

Hochschule Merseburg
Fachbereich Soziale Arbeit.Medien.Kultur
Studiengang Soziale Arbeit



Die Achtung der Privatsphäre bei Menschen mit Unterstützungsbedarf in institutionalisierten Wohnformen

Bachelorarbeit zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Arts (B.A.)

Verfasserin: Stefanie Schreier.

Erstgutachter: Prof. Dr. Frederik Poppe

Zweitgutachter: Prof. Dr. Jörg Meier

Eingereicht am Donnerstag, den 15. August 2019

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	4
TABELLENVERZEICHNIS	5
1. EINLEITUNG	6
2. BEGRIFFSBESTIMMUNGEN	8
2.1 Behinderung – Beeinträchtigung – Unterstützungsbedarf	8
2.2 Privatsphäre – Intimsphäre – Privatheit	10
2.3 Institutionalisierte Wohnformen	11
3. RECHTLICHER RAHMEN	13
3.1 Grundrechte und Menschenrechte	13
3.2 UN-Behindertenrechtskonvention	14
3.3 BTHG – Das Bundesteilhabegesetz	16
3.4 Heimrecht	16
3.5 Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen	19
4. DIE BEDEUTUNG DER PRIVATSPHÄRE	20
4.1 Privatsphäre als Grundbedürfnis	20
4.1.1 Funktion der Privatsphäre	20
4.1.2 Wohnbedürfnisse	21
4.1.3 Privatsphäre und Autonomie	22
4.1.4 Privatsphäre und Intimität	23
4.2 Normalisierungsprinzip	23
4.3 Privatsphäre in Institutionen für Menschen mit Beeinträchtigungen	24
4.3.1 Historische Entwicklung des institutionellen Wohnens	25
4.3.2 Eingriffe in die Privatsphäre in Institutionen	25
4.3.3 Mögliche Folgen der Missachtung von Privatsphäre	26
4.4 Fallbeispiele	27
4.4.1 Heimexperiment von Raül Krauthausen	27
4.4.2 Studie zu Wohnräumen von Hendrik Trescher	30
4.4.3 Vergleich der Fallbeispiele	32

5.	FORDERUNGEN VON SELBSTVERTRETER*INNEN	34
5.1	Forderungen des People First Netzwerkes	34
5.2	Forderungen zur Teilhabe von Selbstvertreter*innen der Diakonie	35
5.3	Vergleich der Forderungen	36
6.	FAZIT	37
7.	LITERATURVERZEICHNIS	40
8.	ANHANG	44
8.1	Zitate zu den Fallbeispielen	44
8.2	Auszüge aus den Forderungen der Selbstvertreter*innen	50

Abkürzungsverzeichnis

AVPfleWoqG	Verordnung zur Ausführung des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes
BbgPBWoG	Brandenburgisches Pflege- und Betreuungswohngesetz
BGBI	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BIH	Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BTHG	Bundesteilhabegesetz
DIMR	Deutsches Institut für Menschenrechte
EMindBauVO	Einrichtungsmindestbauverordnung
GG	Grundgesetz
HeimMindBauV	Heimmindestbauverordnung
HGBP	Hessisches Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
LHeimBauVO	Landesheimbauverordnung
LWTG	Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe
NHeimG	Niedersächsisches Heimgesetz
PfleWoqG	Pflege- und Wohnqualitätsgesetz
SbStG	Selbstbestimmungsstärkungsgesetz
SbStG-DVO	Durchführungsverordnung zum Selbstbestimmungsstärkungsgesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB IX	Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen
SGB XII	Sozialhilfe
UN-BRK	Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen
UNO	United Nation Organization – Organisation der Vereinten Nationen
WHO	World Health Organization – Weltgesundheitsorganisation
WTG	Wohnteilhabegesetz Berlin
WTG	Wohn- und Teilhabegesetz Nordrhein-Westfalen
WTG-DVO	Durchführungsverordnung zum Wohn- und Teilhabegesetz
ZQP	Zentrum für Qualität in der Pflege

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Deutschlandweite gesetzliche Bestimmungen zur Privatsphäre in Heimen	16
Tabelle 2: Landesrechtliche Bestimmungen zur Privatsphäre in Heimen	17
Tabelle 3: Zitate aus Krauthausen (2016): Heimexperiment	44
Tabelle 4: Zitate aus Trescher (2017): Wohnräume als pädagogische Herausforderung. Institution A, Wohngruppe I, Seite 75-107 und 126-130	46
Tabelle 5: Zitate aus People First (2006): Nicht über uns, ohne uns!	50
Tabelle 6: Zitate aus Diakonie (2011): Redet mit uns, nicht über uns!	50

1. Einleitung

Auch zehn Jahre nach Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) (Aichele 2019: 14) leben in Deutschland immer noch knapp 200.000 Menschen mit Beeinträchtigungen bzw. Unterstützungsbedarf in institutionalisierten Wohnformen (BMAS 2016: 261). Dabei fordert die UN-BRK eine Deinstitutionalisierung (vgl. Aichele 2019: 20) dieser Wohnstrukturen. Ein wichtiger Punkt, der bisher in der Literatur wenig diskutiert wurde, ist die Bedeutung der Privatsphäre für Menschen mit Unterstützungsbedarf, da es in institutionalisierten Wohnformen „keine wirkliche Trennung zwischen privaten und öffentlichen Räumen“ (Trescher 2017: 169) gibt. Im Rahmen dieser Bachelorarbeit soll untersucht werden, welche Bedeutung die „Achtung der Privatsphäre“ (Art. 22 UN-BRK) (BMAS 2011: 32) in der Arbeit mit Menschen mit Unterstützungsbedarf in institutionalisierten Wohnformen hat.

Es kann angenommen werden, dass Menschen mit Unterstützungsbedarf in besonderem Maß anfällig für Eingriffe in die Privatsphäre sind, zum einen durch die Strukturen in Wohnheimen und die Überwachung, die dort stattfinden kann. Zum anderen führt die Angewiesenheit auf Hilfe in der Regel zu Eingriffen in die Privat- und Intimsphäre (vgl. Rothfritz 2010: 435).

Schon bei Bauer (1996: 30) werden die Schwierigkeiten im Forschungsprozess im Kontext des Privaten und der unweigerliche Eingriff in die Privatsphäre durch die empirische Forschungstätigkeit herausgestellt. Hierauf bezugnehmend wurde entschieden, dass im Rahmen dieser Bachelorarbeit ausschließlich eine Literaturrecherche und vorhandene Fallbeispiele zur Erarbeitung des Themas vorgenommen werden sollen. Dabei wurden Titel herangezogen, die sich allgemein mit der Bedeutung des Privaten befassen oder die sich mit den Lebensumständen von Menschen mit Beeinträchtigungen beschäftigen. Für die thematische Schnittstelle von Privatsphäre und Menschen mit Beeinträchtigungen konnten in der Recherche nur einige Quellen gefunden werden. Einer dieser Texte, der Artikel „Die Würde des Privaten“ von Hendrik Trescher (2015) gab den Ansatzpunkt zur Erarbeitung des Themas der vorliegenden Bachelorarbeit. Eine weitere Arbeit von Trescher (2017) über „Wohnräume als pädagogische Herausforderung“ kann als Hauptquelle angesehen werden.

Weitere wichtige Quellen waren Irmgard Bauers (1996) Studie zur „Privatsphäre der Patienten“, Erving Goffmans (1973) „Asyle“, Beate Rösslers (2001) „Der Wert des Privaten“ und Eva Beyvers et. al. (2017) „Räume und Kulturen des Privaten“. Zum Verständnis der Lebenssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen wurden Loeken & Windisch (2013), Fornefeld (2004 & 2009) sowie Theunissen (2007) berücksichtigt. Im Kontext Intimität und Sexualität wurden unter anderem die Artikel von Baab (2018) und Hollomotz (2009) herangezogen. Die Fallbeispiele finden sich bei Krauthausen (2016) und Trescher (2017), die Forderungskataloge bei People First (2006) und Diakonie (2011).

Basierend auf der Annahme, dass Privatsphäre zugleich ein Grundbedürfnis und daraus folgernd ein Grundrecht ist, soll untersucht werden, in welchem Maß dies auch für Menschen mit Unterstützungsbedarf zutrifft und inwieweit es ihnen zugestanden wird. Dazu wurden drei Forschungsfragen aufgestellt, die mittels der vorliegenden Bachelorarbeit beantwortet werden sollen. Dazu wurden eine Kernfrage (1) und zwei Unterfragen (2, 3) formuliert:

- (1) Welche Bedeutung hat die Achtung der Privatsphäre als Grundrecht für Menschen mit Unterstützungsbedarf in institutionalisierten Wohnformen?
- (2) In welchem Kontext finden Eingriffe in die Privat- und Intimsphäre von Bewohner*innen institutionalisierter Wohnformen aufgrund des Unterstützungsbedarfs der Betroffenen statt und wie werden diese wahrgenommen?
- (3) Welche Forderungen haben Menschen mit Unterstützungsbedarf in Bezug auf Selbstbestimmung ihrer Privat- und Intimsphäre?

Diese Fragen sollen innerhalb der vier Kapitel des Hauptteils beantwortet werden. Dazu sollen im zweiten Kapitel die Begriffe geklärt und definiert werden, die im Titel vorkommen. Im dritten Kapitel werden die rechtlichen Rahmenbedingungen in Deutschland und international zur Privatsphäre dargestellt. Das vierte Kapitel widmet sich dann unter anderem der ersten Forschungsfrage zur Bedeutung der Privatsphäre. Hierzu wird die Bedeutung für alle Menschen mit den verschiedenen Facetten des Privaten dargestellt. Anhand der Annahme des Normalisierungsprinzips sollen anschließend die Relevanz der Privatsphäre für Menschen mit Unterstützungsbedarf dargestellt werden und zudem Eingriffe und Folgen dieser aufgezeigt werden. Das Kapitel 4.4 widmet sich dann der zweiten Forschungsfrage, wobei durch die Fallbeispiele konkrete Eingriffe in die Privatsphäre aufgezeigt und ausgewertet werden. Das fünfte Kapitel befasst sich mit der Forschungsfrage 3 und zeigt anhand von zwei Forderungskatalogen von Selbstvertreter*innen ihre Veränderungswünsche zum Umgang mit der Privatsphäre in institutionalisierten Wohnformen auf.

Bisher gibt es noch keine vergleichbare Forschungsarbeit zur Bedeutung der Privatsphäre in Institutionen für Menschen mit Unterstützungsbedarf, wodurch die vorliegende Arbeit in eine Forschungslücke tritt, diese allerdings längst nicht schließen kann. Aufgrund des begrenzten Umfangs dieser Bachelorarbeit, liegt das Augenmerk zunächst in der Analyse der vorhandenen Literatur zur Privatsphäre und der Auswertung der Quellen hinsichtlich der Eingriffe und der Forderungen.

2. Begriffsbestimmungen

In diesem Kapitel sollen alle Begriffe, die im Titel vorkommen, definiert und dargelegt werden. Im ersten Unterkapitel werden zusätzlich zum Unterstützungsbedarf die Begriffe Behinderung und Beeinträchtigung erläutert, da dies die üblichen Bezeichnungen für den gemeinten Personenkreis sind.

2.1 Behinderung – Beeinträchtigung – Unterstützungsbedarf

Im Alltagsverständnis wird Menschen eine Behinderung zugeschrieben, bei denen die Beeinträchtigung direkt wahrgenommen wird. Das ist zum Beispiel bei Beeinträchtigungen der Sinne oder des Körpers sowie bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung der Fall. Menschen, die einen Rollstuhl benutzen, werden im öffentlichen Raum prototypisch mit der Kategorie „Behinderung“ in Verbindung gebracht (vgl. Röh 2018: 46).

Eine wissenschaftliche Definition für Behinderung findet sich bei Kastl:

„Behinderungen sind nicht terminierbare, negativ bewertete Abweichungen von generalisierten Wahrnehmungs- und Verhaltensanforderungen, die sich aus der Interaktion von körpergebundenen Relikten eines Schädigungsprozesses mit sozialen und außersozialen Lebensbedingungen ergeben.“ (Kastl 2017: 88)

Dies zeigt, dass Behinderung ein komplexes Phänomen ist, bei dem sowohl die Nichterfüllung einer gesellschaftlichen Erwartungshaltung, die damit verbundene negative Bewertung als auch die Umwelt- und sozialen Lebensbedingungen eine Rolle spielen. Die soziologische Sicht auf Behinderung wird als relational gesehen, wobei die Wahrnehmung und Bewertung der Abweichung entscheidend sind (vgl. Kastl 2017: 88).

Das Verhältnis von Individuum und sozialen Strukturen greifen auch die Disability Studies auf, ein interdisziplinärer Ansatz, der Überlegungen zur Kategorie Behinderung aus verschiedenen Fachrichtungen eingliedert. Hier wird unter anderem eine klare Abgrenzung zwischen Behinderung (engl.: disability) und Beeinträchtigung (engl.: impairment) vorgenommen. Die Behinderung wird dabei als gesellschaftliche Produktion der eigentlichen Beeinträchtigung angesehen (vgl. Theunissen 2007: 79). Nach diesem Verständnis sollen die Begriffe Behinderung und Beeinträchtigung in vorliegender Arbeit verwendet werden.

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Funktion, Disability and Health, ICF), die 2001 von der WHO (World Health Organisation) verabschiedet wurde, greift dieses Verständnis auf. Ihr liegt ein bio-psycho-soziales Verständnis zugrunde, das die Wechselwirkung der Faktoren Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe in den Blick nimmt. Diese werden wiederum beeinflusst von Umweltfaktoren und persönlichen Faktoren. Die Behinderung resultiert demnach aus

einer negativen Wechselwirkung zwischen der Beeinträchtigung einer Person und den Kontextfaktoren (vgl. Schlebrowski 2009: 25-27). Entsprechend dieses neuen Verständnisses wurde auch die Definition von Behinderung im Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – seit dem 01.01.2018 novelliert. In § 2, Absatz 1 SGB IX heißt es:

„¹Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. ²Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. ³Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.“

In der gesetzlichen Definition wird ebenso die Wechselwirkung hervorgehoben sowie eine zeitliche Dimension benannt und ermöglicht es dem betroffenen Personenkreis damit, sozialrechtliche Unterstützungsleistungen in Anspruch zu nehmen (vgl. Welti 2017: 88). Die Erneuerung der Definition 2016 (vgl. Röh 2018: 58) wurde im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes vorgenommen. Sie basiert auf der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) (vgl. Aichele 2019: 15, 21). Beide Gesetzestexte werden im dritten Kapitel erläutert.

In der vorliegenden Arbeit ist der Personenkreis der Menschen mit Unterstützungsbedarf bewusst weit gefasst. Gemeint sind Menschen, die aufgrund ihrer Beeinträchtigung und daraus resultierenden Behinderung einen Bedarf an Unterstützung haben (vgl. Theunissen 2007: 354), wodurch es zu Eingriffen in die Privatsphäre kommen kann. Es soll so kenntlich gemacht werden, dass es um die Interaktion zwischen einer unterstützungsbedürftigen und einer unterstützenden Person geht. Dabei wurde registriert, dass der Begriff Unterstützungsbedarf in der Regel vor allem im sonderpädagogischen Kontext (vgl. Ziemer 2016: 239) sowie bei Menschen mit schweren kognitiven Beeinträchtigungen und sogenanntem hohem oder komplexem Unterstützungsbedarf (vgl. Seifert 2016 & Urban 2016) verwendet wird. Im Folgenden sollen aber alle Menschen mit Beeinträchtigungen gemeint sein, die in ihrem Alltag Unterstützungsbedarf haben und diesen auch in Anspruch nehmen. Nicht betrachtet werden im Rahmen dieser Arbeit Personen, die beeinträchtigt sind und im Sinne des § 2, Absatz 1 SGB IX eine Behinderung haben, ihren Alltag aber ohne Unterstützung von anderen Menschen bewältigen können. Dieser Personenkreis ist in der Regel auch nicht auf die Unterbringung in einer institutionellen Wohnform angewiesen.

2.2 Privatsphäre – Intimsphäre – Privatheit

Trescher versteht unter Privatsphäre eine Intimität auf einer räumlich-sozialen Ebene, welche die Wahrung eines Rückzugsortes sicherstellen und insbesondere der Allgemeinheit nicht frei zugänglich sein soll. Darunter zählen auch Gespräche zwischen nahestehenden Menschen, die intim sind sowie der eigene Körper als Bereich der Privatsphäre (vgl. Trescher 2015: 138-139).

Rössler betont den Aspekt der Zugangskontrolle: „privat gilt etwas dann, wenn man selbst den Zugang zu diesem ‚etwas‘ kontrollieren kann. Und der Schutz des Privaten bedeutet dann, dass es ein Schutz ist vor unerwünschtem Zutritt anderer“ (Rössler 2001: 136).

Etymologisch betrachtet kommt privat aus dem Lateinischen mit dem Ursprungswort *privatus*, was *für sich stehend* oder *nicht öffentlich* bedeutet. Für die Partizip-Form *privare* finden sich die Bedeutungen *berauben*, *befreien* und *absondern* (vgl. Zanichella 2015: 95). Demnach versteht man unter etwas Privatem immer etwas Abgegrenztes zu anderen, zur Öffentlichkeit. Im allgemeinen Verständnis werden die eigenen vier Wände als private Räume wahrgenommen. Davon ausgehend entsteht eine Diskrepanz bei Bewohner*innen von öffentlichen Institutionen, wie einem sogenannten Wohnheim für Menschen mit Behinderungen, da sich hier die privaten Räume ebenfalls im öffentlichen Raum befinden (vgl. Beyvers et. al. 2017: 20).

