Gesellschaft führen konnten. Eine neuerlich von der Bundesregierung eingesetzte Expertenkommission empfahl dazu 1988, in der Planung des Unterstützungsbedarfs nicht mehr von einer institutionellen Sichtweise auszugehen, sondern sich an Funktionsbereichen und den damit verbundenen individuellen Grundbedürfnissen auf Gesundheit, Unterkunft, Arbeit und *Teilhabe* an der Gesellschaft zu orientieren (Bundesregierung, 1988, p. 34, Hervorhebung, GF) .

Nachdem sich in den 1980er Jahren zunächst die Angehörigen und schließlich auch die Menschen mit psychischen Störungen in Interessensverbänden zusammengeschlossen hatten, weitete sich der Anspruch auf *Teilhabe* unter dem Stichwort „*Triialog*“ auf den gleichberechtigten Einbezug von Therapeuten, Angehörigen und „*Psychiatrie-Erfahrene*“ aus. Vor dem Hintergrund der NS-Verbrechen an Menschen mit psychischen Störungen und der sich darin zeigenden Distanz zwischen Behandelnden und Behandelten, wurde auf dem 14. Weltkongress für Soziale Psychiatrie eine Erklärung verabschiedet, die für die Psychiatrie als empirische Wissenschaft den Einbezug der Erfahrungen der seelisch leidenden Menschen wie ihrer Angehörigen einforderte. Dazu gehörte aus Sicht des Kongresses eine für alle verständliche Sprache. Die Teilnehmenden sahen es als einen Maßstab der Kultur, auch chronisch psychisch kranken Menschen ein Leben in Gemeinschaft zu ermöglichen. Der dazu notwendige Strukturwandel erfordere eine ambulante Versorgung in kommunaler Verantwortung und Steuerung. Es brauche „eine gesellschaftlich verankerte Ethik des wechselseitigen Respekts, der Achtung von Verschiedenheit und der solidarischen Hilfe“ (*Abschied von Babylon - Hamburger Erklärung zu den Perspektiven einer "trialogischen Psychiatrie"*, 1994, p. 570).

Der mit der Psychiatriereform verbundene Anspruch auf Deinstitutionalisierung sowie auf soziale *Teilhabe*, Inklusion und Gleichberechtigung von Menschen mit psychischen Störungen gilt aber auch heute als noch nicht eingelöst (Wienberg, 2008). Eineinhalb Jahrzehnte nach dem Kongress stellte die Wiener Psychiaterin Prof. Dr. Michaela Amering auf einer Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie fest, dass „psychisch Kranke [...] noch immer stigmatisiert und gesellschaftlich ausgegrenzt [sein]. Doch werde sich die Einstellung der Gesellschaft ändern, sobald sie erkenne, dass auch Demenzkranke zu dem betroffenen Personenkreis gehörten“ (zitiert in Jachertz, 2008, p. A2518).

So richtete sich 2006 die Aktion Psychisch Kranke, in der sich Anfang der 1970er Jahre Psychiater und Bundestagsabgeordnete zusammengeschlossen hatten, um die Reform der

Psychiatrie voranzutreiben, in einer Tagung in Berlin auf die Ausgestaltung und Koordination des notwendigen Unterstützungssystems, um das übergreifende Ziel einer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft auch für psychisch kranke alte Menschen, insbesondere mit Demenz, zu verwirklichen. Im Vordergrund standen dabei die „Selbsthilfestärkung und die Stärkung der tragenden sozialen Netze, die von Angehörigen, Freunden, Nachbarn oder anderen Helfern gebildet werden“ (Schmidt-Zadel, 2006, p. 14).

Behindertenarbeit in Deutschland: Von der Integration in Lebensbereiche zur inklusiven Gesellschaft

Auch in der Behindertenarbeit herrschte in Deutschland bis in die 1980er Jahre ein institutionsbezogenes Modell vor, aus dessen Sicht Menschen mit Behinderung als „versorgungs- und behandlungsbedürftig“ galten und daher Sondereinrichtungen benötigten, um die erforderlichen Hilfen zu erhalten (Theunissen, 2013, p. 34.372). Nachdem die Eltern behinderter Kinder in den 1960er und 1970er Jahren das Recht auf schulische Bildung durchgesetzt hatten, differenzierte sich dieses System der Sondereinrichtungen weiter aus und verkettete sich für die Betroffenen in der Regel zu besonderen Lebensbiographien: Auf den Sonderkindergarten folgten Sonderschule, Werkstatt für behinderte Menschen, Wohnheim (Frühauf, 2008, pp. 15-16).

Seit Mitte der 1970er Jahre regte sich aber auch Kritik an diesem System spezieller Lern- und Lebensorte. Anregungen kamen dabei durch das insbesondere in den skandinavischen Ländern entwickelte Normalisierungsprinzip, das für Menschen mit Behinderung Lebensmuster und alltägliche Lebensbedingungen zu schaffen sucht, die den gewohnten Verhältnissen und Lebensumständen ihrer Gemeinschaft oder ihrer Kultur entsprechen oder ihnen so nahe wie möglich kommen (Nirje, 1994, p. 13). Ziel war die Integration und Teilhabe der Betroffenen am sozialen und politischen Leben (a. a. O., pp.15-16). Während das Normalisierungsprinzip international durch ein deinstitutionalisiertes, häusliches Wohnangebot für Menschen mit Behinderung bestimmt und umgesetzt wurde (Theunissen, 2013, p. 374), führte das Prinzip in Deutschland vornehmlich zu internen Veränderungen in den Einrichtungen. Als sozialpolitisches Programm fand das Normalisierungsprinzip dagegen hierzulande keine oder nur wenig Resonanz (A. Rohmann, 2009, p. 20).

International führten die Erfahrungen mit einer Reform des Wohnens zu der Einsicht, dass eine gelingende Deinstitutionalisierung neben den Wohnangeboten soziale Netzwerke vor Ort braucht, um Menschen mit Behinderung nicht nur physisch in den Gemeinden

ankommen zu lassen. Mit einem Paradigmenwechsel zu Inklusion und Teilhabe verband sich die Überzeugung, dass es nicht allein auf eine Neustrukturierung und Reorganisation von Hilfen für Menschen mit Behinderung ankommt, sondern auch auf die Werte und das kulturelle Miteinander (Aselmeier, 2003, p. 19). Dies führte insbesondere in Großbritannien dazu, das Leitbild Integration von Menschen mit Behinderung als „Community Care“ weiterzuentwickeln (Aselmeier, 2003; Theunissen, 2013, p. 386). Community Care bezeichnet die Übernahme der Verantwortung durch die Bürgergemeinde für alle ihre Mitglieder in einem eng umschriebenen Sozialraum (Stadtteil, Wohnquartier, Wohnsiedlung), „denen das Recht auf volle gesellschaftliche, ja uneingeschränkte Zugehörigkeit (Inklusion) zugesprochen wird“ (Theunissen, 2013, p. 386). Um dies zu erreichen, baut das Konzept primär auf bürgerschaftliches Engagement und erst nachrangig auf professionelle Hilfen. „Care“ meint hier ein „assistierendes Kümmern“, „bei dem die zu unterstützende Person als kompetenter (zuständiger) Bürger mit allen Rechten und Pflichten ihr Leben und die Gestaltung der Hilfen so weit wie möglich selbst bestimmen soll“ (a. a. O., p. 387).

In Deutschland hatten dagegen in den 1980er Jahren Initiativen stärkeren Einfluss, die darauf abzielten, die starre Verbindung von Behinderung und Sonderschulbedürftigkeit zu lösen. Modellversuche zur Erprobung schulischer und außerschulischer Integration behinderter und nichtbehinderter Kinder, Jugendlicher und Erwachsener führten dazu, dass gemeinsames Lernen seit den 1980er Jahren in nahezu allen Bundesländern gesetzlich möglich wurde. Das daraus entstandene differenzierte System der Formen und Orte sonderpädagogischer Förderung wurde 1994 von der Kultusministerkonferenz noch einmal bestätigt (Lindmeier, 2011, p. 26). Noch in den 1980er Jahren entwickelte sich im Anschluss an US-amerikanische Vorbilder wie die Independent-Living-, die People-First- bzw. Self-Advocacy-Bewegung, das Leitbild der Selbstbestimmung, an das sich in den 1990er Jahren der Empowerment-Ansatz anschloss, der „behinderten Menschen und ihren Angehörigen unmissverständlich eine Stimme verleiht und ihr Recht auf Selbstbestimmung, Wahl- oder Entscheidungsfreiheit unterstreicht“ (Theunissen, 2013, p. 37). Integrationsmodelle eröffneten grundsätzlich die Wahlmöglichkeiten zwischen unterschiedlichen Lern- und Lebensorten und brachen damit die nahezu zwangsläufige Verkettung sonderpädagogischer Einrichtungen auf. Möglich wurden dadurch andere Lebensläufe, in denen dem Besuch eines allgemeinen Kindergartens mit spezieller Förderung, dem Besuch einer allgemeinen Schule und der Ausbildung in einer Berufsschule mit jeweils integrativer Ausrichtung die Arbeit mit Integrationshelfer auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und ambulant unterstütztes Wohnen im eigenen Wohnraum folgen konnten (Frühauf, 2008, p. 20).

