

Teilhabe

| DIE FACHZEITSCHRIFT DER LEBENSHILFE |

IN DIESEM HEFT

WWW.LEBENSHILFE.DE

WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG

Migration und Behinderung

Pflegerische Qualitätssicherung

*„Schulbildungsunfähige“
in der DDR*

PRAXIS UND MANAGEMENT

Beratung

Demenz

Trauerbegleitung

INFOTHEK

Leserforum

Buchbesprechungen

Bibliografie

Veranstaltungen

AUGUST 2013
52. Jahrgang

Neuerscheinungen im Lebenshilfe-Verlag



Monika Lennermann-Knobloch

Ich will ein Rentner sein

*Das Abenteuer: individuelle
Ruhestandsgestaltung mit
Senioren mit geistiger Behinderung*

1. Auflage 2013, 17 x 24 cm,
broschiert, 216 Seiten

ISBN: 978-3-88617-549-4;

Bestellnummer LER 549

15,- Euro [D]; 18,- sFr.

Immer mehr Menschen mit (geistiger) Behinderung werden älter. Was das für die Senioren bedeuten kann und welche Herausforderungen sich damit für die Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe ergeben, zeigt der vorliegende Erfahrungsbericht anhand vieler Beispiele, Geschichten und Anregungen. Im Rahmen eines Aktion Mensch-Projekts der Hagsfelder Werkstätten und Wohngemeinschaften Karlsruhe gGmbH (HWK) zur »individuellen Ruhestandsgestaltung« ist ein Buch entstanden, das sich mit Fragen befasst, die auftauchen, wenn Senioren mit (geistiger) Behinderung sich auf den Weg machen in eine neue Lebensphase:

- Wie kann eine sinnvolle Vorbereitung auf den Ruhestand aussehen?
- Und wie kann es gelingen, Strukturen zu schaffen für individuelle Wünsche und Ideen?
- Wie können Teilhabe, Selbstbestimmung und Lebensqualität auch bei nachlassenden Kräften oder bei Krankheit erhalten werden?



**Simone Seitz, Nina-Kathrin Finnern,
Lisa Pfahl, Katja Scheidt (Hrsg.)**

Ist Inklusion gerecht?

*Inklusions-Forschung
in leichter Sprache*

1. Auflage 2013, 17 x 24 cm,
broschiert, 144 Seiten

ISBN: 978-3-88617-541-3;

Bestellnummer LEA 541

13,- Euro [D]; 17,- sFr.

In diesem Buch geht es um Inklusion. Und es geht um gleiche Rechte für alle beim Lernen. Wichtig ist, dass alle Menschen über Inklusion mitreden können. Denn Inklusion heißt: Alle Menschen gehören zur Gesellschaft dazu. Niemand wird ausgeschlossen. Alle dürfen mitbestimmen.

Deshalb gibt es dieses Buch in leichter Sprache. Forscher und Forscherinnen machen sich darin Gedanken: Wie passen Inklusion und gleiche Rechte für alle zusammen? Die Forscher und Forscherinnen haben viele Antworten gefunden. In diesem Buch schreiben sie darüber,

- was sie über Inklusion herausgefunden haben;
- wie es kommt, dass manche Menschen ausgeschlossen werden;
- welche Hilfen diese Menschen brauchen;
- welche Hindernisse für Inklusion es noch gibt;
- und wie Inklusion und gleiche Rechte für alle zusammenpassen.



Wiltrud Thies

Fred, der Frosch

*und eine Schule für alle
Mit Bildern von Anke Koch-Röttering*

1. Auflage 2013, 27 x 19,5 cm,

Hardcover, 32 Seiten, farbig illustriert

ISBN: 978-3-943919-20-2;

Bestellnummer LFK 055

14,50 Euro [D]; 18,- sFr.

**Sonderpreis für Lebenshilfe-
Mitglieder: 13,- Euro [D]**

Der erste Schultag ist ein Abenteuer: Fred, der Frosch, erlebt ihn aufregend und ein wenig ängstlich. Vor allem beunruhigt ihn, dass seine Schule eine »Schule für alle« ist. Früher waren immer nur Gleiche in eine Schule gegangen, nun kommen alle verschiedenen Tiere zusammen – das könnte ja auch gefährlich werden ...

Eine Mutmachergeschichte zum Vorlesen, Selbst-Lesen und zum Theaterspielen: ... denn Inklusion heißt, dass Unterschiede dazugehören, nicht, dass sie verschwinden.

Kooperation mit dem Susanna Rieder Verlag, München

Bestellungen an:

Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.,
Vertrieb
Raiffeisenstr. 18, 35043 Marburg,
Tel.: (0 64 21) 4 91-123;
Fax: (0 64 21) 4 91-623;
E-Mail: vertrieb@lebenshilfe.de

Neuer Service! Online-Archiv für Abonnenten

Alle Fachbeiträge der Zeitschrift Teilhabe online abrufen – diesen neuen Service bieten wir unseren Abonnenten ab sofort und kostenlos. Suchen Sie bequem nach Autor, Titel, Stichwort und Ausgabe.

Die Anmeldung zum
Online-Archiv finden Sie unter:
www.zeitschrift-teilhabe.de

Benutzername: ZT-Online, Passwort: ZT3-13ijkl

EDITORIAL

<i>Teilhabe von Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund – Wie inklusiv ist die Behindertenhilfe gegenüber doppelt Benachteiligten?</i>	100
Susanne Schwalgin	

WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG

<i>Gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund in ländlichen Regionen</i>	102
Elke Schön	
<i>Grundpflege im Fokus der Qualitätssicherung</i>	109
Annelen Schulze Höing	
<i>Die Lebenssituation „Schulbildungsunfähiger“ in psychiatrischen Einrichtungen der DDR</i>	114
Hannes Kesselberg	

PRAXIS UND MANAGEMENT

<i>So und So – Beratung für Menschen mit so genannter geistiger Behinderung</i>	121
Sabine Stahl	
<i>„... es ist zum Verrücktwerden“. Demenz bei Menschen mit einer geistigen Behinderung</i>	127
Monika Lennermann-Knobloch	
<i>Trauer- und Sterbebegleitung in Wohneinrichtungen</i>	133
Martina Zabel	

INFOTHEK

<i>Die Behindertenbeauftragten des Bundes und der Länder fordern Kurswechsel in der Behindertenpolitik</i>	139
<i>Fachverbände fordern Bundesleistungsgesetz für Menschen mit Behinderung</i>	139
<i>Erster Politik-Informationsfilm in Leichter Sprache</i>	140
<i>Lehrerfortbildungen zu Inklusion</i>	140
<i>Wissen Inklusion – Themenheft der Aktion Mensch</i>	140
<i>Expertise zu barrierefreien Dienstleistungen</i>	140
<i>Service für Kunden mit geistiger Behinderung in Einzelhandel und Gastronomie</i>	141
<i>Leserforum</i>	141
<i>Buchbesprechungen</i>	142
<i>Bibliografie</i>	146
<i>Veranstaltungen</i>	147

IMPRESSUM

.....	147
-------	-----



Susanne Schwalgin

Teilhabe von Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund – Wie inklusiv ist die Behindertenhilfe gegenüber doppelt Benachteiligten?

Liebe Leserin, lieber Leser,

die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) hat große Erwartungen im Hinblick auf die Erhöhung gesellschaftlicher Teilhabe von Menschen mit Behinderung geweckt. Der Leitgedanke der UN-BRK ist die vollständige gesellschaftliche Teilhabe (Inklusion) behinderter Menschen. Die UN-BRK bricht mit der Vorstellung von Behinderung als Behindert-Sein, also als individuelle Beeinträchtigung des Einzelnen, die es zu therapieren gelte. Zentral ist nun ein Verständnis von Behindert-Werden, bei dem es um die Wechselwirkungen zwischen individueller Beeinträchtigung und gesellschaftlichen Barrieren geht. Behinderung ist demnach kein individuell zu lösendes Problem. Vielmehr ist damit die Herausforderung an Politik und Gesellschaft verbunden, Zugangsbarrieren abzubauen und umfassende Teilhabe zu ermöglichen.

So weit so gut. Gegenwärtig ist noch nicht abzusehen, ob die hohen Erwartungen an die UN-BRK langfristig gerechtfertigt sein werden. Vier Jahre nach der Ratifizierung durch Deutschland im Jahr 2009 ist deutlich, dass die Umsetzung der UN-BRK in den einzelnen gesellschaftlichen Teilbereichen weiterhin durch die Interessensvertretungen von Behinderten erkämpft werden muss. Trotz aller Umsetzungsdefizite ist die UN-BRK und der Paradigmenwechsel auf diskursiver Ebene in Deutschland angekommen. Das ist mehr als andere UN-Konventionen, z. B. die Kinderrechtskonvention, jemals zuvor geschafft haben.

Durch die UN-BRK hat Inklusion als Gesellschaftsmodell, das alle von Diskriminierung betroffenen Gruppen von Menschen einbezieht, Einzug in die deutsche Debatte gehalten. Inklusion bedeutet nicht nur die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Vielmehr weist die UN-BRK in ihrer Präambel darauf hin, dass es um Menschen mit Behinderung gehe, „die mehrfachen oder verschärften Formen

der Diskriminierung aufgrund der Rasse, der Hautfarbe, des Geschlechts, der Sprache, der Religion, der politischen oder sonstigen Anschauung, der nationalen, ethnischen, indigenen oder sozialen Herkunft, des Vermögens, der Geburt, des Alters oder des sonstigen Status ausgesetzt sind.“

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und der Fachverbände für Menschen mit Behinderung haben die Konvention zum Anlass genommen, Menschen, die aufgrund der Merkmale Behinderung und Migrationshintergrund von doppelter Diskriminierung betroffen sein können, in den Blick zu nehmen. In ihrer „gemeinsamen Erklärung zur interkulturellen Öffnung und kultursensiblen Arbeit für und mit Menschen mit Migrationshintergrund“ von 2011 heißt es: „Unter Inklusion verstehen die unterzeichnenden Verbände, dass jeder Mensch unabhängig von persönlichen Eigenschaften und individuellen Fähigkeiten, ethnischer und sozialer Herkunft, Geschlecht und Alter vollständig und gleichberechtigt an allen gesellschaftlichen Prozessen teilhaben und sie mitgestalten kann. Eine inklusive Gesellschaft schätzt die Vielfalt menschlicher Eigenschaften und Fähigkeiten als ihren eigentlichen Reichtum. Dieses Ziel kann nur erreicht werden, wenn auf dem Weg dorthin *alle* einbezogen sind. Dazu gehören selbstverständlich auch Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund.“

Mit dieser Selbstverpflichtung zur interkulturellen Öffnung und zur kultursensiblen Arbeit ihrer Einrichtungen sind die unterzeichnenden Verbände keineswegs zu früh dran, um den Herausforderungen einer massiv durch Einwanderung geprägten Gesellschaft gerecht zu werden. Heute werden ca. 19 % der Bevölkerung als Menschen mit Migrationshintergrund bezeichnet. Darunter versteht die offizielle Definition alle seit „1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewan-

derten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem nach 1949 zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“.

Die größte Gruppe bilden heute zwischen 1955 und 1973 angeworbene Arbeitsmigrant(inn)en („Gastarbeiter“) und deren Nachkommen. Die zweitgrößte Gruppe bilden Spätaussiedler(innen). All jene, die als Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer auf Zeit nach Deutschland kommen wollten, mussten sich noch im Heimatland Gesundheitsuntersuchungen durch deutsche Behörden unterziehen, bei denen ihre Arbeitsfähigkeit überprüft wurde. Menschen mit Behinderung gab es unter den angeworbenen Menschen nicht. Die Einwanderung war zunächst als zeitlich befristete Maßnahme zur Kompensation des Arbeitskräftemangels in der boomenden Industrie Westdeutschlands gedacht. Bereits ab 1966 ging die Anwerbung ausländischer Arbeitskräfte rezessionsbedingt zurück. Sie wurde dann 1973 von der Bundesregierung durch einen Anwerbestopp beendet. Gleichzeitig führte der Anwerbestopp zu einem erhöhten Familiennachzug, da jene, die (noch) nicht in ihre Heimatländer zurückkehren wollten, oftmals

er in vielen Kommunen schon heute mehr als 50 % aus.

Die Einrichtungen der Behindertenhilfe sind heute also substanziell durch Einwanderung geprägt. Dieser Wandel wird angesichts der demografischen Entwicklung auch weiterhin fortschreiten. Bezieht man den drohenden Fachkräftemangel ein, der bald auch die Arbeitsbereiche der Behindertenhilfe erfassen wird, ist auch hier mit einem Anstieg an Menschen mit Migrationshintergrund zu rechnen. Es wird also höchste Zeit, dass die Behindertenhilfe tragfähige Konzepte für die interkulturelle Öffnung entwickelt und umsetzt. Andere Bereiche der Sozialen Arbeit haben bereits in den 1980er Jahren damit begonnen. Dennoch hat die Behindertenhilfe durchaus noch die Chance, die zeitliche Verzögerung auszugleichen und sogar in einen strategischen Vorteil zu verwandeln. Betrachtet man nämlich andere gesellschaftliche Felder wie das Bildungswesen, die Soziale Arbeit, das öffentliche Gesundheitswesen, wird deutlich, dass interkulturelle Öffnung dort zum Teil schon seit 30 Jahren diskutiert und umgesetzt wird. Gleichzeitig hat dies nichts daran geändert, dass Migrant(inn)en in diesen Bereichen nach wie vor keine gleichberechtigten Teilhabechancen haben.

In der Politik regierte jahrzehntelang die Orientierung an den Defiziten von Migrantinnen und Migranten.

ihre Angehörigen nachholten. Mit dem Familiennachzug stieg auch die Zahl behinderter Migrant(inn)en. Damit wurde die Klientel der Einrichtungen der Behindertenhilfe bereits im Laufe der 1970er Jahre vielfältiger.

Heute leben ca. 15 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, Schätzungen zufolge leben ca. 11 Prozent von ihnen mit einer staatlich anerkannten Behinderung. Dabei wird davon ausgegangen, dass ihre Anzahl noch erheblich höher liegt, weil nicht alle Menschen mit Migrationshintergrund ihre Behinderung amtlich haben anerkennen lassen. Hinzu kommt, dass die migrantische Bevölkerung sowohl regional als auch im Hinblick auf die Altersgruppen sehr unterschiedlich verteilt ist. In den Stadtstaaten Bremen, Hamburg und Berlin sowie in den Flächenstaaten Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Hessen liegt ihr Anteil am Höchsten. In der Altersgruppe der Kinder unter fünf Jahren macht

Die Behindertenhilfe hat die Chance, bisherige Fehler zu vermeiden. Der mangelnde Umsetzungserfolg lag auch an der jahrelangen Lähmung der Politik, sich klar zu Deutschland als Einwanderungsland zu bekennen und Integration proaktiv auszugestalten. Stattdessen regierten jahrzehntelang die Orientierung an Defiziten von Migrant(inn)en und Projekte, mit der diese Defizite kompensiert werden sollten. Dass dies weder nachhaltig ist noch dazu angetan war, strukturelle Diskriminierung, die sich in Zugangsbarrieren für Zugewanderte und ihre Familien ausdrückt, abzubauen, ist mittlerweile auch in der öffentlichen Verwaltung angekommen. In allen Bereichen wird nun eine strategisch geplante, auch von oben betriebene interkulturelle Öffnung diskutiert. Hier sollten die Einrichtungen der Behindertenhilfe anknüpfen.

Interkulturelle Öffnung der Behindertenhilfe muss als strategisch geplanter Prozess der Organisationsentwicklung

verstanden werden. Dabei müssen folgende Ebenen berücksichtigt werden:

- > *Personalentwicklung der Einrichtungen:* Einrichtungen müssen ihre Mitarbeiterschaft diversifizieren, indem sie aktiv um migrantischen Nachwuchs werben und sicherstellen, dass dieser Aufstiegschancen hat.
- > *Entwicklung kultursensibler und zielgruppenspezifischer übergreifender Konzepte und Strategien für die fachliche Arbeit:* An dieser Stelle können Modellprojekte sinnvoll sein, da mit ihnen innovative Ansätze in der Praxis erprobt und sinnvolle Transferkonzepte entwickelt werden können (s. Beitrag von Frau Schön in diesem Heft).
- > *Weiterbildungen von Fachkräften:* Darunter ist die Vermittlung interkultureller Kompetenzen und vorurteilsbewusster Beratungskompetenz zu verstehen, aber auch die Vermittlung von fachspezifischem Wissen zu rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen für zugewanderte Familien aus verschiedenen Herkunftsländern, zu transnationalen Lebenswelten und Mehrfachzugehörigkeiten, zu Familiensystemen und kulturspezifischen Vorstellungen von Behinderung etc.
- > *„Entsäulung“ der Behindertenhilfe und Migrationssozialarbeit:* Die Beratungs- und Unterstützungssysteme für behinderte Menschen und Migrant(inn)en haben sich historisch getrennt entwickelt. Um Teilhabechancen von Menschen mit Migrationshintergrund und Behinderung zu erhöhen, müssen beide Systeme Wege einer sinnvollen Kooperation finden.

Auf den ersten Blick schreckt dieser Anforderungskatalog ab, da er nur mit einem Mehraufwand von zeitlichen und personellen Ressourcen zu bewältigen ist. Längerfristig wird die Qualität der Einrichtungen, die sich auf den Weg einer interkulturellen Öffnung machen, steigen. Die Veränderungen zielen darauf ab, Einrichtungen bewusst inklusiver zu gestalten. „Wer Inklusion will, sucht Wege – wer sie nicht will, sucht Begründungen“ – diese treffende Formulierung des Bundesbehindertenbeauftragten Hubert Hüppe sollte der Behindertenhilfe für ihre Öffnung künftig als Leitmotiv dienen.

Dr. Susanne Schwalgin
Referentin für Migration und Internationales bei der Bundesvereinigung
Lebenshilfe e. V., Berlin



Elke Schön

Gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund in ländlichen Regionen

Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts „Willkommen“

| Teilhabe 3/2013, Jg. 52, S. 102 – 108

| KURZFASSUNG Bessere Möglichkeiten zu gesellschaftlicher Teilhabe von Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund im Landkreis – das war das Ziel des Modellprojekts „Willkommen“ der Lebenshilfe Tübingen e. V. Ansatzpunkte waren neue mobile und beteiligende Ansätze – insbesondere in den Lebenswelten der Familien und im sozialräumlichen Umfeld. Während einer Förderphase von 2008 bis 2011 konnten eine mobile interkulturelle Beratung, individuelle Tandembegleitungen, eine interkulturell zusammengesetzte Selbsthilfegruppe und Netzwerkarbeit an der Schnittstelle von „Behinderung“ und „Migration“ in Flächenarbeit aufgebaut und erprobt werden. Über angestoßene Prozesse von Empowerment auf verschiedenen Ebenen ließ sich nach einer dreijährigen Modellphase mit wissenschaftlicher Begleitung feststellen: Die in der Fläche erprobten Ansätze werden von den beteiligten und mitwirkenden Personengruppen begrüßt und positiv beurteilt. Die Modellarbeit wirkte verändernd auf Strukturen.

| ABSTRACT *Participation of People with Disabilities and Migration Background in Rural Regions. Results of the Project „Welcome“.* The project „Welcome“ of the Lebenshilfe Tübingen aims to extend the possibilities of people with disabilities and migration background to participate in society. The project focused new mobile and participatory approaches, in particular in the families' social environments and communities. In the project's first phase from 2008 to 2011 a mobile intercultural consultation, individual support tandems, an intercultural support group and networking could be built up and tested. As a result after three years, all actors who were involved in the project consider the project's approaches favorable. The project had a changing effect on structures.

Intention des Modellprojekts „Willkommen“

Das Modellprojekt „Willkommen“ wurde von der Lebenshilfe Tübingen e. V. aus folgenden Gründen ins Leben gerufen: Frauen und Männer, Mädchen und Jungen mit Behinderung und Migrationshintergrund aus dem Landkreis, aber auch deren Eltern und weitere Angehörige, nutzten vorhandene Unterstützungssysteme und Angebote wenig. Beobachtet wurde von Mitarbeitenden, dass in den Familien mit Migrationshintergrund insbesondere die Mütter und andere weibliche Angehörige für die Zuwendung, Sorge und Pflege ihrer (erwachsenen) Kinder mit Behinderung zuständig sind. Sie lebten oft an der Grenze ihrer Ressourcen. Bestehende

ambulante Möglichkeiten der Unterstützung wurden dennoch kaum genutzt. Deshalb sollte im Projekt für die Region herausgefunden werden, wie vorhandene Angebote für die Personengruppen zugänglich gemacht, aber auch wie unter dem Aspekt von Teilhabe und Selbstbestimmung Angebote und Dienste den Wünschen und Bedarfslagen entsprechend verändert werden können. Mit einem beteiligend zu entwickelnden Angebot sollten die Personengruppen in der Region besser und bedürfnisorientierter erreicht werden. Entwickelt und erprobt werden sollte ein regional ansetzendes, aufsuchendes Tandem-Modell in Kooperation mit Ehrenamtlichen mit/ohne Behinderung und Migrationshintergrund und mit Professionellen des Vereins.

Frauen und Männer mit Behinderung und Migrationshintergrund, die an Kursen im Bereich der Erwachsenenbildung der Einrichtung teilnehmen, hatten zudem in zwei in der Einrichtung durchgeführten Meinungsbefragungen ihre individuellen Bedürfnisse, Interessen und Bedarfe angesprochen. Über ihre Beteiligung an diesen Befragungen in den Jahren 2005 und 2006 haben sich die – bis dahin eher verdeckt gebliebenen – verschiedenen kulturellen Hintergründe und Identitäten und ein daraus resultierendes spezifisches lebensweltliches Expertenwissen herausarbeiten lassen. Einige dieser Frauen und Männer artikulierten ihr Interesse an Möglichkeiten von Mitsprache und Teilhabe. Es zeigte sich auch der Wunsch, Kompetenzen in diesem Bereich zu erwerben, um diese dann im Interesse anderer Frauen und Männer mit Behinderung und Migrationshintergrund praktisch einsetzen zu können. An diesen Interessen und dem vorhandenen interkulturellen Erfahrungsschatz wollte das Modellprojekt ansetzen: Die Frauen und Männer sollten als Expert(inn)en in eigener Sache einen Status als „Schlüsselpersonen“ im Projekt erhalten.

Insgesamt sollten mit dem Modellvorhaben vor allem folgende von gesellschaftlicher Teilhabe weitgehend ausgeschlossene Personengruppen erreicht werden: Personen mit Behinderung und Migrationshintergrund, insbesondere Frauen/Mädchen mit Behinderung und Migrationshintergrund, sowie Familien/Angehörige dieser Gruppen, hier vor allem Mütter von Kindern mit Behinderung.

Kontext und Förderung

Dem Modellvorhaben „Willkommen“ wurde gemeinsam mit drei weiteren Vorhaben in Süddeutschland der Paul Lechler Preis 2008 verliehen. Gewürdigt wurden mit dieser Preisverleihung zunächst die Konzeptionen und Ideen der Projekte. Deren Realisierung konnte nach der Preisverleihung mit Stiftungsmitteln angegangen werden. Mit dem neuen Förderschwerpunkt „Im Fokus: Behinderte und benachteiligte Menschen mit Migrationshintergrund“ beabsichtigte die Stiftung, Prozesse der Lobbybildung zu beschleunigen. Die ausgewählten Modellvorhaben standen während der Förderzeit der Jahre 2008 bis 2010 in einem übergreifenden Austausch und Dialog. So unterschiedlich die inhaltlichen Schwerpunktsetzungen waren, allen Projekten war die Lobbybildung in den Bereichen Vernetzung, Öffentlichkeitsarbeit, Kooperation mit Schlüsselpersonen aus Communities

von Migrant(inn)en und zur Verbesserung von Strukturen gemeinsam. Alle Projekte engagierten sich in Feldern des Empowerment. Die Aktivitäten der Projekte waren politische Antwort auf das Problem fehlender bzw. schwierig zu findender Zugänge zu gesellschaftlicher Teilhabe für die Personengruppen mit Behinderung und Migrationshintergrund. In der Endphase der gemeinsamen Reflexionsprozesse erfolgte eine die Wirkungen bilanzierende wissenschaftliche Evaluierung insbesondere von drei Projekten (vgl. SCHÖN 2010). Die Besonderheit des Modellprojekts „Willkommen“: Wissenschaftliche Begleitung setzte bereits bei Projektbeginn prozesshaft ein.

Wissenschaftliche Begleitung

So konnten vor allem Prozesse des Empowerment inhaltlich und beratend unterstützt werden. Methodologisch verortete sich die wissenschaftliche Begleitung in Konzepten der Lebenswelt-, Biografie- und Geschlechterforschung sowie in Ansätzen von Partizipation und Teilhabe. Die Evaluierung erfolgte vor allem an den Subjekten orientiert: Interessen und Bedarfe der Frauen und Männer mit Behinderung und Migrationshintergrund (aus Tandem-Partnerschaften und aus der Selbsthilfegruppe) standen im Mittelpunkt von Projekt und Begleitung. In Interviews waren ihre Lebensentwürfe, Potenziale und Wünsche, ihre subjektiven Sichtweisen und Bewertungen der Projektarbeit zu ermitteln und besonders zu gewichten. Eltern, insbesondere Mütter mit Migrationshintergrund, deren Kinder mit Behinderung von Tandem-Partner(inne)n begleitet wurden, berichteten in Interviews über eigene Zuwanderungserfahrungen, Lebenslagen und Ressourcen sowie ihre Lebensführung und sie beurteilten die Tandems aus ihrer Sicht. Ehrenamtliche Tandem-Partner(innen) wurden nach ihren Motiven zur Übernahme von Tandem-Beziehungen, ihren Erfahrungen mit den Tandems, Einschätzungen von Rahmenbedingungen, Hürden und Erfolgen befragt.

Ebenfalls erfolgte eine Prozess- und Ergebnisevaluation der geleisteten sozialen Arbeit und der initiierten Prozesse von Empowerment im Projekt. Aus Erfolgen und Hindernissen ließen sich Erkenntnisse über innovative Handlungsschritte, nützliche Rahmenbedingungen und Strukturen, Lernprozesse und Interventionen für die Weiterentwicklung gewinnen.

Entwickelte und erprobte Kernbereiche in der Modellarbeit

Die geförderte Laufzeit des Modellprojekts umfasste insgesamt (mit Verlängerung) drei Jahre. In den Räumen der Lebenshilfe in Tübingen wurde eine Koordinierungsstelle (Stellenumfang 20 %) eingerichtet, die mit einer Diplom-Sozialpädagogin besetzt wurde. Geleistet wurden im Rahmen dieser Stelle die Entwicklungsarbeit und die experimentelle Erprobungsarbeit, unterstützt von Kolleg(inn)en mit und ohne Migrationshintergrund aus dem Hause und von ehrenamtlichen Tandem-Partner(inne)n mit Zuwanderungserfahrungen.

Landkreisweit und über Flächenarbeit entstanden folgende drei Kernbereiche der Modellarbeit, in welchen Prozesse von Empowerment einen besonderen Stellenwert einnehmen sollten:

- > *Mobile interkulturelle Beratung und Tandem-Modell:* Aufgebaut wurde eine aufsuchende, niederschwellig gestaltete Beratungsarbeit, welche sich in die Lebenswelten der Personen mit Behinderung und ihrer Familien/Angehörigen mit Migrationshintergrund hineinbegibt. An den aufsuchenden Besuchen beteiligt sind Ehrenamtliche mit eigenem Migrationshintergrund aus dem jeweiligen Kulturkreis als Mittler(innen). Für das Tandem-Modell wurden ehrenamtliche Partner(innen) aus verschiedenen Kulturen geworben. Diese sollten in Tandem-Partnerschaften ganz individuell Frauen und Männer sowie Mädchen und Jungen mit Behinderung und Migrationshintergrund nach deren Bedürfnissen und Interessen im Lebensalltag begleiten.
- > *Interkulturelle Selbsthilfegruppe von Frauen und Männern mit Behinderung und Migrationshintergrund:* Die Frauen und Männer, die als Expert(inn)en in eigener Sache für andere initiativ werden wollten, verfügten über keinen eigenen Gruppenzusammenhang. Deshalb wurde im Modellprojekt mit ihnen eine Gruppe gegründet. Über „soziales“ Empowerment sollten kollektive Lernprozesse gefördert werden. Die an der Gruppe Beteiligten sollten lernen, wie eine Gruppe selbst organisiert werden kann. Insgesamt gab es in der Modellzeit sechs von der Projektkoordinatorin organisierte, angeleitete und unterstützte Treffen von fünf Frauen und drei Männern aus verschiedenen Kulturkreisen.

> *Vernetzende Arbeit in der Region:* Entwickelt wurde eine vernetzende Arbeit an der Schnittstelle der Bereiche von „Behinderung“ und „Migration“. Diese setzte an zwei Aktivitätsfeldern an:

- Institutionen, Dienste, Vereine, Selbsthilfegruppen und Arbeitskreise, welche in den verschiedenen, immer noch stark voneinander abgegrenzten Arbeitsfeldern von „Behinderung“ und „Migration“ agieren, wurden aufsuchend kontaktiert: Das Projekt wurde vorgestellt, es wurde in der Thematik sensibilisiert und zu gemeinsamem ressort- und einrichtungsübergreifendem Handeln ermuntert.
- Individuell wurden mit Frauen und Männern mit Behinderung oder auch mit Kindern und deren Familien soziale Netzwerke und Handlungsräume als persönliche Ressourcen im Lebensumfeld erschlossen.

Anhand von Beispielen aus der Praxis und subjektiven Einschätzungen/Beurteilungen der Nutzer(innen) sollen im Folgenden wesentliche Ergebnisse und Erkenntnisse aus den erprobten drei Kernbereichen der Modellarbeit vorgestellt werden.

Die mobile interkulturelle Beratung und das Tandem-Modell

Besuche und Tandems in Familien

Über die mobile aufsuchende Beratungsarbeit in der „Fläche“ fand das Projekt Zugang zu Müttern/Familien mit Migrationshintergrund. Von den Müttern/Eltern wurden Tandem-Einsätze zur Begleitung ihrer Mädchen und Jungen mit Behinderung am Lebensort „Familie“ begrüßt.

Drei Kinder einer Familie aus Kosovo-Albanien werden von einer Tandem-Partnerin in der Familie und am Lebensort einer ländlichen Gemeinde begleitet: ein 11-jähriges Mädchen mit einer Mehrfachbehinderung und ihre zwei jüngeren von Behinderung bedrohten Brüder. Die Lehrerin der Förderschule hatte das Projekt auf den Unterstützungsbedarf der Kinder aufmerksam gemacht. Die neunköpfige Familie, die seit vielen Jahren nur mit einem Duldungsstatus in Deutschland lebt, befand sich in einer schwierigen und isolierten Lebenslage. Ihr Lebensalltag war von Angst bestimmt, weshalb Mutter und

Kinder die Wohnung kaum verlassen haben. Den häuslichen Einsatz einer Familienhelferin des Jugendamtes hatte die Familie abgelehnt, weil dieser als Kontrolle der Behörde empfunden wurde.

Im Rahmen des Projekts wurden die Familie besucht und die Tandem-Idee vorgestellt. Die Kinder und Eltern entwickelten ein erstes vorsichtiges Vertrauen zur Tandem-Partnerin – einer Studentin, die sich in der offenen Jugendarbeit in der Gemeinde engagierte. Als „Türöffner“ wirkten ihre Kontakte zu im Haus lebenden Jugendlichen, die den Jungen der Familie freundschaftlich verbunden waren. Vereinbarung wurde mit den Eltern, dass die Tandem-Partnerin die drei Kinder in der Familie und am Lebensort unterstützt. Möglichkeiten der Teilhabe an bestehenden Freizeitangeboten sollten ausfindig gemacht werden. Für die Tochter sollte ein Behindertenausweis beantragt werden.

Intervention der Tandem-Partnerin war die Familie nach Monaten bereit, sich ebenfalls von einer vom Jugendamt beauftragten Familienhelferin unterstützen zu lassen. Nun konnte sich die Partnerin verstärkt dem Mädchen zuwenden und es in seiner Identitätsfindung und seinem Interesse an freier Zeit für sich unterstützen, denn trotz ihrer Mehrfachbehinderung musste sie zu Hause beim Putzen helfen und ihre jüngeren Geschwister beaufsichtigen. Die Tandem-Partnerin betrachtet sie als „große Schwester“, mit der sie alles bereden könne, was sie bedrücke. Im Interview verwies sie mehrmals darauf: „Allein gefällt es mir sehr mit ihr.“

Auch andere befragte Mütter mit Migrationshintergrund, die eine mobile, niederschwellige Beratung erfahren und/oder deren Kinder ein arrangiertes Tandem haben, zeigen eine Präferenz für ambulante Hilfen und individuelle

Mütter leben oft an der Grenze ihrer Ressourcen. Bestehende Möglichkeiten der Unterstützung werden dennoch kaum genutzt.

Die Tandem-Partnerin erkundete dann mit den Kindern vor allem das Lebensumfeld, sie bezog auch die Mutter der Kinder in die Ausflüge und Spielplatzbesuche mit ein. Sie begleitete den Vater bei Behördenbesuchen, gab Unterstützung im Kampf um eine verlängerte Duldung. Sie begleitete sowohl die Kinder als auch die Mutter bei Arztbesuchen. Einer der Jungen hatte den Wunsch, in einer Handballgruppe mitzuspielen. Die Tandem-Partnerin suchte mit ihm den Sportverein im Dorf auf. Sie unterstützte seine Aufnahme in eine Handballgruppe für Jungen. Über seine Teilnahme an der Handballgruppe konnte der Junge schnell Kontakte und Anerkennung im Dorf finden. Der andere Junge konnte in die offene Kindergruppe eines anderen Vereins aufgenommen werden.

Die Schritte im Tandem wurden – je nach Erfordernis – immer wieder neu verortet. Über ihren engagierten und familienunterstützenden Einsatz gewann die Partnerin das volle Vertrauen der ganzen Familie. Im Interview berichtete die Mutter der Kinder, dass sie in der Tandem-Partnerin eine persönliche Ratgeberin sehe, die sie nicht mehr misstrauen möchte, sie fühle sich ihr freundschaftlich verbunden. Erst über die In-

Lösungen im Lebenszusammenhang. Sie schätzen besonders entstandene Vertrauensverhältnisse und fühlen sich in ihren erbrachten eigenen Leistungen alltäglicher Sorgearbeit anerkannt.

Tandems mit Frauen und Männern mit Behinderung

Über „persönliches“ Empowerment werden in den individuell gestalteten Tandems Frauen und Männer als Subjekte in ihrer kulturellen und Geschlechter-Identität gestärkt. Sie erfahren Ermutigung, Anregung und Unterstützung dabei, eigene Lebensentwürfe zu entwickeln und deren Durchsetzung anzugehen. Im Modell zeigte sich, dass das Verfolgen eines eigenen Lebensentwurfs nicht nur mit Erfolgen, sondern auch mit Krisen verbunden sein kann – Prozesse, die immer wieder neue Verortungen im Tandem erfordern. Die ehrenamtlichen Partner(innen) agieren aufsuchend und beteiligend. Im Idealfall teilen sie in der Partnerschaft die Muttersprache, Herkunft, Geschlecht und Mentalität, sie werden zu ganz persönlichen Wegbegleiter(inne)n.

Herr St. S., zum Zeitpunkt des Interviews 37 Jahre alt, siedelte mit seinen

Eltern im Jahre 2004 von Sibirien nach Deutschland um. Seine Leidenschaft gilt der russischen Sprache, der russischen Musik und seinem PC. Außerdem erkundet er gerne mit seinem elektrischen Rollstuhl die Welt außerhalb der elterlichen Wohnung. Seit Geburt ist Herr St. S. schwer mehrfachbehindert. Er hatte in Russland keine Schule besuchen können und auch keine Rehabilitation erfahren. Als Herr St. S. vom Projekt im Jahre 2008 angesprochen wurde, befand er sich in einer perspektivlosen Lebenssituation und war sehr resigniert. Gerne willigte er in eine Tandem-Partnerschaft ein.

Sein erster Tandem-Partner (ohne Migrationshintergrund) unterstützte ihn dabei, seine Interessen und Stärken herauszufinden. Herr St. S. wünschte ein selbstbestimmtes Leben in einer eigenen Wohnung. Er wollte heiraten und in einem Betrieb, möglichst im Computerbereich, berufstätig sein. Auf dem dann eingeschlagenen und begleiteten Weg zu Selbstbestimmung, Teilhabe und Selbstständigkeit erlebte Herr St. S. viele Tiefschläge und Krisen. Jobsuche und Kontakte zur Arbeitsagentur führten, trotz der gebauten Brücken des Tandem-Partners, nicht zum Erfolg. Anschließend bedurfte es stets gemeinsamer Café-Besuche, um das weitere Vorgehen zu besprechen.

Eine dann vermittelte berufliche Erprobung in einem gemeinwesenbezogenen Kleinprojekt einer WfbM spornete Herrn St. S. zunächst an. Weil ihm darüber kein Zugang zu einem „ganz normalen Betrieb“ eröffnet werden konnte, brach er den Arbeitsversuch dann ab. Herr St. S. heiratete eine russische Frau, doch schon kurz nach der Heirat scheiterte die Ehe. Die angestrebte Verselbstständigung im Wohnen ließ sich noch nicht realisieren. Der erste Tandem-Partner musste eine Referendariatsstelle in einer anderen Stadt antreten, er hatte keine Zeit mehr für Besuche und gemeinsame Unternehmungen. Eine freundschaftliche Verbindung blieb bestehen.

Der dann vom Projekt gefundene zweite Partner brachte einen eigenen russlanddeutschen Migrationshintergrund in das Tandem ein. Er teile mit Herrn St. S., wie er im Gespräch ausführt, „Herkunft, Mentalität und Sprache“. Aus eigener Erfahrung kenne er die Situation von Spätaussiedlern in Deutschland. Ihm sei bewusst, wie wichtig für einen Mann mit Behinderung und einem russlanddeutschen Migrationshintergrund

ein selbstbestimmtes Leben mit einem Status als „Erwachsener“ sei. Er wisse, wie man handeln müsse, um eigene Interessen durchsetzen zu können, und gebe dieses Wissen im Tandem weiter.

Er machte Ausflüge mit Herrn St. S. und ermutigte ihn, nicht zu resignieren. Schließlich konnte er erreichen, dass Herr St. S. kostenfrei einen einjährigen Sprachkurs mit zertifiziertem Abschluss an der Volkshochschule besuchen konnte. Herr St. S. besuchte den Kurs mit viel Freude. Sein Tandem-Partner vermittelte ihm dann ein Ehrenamt: Heute organisiert Herr St. S. in seiner freien Zeit russische Musik-Programme für Festivitäten einer russischen Kindergruppe. Er recherchiert dafür im Internet und stellt Lieder, Melodien und Texte zu Programmen zusammen, die viel Anklang bei Kindern und Eltern in der russischen Community finden. Das stärkt sein Selbstbewusstsein.

Im Interview meint Herr St. S., dass er sich beiden Tandem-Partnern freundschaftlich verbunden fühle, beide gewährten ihm Zugang zu ihren jeweils eigenen Lebenswelten, beide engagierten sich bei der Durchsetzung seiner Interessen. Beim Kontakt mit dem derzeitigen Tandem-Partner freue ihn besonders die enge Verbundenheit durch die gemeinsame russische Sprache und Kultur. Herr St. S. sichert heute sein Leben über das Persönliche Budget, darüber wird jetzt auch sein Tandem-Partner finanziert. Er nimmt an den Treffen der Selbsthilfegruppe des Projekts teil. Dort gefalle ihm, dass er sich mit Frauen und Männern austauschen könne, die ebenfalls wie er eine Zuwanderungsgeschichte haben. Sein „Herzenswunsch“ bleibt eine eigenständige, von den Eltern unabhängige Wohnform.

