Klaus Hennicke
(Hrsg.)

Psychologie und geistige Behinderung

Dokumentation der Fachtagung der DGSGB
vom 29.9. bis 1.10.2005
in der Pädagogischen Hochschule Heidelberg

Materialien der DGSGB
Band 12

Berlin 2006

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte Informationen sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar.

ISBN 3-938931-13-2

® 2006 Eigenverlag der DGSGB, Berlin
Internet: klaus.hennicke@gmx.de
1. Aufl. 2006

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne vorherige schriftliche Einwilligung des Verlages öffentlich zugänglich gemacht werden. Dies gilt auch bei einer entsprechenden Nutzung für Lehr- und Unterrichtszwecke.
Printed in Germany.
Druck und Bindung: Copyhaus Vervielfältigungs GmbH Berlin

Psychologie und geistiger Behinderung

Dokumentation der Fachtagung der DGSGB vom 29.9. bis 1.10.2005 in der Pädagogischen Hochschule Heidelberg

Inhaltsverzeichnis

Seite

Vorwort des Herausgebers **6**

Prävalenz von Verhaltenauffälligkeiten

Georg Theunissen, Kerstin Schirbort und Wolfram Kulig **7**
Verhaltensauffälligkeiten und Stärken bei Menschen mit geistiger Behinderung in Wohneinrichtungen der Lebenshilfe e. V. - Eine Studie aus Sachsen-Anhalt

Der schulische Kontext

Frauke Janz **22**
Schulische Bildung von Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung – eine Herausforderung für multiprofessionelle Teams

Theo Klauß **35**
Wie wird die Qualität der schulischen Bildung von SchülerInnen mit (schwerer) geistiger Behinderung 'gesichert'?

Ambulante Förderung und Therapie

Torsten Holm **50**
Ambulantes heilpädagogisch-(psycho)therapeutisches Angebot für Menschen mit geistiger Behinderung

Birgit Arndt **61**
Autismo, Praxis Autismus Therapie - Ein kommunikations- und erlebnisorientiertes systemisches Konzept - auch zur Förderung von erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung

Ellen Scholz **69**
Ambulante Psychotherapie mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen im Rahmen des SGB VIII

Tobias Buchner **73**
„…dass du alles sagen kannst, was du denkst, und dass du dich nicht zurückhalten sollst und so…“ - Psychotherapie aus der Sicht von Menschen mit geistiger Behinderung

Förderung, Beratung und Therapie im stationären Kontext

Gudrun Dobslaw **87**
Individuelle Hilfeplanung in der Behindertenhilfe als Voraussetzung für Inklusion - praxisbezogene Überlegungen
Monika Lang **96**
Psychologische und diagnostische Fragestellungen und Methoden im Rahmen des Projekts InDiPro - Interdisziplinäre Diagnostik und individuelles Programm für Jugendliche und Erwachsenen mit einer geistigen Behinderung
Hermann Kolbe **106**
Diagnostik und Prävention in der Arbeit mit Menschen mit schweren geistigen Behinderungen
Sabine Behrend und Sabine Obermann **116**
Pilotstudie zur Entwicklung eines Trainings sozialer Fertigkeiten für Menschen mit geistiger Behinderung
Christian Janßen **125**
„Man muss erst verwickelt sein, um sich entwickeln zu können“ - Erfahrungen mit einer angeleiteten Angehörigen-Selbsthilfegruppe für Eltern und Geschwister von Menschen mit geistiger Behinderung
Michael Endermann **135**
Das Brief Symptom Inventory (BSI) bei Menschen mit leichter intellektueller Behinderung und Epilepsie in stationärer Betreuung
Friedrich Dieckmann **141**
Therapeutische Wohngruppen für Erwachsene mit schwerwiegendem herausforderndem Verhalten - Evaluation eines Modellversuchs
Robert Pill **162**
Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von psychisch kranken Menschen mit einer Entwicklungsstörung in der Westfälischen Klinik Psychiatrie Dortmund (Hs. 30)

Umgang mit Gewalt

André Heinrichs **165**
Professioneller Umgang mit Gewaltsituationen - Bericht vom Workshop 10
Cornelia Neumann **169**
„Nicht verzagen – beherzt wagen“ - Aktiv gegen sexualisierte Gewalt in Einrichtungen - Bericht vom Workshop 12
Michaela Wegener **171**
Konstruktive Konfliktbearbeitung mit Menschen mit geistiger Behinderung: „Gewaltfrei Leben und Arbeiten“ (GELA)

Alkohol und Sucht

Georg Theunissen und Michael Schubert **181**
Alkoholismus und geistige Behinderung
Marja Kretschmann-Weelink **200**
Modellprojekt „Menschen mit geistiger Behinderung und einer Alkoholproblematik“

Vorwort des Herausgebers

Die vorliegenden Beiträge wurden von Referenten aus den Symposien und Workshopleitern zur Verfügung gestellt, die unserer Aufforderung gefolgt sind, sich an einem weiteren Tagungsband[1] zu beteiligen. Sämtliche eingereichten Beiträge wurden aufgenommen. Allen AutorInnen sei an dieser Stelle noch mal sehr herzlich für ihre Mitarbeit gedankt.

Es ergab sich eine bunte Mischung von Berichten aus wissenschaftlichen Projekten, aus Praxisprojekten in der ambulanten heilpädagogischen und (psycho-) therapeutischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung, über die offenbar sehr intensiven Anstrengungen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe, den dort lebenden Menschen Angebote der persönlichen Weiterentwicklung zu machen zu mehr Teilhabe, Selbstbestimmung und Inklusion sowie über das nach wie vor aktuelle Thema der Gewalt bzw. des Umgangs mit Gewalt in Einrichtungen. Auch der schulische Kontext, der gewöhnlich in solchen Readern nicht vorkommt, ist mit zwei Beträgen vertreten. Abschließend wird das zunehmend wichtige Thema des Alkoholmissbrauchs bei Menschen mit geistiger Behinderung diskutiert.

Es finden sich einige sehr interessante und anregend erzählte Berichte über Praxisprojekte und Erfahrungen, einige eher stichwortartige Zusammenfassungen von Workshops, aber auch Beiträge in der ausgearbeiteten Form wissenschaftlicher Publikationen. Allen gemeinsam ist das Bemühen, die insgesamt sehr schwierige und wissenschaftlich hierzulande nicht mal in Ansätzen durchdrungene Thematik „Lebensbedingungen, Lebensformen und Lebensäußerungen von Menschen mit geistiger Behinderung“ differenziert, parteiisch, aber nicht auf nur eine Sichtweise verkürzt, darzustellen. Es wird eine engagierte Aktivität und lebhafte Diskussion über die fachlichen und professionellen Grenzen hinweg deutlich – was schon auf dem Kongress selbst sichtbar wurde. Für den Vorstand der DGSGB stand es daher sehr schnell fest, diesen weiteren Tagungsband herauszugeben.

Berlin, im Februar 2006
Klaus Hennicke

[1] Die Veröffentlichung der Hauptreferate des Kongresses erfolgt an anderer Stelle: KLAUß, Th. (Hrsg.)(2006): Geistige Behinderung – Psychologische Sichtweisen. Universitätsverlag Winter, Heidelberg (im Druck).

Verhaltensauffälligkeiten und Stärken bei Menschen mit geistiger Behinderung in Wohneinrichtungen der Lebenshilfe e. V.

Eine Studie aus Sachsen-Anhalt

Georg Theunissen, Kerstin Schirbort und Wolfram Kulig

Einleitende Bemerkungen

Im vorliegenden Beitrag werden Ergebnisse einer empirischen Untersuchung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern[2] in Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung zum Thema Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung vorgestellt. Dabei beschränkt sich dieser Artikel auf eine Darstellung der Prävalenzen und der hauptsächlichen Zusammenhänge. Umfangreichere Auswertungen dieser Studie werden in nächster Zeit publiziert.

Grundsätzliches Ziel war die Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung, die in Wohneinrichtungen unter Trägerschaft der Lebenshilfe leben. Um eine einseitige Betrachtung eines Menschen ausschließlich vor dem Hintergrund von Defiziten zu vermeiden (kritisch hierzu THEUNISSEN 2000), wurde gleichfalls die Ausprägung individueller Stärken und Kompetenzen erfasst. Diese Stärken und Kompetenzen sollen im Zusammenhang mit den erfassten Verhaltensauffälligkeiten und anderen Merkmalen untersucht werden, um ein umfassenderes und genaueres Bild dieses vieldiskutierten Phänomens zu entwickeln. So soll unter anderem untersucht werden:

- Welche Verhaltensauffälligkeiten zeigen Menschen mit geistiger Behinderung in Wohneinrichtungen nach Einschätzung ihrer Mitarbeiter? Wie häufig treten Verhaltensauffälligkeiten auf?
- Lassen sich Zusammenhänge zwischen der Häufigkeit und Ausprägung von Verhaltensauffälligkeiten und dem Geschlecht, Alter, einer zusätzlichen Behinderung, dem Schweregrad der Behinderung (Assistenzbedarf) sowie der Kommunikationsfähigkeiten eines Betroffenen erkennen?
- Welche Unterstützungsmöglichkeiten und Hilfen erhalten Mitarbeiter im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten? Entsprechen tatsächlich erhaltene Unterstützungsformen den Erwartungen (Bedarf) und Wünschen der Mitarbeiter?
- Welche Stärken und Kompetenzen werden von Mitarbeitern bei Menschen, die mehr oder weniger als verhaltensauffällig gelten, wahrgenommen? Wie stark sind die Stärken und Kompetenzen ausgeprägt?

[2] Im Folgenden wird der Einfachheit halber die männliche Schreibweise (Mitarbeiter etc.) benutzt. Personen weiblichen Geschlechts sind dabei mitgedacht.

- Lassen sich Zusammenhänge zwischen ihrer Ausprägung und dem Geschlecht, Alter, einer zusätzlichen Behinderung, dem Schweregrad der Behinderung (Assistenzbedarf) sowie den Kommunikationsfähigkeiten eines Betroffenen erkennen?

Zur Studie

Zur Klärung der genannten Fragen wurde im Jahre 2001/2002 in allen Wohneinrichtungen von Lebenshilfe-Organisationen im Land Sachsen-Anhalt eine Studie mit 2 Fragebogen durchgeführt.

I. Allgemeinbogen:

- Angaben zur Person des Ausfüllers (mit wem wurde der Fragebogen ausgefüllt; Funktion; Ausbildung)
- Fragen zur Wohngruppe (Größe; Assistenzbedarf; Anzahl der Personen mit Verhaltensauffälligkeiten)
- Fragen hinsichtlich des Umgangs mit Verhaltensauffälligkeiten (Belastungsempfinden; erhaltene und erwünschte Unterstützung)

II. Individualbogen

- Angaben zur einzelnen Person, die als verhaltensauffällig gilt (Geschlecht; Alter; Art und Schweregrad der Behinderung; Einnahme von Psychopharmaka; Kommunikationsfähigkeiten; bestehender Kontakt zu Bezugspersonen oder Institutionen)
- Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten (im Sozialverhalten, im psychischen Bereich, im Arbeits- und Leistungsbereich, gegenüber Sachobjekten, im somatisch-physischen Bereich und autoaggressives Verhalten)
- Erfassung von Stärken, Kompetenzen und sog. positiven Botschaften (im Sozialverhalten, im psychischen Bereich, im Arbeits- und Leistungsbereich, im somatisch-physischen Bereich und im Bereich der Identität)
- Abschließende Beurteilung der Verhaltensauffälligkeiten und Stärken

Beschreibung der Gesamtstichprobe

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine Vollerhebung in allen Wohneinrichtungen der Lebenshilfe-Organisationen im Land Sachsen-Anhalt. Zielgruppe der Befragung waren die jeweiligen leitenden Mitarbeiter, die pro Gruppe jeweils einen Allgemeinbogen und für jede als verhaltensauffällig geltende Person einen Individualbogen bearbeiten sollten. An der Befragung beteiligten sich 24 Wohneinrichtungen, sieben Außenwohngruppen und drei betreute Wohngruppen. Insgesamt füllten 85 Wohngruppen einen Allgemeinbogen aus. Die Individualbögen sollten nur für Personen ausgefüllt werden, die von den Mitarbeitern als verhaltensauffällig charakterisiert wurden. Dies geschah um diese Gruppe detaillierter zu untersuchen, als es mit einer größeren Stichprobe (alle Bewohner der Wohnheime) möglich gewesen wäre, denn eine größere Zahl von Fragebögen war forschungspraktisch nicht umzusetzen. In den genannten Wohngruppen wurden Individualbögen für 241 Personen ausgefüllt.

Zur genaueren Beschreibung der untersuchten Population sollen im Folgenden erste Ergebnisse anhand strukturierender Fragen dargestellt werden.

Wer hat die Fragebögen ausgefüllt?

Ca. 70% der Befragten waren Gruppenleiter. Die Mehrheit der Befragten (etwa 65%) gab an, die Fragebögen gemeinsam mit einer Kollegin bzw. einem Kollegen ausgefüllt zu haben. Wenn wir den Ausführungen von THEUNISSEN, PLAUTE & NEUBAUER (2003) folgen, wonach ein differenziertes Diskursverfahren objektivere Ergebnisse erwarten lässt als eine bloße Individualbefragung, kann dieser Aspekt hinsichtlich der Validität der Untersuchungsergebnisse als positiv bewertet werden. Die Personen (N=25), die nicht Gruppenleiter der Wohngruppe waren, gaben an, als Mitarbeiter (Betreuer, Assistent, Erzieher) im Gruppendienst tätig zu sein. In drei Fällen wurden die Fragebögen von der Leiterin einer Wohneinrichtung bearbeitet. Ca. 17% der Gruppenleiter und 28% der Co-Ausfüller gaben an, nicht über eine pädagogische Ausbildung zu verfügen. Demnach verfügt – und das kann positiv gewertet werden - die große Mehrheit der Befragten über eine pädagogische Ausbildung.

In welchen Arten von Wohngruppen leben die Menschen mit geistiger Behinderung? (Alle befragten Wohngruppen (85) wurden einbezogen.)

Art der Wohngruppe	Häufigkeit	Prozent
Wohnheimgruppen	75	88,2
Außenwohngruppen	7	8,2
betreute Wohngruppen	3	3,5
Gesamt	85	100,0

Wie verteilt sich die Größe der Wohneinrichtungen und Wohngruppen?

Die Größe der Wohneinrichtungen variiert zwischen 3 Plätze (ambulant betreutes Wohnen) bis 54 Plätze. Der Tabelle ist die Gruppenstärke in den Wohnheimen zu entnehmen. Hierzu sei gesagt, dass sich die Wohngruppe mit 25 Plätzen dadurch

Zahl der Bewohner in der Gruppe	Anzahl der Gruppen mit dieser Bewohnerzahl	Prozent der Gruppen mit dieser Bewohnerzahl
3	1	1,4
4	2	2,9
5	1	1,4
6	13	18,8
7	9	13,0
8	22	31,9
9	8	11,6
10	11	15,9
11	1	1,4
25	1	1,4
Gesamt	69	100,0

ergibt, dass in einer Einrichtung nicht in Wohngruppen differenziert wird. Ansonsten wird deutlich, dass die weitaus meisten Gruppen über 6 Plätze ausweisen. Internationalen Studien zufolge muss diese Größenordnung in Bezug

auf Selbstbestimmungsmöglichkeiten betroffener Personen kritisch gesehen werden (dazu THEUNISSEN 2005a).

Wie ist der Assistenzbedarf der Bewohner verteilt? (Einbezogen wurden alle Personen in den befragten Gruppen, zu deren Assistenzbedarf im Allgemeinbogen Informationen vorlagen N=526)

Vonseiten der Befragten wurden 21,7% (N=114) aller erfassten Bewohner mit einem niedrigen Assistenzbedarf (im Sinne einer leichten geistigen Behinderung), 35,5% (N=187) mit einem mittleren und 42,8% (N=225) mit einem hohen (i. S. einer schweren und schwersten Behinderung) ausgewiesen. Diese Assistenzbedarfe verteilen sich wie folgt auf die verschiedenen Einrichtungsarten:

	Zahl der Personen mit geringem Assistenzbedarf	**Zahl der Personen mittlerem Assistenzbedarf**	**Zahl der Personen hohem Assistenzbedarf**
betreutes Wohnen	6	3	0
Außenwohngruppe	15	35	5
Wohnheim an WfbM	79	142	148
Wohnheim für Menschen mit wesentlichen geistigen und wesentlichen mehrfachen Behinderungen	14	7	72

Was die Angaben zum Assistenzbedarf betrifft, so handelt es sich hierbei ausschließlich um subjektive Einschätzungen durch die Befragten, denen keine detaillierten Einteilungskriterien vorgegeben wurden. Dass so viele Personen, die in an WfbM angegliederten Wohnstätten leben, mit einem hohen Assistenzbedarf ausgewiesen werden, ist somit dem subjektiven Beurteilungsfaktor (möglicherweise auch der impliziten Interessenlage von Mitarbeitern) geschuldet. Beobachtungen und Erkenntnisse aus fachwissenschaftlicher Sicht führen hingegen häufig zu anderen Ergebnissen, die sich mit Angaben aus WfbM decken. Bekanntlich finden nämlich Menschen mit hohem Assistenzbedarf (i. S. e. schweren und schwersten geistigen und mehrfachen Behinderung) in WfbM Sachsen-Anhalts nur selten eine Aufnahme – weshalb dieser Personenkreis dann auch nicht in angegliederten Wohneinrichtungen wohnen dürfte.
Hinsichtlich der Zusammensetzung der einzelnen Wohngruppen zeigt sich folgendes Bild: Nach Angaben der Befragten sind 23 Wohngruppen heterogen zusammengesetzt, in 11 Gruppen leben nur Bewohner mit hohem Assistenzbedarf (davon eine Einrichtung mit 8 Gruppen), und in 20 Gruppen wohnen Personen mit mittlerem und hohem Assistenzbedarf. In den übrigen Gruppen leben Bewohner mit überwiegend niedrigem oder mittlerem Assistenzbedarf.

Wie viele Bewohner werden von den Befragten als verhaltensauffällig beurteilt?

Insgesamt leben in den befragten Wohngruppen 623 Personen. Von diesen wurden 272 als verhaltensauffällig eingeschätzt. Dies entspricht einem Anteil von 43,6%. Dieser Wert deckt sich mit unseren repräsentativen Lehrerbefragungen (THEUNISSEN & SCHIRBORT 2003) und er entspricht auch einigen Stichproben aus dem außerschulischen Bereich, die vor allem in klinischen Institutionen durchgeführt wurden (dazu LOTZ & KOCH 1994). Bezogen auf die Anzahl der Bewohner mit Verhaltensauffälligkeiten pro Wohngruppe zeigte sich im Rahmen der Auswertung, dass in 6 Gruppen alle Bewohner als verhaltensauffällig beurteilt wurden.

Welche Unterstützung im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten erhalten Mitarbeiter in den Wohngruppen und welche Form der Unterstützung wüschen Sie sich?

Ca. 90% aller befragten Gruppenmitarbeiter gaben an, Unterstützung durch ihre Gruppenleitung zu erhalten, was auch den Erwartungen entspricht. Gleichfalls gaben 90% aller Befragten an, eine Unterstützung durch ihr Team zu bekommen. Ca. 66% aller Befragten gaben an, Unterstützung durch Weiterbildung zu erhalten. Dagegen erhielten nur knapp 30% aller Befragten Unterstützung durch Supervision. 66% aller Befragten erwarten hingegen Supervision. Ferner bekommen nur ca. 28% aller Befragten Unterstützung durch externe Fachberatung, erwünscht wird diese Hilfe hingegen von über 90% der Befragten.
Alles in allem machen diese Ergebnisse deutlich, dass Mitarbeiter im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten in erster Linie auf vorhandene Ressourcen zurückgreifen, indem sie interne Unterstützungsangebote und –möglichkeiten nutzen. Da jedoch die Reichweite dieser Ressourcen begrenzt ist, besteht ein deutlicher Wunsch nach externen Unterstützungsformen (z. B. Supervision oder Beratung). Als notwendig erweist sich somit der Ausbau externer Beratungs- und Weiterbildungsangebote.

Beschreibung der Stichprobe von Personen mit Verhaltensauffälligkeiten hinsichtlich allgemeiner Merkmale und beobachteten auffälligen Verhaltens

Die folgenden Angaben beziehen sich nur auf die Personen, die von den Gruppenleitern bzw. -mitarbeitern als verhaltensauffällig beurteil wurden. Insgesamt wurde für 241 Personen ein Individualbogen ausgefüllt (für 31 Bewohner, die in den Allgemeinbögen als verhaltensauffällig ausgewiesen wurden, wurde kein Individualbogen bearbeitet).

Zum Geschlecht der Betroffenen:

65% aller Personen, die als verhaltensauffällig benannt wurden, sind männlichen Geschlechts, entsprechend sind 35% weiblich. Dieser Wert deckt sich mit anderen repräsentativen Stichproben (THEUNISSEN & SCHIRBORT 2003). Die

Schlussfolgerung, dass es hierbei einen geschlechtsspezifischen Unterschied gibt, kann jedoch nicht ohne weiteres getroffen werden, da von einer generellen Ungleichverteilung der Geschlechter in den Einrichtungen auszugehen ist.

Zum Alter der Betroffenen:

Die meisten der Personen, die in Lebenshilfe-Wohneinrichtungen in Sachsen-Anhalt leben und als verhaltensauffällig eingeschätzt werden, befinden sich im jüngeren bis mittleren Erwachsenenalter. Einer anderen Studie ist zu entnehmen, dass diese Altersangabe dem Durchschnittsalter der Bewohnerschaft in Wohneinrichtungen der Geistigbehindertenhilfe in Sachsen-Anhalt weithin entspricht (KULIG & THEUNISSEN 1999). Dies hängt u. a. mit dem „Entstehungsboom" vieler Einrichtungen in den 90er Jahren zusammen.

Alter	**Anzahl**	**Anzahl in Prozent**
6-20 Jahre	43	19,0
21-40 Jahre	122	54,0
41-60 Jahre	49	21,7
61-70 Jahre	12	5,3
Gesamt:	226	100,0

Häufigkeit und Art zusätzlicher Behinderungen zu einer geistigen Behinderung

39,2 % (N=94) der Bewohner mit Verhaltensauffälligkeiten (N=241) haben nach Aussagen der Mitarbeiter keine zusätzliche Behinderung zu einer geistigen Behinderung. Dieser Wert entspricht weithin dem Ergebnis aus einer anderen Stichprobe, die sich auf Schülerinnen und Schüler bezieht (THEUNISSEN & SCHIRBORT 2003).

Art der zusätzlichen Behinderung	**Häufigkeit**	**Prozent**
Autismus	13	5,4
Körperbehinderung	46	19,2
Sinnesbehinderung	89	37,1
anfallsgefährdet/ Epilepsie	54	22,5

Zum Assistenzbedarf der Betroffenen:

Die folgende Tabelle bildet den Assistenzbedarf der Bewohner mit Verhaltensauffälligkeiten ab. Um diese Population näher zu charakterisieren, ist in der letzten Spalte die prozentuale Verteilung des Assistenzbedarfes der aller erfassten Bewohner angegeben

	Bewohner mit Verhaltensauffälligkeiten		alle Bewohner
	Häufigkeit	Prozent	Prozent
niedriger Assistenzbedarf	37	15,9	21,7
mittlerer Assistenzbedarf	83	35,6	35,5
hoher Assistenzbedarf	113	48,5	42,8

Zur Einnahme von Psychopharmaka (ausgenommen Antiepileptika):

Ca. 56% aller Betroffenen erhalten nach Angaben der Befragten Psychopharmaka. Dabei besteht bei vielen der Betroffenen keine psychiatrische Diagnose. Dieses Ergebnis bestätigt daher die Beobachtung von DOSEN (1993, 99), dass Menschen mit geistiger Behinderung häufig auch aus anderen Gründen (z. B. bei Verhaltensauffälligkeiten oder prophylaktisch) Psychopharmaka verschrieben werden.

Zu den Kommunikationsfähigkeiten der Betroffenen:

Den Daten ist zu entnehmen, dass nach Angaben befragter Mitarbeiter etwa 30% aller Personen mit Verhaltensauffälligkeiten (erhebliche) Schwierigkeiten haben, sich sprachlich zu verständigen. Überprüft man den Zusammenhang von Kommunikationsfähigkeiten und Assistenzbedarf der Betroffenen ergibt sich ein signifikanter, mittelstarker Zusammenhang beider Variablen (Korrelationskoeffizient = ,40). Demnach sinken die verbalen Kommunikationsfähigkeiten mit Anstieg des Assistenzbedarfes (je höher der Assistenzbedarf um so niedriger die verbalen Kommunikationsfähigkeiten).
Interessant ist, dass der o. g. Wert von 30% sich mit Angaben deckt, die sich allgemein auf den Anteil der kaum oder nicht-sprechenden Personen in Bezug auf die Gesamtpopulation von Menschen mit geistiger Behinderung beziehen (dazu THEUNISSEN & ZIEMEN 2000). Vor diesem Hintergrund drängt sich der Verdacht auf, dass Personen, die sich kaum oder nicht-sprachlich äußern können, allzu leicht auch als verhaltensauffällig wahrgenommen und beurteilt werden. Wie es zu solchen Einschätzungen kommt (z. B. aufgrund origineller non-verbaler Kommunikationsformen oder aufgrund „unangepasster“ Mitteilungsbemühungen) wäre genauer zu prüfen.

	Häufigkeit	Prozent
Spricht	165	68,8
spricht kaum	28	11,7
spricht nicht aber verständigt sich durch Mimik, Gestik	35	14,6
spricht nicht (eine Verständigung durch Mimik ist nicht erkennbar)	12	5,0

Zur Frage der Bezugsbetreuung:

Bei 85% aller Betroffenen besteht nach Aussage der befragten Mitarbeiter eine sog. Bezugsbetreuung. Dieser Wert ist erfreulich, er sagt jedoch nichts über das Aufgabenprofil sowie über die Qualität einer Bezugsbetreuung aus. Eine Bezugsbetreuung kann nämlich vor dem Hintergrund des Umgangs mit

Verhaltensauffälligkeiten nur dann tragfähig sein, wenn sie sich als eine vertrauensvolle, verlässliche und dialogisch-konsultative Unterstützung definiert (dazu THEUNISSEN 2000; 2003).

Zum Kontakt zu anderen Bezugspersonen und Einrichtungen (WfbM, Eltern, gesetzliche Betreuer, Therapeuten, Jugend- und Sozialamt):

Bei der Aufbereitung dieser Frage wurde deutlich, dass in den überwiegenden Fällen (ca. 90%) ein persönlicher oder schriftlicher ein Austausch über die Verhaltensauffälligkeiten mit anderen relevanten Personen oder Institutionen stattfindet. Dieses Ergebnis ist erfreulich und deutet in Verbindung mit der eingangs genannten Inanspruchnahme interner Unterstützungsangebote darauf hin, dass die meisten der Befragten die Probleme bzw. Schwierigkeiten im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten als eine professionelle Herausforderung betrachten.

Zur Rangliste der Häufigkeit auffälligen Verhaltens:

Im Folgenden haben wir die 20 am häufigsten genannten Auffälligkeiten aufgelistet (insgesamt gab es 29 „vorgegebene“ und 5 „offene“ Items in Bezug auf Auffälligkeiten). Um zu einem differenzierten Bild zu gelangen, wurden die Mitarbeiter gebeten, das Vorkommen auffälligen Verhaltens im Hinblick auf die Häufigkeit mit folgender Skala für jede Person einzuschätzen: 0 = kommt gar nicht vor, 1=kommt höchstens einmal wöchentlich vor, 2=kommt mehrmals in der Woche vor, 3= kommt täglich vor, 4= kommt mehrmals am Tag vor. Die folgende Tabelle fasst dabei die Skalenwerte 1, 2, 3, 4 zusammen. Damit wird deutlich, dass die Tabelle lediglich eine Rangfolge des Auftretens bestimmter Verhaltensweisen bezüglich der Population abbildet, ohne das unterschiedlich häufige Auftreten (d. h. die Intensität) bei der Einzelperson zu berücksichtigen. Die hier gewählte Darstellung ist statistisch problematisch, da sie verschiedene Merkmalsausprägungen ohne Unterschied addiert, allerdings ermöglicht sie eine Überblick über das Auftreten von verschieden Verhaltensweisen überhaupt und eine Vergleich der Häufigkeiten dieser Verhaltensweisen miteinander. Der Schluss, dass bestimmtes Verhalten mit einem hohen Rangplatz problematischer oder schwieriger wäre als ein anderes mit einem niedrigeren Rangplatz ist also nicht zulässig.

Nach Einschätzung der Befragten traten Auffälligkeiten wie Stimmungsschwankungen, verbales Streiten, sozialer Rückzug, Apathie, respektloses Verhalten, leichte Ermüdbarkeit, körperliche Beschwerden, fehlende Hilfsbereitschaft und distanzloses Verhalten am häufigsten auf. Diese Ergebnisse unterscheiden sich zum Teil in erheblichem Maße mit Resultaten aus einer Schulerhebung (Theunissen & Schirbort 2003). Auffällig hohe Werte ergaben sich dort insbesondere für den Arbeits- und Leistungsbereich. Am häufigsten wurden dabei mangelnde Konzentration, mangelnde Ausdauer und Arbeitsunlust genannt. Ebenfalls sehr hohe Prozentanteile wie zum Teil bei der Befragung der Wohneinrichtungen ergaben sich für Schüler mit einer leichten Ermüdbarkeit, Stimmungsschwankungen und Streitverhalten, gefolgt von dem Anteil der Schüler mit mangelndem Selbstvertrauen, Apathie, respektlosem Verhalten gegenüber

Mitschülern, distanzlosem Verhalten sowie dem Anteil ängstlicher Schüler. Im Unterschied zu anderen Studien (dazu LOTZ & KOCH 1994, 28) und manchen Annahmen hält sich der Anteil von Personen mit selbstverletzendem Verhalten in beiden Erhebungen eher in Grenzen.

Rang	Auffälliges Verhalten	fehlende Angaben	Anzahl Bewohner	Prozent
1	Stimmungsschwankungen	1	207	86,2
2	Streiten (verbal)	2	160	66,9
3	sozialer Rückzug	4	159	67,1
4	respektloses Verhalten gegenüber Mitbewohnern	2	156	65,3
5	Apathie (lustlos, gleichgültig)	1	154	64,2
6	leichte Ermüdbarkeit	1	149	62,1
7	respektloses Verhalten gegenüber Mitarbeitern	1	143	59,6
8	körperliche Beschwerden (z.B. Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Übelkeit, Hautprobleme, Schwindelgefühle)	1	143	59,6
9	distanzloses Verhalten	4	134	56,5
10	Fehlende Hilfsbereitschaft	4	134	56,5
11	Ängstlich	2	117	49,0
12	mangelndes Selbstvertrauen	6	111	47,2
13	Weinen, Schreien, Jammern	1	103	42,9
14	fremdaggressives Verhalten (spucken, beißen, treten oder verletzen)	3	100	42,0
15	motorische Hyperaktivität	2	98	41,0
16	Weglauftendenzen (gruppenflüchtig)	5	96	40,7
17	ritueller, stereotyper Sachumgang	2	96	40,2
18	verstecken, verlegen oder wegwerfen von Objekten	2	87	36,4
19	zerstören, beschädigen von Objekten	1	81	33,7
20	geschickter Umgang mit Objekten (z.B. Kreiseln)	6	80	34,0

Beurteilung der Stärke des auffälligen Verhaltens der Bewohner

	Häufigkeit	Prozente
kaum verhaltensauffällig	65	27,1
verhaltensauffällig bis stark verhaltensauffällig	137	57,1
sehr stark verhaltensauffällig	37	15,4

Ergänzend zu den detaillierten Fragebatterien, die bisher im Vordergrund standen, wurden die Beurteiler am Ende des Fragebogens aufgefordert, eine

Gesamteinschätzung der Stärke der Verhaltensauffälligkeiten für den einzelnen Menschen mit Behinderung abzugeben (Einbezogen wurden 240 Personen).

Beschreibung der Stichprobe von Personen mit Verhaltensauffälligkeiten hinsichtlich beurteilter Stärken

Zur Erfassung der Stärken wurden die Mitarbeiter gebeten, die Ausprägung bestimmter Verhaltensweisen in den Bereichen Sozialverhalten, psychischer Bereich, Arbeits- und Leistungsbereich, somatisch-psychischer Bereich und Identität, die sich als Stärken auffassen lassen zu beurteilen. Im Unterschied zur Erfassung der Verhaltensauffälligkeiten, die auf die Häufigkeit beobachtbaren Verhaltens abzielte, stehen hier eher Beurteilungen von Ausprägungen im Vordergrund. Die Einschätzungen sollten auf einer Skala von 1 = sehr stark, 2=stark ausgeprägt, 3=kaum ausgeprägt, und 4=überhaupt nicht ausgeprägt eingeordnet werden. Analog zur Rangsliste der beobachteten Verhaltensauffälligkeiten wird im Folgenden eine Rangliste der beurteilten Stärken dargestellt. Auch hier ist der Messpunkt der ein Nichtvorliegen des Merkmals abbildet, nicht in die Abbildung einbezogen (4= überhaupt nicht ausgeprägt). Die anderen drei Messpunkte (1-3) wurden wiederum zusammengefasst. Damit bildet gleichfalls diese Tabelle lediglich eine Rangfolge der Häufigkeit der beurteilten Verhaltensweisen hinsichtlich der Population ab und lässt individuelle Merkmalsausprägungen unberücksichtigt. Auf die methodischen Probleme einer solchen Zusammenfassung wurde bereits verwiesen.

Rang	Stärken	fehlende Angaben	Anzahl Bewoh-ner	Prozent
1	eigene Kräfte benutzen können (z.B. zum Laufen, Rollstuhlfahren)	3	233	97,9
2	Emotionen zeigen (Freude, Angst, Trauer)	3	231	97,1
3	ist lustig (lacht, albert herum, ist humorvoll)	5	225	95,3
4	Willensbekundungen (Wünsche, Bedürfnisse äußern)		227	94,2
5	Wahrnehmung körperlicher Vorgänge	4	217	91,6
6	genießen können	3	214	89,9
7	körperliches Befinden ausdrücken können	3	214	89,9
8	sich nicht alles gefallen lassen	1	214	89,2
9	anderen vertrauen		212	88,0
10	sich körperlich entspannen können	3	209	87,8
11	andere um Hilfe bitten		209	86,7
12	kann von sich aus Beziehungen aufnehmen	2	199	83,3
13	soziales Interesse	1	201	83,3
14	Konflikte mit anderen konstruktiv lösen	1	192	83,3

15	sich selbst annehmen können	5	188	79,7
16	zeigt pro soziales Verhalten (z.B. Hilfsbereitschaft, kooperatives verhalten, einhalten sozialer Regeln)	1	189	78,8
17	kann sich psychisch entspannen	4	184	77,6
18	Ehrlichkeit	8	179	76,8
19	kann Beziehungen von sich aus aufrecht erhalten	1	178	74,2
20	mitentscheiden wollen	1	178	74,2
21	Selbstvertrauen (Vertrauen in die eigenen Ressourcen)	3	174	73,1
22	seine eigenen Fähigkeiten und Kräfte einschätzen können	4	170	71,7
23	Empathie	41	140	70,0
24	Gemeinschaftsgefühl	2	166	69,5
25	andere als gleichwertige Partner respektieren	2	156	65,3
26	Frustrationstoleranz	6	153	65,1
27	Kritikfähigkeit	3	140	58,8
28	gemeinsame Interessen vertreten	1	141	58,8
29	gemeinsame Interessen durchsetzen	1	130	54,2
30	ein realistisches Selbstbild haben	3	127	53,4

Werden hingegen nur Betroffene berücksichtigt, bei denen die Stärken ausgeprägt oder sehr stark ausgeprägt waren (nur Personen für die Meßpunkte 1 oder 2 angegeben wurden) zeigt sich eine andere Verteilung:

Rang	**Stärken**	**fehlende Angaben**	**Anzahl Bewoh-ner**	**Prozent**
1	eigene Kräfte benutzen können (z.B. zum Laufen, Rollstuhlfahren)	3	207	87,0
2	Emotionen zeigen (Freude, Angst, Trauer)	3	183	76,9
3	Willensbekundungen (Wünsche, Bedürfnisse äußern)		185	76,8
4	sich nicht alles gefallen lassen	1	164	68,3
5	Ist lustig (lacht, albert herum, ist humorvoll)	5	157	66,5
6	Wahrnehmung körperlicher Vorgänge	4	148	62,4
7	Körperliches Befinden ausdrücken können	3	140	58,8
8	genießen können	3	125	52,5
9	andere um Hilfe bitten		118	49,0
10	sich körperlich entspannen können	3	110	46,2

11	anderen vertrauen		110	45,6
12	sich selbst annehmen können	5	100	42,4
13	kann von sich aus Beziehungen aufnehmen	2	97	40,6
14	mitentscheiden wollen	1	95	39,6
15	soziales Interesse	1	81	33,8
16	Ehrlichkeit	8	75	32,2
17	zeigt pro soziales Verhalten (z.B. Hilfsbereitschaft, kooperatives verhalten, einhalten sozialer Regeln)	1	77	32,1
18	Selbstvertrauen (Vertrauen in die eigenen Ressourcen)	3	76	31,9
19	kann sich psychisch entspannen	4	75	31,6
20	kann Beziehungen von sich aus aufrecht erhalten	1	73	30,4
21	Empathie	41	37	18,5
22	Gemeinschaftsgefühl	2	44	18,4
23	andere als gleichwertige Partner respektieren	2	40	16,7
24	seine eigenen Fähigkeiten und Kräfte einschätzen können	4	39	16,5
25	gemeinsame Interessen vertreten	1	35	14,6
26	gemeinsame Interessen durchsetzen	1	32	13,3
27	Frustrationstoleranz	6	29	12,3
28	Kritikfähigkeit	3	22	9,2
29	ein realistisches Selbstbild haben	3	16	6,7
30	Konflikte mit anderen konstruktiv lösen	1	7	2,9

Ein deutlicher Unterschied ergibt sich bei dem Item „Konflikte mit anderen konstruktiv lösen“, das bei dieser Rangliste Schlusslicht bildet, bei der erstgenannten hingegen an 14. Stelle liegt.
Insgesamt zeigen beide Tabellen auf, dass „Emotionen“, „Willensbekundungen“, „das Ausdrücken körperlicher Beschwerden“ und „um Hilfe bitten“ am häufigsten als Stärken von Personen mit Verhaltensauffälligkeiten betrachtet werden. Diese Tendenz deckt sich wiederum mit den Ergebnissen aus unserer Schulerhebung (THEUNISSEN & SCHIRBORT 2003, 54).

Zusammenfassende Diskussion und Ausblick

Unsere Untersuchungsergebnisse lassen den Schluss zu, dass aus der Sicht befragter Mitarbeiter der Anteil von Personen mit Verhaltensauffälligkeiten in Wohneinrichtungen der Lebenshilfe in Sachsen-Anhalt mit 43,7% sehr hoch ist.
Prinzipiell lassen sich allerdings bei Befragungen mögliche Fehlerquellen auf Grund von Verständnisproblemen der befragten Personen niemals ausschließen. Mögliche

Erhebungsfehler können sich zum Beispiel durch eventuell fehlendes oder zu ungenaues Wissen über die zu beurteilenden Personen bzw. durch unzureichende fachliche Kenntnisse ergeben. Ferner sei auf die grundsätzliche Problematik der Subjektivität bei der Bewertung von Verhaltensauffälligkeiten hingewiesen, durch die die Güte solcher Erhebungen deutlich begrenzt wird. Da es keine "objektiven" Kriterien zur Bestimmung von Verhaltensauffälligkeiten (auch bei geistig behinderten Menschen) gibt (dazu THEUNISSEN 2005c, 49ff.), muss dieses normative Beurteilungsproblem bei allen Ergebnisanalysen (selbst bei einem Rückgriff auf sorgfältig erarbeitete und überprüfte Kategoriensysteme oder Befragerschulungen) beachtet werden. Vor diesem Hintergrund erscheint gleichfalls eine Konzeptentwicklung für den Umgang mit verhaltensauffälligen Personen einzig auf der Basis quantitativ-empirischer Erhebungsergebnisse unzureichend, vielmehr erweist sich eine qualitative Untersuchung der Einzelproblematik als zwingend notwendig, um verlässliche Aussagen treffen zu können. Nichtsdestotrotz liegt der Wert der vorliegenden Untersuchung darin, Tendenzen bzw. mögliche Probleme aufzuzeigen, um nicht zuletzt die fachliche Diskussion anzuregen bzw. grundlegende Erkenntnisse für weitere Untersuchungen zu liefern.
Im Rahmen dieser Untersuchung wurden weitere Zusammenhänge bzw. Unterschiede zwischen den erhobenen Merkmalen untersucht. Die Untersuchungsergebnisse können aber an dieser Stelle aus Platzgründen nicht ausführlich dargestellt, sondern sollen lediglich als Thesen in die Diskussion eingebracht werden:
Es besteht ein Zusammenhang zwischen beobachteten Verhaltensauffälligkeiten und geschätzten Assistenzbedarf: Mit zunehmendem Assistenzbedarf stieg nach den Angaben der befragten Mitarbeiterschaft die Zahl der als stark bzw. sehr stark verhaltensauffällig eingeschätzten Personen an. Demnach fällt ein hoher Assistenzbedarf überzufällig oft mit einer sehr starken Ausprägung der Verhaltensauffälligkeiten zusammen.
Eine deutliche Zunahme an Verhaltensauffälligkeiten ergab sich gleichfalls mit der Abnahme lautsprachlicher Verständigung. Somit werden von Mitarbeitern, die für das Wohnen zuständig sind, Personen mit geringen lautsprachlichen Kommunikationsfähigkeiten auch als besonders auffällig im Verhalten und Erleben wahrgenommen.
Ein weiter Zusammenhang besteht zwischen der Beurteilung der Ausprägung der Verhaltensauffälligkeiten und der Beurteilung der Stärken. Am Beispiel der Stärken im Sozialverhalten ergab sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Beurteilung der Stärken und der Beurteilung der Ausprägung der Verhaltensauffälligkeiten: je stärker Verhaltensauffälligkeiten beurteilt wurden, umso niedriger wurden die Stärken im Sozialverhalten eingeschätzt.
Hinsichtlich der Beurteilung der Stärken zeigte sich, dass auch hierbei signifikante Zusammenhänge zwischen der Beurteilung der Stärken und dem Assistenzbedarf bzw. den Kommunikationsfähigkeiten bestehen. Demnach wurden bei Personen mit einem hohen Assistenzbedarf bzw. mit niedrigen Kommunikationsfähigkeiten die Stärken schwächer beurteilt.
Vermutlich waren bei der Bewertung von Stärken Unsicherheiten in der Wahrnehmung mit im Spiel. Es ist aber auch denkbar, dass bei vielen der Befragten der Blick für Stärken ihrer Bewohner noch gänzlich fehlt. Denn die Ausprägung von Kompetenzen und Stärken wurde insgesamt (vgl. Tabelle) eher niedrig

eingeschätzt. Dieses Ergebnis sollte uns freilich nicht überraschen – bestätigt es doch Erkenntnisse aus anderen Untersuchungen (THEUNISSEN, PLAUTE & NEUBAUER 2003). Alles in allem fordert es zu einer kritischen Reflexion heraus. Dem Anschein nach haben nach wie vor viele Mitarbeiter Probleme, sich intensiv und akzeptierend auf Personen mit hohem Assistenzbedarf und eingeschränkten sprachlichen Verständigungsmöglichkeiten einzulassen. Folglich muss sowohl der Blick für Stärken als auch für basal, dialogisch und empathisch gelagerte Kommunikations- und Interaktionsformen noch (weiter) geschärft bzw. geschult werden. Hierzu reichen interne Unterstützungsangebote nicht aus, sondern die meisten der Befragten haben erkannt, dass für eine angemessene Unterstützung ihrer Arbeit Formen einer externen Praxisberatung sowie Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen unabdingbar sind.

Eine Reihe weiterer Fragen musste in unserer Darstellung der Untersuchungsergebnisse unberücksichtigt bleiben. Zur intensiveren Auseinandersetzung mit dem Thema wäre es von Bedeutung zu untersuchen, ob es auch Zusammenhänge zwischen Verhaltensauffälligkeiten, Gruppengröße und Personalsituation gibt. Immerhin haben wir es weithin mit großen Gruppen zu tun, die in der augenfälligen Gefahr stehen, Selbstbestimmungsmöglichkeiten betroffener Personen einzuschränken. Bekanntlich können Momente wie Fremdbestimmung, Systemzwänge u. dgl. ein Boden für Verhaltensauffälligkeiten sein, wenn betroffenen Personen die Chancen der Kontrolle und Verfügung über ihre Lebensumstände zu sehr beschnitten werden. Antworten auf dieses Problem stehen noch aus. In dem Zusammenhang ist die Reichweite einer quantitativen Erhebung begrenzt, sie müsste durch qualitative Feldstudien ergänzt werden.

Literatur

Dosen, A.: Diagnostische und therapeutische Probleme. In: Gaedt, C.; Bothe, S.; Michels, H. (Hrsg.): Psychisch krank und geistig behindert. Regionale Angebote für psychisch kranke Menschen mit geistiger Behinderung. Dortmund 1993

Kulig, W.; Theunissen, G.: Alte Menschen mit geistiger Behinderung in Wohneinrichtungen Sachsen-Anhalts – Ergebnisse eines Forschungsberichts, In: Theunissen, G.; Lingg, A. (Hrsg.): Wohnen und Leben nach der Enthospitalisierung, Bad Heilbrunn 1999, 263-294

Lingg, A.; Theunissen, G.: Psychische Störungen und geistige Behinderung. Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis. Freiburg 2000

Lotz, W.; Koch, U.: Zum Vorkommen psychischer Störungen bei Personen mit geistiger Behinderung. In: Lotz, W.; Koch, U.; Stahl, B. (Hrsg.): Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen. Bedarf, Rahmenbedingungen, Modelle. Bern 1994

Theunissen, G.: Wege aus der Hospitalisierung. Empowerment mit schwerstbehinderten Menschen, Bonn 2000

Theunissen, G.: Enthospitalisierung „fehlplatzierter" Menschen mit geistiger Behinderung, in: Neue Sonderschule, 46. Jg. 2001, 377-385

Theunissen, G.: Krisen und Verhaltensauffälligkeiten bei geistiger Behinderung und Autismus, Stuttgart 2003

Theunissen, G. Zeitgemäße Wohnformen – Soziale Netze – Bürgerschaftliches Engagement. In: Theunissen, G.; Schirbort, K. (Hrsg.): Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitgemäße Wohnformen – Soziale Netze – Unterstützungsmethoden, Stuttgart 2005a

Theunissen, G. Lebensperspektiven ohne Erwerbsarbeit – Arbeitsmöglichkeiten und tagesstrukturierende Maßnahmen für schwerst mehrfachbehinderte Menschen. In: Bieker, R. (Hrsg.): Teilhabe am Arbeitsleben, Stuttgart 2005b, 335-347

Theunissen, G.: Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten, Bad Heilbrunn 2005c (4. völlig überarb. u. erw. Aufl.)

Theunissen, G.; Plaute, W.; Neubauer, G: Von der Einzelbefragung zum Diskurs. Wie (hospitalisierte) Menschen mit geistiger Behinderung in ihrem Verhalten und Erleben "objektiver" beurteilt werden können. In: Theunissen, G., a. a. O., 2003, 17-36

Theunissen, G.; Schirbort, K.: Verhaltensauffälligkeiten bei Schülerinnen und Schülern mit geistiger Behinderung. Ergebnisse einer repräsentativen Erhebung und Konsequenzen für die schulische Praxis. In: Theunissen, G., a. a. O., 2003, 37-65

Theunissen, G.; Schirbort, K.; Kulig, W.: Verhaltensauffälligkeiten und Stärken von Menschen mit geistiger Behinderung in Wohneinrichtungen und Werkstätten der Behindertenhilfe – eine Untersuchung in Lebenshilfe-Einrichtungen im Land Sachsen-Anhalt, unv. Forschungsstudie, Halle 2006

Theunissen, G.; Ziemen, K.: Unterstützte Kommunikation (k)ein Thema für den Unterricht mit geistig behinderten Schülern? Dargestellt und diskutiert am Beispiel einer Lehrerbefragung an Schulen für geistig Behinderte im Land Sachsen-Anhalt. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 9/ 2000, 361-367

Autoren

Prof. Dr. Georg Theunissen
Dipl.-Päd. Kerstin Schirbort
Dipl.-Päd. Wolfram Kulig
Lehrstuhl für Geistigbehindertenpädagogik
Institut für Rehabilitationspädagogik
FB Erziehungswissenschaften
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
06099 Halle
e-mail:theunissen@paedagogik.uni-halle.de

Schulische Bildung von Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung – eine Herausforderung für multiprofessionelle Teams

Frauke Janz

Thema dieses Beitrages ist die Realisierung des allgemeinen Rechts auf schulische Bildung für alle Kinder – also auch für Kinder mit schweren und mehrfachen Behinderungen, die bis vor relativ kurzer Zeit davon noch ausgeschlossen waren. Dabei wird vor allem die Bedeutung der interdisziplinären Teamarbeit bei der Einlösung dieses Anspruches in den Fokus gerückt. Schülerinnen mit schweren und mehrfachen Behinderungen sind auf die Zusammenarbeit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit unterschiedlichen Professionen angewiesen, um an schulischer Bildung teilhaben zu können. Es handelt sich also um ein eigentlich schulpädagogisches Thema, weil es um eine wesentliche Bedingung guten Unterrichts für dieses Personengruppe geht. Zugleich geht es dabei um eine (sozial)psychologische Fragestellung. Teamarbeit ist ein seit langem gut erforschtes Gebiet der Psychologie, und man kann die dort gewonnenen Erkenntnisse durchaus auf die Arbeit mit Schülerinnen und Schülern mit schweren Behinderungen z.T. übertragen. Obwohl hier natürlich keine „Ertragssteigerungen" zu erwarten sind wie in der Wirtschaft, geht es doch um ein möglichst gutes und den Bedürfnissen und Lernmöglichkeiten dieser besonders beeinträchtigten Schülerinnen und Schüler. Schließlich stellt die Psychologie (insbesondere auch qualitative) Forschungsmethoden bereit, die zur Untersuchung dieses Themas in aktuellen Studien angewandt werden, über die im Folgenden berichtet werden soll. Es erscheint deshalb sinnvoll, sich im Rahmen einer Tagung zum Thema Psychologie und Geistige Behinderung auch mit der Kooperation der Menschen, die mit ihnen in Schulen arbeiten, zu befassen.

Menschen ohne ein Recht auf Bildung

Es ist längst nicht unumstritten und selbstverständlich, dass auch Menschen, die heute als schwer(st) und mehrfachbehindert bezeichnet werden, ein Recht auf schulische Bildung zugesprochen wird. Erst seit Ende der 70er Jahre des vergangenen Jahrhunderts besuchen sie in der Bundesrepublik Deutschland alle eine (Sonder-)Schule, und in einzelnen Fällen werden sie auch in Allgemeine Schulen integriert (LAMERS & KLAUSS 2000). Über viele Jahrhunderte war das gesellschaftliche Denken und Handeln Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen gegenüber durch eine Verknüpfung von „Nützlichkeit" und Lebensrecht bestimmt: Weil sie scheinbar keinen Nutzen für die Gesellschaft haben, weil sie wesentlich mehr vom Gemeinwesen brauchen als sie selbst leisten und beitragen können, wurde ihnen nicht nur das Bildungs-, sondern auch das

Lebensrecht abgesprochen (ANTOR & BLEIDICK 1995). Für viele Menschen mit Behinderungen, darunter nach heutigem Verständnis auch viele schwerstbehinderte Menschen, bedeutete dies, dass sie

1 an einsamen Orten versteckt,
2 ausgesetzt oder als Sklave verkauft,
3 noch stärker verunstaltet,
4 gefoltert,
5 als Hexen oder Teufel auf dem Scheiterhaufen verbrannt
6 oder in neuerer Zeit durch Vergasen, Überdosen von Medikamenten oder durch Verhungern getötet wurden.

Die im 16. Jahrhundert beginnende institutionelle Verwahrung behinderter Menschen in Klöstern, psychiatrischen Einrichtungen, städtischen Asylen und Armenhäusern, Gefängnissen, Narrenhäusern und Arbeitshäusern bedeutete bis auf wenige Ausnahmen eine Fortsetzung des Leidens. Ihre Unterbringung war, offenbar nicht nur aus unserer heutigen Sicht, unglaublich schlecht und grausam. So schreibt CHIARUGI im Jahr 1795:

„Es muss gewiss für jeden Menschenfreund einer der schauderhaftesten Anblicke sein, wenn man in sehr vielen Irrenhäusern die unglücklichen Opfer dieser schrecklichen Krankheit in finstern, feuchten Löchern, wo die frische Luft nie hineingebracht werden kann, auf unreinem, selten gewechseltem Stroh, mitten in ihrem eigenen Kote, und mit Ketten gefesselt, oft ganz nackend liegen sieht. In solchen Wohnungen des Schreckens könnte der Vernünftigste wohl eher wahnsinnig, als ein Wahnsinniger wieder zur Vernunft gebracht werden." (CHIARUGI 1795, zit. nach SCHRÖDER 1983, 27)

Zusätzliches Leid brachten den Insassen der sog. „Irrenhäuser" die Behandlungsversuche, mit denen versucht wurde, auf ihre Behinderung einzugehen und denen sie wehrlos ausgesetzt waren. Aus heutiger Sicht war diese Behandlung vergleichbar mit Folter. Die Hilfsmittel dazu reichten von mechanischen Zwangsmitteln wie Zwangsjacken, Hand- und Fußschellen über Isolierungsapparaturen wie Zwangssärge und Zwangsstühle bis zu sehr komplizierten Erfindungen wie Laufrädern, Tauchkörben und Tropfvorrichtungen. Es wurde mit den verschiedensten Hilfsmitteln geschlagen. Kälte, Hitze, Nahrungs- und Schlafentzug, mit einem glühenden Eisen über den Kopf fahren, Elektrizität, Untertauchen in Wasser bis fast zum Ertrinken und viele andere Praktiken mehr kamen zum Einsatz (vgl. SCHRÖDER 1983, 37ff). Den vorläufigen Höhepunkt an Grausamkeit und Unmenschlichkeit stellten die eugenischen Maßnahmen, medizinischen Versuche und Euthanasieprogramme im III. Reich dar, denen tausende von behinderten Menschen zum Opfer fielen.

Auch in den Nachkriegsjahren, noch bis zum Beginn der siebziger Jahre, waren Menschen mit schwerer Behinderung in der Regel von pädagogischen oder therapeutischen Bemühungen ausgeschlossen, „weil kaum vorstellbar war, dass man da noch was machen könne" (vgl. HEINEN & LAMERS 2001, 25). Medizinisch geprägte Denkmodelle, die vorwiegend Abnormalitäten, Defekte, und Devianzen sahen, führten wie THEUNISSEN (1992) feststellt, zu einem biologisch nihilistischen Menschenbild und in der Folge zu einem therapeutischen Nihilismus. Erst zu Beginn der 70er Jahre bahnte sich zunächst vornehmlich durch einzelne

Pädagoginnen und Pädagogen aus der Praxis ein Paradigmenwechsel und ein damit einhergehender Wechsel des Menschenbildes an, der die besondere Lebenssituation und die sich daraus ableitenden Bedürfnisse dieser Menschen in das allgemeine Bewusstsein brachte und schwere Behinderung nicht länger als ‚feststehenden Defekt' verstand. Es setzte in verschiedenen Praxisprojekten ein Bemühen um einen Zugang zu Menschen mit schwerer Behinderung ein, die bislang von jeglicher pädagogischer Betreuung ausgeschlossen waren. Leitgebend für das Nachdenken über die Bedürfnisse und Fördermöglichkeiten wurde das aus dem Grundgesetz und den Menschenrechten abgeleitete Grundrecht auf Erziehung und Bildung eines jeden menschlichen Lebewesens (vgl. FRÖHLICH 1998). Seit dieser Zeit erst haben auch diese Kinder ein Recht auf Bildung (KLAUSS 2005).
In den vergangenen 30 Jahren entwickelte sich dann in Praxis und Theorie der Geistig- und Körperbehindertenpädagogik auf der Basis unterschiedlichster Theoriebezüge ein breites Spektrum an pädagogischen und therapeutischen Ansätzen und Konzepten, denen es allen darum ging, diesen Schülerinnen und Schülern ein Grundrecht auf Erziehung und Bildung zu sichern. Zusammenfassend kann man heute also mit minimalen Abstrichen feststellen, dass der Bildungsanspruch für Kinder und Jugendliche zumindest schulrechtlich und -organisatorisch gesichert ist. Allerdings ist insbesondere auch im Hinblick auf die anstehenden gesellschaftlichen Reformen im Sozial- und Gesundheitswesen die Möglichkeit durchaus denkbar, dass dieser Anspruch immer wieder auch in Frage gestellt werden kann (vgl. KLGH 1999).

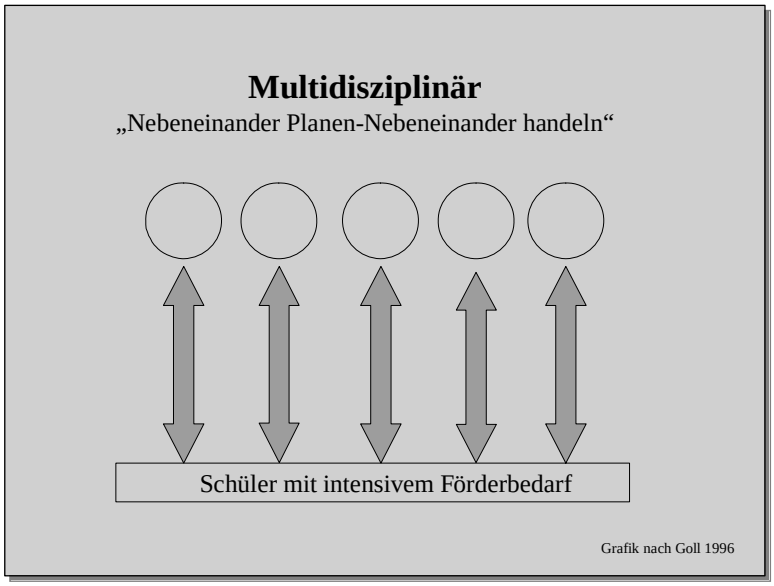
Interdisziplinäre Teamarbeit als Voraussetzung für die Einlösung des Bildungsrechtes

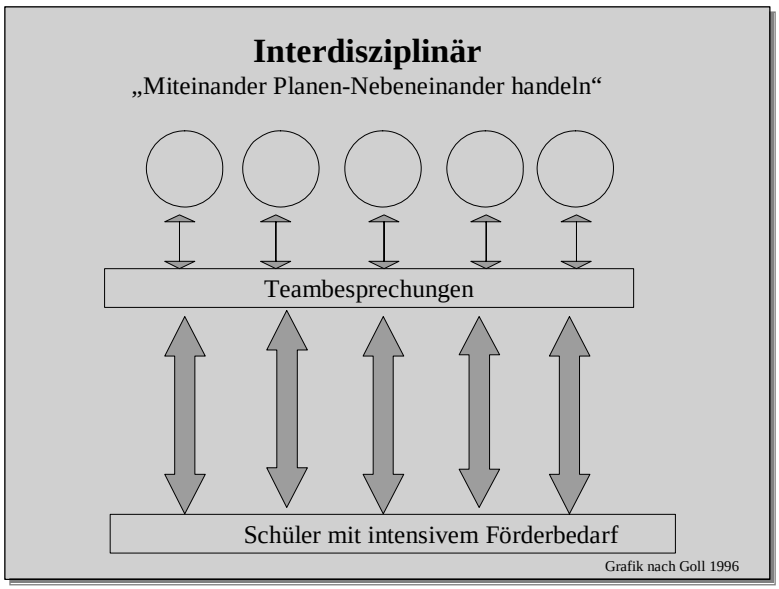
Die Frage, inwieweit das Recht auf schulische Bildung für Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung auch inhaltlich eingelöst wird, ist Gegenstand des Forschungsprojektes BiSB (Bildungsrealität von Schülerinnen und Schülern mit schweren und mehrfachen Behinderungen), das seit dem Jahr 2000 an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg durchgeführt wird (vgl. KLAUSS et al. 2004). Dabei wird als ein Teilaspekt auch die Frage untersucht, wie die Teams zusammenarbeiten, in denen verschiedene Professionen ihre Kompetenzen einbringen sollen, damit diese Kinder und Jugendlichen von den schulischen Angeboten profitieren können.
Die Beschulung dieser Schülerinnen und Schüler erfolgt in Baden-Württemberg wie in anderen Bundesländern auch vor allem an Schulen für Geistigbehinderte für Körperbehinderte und Geistig- und Körperbehinderte, nur sehr vereinzelt finden sich diese Kinder in der Integration z.B. im Außenklassenmodell (vgl. PFRÜNDER 2000). Um ihrem besonderen Unterstützungsbedarf gerecht zu werden sind verschiedene Personen mit ihren Kenntnissen notwendig, das wurde schon sehr früh von den Vordenkern der schulischen Aufnahme gefordert (vgl. Bach 1979, BEGEMANN 1978; FRÖHLICH 1978). Diese Schülerinnen müssen während des Schultags gepflegt werden, brauchen Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, sie erhalten Gruppenangebote, die ein hohes Maß an Differenzierung erfordern und

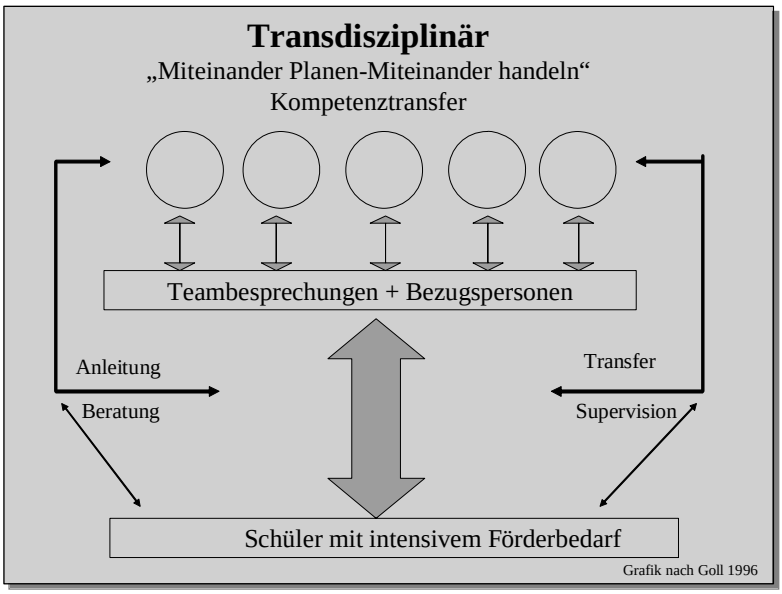
Einzelförderung bzw. Therapie. Schon bei dieser Aufzählung wird deutlich, dass verschiedene Berufsgruppen hier zwingend kooperierend zusammen arbeiten müssen, um das so mühsam erworbene Bildungsrecht einzulösen.
Wenn verschiedene Berufsgruppen zusammen arbeiten, kann das Chancen und aber auch Schwierigkeiten mit sich bringen, die zu bewältigen sind. Ein großer Vorteil ist natürlich die breitere Fachkenntnis bei Einbezug verschiedener Professionen. Damit gehen aber auch Probleme einher wie beispielsweise eine unterschiedliche „Fachsprache", evtl. eine isolierte „Überbewertung" des eigenen Fachgebietes etc. (SPECK 1991, 413 ff., ORELOVE & SOBSEY, 1996, KOSKIE & FREEZE, 2000). Außerdem werden die Personen sehr unterschiedlich bezahlt, und sie kommen vermutlich auf Grund ihrer unterschiedlichen Ausbildungen und bisherigen Erfahrungen und Aufgabenbereichen mit unterschiedlichen Sichtweisen und ‚Menschenbildern' in diese Arbeit (vgl. JANZ et al. 2006).

Modelle für die Teamarbeit

Angesichts der offenkundigen Notwendigkeit einer effektiven und gut abgestimmten Zusammenarbeit im Interesse der schwer beeinträchtigten Kinder und Jugendlichen liegt die Annahme nahe, dass es gut begründete und ausgearbeitete Modelle oder zumindest konzeptionelle Hinweise geben sollte, die den schulischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihrer Ausbildung vermittelt werden und nach denen an den Schulen die Teamkooperation organisiert wird. Eine entsprechende Recherche zeigte jedoch, dass hierzu nur sehr wenige Veröffentlichungen zu finden sind, die über allgemeine Angaben hinausgehen. Es finden sich allerdings - vor allem im Internet – einige von schulischen Teams selbst entwickelte Modelle der Zusammenarbeit z.B. aus der Schlossschule Ilvesheim (vgl. HUNKLER & KLUTTIG (2003, 304), oder der „Individuelle Lernbegleiter. Die Förderakte der Friedrich-Bodelschwingh-Schule in Ulm" (vgl. SCHICK & WURDACK 2001). Diese Teams sind sich offenbar der Notwendigkeit konzeptioneller Zusammenarbeit bewusst, obwohl knapp 60 % der Schulkonzeptionen nach Angabe der Schulleiter keine expliziten Angaben zu Schülerinnen und Schülern mit schweren und mehrfachen Behinderungen haben und somit auch keine Angaben zur kooperativen Zusammenarbeit bei diesen Schülern darin stehen können (KLAUSS et al. 2006). Wenn die Zusammenarbeit allerdings nicht konzeptuell verankert ist, besteht die Gefahr, dass eine gelingende Kooperation vom zufälligen Zusammentreffen zufällig engagierter und „teamfähiger" Mitarbeiter abhängt und somit einer gewisser Beliebigkeit unterliegt.
Das Modell zur „Transdisziplinarität" von KOSKIE & FREEZE (2000) bzw. ORELOVE & SOBSEY (1996), ist nach meiner Kenntnis das einzige, das theoretisch fundiert die Zusammenarbeit im Team bei Schülern mit schweren und mehrfachen Behinderungen modellhaft beschreibt und konzeptuell bearbeitet (vgl. GOLL 1996). Es benennt Bedingungen, die zu einer wirksamen und effektiven Kooperation beitragen können.
Die Autoren führen aus, dass die Zusammenarbeit im Hinblick auf die Art des Zusammenwirkens der verschiedenen Berufsgruppen auf unterschiedliche Art und







Weise angelegt sein kann. Wenn jede Disziplin im Grunde unabhängig voneinander plant und auch handelt, sprechen KOSKIE & FREEZE (2000) sowie ORELOVE & SOBSEY (1996) von „multidisziplinärer“ Zusammenarbeit. Die Kooperation der Professionen kann – entsprechend einer zweiten von ORELOVE & SOBSEY (1996) benannten Grundform der Zusammenarbeit - zwar gemeinsam geplant werden, aber dennoch unabhängig voneinander praktisch stattfinden. Diesem Modell entsprechend würde beispielsweise die Therapie außerhalb des Unterrichts stattfinden.

Als „transdiszplinäres“ Modell der Kooperation bezeichnen KOSKIE & FREEZE (2000) sowie ORELOVE & SOBSEY (1996) schließlich die Situation, wenn die Zusammenarbeit sowohl bei der Planung als auch bei der Durchführung vernetzt stattfindet, wenn also beispielsweise therapeutische Aspekte in den Unterricht einfließen und pädagogische in die Pflege und umgekehrt. Die Teammitglieder eignen sich dabei Fachkenntnisse der jeweils anderen Disziplinen an, was zu „role enrichment“ und „role enlargement“ führt. Die Autoren realisieren und entwickeln dabei einen erweiterten Begriff vom „Team“, beziehen

beispielsweise auch Eltern mit ein. Dieser letzte Ansatz erfordert ein ausgesprochen hohes Maß an Kooperation der Teammitglieder, regelmäßige Treffen, ein gemeinsam entwickeltes und umgesetztes Förder- und Erziehungsvorgehen, einen Kompetenztransfer, d.h. die einzelnen Disziplinen informieren sich gegenseitig über ihre Fachgebiete, etc. Die Anforderungen an die Teammitglieder sind dementsprechend hoch, die Vorteile für das Kind allerdings nicht von der Hand zu weisen: ein derartiges Vorgehen, ermöglicht ein umfassendes Gesamtförderangebot, das vom gesamten Team getragen und umgesetzt wird.

Interprofessionelle Kooperation in der schulischen Praxis

Vermutlich kennen die wenigsten Lehrkräfte in der Praxis dieses Modell, da die Veröffentlichung bis auf eine Zusammenfassung von GOLL (1996) auf Englisch erschienen ist. Außerdem ergab die exemplarische Recherche in den Vorlesungsverzeichnissen der Pädagogischen Hochschule der letzten Jahre, dass der Themenkomplex der Teamkooperation bislang nicht Gegenstand der sonderpädagogischen Ausbildung gewesen ist, diese Modellannahmen zur Kooperation dort demnach nicht gelehrt wurden. Auch eine Analyse der Lehrerfortbildungsangebote der Jahre 1999- 2005 in Baden-Württemberg zeigt, dass dieses Thema insgesamt (auch für Teams aus Allgemeinen Schulen) in dieser Zeit sehr selten angeboten werden (vgl. www.Lehrerfortbildung-bw.de/fortbildungen), für Teams, die explizit mit Schülern mit schweren und mehrfachen Behinderungen arbeiten, gab es nur im Jahr 2005 ein einziges Angebot. Dies erstaunt umso mehr, als Teamkooperation aufgrund des hohen Unterstützungsbedarfs der betreffenden Schüler ohne jeden Zweifel zum schulischen Alltag gehört.

Dennoch arbeiten die Lehrkräfte in den Schulen im Team in Kooperation miteinander. Wie sich diese Kooperation im Klassenteam aber tatsächlich gestaltet, ist die übergeordnete Fragestellung meiner im Rahmen des Projekts BiSB entstehenden Dissertation zur interprofessionellen Teamarbeit (vgl. JANZ 2006). In dieser Erhebung wird erstmals für den deutschsprachigen Raum erhoben, wie die Teamarbeit im Klassenteams bei Schülerinnen mit schweren und mehrfachen Behinderungen organisiert ist, ob es Unterschiede zwischen Einstellungen und Sichtweisen der Berufsgruppen gibt und wie sich die konkrete Aufgaben- und Rollenverteilung darstellt.

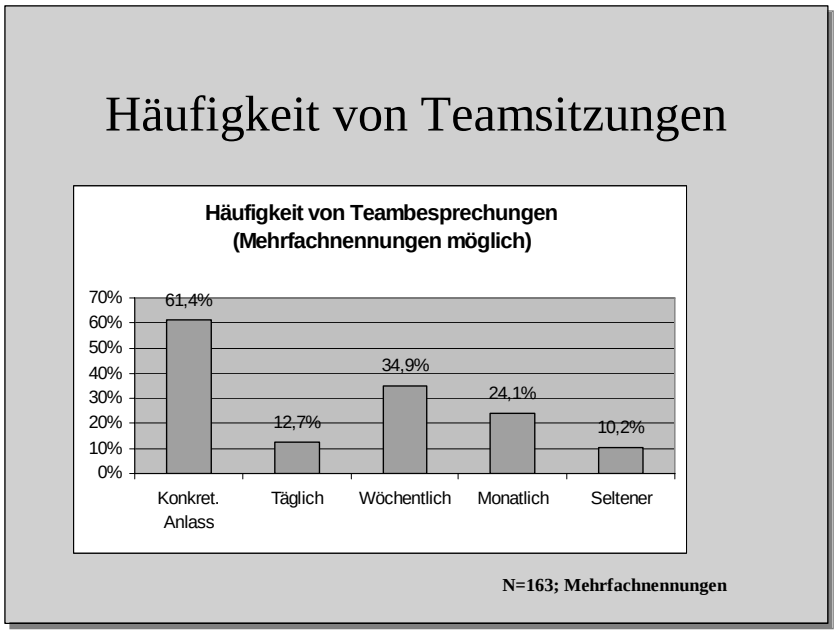
Das Projekt BiSB in dem die Daten für diese Fragestellung erhoben wurden läuft seit dem Jahr 2000 an der pädagogischen Hochschule Heidelberg und untersucht die Bildungsrealität von Schülerinnen und Schülern mit schweren und mehrfachen Behinderungen (BiSB).

Das Design sieht zwei Schwerpunkte vor: Zum einen wird in einer flächendeckenden Erhebung in Baden-Württemberg mittels Fragebogen die schulische Situation der Schülerinnen und Schüler mit schwersten Behinderungen aus der Perspektive von Lehrkräften, Therapeuten, Pflegekräften, Eltern und Schulleitungen erfasst. Im zweiten methodischen Zugang werden sechs exemplarische videobasierte Einzelanalysen über eine Woche durchgeführt.

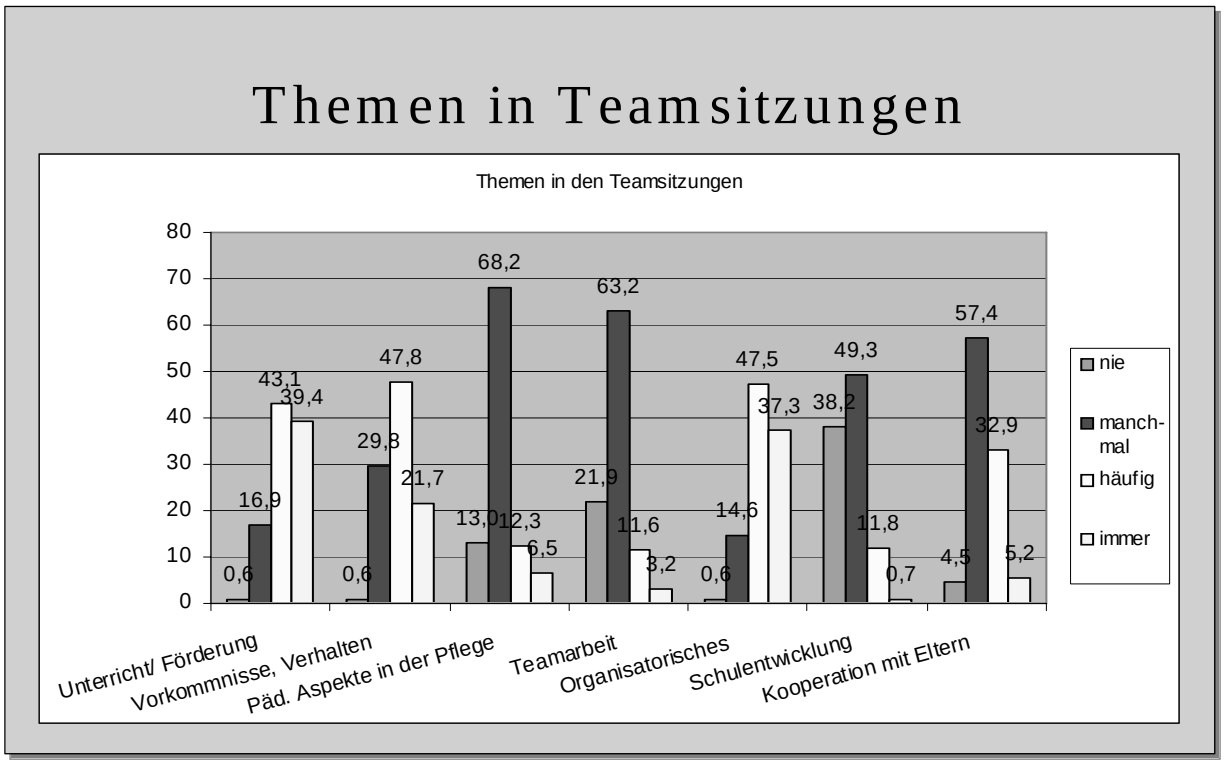
In der Fragebogenerhebung wurden zu jeweils zwei Schülerinnen aus der Schule alle beteiligten Teammitglieder, das Team als Ganzes und die Schulleiter befragt. Trotz des großen organisatorischen Aufwandes, der beim Ausfüllen der umfangreichen Fragebögen, die sich jeweils auf ein bestimmtes Kind beziehen mussten, entstand, haben sich 95,6% der Schulen (109 von 114), an denen diese Schülerinnen und Schüler unterrichtet werden, beteiligt. Das zeigt das große Interesse der Teams an diesem Thema und man kann aufgrund des großen Umfangs der Erhebung außerdem davon ausgehen, dass sich eher die engagierteren Teams an der Erhebung beteiligt haben.
Durch die Mehrperspektivität ist es möglich, Unterschiede zwischen verschiedenen Berufsgruppen bei den einzelnen Fragen aufzuzeigen und dadurch Aussagen zu ihrer Übereinstimmung und damit indirekt zur Zusammenarbeit zu treffen.
Bei den Einzelfallstudien wurden sechs Kinder jeweils eine ganze Schulwoche hindurch mit der Kamera „begleitet“ und einzelne Zeiten mit drei Kameras aufgenommen (drei Gruppensituationen, drei Einzelsituationen, drei Essenssituationen). Diese Unterrichtsstunden werden im Projekt mit dem Auswertungsprogramm INTERACT von MANGOLD (2004) ausgewertet.

Ergebnisse zur Organisation der Teamkooperation in Teamsitzungen

Im Modell der Transdisziplinarität spielen die Teamsitzungen eine besondere Rolle. Nur, wenn sich die Teams regelmäßig treffen und bei diesen Treffen inhaltlich arbeiten, ist an eine entsprechend umfassende Kooperation zu denken.
Die Ergebnisse der Fragebogenerhebung zeigen, dass sich von den befragten Teams 35% wöchentlich treffen, bei diesen kann also eine Förderplanung im Sinne von KOSKIE & FREEZE (2000) vermutet werden. 24% treffen sch immerhin monatlich, aber 18% geben gar an, sich nur bei konkretem Anlass zu treffen. Die Auswertung der Einzelfallstudien ergänzt diese Ergebnisse: Aufgrund vieler Teildeputate ist nur in zwei der sechs Teams zumindest das „Kernteam“ täglich anwesend, und *kann* in der Schulwoche komplett zusammen treffen. In den vier anderen Klassen kommt das nie vor. Von diesen vier Teams hat nur ein Team wöchentliche Teamsitzungen mit allen Mitarbeitern, ein anderes trifft sich zwar, es sind aber nicht alle



anwesend. Die beiden verbleibenden Teams treffen sich „nach Bedarf“, dann aber ohne Zivildienstleistende und Pflegekräfte.
Neben der Häufigkeit der Teamsitzungen spielen auch die Inhalte eine Rolle, welche in den Teamsitzungen zur Sprache kommen. Hier kann sich zeigen, ob in den Teamsitzungen die organisatorischen Aspekte im Vordergrund stehen, ob eher reaktiv und spontan auf Vorkommnisse eingegangen wird oder ob auch längerfristige und konzeptuelle Planungen und Absprachen vorgenommen werden. Aus einer vorgegeben Auswahl sollten die Teams angeben, um welche Inhalte es in ihren Sitzungen geht (4-stufige Skala: „nie, manchmal, häufig, immer“).