Spätestens seit den 1990er Jahren wurden in Deutschland am schulischen Integrationsmodell die Form und der stagnierende Aufbau integrativer Angebote sowie die fortdauernde Stigmatisierung von „Schülern mit sonderpädagogischen Förderbedarf“ kritisiert. Die kritische Auseinandersetzung mit der Praxis schulischer Integration führte auch international zur Entwicklung einer inklusiven Pädagogik, die im Sinne einer „Schule für alle“ (Salamanca-Erklärung der UNESCO, 1994) die kategoriale Differenzierungen zwischen Schülern unterläuft, indem sie von der positiv bewerteten Verschiedenheit von Gruppierungen und der Vielfalt von Personen entsprechend der gesellschaftlichen Realität ausgeht und damit die Trennung von Sonder- und allgemeiner Pädagogik aufhebt (Hinz, 2008). Sie kann dabei an einen Verständniswandel anschließen, der „Behinderung“ nicht mehr kontextunabhängig als personales Merkmal konstituiert, sondern als Kennzeichen einer (Handlungs-) Situation (Lindmeier, 2011, p. 28).

Maßgebend wurde dies in Deutschland mit dem Behinderungsbegriff des SGB IX (2001), der auf die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) zurückgreift. Behinderung kann danach als „das Ergebnis der negativen Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren auf ihre Teilhabe an einem Lebensbereich“ (Schuntermann, 2007 p. 34 zitiert in Schmidt & Dworschak 2011, p. 276) verstanden werden. Behinderung und Teilhabe sind so inhaltlich aufeinander bezogen (Schmidt & Dworschak, 2011, p. 276; vgl. Heinz, 2009). Der Teilhabebegriff ersetzt darin „Eingliederung“ als vormalige Zielvorstellung der Rehabilitation und stellt einen Paradigmenwechsel von einer ausgrenzenden Fürsorge zu uneingeschränkter Teilhabe von Menschen mit Behinderung dar (E. Rohrman, 2005, p. 262).

Den Abschluss fand diese Entwicklung in der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) 2006 und deren Ratifikation durch Deutschland 2009 (Zinke, 2009), die Teilhabe und Inklusion als gemeinsame Grundsätze benennt. Inklusion im Sinne der BRK meint mehr, als nur das Recht von Menschen mit Behinderung auf gesellschaftliche Teilhabe. Zum einen handelt es sich um ein Menschenrecht, das für alle Menschen unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zu einer Gruppe gilt. Zum anderen zielt Inklusion auf einen anderen Umgang mit gesellschaftlicher Vielfalt: Auf individueller Ebene geht das Inklusionsverständnis von unterschiedlichen Ausgangslagen aus, die im Wechselspiel mit sozialen Barrieren zu Behinderungen von Teilhabe werden. Auf gesellschaftlicher Ebene müssen nicht Einzelne in bestimmte Strukturen integriert werden, sondern Strukturen so gestaltet werden, dass "eine gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe an allen gesellschaftlichen Teilbereichen für alle möglich wird" (Alicke, 2013a, p. 243). Im Zentrum steht die Wertschätzung von Vielfalt.

Auch Behinderung wird darin als normaler Bestandteil menschlichen Lebens und menschlicher Gesellschaft gesehen wie auch als Quelle kultureller Bereicherung. Zugleich wird Behinderung aber auch durch soziale Problemlagen definiert, unter denen Menschen mit Behinderung leiden (H. Fuchs, 2009), wenn sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft gehindert werden. Selbstbestimmung, Gleichberechtigung und Teilhabe sind dabei unteilbarer, wechselseitig sich bedingender und voneinander abhängiger Ausdruck der Menschenwürde (Wocken, 2011). „Inklusion im Sinne der BRK entspricht demnach dem im SGB IX verankerten, auf dem Grundgesetz basierenden Recht chronisch kranker, behinderter und pflegebedürftiger Menschen auf gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, Förderung der Selbstbestimmung und der Pflicht zur Vermeidung von Benachteiligungen im Sinne des SGB IX“ (H. Fuchs, 2009, p. 332). Mit der BRK wandeln sich somit sozialpolitische Fragen zu Fragen der Menschenrechte.

2.2 „Teilhabe“ und „Inklusion“ in der Sozialen Arbeit und Pädagogik

Das Verständnis von „Teilhabe“ und „Inklusion“ in Sozialer Arbeit und Pädagogik ist insbesondere geprägt durch soziologische und sozioethische Auseinandersetzungen um Soziale Ungleichheit, systemtheoretische Ansätze sowie begriffsanalytische Debatten in der (Sonder-)Pädagogik (Alicke, 2013a, 2013b; Greving, 2012; Kuhlmann, 2012; Wansing, 2013).

„Inklusion“ und „Teilhabe“ als Gegenbegriffe zur strukturellen Exklusion sozialer Gruppen

Seit Mitte der 1980er Jahre rücken Phänomene einer gesellschaftlichen Spaltung durch Arbeitslosigkeit und Armut in den Blick soziologischer Forschung, die das soziale Bewusstsein einer wechselseitigen Abhängigkeit aller Angehörigen eines Volkes und die Bereitschaft zur gemeinsamen Vorsorge in einem Gesundheits-, Bildungs- und Fürsorgewesen herausfordern (Kronauer, 2010, pp. 35-40). „Inklusion“ und „Teilhabe“ bilden dabei Gegenbegriffe zur „Exklusion“ als Folge einer durch strukturelle Mechanismen verursachten dauerhaften sozialen Ungleichheit. Der Zugang zu „wertvollen Gütern“

(materielle Güter, Bildung, Leben-und Arbeitsbedingungen) ist darin ungleich verteilt und gebunden an gesellschaftliche Beziehungen und damit verbundene Positionen (Alicke, 2013a). Kronauer (2010) unterscheidet in der Debatte drei verschiedene Bedeutungen des Exklusionsbegriffs: zum einen die Exklusion als Ausschluss am Arbeitsmarkt und Auflösung sozialer Beziehungen, die sich in zunehmend unsicheren Formen der Erwerbsarbeit und der Erosion sozialer Nahbeziehungen wie der Gefährdung der dadurch vermittelten Identität zeigt. Inklusion bedeutet dann die gesellschaftliche Zugehörigkeit über Einbindung in Sozialbeziehungen, die auf Wechselseitigkeit beruhen, „auf wechselseitiger (meist allerdings ungleicher) Abhängigkeit in geregelten Kooperationsverhältnissen, auf informeller gegenseitiger Verpflichtung in persönlichen Nahbeziehungen“ (Kronauer, 2010, p. 45). Exklusion zeigt sich zum anderen im Verlust sozialer Teilhabemöglichkeiten. Gesellschaft erscheint hier als komplexe Einheit von Ökonomie, Kultur, Politik und Sozialem. „Der Exklusionsbegriff in dieser Bedeutung geht davon aus, dass es in all den genannten Dimensionen gesellschaftlich geteilte Vorstellungen von angemessenen Lebenschancen gibt – solche des Konsums, der Interessensvertretung, des gesellschaftlichen Status‘, der materiellen Sicherheit, der Möglichkeit, sein Leben nach eigenen Zielvorstellungen zu gestalten. Ihnen nicht entsprechen zu können, bedeutet Ausschluss von wesentlichen Aspekten des gesellschaftlichen Lebens“ (Kronauer, 2010, p. 46). Inklusion verwirklicht sich demgegenüber durch Teilhabemöglichkeiten, die sich an kulturellen Maßstäben bemessen und vor allem institutionell vermittelt werden. Die Forderung nach angemessenen Teilhabechancen richtet sich daher neben dem Markt an staatliche Institutionen, denen „eine besondere Rolle bei der Eröffnung von Chancen und der Absicherung von Risiken zu[kommt]“ (a. a. O.). Eine dritte Bedeutung des Exklusionsbegriffs verweist schließlich auf den Prozesscharakter des sozialen Ausschlusses, der sich in der zunehmenden sozialen Unsicherheit, den sich reduzierenden Sozialbeziehungen oder schwindenden Teilhabemöglichkeiten zeigt. Ausgrenzung ist also kein Zustand, sondern unterliegt einer Entwicklung, deren Bedeutung sich nach Kronauer aus ihrem Fluchtpunkt ergibt: „das Ende aller Wechselseitigkeit, die Nutz- und Machtlosigkeit des einseitigen Objektstatus etwa in der Fürsorge“ (Kronauer, 2010, p. 144, vgl. 200-203). Die Ausgeschlossenen bleiben dabei in der Gesellschaft, allerdings in einer Weise, die sie von sozialer Wechselseitigkeit, gesellschaftlicher Anerkennung und kulturell angemessenen Teilhabemöglichkeiten ausschließt (Kronauer, 2010, p. 132).