Gewinnung und Bewusstseinsbildung von Ehrenamtlichen mit (und ohne) Migrationshintergrund

Im Projekt entwickelte sich die Gewinnung von Ehrenamtlichen mit eigenem Migrationshintergrund als potenzielle Tandem-Partner(innen) zu einem wichtigen Schwerpunkt. Nicht alle Ehrenamtlichen brachten einen eigenen Migrationshintergrund mit. Ehrenamtliche Partner(innen) mit eigenem Migrationshintergrund erwiesen sich als stark motivierte Persönlichkeiten, die besondere kultur-, geschlechts- und migrationsensible Erfahrungen und Kompetenzen in die Tandems einbrachten. Ehrenamtliche ohne Migrationshintergrund bedürfen hier meist der Erfahrungs- und Kompetenzerweiterung.

In den Tandems ist auch von Bedeutung, dass die Begegnungen von Empathie getragen und auf gleicher Augenhöhe im Dialog gestaltet werden können. Es zeigte sich in der Praxis auch, dass die Partner(innen) eine Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit eigenen Sichtweisen mitbringen müssen. Deshalb bot das Projekt Gruppentreffen für Tandem-Partner(innen) an. Für die Partner(innen) hatte bei den Treffen das Besprechen auftauchender Schwierigkeiten und Problemlagen Priorität. Dabei zeigte sich die Gefahr, dass der erforderliche Blick auf Ressourcen und Partizipation der Bezugspersonen und ihrer Familien allzu leicht nachrangig wird oder verloren gehen kann. Für das Projekt ging es bei der Einrichtung des Gruppentreffens um einzelfallübergreifende und die Selbstreflexion herausfordernde Aspekte. Angeregt wurde über die fünf Treffen mit den Ehrenamtlichen ein Prozess der Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung.

Im Idealfall teilen die Tandempartner Muttersprache, Herkunft, Geschlecht und Mentalität, sie werden zu ganz persönlichen Wegbegleitern.

In den Interviews beurteilten auch andere Männer und Frauen mit Behinderung und Migrationshintergrund ihre gleichgeschlechtlichen Partner(innen) mit ähnlichem kulturellen Hintergrund als für sie bedeutsame Bezugspersonen im eigenen Lebensalltag. Wichtige Voraussetzung für solch eine positive Einschätzung war allerdings, dass in der Partnerschaft Ressourcen und Stärken wahrgenommen werden konnten, sie Anerkennung fanden.

Interkulturelle Selbsthilfegruppe von Frauen und Männern mit Behinderung und Migrationshintergrund

Selbsthilfegruppen entstehen in der Regel über einen selbst inszenierten Zusammenschluss von Personen mit ähnlichen Interessen – ohne professionelle Unterstützung (vgl. MEGGENEDER 2011). In der Modellregion fehlte ein solcher Zusammenschluss von Frauen und Männern mit (soge-

nannter geistiger) Behinderung und einem Migrationshintergrund. Deshalb betrat das Projekt hier über sein entfaltetes „soziales“ Empowerment Neuland: Es organisierte eine unterstützte Gruppe für und mit den interessierten fünf Frauen und drei Männern, um kollektive Lernprozesse zu fördern.

Die an der Gruppe beteiligten Frauen und Männer – oder ihre Herkunftsfamilien – kommen aus der Türkei, Russland, Italien, Griechenland, Kosovo-Albanien und Eritrea, sie verfügen über ganz unterschiedliche Zuwanderungsgeschichten. Sie leben in verschiedenen Gemeinden des Landkreises. Die Mehrheit wohnt noch in der Herkunftsfamilie. Die meisten dieser Frauen und Männer haben über das Projekt eine Tandem-Partnerschaft vermittelt bekommen.

Bei dem ersten unterstützten Treffen stellte sich heraus, dass die eingeladenen Frauen und Männer nicht so recht wussten, was das Projekt „Willkommen“ erreichen möchte, was eine „Selbsthil-

der Wunsch nach Anerkennung der kulturellen Vielfalt, die bei den Treffen erfahren werden konnte.

Bei der Bewertung eigener Erfahrungen zeigten sich geschlechtsspezifische Unterschiede: Für die Frauen scheint im von ihnen selbst hergestellten Kulturvergleich ein Leben in Deutschland mehr Freiheit und Autonomie eröffnen zu können. Sie orientieren sich an der Lebensführung deutscher (nicht-behinderter) junger Frauen und beobachten mit Interesse eine Vielfalt an Möglichkeiten, das Leben zu gestalten. Sie haben den Wunsch, ihre Alltagskompetenzen zu erweitern, um für sich mehr Selbstständigkeit zu erlangen und sich von häuslicher Enge befreien zu können. Für die Männer hat die Möglichkeit zur persönlichen Erschließung des öffentlichen Freiraums einen besonderen Stellenwert, um in der deutschen Gesellschaft „anzukommen“ und sich platzieren zu können. Beide Geschlechter nutzten die Treffen, um sich mit eigenen Lebensperspektiven auseinanderzusetzen zu können.

sen auf einmal in den verschiedenen Gemeinden und Zentrumsorten wahrgenommen worden.

Beispielsweise wurden jene Dienste und Vereine in der Thematik initiativ, welche sich nach ihrem bisherigen Selbstverständnis zwar für den Bereich „Migration“ zuständig fühlten, aber kaum explizit Aufmerksamkeit für Personen mit Migrationshintergrund und einer Behinderung aufgebracht hatten. So übernahmen etwa Mitarbeitende aus der Migrationsberatung der Caritas, dem Evangelischen Jugendmigrationsdienst und dem Asylzentrum die Aufgaben von Multiplikator(inn)en: Sie verteilten Flyer des Projekts, luden zu Vorträgen ein, schafften Zugänge zu den Personengruppen und zu potenziellen Tandem-Partner(inne)n mit Migrationshintergrund. Der vom Projekt zunächst nur in deutscher Sprache erstellte Informations-Flyer wurde in die russische, türkische, griechische und italienische Sprache übersetzt und in öffentlichen Räumen verteilt.

Ein Aushang zur Suche nach Tandem-Partner(inne)n in türkischer Sprache machte etwa den Inhaber eines Imbiss- und Stehcafés auf das Projekt aufmerksam. Ihm gefielen die Informationen in der türkischen Sprache, deshalb wollte er das Projekt unterstützen. Im Interview urteilte er: „*Ein Prospekt in türkischer Sprache kommt besser bei meinen Landsleuten an, er kann besser gelesen werden.*“ Auch mit einem türkischen Büchercafé in einem der Zentrumsorte entstanden so über muttersprachliche Informationsmaterialien kooperierende Kontakte. Dort trifft sich ein Mal im Monat eine „Internationale Frauengruppe“, welche das Thema interessiert aufgriff. Für das auf diese Weise entstandene Kooperationsnetz musste das Projekt viel „Pionierarbeit“ leisten.

Über ein „persönliches“ Empowerment konnten in Einzelarbeit mit Frauen und Männern mit Behinderung oder auch mit Kindern und ihren Familien ganz individuelle soziale Netzwerke im sozialräumlichen Nahbereich gestärkt oder erweitert und manchmal auch geschaffen werden. Die zugewanderten Familien verfügen zwar über eigene soziale Netzwerke, welche aber meist über eine große räumliche Distanz unterhalten werden müssen. Diese Netzwerke reichen meist nicht aus, um einschneidende Alltagsbelastungen bewältigen zu können.

Der Lebensalltag in den ländlichen Gemeinden der Region gestaltet(e) sich zudem für manche dieser Familien, insbesondere für die Frauen/Mütter, oft

Für die Frauen mit Migrationshintergrund scheint im von ihnen selbst hergestellten Kulturvergleich ein Leben in Deutschland mehr Freiheit und Autonomie eröffnen zu können.

fegruppe“ erreichen kann und aus welchen Gründen es für Frauen und Männer mit Behinderung und Migrationshintergrund wichtig sein kann, eigene Interessen gemeinsam zu vertreten. Es gab viel Informations- und Diskussionsbedarf.

Auf weiteren Treffen stellten die Beteiligten ihre unterschiedlichen persönlichen Biografien vor. Schnell zeigten sich Gemeinsamkeiten: Alle an den Runden beteiligten Frauen und Männer sprechen zwei Sprachen, die deutsche Sprache ermöglicht die gemeinsame Verständigung. Die kulturellen Wurzeln der Herkunft sind in den einzelnen Biografien von unterschiedlicher Bedeutung, gemeinsam ist das aktive Bemühen um Teilhabe an der „deutschen“ Kultur.

Im Verlauf der sechs Treffen konnten weitere wichtige gemeinsame Interessen herausgearbeitet werden: Wünsche nach Selbstbestimmung, Verselbstständigung (insbesondere Loslösung von den Herkunftsfamilien), Erwerbsarbeit (möglichst auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und nicht in einer WfbM) und

Noch wird die Gruppe aus Sicht der Beteiligten eher als „Angebot“ wahrgenommen. Aber in der Selbsteinschätzung der beteiligten Frauen und Männer sind die dort möglichen Begegnungen und das gemeinsame Arbeiten von hohem sozialen Stellenwert. Die Gruppe befindet sich nach Abschluss des Modellprojekts noch im Findungsprozess, der vorerst weiterhin einer Begleitung, Unterstützung und auch Anleitung bedarf. Gewünscht wird von den beteiligten Frauen und Männern, dass die Gruppe fortgeführt werden kann. Selbstorganisation soll weiterhin „gelernt“ werden können, die Gruppe biete Raum, sich gegenseitig „anzuhören und zu helfen“.

Netzwerkarbeit in der Region

Über die in der Fläche geleistete aufsuchende intensive Informationsarbeit bei den Institutionen, Diensten, Vereinen, Selbsthilfegruppen und Arbeitskreisen konnten Kooperationspartnerschaften in Stadt und Landkreis entstehen. Die Personengruppen mit Behinderung und Migrationshintergrund und ihre Familien/Angehörigen sind mit ihren Interes-

wie ein Leben auf fremdem Territorium. Dass hier über die Tandems Brücken und Zugänge in den sozialräumlichen Nahbereich geschaffen werden können, ist im oben dargestellten ersten Beispiel aufgezeigt worden. Erwachsene Frauen und Männer mit Behinderung, die noch in ihren Herkunftsfamilien leben, wünschten Abgrenzung zu ihren Eltern, ihnen fehlen aber oft eigene soziale Netzwerke. Hier wurden die Tandems initiativ: Gemeinsam wurde nach Möglichkeiten erwünschter Teilhabe gesucht. Das verdeutlicht das hier im Text vorgestellte zweite Beispiel. Weitere dokumentierte Tandempartnerschaften finden sich im Endbericht (vgl. SCHÖN 2011).

Resümee

Die Befunde aus der Erprobungsarbeit verdeutlichen, welch hohem Standard an Anforderungen alle am Projekt Mitwirkenden gerecht werden mussten. Die eingeleiteten Prozesse von „persönlichem“ Empowerment und „sozialem“ Empowerment wirkten auf vielen Ebenen verändernd und zeigen auch Effekte auf Strukturen. Diese Vielschichtigkeit soll hier abschließend kurz aufgezeigt und in den Wirkungen beleuchtet werden (vgl. SCHÖN 2011, 123 ff.):

- > *Kultur- und geschlechtersensible Ansätze stärkten und aktivierten Frauen und Männer mit Behinderung und Migrationshintergrund:* Die gleichgeschlechtlichen Tandem-Partner(innen) aus der eigenen Herkunftskultur und/oder mit einer eigenen Zuwanderungsgeschichte werden von den Frauen und Männern mit Behinderung sehr geschätzt. Mit ihnen können Gespräche in der Muttersprache geführt, geschlechtsspezifische kulturelle Gewohnheiten gepflegt und Kontakte zur Community hergestellt werden. Solche Partner(innen) werden auch zu positiven Identifikationsmodellen. In den Tandems, die nach eigenen Interessen mitgestaltet wurden, nehmen sich die Frauen und Männer mit Behinderung als handelnde Akteure wahr.
- > *An den Lebenswelten anknüpfende Wege und Dialoge eröffneten neue Zugänge zu den Personengruppen:* Die Tandembeziehungen wurden ganz individuell in den verschiedenen Lebenswelten entwickelt. Nach ihrer persönlichen Einschätzung befragte Frauen und Männer beurteilten ihre Partner(innen) als ganz persönliche Freunde, die auf der Suche nach eigenen Lebensentwürfen Begleitung und Stärkung bieten.

Von den Partner(inne)n wird eine klare „parteiliche“ Haltung erwartet, wenn es z. B. um Konflikte mit den Eltern oder Probleme in der Lebensbewältigung geht. Gemeinsam mit den Tandem-Partner(inne)n konnten eigene Lebenswelten auch erweitert werden: etwa durch gemeinsames Flanieren oder Cafebesuche in den öffentlichen Räumen der Gemeinden und Zentrumsorte. Mütter/Familien mit Migrationshintergrund begrüßten wiederum die aufsuchenden Besuche, die sich von den „Komm“-Strukturen vieler Einrichtungen und Behörden unterscheiden. Für manche Mütter sind Tandem-Partnerinnen der Kinder inzwischen zu „Freundinnen“ geworden.

- > *Mädchen und Jungen mit Behinderung und Migrationshintergrund erhielten frühe ambulante Unterstützung im Lebensumfeld:* Beispielsweise werden ein 3-jähriger Junge mit Behinderung und seine Mutter regelmäßig von einer Tandem-Partnerin zu einem Schwimm-Angebot der Frühförderung begleitet. Im Wasser fällt dem Jungen das Bewegungstraining leichter. Ohne den aufsuchenden ambulanten Ansatz hätte sich kein Zugang zu der eritreischen Familie finden lassen und die Mutter hätte nicht von sich aus das Projekt der Lebenshilfe aufgesucht. Dass die unterstützende Teilnahme an dem Schwimm-Angebot schließlich, nachdem einige Hürden zu überwinden waren, zum freudvoll angenommenen Erlebnis für Kind und Mutter wurde, ist auf den engagierten Einsatz der Tandem-Partnerin zurückzuführen.
- > *Mit neuen Konzepten lassen sich – langfristig und unter Gewährung von Kontinuität – Selbstbestimmung, Beteiligung und Selbstorganisation erproben:* Über „persönliches“ Empowerment konnten mit Unterstützung eigene Lebensentwürfe entwickelt und angegangen werden. Die Beispiele zeigen, wie sich Prozesse der Selbstbestimmung und Beteiligung stärken lassen. Über „soziales“ Empowerment wurde mit Bildungsarbeit der Aufbau einer Selbsthilfegruppe angestoßen. In einem kollektiven Lernprozess werden die Frauen und Männer darin gestärkt, sich gegenseitig wahrzunehmen und sich ihrer Potenziale bewusst zu werden.
- > *Die regionale Netzwerkarbeit an der Schnittstelle der Bereiche „Behinderung“ und „Migration“ führte zu ressort- und einrichtungsüber-*

greifenden Dialogen und Kooperationen: Multiplikator(innen) konnten so gewonnen werden, die das Vorhaben in ihren Gemeinden und Zuständigkeitsbereichen „über den eigenen Tellerrand“ hinaus unterstützen. Diese vernetzende Arbeit bedarf aber der kontinuierlichen Initiative, wenn sie erhalten werden soll.

- > *Aus Projekterfahrungen lässt sich lernen:* Über die Modellarbeit konnten neue und zusätzliche Arbeitsfelder aufgebaut werden. Eine interkulturelle Öffnung der Einrichtung kann sich jedoch nicht nur auf Zusatzangebote beschränken, sie betrifft alle Ebenen der Einrichtung und ist im Leitbild festzuschreiben. „Interkulturelle Öffnung“ ist als Querschnittsthema in der Einrichtung zu verankern, Informationsmaterialien sind mehrsprachig zu gestalten, „Diversität“ ist als Aufgabe der Personal- und Teamentwicklung umzusetzen.
- > *In der Kommune und im Landkreis kann an den Personengruppen, ihren Ressourcen und Bedarfslagen nicht länger vorbei gesehen werden:* Über die Projektaktivitäten konnten die Personengruppen mit Migrationshintergrund mit ihren Lebenslagen, Potenzialen, Bedürfnissen und ihrem Unterstützungsbedarf sichtbar werden. Nun sind auch die Kommune und der Landkreis gefordert, „Inklusion für alle“ als politische Herausforderung zu verstehen.
- > *Die Rahmenbedingungen zur Erhaltung und Weiterentwicklung der erprobten Arbeit sind zu sichern:* Wird die Thematik als politische Herausforderung verstanden, so liegt darin die Chance, dass die geleistete Aufbauarbeit auch unter langfristiger Perspektive verbindlich sichergestellt werden kann.

Grenzen von Gleichstellung und Teilhabe

Die an Inklusion orientierte Modellarbeit ist bei der Einbeziehung von drei Betroffenen mit Behinderung und einem Duldungsstatus an ihre Grenzen geraten. Es stellte sich heraus, dass rechtliche Konstellationen dem Gedanken von Inklusion entgegenstehen. So gesteht das Asylbewerberleistungsgesetz den Asylbewerber(inne)n nicht den Erwerb eines Schwerbehindertenausweises und den Zugang zu Leistungen der Rehabilitation zu. In den drei Fällen kam es zur restriktiven Anwendung dieses Gesetzes, weshalb sich hier Chancengleichheit und Teilhabe an

gesellschaftlichen Ressourcen nicht durchsetzen ließen: Einem in Deutschland geborenen Mädchen mit Behinderung und einem Duldungsstatus wurde trotz vorliegender ärztlicher Gutachten die Anerkennung ihres Schwerbehindertensstatus verweigert. Zwei jungen Frauen mit Behinderung und einem Duldungsstatus, beide sind in Deutschland aufgewachsen und leben in ihren Herkunftsfamilien, wurde ebenfalls der Erwerb eines Schwerbehindertenausweises verweigert. Sie erhielten so keinen Zugang zu berufsvorbereitenden Fördermaßnahmen und beruflichen Eingliederungshilfen. Auch mit Unterstützung durch das Projekt ließ sich keine Erwerbsarbeit für sie finden. Ohne eine Erwerbstätigkeit bleiben sie von Abschiebung bedroht. Hier wäre politisch ansetzendes Empowerment dringend angesagt.

Auch andere Rechtsbereiche enthalten Restriktionen, die zugewanderte Kinder und Erwachsene mit Behinderung – je nach Status – von Zugängen zu Angeboten des Unterstützungssystems ausschließen (vgl. FRINGS 2008; WILL 2008). HEIDEN, SRNA & FRANZ (2009, 16) arbeiteten heraus, dass das deutsche Ausländerrecht wegen seiner abgrenzenden Konnotationen in den relevanten ausländer- und asylrechtlichen Vorschriften als „Abgrenzungsrecht“ verstanden werden kann: Gerade im Vergleich zum menschenrechtlichen Ansatz des neuen Behindertenrechts stelle dieses deutsche Ausländerrecht „rechtliche Unterschiede zwischen UnionsbürgerInnen, SpätaussiedlerInnen, Vertriebenen, AusländerInnen aus Drittstaaten und AsylbewerberInnen“ her. Diese rechtliche Ungleichheit bedeutet für Betroffene in der Regel: Benachteiligung und soziale Exklusion.

Fortführung der erprobten Arbeit

Seit Ende des Modellprojekts im Jahre 2011 hat die Einrichtung aus Eigenmitteln die Fortführung von Tandems und Selbsthilfegruppe sichern können. Zur Erhaltung und Weiterentwicklung der geleisteten Aufbauarbeit benötigt die Lebenshilfe Tübingen e. V. allerdings Rahmenbedingungen, deren dauerhafte Finanzierung trotz intensiver Bemühungen noch ungeklärt ist. Sozialpolitische Initiative ist hier gefragt. Inzwischen kann über neue Projektmittel unter anderer Fragestellung ein neues Projekt in der Thematik initiiert werden. Es sollte jedoch nicht als Dauerlösung betrachtet werden, diesen wichtigen erschlossenen Aufgabenbereich, der eigentlich in der Organisationsentwicklung zur selbstverständlichen

Querschnittsaufgabe jeder Einrichtung gehören sollte, immer wieder aufs Neue über Projekte bearbeiten zu müssen. Langfristige Perspektiven und dauerhafte finanzielle Mittel sind hier unabdingbar.

LITERATUR

- FRINGS, Dorothee (2008): Sozialrecht für Zuwanderer. Baden-Baden: Nomos.
 HEIDEN, H.-Günter; SRNA, Christina; FRANZ, Katarina (2009): Zugangswege in der Beratung chronisch kranker/behinderter Menschen mit Migrationshintergrund. Eine Feldstudie. Berlin: Stiftung Lebensnerv.
 MEGGENEDER, Oskar (Hg.) (2011): Selbsthilfe im Wandel. Neue Herausforderungen für die Selbsthilfe im Gesundheitswesen. Frankfurt a. M.: Mabuse.
 SCHÖN, Elke (2010): Im Fokus – Behinderung und Migration. Vier Modellprojekte in Süddeutschland. Endbericht. Hg. v. Paul Lechler Stiftung Ludwigsburg (Bestellung gegen eine Schutzgebühr über info@paul-lechler-stiftung.de).
 SCHÖN, Elke (2011): Modellprojekt „Willkommen“ – Mobile interkulturelle Beratung und individuelle Tandembeglei-

tung im Landkreis Tübingen. Endbericht der Wissenschaftlichen Begleitung. Hg. v. Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung Tübingen e. V. (Bestellung gegen eine Schutzgebühr über mail@lebenshilfe-tuebingen.de).

WILL, Annegret (2008): Ausländer ohne Aufenthaltsrecht. Baden-Baden: Nomos.

Kontakt zum Modellprojekt:

Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung Tübingen e. V.

Friedrich-Dannemann-Straße 69,
 72070 Tübingen,
 Tel.: (0 70 71) 94 40-3

@ www.lebenshilfe-tuebingen.de

Die Autorin:

Dr. phil. Elke Schön

Soziologin M.A., freiberufliche
 Sozialwissenschaftlerin in Tübingen,
 wissenschaftliche Begleitung
 von Projekten

@ elke.schoen@supra-net.net

Anzeige

Aus dem Lebenshilfe-Verlag

| Ina Beyer

Unser Kind ist ein Geschenk

Familien türkischer Herkunft mit einem geistig behinderten Kind in Deutschland

2., überarb. und aktualis. Auflage 2013,

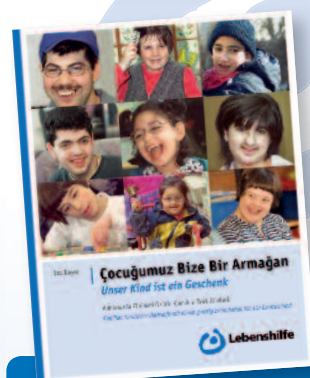
DIN A 4, zweisprachig türkisch-deutsch,

durchgehend farbig illustriert,

64 Seiten, ISBN: 978-3-88617-547-5;

Bestellnummer LER 547

8,- Euro [D]; 10,- sFr.



Bestellungen an:

E-Mail: vertrieb@lebenshilfe.de

Familien türkischer Herkunft, vor allem Mütter, erzählen von ihrem Leben in Deutschland mit einem behinderten Kind. Als Migrant(inn)en hier zu leben ist nicht leicht: Sie leben mit zwei Kulturen, zwei Sprachen und häufig im Gefüge der Großfamilie, auf die sie Rücksicht nehmen müssen.

Sie sprechen über ihre Hoffnungen, Erfahrungen, Schwierigkeiten und Freuden, in allen Lebensphasen ihrer Kinder. So sagen sie anderen türkischen Familien: »Ihr seid nicht allein, ihr könnt wie wir diese Schwierigkeiten bewältigen!« und all denen, die mit ihnen und ihren behinderten Kindern Kontakt haben und arbeiten: »So fühlen wir und so erleben wir unsere Situation!«

Die Zusammenarbeit zwischen Eltern und den Mitarbeiter(inne)n in Behörden und Ämtern sowie Einrichtungen und Diensten ist oft schwierig. Beide Seiten wissen zu wenig über den kulturellen und gesellschaftlichen Hintergrund der jeweils anderen. Das Buch will – auch durch die konsequente Zweisprachigkeit aller Texte – eine Brücke schlagen für mehr Verständnis und eine bessere Kommunikation auf beiden Seiten.



Annelen Schulze Höing

Grundpflege im Fokus der Qualitätssicherung

Stellenwert von Grundpflege und pflegerischer Qualitätssicherung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe

| Teilhaber 3/2013, Jg. 52, S. 109 – 113

KURZFASSUNG Der fachliche Diskurs zur Pflege in Einrichtungen der Eingliederungshilfe misst dem Bereich der Grundpflege nur geringen Stellenwert bei. Dabei betreffen ca. 90 % aller pflegerischen Assistenzleistungen diesen Bereich. Bei der Planung und Ausführung von Grundpflege können pflegerisch ausgebildete Mitarbeitende Risiken im Vorfeld erkennen und durch gezielte Prävention abwenden. Damit wird ein wertvoller Beitrag zur Gesundheitsfürsorge der Klient(inn)en geleistet. Grundpflege wird jedoch in ihrer Komplexität regelmäßig unterschätzt. Der Beitrag stellt das Tätigkeitsgebiet der Grundpflege und die Voraussetzungen zur Übernahme dieser Assistenzleistungen dar. Es wird aufgezeigt, wieso es notwendig ist, sich näher mit der Qualitätssicherung von grundpflegerischen Assistenzleistungen zu befassen. Wie pflegerische Qualitätssicherung über eine gesetzlich verankerte Basisqualifizierung umgesetzt werden kann, wird am Beispiel Österreichs dargestellt.

ABSTRACT *Basic Care in the Focus of Quality Management. To the Importance of Basic Care and Nursing Quality Management in Services for People with Disabilities. The importance of basic care is hardly discussed in the context of support services for people with disabilities. Besides, 90 % of all care activities concern this area. Qualified staff can recognise and turn away risks by planning and implementing basic care as well as specific prevention. This means a significant contribution to the clients' health care. Nevertheless, the complexity of basic care is regularly underestimated. This article shows the different areas of care activities and the requirements to take over these activities. It will be discussed, why it is necessary to deal closer with the quality management of basic nursing care. By taking Austria as an example the possibilities of a legally consolidated basic level of qualification will be outlined.*

Stellenwert von Grundpflege in Einrichtungen der Eingliederungshilfe

Es ist nicht neu, dass Menschen mit geistigen Behinderungen neben sozialen und pädagogischen oft auch grundpflegerische Leistungen erhalten. Im Bereich der stationären Eingliederungshilfe gehört die Erbringung von Grundpflegeleistungen zum Bestandteil der Leistungserbringung (§ 55 SGB XII, § 13 Abs. 3 S. 3 SGB XI) und ist im Entgelt enthalten. Bekommt die Grundpflege damit einen Stellenwert, der mit der pädagogischen Förderung gleichzusetzen ist? Die Frage klärt sich, indem die Zielstellung von Pflegeleistungen im Kontext der Eingliederungshilfe näher betrachtet wird. Qualitätsmanagement-Theorien unterscheiden sog.

wertschöpfende Kernprozesse von unterstützenden Prozessen. Kernprozesse beschreiben die Kernkompetenzen bzw. den Unternehmenszweck und damit das sog. Kerngeschäft. Beispielsweise zählen in einer Autowerkstatt die Reparatur- und Wartungsarbeiten zu den wertschöpfenden Kernprozessen, während die Terminplanung, Abrechnung, Rechnungslegung und Buchhaltung zu den unterstützenden Prozessen gehören. Um zu beurteilen, ob es sich bei einer Leistung um einen Kernprozess oder um einen unterstützenden Prozess handelt, ist die Leistung im Kontext der grundlegenden Zielsetzungen des Unternehmenszwecks sowie den Rahmenbedingungen (z. B. gesetzlichen Grundlagen) zu betrachten.

Leistungen der Grundpflege, die in Einrichtungen der Eingliederungshilfe erbracht werden, zielen darauf ab, die Voraussetzung dafür zu schaffen, dass die Klient(inn)en in die Lage versetzt werden, ein teilhabeorientiertes Leben zu führen. So benötigt ein Klient z. B. die Unterstützung bei der Körperpflege und der Nahrungsaufnahme, bevor Teilhabeleistungen gemäß SGB XII (z. B. Besuch einer Förderstätte oder Werkstatt) überhaupt erst greifen können. Das Beispiel verdeutlicht, dass Leistungen der Pflege im Kontext der Zielsetzung ihrer Erbringung zu betrachten sind. Während in Einrichtungen der Eingliederungshilfe die Sicherstellung umfassender Teilhabe entsprechend der pädagogischen Zielsetzung ein Kernprozess darstellt, sind Pflegeleistungen als unterstützende Prozesse zu bewerten. Nimmt man hingegen vollstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulanten Dienste in den Blick, deren Leistungen unter dem Dach des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) erbracht werden, stellen Pflegeleistungen die wertschöpfenden Kernprozesse dar.

Werden Pflegeleistungen in Einrichtung der Eingliederungshilfe erbracht, haben diese konzeptionell gesehen gegenüber pädagogischen Interventionen zwar einen nachgeordneten Stellenwert, sind aber bezogen auf ihre Erbringung auf dem Stand des aktuellen Wissens zu erbringen. Dies gilt z. B. gleichermaßen für die Autowerkstatt. Gibt ein Kunde sein Auto zur Reparatur, erwartet er neben der fachgerechten Ausführung der Reparatur (Kernprozess) freundliche Ansprache, Einhaltung von Terminen sowie nachvollziehbare und sorgfältig erstellte Rechnungen (unterstützende Prozesse). Die Tatsache, dass es sich um einen unterstützenden Prozess handelt, entbindet dabei nicht von der Verpflichtung zur fachgerechten Erbringung. Ganz im Gegenteil: Hat ein Unternehmen den Anspruch, allen Kundenanforderungen in bester Weise gerecht zu werden, müssen alle erbrachten Prozesse vom Erstkontakt bis zur Rechnungslegung hohen Qualitätsansprüchen genügen.

Dieser Anspruch sollte gleichermaßen für eine Einrichtung der Eingliederungshilfe in Bezug auf die unterstützenden Prozesse der pflegerischen Assistenz gelten. Es ist natürlich zu kurz gegriffen, die Wertschätzung einzig und allein vom zuständigen Kostenträger (SGB XI oder SGB XII) abhängig zu machen. Im Grunde ist es falsch, dass eine vom anderen künstlich per Kostenträger und Versorgungsvertrag voneinander trennen zu wollen. Der Mensch hat einen Anspruch auf pflege-

rische Teilhabe oder teilhabeorientierte Pflege, sprich: einen Anspruch auf eine Versorgung, die ihm eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglicht, egal woher er seine Wertschöpfung bezieht. Es ist de facto nicht zu beantworten, wie hoch der Anteil von Pflege in Teilhabeförderungsprozessen ist. Pflegeeinrichtungen, die nur über die „Teilkaskoleistung“ Pflegeversicherung ihre Leistungsentgelte beziehen, zeigen beachtliche Anstrengungen, um bei knappsten personellen Ressourcen neben der Pflege die Lebensqualität über soziale (Gruppen-)Betreuung zu verbessern. Die Unterteilung in Kern- und unterstützende Prozesse sollte hierbei nur der eigenen Profilschärfung dienen.

hebliche zeitliche Ressourcen bindet – von der Planung der Assistenz (Risikoanalysen, Ermittlung von Ressourcen, Ziele und Hilfebedarfen) über die Ausführung bis hin zur Verlaufsdokumentation. Diese Ressourcen werden zudem im Hilfeplanverfahren nicht annähernd adäquat anerkannt. Wie niedrig die Zeitwerte für Individuelle Basisversorgung im H.M.B.-W.-Verfahren angesetzt sind, zeigt ein Vergleich mit den festgelegten Zeitwerten der Gutachter, die den Grad der Pflegebedürftigkeit im Auftrag der Pflegekassen ermitteln. Im Jahr 2011 wurden im Land Berlin die bisherigen Punktwerte des H.M.B.-W.-Verfahrens durch Zeitwerte ersetzt (vgl. DWBO 2010, 1).

Im Vergleich dazu werden im derzeit gültigen Leitfaden (Anwendung des H.M.B.-W.-Verfahrens 7/2011) maximal 85 Minuten pro Woche für die Unterstützung bei der Körperpflege anerkannt.

Grundpflege – welche Leistungen zählen dazu und wie sind diese zu erbringen?

Zur Grundpflege zählen u. a. die Körper- und Hautpflege, Hilfen bei der Mobilität, die Inkontinenzversorgung und alle pflegerischen Prophylaxen: u. a. Sturz, Dekubitus, Kontraktur (Gelenkversteifungen), Intertrigo (Hautdefekte in Hautfalten), Dehydration (verminderte Flüssigkeitszufuhr), Obstipation, Aspiration (Eindringen von Nahrungspartikeln in die Lunge) und Thromboseprophylaxe. Pflegerische Prophylaxen werden präventiv eingeleitet, um Risiken (z. B. Stürze, das Auftreten von Dekubiti oder Thrombosen) zu minimieren. In Bezug auf die Förderung und Erhaltung von Gesundheit und der Vermeidung zunehmender Pflegebedürftigkeit, nimmt die Grundpflege daher einen hohen Stellenwert ein. Bei der Grundpflege geht es eben nicht in erster Linie um Verrichtungsorientierung im Sinne einer reaktiven Vorgehensweise, die teilweise abwertend mit „satt, sauber, trocken“ dargestellt wird, sondern um zielorientierte Prävention mit dem Anspruch, Wohlbefinden zu schaffen und Gesundheit zu fördern bzw. aktiv zu erhalten. Im Rahmen der Grundpflege wird der Klient ganzheitlich betrachtet und unter Einbeziehung seiner sozialen Umwelt entsprechend seiner Risiken aufgeklärt und beraten.

Nehmen wir beispielsweise die Sturzprophylaxe: Ein mögliches Sturzrisiko wird zu Beginn des pflegerischen Auftrags (und danach in individuell festgelegten Abständen) eingeschätzt. Dabei werden individuell vorliegende Risikofaktoren (z. B. eingeschränkte Mobilität, Gangunsicherheit, Stürze, Angst vor Stürzen, Grunderkrankungen mit Auswirkung auf die Körperbalance) anhand der Vorgeschichte (Auskünfte von Klient(inn)en und deren Angehörigen, Arztbriefe etc.) ermittelt. Die Hilfsmittelversorgung (z. B. mit Rollatoren, Hüftprotektoren oder Sturzhelmen) und das Mobilitätstraining erfolgen bereits präventiv mit dem Ziel, Stürze im Vorfeld zu vermeiden und Sturzfolgen zu mindern (Primärprävention).

Die Wahl des Zeitpunktes und die präventive Vorgehensweise verdeutlicht, dass Pflege – professionell angewandt – schon im Vorfeld mögliche Gefährdungspotenziale ermittelt und

Einrichtungen der Eingliederungshilfe müssen ihre pädagogischen Kernprozesse klar herausstellen, um nicht die eigentliche Existenzberechtigung aus dem Auge zu verlieren.

Es ist wichtig, dass Einrichtungen der Eingliederungshilfe ihre pädagogischen Kernprozesse beschreiben und klar herausstellen, um nicht – nur weil darüber hinaus auch noch Pflege geleistet wird – die eigentliche Existenzberechtigung aus dem Auge zu verlieren.

Abgesehen von der Fragestellung, welche die wertschöpfenden Prozesse sind, verwundert es doch sehr, dass die tagtägliche, scheinbar routinemäßige Ausführung von grundpflegerischen Leistungen im Rahmen von Qualitätsmanagement in Eingliederungshilfeeinrichtungen häufig noch kein Thema sind. Auffällig ist ferner, dass, obwohl die Behandlungspflege im Verhältnis zur Grundpflege einen verschwindend geringen Anteil ausmacht, fast ausschließlich über die Behandlungspflege diskutiert und veröffentlicht wird. Häufig geht es dabei um Aspekte der Finanzierung und Abgrenzung zu ärztlich angeordneten Pflegeleistungen, wenn es z. B. erforderlich wird, eine Injektion oder einen Verbandswechsel zu erbringen. Die Grundpflege wird zu Gunsten der Behandlungspflege nicht näher betrachtet. Die Vernachlässigung der Grundpflege im fachlichen Diskurs könnte m. E. auch daran liegen, dass die Komplexität von Grundpflege in der Regel unterschätzt wird. Behandlungspflege basiert auf einer definierten ärztlichen Anordnung und erfordert zwar eine hohe Fachlichkeit, ist jedoch häufig in wenigen Minuten (Injektion, Blutzucker- oder Blutdruckkontrollen) erledigt, während die Grundpflege er-

Für die „vollständige Übernahme“ (Begrifflichkeit aus dem SGB XI) der Körperpflege werden zum Beispiel 20 bis 25 Minuten täglich als angemessen erachtet, wobei diese Zeitwerte erhöht werden, sofern Erschwernisfaktoren vorliegen. Als Faktoren, die die Durchführung der Pflege bei den gesetzlich definierten Verrichtungen erschweren bzw. verlängern, werden z. B. anerkannt:

- > Kontrakturen/Einsteifung großer Gelenke/Fehlstellungen der Extremitäten
- > hochgradige Spastik, z. B. bei Hemiplegien und Paraparesen
- > einschließende unkontrollierte Bewegungen
- > eingeschränkte Belastbarkeit infolge schwerer kardiopulmonaler Dekompensation und Atemstörungen
- > Schluckstörungen/Störungen der Mundmotorik,
- > Abwehrverhalten/fehlende Kooperation mit Behinderung der Übernahme (z. B. bei geistigen Behinderungen/psychischen Erkrankungen)
- > stark eingeschränkte Sinneswahrnehmung (Hören, Sehen)
- > zeitaufwendiger Hilfsmiteileinsatz (z. B. bei fahrbaren Liftern/Decken- und Wand-Liftern)

(vgl. GKV-Spitzenverband 2009, 113 ff.)

Ist bei der Durchführung der Grundpflege (aufgrund von Erschwernisfaktoren) die Hilfestellung einer zweiten Pflegeperson notwendig, werden diese Zeiten ebenfalls berücksichtigt.

Maßnahmen einleitet, um gesundheitliche Gefährdungen aktiv abzuwenden. Diese Vorgehensweise ist komplex und bedarf einer umfassenden pflegefachlichen Qualifikation. Bezogen auf die fachlichen Anforderungen ist nicht die medizinische Behandlungspflege, sondern die Grundpflege die eigentliche „Königsdisziplin“ der Pflege. Während behandlungspflegerische Maßnahmen entsprechend ärztlicher Anordnung abzuarbeiten sind, ist bei der Grundpflege eine hohe soziale Kompetenz, Kreativität, Einfallsreichtum und umfassende Planung gefragt. Die Biografie ist zu berücksichtigen und die Ressourcen des Klienten zu aktivieren. Gerade in Bezug auf diese Anforderungen erweitern sich Handlungskompetenzen oft erst nach mehreren Jahren beruflicher Erfahrung. Das Studium von Fachliteratur sowie der Besuch von Fortbildung tragen ebenso zur Professionalisierung bei. Für einen wahrnehmungsbeeinträchtigten Klienten ist es ein Unterschied, ob die Unterstützung bei der Körperpflege aktivierend unter Einbezug biografischer Anknüpfungspunkte und von Techniken der basalen Stimulation erfolgt oder ob er gewaschen wird, ohne dass der Mitarbeitende sich vorab über Möglichkeiten der Wahrnehmungsförderung Gedanken gemacht hat.

Im letzten Jahrzehnt haben neue pflegewissenschaftliche Erkenntnisse veraltetes Wissen und Pflegetechniken im erheblichen Umfang abgelöst. Insbesondere die Einführung von Expertenstandards macht es erforderlich, regelmäßig Fachzeitschriften zu lesen. So ist z. B. seit der Einführung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe aus dem Jahr 2004 bekannt, dass Fersen- und Ellenbogenschoner und Unterlagen aus Fell zu Wärmestau führen und die Bildung von Dekubiti begünstigen. Auch zehn Jahre danach finden sich diese Produkte weiterhin als Hilfsmittel am Klienten. Das ist nur ein Beispiel, das zeigt, dass sich Pflegefachkräfte kontinuierlich weiterbilden müssen, um auf dem aktuellen Stand des pflegewissenschaftlichen Wissens zu agieren.