Dass es „immer“ um Unterricht und Förderung geht, wird dabei zwar relativ am häufigsten angegeben, allerdings nur von 39% der Teams, gefolgt von „Organisatorisches“ (37%). Organisatorisches und besondere Vorkommnisse und Verhaltensweisen dominieren bei dem, was „häufig“ angesprochen wird (48%), während pädagogische Aspekte in der Pflege (68%), Teamarbeit (63%), Elternarbeit (58%) und Schulentwicklung (49%) am ehesten „manchmal“ zum Thema werden. Immerhin 13% der Teams befassen sich „nie“ mit pädagogischen Aspekten der Pflege in ihren Teamkonferenzen, 22% nie mit ihrer Teamarbeit und 38% nie mit Schulentwicklung.
Neben diesen Inhaltsbereichen wurde auch gefragt, wie oft der ausgewählte Schüler bzw. die Schülerin Thema der Teambesprechungen ist, damit wurde der Fokus nochmals explizit auf den ausgewählten Schüler mit schwerer Behinderung gelegt. Die Vermutung, dass sich dann der Anteil an „bei konkreten Anlässen oder Problemen“ erhöhen würde konnte durch die Angaben der Teammitglieder bestätigt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass tatsächlich besonders häufig bei konkreten Anlässen und Problemen (74%) der Schüler mit schwerer Behinderung

Thema der Besprechung ist, außerdem sprechen 18% der Teams wöchentlich, 14% täglich, 11,5% monatlich und 12% noch seltener über die in die Untersuchung einbezogenen Schülerinnen und Schüler. Im Vergleich zu den oben beschriebenen Häufigkeiten der Teambesprechungen ist hier eine noch stärkere Verlagerung auf konkrete Anlässe und Vorkommnisse zu erkennen. 43,6% der Teams haben nur die Option „bei konkreten Anlässen oder Problemen" angekreuzt, während weitere 30% offenbar noch zusätzlich zu diesen konkreten Fällen über den betreffenden Schüler sprechen. Diese 43,6% sind vor dem Hintergrund der Vorgaben aus den Modellen von KOSKIE & FREEZE (2000) und ORELOVE & SOBSEY (1996) sehr bemerkenswert, bedeuten sie doch, dass in fast der Hälfte der befragten Teams offenbar keine längerfristige Förderplanung für den Schüler mit schweren Behinderungen stattfindet, sondern dass eher reaktiv auf „Probleme und konkrete Anlässe" reagiert wird. Wenn man bedenkt, dass diese Anlässe in der Regel eher unangenehmer Natur sein dürften (positive Aspekte werden vermutlich weniger thematisiert), heißt das, dass ein kompetenzorientiertes Herangehen in dem nach potentiellen Entwicklungs- und Fördermöglichkeiten des Schülers gesucht wird, in diesen Teams wahrscheinlich zu kurz kommen muss. Anders ist es sicherlich in den Fällen, die nur zusätzlich zu regelmäßigen Gesprächen auch bei Problemen oder konkreten Anlässen das Gespräch suchen. Dabei sei noch einmal daran erinnert, dass es vermutlich die engagiertesten Teams waren, die sich an der umfangreichen Befragung beteiligt haben, man kann also vermuten, dass dies noch ein „geschöntes" Ergebnis ist, was nicht repräsentativ für alle Teams sein dürfte.
Die Ergebnisse zeigen, dass Teamsitzungen offenbar nicht im von ORELOVE & SOBSEY (1996) bzw. KOSKIE & FREEZE (2000) geforderten Ausmaß statt finden und auch offenbar nicht verpflichtend in der Schulkonzeption verankert sind. Mit der Änderung der Verwaltungsvorschrift vom 17.3.2005, in der die Arbeitszeit der Lehrer an öffentlichen Schulen geregelt wird, ist durch Absatz 3 eine sog. Kooperationszeit eingeräumt und explizit erwähnt worden, so dass sich dies in der kommenden Zeit ändern könnte und müsste.

Ergebnisse zur Nutzung der Personalressourcen im Sinne des Teamteaching

Neben den Teambesprechungen, die nach KLAUß (1999) eher zum indirekten pädagogischen Handeln zu zählen sind, lassen sich aus den Einzelfallstudien wichtige Erkenntnisse zur Teamkooperation im Unterricht, also zum direkten pädagogischen Handeln ableiten. Dabei ist zu beachten, dass es sich um sechs exemplarische Schulen mit sechs sehr unterschiedlichen Teams handelt, so dass die Ergebnisse keinesfalls unkritisch zu verallgemeinern sind. Dennoch lassen sich bestimmte Aspekte in allen sechs Schulen finden, was darauf hindeuten kann, dass sie evtl. häufiger vorkommen. Untersucht wurde, wie die vorhandenen Personalressourcen im Unterricht genutzt werden. Dazu wurde die Aufgabenverteilung anhand der Kategorien „Leitend unterrichten", „Co-Lehrkraft" und „Betreuen im Unterricht" ausgewertet. Die Kategorie „Leitend Unterrichten" erhält diejenige Lehrkraft, die erkennbar die Führung übernimmt, das Gespräch

führt und über den Ablauf Bescheid weiß. Der Code „Co-Lehrkraft“ wurde vergeben, wenn die zweite (oder dritte) Person im Raum zwar nicht die Leitung hat, sich aber aktiv in den Unterricht einbringt, mit einer kleineren Gruppe arbeitet, der Leitung assistiert und unterrichtlich tätig wird. Der Code „Betreuen im Unterricht“ sollte von seiner Definition her eigentlich eher selten vergeben werden, nämlich dann, wenn die zweite Kraft lediglich disziplinierend tätig wird oder aufpasst, dass kein Schüler davon läuft ohne jedoch unterrichtlich initiativ zu werden.

Die Einzelfallstudien zeigen zunächst, dass in den 6 Schulwochen (bis auf eine Unterrichtseinheit) immer mindestens eine Doppelbesetzung vorhanden ist, zum Teil sind sogar 3 Personen anwesend. Die personelle Ausstattung ist demnach sowohl bei der Befragung als auch bei den Einzelfallstudien überwiegend als recht gut zu bewerten. Diese Doppel- bis Dreifachbesetzung der Unterrichtsstunden in den Einzelfallstudien wird auch großenteils inhaltlich im Sinne des Team- Teaching genutzt, so dass die Aufgaben sinnvoll verteilt werden. In einigen Stunden - und zwar in allen sechs Klassen - wird aber deutlich, dass diese Ressource nicht unbedingt immer optimal eingesetzt wird. Zum einen handelt es sich dabei um Zeiten, in denen die Schüler auf den Unterrichtsbeginn warten. Obwohl bereits eine Lehrkraft anwesend ist, dauert es manchmal bis zu 20 Minuten, bis etwas geschieht. Zum anderen findet sich in bestimmten Unterrichtseinheiten die Konstellation, dass eine Lehrkraft den Unterricht leitet und die zweite oder auch dritte Lehrkraft „nur betreut“, ohne eine unterrichtliche Initiative zu ergreifen. Die Analyse ergibt, dass dies häufig in Situationen entsteht, in denen eine Großgruppe gebildet wird (z.B. Morgenkreis oder Religion), in der die eine Lehrkraft leitet und mehrere andere Kräfte „im Unterricht betreuen“. Dadurch kommt es z. T. zu sehr langen Wartezeiten für die einzelnen Schüler, in denen sie häufig nur wenig Reaktionen auf ihre Äußerungen (vgl. AYMANNS 2005) und kaum aktivierende Angebote erhalten (vgl. MATTHEIS 2005; LISOVSKI 2005). Es ist deshalb zu überlegen, ob die Lehrkräfte die Unterrichtsorganisation möglicherweise in diesen Fällen verändern könnten, um solche „Leerläufe“ für die Schüler zu vermeiden. Dafür ist es notwendig, dass die Teams diese Tatsache zunächst überhaupt wahrnehmen, um dann in einem gemeinsamen Schritt nach besseren Umsetzungsmöglichkeiten zu suchen[3]. Hier könnten weiterführende Analysen der besagten Stunden evtl. Aufschlüsse darüber ergeben, welche Variablen zu den geschilderten Problemen in der Unterrichtsorganisation beitragen.

Überwiegend handelt es sich bei den „Betreuern im Unterricht“ um Personen ohne abgeschlossene pädagogische Ausbildung wie Fachlehreranwärterinnen oder Zivildienstleistende. Nach dem transdisziplinären Modell sollte die Teamkooperation geprägt sein von Beratung, Anleitung und Supervision. Insbesondere Zivildienstleistende, wenn sie nicht nur Transport- und Pflegeaufgaben übernehmen sollen, brauchen u.U. eine Anleitung, weil sie in der Regel keine pädagogische Ausbildung haben. Umso problematischer ist der in den

[3] Die Teams hatten bereits bei den Nachbesprechungsterminen - offenbar durch die Anwesenheit der Kameras und die damit verbundene Reflektion ihres Unterrichts- bestimmte Aspekte bereits umgesetzt. So wurde z.B. der Morgenkreis in einer Schule inzwischen verkürzt und verändert.

Einzelfallstudien entstandene Eindruck, dass gerade diese Mitarbeiter an Teamsitzungen eher nicht teilnehmen. Erstaunlich ist allerdings andererseits, dass *nicht alle* Personen ohne pädagogische Ausbildung diese Kodierung des „Betreuens" erhalten haben, sondern im Gegenteil einige sogar die Unterrichts-Leitung übernehmen und dass auch einige Sonderpädagogen und Fachlehrerinnen im Unterricht „nur betreuend" tätig werden. Das spricht dafür, dass es vom persönlichen Engagement abhängen könnte, in welchem Umfang sich die Teammitglieder aktiv in den Unterricht einbringen.

Zusammenfassung und Implikationen

Die Ergebnisse, die nur einen sehr kleinen Ausschnitt der Gesamtuntersuchung darstellen, zeigen zunächst, dass bei diesen Schülerinnen und Schülern tatsächlich durchgehend im Team gearbeitet wird. Manche dieser Teams treffen sich aufgrund der Teildeputate allerdings nie „unter der Woche". Bei Betrachtung der Ergebnisse zu den Teamsitzungen wird deutlich, dass - sowohl in der Befragung als auch exemplarisch in den Teams der Einzelfallstudien - eine kontinuierliche Förderplanung mit regelmäßigen Überprüfungen und Anpassungen in etlichen Teams eigentlich nicht funktionieren *kann,* weil diese Teams deutlich zu selten zusammentreffen. Das gilt selbstverständlich nicht für alle Teams, 35% treffen sich regelmäßig wöchentlich und arbeiten dann auch inhaltlich an einem gemeinsam getragenen Förderplan. Dennoch muss man dabei bedenken, dass die in der Untersuchung beteiligten Mitarbeiter vermutlich eine Positiv-Auswahl der engagiertesten Lehrkräfte darstellt. Es ist sicherlich auch eine Aufgabe für die Schulleitungen, die eine Erwartung auf regelmäßige Absprachen formulieren müssten und organisatorisch den nötigen Raum dafür schaffen.

Obwohl die Arbeit der Teams, die zeigte sich besonders in den Einzelfallstudien, über weite Strecken sehr engagiert erfüllt wurde, scheint es trotzdem – und das ist vor dem Hintergrund einer „Positiv-Auswahl" noch bemerkenswerter, manchmal Probleme mit der optimalen Ausnutzung der durchaus vorhandenen personellen Ausstattung zu geben. Dies ist der Fall, wenn z.B. eine Lehrkraft den Unterricht leitet, die potenzielle Co-Lehrkraft aber nur betreuend tätig wird, ohne sich ebenfalls in den Unterricht einzubringen. Eine bessere Ausnutzung dieser Ressourcen könnte vermutlich dazu beitragen, die z. T. recht langen Wartezeiten der Schüler zu verringern, in denen sie darauf warten, dass der Unterricht beginnt oder dass sie an der Reihe sind.

Insgesamt wird deutlich, dass die Teamkooperation unabdingbar ist, wenn es darum geht, das Bildungsrecht auch für diese sehr schwer beeinträchtigten Menschen umzusetzen, dass es aber z.T. noch an Konzepten und konkreten verbindlichen Vorstellungen zu ihrer Umsetzung mangelt und die Mitarbeiter diesbezüglich offenbar nicht in ausreichendem Maße auf Aus- oder Fortbildungsangebote zurückgreifen können.

Literatur

Antor, G./ Bleidick, U. (1995): Recht auf Leben - Recht auf Bildung. Aktuelle Fragen der Behindertenpädagogik. Heidelberg

Aymanns, S. (2005): Kommunikation im Unterricht mit Schülerinnen und Schülern mit schwerer und mehrfacher Behinderung – unter besonderer Berücksichtigung der Schülerperspektive. Pädagogische Hochschule Heidelberg, wiss. Hausarbeit, unveröffentlicht

Bach, H. (1979): Kooperation. In: Bach, H. (Hrsg.): Handbuch der Sonderpädagogik. Band 5. Pädagogik der Geistigbehinderten. Berlin, 196-207

Begemann, E. (1978): Schwerstkörperbehinderte als Herausforderung. In: Fröhlich, A.D. (Hrsg.): Dokumentation zur Situation Schwerstbehinderter. Staufen/ Breisgau, 9-31

Fröhlich, A. D. (1978): Zur Förderung schwerst- körperbehinderter Kinder. In: Fröhlich A.D. & Tuckermann, U., Bundesverband für spastisch gelähmte und andere Körperbehinderte e.V. (Hrsg.): Schwerstbehinderte. Rheinstetten, 16-27

Fröhlich, A. D. (1998): Basale Stimulation. Das Konzept. überarb. Neuauflage. Düsseldorf

Goll, H. (1996): Transdisziplinarität. Realität in der Praxis, Vision in Forschung und Lehre- oder nur ein neuer Begriff? In: Opp, G., Freytag, A. & Budnik, I. (Hrsg.): Heilpädagogik in der Wendezeit. Brüche – Kontinuitäten - Perspektiven. Zürich edition SZH, 164-174

Heinen, N. & Lamers, W. (2001): Wanderung durch die schwerstbehinderten-pädagogische Landschaft. In: Fröhlich, A., Heinen, N. & Lamers, W. (Hrsg.): Schwere Behinderung in Praxis und Theorie- ein Blick zurück nach vorn. Texte zur Körper- und Mehrfachbehinderung. Düsseldorf, 13-49

Hunkler, M. & Kluttig, R. (2003): Teamarbeit als Voraussetzung effektiver Förderung mehrfachbehinderter Kinder an einer Schule für Blinde und Sehbehinderte. In: Lamers, W. & Klauß, Th. (Hrsg.): …alle Kinder alles lehren! – aber wie? Theoriegeleitete Praxis bei Menschen mit schwerer Behinderung. Düsseldorf, 301-310

Janz, F. (2006): Interprofessionelle Kooperation bei Schülerinnen und Schülern mit schweren und mehrfachen Behinderungen. Pädagogische Hochschule Heidelberg, Dissertation, in Vorbereitung

Janz, F.; Klauß, Th.; Lamers, W. &Strauch O. (2006): Untersuchungen zum ‚Menschen-Bild'. Welche Vorstellungen haben Lehrkräfte und Eltern von Menschen mit schwerer Behinderung? In: Sonderpädagogische Förderung, 2006, Heft 2, im Druck

Klauß, Th. & Lamers, W. (2000): Forschungsantrag „Perspektiven der schulischen Bildungs- und Erziehungsrealität von Kindern und Jugendlichen mit schwersten Behinderungen im Spannungsfeld von Theorie und Praxis". PH Heidelberg, unveröffentlicht

Klauß, Th. (1999[2]): Qualität pädagogischer Arbeit für Menschen mit geistiger Behinderung entwickeln und sichern. Das GBM des VEEMB. Verband evangelischer Einrichtungen für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung. Stuttgart

Klauß, Th. (2005[2]): Ein besonderes Leben. Grundlagen der Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Buch für Pädagogen und Eltern. Heidelberg Klauß, Th., Lamers, W. & Janz, F. (2004): Forschungsergebnisse zur Bildungsrealität von Kindern und Jugendlichen mit schwerer und mehrfacher Behinderung (BiSB). In: Geistige Behinderung, 2, 108-128

Klauß, Th.; Lamers, W. & Janz, F. (2006): Die Teilhabe von Kindern mit schwerer und mehrfacher Behinderung an der schulischen Bildung - eine empirische Erhebung. Forschungsbericht Päd. Hochschule Heidelberg, im Druck

KLGH (Konferenz der Lehrenden der Geistigbehindertenpädagogik. an wissenschaftlichen Hochschulen in deutschsprachigen Ländern) (1999): Bildungsanspruch von Kindern und Jugendlichen mit schwer(st)en Behinderungen. In: busmen, 8, 33

Koskie, J. & Freeze, R. (2000): A critique of multidisciplinary Teaming: Problems and Possibilities. In: Developmental disabilities Bulletin, 28 (1), 1-17

Lisovski, S. (2005): Differenzierung in der Unterrichtsdurchführung – Videoanalysen des Unterrichts mit Schülerinnen und Schülern mit schwerer geistiger Behinderung. Pädagogische Hochschule Heidelberg, wiss. Hausarbeit, unveröffentlicht

Mangold, P. (2004): Interact user guide. Documentation for INTERACT version 6.9. or up. Arnstorf

Mattheis, U.-M. (2005): Differenzierung im Unterricht mit Schülerinnen und Schülern mit schwerer geistiger Behinderung – unter besonderer Berücksichtigung der Unterrichtsdurchführung. Pädagogische Hochschule Heidelberg, wiss. Hausarbeit, unveröffentlicht

Meyer, H. (2003): Unterrichtsmethoden I: Theorieband. 10. Auflage. Berlin

Orelove, F. P. & Sobsey, D. (1996[3]): Educating children with multiple Disabilities. A transdisciplinary Approach. Baltimore

Pfründer, P. (2000): Integration für alle? Untersuchung zum Schulbesuch eines Kindes mit schwer(st)er Behinderung in einer Allgemeinen Schule. In: Klauß, Th. (Hrsg.): Aktuelle Themen der schulischen Förderung. Heidelberger Texte zur Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung Band I. Heidelberg, 15-33

Schick, M. & Wurdack, P. (2001): Interdisziplinärer Lernbegleiter. http://www.smb-bw.de/schule/foerderplan.shtml

Schröder S. (1983): Historische Skizzen zur Betreuung schwerst- und mehrfachgeschädigter geistig behinderter Menschen. In: Hartmann N. (Hrsg.): Beiträge zur Pädagogik der Schwerstbehinderten. Heidelberg

Speck, O. (1991): System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung. München/ Basel

Theunissen, G. (1992): Neuere Ansätze zur Förderung schwerstbehinderter Menschen und Perspektiven für die heilpädagogische Arbeit. In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 1, 16-27

Autorin

Frauke Janz
Dipl. Psychologin
Wiss. Angestellte im Projekt BiSB
an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg

Wie wird die Qualität der schulischen Bildung von SchülerInnen mit (schwerer) geistiger Behinderung 'gesichert'?

Theo Klauß

„Die Qualität des Unterrichts bleibt in der öffentlichen Diskussion über Schule seltsamerweise ausgespart" (Zeitz 1997, 259).

Die Themen Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement spielen seit vielen Jahren in kommerziellen und sozialen Unternehmen eine zentrale Rolle. Ziele, Standards und Prozesse werden definiert und Kundenbefragungen und Zertifizierungen durchgeführt. Einrichtungen der Behindertenhilfe, vor allem Wohnstätten und Werkstätten, kommen längst um solche Verfahren nicht mehr herum (vgl. KLAUß 2001).

Die Notwendigkeit, Qualität zu sichern

Diese Entwicklung darf keineswegs idealisiert werden. Mit dem angeblichen Ziel der Qualitätssicherung wird im sozialen Bereich weithin das eigentliche Vorhaben verbrämt, Kosten zu reduzieren und berechenbarer zu machen, indem bei minimierten Leistungen zumindest der Anschein aufrecht erhalten bleiben soll, die Qualität würde stimmen. So wird dem Vorrang des ökonomischen vor dem humanen Prinzip Vorschub geleistet (JANTZEN u.a. 1999, SPECK 1999; KLAUß 2006). Diese berechtigte Kritik darf allerdings nicht den Blick dafür verstellen, dass das mit Qualitätssicherung in einem positiven Sinne Gemeinte auch im sozialen Bereich dringend Not tut. Sicherung der Qualität bedeutet demnach, den Vorrang dessen, was die Menschen brauchen gegenüber dem zu sichern, was dies an Aufwand bedeutet (KLAUß 2006). Um es mit JANTZEN u.a. (1999) auszudrücken, sollen diejenigen, die sich in Institutionen am „Pol der Machtlosigkeit" befinden, zu deren Hauptpersonen werden.

Auf den Bereich der Schule übertragen geht es um die Frage, wie in jeder Bildungseinrichtung sichergestellt wird, dass diejenigen, deren Recht auf Bildung hier realisiert werden soll, Ausgangspunkt und vorrangiger Maßstab des Geschehens sind. Dies ist jedoch keine Selbstverständlichkeit. Zufällig zusammengestellte Beispiele aus dem schulischen Alltag sprechen dafür, dass sich Qualität nicht von alleine einstellt.

1. Ein Mädchen mit erheblicher kognitiver Beeinträchtigung sitzt mit einem Katalog in der Ecke auf dem Sofa, wird hergeholt und im Morgenkreis mitgezerrt. Kinder ziehen sie auf den Schoß, dann darf sie wieder gehen und im Katalog blättern.

2. Ein Praktikant erhebt den Tagesablauf einer Sonderschülerin. Sie ist 6 ¼ Stunden von zu Hause weg – und erhält an diesem Tag nicht einmal zwei Stunden Unterricht in der Schule, die

ihre Existenzberechtigung mit dem besonderen Bedarf ihrer SchülerInnen an intensiver pädagogischer Unterstützung begründet:

Tab. 1: Auswertung des Tagesablaufes einer Schülerin

Zeitphasen	**Std.**	**Min.**	**Zeitanteile (% von Abwesenheit)**
Verlassen des Wohnortes bis zur Rückkehr	6	15	100%
Fahrt (hin und zurück)	1	05	17%
Aufenthalt in der Schule (im Folgenden aufgeteilt)	5	10	83%
Unterricht	1	55	31%
Aufenthalt auf den Fluren	1	40	27%
Frühstück (20 Min.) und Mittagessen (35 Min.)		55	15%
Anpassen eines neuen Stehbrettes (KG)		25	7%
Ein- und Aussteigen in den Bus		15	4%

3. In einer Sonderschule beträgt der Anteil der SchülerInnen mit schwerer und mehrfacher Behinderung etwa 40%. Vor jedem Schuljahr werden die SonderschullehrerInnen gefragt, in welchem Bereich sie arbeiten möchten. So kommt es, dass nur einzelne akademisch gebildete PädagogInnen mit diesen SchülerInnen zu tun haben.

Mit diesen Beispielen soll keinesfalls der Eindruck erweckt werden, dass dies für die schulische Situation von Kindern mit geistiger und schwerer Behinderung durchgehend charakteristisch sei. Solche Erfahrungen veranlassen jedoch dazu, der Frage nachzugehen, welche Bedingungen dafür verantwortlich sein können, dass solche Situationen vorkommen und wie die Qualität von Unterricht und der Gesamtheit der schulischen Angebote ‚gesichert' werden kann.

Die Beispiele sprechen dafür, dass die Diskussion um die Qualität der schulischen Pädagogik nicht als Ausdruck der Ökonomisierung tabuisiert werden darf. Es geht hier nicht um eine Kritik an individuellem Fehlverhalten, es ist vielmehr zu konstatieren, dass Schulen für Menschen mit geistiger und insbesondere mit schwerer und mehrfacher Behinderung Bedingungen aufweisen, unter denen es nicht selbstverständlich ist, dass der individuelle Bedarf Vorrang bekommt. Je mehr die Kinder darauf angewiesen sind, dass andere sie unterstützen, ihre Lebens- und Lernumgebungen gestalten und sie qualifiziert begleiten und ihnen assistieren, je weniger sie dabei selbst Kontrolle über das ausüben können, was mit ihnen geschieht, desto notwendiger ist es, Bedingungen zu schaffen, die sicher stellen, dass für das gesorgt wird, was ich unter Qualitätssicherung im positiven Sinne verstehe. Die implizite Orientierung in den Beispielen lautet: Die Ressourcen werden nicht primär nach dem Bedarf der SchülerInnen, sondern nach Kriterien eingesetzt, in denen Sichtweisen und Interessen der Beschäftigten bzw. der Institution vorrangig berücksichtigt werden.

Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung an Schulen für Menschen mit geistiger Behinderung

Die Kultusministerkonferenz hat in den vergangenen Jahren Empfehlungen vorgelegt, die u.a. auch Hinweise zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung im Förderschwerpunkt Geistige Entwicklung beinhalten. Im Entwurf von 2002 (KMK 2002) heißt es dazu u.a.:

„Qualitätssichernde Maßnahmen werden im Schulprogramm festgelegt, Vereinbarungen werden verbindlich getroffen und innerhalb eines bestimmten Zeitraumes überprüft. Diese Maßnahmen erstrecken sich auf Standards für Konzepte, Strukturen, Prozesse und Produkte. Sie beziehen sich auf folgende Felder der schulischen Arbeit und bedürfen der Evaluation:

- *Lernprozessbegleitende Diagnostik und individuelle Leistungsfeststellung und Leistungsbewertung*
- *Individuelle Förderpläne, die Entwicklungsverläufe fortschreibend dokumentieren und fach- und entwicklungsbezogene Aspekte in Beziehung setzen*
- *Unterrichts- und Lernprozessgestaltung*
- *Personelle und sächliche Rahmenbedingungen sowie innerschulische organisatorische Abläufe, z. B. die Verzahnung von Unterricht, Therapie und Pflege, stufeninterne und übergreifende kollegiale Planung und Beratung*
- *Übergänge von und in andere Schulformen und in den beruflichen Bereich*
- *Unterrichtsimmanente Therapie und Förderpflege, deren Strukturierung und kontrollierte Begleitung*
- *Kooperation mit Erziehungsberechtigten und außerschulischen Partnern*
- *Schulleben*
- *Personalentwicklung zur Innovation und Weiterentwicklung der sonderpädagogischen Förderung, z. B. durch Fort- und Weiterbildung der Lehrkräfte und des nichtlehrenden Personals*
- *Kooperation mit Schulen und außerschulischen Institutionen*
- *Öffentlichkeitsarbeit"* (KMK 2002, 19-20)

Ist Qualitätssicherung wirklich erforderlich?

Solche Empfehlungen belegen, dass die Konferenz der Kultusminister/innen besondere Maßnahmen zur Sicherung der Qualität für notwendig hält. Jede Schule soll in ihrem Schulprogramm die dafür notwendigen Maßnahmen treffen. Sie sollen beispielsweise eine lernbegleitende Diagnostik, individuelle Förderpläne, Rahmenbedingungen und organisatorische Abläufe, Unterrichtsgestaltung inkl. der Integration von Pflege und Therapie, Personalentwicklung, Kooperationen verbindlich festgelegt werden. Worin begründet sich dieses Bemühen um ein Management der schulischen Qualität? Wie wurde und wird traditionell in Schulen für die Qualität gesorgt und reicht das nicht aus? Herkömmliche ‚Qualitätssicherung' geschieht vor allem durch eine Vorgabe struktureller Merkmale, der zu behandelnden Inhalte und einer Output-Kontrolle, von der aber

nicht auf die Qualität der Schule, sondern auf die Fähigkeiten der Schülerinnen zurück geschlossen wird. Konkret meint das:

- Als Rahmenbedingungen liegen fest: Der zeitliche Rahmen (Schuljahre, Stundentafel), der Personalschlüssel (Klassengröße), und die (formalen) Qualifikationen der Lehrpersonen.
- Die Inhalte, mit denen sich die Kinder und Jugendlichen beschäftigen sollen, stehen im Bildungs- bzw. Stoffplan. Die Anforderungen an alle Schüler einer Klassenstufe sind im Prinzip gleich; wer ihnen nicht genügt, ‚fällt raus', muss wiederholen oder muss auf niedrigeres Schulniveau wechseln (Gymnasium → Realschule → Hauptschule → Förderschule → Schule für Geistigbehinderte → evtl. Klassen für Schwerstbehinderte[4]).
- Über die Noten erhalten die SchülerInnen Rückmeldung über ihre individuellen Leistungen; das soll sie (auch) motivieren bzw. disziplinieren – und die Selektion begründen. Schlechte Noten führen also in der Regel nicht zu Veränderungen bei Schule und LehrerInnen, sondern bei den Schülern.

Zusammenfassend kann also die herkömmliche Art der Qualitätssicherung an (Allgemeinen) Schulen so charakterisiert werden: Man hofft darauf, dass eine ausreichende Qualität entsteht, wenn ausreichende Rahmenbedingungen gegeben sind, die Lehrerinnen und Lehrer ihr ‚Handwerk gelernt' haben und die Schülerleistungen gemessen werden. Vergleicht man unter diesem Aspekt Allgemeine Schulen mit solchen, in denen (auch) Kinder mit geistiger sowie mit schwerer und mehrfacher Behinderung unterrichtet werden, so fällt auf, dass hier der Maßstab der Schülerleistungen nur eine geringe oder gar keine Rolle spielen kann[5]: Während Schulleitungen und Eltern an einer Grundschule durchaus kritisch nachfragen können, wenn Kinder am Ende der ersten Klasse beispielsweise nicht alle Buchstaben kennen, so gibt es keine ‚gültigen' Kriterien dafür, ob die Lehrperson einen effektiven Unterricht durchgeführt hat, wenn für jedes Kind allenfalls individuelle Bildungsziele festgelegt werden können. Bei Schülern mit schwerer und mehrfacher Behinderung kann es womöglich in bestimmten Phasen das wichtigste Ziel sein, Rückschritte zu vermeiden, wenn beispielsweise eine degenerative Erkrankung vorliegt.

Das Bewusstsein, dass es angesichts dieser Voraussetzungen erst recht nicht ausreicht, bestimmte strukturelle Bedingungen bereitzustellen, um dem Recht auf Bildung für jeden Menschen gerecht werden zu können, ist inzwischen – wie der Text der KMK zeigt – zumindest prinzipiell vorhanden. Aus der Qualitätssicherungs-Diskussion in Industrie und Dienstleistungsbereich (vgl.

---

[4] Im Forschungsprojekt BiSB (KLAUß u. a. 2004, 2006) zeigt sich u.a., dass (zumindest) in Baden-Württemberg ein sehr großer Anteil der Schülerinnen und Schüler mit schwerer und mehrfacher Behinderung in Klassen unterrichtet werden, in denen sie unter sich sind (21%), in der Mehrheit sind oder mindestens die Hälfte der Klasse ausmachen (34%).

[5] Das gilt im Prinzip auch für den gemeinsamen Unterricht; dennoch ist dort die Situation etwas anders, weil Kinder mit kognitiven Beeinträchtigungen sich mit denen ohne geistige Behinderung vergleichen können, das Kriterium des Schulerfolgs ist für sie und ihre Lehrerinnen dadurch‚präsenter' als wenn sie nur unter sich sind.

KLAUß 2001) wird die Erkenntnis übernommen, dass die Bereitstellung geeigneter Rahmenbedingungen und die Kontrolle des output (‚Ausstoß' in der Industrie) keine ausreichenden Qualitätsbedingungen (mehr) sind. Wesentlich sind die Prozesse, die zu einem Ergebnis führen sollen sowie ein differenzierter Blick auf die Ergebnisse, der über die reine Endkontrolle (‚Ist das Produkt in Ordnung?') hinausgeht und die Bewertung durch die ‚Kunden' einbezieht. Das Bemühen, dies zu realisieren, wird in den KMK-Empfehlungen deutlich: Individuelle Förderpläne sollen reflektieren und transparent machen, was jeder Schüler braucht und an Angeboten erhält, seine Lernergebnisse und Entwicklung sollen dokumentiert und kollegial reflektiert werden, die Leistungsfähigkeit verschiedener Förder-Orte ist zu vergleichen und die Einschätzung der Ergebnisse von verschiedenen Beteiligten einzuholen. Zu den vorgeschlagenen Evaluationsformen gehören:

- *„Dokumentation und Auswertung individueller Förderpläne als Grundlage der Reflexion und Weiterentwicklung der Förderung*
- *Dokumentation von Lernergebnissen, z.B. in Portfolios und Lerntagebüchern, und ihre Auswertung*
- *Stufeninterne Vergleiche von Schülerentwicklungen durch kollegialen Diskurs von Parallel-, Partner- und Nachbarschaftsklassen bzw. -stufen*
- *Vergleiche von Konzepten und Entwicklungen schulischer Arbeit an unterschiedlichen Förderorten*
- Befragung von Schülerinnen und Schülern, Erziehungsberechtigten, Lehrkräften und nichtlehrendem Personal nach ihrer Zufriedenheit mit Schule." (KMK 2002, 19-20)

Auswirkungen einer aufwandsorientierten ‚Qualitäts-sicherung'

Bevor die Wirksamkeit dieser Vorschläge zu diskutieren ist, soll zunächst der Frage nachgegangen werden, welche Auswirkungen die herkömmliche Art der ‚Qualitätssicherung' haben konnte – vielleicht auch musste. Es soll gezeigt werden, dass es unter diesen Bedingungen nahe liegt,

- den bisher betriebenen und zu bewältigenden Aufwand mehr zu beachten als den Bedarf der SchülerInnen,
- sich als Einzelkämpfer/in zu verstehen und zu verhalten (mit der möglichen Folge des burn out), und
- nach (vermeintlichen) Erfolgsrezepten zu suchen und diese anzuwenden.

Aufwandsorientierung und Einzelkämpfertum als nahe liegende Sichtweise

Wenn eine soziale Organisation sich an der Auffassung orientiert, dass es ausreicht, Rahmenbedingungen und Personal mit einer bestimmten Qualifikation zur Verfügung zu stellen und diesem die Aufgabe zu geben, SchülerInnen ‚möglichst gut' zu unterrichten, für die es keine verbindlichen schulischen Erfolgskriterien geben kann, so macht sie die Qualität des Unterricht zum individuellen Problem

der einzelnen Lehrerin, des einzelnen Lehrers. Von ihrem Engagement und Können hängt der Erfolg ab. Ob sie erfolgreich sind, wenn ihre Kinder lesen, schreiben und rechnen lernen oder wenn sie sich in der Schule wohl fühlen oder wenn sich mögliche auffällige Verhaltensweisen verringern, diese Frage müssen sie mit sich alleine ausmachen oder allenfalls im Team vereinbaren. Es verwundert überhaupt nicht, dass sich daraus aus Streit mit Eltern ergeben kann, denn auch diese können unter diesen Voraussetzungen keine Vorstellungen davon haben, was sie für ihr Kind von der Schule erwarten können (vgl. KLAUß 2000a). Lehrpersonen, die die Frage, was sie erreichen können und sollen, mit sich selbst klären müssen, fühlen sich nicht nur als Einzelkämpfer – sie sind es tatsächlich. Damit korrespondiert, dass auch Eltern häufig überzeugt sind, es sei eine Frage des ‚Glücks', ob ihr Kind einen ‚guten Lehrer' hat, weil dies vor allem von dessen Persönlichkeit (und in viel geringerem Maße von Qualifikationen) abhänge (vgl. Klauß 2003). Hinsichtlich der pädagogischen Qualität muss man sich auf die ethischen Ansprüche an den Einzelnen verlassen. Das Prinzip lautet hierbei: Setzt genügend materielle und personelle Ressourcen ein, bietet den Fachkräften qualifizierte Aus- und Weiterbildung an, und verlasst euch darauf, dass diese ihre weit gehende Gestaltungsfreiheit aus einer hohen ethischen Motivierung heraus optimal im Interesse der Betreuten nutzen. Qualität hängt damit vom ‚Zufall' persönlichen Engagements ab, pädagogische Qualität gilt als nicht plan- und kontrollierbar. Gelegentlich spiegelt sich dies auch in der Aussage wider, pädagogische Arbeit könne man nicht von außen steuern, PädagogInnen würden das auch gar nicht mitmachen, denn sie hätten diesen Beruf gewählt, um sich frei zu verwirklichen und keinen Leistungsvorgaben unterzuordnen (vgl. PETERANDER & SPECK 1999).

Dieses Modell funktioniert durchaus, wenn die Einzelnen das entsprechende Engagement aufbringen, aber Qualität unterliegt hier dem Zufall. Sein – scheinbarer – Vorteil liegt darin, dass es der Lehrerin, dem Lehrer, den Teams ein hohes Maß an Autonomie gibt – diese sehen sich dabei jedoch einem im Prinzip maßlosen Anspruch ausgesetzt: Die Rahmenbedingungen (Klassengröße, Art der Kinder, Ausstattung etc.) liegen fest, sie müssen nun das Beste daraus machen. Was dieses ‚Beste' genau ist, das liegt nicht fest. Eigentlich müsste man jedem Kind als einzelnem Individuum gerecht werden, zugleich aber auch zu allen gerecht sein. So wird es zu seinem Problem, mit dem Vorhandenen – auch mit seiner eigenen Zeit, seinen Energieressourcen etc. – hinzukommen. Damit aber erhält die Frage, wie der schulische Alltag zu bewältigen ist, wie man ihn durchsteht, tendenziell eine Dominanz und erhält deshalb häufig Vorrang vor der Frage, was das einzelne Kind an Anregungen, Angeboten und Hilfen braucht. Angesichts fehlender Kriterien für erfolgreiche Arbeit gewinnt der Aufwand in einem doppelten Sinne eine zentrale Bedeutung:

- Der bisher geleistete Aufwand wird zum Maßstab für das, was die SchülerInnen brauchen, und
- die LehrerInnen müssen versuchen, den prinzipiell grenzenlos geforderten Aufwand zu bewältigen, das heißt ihn nicht zu groß werden zu lassen: Er muss leistbar bleiben.

Besondere Relevanz bei SchülerInnen mit besonderen Beeinträchtigungen

Es spricht einiges dafür, dass diese vorrangige Orientierung am bisher betriebenen Aufwand und an der Frage, wie man mit den eigenen Ressourcen ‚hinkommt', bei SchülerInnen mit schwerer und mehrfacher Behinderung eine besondere Relevanz bekommt. Einige Gründe können dafür verantwortlich sein:

- Fehlende eindeutige Erfolgskriterien der pädagogischen Arbeit
- Einschränkungen der Kommunikation
- Scheinbarer Vorrang pflegerischer und therapeutischer Angebote

Da nicht festgelegt werden kann, was jedes Kind mit schwerer und mehrfacher Behinderung in der Schule in einem bestimmten Zeitraum lernen soll, ist es auch schwierig, die Aufgaben der Lehrpersonen genau zu klären. Die stark beeinträchtigten Kommunikationsmöglichkeiten der SchülerInnen haben u.a. zur Auswirkung, dass sie sich weder über Lernergebnisse eindeutig äußern noch anderen (z.B. Eltern) mitteilen können, welche Angebote sie in der Schule erhalten und wie gut sie dabei lernen können. Fragt man schließlich danach, was in der Schule unbedingt und auf jeden Fall realisiert werden sollte, was also auch bei knappem Personal etc. stattfinden müsse, so entsteht leicht der Eindruck, die pflegerischen und therapeutischen Angebote hätten hier eine besondere Bedeutung. Dass die körperlichen Bedürfnisse befriedigt und beispielsweise die motorischen Probleme beeinflusst werden sollten, liegt eher ‚auf der Hand' als etwa die Notwendigkeit einer Bildung, deren Ergebnisse sich nicht unmittelbar sichtbar in der körperlich/seelischen Verfassung oder der Beweglichkeit erkennbar sind. So erstaunt es nicht, wenn beispielsweise für Eltern der Frage, ob es ihrem Kind in der Schule ‚gut geht' und welche Qualität Pflege und Therapie haben, häufiger Vorrang zu haben scheint als die nach den pädagogischen Angeboten in der Klasse (KLAUß u.a. 2006). Dies trägt dazu bei, dass eine Aufwandsorientierung, also die Orientierung des Handelns an der Frage, welcher Aufwand unabdingbar erscheint, gerade bei Kindern und Jugendlichen mit schwerer und mehrfacher Behinderung besonders nahe liegt.

Aufwands- und ressourcenorientierte ‚Erfolgsrezepte'

Wie kann gewährleistet werden, dass in der (schul-)pädagogischen Arbeit wirklich der Mensch im Vordergrund steht, der besondere Lernhilfen, besondere Unterstützung benötigt, und nicht der Leistungserbringer? Wie ist eine konsequente Nutzerorientierung an Stelle einer vorrangigen Anbieterorientierung zu erreichen? Vor allem in Folge verknappter Ressourcen liegt es verstärkt nahe, sich als LehrerIn vor allem an der Frage zu orientieren, wie man mit dem Vorhandenen ‚hinkommt'. Die folgenden ‚Erfolgsrezepte' beschreiben gängige Versuche, vor allem das zu nutzen, was man kann, was einem vertraut ist. Sie veranschaulichen, was es bedeuten kann, wenn pädagogische Arbeit vorrangig unter dem Aspekt der Aufwandsverringerung gestaltet wird: Man glaubt, ein

‚Rezept' zu haben, das immer funktioniert – bei jedem Kind und unabhängig von der jeweiligen Situation.

- **Das ‚Brosamenrezept'**

Bei diesem vermeintlichen Erfolgsrezept wird nach einer Art „Brosamenkonzept" der Unterricht in einer heterogenen Klasse im Blick auf die weniger beeinträchtigten Kinder geplant. Das ist leistbar und entspricht den Kompetenzen der Lehrkraft. Erst danach wird überlegt, was für die stärker behinderten Kinder abfallen könnte – die Brosamen sozusagen, die für sie übrig bleiben. Eigentlich müsste aber von jedem Kind aus geplant und dann überlegt werden, wie ein Unterricht aussehen soll, in dem auf allen Niveaus an einem gemeinsamen Gegenstand (im Sinne FEUSERS 1989) gelernt werden kann.

- **Das ‚Persilrezept'**

Nach dem „Persilkonzept" wenden manche Lehrkräfte vor allem das Förderkonzept an, für das sie sich besonders qualifiziert haben und an dem sie (deshalb) besonderes Interesse haben im Sinne von „Persil wäscht alles!". Sie glauben, dass z.B. alle Kinder Kommunikations- oder Wahrnehmungsförderung brauchen, oder dass allen Bewegung oder das Einüben von Selbstversorgungsfertigkeiten gut tut. Ausgangspunkt ist die eigene, mitgebrachte Qualifikation – Kinder die ein „Feinwaschmittel" gebraucht hätten, haben Pech.

- **Das ‚Ganzheitlichkeitsrezept'**

Einige Lehrkräfte verstehen Ganzheitlichkeit so, dass sie einfach davon überzeugt sind, dass ihr ausreichend Unterricht Elemente enthält, der allen Kindern „etwas gibt". So können diese beispielsweise immer etwas ‚wahrnehmen'. Der Konstruktivismus muss oft als Begründung dafür herhalten: Was die Kinder sich aneignen, entscheiden sie ohnehin selbst, da ist die Unterrichtsplanung nicht so relevant.

Orientierung am Bildungsplan und am Bedarf der SchülerInnen als Kern der Qualitätssicherung

Das Gegenmodell einer aufwandsorientierten ist eine bedarfsorientierte Pädagogik. Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass jede einzelne Lehrerin, jeder Pädagoge, jedes Team in dieser Reihenfolge fragt, plant und arbeitet:

- Was benötigen die von uns Betreuten, was benötigt jeder Einzelne an Bildungsangeboten?
- Wie können wir diese realisieren, welche Personen/ Qualifikationen brauchen wir dazu?
- Wie stellen wir sicher, dass die geleistete Arbeit auch dem entspricht und ihre Durchführung sichergestellt wird?

Dies unterscheidet sich grundlegend von einem aufwandsorientierten Vorgehen, das in der Tendenz folgender Fragerichtung entspricht: Welche Kompetenzen, Ressourcen, fachlichen Vorlieben habe ich als Lehrkraft/ haben wir als Bildungsinstitution?

- Wie können wir diese bei der Planung und Gestaltung des pädagogischen Alltags nutzen, was ist damit möglich/ leistbar? Welche Projekte und Schwerpunkte wollen wir?
- Wie kommen wir damit angesichts der Anforderungen aus, die unsere SchülerInnen an uns stellen? Wie passen die Kinder dazu? Wer kommt in welche Klasse?
- Was geschieht mit den Kindern und Jugendlichen, die nicht passen? Können deren Bedürfnisse berücksichtigt werden bzw. wie werden wir sie los ...?

Didaktik als Orientierung am Bildungsplan und am lernenden Individuum

Diese Orientierung am Bedarf der Schüler bei der Gestaltung schulischer Bildungsangebote entspricht den Grundzügen didaktischer Unterrichtsplanung. Didaktik bedeutet in einem allgemeinen Sinne, Kindern die Welt so zu erschließen, dass sie sich diese zu Eigen machen können (vgl. KLAFKI 1996). Sie stellt also einen Vermittlungsprozess zwischen dem Individuum und der Kultur dar. Die Frage, was ein Kind auf welche Art und Weise lernen soll und kann, wird dabei unter Bezugnahme auf zwei Orientierungspunkte zu klären versucht: Auf der einen Seite stehen die Interessen, Bedürfnisse und vor allem die Lernausgangslage des Kindes, auf der anderen die von und in der Gesellschaft anerkanntermaßen wichtigen Bildungsinhalte und –ziele. Dies reflektiert eine wichtige Erkenntnis zur Begründbarkeit des Bedarfs: Was ein Mensch von anderen braucht (z.B. an Pädagogik, an Unterstützung etc.) lässt sich einerseits aus dem begründen, was er an Bedürfnissen und Interessen und Kompetenzen entwickelt hat. Diese Begründung greift allerdings zu kurz, weil die ausgebildeten Bedürfnisse von „lebensgeschichtlichen Zufällen“ abhängen (HAISCH 2004). Menschen können nur die Interessen und Bedürfnisse ausbilden, mit deren Realisierungsmöglichkeiten sie in Kontakt kommen (KLAUß 2006). Es muss deshalb auch eine allgemeine Verständigung darüber geben, was Kinder in der

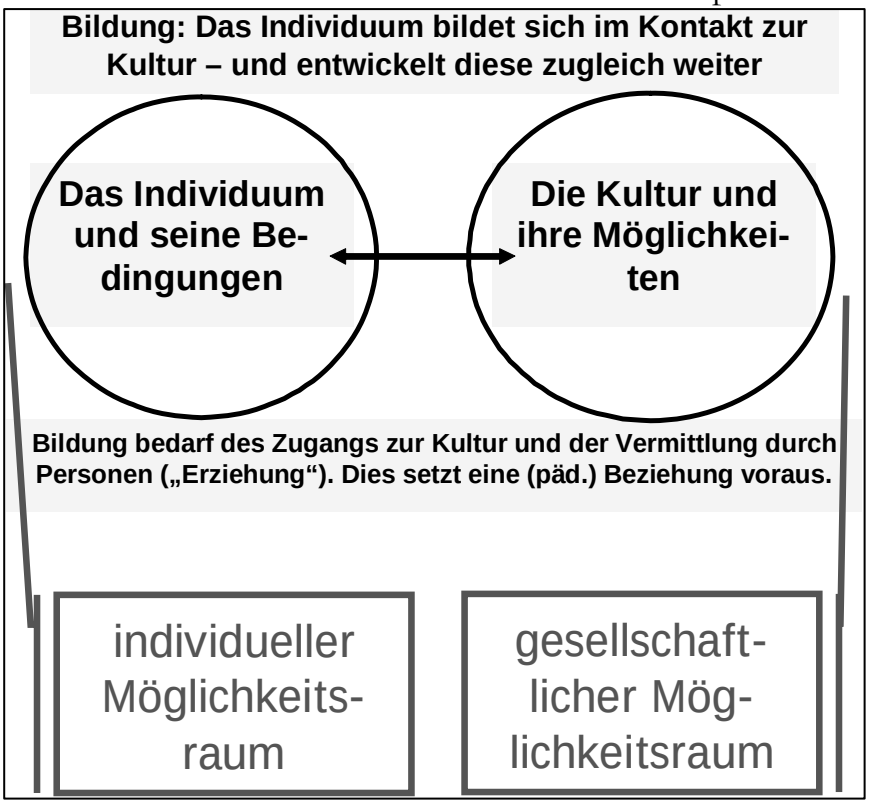


Abb.1: Der doppelte Möglichkeitsraum

Schule lernen können sollen. Dies geschieht beispielsweise in allgemeiner Form über Bildungspläne. Sie beinhalten Aussagen darüber, welche Kulturgüter Kindern so zugänglich gemacht werden sollen, dass sie sich diese zu Eigen machen können. Damit eröffnet die schulische Didaktik dem Kind, für seine Persönlichkeitsbildung sozusagen auf zweierlei ‚Erbe' zurückzugreifen: auf das individuelle, auf die in ihm angelegten Möglichkeiten (‚individueller Möglichkeitsraum') und auf das kulturelle, das gesellschaftliche Erbe (‚kultureller Möglichkeitsraum'). Die Orientierung der schulischen Bildungsangebote am Bedarf der Kinder und Jugendlichen erfordert deshalb beides: Die Klärung der individuellen Lernvoraussetzungen und die Klärung dessen, was aus einer übergeordneten Sicht für alle Kinder und damit auch für das jeweils im Fokus stehende Kind wichtig erscheint, weil ihm damit individuelle Bildungschancen eröffnet werden.

Qualitätskriterium A: Orientierung an der Allgemeinen Bildung

Die Vereinbarungen über das, was die Kinder einer Gesellschaft lernen sollten, werden in sog. Bildungsplänen formuliert. Dabei handelt es sich um eine allgemeine Benennung des Bedarfs, von dem man annimmt, dass ihn alle Kinder haben, weil sie entsprechende Kompetenzen benötigen, um in der Gesellschaft als Erwachsene leben zu können. Solche Festlegungen müssen immer wieder überprüft werden, aber sie sind notwendig. Für Kinder mit geistiger und auch mit schwerer und mehrfacher Behinderung hat dies eine hohe Bedeutung. Wenn nämlich bei der Frage nach ihrem Bedarf ganz grundsätzlich davon ausgegangen wird, dass für sie der Zugang zu und die Vermittlung von denselben Inhalten unserer Kultur ebenso wichtig sind wie für alle anderen, dann bedeutet dies beispielsweise, dass auch das für sie Relevanz hat, was Gegenstand von Fächern wie Mathematik, Deutsch, Kunst, Physik und Chemie ist. Es wird dann zur Herausforderung an die Pädagogik, vor allem an die Didaktik, wie eine Umsetzung dieser Inhalte für sie gelingen kann. Inzwischen existieren dazu einige Ansätze, die zeigen, wie auch anspruchsvolle Inhalte so didaktisch ‚aufbereitet' werden können, dass Kinder und Jugendliche mit unterschiedlichsten Lernvoraussetzungen daran teilhaben können (vgl. FEUSER 1989, HEINEN 2003, LAMERS 2000). Bedarfsorientierung meint in diesem Sinne, dass auch Kindern mit geistiger Behinderung der Zugang zur allgemeinen, allseitigen Bildung eröffnet wird. Die pädagogische Frage lautet hier also nicht: Welchen Kindern kann ich diesen Zugang eröffnen und welche sind nicht fähig dazu, sondern: Wie können die allgemein für wichtig gehaltenen Bildungsinhalte jedem Kind eröffnet werden, welche Kompetenzen benötige ich dazu?

Qualitätskriterium B: Orientierung am Lernniveau des Individuums

Der Zugang zu den Bildungsinhalten wird dadurch ermöglicht, dass die individuellen Möglichkeiten geklärt werden: Was kann jedes Kind wie und mit welcher Unterstützung lernen? Neben der Sachanalyse, die sich mit den Gegenständen der Bildung befasst, ist auch diese Klärung erforderlich. Es muss

also das Lernniveau bekannt sein und der Unterricht so gestaltet werden, dass sich jedes Kind der Klasse auf seinem Niveau entsprechend seinen Möglichkeiten beteiligen kann. Das erfordert Kompetenzen seitens der LehrerInnen, die das Lernniveau so einschätzen müssen, dass der Unterricht entsprechend gestaltet werden kann.
FEUSER (1989) hat mit seinem Modell einer „entwicklungslogischen Didaktik" ein Konzept vorgelegt, das ein entwicklungspsychologisches Modell zur Lösung dieses Problems nutzt. Hauptbezugspunkte der entwicklungslogischen Didaktik sind einerseits die Inhalte des Bildungsplans (als Desiderat der gesellschaftlichen Vorstellungen, was für Kinder an Lerninhalten wichtig ist) und die so genannten dominierenden Tätigkeiten nach JANTZEN (1987) in Anlehnung an Wygotski. Innere Differenzierung wird nach FEUSER erreicht, indem für jedes Kind das dominierende Tätigkeitsniveau bestimmt und der Unterricht so gestaltet wird, dass Lernangebote auf diesem Niveau vorkommen. Die jedem Kind ohne Ausnahme mögliche Tätigkeitsform ist die der Wahrnehmung als aktive Aneignung von Welt.

Tab.2: Das Modell der Dominierenden Tätigkeiten (nach JANTZEN 1987, 202)

Lebensalter	**Dominierende Tätigkeit**
Bis ca. 4 Monate	Wahrnehmungstätigkeit
Bis ca. 1 Jahr	Manipulierende Tätigkeit
Bis ca. 3 Jahre	Gegenständliche Tätigkeit
Ca. 3-6 Jahre	Spiel (erste Geburt der Persönlichkeit)
Ca. 7-13/14 Jahre	(Schulisches) Lernen
Ab ca. 14/15 Jahre	Arbeit (zweite Geburt der Persönlichkeit)

Wird Unterricht so organisiert, dass ein schwer behindertes Kind wahrnehmend tätig sein kann, so profitieren zugleich auch alle anderen – die aber auch die anderen Lernniveaus für sich nutzen.
Auch andere entwicklungspsychologische Modelle bieten geeignete Grundlagen für die Klärung des für das jeweilige Kind relevanten Lern-Niveaus. Das gilt für das der sensomotorischen Entwicklung von PIAGET (vgl. PITSCH & THÜMMEL 2005) und ebenso für die davon abgeleitete Systematik der „Lebensformen" nach HAISCH (vgl. KLAUß 2000b; 2005).
Konsequenter Weise ist diese Vorstellung einer entwicklungslogischen Didaktik mit dem Anspruch verbunden, allen Kindern ein gemeinsames Lernen zu ermöglichen, dies erfordert eine Schule, die das auch schulorganisatorisch ermöglicht. Insofern ergeben sich aus FEUSERs Vorstellungen auch Ansprüche an die Strukturqualität von Schule: Diese soll nicht mehr aussondern, sondern integrieren.

Sicherung der Prozessqualität

Das eigentlich ‚Neue' der modernen Qualitätsdiskussion ist – dies wurde bereits ausgeführt –die besondere Beachtung der Prozessqualität, der neben der Strukturqualität (Sicherung der Rahmenbedingungen) und Ergebnisqualität (Bewertung des output) eine besondere Bedeutung zukommt. Durch das Modell

Tab.3: Entwicklungspsychologische Modelle im Vergleich (nach Jantzen 1987, 202; Pitsch/Thümmel 2005, 56; Haisch 1988, 14f; Klauß 2005, 187)			
Lebensalter	**Dominierende Tätigkeit (LEONTJEW nach JANTZEN 1987)**	**PIAGET**	**HAISCH (1988)**
Bis ca. 1 Monate	Wahrnehmungstätigkeit	1. Sensomotorische Entwicklung Stadium 1: Betätigung und Übung der Reflexe	Leben als Organismus: Betätigung von Reflexen
Bis ca. 4 Monate		Stadium 2: Die ersten erworbenen Anpassungsverhalten und die primäre Zirkulärreaktion	Selbstbewegung
Bis ca. 10 Monate	Manipulierende Tätigkeit	Stadium 3: Die sekundären Zirkulärreaktionen und die Vorgehensweisen, die dazu dienen, interessante Erscheinungen andauern zu lassen	Effektgeleitete Betätigung
Bis ca. 1 Jahr		Stadium 4: Die Koordination der sekundären Verhaltens-schemata und ihre Anwendung auf neue Situationen	Gewohnheitsgeleitete Betätigung
Bis ca. 3 Jahre	Gegenständliche Tätigkeit	Stadium 5: Die tertiäre Zirkulärreaktion und die Entdeckung neuer Mittel durch aktives Ausprobieren	Gestaltung
		Stadium 6: Die Erfindung neuer Mittel durch geistige Kombinationen	Mitteilung/Kommunikation
		2. Präoperative Denkoperationen Vorbegrifflich-anschauliches Denken (ca. 2 – ca. 4 Jahre)	
Ca. 3-6 Jahre	Spiel (erste Geburt der Persönlichkeit)	Anschauliches Denken (ca. 4 ca. bis 7 Jahre	
Ca. 7-13/14 Jahre	(Schulisches) Lernen	3. Konkrete Denkoperationen (ca. 7 – ca. 10 Jahre) 4. Abstrakte Denkoperationen (ab ca. 11 Jahre)	
Ab ca. 14/15 Jahre	Arbeit (zweite Geburt der Persönlichkeit)		

FEUSERs ist nicht nur die Grundlage eines Unterrichts beschrieben, die sich im zuvor diskutierten Sinne am Bedarf der Schüler orientiert. Es stellt auch den Versuch dar, einen Aspekt der Prozessqualität zu definieren: Als ‚guter Unterricht' kann demnach derjenige gelten, bei dem die Lehrpersonen sich sowohl mit den für eine Altersgruppe als relevant geltenden Bildungsinhalten qualifiziert auseinandersetzen als auch mit Hilfe einer wissenschaftlich fundierten Systematik klären, auf welchem Tätigkeits- und Lernniveau alle SchülerInnen sich aktiv an den jeweiligen gemeinsamen Bildungs-Gegenständen beteiligen können. Im Sinne der Qualitätssicherung wird damit Folgendes ‚gesichert':

Orientierung an allgemeinen Bildungsinhalten

Die Bildungsinhalte (Gegenstände), ‚an' denen gelernt werden soll, entsprechen möglichst denen, an denen sich Gleichaltrige bilden. Ihre Präsentation und Vermittlung geschieht jedoch orientiert an den individuellen Lernmöglichkeiten, so dass auch das zweite Prinzip verwirklicht wird:

Orientierung am Individuum

Bei der Unterrichtsgestaltung ist für jedes Kind dessen vorrangiges Lernniveau zu beachten und – u.a. durch adäquate Hilfen im Sinne der ‚Zone der nächsten Entwicklung' – eine Weiterentwicklung zu ermöglichen. Hierzu sind Konstrukte wie beispielsweise das Konzept der Dominierenden Tätigkeiten (vgl. FEUSER 1989) zu nutzen.

Verbindliche Gestaltung der pädagogischen Prozesse

Damit sind allerdings nur Aussagen über den Planungsprozess des Unterrichts im ‚Kopf' der einzelnen Lehrperson gemacht. Wie kann jedoch erreicht werden, dass die Orientierung am Bedarf des einzelnen Schülers vor dem Hintergrund der allgemeinen Bildungsinhalte auch verlässlich realisiert wird? Dies kann, so die Vorstellungen etwa in den o.g. Empfehlungen der KMK, durch Vereinbarungen geschehen, in denen Abläufe vorstrukturiert und verbindlich festgelegt werden, die dieser Zielsetzung entsprechen. Dazu gehören beispielsweise:

- Ein verbindlich implementierter Planungs- und Reflexionsprozess in den Schul-Teams, in denen diese Fragestellungen regelmäßig besprochen (geplant und reflektiert) sowie transparent gemacht, dokumentiert und evaluiert werden.
- Daraus resultiert ein obligatorischer individueller Bildungsplan, festgehalten in Form individueller Förder- bzw. Bildungspläne, die regelmäßig aktualisiert werden und die oben angesprochenen Inhalte reflektieren sowie Maßnahmen für deren Umsetzung beinhalten
- Verbindliche Regelungen für die arbeitsteilige Kooperation in Teams und auch mit den Eltern. Die Planung, Koordination und Reflexion von Unterricht und Förderung, von Pflege und Therapie sowie außerschulischen Aufgaben braucht ‚Ort und Zeit', wo und wann sie stattfinden und wer daran beteiligt ist.

- Bedarfsorientierte Qualifikation bedeutet, dass sich die Fort- und Weiterbildung der schulischen MitarbeiterInnen nicht an individuellen Vorlieben orientierten, sondern an dem, was für die SchülerInnen und zur Verwirklichung ihres Rechtes auf Bildung notwendig erscheint.

Der Versuch, Prozesse zu strukturieren und verbindlich zu gestalten, bietet keine Sicherheit für ‚gute Qualität', er erhöht aber die Chancen dafür, dass sich das schulische Angebot vorrangig an der Aufgabe der Schule orientiert, allen Kindern eine ihnen entsprechende und möglichst allseitige Bildung zu eröffnen.
Die oben vorgestellten KMK-Empfehlungen benennen solche Aspekte aus dem Spektrum des Qualitätsmanagements, die als Ausdruck des Vorrangs der Bedarfsorientierung verstanden werden können. Es fällt aber auf, dass in den KMK-Hinweisen auf inhaltliche Festlegungen weitgehend verzichtet wird: Von Bildungsinhalten als Qualitätskriterium ist hier beispielsweise nicht die Rede. Man hofft offenbar darauf, dass diese inhaltliche Ausgestaltung von den Schulen selbst geleistet wird. Maßstäbe und Kriterien dafür, was als ‚gute Qualität' verstanden werden soll, muss demnach von den ‚Anbietern' selbst erarbeitet werden. Sie sollen eine Vielzahl von Qualität sichernden Maßnahmen ergreifen, sich mit den angesprochenen Aspekten des schulischen Geschehens befassen und dazu verlässliche Vereinbarungen treffen. Diese Vorgaben der KMK fördern die Autonomie der Lehrkräfte, überlässt es ihnen letztlich jedoch gleichzeitig, ob und in welcher Form sie diese Autonomie im Interesse auch der Kinder und Jugendlichen mit schwerer und mehrfacher geistiger Behinderung nutzen.

Literatur

FEUSER, G. (1989): Allgemeine integrative Pädagogik und entwicklungslogische Didaktik. In: Behindertenpädagogik 1, 4-48

HAISCH, W. (2004): Die Trennung von Aufwand und Bedarf als methodische Notwendigkeit. München 2004, Vortrag, unveröffentlicht (Internet: http://www.gbm.info/files/pdf/2004brandenburg/2004-05-14-haisch.pdf, Entn. 10/05)

HEINEN, N. (2003): Überlegungen zur Didaktik mit Menschen mit schwerer Behinderung. In: Fröhlich, A./Heinen, N./Lamers, W. : Schulentwicklung – Gestaltungs(t)räume in der Arbeit mit schwerbehinderten Schülerinnen und Schülern. Texte zur Körper- und Mehrfachbehindertenpädagogik. Düsseldorf, 121-143

JANTZEN, W. (1987):

JANTZEN, W., LANWER-KOPPELIN, W., SCHULZ, K. (Hrsg. 1999): Qualitätssicherung und Deinstitutionalisierung. Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden. Berlin

KLAFKI, W. (51996): Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik: zeitgemäße Allgemeinbildung und kritisch-konstruktive Didaktik. Weinheim/Basel

KLAUß, Th. (2000a): Kooperation mit Eltern in der Schule für Geistigbehinderte. In: Klauß, Th. (Hrsg.): Aktuelle Themen der schulischen Förderung. Heidelberger Texte zur Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung, Bd.1. Heidelberg. S. 146-161

KLAUß, Th. (2000b): Überwindung defizitärer Sichtweisen und Ermöglichung von Selbstbestimmung durch handlungsorientierten Unterricht für Schüler mit geistiger Behinderung. In: Klauß, Th. (Hrsg.): Aktuelle Themen der schulischen Förderung. Heidelberger Texte zur Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung, Bd.1. Heidelberg. S. 100-145

KLAUß, Th. (2001): Das GBM-Handbuch zum EDV-gestützten Verfahren zur Gestaltung der Betreuung von Menschen mit Behinderungen. Hrsg. von Th. Klauß; H. Schumm, Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe (BEB). Reutlingen

KLAUß, Th. (2003): Die Schule aus der Perspektive der Eltern von Kindern und Jugendlichen mit schwerer und mehrfacher Behinderung. In: Klauß, Th./Lamers, W. (Hrsg.): Alle Kinder alles lehren ... Grundlagen der Pädagogik für Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung. Heidelberger Texte zur Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung, Band 3. Heidelberg. S. 239-256

KLAUß, Th. (2005): Ein besonderes Leben. Grundlagen der Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. Heidelberg. 2. erweiterte und völlig überarbeitete Auflage

KLAUß, Th. (2006): Menschen mit schweren Behinderungen im Spannungsfeld unterschiedlicher Interessen. In: Geistige Behinderung, (45) Heft 1 (im Druck)

KLAUß, TH., LAMERS, W. (2003): Alle Kinder alles lehren ... brauchen sie wirklich alle Bildung? In: Klauß, Th./Lamers, W. (Hrsg.): Alle Kinder alles lehren … Grundlagen der Pädagogik für Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung. Heidelberg, 13-28

KLAUß, TH., LAMERS, W., JANZ, F. (2004): Forschungsergebnisse zur Bildungsrealität von Kindern und Jugendlichen mit schwerer und mehrfacher Behinderung (BiSB). In: Geistige Behinderung 2, 108-128

KLAUß, TH., LAMERS, W., JANZ, F. (2006): Die Teilhabe von Kindern mit schwerer und mehrfacher Behinderung an der schulischen Bildung - eine empirische Erhebung. Forschungsbericht Pädagogische Hochschule Heidelberg, unveröff.

KULTUSMINISTERKONFERENZ KMK (2002): Richtlinien für den Förderschwerpunkt Geistige Entwicklung. Entwurf Stand Februar 2002. Internet http://www.learn-line.nrw.de/angebote/richtliniensopae/rahmenvorgabe/1.pdf (entn. 12, 2005)

LAMERS, W. (2000): Goethe und Matisse für Menschen mit einer schweren Behinderung – Begegnung mit anspruchsvollen Bildungsinhalten. In: Heinen, N./Lamers, W. (Hrsg.): Geistigbehindertenpädagogik als Begegnung: Düsseldorf, 177-206

PETERANDER, F., SPECK, O. (1999): Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen. München

SPECK, O. (1999): Die Ökonomisierung sozialer Qualität. Zur Qualitätsdiskussion in Behindertenhilfe und sozialer Arbeit. München/Basel

ZEITZ, D. (1997): Sieben Sünden im Unterricht (3), in: PÄD Forum Juni, 259-265

Autor

Prof. Dr. Theo Klauß
Pädagogische Hochschule Heidelberg
69120 Heidelberg
theo.klauss@urz.uni-heidelberg.de

Ambulantes heilpädagogisch-(psycho)therapeutisches Angebot für Menschen mit geistiger Behinderung

Torsten Holm

Einleitendes

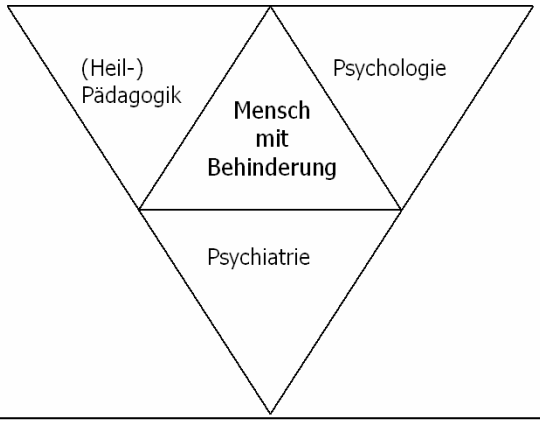
Menschen mit einer geistigen Behinderung erhalten in unserer Gesellschaft Hilfen, um integriert in der Gemeinde leben zu können. Erwachsene Menschen erhalten in der Regel Unterstützung in den Bereichen Wohnen (Heim, WG, BEW) und Arbeit (WfBM, Fördergruppen). Häufig wird diese Unterstützung im Rahmen der Eingliederungshilfe, (§§53,54, SGB XII, §55 SGB IX) finanziert. Einige Menschen mit geistiger Behinderung benötigen über die übliche Unterstützung hinaus (Wohnen, Arbeit, Freizeit) spezielle Hilfen, die es ihnen ermöglicht, weiter in der Gesellschaft zu leben und aus den üblichen Versorgungsstrukturen der Behindertenhilfe nicht hinauszufallen (temporär begrenzt, aber auch dauerhaft). Aufgrund schwerwiegender Verhaltensauffälligkeiten zu verlieren und aus dem Versorgungssystem ausgegrenzt zu werden. Dabei ist bzw. der Symptomatik psychischer Erkrankungen laufen sie Gefahr, ihre Wohn- und Arbeitsplätze es nicht immer möglich, mittels zusätzlicher, kassenfinanzierter Therapieverfahren eine Entschärfung der Lebenslage herbeizuführen.
Die Heilpädagogische Ambulanz Berlin e.V. (HpA) hat für diesen speziellen Personenkreis ambulante Angebote entwickelt, die einer drohenden Ausgrenzung entgegenwirken und das gesamte Hilfesystem entlasten, stützen und Neuorientierung bei allen Beteiligten ermöglichen helfen. Seit 1999 ist über die Jahre eine differenzierte Angebotsstruktur entstanden, die auf die speziellen Bedürfnisse der Menschen und die ihres Umfelds abgestimmt ist und die einer drohenden Ausgrenzung mit Hilfe spezieller heilpädagogisch-therapeutischer Interventionen entgegenzuwirken sucht. In Abgrenzung zu den Angeboten niedergelassener Psychotherapeutinnen handelt es sich dabei um keine kassenfinanzierten Leistungen, sondern um Angebote im Rahmen der Eingliederungshilfe, die unter Einbezug der entsprechenden Entscheidungsträger (Sozialamt, Sozialpsychiatrische Dienste) verhandelt und finanziert werden. Im Folgenden möchte ich Ihnen kurz das Profil der HpA vorstellen und einen Einblick in unsere Arbeit geben.

Kurzvorstellung Heilpädagogische Ambulanz Berlin e.V.

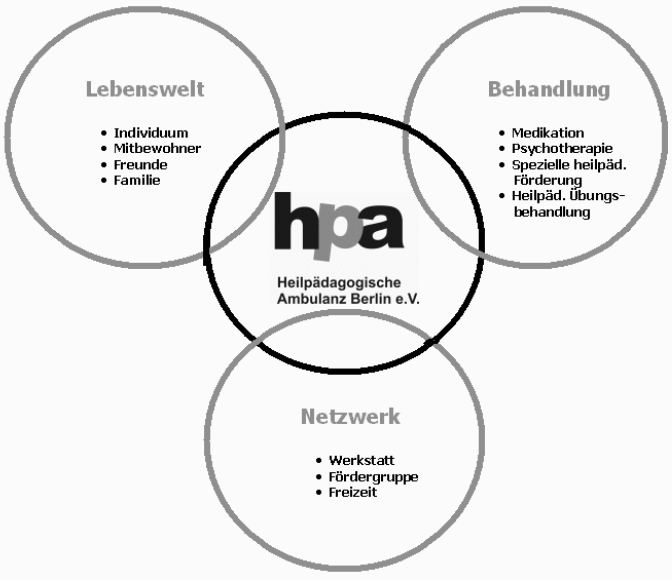
Die HpA hat sich 1999 als Verein mit dem Ziel gegründet, ein ambulantes, heilpädagogisch-therapeutisches Angebot für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten zu entwickeln. Wie in der Fachliteratur hinreichend beschrieben ist (u.a. BRADL & STEINHART 1996, BRADL & PETRY 1999, BV LEBENSHILFE 1996, THEUNISSEN 1995)

fällt es insbesondere diesem Personenkreis schwer, sich in die bestehenden, gemeindenahen Hilfesysteme dauerhaft zu integrieren. Wiederholt kommt es zu Klinikeinweisungen oder infolge heftiger Eskalationen zu Verlusten des jeweiligen Arbeits- und Wohnplatzes mit entsprechenden traumatisierenden oder chronifizierenden Wirkungen auf den jeweiligen Betroffenen.
Diese Menschen haben Bedürfnisse, die im Rahmen einer Wohneinrichtung oder einer Werkstatt für behinderte Menschen nicht ausreichend befriedigt werden können. Aufgrund der Schwere der Problematik und der besonderen Lebenssituation von Menschen mit einer geistigen Behinderung (Stichwort vermehrte soziale Abhängigkeit => großes Helfersystem) kann u.E. nach eine individuenzentrierte Therapieform den Schwierigkeiten nicht immer ausreichend gerecht werden. Unseren Erfahrungen nach ist es sehr häufig notwendig, die Erkenntnisse aus den unterschiedlichen Fachdisziplinen zusammenzuführen (Multiprofessionalität vgl. Abb. 1) und im Sinne eines systemisch ausgerichteten Casemanagements bzw. Therapieverständniss es umzusetzen und anzuwenden. Dies ist im engen Rahmen einer Kassentherapie nicht immer möglich und geht deutlich über den Focus einer Psychotherapie hinaus.

Multiprofessionalität in der Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung Abb.1



Arbeitsweise der HpA Berlin e.V. Abb.2

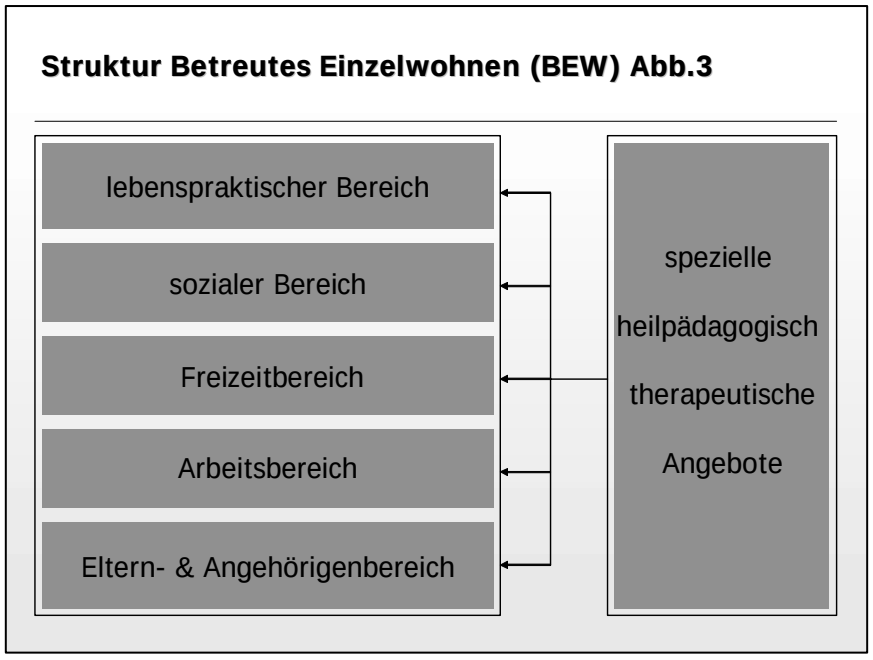


Die Angebote der HpA richten sich daher in der Regel an das Gesamtsystem, dass mit dem Menschen zusammenarbeitet (Abb. 2). Unserem Verständnis nach ist es notwendig, im Sinne eines systemischen Vorgehens die Interaktionsdynamiken im Hilfesystem zu analysieren und nach Dysfunktionen zu betrachten als auch gleichzeitig individuenzentrierte Hilfen anzubieten. Diese haben insbesondere zu Beginn den Charakter von psychischer

Entlastung beim unmittelbar betroffenen Mensch mit geistiger Behinderung. Gleichzeitig ist es notwendig, im Sinne eines systemisch orientierten Casemanagements zu wirken und die verschiedenen Sichtweisen und Handlungsansätze zusammenzuführen, die Prozesse aufeinander abzustimmen und im Sinne des jeweiligen Individuums optimal zu gestalten. Auf der Grundlage dieser Überzeugungen hat die HpA Berlin ein Konzept entwickelt, dass diesen Prämissen Rechnung trägt. Gegenwärtig ist es möglich, die heilpädagogisch-therapeutischen Leistungen entweder im Rahmen unseres speziellen BEW Konzepts (Grundlage SGB IX, SGB XII) oder auf der Grundlage von Sonderverhandlungen mit dem Sozialamt und dem Sozialpsychiatrischen Dienst zu nutzen (im Rahmen einer Gesamtplanung nach §58 SGB XII).

Betreutes Einzelwohnen (BEW) mit integrierten heilpädagogisch-therapeutischen Leistungen

Die HpA verfügt im Raum Berlin bezirksübergreifend über 75 Plätze im BEW (Stand Juni 05). Qualifizierte Mitarbeiterinnen arbeiten in dieser Hilfeform aufsuchend im eigenen Wohnraum, in Familien, im Obdach und begleitend in den WfBM´s. In die Leistungsform BEW sind immer spezielle heilpädagogisch-therapeutische Angebote integriert (Abb. 3). Das BEW setzt sich aus alltagsbegleitenden Hilfen (aufsuchend, unterstützend in der Lebenswelt mit allen Erfordernissen (Behörden, Finanzen, Hauswirtschaft, Arztbesuche, etc.) und speziellen therapeutischen Hilfen zusammen. Zum Teil ist es notwendig, dass der jeweilige Bezugsbetreuer als Hilfs-Ich mit in die Therapiesituation integriert wird und so als wichtige Stütze und Ressource in der direkten therapeutischen Situation dient. Gleichzeitig ist es mit seiner Hilfe eher möglich, spezielle Erfahrungen aus der jeweiligen Therapiesituation in die jeweilige Lebenswelt hinein zu übertragen. Insbesondere bei Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung haben wir die Erfahrung gemacht, dass es vielfach notwendig ist, die therapeutische Beziehung am jeweiligen Wohnort anzubahnen. Mitunter werden wir hier mit der Problematik konfrontiert, dass das Verlassen der eigenen Wohnung, des eigenen Zimmers die erste große Hürde darstellt und wir nur aufsuchend pädagogisch-therapeutisch tätig sein können. Jeder „Fall“ ist über die

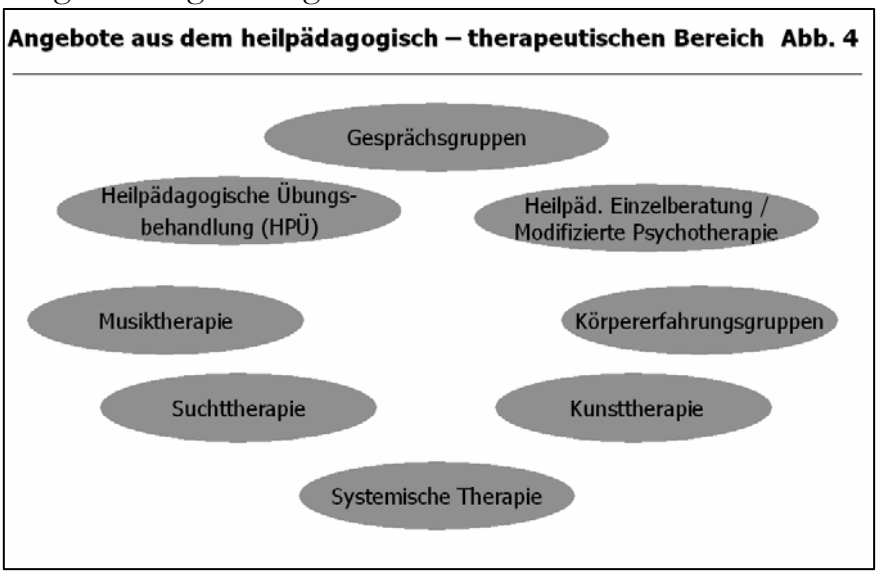


unmittelbar beteiligten Helfer bzw. Therapeutinnen hinaus einem eigenen Casemanager zugeordnet, um der Vielschichtigkeit der Beteiligten gerecht zu werden. Inhaltlich geht es dabei v.a. um das Abstimmen der Ziele und die Kontrolle über die Einhaltung der individuellen Entwicklungsplanung bzw. deren Modifizierung.