Während der Begriff der Exklusion so nach den sozialen Beziehungen fragt, die von angemessener Teilhabe ausschließen, verbindet sich mit dem Teilhabebegriff die Frage, wie gesellschaftliche Zugehörigkeit hergestellt und erfahren wird. Nach Bartelheimer (2007, p. 8) muss Teilhabe dabei historisch relativ im Hinblick auf die sozioökonomischen Möglichkeiten,

die Lebensstandards und Lebensweisen einer Gesellschaft verstanden werden. Teilhabe ist darin mehrdimensional und ergibt sich aus dem Zusammenwirken verschiedener Teilhabeformen (Erwerbsarbeit, soziale Nahbeziehungen, Rechte, Bildung und Kultur). Sie kennt je nach gesellschaftlicher Position Abstufungen, wobei zwischen einer erwünschten Vielfalt von Lebensweisen und einer inakzeptablen Gefährdung von Teilhabe unterschieden werden muss. Beurteilt werden kann sie nur nach der Dauer von Zuständen, der zeitlichen Dynamik von Lebensverläufen und biografischen Mustern. Angestrebt und verwirklicht wird sie durch soziales Handeln und in sozialen Beziehungen. „Bei der Beurteilung von Teilhabe kommt es auf die handelnden Subjekte an, auf ihre Erfahrungen und darauf, wie sie ihre soziale Lage bewältigen“ (Bartelheimer, 2007, p. 8).

Amarty Sen entwickelt ein maßgebliches Teilhabekonzept, an das auch Martha Nußbaum in ihren Überlegungen zur Beteiligungsgerechtigkeit anschließt. Danach bemisst sich das Wohlergehen von Menschen daran, was sie in ihrem Leben tun oder sein können (Felder, 2012, p. 96). Wesentlich ist die Unterscheidung zwischen Verwirklichungschancen (capabilities) und Funktionen (functionings). Funktionen sind die Aktivitäten oder Zustände einer Person, die in ihrer Gesamtheit die Lebenslage einer Person als Ergebnis der Teilhabe bilden. Verwirklichungschancen spiegeln dagegen die möglichen Funktionen, die einer Person offenstehen. Dazu gehören nicht nur individuelle Fähigkeiten und materielle Ressourcen bzw. Rechtsansprüche, die den Zugang zu Ressourcen verschaffen, sondern auch die Bewertung der möglichen Funktionen und der Handlungs- und Entscheidungsspielraum, den die gesellschaftlichen Bedingungen erlauben (Bartelheimer, 2007, pp. 9-10). „Der Zugang zu Wohlergehen basiert [...] auf der Fülle und Qualität zugänglicher, bewerteter Lebensentwürfe – Zustände wie Aktivitäten –, unter denen die Person tatsächlich auswählen kann. Verwirklichungschancen repräsentieren [...] Freiheiten“ (Felder, 2012, p. 97).

Die Forderung nach gleicher Teilhabe zielt dann nicht auf gleiche Lebensformen, sondern auf gleiche Verwirklichungschancen. Nach Felder (2012, pp. 99-104) richtet sie sich auf die Möglichkeit, grundlegende Bedürfnisse, Ziele und Güter zu realisieren. Die konkrete Interpretation der Verwirklichungschancen bleibt an kulturelle, historische und lokale Kontexte gebunden. Angesichts knapper Ressourcen und vor dem Hintergrund von Fragen zur Verteilungsgerechtigkeit sollten die fraglichen Verwirklichungschancen dabei nach Felder auf bestimmte, begründete und realiter erreichbare Möglichkeiten begrenzt und kritisch auf die aktuell vorhandenen Funktionen, also die tatsächlich verwirklichten Zustände und Aktivitäten, bezogen werden. Das moralische Recht auf Teilhabe richtet sich darin an Staat, Organisationen und Institutionen (Felder, 2012, pp. 238-242).

Gesellschaftliche Teilhabe bezieht sich im Kontext sozialer Ungleichheit auf die Qualitäten eines verallgemeinerten Bürgerstatus' (Kronauer, 2010, p. 47). Thomas H. Marshall zeigte 1947, wie sich historisch im Konzept der Staatsbürgerschaft aus einem naturrechtlich verstandenen Egalitätsprinzip bürgerliche, politische und schließlich soziale Rechte entwickeln. Die Bürgerrechte (Citizenship Rights) legitimieren dabei fortbestehende Ungleichheiten, „denn Bürger erhalten den Status als rechtlich Gleiche, in ihren politischen Beteiligungs- und Einflusschancen Gleiche und schließlich ermöglichten soziale Rechte die Angleichung der Lebensverhältnisse und inkludierten durch die Möglichkeit zu materieller Teilhabe. In dieser auf mehreren Ebenen geschaffenen *Inklusion* durch Rechte als Bürger lag für Marshall die *integrative* Leistung der Staatsbürgerrechte“ (Dallinger & Theobald, 2008, p. 82, Hervorhebung im Original). Im Rahmen des modernen Wohlfahrtsstaates entwickelten sich soziale Rechte auch im Hinblick auf die Versorgung Pflegebedürftiger. Dabei entstanden international verschiedene Formen eines Wohlfahrtsmixes von Familie, Staat, Markt und Non Profit-Sektor, die unterschiedliche Logiken der Versorgung und der Verteilung von Pflege kombinieren (a. a. O., p. 87). Eine gemeinwesen- und sozialraumorientierte Form, die Teilhabe und Inklusion aller Bürgerinnen und Bürger zu gewährleisten, ist Community Care (s. o.).

„Exklusion“ aus systemtheoretischer Perspektive

Ein anderes Verständnis von „Inklusion“ findet sich in der Systemtheorie. Nach Luhmann gliedern sich moderne Gesellschaften als umfassende Sozialsysteme in funktionale Teilsysteme, die sich durch Kommunikation konstituieren. Adressaten der Kommunikation sind Rollen oder Personen in ihren jeweils systemspezifischen Aspekten. Es kann daher keine Inklusion ohne Exklusion geben. Der Anspruch auf die „Vollinklusion“ innerhalb eines Systems gilt allenfalls für Familien und Intimbeziehungen, ist aber für alle anderen Bereiche aus systemtheoretischer Sicht sinnlos.

Während in traditionellen Gesellschaften die Schichtzugehörigkeit vorab die Inklusions- bzw. Exklusionschancen festlegen, wird in funktional differenzierten Gesellschaften das Schema Inklusion/Exklusion universalisiert. Die sozialen Adressen verlieren damit ihre schichtgebundene Einheit. Stattdessen sind die Menschen mit einer Vielzahl von Funktionssystemen konfrontiert, die sich durch die Zusage gleicher Zugangschancen für alle legitimiert (P. Fuchs, 2013, pp. 94-95). Für die Einheit der Person, ihre Individualität, ist daher nicht die Inklusion, sondern gerade die Exklusion relevant. "Im *Inklusionsbereich* der

Gesellschaft, also in dem Bereich, in dem Menschen an der Kommunikation funktional ausdifferenzierter Teilsysteme partizipieren, wird nur auf Teil-, zum Beispiel Rollen Aspekte, auf partikuläre Identitäten zurückgegriffen, die die Gesamtpersönlichkeit des Menschen ausdrücklich ausblenden [...] Im *Exklusionsbereich* dagegen taucht zunehmend der *individuelle*, das heißt der *unteilbare* Bereich der persönlichen Selbstbeschreibung auf" (Nassehi, 1997 zitiert in Schmidt & Dworschak, 2011, p. 274, Hervorhebung im Original).