Die meisten Autor*innen unterscheiden verschiedene Sphären oder Dimensionen und verwenden dafür teilweise unterschiedliche Begrifflichkeiten. Beyvers und Mitautor*innen gehen entsprechend eines rechtlichen Ansatzes von der Sphärentheorie aus, die die Räume nach dem Maß an Privatheit aufteilt in Intimsphäre, Privatsphäre und öffentliche Sphäre (vgl. Beyvers et. al. 2017: 23). Die Intimsphäre stellt dabei den „persönlichen und privaten Raum eines Menschen, eines Paares oder einer Kleingruppe“ (Wied & Warmbrunn 2003: 254-55) dar. Intimität wiederum meint den „Zustand von Vertrautsein weniger Menschen miteinander unter Ausschluss anderer“ (Wied & Warmbrunn 2003: 354).

Rössler geht von drei Dimensionen von Privatheit aus: informationelle Privatheit, dezisionale Privatheit und lokale Privatheit. Informationelle Privatheit meint den Umgang mit Daten und Informationen von einer Person. Mit dezisionaler Privatheit sind die privaten Entscheidungen und Handlungen einer Person gemeint. Und mit der lokalen Privatheit definiert Rössler die Privatheit des Wohnraums, was im allgemeinen Verständnis am weitesten an die Vorstellung von Privatsphäre herankommt (vgl. Rössler 2001: 25).

Trescher unterteilt das Private ebenfalls in drei Dimensionen: die Privatsphäre, die Privatheit und die Privatangelegenheit. Wie oben schon definiert wurde, versteht Trescher unter Privatsphäre Intimität innerhalb einer räumlichen Ebene, die einen Rückzugsort voraussetzt. Unter Privatheit ist der technische Aspekt der Privatsphäre gemeint, d.h. die Daten einer

Person und die Freiheit davon, dass diese überwacht und gesammelt werden. Die Privatangelegenheit als dritten Aspekt meint das private Selbstbestimmungsrecht und die persönlichen Entscheidungen und Handlungen einer Person (vgl. Trescher 2015: 138-141). Es konnte festgestellt werden, dass sich die Dimensionen bei Trescher und Rössler inhaltlich entsprechen. Deswegen sollen folgende Begriffspaare synonym verwendet werden: informationelle Privatheit & Privatheit, dezisionale Privatheit & Privatangelegenheit und lokale Privatheit & Privatsphäre.

Für die vorliegende Arbeit soll sich auf die Privatsphäre als eine Dimension des Privaten konzentriert werden, da die Privatsphäre sowohl den räumlichen als auch den intimen Aspekt beinhaltet, der insbesondere in Institutionen der sogenannten Behindertenhilfe eine wesentliche Rolle spielt und wo aufgrund des Unterstützungsbedarfes der Bewohner*innen Eingriffe stattfinden (können). Es gibt auch immer wieder Überschneidungen zwischen den Dimensionen, weswegen gegebenenfalls sowohl die Privatheit als auch die Privatangelegenheit betrachtet werden – insofern Eingriffe in institutionalisierten Wohnformen für Menschen mit Beeinträchtigungen stattfinden oder sich Forderungen der Selbstvertreter*innen darauf beziehen.

2.3 Institutionalisierte Wohnformen

Unter den institutionalisierten Wohnformen für Menschen mit Beeinträchtigungen sollen alle Angebote zum Wohnen gemeint sein, „die von bestimmten Einrichtungen oder Trägern der Behindertenhilfe angeboten werden, und deshalb in irgendeiner Form organisiert und institutionalisiert sind“ (Schlebowski 2009: 61).

Eine umfassende Untersuchung zu totalen Institutionen gibt es von Erving Goffman (1973), er definiert sie als „Wohn- und Arbeitsstätte einer Vielzahl ähnlich gestellter Individuen [...], die für längere Zeit von der übrigen Gesellschaft abgeschnitten sind und miteinander ein abgeschlossenes, formal reglementiertes Leben führen“ (Goffman 1973: 11). Als Beispiele dafür nennt Goffman u.a. Gefängnisse und psychiatrische Kliniken (vgl. ebd.). Er unterteilt totale Institutionen in fünf Gruppen (vgl. Goffman 1973: 16), wobei Wohneinrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen zu den Fürsorgeinstitutionen gezählt werden können (vgl. Trescher 2017: 29). Von Goffman werden zudem die Merkmale für totale Institutionen genannt. Als erster Punkt wird aufgeführt, dass „alle Angelegenheiten des Lebens [...] an ein und derselben Stelle, unter ein und derselben Autorität“ (Goffman 1973: 17) stattfinden. Eine Trennung zwischen Arbeit, Freizeit und Hobby ist demnach nicht gegeben. Zweites Merkmal ist, dass die Mitglieder permanent von einer Gruppe von Schicksalsgenoss*innen umgeben sind und alle gleich behandelt werden; drittens, dass es eine genaue zeitliche Planung gibt, die vom System von oben vorgegeben wird und viertens; dass die erzwungenen Tätigkeiten mit den offiziellen Zielen der Institution begründet werden (vgl. Goffman 1973: 17).

Dies führt dazu, dass innerhalb der Institution eine Art Parallelgesellschaft entsteht, in der die Individualität und Selbstbestimmung der Mitglieder stark eingeschränkt wird. Zudem führt Goffman an, dass mit dem Eintreten in die totale Institution auch die Rolle des Insassen dieser Einrichtung übernommen wird und die Person zum Bestandteil der Institution selbst wird (vgl. Trescher 2017: 31-32). Nur noch wenige Wohneinrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen erfüllen alle Merkmale einer totalen Institution, dennoch weisen die meisten Wohneinrichtungen Strukturmerkmale der eben beschriebenen Idealtypen auf.

Als institutionalisierte Wohnformen sollen hier neben den klassischen Komplexeinrichtungen auch gemeindenahe Wohnheime, betreute Wohngruppen und Außenwohngruppen gelten. In der Literatur findet sich für Komplexeinrichtung auch der Begriff Anstalt, der ab Mitte des 19. Jhd. für große Einrichtungen verwendet wurde (vgl. Thesing 2009: 78). Heute versteht man unter einer Komplexeinrichtung einen Verbund für 100 bis 1.000 Menschen, der deren Bewohner*innen ein Komplettangebot für die Lebensbereiche Wohnen, Arbeit und Freizeit bietet (vgl. Schlebowski 2009: 62). Gemeindenahe Wohnformen sind in der 1970er Jahren entstanden. Sie unterschieden sich von Komplexeinrichtungen durch geringere Bewohner*innenzahlen, eine Anbindung an die Gemeinde und durch die Trennung von Wohnen, Arbeiten und Freizeit bzw. Therapie. Zwischen beiden Einrichtungen gibt es Übergänge und Mischformen (vgl. Fornfeldt 2004: 142). Ein weiterer Typ ist die betreute Wohngruppe. Hier leben maximal sechs Personen in einer eigenständigen Mietwohnung, die Unterstützung durch Mitarbeiter*innen erhalten, allerdings mit geringerem Hilfebedarf. Dies fordert von den Bewohner*innen ein erhöhtes Maß an Verantwortung und kann somit nur von einem bestimmten Teil der Menschen mit Beeinträchtigungen in Anspruch genommen werden. Nach außen wird diese Wohnform eher selten als Institution wahrgenommen (vgl. Schlebowski 2009: 65). Außenwohngruppen ähneln in ihrer Struktur den betreuten Wohngruppen, sind allerdings immer an eine größere Einrichtung angekoppelt. Auch hier gibt es eine Trennung von Wohnen und Arbeit (vgl. Schlebowski 2009: 65).

Allen eben erläuterten Wohnformen ist gemeinsam, dass sie feste Rollenstrukturen zwischen Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen aufweisen. Zwischen Ihnen gibt es keine Mobilität und starre hierarchische Machtverhältnisse (vgl. Thesing 2009: 133). In einem eigentlich privaten Raum des Wohnens sind die Bewohner*innen aufgrund ihres Unterstützungsbedarfes auf die Betreuung durch externes Personal angewiesen, was ihnen zwangsläufig ein gewisses Maß an Privatsphäre nimmt.

3. Rechtlicher Rahmen

Privatsphäre wird oft dargelegt als das „Recht, alleine gelassen zu werden“ (Warren & Brandeis 1984, zit. nach Rössler 2001: 34) und auch Bauer betont, dass eine Definition meist über das Recht auf Privatsphäre und das „Recht, in Ruhe gelassen zu werden“ (Ernst & Schwartz 1962, zit. nach Bauer 1996: 21) begründet wurde. Wo die Privatsphäre als Recht verankert ist und welche besonderen Bestimmungen es für Menschen mit Unterstützungsbedarf gibt, soll im folgenden Kapitel dargestellt werden.

3.1 Grundrechte und Menschenrechte

Die Grundrechte sind in der Bundesrepublik Deutschland im ersten Abschnitt des *Grundgesetzes* aufgeführt. Auf ihnen basiert unsere freiheitlich-demokratische Grundordnung. Die Grundrechte sind vor allem „Abwehrrechte des Bürgers gegen den Staat“ (Weis 1989: 1), schützen ihn vor staatlichen Eingriffen und begrenzen damit die staatliche Macht (vgl. ebd.). Im Art. 1 GG (Grundgesetz) ist der Schutz der Menschenwürde fundiert, sie unterstreicht die Freiheit der menschlichen Persönlichkeit als höchsten Wert in der Gesellschaft und schreibt jedem Menschen in der Gemeinschaft einen sozialen Wert- und Achtungsanspruch zu (vgl. Weis 1989: 4).

„Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.“ (Art. 2, Abs. 1 GG)

Dieser zweite Artikel des Grundgesetzes „schützt den Kernbereich der privaten Lebensgestaltung“ und die „allgemeine Handlungsfreiheit“ (Weis 1989: 9). Da die Intimsphäre als Kernbereich der menschlichen Existenz angesehen wird, schützt dieses Gesetz die Sphäre der privaten Lebensgestaltung und soll damit jedem/ jeder Bürger*in ermöglichen seine/ ihre Individualität zu wahren und zu entwickeln (vgl. Weis 1989: 11).

Durch Art. 13 GG wird insbesondere der Ort, der im Allgemeinen mit Privat- und Intimsphäre verbunden wird, geschützt. Hier heißt es: „Die Wohnung ist unverletzlich.“ (Art. 13, Abs. 1 GG). Der Gedanke dahinter ist, dass es einen Ort geben soll, an dem man sich ungestört zurückziehen kann und der grundsätzlich frei von staatlichen Eingriffen ist. Durchsuchungen können nur aufgrund gesetzlich vorgeschriebener Voraussetzungen vorgenommen werden und müssen grundsätzlich durch einen Richter angeordnet werden (vgl. Metzner 2017).

In der Erläuterung wird explizit erklärt, dass hierbei auch ein Hotelzimmer oder ein Zimmer im Seniorenwohnheim gemeint sein kann und somit geschützt ist (vgl. Metzner 2017). Deswegen betrifft der Art. 13 GG auch institutionelle Wohnformen für Menschen mit Unterstützungsbedarf.

International gilt die *Erklärung der allgemeinen Menschenrechte*, die durch die Vereinten Nationen (United Nation Organisation, UNO) 1948 verabschiedet wurde, als Basis der allgemein anerkannten Grundrechte. Die Grundsätze der Universalität, d.h. dass sie für jeden Menschen gelten, und der Unteilbarkeit, d.h. dass sie für jeden in der Gesamtheit gelten, können als Kernmerkmale angesehen werden. Trotz dieser Universalität wurden von der UNO verschiedene zusätzliche Menschenrechtskonventionen wie die Antifolterkonvention von 1984 und die Kinderrechtskonvention im Jahr 1989 verabschiedet. Sie bauen auf der ursprünglichen Erklärung auf und sollen eine bestimmte diskriminierte Gruppe besonders in den Fokus rücken (vgl. Bielefeldt 2009: 13) und bekräftigen, dass ihnen dieselben Rechte wie allen anderen Menschen zustehen.

Mit diesem Grundgedanken wurde auch die „UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ (Bielefeldt 2009:4) verabschiedet, die im folgenden Kapitel betrachtet werden soll.

3.2 UN-Behindertenrechtskonvention

Die *Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen der Vereinten Nationen*, verkürzt auch bekannt als UN-Behindertenrechtskonvention oder UN-BRK, wurde 2006 von der Generalversammlung der UNO beschlossen und trat 2009 in Deutschland in Kraft (vgl. Aichele 2019: 14). Sie stellt die universellen Rechte der Menschenrechtskonvention aus dem Blickwinkel der Menschen mit Beeinträchtigungen dar und konkretisiert die Verpflichtungen des Staates für ihren Schutz.

Von einer Politik der Fürsorge soll der Wandel zu einer Politik der Rechte eingeläutet werden. Basierend auf dem neuen Behinderungsbegriff der ICF werden die strukturellen Behinderungen für Menschen mit Beeinträchtigungen in den Blick genommen. Mit dem Ziel der vollen gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft sollen die Barrieren abgebaut werden. Die Umsetzung der UN-BRK wird in Deutschland durch eine Monitoring-Stelle, das Deutsche Institut für Menschenrechte (DIMR) in Berlin, überwacht (vgl. Aichele 2010: 13-18).

Bezüglich des Wohnens verpflichtet die UN-BRK die Staaten klar zu einer Deinstitutionalisierung. Institutionalisierte Wohnformen sollen schrittweise abgebaut werden. Dafür sollen andere Wohnformen, die mehr Selbstständigkeit und eine unabhängige Lebensführung ermöglichen, geschaffen werden. In Artikel 19 – „Unabhängige Lebensführung und die Einbeziehung in die Gemeinschaft“ – (BMAS 2011: 31) ist das Recht festgeschrieben, dass sich Menschen mit Beeinträchtigungen ihren Wohnort sowie ihre Wohnform frei und selbstbestimmt wählen können (vgl. Aichele 2019: 16).

In Artikel 22 der UN-BRK wird die „Achtung der Privatsphäre“ explizit erwähnt – hier steht:

„(1) Menschen mit Behinderungen dürfen unabhängig von ihrem Aufenthaltsort oder der Wohnform, in der sie leben, keinen willkürlichen oder rechtswidrigen Eingriffen in ihr Privatleben, ihre Familie, ihre Wohnung oder ihren Schriftverkehr oder andere Arten der Kommunikation oder rechtswidrigen Beeinträchtigungen ihrer Ehre oder ihres Rufes ausgesetzt werden. Menschen mit Behinderungen haben Anspruch auf rechtlichen Schutz gegen solche Eingriffe oder Beeinträchtigungen.

(2) Die Vertragsstaaten schützen auf der Grundlage der Gleichberechtigung mit anderen die Vertraulichkeit von Informationen über die Person, die Gesundheit und die Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen.“ (BMAS 2011: 32)

Unter Achtung versteht man dabei die Verpflichtung des Staates, die einzelnen Personen nicht an der Ausübung ihrer Menschenrechte zu hindern (vgl. Großmann 2013: 7). Zudem werden im Gesetz die einzelnen Teilbereiche Privatleben, Familie, Wohnung Schriftverkehr und andere Arten der Kommunikation sowie Ehre und Ruf genannt, die durch den Artikel unter Schutz gestellt werden. Im Absatz 2 wird zudem der Datenschutz als Teilbereich des Privaten explizit dargelegt (vgl. Rothfritz 2010: 436).

Der Begriff Privatleben wurde dabei aus dem Englischen *privacy* übersetzt und man versteht darunter „eine Vielfalt nicht-öffentlicher Bereiche [...] in denen ein Mensch unbehelligt von äußeren Einflüssen sein Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit“ (Großmann 2013: 225) wahrnehmen kann.

Artikel 22 ist zum einen ein Abwehrrecht gegen staatliche Eingriffe und zum anderem eine Schutzverpflichtung des Staates, die betroffenen Personen vor Eingriffen Dritter zu schützen. Dabei sind insbesondere rechtswidrige und willkürliche Eingriffe gemeint. Die Rechtswidrigkeit bezieht sich dabei auf die Gesetze des jeweiligen Landes. Darüber hinaus muss dieses Recht mit der Konvention im Einklang stehen (vgl. Rothfritz 2010: 437).

Des Weiteren steht im Artikel, dass dieses Recht unabhängig von ihrem Aufenthaltsort oder der Wohnform gilt, in der die Personen leben. So soll sichergestellt werden, dass auch Menschen, die in Institutionen wie Wohnheimen oder stationären Einrichtungen leben, dieses Recht zugestanden wird (vgl. Großmann 2013: 225). „Zugleich wird auf diese Weise der historischen Erfahrung Rechnung getragen, dass gerade in Institutionen die Privatsphäre von Menschen mit Behinderungen in vielfältiger Weise verletzt wurde (und übrigens immer noch wird)“ (Großmann 2013: 225). Die Verpflichtung zur *Achtung der Privatsphäre* ist primär an den Gesetzgeber der Vertragsstaaten gerichtet, die den Schutz in den einzelnen Teilbereichen sicherstellen sollen (vgl. Großmann 2013: 228). In Deutschland wurde basierend auf der UN-BRK das Bundesteilhabegesetz (BTHG) verabschiedet, was im Folgenden beleuchtet werden soll.

3.3 BTHG – Das Bundesteilhabegesetz

Das Bundesteilhabegesetz stellt eine Reform der Eingliederungshilfe dar und wurde 2016 bekanntgegeben. In mehreren Reformstufen von 2017 bis 2023 wurde und wird insbesondere das SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) verändert. Die Eingliederungshilfe wird dabei aus dem SGB XII (Sozialhilfe) aus- und ins SGB IX eingliedert. Damit soll sie aus dem Fürsorgesystem herausgelöst werden und die Leistungen zum Lebensunterhalt klar von der Eingliederungshilfe getrennt werden (vgl. BIH 2018: 177-178). Der Paradigmenwechsel, der mit der UN-BRK eingeläutet wurde, soll den Anspruch auf Fürsorgeleistungen ablösen hin zu einem Rechtsanspruch auf Autonomie und volle Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (vgl. Rosemann & Konrad 2017: 14). Mit dem BTHG soll zudem die „Institutionsorientierung der Eingliederungshilfe überwunden“ (Rosemann & Konrad 2017: 16) werden. Da die Eingliederungshilfe nun nicht mehr von der Wohnform abhängig sein wird, soll die Unterstützung personenzentrierter werden. Die Regelungen zur Trennung von Wohnen und Unterstützungsleistungen treten zum 01. Januar 2020 in Kraft, wodurch sich die Auswirkungen erst in den kommenden Jahren zeigen werden (vgl. Aichele 2019: 21). Da das BTHG vorrangig eine Zuständigkeitsveränderung vorsieht und als Ziel zudem die Senkung der Kosten in der Eingliederungshilfe gesetzt wurde (vgl. Heinisch 2017: 137), bleibt offen, ob die Reform positiven Einfluss auf die Autonomie und insbesondere den Umgang mit der Privatsphäre der betroffenen Personen haben wird.