Spezielle heilpädagogisch-therapeutische Angebote

Der spezielle heilpädagogisch-therapeutische Bereich ist zum einen integraler Bestandteil des BEW Konzepts, zum anderen stellt er einen eigenständigen Bereich der HpA dar, da er sich auch an Menschen aus anderen Wohnformen und Einrichtungen richtet, die nur die heilpädagogisch – therapeutischen Angebote suchen. In diesen Fällen sind Sonderverhandlungen mit dem jeweiligen Kostenträger und den zuständigen Sozialpsychiatrischen Diensten zu führen. In der Regel liegen bei den an uns gerichteten Anfragen akute Gefährdungen der aktuellen Lebenslagen vor, so dass die gesamte Maßnahme/Zielstellung der Eingliederungshilfe gefährdet erscheint. Im Rahmen einer Gesamthilfeplanung wird von der HpA eine ergänzende Hilfeplanempfehlung entwickelt und formuliert, die eine weitere Eskalation verhindern soll und die Absicherung der Lebenssituation zum Ziel hat. Im Gegensatz zur Zielstellung in einer psychotherapeutischen Behandlung steht nicht so sehr die psychische Gesundung im Vordergrund unserer Hilfen, als die Absicherung der Eingliederung in das bestehende Hilfesystem. Häufig ist eine Kombination aus direkten klientenbezogenen Angeboten und systemisch ausgerichteten Umfeldangeboten (Heim, Familie, Werkstatt) notwendig. Idealerweise müssten die sonderfinanzierten Hilfen mischfinanziert (Kasse +Eingliederungshilfe) sein. Da die von uns angewandten Therapieverfahren jedoch nicht von der Kasse anerkannt werden (aufgrund der Modifizierung bzw. der jeweiligen Methode) sind gegenwärtig nur Verhandlungen mit den Sozialämtern möglich.

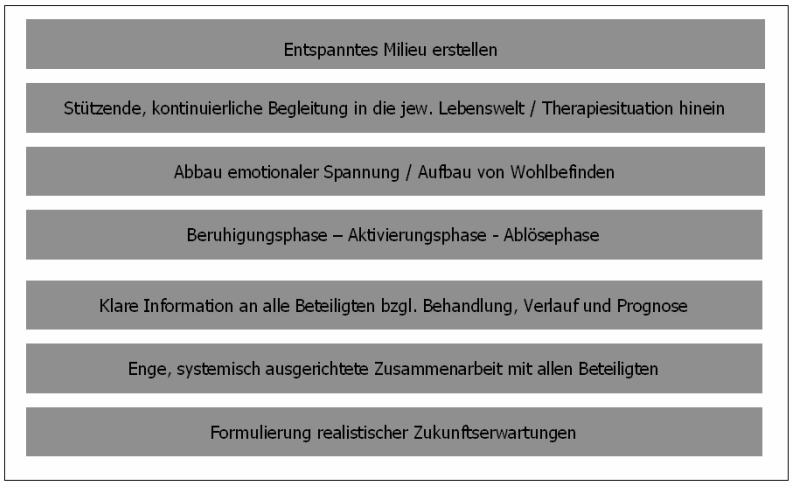
Angebote aus dem heilpädagogisch – therapeutischen Bereich Abb. 4



Im heilpädagogisch-therapeutischen Bereich hält die HpA gegenwärtig folgende Angebote bereit (Abb. 4): Neben der begleitend ausgerichteten systemischen Therapie stellen insbesondere die Heilpädagogische Übungsbehandlung (HPÜ), die heilpädagogische Einzelberatung/ modifizierte Psychotherapie und die Gruppenangebote Gespräch (Aggression und Sexualität) bzw. Körpererfahrung

zentrale Angebote dar. Die HPÜ stellt in Abgrenzung zur heilpädagogischen Einzelberatung/modifizierten Psychotherapie ein Einzelangebot für Menschen mit Behinderung dar, die ausgeprägt aggressive Ausdrucksformen in ihrem Sozialverhalten zeigen. In der Regel handelt es sich um schwerbehinderte Menschen mit starken selbstverletzenden, aber auch fremdgefährdenden bzw. sachaggressiven Verhaltensweisen. Die HPÜ kann allerdings auch bei Menschen mit leichter geistiger Behinderung angezeigt sein, wenn die verbalen Widerstände so groß sind, dass ein Kontakt zunächst kaum möglich ist.
Das Angebot ist körperzentriert ausgerichtet und berücksichtigt unter anderem Elemente der basalen Stimulation (FRÖHLICH 1996), der sensorischen Integration (AYRES 1984), körperzentrierter Interaktion (ROHMANN & ELBING 1999), basaler Kommunikation (MALL 1995), aber auch Methoden aus der Unterstützten Kommunikation. Dabei steht sowohl die Reduzierung oder Umlenkung der aggressiven Verhaltensweisen als auch die Erweiterung der individuellen kommunikativen Möglichkeiten zentral im Mittelpunkt.
Das Angebot der modifizierten Psychotherapie greift nicht nur auf vereinfachte Formen psychotherapeutischer Verfahren zurück, sondern integriert bewusst heilpädagogische Methoden. Das Angebot ist gegenüber klassischen Herangehensweisen deutlich direktiver gestaltet (pädagogisch führend) und verlangt vom jeweiligen Therapeuten die Übernahme von Verantwortung auch für den Klienten (jedoch nicht in dem Sinne von Bevormunden). Die Therapeutin soll im Laufe der gemeinsamen Arbeit das „Ich“ des behinderten Menschen stabilisieren und übergibt nach und nach als Teil der Prozessarbeit die Verantwortung an den behinderten Menschen zurück. Sie setzt nicht voraus, dass die Verantwortung von Anfang an schon voll übernommen werden kann.

Behandlungsgrundsätze Abb. 5



Im Bereich der speziellen BEW finanzierten Hilfen nehmen die Menschen oftmals mehrere Angebote in Anspruch. Für die passgenaue Abstimmung und bedarfsgerechte Ausgestaltung zeigt sich wie oben bereits erwähnt die Casemanagerin verantwortlich. Für alle Bereiche gelten die in Abb. 5 aufgeführten Grundprämissen.

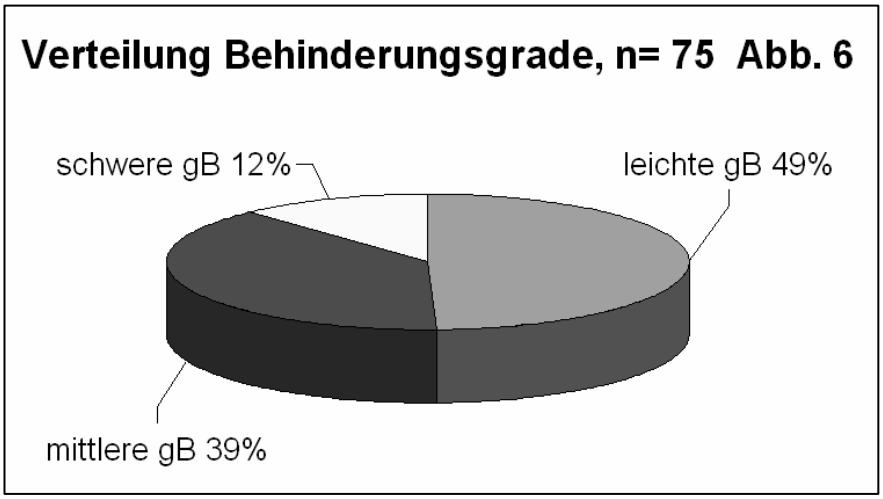
Aktuelle Situation

Derzeit arbeiten in der Ambulanz 35 Personen im BEW Bereich unterschiedlicher Profession (Dipl. Psychologen, Dipl. Pädagoginnen, Dipl. Heilpädagogen,

Sozialarbeiter, Heilerziehungspflegerinnen) in Teilzeit und 7 Personen im therapeutischen Bereich (Dipl. Psychologin, Dipl. Heilpädagogen, Kunsttherapeutin, Musiktherapeut) mit entsprechenden therapeutischen Zusatzqualifikationen (u.a. Verhaltenstherapie, Systemische Therapie, Suchttherapie, Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie).

Diagnosespektrum

Betrachtet man den Grad der Geistigen Behinderung unserer Klientel (Abb.6), so ergibt sich gegenwärtig eine Häufung im Bereich der leichten geistigen Behinderung (F 70-Bereich im ICD 10). Es ist zu vermuten, dass dies mit der Art der Finanzierungsform zusammenhängt. Die Verhandlungen im Rahmen einer BEW Finanzierung sind deutlich einfacher zu führen, als eine Sondermaßnahme. Der vermutete Bedarf in Wohneinrichtungen für Menschen mit einer mittleren geistigen Behinderung an zusätzlichen Hilfen ist nach Umfragen aus einer bezirklichen Arbeits-gruppe in Berlin Pankow um einiges höher anzusetzen, jedoch wesentlich schwieriger durchzu-setzen. Den größten Anteil an unseren Hilfen haben männliche Klienten im Alter von 18-40 Jahren. In der gleichen Alters-gruppe erhalten demgegenüber nur 14 weibliche Klientinnen ein heilpädagogisch-therapeutisches Angebot.



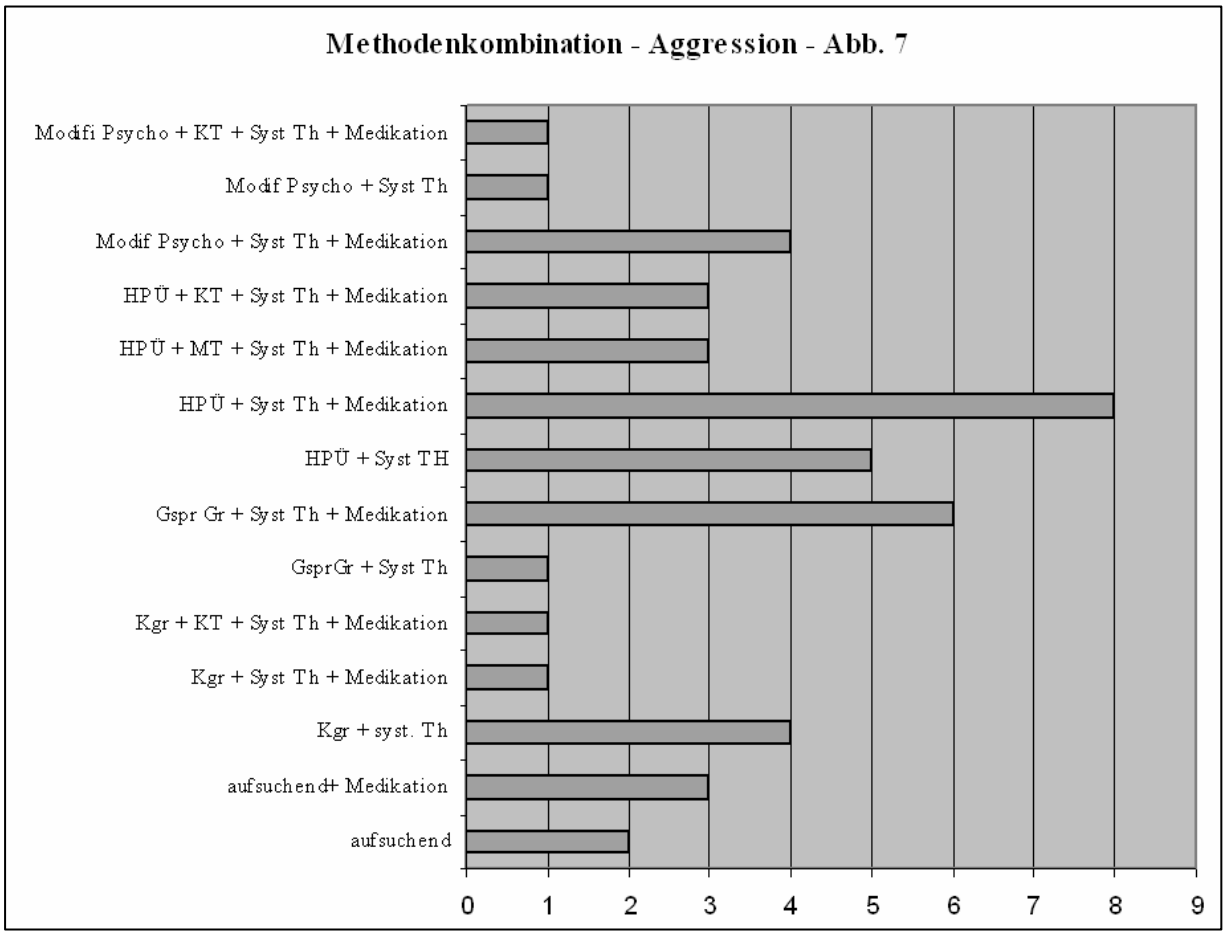
Im Spektrum der psychiatrischen Diagnosen der Klientel zeigt sich, dass bei einem großen Teil der Nutzer keine eindeutige Diagnose vorliegt, häufig wird in Berichten und Gutachten relativ unspezifisch von deutlichen Verhaltensstörungen gesprochen. In enger Kooperation mit ambulanten Psychiatern und den Kliniken sind wir bemüht, diesen Bereich aufzuarbeiten. Es zeigt sich u.E. nach hier, wie schwierig die Diagnostik von psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung weiterhin bleibt. Die spezifischen Diagnosen finden sich überwiegend in den Bereichen: Schizophrenie (F2), Affektive Störungen (F3) und Entwicklungsstörungen (F8).

Im Bereich der umschriebenen Verhaltensauffälligkeiten, ist eine deutliche Häufung beim Thema „Aggression“ zu verzeichnen. 62 % der Nutzer werden als aggressiv umschrieben, dabei nimmt die Kombination eingeschränkte kommunikative Fertigkeiten mit aggressiven Verhaltensweisen sehr großen Anteil ein. Neben dem

Thema Aggression finden sich v.a. Angstsymptomatiken (11%) und erhöhte Unruhezustände (9%).[6]

Therapeutische Angebote

Ein Großteil des HpA-Klientel erhält neben der heilpädagogisch-therapeutischen Behandlung noch eine medikamentöse Behandlung. Die enge Verzahnung und Abstimmung der psychiatrischen Hilfen mit dem heilpädagogisch-therapeutischen Angebot (bspw. durch ärztliche Sprechstunden in der HpA, gemeinsame Diagnosebemühungen bzw. verstehende Diagnostik) stellt Bestandteil des Casemanagements (Abb. 1 und 2) dar. Bei der eingesetzten Medikation handelt es sich in der Mehrheit um eine Behandlung mit Neuroleptika und hier mehrheitlich mit sog. niedrigpotenten Neuroleptika.
Am Beispiel "Aggression" möchten wir exemplarisch aufzeigen, wie vielfältig und unterschiedlich sich das Angebot zusammensetzen kann (Abb. 7). Es ist ersichtlich, dass beim Thema Aggression in unserer Einrichtung die körperorientierten Angebote großen Anteil einnehmen, weniger erfolgreich erscheinen rein verbal orientierte Verfahren.



[6] Diese Zahlen beziehen sich nur auf die Erfahrungen in der HpA Berlin und lassen keine weiteren Aussagen über das Vorkommen psychischer Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung zu.

Im folgenden Teil möchten wir Ihnen mit Hilfe eines exemplarischen Fallbeispiels unsere Arbeitsweise illustrieren.

Ein Beispiel

Herr Müller (Name geändert) ist 52 Jahre alt, er wohnt seit 6 Jahren in einer Wohngruppe eines Trägers der Behindertenhilfe in Berlin. Herr Müller hat zwei ältere Brüder, die verheiratet sind und ebenfalls in Berlin leben. Aufgewachsen ist Herr Müller in Berlin-Kreuzberg, sein Vater war bei der Müllabfuhr tätig, seine Mutter Postangestellte. Aus den Erzählungen von Herrn Müller wird deutlich, dass er viel Zeit mit seiner Mutter und seiner Oma verbrachte. Herr Müller kann seinen Namen lesen und schreiben und kennt die Uhrzeit und das Datum. Ebenso kann er Zahlen gut lesen. Vor seinem Einzug in die Wohngruppe lebte Herr Müller noch einige Monate allein mit seinem Vater zusammen. Zu diesem Zeitpunkt war dieser bereits alkoholkrank. Die Mutter und die Oma sind kurz nacheinander verstorben. Aus den vorliegenden Akten geht hervor, dass sich Herr Müller zum Zeitpunkt seines Auszugs in einem stark verwahrlosten Zustand befand. Nach dem Einzug in die Wohneinrichtung brach der Rest der Familie den Kontakt zu Herrn Müller ab. Der Vater besuchte ihn einmal, dann kam er nie wieder, Telefonate und Briefe wurden nicht mehr beantwortet. Obgleich die verstorbene Mutter und die Oma emotional sehr bedeutsam für Herrn Müller waren und er lange Phasen im Jahr intensiv von seinen Brüdern und der Mutter und der Oma erzählte, hatte er seit Jahren keine Gelegenheit mehr erhalten, die Grabstätte zu besuchen.
Der HpA wurde Herr Müller mit folgender Symptomatik vorgestellt.

- *zunehmend fremdaggressive Verhaltensweisen (verbal und körperlich), die den weiteren Verbleib in der Wohneinrichtung und der WfBM akut gefährdeten (schlagen, schimpfen, schubsen, drohen)*
- *große motorische Unruhe in Verbindung mit stereotypen Satz- und Wortwiederholungen (bspw.: „morgen ist Dienstag“,), deren Abläufe kaum zu unterbrechen schienen.*
- *große Schwierigkeiten, sich abzugrenzen, viele Situationen oder Verhaltensweisen anderer in Gruppen bezog er auf sich und reagierte darauf mit großer Unruhe oder Aggressionen (Lachen = Auslachen, Angucken = Anstarren)*
- *Rückzug aus Gruppenaktivitäten (ging nicht mehr in den Garten, keine gemeinsamen Einkäufe,..)*
- *Einengung des Aufmerksamkeitsfocusses (Thema Tabletteneinnahme, Zeitpunkt nimmt ihn so stark in Anspruch (bspw.:12:00 Uhr)), so dass ab 10:00 Uhr keine Aktivitäten mehr möglich waren*

Diagnostisch lag nach Einschätzung des damals behandelnden Psychiaters eine mittelgradige geistige Behinderung mit deutlichen Verhaltensstörungen vor. U.E. nach befand sich Herr Müller in einem Zustand existentieller Verunsicherung. Weder den Tod der wichtigen Bezugspersonen, noch den Kontaktabbruch wichtiger Familienangehöriger schien Herr Müller so viele Jahre nach den Ereignissen verstanden, respektive verarbeitet zu haben. Im Sinne von Busch (2001) konnte auch vom Zustand einer „chronischen Krise“ ausgegangen werden, die das gesamte Lebensumfeld überforderte.
Im Mittelpunkt der heilpädagogisch-therapeutischen Empfehlungen stand die Sicherung der Lebenssituation von Herrn Müller. Dies konnte gegenüber dem Kostenträger plausibel begründet werden. Die akute Gefahr des Verlusts von Wohn- und Arbeitsplatz stellte eine existentielle

Gefährdung seiner Lebenssituation dar. Gleichzeitig zeigte sich Herr Müller selber so verunsichert und instabil, dass eine psychotherapeutische Behandlung nicht in Frage kam, sondern allenfalls über prätherapeutische Interventionen vorbereitet hätte werden müssen. Die Kombination akuter, systemstabilisierender Interventionen inklusive prätherapeutischer (entspannender und entlastender) heilpädagogischer Interventionen stellte in diesem Sinne eine bedarfs- und sachgerechte Maßnahme dar.

In der direkten, klientenbezogenen heilpädagogischen Arbeit erlebte Herr Müller in Phase 1 (Beruhigungsphase)

- *Respekt gegenüber seiner Person*
- *Angenehme, entlastende und stabilisierende Körpergefühle (Wohlbefinden)*
- *Klarheit und Eindeutigkeit (unter Zuhilfenahme von Symbolen und Gesten aus der Unterstützten Kommunikation)*
- *Sicherheit (vorhersagbarer Stundenablauf, gleiche Raumgestaltung)*
- *Positive Selbstwertschätzung durch Besuche vor Ort („Das ist Herr Holm, der ist für mich da", etc.)*

Im Rahmen der systemischen Umfeldarbeit lag der Focus auf:

- *Dem Zusammentragen der biographischen Informationen*
- *Dem Abgleich der unterschiedlichen Handlungsstrategien und ihrer Auswirkungen*
- *Dem Vermitteln spezifischen Wissens bzgl. existentieller Verunsicherungen*
- *Dem Verteilen von Zuständigkeiten und Empfehlen neuer, abgestimmter Handlungsstrategien (was kann die WfBM leisten, was das Wohnheim, wer ist für die Information und deren Transfer verantwortlich, wie kann jeder Mitarbeiter seine Bedürfnisse erkennen und befriedigen)*
- *Dem Anleiten zur Biographie- und Trauerarbeit (Besuche der Lebensorte, Friedhof, alte Wohnung, Fotos erstellen, Grabfoto rahmen, alte Lieblingsgerichte herausfinden und nachkochen, etc.)*
- *Dem Entwickeln eines differenzierten Beobachtungsleitfadens (beim Beobachten ausgewählter Kriterien über einen Zeitraum von 3-4 Tagen sollte gemeinsam mit dem Psychiater überlegt werden, inwiefern eine zeitlich genau eingegrenzte Änderung der Medikation durchgeführt werden muss, um gravierende Eskalationen zu vermeiden)*

Herr Müller und sein Umfeld nahmen die zusätzlichen Hilfen gut an. Es trat eine erste Beruhigungsphase ein, in der seine fremdaggressiven Ausbrüche weniger intensiv und häufig auftraten. Vermehrt zeigte er sich zugänglich und umgänglicher. Sich anbahnende Krisen (vermehrte Unruhe und körperliche Empfindlichkeit) konnten mit Hilfe der Fotos (aus der Biographiearbeit) und Körperarbeit eingegrenzt werden.

Nach positivem Verlauf führten wir zur Aktivierungsphase eine Settingänderung ein. Herr Müller besuchte die Körpererfahrungsgruppe, in der er mit 6 anderen Menschen mit geistiger Behinderung gemeinsam Körper, Partner- und Gruppenarbeit erlebte. Die Änderung der therapeutischen Situation verunsicherte Herrn Müller. Er zeigte zu Beginn sehr zwanghafte und stereotype Verhaltensweisen, z. T. auch verbal aggressive Verhaltensweisen den anderen Teilnehmerinnen gegenüber. Dies konnte durch beruhigende Körperübungen und auf der Grundlage einer haltgebenden, klaren Beziehung nach und nach aufgelöst werden, so dass die Teilnahme an der Gruppe gesichert war. Die Körperübungen zur Beruhigung wurden ans Umfeld

übermittelt, so dass dort neue Handlungsmöglichkeiten in Bezug auf sich zuspitzende Situationen etabliert werden konnten.
Der Verlauf der gemeinsamen Arbeit gestaltete sich positiv. Insgesamt dauerte die Arbeit 1,5 Jahre an. Herr Müller bleibt weiterhin ein „schwieriger" Mensch, doch ist seine Lebenssituation deutlich stabiler, er selber zeigt sich weniger angespannt und seinem Umfeld stehen mehr Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung. Denkbar ist jetzt eine Weiterführung im psychotherapeutischen Setting.

Fazit

Die HpA Berlin bietet ihren Klienten in der Regel umfassende Leistungen an, gegliedert in

- Casemanagementtätigkeiten
- Alltagsbegleitenden Tätigkeiten
- Speziellen heilpädagogisch - therapeutischen Tätigkeiten

Unsere Erfahrung ist, dass dies häufig notwendig ist, da die jeweiligen Lebenssituationen von großen Systemen mit entsprechenden Interaktionsdynamiken und Interaktionsschwierigkeiten geprägt sind. Fehlt eine koordinierende und zusammenführende Instanz, können die therapeutischen Angebote ihre Wirkung nicht entfalten. Dabei nehmen bei „unserem" Klientel sogenannte prätherapeutische Herangehensweisen einen sehr großen Raum ein. Sie dienen dazu, überhaupt erst eine stabile Grundlage herzustellen, so dass später evtl. auch psychotherapeutische Maßnahmen wirken können. Diese Form der therapeutischen Intervention in Verbindung mit notwendigen, umfeldbezogenen Kriseninterventionen stellen sowohl von der Methodik als auch von der inhaltlichen Struktur keine kassenfinanzierten Leistungen dar und können daher nur im Rahmen einer Verhandlung mit den Sozialämtern (SGB IX, XII) durchgeführt werden. Dies birgt zum einen Chancen auf Möglichkeiten bedarfsgerechten umfassenden Handelns. Gleichzeitig birgt diese Form der Finanzierung immer auch das Risiko, dass der Kostenträger nach einer ersten Stabilisierung keine weiteren Kostenübernahmen bewilligt, da der unmittelbare Handlungsdruck gesunken ist. Therapeutisches Handeln reduziert sich dann auf akute Krisenintervention.

Literatur

AYRES, J. (1984): Bausteine der kindlichen Entwicklung. Berlin

BRADL, CH. & STEINHART, I. (Hrsg.) (1996): Mehr Selbstbestimmung durch Enthospitalisierung. Bonn

BRADL, CH. & PETRY, D. (Hrsg.) (1999): Multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Geistigbehindertenhilfe. Projekte und Konzepte. Bonn

BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE (Hrsg.) (1996): Wenn Verhalten auffällt… . Marburg

BUSCH, E. (2001): Ambulante Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung – Ein Berliner Modellprojekt. In: Wüllenweber, E. & Theunissen, G. (Hrsg.): Handbuch Krisenintervention. Stuttgart, 314-337

FRÖHLICH, A. (1996): Basale Stimulation. Düsseldorf

MALL, W. (1995): Kommunikation mit schwer geistig behinderten Menschen. Heidelberg
PROUTY, G. & VAN WERDE, D. & PÖRTNER, M. (Hrsg.) (1998): Prä-Therapie. Stuttgart
ROHMANN, U. & ELBING, U. (1999): Selbstverletzendes Verhalten (2. Aufl.). Dortmund
THEUNISSEN, G. (1995): Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. Bad Heilbrunn

Autor

Dipl. Heilpäd. Torsten Holm
Heilpädagogische Ambulanz Berlin e.V.
Turmstr. 21
10559 Berlin
030/447226-77
holm@hpa-berlin-ev.de
www.hpa-berlin-ev.de

Autismo, Praxis Autismus Therapie
Ein kommunikations- und erlebnisorientiertes systemisches Konzept - auch zur Förderung von erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung

Birgit Arndt

Autismo, Praxis Autismus Therapie arbeitet als ambulante Praxis seit 1996 mit dem Schwerpunkt der Förderung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Autismus.
Aktive Fähigkeiten und Verhalten vieler Menschen mit Autismus bewegen sich im Bereich dessen, was man unter geistiger Behinderung versteht. Daher kamen wir gerne der Nachfrage nach Therapie- und Fördermaßnahmen für nicht autistische geistig behinderte Erwachsene nach, für die es in unserer Region, dem mittleren Ruhrgebiet, kaum ambulante Therapieangebote gab und gibt. Wie bei unserem Arbeitsschwerpunkt, der Förderung von Menschen mit Autismus, arbeiten wir in jedem Fall in einem interdisziplinären Team mit systemischem und kontakt- und beziehungsorientiertem Konzept. Kostenträger sind die Träger der Sozialhilfe, also die Sozialämter und Landschaftsverbände. Beantragt wird hier jeweils eine heilpädagogische Fördermaßnahme im Rahmen der Eingliederungshilfe der Behinderte.

Die Klientel der Praxis

Die Klientel der Praxis in den Jahren 2003 – 2005 lässt sich zusammengefasst wie folgt beschreiben: Bei ca. 80-85% der Klienten liegt eine Störung aus dem autistischen Spektrum vor, 15-20% sind geistig Behinderte. Die Erwachsenen stellen etwa ein Drittel in beiden Störungsgruppen dar. Von den autistisch gestörten Klienten haben 17% eine durchschnittliche Intelligenz. Bemerkenswert ist, dass von den als geistig behindert und nicht autistisch eingeschätzten Klienten im Laufe der Behandlung bei etwa einem Fünftel eine Störung aus dem Autismusspektrum festgestellt wurde.
Wir fördern geistig behinderte Erwachsene im Alter von 18 bis 46 Jahren mit allen Ausprägungsgraden der Intelligenzminderung. Etwa 60 % sind Frauen und 40 % Männer. Die Therapie dauert im Durchschnitt 3 Jahre mit 1 bis 2 Therapiestunden wöchentlich, in der Endphase kann die Förderung seltener stattfinden, z.B. nur noch 14-tägig. In Absprache mit den Kostenträgern können bei Bedarf nach Therapieende für einige Zeit weitere Beratungen der Bezugspersonen vereinbart werden.
Möglich ist auch eine Beratung von Bezugspersonen ohne Einzeltherapie des Menschen mit geistiger Behinderung, wenn diese von der jeweiligen Einrichtung (z.B. Wohnheim, Werkstatt für Menschen mit Behinderung, Familie) selbst finanziert werden kann.

Anmeldungsgründe, Diagnosen und Voraussetzungen der Kostenübernahme

Nach der telefonischen Anmeldung - in der Regel durch eine Bezugsperson aus der Familie oder der Wohnstätte - findet ein Erstgespräch statt mit der KlientIn und ihren Bezugspersonen, in dem die Wünsche und Gründe für die Maßnahme, sowie unsere Möglichkeiten und der Weg bei der Beantragung der Kosten besprochen werden.
Während in den ersten Jahren vor allem Menschen mit aggressiven oder selbstverletzenden Verhaltensstörungen zur Therapie angemeldet wurden, hat sich das Spektrum der zugrunde liegenden Zusatzdiagnosen im Laufe der Zeit erheblich erweitert, so dass wir allmählich Erfahrungen in der Förderung von Menschen mit sehr unterschiedlichen Störungsbildern gesammelt und uns in die Arbeit mit sehr unterschiedlichen Menschen eingearbeitet haben.
Folgende Anmeldegründe wurden beispielsweise angegeben:

- Aggressives Verhalten
- anderes grenzüberschreitendes Verhalten wie z.B. Rededrang
- herausforderndes Verhalten oder sehr starkes Dominanzverhalten
- selbstverletzendes Verhalten
- Ängste
- Rückzug
- stark ritualistisches oder zwanghaftes Verhalten
- Schwierigkeiten, Beziehungen zu anderen Menschen angemessen zu gestalten
- Schwierigkeiten, Konflikte auszuhalten oder zu lösen
- mangelnde Möglichkeiten, sich verständlich zu machen
- Essprobleme
- Brandstiftung.

Zusätzliche psychiatrische Störungsbilder wurden von uns oder den behandelnden ÄrztInnen als Diagnosen angegeben:

- „Verhaltensstörung“
- Ängste und Phobien
- Psychose
- Borderline Störung
- zwanghafte Störung
- depressive Störung
- Essstörung

Aufgrund des großen Einzugsbereiches der Praxis (mehr als 100 km von Norden nach Süden und mehr als 50 km von Osten nach Westen) arbeiten wir mit über 20 verschiedenen Sozialämtern und 2 verschiedenen Landschaftsverbänden zusammen. Bei einigen Kostenträgern genügt es, wenn die Leitung der Praxis als Psychologische Psychotherapeutin eine Diagnose erstellt und den Bedarf für eine therapeutische Maßnahme begründet. Häufig erwarten die Kostenträger jedoch,

dass ein Arzt oder eine Ärztin (Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendlichen-Psychiatrie, niedergelassen oder in einer Klinik) eine externe, von der Praxis unabhängige Diagnose stellt und die Notwendigkeit der Maßnahme bescheinigt.

Konzept der Praxis

Die Praxis arbeitet mit einem mehrdimensionalen Konzept und nutzt systemische, verhaltensorientierte, beziehungs- und kontaktorientierte, sowie entwicklungs-orientiert Sichtweisen, die sich gegenseitig ergänzen:

Beziehungs- und kontaktorientierte Sichtweise

Zunächst versuchen wir, etwas zu finden, was der KlientIn und der TherapeutIn Spaß macht und was unsere KlientIn mit Erfolg tun kann. Wir bemühen uns dann, dies - oder etwas anderes - auf irgendeine Weise gemeinsam tun zu können. Durch das erfolgreiche gemeinsame Tun von etwas, das Spaß macht, entstehen Zuversicht, Hoffnung, Selbstwert, Motivation, Frustrationstoleranz, Beziehungsfähigkeit und Vertrauen. Wir versuchen dabei, eine Asymmetrie der Beziehung zu vermeiden. Das bedeutet unter anderem, dass TherapeutIn und KlientIn z.B. möglichst gleich viel bestimmen und gleich viel Einfluss nehmen können sollen, dass also nicht immer eine bestimmte Person der anderen folgt. Wer sowohl bestimmen als auch folgen, eigenen Impulsen handelnd folgen und auch pausieren kann, verfügt über wesentliche Fähigkeiten der Beziehungsgestaltung und kann unabhängig von Intelligenz und Sprachniveau an vielen nicht-therapeutischen Alltagsaktivitäten besser teilnehmen als jemand ohne diese Fähigkeiten.
Bei dieser Arbeit spielt die nonverbale Kommunikation eine besonders große Rolle, da die meisten unserer KlientInnen entweder nicht sprechen können oder aber Spreche nicht ausreichend zur Kommunikation einsetzen können. Die Therapie soll auf einer der KlientIn unmittelbar verfügbaren Ebene sofort das Erlebnis von symmetrischem Kontakt vermitteln. Dazu können gerade von uns im Alltag nicht genutzte Verhaltensweisen verwendet werden, die aber für die KlientIn wichtig und verfügbar sind und von uns z.B. übernommen, gespiegelt, verstärkt oder gefördert werden.
Auf dem Boden der allmählich entstehenden Vertrauensbeziehung wird es dann möglich, das Spektrum der Tätigkeiten zu erweitern und die entstandene Vertrauensbeziehung mehr und mehr zur Bewältigung von Schwierigkeiten in den Bereichen Kontakt, Kommunikation, Handeln, Impulskontrolle, Motorik usw. zu nutzen.

Entwicklungsorientierte Sichtweise

Dabei ist während der gesamten Therapie wichtig, die Fähigkeiten und Grenzen der KlientIn genau zu beobachten und zu berücksichtigen. Überforderung führt ebenso wie Unterforderung häufig zu Frustrationen und über Misserfolge oder Langeweile zu Unzufriedenheit, Verhaltensproblemen und anderen Symptomen. Oft ist es wichtig, einen engen Austausch mit den Bezugspersonen zu haben über

unsere und deren Beobachtungen der Fähigkeiten unserer KlientInnen und gegebenenfalls Anforderungen und Anregungen anpassen zu können.

Systemische Sichtweise

Alle Menschen befinden sich in einer engen Verbindung mit ihrem Umfeld. Schwierigkeiten entwickeln sich in Abhängigkeit und im Austausch mit anderen Menschen und mit der dinglichen Umwelt. Menschen mit einer Behinderung sind zudem meist zusätzlich angewiesen von der Unterstützung und Hilfe, auch von einer besonderen Ansprache durch andere. In allen Fällen suchen wir einen intensiven Austausch mit den Bezugspersonen der Klientin oder des Klienten, z.B. in der Familie, der Wohnstätte oder der Werkstatt für Menschen mit Behinderungen und bieten regelmäßige therapiebegleitende Beratung an. Meist werden Menschen aus verschiedenen Systemen, z.B. Eltern und BetreuerInnenteam der Wohngruppe, getrennt beraten, um jeweils der individuellen Situation von Familie oder Team Rechnung tragen und nach individuellen Lösungen suchen zu können.

Verhaltenstherapeutische Methoden

Während in der Einzelförderung meist die kontakt- und kommunikationsorientierte Arbeit im Vordergrund steht, kommen oft in der Beratung der Bezugspersonen häufiger verhaltenstherapeutische Verfahren zur Anwendung, um z.B. Auslöser für Verhaltensweisen zu finden oder die Konsequenzen für Verhalten zu ändern, also erwünschtes Verhalten wie angemessene Kontaktaufnahme durch Zuwendung, Interesse und Aufmerksamkeit zu belohnen und unerwünschtes Verhalten wie z.B. Beschimpfungen oder Werfen von Gegenständen nicht mehr durch Diskussionen, Erklärungen, Fürsorge oder ähnliches unabsichtlich zu verstärken.
Manchmal wird durch eine Verhaltensanalyse erst für alle Beteiligten deutlich, warum eine problematische Situation so schwer zu verändern ist und wie viel Kraft in die wenigen verfügbaren Lösungsansätze investiert werden muss, um Erfolg zu haben. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn die betreffende Person nur wenig Vorlieben hat, das am meisten Erwünschte nur wenig verfügbar ist oder die Auslösesituation, bzw. die dem schwierigen Verhalten folgende Situation nur wenig zu beeinflussen ist.

Alle vier Sichtweisen greifen ineinander, ergänzen sich und kommen in allen Therapien zum Einsatz. Die fachliche Umsetzung wird möglich durch ein interdisziplinäres Team, in dem ausführliche Kenntnisse aller vier Sichtweisen auch durch Berufsausbildungen, Fort-, Weiter- und Zusatzausbildungen vertreten sind. In der Regel steht den Bezugspersonen eine systemisch geschulte BeraterIn zur Seite, die erfahren ist im Umgang mit Verhaltensproblemen. In der Einzelförderung setzen wir bei zwei Stunden wöchentlicher Therapie häufig sowohl eine HeilpädagogIn mit dem Schwerpunkt der Förderung von Motorik und Wahrnehmung, als auch eine KreativtherapeutIn, die kreative Medien zur Förderung der verbalen und nonverbalen Kommunikation nutzt.

In unserem Team von 14 MitarbeiterInnen sind die folgenden Berufsgruppen vertreten (Stand Sommer / Herbst 2005):

- 2 Diplom PsychologInnen (davon 1 Psychologische Psychotherapeutin)
- 3 MusiktherapeutInnen
- 2 Diplompädagoginnen
- 2 Diplomheilpädagoginnen
- 2 Heilpädagoginnen
- 1 Diplomkreativtherapeut (Kunsttherapie)
- 2 DiplomsozialpädagogInnen
  (davon 1 Kinder und Jugendlichenpsychotherapeut)

mit folgenden *Zusatzqualifikationen*:

- 2 Familientherapie
- 2 Familienberatung
- 1 Verhaltenstherapie
- 2 Entwicklungsbegleitung
- 1 Spieltherapie
- 2 Psychomotorik
- 2 Entwicklungsfördernde Kommunikation/Aufmerksamkeits-Interaktionstherapie

Die Kooperation mit Kliniken

Aufgrund des großen Einzugsbereiches der Praxis bestehen nur wenige feste kooperative Kontakte. Die meisten KlientInnen werden von ÄrztInnen ihrer Wahl medizinisch behandelt. Durch Personalwechsel in den Kliniken gehen zudem entstandene Kontakte nicht selten auch wieder verloren.
Bei Vorhandensein einer Schweigepflichtentbindung ist der Austausch (meist per Telefon) erfahrungsgemäß kein Problem und der gegenseitige Kontakt kooperativ. Manchmal besteht eine kritische Haltung gegenüber unserer Arbeitsweise, die nicht den bekannteren Arbeitsweisen der Richtlinienpsychotherapie entspricht. In der Regel kennen Kliniken und ÄrztInnen, die zu uns zuvor keinen Kontakt hatten, die Möglichkeiten einer Förderung im Rahmen der Eingliederungshilfe für Behinderte nicht.

Kostenübernahme

Die Übernahme der Behandlungskosten erfolgt durch die örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger (Sozialämter und Landschaftsverbände). Dabei gibt es recht unterschiedliche Handhabungen (mit zurzeit ca. 30 Kostenträgern), was eine erhebliche Herausforderung an die Organisation und Kooperationsfähigkeit der Praxis bedeutet. Die Bearbeitungszeiten für Anträge liegen zwischen 2 und 7 Monaten, die Bewilligungszeiträume betragen entweder 6 oder 12 Monate: Für 6 Monate werden von 26 bis 52 Therapiestunden genehmigt, für 12 Monate 52 bis 104 Stunden, d.h. jeweils einer oder zwei Stunden Einzelförderung wöchentlich. Im

Kontingent enthalten sind Einheiten für Gespräche mit Bezugspersonen. Von den gesetzlichen Krankenkassen werden derzeit für unsere komplexen, teamorientierten Therapieangebote keine Kosten übernommen, obwohl die Krankenkassen bereits im Rahmen der sog. Sozialpsychiatrievereinbarung mit niedergelassenen ÄrztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Soziotherapierichtlinien für niedergelassene Erwachsenenpsychiater die direkte Einbeziehung von angestellten oder anderweitig assoziierten nichtmedizinischen, pädagogischen und anderen therapeutischen Berufsgruppen finanziert.

Anträge an Kostenträger der Sozialhilfe

Anträge auf Kostenübernahme für eine Fördermaßnahme für erwachsene Menschen mit einer geistigen Behinderung und zusätzlichen psychischen oder Verhaltens-Problemen werden an das örtliche Sozialamt oder den Landschaftsverband als überörtlichen Träger gestellt. AntragstellerIn ist die Person mit einer Behinderung, bzw. ihre BetreuerIn. Die Praxis stellt hierzu Formulare zur Verfügung und unterstützt die Betroffenen bei der Antragstellung durch Informationen. Der örtliche Sozialhilfeträger ist zuständig, wenn die KlientIn alleine oder noch bei den Eltern lebt, Anträge für BewohnerInnen von Wohnheimen richten sich an den Landschaftsverband als überörtlichen Träger der Sozialhilfe.
Anspruch auf die Fördermaßnahme haben Erwachsene, wenn sie für die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft notwendig und wirksam ist. Geregelt ist dies in §§ 53, 54 SGB XII (ehemals §§ 39,40 BSHG).
In den Anträgen müssen folgende fünf wesentliche Bestandteile beachtet werden:

1. Ärztliche Bescheinigung über die Diagnose und die Notwendigkeit der Maßnahme zur sozialen Eingliederung
2. Bericht, z.B. von den MitarbeiterInnen im Wohnheim (oder der Werkstatt für Behinderte) über die Probleme in der sozialen Eingliederung und die Effekte bisheriger Lösungsversuche
3. Unterschriebenes Antragsformular
4. Absage der Krankenkasse (die Sozialhilfe ist stets nachrangig und nur dann zuständig, wenn nicht ein anderer Kostenträger für die Kosten aufkommt)
5. Bericht der Praxis über die im Erstgespräch erhobenen und durch vorhandene Berichte dokumentierten Beschwerden und die Notwendigkeit der Therapie (Reduzierung oder Behebung der durch die bestehenden Schwierigkeiten bedingten Beeinträchtigungen der sozialen Teilhabe), über die das geplante therapeutische Vorgehen und den Umfang der Maßnahme sowie schließlich Angaben zum Kostensatz.

Das eigene Einkommen und das der Eltern werden bei KlientInnen, die noch bei den Eltern leben, angerechnet, aber anders als bei der Hilfe zum Lebensunterhalt. Leider fühlen sich dadurch manche Familien abgeschreckt, die z.B. ein eigenes Haus besitzen oder über finanzielle Rücklagen verfügen und fürchten, diese für die Therapie des erwachsenen Kindes opfern zu müssen und verzichten auf eine

Antragstellung. In seltenen Fällen sind Eltern in der Lage, die Therapie selbst zu bezahlen.

Probleme bei der Beantragung der Kosten

Sozialämter verschiedener Städte und auch unterschiedlicher Landschaftsverbände zeigen sich in unterschiedlicher Weise an unserer Arbeit interessiert. Gut bekannt, durch Gerichtsurteile der vergangenen 20 Jahre häufig belegt und wenig umstritten ist hingegen die Notwendigkeit autismusspezifischer Therapien für Menschen mit Autismus. Dass gerade ein mehrdimensionales Konzept mit systemisch orientierter Beratung der Bezugspersonen sowie multimethodaler, vor allem am Erleben und an Kontakt und Kommunikation orientierter Einzeltherapie die soziale Eingliederung von Menschen mit geistiger Behinderung effizient und nachhaltig verbessern kann, ist wenig bekannt.
Im Rahmen der Beantragung der Kosten kann eine langwierige Auseinandersetzung darüber entstehen, ob die Maßnahme tatsächlich eine Aufgabe der Eingliederungshilfe ist, eher im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie stattfinden sollte, eigentlich eine Aufgabe der MitarbeiterInnen der Wohnstätte ist oder eventuell Ergotherapie oder Heilpädagogik genauso gut helfen könnte. So ist in den meisten Fällen eine enge Zusammenarbeit zwischen den Bezugspersonen des Menschen mit einer Behinderung und der Praxis schon im Vorfeld der Therapie notwendig, um diese Fragen gemeinsam mit den Kostenträgern zu klären. Auch gegenüber GutachterInnen der Kostenträger, also ÄrztInnen der Gesundheitsämter oder Landschaftsverbände ist teilweise Überzeugungsarbeit zu leisten, da von einigen eine sinnvolle Therapie mit Menschen mit einer geistigen Behinderung immer noch als generell unwirksam eingeschätzt wird - was nicht unseren Erfahrungen der vergangenen zehn Jahre und auch nicht der Erfahrung anderer Autismus-Therapiezentren in der Arbeit mit geistig behinderten Erwachsenen mit Autismus in den vergangenen 15 Jahren entspricht. Oft besteht aber auch eine gute fachliche und von gegenseitiger Wertschätzung getragene Zusammenarbeit mit SachbearbeiterInnen und GutachterInnen von Kostenträgern.

Inhaltlicher Arbeitsbereich von Autismo

Obwohl wir uns im Laufe der Jahre in die Arbeit mit Menschen mit sehr unterschiedlichen Störungen eingearbeitet haben, gibt es auch Grenzen dessen, was wir tun können. Eine Therapie bei uns ist nicht möglich:

- bei akuter Suchtproblematik
- bei akuter Suizidalität
- bei einem akut psychotischen Schub (mit Einschränkung)
- wenn eine Richtlinienpsychotherapie sinnvoll ist, d.h. Reflexionsfähigkeit vorhanden und eine eher sprachlich getragene Therapie möglich ist
- bei Problemsituationen, die zunächst andere Hilfen erfordern
- wenn mit der betroffenen Person selbst und/oder den Bezugspersonen keine Basis für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit gefunden werden kann.

Neben dem offenen Umgang mit Grenzen unserer Arbeit ist uns im Laufe der Jahre auch wichtig geworden, deutlich zu machen, welche Voraussetzungen eine wirksame Arbeit der Praxis aus unserer Sicht hat:

- Eigenmotivation der KlientIn (zumindest nach einer Probephase)
- regelmäßiges Wahrnehmen der Termine
- Mitarbeit der Bezugspersonen

Evaluation

Zur Sicherung der Qualität der Therapien dienen uns regelmäßige Supervisionen durch externe SupervisorInnen, Fallbesprechungen und Fallbegleitung durch die Praxisleitung, interne und externe Fortbildungen, sowie interne Fallbesprechungen in kleinen Teams und im großen Team. Nach unserer Erfahrungen beobachten wir – meist erst nach 8 - 10 Monaten Behandlungszeit - deutliche Veränderungen und Verbesserungen im den Bereichen

- Aufmerksamkeit
- Spannungsregulation
- Offenheit für Kontaktangebote
- Kooperationsbereitschaft im Alltag.

Die Bezugspersonen sind in der Regel zufrieden mit dem Verlauf. Ein zuvor erwogener Wechsel der Wohneinrichtung konnte oft (bei genereller Eignung der Einrichtung) durch die Reduktion von Verhaltensproblemen und „Missverständnissen“ und die Verbesserung der gegenseitigen Kommunikation vermieden werden. Wir schätzen, dass etwa die „Hälfte“ des Therapieerfolges aus den *Gesprächen mit Bezugspersonen* resultiert**.** Wenn Bezugspersonen sich nicht aktiv an der Maßnahme beteiligen, beobachten wir wesentlich weniger Veränderungen. Auch zunächst misstrauische KlientInnen kommen nach einer Kennenlernphase unter Umständen doch gerne („Probezeit“ vereinbaren).

Um die Wirksamkeit unserer Arbeit zu erfassen, führte die Praxis zwei Versuche mit Fragebogenaktionen durch sowie eine Nacherhebung. Die Ergebnisse sind zwar sehr ermutigend (und können bei uns bestellt oder demnächst über die Homepage www.autismo-bochum.de abgerufen werden), aber mangels repräsentativer Stichprobe nicht statistisch auswertbar. Deshalb haben wir unter Federführung des in der Praxis tätigen Diplom Psychologen Jörn de HAEN im vergangenen Jahr mit der wissenschaftlichen Entwicklung eines speziellen Evaluationsfragebogens (ELAF) begonnen. 2006 soll dieser eine erste praxisinterne Probephase durchlaufen und danach eine zweite Probephase bei Autismo und in anderen ambulanten Fördereinrichtungen.

Autorin

Birgit Arndt
Psychologische Psychotherapeutin
Autismo, Praxis Autismus Therapie
Herner Str. 77, 44791 Bochum

Ambulante Psychotherapie mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen im Rahmen des SGB VIII

Ellen Scholz

In der Einladung zu diesem Symposium wurde das Ziel formuliert, andere Therapeuten und Therapeutinnen neugierig zu machen und sie anzuregen, die Möglichkeiten und Voraussetzungen der nicht kassenfinanzierten Psychotherapie zu erkennen und zu nutzen. Ich hoffe, dass uns das gelingt. Ich habe meinen Beitrag in einen formalen und einen inhaltlichen Teil aufgegliedert.

Zum Verfahren

Es gibt verschiedene Möglichkeiten und verschiedene Kostenträger, um für junge Menschen therapeutische Leistungen zu erhalten, z.B. über gesetzliche Krankenkassen oder durch Kostenerstattungen für Psychotherapie, sowie im Rahmen des SGB VIII. Das SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) beschreibt das Recht eines jeden jungen Menschen auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit. Zur Umsetzung dieses Rechtes ist ambulante Psychotherapie als „Hilfe zur Erziehung“ (§ 27) und als „Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche“ (§35 a) vorgesehen, wenn eine dem Wohl des Kindes oder Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist, bzw. wenn

- die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und
- daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.“

Im Wesentlichen sind es

- körperlich nicht begründbare Psychosen,
- seelische Störungen als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen,
- Suchtkrankheiten,
- Neurosen und Persönlichkeitsstörungen,

die eine seelische Behinderung zur Folge haben können und die Eingliederung des jungen Menschen in die Gesellschaft gefährden, bzw. nicht gelingen lassen.
Federführend im Antragsverfahren ist das Jugendamt, die Klärung der Ansprüche auf Psychotherapie und die Zuordnung der Kinder und Jugendlichen zu den entsprechenden Paragraphen erfolgt durch die bezirklichen Fachdienste (Erziehungsberatung, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst) in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt.

Konkret bedeutet das für Berlin und für meine Patientengruppe, dass sich Eltern, Pflegeeltern, sorgeberechtigte Großeltern und Heimerzieher bei Problemen entweder an das Jugendamt oder direkt an einen bezirklichen Fachdienst (Erziehungsberatungsstelle oder Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst) gewandt haben, und ihren Hilfebedarf formuliert haben. Beim Zugang über das Jugendamt erfolgte dort eine erste Einschätzung, ob Hilfen zur Erziehung (§27) oder Eingliederungshilfe (§35a) in Form ambulanter Psychotherapie notwendig und geeignet sein könnten, den geschilderten Problemen zu begegnen. Danach wird entweder die Erziehungsberatungsstelle (§ 27) oder der KJPD (§ 35a) mit der Prüfung beauftragt.
Aus den Ergebnissen der sechs Untersuchungsbereiche des Multiaxialen Klassifikationsschemas ergibt sich die Diagnose der seelischen Behinderung, d.h. die Feststellung darüber, inwieweit im Zusammenhang mit einer psychischen Störung eine soziale Integrationsstörung vorhanden ist oder droht und welcher Hilfebedarf besteht. Die Empfehlung einer Psychotherapie nach SGB VIII (wenn keine im Rahmen des SGB V behandlungsbedürftige seelische Krankheit vorliegt) wird dem Jugendamt mitgeteilt und ein Therapeut mit probatorischen Sitzungen und der Erstellung eines Kosten- und Behandlungsplanes beauftragt. Hilfesuchende können sich auch direkt an einen Fachdienst wenden, der das weitere Vorgehen (s.o.) veranlasst.
Zu dem vom Therapeuten vorgelegten Kosten- und Behandlungsplan muss der Fachdienst Stellung nehmen und entscheiden, ob

- die Bezugspersonen in der Lage und motiviert sind, die vorgesehenen therapeutischen Hilfen anzunehmen, ob
- ihre Erziehungskompetenzen entwickelt und gestärkt werden, ob
- die Hilfe geeignet ist, die Beziehung und Bindung zwischen Eltern und Kind zu verbessern, ob
- durch die vorgesehene Therapie die Gesamtentwicklung des Kindes gefördert wird (das bezieht sich auf den erzieherischen Bedarf) und ob
- damit eine drohende Teilhabebeeinträchtigung verhindert bzw. eine bestehende reduziert wird

Der Behandlungsplan sollte diese Punkte berücksichtigen.
Diese Stellungnahme ist Bestandteil des weiteren Hilfeplanverfahrens, das beim Jugendamt stattfindet und nach einer weiteren Überprüfung zu einer Kostenübernahme führt.
Vom Kostenträger (Bezirksamt) werden im ersten Therapieabschnitt maximal 80 Stunden bewilligt, nach erneuter Überprüfung nach Ablauf dieses Kontingents nochmals 40, bei besonderem Bedarf in einem dritten Leistungsabschnitt weitere 20 Stunden. Die Therapiesitzungen finden 1- bis 2-mal in der Woche statt, eine Therapieeinheit hat 50 Minuten.

Klientel und Behandlung

Unter den zugewiesenen Kindern und Jugendlichen, deren behandlungsbedürftige psychische Störungen im Zusammenhang mit einer Störung der

Erziehungsfunktionen der Bezugspersonen standen und/oder die aufgrund einer seelischen Erkrankung soziale Eingliederungsschwierigkeiten hatten, befanden sich auch solche mit einer leichten Intelligenzminderung. Ich beziehe mich auf eine Stichprobe von 11 Kindern und Jugendlichen im (Aufnahme-) Alter von 3 bis 16 Jahren, davon 3 Mädchen und 8 Jungen deren IQ zwischen 69 und 50 lag.
Auf eine detaillierte Übersicht der gestellten Diagnosen (nach dem multiaxialen Klassifikationsschema) muss aus Zeitgründen hier verzichtet werden, zusammenfassend ist zu sagen, dass bei fast allen der hier besprochenen Kinder und Jugendlichen die Teilhabe am Lebensbereich „Schule" und anderen sozialer Situationen durch Verhaltensstörungen und emotionale Störungen (d.h. Zuordnungen nach F4 und F9 der ICD-10) gefährdet war und die Bezugspersonen ihre komplexen Erziehungsaufgaben nicht ohne Hilfe bewältigen konnten. Sieben der elf Kinder hatten traumatische Erfahrungen, waren entweder Zeugen oder Opfer von gewalttätigen Handlungen, Vernachlässigung oder sexuellem Missbrauch geworden oder hatten vielfältige (z.T. misslungene) operative Eingriffe über sich ergehen lassen müssen.
Für die Therapie (hier VT und Integrative Verfahren) gilt folgende Grundannahme: Die geistig behinderten Kinder und Jugendlichen haben besonders starke Verletzungen ihrer Grundbedürfnisse nach Bindung, Kontrolle und Orientierung und Erhalt ihrer Selbstwertes erlitten und haben daher auch stark ausgeprägte Abwehr- und Vermeidungsschemata entwickelt, die eine angemessene Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft blockieren und die Ausnutzung der vorhandenen Ressourcen verhindern. Für die Verletzungen des Selbstwertes steht exemplarisch die folgende Aussage eines 10 jährigen Mädchens:
„Ich bin manchmal etwas dumm, und das macht mich traurig." (Isabell, 10 J.)
In der Therapie muss daher nach den Quellen gesucht werden, die die negativen Wahrnehmungen in Bezug auf die Grundbedürfnisse speisen und das Vermeidungsverhalten aufrechterhalten. Wenn diese Verletzungen durch eine „Anpassungsstörung" der Umwelt hervorgerufen wurden, d.h. unangemessene Leistungsanforderungen in Schule, Kita, Heim und/oder der Familie bestanden, musste im Rahmen der Beratung des Umfeldes für eine Korrektur gesorgt werden, für den Bereich Schule z.B. auch durch die Bereitstellung individualisierter Förderpläne auf der Basis des (mit dem P-E-T) diagnostizierten Kommunikationsprofils des Kindes. Gleichzeitig konnten durch gezielte Trainings Ressourcen ausgebaut werden, deren Nutzung durch die Verhaltensstörungen blockiert waren. Diese Trainings haben außerdem durch ihren stufenweisen Aufbau Kompetenzerwartungen gefördert und das Verharren in Vermeidung gelockert.
Für den Bereich der spezifischen Störungen**,** z.B. der Ängste (hier ging es um soziale Ängste, Leistungsängste, Alpträume nach traumatisierenden Erfahrungen) kamen die erprobten verhaltenstherapeutischen Modifikationsprogramme zur Anwendung.
Die Hilfen zur Erziehung stellten auf eine Veränderung des erzieherischen Umgangs ab. Jede therapeutische Maßnahme mit dem Kind oder Jugendlichen hatte also eine Entsprechung auf der Ebene der Bezugspersonen. Kernpunkt der Therapie blieb aber die therapeutische Beziehungsgestaltung, die sich für das hier

besprochene Klientel als „Motor“ aller Veränderungen erwiesen hat. Gelang es, dem Kind oder Jugendlichen viele positive Wahrnehmungen besonders für seinen Selbstwert zu vermitteln, war der Grundstein für eine Veränderung gelegt. Diese Veränderungen zeigten sich in einer

- Verbesserung des Sozialverhaltens (z.B. der Gruppenfähigkeit in Schule, Pflegefamilie und Heim) und der kommunikativen Fähigkeiten,
- dem Abbau von Depressionen und Ängsten und
- in gesteigerter Selbstakzeptanz und
- der Teilhabe an vorher gefährdeten Bereichen.

Nach meiner Erfahrung ist die Beziehungsaufnahme der Kinder und Jugendlichen mit leichter Intelligenzminderung intensiver. Auffallend war, dass auch bei langfristiger Behandlung keine Therapiemüdigkeit eintrat. Obgleich das Ende der Therapie (und die damit verbundene Ablösung) langfristig thematisiert wurde, stieß das Abschied nehmen immer wieder auf Erstaunen und Unverständnis der Kinder und Jugendlichen. Da sie durch Veränderungen besonders verletzlich blieben, benötigten sie dringender als andere die Zusicherung, Kontakt über die Therapie hinaus halten zu dürfen und sich bei Schwierigkeiten weiter an mich wenden zu können, was einige dann auch über Jahre hinweg tun.
Ein Beispiel ist der „Brief“ von Dennis (8 J.), der zu diesem Zeitpunkt erst die fünf Vokale in der Schule gelernt hatte:

„LIEB FRAU SOLS
ES BLAUB DAS DIE GOT GET
ES FAMES DIES
DENNIS“

Autorin

Ellen Scholz
Dipl.Psychologin

„…dass du alles sagen kannst, was du denkst, und dass du dich nicht zurückhalten sollst und so…“
Psychotherapie aus der Sicht von Menschen mit geistiger Behinderung

Tobias Buchner

Forschungen zum Themengebiet „Geistige Behinderung und Psychotherapie“

Der Psychologe und Psychotherapeut MÜLLER-HOHAGEN sprach in Bezug auf die Dichte der Forschungsarbeiten zum Themengebiet „Geistige Behinderung und Psychotherapie“ 1987 noch von einem „weißen Fleck“ (MÜLLER-HOHAGEN 1987, 7). Diese Einschätzung modifizierte er bereits im Jahr 1996, hatte sich doch in der Zwischenzeit auch im deutschsprachigen Raum eine leichte Aufwärtsbewegung an Forschungen/Publikationen zur Thematik abgezeichnet (z.B. HENNICKE & ROTTHAUS 1993, GÖRRES & HANSEN 1992): Der „weiße Fleck“ wurde von ihm nun als „sich erst allmählich verändernder weißer Fleck in der sonst so vielgestaltigen psychotherapeutischen Landschaft“ (MÜLLER-HOHAGEN 1996, 16) wahrgenommen. Auch in den bis heute folgenden Jahren hat sich diese Tendenz fortgesetzt, so dass von einem weißen Fleck nicht mehr die Rede sein kann. Im Vergleich zur Breite an Publikationen zu sonstigen Themenfeldern der Psychotherapie erscheint der Bereich „Geistige Behinderung und Psychotherapie“ jedoch auch heute noch, im Jahr 2005, quantitativ unterrepräsentiert. Der Hauptgrund dafür liegt auf der Hand: Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung wird erst seit einem relativ kurzen Zeitraum praktiziert:

Geistige Behinderung galt lange Zeit innerhalb des Mainstreams der psychologischen scientific community als „unveränderbarer Defekt“ (EGGERT 1993, 205), zudem existierte keine Differenzierung zwischen geistiger Behinderung und psychischer Störung (HENNICKE & ROTTHAUS, 1993, 9). Und selbst als diese Differenzierung erfolgt war, galten Menschen mit geistiger Behinderung als „untherapierbar“: Aufgrund der kognitiven Beeinträchtigungen dieses Klientels sei Psychotherapie nicht durchführbar (BADELT 2005, 11; LINGG & THEUNISSEN 1997, 144). Engagierte Pionierinnen[7] begannen schließlich Ende der Siebziger Jahre im deutschsprachigen Raum diesen Mythen entgegen zu arbeiten und begannen die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung. Daher ist der Komplex „Geistige Behinderung und Psychotherapie“ als recht junger Bereich der psychotherapeutischen Praxis zu bezeichnen.

[7] Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird in diesem Text bei der Bezeichnung der zentralen Personengruppen die weibliche Form verwendet

Die ersten Niederschläge dieser neuen Tätigkeit in Form von Publikationen waren folgerichtig Expertinnenberichte aus der therapeutischen Arbeit. Psychotherapeutinnen berichteten über ihre Erfahrungen mit der Psychotherapie von Menschen mit einer geistigen Behinderung. Dabei wurde reflektiert, welcher Modifikationen die psychotherapeutische Arbeit bedarf, um auch zur erfolgreichen Anwendung bei Menschen mit geistiger Behinderung zu kommen (z.B. das Benutzen einer verständlichen Sprache, lebensweltlicher Bezug der Gespräche, etc.). Die *reflexiv-deskriptive Auseinandersetzung von Professionistinnen* stellt über die Jahre hinweg bis heute den gängigen Typus der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Thematik dar.
Bei einer Analyse *der inhaltlichen Schwerpunkte* der bisher erschienen Publikationen lassen sich zwei Hauptgruppen ausmachen. Eine große Anzahl von Artikeln widmet sich dem Übertragen von einzelnen Therapieschulen auf die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit einer geistigen Behinderung (z.B. BADELT 1994, HANSEN 1996, REDLIN 1992, ROTTHAUS 1996, KLEIN & SCHMIDT-THIMME 1992, GAEDT 1994). Dabei überwiegen die Ausführungen zu verhaltenstherapeutischen Modellen. Ein zweiter, häufiger inhaltlicher Focus ist die Darstellung der institutionellen und organisatorischen Rahmenbedingungen, in denen Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung stattfindet z.B. institutionelle Voraussetzungen für psychotherapeutische Behandlung (LOTZ et al. 1994), gesetzliche Vorschriften (HENNICKE 2005), Therapie in einem psychiatrischen Setting (BERGER & MÜLLER 2002). All diese Beiträge haben wertvolle Einblicke in die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung gegeben, die wissenschaftliche Theoriebildung zur Thematik vorangetrieben und den ehemals weißen Fleck in ein buntes Kaleidoskop verwandelt.
Die im Folgenden vorgestellte Untersuchung versteht sich als weiteren Farbtupfer innerhalb dieses Kaleidoskops. Es soll den bisherigen Perspektiven eine weitere hinzugefügt werden: Die der Betroffenen selber. Dieser Blickwinkel sollte besonders hilfreich sein, therapeutische Settings auf die Bedürfnisse von Menschen mit geistiger Behinderung abzustimmen bzw. diese Bedürfnisse als theoretische Grundlage für die psychotherapeutische Praxis mitzudenken.

Fragestellung

Der vorliegende Text basiert auf den Ergebnissen einer Studie von März bis September 2005 und fokussiert einen Teil der Untersuchung genauer, welcher sich mit den folgenden drei Fragestellungen auseinandersetzt:

- Wie nehmen Menschen mit einer geistigen Behinderung Psychotherapie war?
- Was sind die Gründe für ein erfolgreiches Gelingen einer Psychotherapie?
- Wird durch Psychotherapie die Lebensqualität von Menschen mit einer geistigen Behinderung beeinflusst?

Bei diesen Fragestellungen stand die subjektive Erlebnisebene im Zentrum des Interesses. Um diese subjektive Ebene ausreichend abbilden zu können, aber auch

aufgrund der enormen Komplexität der zu erforschenden Themenfelder, wurde ein qualitatives Designs verwendet. Zudem gewährleistete ein qualitativer Zugang in Form von Interviews die Ermöglichung eines wesentlichen Anliegens dieser Forschung, nämlich Menschen mit geistiger Behinderung ausführlich zu Wort kommen zu lassen und ihren eigenen Erfahrungen genügend Raum zu geben.
Nachfolgend werden zunächst Methode und Stichprobe beschrieben. Im anschließenden Abschnitt erfolgt die Darstellung der Ergebnisse der Studie. In einem abschließenden Punkt werden die Ergebnisse diskutiert und Implikationen für die psychotherapeutische und pädagogische Praxis abgeleitet.

Methode

Um den oben aufgeführten Ansprüchen gerecht zu werden, wurde ein kreatives qualitatives Design entwickelt. Als methodisches Grundgerüst diente die Grounded Theory nach GLASER und STRAUSS. Da es sich bei den zu untersuchenden Themenfeldern unter der Betroffenenperspektive um bisher unbeforschtes Terrain handelt, erwiesen sich die Möglichkeiten der Grounded Theory zur induktiven Theoriebildung als besonders vorteilhaft. Die grundlegende Operation, „Daten zeitgleich zu erheben, zu kodieren und zu analysieren“ (GLASER & STRAUSS 1998, 52; vergl. STRAUSS 1994, 56) als auch das daraus resultierende „theoretical sampling“ ermöglichte ein flexibles, theoriebildendes Vorgehen.
Zur Befragung wurden problemzentrierte Interviews nach WITZEL (1985) verwendet. Der während der Interviews verwendete Leitfaden setzte sich schließlich aus folgenden Bereichen zusammen:

a. Wahrnehmung der Psychotherapie (z.B. Gründe zur Psychotherapie, Erfolg/Misserfolg der Psychotherapie, Ziele der Psychotherapie, Wahrnehmung der Therapeutin, etc.)
b. Gründe für ein Gelingen einer Psychotherapie (z.B. positive Erlebnisse, Kommunikation, Motivation)
c. Veränderung der Lebensqualität durch Psychotherapie (z.B. emotional well-being, self determination, interpersonal relations)[8]
d. Biographische Daten (z.B. Setting der Betreuung, Alter, Arbeitssituation)

Stichprobe

Die Stichprobe bestand aus elf Personen, davon sechs Männer und fünf Frauen. Die Probandinnen standen in unterschiedlichen Betreuungssettings. Sechs lebten in betreuten Wohngemeinschaften, fünf nahmen eine ambulante Betreuung in ihren eigenen Wohnungen wahr. Das Lebensalter reichte von 19 bis zu 42 Jahren.
Alle Probandinnen waren als „geistig behindert“ diagnostiziert worden und hatten ihre Psychotherapie seit mindestens drei Monaten abgeschlossen. Letzteres Kriterium war von Bedeutung, da davon ausgegangen wurde, dass ein gewisser

[8] In diesem Bereich waren die abgefragten Items an den acht Domänen von Lebensqualität (“interpersonal relations”, “material well-being”, “self determination”, “personal development”, “emotional well-being”, “material well-being”, “social inclusion” und “rights”) nach BONHAM ET AL. (2004)orientiert.

zeitlicher Abstand zu den Erlebnissen während der Therapie und ihren Auswirkungen für ein Reflektieren von Vorteil ist. Zudem wurde angenommen, dass gerade die Lebensqualitätsdomänen (hier besonders das „emotional well being“) im Rahmen eines Therapieprozesses verzerrt wahrgenommen werden könnten. Zwei Befragte hatten eine Verhaltenstherapie, drei eine Psychodrama-Therapie, und sechs eine personenzentrierte Gesprächstherapie gemacht. Die Heterogenität in diesem Punkt wurde als eine Bereicherung empfunden, war es schließlich nicht das Ziel dieser Studie, die Auswirkungen verschiedener therapeutischer Settings miteinander zu vergleichen, sondern den Blick auf das *allgemeine Erleben von Psychotherapie* und die möglichen Auswirkungen auf eine *Veränderung der Lebensqualität* durch Psychotherapie zu richten.
Für die Untersuchung wurden einzelne Institutionen für die Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung durch einen kurzen Abriss über das Forschungsdesign und Hintergründe der Untersuchung informiert. Zudem wurden Psychotherapeutinnen, die bereits mit Menschen mit geistiger Behinderung gearbeitet hatten, angeschrieben und nach ehemaligen KlientInnen befragt, die sich eventuell zu einem Interview bereit erklären würden. Mit den Personen, die grundsätzliches Interesse an einem Interview hatten, wurden „Kennenlern-Treffen“ arrangiert, während denen sie nochmals ausführlich über Anliegen und die Gründe für die Untersuchung in Kenntnis gesetzt wurden. Allen Interessierten wurde Anonymität und Diskretion zugesichert. Anschließend wurde das Vorhaben zusammen diskutiert und offen gebliebene Fragen geklärt. Dieser Raum war für die Probandinnen extrem wichtig. Viele zeigten sich zunächst unsicher und verhielten sich sehr schüchtern, da sie trotz allem das Durchsickern von Informationen an Angehörige und Betreuerinnen befürchteten. Zudem stellte sich teilweise eine gewisse Unklarheit und Skepsis gegenüber der Interviewsituation heraus, die für viele neu und daher ungewohnt war (vergleiche dazu auch HAGEN 2002). Einige zeigten sich allerdings auch über die Möglichkeit, einem anderen Menschen über ihre Erlebnisse zu berichten und ihre Ansichten mitzuteilen, begeistert und stolz. Mit den Personen, die sich schließlich definitiv zu einem Interview bereit erklärten, wurde die weitere Vorgehensweise geplant. Die Interviews sollten an einem Ort stattfinden, der eine stressfreie Atmosphäre garantierte und an dem sich die Probandinnen wohl fühlen konnten. So fanden die Interviews letztlich an völlig verschiedenen Plätzen statt: Einige in den Wohnungen der Befragten, andere in Kaffeehäusern, eine Befragung erfolgte in einem Park, usw.

Ergebnisse

Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse aus den Befragungen zu den Punkten „Erleben der Psychotherapie“, „Faktoren zum Gelingen der Psychotherapie“ und „Veränderung der Lebensqualität durch Psychotherapie“ vorgestellt. Die Darstellung erfolgt dabei anhand der im Laufe des Forschungsprozesses gebildeten Kategorien zu den jeweiligen Fragestellungen.

Erleben der Psychotherapie

Was geschieht in einer Psychotherapie?

Als zentrales Element in einer Psychotherapie wurde von den befragten Personen *das „Reden"* erlebt. Der verbale Austausch mit der Therapeutin war demzufolge die Haupttätigkeit während der Sitzungen. Drei Interviewpartnerinnen gaben zudem Aktivitäten an, die außerhalb der psychotherapeutischen Praxis stattfanden wie z.B. Essen gehen und Tischtennis spielen (siehe dazu auch weiter unten Kategorie 2.c) Beziehung zur Therapeutin).
Bezüglich der Inhalte der Gespräche wurde vor allem das *Erarbeiten von Strategien für Problemlösungen im Alltag* genannt. Die Psychotherapeutin unterstützte den Prozess des gemeinsamen Erarbeitens gegebenenfalls durch das *Geben von „Ratschlägen und Tipps*".
Das aktuelle Wohlbefinden, „Probleme in der Kindheit", Freizeitaktivitäten und „die Familiengeschichte" waren weitere von den Probandinnen wahrgenommene Inhalte bzw. Themen.

Erfolg

Die Psychotherapie wurde von neun Probandinnen als erfolgreich wahrgenommen. Als *Erfolg* wurde dabei vor allem das *Erweitern der Handlungsspielräume im Alltag* genannt (z.B. das selbstbewusste Artikulieren von eigenen Wünsche und Bedürfnissen gegenüber Betreuerinnen, verbal adäquat auf Konfliktsituationen reagieren können; siehe dazu auch den weiter unten angeführten Punkt „Erarbeitete Strategien"). Weitere Indikatoren für eine erfolgreiche Therapie waren nach Ansicht der Interviewpartnerinnen ein *Rückgang des allgemeinen psychischen Leidensdrucks* und *eine Besserung des emotionalen Wohlbefindens:*

Herr J.: *„Die Therapie hat´s besser gemacht. Die Therapie war ein reiner Erfolg, weil sonst ging´s mir schlecht, ich merk´s, dass es besser geworden ist. Das spüre ich schon von meinen Gefühlen her."*

Zudem wurde das *Zurückgehen der beklagten Symptome* als Erfolg bewertet. So konstatierte ein befragter Mann, er sei jetzt zwar zeitweise immer noch aggressiv, allerdings nicht mehr so häufig wie vor der Therapie.

Faktoren für ein Gelingen von Psychotherapie

Kommunikation

Viele Probandinnen hoben während der Interviews immer wieder hervor, dass besonders die *Art und Weise der Kommunikation*, welche als frei von Zwängen und Erwartungshaltungen wahrgenommen wurde, von enormer Bedeutung gewesen sei und eine vertrauensvolle Atmosphäre ermöglicht habe. Eine befragte Frau führte dazu aus, ihr sei es wichtig gewesen,

„dass du alles sagen kannst, was du denkst, und dass du dich nicht zurückhalten sollst und so, dass du gleich alles sagen kannst."

Eine weitere Interviewpartnerin beschrieb diese ungezwungenen Interaktionsabläufe im Rahmen der Therapie als Grundvoraussetzung dafür, sich zu öffnen und ihre Gedanken frei von sozialen Erwartungshaltungen kund zu tun, was im Betreuungsalltag nicht möglich war:

„Ja, aber in der Therapie, da hab ich mich reden getraut, so wie jetzt mit dir, da hab ich einfach so gesagt, was ich mir denk."

Einhalten der Schweigepflicht

Neben der Kommunikation wurde das Einhalten der Schweigepflicht von der Therapeutin als extrem wichtig für das Gelingen einer Psychotherapie eingestuft. Die Aussagen zum Einhalten der Schweigepflicht waren dabei häufig mit dem Aufbau von Vertrauen kontextualisiert, wie das folgende Statement einer interviewten Frau verdeutlicht:

T.B.: *Du hast gesagt, es war für dich sehr wichtig, dass die Therapeutin dir vertraut hat. Was bedeutet denn für dich Vertrauen?*
Frau A.: *Das man nichts weiter sagt, das ist für mich wichtig…Therapeuten...haben eine Schweigepflicht,... die Therapeutin darf gar nichts weiter sagen. Und das ist wichtig, dass sie´s nicht der Familie sagt...*

Frau A. führte im Laufe der Befragung weiter aus, dass sie eine vorige Therapie abgebrochen habe, weil die Therapeutin die Schweigepflicht verletzt und ihre Betreuerinnen über das in der Therapie Besprochene informiert hätte. Seitdem sei eine *strikte Trennung von Psychotherapie und ihrer Lebenswelt Wohnen* (mit Betreuung) unabdingbar.
Die Wichtigkeit der Einhaltung der Schweigepflicht wurde von vielen Befragten in einem bestimmten Kontext hervorgehoben: Und zwar als Abgrenzung der Psychotherapeutinnen zu den Betreuerinnen. Auf meine Frage, worin der Unterschied zwischen Therapeutin und Betreuerin bestehe, antworteten drei Probandinnen mit der Schweigepflicht.

5.2.3 Beziehung zur Therapeutin

Eine positive Beziehung zur Therapeutin stellt ein zentrales Element zum Gelingen einer Psychotherapie aus Sicht der Interviewpartnerinnen dar. Alle Probandinnen, die ihre Therapie als erfolgreich wahrnahmen, beschrieben eine solche Art von Beziehung. Dabei wurden die Therapeutinnen mit positiven Adjektiven umschrieben („nett", „super", „lieb") und auf den von Vertrauen und Wertschätzung geprägten Umgang miteinander verwiesen.
Der Aufbau einer positiven Beziehung wurde teilweise durch gemeinsame Aktivitäten, die über das eigentliche Setting in der Praxis hinausgingen, unterstützt: Ein Mann berichtete beispielsweise über das Tischtennis und Computer spielen mit

seinem Therapeuten, ein weiterer befragter Proband über gemeinsame Besuche von Kaffeehäusern und Restaurants. Diese Aktivitäten wurden von den befragten Personen als Zeichen von besonderer Wertschätzung aufgefasst und stellten den Ausgangspunkt zur Errichtung einer kommunikativen Basis dar.

Erarbeiten von Strategien und deren Umsetzung im Alltag

Das Erarbeiten von Strategien für Problemlösungen im Alltag wurde bereits im Punkt „Erleben der Psychotherapie" als ein wesentlicher Inhalt der während den Sitzungen geführten Gespräche thematisiert. Darüber hinaus stellt diese Kategorie jedoch auch einen Faktor für ein erfolgreiches Gelingen dar, führte es aus Sicht der Probandinnen doch zum Erweitern ihrer Handlungsspielräume im Alltag, was als ein Hauptkriterium für eine erfolgreiche Psychotherapie genannt wurde. Interessanter Weise bezogen sich die in den Interviews angeführten problemlösenden Strategien allesamt auf *Konfliktsituationen im Alltag.*
Es konnten drei verschiedene Typen von Strategien im Rahmen der Auswertung herausgefiltert werden:

1. Direktes, offenes Austragen von Konflikten
Eine Befragte vermeidet nach Reflektion ihrer bisherigen Verarbeitungsprozesse das „Herunterschlucken von Problemen", in dem sie gleich Mitmenschen sagt, was ihr „nicht passt". Ein Interviewpartner trägt nun seine Konflikte innerhalb seines Betreuungssettings ebenfalls offen und direkt aus, in dem er „sich´s mit den Betreuern ausstreitet". Eine weitere Probandin kann ihre Konflikte nach der Therapie ebenfalls direkt ansprechen, anstatt sich zu ärgern:

„Ja, letztens war ein Problem mit einer Betreuerin und da hat sie gesagt, ich soll…ich hab früher hinter dem Rücken von dieser Betreuerin geredet und ihr nie ins Gesicht gesagt…und jetzt sag ich´s ihr ins Gesicht."