Neben diesem grundsätzlichen systemtheoretischen Verständnis von Inklusion bzw. Exklusion wird aber von systemtheoretischer Seite auch versucht, soziale Ausgrenzung als Form von Exklusion zu verstehen, "nachweisbar durch empirisch feststellbare Unterschiede hinsichtlich der 'Inklusionen' von Personen, trotz angenommener gleicher 'Inklusionschancen', bei der 'Inklusionen' zunehmend nicht gelingen und sich 'Exklusionen' so anhäufen, so dass eine Reduktion der 'Inklusionschancen' in andere Teilsysteme der Gesellschaft stattfindet" (Schmidt & Dworschak, 2011, p. 274). Entgegen der theoretisch geforderten Unabhängigkeit der Funktionssysteme wirken dabei Systeme in einem Prozess zusammen, der als „Exklusionsdrift“ (P. Fuchs, 2002), „Exklusionsverdichtung“ (Scherr, 2001) oder „kumulative Exklusion“ (Wansing, 2005) bezeichnet wird.

Behinderung lässt sich darin systemtheoretisch als Beeinträchtigung der systemischen Kommunikation aufgrund mangelnder Kommunikationsfähigkeiten der Person verstehen, die von dem jeweiligen System nicht mehr aufgefangen werden kann und auf die das betreffende System mit Differenzierung reagiert, um die eigene Funktionsfähigkeit aufrechtzuerhalten (P. Fuchs, 2002). Nach Fuchs „war (und ist noch weitgehend) [die Inklusion von Behinderten] Inklusion in Exklusionsbereiche, eigentlich also die Institutionalisierung einer Dissimulation, oder, wie man sagen könnte, die Simulation von Inklusion“ (P. Fuchs, 2002, p. 3). Aufgrund des gesellschaftlichen "Inklusionsgebots" bzw. „Exklusionsverbots“ erhält dies jedoch eine negative Bedeutung und es entsteht die Forderung nach "wirklicher" Inklusion. „Der behinderte Mensch *muss, ob er will oder nicht, kann oder nicht, ob es Sinn macht oder nicht, inkludiert werden*“ (P. Fuchs, 2002, p. 9, Hervorhebung im Original). Nach Fuchs richtet sich das Exklusionsverbot damit gegen die Eigendynamik der Systeme, wertet deren Lösungsmöglichkeiten ab, bleibt aber doch der Logik weiterer Differenzierungen verhaftet, um Belastungen abzufangen, die die Inklusion von Menschen mit Behinderung in den betroffenen Sozialsystemen schafft, und stößt dabei schließlich auf seine Grenzen, wenn hohe Beeinträchtigungen der Kommunikation doch eine Systemdifferenzierung erzwingen (a. a. O., pp. 9-10).

Demenz wirkt dabei wie ein „Exklusionsmotor par excellence“ (Lindner, 2010, p. 73). Soziale Arbeit hat aus systemtheoretischer Sicht die Funktion, die Exklusionsdrift aufzuhalten, indem sie Kommunikation und damit Inklusion erleichtert, überhaupt erst ermöglicht oder eine Exklusion legitimiert (a. a. O.). Die systemtheoretische Perspektive dient als Instrument, Situationen zu analysieren und Interventionen zu reflektieren.

Teilhabe und Inklusion aus (sonder-)pädagogischer Perspektive

Die oben genannte Polemik von Fuchs (2002) richtet sich kritisch gegen ein gesteigertes Verständnis von Inklusion, das aus seiner Sicht die Pädagogik bestimmt. Der innerhalb der Sonder- und Heilpädagogik in Deutschland gebräuchliche Begriff der Inklusion versteht sich im Anschluss an die Erklärung von Salamanca (1994) als zentrale Zielvorstellung für die Beschulung von Kindern und Jugendlichen und als Phase in der Schulentwicklung. „Exklusion“ als Ausschluss behinderter Menschen aus Erziehung und Bildung, „Separation“ oder „Segregation“ als Gruppierung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung in eigenen abgetrennten Bildungseinrichtungen (Sonderschulen) und „Integration“ als Unterrichtung behinderter Kinder und Jugendlicher mit sonderpädagogischer Unterstützung in Regelschulen werden dabei von „Inklusion“ nicht nur begrifflich, sondern auch zeitlich und qualitativ als Vorstufen abgegrenzt (Boban & Hinz, 2004; Bürli, 1997; Sander, 2003a, 2003b). Während „Integration“ in der Praxis noch das Zusammenlernen unterschiedlicher Gruppen meint, bezieht sich „Inklusion“ immer auf alle Aspekte von Verschiedenheit, unter denen Behinderung nur ein Unteraspekt ist (Hinz, 2008, p. 49). „Inklusion“ nimmt eine grundlegende Verschiedenheit von Gruppierungen an und wendet sich positiv deren vielfältigen Dimensionen zu. Während „Integration“ von einer „Zwei-Gruppen-Theorie“ – Menschen mit und ohne Behinderung – ausgeht, sieht das Inklusionskonzept in Schulklassen ungleiche Lerngruppen mit diversen Mehr- und Minderheiten (Sander, 2003b, p. 319). Da „Inklusion“ eine einseitig klassifizierende Sicht ausschließt, richtet sich der Fokus bei Lernhindernissen systemisch auf die ganze Klasse, ihre personellen und materiellen Bedingungen und Beziehungen und den daraus resultierenden Unterstützungsbedarf der Gruppe (Sander, 2003a, pp. 125-130). In ihrer Ausrichtung auf Verschiedenheit lässt sich Inklusion auch in ihrer Selbstbeschreibung nicht mehr klassifizierend als Sonderpädagogik verstehen, sondern verortet sich im Rahmen der Allgemeinen Pädagogik (Hinz, 2008, p. 39; Sander, 2003a, p. 126).

Der pädagogische Inklusionsbegriff begründet sich durch Menschenrechte, wie sie gerade der Erklärung von Salamanca durch die Würde des Menschen, die Gleichberechtigung, die

Chancengleichheit, das Recht auf Bildung und gleiche Bürgerrechte zugrunde gelegt werden (Schmidt & Dworschak, 2011, p. 271). Er orientiert sich an Bürgerrechtsbewegungen, wendet sich gegen jede gesellschaftliche Marginalisierung und vertritt die Vision einer inklusiven Gesellschaft (Hinz, 2008, p. 33). Der Inklusionsbegriff bezieht sich daher nicht allein auf Schulen, sondern wird auch auf weitere Lebensbereiche ausgedehnt. Ziel ist es dabei, Strukturen so zu gestalten, „dass jeder von Anfang an als zugehörig betrachtet wird und sein Recht auf Teilhabe und Selbstbestimmung umsetzen kann“ (Alicke, 2013a, p. 245). Die Forderung nach Teilhabe basiert dabei „auf dem weitergehenden Recht der Einbindung und dem Aufgehobensein in sozialen gesellschaftlichen Verhältnissen als Menschenrecht [.] Die Herstellung entsprechender Strukturen, die als Bürgerrechte abgesichert sein müssen, also der Prozess des (Wieder-) Herstellen eines Ganzen über Integration, ist der Weg, der zu einer nicht ausgrenzenden, als inklusiv zu bezeichnenden Gesellschaft führen kann“ (Stein, 2008, p. 78).

Der Begriff der „Teilhabe“ lehnt sich in der Pädagogik an das Verständnis von Behinderung und Teilhabe an, wie es im Zusammenhang von menschenrechtlichen Vereinbarungen und gesetzlichen Regelungen auf Grundlage der ICF ausgearbeitet wurde. Die BRK verbindet dabei den Grundsatz der Inklusion untrennbar mit dem Grundsatz der vollen und wirksamen Teilhabe. Während Inklusion eher von den gesellschaftlichen Strukturen und Prozessen auf den Menschen geht, setzt Teilhabe am handelnden Subjekt und dessen Blick auf gesellschaftliche Verhältnisse an. „Als Gegenbegriff zu sozialer Ausgrenzung liefert Teilhabe einen Maßstab für die Bewertung gesellschaftlicher Entwicklungen aus Perspektive des Menschen und bildet so den sozialpolitischen Zielhorizont der BRK ab [...] Dabei bemisst sich ökonomische Teilhabe an einem allgemein als angemessen geltenden Lebensstandard (Einkommen, Wohnen, Gesundheit), politische/rechtliche Teilhabe an der Verwirklichung von Rechten und politischer Mitsprache, kulturelle Teilhabe am Erwerb von Kompetenzen und der Realisierung gesellschaftlich anerkannter und individuell gewünschter Ziele der Lebensführung und soziale Teilhabe an der Einbindung in soziale Nahbereiche und Beziehungen. Inklusion beschreibt also das, was gesellschaftlich auf der Basis gleicher Rechte als Teilhabeoption für alle Bevölkerungsmitglieder grundsätzlich in Aussicht gestellt wird. Teilhabe meint das, was seitens einzelner Menschen tatsächlich verwirklicht wird bzw. werden kann“ (Wansing, 2012, p. 96). Behinderung ergibt sich „aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren [..], die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern“ (DIMDI, 2008, Präambel, e).