Kundenanforderungen in Bezug auf pflegerische Assistenzleistungen sicherstellen

„In Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe werden überwiegend pädagogisch ausgebildete Mitarbeiter/innen für die Pflege eingesetzt.“ (SCHULZE HÖING 2009, 1) Aus Kundensicht ist der Anspruch vorauszusetzen, dass alle Assistenzleistungen von fachlich qualifiziertem Personal (oder zumindest unter ihrer Anleitung) er-

bracht werden. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, haben sich viele Träger in den letzten Jahren auf den Weg begeben, vielseitige Konzepte entwickelt und ihre Mitarbeitenden zu Pflegethemen weitergebildet. Die Angebotspalette reicht von Arbeitskreisen, in denen Pflegeleitlinien entwickelt und eingeführt werden, über Kooperationen mit ambulanten Pflegediensten, Ausbildung von pflegerischen Multiplikatoren bis hin zum Aufbau interner Dienstleister (medizinisch-pflegerische Ambulanzen, gesundheitsbezogene Fachdienste), die als fachliche Unterstützung pädagogische Mitarbeitende vor Ort anleiten und beraten.

Im letzten Jahrzehnt haben neue pflegewissenschaftliche Erkenntnisse veraltetes Wissen und Pflegetechniken im erheblichen Umfang abgelöst.

Während viele Träger seit Jahren dabei sind, das Thema Pflege für sich konzeptionell zu entwickeln, gibt es nach wie vor Träger, bei denen der Begriff Pflege nach wie vor ein Tabuthema darstellt und mit Berührungängsten verbunden ist. Im beruflichen Selbstverständnis einiger Pädagog(inn)en findet die Pflege keinen Platz. Es wird Pflege geleistet, aber es soll bitte nicht darüber gesprochen werden. Manche leitenden Pädagog(inn)en bekennen ihre Schwierigkeiten mit der Pflege offen und äußern, dass sie verstärkte Kontrollen durch Heimaufsichten befürchten, wenn das Thema offiziell ins Qualitätsmanagement aufgenommen wird. Auch Fallmanager neigen teilweise dazu, Einrichtungen vorzuhalten, dass nicht pädagogische, sondern pflegerische Interventionen überwiegen, und drohen mit der Umsiedlung von Klient(inn)en in Pflegeheime. Schlimmstenfalls münden derartige Befürchtungen in der Haltung: lieber still halten und sich nicht näher mit dem Thema zu befassen, als Angriffsfläche für die Heimaufsicht zu geben.

Befürchtungen dieser Art verhindern die Übernahme von Verantwortung für fachfremde Leistungen. Die Erbringung pflegerischer Assistenz wird stillschweigend im Wissen geduldet, dass die fachliche Qualifikation fehlt. Anders gesagt, es wird darauf gewartet, dass etwas passiert, anstatt sich dem Thema aktiv zu stellen. Was das betrifft, bilden Einrichtungen der Eingliederungshilfe keine Ausnahme.

Organisationen benötigen teilweise den Druck durch die Gesetzgebung und deren Kontrollinstanzen, um sich prioritär mit dem Qualitätsmanagement zu befassen. Gut zu beobachten war das z. B. bei der Einführung der Pflegeversicherung. Damals erfolgte eine Festlegung von verbindlichen Qualitätsstandards. Manche Träger haben das zum Anlass genommen, entsprechend der gesetzlichen Anforderungen, ein Qualitätsmanagementsystem aufzubauen. Andere Träger haben erst nach massivem Kontrolldruck durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen, der mit Sanktionen bis zum Entzug des Versorgungsvertrags aufwarten kann,

mit dem Aufbau von Qualitätsmanagement begonnen. Das ganze System ist inzwischen in ein Benotungssystem mit Veröffentlichungsverpflichtung gemündet (sog. Transparenzkriterien), was dazu geführt hat, dass Träger teilweise nur sehr selektiv an den Kriterien arbeiteten, die benotet werden.

Der Kunde hat bei der Auswahl eines Pflegeheims oder eines ambulanten Dienstes vorab die Möglichkeit, die Bewertung in Noten in den Fächern Grundpflege, Behandlungspflege, Soziale Betreuung, Organisation, Verwaltung und Hauswirtschaft sowie einer Zufriedenheitsabfrage jahresaktuell abzurufen.

Was den Anspruch erhoben hat, Transparenz in die Qualitätsentwicklung zu bringen, ist in der Umsetzung durch eine viel zu laxen Bewertung ad absurdum geführt worden. „Die bundesweite durchschnittliche Gesamtnote für ambulante Dienste liegt bei 1,4 und für stationäre Einrichtungen bei 1,2. Das geht aus einer aktuellen Pflegenotenstatistik hervor, die die Pflegekassen Anfang April 2013 veröffentlicht haben.“ (AOK-Bundesverband 2013) Pflegeheime mit sehr guten Durchschnittsnoten haben ein dickes Qualitätshandbuch „Papiertiger“ und dokumentieren jede noch so kleine Intervention. Alle Bemühungen von Berufs- und Wohlfahrtsverbänden, diese sich fortlaufend ausweitenden Dokumentationserfordernisse zu begrenzen, haben bei den Verantwortlichen auf Kostenträger- und Gesetzgeberseite kein Gehör gefunden. Pflegeheime oder Dienste, die in der Benotung schlechter als 2,0 abschnei-

den, sind zumindest in Bezug auf die Dokumentation inakzeptabel, investieren aber immerhin weniger Zeit in den „Papierkram“, so dass theoretisch mehr wertschöpfende Zeit beim Bewohner ankommen müsste, sofern sie nicht anderweitig (z. B. für Pausen) genutzt wird.

Trotz der Tatsache, dass die Transparenzkriterien grandios gescheitert sind, sollte anerkannt werden, dass die überwiegende Anzahl der Träger über die Jahre hinweg ein zunehmendes Verständnis in Bezug auf pflegerisches Qualitätsmanagement entwickelt und sich entsprechend professionalisiert hat. Diese Qualitätsentwicklung hat 1996 begonnen und (neben vielen Problemen in der Umsetzung) zur Implementierung von Qualitätsmanagementsystemen in ambulanten Diensten und Pflegeeinrichtungen geführt. Ein gesetzlich legitimates, durch Kostenträger kontrolliertes, verpflichtendes pflegerisches Qualitätsmanagement gibt es derzeit weder für Einrichtungen der Eingliederungshilfe noch in Krankenhäusern. Mit der Föderalismusreform 2006 ist die Verantwortung für die Heimgesetzgebung für den ordnungsrechtlichen Bereich von der Bundesebene in die Länderverantwortung übergegangen. Das bundesweite Heimgesetz (HeimG), wurde im Jahr 2009 durch das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) abgelöst. Als Bundesgesetz gilt das WBVG für alle Verträge, in deren Rahmen es um die Überlassung von Wohnraum und gleichzeitiger Betreuungs- und/oder Pflegeleistung geht. Aufgabe der Länder ist die Genehmigung des Betriebs von Heimen oder anderen Wohnformen für ältere, pflegebedürftige und behinderte Menschen, die personelle oder bauliche Ausstattung der Einrichtung und die Verhängung von Sanktionen bei Nichteinhaltung der gesetzlichen Vorschriften.

So wurde z. B. in Schleswig Holstein im Februar 2012 eine Prüfrichtlinie für Regelprüfungen nach § 20 Abs. 9 Selbstbestimmungsstärkungsgesetz (SbStG) in Schleswig-Holstein für Einrichtungen der Eingliederungshilfe in Kraft gesetzt. Die 70 Seiten umfassende Prüfrichtlinie dient als gemeinsame Prüfgrundlage sowohl für stationäre Pflegeeinrichtungen nach SGB XI als auch für Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Dass einige Kriterien ausschließlich für stationäre Pflegeeinrichtungen nach SGB XI gelten, darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch in Eingliederungshilfe-Einrichtungen ein pflegerisches Qualitätsmanagement eingefordert wird.

In Ländern, in denen Kontrollen derzeitiger Aufsichtsbehörden-Mitarbeitenden (mit Kontrolle des Umgangs

mit Medikamenten und der Hygieneanforderungen) erfolgen, werden von Verantwortlichen nicht selten als ausreichende pflegerische Qualitätssicherung fehlinterpretiert. Aus Gesprächen mit Mitarbeitenden ehemaliger Heimaufsichten und mit Ärzt(inn)en ist der Autorin bekannt, dass bei Vor-Ort-Prüfungen eingesetzte Mitarbeitende ehemaliger Heimaufsichten (als auch Ärzte) teilweise nicht über eine pflegefachliche Qualifikation verfügen und daher pflegerische Mängel übersehen und/oder falsch bewerten. Dies kann in Anordnungen münden, die nicht angemessen in Bezug auf die fachlichen Erfordernisse und/oder praktisch nicht umsetzbar sind. Für die zu pflegende Person bedeutet diese Gesamtsituation, dass sie im Vertrauen auf das Leistungsversprechen Leistungen empfängt, die keiner laufenden pflegefachlichen Anleitung und Kontrolle unterliegen und nicht ins Qualitätsmanagementsystem integriert wurden. Der Person (und ihren Vertretern/Angehörigen) fehlt es zudem überwiegend an fachlichem Wissen, um dieses Manko überhaupt als Lücke in der Versorgungsqualität zu erkennen.

fachgerecht ausführen zu können. Erst die Verknüpfung des theoretischen Wissens mit der Praxisanleitung versetzt die Mitarbeiter/innen in die Lage, professionell auf die Pflegebedarfe der Assistenznehmer/innen zu reagieren. Heilerziehungspfleger/innen werden zumindest ansatzweise – je nach Bundesland – mit ca. 160 theoretischen Ausbildungsstunden qualifiziert.“ (vgl. ebd., 1) Im Vergleich dazu durchlaufen die mit Grundpflege beauftragten Pflegehilfskräfte in ambulanten Diensten (gemäß SGB XI) eine theoretische Basisqualifizierung von 200 Stunden und ein dreiwöchiges Praktikum in einer Pflegeeinrichtung, bevor sie grundpflegerische Tätigkeiten unter Anleitung einer Pflegefachkraft übernehmen dürfen.

Unsere österreichischen Nachbarn begannen schon vor Jahren, Pädagog(inn)en eine Basisqualifizierung für die Übernahme von grundpflegerischen Tätigkeiten und ausgewählten behandlungspflegerischen Tätigkeiten z. B. Medikamentengabe anzubieten. „In Österreich wurde im Jahr 2005 ein Modul Unterstützung bei der Basisversorgung

„Die bundesweite durchschnittliche Gesamtnote für ambulante Dienste liegt bei 1,4 und für stationäre Einrichtungen bei 1,2.“

Lösungsansätze und Ausblick

Wie kann es unter diesen fachlichen Voraussetzungen gelingen, pflegerische Risiken zu erkennen und pflegerische Bedarfe der Klient(inn)en richtig einzuschätzen? „Die Einrichtungsträger sind gefordert die Qualifizierung der Mitarbeiter/innen für den Bereich der Pflege auf dem aktuellen Stand pflegewissenschaftlichen Wissens einzuleiten, um den jetzt schon bestehenden und stetig zunehmenden Pflegebedarfen der Assistenznehmer/innen gerecht zu werden. Um Pflegeproblemen schon im Vorfeld präventiv entgegenzuwirken, müssen Mitarbeiter/innen potentielle Gesundheitsrisiken identifizieren können.“ (vgl. SCHULZE HÖING 2009, 2) Hierzu bedarf es zumindest einer pflegerischen Basisqualifizierung und laufender pflegefachlichen Anleitung und Begleitung. Das Weiterbildungskonzept ist so zu konzipieren, dass die Mitarbeitenden Risiken erkennen und entsprechende Gegenmaßnahmen einleiten können.

„Nach der theoretischen Qualifikation muss die Einübung der Pflegetechniken erfolgen, um die Pflegehandlungen

(UBV) eingeführt, welches allen Personen, die in der Behindertenarbeit tätig sind eine grundpflegerische Basisqualifizierung ermöglicht. Mit Absolvierung des Moduls erlangt man die Berechtigung zur Durchführung von unterstützenden Tätigkeiten bei der Basisversorgung (Körperpflege, Nahrungsaufnahme usw.) sowie bei der Verabreichung von Arzneimitteln. Das Modul UBV bringt allen, die es erwerben, eine rechtlich klarere Situation, was pflegerisch-unterstützende Tätigkeiten im Alltag betrifft.“ (SOB 2012) Seit dem Jahr 2011 sind alle pädagogischen Mitarbeitenden, die in Behinderteneinrichtungen tätig sind, über ein österreichisches Bundesgesetz zur Teilnahme am Modul UBV verpflichtet. Das Modul wird in der Regel berufsbegleitend absolviert (vgl. Gesamte Rechtsvorschrift für Gesundheits- und Krankenpflege-Basisversorgungs-Ausbildungsverordnung 2011).

Da die Politik den Trägern in Deutschland bisher keine verbindlichen Rahmenbedingungen schafft, sind Träger und Verbände gefragt, ihrerseits die Qualifizierung ihres Personals in die Wege zu leiten (vgl. Tab. 1).

Tab. 1: Beispiele für Qualifikationsmaßnahmen

Ausbildung pflegerischer Multiplikator(inn)en zur Durchführung von Pflegebedarfsanalysen bei gleichzeitigem Aufbau eines pflegerischen Qualitätsmanagements mit Pflegestandards (Albert-Schweitzer-Stiftung Berlin, Stiftung Waldheim Cluvenhagen, Lebenshilfe Landshut)

Einstellung von Pflegefachkräften als Stabsstelle zur Weiterentwicklung des pflegerischen Qualitätsmanagements (Albert-Schweitzer-Stiftung Berlin)

Einstellung pflegerischer Bereichsleitungen zur Übernahme der Fachaufsicht, Schulung der pädagogischen Mitarbeitenden zu pflegerischen Themen, Entwicklung von Pflegestandards und Einführung von Pflegebedarfsanalysen (Lebenshilfe Kreis Mettmann)

Einstellung von Pflegekräften zum Aufbau von multiprofessionellen Teams (in Bundesländern, die dies vertragsrechtlich nicht ausschließen)

Aufbau Gesundheitsbezogener Fachdienste (nach dem Vorbild der Vorwerker Diakonie Lübeck, z. B. Lebenshilfe Berlin) als interne Berater. Aufgaben sind: fachgerechte Anleitung von Pflegefachkräften, Durchführung von Fortbildungen zu pflegerischen Themen, Hilfe bei der Übernahme von Klient(inn)en nach Krankenhausausschreibungen und bei Erkrankungen, die pflegerische Hilfen erfordern.

Pflegebasiskurs für Pädagog(inn)en: Nach österreichischem Vorbild konzipiert die Autorin, in enger Zusammenarbeit der VIA Berufsfachschule für Altenpflege in Berlin, einen ersten Pflegebasiskurs für Pädagog(inn)en, die in der Behindertenhilfe tätig sind.

Arbeitskreis „Pflegefreitag“: Der Paritätische Wohlfahrtsverband Berlin hat seine Mitglieder 2012 zu Pflegeworkshops eingeladen. Die Mitglieder haben sich daraufhin gewünscht, dass dieses Angebot in einen regelmäßig stattfindenden Arbeitskreis Pflege (dem „Pflegefreitag“) mündet. Der Pflegefreitag wurde so konzipiert, dass sich Trägervertreter, Qualitätsbeauftragte und interessierte Mitarbeitende vier Mal jährlich treffen, um sich fachlich zu einem selbst gewählten Schwerpunktthema fachlichen Input durch eine Pflegeexpertin zu holen und ihre Fallbeispiele einzubringen und zu bearbeiten. Bisher wurden folgende Schwerpunktthemen bearbeitet: „Umgang mit Flüssigkeitsdefiziten“, „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe“, „Umgang mit Schmerzen inkl. Schmerzerfassung bei Menschen, die sich nicht äußern können“ und Unterstützungsangebote im Rahmen von Sterbegereitungen.

Frei nach dem Motto von Stefan Zweig sollten wir gemeinsam pflegerisches Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Eingliederungshilfe vorantreiben: „Viele Leute an vielen kleinen Orten, die viele kleine Schritte tun, können das Gesicht der Welt verändern“.

LITERATUR

AOK-Bundesverband (2013): Pflegekosten. <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/pflege/qs/pflegenoten/index> (abgerufen am 23.04.2013).

DWBO – Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz e. V. (2010): Stellungnahme zum Leitfadens zur Umstellungsbegutachtung. Berlin: Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz e. V.

Gesamte Rechtsvorschrift für Gesundheits- und Krankenpflege-Basisversorgungs-Ausbildungsverordnung (2011): Österreichische Gesetzestexte. Wien: Bundesverlag.

GKV-Spitzenverband (2009): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen: Druckstudio GmbH.

SCHMITT-SCHÄFER, Thomas (2011): Leitfadens zur Anwendung des H.M.B.-W.-Verfahrens 5/2001. Berlin: Eigendruck.

SCHULZE-HÖING, Annelen (2009): Pflegebedarfs-Analyse und Standardentwicklung in der Eingliederungshilfe. Ein Schritt zur Sicherung der Pflegequalität im Rahmen teilhabeorientierter Förderpflege. <http://www.lebenshilfe.de/de/themen-fachliches/index.php> (abgerufen am 05.04.2012).

SCHULZE-HÖING, Annelen (2012): Pflege von Menschen mit geistiger Behinderung. Stuttgart: Kohlhammer.

SOB – Schule für Sozialbetreuungsberufe (2011): Modul „Unterstützung bei der Basisversorgung“. <http://www.sob.caritas-wien.at/ausbildung/modul-ubv/> (abgerufen am 28.05.2013).

i Die Autorin:

Annelen Schulze Höing

BScN, Gesundheits- und Sozialökonomin (VWA), Auditorin; verfügt über langjährige Erfahrungen in der ambulanten und stationären Pflege sowie in Leitungspositionen; arbeitet bundesweit freiberuflich als Organisations- und Pflegefachberaterin und absolviert den Masterstudiengang „organization studies“ an der Universität Hildesheim

@ annelen@schulzehoeing.de
www.schulzehoeing.de



Somatische Erkrankungen und pflegerische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung

In unserem Seminar werden Besonderheiten somatischer Erkrankungen bei geistig behinderten Menschen sowie Konzepte einer professionellen Versorgung ebenso angesprochen wie pflegerische Maßnahmen. Ein Fortbildungsangebot für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Behindertenhilfe, insbesondere für in der Unterstützung von Menschen mit hohem Hilfebedarf Tätige. Auch für pflegerisches Fachpersonal und weitere Interessierte aus Heilpädagogik, Medizin und Pflege.

Themenschwerpunkte:

- > Besonderheiten der medizinischen Versorgung für Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung
- > Atemwegserkrankungen
- > Erkrankungen der Sinnesorgane
- > Magen-Darm-Erkrankungen
- > Zahnprobleme, Vorbeugung
- > Pflege und spezifische Pflegemaßnahmen
- > Störungen am Bewegungsapparat und Hilfsmittelversorgung

Leitung: Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust, Bundesgeschäftsführerin der Lebenshilfe, Ärztin für Innere Medizin

Bildungsinstitut inForm der Lebenshilfe, Marburg

17.–19.09.2013

Bildungsinstitut
inForm
für Selbsthilfe / Fachpraxis / Management



Hannes Kesselberg

Die Lebenssituation „Schulbildungsunfähiger“ in psychiatrischen Einrichtungen der DDR

| Teilhabe 3/2013, Jg. 52, S. 114 – 120

KURZFASSUNG Die Errichtung von komplexen psychiatrischen Anstalten zur Beherbergung von „Irren“ stellt einen bedeutenden Schritt in Richtung der Institutionalisierung des Behandlungsprozesses von Menschen dar. Zugleich ist sie eine Unterwerfung des Individuums unter ein strukturiertes System mit eigenen Gesetzen, Normen und Regeln. Menschen, die in der DDR als „schulbildungsunfähig“ etikettiert wurden, waren diesem System schutzlos ausgeliefert. Der Beitrag dokumentiert anhand von Fakten und Fallbeispielen die Situation von „Schulbildungsunfähigen“ im psychiatrischen System der DDR.

ABSTRACT *The Life Situation of People Who Were Labelled as „Incapable of Learning“ in Psychiatric Facilities in the GDR. Psychiatric institutions for people with psychiatric disorders mean an important step towards the institutionalisation of treatment programs. At the same time it can be seen as a submission of the individual under a structured system with own laws, norms and rules. People in the GDR who were labelled as „incapable of learning“ were delivered helplessly into this system. The article documents the situation of these people in the psychiatric system of the GDR on the basis of facts and case studies.*

Die Aussonderung von Menschen mit einer geistigen Behinderung stellte für viele Betroffene einen gravierenden Einschnitt in die Persönlichkeitsentwicklung dar mit nachhaltiger Manifestation von Verhaltensweisen, die allgemein als auffällig charakterisiert werden. Zwar gab es Bildungs- und Erziehungsprogramme für rehabilitationspädagogische Fördereinrichtungen, diese waren jedoch nicht speziell für psychiatrische Einrichtungen konzipiert, da rehabilitationspädagogische Abteilungen in Fachkrankenhäusern für Neuropsychiatrie nicht als Förderungsabteilungen im rehabilitationspädagogischen Sinne verstanden wurden. So wurde nicht nur festgelegt, dass die „Förderpflege“, die in Pflegeeinrichtungen praktiziert wurde, nicht zu den Bildungs- und Erziehungsmaßnahmen für rehabilitationspädagogische Fördereinrichtungen zählt (vgl. Ministerium für Gesundheitswesen der DDR 1977, 2), sondern offiziell der Konsens vertreten, dass „die psychiatrischen Kliniken (...) nicht mehr Einrichtungen für die Dauerunterbringung nicht notwendig stationär medizinisch behandlungsbedürftiger schulbildungsunfähiger Intel-

ligenzgeschädigter sein sollen“ (ESSBACH 1985, 83).

Auf die Situation von schwerstbehinderten Menschen in stationären Einrichtungen hinweisend, erwähnt BARSCH (2007, 10), dass es an wissenschaftlich fundierter Pädagogik und der Regelung und Sicherstellung ihrer Betreuung mangelte. Zwar weist BARSCH (ebd., 158) darauf hin, „dass die Wohnsituation gerade von geistig schwerstbehinderten Menschen außerhalb des Elternhauses in Langzeiteinrichtungen (...) teilweise extrem schlechten Bedingungen unterworfen war“, wirft KLEE jedoch in Bezug auf seine Untersuchungen zur Lebenssituation von Menschen mit einer geistigen Behinderung in der DDR-Psychiatrie vor, seine Berichterstattung entspreche nicht der Wirklichkeit (vgl. ebd., 159).

Im Rahmen sozialistischer Literatur wird deutlich, dass der Wert eines Menschen in der DDR an seiner Produktivität gemessen wurde. BAUDISCH & WINTER (1989, 56) stellen dazu fest, dass die Persönlichkeit in der sozialistischen Gesellschaft der DDR danach

beurteilt wird, „ob und in welchem Umfang sie zur Veränderung, zum gesellschaftlichen Fortschritt beiträgt“. Sie kommen weiterhin zu dem Schluss, dass „hohes Vermögen im produktiven Bereich, geistig-sprachliche Befähigung und körperliche Leistungsfähigkeit“ ebenso zur allseitig entwickelten Persönlichkeit gehören wie „politische Haltung, soziales Verhalten und kulturell-künstlerische Interessiertheit“ (ebd., 57).

Dieser Argumentation folgend bedeutet dies, dass Menschen, denen diese Fähigkeiten nicht zu eigen sind, keine allseitig entwickelte Persönlichkeit aufweisen und im Falle eines Nichtbeitragens zum Fortschritt der sozialistischen Gesellschaft keinen Wert für diese besitzen.

Auch GRIES (2002, 203) kritisiert dieses Menschenbild und kommt zu dem Schluss, „dass Menschen, die aus irgendeinem Grund *nicht* dazu in der Lage sind, dieses hoch gesteckte Ziel zu erreichen, letztlich kein wirklich lebenswertes Leben führen können oder – noch härter ausgedrückt – gar keine richtigen Menschen sind“.

Der Weg von der Aussonderung aus dem Schulsystem zur stationären Unterbringung

Die Aussonderung aus dem Schulsystem

Zeichnete sich in der Entwicklung eines Kindes bereits ab, dass ein erfolgreicher Schulbesuch nach den Vorstellungen der Hilfsschulpädagogik in Frage zu stellen ist, besuchten die Kinder im Vorfeld der Hilfsschulaufnahme – als Vorbereitung auf den Schulbesuch – den der Hilfsschule angegliederten Vorschulteil.

Offiziell gelang nur wenigen Kindern der Schritt von der Vorschule in die Abteilung II der Hilfsschule nicht. Diese wurden dann laut BAUDISCH & WINTER (1989, 63 ff.) in rehabilitationspädagogischen Fördereinrichtungen betreut. Dies betraf vor allem Kinder mit einer Behinderung, die über den Grad der „Debilität“ hinausging.

Im Falle einer schweren geistigen Behinderung, so genannte Idiotie, lag aufgrund der Schwere der Behinderung keine Schulfähigkeit vor, in deren Folge eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit gegeben war, derer sich die Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens annahmen (vgl. BAUDISCH u. a. 1982, 52).

Lag eine mittelgradige geistige Behinderung, so genannte Imbezillität, vor,

galten die Kinder ebenfalls als schulunfähig, im Gegensatz zu o.g. Personenkreis jedoch als förderungsfähig. Auch diese Kinder fielen in die Obhut des Gesundheits- und Sozialwesens und wurden in Fördereinrichtungen im Sinne von Tagesstätten, Wochenheimen und Heimen betreut und offiziell gefördert. Ziel war es, sie zu sozialistischen Persönlichkeiten zu erziehen und sie dahingehend zu fördern, dass sie dem Fortschreiten der sozialistischen Gesellschaft dienen können (vgl. ebd., 52 f.).

BAUDISCH & WINTER (1989, 36) gehen noch etwas detaillierter auf die Ausprägung der unterschiedlichen Schweregrade von Behinderung ein. Der stärkste Grad der Behinderung wurde „idiotischen“ Kindern zugeschrieben. Ihnen wurde unterstellt, sie seien am stärksten von Einschränkungen betroffen. Zudem wurden ihnen das Fehlen jeglicher bewusster Lerntätigkeit, eine unbewusste Steuerung ihres Verhaltens sowie minimal ausgeprägte Sprachfähigkeit und große Probleme in der Selbstversorgung zugeschrieben.

Hinsichtlich der „imbezillen“ Kinder erwähnen BAUDISCH & WINTER, dass auch diesen aufgrund ihrer Schwere der Behinderung kein Hilfsschulbesuch möglich ist, diese aber in Fördereinrichtungen des Gesundheitswesens gefördert werden. Dabei wurde bewusst auf das Lehren von Lesen und Schreiben sowie elementaren mathematischen Unterricht verzichtet und der Schwerpunkt der Förderung auf die Bereiche Umweltorientierung, Sprache, Selbstbedienung, elementare Arbeitstätigkeit und Freizeitverhalten gelegt (vgl. ebd., 36 f.). Aus den Erfahrungen meiner praktischen Tätigkeit kann ich bestätigen, dass auch „imbezille“ Kinder, zumindest teilweise, psychiatrischen Einrichtungen zugeführt wurden.

Die dritte, und mit 2,5 % aller schulpflichtigen Kinder größte Gruppe, umfasste die der „debilen“ Kinder, die die Voraussetzungen für einen Oberschulbesuch nicht erfüllten und deshalb an der Hilfsschule beschult wurden, die dem Ministerium für Volksbildung unterstand (vgl. ebd., 38).

Die stationäre Unterbringung „Schulbildungsunfähiger“

Die Ausrichtung des Systems der DDR zielte darauf ab, dass jede(r) Bürger(in) im Rahmen des Arbeitsprozesses unter Zuhilfenahme produktiver Fähigkeiten am Fortschritt der Gesellschaft teilnimmt. Es ist davon auszugehen, dass eine Vielzahl von Kindern mit geistiger

Behinderung stationär untergebracht war, um die Produktivität der Angehörigen zu gewährleisten. Eine ständige Betreuung und Pflege hätte die Beteiligung der Familienmitglieder am Arbeitsprozess behindert. Zu dieser Einschätzung kommt auch GRIES (2003, 206) und merkt dazu an, dass die Betreuung eines Kindes mit Behinderung im Elternhaus von Seiten der SED nur bedingt akzeptiert wurde.

Eine Vielzahl von Kindern mit geistiger Behinderung war stationär untergebracht, um die Produktivität der Angehörigen zu gewährleisten.

KÖNIG (1990, 27) formuliert diesen Sachverhalt demonstrativer: „Weil sie dem Staat keinen Nutzen bringen, wurden ‚nicht förderungsfähige Kinder‘ in der DDR ausgesondert, aus den Familien herausgerissen und in menschenunwürdigen Behausungen gehalten. Ohne Therapie, ohne Beschäftigung, ohne Zuwendung vegetieren sie in Heimen und psychiatrischen Stationen. Vollgepumpt mit Psychopharmaka, werden Kinder, die bei richtiger Betreuung eine gute Chance gehabt hätten, seelisch vernichtet.“ Nicht selten wurden Familien mit der Aussage konfrontiert, „sie haben doch gesunde Kinder – und das behinderte stört deren Entwicklung“ (ebd., 34).

Aus einem Antrag der Familie Sch., mit der Bitte um „einen Dauerwohnplatz in einer psychiatrischen Anstalt“ für ihre 4,5-jährige Tochter, gehen ähnliche Gründe hervor, sich von dem Kind zu trennen. In dem Schreiben an die neurologische Abteilung der Landesklinik Eberswalde aus dem Jahr 1969 wenden sich die Eltern, Hilfe suchend und von staatlicher Seite allein gelassen, an Frau Dr. D. und gehen auf die derzeitige Situation ihrer Tochter ein, die dadurch geprägt ist, „dass alle (...) Erziehungs- und Anlernversuche fehlgeschlagen sind, unserer Tochter X. (Anonymisierung, H.K.) die einfachsten selbständigen Lebensgewohnheiten beizubringen“ und dass es jetzt „über die physischen und psychischen Kräfte (...) das Kind weiter ordentlich zu versorgen“ hinausgehe. Die Verfasser des Briefes äußern auch Bedenken in Bezug auf den Einfluss der Tochter auf die beiden anderen Kinder der Familie, vor allem hinsichtlich deren Entwicklung. Die Eltern geben an, dass es ihnen sehr schwer fiele, ihr Kind aus der Sorgepflicht zu entlassen, aber die oben angeführten Gründe ihnen „keinen anderen

Ausweg als möglich erscheinen“ ließen (vgl. Aktenbestand der Lebenshilfe, Antrag der Familie Sch., 1969).

Da die aussortierten Kinder als schulbildungsunfähig bis förderungsunfähig galten und ein erheblicher Mangel an Therapieeinrichtungen und Tagesförderstätten sowie an kompetentem Betreuungspersonal bestand, kam ihnen nur wenig bis gar keine Förderung

zugute (vgl. GRIES 2003, 217). Dieser Zustand führte in vielen Fällen zur reinen Verwahrung von Menschen mit geistiger Behinderung.

Die Lebenssituation in ausgewählten psychiatrischen Einrichtungen

Bezirkskrankenhaus Ueckermünde

1993 besuchte Ernst KLEE gemeinsam mit einem Kamerateam die 1875 eröffnete psychiatrische Klinik in Ueckermünde, in der zu DDR-Zeiten und auch nach dem politischen Umbruch 1990 Menschen mit einer geistigen Behinderung weggesperrt und verwahrt wurden.

Im Rahmen seines Besuches auf der Station 7 zeigt KLEE Menschen mit schweren hospitalistischen Schädigungen und einem Leben reduziert auf die eigene Existenz, die versuchen, mit Jaktationen gleichermaßen Stimulation und Beruhigung zu erfahren. Nicht nur, dass es an Personal fehlt, auch der Mangel an fachlicher Qualität wird deutlich. Zum Schlafen stehen große Schlafsäle mit unzähligen Betten ohne Rückzugsmöglichkeiten zur Verfügung; die kürzlich renovierten sanitären Anlagen lassen jegliche Wahrung der Intimsphäre vermissen.

Im Folgenden besucht KLEE die Station 5c, deren „Patient(inn)en“ zu DDR-Zeiten mit Fischernetzen, die über die Betten gespannt wurden, oder in Zwangsjacken „fixiert“ wurden. Im Umgang mit den „Patient(inn)en“, besonders im Rahmen der Mahlzeiten sowie der Körperpflege, wird das menschenverachtende Verhalten des Personals deutlich. Fehlende Kommunikation, Abfertigung im Akkord, mangelnde Berücksichtigung hygienischer Standards sowie Abwesenheit eines würdevollen und respektvollen Umgangs kennzeich-

nen den Alltag der „Patient(inn)en“ (vgl. KLEE 1993a; KLEE 1993b, 11 ff.).

Das Bezirkskrankenhaus Stralsund

In Stralsund setzte der Prozess der Anstaltsunterbringung mit der Gründung der IV. Pommerschen Provinzial-Heilanstalt zu Beginn des 20. Jahrhunderts ein und fand einen Höhepunkt in der Ermordung von ca. 1300 Stralsunder Patient(inn)en in der nationalsozialistischen Herrschaftsperiode.

Nach der Wiedereröffnung als psychiatrisches Krankenhaus 1953 waren überwiegend räumliche und personelle Engpässe, Verfall der Bausubstanz sowie inhaltliche und strukturelle Defizite in der Versorgung der Patient(inn)en kennzeichnend, die aus der systematischen Vernachlässigung der Psychiatrie durch das DDR-Regime resultierten (vgl. ARMBRUSTER & FREYBERGER 2012, 9 ff.).

Die ersten psychiatrischen Patient(inn)en, die am 1. Januar 1953 die Einrichtung bezogen, waren nach der Auflösung der psychiatrischen Anstalt in Ueckermünde nach Stralsund überwiesen worden. Gründe für den bereits erwähnten katastrophalen Personalzustand waren Überalterung der Mitarbeitenden, Republikflucht, eine ungenügende Vergütung, die fachliches Personal davon abhielt, in psychiatrischen Institutionen zu arbeiten, sowie eine ständige Vergrößerung des Krankenhauses (vgl. JARISCH 2012, 141 f.).

Während man im Umgang mit Menschen mit einer geistigen Behinderung Mitte des 19. Jahrhunderts vorwiegend heilpädagogische Ansätze anwendete, verließ man sich nun auf eine differenzierte diagnostische medizinische Perspektive und forschte nach psychischen und neurologischen Symptomen und Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters (vgl. MÜLLER & HERBERHOLD 2012, 211 f.).

1962 gab es 150 Betten für „bildungsunfähige, schwachsinnige Kinder“. Die Belegung der Stationen war so großzügig, dass sich kein Platz für Nachtschränke fand. Aufenthaltsräume waren nicht vorhanden (vgl. JARISCH 2012, 150).

Nach einem Besuch der Pflegestation für Kinder und Jugendliche im Jahr 1967 berichtet der Oberarzt MÜLLER von einem Zustand, der durch „überfüllte Schlafräume, fehlende Betten und zerschlissene Matratzen“ sowie dem Gestank von Urin und Kot, der an Wänden und Decken haftete, gekennzeichnet war (vgl. MÜLLER & HERBERHOLD 2012, 212 f.).

In den 1970er Jahren etablierten sich verschiedene Therapieformen, die die Funktion hatten, dem psychischen Hospitalismus entgegenzuwirken. Inwieweit diese Therapien Anwendung bei „Patient(inn)en“ mit einer geistigen Behinderung fanden, ist nicht bekannt. Generell ist aber zu konstatieren, dass sich die Umsetzung der Therapien auf-

weder verschmutzte Kleidung zu tragen oder unbekleidet zu bleiben (vgl. JARISCH 2012, 158).

Im Zuge der 1972 erfolgten Ablösung der Kinder- und Jugendstation von der psychiatrischen Klinik wurden drei Stationen mit 180 geistig und mehrfach behinderten Kindern und Jugendlichen eröffnet. Außerdem sah sich das Krankenhaus mit einer Warteliste von 400 aufnahmebestimmten Kindern und Jugendlichen des Rostocker Bezirkes konfrontiert.

Mit der Errichtung von Therapie- und Diensträumen sowie der Anstellung von zusätzlichem pädagogischen Personal für den Langzeitbereich im Jahr 1988 sowie der Entwicklung von Bildungsprogrammen für die Kinder scheint das Krankenhaus Stralsund den Verwahrungscharakter ein wenig verlassen zu haben (vgl. MÜLLER & HERBERHOLD 2012, 213 ff.). Berücksichtigt man jedoch einen im Jahr 1991 im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erstellten Expertenbericht sowie Schilderungen von ehemaligen Pflegekräften, scheint der Alltag nach wie vor durch eine inhumane Vorgehensweise innerhalb eines extremen Machtgefälles vom Personal zu den PatientInnen geprägt gewesen zu sein.

Der Expertenbericht „Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR“ bescheinigte dem Krankenhaus im Jahr 1991 einen desaströsen Zustand. „Generell ist von heruntergekommenen Bausubstanz, Verwahrpsychiatrie mit übertriebener sozialer Ordnungsfunktion und Ausgrenzungscharakter, dramatischer Überfüllung der Stationen, Fehlplatzierung und Durchmischung von Langzeitpatienten mit verschiedensten Erkrankungen und Behinderungen ohne problemspezifische Behandlung und Betreuung sowie chronischer personeller Unterbesetzung die Rede“ (MÜLLER-ESCH & GIERMANN 2012, 177).

Weiterhin wird im Bericht erwähnt, dass es Bettensäle mit bis zu 17 Betten gab, in denen Patient(inn)en untergebracht waren, die bis zu 30 Jahre in der Klinik verbracht hatten. „Patient(inn)en“ mit einer geistigen Behinderung und psychisch Erkrankte lebten gemeinsam auf den Stationen, auf denen eine Strukturierung des Tages nur im Ansatz erkennbar war (vgl. ebd., 177).

Schilderungen einer ehemaligen Pflegeperson (im Folgenden Y. genannt), die ihren Dienst 1983 auf der akuten psychiatrischen Station P4 begann, bestätigen den Bericht. Laut Y. kamen alle Patient(inn)en, die in die Akutpsychia-

Überfüllte Schlafräume, fehlende Betten und zerschlissene Matratzen, Gestank von Urin und Kot, der an Wänden und Decken haftete

Am 1. Juni 1957 wurde die psychiatrische Kinderabteilung eröffnet und damit begonnen, auch Kinder und Jugendliche in das Krankenhaus nach Stralsund zu überweisen (vgl. ebd., 146). Der Grund für die Überweisung war in allen Fällen das Vorliegen einer Schulbildungsunfähigkeit mit häufig gleichzeitig ungünstiger Prognose im Hinblick auf die sozialen Verhältnisse. Auch die Kinderabteilung befand sich zu diesem Zeitpunkt in einem desolaten Zustand. Geprägt durch mangelhafte bauliche und materielle Verhältnisse fand eine Unterbringung in Gebäuden mit unbefriedigender Raumaufteilung und unzeitgemäßen Sanitärverhältnissen statt.

grund des Personalmangels nur sporadisch vollzogen hat. So kam z. B. eine Physiotherapeutin auf 670 Patient(inn)en. Der Arzt-Patienten-Schlüssel betrug 1:60 (vgl. JARISCH 2012, 155 ff.).

Am 1. Januar 1972 fand eine Teilung der Einrichtung in die I. Klinik (Erwachsenenpsychiatrie) und II. Klinik (Kinderneuropyschiatrie) statt. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde in einem 60 Jahre alten Gebäude beherbergt, das aufgrund von Baumängeln als gefährlich einzuschätzen war. Darüber hinaus waren die sanitären Einrichtungen unzumutbar sowie die Versorgung der minderjährigen Patient(inn)en mit Wäsche katastrophal. Die Kinder und Jugendlichen waren genötigt, ent-

trie eingewiesen wurden, zunächst ausnahmslos in den Wachsaal, der sich aus zwei Reihen von je fünf Betten zusammensetzte. Während der Nacht wurden pauschal alle Betten mit Netzen geschlossen. In der Regel blieben die Patient(inn)en 10–14 Tage auf dieser Station. Im Einzelfall wurde dieser Zeitraum überschritten.