2. Reden statt Anwendung physischer Gewalt in Konflikten
Zwei Probandinnen gaben an, vor der Therapie Streits häufig durch „hinhauen" eskaliert zu haben, nun lösen sie die Konflikte verbal oder können Provokationen durch gestiegenes Selbstbewusstsein zurückweisen, wie Frau A. erklärt:

T.B.: *Und wie war das früher, wenn du gestritten hast?*
Frau A.: *Dann hab ich gleich ihm eine gehaut, aber das mach ich jetzt nicht mehr.*
T.B.: *Und das habt ihr auch in der Therapie besprochen?*
Frau A.: *Ja, da hat sie gesagt, ich soll nicht hauen sondern ich soll reden, soll gleich sagen, wenn mich was stört.*
T.B.: *Wenn du zu diesem Thema die Zeit vergleichst vor und nach der Therapie, wenn du dich da anschaust, was ist da anders im Vergleich zu jetzt?*
Frau A.: *Jetzt find ich´s besser, weil jetzt bin ich selbstbewusster und mach was ich will und lass mir nichts mehr gefallen und so.*

3. Ablenken in Stresssituationen
Zwei Befragte lenken sich nach dem „Ratschlag“ ihrer Therapeutinnen nun in Stresssituationen ab:

Frau K.: *Ja, ich habe ihr* (der Psychotherapeutin, Anm. d. Verf.) *gesagt, ich verliere oft die Geduld, wenn ich auf die Wäsche warte, da hat´s gesagt ich soll mich ablenken…na, da hab ich dann immer…wie heißt´s? Handarbeit gemacht. Jetzt holen meine Freundin und ich uns immer Wurstsemmeln. Ich hab ja auch jetzt noch andere Sachen zu tun und da geht die Zeit eh schnell rum….*

Intrinsische Motivation

Alle Befragten bekamen von ihren Betreuerinnen vorgeschlagen, eine Therapie zu beginnen. Die Therapeutin wurde auch bei allen Probandinnen vom Betreuungspersonal ausgesucht, alle interviewten Personen nahmen die erste Therapeutin an. Einige Probandinnen waren zunächst skeptisch, wollten aber nach dem Erstgespräch bzw. den ersten Sitzungen doch die Therapie beginnen:

T.B: *Erzähl mal, wie das damals abgelaufen ist…*
Frau K.: *C.* (Die Betreuerin, Anm. d. Verf.) *hat gesagt: „ B., du brauchst eine Psychotherapie“ wir werden uns vorstellen gehen und du wirst sehen die ist sehr lieb und dann waren wir beim Vorstellungsgespräch und dann hab ich gesagt „Aha, das wird sehr interessant, ich möchte die Therapie machen“*
Frau K. war zunächst gegen eine Therapie:
„...na ja, wenn ich recht überleg, erst war ich nicht dafür, dann aber schon, weil´s mir geholfen hat.“

Diese beiden Aussagen verdeutlichen, dass die ursprüngliche extrinsische Motivation in einigen Fällen relativ *schnell in eine intrinsische Motivation umgewandelt werden konnte, wenn die Probandinnen einen Nutzen aus der Therapie erkennen konnten.*
Insgesamt gaben neun Interviewpartnerinnen eine intrinsische Motivation an, diese Personen nahmen auch ihre Therapie als Erfolg war. Somit stellte eine *intrinsische Motivation eine wesentliche Voraussetzung für einen Therapieerfolg* dar. Zwei Probandinnen berichteten von einer extrinsischen Motivation, die sich nicht im Laufe der Therapie in eine intrinsische Motivation wandelte. Beide Personen nahmen nur aufgrund des starken Drucks der Betreuerinnen die Einheiten wahr und empfanden folglich die Sitzungen als unangenehm und nutzlos. Eine der beiden Frauen brach nach einem halben Jahr ab, eine weitere nach sechs Sitzungen.

Veränderung der Lebensqualität

Eine Veränderung der Lebensqualität fand in folgenden Bereichen statt:

„emotional well-being“

Bei allen neun Probandinnen, die ihre Psychotherapie als erfolgreich erlebten, veränderte sich die Lebensqualitätsdomäne „emotional well-being“ in einer

positiven Art und Weise. Die Veränderung wurde als eine Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens und eines Rückgangs des psychischen Leidensdrucks wahrgenommen. Dies wurde zudem als Therapieerfolg eingestuft (vergleiche 1. „Erleben der Psychotherapie", Kategorie „Erfolg"). Eine befragte Frau erklärte, ihr Wohlbefinden habe sich gebessert, weil sie sich jetzt „wieder leiden kann", was vor der Therapie nicht möglich gewesen wäre.

„self determination"

Sechs Interviewpartnerinnen berichteten von einer Steigerung ihrer Selbstbestimmung, die durch den Therapieprozess begünstigt wurde. So werden nun dem Betreuungspersonal gegenüber Wünsche klarer artikuliert und auch durchgesetzt. Zudem werden Meinungen in Diskussionen mit Freundinnen und Mitbewohnern selbstbewusst vertreten. Ein Proband erklärte stolz:

„…dass ich nur noch das mach´, was wirklich mir selber Spaß macht und nicht das tu , was die Anderen machen und mehr Entscheidungen selber treffen und nicht von anderen treffen lassen machen"

„interpersonal relations"

Fünf befragte Personen nannten im Rahmen der Interviews eine Verbesserung der Beziehung zu anderen Menschen, dabei wurden vor allem die Beziehungen zu Mitbewohnerinnen, Betreuerinnen und Familienangehörigen angeführt: Eine Frau hob während der Befragung zu diesem Punkt hervor, dass das Verhältnis zu ihren Geschwistern, dabei vor allem die Kommunikation untereinander, sich durch die Psychotherapie positiv verändert habe. Die Probandin nimmt sich nun im Gespräch mit ihren Geschwistern als nicht „mehr so schüchtern wie früher" wahr und traut „sich mehr mit denen zu reden". Einigen Interviewpartnerinnen fällt es zudem jetzt leichter neue Freundinnen zu gewinnen.

T.B.: *Wie sieht´s bei dir denn mit Freunden aus?*
Frau K.: *Jetzt hab ich mehr, nach der Therapie, die Beatrix, wir kochen zusammen. Oder wir laden die vom Haus Sabine ein, ja, ich hab schon mehrere Freundinnen, ich hab´s gar nicht gewusst, dass ich so viele hab, toll, und jetzt bin ich auch immer freundlich. Ich habe jetzt ein schönes Leben, es geht mir jetzt besser,…"*

Die Veränderungen im Bereich dieser Lebensqualitätsdomäne wurden von den Probandinnen als *Folge der verbesserten kommunikativen Fähigkeiten*, welche im Therapieprozess erworben wurden, gesehen.

„material well-being"

Diese Domäne war der einzige Bereich der Lebensqualität, der sich aufgrund der Therapie negativ veränderte: Drei Probandinnen hatten erhebliche Probleme, die Kosten ihrer Psychotherapie aufzubringen, was eine Verschlechterung ihrer

finanziellen Mittel nach sich zog. eine Frau sah sich schließlich gezwungen, aufgrund der entstandenen Kosten die Psychotherapie zu beenden, obwohl sie diese gerne noch weitergeführt hätte.

Diskussion der Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Im Folgenden wird zunächst das Zusammenspiel einiger Faktoren zum erfolgreichen Gelingen einer Psychotherapie genauer beleuchtet. Anschließend werden einige der im Rahmen der Untersuchung gewonnenen Ergebnisse vor dem Hintergrund des Spannungsfelds von Therapie, Lebenswelt und Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung diskutiert. Dazu werden Implikationen für die psychotherapeutische Praxis und den pädagogischen Alltag abgeleitet.

Korrelationen/Zusammenspiel der Faktoren zum Gelingen

Viele der angeführten Faktoren zum Gelingen einer Psychotherapie bedingen sich gegenseitig bzw. korrelieren miteinander: Alle Personen, die ihre Psychotherapie als erfolgreich wahrnahmen, gaben sowohl eine intrinsische Motivation als auch eine positive Beziehung zur Therapeutin und ein positives Kommunikationsklima an. Eine gute Beziehung kann wohl nur auf einer soliden, vertrauensvollen Gesprächsbasis aufbauen. Eine intrinsische Motivation kann eine Voraussetzung für eine positive Beziehung sein, umgekehrt wird eine extrinsische Motivation wohl nur in eine intrinsische verwandelt werden können, wenn die Beziehungsebene zwischen Therapeutin und Klientin von Vertrauen und Wertschätzung geprägt ist. Zudem scheinen die Faktoren „Kommunikation“ und „Einhalten der Schweigepflicht“ eng miteinander verknüpft, die beschriebene offene, freie Art der Kommunikation entstand wohl auch aufgrund der Sicherheit, die ein striktes Einhalten der Schweigepflicht gewährleistete. Somit können *die Faktoren zum Gelingen einer Psychotherapie nicht isoliert voneinander betrachtet werden.*

Motivation/Anstoß zur Therapie

Bei allen Probandinnen kam der letztendliche Anstoß, eine Therapie zu beginnen, von Seiten des Betreuungspersonals. *Die Möglichkeit, eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, war vielen Probandinnen nicht bekannt*. Dieser Zustand ist keinesfalls befriedigend, Menschen mit geistiger Behinderung sollten generell über die Möglichkeit zur Psychotherapie informiert sein und nicht erst in akuten Fällen, wenn Symptome nicht mehr übersehbar sind, davon in Kenntnis gesetzt werden. *Diese Informationsdevise sollte von Betreuerinnen und Angehörigen nicht nur aus präventiven Gründen beherzigt werden*. Beim Informieren selbst sollte mit dem nötigen „*Fingerspitzengefühl*“ vorgegangen werden. Hier gilt es, der Betroffenen die möglichen Vorteile einer Psychotherapie vor Augen zu führen, sie ausführlich über Sinn und Zweck einer Psychotherapie zu informieren und vor allen Dingen genügend Zeit für ihre Entscheidung zu lassen, die es schließlich auch zu akzeptieren gilt. Die im Rahmen dieser Untersuchung gewonnenen Ergebnisse zur Motivation zeigen, dass eine Motivation, die ausschließlich von außen kommt und mit einer Fremdbestimmung einhergeht, für einen erfolgreichen therapeutischen

Prozess kontraproduktiv ist. Die aufgeworfenen Negativbeispiele zeigen, dass eine adäquate, sensible Annäherungsweise an die Problematik im heutigen Betreuungsalltag noch nicht selbstverständlich ist. Die Folgen davon liegen, abgesehen von der Verletzung ethischer Prinzipien, auf der Hand: Die beiden extrinsisch motivierten Probandinnen schließen nach ihren Negativerlebnissen eine weitere Psychotherapie aus, die Chance auf eine wirklich erfolgreiche Therapie auf Basis einer intrinsischen Motivation ist vorerst vertan.

Schweigepflicht

Bei einer detaillierten Analyse des erhobenen Datenmaterials zum Faktor „Einhalten der Schweigepflicht" wird deutlich, dass dieser Punkt für die Probandinnen aufgrund ihres lebensweltlichen Umfelds und den gemachten Erfahrungen im Prozess ihrer Sozialisation in diversen Betreuungsinstitutionen von derart zentraler Bedeutung war: Eine Schweigepflicht hatten sie in ihrem Betreuungsalltag noch nicht kennen gelernt, die Nennung der Schweigepflicht erfolgte während der Interviews letztlich zur Differenzierung zwischen Betreuerin und Psychotherapeutin. Die Interviewpartnerinnen hatten also die Erfahrung gemacht, dass Betreuerinnen Informationen an Dritte weitergeben, ihre Psychotherapeutinnen jedoch nicht. Dadurch wurde die Therapeutin zu einer *besonderen Vertrauensperson*; die Anonymität und Intimität während der Gespräche der Sitzungen blieben gewahrt und es entstand ein fruchtbarer Boden für einen wirksamen psychotherapeutischen Prozess.
Die in vielen Publikationen als notwendig/förderlich erachtete Einbeziehung von Angehörigen oder Betreuerinnen (MEIR-KORELL 2003, LEMPP 1992, GÖRRES 1992, BADELT 1994) *durch Teilnahme an den Sitzungen, Informationsaustausch, etc. kann anhand des empirischen Materials dieser Studie nicht bestätigt werden*. Lediglich eine Probandin berichtete von der gelegentlichen Teilnahme ihrer Betreuerin und ihrer Eltern an den Treffen mit ihrer Therapeutin. Dies sei allerdings nur auf Wunsch der Therapeutin geschehen, als für den therapeutischen Prozess förderlich wurde dieses Setting von der Probandin selbst nicht wahrgenommen. Wie die Aussagen zur Wichtigkeit der Schweigepflicht belegen, lehnten einige der untersuchten Personen einen informellen Kontakt zwischen Therapeutin und persönlichem Umfeld bzw. die Anwesenheit einer Bezugsperson ab. Eine strikte *Trennung zwischen der Lebenswelt Wohnen/Betreuung und der Psychotherapie* wurde bevorzugt und als wesentlich für den Aufbau von Vertrauen erachtet. *Auch ohne Einbeziehung des Umfelds der Klientinnen war also eine als erfolgreich wahrgenommene Psychotherapie möglich.*

Erlernte Strategien

Alle genannten Strategien hatten Konfliktlösungen im Alltag der Probandinnen zum Ziel. Die ursprünglich erlernten Strategien zur Konfliktbewältigung stellten zwei Pole von Verhaltensweisen dar: Entweder verhielten sich die befragten Personen vor der Psychotherapie bei aufkommenden Konflikten passiv („Herunterschlucken von Problemen") oder sie reagierten in das andere Extrem über und antworteten mit Gewalt. Konflikte auf eine adäquate und gesunde Art

und Weise zu lösen, hatten die Probandinnen im Laufe ihrer Biographie offenbar nicht erlernt.
Die Aussagen zur Rolle der Kommunikation in der Psychotherapie, welche häufig die Kontrastierung zwischen dem positiven Gesprächsklima während der Sitzungen und dem restriktiven, angepassten Interaktionsverhalten im Alltag zum Inhalt hatten, zeigen, dass auch *nach wie vor in diversen Betreuungssettings nicht ausreichend Möglichkeiten bestehen, eine „gesunde" Kommunikationskultur zu erlernen* bzw. die dazu nötigen Rahmenbedingungen nicht gegeben sind. Diese Kommunikationsatmosphäre unterstützt die Entwicklung von den beschriebenen negativen Verhaltensweisen in Konfliktsituationen. Ein wirklich positives Betreuungsverhältnis, geprägt von Vertrauen, Wertschätzung und Offenheit, welches eine angemessene Kommunikationsbasis aufweist, erscheint im Rückschluss als ein präventiver Faktor zur Vermeidung der beschriebenen problematischen Verhaltensmuster in Konfliktsituationen.

Veränderung der Lebensqualität durch Psychotherapie

Eine positive Veränderung der Lebensqualitätsdomäne „emotional well-being" konnte bei allen als erfolgreich wahrgenommenen Psychotherapien festgestellt werden. Zudem zeigte sich eine ebenfalls positive Veränderung in den Domänen „self determination" und „interpersonal relations". Die Verbesserungen in den beiden letztgenannten Domänen *resultierten aus der Steigerung der verbalen Fähigkeiten* als auch aus dem Umsetzen der in der Therapie erarbeiteten Strategien. Die beschriebene gesteigerte Selbstbestimmung erfolgte bei vielen befragten Personen aufgrund eines erhöhten (adäquaten) Durchsetzungsvermögens in Konfliktsituationen. Auch die genannten Veränderungen im Bereich „interpersonal relations" basierten auf einer Erweiterung der kommunikativen Möglichkeiten. Unter Miteinbeziehung der Ausführungen zum Konfliktverhalten im vorigen Punkt „Strategien" stellt somit eine *Steigerung der kommunikativen Kompetenzen eine im Rahmen des therapeutischen Prozesses erarbeitete Schlüsselkompetenz für die Erweiterung von Handlungsmöglichkeiten im Alltag dar.*

Wahrnehmung der Psychotherapie

Bezüglich der Wahrnehmung von Psychotherapie ist anzumerken, dass sie von den meisten Probandinnen vor allen Dingen *als hilfreich wahrgenommen wurde.* Neun Personen bewerteten ihre Psychotherapien als erfolgreich, begründeten dies mit einer Besserung des Leidensdrucks, der Symptome und folglich auch des subjektiven Wohlbefindens. Die zwar mittlerweile schon im Abebben begriffene, aber in einzelnen Bereichen des sonderpädagogischen Spektrums nach wie vor geführte mühsame Diskussion, inwiefern eine Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung wirklich „sinnvoll" ist, sollte anhand der angeführten Aussagen in Verbindung mit dem Paradigma des Empowerment hoffentlich endgültig beendet sein: Eine erfolgreiche Psychotherapie unterstützt die Betroffenen und kann eine Erweiterung ihres Handlungsspielraums ermöglichen.

Allein aus diesen Gründen macht eine Psychotherapie für diese Personengruppe „Sinn".

Rahmenbedingungen

Für das in Anspruch nehmen einer Psychotherapie bedarf es entsprechenden Rahmenbedingungen, welche derzeit für Menschen mit geistiger Behinderung nicht in befriedigendem Maße vorhanden sind. Zum einen gibt es nach wie vor nur sehr wenige Psychotherapeutinnen, die sich einem Klientel mit geistiger Behinderung annehmen. Eine gute, erfahrene psychotherapeutische Versorgung zu finden, gestaltet sich also schon aufgrund der niedrigen Quantität der Professionistinnen als schwierig. Zum anderen (und dies belegen auch die Statements dieser Studie zum Punkt „material well-being) stellt die Finanzierung eines Therapieplatzes eine wesentliche Hürde für Menschen mit geistiger Behinderung dar. Oft kann sich diese Personengruppe aufgrund eines bescheidenen Einkommens/finanzieller Ressourcen eine Psychotherapie einfach nicht leisten. Eine wirklich verantwortungsvolle Sozialpolitik hat die Aufgabe, solche Missstände zu beheben.

Literatur

BADELT, I.(1994): Die klientenzentrierte Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen. In: LOTZ, W.; KOCH, U.; STAHL, B.(Hrsg.): Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen. Bedarf, Rahmenbedingungen, Konzepte. Bern: Huber

BADELT, I. (2005): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit gesprächspsychotherapeutischem Schwerpunkt bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung. In: HENNICKE, K. (Hrsg.): Seelische Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung, Band 1: Bedingungen der Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten. Berlin: Eigenverlag der DGSGB, 78-88

BERGER, E./MÜLLER, C. (2002): Therapeutische Hilfe der Psychiatrie für behinderte Menschen. Geistige Behinderung 1/02, 27-36

BONHAM, G.S. ET AL. (2004): Consumer-based quality of life assessment: the maryland ask me! Project. In: Mental Retardation, 42, 338-355

EGGERT, D. (1993): Veränderungen im Bild von der geistigen Behinderung in der Psychologie. In: HENNICKE, K./ ROTTHAUS, W. (Hrsg.): Psychotherapie und geistige Behinderung. Dortmund: Verlag modernes Lernen, 204-218

GAEDT, C. (1994): Aspekte eines psychoanalytisch orientierten Konzeptes zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung. In:

LOTZ, W./KOCH, U./STAHL, B.(Hrsg.) (1994): Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen. Bedarf, Rahmenbedingungen, Konzepte. Bern: Huber

GÖRRES, S./HANSEN, G. (Hrsg.) (1992): Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt

GÖRRES, S. (1992): Gedanken zur Notwendigkeit und Entstehung dieses Buches. In: GÖRRES, S./HANSEN, G. (Hrsg.) (1992): Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 9-14

GLASER, B.G./STRAUSS, A.L. (1998): Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. 2. korr. Auflage, Bern: Huber

HAGEN, J. (2002): Zur Befragung von Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung. Geistige Behinderung 4/02, 293-306

HANSEN, G. (1996): Gestalttherapeutische Arbeit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft 4/96, 53-60

HENNICKE, K. (2005): Zur Einführung: Wer bietet Psychotherapie an, wie und unter welchen Voraussetzungen bekommt man sie? In: HENNICKE, K. (Hrsg.): Seelische Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung, Band 1: Bedingungen der Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten. Berlin: Eigenverlag der DGSGB, 71-77

HENNICKE, K./ ROTTHAUS, W. (Hrsg.) (1993): Psychotherapie und geistige Behinderung. Dortmund: Verlag modernes Lernen

KLEIN, F./SCHMIDT-THIMME, D. (1992): Logotherapie und Menschen mit (sogenannter) geistiger Behinderung. In: GÖRRES, S.; HANSEN, G. (Hrsg.) (1992): Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 81-104

LEMPP, R.(1992): Psychotherapie und geistige Behinderung. In: GÖRRES, S.; HANSEN, G. (Hrsg.) (1992): Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 105-116

LINGG, A., THEUNISSEN, G. (1997): Psychische Störungen bei geistig Behinderten: Erscheinungsformen, Ursachen und Handlungsmöglichkeiten aus pädagogischer und psychiatrischer Sicht . 3., erw. Aufl., Freiburg im Breisgau: Lambertus

LOTZ, W./KOCH, U./ STAHL, B. (1994): Institutionelle Voraussetzungen psychotherapeutischer Behandlung bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: LOTZ, W./ KOCH, U./STAHL, B.(Hrsg.) (1994): Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen. Bedarf, Rahmenbedingungen, Konzepte. Bern: Huber

MEIR-KORLL, S. (2003): Behandlung und Rehabilitation. Psychologische Maßnahmen. In: NEUHÄUSER, G./STEINHAUSEN, H. C.: Geistige Behinderung. Grundlagen. Klinische Syndrome. Behandlung und Rehabilitation. Stuttgart: Kohlhammer, 3. überarbeitete und erweiterte Auflage, 232-247

MÜLLER-HOHAGEN, J.(1987): Psychotherapie mit behinderten Kindern. München: Kösel

MÜLLER-HOHAGEN, J.(1996): Psychoanalyse – Ein Weg für Menschen mit einer geistigen Behinderung?. Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft 4/96, 15-24

REDLIN, W. (1992): Der verhaltenstherapeutische Ansatz in der Arbeit mit geistig Behinderten. In: GÖRRES, S.; HANSEN, G. (Hrsg.) (1992): Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 153-162

ROTTHAUS, W. (1996): Systemische Therapie mit geistig behinderten Menschen. Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft 4/96, 45-52

STRAUSS, A.L. (1994): Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. München: Fink

WITZEL, A. (1985): Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemannn, G. (Hrsg.) (1985): Qualitative Forschung in der Psychologie. Weinheim: Beltz

Autor

Mag. Tobias Buchner
Verein GIN
Persönliche Assistenz/Ambulante Betreuung
Leitung Wohnverbund 4
Hasnerstr. 101/Top 1
A-1160 Wien
Tel.: 0043-664-5147415, 0043-1-4946131

Individuelle Hilfeplanung in der Behindertenhilfe als Voraussetzung für Inklusion - praxisbezogene Überlegungen

Gudrun Dobslaw

Die Integration von Menschen mit Behinderung ist ein gesellschaftlicher Auftrag, der in der aktuellen Sozialgesetzgebung seinen Niederschlag findet. Das Sozialgesetzbuch IX regelt die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen in rechtsverbindlicher Form mit der Zielsetzung, ihnen gleichberechtigte Chancen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen. Sie sollen die Möglichkeit haben, ihr Leben so selbstbestimmt wie möglich zu gestalten und die Hilfe dort in Anspruch zu nehmen, wo sie leben. Neben der Stärkung der Beteiligungsrechte behinderter Menschen und ihrer Interessensvertretungen und dem lebensweltlichen Bezug wird auf die umfassende Erhebung des individuellen Hilfebedarfs abgezielt. Damit wird ein längst überfälliger Paradigmenwechsel von einer eher fremdbestimmten Versorgung von Menschen mit Behinderung zu einem Assistenzmodell vollzogen. Die Beteiligten sind dabei prinzipiell gleichberechtigt Handelnde. Der Mensch mit Behinderung wird in seinen persönlichen und sozialen Bezügen gesehen und mit seinen individuellen Lebensentwürfen Ernst genommen. Seine Wünsche und sein individueller Hilfebedarf sind Grundlage für die Planung von Hilfen.

Mit der rechtsverbindlichen Einführung des Persönlichen Budgets wird nun ein weiterer Akzent in Richtung NutzerInnen-Orientierung gesetzt: Nutzerinnen und Nutzer können in der Rolle als Auftraggeber für soziale Dienstleistungen ein größtmögliches Maß an Verantwortung und Steuerung für ihren eigenen Hilfeprozesses übernehmen. Professionellen Helfern kommt die Rolle von Assistenten zu, sie unterstützen die Betreffenden nur in den Bereichen, die sie aus eigener Kraft bzw. mit Unterstützung ihres sozialen Umfeldes nicht bewältigen können. Dieser Grundsatz der Ressourcenaktivierung und Selbstbefähigung wird ausdrücklich von der WHO in der „International classification of functioning, disability and health“ - ICF gefordert (WHO, 2001). In der aktuellen Fachdiskussion hat sich diese Sichtweise bis dato nur sehr zögerlich entwickelt, findet sich aber beispielsweise in Ansätzen zur Unterstützung von Empowerment (THEUNISSEN & PLAUTE 2002).

Mit dem Paradigmenwechsel geht auch ein verändertes Anforderungsprofil an soziale Dienstleistungen einher, mit dem sich die Anbieter auseinandersetzen müssen. Die notwendigen Anpassungen in der Erbringung der Hilfe umfassen sowohl die Struktur- als auch die Prozessebene. BECK & LÜBBE (2003) zählen dazu vor allem eine verstärkte Orientierung an den konkreten Lebenswelten und Alltagsproblemen der Nutzer, die Dezentralisierung der Hilfen und dem Ausbau

wohnortnaher und offener Angebote, sowie die konsequente Beteiligung der Betroffenen und die Unterstützung von Selbstbestimmung und Selbsthilfe.

Hilfeplanung als Voraussetzung für passgenaue Hilfen

Im Folgenden soll nun schwerpunktmäßig der Frage nachgegangen werden, wie Hilfen auf die individuellen Lebenswelten und Alltagsprobleme der Klientinnen und Klienten besser abgestimmt werden können. Das Ziel, Menschen mit Behinderung die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen, kann nur erreicht werden, indem für jede behinderte Person ein individuell zugeschnittenes, optimales Unterstützungsangebot vorgehalten wird. Unabdingbare Voraussetzung dafür ist wiederum die individuelle Hilfeplanung (SCHWARTE 2005). Es gibt inzwischen diverse Verfahren, mit denen eine solche individuelle Hilfeplanung durchgeführt werden kann. Da der weitaus überwiegende Anteil von Hilfen zur Teilhabe an der Gemeinschaft aus Sozialhilfemitteln finanziert wird, werden meistens von Seiten der zuständigen örtlichen oder überörtlichen Kostenträger der Sozialhilfe bestimmte Hilfeplanverfahren im Rahmen des Antragsverfahrens vorausgesetzt. Diese sind nach Zuständigkeitsbereich unterschiedlich, sowohl in ihrer Form als auch in ihrer Zielsetzung. Darüber hinaus gibt es auch in fast allen Bereichen der sozialen und pädagogischen Arbeit mehr oder weniger gut ausgearbeitete Entwürfe oder Verfahren. BECK & LÜBBE (2003) haben dazu eine sehr interessante Synopse erstellt und die wesentlichen Merkmale für Hilfeplanung herausgearbeitet.

Der Hilfeplanungsprozess betrifft den gemeinsamen Austausch darüber, welche Hilfen für eine bestimmte Person notwendig und sinnvoll sind. Das kann in unterschiedlichen settings stattfinden, es müssen aber zumindest die Antrag stellende Person und eine fachausgebildete Person (hier: Hilfeplaner/in) daran beteiligt sein. Unabhängig davon, welches Instrument im Einzelfall dann tatsächlich eingesetzt wird, dient es immer nur dazu, das Ergebnis des Hilfeplanungsprozesses zu dokumentieren. Unter Umständen leistet es auch gute Dienste als Gesprächsleitfaden oder als Raster für die wichtigen Fragen. Eine individuelle Hilfeplanung sollte immer folgende Schritte beinhalten:

- Ziele für die betreffende Person festlegen;
- Ziele überprüfbar machen, indem ein Zeitraum definiert wird, innerhalb dessen das Ziel erreicht werden soll, oder in dem die nächste Überprüfung stattfinden soll;
- Hilfen zur Zielerreichung daraus ableiten;
- Quantitative Angaben zur notwendigen Häufigkeit bzw. Intensität der Hilfen formulieren.

Ein Verfahren, das hauptsächlich in psychiatrischen Hilfefeldern eingesetzt wird und gut geeignet ist, in diesem Sinne notwendige Hilfen zu ermitteln, ist der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan - IBRP (GROMANN, 2001). Er lässt sich mit nur geringen Anpassungen auf Zielgruppen der Behindertenhilfe übertragen. Eine Stärke des Verfahrens liegt darin, dass ein umfassender Blick auf die Lebenssituation einer Person gefordert wird, der auch den Bereich Arbeit und

Beschäftigung mit einbezieht. Besonders zu erwähnen ist auch das von PEOPLE FIRST entwickelte Arbeitsbuch zur Persönlichen Zukunftsplanung „Käpt'n Life und seine Crew"(2004), das aufgrund der einfachen Sprache und der leicht nachvollziehbaren Strukturierung der Themen bei Bedarf auch in Eigenregie durch die Menschen mit Behinderung zu bearbeiten ist.
Trotz gut ausgearbeiteter Verfahren, stellt eine gut durchgeführte Hilfeplanung immer wieder eine große Herausforderung sowohl für die professionellen Helfer wie auch für die Antragstellenden dar. Weil es aber ein ungeheuer wichtiges Hilfsmittel darstellt, von dem ein gelungener Rehabilitationsprozess abhängen kann, sollen einige wichtige Gesichtspunkte aufgegriffen werden, die sich in der Praxis immer wieder als schwierig erweisen.

Eine Hilfeplanung muss auf die Wünsche und Bedarfe des Einzelnen abgestimmt sein

Innerhalb der Sozialpsychiatrie wurde im Rahmen der großen Psychiatriereform der Begriff der „Personenzentrierung" gewählt (SCHMIDT-ZADEL & KUNZE 2003), um auszudrücken, dass bei einer Erfolg versprechenden Hilfeplanung die Wünsche, Ziele und Verantwortlichkeiten jedes einzelnen Menschen im Vordergrund stehen müssen. Es gilt also jeweils im Einzelfall herauszufinden, welche Zielsetzungen und Wünsche eine Person hat und welche Rahmenbedingungen zu beeinflussen sind, um passende Hilfen zu organisieren. Herr GÖTHLING vom NETZWERK PEOPLE FIRST Deutschland verdeutlichte dies auf einer Konferenz zu Personenzentrierten Hilfen in Siegen (2005) anhand einer Strumpfhose: Auch wenn dransteht, „Einheitsgröße, passt für alle", passt sie eben doch nicht allen gleich gut.

Hilfeplanung braucht Ziele

Im Normalfall sind Ziele, die man sich im Alltag setzt, selten bewusst oder explizit formuliert. Nur bei größeren zukunftsweisenden persönlichen Vorhaben, wie beispielsweise ein Schulwechsel oder eine Berufsausbildung kommen bewusste Zielformulierungen zum Tragen. Im Rahmen einer Hilfeplanung gilt es, von den Wünschen der Klientin/ des Klienten ausgehend zu einer gemeinsamen Zieldefinition zu gelangen. Ziele können sich dabei auf alle Aspekte des menschlichen Lebens beziehen und beispielsweise das Erlernen von Fertigkeiten betreffen, das Knüpfen sozialer Beziehungen, die Gestaltung des Lebens- und Wohnumfeldes oder die Behandlung von Erkrankungen. Ein Ziel kann auch darin bestehen, eine gesellschaftlich anerkannte oder geforderte Aktivität nicht tun oder nicht erlernen zu wollen. Ziele sollten folgende Qualitätskriterien erfüllen:

- Ziele müssen konkret, transparent, erreichbar und überprüfbar sein
- Ziele werden so formuliert, dass sie für alle am Prozess beteiligten Personen verstehbar und nachvollziehbar sind.
- Ein Ziel muss für die betreffende Person prinzipiell erreichbar sein. Es soll eine Herausforderung für die entsprechende Person darstellen, und zwar auf der

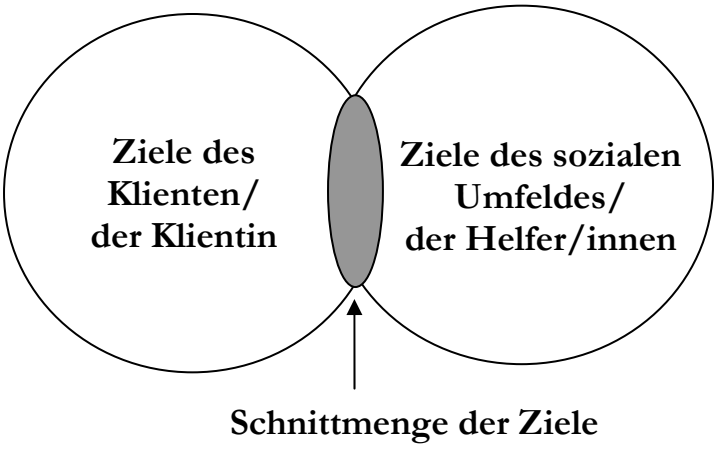
Grundlage ihrer vorhandenen Kompetenzen. Sie müssen die Ausgangsbasis für den anvisierten Zielzustand sein. Zu ehrgeizig formulierte Ziele bergen die große Gefahr des vorprogrammierten Scheiterns. So könnte beispielsweise der Wunsch eines Menschen mit Behinderungen, selbstständig mit der U-Bahn von A nach B zu fahren, ein realistisches Ziel darstellen. Dagegen wäre das globale Ziel, unabhängig werden zu wollen, viel zu unkonkret und in dieser Form nicht umsetzbar.

- Auch die Anzahl der vereinbarten Ziele ist entscheidend für den Erfolg der Hilfen: Es können immer nur eine sehr begrenzte Anzahl von Zielen gleichzeitig verfolgt werden, ansonsten geht der Überblick verloren.
- Der Zeitraum, innerhalb dessen das Ziel erreicht werden soll, muss mit allen Beteiligten abgestimmt sein und in dem Hilfeplanverfahren aufgenommen werden.
- Nur dann ist es den betreffenden Klienten auch möglich zu prüfen, ob die Hilfen geeignet waren, das jeweilige Ziel zu erreichen oder ob noch einmal neu geplant werden muss.

Ziele werden „auf Augenhöhe“ formuliert

Im Sozialgesetzbuch IX kommt dem Wunsch- und Wahlrecht der Antragstellenden eine besondere Bedeutung zu. Deshalb sind Ziele in der Hilfeplanung gemeinsam zu vereinbaren. Hilfeplaner/innen haben oftmals selbst eine sehr konkrete Vorstellung über die zu erreichenden Ziele für die hilfebedürftige Person und die richtigen Maßnahmen zur Umsetzung. Das muss sich nicht immer mit den Vorstellungen der Klient/innen decken. Gute Beispiele dafür sind unterschiedliche Vorstellungen zur Umsetzung von Körperhygiene oder Verlässlichkeiten in der Gestaltung von Tagesabläufen.
Die Vereinbarung von Zielen setzt in aller Regel eine intensive Kommunikation, eventuell auch einen Aushandlungsprozess oder auch eine kontroverse Diskussion zwischen Hilfeplaner/in und Klient/in voraus. Gerade bei Menschen mit geistiger Behinderung kann es sich dabei nicht um einen intellektuellen Diskurs handeln, sondern es bedarf sehr viel Fingerspitzengefühl durch die Hilfeplaner/in, um den zu erstrebenden Zustand im Sinne der Klient/in zu erfassen und in Worte zu kleiden. „Übersetzerfunktionen“, die durch Angehörige oder andere nahe stehende Personen wahrgenommen werden, leisten dabei oftmals eine sehr große Hilfe. Damit Hilfeplanung erfolgreich

Abb.1



sein kann, ist es absolut wichtig, diejenigen Ziele herauszufinden, für die es eine Übereinstimmung zwischen den Gesprächspartnern gibt. Nur so lässt sich eine gemeinsame Kooperationsbasis herstellen, bei der die Klientinnen und Klienten bereit sein werden, die Verantwortung für ihren eigenen Hilfeprozess zu übernehmen. Ziele, die nicht den eigenen Vorstellungen von Lebensplanung entsprechen, werden erfahrungsgemäß kaum befolgt (Abb. 1). Die oben stehende Grafik soll diesen Prozess noch einmal verdeutlichen.
Gelingt es nicht, zu einer Übereinstimmung zu kommen, so besteht die Zielsetzung zunächst einmal darin, ein gemeinsames Ziel zu entwickeln. Auch das kann ein Ziel für die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sein. Erfahrungsgemäß kann dieser Prozess sehr lange dauern, wenn er sorgfältig geführt wird. Die Versuchung ist groß, aus Zeitgründen bestimmte Entscheidungen im Rahmen der Mitarbeiterschaft zu treffen und sie dann den Klientinnen und Klienten mitzuteilen. Dies aber würde dem Grundsatz von Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft widersprechen.

Alle am Hilfeprozess Beteiligten müssen einbezogen werden

Die Gestaltung dieses Gesprächssettings ist nicht immer ganz einfach. Insbesondere die Beteiligung von Angehörigen stellt mancherorts immer noch ein großes Problem dar oder wird ganz abgelehnt. Die Entscheidung, wer beteiligt wird, muss jedoch bei der Antrag stellenden Person liegen. Sie hat das Recht, Personen ihres Vertrauens an dem Prozess zu beteiligen oder auch bestimmte Personen auszuschließen.

Hilfen müssen umfassend und passgenau sein

Um die vereinbarten Ziele zu erreichen, braucht es geeignete Hilfen. Sie werden direkt aus den Zielen abgeleitet und genau beschrieben. Dazu ein mehr anekdotisches Beispiel für eine Hilfe, die nicht individuell, aber in bester Absicht durchgeführt wurde:
In einem Wohnheim der Behindertenhilfe nahmen alle Bewohnerinnen und Bewohner einer Gruppe schon seit vielen Jahren an einem Freizeitangebot teil, dem gemeinsamen Schwimmen am Donnerstagnachmittag. Das war vor vielen Jahren von den Mitarbeitern eingeführt worden, weil schwimmen gehen als sportliche Tätigkeit dem allgemeinen Wohlbefinden und der Prävention von Übergewicht dient, insofern also den Erhalt der Gesundheit bewirkt. Erst im Rahmen einer Hilfeplanung, bei der explizit die Ziele jeder einzelnen Person im Vordergrund standen, wurde deutlich, dass eine der Teilnehmerinnen nichts mehr verabscheut, als schwimmen zu gehen, aber von sich aus nicht auf die Idee gekommen wäre, diese Aktivität zu hinterfragen, weil sie sie als Pflichtveranstaltung wahrgenommen hatte.
Das aufgeführte Beispiel verdeutlicht eine wesentliches Charakteristikum der Behindertenhilfe: Hilfsangebote bestehen oft über lange Zeit in ähnlicher Form und werden selten regelmäßig auf ihre Sinnhaftigkeit und Effizienz im Sinne der

formulierten Ziele überprüft. Eine Ursache liegt darin, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Regel gleich bleibende Unterstützung benötigen und nicht nur punktuell. Bei ihnen gibt es selten größere Schwankungen wie beispielsweise in der Psychiatrie. In den meisten Fällen entsteht der Hilfebedarf schon sehr früh und zieht sich kontinuierlich durch ihr Leben; so besteht die Gefahr, dass einmal angebotene Unterstützungsangebote ebenso kontinuierlich und unhinterfragt fortgeschrieben werden. Oftmals schließt sich an die Förderschule das stationäre Wohnen an, verbunden mit einem Arbeitsplatz in der Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfMB). Entsprechend ist das Hilfesystem in vielen Teilen angebotsorientiert organisiert: Nicht die individuellen Bedürfnisse der Hilfebedürftigen stehen im Vordergrund, sondern die vorhandenen Angebote, bei denen im Einzelfall entschieden wird, welches am ehesten geeignet erscheint oder wo im Zweifelsfall einfach ein Platz frei ist. Eine individuelle Hilfeplanung impliziert im Gegensatz dazu die Bereitstellung passgenauer Hilfen, zugeschnitten auf den individuellen Hilfebedarf. Das lässt sich nicht regelhaft über Standardlösungen einlösen.
Bestehende Finanzierungssysteme, die beispielsweise eine übergreifende Organisation von Hilfen aus dem ambulanten und stationären Bereich im Regelfall nicht möglich machen, dürfen dabei keinen Hinderungsgrund darstellen.

Klientinnen und Klienten übernehmen soviel Verantwortung wie möglich für ihren eigenen Hilfeprozess

Nur wenn Hilfeplanung „auf Augenhöhe“ durchgeführt wird, werden die Klientinnen und Klienten die Umsetzung der Hilfeplanung zu ihrer eigenen Sache machen und sich für die Zielerreichung auch selbst in die Pflicht nehmen. Eine Hilfeplanung, bei der die Wünsche der Klienten im Mittelpunkt stehen, dürfte Formulierungen, wie „die Klientin soll lernen“ nicht mehr enthalten.
Im Rahmen einer kleinen, nicht repräsentativen Befragung (DOBSLAW & PÖLD-KRÄMER 2004) wurde versucht anhand einiger Beispiele herauszufinden, wie stark die betreffenden Menschen mit Behinderung ihren Hilfeplanungsprozeß bereits zu ihrer eigenen Sache gemacht und Verantwortung dafür übernommen haben. Es wurden 10 Personen interviewt, die soeben das Clearing-Verfahren des Landschaftsverbandes zur Feststellung des Hilfebedarfs durchlaufen hatten. Sie waren bei diesen Sitzungen anwesend und hatten die Möglichkeit, ihre Wünsche selbst vorzutragen. Alle befragten Personen waren in der Lage zu lesen und zu schreiben, alle lebten weitgehend selbstständig in eigenen Wohnungen. Die Ergebnisse zeigen, dass nur 3 Personen noch vage wussten, welche Bedeutung das Clearing-Verfahren für die weitere Gestaltung ihres Hilfeprozesses hat. Die anderen waren nur auf Weisung der Mitarbeiter zu der Sitzung hingegangen, und hatten zwischenzeitlich alle Absprachen vergessen. Auch nach intensivem Nachfragen zeigte sich bei fast allen Befragten, dass sie den Zusammenhang zwischen Hilfebedarf bzw. ihren Zielen für Teilhabe und den vereinbarten Hilfen nicht nachvollziehen konnten.

Es ist unstrittig, dass sich hier noch ein großer Entwicklungsbedarf auftut, der vor allem auf eine spezifische „Kultur“ in der Behindertenhilfe abzielt. Menschen mit einer geistigen Behinderung können ihre Ziele und Bedürfnisse oftmals nicht so gut artikulieren, sind es gewöhnt, dass Entscheidungen für sie getroffen werden, sind leichter manipulierbar und akzeptieren oft ohne Widerspruch einen Rahmen, der den fachlichen Vorstellungen des sozialen Umfeldes entspricht. Auf diesen Umstand haben sich Professionelle wie auch enge Vertrauenspersonen eingestellt und treffen die Entscheidungen oft nach bestem Wissen und dem bestehenden Angebot, aber ohne Einbeziehung der Hilfeempfänger.

In der Hilfeplanung wird bereits Inklusion geübt

Wie gesellschaftliche Teilhabe im Einzelfall definiert wird und wie sie umgesetzt werden soll, ist von Person zu Person sehr unterschiedlich. Dies gilt es in der Hilfeplanung zu respektieren und zur Grundlage der Zielvereinbarungen zu machen. Auf Seiten der professionellen Hilfeplaner/innen erfordert dieser Prozess sehr viel Verfahrenssicherheit und Methodenkenntnisse. Als Kernkompetenz sozialarbeiterischen bzw. sozialpädagogischen Handelns ist dies unbedingt zu schulen. Wesentliche Elemente dieser Tätigkeit betreffen

- ein solides Fachwissen,
- Erfahrung in der Kommunikation mit Menschen mit Behinderungen und deren Bezugssystemen, vor allem wenn die Kommunikation erschwert ist,
- Konfliktlösungsstrategien sowie
- Introspektions- und Reflexionsfähigkeit.

Eine weitere, nicht weniger wichtige Voraussetzung für einen gelungenen Hilfeplanungsprozess stellen persönliche Kompetenzen zur Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen dar, wie Respekt und Haltung. Darüber hinaus stellt Hilfeplanung eine hohe Anforderung an die Unabhängigkeit der/s Hilfeplaners/in. Wenn Hilfen passgenau erbracht werden sollen, bedarf es einerseits eines guten Überblicks über das Angebot bestehender Hilfen, und andererseits der unabhängigen Koordination von Hilfen, die bei Bedarf auch Träger-übergreifend organisiert werden muss.

Eine individuelle Hilfeplanung alleine reicht nicht für eine erfolgreiche Inklusion

Die individuelle Hilfeplanung soll einen wesentlichen Beitrag zur Integration von Menschen mit Behinderungen leisten. Der Blick ist dabei auf die Defizite des Einzelnen gerichtet: Es fehlen jeweils individuell spezifische Kompetenzen oder es liegen besondere Störungen vor, die eine Integration dieser Person bisher unmöglich gemacht oder zumindest erschwert haben. Der Hilfeplanung kommt damit eine große Verantwortung zu und es macht Sinn, die damit verbundene Anforderung vor dem Hintergrund des Integrationskonzeptes zu bedenken.
Auf der begrifflichen Ebene bezeichnet Integration einen Prozess, der im Ergebnis Inklusion erzeugen soll. Die Eingliederung ausgegrenzter, beispielsweise

behinderter Menschen in die Gesellschaft wird mit geeigneten Maßnahmen unterstützt, so dass uneingeschränkte Teilhabe für die betreffenden Personen ermöglicht wird. Auf der praktischen Ebene heißt das, individuelle Anpassungsprozesse an gesellschaftliche Normen so zu unterstützen, dass ausgrenzende Aspekte möglichst nicht mehr wirksam werden und die Betreffenden wunschgemäß am gesellschaftlichen Leben teilhaben können.
Angestrebt wird langfristig eine gesellschaftliche Inklusion. Damit wird ein Zustand bezeichnet, der nach gelungener Integration erreicht wird: Die betreffenden Personen gehören als vollwertige und geschätzte Mitglieder des gesellschaftlichen Systems dazu. Um Inklusion zu erreichen, muss sich systemisch gesehen nicht nur der behinderte Mensch, sondern auch das (Teil-)System, in das integriert werden soll, verändern. Das bedeutet, auch das soziale Umfeld muss in notwendige Veränderungen mit einbezogen werden und den Menschen mit Behinderung in seinem Sosein akzeptieren (vgl. NIEHOFF 2002). Hilfen für Menschen mit Behinderungen bleiben dann unwirksam, wenn sich die Rahmenbedingungen nicht anpassen lassen und unflexibel bleiben. NIEHOFF (2002) weist zurecht darauf hin, dass in der Vergangenheit der ein oder andere Integrationsversuch daran scheiterte, dass zu einseitig versucht wurde, den einzelnen behinderten Menschen durch Anpassung an gesellschaftliche Normen zu „normalisieren“. Eine erfolgreiche Hilfeplanung kann demnach nicht bei der Ermittlung individueller Hilfen stehen bleiben. Sie muss darüber hinaus in ein Hilfesystem eingebettet sein, die es ermöglicht, auf eine spezifische Ausgangssituation einer behinderten Person eine entsprechende Antwort in Form eines passenden Angebots zu finden, das sich wiederum flexibel auf die Wünsche und Bedarfe der Hilfe suchenden Person einstellen kann.
Das wird ein sehr umfassendes Umdenkens in der Angebotsstrukturierung und -entwicklung zur Folge haben. Und auch das ist ein wesentlicher Beitrag zur Inklusion.

Literatur

BECK, I. & LÜBBE, A. (2003): Individuelle Hilfeplanung. Anforderungen an die Behindertenhilfe. Geistige Behinderung, 3, 222-234

DOBSLAW, G. & PÖLD-KRÄMER, S. (2004):Individuelle Hilfeplanung geht stets von der behinderten Person aus. Orientierung, 4, 18-20

GÖTHLING, S. (2005): Personenzentrierte Planung und Finanzierung von Diensten für Menschen mit geistiger Behinderung aus verschiedenen Perspektiven. Vortrag bei der 3. Europäischen Konferenz zur Qualitätsentwicklung in der Behindertenhilfe, ZPE Siegen

GROMANN, P. (2001): Integrierte Behandlungs- und Rehaplanung. Psychiatrie-Verlag, Bonn

NIEHOFF, U. (2002): Ausgrenzung verhindern! Inklusion und Teilhabe verwirklichen. Fachdienst der Lebenshilfe, 1, 1-13

NETZWERK PEOPLE FIRST DEUTSCHLAND E.V. (2004): Käpt’n Life und seine Crew. Ein Arbeitsbuch zur Persönlichen Zukunftsplanung.

SCHMIDT-ZADEL, R & KUNZE, H. (2003): Die Zukunft hat beginnen. Personenzentrierte Hilfen – Erfahrungen und Perspektiven. Psychiatrie-Verlag, Bonn

SCHWARTE, N. (2005): Personenzentrierung als Herausforderung für neue Plandungsansätze im Hilfesystem für Menschen mit geistiger Behinderung. Vortrag bei der 3. Europäischen Konferenz zur Qualitätsentwicklung in der Behindertenhilfe, ZPE Siegen

THEUNISSEN, G. & PLAUTE, W. (2002): Handbuch Empowerment und Heilpädagogik. Lambertus, Freiburg i.B.
WHO (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health. Genua

Autorin

Dr. Gudrun Dobslaw
v. Bodelschwinghsche Anstalten Bethel
Abt. Projekte, 33617 Bielefeld
gudrun.dobslaw@bethel.de

Psychologische und diagnostische Fragestellungen und Methoden im Rahmen des Projekts InDiPro - Interdisziplinäre Diagnostik und individuelles Programm für Jugendliche und Erwachsenen mit einer geistigen Behinderung

Monika Lang

Einführung und Fragestellung

Als übergreifendes Ziel aller Leistungen im Bereich der Rehabilitation wird im Sozialgesetzbuch IX (2001) die Förderung von „Selbstbestimmung und gleichberechtigte(r) Teilhabe“ von Menschen mit Behinderung benannt. METZLER & RAUSCHER (2003) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass es bei der Planung und Bereitstellung von Hilfen vorrangig darum gehen müsse „(...) zuerst die persönlichen Vorstellungen und Wünsche zu erkunden bzw. Menschen mit Behinderung in der Entwicklung (solcher) individueller Lebenspläne zu unterstützen“. Ebenso unterstreichen sie die Bedeutung der „gleichberechtigten Teilhabe am Leben der Gesellschaft“. Soziale Teilhabe kann sich nach METZLER & RAUSCHER nicht darin erschöpfen in der Gemeinschaft mit anderen in einer Wohneinrichtung zu leben und in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) zu arbeiten.

In der 2001 von der WHO verabschiedeten neuen internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) wird Partizipation bzw. soziale Teilhabe verstanden als „Einbezogensein in eine (bestimmte) Lebenssituation“ (SEIDEL 2003). Hier zählt die ICF zehn Lebensbereiche auf, in denen dieses Einbezogensein von der jeweiligen Person erlebt werden soll: Persönliche Selbstversorgung, Mobilität, Informationsaustausch, soziale Beziehungen, häusliches Leben und Hilfe für andere, Bildung und Ausbildung, Erwerbsarbeit und Beschäftigung, Wirtschaftsleben, Gemeinschaft, soziales und staatsbürgerliches Leben. (nach METZLER & RAUSCHER 2003).

Wie können nun Menschen mit einer geistigen Behinderung darin unterstützt und begleitet werden, Selbstbestimmung und soziale Teilhabe in den verschiedenen Lebensbereichen in erweiterten Maße zu verwirklichen?

Das Modell InDiPro „Interdisziplinäre Diagnose und individuelles Programm“

Das dreijährige Modellprojekt „Interdisziplinäre Diagnose und Individuelles Programm“ (InDiPro) wollte Wege erkunden, wie dies gelingen kann. Es wurde von Oktober 2002 bis September 2005 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung im mittelhessischen Raum mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung durchgeführt. Träger des Projekts

war der Deutsch – Israelische Verein für Rehabilitation und soziale Eingliederung e.V. mit deutschem Sitz in Giessen. Der Verein hat es sich u.a. zum Ziel gesetzt, zum Erfahrungsaustausch zwischen Deutschland und Israel im Bereich der Hilfe für Menschen mit Behinderung beizutragen. Er ist Träger verschiedener Projekte und Einrichtungen in Deutschland (z.B. Freiwilliges Soziales Jahr/Zivildienst in Israel) und Israel (Wohngruppen, Werkstätten).
Ausgangspunkt des Modellvorhabens war ein staatliches Programm, das seit Ende der 80er Jahre des 20. Jahrhunderts in Israel, angelehnt an amerikanische Erfahrungen, entwickelt wurde und gegenwärtig bereits mit 7.000 Personen durchgeführt wird. Die Basis dieses Programms ist eine interdisziplinäre Diagnose, die als Grundlage für die Erstellung eines individuellen Entwicklungsprogramms dient. Von wesentlicher Bedeutung ist dabei die Einbeziehung des Menschen mit Behinderung und seiner Familie in alle Phasen des Diagnose – und Förderprozesses. Dabei wird Förderung nicht mehr verstanden als einseitiges Üben von fehlenden Fertigkeiten, sondern es muss, im Sinne der dialogischen Entwicklungsplanung (BENSCH & KLICPERA 2000), die ganze Person mit ihren Bedürfnissen und Wünschen einbezogen werden. Auch die Ziele werden nicht mehr allein von den Betreuern und Angehörigen festgelegt, sondern dies „muss in einer ständigen Auseinandersetzung mit den Menschen mit Behinderung geschehen" (ebd., S.9).

Die Projektteilnehmer

Alle Projektteilnehmer (PT) des Projektes InDiPro wurden über Informationsbriefe an Schulen und Einrichtungen der Behindertenhilfe in Mittelhessen gefunden. Von den insgesamt 63 Teilnehmern im Alter von 15 bis 38 Jahren (Durchschnittsalter 23 Jahre) waren 25 Frauen und 38 Männer.
Bei Projektstart besuchten 19 Teilnehmer noch die Schule (mehrheitlich im letzten Jahr der Werkstufe verschiedener Förderschulen für Praktisch Bildbare), 32 Teilnehmer arbeiteten in einer WfbM (davon 2 Personen auf einem Außenarbeitsplatz im Rahmen der unterstützten Beschäftigung) und 14 Teilnehmer besuchten eine Tagesförderstätte. 34 Teilnehmer wohnten im Elternhaus, 25 in einer Wohnstätte bzw. Wohngruppe und 2 Teilnehmer lebten mit Unterstützung in einer eigenen Wohnung. Insgesamt kooperierten die Projektmitarbeiter mit 33 verschiedenen Institutionen der Behindertenhilfe in Mittelhessen.

Projektaufbau und Verlauf

Zu Beginn war für die Projektmitarbeiter häufig unklar, wer die Entscheidung zur Teilnahme getroffen hatte. Die Wünsche und Bedürfnisse des Teilnehmers wurden daher in einem ersten Gespräch näher erkundet. Parallel dazu fand in einem anderen Raum ein erstes Gespräch mit den Eltern / Elternteil bzw. Betreuer statt. In beiden Gesprächen ging es um die bisherige Entwicklung, die gegenwärtige Lebenssituation, mögliche Veränderungswünsche und die Motivation zur Teilnahme. Im Rahmen weiterer Treffen wurden dann mit Hilfe unterschiedlicher methodischer Vorgehensweisen die Fähigkeiten und Fertigkeiten des Teilnehmers

genauer untersucht. Ergänzt wurden diese Angaben noch durch eine medizinisch–neurologische Untersuchung, Gespräche mit Lehrern und MitarbeiterInnen der jeweiligen Wohngruppe bzw. WfbM. Auch bisher vorliegende schriftliche Unterlagen, wie z.B. Schulzeugnisse oder Arztberichte wurden teilweise mit einbezogen. Alle diese Angaben wurden von den Projektmitarbeitern verschriftlicht und flossen in einen Bericht ein, der entlang der Aspekte Kommunikation, Selbstfürsorge, Wohnen, soziale Kompetenz, Selbstbestimmung, Gesundheit und Sicherheit, Lernen, Freizeit, Teilhabe am öffentlichen Leben und Arbeit (WHO) die derzeitige Situation des Teilnehmers beschrieb. Dabei wurden auch die vom Teilnehmer geäußerten Wünschen und Bedürfnisse thematisiert.
Die wesentlichen Inhalte dieses Berichtes wurden dann dem Teilnehmer und seinen Angehörigen in einem weiteren Gespräch vorgestellt (auch im Sinne einer kommunikativen Validierung). Im Laufe dieses Gespräches konnte es, je nach Einschätzung der Gesprächs- bzw. Entscheidungssituation durch den Projektmitarbeiter, eine weitere Phase geben, in der mit dem Teilnehmer und den Angehörigen getrennt gesprochen wurde. Dabei wurden dem Teilnehmer verschiedene Vorschläge für den Beginn einer ersten Phase seines Programms vorgestellt (auch unterstützt durch Materialien aus dem Bereich der Unterstützten Kommunikation) und er konnte dann eine erste Wahl für den Einstieg in sein individuelles Programm treffen. Dieser Schritt, der bei Bedarf getrennten Gespräche, hatte sich als besonders wichtig erwiesen (ebenso wie die getrennten Erstgespräche), da es den Eltern/Betreuern häufig sehr schwer fiel, die Teilnehmer sich ungestört mitteilen zu lassen. Auch die Teilnehmer benötigten viel Zeit und Ermutigung, sich zu ihren Wünschen und Bedürfnissen zu äußern. Hier zeigte sich bei vielen Teilnehmern im Verlauf des gesamten Prozesses eine Stärkung der Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung und des Selbstbewusstseins. Die Teilnehmer konnten dann differenzierter ihre Wünsche und auch ihre Kritik äußern, dies erfolgte vor allem auch verstärkt im Rahmen des Kontaktes zu den studentischen Begleitern des individuellen Programms. Dieser verstärkte Selbstausdruck unterstützte dann eine differenziertere Anpassung des Programms in Bezug auf Inhalte, Durchführung, unterstützende Person usw. Das individuelle Programm wurde dann überwiegend in Einzelsituationen (je nach Inhalt des IP, Wünschen des Teilnehmers und räumlicher Nähe der Teilnehmer) durchgeführt, angepasst an die Wünsche und individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten und in möglichst enger Kooperation mit dem sozialen Umfeld (Familie, Wohngruppe, WfbM).
Bei der Auswahl möglicher Programminhalte wurden von Projektseite in einem ersten Schritt keine Grenzen gesetzt. Jedoch spielte natürlich auch hier die Ressourcenseite regulierend mit hinein. Im Sinne des Konzepts der Persönlichen Zukunftsplanung (DOOSE 1997) waren hier aber auch, trotz begrenzter finanzieller und personeller Ressourcen, Träume und Wünsche des Teilnehmers von hoher Relevanz. Programminhalte waren z.B.: Verkehrstraining (Sicherheit, Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel), Einkaufen, Kochen, Kulturtechniken (Lesen, Schreiben, Rechnen), Handy-Nutzung, Nutzung einer Bibliothek, Internet/PC, ein Musikinstrument spielen (auch in einer Band, die an einer Schule in Kooperation mit InDiPro gegründet wurde), Angebote der Unterstützten Kommunikation.

Für die studentischen Begleiter gab es regelmäßig alle zwei bis drei Wochen das Angebot einer Supervision durch pädagogische und psychologische Teammitglieder in der Kleingruppe. Zusätzlich war das Team immer ansprechbar, wenn im Einzelfall Fragen oder Schwierigkeiten auftraten. In einem ca. viermonatigen Rhythmus wurden gemeinsame Zwischengespräche mit allen Beteiligten durchgeführt, bei denen in evaluierender Weise alle vereinbarten Schritte und Beiträge besprochen wurden und auch das weitere Vorgehen gemeinsam festgelegt wurde. Von besonderer Bedeutung waren dabei auch die Äußerungen des Teilnehmers und die zunehmende Nutzung verschiedener Ansätze der Unterstützten Kommunikation durch nicht- und wenig sprechende Teilnehmer. Die Individuellen Programme wurden am Ende des Projekts abgeschlossen durch gemeinsame Abschlussgespräche (Team, Teilnehmer, soziales Umfeld), bei denen der Verlauf und das Erreichte kritisch reflektiert wurden. Das Projekt schloss für die Teilnehmer mit einem Abschlussfest, bei denen sie auch die Inhalte ihrer Programme präsentieren konnten und der Verleihung einer Urkunde, auf der für jeden Teilnehmer jeweils seine IP - Themen vermerkt waren.
Das Projekt wurde extern evaluiert von Frau Dr. B. Nickel (Universität Gießen) und wissenschaftlich beraten von Seiten der Autorin. Bei einer Abschlusskonferenz im September 2005 wurden das Projekt und die Ergebnisse der externen Evaluation vorgestellt. Anfang 2006 wird über das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung der Abschlussbericht verfügbar sein.

Diagnostisches Vorgehen – allgemeine Anmerkungen

Im Rahmen des Projekts InDiPro wurden auf psychologischer und pädagogischer Seite vorrangig folgende diagnostische Verfahren eingesetzt:

- Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC) von Alan S. KAUFMAN & Nadeen L. KAUFMAN , 1983, deutsche Bearbeitung und Normierung von Peter MELCHERS & Ulrich PREUSS, 1991. (Altersbereich 2;6 bis 12;5)
- Adaptive Behavior Scale – Residential and Community (ABS-RC:2), 1993, von NIHIRA, K. ; LELAND, H. & LAMBERT, N. In Zusammenarbeit mit der American Association on Mental Retardation (AAMR) (Altersbereich 18 bis 79 Jahre)
- Ergänzt bzw. ersetzt wird die K- ABC bei einzelnen teilnehmenden Personen durch die Bailey Scales of Infant Development, 2.Edition,1993 (wenn die K-ABC zu schwierig ist) und einzelnen Skalen aus dem Hamburg Wechsler Intelligenztest für Erwachsene (HAWIE-R, Hrsg. Uwe TEWES, Revision 1991) z.B. bei Menschen mit eingeschränkter Sehfähigkeit (dazu mehr siehe 1.)
- Bei manchen Teilnehmern erschien es sinnvoll, das emotionale Innenleben mit Hilfe von projektiven Verfahren in ergänzender Weise im Rahmen von Gesprächen zu untersuchen. In diesen Fällen wurde auf den Thematic Apperception Test (kurz TAT, Henry A. MURRAY, 1943 bzw. 1971) und den Rorschach -Test (Hrsg. Verlag Hans Huber, 1971,1948, 1994) zurückgegriffen. Die Anwendung projektiver Verfahren bei Menschen mit geistiger Behinderung

ist im deutschsprachigen Raum kaum dokumentiert. In Israel gibt es hier vielfältige Erfahrungen, die aber bisher wenig wissenschaftlich aufgearbeitet wurden. Wir hatten uns zu Beginn entschieden, bei einem Teil derjenigen TeilnehmerInnen, die sich verbal äußern können (und die nach bisheriger Einschätzung mindestens eine Entwicklungsalter von 4 Jahren haben), die obengenannten projektiven Verfahren anzuwenden, die Erfahrungen und Ergebnisse zu dokumentieren und so auch eine erste Einschätzung in Bezug auf ihre Durchführbarkeit und Aussagekraft vornehmen können.

HOFMANN & BRACHET (2002) weisen darauf hin, dass das „sonderpädagogische Interesse an Forschung im Bereich der Testdiagnostik für Personen mit geistiger Behinderung (...) wenig entwickelt (ist)" und dass „die durchaus berechtigte Kritik an reiner Funktions- und Klassifikationsdiagnostik (BEGEMANN 2000) (...) jedoch auch dazu geführt (hat), dass es wenig Erfahrungen für diese Art der Testdiagnostik gibt. (ebd., S.255). Im sonder- bzw. heilpädagogischen Bereich wird gegenwärtig häufig nicht ausreichend wahrgenommen, dass die berechtigte Kritik an der Konstruktion und dem selektionsdiagnostischen Einsatz von Intelligenztests in den vergangenen Jahrzehnten, zu deutlichen Veränderungen in deren inhaltlicher Konzeptionierung geführt hat. Die Mehrzahl der neueren Verfahren zeichnet sich durch eine deutliche Abkehr vom Intelligenzquotienten als dem alleinigen Ergebnis, aus und arbeiten verstärkt mit differenzierten Profilanalysen, die wichtige Informationen für die didaktische Aufbereitung der Unterstützung im Rahmen eines individuellen Programms bieten können (z.B. hier vor allem die K-ABC).

Auf dem Hintergrund dieser Problematik steht man daher bei diagnostischen Untersuchungen der Fähigkeiten und Fertigkeiten von Menschen mit geistiger Behinderung vor der Schwierigkeit, dass es weder im deutschsprachigen noch im internationalen Raum spezielle Untersuchungsverfahren zur Messung von Intelligenz (Fähigkeiten) und erworbenen Fertigkeiten bei Jugendlichen und Erwachsenen mit einer geistigen Behinderung gibt. Dies hat zur Folge, dass Verfahren, die nicht für Menschen mit einer geistigen Behinderung entwickelt und normiert wurden auf diesen Personenkreis übertragen werden müssen, mit allen damit verbundenen Schwierigkeiten. So ist es nach MALUCK & MELCHERS (2000) häufig nicht möglich Profilinterpretationen durchzuführen, weil es zu so genannten „Bodeneffekten" kommt, d.h. viele Skalen differenzieren hier nicht ausreichend, da sie für Menschen mit geistiger Behinderung zu schwer sind. Das sich dann häufig ergebende flache Testprofil ist ein Artefakt und das spezifische Fähigkeiten -und Fertigkeitenprofil der untersuchten Person bleibt unsichtbar.

Ein möglicher Weg zu Annäherung an die Kompetenzen der TeilnehmerInnen im Bereich der Fähigkeiten und Fertigkeiten – die Kaufman – Assessment Battery for Children (K-ABC)

Im Rahmen der Durchführung des Projekts in Deutschland wurde die K-ABC eingesetzt; bei dieser Entscheidung sind folgende Aspekte von Bedeutung. Im Gegensatz zum Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene (HAWIE) bzw.

Kinder (HAWIK) beinhaltet die K-ABC einen geringeren verbalen Aufgabenanteil und dementsprechend einen hohen Anteil an visuellen Aufgabenstellungen. Dies ist von Vorteil bei vielen Menschen mit geistiger Behinderung, die sich verbal nur wenig äußern können. Darüber hinaus gibt es eine Zusammenstellung sprachfreier Untertests.
In Israel werden je nach Person und Fragestellung individuell zusammengestellte Skalen aus den amerikanischen Fassungen des HAWIE bzw. HAWIK verwandt. Dies ist dort im Rahmen eines bereits eingeführten staatlichen Programms und auf dem Hintergrund der meist langjährigen Erfahrungen der interdisziplinären diagnostischen Teams möglich, führt aber im Rahmen eines neuen und wissenschaftlich begleiteten Projekts zu deutlichen Schwierigkeiten im Bereich der Gütekriterien Validität (misst der Test wirklich das, was er vorgibt zu messen?) und Reliabilität (wie genau misst der Test, das was er vorgibt zu messen?). Die Herausnahme einzelner Untertests aus einem eindimensionalen Test (wie sie der WISC, die amerikanische Fassung des HAWIK darstellt) führt zu einer Testminderung. Eine solche Minderung beeinträchtigt immer die obengenannten Gütekriterien, was wiederum die Aussagekraft der erhobenen diagnostischen Daten deutlich einschränkt. Die K-ABC dagegen ist ein zweidimensionaler Test, d.h. es können bei einer Person auch nur jeweils der Bereich der Fähigkeiten bzw. der Fertigkeiten untersucht werden, ohne dass eine Testminderung eintritt.
Innerhalb des Projekts galt die Regel, grundsätzlich bei denjenigen Personen, bei denen dies von ihren Voraussetzungen (z.B. keine eingeschränkte Sehfähigkeit) her möglich ist, die gesamte K-ABC durchzuführen, da diese erhobenen Daten es erlauben für die Person ein sehr spezifisches Profil zu erstellen. Die K-ABC unterscheidet zwischen Fähigkeiten und erworbenen Fertigkeiten und ermöglicht so Aussagen über das Fähigkeitspotential einer Person und die bisherige Reichhaltigkeit der sozialen Umwelt. Von besonderem Vorteil für die Planung von Bildungsprogrammen für eine Person (und hier vor allem auch für die didaktische Umsetzung) sind die Informationen zum Informationsverarbeitungsstil, da hier auf neuropsychologischer Grundlage (LURIA 1966) unterschieden wird zwischen einzelheitlichem und ganzheitlichem Denken. Die Skala einzelheitlichen Denkens misst die Fähigkeit zu folgerichtiger und serieller Problemlösung. Räumlich-gestalthaftes Denken, Analogieschlüsse oder die Organisation von Reizen werden mit der Skala ganzheitlichen Denkens erfasst.
In Orientierung an den Ausführungen von MALUCK & MELCHERS (2000) ist bei den K-ABC eine Profilinterpretation auch für Erwachsene mit einer geistigen Behinderung möglich, ohne dass dabei die zu Beginn genannte Verflachung des Profils auftritt. Allerdings ist hierzu eine zeitaufwendige Auswertungsmethode (siehe REYNOLDS & CLARK 1985) nötig. Bei dieser Vorgehensweise werden zuerst auf der Rohwertebene für den jeweiligen Fähigkeitenuntertest die Altersäquivalente ermittelt (diejenige Altersgruppe, in der der erzielte Rohwert, den mittleren Rohwert darstellt). Dann wird der Median dieser Werte als Maß der zentralen Tendenz ermittelt. Das arithmetische Mittel kann nicht verwendet werden, da die Standardabweichung über verschiedene Untertests hinweg variiert. Dann wird auf der Basis dieses ermittelten Wertes die gesamte Profilanalyse

vorgenommen. Man kann aber auch diesen Schritt weglassen und die Profilanalyse im Rahmen der Altersäquivalente vornehmen (vgl. HOFMANN & BRACHET 2002).
Im Rahmen dieser Profilbeschreibung geht es ausdrücklich nicht um die Feststellung eines klassischen IQ-Maßes. Dieses Maß wird von den amerikanischen und deutschen Autoren der K-ABC als nicht wichtig und ohne weiteren Informationsgehalt für die Planung eines individuellen Förderprogramms angesehen (siehe Manual der deutschen Fassung der K-ABC 1991). In Israel ist die Erhebung eines IQ-Maßes jedoch teilweise von Relevanz, da es dort bei Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung regelmäßig um die Frage geht, ob die jeweilige Person im Sinne der AAMR-Definition als geistig behindert eingeschätzt wird oder nicht. Hier wird auf das so genannte Doppelkriterium Bezug genommen und neben dem Aspekt der sozialen Kompetenz auch der Intelligenzquotient berücksichtigt. Aus der Beantwortung dieser Frage nach dem Vorliegen einer geistigen Behinderung im Sinne der AAMR - Definition ergibt sich in Israel dann die Zuordnung einer Person zum jeweiligen staatlichen Kostenträger und der Zugang zur Teilnahme an einem individuellen Entwicklungsprogramm. Im Rahmen der Projektdurchführung in Deutschland wurde mit dieser Frage anders umgegangen, da die Erhebung des IQ-Maßes hier keinen weiteren Informationsgehalt beinhaltet und im Raum der deutschsprachigen Heil - und Sonderpädagogik und Sonderpädagogischen Psychologie in berechtigter Weise kritisch diskutiert wird (BUNDSCHUH, 1999; FORNEFELD, 2002).

Ein zentraler diagnostischer Baustein im Bereich der Fertigkeiten und der sozialen Kompetenz – die Adaptive Behavior Scale für Erwachsene mit geistiger Behinderung (ABS –RC: 2)

Im Sinne der Orientierung an dem obengenannten Doppelkriterium Intelligenz (Fähigkeiten) und Soziale Kompetenz wurde der zweite Aspekt im Rahmen des Projekts mit Hilfe der ABS-RC:2 (1993) erfasst. Leider lag die Adaptive Behavior Scale RC:2 nur in englischer Sprache und mit amerikanischer Normierung vor. Obwohl daher alle 18 Skalen zuerst übersetzt werden mussten, entschied sich die Steuerungsgruppe des Projekts dennoch für ihre Verwendung, da in deutscher Sprache nur die überarbeitungsbedürftigen Verfahren Pädagogisch Analyse und Curriculum (PAC) von GÜNZBURG (1983) und das Heidelberger Kompetenzinventar (HKI) von HOLTZ et al. (1984) vorliegen. Obwohl die Verwendung der ABS-RC:2 sehr zeitaufwendig war, spricht für ihren Einsatz auch, dass sie eine sehr differenzierte Beschreibung der Fertigkeiten einer Person in den zehn Lebensbereichen (Teil I) und im Verhaltensbereich (Teil II) ermöglicht. Darüber hinaus erleichterte sie das Anknüpfen an die noch differenzierteren Skalen in Israel, da diese auf der Basis der ABS erstellt wurden und dort teilweise die Grundlage für die zu erstellenden einzelnen individuellen Programme im Rahmen eines übergreifenden Masterplans bilden.
Die ABS-RC:2 lag in einer überarbeiteten Fassung von 1993 vor (eine neu überarbeitete Version ist in USA in Vorbereitung). Sie ist an einer großen

Stichprobe von Erwachsenen (18 bis 80 Jahren) mit geistiger Behinderung, die in einer Wohneinrichtung oder in ambulanten Wohnformen leben, normiert. Im ersten Teil fragt die ABS:RC:2 nach den Kompetenzen in zehn zentralen Lebensbereichen bzw. Domains (ähnlich der Einteilung der WHO):

- Selbständigkeit (z.B. Essen, Toilette, Kleiderpflege, An- und auskleiden usw.)
- Körperliche Entwicklung (z.B. Wahrnehmung, Motorik)
- Ökonomische Aktivitäten
- Sprachliche Entwicklung / Kommunikation
- Zahlen und Zeitbegriff
- Häusliche Aktivitäten (z.B. Saubermachen, Tisch decken, Essenszubereitung)
- Berufsvorbereitende bzw. berufliche Aktivitäten
- Selbststeuerung / Eigenaktivität
- Verantwortung
- Soziale Entwicklung / Soziale Kompetenz

Im zweiten Teil wird gezielt nach Verhaltensweisen gefragt, die Hinweise geben können auf mögliche Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörungen einer Person. Dieser erfasst insgesamt acht verschiedene Dimensionen:

- Sozialverhalten
- Anpassung
- Vertrauens bzw. Glaubwürdigkeit
- Stereotypes bzw. hyperaktives Verhalten
- Sexualverhalten
- Selbstschädigendes Verhalten
- Soziales Einlassen
- Störendes bzw. beunruhigendes zwischenmenschliches Verhalten

Die jeweiligen Rohwerte können dann in Prozentrangwerte, Altersäquivalenzwerte und Standardwerte (eines Domains) umgerechnet werden. Darüber hinaus können auch noch Faktorenwerte für insgesamt fünf Faktoren beider Teile ermittelt werden. Das Handbuch empfiehlt vor allem die Verwendung der Standardwerte, da sie das deutlichste Bild der adaptiven Kompetenzen einer Person zum Erhebungszeitpunkt vermitteln. Die Standardwerte können dann auch in eine Profilübersicht übertragen und so auch graphisch verdeutlicht werden.

Da sich in einer ersten Projektphase mit sechs Teilnehmer gezeigt hatte, dass die Eltern bzw. Betreuer mit dem Ausfüllen der ABS-RC:2 alleine überfordert waren und häufig fehlerhafte Angaben machten, wurde sie in der Folge im Dialog mit einer Projektmitarbeiterin ausgefüllt. Es zeigten sich aber auch im Projektverlauf deutliche Schwächen dieses Verfahrens. So ist gerade im Teil II der ABS-RC:2, in dem es um die Beschreibung des Verhaltens einer Person geht, die gewählte Form der Itemformulierung in einseitiger Weise negativ. Bereits die gewählten Itemüberschriften sind nicht wie in Teil I offen, sondern immer in der negativen bzw. auffälligen Variante formuliert.

Ein Beispiel aus dem *Bereich XV Sexual Behavior Item 26 Engages in inappropriate Masturbation*:
Die hier aufgeführten Antwortmöglichkeiten beschreiben alle eine auffällige bzw. sozial nicht angemessene Form der Masturbation. Es wird aber nicht in offener Weise nach Kenntnissen und Möglichkeiten einer Person im Bereich Masturbation gefragt. So taucht der Bereich Sexualität nur in einer sehr eingeschränkten und problematischen Variante im Rahmen der ABS-RC:2 auf.
Ebenso wurde deutlich, dass bei vielen Items Verständnisprobleme auf Seiten der befragten Person auftraten und es so häufig zu Nachfragen und ergänzenden Erklärungen durch die durchführende Person kam. Dies wirkte sich negativ auf die Durchführungsobjektivität aus. Verstärkt wurde dieses Problem auch, durch das Fehlen ergänzender Erläuterungen zu den jeweiligen Items im Handbuch. Hier wurden im Rahmen des Projekts gemeinsame ergänzende Erläuterungen, vor allem für unklar formulierte Items, erstellt, um zumindest im Rahmen des Projekts den Umgang zu vereinheitlichen.
Auch kulturspezifische Aspekte wurden sichtbar, so z.B. im *Bereich VI Domestic Activity Item 53*. Hier sind die Unterpunkte nach ansteigender Schwierigkeit gestaffelt. Der Unterpunkt *„Can use microwave correctly to prepare a meal"* bekommt dabei die höchste Punktzahl. Eine Person, die eine vollständige Mahlzeit mit Hilfe eines Herdes zubereiten kann, bekommt hierfür dagegen nur drei Punkte. Dies ist gleichzeitig auch ein Beispiel für die Problematik, dass bei einigen Items die Schwierigkeitsabstufung nicht stimmig zu sein scheint, so dass eine Person schwerer eingeschätzte Fertigkeiten beherrscht, aber die Leichteren nicht.

Abschluss der Diagnostischen Phase

Alle Ergebnisse aus den verschiedenen Teilsträngen der Interdisziplinären Diagnostik wurden verschriftlicht und bildeten in ihrer Rohfassung die Basis für das Interdisziplinäre Teamgespräch und das sich anschließende Externe Diagnostik-Abschlussgespräch mit dem Teilnehmer und seinen wichtigsten Bezugspersonen. Am Ende dieser ersten Phase stand dann der Abschlussbericht der Diagnostischen Phase, mit der Beschreibung der zentralen Ergebnisse der Interdisziplinären Diagnostik und den gemeinsam mit dem Teilnehmer und seinem Umfeld entwickelten Empfehlungen. Diese Empfehlungen bildeten dann den Ausgangspunkt für das sich anschließende Individuelle Programm.
Trotz der genannten Schwierigkeiten, zeigte sich dabei, dass es mit Hilfe eines solchen interdisziplinären diagnostischen Prozesses gelingen kann, eine differenzierte Beschreibung der momentanen Lebenssituation, der Fähigkeiten und Fertigkeiten , der Wünsche und Bedürfnisse eines Teilnehmers zu erhalten. Eine solche aktuelle und differenzierte Beschreibung war ein hilfreicher und notwendiger Ausgangspunkt für die Planung der nachfolgenden verschiedenen individuellen Programme. Gerade wenn es dabei um didaktische Fragen bei der Unterstützung von individuellen Bildungsprozessen ging, konnte immer wieder auf die Erkenntnisse aus der diagnostische Phase z. B. zum Informationsverarbeitungsstil, Bezug genommen werden.

Aber auch im Kontext von biographischen Schwellensituationen (z.B. Frage des Wohnens unabhängig von der Herkunftsfamilie, Veränderungen der Arbeitssituation usw.) könnte der dargestellte Prozess eine fundierte Basis für existentiell bedeutsame Entscheidungsprozesse darstellen.

Literatur

BENSCH, C. & KLICPERA, C. (2003): Dialogische Entwicklungsplanung, 2.erw. Auflage, Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter. Edition S.

BUNDSCHUH, K. (1999): Einführung in die sonderpädagogische Diagnostik, 5. neubearb. u. erw. Auflage, München; Basel: E. Reinhardt.

