



ZWISCHENRUF

Für die Weiterentwicklung von Teilhabe und Selbstbestimmung
in der Behindertenhilfe und Psychiatrie



FESTSCHRIFT ZUM
60. GEBURTSTAG VON
DR. HUBERT SOYER

INHALT

Mit Briefen von
 Elisabeth Kludas (Seite 5),
 Karl-Heinz Vogt (Seite 18)
 und Ronald Miller (Seite 37)

Vorwort	4
Thorsten Hinz	
Mehr Autonomie wagen!	6
Johannes Magin	
Inkludiert Euch! Gedanken zum Inklusionsbegriff	11
Thorsten Hinz	
Ethisch richtig Handeln in einem katholischen Sozialunternehmen	15
<i>Widersprüchen mit Freiheit und Vernunft begegnen</i>	
Jürgen Kunze	
Teilhabe für Menschen mit erworbenen Hirnschäden	19
Janina Bessenich	
Miteinander sein – Teilhabechancen aus Sicht der Gesellschaft	26
Corinna Lerbs	
Mehr Selbstbestimmung ist möglich	29
Ulrike Falkenberg	
Vom hässlichen Entlein	38
<i>Versuche zur Reflexion der spannungsreichen Arbeitsbeziehung zwischen Behindertenhilfe und Psychiatrie</i>	
Wilfried Gaul-Canjé	
Fachlichkeit und selbstbestimmte Teilhabe	45
Franz Fink	

VORWORT

„Zwischenrufe“ sind immer dann zu hören, wenn etwas intensiv beraten wird. Zwischenrufe braucht es dort, wo Entwicklungen in Gang gekommen sind und möglicherweise Gefahr laufen sich zu verlieren. Mit den Debatten um die UN-Behindertenrechtskonvention und das Inklusionsparadigma befasst sich die interessierte Fachwelt seit vielen Jahren intensiv. Manchmal geht es dabei um ideologisch überhöhte Standpunkte. Manchmal auch um große Ziele und hohe Ideale. Es geht auch um Sorgen und Ängste. Es ist in diesen Debatten nicht leicht Kurs zu halten.

Mit diesem kleinen Sammelband von Kurzaufsätzen zu den Themen Selbstbestimmung, Teilhabe und Fachlichkeit in der Behindertenhilfe und Psychiatrie versucht die Caritas wieder den Kurs näher zu bestimmen. Es sind Texte einer Innenschau in das Ringen eines großen

Verbandes um das Beschreiben und Benennen von Wegen wie die selbstbestimmte Teilhabe von Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung bestmöglich unterstützt werden kann. Allen Fachleuten ist klar, dass es dafür keinen Königsweg gibt. Wichtig aber ist der Ausgangspunkt: der einzelne Mensch in seiner ihm eigenen Einzigartigkeit, Zerbrechlichkeit und Gewordenheit. Davon ist in allen nachfolgenden Beiträgen die Rede.

Die „Zwischenrufe“ sind aber auch ein Dank an einen langen Weggefährten, an einen Fachmann im besten Sinne des Wortes, der die Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie vieles gelehrt und ihr seine besten Erkenntnisse geschenkt hat – Danke Hubert Soyer!

Thorsten Hinz

WAS SEINE FREUNDE UND
KOLLEGEN AN IHM SCHÄTZEN:
SEIN FACHWISSEN

Lieber Herr Dr. Soyler,

es liegt schon Jahre zurück, dass wir im Vorstand des CBP zusammenarbeiteten. Was ist mir am stärksten in Erinnerung geblieben? Ihr respektvoller Umgang mit Menschen, der Wohlwollen und Unterstützung spüren ließ, und Ihre umfassende Kenntnis des Prader-Willi-Syndroms, die Sie zum international gefragten Experten machte.

Prader-Willi-Syndrom? Dazu hatte ich eine Erinnerung aus etwa 1990 im Sozialwerk St. Georg. Ein 40-jähriger rundlicher Mann mit hoher Stimme hatte ein großes Bedürfnis mit Menschen zu sprechen, aber alle hielten Abstand, weil er blitzartig in Rage kommen konnte und dann zuschlug. In so einem Wutanfall war er vor Jahren durch eine Glasür gerannt und hatte eine Armlähmung davongetragen. Wir waren ziemlich hilflos und schließlich erleichtert, als das Landeskrankenhaus Lengerich ihn aufnahm. Sie fanden heraus, dass er ein Prader-Willi-Syndrom hatte, und er konnte dort in einer speziellen Wohngruppe bleiben.