Auf der akutenpsychiatrischen Station gab es drei Räume, die im Alltag Bunker genannt wurden. Dies waren Kabinen mit Eisentüren, bestückt mit einer Matratze und einem Eimer und dienten der Isolierung von Patient(inn)en in Krisensituationen.

Die soziale Situation in den Sälen war durch eine strenge hierarchische Ordnung gekennzeichnet, wobei die „Patient(inn)en“ mit einer geistigen Behinderung im Normalfall am unteren Ende der Rangordnung standen. Beispielsweise gab es einen Fall, bei dem ein „Patient“ mit einer geistigen Behinderung auf einem Stuhl sitzend an die Heizung fixiert worden war, da er dem Pflegepersonal häufig die Bekleidung zerriss. An den Heizkörper gekettet, wurde er von Mitpatient(inn)en geschlagen. Generell war der Umgang mit Zwangsmaßnahmen, zumindest auf dieser Station und zu diesem Zeitpunkt, relativ willkürlich und fand ohne Einholung von Genehmigungen statt.

Zudem gab es auf dieser Station einen so genannten Tobsaal, ohne Fenster nach außen, auf dem „schwierige Patient(inn)en“ untergebracht waren. Nach den Erinnerungen von Y. befanden sich hier 15 Menschen ausschließlich mit einer geistigen Behinderung.

Kurz vor der Wende kam Y. auf die Station P1. Diese Station diente der Unterbringung von „Patient(inn)en“ mit einer geistigen Behinderung, die als Schulbildungsunfähige deklariert nahezu ihr gesamtes Leben in der Psychiatrie verbracht hatten und bereits einen erhöhten Pflegebedarf aufwiesen. Auf dieser so genannten Siechenstation befanden sich 60 „Patient(inn)en“, die zum Teil durch zwei bis drei Pflegepersonen versorgt wurden. Auch auf dieser Station gab es Netzbetten, die geschlossen wurden, wenn „Patient(inn)en“ nicht schlafen konnten und stattdessen auf der Station umherliefen. Die 60 „Patient(inn)en“ teilten sich drei Toiletten, die sich alle in einem Raum befanden. Für die gesamte Station stand eine Badewanne zur Verfügung.

Y. gestand im Interview ein, dass die Situation der Unterbringung und der Umgang mit den Patient(inn)en für das

Pflegepersonal normal erschienen. Es wurde zwar versucht, für die Patient(inn)en zu sorgen, aber im Laufe der Zeit wurden Zustände und Methoden nicht mehr hinterfragt, da man allmählich in dieses System hineinwuchs (Interview 2012).

Für das Pflegepersonal war die Situation der Unterbringung und der Umgang mit den Patient(inn)en normal.

Es gibt zwar keine konkreten Untersuchungen, die den Umfang und die Art der applizierten Zwangsmaßnahmen gegenüber Patient(inn)en der Klinik belegen, aber die noch in den 1980er und 90er Jahren verwendeten Netzbetten sind ein Indiz dafür, dass Zwangsmaßnahmen auch in Stralsund von bedeutender Relevanz waren (vgl. JARISCH 2012, 170).

Noch bis zum Jahr 1997 waren Menschen mit einer geistigen Behinderung unter „inakzeptablen räumlichen Bedingungen“ im Krankenhaus Stralsund untergebracht (vgl. FREYBERGER & ARMBRUSTER 2012, 195).

Die Landeslinik/ Bezirksnervenklinik Eberswalde

Die 1865 erbaute „öffentliche Irrenanstalt“ in Eberswalde galt aufgrund ihrer damaligen Größe (500 Betten) als Neuerung in der Anstaltsfürsorge der Provinz Brandenburg. Versorgt wurden hier sowohl „heilbar“ als auch „unheilbar“ diagnostizierte Kranke, darunter fielen auch Menschen mit der Diagnose „angeborener Schwachsinn“ (vgl. ROSE 2005, 12 f.).

Kurz vor Gründung der DDR übernahm Dr. Gustav Donalies bis 1961 die Leitung in Eberswalde. Inwieweit die Tatsache, dass mit Donalies ein ehemaliges NSDAP-Mitglied die Führung übernahm, konträr zur eigentlichen Entnazifizierungspolitik verlief, ist strittig. Jedoch gibt ROSE (ebd., 56 f.) an, dass ein Großteil des damaligen Verwaltungs- und Pflegepersonals aus der NS-Zeit aufgrund des Fachkraftmangels in den psychiatrischen Einrichtungen verblieb.

Darüber hinaus stellt er fest: „Die Anstaltspsychiatrie in der DDR war kein neues System. Weder das Kriegsende noch die grundlegenden gesellschaftlichen Wandlungen, die sich danach vollzogen, bewirkten wesentliche personelle oder inhaltliche Brüche.

Die Kontinuitäten überwogen. Im Personalbereich konnte aus pragmatischen Gründen nicht auf die Ärzte und einen großen Teil der Pflegekräfte verzichtet werden, die schon vor 1945 tätig waren. Inhaltlich wurde an den therapeutischen Vorkriegsstand angeknüpft“ (ebd., 87).

Ein Grund für die unzureichende Betreuung von Menschen (mit geistiger Behinderung) in psychiatrischen Einrichtungen war die Ausrichtung des DDR-Gesundheitssystems auf die medizinische Betreuung der produktiven, arbeitenden Bevölkerung. Die Entwicklung der Psychiatrie hatte keinen wirtschaftlichen Nutzen und somit keinen Vorrang (vgl. ebd., 93).

Trotz Ausarbeitung der Rodewischer Thesen im Jahr 1963, die oft als Reformbestrebungen angesehen werden, änderte sich in Eberswalde nur wenig. ROSE kommt zu dem Schluss, dass „reformpsychiatrische Auffassungen nicht dominierten“ (ebd., 133).

1968 nahm sich der Volkskammerausschuss erstmalig der Thematik „Psychiatrie“ in Bezug auf die Förderung und Betreuung „hirngeschädigter Kinder“ an. Das folgende Urteil war ernüchternd. „Die Psychiatrie plagten die alten Probleme – Bausubstanzverfall, Platzmangel für die Patienten und Unterbesetzung mit ärztlichem sowie Pflegepersonal“ (ebd., 136). Der Bericht des Ausschusses stellt ebenfalls fest, dass Kinder und Jugendliche in psychiatrischen Einrichtungen auch in Zukunft, allein aus finanzieller Perspektive, nicht adäquat versorgt werden können (vgl. ebd., 136).

Zahlreiche psychologische Befunde zu Menschen mit einer geistigen Behinderung liefern eine prägnant defizitorientierte, stark negativ geprägte Betrachtungsweise. Folgendes Gutachten, erstellt in der Landeslinik Eberswalde, in der der fünfjährige V. stationär untergebracht war, offenbart, welches Verständnis von heilpädagogischer Behandlung vorherrschte: „Innerhalb der heilpädagogischen Förderung beteiligt er sich nur, wenn man ihn vorher mit einer Windel an den Stuhl festgebunden hat. Er zeigte dann sogar ansprechende Leistungen. Ohne Fixierung sei dagegen nichts mit ihm anzufangen. Kürz-

lich sei er sogar im Bett so unruhig gewesen, daß man ihn habe anbinden müssen“ (vgl. Aktenbestand der Lebenshilfe, Psychologischer Befund über V., 06.06.1968).

In einem etwas früher erstellten psychologischen Befund zu V. zeigt sich die Etikettierung von Menschen mit geistiger Behinderung anhand der verwendeten Formulierungen in besonderer Weise. Die Dipl.-Psychologin T. aus dem Städtischen Krankenhaus Herzberge in Berlin-Lichtenberg schreibt zu dem Jungen, der als unruhig und schwer fixierbar beschrieben wird: „Wir sahen poliklinisch ein schwer dranghaft erethisches, ruheloses, umtriebiges, erzieherischen Lenk- und Beeinflussungsversuchen kaum zugängliches Verhaltensbild mit starker affektiver Störbarkeit bei geringsten sich dem zügellosen Treiben des Kindes in den

und aggressives Verhalten auf, sie schlug und trat die Betreuer, so daß sie nun seit Monaten sehr oft in einem vergitterten Bett gehalten wird und unter den Bedingungen des Waldhauses kein Ausweg aus dieser Situation erscheint“ (vgl. ebd., Schreiben vom 19.09.1986).

Dr. M. diagnostiziert die überwiesene „Patientin“ und kommt zu dem Befund: „Pat. kommt mit Einweisungsschreiben von Dr. P. (Anonymisierung, H.K.) aus dem Waldhaus zur stationären Aufnahme. Sie wurde dort in einem vergitterten Bett fixiert gehalten und wies am Hinterkopf in Form von hämatösen Schwellungen deutliche Hinweise einer permanenten Selbstbeschädigung auf. Sie wehrte das Personal ab und musste zur Untersuchung von mehreren Schwestern fixiert gehalten werden“ (vgl. ebd., Aufnahmebefund B., 08.10.1986).

Die Art und Weise, wie die „Patient(inn)en“ gehalten wurden, hatte nachhaltige Folgen für die Persönlichkeitsentwicklung und begünstigte das Entstehen von Verhaltensauffälligkeiten. Die bereits erwähnte, von den Eltern in stationäre Unterbringung gegebene X. lebte „seit frühester Kindheit auf verschiedenen Stationen der Landesnerven- und Kinderklinik Eberswalde. (...) Im Laufe ihrer Entwicklung kam es bis 1995 (Umzug in eine andere Einrichtung im Rahmen eines Enthesialisierungsprogrammes, H.K.) kaum zu Förder- oder gar Bildungsmaßnahmen (...), sie verbrachte, wie viele ihrer heutigen Mitbewohner, den Großteil ihres Lebens in der geschlossenen Langzeitstation der Landesklinik Eberswalde. Schwere hospitalistische Schädigungen verfestigten sich im Laufe der Jahre zu einem schwierigen Geflecht massiver Verhaltensauffälligkeiten“ (vgl. ebd., Sozialbericht mit Entwicklungsdarstellung, 14.02.2001).

„Innerhalb der heilpädagogischen Förderung beteiligt er sich nur, wenn man ihn vorher mit einer Windel an den Stuhl festgebunden hat.“

Von der Verwahrung zur Normalisierung?

Trotz des Bestehens von Einrichtungen, die sich hospitalisierter Menschen annehmen und einen erheblichen Beitrag zur Bewältigung von Traumatisierungen der Betroffenen leisten und nach Wegen zur Realisierung der Teilhabe suchen, gibt es nach wie vor Einrichtungen, in denen die Notwendigkeit einer Aufarbeitung und einer strukturellen Neuausrichtung nicht erkannt wird.

Im Rahmen zweier Praktika, in den Jahren 2007 und 2008, lernte ich das „Pflegeheim für Schwerstbehinderte“ in Velgast kennen. Dieses wurde 1972 als Neuropsychiatrische Kindereinrichtung mit Zugehörigkeit zum Medizinischen Zentrum Richtenberg im Gebäude eines ehemaligen „Umsiedlerheimes für Rückkehrer“ gegründet. 1991 ging die Einrichtung in die Trägerschaft des DRK Kreisverbandes Stralsund e. V. über.

Seit 1998, im selben Jahr fand der Umzug in einen Neubau statt, da das alte Gebäude nicht mehr der Mindestbauverordnung entsprach, befindet es sich im Besitz des DRK Nordvorpommern e. V. und beherbergte im Jahr 2008 72 Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung im vollstationären Rahmen (vgl. Aktenbestand des DRK Pflegeheims für Schwerstbehinderte Velgast).

1990 besuchte KÖNIG die Einrichtung und wurde von der damaligen Leiterin und Kinderneuropsychiaterin Frau Dr. Rosch durch das Gebäude geführt. Zu sehen bekam sie große

Weg stellenden Barrieren. Der Junge trieb planlos im Raum umher, war kaum momentweise auf eine Aufgabenstellung oder Spielhandlung zu fixieren, zeigte totale Unfähigkeit zu kurzer konzentrierter Auffassung bei gezielter Anleitung, war ein Spielball belangloser Nebenreize, von jedem zufällig in sein Wahrnehmungsfeld geratenes Objekt angezogen, sich hemmungslos und triebhaft entgegen allen Weisungen über jede Anordnung hinwegsetzend und nur seinen ungesteuerten Impulsen lärmend laut und ohne jede Abstimmungsmöglichkeit auf die Umgebungsverhältnisse nachgehend“ (vgl. ebd., Psychologische Untersuchung über V., 05.12.1967).

Neben der erwähnten psychologischen Begutachtung des jungen V. finden sich weitere Befunde aus Eberswalde, die Rückschlüsse auf die Sicht auf Menschen mit Behinderungen und den Umgang mit ihnen widerspiegeln.

Zum Ende des Sommers 1986 bedankt sich Dr. P., Facharzt für Psychiatrie und Neurologie und Abteilungsleiter im Kreiskrankenhaus Eberswalde, bei seinem Kollegen Dr. M., damals Chefarzt der Bezirksnervenklinik Eberswalde, für die Übernahme der „Patientin“ B., die ihn hinsichtlich ihres Verhaltens vor Probleme stellte: „Trotz steigender Medikation fiel sie immer mehr durch autistisches erethisches (sic)

In B.'s Akte finden sich weitere stationäre Aufenthalte. So geht aus einer Epikrise, erstellt von der Chefärztin der kinderneuropsychiatrischen Abteilung der Landesklinik Eberswalde, Dr. D., hervor, dass die damals elfjährige B. unter anderem im Jahr 1977 zwei Monate lang behandelt wurde. Die Überweisung auf eine andere Station der Landesklinik erfolgte, da sich B. in der Nacht etwa zwei Drittel der Unterlippe abbiß. Dr. D. stellte fest, dass eine Erhöhung der sedierenden Medikation im Laufe der Behandlung zu einer Beruhigung der „Patientin“ führte und eine Betreuung unter diesen Umständen „wesentlich leichter“ wurde, nachdem B. anfänglich noch „fixiert gehalten werden musste“ (vgl. ebd., Epikrise, 21.11.1977).

Aus einer Epikrise des 5-jährigen M. geht hervor, dass dieser im „Bett angebunden werden (musste, H.K.), weil er motorisch außerordentlich unruhig war und den Sinn der Ermahnungen und Anordnungen nicht verstand“ (vgl. ebd., Epikrise M., 05.07.1966). Schon zwei Monate vorher war bemängelt worden, dass er sich nicht fixieren ließ (vgl. ebd., Psychiatrischer Untersuchungsbogen für Kinder und Jugendliche, 14.05.1966) und „nur in der festen Jacke im Bett zu halten“ sei (vgl. ebd., Psychiatrischer Untersuchungsbogen für Kinder und Jugendliche, 31.05.1966).

Schlafsäle, Kinder und Jugendliche in Gitterbetten, über die ein dickes Netz gespannt war, junge Menschen, die in Zwangsjacken fixiert oder in Gitterkäfige gesperrt wurden und welche, deren Arme und Beine am Bett angebunden waren. Frau Dr. Rosch vertrat in dem begleitenden Interview die Meinung: „50 von 70 Kindern hier sind Vollidioten. Denen ist es völlig egal, wo sie liegen. Die haben keine Hospitalismus-schäden. Denn dazu gehört ein gewisser Intellekt“ (KÖNIG 1990, 33).

gung zuzustimmen, da die institutionellen Gegebenheiten keine andere Unterbringung zuließen. Die Alternative wäre die Nichtaufnahme oder Entlassung der Bewohnerin/des Bewohners gewesen. Die neurologische Betreuung der Bewohner(innen) wurde nach wie vor durch Frau Dr. Bärbel Rosch sichergestellt.

Der Tag begann damit, dass alle Bewohner(innen) – keine(r) ging einer arbeitsähnlichen Tätigkeit nach – um

terin wieder. Auch hier vermittelte man mir ein Gefühl der Gleichgültigkeit und mangelnden Fachlichkeit in Bezug auf die Belange der Bewohner(innen).

Angesprochen auf die fehlende pädagogische Betreuung, erwiderte die Heimleiterin Frau H.: „Wir sind doch nur ein Pflegeheim!“ Aus dem Gespräch entlassen wurde ich mit einem Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, das dem Pflegeheim „eine qualitätsgerechte Pflege auf hohem Niveau“ bescheinigte (vgl. Aktenbestand des DRK Pflegeheims für Schwerstbehinderte Velgast, Bericht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung MV vom 23.10.2006).

Während einer gebadet wurde, warteten die anderen geduldig – unbekleidet.

Auffällig war, dass die Akten stark ausgedünnt waren. Ob dies nun mangelnder Dokumentation in der Vergangenheit oder Vernichtung unerwünschter Einträge geschuldet war, ist nicht bekannt. Ich stieß lediglich auf einen Eintrag aus den 1970er Jahren, aus dem hervorgeht, dass Zwangsmaßnahmen angewendet wurden. Z. „musste“ unter das Netz gesperrt werden, da er sich nicht gemäß den Vorstellungen des Personals benahm (vgl. Aktenbestand des DRK Pflegeheims für Schwerstbehinderte Velgast).

Das Vorhandensein von Zwangsmitteln wie Netze, Gurte, Jacken und Käfige ähnlich eines Hundezwingers und die von KÖNIG beschriebenen Zustände sind Belege für die systematische Misshandlung von Menschen mit geistiger Behinderung in der Kinderneuro-psychiatrie Velgast. Die Käfige und Gitterbetten verschwanden, doch auch fast 20 Jahre nach der Wende, in den Jahren 2007 und 2008, wurden die dort untergebrachten Menschen nicht adäquat betreut.

Inzwischen zum Alltagsgegenstand gewordene Konzepte wie Empowerment, Inklusion oder Sozialraumorientierung waren in dieser Einrichtung nach wie vor unbekannt. Das Personal setzte sich 2008 ausschließlich aus reinem Pflegepersonal und ungelernten Kräften zusammen und bestand größtenteils aus Mitarbeiterinnen, die seit der DDR in dieser Einrichtung tätig waren.

„Haus I“ und „Haus III“ verfügten jeweils über eine geschlossene Abteilung, die euphemistisch „beschützen-der Bereich“ genannt wurde. Hier wurden auch Bewohner(innen) untergebracht, für die kein richterlicher Beschluss vorlag. Die Angehörigen waren gezwungen, dieser Art der Unterbrin-

6.15 Uhr geweckt wurden. Während der Mahlzeiten sowie der Körperpflege fand eine Abfertigung statt, die der Würde eines Menschen keinesfalls gerecht wurde.

Im Rahmen des Badens wurde der Wahrung der Intimsphäre in keiner Weise Rechnung getragen. In der Regel befanden sich mehrere Bewohner(innen), auch gegengeschlechtlich, im Bad. Während einer gebadet wurde, warteten die anderen geduldig – unbekleidet. Das Personal war nach eigener Aussage machtlos, schließlich waren die Bewohner(innen) „das ja so gewöhnt“. Generell wurden zahlreiche Handlungen des Personals mit dem Willen der Bewohner(innen) begründet.

Dies bezieht sich auch auf die Situation, in der ich nach dem Grund für die „Fixierung“ eines Bewohners im Autismus-Spektrum fragte, der den Großteil des Tages, mit einer Fußfessel fixiert, auf seinem Bett verbrachte.

Noch extremer vollzog sich der Umgang mit einem weiteren Bewohner. Dieser verbrachte ca. 23 Stunden des Tages allein und eingeschlossen in seinem Zimmer. Hierfür lag zwar ein richterlicher Beschluss vor, inwieweit sich der zuständige Jurist mit diesem „Fall“ aber befasste, ist nicht bekannt.

Im Pflegeheim für Schwerstbehinderte Velgast wurden, auch fast 20 Jahre nach der Wende, Menschen der Einrichtung, wenn nötig durch Zwangsmaßnahmen, angepasst, anstatt die Einrichtung den Menschen anzupassen. Angesprochen auf diese Umstände und die fehlende pädagogische Arbeit, fand ich mich, gemeinsam mit der mich unterstützenden Ergotherapeutin, in einem Gespräch mit der Wohnbereichsleiterin, der Pflegedienstleiterin und der Heimlei-

Fazit

Ein grundlegendes Kriterium professioneller (heil-)pädagogischer Arbeit ist gegenseitiger Respekt und die Anerkennung der traumatischen Erfahrungen der Menschen, die jahrzehntelang in psychiatrischen Institutionen als Patient(inn)en klassifiziert wurden, um die Wiederherstellung von Würde und Verantwortung im Rahmen einer rehistorisierenden Diagnostik zu gewährleisten. Es ist von elementarer Bedeutung, den biografischen Hintergrund und dessen Einfluss auf die aktuelle Lebenssituation zu betrachten und zu verstehen, um zu gewährleisten, dass sich Menschen nicht mit einer Lebensrealität konfrontiert sehen, die durch ein „Netz institutioneller Strukturen mit jeweils eigenen strukturellen Bedingungen und Regeln geprägt“ ist (vgl. MEYER 2003, 234 ff.).

Der vorliegende Beitrag zeigt, wie die Lebenssituation für viele Menschen mit einer geistigen Behinderung in der DDR ausgesehen hat. Durch die Zustände und die angewendeten Maßnahmen in den psychiatrischen Einrichtungen ist vielen Menschen die Möglichkeit auf ein humanes, selbstbestimmtes Leben als mündige Bürger(innen) genommen worden. Dabei entstandene psychische Schädigungen zeigen sich in verschiedenen Verhaltensweisen und schränken die Alltagsbewältigung noch heute in unterschiedlicher Intensität ein.

LITERATUR

- Aktenbestand des DRK Pflegeheims** für Schwerstbehinderte Velgast „Haus Sonnenhof“, DRK Kreisverband Nord-vorpommern e. V. (unveröffentl.).
- Aktenbestand der Lebenshilfe** für Menschen mit geistiger Behinderung, Landesverband Brandenburg e. V., Wohnstätte Hönow (unveröffentl.).

ARMBRUSTER, Jan; FREYBERGER, Harald J. (2012): Vorwort. In: Armbruster, Jan; Freyberger, Harald J. (Hg.): Verwahrung, Vernichtung, Therapie. Zum 100-jährigen Bestehen der stationären Psychiatrie auf dem Gelände des Krankenhauses West in Stralsund. Historisches und Erlebtes. Hamburg: Dr. Kovac, 9–11.

BARSCH, Sebastian (2007): Geistig behinderte Menschen in der DDR. Erziehung – Bildung – Betreuung. Oberhausen: Athena.

BAUDISCH, Winfried u. a. (1982): Das hilfsschulbedürftige Kind. In: Breitsprecher, Adalbert et al. (Hg.): Welches Kind muß sonderpädagogisch betreut werden? Berlin: Volk und Wissen, 29–53.

BAUDISCH, Winfried; WINTER, Klaus (1989): Mein Kind soll in die Hilfsschule? Berlin: Volk und Wissen.

ESSBACH, Sigmar et al. (1985): Rehabilitationspädagogik für schulbildungs-unfähige förderungsfähige Intelligenz-geschädigte. Berlin: Volk und Gesundheit.

FREYBERGER, Harald J.; ARMBRUSTER, Jan (2012): Die Entwicklung der Universitätspsychiatrie in Stralsund. In: Armbruster, Jan; Freyberger, Harald J. (Hg.): Verwahrung, Vernichtung, Therapie. Zum 100-jährigen Bestehen der stationären Psychiatrie auf dem Gelände des Krankenhauses West in Stralsund. Historisches und Erlebtes. Hamburg: Dr. Kovac, 193–209.

GRIES, Sabine (2002): Kindesmisshandlung in der DDR. Kinder unter dem Einfluss traditionell-autoritärer und totalitärer Erziehungsleitbilder. Münster: Lit.

Interview (2012): Interview mit einer ehemaligen Pflegeperson des psychiatrischen Krankenhauses der Hansestadt Stralsund am 22. Juni 2012 (unveröffentl.).

JARISCH, Arne (2012): Wiedereröffnung der Psychiatrischen Klinik 1953 und die Entwicklung als Bezirkskrankenhaus in der DDR. In: Armbruster, Jan; Freyberger, Harald J. (Hg.): Verwahrung, Vernichtung, Therapie. Zum 100-jährigen Bestehen der stationären Psychiatrie auf dem Gelände des Krankenhauses West in Stralsund. Historisches und Erlebtes. Hamburg: Dr. Kovac, 141–173.

KLEE, Ernst (1993a): Film: Die Hölle von Ueckermünde (Erstausstrahlung: 14. April 1993).

KLEE, Ernst (1993b): Irrsinn Ost – Irrsinn West. Psychiatrie in Deutschland. Frankfurt a. M.: S. Fischer.

KÖNIG, Uta (1990): Gefangen, gequält, vergessen. Behinderte Kinder in der DDR. In: Stern (24), 27–36.

Ministerium für Gesundheitswesen der DDR (Hg.) (1977): Bildungs- und Erziehungsprogramm für Rehabilitationspädagogische Förderungseinrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens der DDR. Berlin.

MEYER, Dagmar (2003): „Geistige Behinderung“ und Dissoziation. Aspekte einer Rehistorisierung. In: Jantzen, Wolfgang (Hg.): „...die da dürstet nach der Gerechtigkeit“. Deinstitutionalisierung in einer Großeinrichtung der Behindertenhilfe. Berlin: Wissenschaftsverlag Volker Spiess GmbH, 234–246.

MÜLLER, Ulrich; HERBERHOLD, Martin (2012): Die Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. In: Armbruster, Jan; Freyberger, Harald J. (Hg.): Verwahrung, Vernichtung, Therapie. Zum 100-jährigen Bestehen der stationären Psychiatrie auf dem Gelände des Krankenhauses West in Stralsund. Historisches und Erlebtes. Hamburg: Dr. Kovac, 211–230.

MÜLLER-ESCH, Gert, GIERMANN, Horst (2012): Übergangszeit von der „Wende“ bis 1997. In: Armbruster, Jan; Freyberger, Harald J. (Hg.): Verwahrung, Vernichtung, Therapie. Zum 100-jährigen Bestehen der stationären Psychiatrie auf dem Gelände des Krankenhauses West in Stralsund. Historisches und Erlebtes. Hamburg: Dr. Kovac, 175–192.

ROSE, Wolfgang (2005): Anstaltspsychiatrie in der DDR. Die brandenburgischen Kliniken zwischen 1945 und 1990. Berlin-Brandenburg: be.bra Wissenschaft.



Der Autor:

Hannes Kesselberg

Heilerziehungspfleger, Studierender der Heilpädagogik an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin



hannes.kesselberg@gmx.de



Alle reden von ADHS

Wir sprechen über Ritalin

Neue Broschüre

„Eine Generation wird krank-geschrieben“. Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Ritalin und Psychopharmaka

- Die Zahl der Fälle, in denen Mediziner ADHS bei Kindern diagnostizierten, ist drastisch gestiegen. Ebenfalls die Behandlung mit dem Wirkstoff Methylphenidat, etwa Ritalin.
- Die DGSP warnt in einem Positionspapier vor vorschnellen Diagnosen und den möglichen Gefahren der Medikation.
- Die DGSP fordert eine unabhängige Erforschung der Langzeitwirkung.
- Die DGSP ermutigt Ärzte, Eltern und Lehrer, die Auffälligkeiten der jungen Patienten als Notruf zu verstehen.
- Beispiele alternativer Konzepte ergänzen das Papier.

Die 40-seitige Broschüre ist erhältlich (Schutzgebühr 1 Euro plus Porto):
DGSP, Zeltinger Straße 9, 50969 Köln,
Tel: (0221) 51 10 02
E-Mail: dgsp@netcologne.de
Kostenloser Download:
www.psychiatrie.de/dgsp



Sabine Stahl

So und So – Beratung für Menschen mit so genannter geistiger Behinderung

| Teilhabe 3/2013, Jg. 52, S. 121 – 126

KURZFASSUNG „So und So“ ist ein neues Beratungskonzept für Menschen mit so genannter geistiger Behinderung. Das Konzept nutzt Bildkarten als „Innere Helfer“, die eine geeignete Unterstützung zur Einnahme einer Metaposition darstellen. Dissoziierung, also Abstand vom Problem(erleben) zu gewinnen, sorgt für größeren Überblick und damit bessere Bedingungen zur Lösungsfindung. Weitere zentrale Elemente sind die „Auftragsklärung“ und die Erhaltung und Wertschätzung des „Sehnsuchtszieles“. In einer Studie mit 33 Probanden wurde in 60 Gesprächen überprüft, ob das Konzept anwendbar ist und die Ratsuchenden die Beratungsgespräche als hilfreich erlebt haben. Die Ergebnisse sprechen dafür, das Beratungskonzept „So und So“ in der Praxis zu etablieren.

ABSTRACT *So and Thus – Consultancy Services for People with Intellectual Disabilities.* „So and Thus“ is a new concept for consultancy services for people with intellectual disabilities. The concept consists of face cards as „internal assistants“ who show a suitable support to have another point of view on a meta level. Dissociation in the sense of putting a distance between the self and the problem allows a better overview and better conditions for problem solving. Other central elements are the „order clarification“ and the preservation and esteem of the „goals of the longings“. A study with 33 test persons and 60 advisory discussions was conducted to find out whether the concept is applicable and if the advice-searching persons have experienced the consultations as helpful. As a result, the concept seems to be applicable in practice.

Der Name *So und So* entstand während eines Beratungsgesprächs, in dem ein Ratsuchender bemerkte: „Ich dachte, man muss sich immer *einer* Sache sicher sein. Dabei darf es auch *so und so* sein.“ Im weiteren Verlauf der Beratung stellte sich heraus, dass er die Idee entwickelt hatte, seine gelegentlichen Ambivalenzen seien Ausdruck seiner so genannten geistigen Behinderung. Die Nachricht, dass viele Menschen ohne dieses Etikett dieselben Schwierigkeiten mit ambivalenten Gefühlen hätten, sorgte für große Erleichterung. Dafür sensibilisiert begegnete diese Idee der Verfasserin auch in anderen Gesprächen immer wieder.

„In einer hochgradig arbeitsteiligen und komplexen Gesellschaft hat Beratung an besonderer Bedeutung gewonnen. Sie wird zunehmend als Hilfe bei der Bewältigung und Gestaltung von individuellen und gesellschaftlichen Problemen eingesetzt.“ (MUTZECK 2008, 12) Die Deutsche Gesellschaft für Beratung e. V. (DGfB 2011, 2) beschreibt professionelle Beratung als Hilfe bei

„Problemen des menschlichen Zusammenlebens und -arbeitens“ und als Unterstützung der „menschlichen Entwicklung“. *So und So* versteht sich als psychosoziales Beratungskonzept, das es den Ratsuchenden ermöglicht, ohne Vorsortierung ihrer Anliegen eine Beratung wahrzunehmen. Neben dem aktuellen Problem, Wunsch bzw. Anliegen kann es auch darum gehen, verschiedene Kompetenzen für zukünftige Fragestellungen zu erweitern.

Eine Beratung ist in der Regel auf weniger Sitzungen und ein konkreteres Problem begrenzt. Beratung ist eher ein „präventives und entwicklungsorientiertes Unterstützungsangebot – eine in Lebensweltkontexte eingebundene offene eklektische Orientierungs-, Planungs- und Entscheidungs- und Bewältigungshilfe“ (SCHMIDT 2005, 37). Beratung ist im Gegensatz zu Psychotherapie also mehr an alltagspraktischen Fragestellungen und diesbezüglichen Entscheidungen orientiert. Treffend formuliert BAMBERGER (2001, 187): „Beratung bedeutet immer Gespräch. Aber

Gespräch nicht immer Beratung. Der Unterschied ergibt sich aus der Systematik, mit der ein Berater bestimmte Intentionen verfolgt und diese mit spezifischen Interventionen zu realisieren versucht.“

Dieses neue Beratungskonzept soll die Lücke zwischen psychotherapeutischen Angeboten und rein pädagogischen Konzepten schließen und kann auch präventiv eingesetzt werden, d. h. bevor Menschen mit so genannter geistiger Behinderung Verhaltensauffälligkeiten zeigen. Diese Beratung ist nicht abhängig von einer Diagnose im Sinne einer Erkrankung. Menschen mit so genannter geistiger Behinderung sollten sich als Ratsuchende zu allen möglichen Themen ihres Alltags an eine(n) Berater(in) wenden können. Beratungsanlässe resultieren aus allen denkbaren Fragen und Anliegen, die zu einer Verbesserung der Lebensqualität und zu einer Erweiterung von Selbst- und Fremdwahrnehmung der Ratsuchenden führen. Dies können z. B. Themen mit innerpsychischem Schwerpunkt sein, Fragen zur persönlichen Weiterentwicklung und Zukunftsplanung, ebenso wie zu Interaktionsmöglichkeiten bzw. -schwierigkeiten.

Jedes Beratungskonzept hat ein zugrunde liegendes Menschenbild, aus welchem sich das weitere Vorgehen ableiten lässt. Eine Auswahl an interventionsorientierten Verfahren besteht bereits. In diesen Verfahren wird in der Regel über Fremdbeobachtung zunächst eine Diagnose erstellt, um dann durch Verhaltensmodifikationen den Betroffenen zu unterstützen.

Das hier zugrunde liegende Menschenbild orientiert sich an humanistischen Theorien (Abraham Maslow, Rollo May und Carl Rogers prägten diese nachhaltig). Basis ist, dass sich Persönlichkeiten mit dem Ziel entwickeln, sich selbst zu verwirklichen. Die eigenen Fähigkeiten und Talente sollen entwickelt werden, um das innere Potenzial, das in jedem Menschen als Selbstverwirklichungs- und Selbstvervollkommenungstendenz vorhanden ist, zu realisieren und damit zu einer Übereinstimmung von Ideal- und Selbstbild zu kommen (vgl. ROGERS 1980, 1991). Für Menschen mit so genannter geistiger Behinderung gilt nach den vorliegenden Forschungsergebnissen ebenfalls die Annahme der lebenslangen Persönlichkeitsentwicklung (vgl. THEUNISSEN 1994; SPECK 2005). Außerdem können auch Erwachsene mit so genannter geistiger Behinderung in ihrer Lebensmitte Krisen erleben.

Ebenso erscheint eine konstruktivistisch geleitete Theorie unabdingbare Voraussetzung, um sich diesem Thema zu nähern. Die Annahme, dass es keine objektive Wirklichkeit gibt, erlaubt, alle Möglichkeiten von Lebensentwürfen zuzulassen und wertfrei zu akzeptieren (vgl. WATZLAWICK 1988; 2006). Dieser Ansatz ermöglicht den Blick auf die Begrenztheit des Beobachters, weg vom häufig defizitären Beurteilen der Zielgruppe. Beobachtetes Verhalten ist immer geprägt von subjektiver Wahrnehmung und kann niemals ein „wahres“ oder „wirkliches“ Bild eines Menschen abgeben (vgl. WATZLAWICK 1988). WATZLAWICK (1983, 32) führt dazu aus: „Wenn wir wahrhaben, daß Normalität ein Mythos ist, der falsche genetische Vorstellungen und zweifelhafte Urteile über menschliche Qualitäten impliziert, sind wir besser in der Lage, verschiedene Arten von Leistungen und Problemlösungen zu erforschen. Wir sind auch besser in der Lage zu erkennen, daß die meisten Menschen einen Beitrag für die Menschheit leisten und daß der Mensch in einer phantastischen Weise anpassungsfähig ist. Die Menschen oder die Nationen, die anders sind als wir, sind nicht weniger wert – sie sind bloß anders. Es ist höchste Zeit, die falsche Sicherheit aufzugeben, daß das was wir tun ‚richtig‘ oder ‚normal‘ ist, sondern genauer, wenn auch weniger beruhigend, zu sagen, es ist ganz einfach ‚konventionell‘.“

4. Aktive Hilfe zur Problembewältigung (konkrete Hilfe).

Relevant erscheint die Annahme, dass Ratsuchende nicht ausschließlich zur Reduzierung von Leidensdruck eine Beratung aufsuchen. Hierzu bemerkt SCHMIDT (2005, 98): „Der noch immer weit verbreitete Mythos in Beratung und Therapie, dass KlientInnen einfach genügend Leidensdruck bräuchten, damit sie zu Veränderungen kommen, stellt aus meiner Sicht eine der dümmlichsten Fossilien der Therapiegeschichte dar. Zwar kann es sein, dass man mit erhöhtem Leidensdruck eine erhöhte Bereitschaft zur Veränderung entwickelt. Die erlebte Fähigkeit zur Veränderung wird dabei aber immer geringer, da man sich als immer schwächer, enger, unfähiger erlebt, je mehr der Leidensdruck steigt. Die erlebte Fähigkeit und gerade dadurch auch fast immer die Motivation für Veränderung werden wesentlich stärker und konstruktiver, wenn man sich voller Kraft, Zuversicht, Neugier erfährt. Wie gerade die Flowforschung zeigt, erlahmt dann keineswegs der Wunsch nach Entwicklung. Ganz im Gegenteil verstärken sich gerade dann die Motivation für neue Herausforderungen und die Bereitschaft zu veränderndem Verhalten, wenn man sich in einem erfüllenden, mit Kompetenzerleben einhergehenden Erlebnisprozess bewegt (Csikszentmihalyi 1996).“ Gerade für die Zielgruppe, die sich häu-

Beratung muss nicht zwingend eine Verhaltensänderung zum Ziel haben.

Übergeordnete Wirkfaktoren für positive Veränderung

Viele Beratungsformen sind aber gar nicht oder zu wenig empirisch untersucht. GRAWE (1995, 2004) hat in diesem Bereich zu der Erkenntnis beigetragen, dass es „anscheinend nicht ein Verfahren gibt, das immer indiziert ist, sondern dass es schulenübergreifend bestimmte Faktoren gibt, die jeweils zu einer positiven Veränderung des Klienten führen“ (RAUSCH 2008, 78). Die von GRAWE bestimmten Faktoren wurden in der Untersuchung des Beratungskonzeptes *So und So* berücksichtigt:

1. Ressourcenaktivierung,
2. Problemaktualisierung (Erleben des Problems ohne irgendeine strategische Einschränkung),
3. Motivationale Klärung (Werte und Motive klären),

fig nicht als kompetent im Alltag erlebt, ist diese Annahme äußerst interessant und bedeutend.

Entsprechend der Heterogenität des Personenkreises scheint auch eine Vielzahl von Beratungsanlässen möglich zu sein. Beratung kann also verschiedenste Gegenstände beinhalten und muss nicht zwingend eine Leidensreduzierung und/oder Verhaltensänderung zum Ziel haben. Auch in diesem Zusammenhang ist es sinnvoll, Menschen mit so genannter geistiger Behinderung selbst als Ratsuchende wahrzunehmen und nicht nur Menschen aus ihrem sozialen Umfeld zu beraten.

Berater(innen), die professionell agieren möchten, müssen sich stets der Doppelverortung von Beratung bewusst sein. Beratungs-, Interaktionswissen und handlungsspezifisches Wissen sind

Abb. 1: Auszug aus den Bildkarten *Innere Helfer* (vgl. STAHL 2012)

notwendig, um kompetente Beratungsgespräche zu führen und für die Ratsuchenden tatsächlich hilfreich zu sein. Um Erwachsenen mit so genannter geistiger Behinderung eine effektive Beratung zukommen zu lassen, sollte es außerdem zu „einer grundlegenden Akzeptanz des Nicht-Verstehens kommen: Man kann und muss eine so genannte geistige Behinderung oder Schwer-mehrfachbehinderung nicht verstehen. Aussagen über Menschen mit so genannter geistiger Behinderung bleiben stets subjektiv und hypothetisch, da sie für Menschen ohne Beeinträchtigungen nicht vorstellbar sind. Es muss vielmehr darum gehen, sich mit den Personen, die als geistig behindert oder schwer-mehrfachbehindert gelten, auseinanderzusetzen, ihre subjektiven Behinderungserfahrungen zu ergründen, sich auf ihre individuellen Sichtweisen einzulassen und von ihnen zu lernen“ (SCHUPPENER 2007, 1).