DOOSE, S. (1997: Persönliche Zukunftsplanung im Übergang von der Schule in das Erwachsenenleben. In: Halder, C. & Wilken, E. (Hrsg.): Neue Perspektiven für Menschen mit Down – Syndrom, 216-237.

FORNEFELD, B. (2002): Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik, 2. durchges. Auflage, München; Basel: E. Reinhardt.

HOFMANN, C. & BRACHET, I. (2002): Testdiagnostik bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung. In: Geistige Behinderung, 3, 255 – 265.

KANDEL, I.; AMINADAW, H. & MÜLLER - ERICHSEN, M. (2003): Interdisziplinäre Diagnostik geistiger Behinderung in der israelischen Sozialgesetzgebung. Ein Konzept aus Israel im Modellversuch in Deutschland. In: Geistige Behinderung, 4, 328 - 336.

MALUCK, A. & MELCHERS, P. (2000): Validität, (Teil-) Leistungsdiagnostik und Förderansätze bei der Untersuchung geistig behinderter Erwachsener mit der Kaufman - Assessment Battery for Children (K-ABC). Heilpädagogische Forschung, Band XXVI, Heft 4, 181-191.

MELCHERS, P. & PREUSS, U. (1994): Kaufmann - Assessment Battery for Children – deutschsprachige Fassung. 3. Auflage. Frankfurt/M.

METZLER, H. & RAUSCHER, C. (2003): Teilhabe als Alltagserfahrung. Eine ergebnisorientierte Perspektive in der Qualitätsdiskussion. Geistige Behinderung, 3, 235 – 243.

NIHIRA, K.; LELAND, H. & LAMBERT, N. (1993): Adaptive Behavior Scale – Residential and Community, 2nd ed., Manual, Austin, Texas: pro .ed.

REYNOLDS, C.R. & CLARK, J.H. (1985): Profile analysis of standardized intelligence test performance of very low functioning individuals. Journal of School Psychology,23,277-283.

SEIDEL, M. (2003): Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Geistige Behinderung, 3, 244 – 254.

Autorin

Dr. Monika Lang
Dipl. Psych.
Wiss. Assistentin am Institut für Erziehungswissenschaften
Bereich Sozial - und Sonderpädagogik
Philipps-Universität Marburg

Diagnostik und Prävention in der Arbeit mit Menschen mit schweren geistigen Behinderungen

Hermann Kolbe

Die große Herausforderung für Psychologen in Institutionen ist die Verantwortlichkeit für die Verhaltensauffälligkeiten von Menschen mit geistiger Behinderung, die scheinbar gar nicht zur eigenen klinischen Klientel gehören, weil man nicht mit ihnen reden kann, die Schwerstbehinderten. Ich setze in meinem Vortrag dabei voraus, dass der Zweck der Arbeit der Psychologen Selbstbestimmung und Inklusion dieser Klienten ist. Dies für Schwerbehinderte zu definieren, ist nur auf sekundäre und implizite Weise Bestandteil dieses Vortrags.
Menschen mit geistiger Behinderung sind in den meisten Fällen nur soziologisch deskriptiv zu klassifizieren - nicht psychologisch und nur in einer Minderzahl der Fälle medizinisch in der Form der Syndrome. Bei einem Großteil kennt man nicht einmal die Ursache der geistigen Behinderung. Immer wieder verblüffen uns diese Menschen aber mit Fähigkeiten, die sie eigentlich nicht haben dürften, wie die spektakulären Beispiele der gestützten Kommunikation zeigen.
Ihr Verhaltensrepertoire ist extrem verwirrend und zunächst sehr schwer einzuordnen. Was Nichtbehinderten sinnlos, ekelhaft und ermüdend erscheint, ist für manche von ihnen von äußerster Faszination. Sie verstehen zu wollen ohne sie durch das angebliche Verständnis per se zu stigmatisieren, ist schwierig. Bis zu 50 % in einem Heim gelten als „verhaltensauffällig".
Die Frage nach dem Wesen von Menschen mit geistiger Behinderung ist daher für den Profi auch die Frage nach der Diagnostik, - bzw. eigentlich nach der Art und dem Grad der Behinderung, - und damit der möglichen Prävention eventueller negativen Konsequenzen im Zusammenleben. Schon diese letzte Feststellung bedeutet, dass es Menschen mit schwerer geistiger Behinderung, mit nicht behinderten Menschen nicht leicht haben. Wenn es um die *professionelle* Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung ganz allgemein geht, ist die Trennung zwischen eigentlich pädagogischen und therapeutischen Interventionen nicht immer sinnvoll. In Folge sollte man eigentlich auch eher von *„Besonderem Betreuungsbedarf"* sprechen, statt von Verhaltensstörungen. Klassifizierungen von jedwedem, auch nicht angepasstem Verhalten sind immer nur richtig, wenn damit die Frage nach nötigen und möglichen Interventionen gestellt wird. *Unterstellt man also, dass die Aufgabe von Psychologen die Diagnostik und Therapie* ist, betrifft die Frage nach dem Wesen in erster Linie diese Berufsgruppe. Problematischerweise stößt man als Psychologe im Einsatz für Menschen mit schwerer geistiger Behinderung im Heim auf mehrere ungewöhnliche Probleme, die Kollegen anderer Einsatzgebiete der klinischen Psychologie nicht haben:

- Keine Verständigungsmöglichkeit, daher auch bei eigenen Problemen kein Erstkontakt, der vom Menschen mit geistiger Behinderung selbst ausgeht.

- Fremde Zuweisungen verhaltensauffällig zu sein, ohne deswegen *selbst* immer zu leiden.
- Kaum Therapietechniken
- Die Unklarheit, welches Verhalten in Abhängigkeit von der Stärke der Behinderung noch normal ist und welches nicht.

Infolgedessen wird der Psychologe sich ganz anders verhalten als der Kollege in der freien Praxis, anders als der Kollege im Jugendhilfebereich, vielleicht sogar anders als der im Bereich leicht behinderter Menschen arbeitende. Neben der langjährigen Erfahrung ist für den Diagnostiker auch eine Theorie der Menschen mit geistigen Behinderung notwendig, die es ermöglicht, das berichtete Verhalten in seiner pathologischen Wert einzuschätzen, eine Theorie der Entstehung von Besonderem Betreuungsbedarf zu besitzen und damit auch eine Hypothese der Veränderung des Verhaltens. Vor allem aber sollte der Psychologe, anders als sein niedergelassener Kollege Teil eines Systems sein, das es ihm ermöglicht, präventiv tätig zu sein. Dies führt natürlich auch zu Aufgaben, die Beratung nicht nur in klinisch/pädagogischen Fragen, sondern auch der Gruppenorganisation beinhaltet. Ich wähle angesichts der Kürze der Zeit ein *unkompliziertes Beispiel***.** Dieses soll nicht belegen, wie einfach die Arbeit sein kann, wenn man nur die richtige Theorie hat, sondern nur die Theorie selbst demonstrieren**:**

Hans, einen heute 40jährigen Mann ohne aktive Sprache und mit nur situativem Sprachverständnis. Er hat nur einfache Möglichkeiten der Selbstunterhaltung, beispielsweise indem er auf dem Sofa sitzt und einen Ball in den Händen dreht, oder – selten -- Bälle gegen Lichtschalter wirft und beobachtet, wie das Licht nun ausgeht. Er lässt kein Schmerzempfinden erkennen, setzt sich beispielsweise in zu heißes Badewasser oder trinkt den Kaffee zu heiß. Er muss annähernd vollständig stellvertretend versorgt werden.
Hans ist allerdings nicht autistisch. Er schmust gerne mit Mitarbeitern und sucht deren Nähe. Er hat ein heiteres Wesen.
Sein besonderer Betreuungsbedarf ist ein extensives und intensives Schmieren mit Kot und Urin, das darin besteht, dass er sich nachts oder auch in unbeobachteten Momenten tagsüber beides in Augen, Nasen, Ohren und Haare appliziert. Dieser Bewohner wurde verständlicherweise von einem Wohnbereich gern in einen anderen abgegeben; ich will an dieser Stelle nicht die Teamkonflikte und scheinbar nicht damit zusammenhängenden Krisen der Wohngruppe im vorigen Wohnbereich erklären. In dem von mir betreuten Wohnbereich lebt er nun schon seit 4 Jahren.

Dieses Beispiel zeigt die oben dargestellten Schwierigkeiten: Ein Psychologe, der für Menschen mit leichter geistiger Behinderung zuständig ist, wird in diesem Fall genauso vor einem Rätsel stehen, wie die meisten der anderen Fachleute. Wo soll man anfangen, was ist eigentlich das Problem? Eine Vorgehensweise ist dabei folgende:

1. Sich ein objektives Bild (a) von der Störung und (b) von der Stärke der Behinderung machen; davon abhängig:

2. Die Bedeutung der Störung im Verhältnis zu den Gruppenabläufen und dem Wohlbefinden des Menschen mit geistiger Behinderung feststellen.
3. Den Verlauf kontrollieren
4. Vorschläge/Lösungen mit den Gruppenmitarbeitern diskutieren. Erst nach dieser Diskussion ist es oft ratsam, eine Therapie anzubieten.

Ich möchte mich im Folgenden zunächst nur kurz mit den einzelnen Schritten befassen:
Zu 1.: Es empfehlen sich Teamgespräche mit möglichst vielen Teammitgliedern sowie ggf. Verlaufskontrollen
Zu 2. Nicht jede Störung ist entscheidend für das Wohlbefinden des Menschen oder die Abläufe der Wohngruppe. Veränderungen zu erreichen, ist manchmal so schwierig, dass der Aufwand unangemessen im Verhältnis zum erreichten Verhalten steht. Manchmal genügt auch das gemeinsame Reflektieren über den Sinn der vermeintlichen Störung. Man könnte sagen, die Störung wieder in einen „Besonderen Betreuungsbedarf umwandeln!
Zu 3. Der Verlauf der Störung sollte routinemäßig ohne besondere Absprache im Tagebuch festgehalten sein. Hierzu ist ein entsprechendes QM Verfahren nötig. Nach Einsetzten der Maßnahmen sollte der Erfolg kontrollierbar bleiben. Daher ist bei allen Mitarbeitern auf die gleichen Kriterien bei der Beobachtung des Bewohners zu achten
Zu 4. Extrem wichtig: Bewohner und Mitarbeiter bilden eine systemische Einheit. Kein Vorschlag wird eine Veränderung bewirken, wenn sie von den Mitarbeitern nicht mitgetragen wird und in das Gruppenkonzept passt. Die Mitarbeiter von der Richtigkeit einer Maßnahme zu überzeugen, ist eine wichtige Intervention im Sinn eines ureigensten psychologischen Handwerkszeugs. Zustimmung zu einem Psychologenvorschlag aus Anpassungsgründen helfen nicht weiter. Zentral sind jedoch die Punkte 1b und 2
Alles hängt dabei von einer korrekten Einschätzung des Hilfebedarfs in psychologischer und pädagogischer Hinsicht ab. Systematische Einschätzungsmanuale stehen jedoch für unsereins nur wenige zur Verfügung. Es dominieren Erfahrenswerte. Ein solches Manual müsste mehrere Vorraussetzungen erfüllen: Es muss sowohl für das laufende Tagesgeschäft der Wohngruppe als auch für diagnostische Zwecke im Sinn einer Krisenbewältigung nutzbar sein. Wohngruppe und Psychologe müssen die gleiche Sprache sprechen. Es muss daher valide, reliabel und ökonomisch sein

Das Modell der Lebenswelten, ein Modell der Behinderung von HAISCH

Eine glaubwürdige Theorie für das Verständnis von geistiger Behinderung ist die allgemein akzeptierte Annahme, dass der Grad der Behinderung entlang der ontogenetischen Entwicklung des Kleinkindes zu definieren ist. Dabei setzt HAISCH (1988) jedoch *nicht* die jeweiligen Fähigkeitsprofile des Individuums mit einer bestimmten postulierten Entwicklungsstufe des Kindes nach Piaget gleich,

sondern nimmt vielmehr an, dass ein Mensch mit geistiger Behinderung alle Potentiale dieser Entwicklung hat und sich nur bestimmte Ausprägungen beobachten lassen. Behindert ist demnach ein Mensch, der seine durch die normalen Entwicklungsabschnitte erreichten Fähigkeiten nicht flexibel und nach Bedarf einsetzen kann, - sofern er diese Fähigkeiten in seiner verlängerten sensomotorischen Phase überhaupt erworben hat. Der Erwerb geschieht nun wieder nicht *gleichmäßig* wie beim nicht behinderten Menschen. Beispielsweise ist das geschickte Ballwerfen von Hans eine Leistungsspitze, eine Inselfähigkeit, die nicht zu seinem sonstigen Entwicklungsniveau passt.
Die Entwicklung des Menschen lässt sich als Entwicklung seiner Intelligenz (HAISCH 1989) beschreiben. Seine Intelligenz als sein Lernvermögen. Sein Lernvermögen erwirbt der Mensch grundsätzlich in seiner sensomotorischen Phase, also den ersten 2 Lebensjahren. In diesen Zeiten lassen sich Formen des Lernens, wie das Ausprobieren, das Gewohnheitslernen, das Modellernen, das systematische Experiment und das Einsichtslernen unterscheiden. Diese - und das ist das Neue an HAISCH'er Theorie - entwickelt sich aufgrund des Antriebs von individuellem Spaß und Geschmack auf der einen und Unlustgefühlen, und Langeweile auf der anderen. (Auf die Tragweite dieser Aussage gehe ich hier nicht ein.) Holzschnittartig ließen sich natürlich alle Menschen, - auch die nicht behinderten, - als Momentaufnahmen solcher Entwicklungsstränge darstellen, die entsprechend unterschiedlichen individuellen Niveaus geprägt sind. Sieht man Menschen mit geistiger Behinderung so, verlieren sie das außergewöhnlich Unverständliche. Man könnte HAISCHs Modell der Behinderung geradezu als den Versuch beschreiben, jedes Verhalten auf bekannte Schemata der Assimilation und Akkommodation zurückzuführen und sie damit für den nicht behinderten Menschen verständlich nachvollziehbar und damit weniger fremd werden zu lassen. Der starre Gesichtsausdruck, die unbewegliche Miene, das Desinteresse an anderen Menschen bei einem Schwerbehinderten sind eventuell genauso Ausdruck einer anaklitischen Depression wie diese Äußerungsformen beim nicht behinderten Menschen.
Falsch würde es dagegen, wenn man ohne irgendwelche Theorien, quasi nur aus seinem Studium der Psyche von nicht behinderten Depressiven heraus, Menschen mit geistiger Behinderung verstehen wollte. Dann wäre der starre Gesichtsausdruck von Hans z. B. gründlich missdeutet. Hans ist nicht depressiv. Es geht ihm auch in seinem Schmieren gut.

GBM - Die Gestaltung der Betreuung von Menschen mit Behinderungen

Ich stelle also im Folgenden seine Sichtweise geistiger Behinderungen dar, wie sie zurzeit bei etwa 40 000 Menschen in Institutionen der evangelischen Behindertenhilfe gesehen und vertreten wird, unter anderem auch in der Diakonie Stetten. Bewegung, Unterhaltung, kreatives Betätigen und sozialen Austausch sowie Gesundheit und Lebenserhaltung sind stufige Setzungen einer stufenlosen Entwicklung die Haisch in seinem *„Fragebogen zur individuellen Lebensführung von*

Menschen mit Behinderungen (FIL)"(HAISCH 2003)als Überschriften für den Versuch der Beschreibung und damit der quantitativen und nicht nur qualitativen Einschätzung einsetzt. (Diagnostik heißt bei ihm also -siehe obige Bemerkung zur Diagnostik, - den Bertreuungsbedarf festzustellen.)
Von diesen 3 Hauptüberschriften („Leistungsgruppen")

- Pflege/Selbstpflege,
- Krankenpflege,
- Lebensführung/Beschäftigung

jeweils mit entsprechenden Unterpunkten (insgesamt 32 „Leistungsbereichen") sind auch die Betätigung und die Effektstereotypie je ein Leistungsbereich. Wie die anderen ohne Ausnahme sind sie in jeweils fünf Ausprägungsgrade („Leistungsstufen") eingeteilt, immer ressourcen- und kompetenzorientiert formuliert (s. Anhang).
Der Begriff der *Betätigung* heißt der in seiner psychologischen Gebrauchstheorie, wie er es nennt, noch effektgeleitete Betätigung. Er leitet diese aus dem 3. PIAGETschen Stadium der sekundären Zirkulärreaktion ab, in der der Mensch mit ca. 4 Monaten versucht „interessante Erscheinungen in seiner Umwelt" andauern zu lassen. Ohne Einsicht in die Natur der Dinge ist doch ein Interesse an den Dingen erwacht. Sie werden bewegt und in zufälliger, nicht systematischen Weise in ihrer sinnlichen Wahrnehmung entdeckt: Davor war – entwicklungspsychologisch - die Bewegung um der Bewegung Willen schon in ihrem Unterhaltungswert schal und langweilig geworden. Andererseits ermöglichten es Hirnreifung und Übung, Reflexe auszugliedern und gezielte Bewegungen überhaupt zu machen. Viele von Ihnen werden die entsprechende Passagen in PIAGETs Büchern "Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde" 1959 und „Der Aufbau der Wirklichkeit" 1950 kennen.
Das Beispiel zum Lebensfeld Effektstereotypie nach HAISCH: *„Findet der Mensch in seiner Abhängigkeit von der Betreuung keine Unterhaltung bzw. fehlen ihm weiter gestaltete Betätigungsmöglichkeiten, so wird er die einfache Formen der Unterhaltung suchen, die ihm zur Verfügung stehen, und durch Steigerung der Intensität der Effekte der Langeweile entgegenarbeiten. Die Kennzeichnung "Stereotypie" trifft zu, wenn der/die Betreute sich immer in Zeiten, in denen er/sie keinen Kontakt zu den Betreuer/innen hat und nicht mit Selbstpflege beschäftigt ist, in einfachen, sich wiederholenden (stereotypen) Bewegungsabläufen mit Gegenständen beschäftigt."*
Im Einzelnen verfährt er mit allen PIAGETschen Beschreibungen so und erhält dadurch die Überschriften (KOLBE 2000):

Pflege und Selbstpflege
011 Körperpflege
012 Ernährung
013 Toilette
014 Mobilität
015 Hauswirtschaftliche Versorgung/Selbstversorgung

Krankenpflege
020 Krankenpflege
Beschäftigung und Lebensführung
030 Selbstbewegung
040 Bewegungsstereotypie
050 Betätigung
060 Effektstereotypie
070 Gewohnheit
080 Selbstbehauptung i. d. betreu. Bez.
090 Gestaltung
100 Mitteilung
110 Soziale Beziehung
120 Selbstbeh. i. d. Beziehung zu anderen Betr.
130 Privatleben und Öffentlichkeit
Selbstbewertende Einstellungen
1401 - 1405 S.E.: Regressive Form
1406 – 1410 S.E.: Demonstrative Form
1411 – 1415 S.E.: Submissive Form
1416 – 1420 S.E.: Appellative Form

HAISCH unterscheidet interessanterweise nicht zwischen den Behinderungsgraden. Dies würde seiner Sicht von geistiger Behinderung und dem uneinheitlichen Bild ihrer Erscheinungsformen zuwider laufen. Hans als schwerstbehindert zu bezeichnen, ergibt daher notwendigerweise ein unscharfes Bild von ihm. Für mich sind Bewohner unserer Wohnheime mit den Hilfebedarfsmerkmalen 1,5 und 2,0 im Bereich „Mitteilung" schwerstbehindert (wobei es dabei auch die Ausnahmen der leicht behinderten „schweren" Autisten gibt).
Zum „Fragebogen zur individuellen Lebensführung von Menschen mit Behinderungen (FIL)" gehören noch eine *Matrix des Individuellen Betreuungsbedarfs (MIB)* (HAISCH 2003) und die *Forderung nach einer Verschriftlichung der allgemeinen Forderungen***,** die dort stehen in personenabhängige Übersetzungen, bei uns IBP genannt. Dazu gibt es noch eine „Pädagogische Anleitung, genannt *„Pädagogische Grundlagen der Betreuung behinderter Menschen- Skizze qualitativer Standards der Betreuung zur Schulung Analyse und Planung im Rahmen der Qualitätssicherung in Einrichtungen der Behindertenhilfe"* (HAISCH 1992). Bei uns existiert außerdem noch das unten beschriebene EPG, ein regelmäßiges Beratungs- und Überprüfungsgespräch
Zum *Besonderen Betreuungsbedarf* in der Effektstereotypie schreibt er: *„Auch diese Form des Lebens bzw. Erlebens hat wie die Selbstbewegung die Eigenschaft der Selbstzweckhaftigkeit: Die Ebene, die traditionell als Sinnlichkeit des Menschen bezeichnet wird. Auch in ihr ist die Wiederholung (z.B. in der „Unterhaltung" im Rhythmus der Musik) ein wesentliches Element. Sie hat die Eigenart des Stereotypen, die nicht zerstört werden darf, sondern in den Fällen, in denen, sie sich scheinbar „leer" und „unsinnig" zeigt, (z. B. bei Effektstereotypien), eine Äußerung des Förder- bzw. Bildungsbedarfs darstellt."*

Andererseits trifft für diese Form der Betätigung die Selbstbezogenheit stereotyper Bewegung nicht mehr zu:
„*Das Wesen Mensch wird hier im eigentlichen Sinn anspruchsvoll, in dem es eine ihm individuell vertraute in der Unterhaltung wiederholt positiv erlebten Lebenswelt auch weiterhin verlangt und alles andere nicht positiv Erlebte, an dem es keinen Geschmack finden kann, aus dieser privaten Lebenswelt auszuschließen sucht.*"
Für HAISCH sind diese Bedürfnisse keine, die *neben* den „Grundbedürfnissen" der Pflege (Pflege so umfassend wie bei JUCHLI,. 1981 definiert!) stehen. Vielmehr versucht der Mensch diese Grundbedürfnisse der Pflege individuell auszufüllen und stellt damit Bedingungen her, unter denen er sich wohl, - also *zu Hause*, fühlt. Er stellt Heimat her, - wenn man ihn lässt. Dazu gehört eine bekannte Speise, ein vertrauter Mensch, aber eben auch ein ihm angenehmer, - beispielsweise körpernaher - Geruch. Wie bei allen Menschen muss das scheinbare Unnütze, die pure, selbstzweckhafte Unterhaltung, einfach akzeptiert werden.
Allgemeine Anweisungen zum Lebensbereich Lebensführung, Unterhaltung in „Betätigung" im *MIB* fordern beispielsweise, dass von Anleitung als der wesentlichen Hilfeform gesprochen wird, wenn kein Merkmal in diesem Erscheinungsbild zu beobachten ist. Die entsprechende „Betreuerische Maßnahme" sieht vor, dass im Alltag, etwa beim Essengeben, eine Anleitung zum Erleben der Umwelt durch sensorisches Hinweisverhalten und motorische Hilfestellung stattfindet. Durch den sinnlichen Genuss dieser Erlebnisse wird die unmittelbare Befangenheit abgebaut und ein Gefühl erworben für die subjektive Bedeutung der verschiedenen Situationen, wie ein Ding riecht, schmeckt usw.
Die *Besonderen Betreuungsbedarfe* - und damit sind wir wieder *beim obigen Beispiel* - werden unterschieden im Fall der Effektstereotypie – jeweils in aufsteigendem zeitlichem Betreuungsbedarf – in

- kein Merkmal
- sächlichen
- einfachen körpermanipulativen bis
- ekelhaften Effekten und
- Süchten.

Es ist nun natürlich einsichtig, dass im zweithöchsten Betreuungsbedarf schwierig zu vermitteln ist, inwiefern in die Augen und Haare geriebener Kot Ausdruck natürlicher Effektsuche sein soll, wenn die Mitarbeiter in der Wohngruppe immer diejenigen sind, die mit dem Gestank leben müssen. In vielen Fällen ist es kaum erträglich zu akzeptieren, dass schwer geistig behinderte Menschen tatsächlich die Rhythmisierung ihres Lebens in absolut gleichen und noch dazu für andere unangenehmen Stereotypien wünschen. Sie haben ja nicht die Möglichkeit von sich aus darin zu wechseln, weil ihnen dazu die „Bildung" fehlt! Andererseits *können* einfache Effekte gelebt werden ohne dass sie ekelhaft oder schmerzvoll sind (HAISCH 1996).
Selbstverständlich muss eine Lösung für den Bewohner der Wohngruppe und seinen Dienstleister gefunden werde. Die Lösung darf jedoch nicht dazu führen, dass der betreffende Bewohner *nur* an seinen Effekten gehindert wird. Das

entsprechende *Maßnahmebündel* hatte daher scheinbar auch gar nichts mit dem Schmieren zu tun. Es sah und sieht vor, was die Matrix allgemein vorsieht: Die differenzierte Effektsuche wird durch die Ermöglichung von Variationen von Rasierwassern bzw. Rasierschaum und dem Schmieren mit Rasierschaum ermöglicht. Bewegung und vertraute Beziehung durch mehrmalige Besuche pro Woche außerhalb der Wohngruppe bei Verwandten und Freunden. Das Zuhausegefühl versucht man mit gleichen Gewohnheiten, Ritualen und sorgfältiger Beachtung und Befriedigung seiner Grundbedürfnisse, - Item Pflege/Selbstpflege - herzustellen. Das Schmieren kommt inzwischen nur noch ca. 1x/Monat vor und wird von den Mitarbeitern kaum mehr wahrgenommen.
Nur der Vollständigkeit halber erwähne ich noch den Teil der „besonderen Betreuungsbedarfe", die nicht bei Menschen mit einer schweren geistiger Behinderung vorkommen, weil sie Reflexionsfähigkeit voraussetzen, die „Selbstbewertenden Einstellungen". Deren pathologischer Wert wird in naher Zukunft hoffentlich mit dem zurzeit in Übersetzung befindlichen englischen „PASS AT" Beobachtungsmanual erfasst werden. Der Gewinn wird dann allerdings nur die klarere Indikation für Neuroleptika und eine eventuelle Überstellung in ein Zentrum für Psychiatrie sein.

Prävention

Besonders leicht fällt es mir an dieser Stelle auf die Notwendigkeit der Prävention hinzuweisen. Selbstverständlich konnte ich in meiner Arbeit auf die Vorarbeit von zwei Kollegen aufbauen, die das Problem genauso wie ich sahen. Ich hatte mit Gruppenmitarbeitern zu tun, die in GBM ausgebildet waren und leicht zu überzeugen waren. Und ich fand eine Kommunikationsstruktur vor, in der es üblich ist, alle 2 Jahre die Betreuungsarbeit nach einem standardisierten Verfahren, wir nennen es Entwicklungsplanungsgespräch (EPG), zu überprüfen. Auf der Basis dieser Gespräche werden individuelle Betreuungspläne geführt, die auch die Sichtweisen und verantworteten Standards der Behandlung von Besonderen Betreuungsbedarfen festschreiben bzw. erst gar nicht entstehen lassen. Für die Beratung der betroffenen Wohngruppe benötigte ich übrigens nur diese beiden in den vier Jahren fälligen EPG und mehrere Telefongespräche. In Zeiten von Fallzahlen von 200 Bewohnern/Kollege ist dies ein weiterer unschätzbarer Vorteil.

Schluss

Als Abschluss meines Vortrags möchte ich statt auf eine Zusammenfassung oder der Würdigung des Verfahrens auf einen nur scheinbar gänzlich fachfremden Vorzug des GBM hinweisen: Das „Modell der Lebenswelten" von HAISCH - komprimiert im FIL, absichtlich als QM Instrument zur Prozesslenkung konzipiert - eignet sich auch hervorragend als Instrument zur finanziellen Sicherung der Betreuung (KLAUß 1996). Noch bevor die Forderungen der Leistungsträger nach der Abrechnung nach Hilfebedarfsgruppe (HBG) bekannt waren, wollte HAISCH ein Verfahren, das sich nach dem zeitlichen (also auch finanziellen) Hilfebedarf der *einzelnen* Menschen mit geistiger Behinderung richtet. Ihm war klar, dass eine

Analyse, die dies nicht leistet, Gefahr läuft, schon aus Zeitgründen von den Betreuern nicht angewandt zu werden (KOLBE 2000). Infolgedessen sorgte er nicht nur für eine psychologische Gebrauchstheorie für die Organisation der Wohngruppe, sondern auch für ein Berechnungsverfahren, das die Bedarfe nach Maßgabe der Gesamtstellenzahlen des Heims „gerecht", was nur „bedarfsgerecht" heißen kann, verteilt. Das Modell der Lebenswelten kann ich nur empfehlen. In der Diakonie Stetten wenden wir es seit 1996 an und genießen den Komfort, auch unter uns Kollegen, die gleiche Fachsprache sprechen zu können.

Anhang
(Auszug aus dem „Fragebogen zur individuellen Lebensführung von Menschen mit Behinderungen" FIL)

050 Betätigung

Der Mensch unterscheidet in einer gefühlsmäßigen Reaktion zwischen angenehmen und unangenehmen Effekten (Reizen): Er sucht die angenehmen Effekte auf und genießt sie bzw. meidet die unangenehmen. Soweit er auf angenehme Effekte Einfluss hat, wird er versuchen, sie zu reproduzieren: Er unterhält sich.
Im Verlauf einer Vielzahl solcher Unterhaltungen wird der Mensch mit den verschiedenen Gegenständen, Personen seiner Lebenswelt vertraut: Er sucht ihre Gegenwart (die vertraute Situation), ohne notwendig die zugehörigen angenehmen Effekte hervorzurufen, und fühlt sich in ihrer Gegenwart sicher („geborgen", „wohl").

HIER IST NUR EIN MERKMAL ANZUKREUZEN!

.	DER/DIE BETREUTE	
0501	zeigt kein Merkmal im Bereich Betätigung	
0502	reagiert auf angenehme Effekte (Reize) erfreut (fasziniert) und auf unangenehme ablehnend	
0503	reagiert auf angenehme sinnliche Effekte mit dem Versuch, diese zu reproduzieren	
0504	reagiert auf vertraute Situationen, Gegenstände, Personen, indem er/sie diese aufsucht, auf unvertraute, indem er/sie sie meidet	
0505	hat eine Situation in der Wohnung, die er/sie immer wieder spontan aufsucht und in der er/sie sich "entspannen" kann (einen "vertrauten" Raum, "einen vertrauten Umgang" mit Personen)	

060 Effektstereotypie

Findet der Mensch in seiner Abhängigkeit von der Betreuung keine Unterhaltung bzw. fehlen ihm weiter gestaltete Betätigungsmöglichkeiten, so wird er die einfache

Formen der Unterhaltung suchen, die ihm zur Verfügung stehen, und durch Steigerung der Intensität der Effekte der Langeweile entgegenarbeiten.
Die Kennzeichnung "Stereotypie" trifft zu, wenn der/die Betreute sich immer in Zeiten, in denen er/sie keinen Kontakt zu den Betreuer/innen hat und nicht mit Selbstpflege beschäftigt ist, in einfachen, sich wiederholenden (stereotypen) Bewegungsabläufen mit Gegenständen beschäftigt.

	DER/DIE BETREUTE	
0601	gefährdet sich selbst oder Personen oder Sachen - auch durch das Ausmaß der Erfüllung von Grundbedürfnissen ("Sucht")	
0602	produziert Effekte, die im Allgemeinen - vom Standpunkt sinnlichen Genusses aus - als schmerzhaft, ekelerregend oder unsachgemäß empfunden werden (Schmieren mit Essen bzw. Kot, Sich-Beißen, Sich-Kratzen usw.)	
0603	nimmt an seinem Körper Manipulationen vor, um die Reproduktion akustischer, visueller oder anderer sinnlicher Effekte zu verstärken	
0604	spielt mit Gegenständen (reproduziert damit Geräusche, bewegt sie u.ä.)	
0605	zeigt kein Merkmal im Bereich Effektstereotypien	

Literatur

HAISCH, W. (1988) Kognition dargestellt an der Entwicklung der sensomotorischen Intelligenz, in Schermer, F.J. (Herausgeber): Einführung in die Grundlagen der Psychologie, Würzburg

HAISCH, W. (1989), Erleben, Lernen und Lehren mit Schwerpunkt auf Bewegungslernen und Heilpädagogik, Katholische Stiftungsfachhochschule München, unveröffentlichtes Manuskript

HAISCH, W (1992) Pädagogische Grundlagen der Betreuung behinderter Menschen. Skizze qualitativer Standards der Betreuung zur Schulung, Analyse und Planung im Rahmen der Qualitätssicherung in Einrichtungen der Behindertenhilfe, München, unveröffentlichtes Manuskript

HAISCH, W. (1996), Verhaltensauffälligkeiten und strukturelle Bedingungen in der Betreuung in Strubel, W., Weichselgärtner, Haas, (Hg.), Behindert und Verhaltensauffällig, Freiburg

HAISCH, W (2003) Fragebogen zur individuellen Lebensführung von Menschen mit Behinderungen (FIL), Version 3-0, BEB, Ausarbeitungen von Prof. Dr. W. Haisch unter Mitarbeit von Frau J. Nachtmann und Frau U. Tilk.

HAISCH, W (2003) Matrix des individuellen Betreuungsbedarfs (MIB) Version 3-0, BEB

JUCHLI, Liane (1981), Krankenpflege, Stuttgart

KLAUß T. (1996) Qualität pädagogischer Arbeit für Menschen mit geistiger Behinderung sichern und entwickeln: Das GBM des VEEMB, Stuttgart (Verband Ev. Einrichtungen: Orientierungshilfe der Diakonie). (Nachfolgeheft von H. Kolbe ist in Druck)

KOLBE, H. (2000), Pädagogische Qualität. Mit Qualitätsmanagement nach ISO zur umfassenden Qualität im Behindertenheim. Dortmund.

Autor

Hermann Kolbe, Wohnheim Esslingen
Diakonie Stetten (hermann.kolbe@diakonie-stetten.de

Pilotstudie zur Entwicklung eines Trainings sozialer Fertigkeiten für Menschen mit geistiger Behinderung

Sabine Behrend und Sabine Obermann

Vorbemerkungen

„Ey, wie geht's Dir?
Das weißt Du ganz genau.
Biste jetzt sauer auf mich, weil ich Dich geärgert habe?
Ja.“

Zwei Teilnehmer des Trainings bearbeiteten im Rollenspiel einen aktuellen Konflikt. Die anderen Teilnehmerinnen sowie die Trainerin und der Trainer beobachteten gespannt den Fortgang der Dinge. Eine Kamera nahm das Rollenspiel auf. Eine zweite Kamera hat die Gruppe bei der Bearbeitung des Rollenspielvideos gefilmt.

Der erste Versuch, ein Training sozialer Fertigkeiten für Menschen mit geistiger Behinderung durchzuführen, endete mit positiven Rückmeldungen aller Beteiligten und konstruktiven Hinweisen zur Verbesserung für die Zukunft. In insgesamt zwölf 1½-stündigen Sitzungen hat sich eine kleine Gruppe von zwei Frauen und zwei Männern mit einer Trainerin und einem Trainer Grundlagen sozialer Fertigkeiten erarbeitet. Themen waren u. a. „Zuhören“, „Wünsche äußern“, „Nein sagen“, „Kritik äußern und annehmen“. Die Sitzungen beinhalteten inhaltliche Einführungen in die Themen, Erarbeitung persönlicher Hintergründe des jeweiligen Themas sowie die Vorbereitung und Durchführung von Rollenspielen, deren Besprechung sowie Überlegungen für die einzelnen Teilnehmenden, welche Transferübungen sie in ihrem Alltag bis zur nächsten Sitzung durchführen könnten. Es standen für alle Teilnehmenden individuelle Lerntagebücher zur Verfügung, die Kurztexte wie Piktogramme zu den einzelnen Sitzungen und Themen enthielten sowie Raum für persönliche Notizen.

Inzwischen haben zwei weitere Trainingsgruppen mit veränderten Themen und abgewandelten Materialien ihre Arbeit aufgenommen.

Hintergründe der Pilotstudie

Immer wieder erreichten Anfragen den Psychosozialen Dienst des Stiftungsbereichs Behindertenhilfe der v. Bodelschwinghschen Anstalten, wie Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten noch besser unterstützt werden könnten. Kolleginnen und Kollegen aus den Einrichtungen beobachteten wiederholt, wie schwer es ist für Menschen mit geistiger Behinderung, ihre Gefühle angemessen, d. h. für andere verstehbar, auszudrücken oder soziale Signale anderer wahrzunehmen, sich in sie einzufühlen oder Konflikte angemessen zu regeln. Wiederholt misslingende Versuche dieser sozialen

Aktivitäten führten häufig für die Betroffenen in eine soziale Isolation. Die Hintergründe waren dabei vielfältig. So wurden nötige Fertigkeiten nicht erworben, vorhandene Fertigkeiten nicht oder nicht angemessen angewendet oder konkurrierende Verhaltensprobleme verhinderten die Anwendung vorhandener Fertigkeiten. Eine Bearbeitung dieser Probleme in einer Einzeltherapie war häufig nicht erfolgreich, weil sie einerseits in diesem Setting nicht auftraten, die Klientinnen und Klienten andererseits meist nicht in der Lage waren, sich selbst in kritischen Situationen zu beobachten, diese Beobachtungen in der Therapiesitzung mitzuteilen und Erfahrungen mit alternativen Verhaltensmöglichkeiten aus der Therapie in den Alltag zu übertragen. Vor diesem Hintergrund entstand die Überlegung, dass ein Gruppentraining, in dem alternatives Verhalten mit Gleichgesinnten geübt werden kann, Erfolg versprechender sein könnte. Ziel des Trainings sollte die Verbesserung sozialer Basisfertigkeiten sein. Die Trainingsinhalte sollten sich an individuellen Themen und Zielen der Teilnehmenden orientieren. Es sollten erste Erfahrungen gesammelt werden, inwieweit ein Modelllernen in der Gruppe individuelle Lernprozesse unterstützen kann mit dem Ziel, für Menschen mit geistiger Behinderung verbesserte Möglichkeiten zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu erreichen. Neben den individuellen Ressourcen sollten aber auch die institutionellen Gegebenheiten hinsichtlich ihrer Nützlichkeit für die angestrebten Lernprozesse betrachtet werden. Die Wirksamkeit des Trainings sollte durch eine Vor- und Nachbefragung überprüft werden.

Theoretische und methodische Überlegungen

Theoretische Überlegungen

Der nächste Schritt bestand in der Suche nach bereits vorhandenen Trainings und nach Berichten zur Effektivität dieser Trainings. Dabei stellte sich relativ schnell heraus, dass es trotz der Tatsache, dass Schwierigkeiten im Sozialverhalten ein zentrales Thema bei Menschen mit geistiger Behinderung sind, nur wenige zugängliche Gruppentrainingsprogramme für Menschen mit geistiger Behinderung gibt. Wir fanden verschiedene Trainings für Menschen mit autistischen Störungen (z. B. SOKO Autismus), Trainingsprogramme für Kinder (z. B. von PETERMANN) oder für Menschen ohne geistige Behinderung (z. B. von HINSCH & PFINGSTEN). Auf einige dieser Verfahren soll an anderer Stelle noch genauer eingegangen werden. Es fanden sich auch eine Reihe von amerikanischen Untersuchungen zur Wirksamkeit von Trainings zu sozialer Kompetenz oder sozialen Fertigkeiten, die sich aber überwiegend auf das Training mit Einzelpersonen beziehen. Hintergrund ist meist das Ziel einer besseren Eingliederung in den Arbeitsmarkt. In diesen Untersuchungen werden i. d. R. einzelne schwierige Zielverhaltensweisen identifiziert, die dann im Einzelkontakt durch unterschiedliche Trainingsmodelle verändert werden sollen. Diese Trainingsansätze reichen von einfachen Verstärkungs- oder Bestrafungsplänen über Modelllernen und Rollenspiele bis zu Problemlösetrainings. Diese Trainingsmodelle unterscheiden sich deutlich hinsichtlich ihrer Komplexität und

damit hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit bei Menschen mit unterschiedlich ausgeprägten intellektuellen Einschränkungen. Bei den meisten Trainingsmaßnahmen sind positive Verhaltensänderungen feststellbar, es wird aber auch deutlich, dass die Wirksamkeit einzelner Trainingsmodelle abhängig ist vom Grad der intellektuellen Einschränkung. Die Generalisierbarkeit der Verhaltensänderung ist besser, wenn schon während des Trainings Alltagssituationen mit einbezogen werden. In der Regel ist die Generalisierbarkeit der Verhaltensänderungen bei Problemlösetrainings höher, dafür sind sie bei Menschen mit stärkeren intellektuellen Einschränkungen nicht einsetzbar. Es gibt wenige Informationen zur Stabilität der Trainingseffekte, da die Nachuntersuchungen wenn überhaupt oft relativ kurz nach dem Training stattfanden.

Uns interessierten vor allem Gruppentrainingsprogramme, die es für Menschen mit geistiger Behinderung allerdings kaum zu geben scheint. Von den in der Literatur erwähnten war uns leider nur das Social Skills Training for Adolescents with General Moderate Learning Difficulties (CORNISH & ROSS 2004) zugänglich, das im Folgenden kurz beschrieben wird. Ergänzend werden zwei weitere Trainingsprogramme für andere Zielgruppen dargestellt: SOKO Autismus (HÄUSSLER et al 2003) und das Gruppentraining sozialer Kompetenzen (HINSCH & PFINGSTEN 2002).

Das Social Skills Training (CORNISH & ROSS 2004) ist ein Training, das für 13 bis 17-jährige Schüler entwickelt wurde. Es besteht aus zehn Sitzungen, in denen Fertigkeiten von Zuhören über Sich unterhalten bis zum Erkennen und Lösen von Konflikten geübt werden sollen. Die Sitzungen bestehen aus einem Wechsel von Übungen, die die Bedeutung der jeweiligen Fertigkeit erfahrbar machen sollen, und dem Austausch über die gemachten Erfahrungen. Zeitlich umfassendster Bestandteil ist eine Rollenspieleinheit zu vorgegebenen Szenenbeschreibungen mit anschließender Diskussion.

SOKO Autismus (HÄUSSLER et al 2003) ist ein Gruppenangebot zur Förderung sozialer Kompetenzen bei Menschen mit Autismus, das sich am TEACCH-Konzept orientiert. Es gibt Materialien sowohl für Kinder- und Jugendlichen- wie für Erwachsenengruppen, wobei alle Teilnehmenden sich sprachlich verständigen können. Die Teilnehmenden der Erwachsenengruppen können auch lesen und schreiben, so dass davon auszugehen ist, dass sich das Programm eher an Menschen mit maximal leichter geistiger Behinderung richtet. Es handelt sich nicht um ein standardisiertes Trainingsprogramm, sondern um eine Sammlung von Materialien und Vorschlägen für Sitzungsabläufe zum Einüben z. T. basaler sozialer Fertigkeiten, wie Erkennen mimischer Hinweise, Blickkontakt aufnehmen, sich abwechseln. Zu den verwendeten Materialien gehören Informations- und Arbeitsblätter, Schneidebögen, gemeinsame Übungen, Videoaufnahmen mit anschließender Besprechung.

Während die bisher beschriebenen Trainingsprogramme sich mit konkreten Einzelfertigkeiten beschäftigen, ist Ziel des Gruppentrainings sozialer Kompetenzen (HINSCH & PFINGSTEN 2002), die Teilnehmenden zu befähigen, ihre persönlichen Ziele sozial kompetent zu erreichen, d. h. Verhaltensweisen zu

lernen, die zu positiven sozialen Konsequenzen führen. Dabei werden nicht nur Fertigkeiten geübt, sondern auch Angebote zur Veränderung der kognitiven und emotionalen Verarbeitung sozialer Situationen gemacht. Wesentliche Bestandteile des Trainings sind Informationen über das Zielverhalten (theoretisch und/oder durch modellhafte Darstellung), Rollenspiele (als Verhaltensübung und Technik der Reizkonfrontation), Rückmeldung, Verstärkung und Video-Feedback, Übungen zur Übertragung in den Alltag.
In den unterschiedlichen uns zugänglichen Trainingsmaterialien fanden sich eine Reihe von Themen, die immer wiederkehrten, z. B. Zuhören, Wahrnehmen nonverbaler Signale, soziale Regeln, die eigene Meinung mitteilen, Nein sagen, Kritik äußern, Kritik annehmen, eigene Gefühle mitteilen und anderes. Aus diesen zahlreichen Themen haben wir letztlich eine Auswahl getroffen, die uns für die Bedürfnisse unserer Klientinnen und Klienten relevant erschien. Gemeinsam ist allen Trainings auch der Einsatz von Rollenspielen zum Einüben der angestrebten Verhaltensweisen, einigen auch der Einsatz von Video zur Besprechung der Übungserfolge. Die Schwerpunkte der Auswertungsgespräche der Rollenspiele unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Konzentration auf eher allgemeine Richtlinien oder die mehr oder weniger gelungene Umsetzung der Trainingsinhalte auf das persönliche Ziel.

Methodische Überlegungen

Der Versuch, die oben beschriebenen Trainingsmodelle und ihre Vorgehensweisen zu übersetzen in ein Trainingsmodul für Menschen mit geistiger Behinderung, geschah auf dem Hintergrund der Annahme, dass herausforderndes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung auf Überforderung in sozialen Situationen basiert. Ein wesentlicher Aspekt schien die Schwierigkeit zu sein, mit Abweichungen zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung angemessen umzugehen. Darüber hinaus wollten wir eine möglichst angstfreie Lernsituation schaffen. So suchten wir nach einer Methode, die auf Überforderung basierendes Verhalten nicht bestraft und die eine Möglichkeit eröffnet, dass sich die Handelnden in Ruhe von außen selbst betrachten können, um zu lernen, welche kommunikativen Möglichkeiten sie besitzen, um die Abweichung zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung konstruktiv mit Menschen ihres sozialen Umfeldes zu bearbeiten.
Das Rollenspiel hat sich als Methode zur Verhaltensänderung seit vielen Jahren bewährt und ist Bestandteil der meisten Trainings sozialer Fertigkeiten bzw. sozialer Kompetenz. Während des Rollenspiels herrscht hohe Aufmerksamkeit aller, da es um die eigene Person oder ein Mitglied der Gruppe geht. Es ermöglicht durch die direkten sinnlichen und emotionalen Erfahrungen intensiveres Lernen und durch die Wiederholbarkeit, das Erproben und Einüben neuer Verhaltensweisen. Die Auswertung von Videoaufnahmen der durchgeführten Rollenspiele kann den Lernerfolg noch erhöhen. Da während der Durchführung eines Rollenspiels nur begrenzte Aufmerksamkeit frei ist für die Selbstbeobachtung, hilft das Anschauen des Rollenspielvideos, sich an den Vorgang zu erinnern und Aspekte des eigenen Verhaltens wahrzunehmen, die einem in der aktuellen

Situation entgehen. Dies gilt für Menschen mit einer geistigen Behinderung in besonderem Maße. Das konkrete Bildmaterial und die Möglichkeit, Sequenzen auszuwählen und somit Komplexität zu reduzieren, erleichtert die Reflexion. Das Anschauen des Videos ermöglicht ein Nacheinander. Damit wird die Bearbeitung eines Themas möglich. Die am Rollenspiel Beteiligten können durch die Videoaufnahme sich selbst in Ruhe von außen betrachten, was das Erkennen erleichtert bezüglich der Wirkweisen des eigenen Verhaltens auf andere. Die Gruppenmitglieder erfahren, dass Selbst- und Fremdwahrnehmung zuweilen auseinander gehen.
Für die Auswertung der Videoaufnahmen erschien uns das im Video-Hometraining entwickelte Verfahren am besten geeignet, eine angstfreie Lernatmosphäre zu schaffen. Die Methode des Video-Hometraining setzt auf eine Kombination von positiver Verstärkung und Lernen am eigenen Modell. Die positive Verstärkung des Gelingenden ermuntert, selbstkritisch ohne Gesichtsverlust die eigenen problematischen Verhaltensanteile zu sehen. Sie erhöht außerdem sehr deutlich das Engagement der Lernenden. Die Chance, am eigenen Modell anhand einer konkreten Situation zu sehen, dass es auch in Überforderungssituationen gelingende Teile gibt, hilft den Übenden zu verstehen und sich zu entspannen. Die so entstandene entspannte Neugier ist eine ideale Voraussetzung für weitere Lernschritte. Darüber hinaus hilft die Konkretion auf das eigene Rollenspiel die sonst in sozialen Situationen herrschende Komplexität und damit einhergehende Überforderung zu reduzieren. Die Anwendung der Videointeraktionsanalyse in der Gruppensituation ermöglicht es den aktiv am Rollenspiel Beteiligten, intensiv ihr eigenes Verhalten zu betrachten und ggf. Alternativen zu entwickeln, sie ist aber zugleich auch eine Chance für Modelllernen der übrigen Gruppenmitglieder. Dies erhöht die Lernchancen aller Beteiligten beträchtlich.

Pilotstudie

Unsere theoretischen und methodischen Überlegungen übersetzten wir in ein flexibles Trainingsmodul. Im Folgenden wird kurz beschrieben, wer teilgenommen hat, welche Inhalte wie bearbeitet und wie das Vorgehen von den Beteiligten anschließend bewertet wurde.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Für unseren ersten Versuch der Durchführung des Trainings baten wir Mitarbeitende in den Einrichtungen, uns potentielle Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu nennen, auf die folgendes zutraf: Leichte geistige Behinderung oder ausgeprägte Lernbehinderung, Fähigkeit, sich sprachlich in Mehrwortsätzen zu verständigen, keine zusätzlichen hirnorganischen und psychischen Einschränkungen, wiederkehrende Beeinträchtigungen in Beziehungen/Kontakten, Interesse an neuen/erweiterten Verhaltensmöglichkeiten, Neugier auf eine Gruppenlernsituation, Bestätigung der Bezugsmitarbeitenden bezüglich der Eignung. Darüber hinaus fragten wir ab, für welche Personen grundsätzlich ein

Gewinn eines solchen Trainings zu erwarten sei. Die Menge der Rückmeldungen übertraf alle unsere Erwartungen.
Vor dem Hintergrund der Annahme, dass eine Homogenität der Ressourcen der Teilnehmenden sowie ihres Lebensalters die Lernsituation erleichtern würde, haben wir zwei junge Frauen und drei junge Männer zu Interviews gebeten. Vier der Angesprochenen, zwei Frauen und zwei Männer im Alter von 24 und 25 Jahren mit einer leichten bzw. mittleren geistigen Behinderung, nahmen schließlich an der Trainingsgruppe teil. Alle Teilnehmenden lebten in Außenwohngruppen, eine Teilnehmerin in einer Wohnung, die sie sich mit einer Mitbewohnerin teilte. Alle Teilnehmenden hatten einen Arbeitsplatz in einer WfMB. Alle benannten Konflikte in Kontaktsituationen.

Themen

Die Auswahl der Themen ergab sich einerseits aus der Durchsicht der schon genannten Trainingsmaterialien, in denen einige Themen immer wiederkehrten, andererseits aus den Erstinterviews mit den Teilnehmenden. In den Interviews, die teilweise per Video aufgezeichnet wurden, wurden die aktuelle Lebenssituation, Interessen und Fähigkeiten wie auch Probleme im Umgang mit anderen Menschen abgefragt. Die gleichen Themenkomplexe wurden per Interview auch von den Bezugsmitarbeiterinnen und -mitarbeitern erfragt. Zusätzlich wurde ihnen das Inventar zwischenmenschlicher Beziehungen, Kurzform 32 (BARKHAM et al. 1996), vorgegeben. Die Bezugsmitarbeitenden bearbeiteten eine eigene informelle Übersetzung des Fragebogens zur Einschätzung sozialer Fertigkeiten (CORNISH & ROSS 2004).
Die persönliche Kenntnis der am Training Interessierten sowie die Informationen der Bezugsmitarbeitenden und die Durchsicht bestehender Trainings führten uns zur Festlegung folgender Themen für das Training: „Zuhören“, „Sich unterhalten“, „Sich verabreden“, „Wünsche äußern“, „Nein sagen“, „Kritik äußern“, „Kritik annehmen“. Als Thema für die erste Sitzung wurde darüber hinaus die Vereinbarung von Gruppenregeln mit den Teilnehmenden geplant. In dieser ersten Trainingsgruppe verständigten sie sich auf folgende Regeln: „Ich lasse den anderen ausreden“, „Keiner wird ausgelacht“, „Die verabredeten Termine des Trainings sind verbindlich. Wer nicht kommen kann, sagt rechtzeitig ab“.

Methodisches Vorgehen/Materialien

Die einzelnen Trainingssitzungen waren geprägt durch fünf Hauptbestandteile:

1. Lerntagebuch
2. Theoretischer Input
3. Rollenspiel
4. Videointeraktionsanalyse
5. Vor- bzw. Nachbereitung individueller Übungen außerhalb der Trainingssitzungen

Zu 1. Lerntagebuch

Jedem Teilnehmenden wurde ein Lerntagebuch zur Verfügung gestellt, das zu jedem Thema eine Beschreibung der Fertigkeit enthielt, eine Auflistung der einzelnen Teilschritte, Blätter, auf denen eigene Beispiele aufgeschrieben oder aufgemalt werden konnten und wo die Planung von Alltagsübungen und ihre Bewertung dokumentiert werden konnte.

Zu 2. Theoretischer Input

Der theoretische Input bestand aus einer kurzen Einführung in die jeweils im Mittelpunkt der Sitzung stehende Fertigkeit. Dazu gehörten eine Beschreibung der Fertigkeit, z. B. was ist überhaupt „Zuhören", Überlegungen dazu, wozu diese Fertigkeit nützlich ist und die Suche nach Situationen, in denen die Teilnehmenden diese Fertigkeit schon erfolgreich angewendet hatten. Die Informationen zu den Fertigkeiten bekamen die Teilnehmenden in knapper schriftlicher Form für ihr Lerntagebuch und auch die Beispiele sollten ins Lerntagebuch eingetragen werden. Letzter Schritt des theoretischen Inputs war eine Darstellung der einzelnen Teilschritte der jeweiligen Fertigkeit durch Piktogramme und kurze Merksätze, die den Teilnehmenden ebenfalls schriftlich für ihr Lerntagebuch zur Verfügung gestellt wurden.

Zu 3. Rollenspiel

Bei der Besprechung von Beispielen aus dem Alltag der Teilnehmenden kristallisierte sich meist schon eine Beispielsituation heraus, die im Rollenspiel dargestellt werden konnte. Die Rollenspiele dauerten in der Regel zwei bis drei Minuten. Am Anfang stellte sich immer einer der Trainer als Rollenspielpartner zur Verfügung, gegen Ende der Trainingsgruppe spielten auch zwei Teilnehmende miteinander. Die Rollenspiele wurden mit der Videokamera aufgenommen und anschließend nach den Prinzipien der Videointeraktionsanalyse ausgewertet.

Zu 4 Videointeraktionsanalyse

Die Auswertung der Videos orientierte sich an den Richtlinien des Video-Hometrainings, d.h. wichtigster Bestandteil war die Konzentration auf die gelungene Umsetzung einzelner Lernschritte. Dabei waren alle Teilnehmenden aufgefordert, beim Ansehen der Videoaufnahme darauf zu achten, wann die Rollenspielerin oder der Rollenspieler einen der vorher besprochenen Lernschritte erfolgreich umgesetzt hatte.

Zu 5. Vor- bzw. Nachbereitung individueller Übungen außerhalb der Trainingssitzungen

Um die Übertragung der Lernerfolge in den Alltag zu erleichtern, sollte mit jedem Teilnehmenden besprochen werden, in welcher Situation sie oder er die besprochene Fertigkeit in der nächsten Woche üben könnte. Diese Überlegungen sollten ebenfalls im Lerntagebuch festgehalten werden und nach Durchführung der

Übung von den Teilnehmenden und ihren Interaktionspartnern dahingehend bewertet werden, wie gut die Umsetzung gelungen war.

Nachbefragung

Nach Ablauf der Trainingsgruppe fanden sowohl mit den Teilnehmenden als auch mit ihren Bezugsmitarbeitenden Einzelgespräche zu den verschiedenen Aspekten des Trainings statt, z.B. zu den verwendeten Methoden, der Gruppengröße, der Anzahl der Sitzungen, dem Zeitpunkt der Sitzungen, zur Einschätzung des eigenen Lernerfolgs und ähnlichem. Die Rückmeldungen der Teilnehmenden waren überwiegend positiv. Alle waren zufrieden mit ihrer Teilnahme an der Trainingsgruppe, Rollenspiele und Videoauswertung wurden durchgängig sehr positiv bewertet, ebenso der Zeitpunkt des Trainings und die Gruppengröße. Auch der Austausch zwischen Trainerin bzw. Trainer und Bezugsmitarbeitenden wurde positiv bewertet. Unterschiedliche Einschätzungen gab es zum eigenen Lernerfolg und zur Dauer der einzelnen Sitzungen und der Gesamtzahl der Sitzungen. Die Mehrzahl der Themen wurde als wichtig bewertet, wobei es erwartungsgemäß Unterschiede hinsichtlich persönlicher Vorlieben gab. Auch von den Bezugsmitarbeitenden wurden Themen und Methoden positiv beurteilt, sie waren allerdings der Ansicht, dass die Gesamtdauer des Trainings verlängert werden sollte, weil bei vielen Themen eine intensivere Bearbeitung nötig sei. Hinsichtlich des Austauschs mit der Trainerin bzw. dem Trainer wurde der Wunsch nach einer Intensivierung geäußert und nach einer stärkeren Einbindung ins Training, damit die Trainingsinhalte stärker in den Alltag einbezogen werden könnten. Es wurde auch Unterstützung erbeten für die vertiefende und weiterführende Arbeit an den Trainingsthemen nach Beendigung des Trainings.
Im Rahmen der Nachbefragung wurden den Teilnehmenden sowie deren Bezugsmitarbeitenden erneut die schon im Vorgespräch vorgegebenen Fragebögen zur Selbst- bzw. Fremdeinschätzung vorgelegt. Die kleine Stichprobe sowie vertraute Phänomene wie Verständnisschwierigkeiten oder die Neigung, die mittlere Antwortalternative deutlich zu favorisieren, ließen eine begründete Interpretation der Ergebnisse nicht zu. Erwähnen möchten wir allerdings einen Sachverhalt, über dessen Zustandekommen wir nur spekulieren können: Alle befragten Teilnehmenden gaben jetzt eine deutlichere Problemeinschätzung ab. Hat sie das Training zu einer realistischeren Einschätzung geführt? Waren die Fragen so schwer, dass die Antworten eher zufällig entstanden oder war es die Vermutung der Befragten, dass es in diesem Rahmen sozial besonders erwünscht sei, sich „probleminteressiert“ zu zeigen?

Schlussfolgerungen

Die insgesamt positiven Rückmeldungen ermutigten zu einer Fortsetzung und Weiterentwicklung des Trainings. Eine Gruppengröße von vier bis sechs Personen ermöglichte es allen Teilnehmenden, zu Wort zu kommen und häufig im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen. Die relative Homogenität der Gruppe erlaubte sowohl an den eigenen als auch an den Beispielen anderer zu lernen.

Sitzungsdauer und -frequenz wurden positiv bewertet, wobei die Anzahl der Trainingssitzungen sicherlich erhöht werden kann. Die schriftliche Fixierung der individuellen Beispiele erwies sich bei einer hohen Anzahl von nicht schreibkundigen Teilnehmenden als zu zeitintensiv, ebenso wie die Besprechung der Übungen für den Transfer in den Alltag. Hier sollten die Lernziele bei dem nächsten Training individueller und kleinschrittiger formuliert werden. Positiv war der Wunsch nach stärkerer Einbeziehung der Bezugsmitarbeitenden, dem in weiteren Trainingsgruppen verstärkt Rechnung getragen wird, damit ein vertiefendes Üben in den Einrichtungen nach Trainingsende stattfinden kann. Für stärker intellektuell eingeschränkte Teilnehmende sollte der theoretische Input noch einfacher gestaltet und der Alltagsbezug für einzelne Themen noch deutlicher gemacht werden. Es sollte außerdem mehr Zeit geben für Rollenspiele und die Videoauswertung, da diese sehr motivierend für die Teilnehmenden sind, sich mit ihren erweiterten Handlungsoptionen auseinanderzusetzen.

Literatur

Barkham, Hardy und Startup, The IIP-32: A short version of the Inventory of Interpersonal Problems, British Journal of Clinical Psychology, 1996

Cornish und Ross, Social Skills Training for Adolescents with General Moderate Learning Difficulties, 2004

Häußler et al, SOKO Autismus, Dortmund Verlag modernes lernen, 2003

Hinsch und Pfingsten, Gruppentraining sozialer Kompetenzen, Psychologie Verlags Union, 2002

Autorinnen

Sabine Behrend, Sabine Obermann
v. Bodelschwinghsche Anstalten Bethel
Psychosozialer Dienst
Stiftungsbereich Behindertenhilfe
Remterweg 58
33617 Bielefeld

„Man muss erst verwickelt sein, um sich entwickeln zu können“

Erfahrungen mit einer angeleiteten Angehörigen-Selbsthilfegruppe für Eltern und Geschwister von Menschen mit geistiger Behinderung

Christian Janßen

Aus der Arbeit in der Beratung von Wohngruppenteams wird immer wieder über eine Haltung der Kolleginnen in den Gruppen berichtet: engagierte Angehörige sind uns wichtig. Im nächsten Atemzug kommt jedoch oft ein ABER: eigentlich stören sie uns auch im Alltagsablauf, immer wieder wissen sie es besser, sie lassen uns nicht in Ruhe arbeiten, Familienbesuche über´s Wochenende bringen die Bewohnerin immer wieder aus dem Gleichgewicht. Überspitzt sagen diese für mich aus Sicht der Kolleginnen verständlichen und nachvollziehbaren Äußerungen: Wir wollen, dass sich die Angehörige anpassen. Wir wollen, dass sie sich nicht einmischen. Wir wollen, dass sie akzeptieren, dass wir jetzt das Sagen haben. Auf der anderen Seite berichten Angehörige von ihrem Wunsch mit ihren Erfahrungen auch in der Wohngruppe eine Hilfe sein zu können. Ein besonderes Engagement der Angehörigen ist gerade in der Umbruchphase von der elterlichen in die professionelle Betreuung festzustellen. Aus diesen – wie es zunächst scheint - unvereinbaren Beobachtungen heraus ergibt sich der Sinn und auch die Notwendigkeit, Familienseminare anzubieten, die ein gegenseitiges Verstehen unterstützen können.

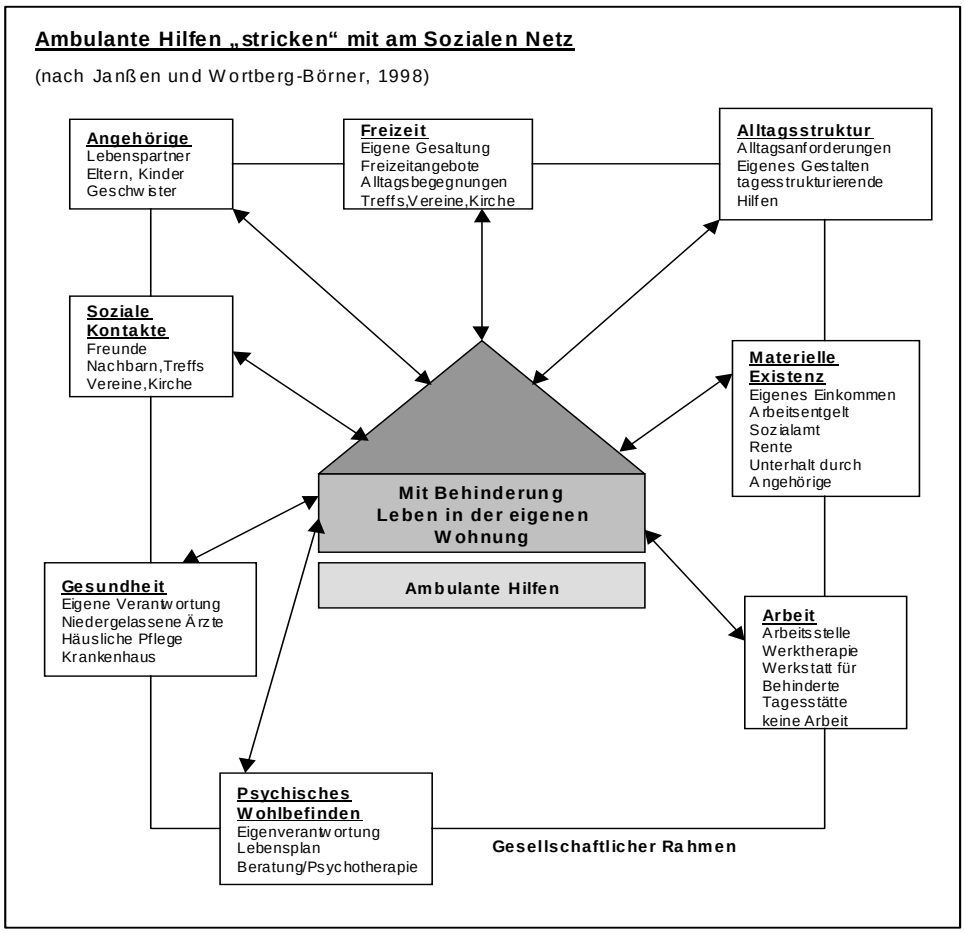
- Was passiert in Familien, wenn ihr behindertes Kind auszieht?
- Sind die Erfahrungen von uns Angehörigen nicht mehr erwünscht, wenn das Kind eine Betreuung benötigt?
- Was fangen wir (Eltern) dann mit uns an?

Einbettung des Menschen in sein Soziales Netz

Für die Bearbeitung der obengenanten Fragen hilft zunächst die Bestimmung eines Bezugsrahmens, der die Veränderungen innerhalb der Familie und im Übergang zu einer professionellen Begleitung beschreibt. Hierzu kann das Bild eines „Sozialen Netzes“ hilfreich sein, mit dem sich die sozialen Zusammenhänge und Wirkungen von Veränderungen verdeutlichen lassen. Das Soziale Netz wird durch die Personen und Bereiche „geknüpft“, die den Bezug eines Menschen bilden. Die individuelle Einbettung jedes Menschen in einen sozialen Bezugsrahmen ist dabei zunächst unabhängig von der Tatsache, ob er behindert oder nicht behindert ist. Das Soziale Netz eines Menschen ist individuell dichter oder weiter geknüpft. Es wird gebildet durch die Menschen, die in einem näheren Lebenszusammenhang einer Person stehen oder die zur Hilfe benötigt werden, um Defizite aufzufangen.

Das soziale Netz besteht aus unterschiedlichen Lebensbereichen und Aspekten wie Wohnen, Arbeit, Alltagsbewältigung, soziale Kontakte/Freizeit und materielle Existenz. Aber auch Gesundheit und psychisches Wohlbefinden sind mögliche Kategorien. Alle Aspekte sind darüber hinaus in einen kommunalen und gesellschaftspolitischen Rahmen eingebettet. Im Sozialen Netz Heranwachsender, die noch bei den Eltern leben, bildet die Familie einen zentralen Bezugsort. Wichtig ist die Tatsache, dass sich mit der Veränderung auch nur eines Lebensbereiches innerhalb dieses Bezugsrahmens das gesamte bisherige „Netz" verändert - und damit oft wichtige Aspekte des Lebens. Um im Bild des „Netzes" zu bleiben: wichtige Knoten gehen verloren, das Netz hat eine Lücke - lose Fäden bleiben zurück, die erst wieder eingeknüpft werden müssen.
Mit dem Wechsel von der Familie in eine professionelle Betreuung kann über das Soziale Netz verdeutlicht werden, wie viel sich für den behinderten Menschen wie auch für die Angehörigen ändert. Aus der Abb.1 geht hervor, dass die professionelle Hilfe die Funktion des Elternhauses z.T. übernimmt. Damit wird auch das Spannungsfeld deutlich - sowohl aus Sicht der Angehörigen wie auch der Professionellen. Das beinhaltet vor allem in der Zeit des Übergangs ein nicht zu unterschätzend es Konfliktpotenzial. Die Eltern hatten über eine Reihe von Jahren Hilfen, Betreuung und Pflege organisiert und zum großen Teil durchgeführt. Sie verlieren in der Ablösung und Verselbständigung ihres Sohnes oder ihrer Tochter diese zentrale Rolle und müssen sie durch einen Verwaltungsvorgang an andere, „Fremde" übergeben - solange ihr/e behinderte/r Angehörige/r nicht auf Hilfe verzichten kann oder will.

Abb. 1



Die größten Veränderungen ergeben sich in den Hilfen in Bezug auf Gesundheit, die Alltagsstruktur, soziale Kontakte, Freizeit und die materielle Existenz. Lediglich die Bereiche Arbeit und Schule bleiben zunächst unverändert von einer Professionalisierung der Betreuung. Schulbesuch und Arbeit können zwar durch die Eltern initiiert werden, erhalten sich anschließend jedoch eine relativ große Unabhängigkeit von ihnen oder einer professionellen Wohnbegleitung.

- Aus der Darstellung des Sozialen Netzes sollte folgendes deutlich geworden sein: Ein Wechsel der Betreuungsform hat eine Auswirkung in den meisten Lebensbereichen des behinderten Menschen.
- Die Veränderungen beinhalten aber auch für die Eltern die Notwendigkeit einer grundlegenden Umstrukturierung ihrer Lebensinhalte.
- Die Unsicherheiten im Zusammenhang mit diesen Veränderungen können durch einen Erfahrungsaustausch in einer Selbsthilfegruppe aufgefangen werden.

Empowerment für Angehörige von Menschen mit Behinderung?

Wenn man noch einmal die Belastungen und Anforderungen an die Eltern betrachtet, die mit einem hohen zeitlichen und z.T. pflegerischen Aufwand, einem hohen Maß an Fürsorge und Anwesenheit verbunden sind, dann werden von Eltern insbesondere folgende besonders genannt:

- das permanente Zuständigsein auch dann, wenn die Kinder anderweitig betreut werden;
- der Kontakt mit verschiedenen Ämtern und Einrichtungen, in denen sich die Eltern als „Einzelkämpfer“ gegenüber z.T. widersprüchlichen Behördeninteressen zurechtfinden müssen;
- insbesondere in finanzrechtlichen Fragen müssen die Eltern häufig besser Bescheid wissen als die Sachbearbeiter - und gleichzeitig über ein gesundes Beharrungsvermögen verfügen, um rechtlich bestehende Ansprüche durchzusetzen.
- Auf der Suche nach aktuellen Informationen müssen Eltern immer ein „offenes Ohr“ für Informationen zu neuen Hilfsangeboten haben;
- mit Geschwisterkindern ist es ein ewiger Balanceakt, um auch ihnen gerecht zu werden.
- Der Umgang mit den eigenen Belastungen tritt oft in den Hintergrund hinter die Sorge um das behinderte Kind.

Was macht es Angehörigen so schwer, sich in Bezug auf ihre eigenen Interessen und Belastungen zu artikulieren? Ein Grund ist womöglich der deutlich später als bei nichtbehinderten Kindern einsetzende pubertäre Emanzipationsprozess, der selten durch eine klare Abgrenzung der Jugendlichen ausgelöst wird. Wenn es um Loslösung geht, stellt sich für die Eltern die Frage nach den eigenen Bedürfnissen neu.

- Wer oder was füllt die Lücke des ausgezogenen Kindes?
- Wie viel Loslassen braucht das Kind mit Behinderung, um selbständig gehen zu können?

Hier zeigen sich die Eltern häufig nach Jahren der Rücksichtnahme, des Kampfes und der Aufopferung zunächst mit der neuen Situation überfordert.
Was fehlt sind Empowermentprozesse für Eltern, doch was heißt in diesem Zusammenhang Empowerment? Empowerment wird in den meisten Veröffentlichungen als eine „Sammlung von Ansätzen verstanden, die die Menschen zur Entdeckung der eigenen Stärken ermutigen. (…) Empowerment - auf eine kurze Formel gebracht - ist das Anstiften zur (Wieder-)Aneignung von Selbstbestimmung über die Umstände des eigenen Lebens". HERRIGER (2002) bricht damit ausdrücklich mit dem Defizitblick auf den Menschen anderer Zugänge. Der Ansatz bezieht sich nicht explizit auf Menschen mit Behinderungen, sondern kann als ein allgemeingültiger Ansatz angesehen werden. Er gilt also ebenso für die professionellen Begleiterinnen behinderter Menschen wie für andere Gruppen von Menschen.
Meiner Ansicht nach sollten Professionelle im Verständnis dieses Empowerment-Ansatzes auf die Eltern zugehen. Das heißt, sie sollten eine Position einnehmen, die eine Stärkeperspektive für die Eltern vermittelt. Für Professionelle bedeutet eine solche Position in der Arbeit mit Angehörigen aber auch die Fähigkeit zur Abstraktion ihrer Rolle und damit das „Heraustreten" aus dem bekannten Rahmen ihrer Betreuungsarbeit. Sie müssen eine andere Perspektive einnehmen können, damit sie den Eltern ressourcenorientiert gegenübertreten können.
Wenn man die Anstrengungen der Eltern mit ihren oft erfolgreichen Wegen betrachtet, die Situation mit einem behinderten Kind zu bewältigen, dann werden hier Fähigkeiten und Ressourcen deutlich. Diese Ressourcen werden im Kontakt mit Professionellen (im Sozialamt ebenso wie in der Betreuung) selten gewürdigt oder sogar entwertet. Empowerment kann die Unterstützung des Ablösungsprozesses für die Eltern unterstützen. Die Betonung der bei den Eltern vorhandenen Fähigkeiten, ihrer Ressourcen und Stärken bedeutet einen neuen Zugang in der professionellen Arbeit mit Angehörigen von Menschen mit geistiger Behinderung.
Im Zusammenhang eines begleiteten Ablösungsprozesses bzw. einer Perspektivplanung geht es in dieser Arbeit einerseits um die Emanzipation und Stärkung der behinderten „Kinder". Andererseits aber hat Empowerment die Unterstützung des Ablösungsprozesses für die Eltern zum Ziel. „Loslassen" aus jahrelanger Abhängigkeit ist ein schwieriger Prozess. Die Betonung der bei den Eltern vorhandenen Fähigkeiten, ihrer Ressourcen und Stärken hat gegebenenfalls therapeutischen Charakter.

Eine angeleitete Angehörigen*selbsthilfegruppe*

Im Frühjahr 1999 fand erstmalig ein Treffen der „Angeleiteten Angehörigenselbsthilfegruppe" statt. Das Motto der bis Ende 2004 bestehenden Gruppe war: „Man muss erst verwickelt sein, um sich entwickeln zu können". Die

Gruppe ist im Anschluss an eine Reihe von Tagesseminaren mit Angehörigen zu unterschiedlichen Themen gegründet worden. Die Anregung dazu kam von betroffenen Eltern und Fachleuten. Die monatlichen Treffen der Gruppe waren offen für interessierte Angehörige. Die Themen kreisten schwerpunktmäßig um den Loslösungsprozess - wenn die Kinder mit Behinderungen erwachsen werden. Sie hingen in erster Linie von den Interessen der Teilnehmenden ab:

- „Was verändert sich, wenn mein Kind erwachsen wird und auszieht?“,
- „Gibt es einen richtigen Zeitpunkt und wann ist er?“

Aber auch Themen wie Partnerschaft und Sexualität oder Informationen über Freizeitmöglichkeiten oder verschiedene Arbeitsmöglichkeiten (Arbeitstraining, Werkstatt für behinderte Menschen, Integrationsarbeitsplätze) wurden im Laufe der Zeit behandelt. Die Themen wurden nach einer Vorbesprechung in der Gruppe jeweils von den Moderatorinnen vorbereitet bzw. mit Hilfe zusätzlicher Referentinnen organisiert. Es gab einen „harten Kern“ von etwa sechs bis acht Eltern - je nach Thema kamen auch manchmal 20, bei Themenblöcken wie „Integrationsarbeitsplätze“, „Entlastungsmöglichkeiten für Eltern behinderter Kinder und Jugendlicher“ sowie zu „Freizeit- und Reisemöglichkeiten in Bielefeld und Umgebung“ folgten auch 40 bis 60 Teilnehmerinnen der Einladung in der Tagespresse.

Eine angeleitete Selbsthilfegruppe?

In Bielefeld gibt es ein für die Bundesrepublik ungewöhnlich breites Angebot behindertenspezifischer Begleitung, das durch mehrere Großeinrichtungen, parallel arbeitende ambulante Dienste des Unterstützten Wohnen, anderer Dienste sowie diverser Freizeitangebote und Betroffeneninitiativen gekennzeichnet ist. Dies schafft eine andernorts ungewöhnliche Vielfalt, führt jedoch auch schnell zu einer Verunsicherung bei den Unterstützung suchenden behinderten Menschen und ihren Eltern. Angehörige haben ein großes Interesse an Information.

Hieraus ergaben sich Fragen, deren Beantwortung häufig spezifisch und individuell ist und die die Einbeziehung von Professionellen nahe legen. Mit besonderen finanzrechtlichen Fragen oder auch mit anderen Themen wie z.B. Partnerschaft und Sexualität haben sich Fachleute beschäftigt. Diese Fachleute, die z.T. auch als Referentinnen hinzugebeten wurden, können hier weiter helfen.

Die fachliche Moderation der Gruppe hat sich als notwendig erwiesen, um die Beiträge der Teilnehmenden aufzugreifen und zu bündeln, gemeinsame Themen herauszuarbeiten oder - wie im Fall der Kriterienliste - Themen zielorientiert zu bearbeiten. Darüber hinaus bündelte die Moderation die Organisation der Gruppe, z.B. Terminierung, Vorbereitung und Einladung zu den Treffen, gegebenenfalls bei der Suche und Absprache mit Referentinnen oder der Kontakt für Nachfragen der Teilnehmenden.

Die Kriterienliste für Angehörige von Menschen mit Behinderung zur Prüfung von Selbstbestimmung und Hilfen in der Betreuung

Der in der Zeit der Ablösung zunächst wichtigste Themenschwerpunkt für Eltern heranwachsender behinderter Kinder betrifft Fragen zu deren Wohnperspektive:

- Welche Wohn- und Lebensmöglichkeiten gibt es?
- Wie unterscheidet sich ambulante Begleitung von der stationären?
- Wie sieht der Heimalltag aus?
- Wie hoch ist die finanzielle Beteiligung der Eltern?

So wurden verschiedene Themen in der Angehörigengruppe über mehrere Termine bearbeitet. Ausgangspunkt für den Entwurf der „Kriterienliste für Angehörige von Menschen mit Behinderung zur Prüfung von Selbstbestimmung und Hilfen in der Betreuung" war die Frage nach dem Wohin bei einem Auszug aus dem Elternhaus und Fragen wie:

- „Was braucht unser Kind?"
- „Ist ambulante Betreuung ausreichend?"
- „Was kann ein Heim bieten?"
- „Welche Einrichtung ist die passende für mein Kind?"
- „Welche Fragen kann ich stellen, um eine gute Grundlage für meine Entscheidung zu erhalten?" waren in den Gruppentreffen immer wieder wichtig.

Die Systematisierung der Fragen der Teilnehmerinnen erwies sich als notwendig, um sie für die betroffenen Eltern handhabbar zu machen. So entstand die Idee, gemeinsam in der Angehörigengruppe eine solche Systematisierung zu entwerfen und sie den Teilnehmenden, aber darüber hinaus auch anderen Interessierten, zur Verfügung zustellen.