3.4 Heimrecht

Zum Heimrecht zählen alle Gesetze, die deutschlandweit oder auf Bundesländerebene die Vorgaben für Heime regeln. Als Heime gelten Einrichtungen, die ältere, pflegebedürftige und beeinträchtigte Volljährige aufnehmen, ihnen Wohnraum überlassen und für Betreuung sowie Verpflegung sorgen (vgl. Deinert 2012: 31). Diese sollen hier bezüglich der Privatsphäre untersucht werden.

Tabelle 1: Deutschlandweite gesetzliche Bestimmungen zur Privatsphäre in Heimen

Land	gesetzliche Bestimmung	Bestimmungen zur Privatsphäre	
Deutschland	HeimMind-BauV ¹	§ 2	alle Zimmer von einem Flur erreichbar (vgl. Deinert 2012: 59)
		§ 10	Badewannen und Duschen in Gemeinschaftsanlagen benötigen Sichtschutz (vgl. ebd.: 60)
		§ 14	Zimmer für eine Person: 12m ² Zimmer für zwei Personen: 18m ² Zimmer für mehr als zwei Personen nur in Ausnahmen Zimmer für vier Personen unzulässig (vgl. ebd.: 61)

¹ Heimmindestbauverordnung

Als deutschlandweites Gesetz gilt die Heimmindestbauverordnung. Laut dieser ist es nicht vorgesehen, dass Bewohner*innen eines Heims das Recht auf Einzelzimmer haben. Lediglich Quadratmeterangaben und eine maximale Zulässigkeit von drei Personen pro Zimmer sind festgelegt. Wenn diese rechtliche Grenze in einer Wohneinrichtung für Menschen mit Beeinträchtigungen ausgereizt wird, kann eine Achtung der Privatsphäre nicht gewährleistet werden. „Ein Zimmer für sich alleine“ (Rössler 2001: 260) ist aber unabdingbar, um Privatsphäre ausleben zu können. Elf Bundesländer haben in ihren landesrechtlichen Regelungen zusätzliche Gesetze verankert, die das Recht auf Privatsphäre darüber hinaus schützen.

Tabelle 2: Landesrechtliche Bestimmungen zur Privatsphäre in Heimen

Bundesland	gesetzliche Bestimmung	Bestimmungen zur Privatsphäre
Baden-Württemberg	LHeimBauVO ²	§ 1 Recht auf geschützte Privat- und Intimsphäre § 3 Einzelzimmer vorgeschrieben (vgl. Deinert 2012: 114-115)
Bayern	PfleWoqG ³	§ 1 Würde schützen, Selbstständigkeit fördern (vgl. ebd. 119)
	AVPfleWoqG ⁴	§ 4 angemessener Anteil der Wohnplätze soll als Einzelwohnplätze ausgestaltet sein, max. zwei Personen in einem Zimmer (vgl. ebd.: 140) § 5 bei zwei Personen pro Zimmer soll Abschiedsraum vorgehalten werden (vgl. ebd.: 141)
Berlin	WTG ⁵	§ 11 Wahrung der Privatsphäre wird gewährleistet (vgl. ebd.: 192)
Brandenburg	BbgPBWoG ⁶	§ 15 Wunsch nach Einzelzimmer soll entsprochen werden (vgl. ebd.: 224)
Bremen	Keine zusätzliche Bestimmung zur Privatsphäre	
Hamburg	Keine zusätzliche Bestimmung zur Privatsphäre	
Hessen	HGBP ⁷	§ 9 Intimsphäre, Selbstständigkeit und Selbstbestimmung sollen insbesondere bei Menschen mit Behinderungen unter Achtung der Menschenwürde gewährleistet werden (vgl. ebd.: 343)
Mecklenburg-Vorpommern	EMindBauVO ⁸	§ 3 Individuellen Bedürfnis nach Einzelzimmer wird Rechnung getragen (vgl. ebd.: 337)
Niedersachsen	NHeimG ⁹	§ 6 Wunsch nach Einzelzimmer soll möglichst Rechnung getragen werden (vgl. ebd.: 396)

² Landesheimbauverordnung

³ Pflege- und Wohnqualitätsgesetz

⁴ Verordnung zur Ausführung des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes

⁵ Wohnteilhabegesetz

⁶ Brandenburgisches Pflege- und Betreuungswohngesetz

⁷ Hessisches Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen

⁸ Einrichtungsmindestbauverordnung

⁹ Niedersächsisches Heimgesetz

Nordrhein-Westfalen	WTG ¹⁰	§ 1 Privat- und Intimsphäre sollen geschützt werden (vgl. ebd.: 406), § 14 Wohnqualität soll sich an Bedürfnissen orientieren – u.a. Privatsphäre (vgl. ebd.: 414)
	WTG-DVO ¹¹	§ 2a Anteil der Einzelzimmer mind. 80 % (vgl. ebd.: 425)
Rheinland-Pfalz	LWTG ¹²	§ 1 Würde, Privat- und Intimsphäre achten (vgl. ebd.: 436) § 15 bei Besuch ist der Schutz der Privatsphäre zu berücksichtigen (vgl. ebd.: 447)
Saarland	Keine zusätzliche Bestimmung zur Privatsphäre	
Sachsen	Keine zusätzliche Bestimmung zur Privatsphäre	
Sachsen-Anhalt	Keine zusätzliche Bestimmung zur Privatsphäre	
Schleswig-Holstein	SbStG ¹³	§ 1 Schutz der Würde und Privatheit (vgl. ebd.: 537)
	SbStG-DVO ¹⁴	§ 3 Anteil der Einzelzimmer mind. 75 %, eigenes Bad für jedes Zimmer, jede*r eigenes abschließbares Fach, für Krisenfälle mind. ein Einzelzimmer vorhalten (vgl. ebd.: 557)
Thüringen	Keine zusätzliche gesetzliche Bestimmung	

In sechs Bundesländern gibt es über die Bestimmungen der HeimMindBauVO keine zusätzlichen Regelungen zur Privatsphäre hinaus. Demgegenüber erwähnen sechs Bundesländer in ihren Gesetzen die Würde, Privat- und/oder Intimsphäre als abstrakte Kategorien, die es zu schützen gilt. Sechs weitere Bundesländer bestimmen konkret die Situation der Einzelzimmer und benennen entweder den Anteil, der bereit gestellt werden soll (Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein) oder den Auftrag, dass einem Wunsch nach Einzelzimmer entsprochen werden soll (Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen). Lediglich ein Bundesland, Baden-Württemberg schreibt Einzelzimmer für jede*n Bewohner*in vor. Damit setzte diese Landesheimbauverordnung Maßstäbe und kann als Vorbild gelten (vgl. Wortmann 2011). Diesem Vorreiter war zum Stand der verwendeten Literatur noch kein weiteres Bundesland gefolgt (Rechtsstand: September 2012).

¹⁰ Wohn- und Teilhabesetz

¹¹ Durchführungsverordnung zum Wohn- und Teilhabegesetz

¹² Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe

¹³ Selbstbestimmungsstärkungsgesetz

¹⁴ Durchführungsverordnung zum Selbstbestimmungsstärkungsgesetz

3.5 Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen

Die augenscheinlichen Missstände werden insbesondere in den Pflegewissenschaften schon länger diskutiert, zumal durch die intensive pflegerische Tätigkeit die Intimsphäre und somit auch die Privatsphäre der Betroffenen häufiger verletzt werden muss. Um dem entgegen zu wirken, wurde 2006 die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen veröffentlicht (vgl. BMFSFJ 2018: 3).

Artikel 3 dieser Charta widmet sich explizit der Privatheit:

„Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wahrung und Schutz seiner Privat- und Intimsphäre.“ (BMFSFJ 2018: 12)

In der Kommentierung heißt es dazu unter anderem, „dass Personen, die Ihre Räume betreten wollen, klingeln oder anklopfen und Ihre Antwort abwarten“ (ebd.: 12) sollen. Die Betroffenen können „bestimmen, wer Ihre Räume betritt“ (ebd.: 12) und sie können „jederzeit Besuch empfangen oder abweisen“ (ebd.: 12). Zudem soll den Betroffenen „einige Zeit allein“ (ebd.: 12) zugestanden werden und ihnen ermöglicht werden, „ungestört kommunizieren zu können – auch wenn Sie in einer Einrichtung leben und nicht über ein Einzelzimmer verfügen“ (ebd.: 12). Zudem sollte die Einrichtung auch persönliche Gegenstände enthalten und „Wertgegenstände sicher verwahren können, zum Beispiel in einem abschließbaren Schrank“ (ebd.: 13). Bei der Pflege sollten „ihre Intimsphäre und persönlichen Schamgrenzen“ (ebd.: 13) beachtet werden. Dies sind die Erläuterungen, die sich auf die lokale Privatheit beziehen. Auch zum Datenschutz und zum Briefgeheimnis gibt es in der Kommentierung genauere Erklärungen. Da der Fokus der Arbeit auf der Privatsphäre liegt, sollen diese Themen hier aber nicht explizit betrachtet werden.

In einem Artikel, zehn Jahre nach Erstveröffentlichung der Pflege-Charta heißt es, dass sie praktische Relevanz erlangt hat und in Gesetze eingegangen ist (vgl. Sulmann 2011: 287). Allerdings zeigte eine Studie des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP), dass nur 58 % der Pflegeanbieter die Charta kennen, nach Aussagen der Mitarbeiter*innen in 23 % der Fälle die Rechte der Pflegebedürftigen missachtet werden und zu 39 % die Privatsphäre der Betroffenen missachtet wird. Mit einer weiteren Verbreitung der Charta soll nun die Umsetzung der Rechte in der Praxis vorangetrieben werden (vgl. Sulmann 2011: 291-293).

4. Die Bedeutung der Privatsphäre

Im europäischen Kulturkreis spielt Individualität eine große Rolle und es ist unüblich geworden, sehr nah mit anderen Menschen zusammenzuleben (vgl. Thesing 2009: 169). Daher wird laut Beyvers et. al. (2017: 4) „die räumliche Dimension des Privaten [...] so gesehen zu einem Eckpfeiler der abendländischen Philosophie des Subjekts“.

Dieser These folgend soll in diesem Kapitel zunächst die Bedeutung der Privatsphäre für alle Menschen begründet werden. Unter Bezugnahme des Normalisierungsprinzips sollen dann diese Bedürfnisse auf Menschen mit Beeinträchtigungen bzw. Unterstützungsbedarf übertragen und Abweichungen bzw. Eingriffe in die Privatsphäre anhand von Fallbeispielen herausgearbeitet werden.

4.1 Privatsphäre als Grundbedürfnis

Wie im vorangegangenen Kapitel gezeigt werden konnte gilt die Privatsphäre sowohl weltweit als auch national als Grundrecht, das durch das Grundgesetz oder internationale Konventionen geschützt ist. In diesem Abschnitt soll nun erörtert werden, dass die Privatsphäre nicht nur ein Grundrecht, sondern auch ein Grundbedürfnis von Menschen ist (vgl. Bauer 1996: 59). Ein Bedürfnis ist ein Mangelgefühl, das auf physischer, psychischer oder soziokultureller Ebene besteht und einen Spannungszustand verursacht, der durch Befriedigung aufgehoben werden kann. Grundbedürfnisse sind dabei die elementaren, naturgegebenen Bedürfnisse nach Luft, Nahrung, Schlaf, Sexualität und Schutz (vgl. Burmeister 2017: 84).

Bei Maslow befinden sich diese Grundbedürfnisse vorrangig auf der untersten Ebene seiner Bedürfnispyramide. Auf der nächsthöheren Ebene ist die Sicherheit angesiedelt sowie das Bedürfnis nach Angstfreiheit und Behaglichkeit (vgl. Gerrig & Zimbardo 2008: 420-421). Hier kann auch das Bedürfnis nach einem sicheren Wohnraum und einer Rückzugsmöglichkeit angesiedelt werden. Im Folgenden soll gezeigt werden, wie die Privatsphäre diese Funktion erfüllt.

4.1.1 Funktion der Privatsphäre

Die Funktion der Privatsphäre als Möglichkeit eines Rückzugsortes (vgl. Trescher 2017: 9) wurde bereits im Kapitel 2 benannt. Des Weiteren konnte als Kernfunktion der Schutz vor der Öffentlichkeit herausgearbeitet werden. Das Private ermöglicht, dass Personen in einem abgegrenzten Raum tun können, was sie wollen. Ihnen wird die Möglichkeit gegeben, sich anderen Personen nur so zu zeigen, wie sie wollen, und nur das preiszugeben, was sie wollen. Die Privatsphäre ermöglicht es demnach, sich ungestört zu sich selbst zu verhalten (vgl. Rössler 2001: 142).

Hier kann Selbstdefinition und Selbstdarstellung stattfinden, zudem können sich Individuen von Rollen ausruhen oder soziale Rollen im geschützten Umfeld erproben (vgl. ebd.: 259-263). Damit kann auch die Entwicklung der Persönlichkeit durch den Schutz der Privatsphäre ermöglicht werden (vgl. ebd.: 132). Darüber hinaus werden in privaten Räumen intime Beziehungen geschützt (vgl. ebd.: 132) und Sozialität sowie Vertrautheit können ausgelebt werden (vgl. Trescher 2017: 9).

Bauer nennt vier Funktionen der Privatsphäre: Persönliche Autonomie, Emotionale Befreiung, Selbstevaluierung sowie eingeschränkte und geschützte Kommunikation. Die *Autonomie* ist die Fähigkeit des Individuums, nicht von anderen dominiert zu werden und die eigene Einzigartigkeit zu erkennen und zu vertreten. Die Funktion *emotionale Befreiung* kann in Bezug zum Ausruhen von der Selbstdarstellung gesehen werden und meint zudem die Abwesenheit des gesellschaftlichen Drucks und die Möglichkeit, innerhalb der eigenen vier Wände emotionalen Druck ablassen zu können. Die *Selbstevaluierung* beschreibt die Funktion, Erfahrungen zu verarbeiten, Abstand zu gewinnen und neue Perspektiven innerhalb privater Räume zu erlangen. Der letzte Punkt der *eingeschränkten und geschützten Kommunikation* meint den Austausch von vertraulichen und intimen Informationen, auch mit bestimmten Berufsgruppen wie Ärzt*innen oder Anwäl*innen (vgl. Bauer 1996: 23-24).

Rössler verweist zudem auf den dystopischen Roman 1984 von George Orwell, der zeigt, was passiert, wenn ein absoluter Mangel an Privatsphäre vorherrscht. In dem totalitären Staat, der in dem Buch regiert, ist eine totale Überwachung aller Bürger*innen gegeben. Die Hauptfigur entdeckt eine unüberwachte Ecke im Raum, beginnt hier ein Tagebuch zu schreiben und notiert ihre Gedanken, für einen Moment frei von Beobachtung und Kontrolle. Erst dadurch ist ihr eine Auseinandersetzung mit sich selbst möglich und somit eine Selbstdefinition, eine Selbsterfindung (vgl. Rössler 2001: 263-265). Diese kurze Romaninterpretation zeigt die Kernfunktion der Privatsphäre: sie schützt die Unverletzlichkeit einer Person und ist damit Kern der Demokratie (vgl. ebd.: 134).

4.1.2 Wohnbedürfnisse

Wie gezeigt wurde ist die Privatsphäre eng an das Wohnen gekoppelt und demnach soll nun der Fokus auf das Wohnen und die Bedürfnisse, die damit verbunden sind, gelegt werden.

„Das Wohnen ist auf das Grundbedürfnis des Menschen gerichtet, ‚einen ruhenden und ordnenden Eigenbereich in der immer wieder chaotischen Umwelt als Ort zum Leben zu haben, einen Ort, von dem aus die Welt überschaubar wird, wo man wieder zu sich selbst kommt, wo man sich in den eigenen vier Wänden sicher fühlen kann, wo sich Leben nach eigenen Maßstäben leben und ordnen lässt, wo ein hohes Maß an Möglichkeiten für selbstbestimmtes Leben vorfindet, ohne dieses gegenüber anderen verteidigen zu müssen, wo man nicht hilflos anderen ausgeliefert ist.“ (Speck 1998: 22, zit. nach Fornefeld 2004: 134-135)

Dieses Zitat zeigt, wie sehr beim Wohnen die Bedürfnisse nach Geborgenheit, Sicherheit, Entfaltung der eigenen Persönlichkeit, Selbstverwirklichung und selbstbestimmter Gestaltung des Zusammenlebens mit anderen verbunden sind (vgl. Loeken & Windisch 2013: 61). Voraussetzung hierfür ist die Privatsphäre.

Etymologisch betrachtet hat *Wohnen* etwas mit Gewohnheit zu tun und ursprünglich mit *zufrieden sein* und *Wohlbehagen empfinden* (vgl. Fornefeld 2004: 134). Daraus folgt, dass mit dem Wohnen ein Gefühl des Hingehörens verbunden sein sollte, was auch eine gewisse Aneignung des Raums und eine Gestaltung von Raum bedingt (vgl. Trescher 2017: 21). Zusammenfassend können zwei Wohnbedürfnisse als Kern erfasst werden: zum einen die Schutzfunktion, um privaten Freiraum zu ermöglichen und zum anderen die Vergemeinschaftung innerhalb dieser Räume, um so soziale und kommunikative Bedürfnisse ausleben zu können (vgl. Trescher 2017: 21-22).