Das war also einer von den Menschen, denen Sie Ihre Leidenschaft gewidmet hatten und deren Leben Sie nachhaltig verbessern konnten. Am 2. Juli 2010 war ich eingeladen zum 100-jährigen Jubiläum von Regens Wagner Absberg. Bei strahlendem Wetter feierten alle: die Bewohner/innen, die Mitarbeitenden samt Ordensfrauen, die zahlreichen Gäste – die Menschen mit Prader-Willi-Syndrom fröhlich dazwischen. Ich fragte Sie: „Wie geht das, bei den Heißhungerattacken und Reizbarkeiten?“ Und Sie antworteten: „Wenn diese Menschen von Kind an die Erfahrung machen, dass sie verlässlich und regelmäßig ihre Mahlzeiten bekommen, geht es ihnen so viel besser!“

So habe ich Sie erlebt in den Jahren, die wir gemeinsam im CBP wirken durften, einerseits präsent auf internationalem wissenschaftlichem Parkett und andererseits aufmerksam für die kleinen Dinge, die zu Lebensqualität führen und Glück bedeuten. Davon gäbe es mehr zu erzählen.

Zu Ihrem 60. Geburtstag wünsche ich Ihnen von Herzen alles Gute, Gesundheit, Kraft, Freude und Gottes Segen für all Ihre weiteren Vorhaben, für Sie selbst und für Ihre Familie.

Ihre Elisabeth Kludas

MEHR AUTONOMIE WAGEN!

Der vorliegende Text soll einige Gedanken skizzieren, die Hubert Soyer und ich vor allem während gemeinsamer Zugfahrten intensiv diskutiert haben. „Mehr Autonomie wagen“ könnte man Hubert Soyers Leitmotiv zusammenfassen. Mit Entschiedenheit und hoher Fachlichkeit gelingt es ihm, immer wieder scheinbar selbstverständliche Grenzen der Selbstbestimmung von Menschen mit schweren Beeinträchtigungen zu überwinden.

Selbstbestimmung als Leitmotiv

Selbstbestimmung und selbstbestimmte Teilhabe sind die Leitprinzipien der Behindertenhilfe. Jeder Mensch, auch derjenige mit schweren und umfassenden Beeinträchtigungen seiner Körperfunktionen ist ein Bürger dieser Gesellschaft, der selbstverständlich alle bürgerlichen Freiheitsrechte dieser Gesellschaft genießt. Darüber muss eigentlich gar nicht mehr geschrieben werden, alles andere ist diskriminierend. Das betrifft die Ebene des Rechts. Die gesellschaftliche Realität, die Realität für Menschen mit Be-

hinderungen zeigt ein anderes Bild. Bevormundung, Absprechen von ausreichend Fähigkeiten und Kompetenzen für eigene Entscheidungen und mitunter eine Fürsorglichkeit, die ihre Grenzen nicht kennt, sind Formen der Diskriminierung, die im Alltag immer wieder vorkommen. Insbesondere Menschen mit Beeinträchtigungen ihres Denkvermögens, beispielsweise in der planerischen Kompetenz, der Fähigkeit Zeiträume zu überblicken oder Zusammenhänge überdenken zu können, geraten schnell in Situationen, in der ihre Selbstbestimmung unterzugehen droht und wo andere für sie das Denken, Reden und Entscheiden übernehmen. Auch Personen mit eingeschränkten Fähigkeiten zur Kontrolle ihrer Impulse oder mit Schwierigkeiten sich selbst durch Alltagssituationen zu steuern, erleben oft, dass sie ungefragt bevormundet und ihre Willensäußerungen teilweise nicht ernst genommen werden. Diese Dynamik ist durchaus auch in professionellen Hilfesettings zu beobachten. Während also die politische Korrektheit

das ständige Wiederholen von Selbstbestimmung und selbstbestimmter Teilhabe in schriftlicher und mündlicher Form verlangt, ist der Alltag von nicht wenigen Menschen mit Behinderung von ungebeter Bevormundung und nicht selbst gesteuerter Einflussnahme geprägt.