Die BRK schreibt damit fort, was in der ICF grundgelegt wurde (zum Folgenden Schmidt & Dworschak, 2011, pp. 275-278). Bereits dort sind Teilhabe und Behinderung aufeinander bezogen (siehe oben) und bezeichnen den Einbezug in Lebenssituationen (DIMDI, 2005, p. 19). Teilhabe richtet sich dabei „auf das Vorhandensein der *Zugangsmöglichkeit* zu Lebensbereichen, der *Integration* in Lebensbereiche und die *Daseinsentfaltung* in den Lebensbereichen“ (Schmidt & Dworschak, 2011, p. 276, Hervorhebung im Original) und zielt auf die Möglichkeit, „ein unabhängiges, selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Leben führen zu können und subjektive Erfahrungen in Bezug auf Zufriedenheit in den verschiedenen Lebensbereichen und Lebensqualität zu berücksichtigen“ (a. a. O.). Teilhabe erweist sich dabei als ein begriffliches Konstrukt, in dem Umweltfaktoren in Form materieller, sozialer oder einstellungsbezogener Aspekte und personenbezogene Faktoren wie beispielsweise Alter, Geschlecht, Lebenserfahrungen die Teilhabe beeinflussen und im Einzelfall an der subjektiven Beurteilung der Person und kulturellen Standards und Normen bemessen. Aufgabe der Pädagogik ist es danach, Bereiche eingeschränkter Teilhabe zu identifizieren, innerhalb der Umwelt einer Person und bei der Person selbst Barrieren ab- und Kompetenzen aufzubauen sowie der Person zu einer verantwortungsvollen Autonomie zu verhelfen (Schmidt & Dworschak, 2011, pp. 277-278).

Für die praktische Umsetzung verweist Theunissen (2013) auf seine Konzeption einer lebensweltbezogenen Behindertenarbeit, die zielgruppenbezogen praxisrelevante Anregungen auch im Hinblick auf Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und Demenz bieten soll. Unter einer „lebensweltbezogenen Behindertenarbeit“ versteht er „einen Ansatz, der ausgehend von der Stimme eines behinderten Menschen (Empowerment) an Konzepten und methodischen Instrumenten der Gemeinwesenarbeit, der Lebensweltorientierung sowie der Sozialraumorientierung in der Sozialen Arbeit anknüpft, um Leitprinzipien der Inklusion und Partizipation einzulösen, wie sie mit der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen kodifiziert worden sind“ (Theunissen, 2012, p. 9). Dabei stellt er als richtungsweisende Leitprinzipien, um Wohlbefinden zu ermöglichen und zu sichern, insbesondere ein dialogisches Prinzip in der Beziehungsgestaltung, die Ganzheitlichkeit einer Person in ihren sozialen Bezügen, Selbstbestimmung und größtmögliche Beteiligung am Alltagsleben, die Übernahme der Perspektive betroffener Personen („Subjektzentrierung“) und Alters- und Entwicklungsgemäßheit heraus und nennt als Bereiche für die alltägliche Arbeit „ganzheitliche“ Pflege, Hausarbeit, Freizeitgestaltung, Bildung, Beratung und körperliche Aktivierung (Theunissen, 2013, p. 416). Im Hinblick auf die Arbeit mit älteren, schwerstbehinderten, stark pflegebedürftigen Personen ermöglichen aus seiner Sicht kleine häusliche Wohnformen unabhängig von der Schwere der Behinderung, des Alters oder der Pflegebedürftigkeit positive Lebenserfahrungen, sofern im Sinne von Community Care komplementäre Regeldienste und informelle Ressourcen

verfügbar sind. Wenn dies nicht gewährleistet werden kann, könnten nach Theunissen (2013) Hausgemeinschaften oder Wohnen in Mehrgenerationenhausanlagen Alternativen bieten. Die Betroffenen müssen selbst über ihr Zuhause, ihre Ziele, Lebensgestaltung und Daseinsverwirklichung entscheiden. Als Forum kann ein Unterstützungskreis von Bezugspersonen dienen, in dem ein individueller „Lebensstilplan“ entworfen wird, angesichts dessen aber eine „Förderpädagogik“ endet, die auf einen Lernzuwachs zielt. "Stattdessen müssen Fragen der Unterstützung einer bedürfnis- und interessenbezogenen Alltagsgestaltung, einer sinnerfüllten Lebens- und Daseinsverwirklichung fokussiert werden, wobei die Erschließung, Schaffung und Sicherung von Möglichkeiten einer Partizipation am gesellschaftlichen Leben eine ebenso wichtige Rolle spielen wie die Auseinandersetzung mit Erkrankungen (z. B. Demenz), Verlustereignissen, Tod und Sterben" (Theunissen, 2013, p. 419). Besondere Angebote bilden die auf Überlegungen von Naomi Feil gründende „validierende Assistenz“ (vgl. Theunissen, 2012, pp. 243-249), die als Ergänzungsprinzip zum dialogischen Prinzip zu den methodischen Instrumenten des Empowerments-Konzepts gehört, sowie die Palliative Care, bei der ebenfalls die Erfahrungs- und Gefühlswelt des Anderen ernst genommen, sein Leben gewürdigt und seine Stärken und Botschaften beachtet und wertgeschätzt werden, und die in ihrer Ausrichtung auf den Sterbenden, der sich seine Begleiter selbst aussucht und seinen Weg individuell zu Ende geht, ebenfalls aus einer Perspektive des Empowerments gesehen werden kann (Theunissen, 2013, pp. 420-421).

2.3 Zusammenfassung

Paradigmenwechsel von der individuellen Integration zur inklusiven Gesellschaft

In den vergangenen Jahrzehnten war in Deutschland der gesellschaftliche Umgang mit Menschen, die dauerhaft psychisch oder kognitiv beeinträchtigt sind, geprägt durch Forderungen nach Deinstitutionalisierung, Normalisierung der Lebenswelt betroffener Personen und deren Integration in die Gesellschaft. So wurden auch – in einem nicht abgeschlossenen Prozess – bestehende stationäre Einrichtungen verkleinert, intern verändert und gemeindenahere Wohn- und Versorgungsstrukturen aufgebaut sowie integrative Konzepte im Bildungsbereich entwickelt und in die Praxis eingeführt wurden. Wesentlich beeinflusst wurde diese Entwicklung durch einen Prozess der Selbstermächtigung von Angehörigen und Betroffenen, die die Selbstbestimmung betroffener Personen in der individuellen Unterstützung, der Gestaltung der Infrastruktur und der Erforschung ihrer Lebenssituation einforderten. Die in diesen Entwicklungen angestrebten Ziele einer

gesellschaftlichen Teilhabe machen jedoch letztlich einen Wechsel der Perspektive vom Individuum zur Gesellschaft notwendig: zum einen im Verständnis von Behinderung als Kennzeichen einer durch den sozialen Kontext bestimmten Handlungssituation, zum anderen in Form eines Wertewandels hin zu einer Ethik des wechselseitigen Respekts, der Achtung von Verschiedenheit und der solidarischen Hilfe.

Teilhabe und Inklusion als Bürgerrecht

In der wissenschaftlichen Forschung zu damit verbundenen Fragen, haben „Teilhabe“ und „Inklusion“ je nach theoretischem Kontext unterschiedliche Bedeutungen. Die soziologische Debatte um soziale Ungleichheit bezieht sich dabei zunächst auf die gesellschaftlichen Herausforderungen durch Arbeitslosigkeit und Armut, doch liefert sie Konzepte, die auf die soziale Lage von Menschen mit Behinderung Anwendung finden. Inklusion und Teilhabe – dienen darin als Gegenbegriffe zur Exklusion als einen Prozess, in dem soziale Beziehungen zunehmend an Wechselseitigkeit und Anerkennung zulasten einzelner Gruppen einbüßen, bis dass die Betroffenen zu Objekten der Fürsorge degradieren. Teilhabe und Inklusion verbinden sich demgegenüber mit dem Anspruch auf gleiche Bürgerrechte für alle. Teilhabe kann dabei als die Perspektive konzipiert werden, wie gesellschaftliche Zugehörigkeit individuell hergestellt und erfahren wird. Der Gleichheitsanspruch richtet sich darin nicht auf die Herstellung gleicher Lebensformen, sondern auf die Realisierung gleicher Verwirklichungschancen, die als bewertete Lebensentwürfe Freiheiten des Einzelnen repräsentieren, grundlegende Bedürfnisse, Ziele und Güter zu verwirklichen.