4.1.3 Privatsphäre und Autonomie

„Autonom ist eine Person, wenn sie sich mit ihren handlungsleitenden Wünschen, mit ihren Zielen und Projekten authentisch identifizieren, wenn sie diese Ziele auch verfolgen kann, wenn sie im Prinzip darauf reflektiert, wie sie leben will, welche Person sie sein will, und dann auch so lebt und leben kann. Für diese Autonomie einer Person ist, in unterschiedlichen Hinsichten und Dimensionen, der Schutz des Privaten notwendig, um Bedingungen zu gewährleisten, unter denen sie allererst Autonomie entwickeln, lernen und dann ausüben kann.“ (Rössler 2001: 331)

Auf die Autonomie als eine Funktion der Privatsphäre soll hier explizit eingegangen werden, da sie als Kernforderung von Selbstvertreter*innen-Bewegungen gilt. Die Ermöglichung von Selbstbestimmung bzw. Autonomie wird von Menschen mit Beeinträchtigungen als Basis der Abgrenzung von allumfassender Überwachung einer Fürsorgepädagogik gesehen (vgl. Speck 2007: 301-302). Voraussetzung für ein autonomes Handeln ist ein bestimmtes Verständnis von sich selbst. Die Person sollte in der Lage sein, für sich selbst Ziele zu formulieren und diese zu reflektieren. Hierin besteht auch die moderne Freiheitsidee, über sein Leben selbstbestimmt entscheiden zu können (vgl. Rössler 2001: 120). Dazu formuliert Rössler (2001: 83) die Annahme, dass der Kern des Freiheitsverständnisses die Möglichkeit ist, sich die praktische Frage stellen zu können: „wie man leben möchte, was für eine Person man sein möchte“ (Rössler 2001: 83). Hierfür braucht es Räume, buchstäblich oder symbolisch, in denen man sich authentisch diese Frage stellen kann, ohne den Einspruch oder die Kontrolle anderer (vgl. Rössler 2001: 137-138). Die Privatsphäre gilt somit gleichsam als Basis für die Autonomie des Einzelnen sowie als Würdeerhalt, die erst ein weitestgehend selbstbestimmtes Leben ermöglichen kann (vgl. Trescher 2015: 137).

4.1.4 Privatsphäre und Intimität

Neben der Autonomie kann die Intimität, also der vertraute Umgang mit wenigen Menschen unter dem Ausschluss anderer (vgl. Wied & Warmbrunn 2003: 354), als Kernaspekt der lokalen Privatheit angesehen werden.

„Nur hier können schutzlos Gefühle artikuliert, kann Intimität, Sexualität, körperliche und emotionale Hingabe gelebt werden, nur in diesem Schutz können Personen sich als ganze verletzlich machen; wo sie sich selbst am schutzlosesten empfinden und artikulieren, sind sie am meisten auf den Schutz des Privaten angewiesen.“ (Rössler 2001: 280)

So beschreibt Rössler die Möglichkeiten, die sich für intime Beziehungen und Sexualität innerhalb der Privatsphäre ergeben. Auch aus rechtlicher Sicht kann Intimität zum Kernbereich der privaten Lebensgestaltung gezählt werden (vgl. Metzner 2017). Dieser Schutz fällt laut eines Urteils des Bundesgerichtshofs (BGH) von 2011 weg, „wenn der Grundrechtsträger den Kernbereich der privaten Lebensgestaltung von sich aus öffnet“ (BGH VI ZR 332/09) und beispielsweise sexuelle Handlungen in pornographischen Filmen darstellt. Auch hier spielen die autonomen Entscheidungen und Handlungen wieder eine große Rolle. Dieser autonome Bereich der eigenen Lebensgestaltung und damit auch die Sexualität sind ansonsten von der Kenntniserlangung und dem Eingriff anderer geschützt (vgl. Gulden o.J.). Dabei soll hier ein weiter Sexualitätsbegriff betrachtet werden, der über die damit allgemein verbundene Genitalsexualität hinaus geht (vgl. Gebauer 2014: 19). Unter menschlicher Sexualität versteht man neben der geschlechtlichen Fortpflanzung sexuelle Handlungen mit sich selbst (Selbstbefriedigung) sowie zwischen anderen Menschen. Befriedigung und Lustgewinn spielen dabei meist eine Rolle (vgl. Kockott 2016).

Um geschützte und selbstbestimmte Sexualität mit sich oder anderen zu leben, ist Privatsphäre unabdingbar. So ist zum Beispiel ein Einzelzimmer mit abschließbarer Tür eine wichtige Voraussetzung, um selbstbestimmt einen intimen Ort zu schaffen, in dem ungestörte Sexualität gelebt werden kann (vgl. Baab 2018: 6). Hierunter fallen auch vertrauliche Gespräche in Partnerschaften, die wichtig für romantische Beziehungen sind und schwer in Anwesenheit anderer geführt werden können (vgl. Hollomotz 2009: 7).

4.2 Normalisierungsprinzip

„Eine Leben so normal wie möglich!“ - unter diesem Motto forderten seit den 1950er Jahren die Reformer Bank-Mikkelsen, Nirje und Wolfenberger die Umstrukturierung der Lebensbedingungen für Menschen mit Beeinträchtigungen (vgl. Gröschke 2007: 242). Zentrale Idee dieses Konzeptes ist die Überzeugung, dass Menschen mit Beeinträchtigungen die gleichen Rechte und Pflichten besitzen wie alle anderen Menschen und ihnen deswegen ein Leben

ermöglicht werden soll, das dem ihrer Mitbürger*innen entspricht (vgl. Loeken & Windisch 2013: 19-20). Vom Schweden Bengt Nirje wurden dazu acht Folgerungen formuliert (vgl. Thimm 1994: 19-20):

1. Normaler Tagesrhythmus
2. Trennung von Arbeit – Freizeit – Wohnen
3. Normaler Jahresrhythmus
4. Normaler Lebenslauf
5. Respektierung von Bedürfnissen
6. Angemessene Kontakte zwischen den Geschlechtern
7. Normaler wirtschaftlicher Standard
8. Standards von Einrichtungen

Diese hier sehr prägnant dargestellten Zielformulierungen entstanden aus den Praxiserfahrungen, wie sie Nirje und Kolleg*innen gemacht haben. Eine zentrale Forderung, die aus den acht Punkten folgt, ist die Auflösung der klassischen Wohnheime. Im Folgenden sollen einige Erfahrungen, die in Bezug zum Privatsphäre-Thema stehen, zitiert werden.

„In stationären Einrichtungen finden sich immer noch Schlafsäle mit Krankenhausbetten ohne persönliche Gestaltungsmöglichkeiten (Punkt 5 und 8)“ (Thimm 1994: 22). „Das Leben in Anstalten für geistig Behinderte spielt sich zumeist in viel zu großen Gruppen ab. [...] (Punkt 5)“ (ebd.: 22). Demgegenüber gab es auch schon in den 1990er Jahren Praxiserfahrungen aus Dänemark, die die Umsetzung des Normalisierungsprinzips zeigen: „Behinderte leben in weitgehend privatisierten Einzelzimmern“ (ebd.: 23). „Fester Bestandteil des Tagesverlaufs ist selbst bei Schwerstbehinderten mindestens ein Milieuwechsel am Tag“ (ebd.: 23). „Erwachsene Behinderte werden als Erwachsene behandelt unter voller Respektierung ihrer Privatsphäre (z.B. abgeschlossene Zimmer!)“ (ebd.: 24).

Für die Veränderungen waren ein grundlegendes Umdenken sowie ein Perspektivwechsel im Umgang mit Betroffenen notwendig und sowohl eine Humanisierung der Lebensbedingungen als auch die Integration in die Gesellschaft wurden vorangetrieben. Hierbei wird das Wohnen als zentraler Ankerpunkt der Veränderungsbestrebungen gesehen (vgl. Fornefeld 2009: 174f).

4.3 Privatsphäre in Institutionen für Menschen mit Beeinträchtigungen

2017 leben noch 197.000 Menschen mit Beeinträchtigungen in einer stationären Wohnform, womit sich die Zahl seit 2009 (177.000 Bewohner*innen) sogar erhöht hat. Diese stationär wohnenden Menschen machen damit über 50,9 % der Leistungsberechtigten aus. Weitere 5,6 % leben in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft und zumindest 43,5 % werden ambulant in einer eigenen Wohnung betreut (vgl. Aichele 2019: 19). In diesem Kapitel sollen nun die Lebensbedingungen der aktuell knapp 200.000 Menschen in institutionalisierten Wohnformen in Bezug auf die Privatsphäre dargestellt werden.

4.3.1 Historische Entwicklung des institutionellen Wohnens

Bis zum 19. Jahrhundert lebten Menschen mit Beeinträchtigungen in der Regel in den Herkunftsfamilien, die zumeist bäuerliche oder handwerkliche Strukturen aufwiesen (vgl. Thesing 2009: 70). Erst im Zuge der Industrialisierung entstanden Anstalten, Wohnheime und Psychiatrien mit zentralisierten und institutionellen Strukturen, in denen die Betroffenen untergebracht wurden (vgl. Antor & Bleidick 2006: 388). Die Bezeichnungen wie *Anstalt* zeigen, dass die Art der Unterbringung weit von den Bedürfnissen des Wohnens oder eines Zuhauses entfernt waren (vgl. Fornefeld 2009: 174).

Basierend auf dem Normalisierungsprinzip begann in den 1970er Jahren ein Reformprozess in Deutschland. Vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit wurde 1971 der *Bericht zur Lage der Psychiatrie* in Auftrag gegeben. Eine zentrale Erkenntnis der sogenannten *Psychiatrie-Enquête* war die Fehlplatzierung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung in psychiatrischen Krankenhäusern. „Aus der Anstalt in die Gemeinde“ (Fornefeld 2009: 175) war die wegweisende Leitformel der Reform, die als Enthospitalisierung bezeichnet wurde. Im Zuge dieser Enthospitalisierung wurden die Menschen aus den Psychiatrien in kleineren Wohnheimen dezentral untergebracht. In den neuen Bundesländern setzte der Prozess erst in den 1990er Jahren ein (vgl. Fornefeld 2009: 175).

Hierzu war es notwendig, die Betroffenen auf den Umzug vorzubereiten und professionelles pädagogisches Personal einzustellen. Ein weiteres Credo war dabei die Dezentralisierung, womit die Auflösung der zentralistischen Strukturen der Komplexeinrichtungen gemeint ist (vgl. ebd.: 176). Wie schon gezeigt wurde, ist dieser Prozess noch immer im Gang. Die Entinstitutionalisierung, die Schaffung einer privaten und persönlichen Sphäre (vgl. Bühl 2011: 309), kann als weiteres Schlagwort in diesem Prozess gesehen werden. Da immer noch viele Menschen mit Unterstützungsbedarf in totalen Institutionen untergebracht sind (vgl. Trescher 2015: 152), kann der Prozess als längst nicht abgeschlossen betrachtet werden.

4.3.2 Eingriffe in die Privatsphäre in Institutionen

Im historischen Kontext wurde die Privatsphäre von Menschen mit Beeinträchtigungen häufig missachtet wie folgendes Zitat, das eine Situation aus der Zeit nach 1945 beschreibt, zeigt:

„So gab es keinen Rückzugsraum, und Privatsphäre war Fehlanzeige: Eine etwa DIN A4 große, 15 Zentimeter hohe Holzkiste musste für die Besitztümer des Bewohners ausreichen. Das sollten im wesentlichen [sic!] Süßigkeiten von Verwandten sein. Es gab keine Schublade, keinen Schrank, und schon gar nicht ein eigenes Zimmer.“ (Meisner 2014)

Durch Artikel 22 der UN-BRK sollen Menschen mit Unterstützungsbedarf mittlerweile vor Eingriffen geschützt sein (vgl. BMAS 2011: 32) und vieles hat sich in den vergangenen

Jahrzehnten in Deutschland verändert. So gibt es keine Schlafsäle mehr (vgl. Thesing 2009: 169) und meistens haben die Bewohner*innen ein eigenes Zimmer, obwohl immer noch ein Anrecht darauf fehlt (vgl. Deinert 2012: 61). Trotzdem finden immer noch Eingriffe in die Privatsphäre der Bewohner*innen statt, zum Beispiel können Türen nicht abgeschlossen werden, da die Bewohner*innen keine eigenen Schlüssel haben oder Betreuer*innen betreten die Zimmer, ohne anzuklopfen (vgl. Hollomotz 2009: 8).

4.3.3 Mögliche Folgen der Missachtung von Privatsphäre

Ein Eingriff in die lokale Privatheit oder die Intimsphäre geht meist mit der Verletzung von persönlichem Raum einher. Hierbei wird eine übliche zwischenmenschliche Distanz verletzt, die bei den Betroffenen zu Unbehagen, Verlegenheit oder Ruhelosigkeit führen kann. Dies geht meist mit dem Gefühl von Autonomieverlust und fehlender Selbstbestimmung einher (vgl. Bauer 1996: 37). Kann das Grundbedürfnis nach Privatsphäre über einen längeren Zeitraum nicht befriedigt werden, so können „ernste seelische und körperliche Störungen“ (Bauer 1996: 59) entstehen. Zum Beispiel konnten in den 60er Jahren, als Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung noch in Schlafsälen untergebracht waren, ein enormer Rückgang von erworbenen Fähigkeiten und massive Verhaltensprobleme festgestellt werden (vgl. Fornefeld 2004: 133). Auch bei jetzt fehlenden Einzelzimmern in Wohneinrichtungen führte dies häufiger zu Krisen bei den Bewohner*innen (vgl. Thesing 2009: 168).

Baab (vgl. 2018: 8) beschreibt in Bezug auf die Einschränkung der Sexualität durch fehlende Privatsphäre eine daraus resultierende sekundäre Behinderung. Unter einer sekundären Behinderung versteht man die Ausprägung negativer Folgen, die sich zusätzlich zur eigentlichen Beeinträchtigung, z.B. durch mangelnde Befriedigung von Grundbedürfnissen in Wohneinrichtungen, zeigen kann (vgl. Grill 2011).

Ein Überbegriff für derartige Phänomene bei Menschen, die in klinischen Einrichtungen untergebracht sind, nennt sich Hospitalismus. Darunter versteht man ein Deprivationssyndrom der Gesamtheit von seelischen und körperlichen Schäden, das durch den Aufenthalt in einer Institution wie einem Krankenhaus (Hospital) oder auch einem Wohnheim entstehen kann (vgl. Beuke 2017: 425). Da viele Umstände in einer Institution einschränkend oder deprimierend wirken, ist eine Abgrenzung der Symptome schwierig.

Um Grundbedürfnisse, wie dem nach Sexualität, trotz fehlender Privatsphäre, Mehrbettzimmern oder der fehlenden Möglichkeit, Zimmer abzuschließen, zu befriedigen, wird Intimität oft heimlich und an abgelegenen Orten ausgelebt. Das kann für die Betroffenen problematisch sein, da es in der Eile nicht immer möglich ist, auf Wünsche und Bedürfnisse des Partners/ der Partnerin einzugehen. Die Gefahr, dass sich Personen zu etwas drängen lassen ist so höher als im geschützten Raum des privaten Zimmers (vgl. Hollomotz 2009: 8).

Die andere Seite von fehlender Intimität ist eine mangelnde Entwicklung eines Schamgefühls (vgl. Baab 2018: 7). So wird beschrieben, dass Menschen in Wohngruppen öffentlich im Wohnraum masturbieren (vgl. ebd.: 8), da es entweder keine privaten Räume gibt, um Sexualität auszuleben oder kein Gefühl dafür entwickelt werden konnte, wo Grenzen der Intimität sind. So führt mangelnde Privatsphäre nicht nur zur Einschränkung eigener Bedürfnisse, sondern beeinträchtigt im Wohngruppenkontext auch Mitbewohner*innen innerhalb ihres privaten Wohnraums. Ein angemessenes Verhalten kann von den Betroffenen allerdings nur eingefordert werden, wenn ihnen auch die Erfahrung von Privatsphäre und damit die Kontrolle über den Zugang zu eigenen Räumen oder zur Intimsphäre ermöglicht wird (vgl. Angenendt 2009: 15).

Die hier dargestellten negativen Folgen bei den Betroffenen aufgrund der Missachtung ihrer Privatsphäre zeigen die enorme Bedeutung der Achtung der Privatsphäre im institutionellen Kontext. Zusammen mit der aufgezeigten rechtlichen Verankerung der Bedeutung der Privatsphäre im Kapitel 3 und der Funktion der Privatsphäre für Menschen mit und ohne Unterstützungsbedarf konnte somit die erste Forschungsfrage (Welche Bedeutung hat die Achtung der Privatsphäre als Grundrecht für Menschen mit Unterstützungsbedarf in institutionalisierten Wohnformen?) beantwortet werden.

4.4 Fallbeispiele

Anhand von zwei Fallbeispielen, die der Literatur entnommen wurden, sollen zum einen aus der Innenperspektive (vgl. Krauthausen 2016) und zum anderen aus der Forschungsperspektive (vgl. Trescher 2017) der Umgang im institutionellen Alltag mit Themen der Privatsphäre und insbesondere Eingriffe in diese beschrieben und dargestellt werden. Dabei ist anzumerken, dass hier lediglich eine beispielhafte Auswahl vorliegt und kein Anspruch auf Allgemeingültigkeit erhoben wird. Alle Zitate, die für die Auswertung verwendet wurden, finden sich in zwei Tabellen im Anhang unter Punkt 8.1 ab Seite 44.

4.4.1 Heimexperiment von Raül Krauthausen

Raül Krauthausen, Aktivist für Inklusion und Barrierefreiheit startete im Rahmen von verschiedenen Protest-Aktionen gegen das Bundesteilhabegesetz das so genannte Heimexperiment. Krauthausen, selbst aufgrund einer Glasknochenkrankheit auf einen Rollstuhl angewiesen, aber mit Unterstützung von selbstbestimmten Assistent*innen zu Hause lebend, sollte unter verdecktem Namen in einem Wohnheim für Menschen mit Beeinträchtigungen für fünf Tage zur Kurzzeitpflege untergebracht werden. In diesen fünf Tagen beschrieb er seine subjektiven Eindrücke in einem Blog, aus dem Zitate zum Thema Privatsphäre für dieses Fallbeispiel verwendet werden sollen (vgl. Krauthausen 2016).