Bei der Erarbeitung des Themas ergaben sich zum Teil paradoxe Situationen, da jede Berufsgruppe um den Menschen mit so genannter geistiger Behinderung offensichtlich eine Art „Besitzanspruch“ geltend macht. Es wurde heftig über den Unterschied zwischen pädagogischer und psychologischer Beratung diskutiert, Heilpädagoginnen, Sonderpädagoginnen, Sozialpädagoginnen, Heilerzieher und Erzieherinnen verstehen den Menschen mit so genannter geistiger Behinderung als „ihr“ Aufgabengebiet. Ob es sich bei suizidalen Äußerungen um eine psychische Erkrankung, eine Verhaltensstörung, einen vorübergehenden depressiven Zustand handelte oder ein „Druckmittel“, um das Umfeld zu bestimmten Reaktionen zu veranlassen, stand je nach Profession im Mittelpunkt der fachlichen Diskussion. Erstaunlich war leider auch immer wieder, dass auf die Frage, was denn die Betroffenen selbst dazu sagen, meist keine Antwort zu bekommen war. Den Menschen mit so genannter geistiger Behinderung mit

einzubeziehen, ihn „zu Wort“ kommen zu lassen, zu respektieren, dass die „eigene“ Sicht auf diesen Menschen eben nur eine sehr subjektive ist, spielt oft keine Rolle (vgl. auch WÜLLENWEBER 2006; PÖRTNER 2003; 2008).

Im Sinne eines horizontalen Verhältnisses von Berater und Ratsuchendem soll ein Überblick über die Möglichkeiten gemeinsam erarbeitet werden, denn „nur in Bereichen, die ich überschauen kann, kann ich mich frei bewegen, nur das, was mir wahrnehmbar ist, auswählen, nur dem mich zuwenden, was mir nicht Angst macht. Das Zentrum der Integration ist, Ausschluss zu vermeiden. Erst dann ist ‚Begegnung‘ im Sinne MARTIN BUBER's (1962, 1965, 1975) möglich und erst in der Begegnung und durch sie der ‚Dialog‘“ (FEUSER 1998, 6).

Die Inneren Helfer (Bildkarten)

An den Stellen, an denen verbale Kommunikation an Grenzen kommt oder auch zu Missverständnissen führt, können die *Inneren Helfer* und der Einsatz von anderen Medien Lösungen bieten (vgl. Abb. 1). Der reduzierte Einsatz von Sprache und die Nutzung visueller Ergänzungen kann schneller zu einer gemeinsamen Kommunikations- und Verständnisebene führen. Das Einnehmen einer Metaebene wird somit für die Zielgruppe möglich und stellt einen erheblichen Beitrag zur Lösungsfindung dar (vgl. ERICKSON 1993; MUTZECK 2008; SCHMIDT 2004; 2005). Innere Bilder von Ratsuchenden werden durch die Karten mit den *Inneren Helfern* greifbar, dinglich gemacht und helfen somit, Klarheit zu bekommen. Was vielleicht vorher als diffuses Gefühl, für das kaum Worte gefunden werden konnten, vorlag, wird nun einfacher darstellbar und beschreibbar.

Der spielerische Umgang mit den Bildkarten und die Aufstellung der *Inneren Helfer* sind häufig besonders beeindruckend. Die *Inneren Helfer*

werden auch als Verein, Mannschaft und Gruppe bezeichnet. Der Ratsuchende ist dann der Vereinsvorstand, der Mannschaftskapitän oder Trainer oder einfach der Chef der Gruppe. Die Ratsuchenden treten „einen Schritt zurück“, gewinnen Abstand zu ihrem Problem und können konstruktive Veränderungen in Gang bringen, die durch den „Aufbau einer Metaposition und eine Reduktion der Komplexität eingeleitet werden“ (SCHMIDT 2010b, 24). Interessant ist hier die verschiedene Bewertung der einzelnen Figuren. In den bisherigen Vorträgen und Schulungen für zukünftige Berater(innen) wurden z. B. *Frau Tradition*, *Frau Angst* und *Herr Genau* oft als schwierig bewertet. Mit ihnen verband man negative Charakterzuschreibungen. Auch die Geschlechterverteilung wurde gelegentlich kritisiert. Diese wurde von der Zielgruppe mehr oder weniger ignoriert. *Frau Tradition* würde einen erinnern, sich am Abend noch einmal die Zähne zu putzen und den Müll weg zu bringen. *Frau Ruhe* wurde auch als „Herr Komm mal runter“ bezeichnet. Die Kreativität der Zielgruppe war also sehr groß. Es wurde eine große Flexibilität im Umgang mit den Bildkarten an den Tag gelegt.

Praktisches Beratungsbeispiel

Im Folgenden wird der Verlauf von drei stattgefundenen Beratungen (à 45 Minuten) anhand der zehn Schritte des Beratungskonzepts *So und So* beschrieben (vgl. Abb. 2, nächste Seite).

Herr A. B. (28 Jahre, angeborene geistige Behinderung, wohnt bei seiner Mutter, besucht die WfbM) kommt zum Beratungsgespräch, weil er in der WfbM von Kolleg(inn)en gehört hat, dass es dieses Angebot gibt.

Termin 1:

Begrüßung. Herr A. B. ist sehr nervös, er läuft zunächst hin und her und kann

den angebotenen Platz nicht annehmen. Die Beraterin bleibt ruhig an einem Platz stehen und wartet einige Minuten ab.

A. B.: „Ich will nur erzählen!“

B.: „Das ist völlig in Ordnung.“

A. B.: „Nix erklären oder so!“

B.: „Das ist völlig in Ordnung.“ Die Beraterin läuft neben ihm mit. (= (1) Einführung und (2) Pacing)

Herr A. B. nimmt Platz und beginnt sofort von seiner häuslichen Situation zu berichten. Die Eltern sind geschieden, er wohnt bei der Mutter. Der Vater wohnt im selben Haus in der Wohnung gegenüber und hat schwere Depressionen (= (4) Problembeschreibung ohne Veränderungswunsch, deshalb erfolgt immer wieder die Auftragsklärung). In den berichteten Situationen wird deutlich, dass Herr A. B. sehr unter der Situation leidet. Er erlebt seinen Vater als hilfebedürftiger als sich selbst und seine Mutter als überfordert. Gleichzeitig ist er selbst ratlos, ob und was er zur Verbesserung der Situation beitragen kann.

Die Erzählung nimmt sehr viel Zeit in Anspruch, da sie nicht flüssig vorgebracht wird. Die Beraterin fragt dazwischen immer wieder, ob es so in Ordnung sei, dass er „nur“ erzähle und sie „nur“ zuhöre (= (3) Auftragsklärung).

Es wurde ein weiterer Termin vereinbart (= (10) Abschluss).

Termin 2:

Herr A. B. begrüßt die Beraterin sichtlich erfreut und nimmt sofort Platz. Es habe ihm sehr gut getan, die Schwierigkeiten beim letzten Mal zu schildern. Die Beraterin erfragt, ob er heute auch erzählen wolle oder etwas anderes ausprobieren möchte. Herr A. B. überlegt lange und erklärt: „Genug erzählt.“

Die Beraterin legt die Bildkarten *Innere Helfer* (= (6), vgl. Abb. 1) auf den Tisch und lädt Herrn A. B. ein, sich diese anzuschauen und auszusuchen, welche zu seiner Situation zuhause etwas sagen könnten. Er wählt aus und legt den *Innere Helfern* folgende Sätze in den Mund:

Frau Träumer: „Viel schon richtig gemacht.“

Herr Originell: „Was ich will.“

Blankokarte: bleibt unkommentiert, aber wichtig.

Frau Angst: „Der Papa.“

Frau Tradition: „Das darfst Du nicht.“ Im Verlauf des Gesprächs stellt sich heraus, das damit gemeint ist, er dürfe sich nicht wünschen, dass sein Vater weg sei.

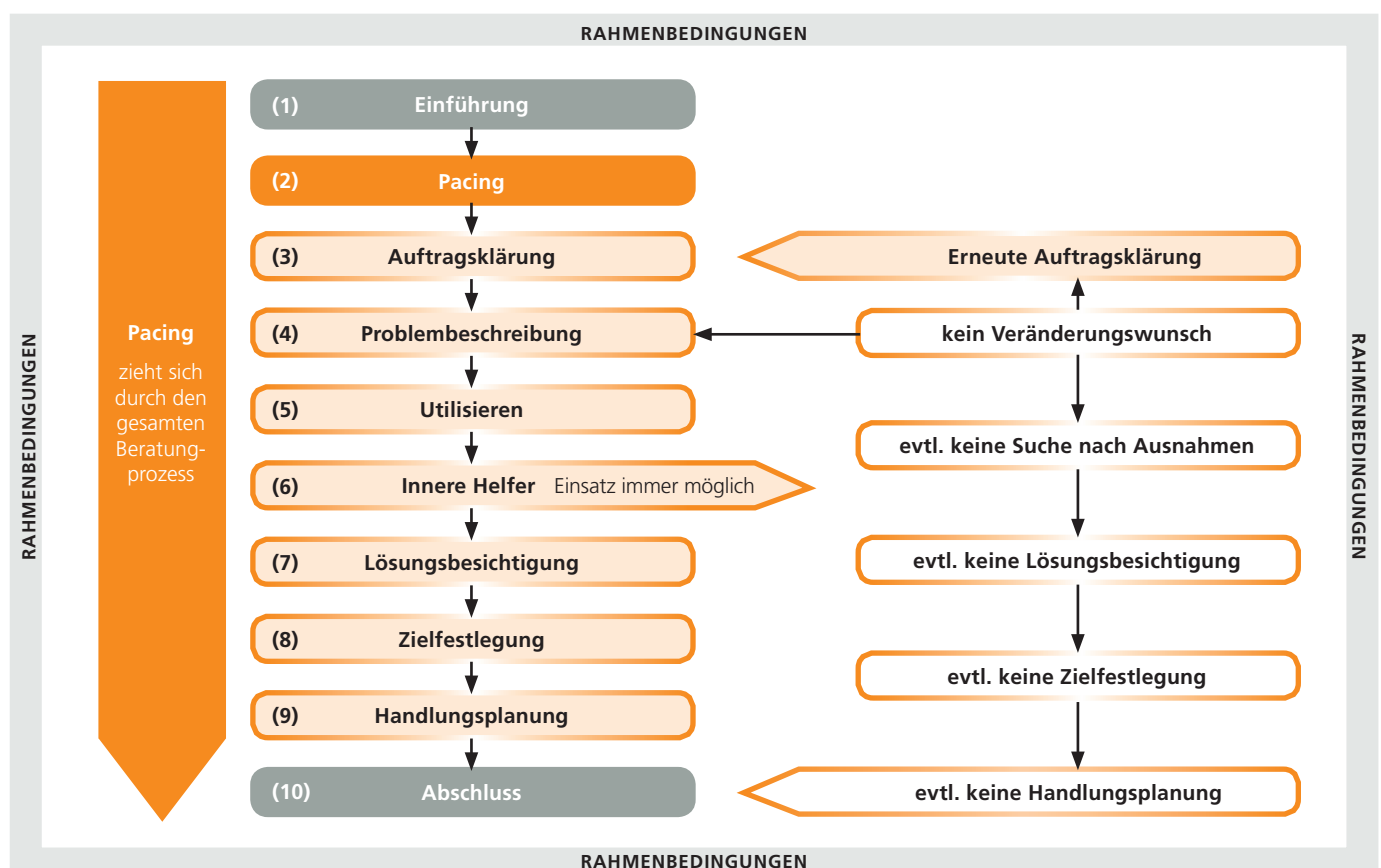
Durch die Bildkarten entsteht eine neue Dynamik in den Erzählungen von Herrn A. B. Er schildert z. B., dass sein Vater inkontinent sei und er das einfach nicht könne, „ihn da zu versorgen“. Es wird deutlich, dass er sich große Sorgen macht, was passiert, wenn seine Mutter den Vater nicht mehr versorgen kann und er dann verantwortlich ist.

Bei der Suche nach Ausnahmen (= (5) Utilisieren) wird deutlich, dass es durchaus schöne Tage gibt, an denen er mit seinem Vater Karten spielt und sich wohl fühlt. Zur Visualisierung stellt die Beraterin sieben Plastikbecher auf den Tisch, die die Tage einer Woche darstellen sollen. Herr A. B. stellt vier Becher zu den „guten Tagen“ und zwei zu den „nicht so guten“ und einen zu den „richtig miesen“. Er ist selbst überrascht, dass es „so schlimm ja gar nicht“ sei. Herr A. B. erkennt, dass bei den guten Tagen klare Absprachen mit seiner Mutter getroffen werden (z. B. wie lange er bei seinem Vater bleibt, wann er gehen kann, was er nicht machen muss etc.).

Die Lösungen für diesen Termin sind,

1. sein Vater wird wieder gesund und seine Eltern kommen wieder zusammen
2. dass Herr A. B. zuhause mit seiner Mutter über seine Sorgen sprechen will

Abb. 2: Methodisches Vorgehen des Beratungskonzepts So und So (vgl. STAHL 2012, 225)



Herr A. B. (nicht die Beraterin!) entscheidet, zunächst den zweiten Schritt anzugehen, da er meint, den ersten Schritt nicht realisieren zu können (= (7) Lösungsbesichtigung).

Zwischen Termin 2 und 3 setzt sich die Mutter telefonisch mit der Beraterin in Verbindung. Sie bedankt sich dafür, dass ihr Sohn aufgrund der Beratung mit ihr gesprochen habe und von seinen Sorgen erzählt hat. Sie ist sichtlich gerührt und auch sehr erleichtert. Die Beraterin erläutert ihr, dass sie keinerlei Kommentar oder gar Auskunft zu den Gesprächen erteilt. Dafür hat die Mutter Verständnis.

Termin 3:

Herr A. B. kommt bester Laune zur Beratung. Er berichtet von dem Gespräch mit seiner Mutter. Die Beraterin informiert ihn über deren Anruf (Transparenz). Seine Mutter sei sehr erstaunt gewesen, dass er sich so viele Gedanken mache und Sorgen habe. Das habe sie gar nicht gemerkt.

Herr A. B. entscheidet, in Zukunft früher mit seiner Mutter zu sprechen und ihr deutlich zu sagen, was in ihm vorgehe (= (8) Zielfestlegung). Das mache er wohl am besten beim gemeinsamen Abendessen, da hätten sie traditionell Zeit füreinander (= (9) Handlungsplanung).

Das *Sehnsuchtsziel* des Ratsuchenden ist, dass seine Eltern wieder zusammen kommen und sein Vater gesund ist. Dieses *Sehnsuchtsziel* hat die Beraterin immer wieder gewürdigt und mit viel Empathie begleitet. Die Etablierung des *Sehnsuchtszieles* ist für diese Zielgruppe höchst relevant, da es häufig „unerreichbare Wünsche“ gibt, die gewürdigt werden sollten. Die Tatsache, dass dies geschah und nicht versucht wurde darzulegen, warum das Ziel unerreichbar ist, beeinflusste die Gesprächsatmosphäre äußerst positiv.

Die Beraterin zeigt eine Zusammenfassung des Geleisteten auf und spricht ihre Anerkennung deutlich aus (= (10) Abschluss). Beraterin und Ratsuchender verabschieden sich.

Der endgültige Abschluss der Beratung stellt eine deutliche Phase im Beratungsverlauf dar, die mit einem Rückblick auf das Gewesene und einer Würdigung des Geleisteten verbunden ist. Die Verabschiedung sollte mit besten Wünschen für die Zukunft und der Option einer erneuten Terminvereinbarung verbunden sein.

Es handelt sich hier natürlich um eine reduzierte Zusammenfassung der Gespräche. Zwischen den einzelnen Schritten gab es immer wieder „Ausflüge“ in Erzählungen, die mit der Situation nichts zu tun hatten. Das Gespräch immer wieder zum Kern zurückzuführen, ist eine wichtige Aufgabe der Beraterin. Dies tut sie mit den genannten Grundhaltungen. Die Auftragsklärung stellte auch in diesen Gesprächen ein zentrales Element dar. Das *Sehnsuchtsziel* zu erhalten und nicht zu versuchen, dieses dem Ratsuchenden auszureden oder als unrealistisch zu kennzeichnen, ist wesentlich, um das Vertrauen des Ratsuchenden zu erhalten. Der Verzicht auf die (derzeitige) Realisierung des Sehnsuchtszieles ist einerseits als Abschiedsprozess zu begleiten, andererseits kann es den Weg frei machen für ein neues/anderes Ziel. Dieses sollte als „zweitbestes“ gekennzeichnet werden, um die Bedeutung des Sehnsuchtszieles zu würdigen.

Die einzelnen Schritte des Konzeptes können nicht immer in der vorgegebenen Reihenfolge abgearbeitet werden. Wichtig ist, sich zu erinnern, was man übersprungen hat, um es später nachzuholen oder sich zumindest bewusst zu machen, was man warum weglässt. Die zehn Schritte stellen das ganze Spektrum dar, über das die Beraterin verfügt. Es kann Sicherheit geben, sich daran zu orientieren.

Ergebnisse und Ausblick

Der erste Teil der Studie ermittelt die Zufriedenheit der Ratsuchenden mit den Beratungen. Neben differenzierte Fragen zu einzelnen Schritten, gab es die Frage nach der „Gesamtzufriedenheit“, die mit Hilfe einer Ampelabbildung (DIN A4) abgefragt wurde. 87 % der Ratsuchenden bewerteten nach einem Gespräch mit „grün“ (= angenehme Veränderung der Stimmung, auf jeden Fall weitermachen, angenehme Atmosphäre, verstanden fühlen). Nach mehreren Gesprächen stieg dieser Wert auf 94 %. Der zweite Teil der Studie zeigt, dass das Konzept in seinem methodischen Vorgehen anwendbar ist. Die videografierten Beratungsgespräche wurden von externen Gutachterinnen in drei Ebenen bewertet. Jeder der zehn Konzeptionsschritte wurde in einem Fragebogen auf Erkennbarkeit und Anwendbarkeit überprüft. Inhalt (Erkennbarkeit des Konzeptschrittes), Bearbeitung (Richtigkeit der Durchführung) und Beziehung (zwischen Ratsuchenden und Beraterin) wurden bei 58 % der Beratungen mit „sehr gut“ und „gut“ bewertet.

Neben diesen Ergebnissen wurde außerdem deutlich, dass eine Vernetzung von therapeutischen und nicht-therapeutischen Hilfen im Umfeld der Zielgruppe sehr wünschenswert wäre. Diese würde „mittelfristig und budgetübergreifend gerechnet“ sicher auch helfen, „Kosten zu sparen“ (MEIRKORELL 2003, 235). Eine „Annäherung an die Persönlichkeit von Menschen mit einer geistigen Behinderung aus deren Selbstsicht“ benennt SCHUPPNER (2005, 64) als „zwingend“ notwendig. Das Phänomen, dass einige Ratsuchende der Zielgruppe die Idee entwickelt hatten, dass ihre Probleme nur aufgrund ihrer geistigen Behinderung existieren, zeigt deutlich, welches Ausmaß die Etikettierung der Personengruppe hat.

Diagnostik ist und bleibt wichtig, um mit Krankenkassen, Einrichtungen und Schulen zu kommunizieren, um Statistiken und Forschung etc. zu betreiben. Deutlich wurde in der vorliegenden Studie allerdings, dass Menschen mit so genannter geistiger Behinderung bereits zahlreiche Erfahrungen mit Gesprächen haben, in denen sie „begutachtet“, „diagnostiziert“, ihr „Förderbedarf ermittelt“, ihr „IQ festgestellt“ oder ihre „soziale Kompetenz“ beurteilt werden. Die Zielgruppe verfügt vermutlich über eher wenig Erfahrung mit Beratung im Sinne eines offenen, kooperativen Gesprächs mit der Grundhaltung, dass der Betroffene selbst der Experte für seine Situation ist. Die Mehrzahl der an der Studie teilgenommenen Ratsuchenden hat offensichtlich mehr Erfahrungen mit Fremd- als mit Selbstbestimmung.

In Zukunft sollten Diskussionen, die ausschließlich defizitorientiert sind, zugunsten ressourcen- und lösungsorientierter Vorgehensweisen entfallen. Orientiert an solchen Grundlagen kann man der Zielgruppe wertfrei, symmetrisch und horizontal begegnen. In diesem Sinn sollten Menschenbildannahme, Wirklichkeitskonstruktion sowie Handlungs- und Störungstheorie nicht nur in Konzeptionen benannt werden, um eine wissenschaftliche Vorgehensweise zu garantieren (vgl. MUTZECK 2008). Sie sollten vielmehr in verständlicher Weise den Nutzer(inne)n solcher Konzepte dargelegt und erklärt werden, um ihnen eine Entscheidung zu ermöglichen, dieses Angebot zu nutzen.

LITERATUR

BAMBERGER, Günther G. (2001): Lösungsorientierte Beratung. 2. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Deutsche Gesellschaft für Beratung (DGfB) (2011): Wie erkenne ich gute Beratung? <http://www.dachverband-beratung.de/dokumente.php> (abgerufen am 23.07.2011).

ERICKSON, Milton; ROSSI, Ernest (1993): Hypnotherapie. Aufbau – Beispiele – Forschungen. 3. Aufl. München: Pfeiffer.

FEUSER, Georg (1998): Lebenslanges Lernen für Menschen mit geistiger Behinderung. Vortrag zur Tagung „Dialoge“ am 11.06.1998. http://bidok.uibk.ac.at/library/feuser-lebenslang_lernen.html (abgerufen am 11.02.2010).

GRAWE, Klaus (1995): Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. In: Psychotherapeut 40, 130–145.

GRAWE, Klaus (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

MEIR-KORELL, Stefan (2003): Psychologische Maßnahmen. In: Neuhäuser, Gerhard; Steinhausen Hans-Christoph (Hg.): Geistige Behinderung. Grundlagen, Klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation. 3. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, 232–247.

MUTZECK, Wolfgang (2008): Kooperative Beratung. 6. Aufl. Weinheim: Beltz.

PÖRTNER, Marlis (2003): Brücken bauen. Menschen mit geistiger Behinderung verstehen und begleiten. Stuttgart: Klett-Cotta.

PÖRTNER, Marlis (2008): Ernstnehmen. Zutrauen. Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten

und pflegebedürftigen Menschen. 6. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

RAUSCH, Adly; HINZ, Arnold; WAGNER, Rudi F. (2008): Modul Beratungspsychologie. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

ROGERS, Carl; ROSENBERG, Rachel L. (1980): Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. Stuttgart: Klett-Cotta.

ROGERS, Carl; SCHMID, Peter (1991): Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mainz: Matthias Grünewald.

SCHMIDT, Gunther (2004): Liebesaffären zwischen Problem und Lösung. Hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten. Heidelberg: Carl Auer.

SCHMIDT, Gunther (2005): Einführung in die hypnosystemische Therapie und Beratung. Heidelberg: Carl Auer.

SCHMIDT, Gunther (2010): Psychische Voraussetzungen für Gesundheit mit System. Heidelberg (unveröffentl. Manuskript).

SCHUPPENER, Saskia (2005): Selbstkonzept und Kreativität von Menschen mit geistiger Behinderung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

SCHUPPENER, Saskia (2007): Geistig- und Schweremehrfachbehinderungen. In: Borchert, J. (Hg.): Einführung in die Sonderpädagogik. München: Oldenbourg, 111–148.

SPECK, Otto (2005): Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Erziehung. 10. Aufl. München: Reinhardt.

STAHL, Sabine (2012): So und So. Beratung für Erwachsene mit so genannter geistiger Behinderung. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.

THEUNISSEN, Georg (1994): Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. Wien: Tagungsmagazin Integra.

WATZLAWICK, Paul (1983): Die erfundene Wirklichkeit – wie wir wissen was wir zu wissen glauben. München: Piper.

WATZLAWICK, Paul (1988): Münchhausens Zopf oder Psychotherapie und „Wirklichkeit“. Bern: Huber.

WATZLAWICK, Paul (2006): Wenn du mich liebtest würdest du gerne Knoblauch essen. 2. Aufl. München: Piper.

WÜLLENWEBER, Ernst; THEUNISSEN, Georg; MÜHL, Heinz (Hg.) (2006): Pädagogik bei Geistigen Behinderungen. Stuttgart: Kohlhammer.

i Die Autorin:

Dr. phil. Sabine Stahl

Dipl. Soz.päd (FH), 2012 Promotion an der Universität Leipzig, Institut für Förderpädagogik, Lehrbeauftragte an verschiedenen Hochschulen, Leitung der Sozialen Betreuung in einem Wohn- und Wohnpflegeheim für Menschen mit (Schwerst-)Mehrfachbehinderungen, Vorträge, Fortbildungen und Coaching von Teams und Einzelpersonen

@ sabinestahl@gmx.de

www.soundso-beratung.de

Anzeige

Aus dem Lebenshilfe-Verlag

Sabine Stahl
So und So

*Beratung für Erwachsene mit
sogenannter geistiger Behinderung*

2., durchgesehene Auflage 2013, 17 x 24 cm,
broschiert, 262 Seiten, 32 farb. Abb.,

dazu 12 farb. Karten im Set

ISBN: 978-3-88617-217-7; Bestellnummer LBF 217
29,50 Euro [D]; 38.– sFr.



Bestellungen an:
E-Mail: vertrieb@lebenshilfe.de

Alle Menschen können gelegentlich Entscheidungsschwierigkeiten haben und Situationen so und So erleben. Umso erstaunlicher ist es, dass für Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung zwar immer Beratung eingefordert wird, bisher aber kein geeignetes Beratungskonzept zur Anwendung kommt. Die vorliegende Studie zeigt, dass Zugang zu Beratung ein Merkmal sein kann, an dem Selbstbestimmung, Gleichberechtigung und Teilhabe Wirklichkeit werden. Diese Arbeit entwickelt auf der Basis bereits bestehender und auf Wirksamkeit überprüfter Beratungsansätze ein modifiziertes und evaluiertes Beratungskonzept für Erwachsene mit sogenannter geistiger Behinderung. Dazu gehören die eigens für diese Beratung entwickelten Bildkarten Innere Helfer, die als Kartenset dem Buch beigelegt sind bzw. als zusätzliche Sets erstanden werden können. Es schließt die Lücke zwischen psychotherapeutischen Angeboten und rein pädagogischen Konzepten.

inForm AKTUELL

... und die Seminare zum Buch:

„So und So“ – Grundkurs in Hamburg
Modul A: 9.–10. September 2013
Modul B: 25.–26. November 2013

„So und So“ – Grundkurs in Marburg
Modul A: 24.–25. März 2014
Modul B: 5.–6. Mai 2014

„So und So“ – Vertiefungskurs in Marburg
Modul A: 30. Juni – 1. Juli 2014
Modul B: 13.–14. Oktober 2014

Bildungsinstitut inForm der Lebenshilfe, Marburg
Weitere Informationen und Anmeldung im
Internet: www.inform-lebenshilfe.de

inForm Bildungsinstitut
für Selbsthilfe / Fachpraxis / Management



Monika Lennermann-Knobloch

„... es ist zum Verrücktwerden“

Demenz bei Menschen mit einer geistigen Behinderung

Teilhaber 3/2013, Jg. 52, S. 127 – 132

KURZFASSUNG Da unsere Lebenserwartung in den letzten Jahren deutlich gestiegen ist, steigt auch die Zahl derjenigen, die von alterstypischen Erkrankungen betroffen sind. Eine davon ist die Demenzerkrankung. Auch Menschen mit einer geistigen Behinderung werden heute alt. In der Folge sind auch sie vermehrt davon betroffen, an Demenz zu erkranken. Gibt es Unterschiede zu nicht behinderten Erkrankten und wie kann eine gute Begleitung aussehen? Die Begleitung von an Demenz erkrankten Senior(inn)en mit Behinderung in Werkstätten für behinderte Menschen und Wohneinrichtungen stellt diese vor die Aufgabe, Kompetenzen und Strukturen zu erweitern und sich zu öffnen für die enge Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen.

ABSTRACT „... It's Enough to Drive You Mad.“ People with Intellectual Disabilities and Dementia. The number of people with brain capacity problems rises due to the increasing life expectancy. Nowadays also people with intellectual disabilities become old, so that the risk to fall ill with dementia also increases. Are there any differences to people without disabilities? What kind of support do they need? The support system for old people with intellectual disabilities and dementia in sheltered workshops and residential facilities has to extend its competencies and structures. It has to be open for a close collaboration with other professions and disciplines.

„Normale“ Alterung oder krankhafte Veränderungen?

Behinderungsbedingte Beeinträchtigungen, altersbedingte Veränderungen, psychische Problematiken und medizinische Ursachen sind schwer gegeneinander abzugrenzen. Älterwerden kann ein Gewinn sein an Erfahrung und Wissen. Älterwerden kann auch ein Verlust sein an Leistungsfähigkeit und Alltagskompetenzen. „Ich werde alt“, sagen Menschen ab einer gewissen Anzahl von Lebensjahren und meinen damit, dass ihr Gedächtnis nachlässt, sie nach Worten und Namen, nach ihrem Schlüssel suchen müssen, dass sie sich schwerer konzentrieren können, langsamer sind im Denken und Handeln.

Wo aber hören übliche „altersbedingte Verluste“ auf, wo müssen wir von einer fortschreitenden Hirnschädigung, einer Demenz, ausgehen? Auch Menschen, die ein Leben lang in ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit beeinträchtigt waren, werden älter. Auch sie werden dement, mitunter früher als Senior(inn)en ohne eine geistige Behinderung. Möglicherweise auch anders:

Das Demenzrisiko steigt kontinuierlich mit dem Lebensalter. Da wir in der Bundesrepublik bisher aber erst wenige hochaltrige Menschen mit einer geistigen Behinderung haben, können wir heute nur schwer Vergleiche anstellen zwischen an Demenz erkrankten Senior(inn)en mit und ohne geistige Behinderung. Dagegen liegen Erfahrungen dazu vor, wie sich dies bei Menschen mit einem Down-Syndrom darstellen kann, da diese vielfach deutlich früher von einer Demenzerkrankung betroffen sind. Von den an Demenz erkrankten Bewohner(inne)n in den Einrichtungen der „Hagsfelder Werkstätten und Wohngemeinschaften“ (HWK) hat nur einer kein Down-Syndrom. Vier Bewohner, die an Demenz erkrankt waren, sind verstorben. Auch sie hatten alle ein Down-Syndrom.

Bei sehr vielen Senior(inn)en, die wir in den HWK begleiten, unterscheidet sich der Alterungsprozess nicht gravierend von dem nicht behinderter Senior(inn)en. Mitunter führt eine geistige Behinderung dazu, dass Menschen früher oder schneller altern. Häufig stehen ihnen dann geringere Kompensati-

onsressourcen zur Verfügung. Ältere Menschen ohne Behinderung haben oftmals über lange Zeit noch Möglichkeiten, altersbedingte oder Demenz bedingte Verluste zu kompensieren. Fällt ihnen ein Wort nicht ein, verwenden sie ein ähnliches. Wer ohnehin Sprachprobleme hat, wird oftmals immer schweigsamer. Merktzettel, Kalender, Erinnerungstützen helfen noch eine ganze Weile über Vergesslichkeit hinweg. Wer nicht lesen und schreiben kann, ist viel früher auf Unterstützung angewiesen.

Bei demenziellen Erkrankungen von Menschen mit einer geistigen Behinderung ist die medizinische Diagnosestellung schwierig. Gängige Demenztests legen Kompetenzen zugrunde, über die die wenigsten Menschen mit einer geistigen Behinderung verfügen.

Diagnostische Untersuchungen sind mitunter aufgrund der mangelnden Kooperationsbereitschaft und Einsichtsfähigkeit der Patient(inn)en schwer durchführbar. Eine geringere kognitive Leistungsfähigkeit, Beeinträchtigungen in der Alltagsbewältigung und ohnehin bestehender Assistenzbedarf führen dazu, dass demenzbedingte Veränderungen bei älteren geistig behinderten Menschen vielfach sehr spät erkannt werden. So liegt der Schwerpunkt der Diagnosestellung bei Menschen mit einer geistigen Behinderung darin, die Entwicklung von Veränderungen, beispielsweise in Bezug zu Alltagskompetenzen oder Verhaltensweisen, zu interpretieren.

Bislang hatte Herr A. seine Arbeitsgruppe selbstständig aufgesucht. Seit einiger Zeit verläuft er sich häufiger, findet seinen Arbeitsplatz nicht mehr. Diese Desorientiertheit war bei den betroffenen Personen in unseren Einrichtungen häufig das auffälligste Symptom demenzieller Entwicklungen, weshalb wir eine Arbeitshilfe für Mitarbeitende zum Erkennen und Einordnen weiterer Symptome erstellten. Vielfach nutzen Menschen mit einer geistigen Behinderung eigene Orientierungshilfen. Sie wissen z. B.: Da, wo das Bild hängt, muss ich abbiegen. Wenn es zum Kegeln geht, ist Freitag. Wenn der Tisch gedeckt wird, ist Mittag u. Ä. Es ist hilfreich, wenn man in der Begleitung weiß, welche Orientierungsmerkmale die einzelne Person nutzt.

Herr S. hatte zusammen mit seinen Wohnbegleiter(inne)n trainiert, die verschiedenen Mülltonnen durch entsprechende Kennzeichnungen voneinander zu unterscheiden, so dass es

ihm gut gelang, den Müll zu trennen. In fortgeschrittenem Alter unterliefen ihm zunehmend Fehler. Die Mitarbeitenden nahmen das Training wieder auf, verdeutlichten die Kennzeichnung, indem sie nicht nur Bilder, sondern auch passende Gegenstände an die Mülltonnen klebten. Bald schon aber konnte Herr S. auch dies nicht mehr mit einer zielgerichteten Handlung verknüpfen. Er räumte die Müllbeutel irgendwohin, nahm sie mit in sein Zimmer usw.

Altersbedingte Einbußen sind auch bei älteren Menschen mit einer geistigen Behinderung vielfach noch über einen längeren Zeitraum durch geeignete Hilfsmittel, Anpassungen des Umfelds oder Training zu mindern. Bei demenziellen Erkrankungen greifen diese Maßnahmen nach unseren Erfahrungen recht bald nicht mehr.

Zusätzliche organische Beeinträchtigungen erschweren es mitunter, Symptome eindeutig zu differenzieren. Vielfach führen z. B. fortschreitende Seh- und Hörbeeinträchtigungen dazu, dass ältere Menschen in ihrem Alltagsverhalten auffällig werden. Auch hier zeigen sich Probleme bei der Orientierung, häufige Fehler bei Routinetätigkeiten oder sozialer Rückzug.

Auch emotionale Verstimmungen können ihre Ursache darin haben, dass die Senior(inn)en durch eine eingeschränkte Wahrnehmungsfähigkeit verunsichert sind. Möglicherweise hat die betreffende Person auch zu wenig getrunken oder eine Diabeteserkrankung. Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse und vieles mehr machen sich durch Symptome bemerkbar, die einer beginnenden Demenzerkrankung ähneln. Daher ist eine sorgfältige medizinische Abklärung unabdingbar, wenn sich bei älteren Menschen mit einer geistigen Behinderung auffällige Veränderungen zeigen.

Herr P., 55 Jahre, war zunehmend verwirrt und orientierungslos, er war unkonzentrierter und wurde immer schwächer. Die hinzugezogenen Ärzte begründeten dies mit seinem fortgeschrittenen Alter in Verbindung mit einem Down-Syndrom. Tatsächlich, so stellte sich nach vehement eingeforderten weiteren Untersuchungen heraus, hatte Herr P. eine Hirnblutung. Nachdem diese operativ entfernt worden war, erholte er sich rasch. Auch heute, mit über 60 Jahren, zeigt er keine Symptome für eine demenzielle Erkrankung.

Mitunter haben demenzähnliche Symptome auch einen psychischen Hintergrund. Herr T. zeigte beispielsweise im fortgeschrittenen Alter massive Orientierungsprobleme, machte in seiner Arbeitsgruppe vermehrt Fehler, war unkonzentriert und mürrisch. Herr T. hatte durch den Tod des Vaters und die dadurch veränderte familiäre Situation buchstäblich die Orientierung verloren. Während einer intensiven Trauerbegleitung verbunden mit verschiedenen Alltagshilfen konnte Herr T. wieder stabilisiert werden.

Der Vorher-nachher-Abgleich

Während Demenztests für nicht behinderte Personen von allgemeinen Kompetenzen ausgehen, ist es bei Menschen mit bereits bestehenden Beeinträchtigungen notwendig, deren individuelle Fähigkeiten als Vergleichswert zugrunde zu legen – hierbei immer ausgehend von dem, was der ältere Mensch bis zu einem gewissen Zeitpunkt individuell konnte oder tat.

im Alltag, ganz wesentlich aber auch mit gezielter Förderung zum Erhalt von Fähigkeiten, kommen die meisten dann gut zurecht. Eine der wesentlichsten Differenzierungen zwischen einer Demenzerkrankung und altersbedingten Beeinträchtigungen ist die, dass eine Demenz dazu führt, dass die Dinge unwiederbringlich verloren gehen. Während ein älterer Mensch vielleicht im Eifer des Gefechts einmal vergisst, seine Sprudelflasche zu öffnen, bevor er sich etwas eingießen will, weiß der Demenzkranke nicht mehr, wie sie aufgeht. Auch hier liegt einer genauen Interpretation der Vorher-nachher-Abgleich zugrunde.

Wir haben in unserer Arbeitshilfe zum Erkennen demenzieller Entwicklungen hierzu einige Fragen formuliert:

- > In welchem Bereich treten die Veränderungen besonders deutlich auf: im sprachlichen Bereich, im Bereich von Handeln und Alltagsfertigkeiten, im Bereich Erkennen, Gedächtnis, Urteils- und Denkleistungen, im psychisch-sozialen Bereich?

Da, wo das Bild hängt, muss ich abbiegen. Wenn es zum Kegeln geht, ist Freitag. Wenn der Tisch gedeckt wird, ist Mittag.

Frau B. schrieb beispielsweise auf die Bilder, die sie gerne gemalt hat, immer ihren Namen. Eines Tages fällt auf, dass sie Buchstaben verdreht hat oder einzelne Buchstaben fehlen. Tritt dies zunehmend häufiger auf, obwohl dies bislang funktioniert hat, ist Aufmerksamkeit geboten.

Aufmerksamkeit bedeutet hier in erster Linie eine erhöhte Sensibilität dafür, was die geistig behinderte Seniorin aktuell signalisiert. Es ist besonders beim ersten Auftreten altersbedingter Veränderungen kaum möglich, zu differenzieren, ob dies schlicht andere Befindlichkeiten sind, die ältere Menschen nun einmal in dieser neuen Lebensphase haben oder ob sich tatsächlich erste krankheitsbedingte Symptome zeigen.

Das Alter bringt es oftmals mit sich, dass die Menschen in ihren Handlungen ein wenig langsamer werden, mehr Zeit benötigen für das, was sie tun. Es bringt mit sich, dass sie schneller belastet sind, wenn sie unter Druck stehen oder mehrere Dinge gleichzeitig machen sollen. Mit ein wenig Schonraum oder Entlastung und etwas mehr Assistenz

- > Gab es im betroffenen Bereich schon früher Veränderungen oder Auffälligkeiten?
- > Treten die Veränderungen in bestimmten Situationen oder Zusammenhängen auf?
- > Hat der/die Betreffende auf Aufforderungen folgerichtig reagiert?
- > Reagiert der/die Betreffende auf verbale Aufforderungen anders als zuvor?
- > Ist sichergestellt, dass er/sie die Aufforderungen hört?

Bei älteren Menschen ist die Reizübertragung mitunter sehr verlangsamt. Sie brauchen Zeit, bis ihr Gehirn die Information verarbeitet hat, und sie brauchen Zeit, bis diese Information in die Tat umgesetzt werden kann. Bei einer Demenz wird die Information nicht mehr verarbeitet.