Exklusion in modernen Gesellschaften

Systemtheoretisch werden Inklusion und Exklusion im Rahmen des theoretischen Verständnisses funktional differenzierter Gesellschaften konzipiert, in deren Teilsysteme Menschen immer nur hinsichtlich spezifischer Aspekte inkludiert sind. Individualität konstituiert sich demgegenüber im Exklusionsbereich der unabhängig voneinander operierenden und durch die Zusage gleicher Zugangschancen legitimierten Teilsysteme. Um Phänomene der sozialen Ungleichheit zu analysieren, tritt neben dieses grundsätzliche Verständnis von Inklusion und Exklusion eine empirische Exklusion, in der individuell Zugangschancen durch eine strukturelle Koppelung von Systemen eingeschränkt werden. Behinderung lässt sich dabei allgemein als Beeinträchtigung der systemischen Kommunikation aufgrund mangelnder Kommunikationsfähigkeit der Person verstehen, auf

die ein System bei Überlastung mit Differenzierung reagiert. Die Koppelung der Systeme kann dann individuell zu weiteren Exklusionen führen. Die Einbeziehung einer individuellen Perspektive für die Analyse verwehrter Teilhabechancen steht allerdings in Spannung mit systemtheoretischen Grundannahmen, so dass fraglich ist, inwieweit eine rein systemtheoretische Perspektive zur Analyse der Exklusion von Menschen mit Behinderung beitragen kann.

Teilhabe und Inklusion als Menschenrecht

Das pädagogische Verständnis von Inklusion und Teilhabe begründet sich durch die Rechte des Menschen auf Gleichberechtigung, Selbstbestimmung und Teilhabe und lehnt sich konzeptionell an entsprechende internationale Vereinbarungen an. Inklusion kennzeichnet darin zunächst eine Phase in der Schulentwicklung, in der sich die Perspektive vom Individuum zur Gruppe wendet. Verschiedenheit gilt als Normalzustand, so dass sich eine klassifizierende Fokussierung auf einzelne Gruppen verbietet und bei Lernhindernissen stattdessen eine systemische Sicht eingenommen werden muss. Behinderung ergibt sich dabei als eingeschränkte Teilhabe aus der Wechselwirkung von Person, Um- und Mitwelt. Inklusions- und Teilhabebegriff werden in der Folge über die Schulen hinaus auf weitere Lebensbereiche ausgedehnt. Sie zielen darauf, dass jeder vorab als zugehörig angesehen wird und sein Recht auf Selbstbestimmung und Teilhabe umsetzen kann.

3. Diskussion

Inklusion und Teilhabe werden in den verschiedenen theoretischen Diskursen mit ihren jeweils spezifischen Problematisierungen des Sozialen unterschiedlich verstanden. Nur einzelne Ansätze oder die verschiedenen Konzepte, undifferenziert auf die Lebenslage von Menschen mit Demenz anzuwenden, führt zu Verkürzungen und Widersprüchen. Im Folgenden soll daher diskutiert werden, wie sich Inklusion und Teilhabe von Menschen mit Demenz mit den genannten Ansätzen bestimmen lassen.

Aus Sicht einer Theorie der Sozialen Ungleichheit lässt sich Exklusion als ein struktureller Prozess verstehen, in dem Menschen zunehmend Teilhabechancen verwehrt werden und ihre Beziehungen an Wechselseitigkeit einbüßen, bis sie tendenziell auf den Status eines nutz- und machtlosen Objekts der Fürsorge reduziert sind – eine Entwicklung, die nicht nur Menschen mit Demenz, sondern auch deren Angehörige einbeziehen kann, und die sich für die Betroffenen in den Bereichen sozialer, materieller, politischer und kultureller Teilhabe aufweisen lässt. Während dagegen Beratungs- und Unterstützungsangebote, ein person-zentrierter Ansatz in der Betreuung oder eine milieutherapeutische Gestaltung der Umwelt die soziale Teilhabe im Nahbereich der Betroffenen fördern, wird das Konzept der Bürgerschaft (Citizenship) aufgegriffen, um weitere Dimensionen der Teilhabe zu berücksichtigen. Es will damit insbesondere über ein eher unpolitisches Konzept des Personseins hinausgehen, wie es dem personzentrierten Ansatz (Kitwood) zugrunde liegt, und thematisiert Fragen der Macht, der sozialen Ungleichheit oder der kulturellen Differenz von Menschen mit Demenz (Bartlett & O'Connor, 2007). Damit stellen sich im Vergleich zu bisherigen Ansätzen neuartige Fragen zum gesellschaftlichen Umgang mit Demenz und dessen Rückwirkung auf die Betroffenen (vgl. Kelly & Innes, 2013; Wißmann & Gronemeyer, 2008). Wie bereits die Geschichte der Psychiatrie und Behindertenarbeit gezeigt hat, setzt dies jedoch auch voraus, die „Stimme“ der Betroffenen nicht nur im Nahbereich von Betreuung und Forschung zu hören, sondern sie als aktiv Handelnde in der Öffentlichkeit wahrzunehmen und in Entscheidungsprozesse einzubeziehen (Demenz-Support-Stuttgart, 2010; Radzey, 2009; Whitehouse, George, & Wißmann, 2011). Mit dem Ansatz der Bürgerschaft stellt sich aber die Frage nach Form und Umfang der Rechte, die Menschen mit Demenz allgemein als Bürgerinnen und Bürger, als Mitglied einer benachteiligten Gruppe oder als Individuen zukommen (Bartlett & O'Connor, 2007, p. 113; Felder, 2012, pp. 228-238).

Im Sinne des Teilhabekonzepts von Amarty Sen zielt das Recht auf gleiche Teilhabe nicht auf gleiche Lebensformen, sondern auf gleiche Verwirklichungschancen, die ausgehend von individuellen Fähigkeiten und gestützt auf materielle und soziale Ressourcen Handlungs- und Entscheidungsspielräume eröffnen, um persönliche oder von den Betroffenen geteilte, gesellschaftlich übliche Teilhabeziele zu verwirklichen und damit ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Um dabei zwischen einer gewünschten Vielfalt und einer inakzeptablen Gefährdung von Teilhabe unterscheiden zu können, verbindet sich damit aber die Frage, wie kulturelle Standards für Menschen mit Demenz bestimmt werden. Teilhabechancen zu ermöglichen wird dabei für alle Wohnformen beansprucht (Bartjes, Kreuzner, Piest, & Wißmann, 2011; Klie & Schuhmacher, 2008; Schuhmacher & Klie, 2011). Entscheidend ist jedoch nicht die formale Einbeziehung, sondern die sozial-materielle Qualität möglicher Teilhabe, die durch Institutionen vermittelt wird. Es sind denn auch Organisationen und staatliche Institutionen mit ihrer Fähigkeit, soziales Handeln zu koordinieren (Felder, 2012, pp. 240-242), und dabei insbesondere die Kommunen und Gemeinden mit ihrer Verantwortung für die wohnortnahe Unterstützungsinfrastruktur (DGGG, 2011), an die sich der Anspruch auf Teilhabe als ein *Recht* richtet. Seine Grenze findet es demgegenüber gerade dort, wo die Zugehörigkeit wie im sozialen Nahbereich *nicht einklagbare* Beziehungsqualitäten wie Freundschaft oder Liebe betrifft. Hier kann nur an entsprechende soziale Tugenden appelliert werden (Felder, 2012, pp. 255-265; vgl. Michell-Auli, 2013).

Aus einer systemtheoretischen Sicht ist die Exklusion von Personen aus gesellschaftlichen Funktionssystemen aufgrund fehlender „Adressabilität“ der gesellschaftliche Normalfall. Eine kritische Sicht auf strukturelle Bedingungen versagter Teilhabe bleibt ihr aber fremd. Auch können die Mechanismen versagter Teilhabe in den individuellen Lebenslagen von Menschen mit Demenz quer zu den Grenzen einzelner Systeme theorieimmanent nicht bruchlos analysiert werden. So dürfte sich zwar auch für Menschen mit Demenz eine zunehmend beeinträchtigte Kommunikation als Exklusionsmotor im Hinblick auf einzelne Systeme rekonstruieren lassen, die Verantwortung für mangelnde „Adressabilität“ und das heißt für die fehlenden Voraussetzungen einer systemischen Inklusion verbleibt aber bei der Person (Seifert, 2013). Ihre Exklusion aus einem System durch Inklusion in ein Subsystem ist zudem systemtheoretisch unproblematisch, die verschiedenen Wohnformen dürfen dabei als funktional äquivalent gelten. Eine Diskussion über die gesellschaftliche Erwünschtheit beispielsweise von Demenzdörfern im Vergleich zu konventionellen Pflegeheimen (vgl. Demenz-Support-Stuttgart, 2012) kann vor diesem Hintergrund nicht sinnvoll geführt werden. Allerdings lässt sich aus systemtheoretischer Sicht fragen, inwieweit die kommunikativen Ansprüche in der Betreuung von Menschen mit Demenz hinsichtlich des geforderten

Einbezugs der ganzen Person mit Demenz die bestehenden Systeme nicht grundsätzlich überlasten und somit eine Ausdifferenzierung in spezialisierte Subsysteme erzwingen.