Beispiel: Eingangsbedingungen

- *Gibt es die Möglichkeit, die Einrichtung vor Aufnahme zu besuchen (Hospitation) oder/und zu einem Probewohnen vor der Aufnahme?*
- *Können Gewohnheiten von zuhause fortgeführt werden? (Welche?)*
- *Sind Besuche der Mitarbeiterinnen zuhause üblich?*
- *Gibt es ein Unterstützungsangebot für die Eltern nach der Aufnahme? (Alltag, Arbeit, Füllen des Loches, Partnerkrisen)*
- *Gibt es Begrenzungen bei der Aufenthaltsdauer?*
- *Welche Möglichkeiten gibt es, in eine andere Gruppe zu wechseln?*

Der in der Gruppe entwickelte Fragebogen soll eine Orientierungshilfe bei der Suche nach einem geeigneten Heimplatz sein. Er stellt ein Hilfsmittel für Angehörige dar, um in Beratungsgesprächen mit Einrichtungsvertreterinnen ein möglichst umfassendes Bild über die jeweiligen Angebote zu erhalten und

Erwartungen und Wünsche auszutauschen zu können. Er bietet zugleich eine Hilfestellung für die aufnehmende Einrichtung, um auf Bedürfnisse von Angehörigen und der betroffenen behinderten Menschen konkreter eingehen zu können.

Beispiel: Wohnsituation

- *Wie groß ist die Gruppe? (günstig sind 4 - 10 Personen)*
- *Wie ist die räumliche Aufteilung der Gruppe? Gibt es die Möglichkeit zu Kleingruppen?*
- *Wie viele Einzelzimmer gibt es?*
- *Wie viele Personen müssen sich eine Nasszelle teilen?*
- *Wie ist die Infrastruktur? (Straßenbahn/Busse, Lebensmittelladen, Post, Bank)*
- *Zimmergestaltung: Sind die Zimmer möbliert?*
- *Können eigene Möbel mitgebracht werden? Wer sucht die Möbel aus?*

Unsere Erfahrung in der Angehörigenselbsthilfegruppe zeigt, dass es häufig die Eltern sind, die faktisch die Entscheidung fällen, in welchem Heim oder in welcher ambulanten Hilfe ihr Kind angemeldet wird. Mit Hilfe einer guten Vorbereitung kann jedoch der oder die Heranwachsende achtsam begleitet, seine bzw. ihre Bedürfnisse und Wünsche aufgenommen sowie späteren Konflikten und Enttäuschungen auf beiden Seiten vorgebeugt werden. Aber auch in den Fällen, in denen die behinderten Kinder selbst den Auszug forcieren, kann die Kriterienliste zu einem Vertrauen der Eltern in die gefällte Entscheidung beitragen.
Die Kriterienliste besteht aus neun Schwerpunktkategorien: Eingangsbedingungen, Wohnsituation, Alltagsbewältigung, Pädagogische Aspekte, Personalsituation, Therapeutische / ärztliche Versorgung, Angehörige, finanzielle Fragen, Arbeit und Freizeit. Die Beteiligten ordneten diesen Kategorien Fragen zu, von denen hier einige beispielhaft dargestellt werden sollen.

Beispiel: Fragen zu den pädagogischen Aspekten des Angebotes

- *Gibt es ein pädagogisches Konzept? Kann ich (Angehörige) es lesen? (Liegt es schriftlich vor?)*
- *Gibt es feste Bezugsmitarbeiterinnen? Hat meine Angehörige Einfluss auf die Auswahl? Wie viele Menschen werden von einer Bezugsmitarbeiterin begleitet? Wie viel Zeit hat die Bezugsmitarbeiterin für eine Person im Einzelkontakt? Gibt es regelmäßige Gesprächskontakte auch ohne konkreten Bedarf?*
- *Welche Entscheidungen werden mit dem behinderten Menschen besprochen und welche in der Gruppe? (Wahrung der Intimsphäre bei persönlichen Schwächen/Problemen)*
- *Welche Regeln gibt es? (Haus- und Gruppenordnung)*
- *Welche Sanktionen gibt es wofür?*
- *Gibt es individuelle, schriftliche Förderkonzepte? Werden die Ziele und Wünsche der Bewohner und Angehörigen darin einbezogen?*

Die Fragen sollen einen Querschnitt von Informationen darstellen, die sinnvoll für

eine Beurteilung des Angebotes sind. Es sind also Fragen subsumiert nach der Möglichkeit eines Probewohnens vor der Aufnahme, nach Fortführung von bisherigen Gewohnheiten oder nach der Anzahl der Benutzerinnen einer Nasszelle. Unter pädagogischen Aspekten wurden Fragen subsumiert wie die nach einem öffentlich zugänglichen schriftlichen pädagogischen Konzept der Einrichtung, nach der Wahrung der Intimsphäre oder die Frage nach Entscheidungen, die zusammen mit oder solchen, die ohne die Betroffenen gefällt werden. In sozialpolitisch kritischen Zeiten ist die Frage nach dem Ausbildungsgrad der Beschäftigten, dem Personalschlüssel - und der davon abhängigen Anzahl der Nutzerinnen, für die eine Bezugsperson zuständig ist - wichtig. Ebenso wie die nach der Verteilung der Beschäftigten auf die verschiedenen Tages- und ggf. Nachtdienste, nach der Arbeitzufriedenheit und dem Arbeitsklima für die Beschäftigten.

Beispiel: Personalsituation

- *Wie viele Stellenanteile gibt es pro Heimplatz? Wie viele Mitarbeiterinnen arbeiten in der Gruppe? Wie viele Mitarbeiterinnen sind ausgebildet? (dreijährig) Wie sind sie ausgebildet? (Verhältnis von Pflege zu Pädagogik) Wie viele sind ohne Ausbildung?*
- *Wie viele Mitarbeiterinnen sind zum Frühstück / nachmittags / abends / am Wochenende im Gruppendienst? (günstig sind jeweils mindestens zwei)*
- *Gibt es nachts einen Bereitschaftsdienst / Nachtwache?*
- *Gibt es eine Tagesbetreuung z.B. bei Erkrankungen?*

Beispiel: Finanzielle Fragen

- *Über wie viel Geld können die Nutzerinnen verfügen? (Taschengeld, Arbeitsentgelt/Prämie, Verpflegung, Bekleidung)*
- *Wer teilt das Geld ein?*
- *Kann die/der Nutzerin über ein Sparkonto / Girokonto verfügen?*
- *Wie stehen die Geldmittel zur Verfügung? (Taschengeld, Entgelt der Arbeitsstelle)*

Resümee der Arbeit mit Angehörigengruppen

Während des Gruppenangebotes wurde immer wieder deutlich, dass Angehörige im Konflikt zwischen zwei widersprüchlichen Wünschen für ihre Kinder stehen:

- dem nach möglichst viel Selbstbestimmung einerseits und
- dem nach möglichst umfassender und individueller Versorgung andererseits.

Dieses Spannungsfeld gehört zum Prozess der Ablösung der Eltern von ihren behinderten Kindern und reduziert sich erfahrungsgemäß relativ rasch nach ersten positiven Erfahrungen mit der professionellen Betreuung. Der Prozess zu positiven Erfahrungen kann durch eine Orientierungshilfe positiv und konstruktiv beeinflusst werden. Angehörige wünschen sich bei diesem Prozess Verständnis und Unterstützung im Austausch mit der aufnehmenden Einrichtung. Für die

Institution hat die „Investition“ in zufriedene Angehörige neben einem Imagegewinn (z.B. durch Weiterempfehlung an andere Eltern) v.a. eine offene Zusammenarbeit mit den Angehörigen zur Folge. Und dies bedeutet letztlich eine konstruktive und befriedigende - weil reibungslosere - Zusammenarbeit, als wenn Einlassungen der Angehörigen stets potentiell bedrohlich für die Arbeit in der Betreuung oder im Dienst sind.

Beispiel: Angehörige

- *Dürfen die Nutzerinnen nach Hause fahren, wenn sie das möchten?*
- *Wie bin ich als Angehörige einbezogen? Wann (in welcher Situation) werde ich einbezogen? Über was werde ich unterrichtet? Wie viel „Mitwirkung“ der Angehörigen ist gewünscht? Wie oft finden Kontakte/Gespräche statt? (Feste Termine auch ohne direkten Bedarf?) Kann ich kommen, wann ich möchte? (Gibt es feste Besuchszeiten?) Gibt es eine Angehörigengruppe und Angehörigentreffen? Habe ich Akteneinsicht, wenn ich das möchte?*

Der Entscheidungsprozess, wie Heranwachsende mit Behinderung auf Dauer leben wollen und können - oder aus Sicht der Eltern auch „sollen“ - dauert oft mehrere Jahre und ist vielfältigen Einflüssen ausgesetzt. Er ist - wie bei nichtbehinderten Menschen auch - „im Fluss“ und selten nach dem ersten Umzug beendet. Die Beratung im Kreise mitbetroffener Eltern kann hierbei eine Akzeptanz der selbständigen Entscheidung ihrer/s Heranwachsenden fördern und die Entwicklung einer Gelassenheit unterstützen.
Die Absicht der professionellen Anleitung einer Selbsthilfegruppe für Angehörige ist also die Unterstützung von Empowerment bei den Eltern bei einem Prozess des Loslassens. Die Einstellung der Eltern soll dabei gefördert werden, das „Kind“ bei seinem oder ihrem Weg zu einem selbstbestimmten Leben anzuerkennen, zu begleiten und zu unterstützen. Dies bedeutet auch, die Entscheidungen des/r Heranwachsenden sowie zukünftige Veränderungen in der Perspektivplanung zulassen zu können. Die Erfahrung zeigt, dass gerade in diesem Vorgehen das „Selbsthilfepotenzial“ der Eltern auf eine breitere Basis gestellt werden konnte. Das gemeinsame Vorgehen schuf eine Solidarität innerhalb der Gruppe der Teilnehmenden, die über die eigentliche Phase der Ablösung hinaus bestehen blieb: der Wunsch der Teilnehmerinnen war der Erhalt einer Anlaufstelle auch nach Abschluss dieses Veränderungsprozesses. Dies war der Wunsch nach einem geschützten Raum für den bewährten Erfahrungsaustausch auch bei neuen Fragen und Krisen. Gleichzeitig geht es in der Arbeit mit Angehörigen immer auch um eine Hinterfragung eigener Gewohnheiten und eingeschliffener Sichtweisen „der“ Professionellen. Die in der Angehörigenselbsthilfegruppe entstandene Kriterienliste kann daher für Professionelle im Feld der Arbeit mit behinderten Menschen zu einer veränderten und erweiterten Sichtweise beitragen. Dies wiederum erleichtert den Kontakt mit den Angehörigen der begleiteten Menschen und damit das Verstehen ihrer Anliegen.
Durch die Ausführungen wird auch deutlich, wie in einer angeleiteten Selbsthilfegruppe aus den Verwicklungen in der Eltern-Kind-Beziehung eine

konstruktive Entwicklung im Loslösungsprozess professionell unterstützt werden kann - über die Vermittlung einer Stärkeperspektive im Austausch und in Solidarität mit anderen Eltern, die in gleicher Weise betroffen sind.

Literatur

FASSBINDER, Familie (2003): Wer loslässt, hat zwei Hände frei, Zur Orientierung, 1, 9-11

GEIGER, St., (2003) Solidarisch sein - Gedanken zu einer konzeptionellen Angehörigenarbeit, Zur Orientierung, 1, 34-35

HERRIGER, N. (2002): Grundlagentext Empowerment, Bonn, socialnet GmbH

JANßEN, CHR. & WORTBERG-BÖRNER, M. (1998): Betreutes Wohnen für Menschen mit geistiger Behinderung - Thesen zum Betreuten Wohnen für Menschen mit geistiger Behinderung, In: Westfälische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie & Diakonisches Werk Westfalen Lippe (Hrsg.), 20 Jahre Probezeit - Betreutes Wohnen, Dokumentation der Tagung am 26.5.1998, Bielefeld

JANßEN, CHR. & WORTBERG-BÖRNER, M. (2003): Heim in die Wohnung … - Soziale Netze für Menschen mit geistiger Behinderung, Soziale Psychiatrie, 4, 29-31

JANßEN, CHR. & BÜCKER, K. (2005): „Man muss erst verwickelt sein, um sich entwickeln zu können" - Erfahrungen mit einer angeleiteten Angehörigen-Selbsthilfegruppe, Geistige Behinderung, 3, 209-226

KLAUSS, T. (1995): Irgendwann kommt die Trennung … - Für einen möglichst normalen Lebenslauf von Menschen mit geistiger Behinderung, Zeitschrift für Heilpädagogik, 9, 443-450

STARK, W. (1996): Empowerment, Freiburg, Lambertus

WILKEN, E. (2000): Eltern stärken, Erfahrungen aus Seminaren für Eltern von Kindern mit Down-Syndrom, Geistige Behinderung, 3, 215-229

Autor

Christian Janßen, Dipl.-Psych., PP
v.Bodelschwinghsche Anstalten Bethel
Stiftungsbereich Behindertenhilfe
Psychosozialer Dienst
Fliednerweg 3
33689 Bielefeld
Tel. 0521-1441654

Ehrenamtlicher Vorstand im Verein „Gemeinsam Wohnen in Bielefeld e.V." und „Integrative Beratungs- und Begegnungsstätte in Bielefeld - Cafe 3b e.V."

Das Brief Symptom Inventory (BSI) bei Menschen mit leichter intellektueller Behinderung und Epilepsie in stationärer Betreuung

Michael Endermann

Fragestellung

Komorbide psychische Störungen sind sowohl bei intellektueller Behinderung als auch bei Epilepsien häufig. Die Studie versuchte herauszufinden, ob ein Selbsteinschätzungsverfahren, die deutsche Version des Brief Symptom Inventory (BSI) von FRANKE (2000), auch bei Menschen mit leichter intellektueller Beeinträchtigung und Epilepsien in stationärer Betreuung ein nützliches Psychopathologie-Screeninginstrument ist.

Methode

Stichprobe

Daten von 91 Epilepsiepatienten aus drei Wohneinheiten des Stiftungsbereichs Behindertenhilfe der von Bodelschwinghschen Anstalt Bethel wurden ausgewertet. Es handelte sich um 30 Frauen und 61 Männer mit einem Durchschnittsalter von 39.5 Jahren (SD = 14.5), die ca. 77 % der Klienten in ihren Einrichtungen repräsentierten. Sie nahmen freiwillig an der Befragung teil. Ihre Behinderung setzte sich mit unterschiedlicher Gewichtung aus intellektueller Beeinträchtigung, Epilepsie und diversen psychosozialen bzw. psychiatrischen Problemen zusammen. Alle Personen konnten sich verbal gut verständigen. Es handelte sich um Menschen mit leichter geistiger Behinderung, Teilleistungsstörungen oder sog. Borderline-Intelligenz. Aktuelle IQ-Werte lagen nicht vor.

Fragebögen

Das BSI von DEROGATIS ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen mit 53 Items, die auf einer fünfstufigen Skala (mit den Polen „überhaupt nicht“ versus „sehr stark“) beantwortet werden müssen. Zeitlicher Bezugsrahmen für die Beurteilung ist die letzte Woche. Die Items erfassen ein breites Spektrum subjektiv empfundener Beeinträchtigungen und sind neun Skalen zugeordnet, die psychopathologische Bereiche repräsentieren:

- Somatisierung,
- Zwanghaftigkeit,
- Unsicherheit im Sozialkontakt,
- Depressivität,
- Ängstlichkeit,

- Aggressivität/Feindseligkeit,
- Phobische Angst,
- Paranoides Denken,
- Psychotizismus.

Als Gesamtwert misst der Global Severity Index GSI die grundsätzliche psychische Belastung. Für die deutsche Normierungsstichprobe von 600 Erwachsenen liegen T-Werte vor, getrennt nach Geschlecht. Als auffällig gelten Menschen mit T-Scores ≥ 63 beim Gesamtwert GSI oder mit T-Scores ≥ 63 bei mindestens zwei BSI-Subskalen.
Zusätzlich zum BSI wurde der PESOS-Fragebogen eingesetzt, der die Schwere der Epilepsie und als epilepsiebezogene Probleme Beeinträchtigungen im täglichen Leben, epilepsiebezogene Angst, Stigma und die emotionale Anpassung an die Epilepsie erfasst. Der Fragebogen wurde im Epilepsiezentrum Bethel entwickelt (MAY et al. 2004, ENDERMANN 2004): Die vier Skalen zu den epilepsiebezogenen Problemen waren ebenfalls fünfstufig zu beantworten. Weitere Daten zur Epilepsie, psychiatrischen Vorgeschichte und medikamentösen Behandlung wurden den Klientenakten entnommen.

Untersuchungsdurchführung

Die Fragebögen wurden in Form von Einzelinterviews durch Mitarbeiter des zuständigen Psychologischen Dienstes präsentiert. Im Allgemeinen wurden die Items und der gestufte Antwortmodus gut verstanden, ggf. nahm der Interviewer individuelle Erläuterungen vor.

Ergebnisse

BSI-Charakteristika

Für den globalen Gesamtwert GSI wurde eine interne Konsistenz von Cronbach´s $\alpha = 0.96$ ermittelt, auch bei den meisten Subskalen fanden sich α-Scores zwischen 0.70 und 0.80 (Tab. 1). Im Vergleich zu den Normwerten waren die BSI-Mittelwerte der Klienten in stationärer Betreuung durchweg erhöht, insbesondere bei der Subskala Paranoides Denken. Die Unterschiede konnten durch T-Tests abgesichert werden ($p < .01$). 20 % der Klienten waren mit T-Werten ≥ 63 beim globalen BSI-Gesamtwert als „Fälle“ zu definieren, bei denen der Verdacht auf eine komorbide psychische Störung besteht. Unter Einschluss des weiteren „Fall“-Kriteriums (mindestens zwei Subskalen mit T-Werten ≥ 63) waren sogar 48.4 % der Klienten klinisch auffällig.

Tab. 1: BSI-Mittelwerte und interne Konsistenz bei Klienten aus Bethel im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung (nach Franke 2000)

	Klienten in stationärer Betreuung der vBA Bethel (N = 91)			Deutsche Normierungsstichprobe (N = 600)	
BSI	M±SD	Cron-bach´s α	T-Werte ≥ 63 (%)	M±SD	Cronbach´s α
Globaler Gesamtwert GSI	0.5±0.5	.96	20.0	0.3±0.2	.92
Subskalen: Somatisierung	0.4±0.5	.71	18.2	0.3±0.3	.63
Zwanghaftigkeit	0.6±0.6	.72	16.4	0.5±0.4	.72
Unsicherheit-Sozialkontakt	0.6±0.7	.69	20.0	0.4±0.4	.61
Depressivität	0.4±0.7	.78	17.3	0.3±0.4	.72
Ängstlichkeit	0.5±0.7	.79	22.8	0.3±0.3	.62
Aggressivität	0.5±0.7	.76	26.4	0.3±0.3	.54
Phobische Angst	0.3±0.5	.61	19.1	0.2±0.2	.39
Paranoides Denken	0.8±0.9	.79	30.9	0.3±0.4	.60
Psychotizismus	0.4±0.5	.64	18.2	0.2±0.3	.42

M: Mittelwert, SD: Standardabweichung

Zusammenhang zwischen BSI-Werten und psychiatrischer Vorgeschichte sowie aktueller psychotroper Medikation

Tab. 2 zeigt, dass Klienten mit psychiatrischer Vorgeschichte tendenziell höhere Werte beim globalen BSI-Gesamtwert aufwiesen; daneben waren ihre Werte bei der Subskala Paranoides Denken signifikant erhöht. Signifikant erhöht war auch der globale BSI-Gesamtwert der Klienten, die aktuell Psychopharmaka erhielten.
In einer Wohneinheit waren die Ausführungen in den Klientenakten detaillierter, so dass nicht nur zwischen Personen mit psychiatrischen Einträgen und ohne entsprechenden Einträgen unterschieden werden konnte: Differenzierter ließen sich disjunkte Klassen von Klienten mit „neurotischer“ und „psychotischer“ Vorgeschichte bilden, wobei die „Psychose“-Kategorie sowohl Psychose-Einträge als auch bloße Symptome wie Halluzinationen oder wahnhaftes Denken umfasste. Abb. 1 zeigt das BSI-Profil der so gebildeten Gruppen: Die Gruppe ohne psychiatrische Vorgeschichte hatte durchweg die geringsten BSI-Werte, die mit „psychotischer“ Vorgeschichte die höchsten.

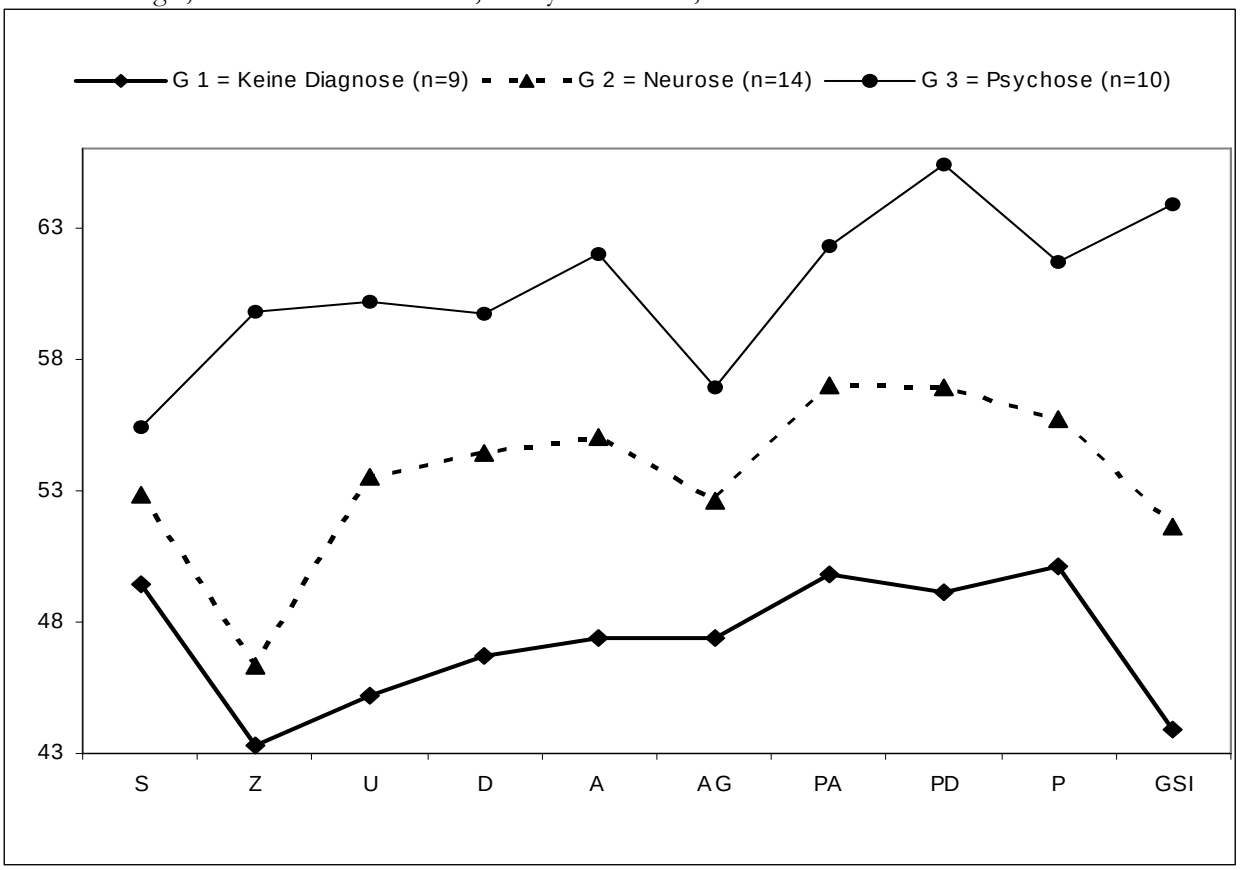
Tab. 2 : Unterschiede beim globalen BSI-Gesamtwert (T-Wert) in Abhängigkeit von psychiatrischen Indikatoren und Epilepsie-Variablen

	Psychiatrische Vorgeschichte			
	Ohne	Mit	T-Test*	
BSI: Gesamtwert GSI	(n = 21)	(n = 67)	T	p
M ± SD	46.1 ± 14.3	51.6 ± 14.5	1.5	0.065
	Psychotrope Medikation			
	Ohne	Mit	T-Test*	
BSI: Gesamtwert GSI	(n = 57)	(n = 33)	T	p
M ± SD	48.4 ± 13.4	54.8 ± 15.7	2.1	0.022
	Anfallsfrequenz in den letzten sechs Monaten			
	Keine Anfälle	Anfälle	T-Test*	
BSI: Gesamtwert GSI	(n = 34)	(n = 57)	T	p
M ± SD	46.2 ± 15.5	53.3 ± 13.3	2.3	0.011
	Antiepileptika-Tolerabilität			
	Keine Probleme	Probleme	T-Test*	
BSI: Gesamtwert GSI	(n = 70)	(n = 19)	T	p
M ± SD	49.1 ± 14.4	56.2 ± 14.3	1.9	0.032

M: Mittelwert, SD: Standardabweichung
*einseitig

Abb. 1: BSI-Werte einer Subgruppe in Abhängigkeit von vorausgegangener psychiatrischer Klassifikation einer Neurose oder Psychose (T-Werte)

S: Somatisierung, Z: Zwanghaftigkeit, U: Unsicherheit, D: Depressivität, A: Angst, AG: Aggressivität, PA: Phobische Angst, PD: Paranoides Denken, P: Psychotizismus, GSI: Gesamtwert



Zusammenhang zwischen BSI-Werten und epilepsiebezogenen Variablen

Ein signifikant höherer globaler BSI-Gesamtwert fand sich im Vergleich zur Gruppe mit guter Anfallskontrolle bei der Gruppe, die in den sechs Monaten vor Befragung epileptische Anfälle gehabt hatte. Bei geringerer Tolerabilität der Antiepileptika war der globale BSI-Gesamtwert ebenfalls signifikant erhöht (Tabelle 2). Moderate Korrelationen bestanden zwischen den BSI-Werten und den PESOS-Skalen zu epilepsiebezogenen Problemen (Tabelle 3).

Tab. 3: Spearman-Korrelationskoeffizienten zwischen BSI-Skalen und PESOS-Skalen zu epilepsiebezogenen Problemen

BSI-Gesamtwert GSI	.32**	.46***	.45***	.55***
Somatisierung	.23*	.26*	.17	.32**
Zwanghaftigkeit	.29**	.47***	.32**	.46***
Unsicherheit im Sozialkontakt	.18	.46***	.47***	.49***
Depressivität	.10	.34***	.44***	.42***
Ängstlichkeit	.28**	.45***	.40***	.46***
Aggressivität	.24*	.47***	.24*	.41***
Phobische Angst	.35***	.32**	.39***	.39***
Paranoides Denken	.13	.45***	.35***	.41***
Psychotizismus	.27*	.32**	.37***	.40***
	Beeinträchtigungen durch die Epilepsie	**Epilepsiebezogene Angst**	**Stigma**	**Emotionale Anpassung an die Epilepsie**

*p < .05 ** p < .01 *** p < .001 (zweiseitig)

Diskussion

Das BSI war bei den Klienten mit leichter intellektueller Behinderung und Epilepsie in stationärer Betreuung in Form eines individuellen Interviews gut einzusetzen, die interne Konsistenz der Skala fiel zufrieden stellend aus. Vergleichbare Erfahrungen waren im englischsprachigen Raum bei Individuen mit leichter intellektueller Behinderung gemacht worden (KELLET et al. 2003). Entsprechend den Erwartungen waren die BSI-Werte gegenüber der Norm erhöht. Die Validität des Fragebogens zeigte sich darin, dass psychiatrische Vorgeschichte und aktuelle Psychopharmaka-Verschreibungen, mangelnde Anfallskontrolle, geringe Antiepileptika-Tolerabilität sowie ein größeres Ausmaß epilepsiebezogener Problemangaben mit höheren BSI-Werten einhergingen. Unklar bleibt die spezifische Bedeutung der Subskalen: Sie schienen primär das Ausmaß einer psychischen Störung zu reflektieren, wie Abbildung 1 zeigt, weniger die Art der Störung. Die besonders erhöhten Werte der Subskala Paranoides Denken könnten ein grundsätzliches Misstrauen reflektieren, das aus der Unvorhersehbarkeit von

Anfällen resultiert. Sie könnten aber auch Ausdruck der erlebten Abhängigkeit sein, die mit kognitiver Beeinträchtigung und stationärer Betreuung verbunden ist.
Insgesamt sprechen die Daten dafür, das BSI als Screeninginstrument für psychische Störungen oder als Baustein im Rahmen der individuellen Diagnostik auch bei Menschen mit leichter intellektueller Beeinträchtigung und Epilepsie in Betracht zu ziehen. Eine umfassende Darstellung der Untersuchung wurde an anderer Stelle veröffentlicht (ENDERMANN 2005).

Literatur

ENDERMANN, M. (2004): Die Erfassung epilepsiebezogener Probleme bei Menschen in Behinderteneinrichtungen mit dem PESOS-Fragebogen. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 13, 175-183.

ENDERMANN, M. (2005): The Brief Symptom Inventory (BSI) as a screening tool for psychological disorders in patients with epilepsy and mild intellectual disabilities in residential care. Epilepsy & Behavior, 7, 85-94.

FRANKE, G.H. (2000): Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis. Göttingen: Beltz.

KELLET, S., BEAIL, N., NEWMAN, D.W. & FRANKISH, P. (2003): Utility of the Brief Symptom Inventory in the assessment of psychological distress. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 16, 127-134.

MAY, T.W., PFÄFFLIN, M., THORBECKE, R., SPECHT, U., VAN KAMPEN, N. & COBAN, I. (2004): PESOS-Fragebogen für Menschen mit Epilepsie – Psychometrische Eigenschaften der Skalen zur Beeinträchtigung durch die Epilepsie und zu emotionalen Aspekten der Lebensqualität. Zeitschrift für Epileptologie, 17, 287-300.

Autor

Dr. Michael Endermann
v. Bodelschwinghsche Anstalten Bethel
Psychosozialer Dienst Stiftungsbereich Behindertenhilfe
Remterweg 58
33617 Bielefeld
michael.endermann@bethel.de

Therapeutische Wohngruppen für Erwachsene mit schwerwiegendem herausforderndem Verhalten - Evaluation eines Modellversuchs[9]

Friedrich Dieckmann

Ausgangsüberlegung

Schwerwiegendes herausforderndes Verhalten (SHV)

Herausfordernde Verhaltensweisen werden von den unmittelbar Beteiligten als schwerwiegend", „gravierend" oder „erheblich" erlebt und etikettiert, wenn sie dazu führen, dass Menschen sich selbst oder andere fortgesetzt gefährden oder beeinträchtigen. Das Zusammenleben gefährden vor allem aggressive Verhaltensweisen, die sich gegen andere Personen oder Sachen richten, selbstverletzendes Verhalten, Wut- und Gefühlsausbrüche, stark störendes Lautieren, dauerndes Schreien und Klagen, Kotschmieren und extrem zwanghaftes Verhalten. Rückzugs- oder in sich gekehrtes Verhalten (z. B. Inaktivität, Desinteresse) schränkt zwar die Lebensqualität der Individuen oft in größerem Ausmaße ein, wird aber von den Interaktionspartnern nicht als so bedrohlich für das Zusammenleben erlebt.
Menschen mit geistiger Behinderung werden relativ häufig herausfordernde Verhaltensweisen attestiert - oft im Zusammenhang mit der Diagnose einer zusätzlichen psychischen Störung. Je nach Untersuchung liegen die Prävalenzraten zwischen 30% und 50% (vgl. IRBLICH 2003, SARIMSKI 2005). Dagegen findet sich schwerwiegendes herausforderndes Verhalten vergleichsweise selten (vgl. ALLEN & FELCE 1999). Unveröffentlichte Erhebungen des Landesarztes für behinderte Menschen in Baden-Württemberg lassen auf eine Prävalenzrate von unter 3% bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung in Wohndiensten schließen.

Lebenssituation und fachliche Unterstützung

Geschichtlich betrachtet haben Beziehungsstörungen, die mit SHV einhergehen, häufig zum Ausschluss dieses Personenkreises aus vertrauten Lebenszusammenhängen im heimatlichen Gemeinwesen geführt. Während es für immer mehr Menschen mit geistiger Behinderung selbstverständlich geworden ist, gemeindeintegriert zu leben, wird diese Wohnalternative geistig behinderten Menschen mit SHV bis dato in der Regel verwehrt. Wohnortferne Groß- und Komplexeinrichtungen sind - oft unbeabsichtigt - zu überregionalen „Auffangbecken" für diesen Personenkreis geworden. Dort finden sich Menschen

[9] Ich danke Herrn Dipl.Psych.Christos Giovis für die Auswertung und Aufbereitung der Evaluationsdaten und für das Korrekturlesen meines Beitrags.

mit SHV immer häufiger in speziellen, homogen zusammengesetzten Wohngruppen für „Verhaltensauffällige“ wieder. Sie haben dann bereits eine mehr oder weniger lange „Heimkarriere“ durchlaufen. Der reintegrative Anspruch in solchen Dauerwohngruppen ist im Allgemeinen relativ gering.
Empirische Untersuchungen zeigen jedoch auch, dass mit einer Normalisierung der Lebensverhältnisse im Sinne der bloßen Erschließung gemeindeintegrierter Wohn- und Beschäftigungsmöglichkeiten herausfordernde Verhaltensweisen nicht einfach verschwinden (s. DALFERTH 1999). Personen mit SHV und ihre Bezugspersonen benötigen eine spezifische Unterstützung, um entlastet zu werden, um Interaktionen und Ressourcen neu zu strukturieren und wieder mehr Teilhabe am Leben in der Gesellschaft möglich zu machen.
Mittlerweile verfügen wir über ein beträchtliches Wissen über die Ausbreitung, Entstehung und Aufrechterhaltung herausfordernder Verhaltensweisen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit unterschiedlichen Ausgangsdiagnosen. Diese Erkenntnisse sind neurobiologischer, psychiatrischer, psychologischer und pädagogischer Provenienz. Es liegen Handlungsmethoden für das Assessment (verstehende Diagnostik), die Prävention, die Krisenintervention, die Beratung und Therapie bei herausfordernden Verhaltensweisen vor, die sich in der Praxis bewährt haben und z. T. auch empirisch abgesichert sind. Die Knackpunkt ist: In den zum Problem gewordenen Alltag der Menschen mit SHV und ihrer Bezugspersonen dringt dieses Wissen oft gar nicht vor. Die Betroffenen haben nur unzureichend Zugang zu Diensten, die auf der Grundlage des aktuellen Fachwissens interdisziplinär und gezielt mit ihnen zusammenarbeiten, die in regionale Hilfesysteme und personenzentrierte Hilfeplanungsprozesse eingebunden sind. Die psychiatrische und psychotherapeutische Regelversorgung in Deutschland (Krankenhäuser, Ambulanzen, niedergelassene Ärzte und Therapeuten) ist bis jetzt nicht in der Lage, diese Aufgaben zu übernehmen.
Für eine wirkungsvolle fachliche Unterstützung sind in verschiedenen europäischen Ländern 2 Typen spezialisierter Dienste entstanden:

1 Beratende Dienste, die die Betroffenen und ihr soziales Umfeld beraten und ggf. ergänzende Maßnahmen anstoßen (z. B. die Arbeit unabhängiger Consulententeams in den Niederlanden, vgl. EKELAAR 1999, BRAUN & STRÖBELE 2003).
2 Stationäre therapeutische Wohngruppen, die Menschen mit SHV vorübergehend, d. h. zeitlich befristet, aufnehmen. Dadurch werden die Beteiligten - so die Hoffnung - zunächst entlastet. Das Aufatmen und Innehalten schafft erst den Raum für eine verstehende Diagnostik. Therapeutisch-rehabilitative Maßnahmen können ausprobiert werden. Solche Angebote sind z. B. in Großbritannien untersucht worden (ALLEN & FELCE 1999).

Ziele und Bedingungen des Modellversuchs „Therapeutische Wohngruppen“

Im Jahre 2001 initiierten die damals noch bestehenden Landeswohlfahrtsverbände in Baden-Württemberg den Modellversuch „Therapeutische Wohngruppen“. Ziel des Modellversuches ist es, Menschen mit geistiger Behinderung und SHV, die sich oder andere durch ihr Verhalten erheblich beeinträchtigen oder gefährden, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft wieder zu ermöglichen. Der konkrete rehabilitative Auftrag besteht darin, Menschen mit SHV in nicht-aussondernde, allgemeine Wohndienste und Wohnformen wieder einzugliedern. Dieses Ziel soll im Rahmen eines zeitlich auf 3 Jahre befristeten Aufenthalts in einer Therapeutischer Wohngruppe (TWG) erreicht werden durch

3 die Wiederaktivierung bzw. Erweiterung der Kompetenzen der Personen mit SHV
4 die Lösung und Veränderung festgefahrener, sozial störender Verhaltensweisen
5 die gemeinsame Auswahl und Ausgestaltung einer zukünftigen Wohnumgebung und die Beratung der Beteiligten.

Rahmenbedingungen

Das Rahmenkonzept der Leistungsträger sieht vor, TWG als kooperierenden Wohngruppen mit jeweils 6 Bewohnern zu realisieren. Den Bewohnern steht ein interdisziplinär zusammengesetztes Team von Begleitern, Therapeuten und Beratern zur Verfügung. Neben (Heil-)Pädagogen und Psychologen sind in hohem Maße Psychiater (konsiliarisch oder als Teammitglied) in die Arbeit eingebunden. In Ergänzung zu den üblichen Beschäftigungsangeboten (Arbeitsbereich der WfbM, Förder- und Betreuungsbereich, Regiebetriebe) können die TWG eigene tagesstrukturierende Maßnahmen durchführen. Der Gesamtpersonalschlüssel (Zahlenverhältnis Mitarbeiter zu Bewohnern) liegt bei 1 zu 0,71; die Fachkraftquote bei über 80%. In den Gruppen mit 6 Bewohnern kann während des Tages eine Doppelbesetzung mit Personal realisiert werden. Das Raumprogramm sieht für jeden Bewohner Einzelzimmer, ausreichend Flächen für tagesstrukturierende Angebote, für Haushalts- und Wohnaktivitäten und einen Gartenbereich vor.
Von den Anbietern TWG wird der kompetente Umgang mit Krisensituationen erwartet. Sie haben zudem den Auftrag, sich in regionale Hilfesysteme „einzuklinken“. Die Anbieter haben die Freiheit, die Arbeit „ihrer“ TWG nach eigenen Vorstellungen zu konzipieren. Die erfolgreichen Programme zeichnen sich durch eine klare aufgabenbezogene zeitliche Strukturierung aus (Assessmentphase, therapeutische Phase, Eingliederungsphase).

Auswahl der Einrichtungen

An dem Modellversuch wurden 10 traditionsreiche Komplexeinrichtungen der Diakonie und der Caritas beteiligt, in denen vergleichsweise viele Menschen mit SHV leben. Einige dieser Einrichtungen haben über die Zeit weithin anerkannte

Kompetenzen im Umgang mit SHV erworben; wenige sind fest in regionale Hilfesysteme eingebunden.

Auswahl der Teilnehmer

In einer landesweiten Erhebung im Vorfeld des Modellversuchs hatte der Medizinisch-pädagogische Fachdienst der Landeswohlfahrtsverbände (MPD) 430 Erwachsene mit geistiger Behinderung und SHV in Baden-Württemberg identifiziert (Kriterien: schwerwiegende Gefährdung der eigenen oder fremder Personen, schwerwiegende Beeinträchtigung anderer Personen, Zerstörung von Sachen). Die Teilnehmer am Modellversuch rekrutierten sich aus diesem Personenkreis. Sie wurden von den Einrichtungen vorgeschlagen. Entscheidend für die Aufnahme waren der ausdrücklichen Teilnahmewunsch der Personen und ggf. der rechtlicher Betreuer und, dass die Einrichtung und der MPD eine Erfolgschance sahen. Menschen mit SHV, die in gemeindeintegrierten Wohndiensten oder bei Angehörigen leben, hatten in dem ersten Durchgang nur geringe Chancen, in den Modellversuch aufgenommen zu werden. Bis zum Juli 2005 nahmen 290 Erwachsene mit SHV am Modellversuch teil.

Fragestellung der Evaluation und methodisches Vorgehen

Fragestellungen der Evaluation

Therapeutische Wohngruppen sollen unter 3 Fragestellungen beschrieben und bewertet werden:

1. Effekte / Erfolgskontrolle

Welche Auswirkungen haben der Aufenthalt und die Begleitung in TWG auf die Teilnehmer mit SHV? Konkret: Inwieweit erfüllen TWG ihren Auftrag, Menschen mit SHV in nicht-aussondernde Wohnformen zu reintegrieren? Wie wirken sich TWG auf die Teilhabe von Menschen mit SHV in verschiedenen Lebensbereichen, auf ihre sozialen Beziehungen und die Entwicklung von Kompetenzen aus? Wie verändern sich die Anzahl, die Häufigkeit und das Gefährdungspotential herausfordernder Verhaltensweisen in TWG?

2. Differentielle Aspekte und Prognosefaktoren

Lassen sich Teilnehmer- oder Programmmerkmale identifizieren, die eine verlässliche Prognose über den Erfolg TWG erlauben?

3. Passung in regionale Hilfesysteme

Als ein Baustein unterstützender Dienste müssen TWG in regionale Hilfesysteme und personenzentrierte Hilfeplanungsprozesse verankert werden. Welche Elemente der TWG fördern, welche behindern die Inklusion von Menschen mit HV im Gemeinwesen und passgenaue Hilfen?

Auf der Basis der Ergebnisse sollen Empfehlungen für eine flächendeckende Unterstützung von Menschen mit geistiger Behinderung und SHV formuliert werden. Dabei sind auch Personenkreise mit HV zu berücksichtigen, die nicht im Modellversuch vertreten sind.

Untersuchungsplan

Zu 5 Messzeitpunkten vor und während des Aufenthalts einer Person in einer TWG wurden die Mitarbeiter in TWG und die Leitungen der Trägereinrichtungen in schriftlicher Form zu den Teilnehmern und dem Programm befragt. Messungen nach Verlassen der TWG (Katamnese) ließen sich nicht realisieren, so dass keine Aussagen über die zeitliche Stabilität der Effekte TWG getroffen werden können. Ein multiperspektivischer Untersuchungsansatz konnte bedauerlicherweise nicht realisiert werden. Kognitive Daten von den Teilnehmern selbst und von nicht-professionellen Bezugspersonen (Angehörige, Freunde) liegen nicht vor. Zum Einsatz kamen 5 verschiedene Erhebungsinstrumente (vgl. Tab. 1):

1. Dokumentationsbogen „Lebenssituation & herausforderndes Verhalten“

Zu jedem Messzeitpunkt erfasst der Bogen Angaben zur Wohnsituation, zu den Mitarbeitern, zur Tagesstruktur, zu sozialen Beziehungen und Kompetenzen der Teilnehmer, zu Verhaltensproblemen, zu Bewohner bezogenen Zielsetzungen und Maßnahmen. Zum Zeitpunkt 1 werden zusätzlich Fragen zur Wohnbiographie, zur Art der Behinderung und zu evt. psychischen Störungen des Teilnehmers gestellt. Ab dem Zeitpunkt 2 - kurz nach dem Einzug in eine TWG - waren die Zielsetzung im Hinblick auf die zukünftige Wohnform und die geplanten Maßnahmen zu dokumentieren. Ab Zeitpunkt 3 (nach 1 Jahr Aufenthalt in der TWG) hatten die Mitarbeiter die bisherige Entwicklung, die Veränderung der Lebenssituation und der Verhaltensprobleme der Teilnehmer einzuschätzen.

2. Standardisierte Erfassung des herausfordernden Verhaltens

Der Bogen lehnt sich an ein von KÜHN, METZLER & RAUSCHER (2002) verwandtes Erhebungsinstrument an und umfasst

6 ein Verhaltensinventar mit 75 Verhaltenskategorien: Unterschieden wird zwischen Auffälligkeiten mit selbstgefährdendem Charakter (27 Kategorien), Beeinträchtigungen anderer Personen (21), Gefährdungen der Sicherheit anderer Personen (18), Aggressionen gegenüber Sachobjekten (3), Beeinträchtigungen im Leistungsbereich (6).

1. Einschätzungsskalen für als schwerwiegend bewertete herausfordernde Verhaltensweisen

3. Erhebungsbogen zum Hilfebedarf von Menschen mit geistiger Behinderung- Wohnen

Der HMB-W Bogen wird von jedem Wohndienst routinemäßig ausgefüllt. Er dient der differentiellen Erfassung des individuellen Hilfebedarfs für die Zuordnung von Leistungsberechtigten zu Personengruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf. In der Evaluation werden die Daten ergänzend zur Analyse personenbezogener Prognosefaktoren verwendet.

4. Reintegrationsprognose

Nach 2 Jahren wurden die Mitarbeiter TWG gebeten, für jeden verbliebenen Teilnehmer die Möglichkeit und Zeitdauer bis zur Reintegration in nicht-aussondernde Wohnformen vorauszuschätzen (dreistufige „Ampelprognose“).

5. Abschlussbefragung der Träger

Die Fragen beziehen sich auf die Konzeption und Arbeitsorganisation TWG, die Bewertung der erreichten Ergebnisse, Bedingungen und Barrieren für eine erfolgreiche Reintegration, die Ausgestaltung einer regionalen Versorgungsstruktur und generelle Empfehlungen für ein zukünftiges Hilfeangebot.

Tab. 1: Zeitpunkte, Befragte und Instrumente der Datenerhebung

Erhebungs-instrument	Zeitpunkt der Erhebung				
	Zeitpunkt 1	*Zeitpunkt 2*	*Zeitpunkt 3*	*Zeitpunkt 4*	*Zeitpunkt 5*
	vor Aufnahme in TWG	**6-12 Wochen nach Aufnahme in TWG**	**1 Jahr nach Aufnahme in TWG**	**2 Jahre nach Aufnahme in TWG**	**bei Auszug bzw. 3 Jahre nach Aufnahme**
	MA des bisherigen Wohn-dienstes	**MA der TWG**	**MA der TWG**	**MA der TWG Leitung des Trägers**	**MA der TWG**
Dokumentations-bogen zur Lebenssituation	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**
Erfassung herausfordernden Verhaltens	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**
HMB-W	**x**		**x**		**x**
Reintegrations-prognose				**x**	
Abschlussbefragung der Träger				**x**	

Die Stichprobe, die der Auswertung zugrunde liegt, umfasst 255 Teilnehmer. Nicht berücksichtigt werden 35 „Nachrücker“, die ab Mitte 2004 frei gewordene Plätze im Modellversuch eingenommen haben. Je nach Instrument und Messzeitpunkt schwankt die Rücklaufquote zwischen 80% und 100%. Quantifizierbare Daten wurden deskriptiv statistisch, in selten Fällen auch inferenzstatistisch ausgewertet. Antworttexte wurden mit Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach MAYRING (2002) kategorisiert.

Ergebnisse

Merkmale der Teilnehmer

62% der 255 untersuchten Teilnehmer sind Männer, 38% Frauen. Die Teilnehmer sind im Mittel 39 Jahre alt (Mittelwert). Die 36- bis 45-Jährigen bilden die größte Altersgruppe (37%), gefolgt von den 26- bis 35-Jährigen (24%) und den 46- bis 55-Jährigen (22%). Nur 12 Personen (5%) sind älter als 55 Jahre. Alle Teilnehmer

haben das 18. Lebensjahr vollendet und gelten als geistig behindert. 18% der Teilnehmer werden als „leicht“, 39% als „mittelgradig“, 31% als „schwer“ und 9% als „schwerst geistig behindert“ bezeichnet. Bei 148 Teilnehmern (58%) wird zusätzlich eine psychische Störung gemäß ICD-10 diagnostiziert. Personen mit schizophrenen Störungen bilden die größte Untergruppe (21% aller Teilnehmer); 10% wird eine autistische Störung attestiert (Kanner- oder Asperger-Typ oder atypisch). Knapp die Hälfte der Teilnehmer (49%) ist in der vierten von 5 Hilfebedarfsgruppen (HBG) des HMB-W eingruppiert (hoher Hilfebedarf). 28% gehören der HBG 5und 18% der HBG 3 an. Im Kontrast dazu sind nur 29% der Teilnehmer in die Pflegeversicherungsstufen 1 bis 3 eingeordnet (18% in Pflegestufe 1). Allerdings liegen für 18% der Teilnehmer keine diesbezüglichen Angaben vor.
75% der Teilnehmer sind vor dem 21. Lebensjahr in eine stationäre Einrichtung gezogen; nur 7% waren älter als 30 Jahre. Die Teilnehmer sind überwiegend in ihrer Schulzeit vom Elternhaus in ein Heim gezogen - in den meisten Fällen die jetzige Wohneinrichtung. 74% der Teilnehmer wurden einmal oder mehrmals in einem psychiatrischen Krankenhaus stationär behandelt.

Tab. 2: Verbreitung SHV unter den Teilnehmern 6-12 Wochen nach Einzug in die TWG

Rangreihe schwerwiegend bewerteter herausfordernder Verhaltensweisen
Zeitpunkt 2 (243 Personen)

Anzahl der Nennungen	Anteil %	bewertete herausfordernde Verhaltensweise
88	36%	Handgreifliche Wutausbrüche
84	35%	Rituelles Verhalten, zwanghafte Verhaltensweisen
73	30%	Schlagen, Treten, Kneifen
65	27%	Ständige motorische Unruhe, Körperbewegungen im Einschlafstadium
64	26%	Andauerndes Fragen und Klagen
59	24%	Zerstören von eigenem oder fremdem Eigentum
56	23%	Anhaltendes Schreien, Brummen, Lautieren
55	23%	Beißen, Kratzen (sich selbst)
54	22%	Geringe Konzentrationsfähigkeit, fehlende Ausdauer
51	21%	Distanzloses Verhalten, anfassen anderer

Die Tabelle 2 gibt an, wie verbreitet HV unter den Teilnehmern sind, die von den Mitarbeitern als besonders schwerwiegend bewertet werden. Aufgeführt sind die 10 häufigsten SHV zum Zeitpunkt 2. Neben körperlich-aggressivem oder selbstverletzendem Verhalten zeigen viele Teilnehmer andauernde und / oder

zwanghafte Verhaltensweisen, die auf Andere im direkten Zusammenlebenextrem beeinträchtigend wirken.

Auftrag und Maßnahmen

Aus Sicht der Träger war der rehabilitative befristete Auftrag hilfreich für die Konzipierung der TWG und die Kooperation der Mitarbeiter. Zu einer Verankerung der TWG in regionale Hilfesysteme ist es in der Laufzeit des Modellversuchs jedoch nicht gekommen. Das hängt zum einen damit zusammen, dass die erste Generation der Bewohner TWG sich überwiegend aus Einrichtungen der Träger selbst rekrutiert hat. Zum anderen existieren nur in wenigen Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs regionale Verbundsysteme in der Geistigbehindertenhilfe, die einen verbindlichen Charakter für die Begleitung im Einzelfall haben. Große traditionelle Komplexeinrichtungen - die Träger TWG im Modellversuch - sind eher selten Bestandteil gemeindenaher Verbünde.
Wie die Träger den rehabilitativen Auftrag mit den gegebenen Ressourcen umsetzen, blieb ihnen weitgehend selbst überlassen. Die Verschiedenartigkeit der realisierten „Programme“ ist gewollt, um nicht zu früh durch eine Standardisierung innovative Lösungswege zu blockieren. Gleichwohl ist die Schnittmenge von Maßnahmen groß, die in vielen Programmen anzutreffen sind. Und es kristallisieren sich Elemente guter und erfolgreicher Praxis heraus.
In einer Art idealtypischen Zusammenschau sind in der Tabelle 3 Arbeitschritte und Maßnahmen in TWG wiedergegeben. Wie Maßnahmebereiche gewichtet und konkretisiert werden, ist von Träger zu Träger und selbstverständlich auch Individuum zu Individuum unterschiedlich. Die Kategorisierung beruht auf einer Auswertung der offenen Angaben zu geplanten Maßnahmen in 60 Dokumentationsbögen zum Zeitpunkt 2 und einer diesbezüglichen Auswertung der Abschlussbefragung unter den Trägern. Mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach MAYRING (2003) wurde für beide Quelltexte jeweils ein Kategoriensystem entwickelt. Die zwei Kategoriensysteme wurden dann in ein einziges überführt.
Eine steuernde Funktion hat die Hilfeplanung, die sich idealiter personenzentriert an den Bedürfnissen der Menschen mit SHV und ihrer Bezugspersonen und an den Gegebenheiten ihrer Lebenswelten orientiert. Im Modellversuch ist die Hilfeplanung mit einer interdisziplinären Diagnostik verbunden, die pädagogische, psychologische und psychiatrische Verstehenszugänge zusammenbringt. Psychiater werden als „Teammitglieder“ häufiger, länger und intensiver in die Hilfeplanung und Begleitung einbezogen, als dass vorher in den Wohndiensten üblich war. Die personale Verantwortung eines Teammitglieds für die Fallsteuerung ist ein weiterer Eckstein für eine erfolgreiche Arbeit (im Sinne eines „Case Management“).
Die Maßnahmen selbst zielen, *erstens*, auf die Individualisierung und Bereicherung des Alltagslebens einer Person und auf die Unterstützung bei der Gestaltung ihrer sozialen Beziehungen innerhalb und außerhalb der TWG.
Ein Gutteil der als unverträglich erlebten Verhaltensweisen erscheint durch institutionelle Strukturen mit bedingt zu sein. Zugunsten einer individualisierten Lebensführung und Begleitung werden kollektive Regeln gelockert, Räume unter

Gesichtspunkten der Privatheit differenziert, Tagesabläufe flexibilisiert, Assistenz und Unterstützung personalisiert. Folgerichtig legen viele TWG Wert auf ein höheres Maß an individueller Selbstbestimmung und auf die Ausschöpfung kommunikativer Möglichkeiten (Kommunikationstechniken und -gelegenheiten).

Tab. 3: Idealtypische Zusammenschau von Arbeitschritten und Maßnahmen in TWG

Individuumbezogene Maßnahmen für die Veränderung auffälliger Verhaltensweisen und zur Förderung der Reintegration in nicht-aussondernde Wohnformen
1. Hilfeplanung • multiprofessionelles Assessment mit Teilnehmern und deren Bezugspersonen als fortlaufender Prozess • multidisziplinäre Diagnostik (psychiatrisch-medizinisch, psychologisch, pädagogisch) • Verantwortlicher für Prozesssteuerung („Case Manager“)
2. räumliche Bedingungen in der TWG
3. soziale Bedingungen • Größe und Zusammensetzung der Bewohnerschaft • Personal: Besetzung, Qualifikation, Entwicklung
4. Allgemeine pädagogische Maßnahmen • Selbstbestimmung & Kommunikationsförderung
5. Gestaltung sozialer Beziehungen **innerhalb und außerhalb der TWG, zu Angehörigen**
6. Strukturierung, Individualisierung und Bereicherung des Alltags • Strukturierung des Alltags • Individuelle Begleitung/ Einzelangebote • Selbstbestimmung und Anforderungen bei Aktivitäten • Arbeit und Beschäftigung: WfbM, FuB, Schule • (Teilnahme, Individualisierung und Flexibilisierung der Teilnahme) • Freizeitangebote außerhalb der TWG
7. Spezielle Maßnahmen bezogen auf Problemverhalten • intensive Kommunikation und Beratung • Veränderung des sozial-interaktiven Handelns der Teilnehmer • Aufbau schützender oder ausgleichender Verhaltensweisen • Regulierung des Anforderungsniveaus von Situationen & Aufgaben • Umgang mit auffälligen Verhaltensweisen • ärztliche Diagnostik, Begleitung und Medikation • Psychotherapie
8. Integration in andere Wohnformen • Vorbereitung: Klären der Bedingungen für ein Wohn- und Hilfearrangement, Suche und Entscheidungsprozess der direkt Betroffenen, Probewohnen, vorbereitende Unterstützung der Personen im neuen Wohnsetting • Einzug und Einleben: personelle Begleitung, strukturierte Kommunikation zwischen allen Beteiligten

Die Individualisierung bezieht sich neben dem Wohnen auch auf sog. tagesstrukturierende Angebote wie die WfbM und den Förder- und

Betreuungsbereich (FuB). Die Nutzung dieser Arbeits- und Beschäftigungsangebote außerhalb der Wohnung ist ein wichtiger Schritt für die Reintegration in andere Wohnformen.
Zweitens beziehen sich Maßnahmen auf die Verhaltensweisen, die mit Störungen im sozialen Umfeld einhergehen. Der Person soll Kontrolle über ihr Verhalten (zurück)gewinnen und schützende oder ausgleichende Handlungsalternativen entwickeln. Im Umgang mit als problematisch erlebten Verhalten spielen die direkte Kommunikation mit den Bezugspersonen, die Regulierung situativer Anforderungen, die gemeinschaftliche Ausarbeitung eines Kriseninterventionsplans, eine psychotherapeutische Begleitung und die medikamentöse Behandlung eine wichtige Rolle.
Einige Einrichtungen haben ausgefeilte Handlungskonzepte für die Auswahl und den Umzug in ein zukünftiges Wohn- und Hilfearrangement entwickelt. Zu den Aufgaben der TWG gehören die Klärung, ob die Bedingungen hinreichend unterstützend sind, die Beratung im Entscheidungsprozess (z. B. im Rahmen eines Probewohnens) sowie die direkte Hilfe der umziehenden Person und ihrer sozialen Bezugspersonen während des Einlebens (z. B. durch die Fortsetzung der Begleitung durch den vertrauten Bezugsbetreuer).

Effekte

Teilhabe: Reintegration in allgemeine Wohnformen und -dienste

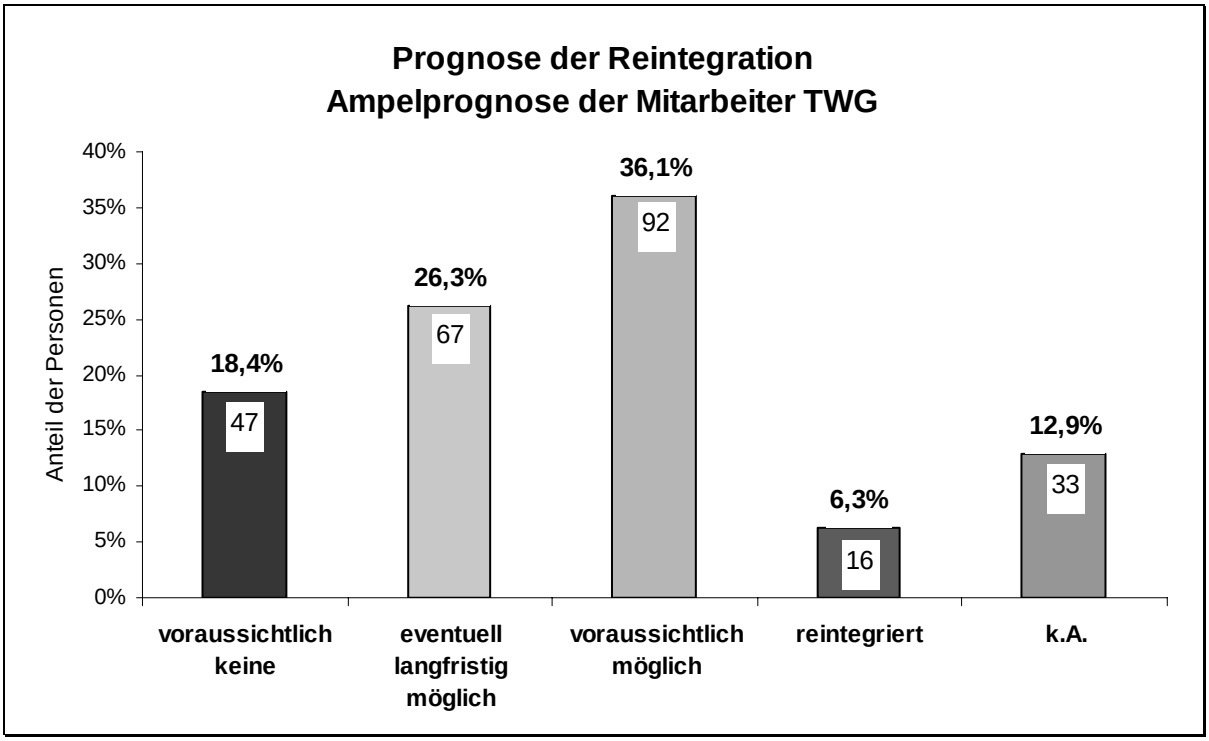
Als „Erfolg“ werden nur Umzüge von Teilnehmern aus einer TWG in allgemeine Wohnformen gewertet, wenn die Mitarbeiter der TWG angeben, dass die angestrebten Verhaltensänderungen zumindest teilweise erreicht wurden. Nicht als

Tab. 4: Anzahl der Teilnehmer pro Einrichtung nach 3 Jahren, die mit Verhaltensverbesserungen integriert wohnen (Erfolg)

Erfolgsbewertung nach Einrichtungen					
	Erfolg		**kein Erfolg**		**Gesamt**
Einrichtung 01 (A)	11	*37%*	19	*63%*	**30**
Einrichtung 02 (E)	1	*11%*	8	*89%*	**9**
Einrichtung 03 (B)	0	*0%*	9	*100%*	**9**
Einrichtung 04 (H)	32	*71%*	13	*29%*	**45**
Einrichtung 05 (F)	21	*95%*	1	*5%*	**22**
Einrichtung 06 (G)	0	*n.a.*	0	*n.a.*	**0**
Einrichtung 07 (D)	23	*88%*	3	*12%*	**26**
Einrichtung 08 (C)	1	*5%*	19	*95%*	**20**
Einrichtung 09 (K)	8	*47%*	9	*53%*	**17**
Einrichtung 10 (L)	6	*60%*	4	*40%*	**10**
Gesamt:	***103***	***55%***	***85***	***45%***	***188***

Erfolg der Arbeit TWG gelten Auszüge in andere Wohnformen, ohne dass die Teilnehmer zumindest teilweise ihr Verhalten verändert haben. Umzüge ohne Verhaltensänderung fanden kurz vor dem Auslaufen des Modellversuchs - quasi „gezwungenermaßen" - häufiger statt.
Insgesamt konnten 55 % der Teilnehmer (103 Personen) mit Verhaltensverbesserungen in allgemeine Wohnformen integriert werden (s. Tab. 4). Nach zweijähriger Laufzeit hatte die Reintegrationsquote - noch inkl. der Auszüge ohne Verhaltensänderung - nur bei 16 % gelegen (35 von 237 Personen). Anscheinend hat das nahe Ende des Modellversuchs die Suche und die Ausgestaltung von geeigneten Wohnsettings verstärkt. Während die Reintegrationsquote im dritten Jahr deutlich steigt, stellen sich die Verhaltensänderungen bei den Teilnehmern vor allem im ersten und zweiten Jahr ein.
Die tatsächliche Reintegrationsquote deckt sich in etwa mit der Prognose der Reintegration, die die Einrichtungen nach zweijähriger Laufzeit im Sommer 2004 abgegeben hatten (s. Abb. 1).

Abb. 1: Prognose der Integration der Teilnehmer in „normale" Wohnsettings durch die Mitarbeiter TWG im Sommer 2004



Auf einer dreistufigen Skala sollte die Wahrscheinlichkeit einer Reintegration in „normale" Wohnsettings angegeben werden: voraussichtliche Reintegration (grün), Reintegration eventuell langfristig möglich (gelb), voraussichtlich keine Reintegration möglich (rot).

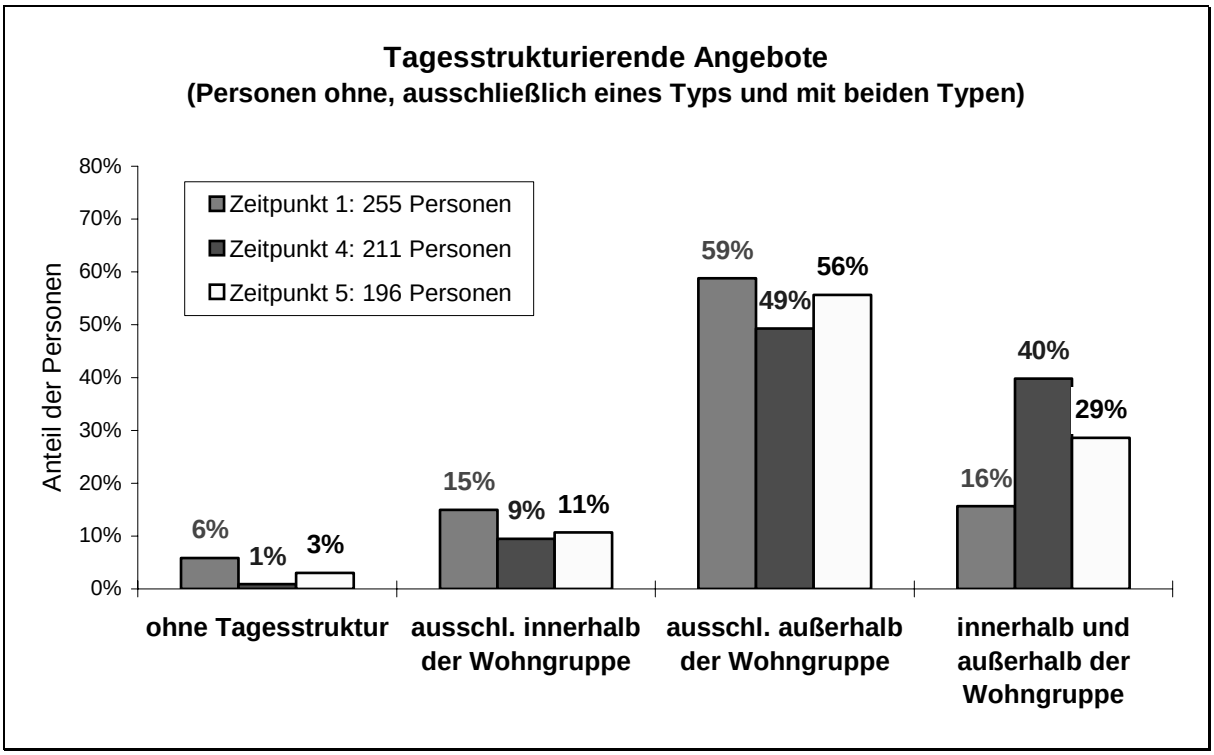
Teilhabe: (Tages-)Beschäftigung

Ein wichtiger Schritt für die Reintegration im Wohnen ist die Beibehaltung oder Wiederaufnahme einer Beschäftigung außerhalb der Wohnung. 85% der

Teilnehmer sind zum Abschluss des Modellversuchs außerhalb der TWG beschäftigt (s. Abb. 2). Von ihnen arbeiten 41% im Arbeitsbereich einer WfbM. 39% sind in einem Förder- und Betreuungsbereich, 17% in Regiebetrieben oder heilpädagogischen Fördergruppen beschäftigt. Die hohe Integrationsquote in Beschäftigungsangebote wurde erreicht durch

7 eine Flexibilisierung der Beschäftigungszeiten. 56% der Teilnehmer arbeiten bis zu 4,5 Stunden täglich, nur 17% Vollzeit in der WfbM bzw. anderen Beschäftigungsangeboten.
8 eine Anpassung der Arbeits- bzw. Beschäftigungsplätze und der betrieblichen Regelungen an die individuellen Kompetenzen und Bedürfnisse der Teilnehmer,
9 eine stärkere Unterstützung individueller Tagegestaltungen, die von der TWG organisiert werden, in der verbleibenden „freien" Zeit.

Abb. 2: Anteil der Teilnehmer in tagesstrukturierenden Angeboten



Der Modellversuch eröffnet den Teilnehmern und Mitarbeitern der TWG zusätzliche Möglichkeiten, für Begleitung individuell strukturierter Tagesläufe. Die von den TWG organisierten Maßnahmen nehmen täglich 1 bis 4 Stunden in Anspruch. Diese Maßnahmen werden in Erwartung des Umzugs in andere Wohnformen zugunsten einer Erhöhung der Beschäftigungszeit außerhalb der TWG reduziert.

Teilhabe: Soziales Netzwerk der Bewohner

Der Anteil der Teilnehmer mit Kontakten zu Angehörigen blieb über alle Zeitpunkte hinweg in etwa konstant bei 85% (± 1%). Von diesen Teilnehmern stehen 60% wöchentlich bis monatlich in Kontakt zu Eltern und/oder Geschwistern - andere Verwandtschaftskontakte fallen zahlenmäßig kaum ins

Gewicht. Die Angehörigenkontakte sind über die Modelllaufzeit erhalten geblieben, haben sich im Schnitt aber nicht intensiviert.
Nur 29% der Teilnehmer unterhalten freundschaftliche Kontakte zu Mitbewohnern (Messzeitpunkt 5). Schon in der Herkunftswohngruppe war dieser Anteil mit 28% gering (Zeitpunkt 1). Dagegen ist der Prozentanteil der Teilnehmer mit freundschaftlichen Beziehungen außerhalb der Wohngruppe von 18% (Zeitpunkt 1) auf 26% (Zeitpunkt 5) gestiegen. Das überrascht zunächst, ist doch ein Umzug in der Regel mit einer Neuorganisation sozialer Beziehungen verbunden. Da die meisten Neubewohner TWG ihr bisheriges Wohnumfeld, das Gelände einer Komplexenrichtung, nicht verlassen haben, kommt es seltener zu Beziehungsumbrüchen als erwartet. Alte Beziehungen werden weiter gepflegt. Neben anderen Faktoren mag das zum Anstieg der - immer noch bescheidenen - Teilnehmerzahl mit Bekannten und Freunden außerhalb der TWG beigetragen haben.
Mit zunehmender Wohndauer sind bei einer wachsenden Zahl von Bewohnern persönliche Präferenzen zu Mitarbeitern erkennbar. Aus Sicht der Mitarbeiter bevorzugen 56% der Teilnehmer eindeutig bestimmte Mitarbeiter in der Wohngruppe. 37% haben eindeutige Präferenzen unter den Mitarbeitern in anderen Lebensbereichen. Die Aufrechterhaltung bzw. Entwicklung persönlicher Beziehungen zu Assistenten / Betreuern ist ein wichtiger rehabilitativer Faktor, der für eine effektive zukünftige Lösung genutzt werden sollte.

Kompetenzen

Zu jedem Messzeitpunkt wurden vier Kompetenzen auf einer vierstufigen Skala abgefragt. Zu Verbesserungen im Sprachverständnis kam es bei 22% der Teilnehmer, 17,5% zeigen eine verbesserte Sprechfähigkeit. Die Frustrationstoleranz stieg bei 28% der Teilnehmer und für besser lenkbar werden 33% der Teilnehmer gehalten. Bei wenigen Teilnehmern kam es zu Verschlechterungen (3 bis 9% je nach Kompetenz). Die verbesserten Kompetenzeinstufungen können transaktional gedeutet deuten. Im Laufe der Zusammenarbeit entwickeln und vertiefen Bewohner und ihre professionellen Begleiter sprachliche und nicht-sprachliche Kommunikationswege. Sie verstehen es immer besser, das eigene Verhalten und das des Gegenübers zu regulieren (Vermeiden eskalierender Interaktionen, Prävention HV).

Herausforderndes Verhalten

Häufigkeit herausfordernder Verhaltensweisen eines Bewohners

Im Verlauf des Modellversuches nimmt die (durchschnittliche) Anzahl herausfordernder Verhaltensweisen der Teilnehmer bis zum Zeitpunkt 4 kontinuierlich ab (s. Tab. 5). Mit den Daten wurden t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt. Dabei wurden die Mittelwerte aller Zeitpunkte wechselseitig miteinander verglichen. Mit Ausnahme des Unterschiedes zwischen Zeitpunkt 4 und 5 erweisen sich alle Mittelwertsunterschiede signifikant auf dem

1%-Niveau. Über die Zeit ist eine statistisch bedeutsame Reduktion der herausfordernden Verhaltensweisen von 22 auf 17 zu beobachten.

Tab. 5: Entwicklung der Anzahl herausfordernder Verhaltenweisen der Teilnehmer

Anzahl herausfordernder Verhaltensweisen eines Bewohners				
Zeitpunkt	**Mittelwert**	**Median**	**Standard-abweichung**	**Reduktion von HV hinsichtlich vorherigem Zeitpunkt**
1	22,730	22	8,961	
2	19,657	18	9,329	– 526
3	19,376	18	9,796	– 244
4	18,434	17	8,675	– 203
5	18,736	17	8,391	– 54

Häufigkeit und Gefährdungspotenzial des SHV

Die Häufigkeit der als schwerwiegend bewerteten Verhaltensweisen nimmt über die Zeitpunkte ab (vgl. Abb. 3). Vermehrt wird beobachtet, dass solche Verhaltensweisen gar nicht mehr oder nur noch ein- bis zweimal im Monat auftreten. Entsprechend fällt die Häufigkeit der SHV, die „unentwegt" -d. h. öfter als zweimal täglich - gezeigt werden von anfänglich 29% auf nur noch 12% zum Zeitpunkt 4. Gleichzeitig nimmt das Gefährdungspotential des SHV ab. Führten vor dem Einzug in die TWG 27% der als schwerwiegend bewerteten Verhaltensweisen zu hochkritischen Situationen, sind es vor dem Auszug (Zeitpunkt 5) noch 14%. Der Anteil der SHV, die eine eher leichte Gefährdung nach sich ziehen, steigt von 32% auf 48% (vgl. Abb. 4).

Abb. 3: Entwicklung der Häufigkeit der als schwerwiegend bewerteten herausfordernden Verhaltensweisen der Teilnehmer

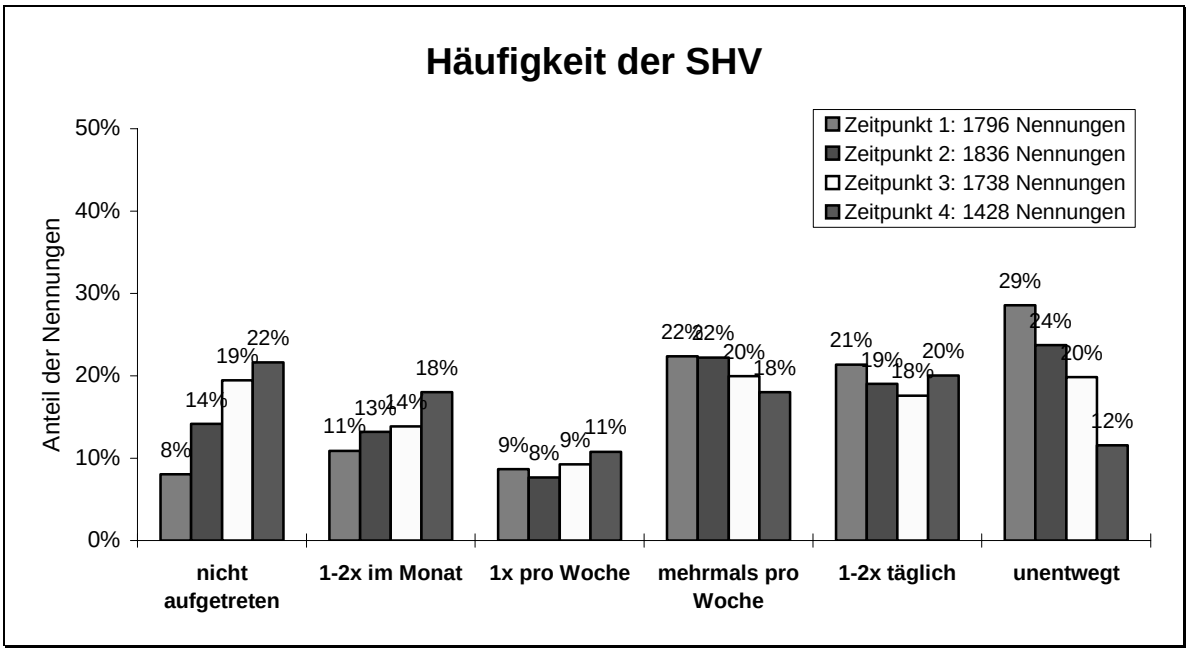
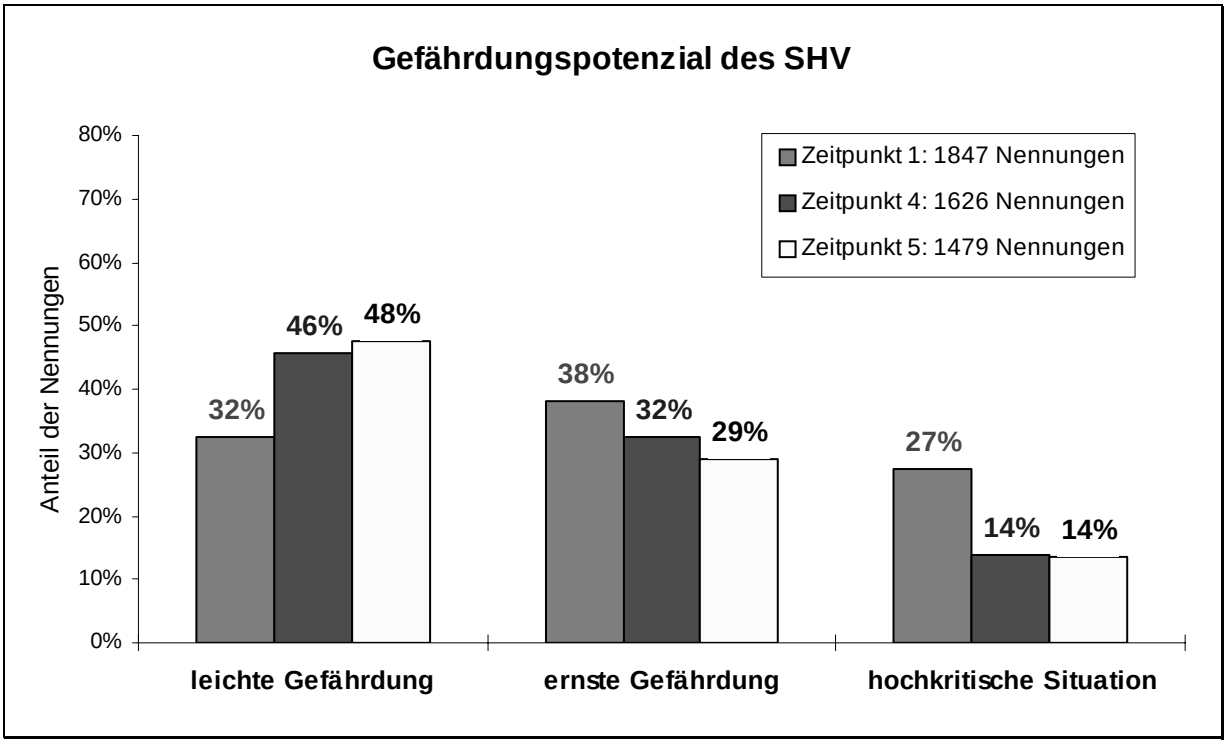


Abb. 4: Entwicklung des Gefährdungspotenzials der als schwerwiegend bewerteten herausfordernden Verhaltensweisen der Teilnehmer



Zielerfüllung bei angestrebten Verhaltensänderungen

Zum Zeitpunkt 5 gaben Mitarbeiter der TWG an, dass bei 19% der Teilnehmer die Zielsetzung hinsichtlich der angestrebten Verhaltensänderungen vollständig und bei 61% teilweise erreicht wurde. Bei 16% der Teilnehmer wurden hingegen kaum Fortschritte registriert.

Medikation

93% der Teilnehmer nehmen regelmäßig Psychopharmaka; 63% bei Bedarf. Im Mittel nehmen die Teilnehmer regelmäßig 2,8 Medikamente zu sich. Dieser Kennwert ändert sich im Laufe des Modellversuchs nicht. Auf der Ebene der Einzelpersonen kommt es jedoch laufend zu Anpassungen der Medikation. Z.B. verändert sich die Anzahl der regelmäßig eingenommenen Medikamente bei 86 Personen.