Herr P. richtete bislang nach einem Hinweis seiner Wohnbegleiter seine Duschsachen und ging selbstständig duschen. Mit fortschreitendem Alter benötigt er deutlichere Hinweise. Es genügt nicht mehr, ihm zu sagen, dass

er duschen sollte. Seine Begleiter sprechen mit ihm und legen gleichzeitig seinen Bademantel aufs Bett.

Herr S. wird nach Hinweisen verschiedenster Art zur Dusche geführt. Offensichtlich versteht er nicht, was das soll und zeigt deutlich Verunsicherung und Angst.

Weitere Fragen können dann sein:

- > Reagiert der/die Betreffende auf bestimmte Worte oder Begriffe, auf die er/sie zuvor positiv reagiert hat, nicht mehr oder anders?
- > Benutzt der/die Betreffende Eigenbegriffe oder Gebärden für bestimmte Gegenstände oder Zusammenhänge nicht mehr oder reagiert bei Nennung des Begriffs oder zeigen der Gebärde nicht mehr folgerichtig?
- > Erkennt der/die Betreffende Bilder, die er/sie zuvor benennen konnte?
- > Benutzt er/sie nach wie vor persönliche Eigenbegriffe, Laute oder Gesten? In der Umkehr: Kann der/die Betreffende aus einer Reihe von Bildern, die zuvor erkannt wurden, bestimmte Begriffe zeigen?
- > Konnte er/sie Geräusche Begriffe zuordnen? Kann er/sie das noch?
- > Konnte er/sie Namen Personen zuordnen, auch durch Deuten oder Gesten? Kann er/sie das noch?
- > Weiß er/sie den eigenen Namen? Reagiert er/sie auf den eigenen Namen?
- > Konnte er/sie schreiben? Hat sich die Schrift verändert, reduziert, fehlen Buchstaben, sind Fantasiebuchstaben dabei? (zum Vergleich Postkarten, Unterschriften u. Ä. von früher heranziehen)
- > Konnte er/sie lesen? Wird das Gelesene verstanden, befolgt, wiedergegeben?
- > Konnte er/sie Gegenstände durch Ertasten erkennen? Kann er/sie das noch? (wichtig auch zur Kompensation bei Einschränkung der Sehkraft)
- > Können Gegenstände mit bestimmten Handlungen noch in Zusammenhang gebracht werden (Essen mit dem Löffel, Malen mit einem Stift, Naseputzen mit dem Taschentuch)?
- > Gibt es deutliche Verwechslungen bei bestimmten Gegenständen, die zuvor unterschieden werden konnten (Würfelbecher und Glas, Kleidungsstücke, Werkzeug, Dinge, die sich ähnlich sind wie Löffel und Gabel)?
- > Werden Gegenstände vermehrt in den Mund gesteckt, die man nicht essen kann?
- > Werden Gegenstände länger und intensiver betrachtet, als sähe der/die Betreffende sie zum ersten Mal?

- > Werden Gegenstände vermehrt zweckentfremdet, als versuche der/die Betreffende seinen Nutzen zu erforschen?

Herr W. sitzt beim Essen und dreht sein Glas interessiert in alle Richtungen, stellt es sich auf den Kopf. Er weiß nicht mehr, wozu ein Glas zu gebrauchen ist.

- > Können einfache Handlungsabläufe nachgeahmt werden (Mund abwischen, Nase putzen, Arme hochheben)?
- > Erkennt der/die Betreffende falsche Handlungsabläufe (Sprudel in Teller gießen, mit dem Löffel kämmen)?
- > Hat sich das Fernsehverhalten verändert? Werden Lieblingssendungen erkannt, können Fragen zum Ablauf einer Sendung wie früher beantwortet werden (was macht der denn da)?
- > Gibt es Veränderungen bei Alltagsfertigkeiten, die vorher bewältigt wurden (anziehen, Tisch decken, essen, öffnen oder schließen von Verschlüssen, Knöpfen)?
- > Hat sich die Fähigkeit, Lösungen bei Schwierigkeiten im Alltag zu finden oder sich Hilfe zu holen, verändert?
- > Zeigen sich vermeintlich sinnlose Handlungen mit Kleidungs- oder Möbelstücken?
- > Konnte der/die Betreffende beschreiben, nachahmen, nachzeichnen, wenn man ihm/ihr eine Beispielsituation vorlegte? Kann er/sie das noch?

muss, sollte die enge Zusammenarbeit mit den Fachbereichen Medizin und Geriatrie initiiert werden. Eine Demenz ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht heilbar. Die betroffenen Menschen, ihre Angehörigen und Begleitpersonen müssen sich auf einen fortschreitenden Krankheitsverlauf einstellen. Die medikamentöse Behandlung einer Demenzerkrankung kann zum einen den Krankheitsverlauf verlangsamen, zum anderen belastende Begleiterscheinungen wie Depressionen, Angstzustände, Wahnvorstellungen usw. mildern. Bei Patient(inn)en mit einer geistigen Behinderung ist es vielfach schwierig, zwischen subjektivem Wohlbefinden und medizinischem Nutzen abzuwägen.

Bei Herrn H. mussten Dosierung und Präparat mehrfach verändert werden, da er auf das eine Medikament extrem müde wurde, ein anderes dazu führte, dass er auch nachts kaum schlief. Seine Begleiter kamen in Verständigung mit dem behandelnden Arzt zu der Erkenntnis, dass seine Lebensqualität von komatösem Schlaf mehr beeinträchtigt war als von nächtlicher Aktivität.

Der Verlauf der Erkrankung

Während sich im Frühstadium zunächst Beeinträchtigungen bei der Arbeit und erste Kompetenzeinbußen im Alltag zeigen, benötigt der Betroffene im weiteren Verlauf immer mehr Unterstützung. Motorische Fähigkeiten, verbale und

Während ein älterer Mensch vielleicht einmal vergisst, seine Sprudelflasche zu öffnen, bevor er sich etwas eingießen will, weiß der Demenzkranke nicht mehr, wie sie aufgeht.

Besteht der Verdacht, dass ein älterer Mensch mit einer geistigen Behinderung Symptome einer Demenzerkrankung zeigt, sollten zunächst gezielte Beobachtungen zu den vorliegenden Veränderungen durchgeführt und aussagefähig dokumentiert werden, um ein möglichst objektives Bild der Situation zu bekommen.

Therapie und Begleitung

Medizinische Möglichkeiten nutzen

Sobald bei einem Menschen (mit einer geistigen Behinderung) von einer Demenzerkrankung ausgegangen werden

soziale Fertigkeiten lassen nach. Unter Umständen wird der Mensch ruheloser, ungeduldiger, mitunter aggressiv.

Nach einer gewissen Zeit braucht der Betroffene umfassende Hilfe. Er kann Anweisungen nicht mehr ausführen. Die Sprache geht verloren. Mitunter treten emotionale Störungen auf. Er wird teilnahmsloser. Durch den für an Demenz Erkrankte typische „Tippelgang“ erhöht sich das Sturzrisiko. Es beginnt die Phase der endlosen Wanderungen. Demenzkranke Menschen scheinen immer auf der Suche zu sein. Es besteht vermehrt die Gefahr, dass sie weglaufen. Kau- und Schluckstörungen

erhöhen die Gefahr einer Aspirationspneumonie. (Lungenentzündung, die durch die Aufnahme von Flüssigkeit oder Nahrungsresten in die Lunge entsteht)

Herr B. kann keine Suppe mehr essen. Immer häufiger verschluckt er sich, weil er feste und flüssige Bestandteile zusammen im Mund nicht mehr koordinieren kann.

Kau- und Schluckstörungen treten auch bei nicht behinderten Senior(in)en auf. Menschen mit einer geistigen Behinderung, die vielfach ohnehin Einschränkungen der Mundmotorik haben, sind mit dieser Problematik zumeist schon wesentlich früher konfrontiert und benötigen vermehrt Assistenz. Assistenz bedeutet hier zunächst, auf die Konsistenz der Nahrung Einfluss zu nehmen: nicht hart und weich zusammen, nicht flüssig und fest zusammen, zerkleinert, eventuell püriert, Flüssigkeit angedickt. Bedenkt man, dass die Aspirationspneumonie zu einer der häufigsten Todesursachen von älteren Menschen zählt, wird deutlich, dass hier frühzeitig reagiert werden muss. Wir haben in unseren Einrichtungen sehr gute Erfahrungen damit gemacht, Flüssigkeit mit Tortenguss anzudicken. Viele Senior(inn)en mögen die Konsistenz des „Wackelpuddings“ lieber als die gängiger Präparate. In Zusammenarbeit mit einer Logopädin erweiterten Mitarbeitende und Mitbewohner(innen) ihre Kompetenzen im Verabreichen von Nahrung und Flüssigkeit. Es sind oftmals die kleinen Tipps, die hier den Alltag erleichtern. Der richtige Löffel, die richtige Konsistenz, die richtige Haltung und vieles mehr. Bei Frau O., die immer wieder an einer Lungenentzündung erkrankte, wurde nach gründlichem Abwägen des Für und Wider schließlich eine PEG-Sonde (Perkutane Endoskopische Gastrostomie, eine Nahrungssonde durch Bauch- und Magenwand) gelegt.

In der letzten Phase der Demenzerkrankung kann der Erkrankte nur noch unartikulierte Laute von sich geben, dann verstummt er zumeist gänzlich. Psychomotorische Fertigkeiten gehen verloren, er kann nicht mehr gehen. Er braucht bei der Körperpflege und beim Essen umfassende Hilfe, fast immer besteht eine Inkontinenz.

Menschen mit Down-Syndrom entwickeln im Verlauf der Erkrankung häufig Epilepsie und das sogenannte Pseudo-Parkinson-Syndrom, was eine Versteifung der Bewegungsabläufe zur

Folge hat. Vielfach nehmen sie auch vermehrt eine embryonale Haltung ein, sacken immer mehr in sich zusammen. Dies erschwert auch die Atmung.

Eine Demenzerkrankung, so die Erfahrungen in unseren Einrichtungen, verläuft vielfach progressiver bei Menschen mit einer geistigen Behinderung. Dies kann auch damit zusammenhängen, dass sie erst deutlich wird, wenn sie schon längere Zeit bestand. Allgemein geht man von einer Verlaufszeit von ca. 8 bis 20 Jahren aus, so dass wir erst in einigen Jahren aussagefähige Erfahrungen hierzu haben werden.

Die Begleitung von an Demenz erkrankten Beschäftigten in den Werkstätten

Für Werkstätten, in denen Menschen mit einer geistigen Behinderung beschäftigt werden, stellt sich bei einer Demenzerkrankung eines Beschäftigten relativ schnell die Frage nach Möglichkeiten und Grenzen.

Herr W. wurde in seiner Arbeitsgruppe zwei Jahre lang alternativ beschäftigt. Er konnte den Arbeitsanforderungen zwar kaum noch nachkommen, ein Ausscheiden aus der Werkstatt kam für ihn aber zunächst nicht in Frage. Als er durch einen veränderten Schlaf-Wachrhythmus morgens nicht mehr rechtzeitig aufstehen konnte, wurde seine Arbeitszeit angepasst. Im Laufe der Zeit verringerte sich seine Anwesenheit in der Werkstatt zunehmend, bis er schließlich ganz in seiner Wohneinrichtung blieb. Dieser flexible Übergang trug dazu bei, dass das Ausscheiden aus der Werkstatt für Herrn W. keine zusätzliche emotionale Belastung darstellte.

weiteren Wechsel. Frau B. wird nun innerhalb der Tagesstruktur ihrer Wohneinrichtung betreut. Auch bei ihr erfolgte das Ausscheiden aus der Werkstatt in kleinen, von ihr bestimmten Schritten.

Möglichkeiten und Grenzen im Wohnbereich

Herr B. kann keine Suppe mehr essen. Immer häufiger verschluckt er sich, weil er feste und flüssige Bestandteile zusammen im Mund nicht mehr koordinieren kann.

Auch bei Herrn R. verlief die Demenzerkrankung sehr progressiv. Schon nach einem Jahr erkannte er immer häufiger seine Bezugspersonen nicht mehr. Er reagierte traurig, wenn er gefragt wurde und die Antwort nicht wusste. Daher stellten sich die Mitarbeitenden ihm grundsätzlich vor, wobei sie ihn deutlich beim Namen nannten. Dann grüßte er sehr freundlich und wirkte entspannt. Herr R. brach sich aufgrund einer schweren Osteoporose immer wieder ein Bein oder den Fuß, so dass er über Monate nur noch liegend versorgt werden konnte. Hier stießen wir an Grenzen, so dass der rechtliche Betreuer von Herrn R. eine zeitweise Verlegung in ein Pflegeheim vorschlug. Da Herr R. sich dort sichtlich wohl fühlte, gleichzeitig seine Erkrankung aber sehr schnell fortschritt, wurde er bis zu seinem Tod dort betreut.

Herr B. reagierte zunächst auf seine demenzbedingten Irritationen im Alltag aggressiv. Mit fortschreitendem

Die Begleitung von demenzkranken Menschen erfordert vielfach, sich „unlogisch“, „unnormal“, „unvernünftig“ zu verhalten, wenn man diese erreichen möchte.

Bei Frau B. zeigte sich ein sehr progressiver Verlauf. Mitarbeitende und Bezugspersonen setzten sich in immer kürzeren Abständen zusammen, um die Begleitungsstrukturen miteinander abzustimmen. Zunächst war angedacht, Frau B. in eine Förder- und Betreuungsgruppe der Werkstatt aufzunehmen. Da aber absehbar war, dass auch dies nur eine Lösung von kurzer Dauer sein würde, entschied man sich gegen einen

Verlauf wurde er weinerlich. Er wusste nicht mehr, dass man sich hinsetzen kann, wenn man müde wird, und verharnte jammernd am Tisch. Gegen den Impuls, sich zu setzen, wehrte er sich, so, wie er sich gegen nahezu alles erst einmal wehrte, was man von ihm forderte. Hatte man ihn aber beispielsweise im Zuge einer Umarmung auf einem Stuhl platziert, stellte sich schnell große Zufriedenheit ein und

Herr B. honorierte dies mit Küssen und Streicheleinheiten für seine Mitmenschen.

Mitarbeitende berichten immer wieder, dass die an Demenz erkrankten Bewohner(innen) sich häufig vehement weigern zu duschen, zur Toilette zu gehen, pflegerische Handlungen z. B. bei einer Inkontinenz an sich durchführen zu lassen. Das erschwert den Alltag sehr. Erklärungen fruchten nicht, Konsequenzen können nicht verknüpft werden, Auseinandersetzungen vergiften die Atmosphäre.

Frau S. stellt ihre Begleiter vor große Herausforderungen. Auch sie verweigert sich häufig. Hierbei reagiert sie mitunter sehr aggressiv, schimpft, schreit oder flucht. Immer wieder reagiert sie auch autoaggressiv, reißt sich Haare aus oder schlägt sich selbst. Den Mitarbeitenden fiel auf, dass Frau S. auf diese Weise besonders auf Überforderung oder Reizüberflutung reagiert. Sobald sie sich in einem geschützten Rahmen befindet, beruhigt sie sich zumeist schnell wieder.

Frau O., die immer sehr still und willig gewesen war, begann in einer Phase ihrer Erkrankung zu zwicken. Die Mitarbeitenden bauten für sie eine Art großen Laufstall, so dass die anderen Senior(inn)en vor ihren Attacken geschützt, Frau O. aber gleichzeitig dabei sein konnte. Frau O. beschäftigte sich in diesem Schutzraum mit verschiedenen Materialien wie Tüchern, Bällen, Glöckchen usw. Nach einigen Monaten legte sich das Zwicken wieder und der Laufstall wurde abgebaut.

Frau M. murmelt auf ihren endlosen Wanderungen durch die Gänge ihres Wohnheims, sie wolle nach Hause. Die Mitarbeitenden bringen sie in ihr Zimmer. Frau M. will nach Hause. Die Mitarbeitenden denken darüber nach, mit Frau M. einen Ausflug in ihren ehemaligen Wohnort zu machen. Erinnert sie sich an dieses Zuhause? Stürzt sie eine Autofahrt zu einem Ort, den sie vielleicht gar nicht einordnen kann, nicht in noch tiefere Verwirrung?

Loslassen lernen

Wer einen Menschen viele Jahre begleitet hat, möchte „alle Register ziehen“, wenn dieser Mensch nach und nach alles verliert. In intensiven

Gesprächen müssen die Mitarbeitenden lernen, Frau M. loszulassen. Das Zuhause, das Frau M. verloren hat, ist in ihr selbst verloren gegangen. Manchmal schließt sich einer der Mitarbeitenden Frau M.'s Wanderungen an, geht ein Stück mit ihr. Dann lächelt Frau M. vielleicht. Vielleicht ist es auch eine Tasse Tee, ein Keks, ein Streicheln, ein Lächeln, ein leise gesummes Lied, das Frau M. für einen Augenblick wiederbringt, was sie verloren hat.

Herr W. sitzt am Tisch und versucht, die Astlöcher in der Holzplatte aufzugabeln. Mitarbeiterin A. streicht ihm über den Kopf, nimmt ihm die Gabel weg und sagt: „Das kann man doch nicht essen.“ Herr W. schaut sie fragend an. Als Herr W. am nächsten Tag wieder am Tisch sitzt und versucht, die Astlöcher in der Holzplatte aufzugabeln, läuft Mitarbeiterin B. an Herrn W. vorbei und sagt: „Hei, das sind aber viele.“ Herr W. strahlt und setzt seine Beschäftigung fort.

Die Begleitung von demenzkranken Menschen erfordert vielfach, sich „unlogisch“, „unnormale“, „unvernünftig“ zu verhalten, wenn man diese erreichen möchte. Dieses Loslassen fällt Mitar-

r(inne)n, die die verschiedensten Pläne, Bedürfnisse und Lebensinhalte haben, kann dieser Wechsel durchaus aufreihen. Wenn der Schlaf-Wachrhythmus durcheinander gerät und der demenzkranke Bewohner nachts durch die Gruppe geistert, die anderen Mitbewohner(innen) am nächsten Tag aber zur Arbeit müssen, wenn Rahmenbedingungen nicht so schnell angepasst werden können, wie die Krankheit fortschreitet, wenn sich das Verhalten der Menschen so sehr verändert, dass das Zusammenleben schwer belastet wird, wenn stundenlanges Schreien, Aggressionen, Verweigerung an den Nerven zerren, stoßen Mitarbeitende, Angehörige und Mitbewohner(innen) immer wieder an Grenzen.

Frau R. erzählt vom Tod ihrer Mitbewohnerin. Alle sind betroffen. Die demenzkranke Frau B. sitzt in ihrem Sessel und lacht laut.

Frau H. hat Besuch von ihrer gesetzlichen Betreuerin. Als diese an der demenzkranken Frau S. vorbei geht, beschimpft diese sie auf eine Weise, die allen die Schamesröte ins Gesicht treibt.

Die Betroffenen verlieren ihre kognitiven Fähigkeiten – ihre Bedürfnisse nach Zuwendung und Nähe, ihre persönlichen Biografien und Gefühle aber bleiben ihnen erhalten bis zum Ende.

beitenden aus dem Behindertenbereich vielfach besonders schwer. Sie haben die zielgerichtete Förderung so sehr verinnerlicht, dass ein „Lassen“ einem Scheitern oder Aufgeben gleichzusetzen wäre. So ist die häufigste Anfrage bei Beratungen auch: „Was kann man dagegen, was kann man dafür tun, dass ...?“

Erich SCHÜTZENDORF (1999, 133) beschreibt dieses Dilemma sehr anschaulich und empfiehlt den Mitarbeitenden, sich Schleusen zu schaffen, die es ihnen ermöglichen, zwischen den verschiedenen „Normalitäten“ zu wechseln, ohne dabei selbst die Orientierung im Alltag zu verlieren.

Zusammenleben

In einer Wohngruppe, in der Menschen, die an Demenz erkrankt sind, zusammen wohnen mit Mitbewohne-

Es ist schmerzhaft, zusehen zu müssen, wenn bei einem Menschen, den man über Jahre begleitet hat, so vieles verloren geht. Es tut einem um den anderen weh und auch um sich selbst. Mitunter gelingt es, etwas davon für einen Augenblick zurückzuholen. Teilhabe kehrt sich dann oftmals um; es geht nicht mehr so sehr darum, dass der Demenzkranke am Leben teilhat. Wenn er sich immer mehr auf sich selbst zurückzieht, sind es die besonderen Momente, wenn er uns teilhaben lässt an dem, was ihn bewegt.

Frau G. saß in ihrem Sessel, tief versunken in sich selbst, sprach nicht mehr, beteiligte sich nicht mehr. Ihre Schwester hatte erzählt dass sie früher gerne gewandert war. Rucksack auf und los ging's. Einen Versuch war es wert und so setzten die Mitarbeiter Frau G. einen Rucksack auf. Sofort stand sie auf und lief los.

Wünschenswerte Grundlagen

In der Begleitung von an Demenz erkrankten Menschen, ob mit oder ohne eine zusätzliche geistige Behinderung, stellt sich die Frage, was man dagegen tun kann, nicht. Es stellt sich lediglich die Frage: Was ist jetzt gut und richtig? Diese Frage stellt sich immer wieder neu. Die Betroffenen verlieren ihre kognitiven Fähigkeiten und Alltagskompetenzen – ihre Bedürfnisse nach Zuwendung und Nähe, nach Zugehörigkeit und Teilhabe, ihre persönlichen Eigenheiten, Biografien und Gefühle aber bleiben ihnen erhalten bis zum Ende.

Eine gute Mischung aus Herz und Verstand bilden hier eine stabile Grundlage: Eine ganz wesentliche Rolle spielt die Haltung aller begleitenden Personen gegenüber den Erkrankten. Sie sollte geprägt sein von Annahme, Schutz und Fürsorge. Dazu gehört auch, dass die erkrankten Menschen in allen Verlaufsformen der Demenz als Gruppenmitglied behandelt und integriert werden und ihre Auffälligkeiten, Probleme und Bedürfnisse ebenso wie die der anderen kommuniziert, wahr- und ernst genommen werden. Vielfach entstehen aufgrund der Veränderungen durch die Demenz gruppenspezifische Prozesse wie die zeitweise Vernachlässigung anderer Bewohner(innen), Unverständnis für Auffälligkeiten, Belastungssituationen usw. Diese sollten offen kommuniziert, bearbeitet und begleitet werden. Die Gruppen haben dann eher die Möglichkeit, gemeinsam Lösungswege zu suchen und Belastungen zu reduzieren.

Daneben braucht es die fachliche Kompetenz der Mitarbeitenden, demente Bewohner in allen Verlaufsformen adäquat zu begleiten, liebevoll zu betreuen und zu pflegen. Hier ist es von großem Nutzen, wenn in den Teams auch die Fachbereiche Pflege, Medizin und/oder Geriatrie vertreten sind. Möglichkeiten zu Schulungen und Weiterbildungen im Bereich Geriatrie, Pflege, Medizin und Therapie sollten kontinuierlich wahrgenommen und die Inhalte in den jeweiligen Teams ausgetauscht werden.

Für Situationen besonders belastender psychischer oder sozialer Veränderungen, aber auch für fachliche Fragen und Anregungen können zusätzlich externe Berater anderer Fachbereiche hinzugezogen werden. Auch die Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten, Hospizschwestern und anderen Bereichen der Alten- und Krankenpflege können eine bereichernde Unterstützung sein.

Therapeutische Maßnahmen können die Situation der erkrankten Menschen mit Behinderung oftmals über einen langen Zeitraum verbessern. In der Zusammenarbeit mit ambulanten Therapeuten können hilfreiche Maßnahmen gemeinsam ermittelt, initiiert, begleitet und unterstützt werden.

Im Verlauf der Erkrankung können Haus- und Fachärzte zu zuverlässigen Partnern werden, denen die Besonderheit ihrer behinderten Patient(inn)en bewusst ist und die sich ein hohes Maß an Fachkompetenz in der Behandlung spezifischer Problemstellungen erarbeitet haben. Hierbei ist es wichtig, dass die Zusammenarbeit von Ärzten und Mitarbeitenden auf der Grundlage gegenseitigen Vertrauens und der Wertschätzung der jeweiligen Kompetenzen basiert. Im Sinne von Öffentlichkeitsarbeit und Bewusstseinsbildung sollten die mitunter besonderen Belange behinderter Menschen mit Demenz in öffentlichen Einrichtungen wie Krankenhäusern, Therapiezentren usw. kommuniziert und eingefordert werden.

Es kann sehr entlastend sein, wenn sich Mitarbeitende, Leitungskräfte, Betroffene, gesetzliche Betreuer und Ärzte auf Grundlagen einer menschenwürdigen und bedürfnisorientierten Versorgung bis zum Lebensende geeinigt haben und dafür einsteht, dass diese eingehalten werden.

So haben der Hausarzt, die Wohnbegleiter(innen) und der rechtliche Betreuer von Herrn W. beispielsweise eine stellvertretende Patientenverfügung verfasst, in der festgelegt wurde, welche Maßnahmen zu vertreten waren und welche in seinem Sinne unterbleiben sollten.

Eine enge Zusammenarbeit zwischen Wohn- und Arbeitsbereich empfiehlt sich besonders im Anfangsstadium der Erkrankung, um gemeinsam verschiedene Möglichkeiten zu gestalten, die dem jeweiligen Erkrankten am besten entsprechen.

Um im Wohnbereich die Bedarfe und Bedürfnisse von Bewohner(inne)n berücksichtigen zu können, die sich in einem Prozess progressiven Abbaus befinden, ist vor allem die Vernetzung, Kommunikation und Kooperation innerhalb des Wohnbereichs und des angeschlossenen Umfelds hilfreich. Das Wohnumfeld sollte Orientierungshilfen, Schutz und Sicherheit für die erkrankten Bewohner bieten. Hilfsmittel können pflegerische Maßnahmen und Alltagsverrichtungen unterstützen. Bereiche für Rückzug und Entspannung sollten von den erkrankten Be-

wohner(inne)n selbständig aufgesucht werden können ebenso wie die Bereiche, die aktivieren und Kontakte ermöglichen.

Die Auswirkungen, die eine Demenzerkrankung eines älteren Menschen mit Behinderung auf die Abläufe in einer Einrichtung der Behindertenhilfe hat, sind beträchtlich. Neben der Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen und der Auseinandersetzung mit ganz neuen Anforderungen, müssen auch grundlegende Entscheidungen immer wieder neu getroffen werden: zu konzeptionellen, ethischen, sozialen, medizinischen oder pflegerischen Maßnahmen. Der Entwicklungs- und Bewusstseinsprozess, der dadurch angestoßen wird, macht sich in den betroffenen Teams unserer Einrichtungen ganz deutlich und sehr positiv bemerkbar. Ohne schön reden zu wollen, was unzweifelhaft sehr schwer ist, verdienen die Chancen, Möglichkeiten und Gewinne, die sich aus dieser Aufgabe ergeben, beachtet und gewürdigt zu werden.

LITERATUR

BÖHM, Karin (2007): Verhaltensänderungen bei Menschen mit Down-Syndrom im Alter. Diplomarbeit. Grin Verlag für akademische Texte.

Demenz Support Stuttgart (Hg.) (2010): „Ich spreche für mich selbst“. Menschen mit Demenz melden sich zu Wort. Frankfurt a. M.: Mabuse.

FURTMAYR-SCHUH, Annelies (2000): Die Alzheimer Krankheit. Das große Vergessen. Zürich: Kreuz

LINDMEIER, Bettina; LUBITZ, Heike (2011): Alternde Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz. Grundlagen und Handlungsansätze. In: Teilhabe 50 (4), 155–160.

MCGUIRE, Dennis; CHICOINE, Brian (2008): Erwachsene mit Down-Syndrom verstehen, begleiten und fördern. Hg. v. Deutschen Down-Syndrom InfoCenter (Deutsche Erstausgabe). Edition 21 im G+S Verlag.

SCHÜTZENDORF, Erich (1999): Das Recht der Alten auf Eigensinn. 2. Aufl. München: Reinhardt.

Die Autorin:

Monika Lennermann-Knobloch

Fachberatung für Senioren mit Behinderung in den Hagsfelder Werkstätten und Wohngemeinschaften, Leiterin des von der Aktion Mensch geförderten Projekts „Individuelle Ruhestandsgestaltung für Senioren mit einer geistigen Behinderung“

 Monika.Lennermann@hwk.com



Martina Zabel

Trauer- und Sterbebegleitung in Wohneinrichtungen

| Teilhaber 3/2013, Jg. 52, S. 133 – 138

KURZFASSUNG Der Themenbereich Sterben, Tod und Trauer stellt sich bei Menschen mit geistiger Behinderung in Wohneinrichtungen als besonders komplex dar. Das betrifft nicht nur den eigenen Tod, sondern auch den Tod von Mitbewohner(inne)n, Angehörigen und nahestehenden Personen sowie die Bewältigung alltäglicher Trauererfahrungen. Leitung und Mitarbeitende von Wohneinrichtungen werden in solchen Situationen bis an ihre Grenzen gefordert. Auf der Grundlage allgemeiner Grundsätze zur Trauerarbeit zeigt der Beitrag die dabei entstehenden Probleme auf und gibt den Verantwortlichen Impulse, Vorschläge und Hilfestellungen zur Entwicklung einer Haltung für eine einrichtungsspezifische Trauerkultur, um für die Anforderungen der jeweiligen Situation besser vorbereitet zu sein.

ABSTRACT *Grief Support and End-of-Life Care in Residential Facilities. Dying, death and grief are complex issues especially for people with intellectual disabilities living in residential facilities. This concerns not only own death, but also the death of cohabitants, family members and close people as well as the coping of everyday mourning experiences. In such situations residential staff is taken to its very limit. On the basis of general principles the article indicates problems in the context of grief support. It gives impulses, proposals and support for one's own positioning in order to develop a specific mourning culture and to be well prepared for the demands of such situations.*

Lebensbegleitung ist der Schwerpunkt pädagogischer Arbeit

Der Alltag in Wohngruppen in Einrichtungen der Behindertenhilfe umfasst die Assistenz von Menschen mit Behinderungen in allen Dimensionen des alltäglichen Lebens. Lebensbegleitung in allen Lebensphasen beinhaltet natürlich auch die Trauerbegleitung und die Begleitung der letzten Lebensphase. Vor beiden Inhalten haben Assistent(inn)en häufig Angst. Letztendlich aber sind sie Teil der Lebensbegleitung, die jeden Tag und in jeder Minute in den Wohneinrichtungen passiert. Mitarbeitende sind Freudebegleiter, Alltagsbegleiterinnen, Paarbegleiter, Hygienebegleiterinnen, spirituelle Begleitpersonen, Hobby- und Freizeitbegleiterinnen, Begleitpersonen in jeder Lebensphase und speziellen Lebenssituationen, so auch Trauerbegleiter und auch natürlicherweise Begleitpersonen der letzten Lebensphase eines Bewohners bzw. einer Bewohnerin.

Trauer ist ein unumgänglicher Teil des Alltages

Für Menschen, die in Wohngruppen leben, gibt es vielfältige Abschiede zu bewältigen: Abschied vom Elternhaus, Abschied von Mitbewohner(innen) durch Umzüge, Abschied von Lebens- und Betreuungszusammenhängen (z. B. vom stationären in den ambulanten Bereich), Abschied von Mitarbeitenden, Praktikant(inn)en, Veränderungen in der Werkstatt, Trennungen von Partnerschaften, Tod von Bezugspersonen und Freunden, Verlust von Vitalität und Gesundheit bis hin zu Veränderungen des Dienstplanes (entscheidet über Abwesenheit und Präsenz von Bezugspersonen) und vieles mehr. Trauer ist somit ein unumgänglicher Teil des Alltages.

Wenn ein Verlust nicht zu vermeiden war

Gibt es in der Einrichtung Raum für die Menschen, ihre Abschiede zu betrauern und ihrem Gefühl Ausdruck zu geben? Häufig werden Bewohner(innen) in traurigen Momenten abgelenkt, „damit

sie auf andere Gedanken kommen“. Es ergibt keinen Sinn, durch Events von der Trauer abzulenken. Trauer lässt sich nicht wegtäuschen. Die Gefühle werden in vermeintlich guter Absicht – oder vielleicht, weil die Menschen im Umfeld sie nicht aushalten – ignoriert, die Bewohner(innen) aber fühlen sich nicht ernst genommen und merken, dass diese Nuance ihres persönlichen Erlebens nicht erwünscht ist, keine Resonanz hat. Eine Folge davon ist, dass die Bewohner(innen) mit ihren traurigen Gefühlen allein bleiben und langsam den Kontakt zu ihren Emotionen verlieren.

Begleitung der letzten Lebensphase eines Bewohners

Die Aufgabe von Träger und Leitung

Die Begleitung der letzten Lebensphase eines Bewohners wird von den Bezugspersonen auf den Wohngruppen gestaltet. Die dafür notwendigen Rahmenbedingungen und Sicherheiten, das Fundament zu schaffen, ist eine grundlegende Aufgabe von Träger und Leitung. Im Wohn- und Teilhabegesetz in Nordrhein-Westfalen ist dazu ein Anspruch zu finden. Hier wird die Anforderung der Möglichkeit und konzeptionellen Verankerung eines würdigen Sterbens in den Wohneinrichtungen eindeutig formuliert (§ 1 Abs. 8 WTG). Die Bereitstellung von Ressourcen und das Angebot vorbereitender Fortbildungen, aber auch stützender Beratung und Supervision machen deutlich, dass die Begleitung der letzten Lebensphase der Bewohner(innen) nicht nur halberzig erwünscht, sondern mit allen Konsequenzen unterstützt wird.

In der Trauer- und Sterbebegleitung gibt es nicht die passgenaue Methode; abrufbares Fachwissen hilft auch oft nicht weiter. Vielmehr sind die Begleitpersonen mit ihren Gefühlen und persönlichen Ressourcen das Hauptinstrument in der individuellen Begleitung. Deshalb ist es als Begleiter(in) nicht möglich, eigene Gefühle herauszuhalten. Vielmehr geht es darum, ein Klima und Räume zu schaffen, in denen die Gefühle und Ängste der Begleitpersonen nicht als Schwäche gesehen werden, sondern eine Wertschätzung erhalten. Erst wenn Ängste ausgesprochen sind, können gemeinsam neue Möglichkeiten gefunden werden. Die Schaffung und Bewahrung einer dafür notwendigen Kultur in einer Einrichtung ist nur möglich, wenn Leitungen auch selbst Kontakt zu ihren Gefühlen haben und im professionellen Umgang damit eine wichtige Ressource in der Begleitung von Menschen mit Behinderung sehen.

Die in Wohneinrichtungen im Alltag durchaus notwendige Professionalität im Sinne von Verfahrensweisungen und Standards führt zu einer Routine, die in der Sterbe- und Trauerbegleitung den Blick auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohner(innen) erschweren kann. Ein Leitbild zu den Themen Trauer- und Sterbegleitung kann jedoch durch die Beschreibung der grundsätzlichen Haltung des Trägers in Form von Leitgedanken, einiger Handlungslinien sowie der Verankerung von möglichen Unterstützungsangeboten Orientierungshilfe vermitteln. Ein gemeinsamer Lernprozess aller Beteiligten kann dann die emotionale Sicherheit und persönliche Entwicklung der einzelnen, aber auch die institutionelle Identität fördern.

In diesem Zusammenhang sind folgende Fragen gemeinsam zu klären:

- > Was möchte der Sterbende? Nicht alle Menschen möchten in der Wohneinrichtung sterben. Möglich ist auch der Wunsch, in der Familie zu sein oder das Krankenhaus (z. B. eine Palliativstation) zu bevorzugen, weil es dem Betroffenen sicherer erscheint.
- > Darf in der Einrichtung gestorben werden – oder müssen „Sterbenskranken“ in der letzten Minute noch ins Krankenhaus?
- > Ist eine intensive ärztliche Versorgung notwendig? Kann diese vom Hausarzt geleistet werden und ist dieser u. U. dazu bereit?
- > Gibt es am Wohnort ein Palliativnetz, ein ambulantes Hospiz, eventuell ein SAPV-Team (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung)? Kann ich im Vorfeld Kontakt aufnehmen? In einigen Städten haben Einrichtungen der Behindertenhilfe intensiven Kontakt zu Palliativnetzen und arbeiten schon im Vorfeld zusammen.
- > Was benötigt das Team an Unterstützung, Sicherung und Beratung, um sich für die Begleitung entscheiden und darauf einlassen und konzentrieren zu können?

Die Klärung dieser Fragen geht nicht von heute auf morgen und muss sicher eher als Prozess verstanden werden. Dieser impliziert die Einbeziehung der Angehörigen und/oder der gesetzlichen Betreuer(innen).

Fortbildung zur Vorbereitung

Das Angebot von Fortbildungen zum Thema Trauerbegleitung und Begleitung der letzten Lebensphase ist ein Indiz für das Interesse eines Trägers, das Thema wachzuhalten und die Mit-

arbeitenden frühzeitig auf die Möglichkeit des Sterbens der Bewohner(innen) vorzubereiten.

Fortbildungen sollten sowohl Raum für Selbsterfahrungsanteile als auch für die Äußerung der antizipierten und realen Ängste der Mitarbeitenden bieten. Ein solcher Prozess braucht seine Zeit. Deshalb sollten die Angebote nicht auf wenige Stunden oder eintägige Veranstaltungen begrenzt sein. Die Erfahrung zeigt, dass Mitarbeitende das Angebot, eigene Erfahrungen machen zu können und in der Fortbildung zu „bearbeiten“, eher nutzen können, wenn Leitung an den Fortbildungsangeboten nicht teilnimmt.

„Mitarbeiter(innen) in Wohneinrichtungen haben es in Grenzsituationen oft besonders schwer, da sie es bei ihrer Arbeit häufig auch noch mit den Ängsten anderer Menschen (Angehörige, Kollegen, Leitung, gesetzliche Betreuer, Ärzte) zu tun haben – und dies, obwohl sie doch selbst unsicher sind. Gegen die Ängste anderer (gesetzliche Betreuer(innen), Angehörige etc.) die Bedürfnisse der Bewohner zu vertreten und ihnen Lebenssituationen, auch, wenn sie schwer sind, zuzutrauen und mit aller Konsequenz zu begleiten, ist alles andere als einfach und erfordert Möglichkeiten zum Innehalten und die Gewissheit von emotionalem Rückhalt.“ (KNEDLIK & ZABEL 2003, 6)

Darf in der Einrichtung gestorben werden – oder müssen „Sterbenskranken“ in der letzten Minute noch ins Krankenhaus?

Wichtige Bedeutung des Teams

Sterbegleitung kann nicht einfach delegiert werden. Mitarbeitende können sich nur mit der Gewissheit von sicherer Unterstützung dafür entscheiden. Teammitarbeiter(innen), die sich nicht auf eine Begleitung einlassen können, brauchen die Möglichkeit, dieses ehrlich zu äußern, ohne Abwertung befürchten zu müssen. Diese Situation kann z. B. entstehen, wenn Assistent(inn)en mit persönlichen Verlusten und eigener Trauer belastet sind. Ein fester Ansprechpartner für die Angehörigen ist für die Teamsituation entlastend und für die Angehörigen eine zusätzliche Sicherheit. Diese Rolle kann die Leitung übernehmen, wenn das Team die Trauerbegleitung der Angehörigen in der Situation ihrer eigenen Betroffenheit nicht übernehmen möchte. Eine gemeinsame Begleitung der Bewohnerin mit allen ihr wichtigen Bezugspersonen ist dann eher ohne Abwehr und Missverständnisse möglich.

Trauer- und Sterbegleitung berührt die Begleitpersonen und führt zur Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit und Sinnfrage. Die Auseinandersetzung mit den eigenen Ängsten und der Möglichkeit, sie zu äußern, verhindert bei den Begleitpersonen die Gefahr, diese sonst unbewussten Gefühle in die Begleitung zu projizieren. Sich der eigenen Ängste bewusst zu sein, hilft auch im Kontakt mit den Ängsten anderer Bezugspersonen und Kooperationspartner.