Da die Textverweise nicht durch Seitenangaben strukturiert werden können, sollen hier die Tage als Verweisangaben hinzugezogen werden (siehe Tabelle 3, S. 44-45). Zudem wurden die ausgewählten Textpassagen nach Themen sortiert, um eine übersichtlichere Darstellung zu gewährleisten. Dabei wird kein Anspruch auf Allgemeingültigkeit erhoben.

Der erste Eindruck zum Thema Privatsphäre, den Krauthausen beschreibt, ist der seines Zimmers, das er offensichtlich alleine bewohnen kann. Dies gewährleistet ihm zumindest einen Aspekt der Privatsphäre. Allerdings nimmt er das Zimmer als kahlen und sterilen Raum wahr und es fehlen ein Schreibtisch und eine Nachttischlampe (vgl. Zitat Nr. 1 und 2). Offensichtlich ist hier nur eine Minimalausstattung gegeben und eine Aneignung und Gestaltung des Raums (vgl. Trescher 2017: 21), zumal auch in der Kürze der Zeit, daher schwer möglich. Ein weiterer Aspekt, den Krauthausen beobachtet, ist der verschlossene Kühlschrank. Da ein Wohnheimmitbewohner zu viel isst, müssen auch alle anderen zunächst die Mitarbeiter*innen fragen, bevor sie sich zum Beispiel einen Joghurt nehmen können (vgl. Zitat Nr. 3 und 4). Die Zugangskontrolle zu den Lebensmitteln bleibt den Bewohner*innen hier also verwehrt, auch wenn Einzelne gar keine Beeinträchtigung haben, die das erfordern würde. Aufgrund des Gruppenkontextes und der vereinfachten strukturellen Abläufe in der Institution erfolgen hier Einschränkungen in die privaten Handlungsmöglichkeiten der Bewohner*innen.

Viele Einblicke zum Thema Privatsphäre innerhalb des institutionellen Kontextes betreffen den Bereich der Körperpflege oder Intimität. Krauthausen ist aufgrund seiner körperlichen Beeinträchtigung im Besonderen auf Hilfe in diesem Bereich angewiesen. Er berichtet von der Assistenz beim Aufstehen (vgl. Zitat Nr. 5). Hierbei lassen die Mitarbeiter*innen die Tür zum Flur auf, wodurch keine räumliche Abgrenzung gegeben ist und da es keine autonome Entscheidung des Bewohners Krauthausen war, wurde ihm die Zugangskontrolle zu seinem Zimmer genommen (vgl. Rössler 2001: 16). Die Problematik des Türauffassens, auch beim Toilettengang, wird auch bei Zitat Nr. 6, 8 und 11 benannt. Während Krauthausen dieses Verhalten jedes Mal kritisiert und sein eigenes Schamgefühl sowie die Verletzung seiner Intimsphäre herausstellt, beschreibt er bei Zitat Nr. 8 eine Lösungsstrategie. Indem er den Pfleger dazu auffordert, die Tür zu schließen und dieser dem Wunsch nachgeht, erlangt er Zugangskontrolle über seinen Raum wieder.

Ein weiterer Kritikpunkt Krauthausens sind oftmals zu viele oder nicht selbstbestimmte Menschen in intimen Pflegesituationen. Beim ersten Toilettengang gehen drei Mitarbeiter*innen mit (vgl. Zitat Nr. 6). Die Begründung ist hier, dass sie gemeinsam sehen wollen, „wie es geht, mich aufs Klo zu setzen“ (Krauthausen 2016). Krauthausen berichtet auch von fehlenden Entscheidungsmöglichkeiten wer ihn beispielsweise duscht (vgl. Zitat Nr. 9). Besonders stört es Krauthausen dabei, wenn ihn Frauen pflegen, er fühlt sich dadurch

entsexualisiert (vgl. Zitat Nr. 10). In einer Situation fragt er allerdings nach einem bestimmten Pfleger und wird dann auch von diesem begleitet (vgl. Zitat Nr. 7). Auch hier erlangt er durch Eigeninitiative eine gewisse Autonomie wieder.

In Zitat Nr. 11 wird der fließende Übergang zwischen dem Privatraum des eigenen Zimmers und dem bereits auf dem Flur beginnenden Arbeitsraum für verschiedene Mitarbeiter*innen verdeutlicht. Die Institution ist somit gleichzeitig Zuhause und Arbeitsort (vgl. Trescher 2017: 19) und wenn zwischen diesen Bereichen eine Tür offen gelassen wird (vgl. Zitat Nr. 11), entsteht dadurch ein massiver Eingriff in die Privatsphäre des Bewohners. Ein nächster Punkt, der mehrmals von Krauthausen erwähnt wird, ist das Klopfen. So beschreibt er einmal, dass angeklopft wurde (vgl. Zitat Nr. 5) und zweimal, wie ohne Anklopfen sein Zimmer betreten wurde (vgl. Zitat Nr. 12, 13).

In Zitat Nr. 14 bezieht sich Krauthausen darauf, dass eine Mitarbeiterin Nachforschungen zu seiner Person und seinem Hintergrund angestellt hat. Obwohl das Misstrauen in diesem Fall berechtigt war, fühlt sich der Betroffene ausspioniert und damit in einer sehr intimen und hilflosen Situation im Bett liegend konfrontiert. Ein weiteres Zitat zum Bereich der informationellen Privatheit ist Nr. 15. Hier kritisiert Krauthausen den Umgang mit persönlichen Informationen über Mitbewohner*innen, da ihm aus seiner Sicht zu viel preisgegeben wird. Demgegenüber hat er bewusst auf Informationen über andere Bewohner*innen verzichtet, um deren Privatsphäre zu schützen (vgl. Zitat Nr. 16). Krauthausen erwähnt darüber hinaus, dass zwei Bewohner*innen als Paar ein zusammengelegtes Zimmer haben (vgl. Zitat Nr. 17). Dies ermöglicht es ihnen, Zweisamkeit und Intimität zu leben, wodurch auch ihre Sexualität respektiert wird (vgl. Baab 2018: 6).

Da Raúl Krauthausen eigentlich mit Assistenz zu Hause lebt, bezieht er sich auch darauf während seiner Erfahrungen im Heim. So genießt er den Ausflug mit seinem Assistenten (vgl. Zitat Nr. 18). Hier kann er selbstbestimmt entscheiden, was er isst und mit einer vertrauten Person auf Toilette gehen. Diese Unterschiede resümiert er nach den fünf Tagen Experiment. Im Gegensatz zum Heim kann er zuhause mit Assistenz selbst bestimmen, wer ihn wann unterstützt und muss sich nicht an Regeln halten, die aufgrund des Gruppenkontextes oder der Institution gelten (vgl. Zitat Nr. 19).

4.4.2 Studie zu Wohnräumen von Hendrik Trescher

Als zweites Fallbeispiel wurde eine Studie mit dem Titel „Wohnräume als pädagogische Herausforderung“ von Hendrik Trescher ausgewählt (vgl. Trescher 2017). Trescher ist Prof. für Erziehungswissenschaften mit dem Schwerpunkt „Inklusion und Exklusion“ an der Philipps-Universität Marburg, zum Zeitpunkt der Studie war er wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Goethe-Universität in Frankfurt am Main (vgl. Philipps-Universität Marburg 2019).

In der Studie untersuchte er die Lebenssituationen von institutionalisiert lebenden Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung in Wohneinrichtungen. Zum einen sollte die Lebenspraxis der Bewohner*innen beleuchtet werden und zum anderen die Rolle der Institution (vgl. Trescher 2017: 11). Aufgrund seiner vorangegangenen Forschungen (vgl. Trescher 2015) lag während der gesamten Untersuchungen ein Augenmerk auf dem Thema des Privaten (vgl. Trescher 2017: 21, 171) und auch in den Beobachtungen, Interviews und Strukturbeschreibungen wird dieser Bereich thematisiert, weswegen diese Studie als Fallbeispiel geeignet erschien.

In der Studie wurden zwei verschiedene Wohnheime in Frankfurt am Main untersucht, „ein ‚klassisches‘ Heim [Institution A] mit größeren Wohngruppen (teilweise über zehn BewohnerInnen) einerseits und ein Wohnkomplex [Institution B] mit mehreren kleineren Wohngruppen (bis zu fünf BewohnerInnen) andererseits“ (Trescher 2017: 11). In Institution A wurden zudem zwei Wohngruppen betrachtet (vgl. Trescher 2017: 75). In allen Beschreibungen und Analysen der Institutionen konnten wertvolle Zitate zum Thema Privatsphäre und dem Privaten generiert werden.

Aus Gründen des Umfangs der vorliegenden Arbeit und der Vergleichbarkeit mit dem vorangegangenen Fallbeispiel sollen für das hier dargestellte Fallbeispiel Beschreibungen zu Institution A, Wohngruppe 1, herangezogen werden. In der Wohngruppe leben zum Erhebungszeitpunkt ausschließlich Männer, die zwischen 20 und 60 Jahren alt sind (vgl. Trescher 2017: 83). Die verwendeten Zitate wurden den Seiten 75-107 (Trescher 2017) entnommen und ebenfalls im Anhang zusammengefasst (siehe Tabelle 4, S. 46-49).

Das erste Zitat thematisiert die Bauweise der Institution A. Der Autor beschreibt diese als quasi-panoptisch (vgl. Zitat Nr. 20). Unter einem Panopticon versteht man eine architektonische Konstellation für Gefängnisse, die von Jeremy Bentham entworfen wurde, bei der eine allumfassende Überwachung möglich ist (vgl. Beyvers 2017: 10). Die Einzelzellen sind kreisförmig um einen zentralen Punkt angeordnet, wo beim ursprünglichen Konstrukt ein Überwachungsturm steht. Von hier aus ist es möglich, dass ein Wächter alle Insassen sehen könnte, die Insassen aber aufgrund der Geschlossenheit des Turmes nicht sehen wohin der Wächter schaut und ob er sich in dem Turm befindet. Somit werden sich die Gefangenen zwangsläufig so verhalten, als ob sie jederzeit überwacht werden könnten (vgl. Fink-Eitel

1997: 76). Die Privatsphäre ist in diesem räumlichen Konstrukt demnach absolut eingeschränkt. Durch die Gebäudeanordnung der Institution ist eine potentielle Sichtbarkeit ebenfalls gewährleistet (vgl. Zitat Nr. 20), wodurch permanente Überwachung der Bewohner*innen möglich wäre und somit auch enorme Eingriffe in die Privatsphäre.

Sehr präsent in den Ausführungen sind Schlüsseln, die quasi die Zugangskontrolle zum privaten Raum symbolisieren. Dabei spielen sowohl die Generalschlüssel, die die Mitarbeiter*innen besitzen (vgl. Zitat Nr. 21, 22, 23), als auch ein eigener Zimmerschlüssel (vgl. Zitat Nr. 24), den die meisten Bewohner*innen besitzen, eine Rolle. Allerdings wird auch beschrieben, dass zu bestimmten Zeiten die Wohnungstüren zentralverriegelt werden und die Bewohner*innen ohne eigenen Schlüssel die Räume dann nicht verlassen können. Diese Praktik wird im Institutsjargon als „Einschluss“ bezeichnet (vgl. Zitat Nr. 25).

Die Begründung für eine totalen Zugänglichkeit mittels Generalschlüssel durch die Mitarbeiter*innen liegt laut Institution in der Signalrufanlage, wodurch die Bewohner*innen Hilfe rufen können (vgl. Zitat Nr. 26, 27). Trescher sieht diese Einrichtung trotz der Sicherheitsfunktion kritisch und beleuchtet die Gefahren, die hinsichtlich Überwachung und Konstruktion von absoluter Hilflosigkeit der Bewohner*innen möglich sind (vgl. Zitat Nr. 27). Im Zusammenhang mit der Signalrufanlage steht ebenfalls die Kennzeichnung der Bewohner*innenzimmer mit einer Nummer und deren Namen, was laut Trescher bürokratische Züge trägt und zudem zeigt, dass das Zimmer der einzige einigermaßen private Raum der Bewohner*innen ist (vgl. Zitat Nr. 28). Dabei übersteigen die Zimmer mit 12 bis 16 m² (vgl. Zitat Nr. 29) kaum das rechtlich vorgesehene Mindestmaß (vgl. Deinert 2012: 61) und werden zudem als wenig wohnlich beschrieben (vgl. Zitat Nr. 30). Demgegenüber sind Zimmer für Paare möglich, was ihnen Intimität und somit auch Privatsphäre ermöglicht (vgl. Zitat Nr. 31). Die Gemeinschaftsräume werden demgegenüber hauptsächlich vom Personal gestaltet, wobei deren Möglichkeiten finanziell stark begrenzt sind (vgl. Zitat Nr. 32). Das Wohnzimmer wird eher als Stützpunkt der Mitarbeiter*innen und weniger als Rückzugsort der Bewohner*innen beschrieben, da hier auch das Büro eingerichtet ist (vgl. Zitat Nr. 34) und darüber hinaus wohngruppenübergreifende Veranstaltungen stattfinden (vgl. Zitat Nr. 43). Durch den stetigen Wechsel des Personals und insbesondere durch Zeitmitarbeiter*innen ist ein vertrauter Umgang mit den Bewohner*innen schwierig umzusetzen (vgl. Zitat Nr. 35).

Mit Daten und Informationen über Bewohner*innen wird zudem sehr transparent umgegangen, da diese an einer Pinnwand im Wohnraum aufgehängt werden (vgl. Zitat Nr. 36 und 37). Wenn die Bewohner*innen selbst kein Telefon besitzen, haben sie bei nur einem einzigen Telefon in der gesamten Einrichtung die Möglichkeit, jemanden anzurufen. Dabei ist der Zugang nicht barrierefrei und zudem ist keine Privatsphäre gegeben (vgl. Zitat Nr. 38 und 39).

Wie schon Krauthausen, schreibt Trescher davon, dass der Kühlschrank in der Einrichtung zugeschlossen ist und nur die Mitarbeiter*innen die Schlüssel und somit den Zugang zu den Lebensmitteln haben (vgl. Zitat Nr. 41). Auch die Entscheidung, wohin Bewohner*innen umziehen, treffen sie selten eigenständig oder es wird sogar über ihren Kopf hinweg entschieden, z.B. aufgrund eines geänderten Pflegebedarfs (vgl. Zitat Nr. 40).

Das Bad, als eigentlich intimer Raum der Körperpflege, stellt in dieser Einrichtung einen öffentlichen Raum dar, da ihn viele Mitbewohner*innen gemeinsam nutzen und sie dort auch keine Sachen lagern können (vgl. Zitat Nr. 42). Damit kommt keine Aneignung des eigentlich privaten Raumes zustande. Sogar die Entscheidung über Besuche werden für die Bewohner*innen eingeschränkt und durch Besuchszeiten reglementiert (vgl. Zitat Nr. 43).

Ein weiterer Eingriff in die Privatsphäre wird bei einem Interview mit einem Bewohner der Wohngruppe I offenkundig. Dieser bekommt seine Wäsche von den Mitarbeiter*innen in seinen Schrank verräumt, ohne dass dies in Zusammenhang mit seiner Beeinträchtigung zu stehen scheint (vgl. Zitat Nr. 44).

In seinem theoretischen Rückbezug zum Themenbereich „Wohnen, Würde und das Private“ fasst Trescher die Gründe für die eben beschriebenen Eingriffe in die Privatsphäre folgendermaßen zusammen:

„Die Beschneidung der Privatheit der BewohnerInnen ist dem institutionellen Kontext inhärent, in dem der Fokus auf einem möglichst reibungslosen Ablauf und der möglichst effizienten Organisation der in der Einrichtung Lebenden liegt.“ (Trescher 2017: 172)

4.4.3 Vergleich der Fallbeispiele

Bereits die Herangehensweise der Beschreibung der Wohnsituation von Menschen mit Beeinträchtigungen in Institutionen war bei den beiden Fallbeispielen sehr unterschiedlich. So berichtete Krauthausen mit dem Hintergrund eines kritischen Aktivisten aus seiner subjektiven Perspektive und beschrieb die Eindrücke von wenigen Tagen, die er dort erlebte. Demgegenüber stellt die Studie von Trescher eine umfassende Forschung mit fundierter wissenschaftlicher Basis und methodischer Herangehensweise an den Forschungsgegenstand Wohnheim dar. Es wurden Erkenntnisse durch teilnehmende Beobachtung gewonnen, sowie Bewohner*innen als auch Mitarbeiter*innen interviewt, wodurch eine Fülle an Informationen generiert wurde, die hier nur im kleinen Ausschnitt mit Augenmerk auf die Privatsphäre dargestellt werden kann. Trotz dieser Varianz zwischen den beiden Fallbeispielen gibt es Aussagen und Situationen, die bei beiden fast deckungsgleich sein. Die Zimmer werden bei beiden als ungemütlich beschrieben („kahl“, „steril und anonym“ (Zitat Nr. 1 und 2); „wenig wohnlich“ (Zitat Nr. 30)). Demgegenüber ist es möglich, dass Paare zusammenleben, was bei beiden positiv konnotiert wird (vgl. Zitat Nr. 7 und 31). Auch der Zugang zu Lebensmitteln

bzw. zum Kühlschrank wird in beiden Wohneinrichtungen von den Mitarbeiter*innen kontrolliert (vgl. Zitat Nr. 3, 4 und 40). Als weiterer Punkt der Gemeinsamkeiten wird in beiden Institutionen von Nachlässigkeit im Umgang mit Bewohner*innendaten berichtet (vgl. 15, 16, 36 und 37) und damit von einer Missachtung der informationellen Privatheit.