Die systemtheoretische Perspektive richtet sich kritisch gegen ein pädagogisches Verständnis von Inklusion, das sich im Anschluss an internationale menschenrechtliche Vereinbarungen gegen eine Sonderbehandlung von Menschen aufgrund kategorialer Zuschreibungen wendet.

Hintergrund bildet ein Verständnis, wonach Gesellschaft Menschen in ihrer Verschiedenheit umfasst, denen als Ausdruck ihrer Menschenwürde das Recht auf Gleichberechtigung, Selbstbestimmung und Teilhabe zukommt. Der Fokus auf die Menschenwürde verdeutlicht dabei gerade die innere Einheit der Menschenrechte auch in ihrer wechselseitigen Bedingtheit. Somit verbindet sich die Ermöglichung der Teilhabe auch mit der Suche nach Modellen, um die Selbstbestimmung von Menschen mit Demenz zu unterstützen (Kendall, 2009; Kesselheim, 2013; Kreuzner, 2009). Eingeschränkt wird Teilhabe in der Wechselwirkung von Person, Um- und Mitwelt. Das Verständnis von Demenz aus dem Zusammenwirken persönlicher, medizinischer und sozialpsychologischer Faktoren (Kitwood, 2004) wird in diesem Zusammenhang noch einmal um den gesellschaftlichen Kontext erweitert. Der individuellen Sicht der Betroffenen auf die gesellschaftlichen Bedingungen von Teilhabe korrespondiert dabei gesellschaftlich eine positive Bewertung der Verschiedenheit und die strukturelle Ermöglichung einer gleichberechtigten und selbstbestimmten Teilhabe an allen gesellschaftlichen Teilbereichen. Aus dieser Sicht verändern sich die Wahrnehmung und der kulturelle Umgang mit Demenz sowie der gesellschaftliche Umgang mit Menschen mit Demenz (Wißmann & Gronemeyer, 2008). Das Konzept der „Demenzfreundlichen Kommune“, das insbesondere in Großbritannien als eine Form von Community Care entwickelt wurde (Brünnett, 2014), verbindet sich hier mit einem zivilgesellschaftlichen Ansatz und kann an die Perspektive des bürgerschaftlichen Status von Menschen mit Demenz anknüpfen (Wißmann & Gronemeyer, 2008).

Im pädagogischen Verständnis wird dabei Inklusion zeitlich wie qualitativ von Exklusion, Segregation und Integration abgegrenzt. Die Abfolge reflektiert die historische Entwicklung sowie das Engagement für einen Abbau pflegerischer Großeinrichtungen und eine nicht-diskriminierende Bildung. Angesichts der oben genannten Ansprüche unterschiedlicher Wohnformen, Teilhabechancen zu ermöglichen, stellt sich aber die Frage, ob sich dieses Verständnis auf die Betreuung von Menschen mit Demenz übertragen lässt oder sich insbesondere segregative Angebote vor dem Anspruch der Inklusion als Menschenrecht legitimieren lassen.

4. Schlussfolgerung

Mit Blick auf die geschichtliche Entwicklung und theoretischen Konzeptionen, stellen sich Inklusion und Teilhabe als aufeinander bezogene und normativ begründete Konzepte dar, in denen Verschiedenheit wertgeschätzt und gesellschaftliche Strukturen so gestaltet sein müssen, dass alle Menschen durch Bürgerrechte gesichert in der Mitte der Gesellschaft leben können. Ihre praktische Umsetzung zielt auf die Verwirklichung einer selbstbestimmten, gleichberechtigten Teilhabe in den individuellen Lebenswelten der betroffenen Personen, wie sie sich vor allem in gemeinwesen- und sozialraumorientierten Formen des Community Care zeigt. Sie schließt aber auch andere Lebensformen, beispielsweise in stationären Settings nicht allgemein aus. Maßstab ist jedoch, dass die individuellen Teilhaberechte verwirklicht werden – und dies schließt Wahlmöglichkeiten und die Entscheidungsfreiheit der betroffenen Personen ebenso ein wie deren Unterstützung, um ihre Selbstbestimmung auch verwirklichen zu können.

Literaturverzeichnis

- Abschied von Babylon - Hamburger Erklärung zu den Perspektiven einer "trialogischen Psychiatrie".* (1994). Paper presented at the XIV. Weltkongress für Soziale Psychiatrie, Hamburg.
- Alicke, T. (2013a). Inklusion - Hintergründe eines neuen Blickwinkels. *Migraton und Soziale Arbeit*, 35(3), 243-248.
- Alicke, T. (2013b). Inklusion - Modebegriff oder grundlegender Paradigmenwandel? *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, 64(5), 347-354.
- Aselmeier, L. (2003). *Supported Living. Offene Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung in Grossbritannien*. Siegen: Universität Gesamthochschule Siegen Zentrum f. Planung u. Evaluation Sozialer Dienste.
- Bartelheimer, P. (2007). *Politik der Teilhabe. Ein soziologischer Beipackzettel* (Vol. 1). Berlin.
- Bartjes, H., Kreutzner, G., Piest, F., & Wißmann, P. (2011). Soziale Arbeit und Demenz: Kann Soziale Arbeit helfen? Potenziale und Widerstände. *Sozialmagazin*, 36(9), 10-24.
- Bartlett, R., & O'Connor, D. (2007). From personhood to citizenship: Broadening the lens for dementia practice and research. *Journal of Aging Studies*, 21(2), 107-118.
- Boban, I., & Hinz, A. (2004). Qualität des Gemeinsamen Unterrichts (weiter-) entwickeln - Inklusion. *Leben mit Down-Syndrom*(45), 10-14.
- Brückner, B. (2010). *Geschichte der Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Brünnett, M. (2014). *Demenzfreundliche Kommunen in England. Analyse aktueller Entwicklungen unter Gesichtspunkten des Foucaultschen Gouvernementalitätskonzepts*. (Masterarbeit), Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar, Vallendar.
- Bundesregierung. (1988). *Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Zusammenfassung*. Deutscher Bundestag. 11.Wahlperiode. Drucksache 11/8494: Retrieved from <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/11/084/1108494.pdf>.
- Bürli, A. (1997). *Internationale Tendenzen in der Sonderpädagogik. Vergleichende Betrachtung mit dem Schwerpunkt auf den europäischen Raum*. Hagen: Fernuniversität
- Dallinger, U., & Theobald, H. (2008). Pflege und Ungleichheit: Ungleiche Citizenship rights im internationalen Vergleich. In U. Bauer & A. Büscher (Eds.), *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung* (pp. 78-103). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Demenz-Support-Stuttgart. (2012). Demenzdörfer - Dokumentation der Stellungnahmen. Retrieved 05.09.2014 http://www.demenz-support.de/Repository/demenzdoerfer_doku_stellungnahmen_dem15.pdf
- Demenz-Support-Stuttgart (Ed.). (2010). *"Ich spreche für mich selbst". Menschen mit Demenz melden sich zu Wort*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- DGGG. (2011). Positionspapier Teilhabe und Pflege alter Menschen - Professionalität im Wandel. Retrieved 28.05.2014, from http://www.dggg-online.de/aktuelles/pdf/201112_DGGG_Positionspapier_Druckversion.pdf