Dem Ideal des autonomen und selbst entscheidenden Individuums, das selbstverständlich auch für Menschen mit Beeinträchtigungen gilt, steht gegenüber, dass Menschen aufgrund verschiedener Beeinträchtigungen ihrer Fähigkeiten zur Selbststeuerung strukturierende und leitende Hilfen brauchen, um nicht selbst zu Schaden zu kommen, oder andere massiv zu beeinträchtigen.

Dieses Dilemma, das beispielsweise bei psychisch erkrankten Personen intensiv diskutiert wird und wo die Abwägung zwischen Freiheitsrechten einerseits und Schutz der eigenen Person und anderer Personen andererseits nicht widerspruchsfrei aufgelöst werden kann, betrifft gerade in der Behindertenhilfe auch Personen, die langfristig oder dauerhaft massiv darin beeinträchtigt sind, ihre eigenen Impulse so zu steuern, dass sie gesund bleiben und keinen Schaden nehmen und auch anderen Personen keinen Schaden zufügen. Das Verhältnis von Selbstbestimmung von Personen mit solchen Schwierigkeiten der Selbststeuerung und Fremdbestimmung

ist besonders sensibel und ein in der Behindertenhilfe heute viel zu selten diskutiertes Thema. In der Tat ist ja die Expertenmacht, die per Diagnose und klinisch-therapeutischen Interventionen zu wissen glaubt, was für einen anderen Menschen gut ist, der Antagonist zu Selbstbestimmung und Autonomie des Individuums. Gerade bei langandauernden Beeinträchtigungen der Selbststeuerungsfähigkeiten einer Person kann dies zu deutlich asymmetrischen Beziehungen zwischen der Person, die Unterstützungsleistungen in Anspruch nimmt und der professionellen Person, die diese Leistungen organisiert und erbringt, führen.

Hinzu kommt eine lange Tradition in der Behindertenhilfe, in der Menschen mit Behinderungen als Menschen mit Defiziten gesehen wurden, die betreut werden müssen. Der Begriff „Betreuer“ ist heute immer noch vielfach geläufiger Sprachgebrauch in der Behindertenhilfe. Dagegen etabliert sich immer mehr das Verständnis, dass die Leistungen der Behindertenhilfe Assistenzleistungen sind, die den Leistungsnehmer darin unterstützen sollen, ein Leben nach seinen Vorstellungen zu führen. Der Assistenzbegriff birgt jedoch die Gefahr der Reduzierung auf ein reines Service-Verständnis und des Ausblendens aller Interventionen, die gezielt und geplant Einfluss nehmen auf die Lebenssituation eines anderen Menschen.

Voraussetzungen für gezielte und geplante Beeinflussung

Es ist immer eine Gratwanderung, wenn ein professioneller Helfer die Lebenssituation einer Person mit Beeinträchtigungen maßgeblich beeinflusst. Dies kann nur unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt sein, grundsätzlich natürlich müssen die rechtlichen Bedingungen für die Einflussnahme gegeben sein.

Die zentrale Voraussetzung für die Beeinflussung ist das ausdrückliche Einverständnis desjenigen, dessen Lebensgestaltung von anderen begrenzend strukturiert wird. Dieses ausdrückliche Einverständnis ist nicht immer oder nicht einfach zu bekommen. Das aufmerksame Wahrnehmen, ob das Einverständnis gegeben wird oder nicht, ist jedoch ein Schritt, über den selbst bei den schwersten Beeinträchtigungen nicht einfach hinweggegangen werden darf.

Die zweite ganz wesentliche Voraussetzung ist die ethische und reflektierte Haltung desjenigen, der durch seine geplante Beeinflussung das Leben des anderen maßgeblich bestimmt. Man muss wissen, was man tut, wenn man andere Menschen begrenzt, ihre Handlungsmöglichkeiten einschränkt, Regeln aufstellt und deren Einhaltung einfordert, kurz Dinge tut, die situativ nicht das Geringste mit Selbstbestimmung zu tun haben. All das muss eingebettet sein

in die Bereitschaft, jederzeit Rechenschaft über das eigene Tun abzulegen gegenüber allen legitimen Fürsprechern des Menschen mit Behinderung. Der Professionelle überschreitet mit der gezielten und geplanten Beeinflussung eine Grenze, die ihm die Verantwortung überträgt, dass Gesundheit, Selbstschutz und in manchen Fällen auch das Leben des Menschen mit Behinderung ebenso gewahrt werden, wie das höchstmögliche Maß an Eigenverantwortung und Selbstbestimmung.