Vorenthalten von Lebenserfahrungen

Immer noch auffallend oft wird auch erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung nicht zugetraut, mit Sterben und Tod umgehen zu können. Dies geschieht sowohl in Fällen, in denen diese selber von schwerer Krankheit oder Tod betroffen sind, als auch, wenn es um ihre nächsten Familienangehörigen geht, die im Sterben liegen. Häufig werden große Anstrengungen unternommen, Menschen mit geistiger Behinderung von der Wahrheit oder von den sterbenden Angehörigen möglichst fernzuhalten und abzuschirmen. So sollen Diagnosen, wie z. B. Krebs, nicht genannt oder sterbende Angehörige auf keinen Fall im Krankenhaus besucht werden. Auch die Teilnahme an Beerdigungen ist noch keine Selbstverständlichkeit. Nicht zuletzt werden Menschen mit Behinderungen in Grab- oder Trauerreden nicht erwähnt, so als spielten sie keine Rolle im Familiensystem und als ob ihnen Trauer nicht zugestanden wird. Dies alles geschieht scheinbar mit der besten Absicht, um den Menschen mit Behinderung zu schützen – doch dient es letztendlich nicht eher dazu, sich selbst zu schützen? Häufig werden in diesen Situationen Ausbrüche von Trauer befürchtet, die nicht mehr zu stoppen sind und welche die eigene so gut im Zaun gehaltene Trauer heftig erschüttern könnten.

Doch in dem Maße, wie versucht wird, den Menschen mit geistiger Behinderung vor Grenzerfahrungen des Lebens zu schützen, wird ihnen eine

Auseinandersetzung mit selbstverständlich auch für sie existenziellen Gefühlen und Fragen verwehrt, werden sie von der Fülle des Lebens und den damit verbundenen Entwicklungsmöglichkeiten im Sinne einer Reife ausgeschlossen.

Der Bruder einer 55-jährigen Bewohnerin teilt mir mit, dass der Vater im Krankenhaus im Sterben liegt. Tochter und Vater haben immer eine liebevolle, mitunter symbiotische Beziehung gelebt. Der Bruder besteht darauf, dass seine Schwester nicht ins Krankenhaus kommt. Das würde sie nicht verkraften. Ich habe ihm daraufhin erläutert, wie wichtig ein Abschiednehmen für seine Schwester wäre und dass er nicht dabei sein brauche, ich würde sie begleiten. Daraufhin habe ich ihm mitgeteilt, dass ich die volle Verantwortung für den Besuch übernehmen würde und am gleichen Nachmittag zwischen 15 Uhr und 17 Uhr im Krankenhaus wäre. Am nächsten Morgen ist der Vater gestorben.

In diesen Situationen erfordert es Mut, dem eigenen Gefühl zu folgen, im Zweifelsfalle auch gegen die Wünsche und Anordnungen der Angehörigen. Dieser Schritt ist allerdings ein Kraftakt und nur möglich, wenn Leitung und Träger diese Haltung teilen und vertreten.

Sie ist nicht dahingeschieden, sie ist tot.

Sie ist nicht entschlafen, nein, sie ist tot.

Sie ist nicht hinübergelitten und auf einer Reise, sondern tot!

Unverrückbar, von vorne und hinten gelesen: tot!

Genau an diesem Punkt liegt die besondere Aufgabe von Mitarbeitenden in Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung im Sinne der Teilhabe und Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft und der Förderung von individueller Entwicklung und Reifung, „nämlich ihnen die Auseinandersetzung und Konfrontation mit dem eigenen Sterben und Tod und dem Sterben und Tod anderer nicht vorzuenthalten, sondern sie – die Bewohnerinnen und Bewohner – gegen die Ängste der Umwelt zu unterstützen und ihren Bedürfnissen zum Ausdruck zu verhelfen“ (KNEDLIK & ZABEL 2003).

Konfliktlos werden diese Prozesse nicht gestaltet werden können. Eine eigene Haltung, ein eindeutiger Stand-

punkt der Begleitperson kann hier wahre Wunder bewirken: Ist sich die Begleitperson sicher und vertritt sie die Interessen des Bewohners, überträgt sich dies auf die Angehörigen und andere Menschen. Diese fühlen sich nun sicherer und werden offener für die Bedürfnisse der Bewohner(innen). Je häufiger im Laufe des Lebens Abschiede und Verluste betrauert und bewältigt werden konnten, umso besser ist die Voraussetzung dafür, große Veränderungen und Krisen wie den Verlust nahestehender Menschen seelisch zu überleben.

Die Wahrhaftigkeit einer Beziehung

Die Wahrhaftigkeit einer Beziehung bezieht sich nicht auf eine einmalige, möglicherweise brachiale Vermittlung der Diagnose, sondern bestimmt die Beziehung zwischen Bewohner(innen) und Mitarbeitenden vom ersten Tag ihrer Begegnung an.

Menschen, ob mit oder ohne Behinderungen, haben ein Recht auf das Erfahren der Wahrheit, aber auch ein Recht darauf, selbst zu bestimmen, wie viel Wahrheit sie verkraften können. Dies beinhaltet das Recht, die Wahrheit gar nicht oder aber nur in kleinen Schritten wissen zu wollen. Die Frage nach dem Ob und Wie der Wahrheitsvermittlung macht häufig Begleitpersonen Angst und stellt sie unter enormen Druck. Entlastend ist in diesem Zusam-

menhang, dass Wahrhaftigkeit sich nicht auf einen Moment der Mitteilung bezieht, sondern als ein – manchmal langer – Prozess zu verstehen ist. Eine Offenheit für Signale und Fragen des Betroffenen ist die Voraussetzung für einen vertrauensvollen Weg miteinander. Dabei geht es nicht darum, auf alle Fragen eine Antwort zu haben, denn auch dann bleibt der Betroffene mit seiner Frage nicht allein, weil sie dann zu einer Frage von schon zwei Menschen geworden ist.

Wichtig ist der Aufbau von Vertrauen. Deshalb „sollte eine Antwort so gegeben werden, dass sie nicht zu einem späteren Zeitpunkt zurückgenommen werden oder richtiggestellt werden muss. Denn dies bedeutet immer einen

Vertrauensbruch. Vielmehr sollten Details aufeinander aufbauen und die Worte klar, einfach und verständlich gewählt werden“ (ZABEL 2008, 97).

Wahrheit braucht klare Worte

Eine Bewohnerin mit schwer integrierbarem Verhalten in schwierigen Familienverhältnissen wurde von ihrer Familie nicht über den Tod ihrer Mutter informiert. Die Familie informiert die Mitarbeiterin der Wohngruppe nach der Beerdigung telefonisch. Als wir mit der Bewohnerin in das Haus der Mutter gefahren sind, um ihr in dem Haus zu zeigen, dass ihre Mutter nicht mehr da ist, wurden wir von dem Onkel rausgeschmissen. Mit dem Grab konnte sie nichts anfangen, da sie ja auch nicht an der Beerdigung teilnehmen durfte. Immer wieder zeigte sie eine große Sehnsucht nach der Mutter und äußerte sie in vehementer Art und Weise. Wir überlegten lange, wie wir der Bewohnerin klar machen konnten, dass ihre Mutter tot ist. Ein reales Abschiednehmen, ein Begreifen und Anfassen des toten Körpers, um das Unfassbare zu begreifen, war ja nicht möglich. Damit hatte sich der Prozess der Trauer nicht nur verzögert, sondern verzerrt, denn die Bewohnerin konnte nicht verstehen, warum ihre Mutter nicht mehr kam.

In einem Fallgespräch fanden wir dann den sprachlichen Schlüssel. Als vor einigen Jahren der Hund der Familie gestorben war, drückte die Bewohnerin dies so aus: „Der Molly ist weg und kommt nie wieder.“ Diesen Satz griffen wir auf und beschlossen, dass alle Bezugspersonen die gleiche Formulierung nutzen sollten.

Die Mutter ist weg und kommt nie wieder. Welch harte Wirklichkeit! Die Mitarbeitenden hatten zunächst große Schwierigkeiten, diesen Satz auszusprechen. Doch letztlich bedeutet der Tod genau das: Der Mensch ist weg und kommt nie wieder. Die Bewohnerin verstand und trauerte intensiv.

Sprache kann verschönern, aber auch verschleiern. Die Wahrheit ist meist einfach und pur. Nicht nur Menschen mit geistiger Behinderung haben häufig Schwierigkeiten, sprachliche Bilder oder poetische Umschreibungen zu verstehen.

Biografiearbeit

Die Beschäftigung mit dem gelebten Leben, mit seinen einzelnen Lebensphasen, seinen Höhen und Tiefen bekommt in der letzten Lebensphase noch einmal eine besondere Bedeutung. Dabei geht es um das Verständnis der Identität und Individualität und um das Gewinnen der Erkenntnis von der Bedeutung der eigenen Person in vielen Lebenszusammenhängen. Die Aufgabe der Begleitung besteht darin, mit der Bewohnerin, wenn gewünscht, das individuelle Leben durch Erinnerungsarbeit zu reinszenieren, um die Besonderheit noch einmal erfahrbar und spürbar zu machen. Der Schwerpunkt jeder Begleitung liegt jedoch darin, die Bewohnerin dabei zu unterstützen, ihr Leben bis zuletzt selbst zu bestimmen und zu gestalten.

Auch Hinweise und Wünsche zur Bestattung und zum Umgang mit dem Nachlass sind bedeutsam. Wichtig ist, dass die Begleitperson eventuelle Andeutungen hört und aufgreift und damit signalisiert, dass sie bereit ist und es aushält, auch über schwierige emotionale Inhalte zu sprechen.

Die schwierige Aufgabe, den Tod zu begreifen

Der Tod eines Menschen ist so unbegreiflich, dass es wichtig ist, den Verstorbenen zu sehen, um den Tod zu verstehen, um ihn im wahrsten Sinne des Wortes zu begreifen, nicht nur mental, sondern mit allen Sinnen.

Der Verstorbene kann bis zu 36 Stunden, häufig in Absprache mit dem Bestattungsunternehmen auch noch länger, in der Wohneinrichtung verbleiben. Diese Zeit ist für den Abschied und die Trauerbewältigung eine sehr bedeutsame. Sie gibt den Menschen die Möglichkeit, in vertrauter Atmosphäre mit oder ohne Begleitung in ihrem Tempo den Tod des verstorbenen Menschen zu begreifen, die Leiche immer wieder anzusehen und zu berühren. Festzustellen, dass sich der Mensch nicht mehr so anfühlt wie zu Lebzeiten: Wie sieht der Mensch aus? Wie riecht er? Kann ich ihn anfassen? Wie fühlt sich das an, wenn ich ihm einen Kuss gebe? Ist es nicht kalt im Sarg? Kann ich ihm eine Decke und warme Strümpfe mitgeben? Oder ein Päckchen Tabak und ein Kuscheltier? Wie sieht er morgen aus?

Ich habe mich manchmal gewundert, dass Bewohner(innen) in einen anderen Wohnbereich zu einem dort verstorbenen Menschen zum Abschiednehmen mitfahren wollten, die nach

meinem Eindruck zu Lebzeiten keine besondere Beziehung zu dem Verstorbenen hatten. Mitarbeitende prägten in diesem Zusammenhang das Wort „Leichentourismus“. Doch „die Intensität der Beziehungen zu den Verstorbenen kann niemand beurteilen, und ist es nicht auch legitim, in der Abschiedssituation von dem Verstorbenen noch einmal Jahre später von der Mutter Abschied zu nehmen und beim Berühren des Verstorbenen ein nachträgliches Gefühl dafür zu bekommen, was es bedeutet: Tod?“ (ZABEL 2008, 104).

ner besonderen Art ausdrücken. So war es uns wichtig, als Frau W. abgeholt wurde, den Sarg selbst zu schließen und bis zum Auto mitzugehen.

Unsere Trauer braucht Ausdruck, Struktur, Zeugen und Erlaubnis

Die Bewältigung von Trauer braucht individuellen Ausdruck, feste Struktur, solidarische Zeugen und umfassende Erlaubnis (vgl. CANAKAKIS 2005). Der Ausdruck ist wichtig, damit das brutale und zerfleischende Gefühl, für

Die Beschäftigung mit dem gelebten Leben, seinen Höhen und Tiefen bekommt in der letzten Lebensphase noch einmal eine besondere Bedeutung.

Häufig ist es möglich, in diesen Situationen stellvertretend zu früheren zum Teil dramatischen Verlusten und Trauererlebnissen einen Weg zu finden. Viele Botschaften, aber auch gemalte Bilder, wurden den verstorbenen Mitbewohner(inne)n für zum Teil vor vielen Jahren verstorbene Bezugspersonen mit auf den Weg gegeben.

Die Rückführung eines Verstorbenen vom Krankenhaus oder auch von der Rechtsmedizin in die Wohneinrichtung ist ebenfalls möglich. Kein noch so würdevoll gestalteter Abschiedsraum kann ein Abschiednehmen in der häuslichen Umgebung ersetzen.

Nach dem Tod einer Bewohnerin, Frau W., im Krankenhaus fuhren eine Bezugsperson und ich ins Krankenhaus und kamen in einen Abschiedsraum, der uns den Atem nahm. Es war ein kleiner enger Raum mit Gerätschaften, die abgehängt waren. Schnell wurde uns klar, dass wir Frau W. in die Wohnstätte zurückholen werden. Hier blieb sie drei Tage und wurde von vielen Menschen besucht. Zunächst wünschten die Bewohner(innen) Begleitung. Dann wollten auch einige ohne Begleitung zu Frau W. gehen. Auch aus anderen Wohnbereichen kamen Menschen, die Frau W. von früher kannte, um sich zu verabschieden. Die Familie kam mehrmals. Ich weiß, dass es der Familie ein Trost war, dass Frau W. so beliebt war und so viele Menschen von ihr Abschied nehmen wollten.

Im Laufe der Zeit entdeckt man gemeinsam immer mehr Gesten und kleine Rituale, die das Abschiednehmen in sei-

das es nicht nur bei Menschen mit geistiger Behinderung selten treffende Worte gibt, nach außen gebracht werden kann. So „muss sich ausdrücken, was sich so tief in die Seele eingedrückt hat“ (vgl. PISARSKI 2007). Dies vor Zeugen zu tun, hilft, die Wahrheit der unfassbaren Realität und den Schmerz zu spüren und sich damit nicht alleine zu fühlen.

Struktur gibt den überwältigenden Gefühlen einen sicheren Rahmen. Durch die Struktur gibt es die Sicherheit, nicht ins Bodenlose zu fallen, nicht im Sog der Gefühle (der Trauer) zu ertrinken, sondern durch feste Eckpunkte geleitet die Trauer zu durchleben. So ist es z. B. unmöglich, ins seelisch Bodenlose zu fallen, wenn man in einer Gruppe gemeinsam singt oder trommelt.

Die Erlaubnis der Gemeinschaft, seinen heftigen Gefühlen Ausdruck zu verleihen, ist die Voraussetzung dafür, dass Gefühle in den Ausdruck und damit in Bewegung und ins Fließen kommen können.

Ein 75-jähriger Bewohner schlägt sich, während Frau W. in der Wohnstätte aufgebahrt ist, für alle erstaunlicherweise mit einem Mitbewohner. Beide malen gerade ein Bild für Frau W. und fangen an darüber zu streiten, wen Frau W. lieber hatte. Es fließt Blut und der Bewohner muss ambulant im Krankenhaus versorgt werden. Daraufhin waren einige Mitarbeitende der Auffassung, dass die Situation wohl doch eine Überforderung sei. Doch das Aufbrechen der Gefühle beinhaltet selbstverständlich auch Wut, Eifersucht und Aggression

– sicherlich direkter und gesünder ausgelebt als verbissene jahrelang ausgetragene „Erbschaftsstreitigkeiten“ zwischen den Beteiligten.

Nicht alle Ausdrucksformen sind schön oder passen in die heile Welt. Trauernde Menschen können in ihrem Ausdruck auch sehr unbequem und anstrengend sein. Wichtig ist es dann, für die Bewohner(innen) auf Menschen zu treffen, die sie auch so aushalten und annehmen können. Dabei muss selbst- und fremdverletzendem Verhalten natürlich grenzsetzend begegnet werden.

Trauerrituale

Rituale sind zur Bewältigung der Trauer hilfreich. Sie bieten in ihrem häufig nonverbalen und vorgegebenen Ablauf eine Kontrolle von Emotionen im geschützten Raum. So sind Rituale „Gefährte und Gefährten in einem: Sie tragen unser Inneres nach außen, überwinden den Weg der Vereinzelung und führen hin zur Gemeinschaft“ (PAULS, SANNECK & WIESE 2003, 138).

Tragen einer Urne ist, wenn erwünscht, möglich.

Das Kaffeetrinken nach der Trauerfeier und Beerdigung kann ebenfalls in der Wohneinrichtung ausgerichtet werden. Hier kommt dem Begriff des „Trauerhauses“ noch einmal eine wichtige Bedeutung zu. Zu früheren Zeiten wurde das Kaffeetrinken selbstverständlich im Trauerhaus, dem Zuhause des Verstorbenen durchgeführt. Im Laufe der Zeit wurde das Zusammensein nach der Beisetzung dann aufgrund der räumlichen Gegebenheiten, aber auch durch die gewachsenen Bedürfnisse nach Privatheit und Distanz eher in Gaststätten verlegt. Die Wohneinrichtung ist nicht nur das Zuhause des Verstorbenen, sondern verfügt auch häufig über ausreichend große Räumlichkeiten, um alle Trauergäste zu bewirten. Die Angehörigen sind bei dieser Gestaltung von der eher belastenden Gastgeberrolle befreit und erhalten Raum für erwünschte Gespräche. Diese Formen der Gestaltung sind natürlich nur mit dem Einverständnis und der Absprache mit den Angehörigen mög-

lich, dass ich zu einem Hausbesuch kommen kann. Der Cousin gibt mir ein Bild der Mutter und erzählt aus ihrem Leben. Ich notiere mir ihre Lebensgeschichte und alle Namen der engen Familie.

Unsere Trauerfeier fand im Garten statt. Das Team hatte ein Tablett mit Teelichtern vorbereitet und einen kleinen Baum besorgt. Zu Beginn ließen wir den Koran sprechen. Dann habe ich mit dem Bild der Mutter ihre Lebensgeschichte erzählt, so gut ich konnte, und der verwaiste Sohn fand es sehr lustig, dass ich die Namen seiner großen Familie nicht richtig aussprechen konnte. Der Bewohner hat den Baum für seine Mutter eingepflanzt und im Anschluss hat jede(r) Bewohner(in) um den Baum ein Tee-licht gestellt mit einem Wunsch für den traurigen Mitbewohner. Im Garten hat sich später zu dem Baum ein kleiner Stein mit dem Namen der Mutter gesellt.

Nun hat der Bewohner einen Ort für seine Trauer und hatte die Möglichkeit, sich mit der Solidarität von Zeugen von seiner Mutter zu verabschieden. Wir waren in der Situation zunächst sehr überfordert, haben dann aber gemeinsam und mit einfachen Möglichkeiten einen Rahmen geschaffen, der tröstlich und hilfreich war. Dabei waren uns folgende Elemente wichtig:

- > Trauer braucht *Struktur*: der Ablauf der Trauerfeier mit Elementen aus der islamischen Abschiedskultur
- > Trauer braucht *Zeugen*: Alle Mitbewohner(innen) und Mitarbeitenden waren dabei, um die Mutter zu verabschieden. Die abwesende Familie wurde durch die Nennung der Namen in die Zeremonie integriert.
- > Trauer braucht *Ausdruck*: Der verwaiste Sohn hat einen Baum für seine Mutter gepflanzt. Die Mitbewohner(innen) haben ein Teelicht mit liebevollen Wünschen für den Mitbewohner dazugestellt.
- > Trauer braucht *Erlaubnis*: Der Bewohner hat während der Trauerfeier geweint, geschrien und gelacht. An einem Samstagnachmittag geschah diese kleine Zeremonie mit laut erklingenden Ausschnitten des Korans in unserem Garten, für die Nachbarn der Wohnstätte sicherlich ein merkwürdig erscheinendes Spektakel.

Es geht darum, Trauer erlebbar zu gestalten.

Eine von der Wohneinrichtung mit den Bewohner(inne)n und Mitarbeitenden gestaltete Traueranzeige zeigt, welcher einzigartiger und wichtiger Mensch verstorben ist, der nun in der Gemeinschaft fehlt und schmerzlich vermisst wird. Das Trauerhaus ist in dieser Mitteilung an die Außenwelt die Wohneinrichtung und Wohngruppe.

Trauerfeiern und Beerdigungen beinhalten viele Rituale und Gestaltungsmöglichkeiten. Hier können von den Mitbewohner(inne)n für den Verstorbenen gemalte Bilder, ein gemeinsam ausgesuchtes Foto oder Musik, Wortbeiträge oder Fürbitten von Mitbewohner(inne)n, Mitarbeitenden oder der Leitung die besondere Bedeutung und Wertschätzung des Verstorbenen in der Gemeinschaft deutlich machen. Zugleich bieten Rituale den Akteuren die Möglichkeit, gemeinsam ihrer Trauer einen ganz individuellen Ausdruck zu geben.

Auch auf dem allerletzten Weg zum Grab ist eine Begleitung durch Mitbewohner(innen) und Mitarbeitende möglich. Der Sarg, der auf einem Fahrge- stell ruht und nicht gehoben werden muss, kann von nahen Menschen bis zum Grab begleitet werden. Auch das

lich, die häufig für Vorschläge sehr empfänglich und dankbar sind.

Die Begleitung von Menschen mit Migrationshintergrund

In der Begleitung haben wir auch immer wieder mit Menschen mit Migrationshintergrund zu tun. Hier gilt es, Besonderheiten zu beachten.

Die Mutter eines türkischen Bewohners verstirbt unerwartet. Die Mitteilung erfolgt telefonisch. Die ganze Familie ist zur Zeit der Mitteilung mit der toten Mutter bereits im Flugzeug in die Türkei. Der Bewohner ist ganz allein und tief verzweifelt. Das Team bittet mich, eine Trauerfeier für die Mutter gemeinsam mit Bewohner(inne)n und Mitarbeitenden zu gestalten. Zunächst erkundige ich mich, was bei islamischen Beerdigungen wichtig ist und erfahre, dass aus dem Koran vorgelesen wird. So klappere ich einige türkische CD-Geschäfte ab und scheitere mit meinem Anliegen solange, bis ich genau erzähle, dass ich für eine Trauerfeier eine CD mit gesprochenen Koranversen suche. Ein entfernter Cousin war nicht mit in die Türkei geflogen. Ich bitte ihn,

So geht es darum, Trauer erlebbar zu gestalten: „Durch Visualisieren, Konkretisieren, Ritualisieren und Symbolisieren (...) können wir den Betroffenen zu trauern helfen, dem Tod, dem Verlust – so schwierig das auch für uns selbst ist – einen Ort zu geben, indem wir greifbare, sichtbare Erfahrungen anbieten“ (BOSCH 2009, 6).

Gewachsene individuelle Trauerrituale

Heilsame Trauerrituale entwickeln sich in natürlicher Weise in einer Atmosphäre, in der Menschen den Mut haben können, einfach unmittelbar das zu tun, wonach ihnen ist. So haben die Bewohner(innen) einer Wohnstätte in Bochum, in der innerhalb von dreizehn Jahren acht Menschen verstorben sind, im Laufe der Zeit individuelle und tröstende Rituale entwickelt: Ohne Assistenz der Mitarbeitenden steht vor der Tür des Verstorbenen über viele Tage ein kleiner Schemel mit weißer Tischdecke, einem Blumenstrauß, einem Bild des Verstorbenen und einem Windlicht mit Kerze. Im Laufe der Zeit hat sich dieses Ritual erweitert. Die Bewohner(innen) haben selbst gemalte Bilder und Briefe außen an die Zimmertür gehängt. Diese Art des Gedenkens und des Trauerausdruckes ist heilsam und führt nicht in die Depression und Versteinerung, sondern ermöglicht ein gereifteres Weiterleben mit würdevollem Erinnern an den Verstorbenen.

Zum ersten Geburtstag nach dem Tod eines Mitbewohners fuhren die Bewohner(innen) mit Mitarbeitenden zur Geburtstagsfeier auf den Friedhof, legten eine vorher vorbereitete Geburtstagskarte mit vielen Grüßen auf das Grab und sangen ums Grab stehend „Happy Birthday“. So feierten sie den Verstorbenen mit ihrem ihnen eigenen Ausdruck an Lebendigkeit.

Es ist kein großer zeitlicher Aufwand erforderlich, denn „schöpferische Möglichkeiten, die eigene Trauer auszudrücken, gibt es überall – in uns selbst und um uns herum. Wir brauchen nur einen geeigneten Raum und ‚die Erlaubnis‘ der anderen, um unsere Gefühle zuzulassen und ihnen freien Lauf zu geben“ (CANACAKIS 2005, 113).

Menschen, ob jung oder alt, ob behindert oder nicht behindert, ob mit hohem oder geringerem Hilfebedarf, können immer nur so intensiv trauern und ihrer Trauer Ausdruck geben, wie die Mitmenschen in ihrer nächsten

Umgebung dies aushalten und zulassen können.

LITERATUR

- BOSCH, Erik** (2009): Tod und Sterben im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung. Arnheim: Bosch und Suykerbuyk Trainingszentrum B.V.
- CANACAKIS, Jorgos** (2005): Ich sehe Deine Tränen. Stuttgart: Kreuz.
- KNEDLIK, Yvonne; ZABEL, Martina** (2003): Sterbegleitung als Teil einer ganzheitlichen Lebensbegleitung. In: Fachdienst der Lebenshilfe (4), 3–9.
- KNEDLIK, Yvonne; ZABEL, Martina** (2005): Trauerbegleitung ist Lebensbegleitung (unveröffentl. Manuskript).
- PAULS, Chris; SANNECK, Uwe; WIESE, Anja** (2003): Rituale in der Trauer. Hamburg: Ellert & Richter.
- PISARSKI, Waldemar** (2007): Was mir auf der Seele liegt. München: Claudius.
- ZABEL, Martina** (1996): Erfahrungen mit einer Sterbegleitung, Begleitung eines Sterbenden in der Wohnstätte. In: Geistige Behinderung (3), 258–268.
- ZABEL, Martina** (2008): Trauerbegleitung und Begleitung der letzten Lebensphase in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.): Vorträge und Arbeitskreise der 16. Fachtagung „Behinderung und Alter“, 94–106.

i Die Autorin:

Martina Zabel

Diplompädagogin, Leiterin einer Wohnstätte für erwachsene Menschen mit geistigen und schweren Behinderungen, Supervisorin DGSv, Trauerbegleiterin (IFAH), Mediatorin, Entspannungspädagogin Lebenshilfe Bochum, Wieschermühlenstraße 16, 44791 Bochum

@ m.zabel@lebenshilfe-bochum.de



Immer wieder neu...
Geduld, Staunen,
Zuversicht

5. Deutsches Kinder- hospizforum

08. - 09.11.2013
in Essen

Schirmherr:
Bundesminister für
Gesundheit Daniel Bahr

Europaweit größte
Fachtagung für
Kinderhospizarbeit

Kontakt und Information:
027 61 / 9 41 29 - 33 oder
www.kinderhospizforum.de

Gefördert durch:



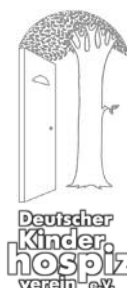
aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

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



Deutsche
Kinderhospiz
STIFTUNG

Deutsche
Kinderhospiz
AKADEMIE



Die Behindertenbeauftragten des Bundes und der Länder fordern Kurswechsel in der Behindertenpolitik

Die Beauftragten für die Belange von Menschen mit Behinderung von Bund und Ländern haben sich bei ihrem Treffen im Juni 2013 einstimmig für neue Wege in der Behindertenpolitik ausgesprochen. Im Zentrum soll die Teilhabe der Menschen mit Behinderung am gesellschaftlichen Leben stehen. In ihrer Düsseldorfer Erklärung fordern sie unter anderem ein Teilhabegeld und die Abkehr von der Einkommens- und Vermögensanrechnung.

Vor zwölf Jahren gab es die große Reform des Behindertenrechts durch das SGB IX mit dem Ziel der Selbstbestimmung behinderter Menschen und Abkehr vom Fürsorgeprinzip. Seit 2009 gilt auch die UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland. Dennoch werden diese Regelungen immer noch nicht ausreichend umgesetzt.

Hubert Hüppe, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen: „Die Beauftragten fordern einstimmig, dass Bund und Länder zusammen über die Parteigrenzen hinweg nun endlich das Teilhaberecht umsetzen sollen.“

Die Beauftragten fordern die Beteiligung der Menschen mit Behinderungen bei der Reform der Eingliederungshilfe und sehen dabei das SGB IX als zentrales Leistungsgesetz.

i Weitere Informationen:

Die „Düsseldorfer Erklärung“ kann hier heruntergeladen werden:

@ www.lbb.nrw.de/alles_zum_amt/pressemitteilungen/130611a/

139

Fachverbände fordern Bundesleistungsgesetz für Menschen mit Behinderung

Menschen mit Behinderungen haben nach der UN-Behindertenrechtskonvention ein Recht auf gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Bislang erhalten sie entsprechende Teilhabeleistungen aus der Sozialhilfe. Das muss sich ändern, fordern die fünf Fachverbände für Menschen mit Behinderung: Die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen muss endlich aus der Sozialhilfe herausgelöst werden.

Die Fachverbände machen sich für ein eigenständiges Bundesleistungsgesetz stark. Jeder Mensch hat Anspruch darauf, gleichberechtigt am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Ein behinderter Mensch benötigt hierfür passgenaue Unterstützung, die der Staat unabhängig von den finanziellen Verhältnissen des Einzelnen zur Verfügung stellen muss. Nur so kann er unter vergleichbaren Startbedingungen sein Leben selbstbestimmt gestalten. Das noch zu erarbeitende Gesetz soll die bisherigen Vorschriften der Eingliederungshilfe ersetzen und eine neue rechtliche Grundlage für die Un-

terstützung von Menschen mit Behinderung bei ihrer gesellschaftlichen Teilhabe schaffen.

Die Fachverbände fordern darüber hinaus einen ergänzenden, anrechnungsfreien Ausgleichsbetrag. Durch diese pauschale Geldleistung sollen behinderungsbedingte Nachteile ausgeglichen werden. Mit ihr können Unsicherheiten kompensiert werden, die bei der Feststellung eines individuellen Unterstützungsbedarfs und der Übertragung in einen bestimmten Leistungsumfang entstehen.

Die Fachverbände vertreten ca. 90 Prozent der Dienste und Einrichtungen für Menschen mit geistiger, seelischer, körperlicher oder mehrfacher Behinderung in Deutschland.

i Weitere Informationen:

Das Papier „Grundzüge eines Bundesleistungsgesetzes für Menschen mit Behinderung“ steht zum Download bereit unter

@ www.diefachverbaende.de

Erster Politik-Informationsfilm in Leichter Sprache

Wählen ist ein Bürgerrecht für alle und schließt auch Menschen mit Lernschwierigkeiten und geistiger Behinderung ein. Sie haben das Recht, gleichberechtigt am politischen und öffentlichen Leben in der Gesellschaft teilzuhaben.

Der Film „Politik geht uns alle etwas an“ der Lebenshilfe Berlin besteht aus fünf kurzen Kapiteln mit einer Länge von jeweils ca. fünf Minuten. Der Film soll Menschen mit Behinderung dabei helfen, Möglichkeiten der politischen Mitwirkung für sich zu entdecken und zu nutzen.

i Weitere Informationen:

@ www.lebenshilfe-berlin.de

Der Film kann hier angesehen werden:

@ www.youtube.com/user/LebenshilfeBer

Lehrerfortbildungen zu Inklusion

Der Ausbau eines inklusiven Schulsystems ist eine große Herausforderung für die Lehrkräfte: Sie müssen noch stärker individuell fördern als bisher, sie müssen lernen, in multiprofessionellen Teams zusammenzuarbeiten und sie müssen sich intensiv mit neuen Fragen der Unterrichtsdagnostik und der Didaktik auseinandersetzen. Der Lehrerausbildung und -fortbildung kommt deshalb eine zentrale Rolle zu.

Im Bereich der Lehrerausbildung zeigt der Monitor Lehrerbildung, dass die Themen „Inklusion“ und „Heterogenität“ jeweils nur in etwa einem Fünftel der lehrerbildenden Hochschulen verpflichtende Studienschwerpunkte

sind und als solche explizit im Zeugnis als Qualifikation ausgewiesen werden.

Für die Lehrerfortbildung zeigt eine Trendanalyse von über 700 Fortbildungsangeboten, die im Auftrag der Bertelsmann Stiftung durchgeführt wurde, dass es zwar eine Vielzahl an Fortbildungsveranstaltungen zum Thema „Inklusion“ gibt, dass aber die analysierten Maßnahmen noch nicht hinreichend nachhaltig und wirksam sind. So handelt es sich bei 80 % der Maßnahmen, zu denen entsprechende Angaben vorlagen, nur um Veranstaltungen von maximal einem Tag. Nur 9 % der Angebote richten sich an ganze Kollegien. Inhaltlich dominieren die Vermittlung

von sonderpädagogischem Fachwissen (45 %) und von inklusiver Unterrichtsentwicklung (24 %), während Teamarbeit nur in 10 % und inklusive Schulentwicklung nur in 9 % der Fälle im Vordergrund steht.

Die Trendanalyse soll dazu beitragen, Lehrerfortbildungen so zu gestalten, dass letztlich alle davon profitieren: Schulen, Schulleitungen, Lehrkräfte und besonders die Kinder.

i Kontakt und weitere Informationen:

Dr. Ina Döttinger

Project Manager, Programm Integration und Bildung der Bertelsmann Stiftung

@ ina.doettinger@bertelsmann-stiftung.de

www.monitor-lehrerbildung.de

Wissen Inklusion – Themenheft der Aktion Mensch

Wie steht es um die Verwirklichung von Inklusion in Deutschland? Was muss geschehen, damit eine inklusive Gesellschaft entsteht und die Forderungen der UN-Behindertenrechts-

konvention erfüllt werden? Mit diesen und weiteren Fragen befasst sich das aktualisierte Themenheft „Wissen Inklusion“ der Aktion Mensch.

i Weitere Informationen:

Das Heft kann hier heruntergeladen werden:

@ http://www.aktion-mensch.de/media/inklusion/AktionMensch_Themenheft_Inklusion.pdf

Expertise zu barrierefreien Dienstleistungen

Die Antidiskriminierungsstelle des Bundes gibt eine Expertise heraus zu „Barrierefreien Dienstleistungen – Benachteiligungen von behinderten Menschen beim Zugang zu Dienstleistungen privater Unternehmen“.

Die Expertise untersucht die Frage, bei welchen Geschäften des Alltags Menschen mit Behinderungen diskri-

miniert werden und welche Formen der Benachteiligung dabei vorkommen. Für die Studie wurden Experteninterviews durchgeführt sowie 280 dokumentierte Beratungsfälle der Jahre 2006 bis 2011 ausgewertet, die von Beratungs- und Anlaufstellen zur Verfügung gestellt wurden. Darüber hinaus enthält die Untersuchung eine Analyse der vorhandenen Forschungsliteratur.

i Weitere Informationen:

Die Studie kann heruntergeladen werden unter

@ www.antidiskriminierungsstelle.de

Service für Kunden mit geistiger Behinderung in Einzelhandel und Gastronomie

Barrieren bestehen oft in ganz kleinen Dingen, z. B. kann die ungeduldige Kassiererin an der Supermarktkasse ungewollt Druck erzeugen, wenn es mit dem Wechselgeld nicht funktioniert. So lauten Erfahrungsberichte von Menschen mit Behinderung, die selbstständig leben und auch selbstständig einkaufen und reisen wollen. Barrieren

kann es viele geben im Alltag. Was kann man tun, um sie möglichst gar nicht erst entstehen zu lassen?

Ein Projekt der Lebenshilfe für das „Bundeskompetenzzentrum Barrierefreiheit“ hat zum Thema „Service in Einzelhandel und Gastronomie“ einen kurzen Leitfaden zum Umgang mit

Menschen mit geistiger Behinderung erarbeitet. Er richtet sich nicht an erster Stelle an die Lebenshilfe oder an Fachleute, sondern an Mitarbeitende im Einzelhandel und in der Gastronomie zum angemessenen Umgang miteinander. Mit dem Leitfaden soll es zu mehr Verständnis kommen für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung.

i Weitere Informationen:

Der Flyer kann heruntergeladen werden unter

@ www.lebenshilfe.de/de/themen-fachliches/artikel/KundenmgB.php

ERWIDERUNGEN – MEINUNGEN – KRITIK

Leserforum

Anmerkungen zum Beitrag „Umgang mit delinquentem Verhalten“

von Tim Hammerbacher und Si-yeun Chung (Teilhabe 2/13)

Der Personenkreis von Menschen mit geistiger Behinderung, die delinquentes Verhalten zeigen, stellt in der Tat besondere Anforderungen an die Eingliederungshilfe. Das in dem Artikel beschriebene „Haus Winterkampweg“ der von Bodelschwingschen Stiftungen ist ein interessantes Projekt, von dessen Arbeitsweise (insbesondere die Umsetzung des Personenzentrierten Ansatzes) ich gern näheres gelesen hätte.

Die vorangehenden fachlichen Ausführungen finde ich allerdings erschre-

ckend. Da wird festgestellt, dass bereits seit 1901 „Zusammenhänge“ zwischen Intelligenzminderung und Delinquenz bekannt seien, und zwar nicht nur ausschließlich Sexualstraftaten.

Was wollen die Autor(inn)en damit sagen? Nicht nur unterschwellig werden Menschen mit geistiger Behinderung unter Generalverdacht gestellt. Gerade der später zitierte Personenzentrierte Ansatz nach Pörtner verbietet pauschale Zuweisungen wie die, dass Menschen mit geistiger Behinderung „regelmäßig wenig soziale Kompetenzen“ erlernt hätten. Wenn das im Einzelfall so sein sollte, lässt sich fast regelmäßig im Zusammenhang mit den Lebensbedingungen, die wir diesem Menschen zumuten, herstellen.

Diese Aussagen aus der psychiatrischen Mottenkiste wundern nicht, wenn der erstaunte Leser dann feststellt, dass sich die Autoren u. a. auf Alfred Hoche als Quelle beziehen. Wissen sie denn nicht, wer das ist? Alfred Hoche war zusammen mit Karl Binding 1920 der Verfasser des Buches „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“, ein maßgeblicher Wegbereiter der Euthanasie im Dritten Reich.

Auch wenn Hoche nur als Sekundärquelle zitiert wird, sollten Autor(inn)en bei der Wahl ihrer Quellen etwas sorgsamer sein.

Heinz Becker
Bereichsleiter, Arbeiter-Samariter-Bund Bremen, Gesellschaft für soziale Hilfen mbH

Die Redaktion freut sich über Zuschriften. Sie muss sich jedoch vorbehalten, Leserbriefe zu kürzen oder abzulehnen.

Der neue Rechtsdienst

Zu bestellen unter Fax: 0 64 21/491-623
E-Mail: Aboverwaltung@Lebenshilfe.de.



BUCHBESPRECHUNGEN

Ernst Wüllenweber

„Aber so richtig behindert, wie die hier so tun, bin ich nicht, ich bin eigentlich normal“

Chancen und Probleme von lernbehinderten und sozial benachteiligten Erwachsenen im Rahmen von WfbM

2012. Abschlussbericht im Auftrag der Lebenshilfe Halle e. V. Berlin: Verlag Elbepartner, 298 Seiten. 25,- Euro (zu beziehen über www.ifbb.de)

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales weist bereits 2008 darauf hin, dass Werkstätten für Menschen mit Behinderungen (WfbM), die in den 1960er Jahren für Menschen mit geistiger Behinderung gegründet wurden, heute vor das Problem gestellt sind, Auffangbecken für Menschen mit Lernbehinderungen zu werden, die aufgrund unterschiedlicher Ursachen nicht auf dem ersten Arbeitsmarkt vermittelt werden können (vgl. BMAS 2008, 6). Zum Ausmaß dieses Problems gibt es vielfältige Diskussionen und Thesen, die durch das vorliegende, umfangreiche Forschungsprojekt erstmals auf eine solide empirische Basis gestellt werden. Viele Vermutungen über die Auswirkungen dieser Situation erfahren eine grundlegende Korrektur.