Bei Krauthausen betreffen viele Zitate zur Privatsphäre den Bereich von Körperpflege und Intimität (vgl. Zitat Nr. 5, 6, 7, 8, 9, 10 und 11). Da er eine körperliche Beeinträchtigung hat, benötigt er in diesem Bereich auch mehr Unterstützung und kann so Eingriffe in seine Privat- oder Intimsphäre einschätzen. Bei Trescher dagegen wird Körperpflege ausschließlich bei der Kritik am Bad als öffentlicher Ort und Intimität im Kontext des Wäscheverräumens erwähnt (vgl. Zitat Nr. 42 und 44).

Krauthausen benennt in seinem Erfahrungsbericht mehrmals, dass die Mitarbeiter*innen klopfen bevor sie ins Zimmer kommen (vgl. Zitat Nr. 5) oder nicht anklopfen (vgl. Zitat Nr. 12 und 13). Von einem eigenen Zimmerschlüssel spricht er nie. Demgegenüber erwähnt Trescher das Anklopfen nie, thematisiert aber die Problematik der Schlüssel in Bezug auf Generalschlüssel der Mitarbeiter*innen, der eigenen Schlüssel für Bewohner*innen und den sogenannten Einschluss und den Zusammenhang mit der Signalrufanlage (vgl. Zitat Nr. 21, 22, 23, 24, 25, 26 und 27). Darüber hinaus benennt Trescher verschiedene Themen wie die Bauweise des Gebäudes (vgl. Zitat Nr. 20), die Kennzeichnung der Bewohner*innenzimmer (vgl. Zitat Nr. 28) und die Einrichtung des Wohnzimmers sowie die Funktion des Wohnzimmers (vgl. Zitat Nr. 32, 33, 34 und 35) und Themen, die die Individuen direkt betreffen: ein allgemeines Telefon (vgl. Zitat Nr. 38 und 39), Entscheidung über Umzug als keine Privatangelegenheit (vgl. Zitat Nr. 41) und die vorgeschriebenen Besuchszeiten (vgl. Zitat Nr. 43). Zusammenfassend kann der Bericht von Krauthausen als sehr persönlich betrachtet werden und er ermöglicht einen subjektiven Blick auf die Situation, in einer solchen Einrichtung zu leben. Demgegenüber ist die Studie von Trescher umfassender und objektiver und zeigt viele verschiedene Facetten der Privatsphäre, die in institutionalisierten Wohnformen eine Rolle spielen und gegebenenfalls missachtet werden.

Die Analyse der beiden Fallbeispiele zeigt, dass aktuell Eingriffe in die Privatsphäre in institutionalisierten Wohnformen stattfinden. Diese Eingriffe betreffen verschiedene Bereiche des alltäglichen Lebens, u.a. die Aneignung von Räumen, Körperpflege, Kontrolle über den Zugang zum eigenen Zimmer und den Umgang mit Informationen. Darüber hinaus konnte durch das Fallbeispiel von Raúl Krauthausen die subjektive Wahrnehmung dieser Eingriffe untersucht und damit der zweite Teil der Forschungsfrage 2 (In welchem Kontext finden Eingriffe in die Privat- und Intimsphäre von Bewohner*innen institutionalisierter Wohnformen aufgrund des Unterstützungsbedarfs der Betroffenen statt und wie werden diese wahrgenommen?) beantwortet werden.

5. Forderungen von Selbstvertreter*innen

Wie im vorangegangenen Kapitel gezeigt werden konnte, sind Themen der Privatsphäre zum Beispiel Anklopfen der Mitarbeiter*innen vor Betreten der Bewohner*innenzimmer, das Besitzen eines eigenen Zimmerschlüssels oder auch die Problematik, das Zimmer mit anderen Bewohner*innen teilen zu müssen. Letzteres war in den Fallbeispielen zwar nicht notwendig, ist aber immer noch nicht überall Standard (vgl. Hollomotz 2009: 8).

Basierend auf der Unzufriedenheit mit der Versorgung von Menschen mit Unterstützungsbedarf und darüber hinaus der öffentlichen Wahrnehmung der Personengruppe formierten sich schon in den 1960er Jahren Selbsthilfegruppen und Selbstvertretungen. Das Leitbild dieser Bewegung war die Selbstbestimmung und das Selbstverständnis als Expert*in in eigener Sache aufzutreten (vgl. Loeken & Windisch 2013: 23). Darauf basierend haben verschiedene Selbstvertreter*innengruppen Forderungen zum Umgang mit Ihnen, insbesondere an die sie unterstützenden Personen, aufgestellt. Für die vorliegende Arbeit wurden Auszüge aus zwei Forderungskatalogen im Kontext Privatsphäre ausgewählt und werden nun vorgestellt und verglichen.

5.1 Forderungen des People First Netzwerkes

Das Netzwerk People First (deutsch: Mensch zuerst) ist ein internationaler Zusammenschluss von Selbstvertretungsgruppen, die sich als Selbsthilfeorganisation und Interessenvertretung sehen. Sie treten unter anderem dafür ein, Menschen mit Lernschwierigkeiten (Selbstbezeichnung für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung) als gleichberechtigte Bürger zu sehen und ihre Selbstbestimmungsmöglichkeiten zu stärken (vgl. Loeken & Windisch 2013: 24).

Die vorliegenden Forderungen des Netzwerkes People First Deutschland e.V. wurden einer Tagungsdokumentation zur Fachtagung Sexualität und Behinderung am 30. Mai 2006 in Wallerfangen entnommen (vgl. People First 2006: 20-21). Aus der Zusammenfassung des Vortrags von Petra Groß unter dem Titel „Nicht über uns ohne uns!“ wurden die Forderungen ausgewählt, die im Zusammenhang mit der Privatsphäre stehen. Die vollständigen Zitate finden sich im Anhang (siehe Tabelle 5, S. 50).

Wie schon im Theorieteil und den Fallbeispielen deutlich geworden ist, spielt ein eigenes Zimmer (vgl. Zitat Nr. 45) eine große Rolle und zudem die Möglichkeit, dieses Zimmer eigenständig abzuschließen (vgl. Zitat Nr. 46 und 47). Darüber hinaus wird auch hier gefordert, dass vor dem Betreten eines Bewohner*innenzimmers angeklopft werden sollte (vgl. Zitat Nr. 48). Weitere Forderungen stehen im Kontext der Körperpflege und der Sanitäranlagen. Hier wird gebeten, Duschen nach Geschlechtern zu trennen (vgl. Zitat Nr. 49) und Duschen sowie Toiletten sollten ebenso wie die Zimmer abschließbar sein (vgl. Zitat Nr.

50). Menschen, die auf Unterstützung bei der Körperpflege angewiesen sind, wünschen sich, aussuchen zu können, ob ein Mann oder eine Frau sie wäscht (vgl. Zitat Nr. 52). Die letzte ausgewählte Forderung des People First Netzwerkes bezieht sich auf Intimität. Die Selbstvertreter*innen wünschen die Option, dass Paare in Einrichtungen zusammenleben können (vgl. Zitat Nr. 52), so wie es in beiden Fallbeispielen angegeben war.

5.2 Forderungen zur Teilhabe von Selbstvertreter*innen der Diakonie

Als Reaktion auf die UN-Behindertenrechtskonvention führte die Diakonie in Mitteldeutschland ein Projekt unter dem Titel „selbst bestimmt selbst. Es ist mein Leben.“ durch. Hierfür kamen Menschen mit Beeinträchtigungen im April 2013 zu einer Tagung in Braunlage zusammen und besprachen auf Grundlage der Artikel der UN-BRK ihre Forderungen zu verschiedenen Themenbereichen (vgl. Diakonie 2014: 3). Auch der Artikel 22 zur Achtung der Privatsphäre wird unter dem Themenbereich Partnerschaft und Familie konkret genannt und einige Forderungen beziehen sich darauf (vgl. Diakonie 2014: 14-16), weswegen dieser Forderungskatalog ausgewählt wurde. Die vollständigen Zitate finden sich im Anhang (siehe Tabelle 6, S. 50).

Hier finden sich ebenfalls Wünsche zur Privatsphäre im räumlichen Kontext des eigenen Zimmers. So fordern die Selbstvertreter*innen Einzelzimmer (vgl. Zitat Nr. 54), einen Schlüssel, dass Besuch anklopft und keine Durchgangszimmer (vgl. Zitat Nr. 56). Später wird nochmal formuliert, dass die Privatsphäre respektiert werden soll (vgl. Zitat Nr. 60) und die Zimmer abschließbar sein sollen (vgl. Zitat Nr. 62).

Darüber hinaus behandeln die Projektteilnehmer*innen auch die informationelle Privatheit. Sie fordern, selbst bestimmen zu können, wer welche Informationen über sie erhält (vgl. Zitat Nr. 53), dass datenschutzrechtliche Bestimmungen eingehalten werden (vgl. Zitat Nr. 64) und erfahren zu dürfen, was in ihrer Akte steht (vgl. Zitat Nr. 65). Weitere Forderungen können unter Privatangelegenheiten und Selbst- bzw. Mitbestimmungsthemen zusammengefasst werden. Die Bewohner*innen wollen selbst entscheiden, mit wem sie wohnen wollen (vgl. Zitat Nr. 55), sie wollen ihre Zimmer selbst gestalten können (vgl. Zitat Nr. 57), die Assistenz soll an ihren Bedarfen ausgerichtet und Vertrauenspersonen erreichbar sein (vgl. Zitat Nr. 58). Außerdem möchten die Bewohner*innen von Einrichtungen über Mitarbeiter*innenwechsel informiert und bei Neueinstellungen mit einbezogen werden (vgl. Zitat Nr. 59).

Im Forderungskatalog wird auch erläutert, was für die Selbstvertreter*innen Privatsphäre unter anderem bedeutet. Und zwar, dass sie nicht gestört werden wollen, wenn Besuch da ist (vgl. Zitat Nr. 61). Darüber hinaus wird formuliert, dass sie Sexualität ausleben können wollen, wo und mit wem sie möchten (vgl. Zitat Nr. 63). Das heißt, dass es auch in Einrichtungen möglich sein soll, wofür grundlegende Aspekte der Privatsphäre geachtet werden müssen.

5.3 Vergleich der Forderungen

Die Forderungen der beiden Selbstvertreter*innengruppen betreffen verschiedene Themenbereiche. In den Hauptaspekten zur Privatsphäre decken sich die Forderungen. So fordern beide Einzelzimmer (vgl. Zitat Nr. 45 und 54), dass Bewohner*innen ihre Zimmer abschließen können (vgl. Zitat Nr. 46, 47, 56 und 62) und dass die Mitarbeiter*innen anklopfen sollen, bevor sie das Zimmer betreten (vgl. Zitat Nr. 48 und 56).

Da hingegen thematisiert nur der Forderungskatalog des People First Netzwerke den Bereich der Körperpflege und darauf bezogenen Intimität (vgl. Zitat Nr. 49,50 und 51). Wünsche im Kontext Sexualität formulieren beide Forderungskataloge (vgl. Zitat Nr. 52, 60, 61 und 63).

Darüber hinaus finden sich nur im Forderungskatalog der Selbstvertreter*innen der Diakonie Forderungen im Rahmen der informationellen Privatheit (vgl. Zitat Nr. 53, 64 und 65) und dezisionalen Privatheit bzw. Privatangelegenheiten (vgl. Zitat Nr. 55, 57, 58 und 59). Obwohl die vorliegende Arbeit die Privatsphäre und damit die lokale Privatheit beleuchtet, wurden die Zitate zu den weiteren Sphären der Privatsphäre mit einbezogen, um zu verdeutlichen, dass es hier Überschneidungspunkte gibt und diese Aspekte ebenso die Privatsphäre beeinflussen und damit die Sphären nicht hundertprozentig voneinander abzugrenzen sind, wie es im Theorieteil angenommen wurde.

In diesem Abschnitt konnte mithilfe der beiden Forderungskataloge der Selbstvertreter*innen die Forschungsfrage 3 (Welche Forderungen haben Menschen mit Unterstützungsbedarf in Bezug auf Selbstbestimmung ihrer Privat- und Intimsphäre?) beantwortet werden. Offen bleibt dabei, für wie viele Betroffene die Stellvertreter*innen sprechen und ob es darüber hinaus noch weitere Wünsche und Forderungen von Menschen mit Unterstützungsbedarf gibt.

6. Fazit

„Die Beschneidung der Privatheit der BewohnerInnen ist dem institutionellen Kontext inhärent, in dem der Fokus auf einem möglichst reibungslosen Ablauf und der möglichst effizienten Organisation der in der Einrichtung Lebenden liegt. Diese Bürokratisierung des Lebens in der Wohneinrichtung ist an den Bedürfnissen der MitarbeiterInnen ausgerichtet und nicht an denen der BewohnerInnen.“ (Trescher 2017: 172-173)

Diese Aussage zur effizienzorientierten Struktur der institutionalisierten Wohnformen von Trescher zeigt die Schwierigkeiten, denen das Thema der Privatsphäre der vorliegenden Bachelorthesis unterliegt. Es konnte dargestellt werden, wie anspruchsvoll die Achtung der Privatsphäre als Grundrecht in institutionalisierten Wohnformen für Menschen mit Unterstützungsbedarf ist und dass dieses hehre Ziel selten vollkommen umsetzbar ist.

Die erste Forschungsfrage (Welche Bedeutung hat die Achtung der Privatsphäre als Grundrecht für Menschen mit Unterstützungsbedarf in institutionalisierten Wohnformen?) wurde durch die Darstellung des rechtlichen Rahmens und mithilfe der Theorien zur Privatsphäre bearbeitet. Es konnte dargestellt werden, dass die Privatsphäre zum einen innerhalb des Grundrechts auf freie Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 2 GG) verankert ist und zum anderen in der UN-BRK als eigener Artikel 22 mit dem Titel „Achtung der Privatsphäre“ (BMAS 2011: 32) aufgenommen wurde. Das Ziel dieses Artikels, den Schutz vor willkürlichen und rechtswidrigen Eingriffen in die Privatsphäre für Menschen mit Unterstützungsbedarf, stellte dabei die Grundlage für die Bearbeitung des Themas dar. Im Kapitel 4 konnte gezeigt werden, dass die Privatsphäre für alle Menschen bedeutend hinsichtlich des Schutzes vor der Öffentlichkeit, zur Selbstfindung und der Entwicklung einer autonomen Persönlichkeit ist. Außerdem ist die Privatsphäre eng mit Wohnbedürfnissen und dem Wunsch nach einem Rückzugsort verbunden. Darüber hinaus können Intimität und Sexualität innerhalb privater Räume am besten ausgelebt werden.

Es konnte auch gezeigt werden, dass Menschen mit Beeinträchtigungen aufgrund ihres Unterstützungsbedarfes sowohl früher als auch heute immer wieder Eingriffe in ihre Privatsphäre erleben müssen und diese Missachtung schwerwiegende Folgen haben kann. Im Kapitel 4.4 wurde mithilfe von Fallbeispielen der zweiten Forschungsfrage nachgegangen (In welchem Kontext finden Eingriffe in die Privat- und Intimsphäre von Bewohner*innen institutionalisierter Wohnformen aufgrund des Unterstützungsbedarfs der Betroffenen statt und wie werden diese wahrgenommen?). Unter anderem konnten Eingriffe im Bereich der Intimsphäre bei der Körperpflege sowie Eintreten in die Bewohner*innenzimmer ohne anzuklopfen und die fehlende Möglichkeit, selbst die Zimmer zu verschließen, festgestellt werden. Dabei wurde vor allem durch Krauthausen berichtet, wie er diese Eingriffe wahrnimmt, zumal er durch die gewohnte persönliche Assistenz die Situationen vergleichen konnte.

Die dritte Forschungsfrage (Welche Forderungen haben Menschen mit Unterstützungsbedarf in Bezug auf Selbstbestimmung ihrer Privat- und Intimsphäre?) wurde im fünften Kapitel bearbeitet. Die beiden Forderungskataloge des People First Netzwerks und der Selbstvertreter*innen der Diakonie stimmen hinsichtlich der Forderung nach Einzelzimmern, dass die Zimmer abschließbar sein sollen, dem Anklopfen der Mitarbeiter*innen vor Eintreten in die Zimmer und der Möglichkeit, Intimität innerhalb der Institution ausleben zu können, überein. Diese Aspekte können als die Hauptthemen hinsichtlich der Zugangskontrolle zu privaten Räumen und damit als Kernthemen der Privatsphäre in institutionalisierten Wohnräumen angesehen werden. Darüber hinaus spielen bei den Forderungen der Umgang bei der Körperpflege mit den Bewohner*innen eine Rolle sowie Themen der informationellen und dezisionalen Privatheit.

Hier zeigt sich ein Kritikpunkt an der vorliegenden Arbeit. Obwohl die Privatsphäre als Dimension des Privaten als Begriff bestimmt wurde, konnte diese Eingrenzung in Verlauf der Arbeit, insbesondere bei den Fallbeispielen und Forderungen, nicht beibehalten werden. Damit wurde sichtbar, dass die einzelnen Dimensionen eng miteinander verwoben sind. Insbesondere im Bereich des Wohnens spielen sowohl die Privatsphäre, die Privatheit als auch die Privatangelegenheit als achtenswerte Dimensionen des Privaten eine Rolle.

Die Generierung von Aussagen Betroffener zur Privatsphäre stellte eine besondere Herausforderung bei der Bearbeitung des Themas dar. Jede Untersuchung des Privaten stellt einen Eingriff in die Privatsphäre der Betroffenen dar. Die größte Gruppe der institutionell Wohnenden sind Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf (vgl. Aichele 2019: 17). Ein Erfahrungsbericht wurde aber nur von Raúl Krauthausen, einem Menschen mit körperlicher Beeinträchtigung, gefunden. Dass die Einschätzungen dieses Betroffenen nicht für alle Menschen mit Beeinträchtigungen gelten können, soll hier nochmals klargestellt werden.