Dazu braucht es vor allem auch eine hohe Fachlichkeit und Auseinandersetzung mit fachlichen Entwicklungen, die sich in der Bereitschaft zeigt, ständig nach Wegen zu suchen, wie die Autonomie ausgeweitet und die professionelle Einflussnahme zurückgenommen werden kann. Für die Entwicklung und Pflege der Fachlichkeit ist auch der internationale Vergleich von großer Bedeutung. Das Lernen von anderen hilft, eigene kulturelle Hintergründe besser zu erkennen und zu reflektieren, was den Weg frei macht für die Überwindung von als selbstverständlich angenommenen Grenzen. Neue, autonome Lebensmöglichkeiten für Menschen mit starken Beeinträchtigungen geraten in den Blick und können erprobt werden.

Im professionellen Setting wird die Arbeit der Beeinflussung oft von Teams und nicht von Einzelexperten geleistet. Teams

haben ihre eigene Dynamik, ihre Mitglieder beeinflussen sich wechselseitig, sie ermutigen, klären oder aber ängstigen sich gegenseitig. Eine geplante und fachlich begründete Intervention verlangt also die intensive Arbeit mit den Teams, ihre Supervision und vor allem auch ihre Unterstützung im Erproben und Zulassen von Autonomie von Menschen mit Behinderung.

Die Beeinflussung anderer Menschen erfolgt nicht durch die großen Konzepte und die Präambeln der Rahmenvereinbarungen. Sie erfolgt in ständigen Mikro-Interaktionen zwischen den beteiligten Personen. Dabei ist die Beeinflussung immer wechselseitig, die Erfahrung, dass die Ziele der unterstützten Person in einem professionellen Hilfesetting erreicht werden, vermag sowohl bei den unterstützenden als auch bei den unterstützten Personen Gefühle der Wirksamkeit und Autonomie auszulösen.

Die Suche, wie Autonomie von Menschen mit starken Beeinträchtigungen in auf lange Zeit angelegten Hilfesettings gefördert werden kann, ist eine Suche, die den Mikro-Blick, den Blick auf die Beziehungsgestaltung und auf die direkten Interaktionen zwischen professionellen Unterstützern und behinderten Menschen nicht scheuen darf. Die Genauigkeit und Ernsthaftigkeit, mit der entstandenes, sich selbst und andere schädigendes

Verhalten auf seinen Entstehungsprozess und seine aufrechterhaltenden Bedingungen hin untersucht wird, ist das Erkennungsmerkmal von hoher Fachlichkeit. Hier spielen sich die entscheidenden Prozesse ab, auf dieser Ebene des alltäglichen Umgangs miteinander entscheidet es sich, ob Autonomie gelebt und gefördert wird, oder ob von beiden Seiten ein letztlich häufig entwürdigender Kampf ausgetragen wird, wer mehr Macht hat, eine Situation zu beeinflussen. Sich auf die Analyse und Reflexion dieser Prozesse einzulassen setzt voraus, den Menschen als lernendes Wesen zu begreifen, und darauf zu vertrauen, dass eine Person, wenn ihre Sicherheits- und Schutzbedürfnisse befriedigt sind, immer einen starken Drang zu Autonomie und Selbstbestimmung hat.

Mehr Autonomie durch Assistenztechnologien?