Der in fünf Teile gegliederte Bericht empfiehlt sich demzufolge zur Pflichtlektüre für all diejenigen, die sich an dem aktuellen Diskurs über den veränderten Personenkreis der WfbM beteiligen möchten. Als Bezeichnung für den Kreis von lernbehinderten und sozial benachteiligten jungen Erwachsenen wird – in Abgrenzung zu zahlreichen weiteren in der Praxis verwendeten Begriffen – der Terminus „Beschäftigte aus dem neuen Personenkreis (PK)“ gewählt (S. 9 und 109 ff.).

Teil A beschreibt die „Zielsetzung und Methodik des Projektes“. Durchgeführt wurde das Forschungsprojekt von 2009 bis 2012 unter Beteiligung von neun WfbM aus sieben verschiedenen Bundesländern. In einer quantitativen Untersuchung wurden Fragebögen von knapp 300 Werkstätten ausgewertet. In einer ergänzenden qualitativen Untersuchung wurden in 17 WfbM 32 problemzentrierte Interviews mit Fachkräften und 38 problemzentrierte Interviews mit Betroffenen geführt. Weitere Daten wie Entwicklungsberichte, Gut-

achten etc. wurden einbezogen. Über die Datenerhebung hinaus wird von Beginn des Projekts an eine „Entwicklung von konzeptionellen Vorschlägen“ intendiert.

Teil B als „Theoretischer Teil“ enthält detaillierte fachwissenschaftliche Diskussionen zur Thematik „Lernbehinderte und sozial benachteiligte Menschen ‚im toten Winkel‘ der Behindertenhilfe“.

Forschungsergebnisse werden in Teil C präsentiert. Unter den quantitativen Daten erscheint es besonders bedeutsam, dass der Anteil der Beschäftigten aus dem neuen Personenkreis mit einem Durchschnitt von 9,4 % beziffert werden kann. Schwankungen in Bezug auf den Berufsbildungsbereich, hier ist der Anteil höher, oder in Bezug auf einzelne Werkstätten reichen bis zu 53 %. Zahlreiche weitere Daten zu Hintergründen des neuen Personenkreises sind hier erfasst.

Die Auswertung der qualitativen Daten ist in vier verschiedene Ebenen unterteilt, eine systemisch-strukturelle Ebene, eine Ebene der sozialen Rehabilitation, eine Ebene der beruflichen Rehabilitation sowie eine personelle Ebene. Die sehr detailreiche Darstellung der qualitativen Forschung enthält einen breiten Fundus an sehr interessanten Ergebnissen.

So wird die häufig zu hörende Hypothese, durch den neuen Personenkreis erlebe das klassische Klientel von Menschen mit geistiger Behinderung teilweise keine Aufnahme mehr in die WfbM, zurückgewiesen. Es konnte kein einziger diesbezüglicher Fall gefunden werden (S. 89 f.). Weiter wird festgestellt, dass die WfbM für die Betroffenen ein Angebot nach einer vorherigen „Maßnahmenkarriere“ und nach Arbeits-

losigkeit darstellt (S. 91). Kritisch betrachtet wird auch das Aufnahmeverfahren. Wüllenweber spricht hier von einer „Versorgungsdiagnostik“, in der „Umdiagnosen“, „Überdiagnosen“ und „Summationsdiagnosen“ zur Anwendung kommen, um die Aufnahme einer Person in eine WfbM zu erreichen (S. 93 ff.). Aufschlussreich erscheinen weiterhin Ergebnisse einer Intelligenztestung von 145 Beschäftigten aus dem neuen Personenkreis, die ergeben, dass die Mehrzahl der Betroffenen eher als leichtgradig geistig behindert bezeichnet werden können (S. 103 ff.). Eine Partizipation der Betroffenen bei der Aufnahme in die WfbM scheint völlig zu fehlen: „Alle interviewten Beschäftigten erleben sich als Objekt von Entwicklungen und Entscheidungen“ (S. 106). Die Folge einer Identitätskrise zu Beginn der Beschäftigung in einer Werkstatt, die mit dem Erleben einer starken Verunsicherung und Stigmatisierung einhergeht, erscheint zwangsläufig (S. 113 ff.). Die zentralen Probleme auf der psycho-sozialen Ebene werden als Verunsicherung, Ohnmacht und Stigmatisierung gekennzeichnet. „Kritische Denk- und Handlungsmuster im Umgang mit Fachkräften“ (S. 125 ff.) werden ebenso wie „Stärken und Einschränkungen der Beschäftigten aus dem neuen PK“ (S. 128 ff.) erfasst. Herausgehoben sei an dieser Stelle die überwiegende Anerkennung der Fachkräfte durch die Betroffenen, die im Verlauf der Beschäftigung zu einer Zufriedenheit mit der Situation beiträgt (S. 140 ff.).

Unter den vielfältigen weiteren Aspekten, die der ausführlichen Lektüre empfohlen werden, sei hier noch auf den der Verhaltensauffälligkeiten hingewiesen, deren Häufigkeit Wüllenweber zufolge im Praxisdiskurs eher dramatisiert wird (S. 149 ff.). „Erhebliche Probleme im Arbeits- und Sozialverhalten“ werden fachlich klar abgegrenzt von Verhaltensauffälligkeiten (S. 152). Der „Anteil der Beschäftigten aus dem neuen PK mit Verhaltensauffälligkeiten (wird, U.M.) auf maximal ein Drittel“ geschätzt (S. 177).

In theoretischer Nähe zur Aktionsforschung wird in Teil D eine „Entwicklung von konzeptionellen Vorschlägen“ auf der Basis der zuvor gewonnenen empirischen Erkenntnisse vorgenommen. Analog zu den Ebenen der Datenauswertung werden auf vier Ebenen konzeptionelle Vorschläge ausgeführt. Herausgegriffen sei hier auf der systemisch-strukturellen Ebene die Empfehlung, im Aufnahmeverfahren an Stelle der festgestellten Versorgungsdiagnostik ein prozessorientiertes Assessment

durchzuführen mit Personenzentrierten und WfbM-zentrierten Erhebungen sowie Möglichkeiten einer Erprobung für beide Seiten (S. 198 f.). Besonders plausibel erscheint zudem der Gedanke einer „Abkehr von einer Dauerperspektive“ zugunsten einer zeitlichen Strukturierung. Der zweieinhalbjährige Zeitraum der Berufsbildungsphase wird bei einem Teil der Betroffenen als ausreichend beschrieben, um arbeitsbezogene Lernprozesse strukturiert anzubahnen, die zur Grundlage weiterer Berufswegeplanungen genutzt werden können.

Auf der Ebene der sozialen Rehabilitation überzeugt die unmittelbar aus den Forschungsergebnissen resultierende Anregung, die Anfangssituation differenziert zu gestalten, „gezielt die Weichen zu stellen“ (S. 208 f.). Dazu werden sogar einige methodische Empfehlungen gegeben. Zudem werden zu vielen spezifischen Fragen wie dem Umgang mit Fehlzeiten, dem Umgang

mit Grenzen oder dem Umgang mit Regeln plausible Handlungsprinzipien dargelegt (S. 217 ff.).

Zwei hier unter vielen weiteren hervorzuhebende Ideen auf der Ebene der beruflichen Rehabilitation sind der mögliche Einsatz von Beschäftigten aus dem neuen PK als Tutor(inn)en sowie die Erstellung eines Profilpasses, in dem Zertifikate, Tätigkeiten, Interessen, Fähigkeiten, Kompetenzen, Eigenschaften und Erfahrungen von Beschäftigten dokumentiert werden können. Die besondere Bedeutung des Sozialdienstes wird auf der personellen Ebene herausgearbeitet. Die konzeptionellen Vorschläge werden von – leider nur – vier Best-Practice-Beispielen abgerundet, die ausgezeichnete Anregungen für die Praxis enthalten.

Der Forschungsbericht schließt in *Teil E* mit einer Diskussion, in der vor allem noch einmal nicht zutreffende

Mythen und Thesen wie „in WfbM (werden) Menschen betreut (...), bei denen eine Behinderung ausgeschlossen ist und die damit fehlplatziert sind“ (S. 278) oder „Die Problematik der Beschäftigten aus dem neuen PK sei bei Vollbeschäftigung fast vollständig gelöst“ (S. 280) korrigiert.

Der vorliegende Forschungsbericht ist – dem komplexen Forschungsprojekt zufolge – sehr umfangreich und erscheint an einigen Stellen überreichlich differenziert. Mit seiner Veröffentlichung wurde eine dringend erforderliche und sehr differenzierte Diskussions-, Planungs- und Handlungsbasis für den großen Bereich der beruflichen Behindertenhilfe gelegt. Das Buch ist uneingeschränkt allen in Theorie und Praxis mit der Thematik befassten Personen zu Lektüre empfohlen.

Prof. Dr. Ulrike Matthe
Hochschule Hannover

143

Christoph Ratz (Hg.)

Verhaltensstörungen und geistige Behinderung

2012. Oberhausen: Athena. 348 Seiten. 29,50 € ISBN 978-3-89896-444-9

Man hat als Rezensent bei einem umfangreichen Herausgeber-Band so seine Schwierigkeiten. Über 340 Seiten, 21 Beiträge und nur wenig Platz für die Buchbesprechung. Auf alle Beiträge einzugehen, ist schier unmöglich. Gott sei Dank ermöglicht der Verlag auf seiner Internetseite mit dem Programm *libreka* einen Einblick in das Buch und dabei auch einen Überblick über das Inhaltsverzeichnis.

Für diese Besprechung bleibt genug, um auf übergreifende Aspekte und Detailinformationen einzugehen. Die im Buch aufgegriffene Problematik scheint seit Jahren zuzunehmen, zumindest rückt sie seit geraumer Zeit in das Blickfeld sonderpädagogischer Betrachtungen. Dabei ist die fachwissenschaftliche Auseinandersetzung tief verwurzelt in einer Tradition, die besonders geprägt wurde durch den Lehrstuhl „Pädagogik bei geistiger Behinderung und Pädagogik bei Verhaltensstörungen“ an der Ludwig-Maximilians-Universität München (seit der Erstberufung von Prof. Dr. Otto Speck im Jahr 1971 bzw. 1972). Und diese Tradition verbindet die beiden Sonderpädagogiken. Bei diesem historischen

Hintergrund darf man zumindest vorsichtig und kritisch fragen, was ein aktueller Band zum Thema Verhaltensstörungenpädagogik und Geistigbehindertpädagogik da neues vorstellen kann. Genau mit dieser skeptischen Fragestellung beginnt für den Leser des vorliegenden Buches ein spannender und erhellender Such- und Erkenntnisprozess – ein Prozess, der auch Bekanntes wiederfinden, überwiegend aber vorhandenes Wissen kritisch reflektieren lässt und dabei viele neue Erkenntnisse für einen herausfordernden Diskurs liefert.

Dieses Spannungspotenzial hängt einerseits mit der Grundkonzeption des Buches zusammen, andererseits wird es geschürt durch die sehr heterogene Auswahl der Autorinnen und Autoren der einzelnen Beiträge. Schon dafür sei dem Herausgeber *Christoph Ratz* gedankt. Das Konzept des Buches systematisiert Einzelbetrachtungen in den Kategorien „Begriffe und Grundlagen“, „Beiträge aus der Forschung“, „Konzepte in der Diskussion“ und „Erfahrungen aus der Praxis“. In dieser Struktur hat *Christoph Ratz* 21 Beiträge versammelt, die in ihren jeweiligen Schwer-

punkten auch Ausdruck dafür sind, mit welcher Vielfalt das Themenspektrum des Buches an sich in Theorie und Praxis verankert ist.

Aus dieser Vielfalt herausgegriffen, unterstreichen die folgenden Hinweise und Bezüge zu Einzelbeiträgen das Herausfordernde dieses Buches.

Im Vorwort begründet der Herausgeber bereits kurz den Rückgriff auf die Bezeichnung „Verhaltensstörungen“ für den Titel des Buches – ausgeführt anhand einer Definition von Mischker. Die Vielfalt an weiteren Bezeichnungen wird aber rasch deutlich beim Blick auf die Vielzahl der Beiträge, bei denen sich bereits der erste – von *Roland Stein* – um *Verhaltensauffälligkeiten* als sozial-emotionale Entwicklungsstörungen dreht. Komplexe Bedingungsgefüge im Themenfeld greifen z. B. Beiträge im Kontext evidenzbasierter Forschung (*Gerhard Schäd*) und diagnostischer Befunde (*Klaus Sarimski*) auf. Grundsätzliche Spannungsmomente zeigt auch *Michael Wagner* auf, wenn er Verhaltensänderungen im Kontext von Selbst- und Synreferenzialität darstellt.

Spezifische Forschungseinblicke liefern mehrere Beiträge, die Ergebnisse aus bayerischen Untersuchungen (*Dworschak, Kannevischer, Ratz & Wagner und Bundschuh, Gunnesch & Ottenlocher*) beisteuern. Auf ausgewählte genetische Syndrome und ihre Prävalenz für die Ausbildung psychischer Störungen geht *Klaus Sarimski* ein. Mit Rück-

griff auf drei Studien in Wien und München veranschaulichen *Gebhardt, Gererstorfer & Gasteiger-Klicpera* den Präventionsansatz „Friedensstiftertraining“. Ergebnisse ihrer Studie in drei Bundesländern zu Verhaltensauffälligkeiten zeigen *Wolfram Kulig & Georg Theunissen* auf. Wie Studierende in verschiedenen Lehramtsstudiengängen kritische Situationen rund um Verhaltensstörungen im Praktikum erleben, verdeutlicht der Beitrag von *Meyer, Tretter & Kiel*.

Den Reigen an Konzepten in pädagogischer Vielfalt eröffnen *Sybilie Kanne-wischer & Michael Wagner* mit ihrem Beitrag über den Förderansatz FESK. Sie steigen damit ein in die spannende Diskussion um das Thema Kompetenz im Allgemeinen und emotional-soziale Kompetenz im Besonderen. Darüber hinaus liefern sie einen Einblick in eine praktische Handreichung. Ein kooperatives Lehrertraining (*Reiter & Winkler*) und ein Stressbewältigungsansatz für Lehrer (*Froschauer, Gaschler & Welz*) reichern das Buch mit weiteren gezielten Angeboten für Lehrer an. Der Herausgeber *Christoph Ratz* greift als Autor den traditionsreichen individualpsychologi-

schen Ansatz der Ermächtigungspädagogik (begründet von Rudolf Dreikurs) auf.

Gleich drei schulische Konzepte stellen *Wolfgang Dworschak & Stefan Baier* vor: das Trainingsraum-Programm (TRP), Schulbegleitung und das Konzept der Sonderpädagogischen Stütz- und Förderklassen (SFK). Sie bieten somit anregende Hinweise in Richtung der pädagogischen Verantwortung der Lehrkraft und der Gestaltung der Schüler-Lehrer-Beziehung. Noch einmal geht es um Emotionen – und zwar um emotionale Intelligenz als Resilienzfaktor – im Beitrag von *Karolina Veil*, der in der Aufforderung mündet: Gefühle stützen!

Der anregende Gang durch den „Gebäudekomplex“ „Verhaltensstörung und geistige Behinderung“ führt in die „letzte Abteilung“: Praxis. Dort gibt es weitere spannende und „bedingt schweißtreibende“ Aktionen, die sich mit Klassenklima (*Jendryka, Siegel & Winkler*) und Klettern (*Anton Lamprecht*) befassen, die „Hardcore“ und „Kuschelschule“ unter einen Hut zu bringen versuchen (*Harnack & Arbeitskreis Mittelfranken*), die Sozialtraining durchaus locker

begreifen (*Dorothea Bräutigam & Herbert Schatz*) und die den Zusammenhang von Prävention und Intervention im Kontext körperliche und sexuelle Gewalt erläutern (*Holger Viehmann*).

Was bleibt am Ende des Buches? Wussten wir Fachleute es nicht sowieso, dass es aufgrund „der starken Heterogenität der Schülerschaft (...) unmöglich [erscheint], eine Rezeptur von pädagogischen Maßnahmen als Reaktion auf dieses oder jenes konkrete Verhalten zu entwerfen“ (*Dworschak & Baier*, S. 247)? Gerade deshalb ist die Lektüre des Buches so gewinnbringend, bietet das Buch doch einen großen und anregenden Fundus für genau den zu entwickelnden individuellen Umgang mit der Verbindung von Verhaltensstörung und geistige Behinderung. Verhaltenskreativ sollten Fachleute ja immer sein.

Dr. Werner Schlummer

Universität zu Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät, Lehrstuhl Pädagogik und Rehabilitation bei Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung

Klaus Grunwald, Christina Kuhn, Thomas Meyer, Anna Voss

Demenz bei Menschen mit geistiger Behinderung

Eine empirische Bestandsaufnahme

2013. Bad Heilbrunn: Klinkhardt. 244 Seiten. 18,90 € ISBN 978-3-7815-1888-9

Die Autor(inn)en setzen sich theoretisch und empirisch mit einem aktuellen, zentralen und zugleich in die Zukunft gerichteten Thema der Alten- und Behindertenhilfe auseinander: Der demografischen Entwicklung in Bezug auf Menschen mit geistiger Behinderung mit einer einhergehenden demenziellen Erkrankung und einer adäquaten fachlichen Begleitung. Dabei ist ihnen der Erhalt bzw. die Verbesserung der Lebensqualität der Bevölkerungsgruppe ein besonderes Anliegen.

Obwohl schon seit Jahren in der Debatte, fehlen in der Behindertenhilfe, erst recht aber in der Altenhilfe, einerseits die adäquate und vor allem prognostisch-theoretische Auseinandersetzung mit der spezifischen Themenstellung „geistige Behinderung und Demenz“, andererseits ebenso die empirischen Vergleichswerte sowie entsprechend aus-

gebaute und flächendeckende Angebotsstrukturen in der Praxis.

Insbesondere in Deutschland gibt es kaum wissenschaftliche Forschungsstudien in diesem Bereich. Insofern leistet der internationale Vergleich, aber hauptsächlich die eigene empirische Untersuchung des Autorenteams einen wichtigen Beitrag zur Debatte und fundierten Auseinandersetzung in Theorie und Praxis.

Die Autor(inn)en nehmen in ihrer Betrachtung vielfach die Perspektive der betroffenen Menschen mit geistiger Behinderung ein, stellen dabei den Bezug zur Sozialpolitik und zur Bedeutung der UN-Behindertenrechtskonvention her, vernachlässigen dadurch jedoch nicht die Sicht der Wissenschaft, Fachpraxis und der Angehörigen.

In der vorliegenden Veröffentlichung wird zunächst Wert auf eine sorgfältig zusammengetragene nationale und internationale Daten- und Forschungsgrundlage gelegt und explizit auf Fragestellungen der Diagnostik eingegangen (Kapitel 1 bis 3). Dies lässt sich auch durch das umfangreiche Quellenverzeichnis belegen. Die Autor(inn)en kritisieren hier unter anderem die international und national fehlende Beteiligung der Betroffenen.

Besonders hervorzuheben sind die Kapitel, die in der Schnittmenge zwischen der Alten- und Behindertenhilfe liegen, etwa hinsichtlich der palliativen Begleitung und der konzeptionellen Versorgung (Kapitel 4 bis 6), aber auch im Rahmen der eigenen Befunderhebung auf der Basis qualitativer Experteninterviews in beiden Arbeitsfeldern (Kapitel 7 und Anhang in Kapitel 10).

Insbesondere dadurch, dass zum Schluss des Werkes die Ergebnisse der theoretischen und empirischen Auseinandersetzung systematisch und umfassend zusammengeführt werden, schaffen *Grunwald, Kuhn, Meyer & Voss* eine geeignete Ausgangslage für die weitere fachliche Debatte und einen adäquaten Praxistransfer (Kapitel 8). Dies gelingt u. a. wohl auch dadurch, dass das Autorenteam aus Vertreterin-

nen und Vertretern aus Wissenschaft und Praxis besteht.

Die empirische Forschung hat vor allem ergeben, dass in den Einrichtungen eine explizite und vor allem perspektivische Planung fehlt. Konzeptionelle Ansätze und fachkollegialer Austausch finden nur rudimentär statt. Entscheidende Faktoren sind die jeweiligen individuellen und persönlichen Lebensumstände der Menschen mit geistiger Behinderung und demenzieller Erkrankung und darüber hinaus die gegebenen vorherig diagnostizierten Determinanten.

Bei der Diagnostik steht nach Ergebnislage der Abgleich von vorherigen und jetzigen Fähigkeiten an, sowie die Betrachtung veränderter und/oder auffälliger Verhaltensweisen. Geeignete Instrumente zur spezifischen diagnostischen Datenerhebung, die bislang weitgehend gefehlt haben, werden insbesondere in Kapitel 2 vorgestellt. Gerade

hierin liegt eine der Besonderheit des Werkes.

Die Autor(inn)en kommen zu dem Schluss, dass im Moment Einrichtungen der Behindertenhilfe der betrachteten Bevölkerungsgruppe, im Vergleich zur Altenhilfe, die geeignete(re) Form der (ambulanten und stationären) Begleitung bieten und begründen dies mit den praktischen Erfahrungswerten, dem spezifischen und personenzentrierten Ansatz und einem vorhandenem Raumkonzept. Dennoch wird auch hier ein erheblicher Verbesserungs- und Weiterentwicklungsbedarf festgestellt.

Für die Zukunft sollten Konzepte sowohl pflegewissenschaftliche als auch behindertenspezifische Ansätze zusammenführen. Für Fachkräfte besteht ein großer Bedarf an Fort- und Weiterbildung, Teambegleitung und unter Umständen an Supervision. Abstrahiert bedeutet dies ein fachliches Zusammenspiel der Disziplinen und Profes-

sionen und ein Abbild der durch die UN-Behindertenrechtskonvention und die Sozialgesetzgebung begründeten Leistungsansprüche im Bereich von Teilhabe und Pflege.

Zusammengefasst besteht die besondere Leistung der Autor(inn)en einerseits aus einem internationalen Vergleich und dem Übertrag auf die Bundesrepublik Deutschland und andererseits in der eigenen theoretischen und empirischen Herangehensweise, die in einem realitäts- und alltagsbezogenen Ausblick mündet, der konkrete Ansatzpunkte für die Praxis bietet und Aufgaben skizziert, ohne dabei zu überziehen oder zu überfordern.

Thomas Feistauer
Geschäftsführer des Landesverbandes
Baden Württemberg der Lebenshilfe
für Menschen mit Behinderung e. V.,
Stuttgart

Ulrich Heimlich

Gemeinsam von Anfang an

Inklusion für unsere Kinder mit und ohne Behinderung

2012. München: Reinhardt. 156 Seiten. 19,90 € ISBN 978-3-497-02294-6

„Das Thema Inklusion gehört in die Mitte unserer Gesellschaft! Es geht uns alle an“, schreibt *Ulrich Heimlich* in seinem Vorwort. Dieser Aussage kann man nur zustimmen und deshalb ist auch konsequent, dass sich sein Ratgeber an alle Eltern richtet, also nicht nur an Eltern von Kindern mit Behinderung, sondern ebenso an Eltern von Kindern ohne Behinderung.

Heimlich sieht Inklusion als wichtige „Reformaufgabe“. Durch seinen Ratgeber will er dazu einen Beitrag leisten. Dazu ist es notwendig zu informieren, denn Eltern haben ein berechtigtes Interesse zu erfahren, wie eine inklusive Bildungseinrichtung aussehen sollte, welche Vorteile das für ihre Kinder bringt und was sie zum Gelingen dieser Idee beitragen können.

Ulrich Heimlich benennt auch Vorurteile, Sorgen und Ängste, die mit dem Thema Inklusion einhergehen. Durch sein Buch erhalten Eltern jedoch auch eine Vielzahl weiterer Informationen. Das ist die Voraussetzung, gemeinsam diese „Reformaufgabe“ anzugehen und

vor Ort die notwendigen Maßnahmen auf dem Weg zur Inklusion in allen Lebensbereichen einzufordern. Nur wer gut informiert ist, kann dann auch eine Entscheidung treffen und Neues mitgestalten.

Was interessiert nun Eltern? Eltern wollen Antworten auf Fragen wie: Macht mein Kind auch genug Lernfortschritte, wenn es mit Kindern mit Behinderung zusammen zur Schule geht? Wird mein Kind nicht vernachlässigt, wenn sich die Erzieherinnen oder die Lehrkräfte mehr um Kinder mit Behinderung kümmern müssen? Was wird unter dem Begriff sonderpädagogischer Förderbedarf verstanden?

Heimlich gibt darauf selbstverständlich Antworten und er beruhigt die Eltern durch Aussagen wie: „Inklusion hat positive Auswirkungen für alle Beteiligten. – Auch Kinder ohne Behinderung profitieren: Sie erwerben soziale Kompetenz.“

Bereits anhand des Inhaltsverzeichnisses können interessierte Eltern fest-

stellen, dass das Buch klar strukturiert ist. Es gibt einen Überblick über die UN-Behindertenrechtskonvention und die einzelnen Lebensbereiche:

- > Gemeinsam beginnen? – Krippe und Kindergarten
- > Schule für alle? Oder: Vielfältige Bildungswege?
- > Was kommt nach der Schule? – Berufliche Inklusion
- > Auf eigenen Füßen stehen? – Gemeinsam leben!

Neben den grundlegenden Informationen zum jeweiligen Schritt auf dem inklusiven Bildungsweg enthalten alle Kapitel Praxisbeispiele oder Fallbeispiele. Die Checklisten für inklusive Bildungseinrichtungen sollen dann die Wahl einer Einrichtung erleichtern.

Ein Beispiel sei hier angeführt: Woran können Eltern eine inklusive Schule erkennen? „Eine inklusive Schule heißt alle Schüler unabhängig von ihrer Behinderungsart und ihrer sozialen Herkunft willkommen.“ Durch solche Aussagen wird Eltern das Thema Inklusion näher gebracht. Gleichzeitig werden sie damit eingeladen, den Weg der Inklusion mitzugestalten und zu beschreiten. Aber *Heimlich* schiebt dabei die Realität, die geprägt ist durch Vorurteile und fehlende Informationen, nicht beiseite, sondern schildert sie in den Praxisbeispielen. Darauf aufbauend zeigt er auch Lösungsmöglichkeiten auf. So sind im Text Tipps zu finden,

mit denen er die Eltern direkt auffordert zu handeln.

Durch die angeführten Internetseiten wird es den Eltern zudem ermöglicht, sich bei einzelnen Schwerpunkten weiter zu informieren. Mit dem Traum von einer inklusiven Stadt, der Geschichte von Dromstaedt, in der es keine Sondereinrichtungen mehr gibt, schließt *Heimlich* seinen Ratgeber ab.

Besonders interessant dürfte für Eltern der Serviceteil des Buches sein. Er umfasst Hinweise auf wichtige Rechtsgrundlagen und Kontaktadressen zu Elternverbänden sowie Literaturemp-

fehlungen zum Weiterlesen und Filmtipps. Fachausdrücke sind im Text mit einem „*“ gekennzeichnet und dann im „Kleinen ABC der Inklusion“ im Serviceteil am Schluss kurz erläutert.

Das Buch von *Ulrich Heimlich* erfüllt das Ziel, ein Ratgeber für alle Eltern zu sein. Verständlicherweise werden aber eher die Eltern von Kindern mit Behinderung zu den Leser(inne)n gehören. Sie haben – wenig überraschend – sehr großes Interesse am Thema Inklusion und bekommen durch das Buch viele wichtige und nützliche Informationen präsentiert. Dabei geht es nicht nur um die schulische Inklusi-

on, sondern auch um Perspektiven der beruflichen Inklusion und des gemeinsamen Lebens in einer inklusiven Stadt.

Aber auch Fachleuten, Erzieherinnen und Erzieher, Sozialpädagogen und Pädagoginnen, die sich auf dem Weg zur Inklusion machen wollen, könnte das Buch den Einstieg in das Thema erleichtern.

Bärbel Kehl-Maurer
Vorsitzende des Bundeselternrats der
Bundesvereinigung Lebenshilfe,
Nürtingen

BIBLIOGRAFIE

Barber, Gary

Sport inklusive

Grundlagen, Methoden und Konzepte
für inklusives Sporttraining und -unterricht
2013. Zirndorf: G&S Verlag. 224 Seiten. 29,95 €

Bienstein, Pia; Rojahn, Johannes

Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung

Grundlagen, Diagnostik und Intervention
2013. Göttingen: Hogrefe. 274 Seiten. 29,95 €

Chicoine, Brian; McGuire, Dennis

Gesundheit für Jugendliche und Erwachsene mit Down-Syndrom

2013. Zirndorf: G&S Verlag. 330 Seiten. 37,75 €

Dorrance, Carmen; Dannenbeck, Clemens

Doing Inclusion

Inklusion in einer nicht inklusiven Gesellschaft
2013. Bad Heilbrunn: Klinkhardt. 277 Seiten.
19,90 €

Heppenheimer, Hans; Sperl, Ingo

Anders trauern

Neue Wege des Trauerns für Menschen
mit geistiger Behinderung
2012. Freiburg: Kreuz. 299 Seiten. 19,99 €

Klauß, Theo; Terfloth, Karin (Hg.)

Besser gemeinsam lernen! Inklusive Schulentwicklung

2012. Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
224 Seiten. 19,00 €

Kreutz, Marcus; Lachwitz, Klaus;
Trenk-Hinterberger, Peter

Die UN-Behindertenrechts- konvention in der Praxis

Erläuterungen der Regelung und
Anwendungsgebiete
2012. Köln: Luchterhand. 364 Seiten. 32,00 €

Langner, Anke

Inklusion – eine „enorme“ Kraftanstrengung für Eltern

2012. Neu-Ulm: AG SPAK Bücher. 110 Seiten.
18,00 €

Maier-Michalitsch, Nicola; Grunik, Gerhard

Leben pur – Bildung und Arbeit von Erwachsenen mit schweren und mehrfachen Behinderungen

2013. Düsseldorf: selbstbestimmtes leben.
160 Seiten. 14,90 €

Möhler, Eva

Eltern-Säuglings-Psychotherapie

2013. München: Reinhardt. 180 Seiten. 29,90 €

Neuhäuser, Gerhard u. a. (Hg.)

Geistige Behinderung

Grundlagen, Erscheinungsformen und klinische
Probleme, Behandlung, Rehabilitation und
rechtliche Aspekte
2013. 4. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer. 508 Seiten.
54,90 €

Ochsner, Beate; Grebe, Anna

Andere Bilder

Zur Produktion von Behinderung in der
visuellen Kultur
2013. Bielefeld: transcript. 311 Seiten. 31,80 €

ohne Autor

kunstverrückt

2012. Dortmund: Druckverlag Kettler. 88 Seiten.
19,90 €

Schabert, Martina

Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit Autismus-Spektrum- Störung und hohem Assistenzbedarf

2012. Karlsruhe: von Loeper. 128 Seiten. 29,90 €

Schneider, Armin u. a. (Hg.)

Soziale Arbeit – Forschung – Gesundheit

Forschung: bio-psycho-sozial
2013. Leverkusen-Opladen: Barbara Budrich.
222 Seiten. 24,90 €

Slotke, Sina

Social Entrepreneurship als multidi- mensionales Phänomen

Ansatzpunkte zur Theorieentwicklung aus der
Perspektive Sozialer Arbeit
2013. Baden-Baden: Nomos. 104 Seiten. 19,00 €

Uebelhart, Beat; Zängl, Peter

Praxisbuch zu Social-Impact-Modell

2013. Baden-Baden: Nomos. 371 Seiten. 49,00 €

Uhlendorff, Uwe; Euteneuer, Matthias;
Sabla, Kim-Patrick

Soziale Arbeit mit Familien

2013. München: Reinhardt UTP. 212 Seiten.
24,99 €

VERANSTALTUNGEN

17. September 2013, Berlin

Partizipative Forschung

TeilhabeForschung im interdisziplinären Dialog,
Friedrichshainer Kolloquium 2013, Institut
Mensch, Ethik und Wissenschaft, www.imew.de

24. September 2013, Bad Arolsen

Im Leben der anderen sein – Menschen mit komplexer Behinderung in Zeiten der Inklusion

Rehazentrum Bathildisheim, www.bathildisheim.de

25. – 27. September 2013, Visselhövede

Gewaltsysteme und Systemgewalten

Über die Gewalt in der Arbeit mit geistig
behinderten Menschen, Rotenburger Werke
der Inneren Mission, Burkhard.Stahl@
rotenburgerwerke.de

30. September – 2. Oktober 2013, Braunschweig

Gemeinsam anders lehren und lernen – Wege in die inklusive Bildung

Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissen-
schaft, [www.tu-braunschweig.de/
schulpaedagogik/dge-tagung](http://www.tu-braunschweig.de/schulpaedagogik/dge-tagung)

3. – 5. Oktober 2013, München

6. Symposium Internationale Heil- und Sonderpädagogik

Auswirkungen seit dem Beschluss der
UN-Behindertenrechtskonvention,
Ludwig Maximilians Universität München,
www.edu.lmu.de/sechstes-symposium

8. – 12. Oktober 2013, Bern (Schweiz)

FICE Kongress 2013

Wege zur Inklusion – eine Herausforderung
für uns alle! FICE International,
www.fice-congress2013.ch

9. – 12. Oktober 2013, München / Fürstenfeld

8. Weltkongress Konduktive Förderung

www.ce-worldcongress2013.org

6. – 7. November 2013, Nürnberg

ConSozial 2013 – Soziales unterneh- men: Zwischen Grundsatz und Umsatz

www.consozial.de

7. – 8. November 2013, Kassel

Genetik – Chancen und Risiken für Menschen mit geistiger Behinderung

Gemeinsame Fachtagung der Deutschen Inter-
disziplinäre Gesellschaft zur Förderung der For-
schung für Menschen mit geistiger Behinderung
e. V. (DIFGB) und der Deutschen Gesellschaft
für seelische Gesundheit bei Menschen mit
geistiger Behinderung e. V. (DGSGB),
<http://difgb.de/fachtagungen.html>

7. – 9. November 2013, Erfurt

Psychiatrie ohne Einrichtungen – Sozialromantik oder sinnvolle Versorgungsperspektive?

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V., dgsp@netcologne.de

15. November 2013, Kassel

Fachtagung Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung („Doppeldiagnosen“)

Praktische, konzeptionelle und sozialpolitische
Herausforderung für die Behindertenhilfe, Die
Fachverbände für Menschen mit Behinderung,
www.diefachverbaende.de

19. November 2013, Berlin

Kommunale Teilhabe

TeilhabeForschung im interdisziplinären Dialog,
Friedrichshainer Kolloquium 2013, Institut
Mensch, Ethik und Wissenschaft, www.imew.de

20. – 22. November 2013, Thüringen (Suhl)

Fachtagung BAG UB 2013

Jahrestagung 2013 der Bundesarbeitsgemein-
schaft für Unterstützte Beschäftigung,
www.bag-ub.de

22. November 2013, Kassel

Empowerment und Teilhabe

Akademie der Versicherer im Raum der Kirchen,
Bundesverband evangelische Behindertenhilfe
e. V., Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie
e. V., Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft,
www.beb-ev.de

IMPRESSUM

Teilhabe – Die Fachzeitschrift der Lebenshilfe
(bis Ende 2008 Fachzeitschrift Geistige Behinderung, begründet 1961)
ISSN 1867-3031

Herausgeberin

Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.

Leipziger Platz 15, 10117 Berlin

Tel.: (0 30) 20 64 11-0

Fax: (0 30) 20 64 11-204

www.lebenshilfe.de

teilhabe-redaktion@lebenshilfe.de

Redaktion

Dr. Theo Frühauf (Chefredakteur)

Dr. Markus Schäfers (Geschäftsführender Redakteur)

Andreas Zobel, Roland Böhm

Tel.: (0 30) 20 64 11-123

Redaktionsbeirat

Prof. Dr. Clemens Dannenbeck, Landshut; Prof. Dr. Klaus Henricke, Bochum

Prof. Dr. Thomas Hülshoff, Münster; Prof. Dr. Theo Klauß, Heidelberg

Prof. Dr. Bettina Lindmeier, Hannover; Prof. Dr. Sabine Lingenauber, Fulda

Prof. Dr. Heike Schnoor, Marburg; Prof. Dr. Monika Seifert, Berlin

Prof. Dr. Wolfgang Wasel, Ravensburg-Weingarten; Prof. Dr. Norbert Wohlfahrt, Bochum

Bezugsbedingungen

Erscheinungsweise viermal im Jahr.

Jahresabonnement einschließlich Zustellgebühr und 7 % MwSt.:

- Einzelheft: 10,- €

- Abonnement Normalpreis: 36,- €

- Abonnement Mitgliedspreis: 28,- €

- Sammelabonnement (ab 10 Exemplaren): 20,- €

- Abonnement Buchhandlungen: 23,40 €

- Studentenabonnement: 18,- €

Wir schicken Ihnen gern ein kostenloses Probeheft.

Das Abonnement läuft um 1 Jahr weiter, wenn es nicht 6 Wochen vor Ablauf des
berechneten Zeitraums gekündigt wird.

Abo-Verwaltung: Hauke Strack,

Tel.: (0 64 21) 4 91-123, E-Mail: hauke.strack@lebenshilfe.de

Anzeigen

Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 2 vom 01.06.2010, bitte anfordern oder im Internet
ansehen: www.lebenshilfe.de, Rubrik: Unsere Angebote

Anzeigenschluss: 1. März, 1. Juni, 1. Sept., 1. Dez.

Gestaltung

Aufischer, Schiebel. Werbeagentur GmbH, Hessenring 83, 61348 Bad Homburg

Druck

Druckhaus Dresden GmbH, Bärensteiner Str. 30, 01277 Dresden

Hinweise für Autorinnen und Autoren

Manuskripte, Exposés und auch Themenangebote können eingereicht werden bei:
Bundesvereinigung Lebenshilfe, Redaktion „Teilhabe“, Leipziger Platz 15, 10117 Berlin,
bevorzugt per E-Mail an: teilhabe-redaktion@lebenshilfe.de.

Für genauere Absprachen können Sie uns auch anrufen: (0 30) 20 64 11-123.

Für die Manuskriptstellung orientieren Sie sich bitte an den Autorenhinweisen, die
Sie unter www.zeitschrift-teilhabe.de finden. Entscheidungen über die Veröffentli-
chung in der Fachzeitschrift können nur am Manuskript getroffen werden. Ggf.
ziehen wir zur Mitentscheidung auch Mitglieder des Redaktionsbeirats oder weiteren
fachlichen Rat heran. Redaktionelle Änderungen werden mit den Autor(inn)en, die
letztlich für ihren Beitrag verantwortlich zeichnen, abgesprochen. Beiträge, die mit
dem Namen der Verfasserin bzw. des Verfassers gekennzeichnet sind, geben deren
Meinung wieder. Die Bundesvereinigung Lebenshilfe ist durch diese Beiträge in ihrer
Stellungnahme nicht festgelegt. Für unverlangt eingesandte Manuskripte kann keine
Haftung übernommen werden. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, sind vorbehalten.
Nachdruck erwünscht, die Zustimmung der Redaktion muss aber eingeholt werden.

ANZEIGE

Die Lebenshilfe unterstützt mit der Fachzeitschrift Teilhabe die wissenschaftliche Theoriebildung und Entwicklung von Fachkonzepten zum Thema Behinderung. Diese erscheint vierteljährlich in den Rubriken Wissenschaft und Forschung, Praxis und Management sowie einer Infothek mit Buchbesprechungen und weiteren aktuellen Hinweisen.

Die Teilhabe ist jetzt auch als E-Paper mit weiteren Zusatzfunktionen als App (iOS oder Android) und für Desktops verfügbar.

AB SOFORT AUCH ALS E-PAPER



WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG

PRAXIS UND MANAGEMENT

INFOTHEK

Jetzt bestellen unter: www.zeitschrift-teilhabe.de

Teilhabe