Um zu zeigen, wie trotz der vorliegenden Gesetze und Konventionen weiterhin Eingriffe in die Privatsphäre stattfinden, wurden dementsprechend Fallbeispiele gewählt, bei denen die Eingriffe und ein kontroverses Verhalten seitens der Mitarbeiter*innen sowie der Beschaffenheit der Institution auffällig waren. Demgegenüber gibt es sicher auch Best-Practice-Beispiele, die schon viele der Forderungen der Selbstvertreter*innen erfüllen, die aber aufgrund des begrenzten Umfangs nicht dargestellt werden konnten.

Auch das Verhältnis von Autonomie und Privatsphäre konnte in der vorliegenden Arbeit nur angeschnitten werden. Insbesondere die Relevanz für Menschen mit Beeinträchtigung wurde nicht weiter ausgeführt. Die Frage danach, wie Menschen, die sich nicht die *praktische Frage* stellen können und die ihre Privatsphäre nicht eigenständig einfordern können, eröffnet einen weiteren Forschungsschwerpunkt.

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, einen Überblick und eine Einordnung zum Thema Privatsphäre aus rechtlicher, sozialwissenschaftlicher und praxisnaher Sicht zu geben. Dabei wurden ein bestimmter Personenkreis, Menschen mit Unterstützungsbedarf, und ein bestimmter Ort, das institutionalisierte Wohnformen, betrachtet. Die Achtung der Privatsphäre hat allerdings für viele weitere Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit, insbesondere für alle Institutionen, in denen Sozialarbeiter*innen tätig sind, eine große Relevanz. Mit Blick auf die Praxis wurde versucht, die Bedürfnisse der Klient*innen darzustellen und für die Mitarbeiter*innen der Institutionen eine professionelle Haltung zu vermitteln. Die Erkenntnisse dieser Untersuchung können so teilweise auch auf Einrichtungen wie Kinder- und Jugendwohngruppen, Wohnheime für psychische kranke Menschen, Pflegeheime und Psychiatrien bzw. Krankenhäuser übertragen werden.

Für die Arbeit mit Menschen mit Beeinträchtigungen bleibt spannend, welchen Einfluss das BTHG auf das ambulante und deinstitutionalisierte Wohnen haben wird, da mit den gesetzlichen Änderungen ab dem 01. Januar 2020 die Eingliederungshilfe nicht mehr an das stationäre Wohnen gebunden sein wird (vgl. Axmann 2017: 83). Fraglich bleibt, ob alle Personengruppen der Menschen mit Beeinträchtigungen, auch die mit kognitiver Beeinträchtigung und hohem Unterstützungsbedarf, davon profitieren werden (vgl. Aichele 2019: 22). Zudem muss angemerkt werden, dass der Unterstützungsbedarf der Betroffenen, welcher eigentlich die Eingriffe in die Privat- und Intimsphäre erfordert, auch in anderen Wohnformen bleiben wird. Und „dies bedeutet in der Konsequenz auch, dass von pädagogischer Seite Risiken einzugehen sind, da das Private ausschließlich jenseits des pädagogischen Protektorats ungefährdet existieren kann“ (Trescher 2015: 151).

So gesehen werden weiterhin Schwierigkeiten im Umgang mit Privatsphäre im sozialpädagogischen Kontext bestehen bleiben. Trotz dessen wäre ein gesetzlicher Anspruch in allen Bundesländern auf ein Einzelzimmer in institutionalisierten Wohnformen ein erster Schritt, um den Betroffenen ein privates Zimmer garantieren zu können, solange Menschen mit Unterstützungsbedarf noch auf institutionelle Wohnformen angewiesen sind. Darüber hinaus sollten Mitarbeiter*innen, Assistent*innen und Sozialpädagoge*innen auf einen würdevollen und respektvollen Umgang achten, klopfen, bevor sie Bewohner*innenzimmer betreten, und den Betroffenen so viel individuelle Kontrolle wie möglich über ihr Eigentum, intime Kontakte und private Räume zugestehen.

7. Literaturverzeichnis

- Aichele, Valentin (2010): Behinderung und Menschenrechte: Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. In: Aus Politik und Zeitgeschichte (23/2010). Bonn: Bundeszentrale für Politische Bildung. S. 13-24.
- Aichele, Valentin (2019): Wer Inklusion will, sucht Wege. Zehn Jahre UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte (DIMR).
- Angenendt, Hildegard; Stolte, Ulrike; Hater, Helmut; Link, Hartmut & Nolte, Martin (2009): Liebe leben. Sexualität und Partnerschaft in Haus Hall. URL: https://www.haushall.de/fileadmin/files/pdf_7_Stiftung/Liebe_leben_LeitlinienSexualitaetPartnerschaft.04.12._2009.pdf (zuletzt aufgerufen am 05.08.2019)
- Antor, Georg & Bleidick, Ulrich (Hg.) (2006): Handlexikon der Behindertenpädagogik: Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis, Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Axmann, Jenny (2017): BTHG und Co. – was verändert sich bei Teilhabe und Pflege? Die wichtigsten Neuerungen in der Übersicht. In: Teilhabe (2/2017) Jg. 56, S. 82-88.
- Baab, Annabell (2018): Sexuelle Selbstbestimmung in der Behindertenhilfe. In: Sozial Extra (6/2018), S. 6-10.
- Bauer, Irmgard (1996): Die Privatsphäre der Patienten. Bern: Huber.
- Beuke, Jan (2017): Hospitalismus. In: Mulot, Ralf & Schmitt, Sabine (Hg.): Fachlexikon der Sozialen Arbeit. 8. Auflage. Baden-Baden: Nomos, S. 425.
- Beyvers, Eva; Helm, Paula; Hennig, Martin; Keckeis, Carmen; Kreknin, Innokentij & Püschel, Florian (Hg.) (2017): Räume und Kulturen des Privaten. Wiesbaden: Springer VS.
- Bielefeldt, Heiner (2009): Zum Innovationspotential der UN-Behindertenrechtskonvention. 3. aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte (DIMR).
- Bühl, Walther L. (2011): Institutionalisierung. In: Fuchs-Heinritz, Werner; Klimke, Daniela; Lautmann, Rüdiger; Rammstedt, Otthein; Stäheli, Urs; Weischer, Christoph & Wienhold, Hanns (Hg.): Lexikon zur Soziologie. 5. überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Springer VS, S. 309.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) (Hg.) (2018): ABC Fachlexikon. Beschäftigung schwerbehinderter Menschen. 6. überarbeitete Ausgabe. Wiesbaden: Universum Verlag.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hg.) (2011): Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. deutsch - english - français. Bonn.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hg.) (2016): Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. TEILHABE – BEEINTRÄCHTIGUNG – BEHINDERUNG. Bonn.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2018): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Berlin.
- Burmeister, Jürgen (2017): Bedürfnisse. In: Mulot, Ralf & Schmitt, Sabine (Hg.): Fachlexikon der Sozialen Arbeit. 8. Auflage. Baden-Baden: Nomos, S. 84.

- Deinert, Horst (Hg.) (2012): Heimrecht. Bundes- und landesrechtliche Vorschriften. Köln: Bundesanzeiger Verlag.
- Diakonie (2014): Redet mit uns, nicht über uns! Forderungen zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Halle.
- Fink-Eitel, Hinrich (1997): Michel Foucault zur Einführung. 3. durchgesehene Auflage. Hamburg: Junius.
- Fornefeld, Barbara (2004): Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik. 3. aktualisierte Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Fornefeld, Barbara (2009): Grundwissen Geistigbehindertenpädagogik. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Gebauer, Maike (2014): Sexualbegleitung und Sexualassistenz für Menschen mit geistiger Behinderung. Leipzig: Leipziger Wissenschaftsverlag.
- Gerrig, Richard J. & Zimbardo, Philip G. (2008): Psychologie. 18. aktualisierte Ausgabe. Aus dem Amerikanischen von Graf, Ralf; Mallett, Dagmar; Nagler, Markus & Ricker, Brigitte. München: Pearson Studium.
- Grill, Christian (2011): Primäre, sekundäre und soziogene Behinderung. Eine Definition als Grundlage pädagogischer Arbeit mit Menschen mit Beeinträchtigung(en). In: Festschrift „25 Jahre Schule für Sozialbetreuungsberufe“ der Caritas für Menschen mit Behinderung. S. 27-29. URL: <http://bidok.uibk.ac.at/library/grill-soziogen.html> (zuletzt aufgerufen am 01.08.2019)
- Goffman, Erving (1973): Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. 1. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Großmann, Ruprecht (2013): Die UN-Behindertenrechtskonvention in der Praxis. Erläuterungen der Regelung und Anwendungsgebiete. Köln: Luchterhand.
- Gröschke, Dieter (2007): Normalisierung, Normalisierungsprinzip. In: Theunissen, Georg; Kulig, Wolfram & Schirbort, Kerstin (Hg.): Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik. Stuttgart: Kohlhammer, S. 242-243.
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. März 2019 (BGBl. (Bundesgesetzblatt) I S. 404) geändert worden ist. URL: https://www.juris.de/purl/gesetze/_ges/GG (zuletzt aufgerufen am 13.08.2019).
- Gulden, Karsten (o.J.): Sexualität – Die Sexualität als Kernbereich des Allgemeinen Persönlichkeitsrechts. URL: <https://ggr-law.com/persoenlichkeitsrecht/faq/sexualitaet-die-sexualitaet-als-kernbereich-des-allgemeinen-persoenlichkeitsrechts/> (zuletzt aufgerufen am: 27.07.2019)
- Heinisch, Daniel (2017): Bundesteilhabegesetz. In: Mulot, Ralf & Schmitt, Sabine (Hg.): Fachlexikon der Sozialen Arbeit. 8. Auflage. Baden-Baden: Nomos, S.137.
- Hollomotz, Andrea (2009): Selbstbestimmung, Privatsphäre und Sexualität in Wohneinrichtungen für Menschen mit Lernschwierigkeiten in England. In: Behinderte Menschen, Zeitschrift für gemeinsames Leben, Lernen und Arbeiten (2/2009), S. 66–75.
- Kastl, Jörg Michael (2017): Einführung in die Soziologie der Behinderung. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer VS.

- Kockott, Götz (2016): Sexualität. Psyhyrembel online. URL: <https://www.psyhyrembel.de/sexualit%C3%A4t/K0QLG/doc/> (zuletzt aufgerufen am: 27.07.2019)
- Krauthausen, Raül (2016): Das #Heimexperiment-Tagebuch: Fünf Tage lebenslänglich. URL: <https://heimexperiment.de/2016/10/31/das-heimexperiment-fuenf-tage-lebenslaenglich/> (zuletzt aufgerufen am 28.05.2019)
- Loeken, Hiltrud & Windisch, Matthias (2013): Behinderung und Soziale Arbeit. Beruflicher Wandel - Arbeitsfelder - Kompetenzen. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Meisner, Judith (2014): Menschen mit Behinderungen: Aus der Anstalt in die Mitte der Gesellschaft. Das Museum für Hamburgische Geschichte zeigt die Ausstellung "Geht doch! - Inklusion erfahren". In: Deutsches Ärzteblatt (13/111), S. 562.
- Metzner, Matthias (2017): Unverletzlichkeit der Wohnung. URL: <https://www.bpb.de/izpb/254396/unverletzlichkeit-der-wohnung> (zuletzt aufgerufen am 01.08.2019)
- Neuntes Buch Sozialgesetzbuch vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 8. Juli 2019 (BGBl. I S. 1025) geändert worden ist (SGB IX) URL: https://www.juris.de/purl/gesetze/_ges/SGB_9 (zuletzt aufgerufen am 13.08.2019)
- People First (2006): Nicht über uns, ohne uns! In: Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales: Sexualität und Behinderung. Dokumentation zur Fachtagung. S. 20-21.
- Philipps-Universität Marburg (2019): Prof. Dr. Hendrik Trescher. Universitätsprofessor. Curriculum Vitae. URL: <https://www.uni-marburg.de/de/fb21/erzwinst/arbeitsbereiche/soreha/personen/prof-dr-hendrik-trescher> (zuletzt aufgerufen am 07.08.2019)
- Röh, Dieter (2018): Soziale Arbeit in der Behindertenhilfe. 2. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Rössler, Beate (2001): Der Wert des Privaten. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Rosemann, Matthias & Konrad, Michael (Hg.) (2017): Selbstbestimmtes Wohnen. Mobile Unterstützung bei der Lebensführung. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Rothfritz, Lauri Philipp (2010): Die Konvention der Vereinten Nationen zum Schutz der Rechte von Menschen mit Behinderungen. Eine Analyse unter Bezugnahme auf die deutsche und europäische Rechtsebene. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Schlebrowski, Dorthée (2009): Starke Nutzer im Heim. Wirkung Persönlicher Budgets auf soziale Dienstleistungen. Wiesbaden: VS Research.
- Seifert, Monika (2016): Wohnen von Menschen mit komplexen Unterstützungsbedarf. In: Theunissen, Georg & Kulig, Wolfram (Hg.): Inklusives Wohnen mit Behinderung : Bestandsaufnahme, Best Practice von Wohnprojekten für Erwachsene mit Behinderung in Deutschland. Stuttgart: Fraunhofer IRB Verlag, S. 65-81.
- Speck, Otto (2007): Selbstbestimmung, Autonomie. In: Theunissen, Georg; Kulig, Wolfram & Schirbort, Kerstin (Hg.): Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik. Stuttgart: Kohlhammer, S. 300-302.
- Sulmann, Daniela (2011): Ziele, Umsetzung und Wirkung der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (1/2011), S. 39-47.

- Thesing, Theodor (2009): *Betreute Wohngruppen und Wohngemeinschaften für Menschen mit geistiger Behinderung*. 4. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Theunissen, Georg (2007): *Unterstützung*. In: Theunissen, Georg; Kulig, Wolfram & Schirbort, Kerstin (Hg.): *Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 354-355.
- Thimm, Walter (1994): *Das Normalisierungsprinzip. Eine Einführung*. 5. Auflage. Marburg/Lahn: Lebenshilfe-Verlag.
- Trescher, Hendrik (2015): *Die Würde des Privaten. Zur Diskussion institutionalisierter Lebensbedingungen von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen*. In: *Behindertenpädagogik* 54. (2/2015), S. 136–153.
- Trescher, Hendrik (2017): *Wohnräume als pädagogische Herausforderung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Urban, Wolfgang (2016): *In der eigenen Wohnung leben mit hohem Unterstützungsbedarf*. In: Theunissen, Georg & Kulig, Wolfram (Hg.): *Inklusives Wohnen mit Behinderung. Bestandsaufnahme, Best Practice von Wohnprojekten für Erwachsene mit Behinderung in Deutschland*. Stuttgart: Frauenhofer IRB Verlag, S. 153-165.
- Weis, Hubert (1989): *Meine Grundrechte*. 2. überarbeitete Auflage. München: Verlag C. H. Beck.
- Welti, Felix (2017): *Behinderte Menschen*. In: Mulo, Ralf & Schmitt, Sabine (Hg.): *Fachlexikon der Sozialen Arbeit*. 8. Auflage. Baden-Baden: Nomos, S. 87-88.
- Wied, Susanne & Warmbrunn, Angelika (2003): *Psychembel Wörterbuch Pflege*. Berlin: De Gruyter.
- Wortmann, Martin (2011): *Würdiges Leben ist keine Privatsache. Kommentar*. In: *Ärzte Zeitung* (211/2011), S. 2.
- Zanichella, Elena (2015): *Privat bitte eintreten! Rhetoriken des Privaten in der Kunst der 1990er Jahre*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Ziemen, Kerstin (Hg.) (2016): *Lexikon Inklusion*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

8. Anhang

8.1 Zitate zu den Fallbeispielen

Tabelle 3: Zitate aus Krauthausen (2016): Heimexperiment

Thema	Nr.	Zitat	Tag
Zimmer- einrichtung	1	„Man zeigt mir mein Zimmer. Ein kahler Raum mit Krankenhausbett, Krankenhausbettisch und Schrank. Kein Schreibtisch. Keine Nachttischlampe.“	1
	2	„Ich drehe mich nochmal um und schaue in das leere Zimmer. So steril und anonym wie am ersten Tag. Ich werde es nicht vermissen.“	5
Verschlossener Kühlschrank	3	„Wenn ich etwas aus dem Kühlschrank der Heimbewohner möchte, einen Joghurt oder so, muss ich fragen. Weil einer der Heimbewohner zu viel isst, hat man ihn abgeschlossen.“	1
	4	„Ich habe ein bisschen Hunger, ein Joghurt wäre jetzt super. Aber der der Kühlschrank ist ja zugeschlossen und gerade kein Pfleger in Sicht.“	3
Assistenz beim Aufstehen	5	„Ich liege im Bett und warte. [...] Kurz nach 9:00 Uhr kommen zwei Mitarbeiter, klopfen zwar, aber lassen die Tür zum Flur offen. Jeder kann in mein Zimmer schauen, während ich aus dem Bett gehoben werde.“	2
Assistenz bei Toilettengang	6	„Ich war noch nicht auf der Toilette. Habe große Hemmungen mit Fremden zu gehen. [...] Gleich drei Mitarbeiter gehen mit. Ein Mann und zwei Frauen. Sie wollen gemeinsam sehen, wie es geht, mich aufs Klo zu setzen. Alle haben blaue Handschuhe an. [...] Es wirkt klinisch. Die Tür zum Stationsflur steht weit offen, ich traue mich nicht etwas zu sagen.“	1
	7	„Als wir wieder zurück im Heim sind, frage ich explizit nach einem bestimmten Pfleger für den Toilettengang. Es klappt.“	3
	8	„Beim Toilettengang wird wieder die Tür zum Heimflur offen gelassen. Als draußen Leute vorbeigehen werde ich mutiger und fordere den Pfleger auf, die Tür zu schließen. Er macht es.“	4
Assistenz beim Duschen/ Körperpflege	9	„Welcher Pfleger mich duscht, scheine ich nicht entscheiden zu dürfen und ich habe das Pech, dass sich der laute, gröbere Pfleger gleich an die Arbeit macht. Plötzlich steht eine weitere Pflegekraft im Bad. Ich bin nackt. Privatsphäre gleich Null. Ich schäme mich.“	2
	10	„Um 21:20 Uhr kommen drei Pflegekräfte, scheinbar wird immer noch eingewiesen. Alles Frauen. Ich finde es ungewohnt mich von Frauen pflegen zu lassen. Es gibt scheinbar keine Möglichkeit, gleichgeschlechtliche Pfleger zu haben, wenn der Dienstplan es nicht zulässt. Der Plan wird also wohl nicht mit Rücksicht auf diese Bedürfnisse der Bewohner erstellt. Ich fühle mich entsexualisiert.“	2