Die Suche nach mehr Autonomie für Menschen mit schweren und mehrfachen Beeinträchtigungen ist die treibende Kraft für die Befassung mit Assistenztechnologien für Menschen mit Behinderung. Geeignete technologische Hilfen zu entdecken und Menschen mit Behinderung bei der Aneignung und Nutzung dieser Technologien zu unterstützen, ist sowohl anspruchsvoll als auch nicht ohne Risiken für die Autonomie. Eine ganze Sparte der assistierenden Umgebungstechnologien fokussiert auf die

Überwachung von Personen. Das Entwickeln von Regelkreisen, mit denen die Technik dann Verhalten durch situative Signale beeinflusst, kann sehr schnell in eine umfassende Fremdbestimmung führen, ohne dass eine beeinflussende Person anwesend sein muss. Es ist die Haltung, die konsequent von den Zielvorstellungen der Person her denkt, die die Technik nutzen möchte, und die gemeinsam mit ihr die Entwicklung und den Einsatz der Technik begleitet und evaluiert, die letztlich den Unterschied macht, ob eine Technik als Überwachungstechnologie fungieren wird oder als Assistenztechnologie, die die Freiheitsgrade einer Person erhöht. Die Nutzerautonomie zu fördern, verlangt genaues Hinhören und Hinsehen auf das was die Person will. Die Technik selbst muss demgegenüber im Hintergrund stehen. Unter diesen Voraussetzungen haben die Assistenztechnologien ungeheure Potenziale zur Förderung von Autonomie und selbstbestimmter Teilhabe.

Zusammenfassung

Hohe Fachlichkeit ist die unverzichtbare Vorbedingung für die Unterstützung und Förderung von Autonomie und selbstbestimmter Teilhabe. Sie ist nicht ohne Risiken, wenn Expertentum aus welchen Gründen auch immer zur einseitigen Beeinflussung missbraucht wird. Fachlichkeit muss dem Ziel verpflichtet sein, die Entwicklung von autonomiefördernden Hilfesettings zu erforschen, zu fördern und zu sichern. Dann wird sie auch Beiträge dafür liefern, dass professionelle Behindertenhilfe eine sehr anspruchsvolle Aufgabe ist, deren Ergebnis im besten Fall sehr einfach wirkt: Selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft auch von Menschen mit schweren Beeinträchtigungen.

Johannes Magin

INKLUDIERT EUCH!

Gedanken zum Inklusionsbegriff

Vorrede

Alle reden über „Inklusion“, aber keiner geht hinein – includere, das lateinische Wort für „einschließen“. Zuerst wurde der Begriff „Inklusion“ im deutschen Sprachgebrauch mit der Reiseeuphorie der Deutschsprachigen in den 70er und 80er Jahren eingeführt. „All inclusive“ bedeutete das allumfassende Urlaubsversprechen. Dem Reisenden wurde vorgegaukelt, dass Neckermann, TUI und Co. alle Wünsche erfüllen werden. Wie aber so oft mit Heilserwartungen, nicht immer wurden die Versprechen eingehalten und in der Konsequenz wuchs das Geschäft der Reiseversicherungsbranche. Heute wagt kaum jemand mehr eine Reise ohne ausreichende Reiserücktrittsversicherungsleistungen.

Von der Inklusion in Zeiten der UN-Behindertenrechtskonvention kann niemand zurücktreten. Die gesamte Gesellschaft ist aufgefordert, Inklusion nicht nur zu gestalten und zu verwirklichen, sondern auch zu leben. Alle dürfen, alle sollen

mitmachen. Aus Stéphane Hessels Ruf „Empört Euch!“, wird der Ruf „Inkludiert Euch!“ Aber kann Inklusion einfach so hergestellt werden? Was meint die Forderung nach Inklusion? Was ist Inklusion?

Was ist Inklusion?

Auch wenn nahezu alle im Bundestag vertretenen Parteien die Inklusionsutopie unisono fordern und als eine Leitidee ihrer Programme festgeschrieben haben, ist der Begriff „Inklusion“ in Gefahr zu einem Containerbegriff oder Allerweltsattribut wie die „Nachhaltigkeit“ zu werden. Das, was in aller Munde geführt und als selbstverständlich angenommen wird, ist gerade dadurch gefährdet zerredet und entwertet zu werden. Beispielsweise ist der Titel „inklusive Schule“ zunächst nur ein Etikett, das aber noch lange nicht ein Mehr an Teilhabe für Kinder mit Behinderung garantiert.