Freiheitsentziehende Maßnahmen

Zu den freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM) zählen Fixierungen der Teilnehmer und „Auszeiten". Unter einer „Auszeit" (time out) ist eine vorübergehende Beschränkungen des Bewegungsfreiraums eines Teilnehmers (z. B. auf ein Zimmer) zu verstehen. Über alle Personen hinweg betrachtet, kam es zu einer deutlichen Abnahme der FEM zwischen den Zeitpunkten 1 und 5. Wurden vor Einzug in die TWG bei 69% der Teilnehmer FEM angewandt, so ist das vor dem Auszug aus der TWG noch bei 49% der Fall. Die Anzahl der regelmäßig oder

bei Bedarf fixierten Personen ging von 57 auf 27 zurück. Zum Zeitpunkt 5 wurden „Auszeiten“ regelmäßig bei 22 Personen eingesetzt, vor Einzug in die TWG bei 47 Personen.

Stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Krankenhäusern

Sowohl die Anzahl wie die Länge stationärer Psychiatrieaufenthalte ist bei den Teilnehmern drastisch gesunken. Beispielsweise registrierte eine Einrichtung bei „ihren“ 30 Teilnehmern im Jahr vor Beginn des Modellversuchs 11 Psychiatrieaufenthalte mit insgesamt 643 Tagen, im ersten Jahr der TWG nur 1 Aufenthalt mit 1 Tag, im zweiten Jahr dann 1 Aufenthalt mit einer Verweildauer von 5 Tagen.

Einschätzung der Lebenssituation

Nicht überraschend ist, dass sich laut Einschätzung der Mitarbeiter die Lebenssituation zum Zeitpunkt 5 im Vergleich zur Aufnahme in die TWG bei 64% der Teilnehmer verbessert hat, bei 14% sogar stark verbessert. Bei 19% der Teilnehmer ist sie gleich geblieben und nur bei 2% wird eine Verschlechterung wahrgenommen.

Prognosefaktoren für die Reintegration

Gibt es Personen- oder Programmmerkmale, die eine verlässliche Prognose des Erfolgs einer TWG erlauben? Auf der Basis der Daten zum Zeitpunkt 4 liegen erste Analysen zum Vorhersagewert von Teilnehmermerkmalen vor. Da zum Zeitpunkt 4 (2 Jahre nach Bezug der TWG) nur wenige Teilnehmer bereits erfolgreich in andere Wohnformen integriert waren, wird die „Ampelprognose“ (Vorhersage der Reintegration durch die Mitarbeiter zum Zeitpunkt 4) als Zielerreichungskriterium verwendet.
Personenspezifische Variablen aus dem Dokumentationsbogen zur Lebenssituation, aus dem Erfassungsbogen für HV und aus dem HMB-W wurden zusammen mit der Variable der Ampelprognose einer Faktorenanalyse unterzogen. Maßgeblich für die Einschätzung des prognostischen Gewichts ist bei dieser Methode, die Ladung der einzelnen Variablen auf dem Faktor, der das Zielkriterium „Reintegration“ abbildet. Programmspezifische Merkmale wurden noch nicht statistisch untersucht. Es gibt aber offensichtlich Programme, die mehr, und andere, die weniger erfolgreich sind im Hinblick auf die reintegrative Zielsetzung. Tab. 6 fasst die vorläufigen Ergebnisse zusammen:
Entgegen verbreiteter alltagspsychologischer Annahmen lassen sich keine einfach diagnostizierbaren, zeitlich stabilen Kriterien finden, die eine verlässliche Prognose erlauben (z. B. Schweregrad der geistigen Behinderung, Alter usw.). „Gute“ Prognosefaktoren sind eher Prozessvariablen, die das Entwicklungsstadium einer mit SHV einhergehenden Mensch-Umwelt Störung markieren. Entscheidend scheint zu sein, dann mit individuell zugeschnittenen Maßnahmen zu beginnen,

Tab. 6: Personenspezifische Faktoren zur Vorhersage des Erfolgs Therapeutischer Wohngruppen

Keine „guten" Prognosefaktoren	Faktoren mit prognostischem Gewicht
• Schwere der geistigen Behinderung	• Anzahl herausfordernder Verhaltensweisen
• Alter	• Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen
• Länge des Heimaufenthalts	• Frustrationstoleranz
• Vorhandensein einer psychischen Störung („duale Diagnose")	• Lenkbarkeit
• Vorhandensein sozialer Beziehungen zu Angehörigen, Freunden, Mitbewohnern, Mitarbeitern	• spezifische Auffälligkeiten mit o selbstgefährdendem Charakter (Rückzug durch Selbststimulation, absichtliches Fallen) o mit Beeinträchtigungen anderer Personen (Urinieren, Kotschmieren, inädaquates An- und Ausziehen, Eindringen in fremde Räume, Zerreißen von Kleidungsstücken)
• HMB-Gesamtscore	
• HMB-W Item: o Umgang mit psychiatrischen Symptomen	• HMB-W Items: o Bewältigung von Angst, Unruhe, Spannungen o Bewältigung erheblich selbst- und fremdgefährdender Verhaltensweisen o Gestaltung von Beziehungen im Nahbereich Kommunikation: sich sprachlich verständlich machen, Orientierung in einer vertrauten und in einer fremden Umgebung o Freizeitgestaltung: Eigenbeschäftigung, Teilnahme an Angeboten und Veranstaltungen, Begegnung mit sozialen Gruppen / fremden Personen o Ordnung im eigenen Bereich

wenn das Problem noch auf wenige Lebensbereiche eingeschränkt ist und die Person noch über eigene Steuerungsmöglichkeiten, ein Steuerungspotential verfügt (vgl. hierzu HEIJKOOP 2002). Welche Maßnahmen für eine Person in ihrem Umfeld geeignet sind, kann erst nach einem sorgfältigen diagnostischen Prozess entschieden werden. Dieser muss wesentlich früher einsetzen, als dass im Modellprojekt der Fall sein konnte, um effektiv und effizient die Integration zu sichern.

Interpretation der Ergebnisse und Perspektiven

Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Modellversuch ist es gelungen, die personenseitigen Bedingungen für ein Zusammenleben in normalisierten Wohn- und Hilfearrangements erheblich zu

verbessern. Die Anzahl herausfordernder Verhaltensweisen und die Häufigkeit SHV sind deutlich zurückgegangen. Gleichzeitig ist das Gefährdungspotenzial der gezeigten SHV gesunken. Die Mitarbeiter im Wohndienst attestieren einem beträchtlichen Anteil der Teilnehmer eine höhere kommunikative Kompetenz, eine leichtere Lenkbarkeit und eine größere Frustrationstoleranz. Vorsichtiger ausgedrückt: Aus Sicht der Mitarbeiter ist die Interaktion zwischen Mitarbeitern und Bewohnern mit SHV verbessert worden und einfacher geworden. Auf den Teilhabedimensionen entsteht ein differenziertes Bild:
Die Bewohner TWG sind - bis auf eine kleine Gruppe - in Arbeits- oder Beschäftigungsverhältnisse außerhalb der TWG integriert (im Rahmen einer WfbM, eines Förder- und Betreuungsbereiches bzw. ähnlichen Angeboten). Die Suche nach einem nicht-aussondernden Wohnarrangement mit Aussicht auf Finanzierung ist einfacher, wenn eine Person einer Arbeit bzw. Beschäftigung außerhalb der Wohnung nachgeht. Im Modellversuch wurden die Arbeits- und Beschäftigungsangebote mit Blick auf die Interessen und Kompetenzen der Teilnehmer flexibilisiert, die Begleitung in der freien Zeit wurde individualisiert.
Bereits vor den Einzug in eine TWG verfügten die Teilnehmer nur über ein vergleichsweise kleines primäres soziales Netzwerk. Obwohl dieser Personenkreis überwiegend schon im Kinder- und Jugendalter in ein Heim zog, sind die Angehörigen auch im Erwachsenenalter die am häufigsten genannten nicht-professionellen Bezugspersonen. Jeweils nur ein Drittel der Teilnehmer pflegt engere Kontakte zu Mitbewohnern bzw. Freunden und Bekannten außerhalb der Wohngruppe. An der Größe der persönlichen sozialen Netzwerke ändert sich im Laufe des Modellversuchs wenig. Eine wichtige Position nehmen Lieblingsmitarbeiter innerhalb und außerhalb der TWG ein. Aufgrund der räumlichen Nähe der neuen TWG zu den bisherigen Wohnungen der Teilnehmer ist es nicht in dem Maße zu Beziehungsabbrüchen gekommen, wie es bei einem Umzug in einen entfernteren Ort zu erwarten gewesen wäre.
55% der Teilnehmer haben das vorgegebene Ziel des Modellversuchs, den Wechsel in eine weniger aussondernde, „normale“ Wohnform erreicht. Es fällt auf, dass diese Quote erst im dritten Jahr erreicht wurde. Nach 2 Jahren lebten erst 16% der Teilnehmer integriert in andere Wohnformen. Vor Auslaufen des Modellversuches wurden offensichtlich die Bemühungen um eine Anschlusslösung verstärkt. Dieser späte Zeitpunkt der Reintegration überrascht, weil die Verhaltensverbesserungen sich viel früher, vor allem im ersten Jahr eingestellt haben. Auch die Integration in auswärtige Arbeits- und Beschäftigungsangebote wurde früher verwirklicht.

Schwierigkeiten bei der Reintegration im Wohnen

Das späte Anziehen der Integrationsquote hat m. E. mehrere Gründe, die - bei allen Erfolgen - auf wichtige Schwachstellen des Modellversuches hinweisen:

1. SHV lässt sich als Ausdruck einer Störung der Mensch-Umwelt Beziehung begreifen. Im Modellversuch ist die Umwelt-Seite zu wenig und zu spät Ansatzpunkt von Interventionen geworden. Beispielsweise werden Wohndienste, die einen Teilnehmer vor der TWG begleitet haben, mit dem Einzug aus ihrer Verantwortung für ihn entlassen. Für eine erfolgreiche

Integration ist es aber entscheidend, Dienste und Bezugspersonen zu haben, die sich für die Person verantwortlich fühlen und mit denen nachhaltige Arrangements geplant werden können.

2. Im Modellversuch ist das „Wohin" der Reintegration unklar:
   - Die inhaltlichen und finanziellen Handlungsfreiräume für die Ausgestaltung zukünftiger individueller Wohn- und Hilfearrangements sind in den Vorgaben der Landeswohlfahrtsverbände nicht definiert. In dieses „Vakuum" stoßen auch die Leistungserbringer TWG nicht durch eigene Vorschläge vor. Dieser Umstand weist auf Defizite in der personenzentrierten Hilfeplanung hin, an der Leistungsempfänger, Leistungserbringer und Leistungsträger beteiligt sein müssen. Was für ein Wohn- und Hilfearrangement ist notwendig, damit ein Teilnehmer ein Leben so normal wie möglich führen kann? Oft ist das eben nicht der Wohnplatz in einer „normalen" stationären Wohngruppe.
   - In vielen Fällen ist eine Reintegration in die ursprüngliche nicht-aussondernde Wohnumgebung erstrebenswert. In manchen Fällen eröffnet jedoch ein neues Wohnumfeld bessere Chancen. Viele Teilnehmer der ersten Generation im Modellversuch stammen aus Wohngruppen, in denen ausschließlich verhaltensauffällige Erwachsene leben. Im Anschluss an die TWG werden für diese Teilnehmer neue Wohnformen präferiert, die mehr Teilhabe am Leben der Gemeinschaft ermöglichen als die vorherigen Wohngruppen.
   - Die Wünsche der Teilnehmer und die Vorstellungen der professionellen und nicht-professionellen Bezugspersonen, die Verantwortung für ihn übernehmen, sollten die Wahl einer Wohnform bestimmen. Im Hilfeplanverfahren müssen Teilnehmer und Bezugspersonen beteiligt, ihre Perspektiven systematisch ermittelt und dokumentiert werden.
3. Mangelnde Verankerung in regionale Hilfesysteme
   - Durch den Modellversuch ist der Aufbau regionaler interdisziplinärer und interprofessioneller Kompetenzzentren gelungen. Allerdings sind die TWG gar nicht oder unzureichend in die regionalen Hilfesysteme verankert worden. Zum Teil sind solche Hilfesysteme, in denen Leistungserbringer verbindlich kooperieren, in der Geistigbehindertenhilfe erst im Entstehen - im Unterschied etwa zur Gemeindepsychiatrie. Die mangelnde Verankerung TWG in regionalen Hilfesystemen lässt Wohndiensten die Chance, sich einer Versorgungsverpflichtung zu entziehen und mit Verweis auf TWG eine „abschiebende" Haltung gegenüber Menschen mit SHV einzunehmen. Dieses Phänomen ist für Großbritannien gut dokumentiert (GREAT BRITAIN. DEPARTMENT OF HEALTH 1993, ALLEN & FELCE 1999) und wird auch von Trägern TWG im Modellversuch berichtet.
   - Neben der Sorge, nicht die individuell notwendigen Mittel zur Verfügung zu haben, trägt auch die mangelnde Qualifikation mancher gemeindenaher Wohndienste zu einer ablehnenden Haltung gegenüber Menschen mit HV bei. Die Zusammenlebesysteme vor Ort - auch Familien, in denen Menschen

mit HV wohnen - erhalten zu spät und zu wenig fachliche Unterstützung, um eskalierende Entwicklungen rechtzeitig zu verhindern oder abzudämpfen.

- Die lange Verweildauer in TWG stellt ein weiteres Integrationshindernis dar. Die erste Generation von Teilnehmern wohnte vor ihrem Einzug bereits in räumlicher Nähe zu einer TWG. Eine regionale Ausrichtung führt jedoch zu Umzügen in räumlich entferntere Wohnumgebungen. Wohnen Teilnehmer bis zu 3 Jahren in einer weit entfernt liegenden TWG, schließt man sie aus den bisherigen Sozial- und Hilfestrukturen in ihrem Heimatort aus.

Anforderungen an eine sozialräumlich orientierte Unterstützung

Die Weiterentwicklung der Hilfen mit dem Ziel der Inklusion oder Integration in nicht-aussondernde Wohnformen muss vier Anforderungen im Auge behalten:

10 Zu der Zielgruppe solcher Maßnahmen gehören Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten in unterschiedlichem Lebensalter (Erwachsene, Jugendliche, Kinder) und in unterschiedlichen Wohnformen. Auch gilt es Lösungen zu finden für Personen, bei denen es nicht zu Verbesserungen im Verhalten gekommen ist.

11 Es geht um höchst individuelle Wohn- und Hilfearrangements, die in einer personenzentrierten Hilfeplanung zugeschnitten und laufend angepasst werden, nicht um standardisierte „One size fits all"-Lösungen.

12 Die interdisziplinäre und interprofessionelle Unterstützung und Entlastung muss frühzeitig und dort gewährt werden, wo die Störung auftritt. Die Verantwortlichkeit der Bezugspersonen und Wohndienste bleibt erhalten, ihre Handlungsmöglichkeiten werden durch externe Beratung und zusätzliche Hilfen gestärkt (Therapie, Krisenintervention, besondere Betreuungsmaßnahmen).

13 Die Organisation gemeindenaher Wohn- und Hilfearrangements hat Vorrang vor der Aussonderung von Menschen mit HV in heimatferne, auf Dauer angelegte Wohnsettings.

TWG sollten als spezielle Maßnahmenoption in ein Handlungskonzept eingebettet werden, das primär auf eine aufsuchende Beratung der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen setzt. Die Berater sollten die Option haben, fallspezifisch einen Aufenthalt in einer TWG zu empfehlen und zu beantragen. Ein Orientierungspunkt für die aufsuchende Beratung kann die Arbeit der Konsulententeams in den Niederlanden und beim Landschaftsverband Rheinland sein (s. EKELAAR 1999, BRAUN & STRÖBELE 2003, SEIFERT 2004). Personen mit HV sollten in einer TWG in der Regel kürzer wohnen, als dass im Modellversuch der Fall war. Der Aufenthalt dient einer umfassenderen verstehenden Diagnostik, der Entlastung des Wohnumfeldes, dem Ausprobieren von Interventionen und der gemeinsamen Suche nach guten Lösungen. Bei Inanspruchnahme der TWG sollte sich der zuständige Wohndienst verpflichten, den Menschen mit HV nach der Rückkehr weiter zu begleiten.

Literatur

Allen, D. & Felce, D. (1999): Service responses to challenging behaviour. In: N. Bouras (Ed.): Psychiatric and behavioural disorders on developmental disabilities and mental retardation. Cambridge, 279-294

Braun, R. & Stroebele, T. (2003): Consulentenarbeit in den Niederlanden und beim Landschaftsverband Rheinland. In: G. Theunissen (Hg.): Krisen und Verhaltensauffälligkeiten bei geistiger Behinderung und Autismus. Stuttgart, 101-108

Dalferth, M. (1997): Zurück in die Institutionen? Probleme der gemeindenahen Betreuung geistig behinderter Menschen in den USA, in Norwegen und Großbritannien. Geistige Behinderung, 36, 4, 344-397.

Ekelaar, H. (1999): Erfahrungen mit Konsulententeams. In: D. Petry & C. Bradl (Hg.): Multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Geistigbehindertenhilfe. Projekte und Konzepte. Bonn, 242-252.

Great Britain. Department of Health (1993): Services for people with learning disabilities and challenging behaviour or mental health needs [Mansell Report]. London.

Heijkoop, J. (1998): Herausforderndes Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung. Neue Wege der Begleitung und Förderung. Weinheim

Irblich, D. (2003). Problematische Erlebens- und Verhaltensweisen geistig behinderter Menschen. In: D. Irblich & B. Stahl (Hg.): Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder. Göttingen, 312-388.

Kühn, A., Metzler, H. & Rauscher, C. (2002): Hilfebedarf von Menschen mit geistiger Behinderung und erheblichen Verhaltensauffälligkeiten. Abschlussbericht eines Modellprojekts im Auftrag des Diakonischen Werkes der Ev.-Luth. Landeskirche Sachsens e.V. und des Staatsministeriums für Soziales, Jugend und Familie Sachsen. Tübingen

Mayring, P. (2003): Qualitative Inhaltsanalyse (8. überarbeitete Aufl.). Weinheim

Sarimski, K. (2005): Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen. Göttingen

Seifert, M. (2004). Das Consulentenprojekt der Heilpädagogischen Heime des Landschaftsverbandes Rheinland. Evaluation im Auftrag des Landschaftsverbandes Rheinland. Berlin

Autor

Friedrich Dieckmann
Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen
Abteilung Münster
48147 Münster
f.dieckmann@kfhnw.de

Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von psychisch kranken Menschen mit einer Entwicklungsstörung in der Westfälischen Klinik Psychiatrie Dortmund (Hs. 30)

Robert Pill

Wir verstehen uns als Teil des Netzwerkes der Behindertenhilfe. Hier soll der Aspekt der stationären Behandlung transparent gemacht werden.
1984 hat der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) beschlossen, in allen Kliniken Bereiche zur Behandlung von geistig behinderten Menschen einzurichten. In unserer Klinik wurde dieser Beschluss ab 1986 umgesetzt. Wir haben uns seitdem von einem Bereich mit 120 dauerbelegten Betten zu einer Akutaufnahmestation mit 20 Betten ab 1997 weiter entwickelt. In den letzten Jahren haben wir ca. 250 Patienten jährlich stationär behandelt bei einer durchschnittlichen Verweildauer von ca. 3-4 Wochen. Das Behandlungskonzept hat sich daraus entwickelt. Wie alle anderen Krankenhäuser und Krankenstationen nehmen wir Patienten auf, behandeln und entlassen sie. Hier soll auf einige Unterschiede bei unseren Patienten mit Doppeldiagnosen hingewiesen werden.

Aufnahme

- Bei noch unbekannten Patienten versuchen wir ein Vorgespräch zu führen und alte Berichte einzusehen.
- Einzugsbereich: Dortmund und der Kreis Unna als Pflichtversorgungsbereich; bei Nachfrage und freien Betten kommen Patienten zusätzlich überwiegend aus dem östlichen Ruhrgebiet.
- Diagnosespektrum: Psychische Störungen und geistige Behinderung, wobei häufig neurologische und internistische und andere Erkrankungen zusätzlich vorliegen.
- Krankenhauseinweisung: Wir achten darauf, dass vorher eine ambulante psychiatrische Behandlung versucht worden ist. Bei einem Teil der Patienten ist bisher nur ein Hausarzt oder Kinderarzt Behandler.
- Rechtsgrundlage: Freiwilligkeitserklärung, gesetzlicher Betreuer bzw. PsychKG. Oft ist eine inhaltlich notwendige gesetzliche Betreuung noch gar nicht beantragt worden.

Behandlung

- Innerhalb des Versorgungsnetzwerkes sehen wir eine Entwicklung zu immer kürzeren Verweildauern in der stationären Behandlung. Unter dem Gesichtspunkt der Behandlerkontinuität bieten wir ergänzend seit einigen Monaten eine Nachsorgeambulanz an.

- Die Struktur der Behandlung wird durch das renovierte Stationsgebäude mitbestimmt: Es befindet sich in einem 2 ha großen Parkgelände und gehört zur über 100-jährigen Gebäudesubstanz der Klinik. Die Station umfasst 20 Betten, jeweils 10 geschlossen pro Etage mit je 2 Einzel- und 4 Doppelzimmern. Pro Etage befindet sich mindestens 1 Pflegekraft rund um die Uhr im Dienst, insgesamt 14 Vollkraftstellen, 1 Oberarzt, 1 Assistenzarzt, 1 psychologischer Psychotherapeut, 2/3 Sozialdienst, ½ Stelle Bewegungstherapie, 1/3 Stelle Ergotherapie stationsintern, zusätzlich Angebot der Klinik stationsextern.
- Tägliche Übergaben morgens; montags und donnerstags Visite; dienstags Pflegeteam, mittwochs Großteam, donnerstags Organisationsteam; montags und freitags Abteilungskonferenz. Dadurch besteht die Möglichkeit, dass über jeden Patienten täglich mindestens einmal strukturiert multiprofessionell der Verlauf kritisch diskutiert werden kann.

Diagnostik

- Medizinische Verfahren
- differenzierte Verhaltensanalyse
- ggf. psychologische Testdiagnostik
- Einbeziehung von Vorbefunden
- Erfahrungsaustausch zwischen uns und den Bezugspersonen des Patienten.

Therapien

- Medizinische Therapie
- Psychotherapie (von keinem Angebot bis zu 2 mal täglich)
- Kriseninterventionen
- Körperorientierte Bewegungstherapie
- Arbeitstherapie
- Kunsttherapie.
- Den Patienten wird auch Langeweile zugemutet, um ihr eigenes Fähigkeitspotenzial wahrnehmen zu können.
- Auf entwicklungspsychologischer Grundlage versuchen wir das Verhalten und Erleben der Patienten zu verstehen und bieten diese Erkenntnisse als Übersetzungsleistung den Angehörigen, gesetzlichen Betreuern, Wohnstätten- und Werkstättenmitarbeitern an. Wir bemühen uns um einen regelmäßigen Austausch über die Einschätzung, Diagnosen, den Therapieverlauf und die Perspektive mit den externen Bezugspersonen.

Entlassung

- Vorbereitungsgespräch mit Patienten und Bezugspersonen.
- Empfehlung für ambulante Behandlung, Förderung, Betreuungsbedarf und Umfang.

- Die früher durchgeführten Langzeitbehandlungen konnten infolge verbesserter Diagnostik und Therapie deutlich verkürzt werden.
- Rückblickend können wir bei manchen Behandlungsverläufen einen fraktionierten Verlauf, bestehend aus stationären und ambulanten Anteilen feststellen. Dies ist aber immer nur dann erfolgreich gewesen, wenn die Kommunikation zwischen den Bezugspersonen uns vertrauensvoll gelungen war.
- Kritisch zu sehen ist die Tendenz, dass wegen der Kürze der stationären Behandlungszeit die Therapie auf Medikationsänderung reduziert wird. Auch die veränderte Kostenerstattung für gesetzliche Betreuer und Stellenkürzungen in Wohnheimen und Werkstätten und die Ambulantisierung wirken sich in der Aufnahmeanalyse aus.
- Durch den multiprofessionellen Ansatz ergeben sich Chancen in der Professionalisierung der verschiedenen Berufsgruppen. Die dadurch verbesserten Möglichkeiten einer differenzierten Betrachtung der Störung wirkt sich positiv auf das Niveau der individuellen Behandlung und damit längerfristig auf die Versorgung aus.

Autor

Robert Pill
LVerwDir.,
Dipl.-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Gesprächspsychotherapeut, Klin. Psychologe und Supervisor BDP

Professioneller Umgang mit Gewaltsituationen
- Bericht vom Workshop 10 -

André Heinrichs

Gewalttätige Äußerungsformen von Menschen mit Behinderungen hat es zu allen Zeiten gegeben. Mitursächlich dafür sind und waren auch die Rahmenbedingungen, in denen Menschen leb(t)en und arbeite(te)n. Unzureichende Betreuungsdichten und übergroße Wohngruppenverbände können hier z.B. angeführt werden. Sowohl in der Wohnsituation wie auch im Arbeitsbereich heute verändern sich bzw. steigen die Anforderungen an Menschen mit Behinderungen. Formen der Dezentralisierung, Ambulantisierung, Individualisierung verlangen ihnen andere, bzw. mehr Fähigkeiten ab. Dabei kommt es häufiger zu Grenzerfahrungen.
Neben dem Motiv des rücksichtslosen Durchsetzens eigener Interessen spielt daher häufig das Erleben eigener Inkompetenzen in der Bewältigung von Herausforderungen eine auslösende Rolle bei der Entstehung von Gewaltsituationen. Es entstehen Konflikte, die zu gewalttätigen Auseinandersetzungen eskalieren.

Was können Angestellte (in unseren Unternehmen) tun, um Gewalt zu reduzieren und sichere Alternativen zu fördern?
Wir haben in unserem Unternehmen nicht zuletzt durch den Einsatz des aus den Vereinigten Staaten stammenden P.A.R.T. - Konzeptes (Professional Assault Response Training – Professionell handeln in Gewaltsituationen) die Erfahrung gemacht, dass ein *systemisches Verständnis von Entstehungsfaktoren* und ein *systematischer Zugang zur Intervention* bei gewalttätigen Vorfällen eine Stärkung des Selbstvertrauens und damit eine höhere Sicherheit im Verhalten sowohl beim Betreuungspersonal wie auch bei den Menschen mit Behinderungen bewirken.
In diesem Workshop wurde neben definitorischen Zugängen (personale -, strukturelle -, kulturelle -, physische -, psychische Gewalt) und der Besonderheit der sog. *Garantenstellung* der Angestellten (besondere Verantwortlichkeit, z.B. analog der Arbeit mit Kindern oder der Elternstellung, so z.B. eingeschränkte Gültigkeit des Notwehrparagrafen; früher: Arbeit mit „Schutzbefohlenen“) auch die möglichen Personenkonstellationen bei personaler Gewalt vorgestellt:

1. Beschäftigte/Bewohner gegenüber Beschäftigten/Bewohnern
2. Angestellte gegenüber Angestellten
3. Beschäftigte/Bewohner gegenüber Angestellten
4. Angestellte gegenüber Beschäftigten/Bewohnern
5. Vorgesetzte gegenüber Untergebenen (auch 4.)

Weiter ging es um die Rolle und den Einsatz von:

- Personenkonzepten bei klinisch (psychiatrisch) auffälligen Menschen
- individuelle Förder-, Behandlungs-, Hilfepläne

- Notfallpläne (wenn Förderpläne versagen)
- Ist das (auch verbale) Verhalten von Angestellten und Vorgesetzten gewaltfrei?

Schulung/ Ausbildung der Angestellten

Die deutsche Version des P.A.R.T. – Konzeptes (siehe auch http://www.part2000.de) wurde vorgestellt. P.A.R.T. ist eine lizenzierte, geschützte Methode. Es besteht die Möglichkeit, für das eigene Unternehmen einen oder mehrere Trainer ausbilden zu lassen, die als Multiplikatoren die Angestellten schulen. Der Wirkungsbereich der Trainer ist auf das eigene Unternehmen begrenzt.

Das P.A.R.T. – Basisseminar-Konzept

1. Das Ziel meiner Arbeit

Was tun wir in unserer Einrichtung, um sichere Alternativen zu gewalttätigem Verhalten zu fördern?

2. Professionalität

Was brachte mich zu dieser Arbeit? Was hält mich hier? Bin ich den Herausforderungen dieser Arbeit gewachsen? Was sind meine Einstellungen gegenüber den Klienten? Wie beeinflussen meine Stimmungen mein Verhalten gegenüber meinen Klienten?

3. Vorbereitung

Bin ich physisch und psychisch darauf vorbereitet, mit Menschen zu arbeiten, die manchmal gefährlich werden können?

- Kleidung: Bin ich mir bewusst, wie ich gekleidet bin und wie sich dies auf meine Reaktionsfähigkeit in einem Notfall auswirkt? Bin ich mir bewusst, welchen Einfluss meine Kleidung auf meine Klienten hat?
- Beweglichkeit: Kann ich mich in meiner Umgebung sicher bewegen? Bin ich mir meiner körperlichen Fähigkeiten und Grenzen bewusst?
- Vorausschauende Vorsichtsmaßnahmen: Habe ich genug Informationen über den Klienten, seine Problematik und seine derzeitige Verfassung?
- Beobachtung: Habe ich eine gut entwickelte Beobachtungsstrategie?
- Selbstkontrolle: Habe ich einen effektiven Selbstkontrollplan?

4. Auslöser von Aggression und Gewalt und deren Alternativen

Kann ich mögliche Auslöser für Gewalt feststellen und alternative Reaktionen anbieten, die das Verletzungsrisiko reduzieren? Verstehenszugang zur Person anhand verschiedener Betrachtungsebenen (z.B. Form der Kommunikation, individueller Entwicklungsstand bezüglich der Affektkontrolle, typisierter Ablauf von Stresssituationen, Zuordnung zu Grunde liegender Bedürfnisse)

5. Reaktionsweisen: Krisenkommunikation

Wenn ich auf eine Person reagiere, die versucht, mich zu verletzen, kann ich meine Reaktion auf das Maß der Bedrohung angemessen einstellen? Kann ich den Grad der Gefährlichkeit des Verhaltens feststellen? Kann ich meine Reaktion auf den Grad der Gefährlichkeit einstellen? Kann ich den Angreifer durch Zureden von seinem Verhalten abbringen? (mit Rollenspielen)

6. Reaktionsweisen: Ausweich-, Befreiungs- und Selbstschutztechniken

Falls Aggression in Körperverletzung umschlägt, können wir Verletzungen vermeiden, indem wir ausweichen?

7. Reaktionsweisen: Zwangsmaßnahmen

Falls es uns nicht gelingt, bei der Person Zwangsmaßnahmen durchzuführen, könnte jemand ernsthaft verletzt werden? Falls wir versuchen, Zwangsmaßnahmen durchzuführen, haben wir genug Mitarbeiter, um dies in sicherer Weise zu tun? Sind die diensthabenden Mitarbeiter gut

genug ausgebildet? Was ist die beste Zwangsmaßnahme und/oder medizinische Intervention in dieser Situation:

- Festhalten: Wird kurzes Festhalten ausreichen? Falls nicht, brauchen wir zusätzliche Hilfe?
- Isolieren: Falls kurzes Festhalten nicht ausreicht: wird Isolierung allein das Verletzungsrisiko reduzieren?
- Fixieren: Müssen wir auf mechanische Fixierungstechniken zurückgreifen?
- Einsatz von Psychopharmaka: Falls die Beurteilung der Situation den Einsatz von Medikamenten nahe legt: habe ich das erforderliche Wissen und die erforderliche Ausbildung, die verschriebenen Mittel sicher zu verabreichen und zu überwachen?

8. Dokumentation und Nachbesprechung

Geben meine Berichte den gewalttätigen Vorfall und die versuchten oder durchgeführten Interventionen genau wieder? Welche Konsequenzen hat der Vorfall für den Behandlungsplan und den Umgang mit dem Klienten, den betroffenen Mitarbeiter, das Team, die Einrichtung?

Im Anschluss an die Konzeptvorstellung wurden Chancen, Grenzen und Einsatzmöglichkeiten der Methode und deren Vermittlung diskutiert:

- Frage nach der Akzeptanz der Methode und der Beteiligung der Leitungsebenen
- Frage nach (analogen) Selbstkontrolltrainings für die Mitarbeiter mit Behinderungen
- Notwendigkeit der verpflichtenden Teilnahme aller Angestellten? (P.A.R.T. ist ein Teamkonzept)
- Was ist noch notwendig, um ein Klima der Gewaltfreiheit zu entwickeln
- Wie viel Humor ist bei der Vermittlung eines so ernsten Themas erträglich?

Literatur

Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz (Hrsg.)(2000): Materialien zum Thema Gewalt und Gewaltprävention. AJS-Dokument. Nr. 28, Köln2. Auflage

Bierhoff, Hans W.; Wagner, Ulrich (Hrsg) (1997): Aggression und Gewalt. Kohlhammer, Stuttgart

Breakwell, Glynis M. (1998): Aggression bewältigen. Umgang mit Gewalttätigkeit. In: Klinik, Schule, und Sozialarbeit. Verlag Hans Huber, Bern

Füllgrabe, U. (2002): Niedersachsen: Amok. Faktoren, die Gewaltverhalten beeinflussen. in: Report Psychologie, Fachzeitschrift des BDP, 27. Jahrgang, Nov./Dez. 2002, S.694-703

Kienzle, Theo; Paul-Ettlinger, Barbara.(2005): Aggression in der Pflege. Umgangsstrategien für Pflegebedürftige und Pflegepersonal. Kohlhammer, Stuttgart (2. überarb. u. erw. Auflage)

Kienzle, Theo (1998): Schutzrechte für Pflegekräfte. Kohlhammer, Stuttgart

Kleiter, E. F. (1997): Film und Aggression – Aggressionspsychologie. Deutscher Studienverlag, Weinheim, Kap. 14, S.456

Papenberg, Wolfgang; Smiar, Nicholas P. (2001): Professionelles Handeln in Gewaltsituationen: Ein Training zur Qualifizierung von Mitarbeitern/innen und Teams (nicht nur) in der Jugendhilfe und Psychiatrie. In: A. Warnke, N. Beck, G. Adams (Hrsg.): Dissozialität: Eine Herausforderung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendhilfe, Schule und Justiz. Tagungsband anlässlich der 2. Würzburger Fachtagung „Kinder- und Jugendpsychiatrie - Kinder- und Jugendhilfe". Würzburg

Richter, Dirk; Fuchs, Jürgen M.; Bergers, Karl-Heinz (2001): Konfliktmanagement in psychiatrischen Einrichtungen. In: Heft 1: Prävention in NRW. Hrsg:

Landesunfallkasse NRW, Gemeindeunfallversicherungsverband Westf.-Lippe, Rhein. Gemeindeunfallversicherungsverband.

Richter, Dirk; Berger, Karl-Heinz (2000): Physische und psychische Folgen bei Mitarbeitern nach einem Patientenübergriff: Eine prospektive Untersuchung in sechs psychiatrischen Kliniken. In: Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 35, 8, 2000

Rosenberg, Marshall. B. (2003): Gewaltfreie Kommunikation. Jungfermann, Paderborn

Ruthemann, Ursula (1993): Aggression und Gewalt im Altenheim, Verständnishilfen und Lösungswege für die Praxis. Recom Verlag, Basel/Baunatal

Smiar, Nicholas P. (1995**)**: Respect in the Face of Violence: Keeping Everybody Safe. In: Reclaiming Children and Youth (www.part2000.de: Informationen zu PART und weitere Literaturhinweise)

Autor

André Heinrichs
Ev. Stiftung Hephata
Werkstätten gGmbH
41065 Mönchengladbach
andre.heinrichs@hephata-mail.de

„Nicht verzagen – beherzt wagen“
Aktiv gegen sexualisierte Gewalt in Einrichtungen
Bericht vom Workshop 12

Cornelia Neumann

1. Netzwerke und Kooperationen intern und extern helfen gegen Gewalt.
2. Sexualisierte Gewalt wird in einem organisationsinternen Diskussionsprozess definiert.
3. Es wird Klarheit geschaffen in organisationsinternen Richtlinien, Dienstordnungen, Verfahrensanweisungen, ob sie (sexualisierte) Gewalt begünstigen, verschleiern, bagatellisieren oder Menschen vor Gewalt schützen.
4. Arbeitsziele sind handlungsleitend, wenn es um das Mitnehmen von anvertrauten Menschen in das private Umfeld geht, wenn es um die Wahl der Bekleidung von MitarbeiterInnen geht (z.B. Baden in Badebekleidung) oder beim Betrachten von Pornographie, wenn erwachsene Menschen, die in Einrichtungen leben, dies Fachkräften vorlegen. Auch für die Begleitung von erwachsenen Menschen mit geistigen Behinderungen in Erotikshops u.ä. sind die Ziele der MitarbeiterInnen für die Assistenz beschrieben.
5. Handlungsbedarf besteht für zwei verschiedene Opfer- oder Tätergruppen: bei den Professionellen mit einem Arbeitsvertrag und bei den Menschen mit Behinderung, für die die Einrichtung einen Auftrag übernommen hat.
6. Ein sexualpädagogisches Konzept unterstützt die praktische Arbeit von Fachkräften. Die Themen Pornographie, Assistenz und Prostitution sind Teil des Konzepts.
7. Professionelle und Menschen mit Behinderungen bekommen Aufklärung über Gewalt und sexualisierte Gewalt, über Prävention und Hilfen.
8. Ein langfristig gesteuerter Fortbildungsprozess zu den Themen Gewalt, Sexualität und Umgang mit Überlebenden von Gewalt hält wach. Supervision hilft Fachkräften bei der Aufarbeitung von Fällen sexualisierter Gewalt.
9. Ein Plan für die Krisenintervention erleichtert in der akuten Krise die Klärung von Zuständigkeiten und Kompetenzen für alle Hierarchie-Ebenen.
10. Abschreckungsstrategien gegen potentielle Täter können in Bewerbungsgesprächen umgesetzt werden.
11. Führungskräfte legen Wert auf transparente Beziehungen, ohne gegenseitige Abhängigkeiten.
12. Gewalt aufdeckende Personen werden geschützt, wertgeschätzt und ernst genommen. Jedem Hinweis wird nachgegangen.

13. Opfer bekommen Garantien, dass der Täter dauerhaft aus ihrem Umfeld verschwindet.

Autorin

Cornelia Neumann
Vorwerker Diakonie
Triftstr.139-143
23554 Lübeck
dfzv.neumann@vorwerker-diakonie.de

Konstruktive Konfliktbearbeitung mit Menschen mit geistiger Behinderung: „Gewaltfrei Leben und Arbeiten“ (GELA)[10]

Michaela Wegener

Einführung

Überall im Zusammenleben von Menschen und in der Arbeitswelt treten Konflikte auf. Das gilt auch dort, wo Menschen mit und ohne Behinderungen zusammen leben und arbeiten.

Evelyne Strauss wohnt und arbeitet seit vielen Jahren in Hephata. Das Leben in ihrer Wohngruppe ist oft nicht leicht. Ein Mitbewohner fängt während der Mahlzeiten regelmäßig an zu schreien. Das stört sie sehr. Mit einem anderen hat sie sich gestritten. Er wollte, dass sie ihm in der Werkstattkantine eine Cola ausgibt- sie wollte das nicht.

Frau Strauss besucht einmal im Monat einen Gesprächskreis für BewohnerInnen und Bewohner. Dort kann sie in Ruhe über die Dinge sprechen, die ihr nicht gefallen. Alle hören zu, keiner redet dazwischen oder schimpft mit ihr. Das sind die Regeln. Den Mitbewohner, mit dem es öfter Streit gab, hat sie jetzt eingeladen, auch zum Gesprächskreis zu kommen. Vielleicht machen sie eine Mediation. Frau Strauss weiss: Wenn sie Streit hat, kann sie sich Hilfe holen.

Im Hessischen Diakoniezentrum Hephata e.V. in Schwalmstadt, Geschäftsbereich Behindertenhilfe, werden in vielfältigen Formen (ambulant und stationär, regional und überregional) Wohnplätze für Menschen mit Behinderungen angeboten. Dazu kommen Plätze in den Werkstätten für behinderte Menschen und die Offenen Hilfen (Familienentlastender Dienst).

Gewalt wird in der Arbeit mit behinderten Menschen auf unterschiedlichen Ebenen ausgeübt und erlebt:

1. Manche medizinischen, pflegerischen oder pädagogischen Maßnahmen, die dem Wohl des behinderten Menschen dienen sollen, werden von ihm als schmerzhaft, quälend oder demütigend erlebt, ohne dass es gelingt, ihm den Sinn dieser Eingriffe verständlich zu machen. In der Routine der täglichen Arbeit verlieren die Mitarbeiter dabei unter Umständen die Sensibilität für diese Form der Gewaltausübung.
2. Strukturelle Gewalt wird dort erfahren, wo behinderte Menschen aufgrund institutioneller oder finanzieller Zwänge in der Befriedigung elementarer Bedürfnisse und Rechte massiv eingeschränkt sind. Häufig haben sie nicht die Möglichkeit, sich frei zu bewegen, ihren Wohnort und ihre Beschäftigung frei zu wählen oder eine Privatsphäre und Intimität zu genießen. Die Mitarbeiter

[10] Vorbereitung und Gestaltung des Workshops 16 mit *Möller, Rainer* (Bereichsleitung Behindertenhilfe); *Franz, Lisa* (Mitarbeiterin Behindertenhilfe) *& Strauss, Evelyne* (Bewohnerin Behindertenhilfe)

erfahren strukturelle Gewalt als Unsicherheit über die Kontinuität ihres Arbeitsplatzes, unvorhersehbare Umstrukturierungen usw.

3. Menschen mit Behinderungen üben Gewalt gegen andere oder gegen sich selbst aus. Die Ursachen sind vielfältig. Heute versucht man in der Regel, diese Form von Aggressionsäußerung als Kommunikationsversuch zu verstehen und zu entschlüsseln.

Das Auftreten gewalttätiger Verhaltensweisen in einer Wohngruppe Hephatas führte im Jahr 2002 zur Gründung einer Arbeitsgruppe mit dem Titel „Gewaltfrei leben und arbeiten in Hephata". Hier trafen sich Vertreter von Bewohnern, Angehörigen, Mitarbeitervertretung, Leitung usw. nach dem Prinzip „Betroffene zu Beteiligten machen". Gemeinsam berieten sie über geeignete Maßnahmen, um mit Aggression und Konflikten umzugehen. Die wichtigsten Arbeitsergebnisse dieser Gruppe waren

1. Ein Konzept zur Krisenintervention beim Auftreten körperlicher Gewalt ist nötig. Mitarbeiterinnen sollen dafür geschult werden.
2. Methoden der Konfliktschlichtung (Mediation und Gewaltfreie Kommunikation) sollen in allen Bereichen des Geschäftsbereichs Behindertenhilfe präventiv angewendet werden (GELA-K).

Der Workshop befasste sich mit der Umsetzung des zweiten Punktes. Der Einsatz von Mediation in der Behindertenhilfe ist aus der aktuellen Diskussion um zeitgemäße Formen der behindertenpädagogischen Arbeit zu begründen: Aus dem Paradigmenwechsel hin zur größeren Selbstbestimmung der geistig behinderten Menschen ergibt sich eine höhere Anforderung an die soziale Kompetenz aller Beteiligten. Eine Orientierung an den Bedürfnissen der Bewohnerinnen hat zur Folge, dass Mitarbeiterinnen zunehmend in der Rolle einer Assistenz bei der Bewältigung von Konflikten tätig werden. Diese Rolle erfordert ein hohes Maß an Selbstreflektion, sowie besondere Kompetenzen, die im Rahmen von Aus- und Weiterbildung gefördert werden sollen. Doch das Training von Mitarbeiterinnen ist nur ein Anfang. Im Mittelpunkt stehen die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Werkstatt-Beschäftigten Hephatas. Ziel ist es, sie auf verschiedenen Ebenen zu stärken für den konstruktiven Umgang mit Konfliktsituationen.

Konzeptentwicklung und Pilotprojekt

In zahlreichen Gesprächen und im Rahmen von Hospitationen der Trainerin (M. Wegener) entstand im Laufe des Jahres 2003 das Konzept für ein Training in konstruktiver Konfliktbearbeitung (GELA-K) mit folgenden Eckdaten:

Das Training wird in Kooperation der Geschäftsbereiche Behindertenhilfe und Aus-, Fort- und Weiterbildung durchgeführt. Mitarbeiterinnen aus verschiedenen Bereichen der Behindertenhilfe und Studierende der Fachschule für Sozialpädagogik nehmen gemeinsam am Training teil. Perspektivisch soll jedes Jahr eine Gruppe von etwa 16 Personen (8 Studierende, 8 Mitarbeiterinnen) ausgebildet werden.

Die Weiterbildung 80 bis 100 Stunden, die in Blockwochen, Nachmittagen, selbst organisierten Übungstreffen und Praxisprojekten stattfinden. Die Teilnahme soll -

in Übereinstimmung mit den Prinzipien der Mediation - für Studierende und Mitarbeiterinnen freiwillig sein, auch um die notwendige Bereitschaft zur Selbsterfahrung zu gewährleisten. Studierende können durch zusätzliche Leistungen Wahlscheine für ihre Ausbildung erwerben. Ein wichtiger Inhalt des Trainings ist die Entwicklung von Konzepten und Materialien für die Arbeit mit Bewohnerinnen und Beschäftigten (Trainingsmaterialien, Mediation in einfacher Sprache usw.). Alle Teilnehmer erhalten am Ende ein Zertifikat über die Teilnahme und die Befähigung, als Konfliktschlichter tätig zu werden. Die Erfahrungen des ersten Jahres werden besonders intensiv evaluiert.

Erster Trainingsdurchlauf

Von November 2003 bis Mai 2004 wurde das erste Training mit sechs Mitarbeiterinnen aus der Werkstatt und sechs Studierenden der Fachschule für Sozialpädagogik durchgeführt. Die folgenden inhaltlichen Schwerpunkte wurden erarbeitet:

Konfliktanalyse

Um ein Grundverständnis über Konflikte, die Bedingungen ihres Entstehens und ihrer Aufrechterhaltung und Voraussetzungen für die Lösung von Konflikten zu erhalten, wurden die folgenden Inhalte erarbeitet.

- Konfliktarten, altes und neues Konfliktverständnis
- Systemebenen von Konflikten, „Tun"- und „Lassen"-Konflikte
- Interviews mit Beschäftigten der Werkstatt zu ihrem Konflikterleben
- Voraussetzungen für konstruktive Konfliktbearbeitung mit Menschen mit geistiger Behinderung

Mediation

Mediation ist die Vermittlung im Konflikt durch einen unbeteiligten Dritten mit folgenden Kennzeichen:

- Klarer, geschützter Rahmen
- Allparteilichkeit der Mediatorin
- Konfliktparteien als Experten
- Klare Gesprächsregeln und strukturiertes Vorgehen

Gewaltfreie Kommunikation (GFK)

Die GFK ist ein von Marshall ROSENBERG entwickelter Ansatz, der sich mit den auf den Grundprinzipien der Humanistischen Psychologie und klientenzentrierten Gesprächsführung gut vereinbaren lässt. (ROSENBERG, 2002). GFK versteht Kommunikation als einen Prozess des Gebens und Nehmens von Herzen. Obwohl dies keine schematisch anzuwendende Methode ist, hilft die Beachtung der vier Schritte als Sender oder als Empfänger:

- Beobachtung ohne Bewertung

- Gefühl äußern, das durch Beobachtung ausgelöst wurde
- Bedürfnis benennen, das dem Gefühl zugrunde liegt, dadurch Verantwortung übernehmen
- Bitten ohne zu fordern

Übungen und Praxisreflektion

Die Anwendung von GFK und Mediation in der Praxis ist für die meisten Teilnehmerinnen des Trainings eine große Herausforderung. Menschen mit Behinderungen im Konflikt zu assistieren, bedeutet eine neue Haltung einzunehmen. Diese Haltung unterscheidet sich oft deutlich von dem professionellen Selbstverständnis und den Reaktionsweisen, die durch die Anforderungen im Gruppen- oder Werkstattalltag erworben wurden. Der Grundsatz „Die Betroffenen sind die Experten ihres Konflikts" bedeutet z.B., nicht sofort Lösungsvorschläge zu machen. Stattdessen geht es darum, zu erkunden, was die Gefühle und Bedürfnisse der Konfliktparteien sind. Es bedeutet, Zeit und Raum zu geben, zu ermutigen, eigene Vorstellungen zu äußern. Um diese Haltung einzuüben, wurden folgende Methoden eingesetzt:
- Rollenspiele zur Mediation;
- Klare Gesprächsregeln und strukturiertes Vorgehen;
- Partner- und Kleingruppenübungen zu Konfliktgesprächen und Gewaltfreier Kommunikation;
- Reflektionsrunden über die praktischen Erfahrungen der Teilnehmerinnen

Evaluation

Die begleitende Evaluation des Trainings wird als Selbstevaluation (formativ und summativ) durchgeführt. Methodisch kommen dabei Interviews, Fragebögen (qualitativ/quantitativ), Protokollauswertungen, Leistungsnachweise und dokumentierte Reflektionsgespräche zum Einsatz. Folgende Inhalte wurden dabei erfasst:
- Bedürfnisse und Interessen der Beschäftigten und Mitarbeiterinnen
- Einstellungsänderungen im Rahmen des Trainings
- Kompetenzerwerb im Rahmen Trainings
- Beurteilung des Trainings durch Teilnehmerinnen, Zufriedenheit

Die Erhebungen brachten vielfältige Ergebnisse, die in die weitere Gestaltung des Trainings einfließen. Dazu gehörte z.B., stärker darauf zu achten, dass die Mitarbeiterinnen freiwillig zum Training kommen und nicht von ihren Vorgesetzten „geschickt" werden. Außerdem wurden nach den Erfahrungen des ersten Durchgangs für das Folgetraining verstärkt Mitarbeiterinnen mit Leitungsverantwortung oder besonderen Funktionen eingeladen.
Die inhaltliche Gestaltung des Trainings wurde von den Teilnehmerinnen positiv bestätigt. Auch das gemeinsame Training von Mitarbeiterinnen und Studierenden wurde von beiden Seiten als überwiegend positiv wahrgenommen.

Anpassungen wurden an der zeitlichen Struktur vorgenommen, damit die Mitarbeiterinnen das Training besser mit den Anforderungen des Arbeitsalltags verbinden können (WEGENER, 2005).

Folgetrainings und Verankerung in der Praxis

Folgetrainings

Inzwischen hat sich das Training in der beschriebenen Form als fester Teil des Schuljahresablaufs an der Fachschule für Sozialpädagogik und des Weiterbildungsangebots des Geschäftsbereichs Behindertenhilfe etabliert. Etwa 16 Mitarbeiterinnen und Studierende durchlaufen jährlich das Training. In der Praxis finden sich vielfältige Anwendungsmöglichkeiten für die Ansätze zur konstruktiven Konfliktbearbeitung. Einige Beispiele:

Bereichsübergreifendes Mediationsangebot durch Mitarbeiterinnen

Eine Mediation in der Werkstatt:
In einer Arbeitsgruppe der Werkstatt arbeitet P.. Er wurde vor kurzem hier her versetzt. Da auch seine Freundin hier arbeitet, ging man davon aus, er werde sich hier besonders wohl fühlen. Tatsächlich äußert er aber den Wunsch, an seinen alten Arbeitsplatz zurückzukehren.
Ein Gespräch findet im Büro der Mitarbeiter statt. Anwesend ist ein Mitarbeiter, dem P. vertraut, und der an dem GELA-Training teilnimmt, sowie zwei Kolleginnen aus dem Training, davon eine Studierende. Es gibt Kaffee und Kuchen. P. erzählt in lockerer Atmosphäre von sich und wo er schon überall gearbeitet hat. Auf die Frage, warum er in letzter Zeit immer wieder den Wunsch äußert, nach T. zurückzukehren, erzählt P. von seinen Problemen. In der Nachbargruppe ist einer, G. Der habe ihn beschuldigt, einen Fehler gemacht zu haben. Er habe in G´s Arbeitskiste Dinge hineingelegt, die da nicht hingehörten, was er aber nicht wusste. Daraufhin habe G. ihn zurechtgewiesen. Er habe sich nicht getraut, es seinem Gruppenleiter zu erzählen, und die Vertrauensperson sei zu der Zeit krank gewesen. Dem Vorschlag, den Konflikt gleich durch ein Gespräch mit G. zu lösen, stimmt P. zu..
Dann wird G. geholt und bekommt Gelegenheit, den Konflikt aus seiner Warte zu schildern. Er berichtet, P. wäre in letzter Zeit komisch zu ihm, er würde ihm aus dem Weg gehen und nicht mehr mit ihm reden. Beide Kontrahenten schildern noch einmal ihre Sicht des Konflikts und machen dann Vorschläge, wie der andere sich ihm gegenüber in Zukunft verhalten sollte. G. möchte, dass P. im sofort sagt, wenn ihm etwas nicht passt. P. verspricht, es zu versuchen, auch wenn es ihm nicht leicht fällt. Zum Gesprächsende reichen sich beide die Hände.
Im Auswertungsgespräch äußert P. sich sehr froh, dass der Konflikt jetzt gelöst ist. Er arbeitet jetzt gerne in B. und freut sich darüber, jeden Tag seine Freundin an der Arbeit sehen zu können.

Anwendung in den Wohngruppen

Dort, wo z.B. auch Teamleitungen am Training teilgenommen haben, ist eine gute Basis vorhanden, um die konstruktive Konfliktlösung weiter zu verankern. Es finden kollegiale Weiterbildungen zur Gewaltfreien Kommunikation in den Teams statt. Im nächsten Schritt werden z.B. mit den Bewohnerinnen Gesprächsregeln für

die wöchentlich stattfindenden Bewohnerrunden vereinbart. Die Grundlagen konstruktiver Gesprächsführung, wurden im Rahmen der Trainings von Mitarbeitern, Studierenden, Angehörigen und Bewohnern gemeinsam erarbeitet.

Beispiel Hilfe im Streit:

- Streiten ist nichts Schlimmes und bedeutet: „Du willst etwas anderes als ich will."

Regeln in einfacher Sprache:

- Wir hören einander zu
- Wir lassen einander aussprechen
- Wir schimpfen nicht miteinander
- Wir können zusammen eine Lösung finden

Schulungen für Bewohnerinnen

Auch für Bewohnerinnen sollen Schulungen zur konstruktiven Konfliktbearbeitung angeboten werden. Die Inhalte und Rahmenbedingungen werden zurzeit von einer Arbeitsgruppe aus Mitarbeiterinnen, Bewohnerinnen und Studierenden erarbeitet. Ziel ist es dabei, die Autonomie der Bewohnerinnen im Umgang mit Konflikten zu stärken.

Gesprächskreis

Der zu Beginn des Artikels erwähnte Gesprächskreis steht ebenfalls im Zusammenhang mit GELA. Ursprünglich entstand er als „Runder Tisch" für Bewohnerinnen, die als stark beeinträchtigt auch in ihrer Kommunikationsfähigkeit gelten. Hier sollte eine Gelegenheit entstehen, die Interessen der Bewohnerinnen zu verbalisieren und zu vertreten.
Inzwischen hat der Gesprächskreis sich unter der Leitung von Lisa FRANZ zu einem wichtigen Forum der Bewohnerinnen entwickelt. Hier lernen sie, ihren Gefühlen und Bedürfnissen Ausdruck zu verleihen. Praktische Probleme, z.B. die Angst, bestimmte Straßen auf dem Hephatagelände zu überqueren, können besprochen und Lösungen erarbeitet werden. Auch schwierige Gefühle werden akzeptiert. Jeder darf kommen, auch die, die gerade miteinander Streit haben. Alle halten sich an die Gesprächsregeln: Zuhören, nicht dazwischenreden, nicht schimpfen.

Übungsgruppe und Supervision

Ehemalige Trainingsteilnehmerinnen treffen sich monatlich zu Übungen, Praxisreflektion und Verabredungen über gemeinsame, übergreifende Aktivitäten. Auch einige ehemalige Studierende, die während ihrer Ausbildung am Training teilgenommen haben, sind jetzt als Berufspraktikantinnen oder Mitarbeiterinnen in Hephata angestellt und tragen viel zur Verankerung der konstruktiven Konfliktbearbeitung bei.

Für alle praktischen Anwendungen der konstruktiven Konfliktbearbeitung besteht die Möglichkeit, bei Michaela WEGENER Unterstützung und Supervision in Anspruch zu nehmen. Ein- bis zweimal im Jahr finden Trainingstage statt. Hier können die theoretischen Inhalte aufgefrischt werden und es besteht Gelegenheit zum Üben und zur Reflektion.

Perspektiven

Folgende Aufgaben stehen in den nächsten Schritten an:

- Regelmäßige Durchführung weiterer Trainings, Anpassung der Trainingsstruktur an die sich verändernden Bedingungen in Fachschule und Behindertenhilfe
- Entwicklung und Erprobung von Konfliktschlichtungskonzepten, die an die Kommunikationsfähigkeiten der Bewohner/ Beschäftigten angepasst sind, langfristige Entwicklung von Angeboten für Menschen mit stark eingeschränkten Möglichkeiten zur Kommunikation
- Trainingsangebote für interessierte Bewohnerinnen im Rahmen von Seminaren mit der langfristigen Perspektive, Peer-Mediatoren[11] auszubilden
- Etablieren einer Anlaufstelle für Bewohnerinnen und Beschäftigte, die sich Unterstützung in Konfliktsituationen, z.B. in Form einer Mediation, wünschen
- Fortführen der Evaluation
- Vernetzung von GELA innerhalb und außerhalb Hephatas

Schlussfolgerungen

Unsere bisherigen Erfahrungen können in folgenden Thesen zusammengefasst werden:

Konstruktive Konfliktbearbeitung ist Organisationsentwicklung.

„*Man kann sich nur schwer vorstellen, dass irgendeine große Organisation auf Dauer ohne gemeinsame Ziele, Wertvorstellungen und Botschaften erfolgreich sein könnte. (…) Wenn eine echte Vision vorhanden ist, wachsen Menschen über sich selbst hinaus.*“ (Peter SENGE: Die fünfte Disziplin)

Die Vision „Gewaltfrei leben und Arbeiten in Hephata“ stand am Anfang, die eingesetzte Arbeitsgruppe trug diesen Titel. Unsere Erfahrungen zeigen, dass eine große Kraft in dieser Vision liegt. Es geht um die gemeinsame und individuelle Entwicklung konstruktiver Haltungen bei allen Beteiligten. Ziel ist eine langfristige Veränderung hin zu einer konstruktiven Konfliktkultur im gesamten Unternehmen. Isolierte Maßnahmen, wie z.B. Trainingsprogramme für „aggressive“ Bewohnerinnen oder Ausbildungen in Mediation für einzelne Mitarbeiterinnen, greifen dafür zu kurz (WEGENER, 2004).

---

[11] Der Begriff „Peer-Mediator“ stammt aus der Schulmediation. Gemeint ist damit, dass ältere Schülerinnen sich als Mediatorinnen zur Verfügung stellen. In Hephata würden also Bewohnerinnen oder Beschäftigte, die als Mediatorin aktiv sind, so genannt.

Konstruktive Konfliktbearbeitung stößt an Grenzen, wo das Machtgefälle zwischen Betreuten und Betreuerinnen unreflektiert und rigide wird. Unzufriedenheit bleibt zurück bei Bewohnerinnen und Beschäftigten, die Veränderungen wünschen, wo es die Einrichtung, das Budget etc. nicht zulässt. Aber entscheidend wird sein, mit welcher Bereitschaft eine Einrichtung auf die offensive Auseinandersetzung mit einer anderen Kultur des Streitens zugeht. Dazu gehört die Bereitschaft der Leitungsebene, Freiräume zu schaffen und Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

Konstruktive Konfliktbearbeitung braucht intrinsisch motivierte Mitarbeiterinnen.

Die Teilnahme an einem Training zur Konstruktiven Konfliktbearbeitung sollte für Mitarbeiterinnen immer freiwillig sein. Die Motivation entsteht häufig aus der Erfahrung heraus, dass es im alltäglichen Gruppendienst schwierig ist, die Beziehungen zu den Bewohnerinnen befriedigend zu gestalten. Die Alltagsorganisation steht im Vordergrund und die Kommunikation konzentriert sich auf Anleitung und Anweisungen für lebenspraktische Tätigkeiten. Die ursprüngliche Motivation, mit behinderten Menschen zu arbeiten, war in der Regel eine andere.
Marshall ROSENBERG, der Begründer der Gewaltfreien Kommunikation, lässt sich in seiner Arbeit von einer Frage leiten: „Was gibt uns die Kraft, die Verbindung zu unserer einfühlsamen Natur selbst unter schwierigsten Bedingungen aufrecht zu erhalten?“ (Ebd. 2002,17). Diese Verbindung ist essentiell für all diejenigen, die Menschen mit geistigen und psychischen Beeinträchtigungen auf ihrem Lebensweg begleiten und unterstützen.
„Ohne Menschen in eine Richtung zu drängen, ohne ihnen Lösungsvorschläge zu unterbreiten, nur durch Aktives Zuhören und viel Empathie bis zu den Gefühlen, Wünschen und Bedürfnissen Anderer zu gelangen, halte ich für eine gute pädagogische Arbeit.“ (C.G., Trainingsteilnehmerin)

Konstruktive Konfliktbearbeitung schafft eine Ausdrucksform für die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung.

Wir wollen die Menschen, die Assistenz und Unterstützung erhalten, darin bestärken, Bedürfnisse zu äußern und eigene Entscheidungen zu treffen. Das ist für alle Beteiligten nicht einfach. Diese Schwierigkeit wird beispielhaft deutlich in der Mediation:
Eine Mediatorin ist nur für den Rahmen, nicht aber für die Inhalte des Gesprächs verantwortlich, sie begreift die Konfliktparteien als Experten ihres Konflikts. ‚Und doch ertappen die „hilfreichen“ Erzieherinnen sich dabei, wie sie im Rollenspiel schon beim ersten Zeichen von Unverständnis (ein „HÄ?“ des Bewohners) beginnen, über seinen Kopf hinweg nach Lösungsvorschlägen zu suchen. Hier wäre angezeigt, mit Zeit und Ruhe eine gemeinsame Verständnisebene zu finden, um wirklich Assistenz im Konflikt zu sein und dem Bewohner eine selbstverantwortliche Lösung zu ermöglichen. Das ist ein Lernprozess für beide Seiten.

Evelyne STRAUSS lernt mit Unterstützung der Mitarbeiterinnen immer mehr, ihr Gefühle und Bedürfnisse klar zum Ausdruck zu bringen. Nicht immer führt das dazu, dass sich ihre Wünsche auch erfüllen. Aber es hilft ihr, die Spannungen, die im Zusammenleben und –arbeiten entstehen, zu bewältigen. Sie hat eine Übungsmappe für Gewaltfreie Kommunikation angelegt. Und sie berichtet gern von ihren Erfahrungen. Davon profitieren auch die Mitarbeiterinnen. Frau STRAUSS hat es sehr genossen, zu einem Kongress mit zu fahren und dort angehört zu werden.

Fazit

Der konstruktive Umgang mit Konflikten und die Verhinderung von Gewalt ist eine der evolutionären Entwicklungsaufgaben, mit denen wir als Menschen zu tun haben. Das zeigt der Blick in die Politik und die Krisen- und Kriegsgebiete der Welt genauso wie ein genaueres Hinsehen in unserer persönlichen Lebensumwelt. Im gemeinsamen Leben und Arbeiten mit Menschen mit Behinderungen hat das Thema seine eigenen Facetten: Gesellschaftliche Benachteiligung, Kommunikationsbarrieren, festgefahrene Rollenverteilungen zwischen so genannten „normalen“ und „behinderten“ Menschen.

Es gibt hier kein Patentrezept für den Umgang mit Konflikt- und Krisensituationen. Aber es gibt Erfahrungen darüber, was hilft, was als wohltuend und heilsam erlebt wird. Die Offenheit und Bereitschaft der Beteiligten, sich auf einen Lernprozess einzulassen, der die eigene Persönlichkeit betrifft und verändert, ist der zentrale Faktor, denn hier können wir etwas tun. Der Grundgedanke der Gewaltfreien Kommunikation, ein Geben und Nehmen von Herzen entstehen zu lassen, fordert die eigene Rolle immer wieder in Frage zu stellen. „Der behinderte Mensch ist Experte seines Konflikts“- Was heißt das?

Nur wenn ich bereit bin, mich überraschen und verunsichern zu lassen, meine Rolle in Frage zu stellen und immer wieder neu dazuzulernen, kann es gelingen, für alle Beteiligten tragfähige Lösungen zu finden.

Menschen mit geistigen und seelischen Behinderungen haben oft über ein ganzes Leben gelernt, mit institutioneller Fremdbestimmung zu leben. Mit ihnen gemeinsam einen Prozess zu gestalten, in dem Begegnung geschieht, Bedürfnisse neu wahrgenommen und befriedigt werden können, Lebendigkeit ihren Platz hat- ein wirklich bereichendes Geschenk.

Literatur

BESEMER, Christoph: (1997): Mediation. Vermittlung in Konflikten. Werkstatt für gewaltfreie Aktion, 4. Auflage, Karlsruhe.

ROSENBERG, Marshall (2002): Gewaltfreie Kommunikation. Junfermann-Verlag, Paderborn.

SENGE, P. (2003) (2003) Die Fünfte Disziplin. Kunst und Praxis der lernenden Organisation. 8. Auflage, Klett-Cotta, Stuttgart

SCHÜLER, Roland (2002): Mediation mit geistig behinderten Menschen. Infoblatt Mediation, 13. Ausgabe, Bundesverband Mediation e.V., Kassel, S. 8-10.

WEGENER, Michaela (2004): Schöner streiten in Schule und Betrieb- Wirkfaktoren von Konfliktmanagementprogrammen. Evaluationsansätze und Ergebnisse. Unveröffentlichte

Forschungsarbeit am Fachbereich Sozialwesen/ Studiengang Supervision der Universität Kassel.

WEGENER, Michaela (2005): Entwicklung und Erprobung des Trainingsprogramms GELA-K: Gewaltfrei leben und arbeiten in Hephata - Konfliktschlichtung. Unveröffentlichte Diplomarbeit am Fachbereich Sozialwesen/ Studiengang Supervision der Universität Kassel.

Autorin

Michaela Wegener, Dozentin
Dipl.-Psychologin, Dipl.-Supervisorin, Mediatorin
Hessisches Diakoniezentrum Hephata
GB Aus-, Fort- und Weiterbildung
Elisabeth- Seitz- Str. 16
34613 Schwalmstadt- Treysa
Tel. 06691-181239
office@michaelawegener.de

Alkoholismus und geistige Behinderung

Georg Theunissen und Michael Schubert

Einleitende Bemerkungen

Der Genuss von Alkohol ist unter Erwachsenen, insbesondere in den westlichen Industrienationen, ein sehr weit verbreitetes Phänomen (LARIMER & KILMER 2000, 11; FLEMING & MANWELL 2000). Neuere Untersuchungen lassen den Schluss zu, dass er auch unter Jugendlichen an Bedeutung gewinnt. So hat sich in den letzten Jahren der Beginn des Alkohohlgenusses in die frühe Pubertätszeit hinein verlagert. Nun ist Alkoholgenuss nicht grundsätzlich verwerflich, problematisch ist jedoch ein unkontrollierter, schädlicher Umgang in Form einer Intoxikation, eines Missbrauchs und eines übermäßigen, ständigen Konsums von Alkohol, der zu einer Abhängigkeit führt.

Damit stoßen wir auf den *Alkoholismus* im Sinne eines Alkoholmissbrauchs oder einer Alkoholabhängigkeit als eine der weltweit verbreitesten Erkrankung und größten Herausforderung für das Gesundheitswesen. Besonders betroffen sind die Staaten mit den höchsten Konsumraten (EU; USA). Nach aktuellen Schätzungen des New Yorker City Department of Mental Health erfüllen 14 Millionen US-Amerikaner Kriterien eines Alkoholmissbrauchs oder einer Alkoholabhängigkeit (nach DSM-IV[12]), und nach Medical Tribune (2000) werden 5 % der US-amerikanischen Bürger als alkoholabhängig eingestuft. Ähnliche Werte werden auch für die EU-Staaten vermutet (FLEMING & MANWELL 2000, 309). Nach Schätzungen der Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren gelten zurzeit 2,5 Millionen Bundesbürger als alkoholabhängig, wobei jedoch mit einer „enorm hohen Dunkelziffer“ (ebd.) gerechnet werden muss.

Wichtig für unser Thema ist nun die Frage, inwieweit Menschen mit sog. geistiger Behinderung[13] von diesen allgemeinen Entwicklungen betroffen sind. Bis vor kurzem wurde davon ausgegangen, dass Alkoholismus bei Menschen mit sog. geistiger Behinderung eine eher untergeordnete Rolle spielt. Die wenigen verfügbaren Studien aus den vergangenen Jahren zeigen eine unterdurchschnittliche Alkoholismus-Rate bei Menschen mit sog. geistiger Behinderung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (EDGERTON 1986; CHRISTIAN & POLING 1997; LONGO 1997, 61; BRENNT-LYNCH 1997; LINGG 1998; DEB et al. 2001,83). Inzwischen scheint sich diese Situation jedoch zu verändern. „Mit der Deinstitutionalisierung und zunehmenden Gemeindeintegration“ sei – so LONGO

[12] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, hrsg. von der American Psychiatric Association

[13] Wenn wir im vorliegenden Beitrag von „sogenannter“ geistiger Behinderung sprechen, so fassen wir darunter auch Personen, die hierzulande eher als „lernbehindert“, im angloamerikanischen Sprachraum jedoch als „geistig behindert“ (IQ 55 – 70) bezeichnet werden.

(1997, 61) – die Prävalenz von Alkoholproblemen bei Menschen mit sog. geistiger Behinderung und „die Anzahl derjenigen, die einer entsprechenden Behandlung bedürfen, gestiegen". Besonders betroffen und gefährdet seien Menschen mit sog. leichter intellektueller Behinderung sowie mit einer sog. Doppel-Diagnose (intellektuell behindert und psychisch gestört), die weitgehend alleine wohnen und ein selbstbestimmtes Leben führen würden (LONGO 1997; BRENNT-LYNCH 1997; CLARKE & WILSON 1999; DEGENHARDT 2000, 137,139; auch KRISHEF & DINITTO 1981, 153). Nichtsdestotrotz können aber auch andere Lebenswelten und Faktoren für eine Alkoholgefährdung befördernd sein. Dazu ein Beispiel aus der Praxis:

Herr F. ist 34 Jahre alt, hat Sprachprobleme, gilt als leicht intellektuell behindert und wurde in der Schule als aggressiv beschrieben. Nach seiner Schule nahm er zunächst an einem Beschäftigungstraining für behinderte Menschen teil, das er jedoch frühzeitig abbrach. Im Alter von 20 Jahren traten erste Trinkprobleme auf. Er setzte sein gesamtes Geld weithin in Alkohol um und war in betrunkenem Zustand stets aggressiv. Im Alter von 26 Jahren konnte seine Mutter ihn auf Grund der Alkoholprobleme nicht mehr zu Hause halten. Daraufhin fand eine Unterbringung in einem Wohnheim für behinderte Menschen statt. Seitdem er suchte er in Wohnheimnähe fast täglich örtliche Pubs auf und setzte weiterhin all sein Geld in Alkohol um. In betrunkenem Zustand war er gewöhnlich aggressiv und inkontinent, was dazu führte, dass sich das Wohnheim überfordert fühlte. Daraufhin wurde Herr F. im Alter von 31 Jahren in eine andere Behinderteneinrichtung untergebracht, die weitab von den ihm vertrauten Pubs gelegen war. Die Mitarbeiter/innen in der neuen Einrichtung übernahmen eine stärkere Kontrolle seiner Finanzen. Heute trinkt Herr F. nur noch bei Besuchsfahrten zu seiner Mutter, die in der Nähe seiner ihm vertrauten Pubs wohnt (nach CLARKE & WILSON 1999, 136f.).

Im Folgenden möchten wir nun in einem Exkurs einige Forschungsergebnisse aus einer eigenen Studie (SCHUBERT 2004; SCHUBERT & THEUNISSEN 2005) aufzeigen, bevor grundlegende Aspekte zum Thema aufgegriffen werden.

Exkurs: Alkoholkonsum von Menschen mit geistiger Behinderung in Wohneinrichtungen – Ergebnisse aus einer repräsentativen Befragung

Über eine repräsentative Vollerhebung in allen Einrichtungen der Behinderten- und Suchthilfe in Sachsen-Anhalt konnten im Rahmen eines Forschungsprojekts erstmalig im deutschsprachigen Raum das Thema „Alkohol und geistige Behinderung" quantitativ erfasst werden. Befragt wurden Einrichtungsleiter und Mitarbeiter aus Einrichtungen.

Zum Konsum in den Wohneinrichtungen

Unsere Befragung ergab, dass von allen Einrichtungsnutzern (n=2560) 3,7 % täglich, 4,4 % mehrmals wöchentlich 10,9 % gelegentlich und 2,4 % überwiegend am Wochenende trinken. Aus der Trinkhäufigkeit allein lässt sich jedoch noch nicht die Schwere des Trinkverhaltens ablesen. Von diesen Personen wurden 6,7 % als „alkoholgefährdet" und 4,2 % als „alkoholabhängig" eingestuft. Somit kann davon ausgegangen werden, dass nach Ansicht der befragten Mitarbeiter 10,9 % der Bewohner einen „riskanten Alkoholkonsum" aufweisen. Die weit verbreitete These, dass Alkoholkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung in den letzten Jahren stark zugenommen habe, konnte durch unsere Untersuchung nicht bestätigt werden. Die Angaben zum Alkoholkonsum zu „vor 5 Jahren" sowie zu „vor 10 Jahren" waren in etwa gleich. Was Maßnahmen betrifft, so setzen sich die befragten Einrichtungen (Mitarbeiter) in erster Linie in

Gesprächen mit den Bewohnern (81 %) und in Teamsitzungen (75 %) mit der Alkoholproblematik bzw. Thematik auseinander, andererseits spielen aber auch interne und externe Fortbildungen eine wichtige Rolle. Nur 7 % der befragten Einrichtungen gaben an, sich „bisher nicht" mit diesem Thema beschäftigt zu haben.

Individuelle Konsumentendaten in den Wohneinrichtungen

Von den 123 in unsere Auswertung einbezogenen Personen mit „problematischem Alkoholkonsum" waren 88 % männlich und 12 % weiblich. Was das Alter betrifft, so konnten Ergebnisse bzw. Vermutungen aus den USA, dass Alkoholmissbrauch eher jüngere Menschen mit geistiger Behinderung betreffe, nicht bestätigt werden. Der ermittelte Altersdurchschnitt (46 Jahre) liegt sogar über dem der nichtbehinderten Bevölkerung für Männer (42 Jahre; WELSCH 2002, 31). Die erfassten Personen galten zu 42 % als leicht, zu 54 % als mittelgradig und zu 4 % als schwer geistig behindert.

Ein erster Aspekt zur Charakterisierung des Trinkverhaltens ist die *Trinkhäufigkeit*, zu der sich feststellen lässt, dass über die Hälfte (53 %) der durch die Erhebung erfassten Personen mindestens dreimal pro Woche Alkohol konsumiert. Zum *Trinkzeitpunkt* ist herauszustellen, dass insbesondere Anlässe wie Feste oder Feiern auch in restriktiveren Wohnformen die Möglichkeit bieten, Alkohol zu konsumieren (47 % der Personen trinken „immer" bei diesen Gelegenheiten). Unser Ergebnis, dass Bier (89 %) und Schnaps (29 %) die beliebtesten alkoholischen Getränkearten sind, entspricht ebenso den Daten aus der Allgemeinbevölkerung in den neuen Bundesländern (FEUERLEIN 1998, 110). Bei der Menge des getrunkenen Alkohols pro Trinkereignis wurde ermittelt, dass mit 26 % ca. ein Viertel der Personen bis zu 60g Alkohol pro Trinkereignis konsumieren, was bis zu vier Standardgetränken entspricht (ZERNIG 2000a, 483). Weitere 20 % trinken bis zu 100g (6-7 Standardgetränke) und 17 % mehr als 100 g Alkohol pro Trinkzeitpunkt.

Zur Terminologie und Klassifikation

Nach Erkenntnissen aus der aktuellen Alkoholismusforschung (ZERNIG et al. 2000a, 485) sollte ein Alkoholkonsum, der 30 – 60 g/Tag bei Männern und 20 – 40 g/Tag bei Frauen überschreitet, als gesundheitsschädlich betrachtet werden.

Von einem *Alkoholismus* als psychische Störung (Krankheit) wird dann gesprochen, wenn entweder ein schädlicher Substanzgebrauch oder eine Abhängigkeit diagnostiziert werden kann. Unter einem *schädlichen Substanzgebrauch* (Alkoholmissbrauch), der als ein stark normabweichendes Verhalten betrachtet wird, werden nach DSM-IV Kriterien gefasst, von denen sich mindestens eines innerhalb eines 12-Monate-Zeitraums manifestieren muss: Wiederholter, schädlicher Alkoholkonsum, der zu einem Arbeits- oder Schulversagen oder auch zur Vernachlässigung erzieherischer oder häuslicher Tätigkeiten führt; wiederholter, schädlicher Alkoholgebrauch in gefährlichen Situationen (Auto fahren); wiederholte Verursachung öffentlichen Ärgernisses im Zusammenhang mit erhöhtem Alkoholkonsum; fortgesetzter erhöhter Alkoholkonsum trotz vorhandener sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme. Eine akute Intoxikation oder ein „Kater" (hangover) allein beweisen noch nicht die Diagnose „schädlicher Gebrauch" (ZERNIG et al. 2000a, 489).