Institutioneller Alltag	11	„Was mich sehr stört hier sind die Massen an Leuten, die ständig im Heimflur unterwegs sind: Pflegekräfte, Putzleute, Reparaturservice, Caterer usw. Man hat da schnell den Überblick verloren und kommt sich wie auf einem Bahnhof vor. Ganz besonders, wenn dann noch bei Toilettengängen die Türen weit offen stehen gelassen werden und alle diese Leute einem zuschauen können, wie man gerade auf dem Klo sitzt.“	4
Anklopfen/ Eintreten ins Zimmer	12	„Um 9:05 Uhr kommt eine Pflegekraft, die ich noch nicht kenne. Ohne vorher anzuklopfen steht sie plötzlich vor meinem Bett.“	3
	13	„Ich liege im Bett und bin kurz davor einzuschlafen. Plötzlich stürmt eine Pflegerin ins Zimmer, Licht an, kein Anklopfen vorher. Sie wisse, wer ich sei, habe ein Video auf YouTube über mich gesehen.“	3
	14	„Ja, ich veranstalte hier eine Undercover-Sache und man kann auch sagen, dass ich etwas vorspiele. Trotzdem finde ich es nicht in Ordnung, dass ich als Bewohner von Pflegekräften gegoogelt und damit quasi ausspioniert werde. Und noch schlimmer finde ich, dass ich damit in einer Abhängigkeitssituation konfrontiert werde: Im Bett liegend.“	4
Informationelle Privatheit	15	„Nach dem Frühstück kommen zwei Pflegeschülerinnen, die eine schiebt mich übers Gelände [...]. Ich stelle Fragen und bekomme einige Antworten: Zum Teil sehr private Infos über Mitbewohner, die ich nicht hören möchte.“	3
	16	„Ich habe in meinem Tagebuch kaum etwas über die Gespräche mit den anderen Bewohnern aufgeschrieben, um ihre Privatsphäre zu schützen“	5
Umgang mit Paarbeziehungen	17	„Unter den Mitbewohnern gibt es ein Paar. Die beiden haben zusammengelegte Zimmer.“	2
selbstbestimmtes Leben, mit eigener Assistenz	18	„Ich esse, wonach mir ist, trinke ein halbes Glas guten Wein, mein mir vertrauter Assistent bringt mich auf die Toilette. Ich bestimme, was wie und wann passiert.“ (Abendessen außerhalb des Wohnheims)	3
	19	„Insgesamt bin ich unendlich froh, dass es wieder nach Hause geht. Dass ich in mein selbstbestimmtes Leben zurück kann, meine Assistenten ihre Dienstpläne nach meinen Terminen und Bedürfnissen richten. Und ich mich nicht an rigide Planungen halten muss, die für eine ganze Heimstation gelten.“	5

Tabelle 4: Zitate aus Trescher (2017): Wohnräume als pädagogische Herausforderung. Institution A, Wohngruppe I, Seite 75-107 und 126-130

Thema	Nr.	Zitat	Seite
panoptische Bauweise	20	„Die Gebäudeanordnung und die weitere innere Funktionsweise erzeugen eine quasi-panoptische Sichtbarkeit. Dabei handelt es sich um ein typisches Überwachungsmoment totaler Institutionen. Ein Rückzug ist nicht möglich. Vielmehr wird permanente Öffentlichkeit erzeugt, wodurch die BewohnerInnen massiv in ihrer Privatsphäre eingeschränkt werden. Diese ständige (zumindest potenzielle) Sichtbarkeit gewährleistet die Möglichkeit ständiger Überwachung, welche wiederum die Potenz einer Regulierung birgt.“	80
Generalschlüssel	21	„Die MitarbeiterInnen haben Generalschlüssel und können deshalb alle Räume, Wohngruppentüren und BewohnerInnenzimmer aufschließen. Zusätzlich wird die Schließanlage für die Außentore per Telefon gesteuert, welche die MitarbeiterInnen bei sich tragen.“	76-77
	22	„Die absolute Hoheit des Schließens kommt dabei der Institution zu.“	80
	23	„Die Aufforderung an die MitarbeiterInnen, bei abgeschlossener Tür zu klingeln, soll annehmbar der Aufrechterhaltung der Unversehrtheit der Wohnung dienen. Dennoch haben sie Zugang zur Wohnung, auch ohne, dass die dort lebenden Personen sie hineinlassen müssen (schließlich haben sie auch einen Schlüssel). Die Wohnung wird somit zum öffentlichen Raum, in welchem die Bewohner der (potenziell) permanenten Einschränkung ihrer Privatsphäre ausgesetzt sind. Dem gemeinschaftlichen Wohnen, das annehmbar baulich-strukturell durch die Einteilung in Wohngruppen erreicht werden soll, wird so lebenspraktisch ein Stück weit entgegengewirkt.“	88
Zimmerschlüssel	24	„Drei der Bewohner haben einen Schlüssel zu ihren Zimmern. Die anderen Bewohner können nach Auskunft von M-1 nicht mit dem Schlüssel umgehen und haben deshalb keinen. Die Zimmerschlüssel passen auch an der Tür zur Wohngruppe.“	84
Einschluss	25	„Diese Tür ist zumindest zeitweise abgeschlossen. So ist zu bestimmten Zeiten, zum Beispiel morgens während der Frühstückszeit, sogenannter ‚Einschluss‘ (Institutions-Jargon). Die Bewohner, die keinen Schlüssel zur Wohnungstür haben, können währenddessen die Räumlichkeiten nicht eigenständig verlassen.“	84
Signalrufanlage	26	„Die totale Zugänglichkeit der BewohnerInnenzimmer durch die MitarbeiterInnen wird mit dem Vorhandensein der sogenannten Signalrufanlage begründet. Durch diese Anlage ist aber auch die Überwachung der BewohnerInnen technisch institutionalisiert worden.“	81
	27	„Einerseits dient das System der Sicherheit der BewohnerInnen, damit diese bei Bedarf Hilfe herbeirufen können. Andererseits schafft die Anlage und die mit ihr begründete Zugänglichkeit der	81

		BewohnerInnenzimmer die Grundlage für weitere (potenzielle) Überwachungspraxen. Die Installation einer solchen Signalaranlage konstruiert die BewohnerInnen als hilflos und befördert einen (totalen) Institutionscharakter der Einrichtung, sind solche Signalaranlagen in der routinemäßigen Lebenspraxis doch ausschließlich im Kontext stationärer Krankenversorgung zu finden.“	
Kennzeichnung der Bewohnerzimmer	28	„Die Kennzeichnung der Türen zu den Zimmern der Bewohner trägt bürokratische Züge. So ist es nämlich auch externen MitarbeiterInnen, wie beispielsweise Zeitarbeitskräften, möglich, zu überblicken, wer in welchem Raum wohnt. Die explizite Nennung der Zimmernummer ist im Zusammenhang mit der sogenannten Signalaranlage zu sehen. Wird ein ‚Notruf‘ abgesetzt, erscheint auf dem Pager der MitarbeiterInnen die Nummer des jeweiligen Zimmers, in dem auf den Knopf gedrückt wurde. Die Kennzeichnung der Bewohnerzimmer mit der jeweiligen Nummer erleichtert es den MitarbeiterInnen, auf den Signalaruf zu reagieren. Die Türen der Bewohnerzimmer stehen damit für eine Institutionalisierung von Überwachung und Kontrolle. Die Formulierung ‚Hier wohnt [Name Bewohner]‘ ist dabei treffend, denn außerhalb des eigenen Zimmers ist kein ‚Wohnen‘ möglich, da es sich um öffentliche Räume handelt, die bürokratischen und versorgungspraktischen Tätigkeiten vorbehalten sind. Der Bereich hinter der Tür, das eigentliche Zimmer, wird zum einzigen, zumindest halbwegs, privaten Ort der Bewohner in der Einrichtung. Doch auch dieser Rückzugsraum wird durch die umfassende Schlüsselgewalt der MitarbeiterInnen stark eingeschränkt.“	89
Zimmer	29	„Die Zimmergröße der Bewohnerzimmer variiert zwischen 12 m ² und 16 m ² . Momentan wohnen alle Bewohner in Einzelzimmern, Doppelbelegungen seien allerdings möglich, sofern dies von den Bewohnern gewünscht werde, so beschreibt es M-1.“	85
	30	„Das eigene Zimmer, das der einzige den Bewohnern zur Verfügung stehende nicht-öffentliche Raum ist bzw. sein soll, ist in seiner weitgehenden Reduktion auf Funktionalität wenig wohnlich. Den Bewohnern steht kein Raum zur Verfügung, in dem sie losgelöst von den institutionellen Strukturen sein können. Gleichzeitig haben sie nicht genügend persönliche Handlungsökonomie, um etwas an ihrer Situation zu verändern.“	91
Zimmer für Paare möglich	31	„In den Bewohnerzimmern ist es theoretisch möglich, gemeinsam als Paar zu wohnen. Es ist also möglich, auch im Kontext des institutionellen Wohnens, die Einheit des Paares zu wahren.“	90
Einrichtung und Gestaltung	32	„Die Gestaltung der Gemeinschaftsräume ist hauptsächlich den MitarbeiterInnen überlassen. Teilweise werden die BewohnerInnen in die Entscheidung mit eingebunden. Neben persönlichen Vorlieben (Wandfarbe, Einrichtungsgegenstände, Dekoration) ist insbesondere	77

		das zur Verfügung stehende finanzielle Budget ausschlaggebend für die Gestaltung.“	
Gruppenraum/ Wohnzimmer	33	„Für gruppenübergreifende Veranstaltungen wird der Gemeinschaftsraum einer Wohngruppe genutzt, wodurch der Rückzugsraum der dort lebenden BewohnerInnen in seiner Funktion gewendet und zum öffentlichen Raum wird.“	81
	34	„Das Wohnzimmer ist eher eine technische Operationseinheit, sozusagen ein Stützpunkt der MitarbeiterInnen, als ein Wohnraum. Von hier aus wird die Versorgung der Bewohner gesteuert. Aktenschrank, Schreibtisch und Bürostuhl machen das Wohnzimmer zum Büro und tragen somit massiv zu einer Entfremdung vom eigentlichen Wohncharakter des Raumes bei.“	90
Wechselndes Personal	35	„Die BewohnerInnen sind wechselndem Personal ausgesetzt. Zusätzlich zu den regulären MitarbeiterInnen kommen externe ZeitmitarbeiterInnen in die Wohngruppe, was den persönlichen Bezug zwischen einzelnen BewohnerInnen und einzelnen MitarbeiterInnen erschwert.“	82
Informationen über andere Bewohner*innen	36	„An der linken Wand ist eine Pinnwand aufgehängt. Hier hängen Listen, Speisepläne, Dienstpläne und Zettel mit der Überschrift ‚to-do‘. Darauf sind Namen und Begriffe, wie beispielsweise ‚Arztbesuch‘, eingetragen.“	85
	37	„Reproduziert wird dieser Institutionscharakter beispielsweise auch durch die im Wohnraum aufgehängten Speisepläne oder die sogenannten ‚to-do‘ Listen, auf denen unter anderem Arzttermine der Bewohner notiert sind. Auch diese Listen hängen offen sichtbar aus. Nicht nur werden damit die Bewohner als Arbeitsobjekte konstruiert, vielmehr wird auch ihre Privatsphäre missachtet, da offen ersichtlich ist, wer wann welche Termine hat.“	90
Telefonieren	38	„Das einzige Telefon der Wohneinrichtung, das den BewohnerInnen zur Verfügung steht, befindet sich in einer Wohngruppe, welche nicht ‚barrierefrei‘ ist, da sie ausschließlich über eine Treppe zu erreichen ist.“	76
	39	„Zudem wird ‚Telefonieren‘ zur öffentlichen Veranstaltung, wodurch die Privatsphäre des/ der Telefonierenden ausgehebelt wird.“	81
Entscheidung über Umzug	40	„Dass Bewohner, beispielsweise bei einer Erhöhung ihres Pflegebedarfs, gegen ihren Willen in eine entsprechende Intensivgruppe umziehen müssen, stellt einen massiven Eingriff in ihre Privatsphäre und Privatangelegenheit dar und ist so ebenfalls eine Verletzung ihrer Würde. Je persönliche Vorlieben/ Wünsche/ Sozialbeziehungen sind der Sicherstellung der Erfüllung des ‚großen rationalen Plans‘ (Goffman 1973) nachgeordnet.“	88
Kühlschrank	41	„Da der Kühlschrank abgeschlossen ist und lediglich die MitarbeiterInnen über den Schlüssel verfügen, haben die Bewohner keinen Zugang zu Lebensmitteln.“	87

Bad	42	„Auch das Badezimmer ist ein öffentlicher, von vielen Menschen benutzter Ort. Wie in einer Jugendherberge müssen die Bewohner mit dem Kulturbeutel das Gemeinschaftsbad aufsuchen. Die Wohneinrichtung ist damit auch in dieser Hinsicht weit entfernt von einem lebenspraktisch ‚normalen‘ Zuhause.“	89
Vorgeschriebene Besuchszeiten	43	„Die Regelung der Besuchszeiten ist eine Institutionalierungspraxis und in der routinemäßigen Lebenspraxis nur in geschlossenen Einrichtungen, wie Psychiatrien oder Gefängnissen, zu finden. Die Bewohner können über ihr Zuhause nur sehr bedingt selbst verfügen und haben nicht die uneingeschränkte Möglichkeit, Freunde und Familie – annehmbar erwünschte BesucherInnen – in ihre (privaten) Räume einzuladen und einzulassen.“	92
Wäsche wird von Mitarbeiter*innen verräumt	44	„Herr Augenthaler ist alltäglichen, nicht immer offensichtlichen Objektivierungspraxen ausgesetzt. Beispielsweise wird seine Wäsche durch MitarbeiterInnen in den Schrank geräumt, oft ohne, dass er es mitbekommt. Dies ist eine übergriffige Handlung bzw. ein Eingriff in seine Privatsphäre (unabhängig von der angenommenen bzw. scheinbaren Notwendigkeit). Die eigene Kleidung und insbesondere Unterwäsche sind etwas Intimes.“	104

8.2 Auszüge aus den Forderungen der Selbstvertreter*innen

Tabelle 5: Zitate aus People First (2006): Nicht über uns, ohne uns!

Thema	Nr.	Zitat	Seite
Privates Zimmer	45	„Alle haben ein Recht auf ein eigenes Zimmer.“	20
	46	„Man muss die Zimmer abschließen dürfen.“	20
	47	„Man muss selbst entscheiden dürfen, wann man sein Zimmer abschließt.“	20
	48	„Unsere persönlichen Grenzen müssen beachtet und geachtet werden. Man darf zum Beispiel nicht ohne Anklopfen in unsere Zimmer laufen.“	21
Körperpflege	49	„Alle haben ein Recht auf getrennte Duschen für Männer und Frauen.“	20
	50	„Alle haben ein Recht auf getrennte Toiletten für Männer und Frauen. Man muss Duschen und Toiletten abschließen können.“	20
	51	„Wir wollen aussuchen, ob wir bei der Körperpflege von einem Mann oder einer Frau unterstützt werden.“	21
Intimität	52	„Alle Paare müssen in Wohneinrichtungen zusammen wohnen können.“	20

Tabelle 6: Zitate aus Diakonie (2011): Redet mit uns, nicht über uns!

Thema	Nr.	Zitat	Seite
Selbstbestimmung	53	„Wir bestimmen, wer welche Informationen über uns bekommt. (Wir dürfen wissen was in unserer Akte steht.)“	9
Wohnen und Freizeit	54	„Wir fordern Einzelzimmer, wenn wir das wollen.“	10
	55	„Wir entscheiden mit, mit wem wir wohnen möchten.“	10
	56	„Unsere Zimmer sind Privatsache und wir haben einen eigenen Schlüssel. Wir fordern Besucher auf anzuklopfen. Durchgangszimmer bieten keine ausreichende Privatsphäre.“	10
	57	„Wir gestalten unsere Zimmer nach eigenen Wünschen.“	10
	58	„Wir fordern, dass Assistenzzeiten unseren individuellen Bedarfen angepasst werden. Vertrauenspersonen müssen erreichbar sein.“	10
	59	„Wir fordern, dass wir bei Mitarbeiterwechseln frühzeitig informiert werden und wünschen uns eine Mitsprache bei Neueinstellungen. Häufige Wechsel der Bezugspersonen sollen vermieden werden.“	10
Partnerschaft und Familie	60	„Wir wollen, dass unsere Privatsphäre respektiert wird.“	16
	61	„Das heißt für uns, dass: Wir nicht ständig gestört werden, wenn unsere Partner zu Besuch sind.“	16
	62	„Wir unsere Zimmer abschließen können.“	16
	63	„Wir selbst entscheiden ob, wo und mit wem wir Sexualität ausleben wollen.“	16
Information und Barrierefreiheit	64	„Wir wollen wissen wann wer Informationen über uns bekommt. Datenschutzrechtliche Bestimmungen müssen eingehalten werden.“	19
	65	„Wir wollen wissen was in unserer Akte steht.“	19

Selbstständigkeitserklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die im Literaturverzeichnis angegebenen Quellen benutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder noch nicht veröffentlichten Quellen entnommen sind, sind als solche kenntlich gemacht.

Diese Arbeit ist in gleicher oder ähnlicher Form noch bei keiner anderen Prüfungsbehörde eingereicht worden.

Leipzig, den 15.08.2019

Stefanie Schreier