Beginnen wir mit der biblischen Prophezeiung von Jesaja: „Dann wohnt der Wolf beim Lamm, der Panther liegt beim

Böcklein. Kalb und Löwe weiden zusammen, ein kleiner Knabe kann sie hüten. Kuh und Bärin freunden sich an, ihre Jungen liegen beieinander. Der Löwe frisst Stroh wie das Rind“ (Jesaja 11, 6-7 Einheitsübersetzung). Jesaja glaubte wie die anderen Propheten an die Umkehrung aller Verhältnisse, an das Paradies auf Erden, auf Bedingungen, in denen alle Lebewesen in Frieden und Eintracht miteinander Umgang haben. Auf die prophetischen Versprechungen folgten viele andere chiliastische Erwartungen, bis hin zur kommunistischen Utopie und zu libertären Freiheitsentwürfen von der Selbstbestimmung und Autonomie des Menschen. Welche Heilserwartung, welche Versprechen weckt der Inklusionsbegriff? Inklusion war zunächst ein Begriff, der seine ursprüngliche Bedeutung in der Paläontologie hat. Dort bezeichnet er die „Inklusen“, sprich Einschlüsse von Pflanzen oder Tieren, die in fossilem Baumharz über Jahrmillionen verhärteten und jetzt unter anderem an Ostseestränden gesucht und vermarktet werden.

Der Begriff „Inklusion“ ist aber auch für zwei Strömungen der Soziologie von Bedeutung. Die von Niklas Luhmann ausgehende beschreibende systemtheoretische Soziologie verwendet den Begriff als Gegenbild zu dem der Exklusion, um damit den bedingten Einschluss und den Zugang zu bestimmten gesell-

schaftlichen Teilsystemen zu beschreiben. Eine umfassende gesellschaftliche Inklusion kann es nach Luhmann nicht geben. Eine normative Richtung der Soziologie gebraucht den Begriff im Zusammenhang sozialer Ungleichheit ebenfalls als Gegenüber zu dem der Exklusion, fokussiert jedoch auf umfassende gesellschaftliche Teilhabe. Dieser zweite Ansatz bildet den Ausgangspunkt für die Faszination und die Verbreitung des Inklusions-Begriffs.

Erst durch die Einbindung in den Kontext der UN-Behindertenrechtskonvention, wird der Inklusionsbegriff zu einem Programm. Je nach Perspektive ist es ein Versprechen, eine Forderung oder eine Erwartung an die umfassende und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung in der Gesellschaft. Es gibt Videoclips, die versuchen Inklusion in zwei Minuten oder gar in 80 Sekunden zu erklären (siehe unter anderem www.aktion-mensch.de). Inzwischen wird der Inklusionsbegriff auch in anderen Kontexten verwendet, z. B. beim Zusammenwirken interreligiöser Gruppen in einer Gesellschaft oder auch als inhaltliche Weiterentwicklung des Integrationsbegriffes.

Die Bundesregierung unterscheidet in ihrem 2013 erstmals veröffentlichten „Teilhabebericht über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigung“

zwischen Beeinträchtigung und Behinderung: „Liegt aufgrund von Besonderheiten von Körperfunktionen oder Körperstrukturen eine Einschränkung vor, z. B. beim Sehen, Hören oder Gehen, wird dies als Beeinträchtigung bezeichnet. Erst wenn im Zusammenhang mit dieser Beeinträchtigung Teilhabe und Aktivitäten durch ungünstige Umweltfaktoren dauerhaft eingeschränkt werden, wird von Behinderung ausgegangen.“

Die Inklusion von „Menschen mit wesentlicher Behinderung“

Aufgrund des im Sozialgesetzbuch XII verankerten Kriteriums der „wesentlichen Behinderung“ gibt es in Deutschland ca. 820.000 Empfänger (Durchschnittsalter 43 Jahre) von Leistungen der Eingliederungshilfe. Davon sind ca. 230.000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. In stationären Einrichtungen leben rund 530.000 Personen. In ambulanten und sogenannten dezentralen Unterstützungsformen sind ca. 290.000 Menschen beheimatet. Dazu kommen in Deutschland rund 2,25 Millionen pflegebedürftige Menschen (Durchschnittsalter 82 Jahre), die Pflegeleistungen nach dem Sozialgesetzbuch XI erhalten. Unter den 2,25 Millionen sind aktuell ca. 1,4 Millionen Pflegebedürftige, bei denen eine Demenzerkrankung diagnostiziert ist und die auf intensive Assistenz angewiesen sind. All diese Menschen gelten als besonders von Exklusion Gefährdete.