- DIMDI. (2005). ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Retrieved 13.06.2014, from http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussung/icf_endaussung-2005-10-01.pdf
- DIMDI. (2008). Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2006. Zwischen Deutschland, Liechtenstein, Österreich und der Schweiz abgestimmte Übersetzung. Retrieved 13.06.2014, from http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CRPD_behindertenrechtskonvention/crpd_b_de.pdf
- Felder, F. (2012). *Inklusion und Gerechtigkeit. Das Recht behinderter Menschen auf Teilhabe*. Frankfurt a. M.: Campus Verlag.
- Frühauf, T. (2008). Von der Integration zur Inklusion-ein Überblick. In A. Hinz, I. Körner & U. Niehoff (Eds.), *Von der Integration zur Inklusion. Grundlagen-Perspektiven-Praxis* (pp. 11-32). Marburg: Lebenshilfe Verlag.
- Fuchs, H. (2009). UN-Behindertenrechtskonvention: Welcher Handlungsbedarf folgt daraus für Deutschland? *Soziale Sicherheit*, 58(10), 330-335.
- Fuchs, P. (2002). Behinderung und Soziale Systeme. Anmerkungen zu einem schier unlösbaren Problem. *Das gepfefferte Ferkel - Online Journal für systemisches Denken und Handeln*(5).
- Fuchs, P. (2013). Inklusion und Exklusion. Essay zu den Konturen professioneller Inklusionsarbeit. *Zeitschrift für Sozialpädagogik*, 11(1), 93-99.
- Goffman, E. (1961). *Asylum. Essay on the Social Situation of Mental Patients*. New York: Anchor.
- Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*. New York: Prentice-Hall.
- Greving, H. (2012). Was bedeutet Inklusion? Unterschiedliche Perspektiven im wissenschaftlichen Feld und Konsequenzen für Studium und Ausbildung. *heilpaedagogik.de*(3), 6-10.
- Heinz, D. (2009). Der neue Behinderungsbegriff des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches. Neue Aufgabenstellung für Soziale Arbeit mit behinderten Menschen. *Soziale Arbeit*, 58(5), 187-191.
- Hinz, A. (2008). Inklusion-historische Entwicklungslinien und internationale Kontexte. In A. Hinz, I. Körner & U. Niehoff (Eds.), *Von der Integration zur Inklusion. Grundlagen-Perspektiven-Praxis* (pp. 33-52). Marburg: Lebenshilfe Verlag.
- Jachertz, N. (2008). Die wilden Wendejahre sind vorbei. *Deutsches Ärzteblatt*, 105(47), A 2517-A2518.
- Kelly, F., & Innes, A. (2013). Human rights, citizenship and dementia care nursing. *International Journal of Older People Nursing*, 8(1), 61-70.
- Kendall, J. (2009). Advocacy: Ein Weg zur Wahrung der Teilhabe des Rechts auf Selbstbestimmung. *DeSS orientiert*(1-1), 17-20.
- Kesselheim, H. (2013). Teilhabe alter Menschen - unrealisierte gesellschaftliche Herausforderung. *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge*, 93(6), 265-270.
- Kitwood, T. (2004). *Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen* (3. ed.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Klie, T., & Schuhmacher, B. (2008). Teilhabe sichern - Verantwortung teilen. *Altenheim*, 47(5), 18-22.
- Kreutzner, G. (2009). Advocacy im Licht des Inkrafttretens der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland - Eine neue Perspektive für die

- Verbesserung der Teilhabe von Menschen mit Demenz? *DeSS orientiert*(1-1), 23-24.
- Kronauer, M. (2010). *Exklusion. Die Gefährdung des Sozialen im hoch entwickelten Kapitalismus* (2 ed.). Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Kuhlmann, C. (2012). Der Begriff der Inklusion im Armuts- und Menschenrechtsdiskurs der Theorien Sozialer Arbeit - eine historisch-kritische Annäherung. In H.-J. Balz, B. Benz & C. Kuhlmann (Eds.), *Soziale Inklusion. Grundlagen, Strategien und Projekte in der Sozialen Arbeit* (pp. 35-57). Wiesbaden: Springer VS.
- Lindmeier, C. (2011). Heilpädagogik als Pädagogik der Teilhabe und Inklusion. In B.-u. F. H. (BHP) (Ed.), *Heilpädagogisch handeln - Mutig gegen Ausgrenzung! Bericht der 44. Bundesfachtagung des Berufs- und Fachverbandes Heilpädagogik e. V. vom 19.-21. November 2010*. Berlin: BHP Verlag.
- Lindner, R. (2010). Soziale Arbeit für Angehörige von demenzkranken Menschen. Systemtheoretische Beobachtungen aus der Praxis. *Neue Praxis*, 40(1), 70-95.
- Michell-Auli, P. (2013). Wertewandel als Kernbaustein der Quartiersentwicklung. *Pro Alter*, 45(3), 12-17.
- Nirje, B. (1994). Das Normalisierungsprinzip - 25 Jahre danach. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik*, 63(1), 12-32.
- Radzey, B. (2009). Involvement: Menschen mit Demenz einbinden und ihre Teilhabe sichern. *DeSS orientiert*(1-1), 7-16.
- Rohrmann, A. (2009). Teilhabe planen. Ziele und Konzepte kommunaler Teilhabeplanung. *Teilhabe*, 48(1), 18-25.
- Rohrmann, E. (2005). Zu Behinderungen des Rechts auf Teilhabe in der Sozialpolitik. In B. L. f. M. m. g. B. e. V., E. Wacker, I. Bosse, T. Dittrich, U. Niehoff, M. Schäfers, G. Wansing & B. Zalfen (Eds.), *Teilhabe. Wir wollen mehr als nur dabei sein*. Marburg: Lebenshilfe Verlag.
- Sander, A. (2003a). *Über Integration zur Inklusion. Entwicklungen der schulischen Integration von Kindern und Jugendlichen mit Sonderpädagogischem Förderbedarf auf ökosystemischer Grundlage am Beispiel des Saarlandes*. St. Ingbert: Röhrig Universitätsverlag.
- Sander, A. (2003b). Von Integrationspädagogik zu Inklusionspädagogik. *Sonderpädagogische Förderung*, 48(4), 313-329.
- Scherr, A. (2001). Soziale Arbeit als organisierte Hilfe in der funktional differenzierten Gesellschaft. In V. Tacke (Ed.), *Organisation und gesellschaftliche Differenzierung* (pp. 215-235). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Schmidt-Zadel, R. (2006, 14./15. November). *Begrüßung - politisches Handeln ist notwendig*. Paper presented at the Unsere Zukunft gestalten. Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz, Berlin.
- Schmidt, M., & Dworschak, W. (2011). Inklusion und Teilhabe. Gleichbedeutende oder unterschiedliche Leitbegriffe in der Sonder- und Heilpädagogik? *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 62(7), 269-280.
- Schott, H., & Tölle, R. (2006). *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*. München: Verlag C. H. Beck.
- Schuhmacher, B., & Klie, T. (2011). Die Pflegeoase als Alternative zum Einzel- oder Doppelzimmer für Menschen mit schwerer Demenz. *Informationsdienst Altersfragen*, 38(3), 11-16.
- Schuntermann, M. F. (2007). *Einführung in die ICF. Grundkurs, Übungen, offene Fragen* (2 ed.). Landsberg/ Lech: ecomed Medizin.

- Seifert, R. (2013). Eine Debatte Revisited: Exklusion und Inklusion als Themen der Sozialen Arbeit. *Zeitschrift für Inklusion-online.net*, 7(1).
- Stein, A.-D. (2008). Die Bedeutung des Inklusionsgedankens - Dimensionen und Handlungsperspektiven. In A. Hinz, I. Körner & U. Niehoff (Eds.), *Von der Integration zur Inklusion. Grundlagen - Perspektiven - Praxis* (pp. 74-90). Marburg: Lebenshilfe Verlag.
- Theunissen, G. (2012). *Lebensweltbezogene Behindertenarbeit und Sozialraumorientierung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Theunissen, G. (2013). Wohnen und Leben in der Gemeinde. In G. Theunissen (Ed.), *Empowerment und Inklusion behinderter Menschen. Eine Einführung in die Heilpädagogik und Soziale Arbeit* (pp. 371-468). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Wansing, G. (2005). *Teilhabe an der Gesellschaft. Menschen mit Behinderung zwischen Inklusion und Exklusion*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wansing, G. (2012). Der Inklusionsbegriff in der Behindertenrechtskonvention. In A. Welke (Ed.), *UN-Behindertenrechtskonvention mit rechtlichen Erläuterungen*. Berlin: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V.
- Wansing, G. (2013). Der Inklusionsbegriff zwischen normativer Programmatik und kritischer Perspektive. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 44(3), 16-27.
- Whitehouse, P. J., George, D. R., & Wißmann, P. (2011). Am Scheideweg. Die Zukunft der Alzheimer-Forschung. *Dr. med. Mabuse*, 36(191), 30-34.
- Wienberg, G. (2008). Gemeindepsychiatrie heute - Erreichtes, aktuelle Herausforderungen und Perspektiven. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 38(4), 2-13.
- Wißmann, P., & Gronemeyer, R. (2008). *Demenz und Zivilgesellschaft - eine Streitschrift*. Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag.
- Wocken, H. (2011). Zur Philosophie der Inklusion. Spuren, Eckpfeiler und Wegmarken der Behindertenrechtskonvention. *Teilhabe*, 50(2), 52-59.
- Zinke, C. (2009). Paradigmenwechsel: Inklusion als Menschenrecht. *Soziale Psychiatrie*, 33(4), 4-9.