Im Unterschied zum Missbrauch besteht bei einer *Abhängigkeit* ein ausgesprochen starkes Verlangen nach Alkohol – und das in physischer und psychischer Hinsicht (New York City Department of Mental Health 2002). Nach DSM-IV müssen mindestens drei der folgenden Kriterien innerhalb eines Jahres vorhanden sein: Toleranzentwicklung; Entzugssymptome; hohe Mengen an Alkoholkonsum, ggf.

länger als beabsichtigt; wiederholte Versuche mit dem Trinken aufzuhören; hoher zeitlicher Aufwand, um sich Alkohol zu beschaffen; alkoholbedingte Aufgabe sozialer oder beruflicher Aktivitäten; fortgesetzter Alkoholkonsum trotz des Wissens um medizinische, physische oder psychische Probleme (ZERNIG et al. 2000a, 492).
Neben diesen beiden Hauptformen eines Alkoholismus werden in der einschlägigen Literatur häufig noch zwei weitere Phänomene genannt, zum einen die schon erwähnte *akute Alkoholintoxikation* als ein vorübergehender Zustand durch einen schweren Rausch, zum anderen das sog. *Problemtrinken* – ein Begriff, der ältere Bezeichnungen wie „gefährliches Trinken" oder „starkes Trinken" abgelöst hat (FLEMING & MANWELL 2000, 302).
Als „Problemtrinker" werden Personen bezeichnet, die anlässlich einer nicht oder kaum zu bewältigenden Konfliktsituation oder eines sozialen Problems hoffen, ihre Spannung oder inneren Stress durch Alkoholkonsum abbauen zu können (KRIECHBAUM 2000, 156). Ein Problemtrinken kann mit einem Alkoholmissbrauch Hand in Hand gehen, andererseits wird bei Problemtrinkern auch eine gewisse Abstinenzspanne oder ein relativ mäßiger Alkoholkonsum beobachtet. Dennoch darf das Problemtrinken selbst bei einem geringfügigeren Missbrauchsmuster nicht bagatellisiert oder ignoriert werden, da es allzu leicht der bewussten Kontrolle entgleiten kann. Eine solche Entgleisung geschieht dann „häufig schleichend und unbemerkt, auch ist es nicht immer einfach, die Grenze zwischen einem noch kontrollierbaren Verhalten oder Konsum und einer beginnenden Abhängigkeit zu ziehen. Unterscheidet man zu strikt, dann haben fast alle als süchtig zu gelten; handhabt man die Abgrenzung dagegen zu tolerant, dann übersieht man leicht selbstzerstörerische und auch die Umgebung schwer belastende Entwicklungen" (LINGG & THEUNISSEN 2000, 58). Ein Problemtrinken sollte auf jeden Fall als ein „kritisches Signalverhalten" betrachtet werden, als ein Zeichen dafür, dass ein Betroffener Schwierigkeiten hat, soziale Probleme oder Konflikte angemessen zu bewältigen. Insofern sollte ein Problemtrinken auch als ein Hinweis auf eine psychische Grundstörung (SPORN 2002) in Betracht gezogen werden. Damit stellt das Verhalten zugleich eine Herausforderung für die Professionellen dar, einem Betroffenen bei der Lösung von Problemen Unterstützung anzubieten. Häufig ist es nicht einfach, einen Problemtrinker zu erkennen. Typische Symptome sind: zur Nervenberuhigung trinken, Trinkgewohnheiten verheimlichen oder verdecken, alleine trinken, drei bis vier Mal im Jahr betrunken sein, medizinische, soziale und finanzielle Probleme durchs Trinken verursachen, sich beim Trinken verletzen, braucht (immer) mehr Alkohol, um „high" zu werden (The National Clearing House for Alcohol and Drug 2002).

Risikofaktoren und Erklärungsansätze

Für Menschen mit sog. geistiger Behinderung stellen soziale Bedingungen und Komorbidität[14] sehr nachhaltig wirkende Risikofaktoren für Problemtrinken und

[14] Gemeinsame Auftreten einer Alkoholabhängigkeit mit psychischen Störungen

Alkoholismus dar. Ungünstige *sozialen Bedingungen* dürfen dabei nicht nur mit der Deinstitutionalisierung in Verbindung gebracht werden, denn die (weitaus) meisten behinderten Menschen, die gemeindeintegriert in kleinen Wohnungen leben, scheinen keine Alkohol oder Drogenprobleme zu haben (CLARKE & WILSON 1999; KIM et al. 2001). Schon alltägliche Situationen, vor allem die „Präsenz negativer Rollenmodelle" (EDGERTON 1986, 606; SCHINNER 2000, 7) im Umfeld „traditioneller" Wohnmilieus (Familie; Heim [trinkfreudige Mitarbeiter]) können eine Gefährdung bzw. ein übermäßiges Trinken und damit Alkoholprobleme befördern. Das kann zum Beispiel schon ein nahe gelegener Kiosk unmittelbar an einer Bushaltestelle in der Nähe eines Wohnheims sein, wo täglich die Bewohner/innen vorbeikommen und von nichtbehinderten (häufig arbeitslosen) Stammkunden des Kiosks immer wieder überredet werden, „einen mit zu trinken". Kritisch wird das Ganze, wenn der Konsumwunsch (nicht selten gekoppelt mit dem Eindruck, dadurch anerkannt zu werden) auch allmählich immer mehr zunimmt (Craving) und sich eine Abhängigkeit entwickelt, die sich womöglich mit Verhaltensproblemen (soziale Konflikte; Störungen in der Öffentlichkeit) oder anderen psychischen Störungen assoziiert.
Damit stoßen wir auf den Risikofaktor der *Komorbidität* (PREUSS & WONG 2000). Dies betrifft Menschen mit einer sog. Doppel-Diagnose, die als besonders gefährdet gelten (LONGO 1997; BRENNT-LYNCH 1977; FLORIDA HEALTH HUMAN SERVICE 2002). Depressionen, Angststörungen, Schizophrenie, posttraumatisches Psychosyndrom (Substanzmissbrauch), antisoziale Persönlichkeitsstörung, Borderline-Störung, Essstörungen, Lernstörungen im Kindes- und Jugendalter [Hyperaktivität] treten mit Alkoholproblemen am häufigsten als komorbide Störungen auf (PREUSS & WONG 2000; auch FLEMING & MANWELL 2000, 315). Es ist allerdings unklar, ob komorbide psychische Störungen immer Folgen eines Alkoholismus (Sekundärsyndrome) sind, oder ob eine psychische Störung Alkoholprobleme befördert (ebd., 321; SPANAGEL & HÖLTER 2000, 462). Daher sollte von einer Wechselwirkung der verschiedenen Faktoren ausgegangen werden. Weithin ausgeschlossen wird eine gemeinsame genetische Grundlage.
Des Weiteren werden verschiedene psychologische Konzepte zur Erklärung eines Alkoholismus diskutiert. Bis heute scheint in unserer Gesellschaft die Ansicht „noch sehr verbreitet" (KURZ & ZERNIG 2000, 1) zu sein, dass Alkoholsucht bzw. –abhängigkeit keine Krankheit, sondern eine Charakterschwäche oder „schlechte Angewohnheit" sei. Es gibt jedoch keine „Alkoholiker-Persönlichkeit" (RIST & WATZL 1989). Zwar scheinen *genetisch-familiäre Einflussfaktoren* für eine Alkoholabhängigkeit prädisponierend zu sein (KRISHNAN-SARIN 2000), allerdings müssen hierbei immer Einflüsse und Wechselwirkungsprozesse durch die Umwelt mitberücksichtigt werden.
Eine herausragende Bedeutung zur Erklärung von Alkoholismus haben *lerntheoretische Überlegungen*, so z. B. die Grundannahme, dass der Umgang mit Alkohol grundsätzlich im Laufe des Lebens erlernt wird. Dieser Lernprozess ist dabei stark von der gegebenen Umwelt abhängig, indem soziale Faktoren, allgemeine gesellschaftliche Einstellungen (z. B. Alkohol entspannt) und

Erwartungen (Toleranz, Großzügigkeit) das Trinkverhalten beeinflussen; gleichfalls bilden Betroffene entsprechende Erwartungen oder Einstellungen aus und nehmen Einfluss auf die sozialen Gegebenheiten (STETTER 2000, 106ff.; auch EDGERTON 1986, 606). In diesem Kontext spielen Modell-Lernen, konkrete Konsumerfahrungen (entspannende Wirkungen von Alkohol; Wegfall unangenehmer Erinnerungen) sowie intermittierende Verstärkung für einen mehr oder weniger starken Alkoholkonsum eine wichtige Rolle. Als besonders gefährdet gelten in dem Zusammenhang Menschen mit oder ohne Behinderung, die über mangelnde Fähigkeiten und Fertigkeiten verfügen, sich auf andere Weise als durch Alkohol zu entspannen. Hinzu kommt, dass Alkohol oft zur Steigerung positiver bzw. zur Reduktion negativer Affekte konsumiert wird und somit eine Coping-Strategie zum Affektmanagement wie aber auch zur Bewältigung anderer Probleme darstellt (Problemtrinker). Wird diese Bewältigungsform positiv erlebt, gibt es auch keinen Grund, alternative Coping-Strategien anzuwenden oder zu erlernen. Diese Prozesse assoziieren sich mit der Ausbildung dysfunktionaler kognitiver Schemata (Irrtümer) wie beispielsweise: „Nur wenn ich viel Alkohol trinke, kann ich glücklich sein"; „Mir geht es immer gut, wenn ich was trinke" (BECK et al. 1997). Solche „irrationalen Kognitionen" tragen zur Aufrechterhaltung des Alkoholkonsums bei, die durch eine selektive Selbstwahrnehmung, verzerrte Selbstkontrolle oder auch willkürliche Schlussfolgerungen gestützt wird (indem z. B. nur positive Seiten des Alkoholkonsums wahrgenommen und die negativen Folgen geleugnet werden). Werden Schwierigkeiten eingestanden, scheitern nicht selten die eigenen Versuche, die Probleme oder Konflikte zu lösen. Dies hängt wiederum mit einer mangelnden Bewältigungs- oder Problemlösekompetenz zusammen. Menschen mit sog. geistiger Behinderung werden gerade auf diesem Gebiete Kompetenzdefizite nachgesagt (AGRAN & WEHMEYER 1999). So haben Betroffene z. B. Schwierigkeiten, Probleme wahrzunehmen und zu definieren, alternative Lösungswege zu finden, eine Entscheidung für eine Problemlösung zu treffen, den Lösungsweg umzusetzen sowie im Hinblick auf seine Effektivität zu überprüfen und daraus die folgerichtigen Konsequenzen zu ziehen.

Im Unterschied zu den lerntheoretischen Erklärungsansätzen, die vor allem aufrechterhaltene Prozesse fokussieren, suchen *tiefenpsychologische Konzepte* eher nach kausalen Aspekten. In der Regel wird aus tiefenpsychologischer Sicht davon ausgegangen, dass schon vor Beginn der Abhängigkeit eine „psychische Grundstörung" bestanden hat, „auf deren Boden sich bei einem betroffenen Individuum die Abhängigkeit von einem Suchtstoff entwickelt" (SPORN 2002, 26) hat. Demnach gilt das kritische Trinkverhalten „als Zeichen (Symbol) für etwas Zugrundeliegendes, etwas relativ Überdauerndes" (STETTER 2000, 109). Dabei kann es sich z. B. um strukturelle Ich-Defizite vor Beginn einer Alkoholabhängigkeit, um Ängste, um eine Verarbeitung narzisstischer Sehnsüchte, um einen Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt, um Beziehungskonflikte oder Beziehungsprobleme, um Missbrauchserfahrungen, um Traumata oder auch um Mutter-Kind-Konflikte mit frühen Erfahrungen von Ablehnung, Feindseligkeit und Zurückweisung durch die Mutter handeln. Vor diesem Hintergrund stellt ein erhöhter Alkoholkonsum ein Mittel dar, um diffuse Ängste, unangenehme Gefühle

oder unbewusste Konflikte zu kompensieren, um Ängsten zu entfliehen oder um sich vom Bedrückenden zu befreien. Auch hier wird die Funktionalität eines Alkoholkonsums bzw. Problemtrinkens sehr deutlich.
Wie dem auch sei: insgesamt haben wir es mit einer Fülle an unterschiedlichen, zum Teil sich auch ergänzenden Aspekten zu tun, die in ihrer Bedeutung für den Einzelnen nur subjektzentriert (EDGERTON 1986, 608), über eine umfassende, verstehende Diagnostik, erschlossen werden können.

Therapeutische Maßnahmen und Interventionen

Die vorausgegangenen Ausführungen legen Ziele, Unterstützungs- und Behandlungsmaßnahmen eines Alkoholismus nahe. Zuvor sei jedoch erwähnt, dass etwa 80 % aller Menschen mit Alkoholproblemen keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen (LARIMER & KILMER 2000, 9, 16) und dass „ein Großteil der Problemtrinker" zu einer *Spontanremission* gelangt. Das hat die Alkoholismusforschung dazu veranlasst, der (salutogenetischen) Frage nachzugehen, welche Ressourcen und Faktoren für eine „Selbstheilung" notwendig und hilfreich sind, um daraus Schlüsse für zukünftige therapeutische Konzepte zu ziehen. Auf die Details können wir hier nicht näher eingehen (dazu ebd., 17ff.). Wichtig für unser Thema ist die Feststellung, dass bislang wenig Erkenntnisse in Bezug auf eine Spontanremission bei Menschen mit sog. geistiger Behinderung vorliegen. Zwar berichtet EDGERTON (1986, 607) von vier „schweren Trinkern" mit sog. leichter geistiger Behinderung, die einige Jahre nach ihrer Deinstitutionalisierung den Alkoholkonsum in Anbetracht damit verknüpfter negativer Konsequenzen von sich aus völlig aufgegeben hatten, doch drängt sich vor dem Hintergrund von Anfragen bzw. Hilferufen aus der Praxis eher der Eindruck auf, dass Menschen mit sog. geistiger Behinderung die Konsequenzen eines exzessiven Alkoholkonsums oft nicht voraussehen können (KRISHEF & DINITTO 1981, 154) und angesichts unzureichender Problemlösungsstrategien, mangelnder Fähigkeiten einer Selbstkontrolle, einem fehlenden Vertrauen in eigene Ressourcen, unzureichender sozialer Kompetenzen wie auch fehlender sozialer Netze und Unterstützung (Enabling Niches) erhebliche Schwierigkeiten haben, Alkoholprobleme alleine zu lösen (DEGENHARDT 2000, 138). Hinzu kommen mangelnde Kenntnisse über Ressourcen in der Gemeinde wie auch fehlende Freundschaften, Arbeitslosigkeit oder auch ein mangelndes Familieninteresse bei jenen, die im betreuten Wohnen oder in kleinen relativ autonomen Wohngemeinschaften leben (FLORIDA HEALTH HUMAN SERVICE 2002; LONGO 1997, 62). Insofern sind Betroffene auch als Problemtrinker eher als nichtbehinderte Personen auf eine professionelle Unterstützung angewiesen.
Hierzu gilt sowohl in Deutschland als auch im angloamerikanischen Sprachraum die allgemeine Suchthilfe als zuständig (SCHUBERT 2004). Jedoch fühlen sich nicht wenige ihrer Dienstleistungserbringer im Umgang mit sog. geistig behinderten Menschen unsicher und überfordert. Zudem besteht mancherorts die Auffassung, dass Menschen mit sog. geistiger Behinderung „eigene" Settings benötigen, weil sie unter anderem dazu „neigen würden, das übliche Behandlungsmilieu zu stören"

(LONGO 1997, 62). Die allgemeinen Dienstleistungssysteme werden aber dann nicht für alkoholgefährdete oder –abhängige Personen mit sog. geistiger Behinderung in Abrede gestellt, wenn zusätzliche unterstützende Hilfen durch persönliche Assistenten eines Betroffenen gegeben werden. Das gilt im Übrigen auch für die Integration betroffener behinderter Menschen in spezialisierten Selbsthilfe-Gruppen (Anonyme Alkoholiker) (ebd., 64). Außerdem sollten Mitarbeiter/innen der allgemeinen Dienste im Rahmen von Fort- oder Weiterbildungsmaßnahmen auf den Umgang mit sog. geistig behinderten Menschen geschult werden; und Mitarbeiter/innen aus Behinderteneinrichtungen, die die betroffenen Menschen begleiten, sollten mit dem Thema des Alkoholismus vertraut gemacht werden (CHRISTIAN & POLING 1997, 131f.; CLARKE & WILSON 1999, 138). Insgesamt laufen all diese Überlegungen (cross-learning) und Konzepte auf eine *enge Verzahnung der allgemeinen spezialisierten Dienste und sozialen Ressourcen mit den Systemen und Angeboten aus der Behindertenhilfe* hinaus. Insofern haben wir es hier mit Besonderheiten zu tun, die es im Rahmen eines Interventionskonzepts zu berücksichtigen gilt und die gewisse Unterschiede zur allgemeinen Alkoholismus-Behandlung sichtbar werden lassen (dazu auch KRISHEF & DINITTO 1981, 153f.).

Wenn wir in dem Zusammenhang von *Interventionen* sprechen, so verstehen wir darunter keine bloße Konzentration von „Eingriffen“ aufs Individuum, sondern „vermittelnde“ Hilfeleistungen (Duden), die systemökologisch ausgerichtet sind, d. h. nicht nur Einfluss auf das Verhalten und Erleben einer betroffenen Person nehmen, sondern immer auch auf die Beeinflussung des Kontextes abzielen, indem Schlüssel- oder relevante Bezugspersonen Interaktionen, institutionelle Bedingungen und soziale Ressourcen in die konzeptionellen Überlegungen miteinbezogen werden. Dadurch werden eine einseitige Schuldzuschreibung (der Betroffene ist für sein Leiden selbst verantwortlich) sowie eine einbahnige Praxis, wo sich nur der betreffende Mensch in seinem Verhalten ändern muss, vermieden.

Im Folgenden sollen nun die wichtigsten Aspekte eines Interventionskonzepts herausgestellt werden:

Orientierungsphase

Suchen Umkreispersonen oder eine betroffene Person eine Suchtberatungsstelle, psychiatrische Ambulanz o. dgl. auf, sollte ein Berater/Therapeut davon ausgehen, dass es schon im Vorfeld Konflikte im Zusammenhang mit Alkohol gegeben hat. Insofern ist es wichtig, sich durch gezielte Leitfragen einen situativen Überblick zu verschaffen und die Erwartungen und Vorstellungen der Bezugswelt sowie des Betroffenen kennen zu lernen. Dabei können deutliche Differenzen zutage treten, wenn z. B. die Bezugspersonen eine Alkoholabhängigkeit behaupten und ein Betroffener eine Alkoholabhängigkeit leugnet. Um eine adäquate Hilfe anbieten zu können, muss zunächst abgeklärt werden, ob der Betroffene überhaupt bereit ist, sein Trinkverhalten zu ändern. Besteht diesbezüglich eine mangelnde Motivation (Non-Compliance) hängt es in entscheidendem Maße vom Geschick des professionellen Helfers ab, den Betroffenen zur Mitarbeit an einer diagnostischen Untersuchung zu bewegen, um die Problematik einschätzen zu können. An dieser

Stelle sei angemerkt, dass allzu leicht eine Fremdbestimmung mit ins Spiel kommen kann, wenn eine spezielle Hilfe (Therapie) von nicht selten besorgten wie auch hilflosen Mitarbeitern/innen einem Betroffenen quasi „aufgedrückt" wird (CLARKE & WILSON 1999, 136). Eine solche Verdinglichung ist in der Regel für ein erfolgreiches Interventionskonzept kontraproduktiv. Wichtig ist es, dass sich der professionelle Helfer von Umkreispersonen nicht unter Druck setzen lässt und zunächst (insbesondere bei mangelnder Motivation) die Schaffung eines Vertrauensverhältnisses fokussiert, das mit einer respektvollen, wohlwollenden und verständnisvollen Haltung dem Betroffenen gegenüber verbunden sein muss (KURZ & ZERNIG 2000, 6f.; STETTER 2000, 100; SCHINNER 2000, 9).

Diagnostischer Prozess

Kernstück des von uns favorisierten diagnostischen Konzepts ist die „*Verstehende Diagnostik*" (LINGG & THEUNISSEN 2000, 27ff.), deren Bausteine einem in der modernen Psychiatrie favorisierten „*multidimensionalen Assessment*" weithin entsprechen. Ihr Ausgangspunkt ist die *Erstellung einer Familien- und Lebensgeschichte*, die nicht nur Probleme (z. B. praktiziertes Konsummuster und verwendete Mittel; Ausmaß, in dem der Alkoholismus verschiedene soziale und psychische Funktionsbereiche erfasst hat) oder „kritische" Lebensereignisse, sondern gleichfalls bisherige Maßnahmen, sog. konfliktfreie (Abstinenz-)Zeiten, „kleine Erfolgsgeschichten" wie auch individuelle Ressourcen, Entwicklungspotentiale, Fähigkeiten, Bedürfnisse und Wünsche des betroffenen Menschen erfassen soll. Neben dieser *„Stärken-Perspektive"* (WEICK et al. 1989; SALEEBEY 1997), in der zugleich auch die Frage nach vertrauensstiftenden, verlässlichen Bezugspersonen und sozialen Ressourcen (Freundschaften, Gruppe, Nachbarschaft, ehrenamtliche Helfer) eingehen soll, sind *Milieuaspekte* in interpersoneller und struktureller Hinsicht (z. B. fremdbestimmende Betreuungspraxis; Konstellationen in Mitarbeiterteams; Übertragungsmechanismen, Co-Abhängigkeiten) diagnostisch zu beachten. Gerade das Verkennen einer Co-Abhängigkeit kann den Erfolg eines Interventionskonzeptes erheblich gefährden. Co-abhängiges Verhalten kann beispielsweise darin bestehen, dass ein Mitarbeiter immer wieder dem Wunsch eines Betroffenen folgt und ihn wegen Übelkeit oder einem morgendlichen verstärkten Schlafbedürfnis nach einem übermäßigen Alkoholkonsum in der Werkstatt für behinderte Menschen als „krank" entschuldigt (hierzu auch CHRISTIAN & POLING 1997, 128). Des Weiteren bedarf es einer medizinischen Anamneseerhebung und Verlaufsbeurteilung sowie einer *differentialdiagnostischen Untersuchung* im Hinblick auf Komorbidität bzw. einer „psychischen Grundstörung" (SPORN 2002, 29f.). Dabei ist es u. a. wichtig zu erkennen, inwieweit eine „Selbstbehandlung" durch Alkohol bei bestimmten klinischen Bildern (wie im ersten Beispiel) eine Rolle spielt. Die *Beachtung des allgemeinen gesundheitlichen Zustandes* (Anfallsleiden, Grad der körperlichen Abhängigkeit, Leber, Pankreas, Herz-Kreislauf-System, Niere, Immunsystem, endokrines System, Vitamin-Mangel-Syndrom, Haut...) im Hinblick auf eine etwaige Schädigung durch Alkoholmissbrauch zählt gleichfalls zum Kernstück der medizinischen Diagnostik. Hierzu sind in der Regel allgemeinmedizinische und internistische (Labor-

)Untersuchungen notwendig. Durch spezielle Fragebögen oder psychometrische Erfassungsinstrumente (hierzu VANABLE et al. 2000; ZERNIG et al. 2000a, 495ff.), deren Anwendungsmöglichkeiten bei Menschen mit mangelnder Selbstauskunft nur begrenzt anwendbar sind und daher das klinische Interview mit Umkreispersonen nicht ersetzen können, ergibt sich die Möglichkeit, sowohl das aktuelle Zustandsbild als auch das Trinkverhalten im Hinblick auf Gefährdung, Einstellungen (Absichtserklärungen), Schädigung, Problemtrinken, Missbrauch oder Abhängigkeit zu erfassen.

Einschätzung des Schweregrades des Alkoholproblems und Planung darauf abgestimmter Interventionsmaßnahmen

Der diagnostische Prozess mündet in die Einschätzung des Schweregrades des Alkoholproblems, von der aus Entscheidungen im Hinblick auf Ziele und Interventionen getroffen werden müssen. Kommt es z. B. bei einem Betroffenen bei mehrtägiger Abstinenz mehrmals im Monat zu einem übermäßigen Alkoholkonsum mit rauschartigen Folgen, kann dies ein Zeichen eines *Problemtrinkens* sein, indem das Trinkverhalten der Bewältigung oder Kompensation eines Problems dient (z. B. ambivalente, instabile Freundschaftsbeziehung; zu hoher Druck am Arbeitsplatz; Streit mit einem Zimmernachbar in der Wohneinrichtung). In dem Falle sollten zunächst *Interventionen zur Lösung des Problems* in den Blick genommen werden (z. B. gemeinsame Gespräche mit dem Freund/Freundin, Gruppenmitarbeitern, Zimmernachbar; Vereinbarung einer realisierbaren Verhaltensänderung in schriftlicher Form). Ist dieser Weg erfolgreich, kann auf weitere Interventionen (z. B. Abstinenz-Plan) womöglich verzichtet werden. Es können aber auch soziale Rahmenbedingungen (z. B. Kiosk oder Wirtschaft nebenan; Einfluss durch andere) in Verbindung mit einer mangelnden Widerstandskraft des Betroffenen (z. B. gegen „Verführungen“ durch nichtbehinderte Bekanntschaften; Unvermögen, „Nein“ zu sagen) für einen Alkoholmissbrauch bzw. schwere Räusche befördernd sein. Hier wäre die *Arbeit mit der Bezugswelt* (z. B. Absprachen in Bezug auf Trinkmengen in der Wirtschaft) ebenso wichtig wie eine *Psychoedukation* (soziales Problemlösetraining, Nein-Sage-Training mit dem Betroffenen), um ihn widerstandsfähig gegenüber Verführungen durch andere zu machen. Zudem müssten stärkenorientierte Freizeitaktivitäten mit Erfolgserlebnissen und Selbstwirksamkeitserfahrungen als alternative, sozial aufwertende Möglichkeiten zu einem Wirtshausbesuch erarbeitet und erprobt werden.

Bei Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit (nach ICD-10; DSM IV) ist eine *stationäre Behandlung* (bei Entgiftung und ausgeprägter Entzugssymptomatik auf jeden Fall), *halbstationäre* oder *ambulante Entzugstherapie* in einer Spezialeinrichtung mit entsprechender *Nachsorge* indiziert (hierzu STUPPÄCK et al. 2000; STETTER 2000; DEGENHARDT 2000, 140). Eine stationäre Behandlung (bei Entgiftung 2-3 Wochen, bei Entwöhnung 4-16 Wochen) kann für einen Betroffenen angst- und stressbefördernd sein, weshalb es wichtig ist, eine solche Maßnahme gut zu planen sowie psychotherapeutisch und pädagogisch zu begleiten. Zudem muss sie auf eine

Reintegration hinauslaufen. Eine Entscheidung über das therapeutische Setting (stationäre Unterbringung) sollte grundsätzlich einem Spezialisten (Facharzt) vorbehalten werden. Das schließt nicht aus, dass entsprechende Entscheidungen einvernehmlich (mit Zustimmung des Betroffenen und seinen Bezugspersonen) getroffen werden, denn eine gezielte Behandlung sog. geistig behinderter Menschen mit Alkoholproblemen geht ins Leere, wenn nicht der Betroffene und insbesondere auch seine Bezugspersonen mitspielen.
Grundsätzlich müssen vor der Entscheidung von Maßnahmen die Ziele einer Behandlung genau festgelegt und vereinbart werden. Die Frage, ob Abstinenz oder ein kontrolliertes Trinken Ziel sein soll, lässt sich nur im Einzelfall und keineswegs pauschal beantworten. Nach STETTER (2000, 119f.) ist ein „kontrolliertes Trinken" als Leitziel am ehesten beim Problemtrinken oder auch bei Alkoholmissbrauch angezeigt. Personen mit einer Alkoholabhängigkeit scheinen dagegen eher von einem Behandlungskonzept, das auf Abstinenz abzielt, zu profitieren. Da erfahrungsgemäß das Ziel der Abstinenz „wesentlich leichter" erreichbar ist (O'CONNOR 2000, 198; auch LARIMER & KILMER 2000, 22), wird es in der Arbeit mit sog. geistig behinderten Menschen präferiert (hierzu auch EDGERTON 1986, 607; DEGENHARDT 2000, 139f.).

Spezielle Therapien und pädagogisch gelagerte Interventionen

Bei einer diagnostizierten Alkoholabhängigkeit (nach ICD-10; DSM IV) sowie bei Komorbidität ergibt sich die Notwendigkeit einer speziellen Behandlung. Im Rahmen eines interdisziplinären, multimodalen Gesamtkonzepts stellen dabei eine Pharmakotherapie und Psychotherapie die entscheidenden Behandlungssäulen dar, die mit pädagogisch-therapeutischen Interventionen sowie sozialtherapeutischen und kontextorientierten Maßnahmen Hand in Hand gehen müssen.
In der einschlägigen Literatur wird in dem Zusammenhang gerne von einer „kombinierten Maßnahme" gesprochen, indem verschiedene Ansätze sinnvoll miteinander verknüpft werden sollen, „um der konkreten Situation des konkreten Patienten gerecht zu werden" (STETTER 2000, 106). Ein solches Vorgehen, das unter anderem auch eine Modifikation „regulärer" Behandlungsverfahren bei einer Alkoholerkrankung beinhalten kann (KRISHEF & DiNITTO 1981, 153f.; CHRISTIAN & POLING 1997, 133), wird gleichfalls für die Arbeit mit sog. geistig behinderten Menschen empfohlen.
Das gilt ebenso für eine *pharmakologische Behandlung* zur *Unterstützung* (und nicht etwa als Ersatz!) der übrigen Maßnahmen (O' CONNOR 2000, 200). Nach CHRISTIAN & POLING (1997, 129) bedarf es hierbei, insbesondere bei Personen, die bereits Psychopharmaka erhalten, eines sehr sorgfältigen Vorgehens, da mögliche Arzneiinteraktionen, Nebenwirkungen und Kontraindikationen beachtet werden müssen. LONGO (1997, 63f.) stellt drei Substanzen heraus, die derzeit bei einer Alkoholabhängigkeit empfohlen und für eine Behandlung bei Menschen mit sog. geistiger Behinderung in Betracht gezogen werden können (hierzu auch DEGENHARDT 2000, 140f.):
Naltrexon; dieses Präparat gilt mit Acamprosat als viel versprechend und wirksam im Hinblick auf eine deutliche Verringerung eines Alkoholkonsums (Craving) bis

hin zu einer völligen Abstinenz (ZERNIG et al. 2000b). Allerdings muss mit Nebenwirkungen (Übelkeit, Schwindel, Gewichtsverlust) gerechnet werden. Zudem ist Naltrexon bei einer akuten Hepatitis kontraindiziert.
Antabus (Disulfiram): Gilt als ein „Klassiker" bei Alkoholkonsum, macht jedoch einen sehr sorgfältigen Gebrauch und eine Kontrolle notwendig, was nach LONGO Menschen mit sog. geistiger Behinderung allzu leicht überfordern kann. Zudem muss im Unterschied zu Naltrexon mit stärkeren Nebenwirkungen (Blutdruckabfall, erhöhter Puls, Übelkeit, Kopfschmerzen) sowie „mit dem Risiko einer im Extremfall potentiell tödlichen Arzneimittel-Alkohol-Interaktion" (ZERNIG et al. 2000b, 145) gerechnet werden (hierzu auch ZERNIG & BATTISTA 2000, 477).

- *Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer* (Fluoxetin; Citalopram): Wird besonders bei komorbider depressiver Störung empfohlen; gilt als moderne Substanz als relativ gut verträglich und wirksam im Hinblick auf Abbau eines Alkoholkonsums; an unerwünschten Wirkungen muss mit Übelkeit, Kopfschmerzen, Nervosität und Schlaflosigkeit gerechnet werden.

Was die *Psychotherapie* betrifft, so werden für die Arbeit mit alkoholgefährdeten oder -abhängigen Personen tiefenpsychologische, verhaltenstherapeutische, gesprächs- und systemtherapeutische Verfahren herausgestellt (STETTER 2000; auch SPORN 2002) – Methoden, wie sie üblicherweise bei Menschen mit einer sog. Doppel-Diagnose angewandt werden (LINGG & THEUNISSEN 2000). Unabhängig der jeweiligen Methode sollte stets eine wertschätzende, empathische, offene, aber auch klare therapeutische Haltung eingenommen und jedes Moralisieren vermieden werden (STETTER 2000, 103). Ebenso wichtig ist es, im Rahmen der therapeutischen Beziehung auf die Gefahr der Co-Abhängigkeit zu achten, wenn sich beispielsweise ein Therapeut zu sehr auf die Wünsche oder Abstinenzversprechen des Betroffenen einlässt und auf eine notwendige und sorgfältige Therapie- oder Maßnahmenkontrolle verzichtet (SCHINNER 2000, 9). Verleugnungen oder Bagatellisierungen eines erhöhten Alkoholkonsums gehören mit zum Erscheinungsbild eines alkoholabhängigen Menschen, und daher kommt es auf das (Gesprächs-)Geschick des Therapeuten an, den Klienten zu motivieren, sich ohne Scham oder Schuldgefühle auf einen therapeutischen Prozess einzulassen. Zuviel Druck oder auch Drohungen, die nicht selten von Bezugs- oder Umkreispersonen ausgesprochen werden, können Scham und Schuldgefühle verstärken und damit letztlich zum Aufrechterhalten der Suchtdynamik mit beitragen (STETTER 2000, 125).
Bekanntlich lassen sich psychotherapeutische Ansätze jedoch nicht unvermittelt in der Arbeit mit sog. geistig behinderten Menschen anwenden (LINGG & THEUNISSEN 2000). Dies gilt vor allem für die Verfahren, die auf Verbalisierungs- und Reflexionsfähigkeiten setzen (z. B. SPORN 2002). Hier müssen vereinfachte Wege und modifizierte Formen einer therapeutischen Unterstützung (Hilfs-Ich-Funktion) gefunden werden (hierzu auch CHRISTIAN & POLING 1997, 133). In Anbetracht der häufig konstatierten Coping-Defizite von Menschen mit sog. geistiger Behinderung und Alkoholproblemen kommt den *psychoedukativen Interventionen* eine prominente Rolle zu, die in der Regel

verhaltenstherapeutisch orientiert sind und mehr Effektivität als eine eng gestrickte (analytische) Psychotherapie versprechen (auch STETTER 2000, 121; DEGENHARDT 2000, 140, 142). Eine herausragende Bedeutung haben dabei:

Problemlösetraining

Durch ein systematisch aufgebautes Problemlösetraining (AGRAN & WEHMEYER 1999; auch THEUNISSEN 2002, 170ff.) sollen Menschen mit sog. geistiger Behinderung zu einer Handlungskompetenz befähigt werden, die der Bewältigung von Problemen oder schwierigen Situationen dient. Ein Problem könnte beispielsweise sein, dass ein Betroffener beim Vorbeigehen an einem Kiosk häufig von Bekannten zum Mittrinken animiert wird. Im Rahmen des Problemlösetrainings könnte er verschiedene Verhaltensalternativen kennen lernen und im Hinblick auf ihre Effektivität erproben. Insofern leistet das Problemlösetraining zugleich einen wichtigen Beitrag zur *Selbsthilfe* und zum *Selbstmanagement*. Dazu zählt z. B. auch ein gezieltes *Selbstbehauptungstraining*, indem ein Betroffener in eine Situation gebracht wird, in der er üblicherweise Alkohol konsumiert hätte. Rollenspiele, Lernen am Modell wie auch ein Anti-Stress-Training sollen dazu beitragen, dass der Betreffende lernt, „nein" zu sagen bzw. Widerstand gegenüber Verführungen zu leisten und durch alternative Aktivitäten dem Genuss von Alkohol aus dem Wege zu gehen. Derlei Übungen, die darauf abzielen, das Angebot alkoholischer Getränke abzulehnen (z. B. durch „Ich trinke jetzt nicht mehr") sind insbesondere auch im Hinblick auf rückfallgefährdende Situationen von Bedeutung (hierzu auch AREND 1994).

Kognitives Umstrukturieren

Dieses Prinzip greift die Grundannahmen von BECK et al. (1997) auf, dass sich alkoholabhängige Personen in einem einseitigen Denkschema verfangen haben. Dieses kann sich z. B. auf Vorstellungen beziehen wie: „Wenn ich keinen Alkohol trinke, kann ich nicht glücklich sein", „Nur mit Alkohol habe ich gute Laune", „Mal einen über den Durst zu trinken, ist ja nicht schlimm". Diese Wertschätzung, die häufig auch mit entsprechenden Situationsinterpretationen verbunden ist, wird in der von Beck konzipierten *kognitiven Therapie* aufgegriffen, in der die einseitigen Denkmuster aufgedeckt und durch „Hausaufgaben" sowie durch konkrete Übungen, die ein Umdenken beinhalten, systematisch abgebaut und überwunden werden sollen. Letztlich geht es dabei um die Veränderung der einseitig positiv besetzten Wahrnehmungs- und Bewertungsmuster im Umgang mit Alkohol durch die Gewinnung einer realistischen Perspektive (Vergegenwärtigung der kritischen Momente, Gesundheitsschäden, soziale Probleme, unregelmäßiger Lebenswandel), eines neuen Selbstwertgefühls und Zutrauens in eigene Fähigkeiten, zukünftige Probleme erfolgreich (ohne Alkohol) bewältigen zu können. Wenngleich das Prinzip des kognitiven Umstrukturierens für viele Menschen mit sog. geistiger Behinderung sehr anspruchsvoll ist, kann es bei Personen mit leichter intellektueller Behinderung durchweg anwendbar und nützlich sein, wenn „kleinschrittig" vorgegangen wird, mehrfach Wiederholungen durchgeführt werden und auf eine Vereinfachung der Informationen und Materialien geachtet wird (z. B. bebilderte

Tagesprotokollbögen mit bestimmten Szenendarstellungen) (KRISHEF & DiNITTO 1981).

Körperliche Entspannung

Alkoholkonsum wird sehr oft mit Entspannungserwartungen verknüpft. Aus diesem Grunde wird immer auch Entspannung als ein therapeutisches Ziel angestrebt, das jedoch auf anderem Wege, nämlich über systematische Entspannung, autogenes Training, Joga-Übungen oder progressive Relaxation erreicht werden soll (STETTER 2000, 117f.). In der Behindertenarbeit werden gerne Entspannungs- oder körperorientierte Angebote (basale Kommunikation; integrative Körpertherapie; Snoezelen...) genutzt, so dass hier Vorschläge aus der Suchttherapie mit der Präferenz spezifischer heilpädagogischer Methoden korrespondieren. Allerdings genügt es nicht, nur auf körperorientiertes Arbeiten zu setzen, denn es handelt sich hierbei lediglich um ein Element im Rahmen eines multimodalen Gesamtkonzepts.

Ressourcenaktivierung

Eine ausschließlich auf Coping-Defizite hin angelegte Psychotherapie oder Psychoedukation greift in der Arbeit mit alkoholabhängigen Personen viel zu kurz (STETTER 2000, 112, 124; auch GRAWE 1995, 135). Zudem lehrt die Stärken-Perspektive, dass Menschen nicht durch die Konzentration auf ihre Defizite und Probleme wachsen, sondern dass es fruchtbarer ist, an den Stärken, Talenten, Potentialen und Fähigkeiten des Einzelnen anzuknüpfen. Durch ein gemeinsames Erschließen von Stärken und Aktivitäten, die nicht in Verbindung mit Alkoholgenuss stehen sowie durch ein gemeinsames Strukturieren des Tagesablaufs sollen Betroffene allmählich an eine veränderte Lebensführung und –gestaltung herangeführt werden. In dem Zusammenhang hat sich gezeigt, dass ein *(hoch-)strukturierter Rahmen*, in dem schon kleine, positive Aktivitäten aus dem „Stärken-Fundus" des Betroffenen fremd- und selbstverstärkt werden, günstiger ist als ein unstrukturierter Alltag, in dem ein Betroffener sich weithin selbst überlassen bleibt (STETTER 2000, 130ff.; FLORIDA HUMAN SERVICE 2002). Andererseits sind Ressourcen auch außerhalb eines Betroffenen lokalisiert. Daher sollte eine *Netzwerkanreicherung* (Mobilisierung und Sicherung privater Beziehungen; emotionale Unterstützung und Kontakte durch verlässliche Freundeskreise, Nachbarschaften) als Ressourcenaktivierung mit in Betracht gezogen werden.

Aktive und unterstützende Hilfe zur Problemlösung

Hierbei geht es im Prinzip um die Schaffung einer Atmosphäre, die es dem Betroffenen „leicht macht, über sich selbst und seine seelischen wie körperlichen Beschwerden zu sprechen, sowie seine (soziale) Situation zu beschreiben“ (STETTER 2000, 124). Im Rahmen dieses Gespräches sollte der professionelle Helfer Möglichkeiten der direkten Ich-Stützung nutzen, indem er z. B. den Betroffenen zu einer kritischen Realitätssicht und -überprüfung anstiftet (z. B. Ist es wirklich so, dass Sie *immer nur* kritisiert werden? Haben Sie es wirklich nötig, sich über Alkohol soziale Anerkennung zu verschaffen?). Neben dem Aufgreifen von Beschwerden oder Problemen sollen zugleich Stärken durch ein „kritisches Gegenfragen“ in den Blick genommen werden (z. B. In welchen Situationen hatten Sie nicht so viel getrunken?; Wie ist es Ihnen gelungen, sich nicht zu betrinken?; Was hatte Sie dazu bewegt, in dieser Situation „nein“ zu sagen?). Derlei Formen einer „*supportiven Therapie*“ (WÖLLNER et al. 1996) sollen gleichfalls wie die kognitive Therapie zu neuen Wahrnehmungs- und Denkmustern führen sowie Perspektiven für konkrete Verhaltensänderungen eröffnen. Dazu können dann im nächsten Schritt gemeinsam mit dem Betroffenen Verhaltens- oder Bewältigungsstrategien erarbeitet werden, deren Realisierung und Überprüfung dann im Nachhinein ansteht. Nichtsdestotrotz sind wie bei der kognitiven Therapie auch diesem Angebot gewisse Grenzen gesetzt. Daher möchten wir SCHINNERS (2000, 9) Anregungen aufgreifen und nicht unerwähnt lassen: „Wegen der kognitiven und kommunikativen Einschränkungen, die Menschen mit geistiger Behinderung Selbstreflexion erschweren bis nahezu unmöglich machen, ist es nötig, Gefühle, Ängste und Konflikte nicht nur verbal widerzuspiegeln, sondern sie *sinnlich erfahr- und erlebbar*, somit im Sinne des Wortes *begreifbar* zu machen, damit aber auch gestaltbar. Dies kann in Form von Geschichten und Märchen genauso geschehen wie in Form kleiner szenischer Inszenierungen (etwa der Darstellung des inneren Konflikts beim Suchverhalten durch zwei Personen).“

Psychoedukative Gruppenarbeit

Neue Verhaltensweisen oder Problemlösestrategien sollten nicht nur in der Einzelarbeit, sondern gleichfalls mit Mitbewohner/innen, Angehörigen oder Mitarbeiter/innen trainiert werden. Dabei sollte es immer auch um die Schulung der sozialen Wahrnehmung gehen, um verbale wie auch nonverbale Signale anderer Personen besser verstehen zu lernen. Für die Bezugswelt ist es wichtig, im Hinblick auf die Probleme des Betroffenen, seine Sichtweisen und Handlungskompetenzen sensibler zu werden. Zudem kommt es auf die Einstellung und angemessene Haltung der Bezugspersonen an, die z. B. um die Probleme einer Co-Abhängigkeit und kontraproduktiver Reaktionen (Drohungen, ständige Zurechtweisungen ...) wissen sollten. Das führt uns zugleich zu einer *speziellen Arbeit mit den Bezugspersonen,* in der grundlegende Informationen über Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit sowie über Handlungsmöglichkeiten und geeignete Umgangsformen mit dem Betroffenen Eingang finden müssen. Hinter all dem verbirgt sich die Einsicht, dass

einem Betroffenen nur dann geholfen werden kann, wenn die Bezugswelt mitspielt und (gleichfalls) bereit ist, sich zu ändern.

Kontextverändernde Maßnahmen

Eng verknüpft mit der Arbeit mit Bezugspersonen sind kontextverändernde Maßnahmen, die sich auf drei lebensweltliche Systeme beziehen: 1. auf die *primäre Lebenswelt* (z. B. Zimmerwechsel; Einteilung des Taschengeldes; Verhaltensvereinbarung; Bereitstellung alkoholfreier Getränke); 2. auf das *soziale Umfeld* (z. B. Absprachen in Bezug auf Getränke oder Alkoholkonsum mit einem Kioskbesitzer, Lebensmittelgeschäft) und 3. auf die *makrosystemische Ebene* (Veränderung der Hausordnung; Regelungen im Umgang mit Alkohol im Wohnhaus). Solche Maßnahmen sollten freilich nur im Einvernehmen mit den Betroffenen bzw. gemeinsam mit einem Heimbeirat oder Heimfürsprecher durchgeführt werden.

Nachsorge und Rückfallprophylaxe

Studien über Ergebnisse einer Suchttherapie lassen den Schluss zu, dass bei etwa einem Drittel aller Personen mit Alkoholproblemen, bei denen eine Abstinenz vereinbart wurde, von einer erfolgreichen Behandlung im Sinne stabilen Abstinenz, bei etwa 33 % eine „Besserung“ (mit gelegentlichen Rückfällen) und wiederum bei 33 % von einem fehlenden bzw. mangelnden Therapieerfolg ausgegangen werden kann. Diese Ergebnisse stehen in einem engen Zusammenhang mit dem therapeutischen Setting, der Behandlungsdauer, der Nachsorge und gewissenhaften Rückfallprophylaxe. Nach STETTER (2000, 120ff.) gelten jene Konzepte am erfolgreichsten, die bei alkoholabhängigen Personen zunächst eine mehrwöchige intensive, multimodale stationäre Behandlung, dann eine mehrmonatige multimodale ambulante Therapie und schließlich eine langfristige Nachsorge in Verbindung mit Selbsthilfe-Gruppen (Anonyme Alkoholiker) vorsehen. Konzepte, bei denen auf eine stationäre Behandlung verzichtet wurde, gelten als weniger erfolgreich als der hier aufgezeigte kombinierte Weg, der auch für Menschen mit sog. geistiger Behinderung empfohlen wird (CHRISTIAN & POLING 1997, 133f.) und in der Nachsorgephase durch das Angebot einer *Krisenintervention* (WÜLLENWEBER & THEUNISSEN 2001; 2004) abgesichert werden sollte. Wichtig ist es, dass der Betroffene einen persönlichen Unterstützer findet, der nicht nur eine Vertrauensperson sein soll, sondern zugleich auch im Sinne eines „Unterstützungsmanagers“ (Case-Managers) die Koordination und Organisation der verschiedenen Hilfen übernehmen soll. Denn eine gute Zusammenarbeit der unterschiedlichen sozialen Systeme ist eine grundlegende Voraussetzung zum Erfolg. Da insbesondere innerhalb des ersten Halbjahres nach einer stationären Behandlung mit Rückfällen gerechnet werden muss, macht eine Rückfallprophylaxe Sinn (Arend 1994), bei der die betreffende Person „auf einen adäquaten Umgang mit Gefährdungssituationen und möglichen Rückfällen vorbereitet“ (Stetter 2000, 132) wird. Zudem sollten die psychoedukativen Angebote im Rahmen der Nachsorge fortgeführt werden, wobei es in dem Zusammenhang darauf ankommt,

bei Rückfällen die entsprechenden auslösenden Bedingungen bzw. Gründe oder Ursachen zu erkunden. Diese Erkenntnisse sollten dann in die weitere Planung eines gezielten Rückfallpräventionstrainings einfließen. „Die wahrscheinlich bedeutsamste Säule der Nachsorge ist das Engagement in der *Selbsthilfe*" (ebd., 133). Diese Möglichkeit sollte wie schon eingangs angedeutet auch von Menschen mit sog. geistiger Behinderung genutzt werden (LONGO 1997, 62). Allerdings bedarf es diesbezüglich der Bereitschaft der nichtbehinderten Mitglieder einer Selbsthilfegruppe, einen behinderten Menschen auf- und anzunehmen. Hierzu ist eine gewisse Vorarbeit durch den persönlichen Unterstützer des Betroffenen notwendig. Denn entscheidend ist, dass der Betroffene die Selbst-Hilfegruppe als valide und „ventilatorisch" erlebt; und das kann nur dann gelingen, wenn er als Persönlichkeit wertgeschätzt und angenommen wird.

Literatur

Agran, M.; Wehmeyer, M.: Teaching Problem Solving to Students with Mental Retardation. Washington (AAMR) 1999

Antonovsky, A.. Salutogenese. zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen 1997

Arend, H.: Alkoholismus – ambulante Therapie und Rückfallprophylaxe. Weinheim 1994

Beck, A. T. u. a.: Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim 1997

Brennt-Lynch, B.: Treatment Approaches for the Dually Diagnosed. online: http://www.mhasp.org/friends/program (22. 07. 2002)

Bronfenbrenner, U.. Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Stuttgart 1981

Christian, L.; Poling, A.: Drug Abuse in Persons with Mental Retardation, in: American Journal on Mental Retardation, Vol. 102 1977, 126-136

Clarke, J. J.; Wilson, D. N.: Alcohol Problems and Intellectual Disability, in: Journal of Intellectual Disability Research, Vol. 43 1999, 135-139

Dalferth, M.: Enthospitalisierung in westlichen Industrienationen am Beispiel der USA/Kalifornien, Norwegen und Schweden, in: Theunissen, G.; Lingg, A. (Hrsg.): Leben und Wohnen nach der Enthospitalisierung. Bad Heilbrunn 1999, 88-113

Deb, S. et al.: Practise Guidelines for the Assessment and Diagnosis of Mental Health Problems in Adults with Intellectual Disability. Brighton 2001

Degenhardt, L.: Interventions for people with alcohol use disorders and an intellectual disability: A review of the literature, in: Journal of Intellectual & Developmental Disability, Vol. 25 2000, 135-146

Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren. online: http://www.btonline.de/Krankheiten/Sucht/Alkohol (22.07.2002)

Duden: Das Herkunftswörterbuch. Etymologie der deutschen Sprache. Bd. 7. Mannheim 1997

Feuerlein, W.; Küfner, H.; Soyka, M.: Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Stuttgart, New York 1998.

Fleming, M.; Manwell, L. B.: Epidemiologie, in: Zernig, G. u. a. (Hrsg.): a. a. O., 363-368

Florida Health Human Service, Mental Health Program Offices: Care Report. online: www.myflorida.com/cf.web/healthhuman/substanceabusement (22.7.2002)

Grawe, K.: Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie, in: Psychotherapeut, 40 Jg. 1995, 130-145

Kim, S.; Larson, S.; Lakin, K. C.: Behavioral Outcomes of Deinstitutionalisation for People with Intellectual Disability: A Review of US Studies Conducted between 1980 and 1999, in: Journal of Intellectual & Developmental Disability, Vol. 26 2001, 35-50

Kriechbaum, N.: Jugendliche Patienten, in: Zernig, G. u. a. (Hrsg.): a. a. O., 153-162

Krishef, C. H.; DiNitto, D. M.: Alcohol Abuse Among Mentally Retarded Individuals, in: Mental Retardation, Vol. 19 1981, 151-155

Krishnan-Sarin, S.: Vererbung, in: Zernig, G. u. a. (Hrsg.): a. a. O., 343-354
Kurz, M.; Zernig, G.: Erstkontakt und Frühintervention, in: Zernig, G. u. a. (Hrsg.): a. a. O., 1-8
Larimer, M.; Kilmer, J. R.: Spontanverlauf, in: Zernig, G. u. a. (Hrsg.) a. a. O., 9-28
Lingg, A. Geistig Behinderte in der Valduna 1862-1995, in: Theunissen, G. (Hrsg.): Enthospitalisierung ein Etikettenschwindel? Bad Heilbrunn 1998, 240-260
Lingg, A.; Theunissen, G.: Psychische Störungen bei geistiger Behinderung. Freiburg 2000
Longo, L.: Alcohol Abuse in Persons with Developmental Disabilities, in: The Habilitative Healthcare Newsletter, Vol. 16 1997, 61-64
Lottman, T. J.: Access to Generic Substance Abuse Services for Persons with Mental Retardation, in: Journal of Alcohol and Drug Education, Vol. 39 1993, 41-55
Medical Tribune. online: http://212.66.8.25/GMS/lexicon/alcolism (22.7.2002)
New York City Department of Mental Health, Mental Retardation and Alcoholism Services. online: http://www.nyc.gov/html/dmh/html/bureauaabuse.html (22.7.2002)
O'Connor, P. G.: Allgemeinpraxis, in: Zernig, G. u. a. (Hrsg.) a. a. O., 195-204
Preuss, U.; Wong, W. M.: Komorbidität, in: Zernig, G. u. a. (Hrsg.) a. a. O., 321-342
Rist, F.; Watzl, H.: Clusteranalysen von Persönlichkeitsmerkmalen – ein Weg zur differentiellen Therapiezuweisung bei Alkoholkranken? In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, 18. Jg. 1989, 166-172
Saleebey, D. (ed.): The Strengths Perspective in Social Work Practice. New York 1997
Schinner, P.: Beratung alkoholgefährdeter Menschen mit geistiger Behinderung, in: Fachdienst der Lebenshilfe, 3/2000, 3-10
Schubert, M.: Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit bei Menschen mit geistiger Behinderung – eine empirische Studie aus Sachsen-Anhalt. unveröff. Forschungsbericht, Institut für Rehabilitationspädagogik, Halle/Saale 2004.
Schubert, M.; Theunissen, G.: Alkoholkonsum von Menschen mit geistiger Behinderung. In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN), 4/2005, 312-325.
Spanagel, R.; Hölter, S. M.: Kontroverse Forschungsergebnisse in der Alkoholforschung, in: Zernig, G. u. a. (Hrsg.): a. a. O., 455-468
Sporn, H.: Suchttherapie und Psychotherapie der Grundstörung, in: Zeitschrift für Individualpsychologie 1/2002, 26-40
Stetter, F.: Psychotherapie, in: Zernig, G. u. a. (Hrsg.) a. a. O., 99-142
Strauss, D. et al.: Causes of Death of Persons with Developmental Disabilities, in: Mental Retardation, Vol. 36 1998a, 386-391
Strauss, D.; Kastner T.; Shavelle, R.: Mortality of Adults with Developmental Disabilities Living in California Institutions and Community Care, in: Mental Retardation, Vol. 36 1998b, 360-371
Stuppäck, C.. H.; Whitworth, A. B.; Stuppäck, P.: Alkoholentzugssyndrom, in: Zernig, G. u. a. (Hrsg.): a. a. O., 71-80
The National Clearing House for Alcohol and Drug Information. online: http://www.health.org/govpubs/BKD288/29d.htm (22.7.2002)
Theunissen, G.: Altenbildung und Behinderung. Bad Heilbrunn 2002
Theunissen, G.: Krisen und Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung und Autismus. Stuttgart 2003
Theunissen, G.; Plaute, W.: Handbuch Empowerment und Heilpädagogik. Freiburg 2002
Vanable, P.; King, A.; de Witt, H.: Psychometrische Erfassungsinstrumente, in: Zernig, G. u. a. (Hrsg.) a. a. O., 41-52
Weick, A. et al.: A strengths perspective for social work practise, in: Social Work 7/1989, 35-354
Welsch, K.: Suchthilfestatistik 2001 für Deutschland . In: Zeitschrift Sucht, Sonderheft 1, 2002.
Wöller, W.; Kruse, J.; Alberti, L.: Was ist supportive Psychotherapie? In: Nervenarzt, 67 Jg. 1996, 249-252
Wüllenweber, E.; Theunissen, G. (Hrsg.): Handbuch Krisenintervention. Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. Stuttgart 2001

Wüllenweber, E.; Theunissen, G. (Hrsg.): Handbuch Krisenintervention Band II. Praxiskonzepte für Menschen mit geistiger Behinderung. Stuttgart 2004
Zernig, G.; Battista, H. J.: Arzneimittelinteraktionen mit Alkohol, in: Zernig, G. u. a. (Hrsg.): a. a. O., 479-482
Zernig, G. u. a. (Hrsg.): Handbuch Alkoholismus. Innsbruck 2000 (a)
Zernig, G. u. a.: Pharmakotherapie, in: Zernig, G. u. a. (Hrsg.) a. a. O., 143-152 (2000 b)

Autoren

Univ.-Prof. Dr. Georg Theunissen
Lehrstuhl Geistigbehindertenpädagogik
Institut für Rehabilitationspädagogik
Fachbereich Erziehungswissenschaften
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
06099 Halle
E-Mail: theunissen@paedagogik.uni-halle.de

Dipl.-Päd. Michael Schubert
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Magdeburger Str. 8
06097 Halle/Saale
E-Mail: michael.schubert@medizin.uni-halle.de

Modellprojekt „Menschen mit geistiger Behinderung und einer Alkoholproblematik“

Marja Kretschmann-Weelink

Konsum von Alkohol

Der Konsum von alkoholischen Getränken hat sich in der Gesellschaft etabliert. Es gibt viele Anlässe, die es einen Menschen ermöglichen Alkohol zu konsumieren. Im Jahre 2000 wurde in einer Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Deutschland ermittelt, dass in der Altersgruppe von 18 bis 59 Jahren 78% der Befragten risikoarmen, etwa 12% riskanten, etwa 4% gefährlichen Konsum sowie 0,7% Hochkonsum aufweisen (vgl. KRAUS & AUGUSTIN 2001, 35). Der Konsum von Alkohol erfolgt zielorientiert. Menschen haben Konsumgründe, wenn sie alkoholische Getränke konsumieren. Die bekanntesten Wirkungen von Alkohol sind entspannend und euphorisierend; bei größeren Konsummengen können jedoch Gefahren für die Gesundheit entstehen. Folgen von übermäßigem und missbräuchlichem Konsum können nicht nur zu gesundheitlichen Schäden, sondern auch zu Folgeproblemen führen; dies können Probleme innerhalb der Familie, des Freundeskreises aber auch Probleme am Arbeitsplatz sein.

Menschen mit geistiger Behinderung (Diagnosekriterien nach DSM-IV) konsumieren Alkohol und tun dies genauso zielorientiert wie nicht - behinderte Menschen. In wieweit sie missbräuchlich oder abhängig konsumieren, ist bis jetzt nicht genau bekannt. Bundesweit wurden dazu noch keine validen Daten ermittelt. Ergebnisse der Erhebung, die Herr Schubert vorgestellt hat, geben erste Erkenntnisse über den Umgang mit Alkohol von Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland. Erfahrungen aus unterschiedlichen Lebens- und Arbeitsbereichen dieser Zielgruppe deuten daraufhin, dass es neben risikoarmen auch missbräuchlichen Alkoholkonsum oder Alkoholabhängigkeit bei Menschen mit geistiger Behinderung gibt (vgl. BEER 2003, 2004; BEINE 2003; BEHRENS 2003; KLAUß 2003; KRETSCHMANN-WEELINK 2003; LEBENSHILFE-ZEITUNG 1998; MÜLLER 2004; REKER 2003; SCHINNER 2000; SCHLIEP 2003; THEUNISSEN 2004). Ausländische Veröffentlichungen, die Suchtmittelkonsum von Menschen mit geistiger Behinderung thematisieren, zeigen ebenfalls auf, dass es innerhalb dieser Personengruppe zu Alkoholproblematik kommen kann (Mental Retardation: BURGHARD et al. 2000; CHRISTIAN & POLING 1997; MC GILLICUDDY & BLANE 1999; WESTERMEYER et al. 1996; Intellectual Disability: CLARKE & WILSON 1999; DEGENHARDT 2000).

Gründe, die zu einer Zunahme der Alkoholproblematik innerhalb der Zielgruppe „Menschen mit geistiger Behinderung“ führen können.

Menschen mit Behinderungen sollen dazu befähigt werden, ausgehend von ihren Stärken und Ressourcen, weitestgehend nach ihren Vorstellungen und Wünschen, möglichst selbstbestimmt, selbstständig und unabhängig innerhalb der Gesellschaft zu leben (vgl. THEUNISSEN & PLAUTE 2002). Eine umfassende Partizipation an der Gesellschaft sind das Ziel von Normalisierung und Inklusion (vgl. KOTTNIK 2003; MAAS 2003; NIEHOFF 2002). In Folge der Deinstitutionalisierung gewinnen Menschen mit geistiger Behinderung mehr Selbstständigkeit und Selbstverantwortung. Dabei erleben sie nicht nur die positiven Seiten einer größeren Unabhängigkeit, sondern benötigen auch eine eigene Auseinandersetzung mit den Einflüssen und Anforderungen der Gesellschaft. Dies beinhaltet u.a. den kritischen Umgang mit Einflüssen, die sich gesundheitsschädlich auswirken können (vgl. FENGLER 1994, 94; Mental Retardation: CHRISTIAN & POLING 1997, 126; KRISHEF 1986, 64). Andere oder neue Kompetenzen werden erforderlich für Menschen mit Behinderungen und Mitarbeiter, die sie begleiten (KRETSCHMANN-WEELINK 2003, 25 ff.).

- Ein Umzug in eine weniger umfassend betreute Wohnform erfordert neue oder andere Kompetenzen zur Bewältigung des Alltags. Aufgrund der Veränderungen des Umfeldes und einer oft geringeren Mitarbeiterpräsenz müssen eigene Lösungs- und Handlungsstrategien entwickelt werden.
- Eine Strukturierung von Alltag und Freizeit haben viele Menschen mit geistiger Behinderung oft nicht erlernt. In Einrichtungen erfolgte dies schwerpunktmäßig durch Mitarbeiter, in der Familie übernahmen dies oft die Angehörigen. Eigene Interessen müssen entwickelt und Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung müssen gefunden werden.
- Die Gestaltung der freien Zeit erfährt ebenfalls Veränderungen. Da Mitarbeiter nicht immer vor Ort sind um zur aktiven Freizeitgestaltung zu motivieren, müssen Menschen mit geistiger Behinderung lernen, ihre Freizeit zum Teil selbstständig zu gestalten.
- Aufgrund einer geringeren Präsenz der Mitarbeiter besteht die Möglichkeit, dass ein Nutzer, aus welchen Gründen auch immer, Alkohol konsumiert und sich möglicherweise eine Alkoholproblematik entwickelt, die über längere Zeit nicht wahrgenommen wird.
- Suchtmittelkonsum konnte in der Vergangenheit durch eine oft vorhandene, restriktive Haltung innerhalb der stationären Einrichtung begrenzt werden. Ein selbstverantwortlicher Umgang mit Alkohol muss erlernt werden.
- Oftmals wird die Intention der Werbung nicht durchschaut.
- Eine stärkere Orientierung an den Lebensweisen nicht - behinderter Menschen erfolgt und geschieht unter dem Wunsch nach Zugehörigkeit und Normalität. Dazu kann auch eine Orientierung am Alkoholkonsum in der so genannten „Normalität“ gehören.

Normalisierung und Inklusion können eine Zunahme an Unabhängigkeit und Selbständigkeit, jedoch auch ein größeres Risiko für Suchtmittelkonsum beinhalten. Um zu verhindern, dass Alkoholproblematik in dieser Zielgruppe zunimmt, müssen Menschen mit geistiger Behinderung befähigt werden, einen eigenen, risikoarmen Umgang mit Alkohol oder auch Abstinenz zu entwickeln. Dies kann unterstützt werden durch Präventionsprogramme. Bislang wurde die Zielgruppe bei der Entwicklung von Präventions- und Interventionsmöglichkeiten selten berücksichtigt.

Die Ausgangslage.

Zu Beginn jeder Problemlösung muss ein Problem nicht nur erkannt, sondern auch sehr eindeutig benannt werden. Bereits 1999 wurde innerhalb der Westfalenfleiß gGmbH einrichtungsübergreifend nach Möglichkeiten der Begleitung bei Alkoholproblematik gesucht. Obwohl Hilfebedarf festgestellt wurde, konnten nur wenige Hilfsangebote außerhalb der Einrichtung ermittelt werden. So bekam ich die Möglichkeit, eine Zusatzausbildung als Sozialtherapeutin (CMA) zu absolvieren. Seitdem versuche ich Ansätze der Suchtprävention auf die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung (und Alkoholproblematik) zu modifizieren und entwickelte verschiedene Ideen zur Suchtprävention von Menschen mit geistiger Behinderung. Ab 2002 erhielten Bewohner unseres Wohnverbundes die Möglichkeit, ihre Wohnform bedarfsgerecht zu verändern. Unter Berücksichtigung der damit verbundenen neuen Anforderungen an die Bewohner und Mitarbeiter, stellte sich unter anderem erneut die Frage nach wirksamen Möglichkeiten der Suchtprävention und der professionellen Begleitung bei Alkoholproblematik. Alle genannten Gründe führten dazu, dass im Oktober 2003 das Modellprojekt „Menschen mit geistiger Behinderung und einer Alkoholproblematik“ starten konnte.

Das Modellprojekt ist bei Westfalenfleiß gGmbH Arbeiten und Wohnen in Münster, angesiedelt. Diese Einrichtung bietet Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen sowohl Arbeits- als auch Wohnmöglichkeiten an. Gesellschafter sind die AWO, Bezirk Westliches Westfalen e.V. und die Lebenshilfe Münster. Gefördert wird das Modellprojekt durch die Stiftung Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgt durch die Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen. Sowohl Professoren aus Paderborn als auch aus Münster sind daran beteiligt. Die Dauer des Modellprojekts ist drei Jahre. Es startete im Oktober 2003 und endet im September 2006. Zurzeit bin ich Projektleiterin dieses Modellprojektes.

Das Modellprojekt

Im Rahmen des Projektes werden verschiedene Präventionsmöglichkeiten entwickelt, angewendet und evaluiert. Das übergeordnete Ziel ist, eine Zunahme der Alkoholproblematik bei Menschen mit geistiger Behinderung zu begrenzen.

Konzeptionelles Leitbild des Modellprojektes ist die Orientierung an den Stärken und Ressourcen der Menschen mit geistiger Behinderung, in Anlehnung an die Stärkenperspektive. Stärken und Ressourcen können genutzt werden, um Menschen (mit und ohne Behinderung) zu gesundheitsförderndem Verhalten zu befähigen. Hierzu gehört auch ein risikoarmer Umgang mit Alkohol und Abstinenz. Selbstbestimmung hat in diesem Projekt oberste Priorität: die Teilnahme an allen DIDAK - Angeboten ist freiwillig. Das Projekt setzt sich aus mehreren Teilen zusammen.

DIDAK

Der erste Teil umfasst die Entwicklung und Durchführung eines didaktisch – handlungsorientierten Präventionsprogramms mit dem Namen DIDAK,

- zur Sensibilisierung für gesundheitsförderndes Verhalten *und/oder*
- zur positiven Veränderung der Trinkmotivation bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung (und Alkoholproblematik).

Die Evaluation des Programms erfolgt im Rahmen einer Diplomarbeit(KFHNW, Abtl. Paderborn). Des Weiteren wird im Rahmen einer Diplomarbeit (KFHNW, Abtl. Paderborn) eine Informationsbroschüre über risikoarmen Alkoholkonsum für Menschen mit geistiger Behinderung in leichter Sprache, zur Primärprävention des Alkoholmissbrauchs, entwickelt.
DIDAK wird als Arbeitsinstrument für Mitarbeiter konzipiert. Es soll ein Arbeitsmanual entstehen, auf dem Mitarbeiter aus Werkstatt und Wohnverbund zurückgreifen können, wenn sie Menschen mit geistiger Behinderung begleiten. DIDAK besteht aus zwei Teilen. Teil 1 setzt sich aus 5 Einheiten zusammen und befasst sich mit gesundheitsförderndem Verhalten. Teil 2 setzt sich aus 4 Einheiten zusammen und baut auf Teil 1 auf. Es hat als Themenschwerpunkte Alkoholkonsum, mögliche gesundheitliche Gefahren und Folgeprobleme, Entwicklung von Lösungs- und Handlungsstrategien

- zur Bewältigung von Risikosituationen oder
- zum risikoarmen Konsum oder Abstinenz.

Es ist möglich, nur am ersten Teil teilzunehmen. In unserem Wohnverbund wird DIDAK als Fortbildung, in der WfbM im Rahmen der arbeitsbegleitenden Maßnahmen angeboten.

Inhalte von DIDAK

Ein wichtiger Themenschwerpunkt ist gesundheitsförderndes Verhalten: „Gesund und fit – wie mache ich das?“. Hierbei geht es darum, die Teilnehmer dafür zu sensibilisieren, dass sie selbst etwas für ihre Gesundheit tun können. Da viele Menschen mit geistiger Behinderung oftmals zu Hause oder in Einrichtungen lebten, haben sie nicht erlernt, eine Eigenverantwortung für ihre Gesundheit zu entwickeln. Normalisierung und Inklusion beinhalten ein möglichst selbstbestimmtes Leben. Wenn jemand sein Leben selbstverantwortlich gestalten möchte, muss er erst mal erkennen, dass er selber durch gesundheitsförderliches Verhalten zu seiner Gesundheit beitragen kann, vor allem dann, wenn Begleitung

durch Eltern oder Mitarbeiter seltener gewünscht wird. Gesundheitsförderliche Entscheidungen können getroffen werden, wenn man über gesundheitsförderliches Verhalten informiert ist.
Ein weiterer Themenschwerpunkt setzt sich aus Informationen über (problematischen) Alkoholkonsum und mögliche Risiken, die daraus entstehen können, zusammen. Hierbei geht es sowohl um gesundheitliche Probleme als auch um Folgeprobleme, die durch Alkoholkonsum entstehen können.
Ein weiterer inhaltlicher Teil von DIDAK befasst sich ausführlich mit dem Erkennen von Risikosituationen. Allerdings reicht ein Erkennen von Risikosituationen nicht aus. Daher sind in diesem Zusammenhang die gemeinsame Entwicklung und Umsetzung von Lösungs- und Handlungsstrategien zur Bewältigung von Risikosituationen ein wichtiger Bestandteil des DIDAK-Programms.

Die Freizeitgruppe „Treff".

Der zweite Teil des Projektes betrifft die Planung und das Anbieten der Freizeitgruppe „Treff". „Treff" ist ein Freizeitangebot für Bewohner und Beschäftigte der Westfalenfleiß gGmbH, die Probleme haben im Umgang mit Alkohol und bildet somit ein Sekundärpräventionsangebot. Die Freizeitgruppe möchte anregen zur Freizeitgestaltung ohne Alkoholkonsum. Daher wird während des Treffangebotes kein Alkohol konsumiert. Ein wichtiger Aspekt, der sich an der Selbstbestimmung orientiert, ist die freiwillige Teilnahme. Auf Wunsch und bei Bedarf der Teilnehmer, kann Alkoholproblematik thematisiert werden.

Entwicklung eines Beratungskonzeptes

Der dritte Teil umfasst ein Angebot zur Beratung. Dazu wurde ein Beratungskonzept entwickelt. Dies setzt sich zusammen aus einem Angebot zur Teamberatung für Mitarbeiter aus Wohnverbund und Werkstatt, wenn sie Nutzer mit Alkoholproblematik begleiten und einem Beratungsangebot für Bewohner und Beschäftigte, wenn sie Probleme haben im Umgang mit Alkohol.

Entwicklung eines Diagnoseinstrumentariums.

In der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung ist es oft schwierig zu erkennen, ob sich eine Alkoholproblematik entwickelt oder sich entwickelt hat.
Daher umfasst der vierte Teil des Projektes die Entwicklung eines praktikablen Diagnoseinstrumentariums zur Identifizierung von Alkoholabhängigkeit und -missbrauch innerhalb dieser Zielgruppe.

Ergebnisse

Das Modellprojekt will aufzeigen, ob mit Hilfe eines Primär- und Sekundärpräventionsprogramms, erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung dazu motiviert und befähigt werden können, gesundheitsförderndes Verhalten – und dazu gehören auch risikoarmer Alkoholkonsum oder Abstinenz – für sich als erstrebenswert zu erkennen und im Alltag umzusetzen. Erkenntnisse und

Ergebnisse werden in der Projektdokumentation fixiert. Das DIDAK – Manual ist (mit allen Arbeitsmaterialien und Folien) nach Ende des Modellprojektes über Westfalenfleiß gGmbH Arbeiten und Wohnen zu beziehen.

Literatur

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1996): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Verlag Hogrefe, Göttingen

BEER, O. (2003): „Suchtmittelgebrauch bei Menschen mit geistiger Behinderung – eine Auswertung amerikanischer und australischer Literatur mit dem Schwerpunkt auf Alkoholkonsum". Diplomarbeit, Münster www.sucht-und-behinderung.de.vu

BEER, O. (2004): Suchtmittelgebrauch bei Menschen mit so genannter geistiger Behinderung. In: Geistige Behinderung 3/2004, Marburg

BEHRENS, W. (2003): Menschen mit intellektuellen Einschränkungen und Suchtproblemen – Hilfen für den Alltag. In: Th. Klauß (Hrsg.): Geistige Behinderung und Sucht. Berlin

BEINE, W. (2003): Suchtgefährdete Menschen mit geistiger Behinderung im Betreuungsalltag – ausgewählte Aspekte. In: Th. Klauß (Hrsg.): Geistige Behinderung und Sucht. Berlin

BURGHARD, J.F., DONOHUE, B., AZRIN, N.H., TEICHNER, G. (2000): Prevalence and Treatment of Substance Abuse in the Mentally Retarded Population: An Empirical Review. In: Journal of Psychoactive Drugs, Vol.32, No.3, 293-298

CHRISTIAN, L., POLING, A. (1997): Drug Abuse in Persons With Mental Retardation: A Review. In: American Journal on Mental Retardation, Vol.102, No.2, 126-136

CLARKE, J.J., WILSON, D.N. (1999): Alcohol problems and intellectual disability. In: Journal of Intellectual Disability Research, Vol.43, Part 2, 135-139

DEGENHARDT, L. (2000): Interventions for people with alcohol use disorders and an intellectual disability: A review of the literature. In: Journal of Intellectual & Developmental Disability, Vol. 25, No. 2, 135-146

FENGLER, J. (1994): Süchtige und Tüchtige. München

KLAUSS, T. (2003): Sucht – (k) ein Thema der Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung? In: Th. Klauß (Hrsg.): Geistige Behinderung und Sucht. Berlin

KOTTNIK, K-D. (2003): Differenziert und vernetzt. Bedarfsorientierte Strukturen. In: Orientierung 4/2003, Berlin

KRAUS, L. AUGUSTIN, R. (2001): Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. Sucht, Sonderheft 1/01, Hamm

KRETSCHMANN-WEELINK, M.(2003): Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung und Suchtproblematik – Anforderungen und notwendige Kompetenzen. In: Th. Klauß (Hrsg.): Geistige Behinderung und Sucht. Berlin

KRISHEF, C.H. (1986): Do The Mentally Retarded Drink? A Study of Their Alcohol Usage. In: Journal of alcohol and drug education, Vol. 31, 64-70

LEBENSHILFE-ZEITUNG (1998): Alkoholabhängig – und was dann? Heft 4/98, Marburg

MAAS, T. (2003): Community Care für alle! In: Orientierung 4/2003, Berlin

MCGILLICUDDY, N.B., BLANE, H.T. (1999): Substance use in individuals with mental retardation. In: Addictive Behaviors, Vol. 24, No.6, 869-878

MÜLLER, Y. (2004): Alkoholmissbrauch bei Menschen mit einer geistigen Behinderung. Diplomarbeit, Paderborn.

NIEHOFF, U. (2002): Ausgrenzung verhindern! Inklusion und Teilhabe verwirklichen. In: Fachdienst der Lebenshilfe 1/2002, Marburg

REKER, M. (2003): Sucht und Missbrauch – eine kurze Einführung. In: Geistige Behinderung und Sucht. Materialien der DGSGB, Band 7, Berlin

SCHINNER, P. (2000): Beratung alkoholgefährdeter Menschen mit geistiger Behinderung. In: Fachdienst der Lebenshilfe 3/2000, Marburg

SCHLIEP, R. (2003): Stationäre Alkoholentwöhnung bei Menschen mit intellektuellen Einschränkungen – Vorstellung eines spezialisierten Konzeptes. In: Th. Klauß (Hrsg.): Geistige Behinderung und Sucht. Berlin

THEUNISSEN, G. (2004): Alkoholgefährdungen und Suchtprobleme bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Wüllenweber, E. (Hrsg.): Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung. Stuttgart

THEUNISSEN, G., PLAUTE, W. (2002): Handbuch Empowerment und Heilpädagogik. Freiburg i.Br.

WESTERMEYER, J., KEMP, K., NUGENT, S. (1996): Substance Disorder Among Persons With Mild Mental Retardation. In: The American Journal on Addictions, Vol. 5, No. 1, 23-31

Autorin

Marja Kretschmann-Weelink
Pädagogin und Sozialtherapeutin, Leiterin des Modellprojektes
Westfalenfleiß gGmbH Arbeiten und Wohnen
Münnichweg 75-79
48167 Münster
Tel. 0251-96100774
e-mail: kretschmann-weelink@whm.westfalenfleiss.de

Impressum

Die *„Materialien der DGSGB"* sind eine Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB) und erscheinen in unregelmäßiger Folge. Anfragen und Bestellungen an die Redaktion erbeten (Bestellformular über die Website www.dgsgb.de).

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)
Maraweg 9
33617 Bielefeld
Tel. 0521 144-2613
Fax 0521 144-3096
www.dgsgb.de

Redaktion

Prof. Dr. Klaus Hennicke
Laubacher Str. 46a
14197 Berlin
Tel.: 0174 9893134
E-mail klaus.hennicke@gmx.de

1.Aufl. 02/06/200

dgsgb

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.

Zweck

Die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) verfolgt das Ziel, bundesweit die Zusammenarbeit, den Austausch von Wissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der seelischen Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern sowie Anschluss an die auf internationaler Ebene geführte Diskussion zu diesem Thema zu finden.

Hintergrund

Menschen mit geistiger Behinderung haben besondere Risiken für ihre seelische Gesundheit in Form von Verhaltensauffälligkeiten und zusätzlichen psychischen bzw. psychosomatischen Störungen. Dadurch wird ihre individuelle Teilhabe an den Entwicklungen der Behindertenhilfe im Hinblick auf Normalisierung und Integration beeinträchtigt Zugleich sind damit besondere Anforderungen an ihre Begleitung, Betreuung und Behandlung im umfassenden Sinne gestellt. In Deutschland sind die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für eine angemessene Förderung von seelischer Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung noch erheblich entwicklungsbedürftig. Das System der Regelversorgung auf diesem Gebiet insbesondere niedergelassene Nervenärzte und Psychotherapeuten sowie Krankenhauspsychiatrie, genügt den fachlichen Anforderungen oft nur teilweise und unzulänglich. Ein differenziertes Angebot pädagogischer und sozialer Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung bedarf der Ergänzung und Unterstützung durch fachliche und organisatorische Strukturen, um seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern. Dazu will die DGSGB theoretische und praktische Beiträge leisten und mit entsprechenden Gremien, Verbänden und Gesellschaften auf nationaler und internationaler Ebene zusammenarbeiten.

Aktivitäten

Die DGSGB zielt auf die Verbesserung

- *der Lebensbedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung als Beitrag zur Prävention psychischer bzw. psychosomatischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten*
- *der Standards ihrer psychosozialen Versorgung*
- *der Diagnostik und Behandlung in interdisziplinärer Kooperation von Forschung, Aus-, Fort- und Weiterbildung*
- *des fachlichen Austausches von Wissen und Erfahrung auf nationaler und internationaler Ebene.*

Um diese Ziele zu erreichen, werden regelmäßig überregionale wissenschaftliche Arbeitstagungen abgehalten, durch Öffentlichkeitsarbeit informiert und mit der Kompetenz der Mitglieder fachliche Empfehlungen abgegeben sowie betreuende Organisationen, wissenschaftliche und politische Gremien auf Wunsch beraten.

Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft steht jeder Einzelperson und als korporatives Mitglied jeder Organisation offen, die an der Thematik seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung interessiert sind und die Ziele der DGSGB fördern und unterstützen wollen.

Die DGSGB versteht sich im Hinblick auf ihre Mitgliedschaft ausdrücklich als interdisziplinäre Vereinigung der auf dem Gebiet tätigen Fachkräfte.

Organisation

Die DGSGB ist ein eingetragener gemeinnütziger Verein. Die Aktivitäten der DGSGB werden durch den Vorstand verantwortet. Er vertritt die Gesellschaft nach außen. Die Gesellschaft finanziert sich durch Mitgliedsbeiträge und Spenden.

Vorstand:

Prof. Dr. Michael Seidel, Bielefeld (Vorsitzender)
Prof. Dr. Klaus Hennicke, Berlin (Stellv. Vorsitzender)
Prof. Dr. Theo Klauß, Heidelberg (Stellv. Vorsitzender)
Dipl.Psych. Dr. Gudrun Dobslaw, Bielefeld (Schatzmeisterin)
Knut Hoffmann, Göttingen
Dipl.-Psych. Stefan Meir, Meckenbeuren
Prof. Dr. Georg Theunissen, Halle

Postanschrift

Prof. Dr. Michael Seidel
v. Bodelschwinghsche Anstalten Bethel
Stiftungsbereich Behindertenhilfe
Maraweg 9
D-33617 Bielefeld
Tel.: (0521) 144-2613
Fax: (0521)144-3467
www.dgsgb.de

ISBN 3-938931-13-2