Die Behindertenhilfe steht vor der Herausforderung, Menschen mit Behinderung ein höchstmögliches Maß an selbstbestimmter Teilhabe zu ermöglichen. Es ist sicherzustellen, dass Menschen selbst entscheiden, wo, wie und mit wem sie leben. Dort wo Menschen permanent auf fremde Hilfe, Pflege und Unterstützung angewiesen sind, ist das nicht immer leicht zu gewährleisten. Gerade in Gemeinschaftswohnformen wie in Wohnheimen oder bei Gruppenwohnen kann es immer wieder zu Beschränkungen kommen. Es braucht Wege, wie auch in diesen Kontexten der Forderung von Artikel 19 der UN-Behindertenrechtskonvention entsprochen wird, dass „Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben“ (Art. 19, 1 Abs., BRK). Die Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie als ein großer Akteur in der Behindertenhilfe hat hier bereits viel entwickelt. Über ein sogenanntes Umwandlungs- und Dezentralisierungsprogramm, das von Aktion Mensch e. V. gefördert wurde, konnten bei über 20 Komplexstandorten mehr als 3000 Menschen aus stationären in dezentrale und ambulante Unterstützungssettings überwechseln. Dazu kommt, dass in den Caritas Einrichtungen und Diensten die UN-Behindertenrechtskonvention zur Leitorientierung geworden ist. Das

Ideal eines christlichen Menschenbildes verbindet sich hier mit einer menschenrechtlich basierten Sozialarbeit und stellt so sicher, dass Menschen mit Behinderung in ihrer Eigenständigkeit unterstützt und gefördert werden.

Exklusion von Menschen mit Behinderung findet vor allem in der Gesellschaft statt, wo es noch zu wenig Sensibilität gibt für das Anderssein von Menschen, wo Anderssein eher befremdet und nicht als Chance auf Vielfalt wahrgenommen wird. Die strukturelle und soziale Gewalt gegen Menschen mit Behinderung ist in Deutschland ein häufig unterschätztes und nicht thematisiertes Problem. Daraus speist sich ein Rahmen, der immer wieder zu personaler direkter Gewalt führen kann. Eine 2012 vorgelegte Studie der Universität Bielefeld belegt beispielsweise, dass Mädchen und Frauen mit Behinderung ein 2-3 Mal höheres Risiko haben von Gewalt und Missbrauch getroffen zu werden als ihre Geschlechtsgenossinnen ohne Behinderung. Auch die Jugendsprache in Deutschland gibt zu Sorge Anlass, in der der Terminus „behindert“ als abwertend für jeden gebraucht wird, der von der vermeintlichen Norm abweicht. „Behindert“ gilt in der

Jugendsprache als ein Schimpfwort und die Gesellschaft hört in der Regel weg, wenn das Wort gerufen oder geschrien wird.

Schlusswort

In der Politik wird derzeit vielfach das Ziel der Inklusion beschworen. Wie aber ein gesellschaftlicher Bewusstseinswandel gestaltet und entwickelt werden kann, ist kaum in Sicht. Mut für den Wandel machen Brückenbauer wie in Absberg (Bayern), einer Einrichtung der Regens Wagner Stiftungen, in denen so genannte sehr schwierige Menschen mit Behinderung unterstützt werden, das ihnen gemäße Teilhabetempo zu entwickeln und eigenständig aufzunehmen: beispielsweise Menschen mit Prader-Willi-Syndrom, die hinsichtlich ihrer Ernährung eine überlebenswichtige Verlässlichkeit brauchen; die Vertrauen in sich und andere entwickeln müssen, dass ihnen ihre Nahrung regelmäßig zur Verfügung steht, dass eine soziale Umgebung sie trägt und stärkt.

Thorsten Hinz

ETHISCH RICHTIG HANDELN

in einem katholischen Sozialunternehmen.
Widersprüchen mit Freiheit und Vernunft begegnen

Die Suche nach dem „ethisch und moralisch richtigen Handeln“ in unserer Arbeit als kirchliches, katholisches Sozialunternehmen beschäftigt die Stiftung Haus Lindenhof. Geprägt von unserer christlichen Kultur und religiösen Prägung unserer Arbeit (christliches Menschenbild) suchen wir nach ethischen Maßstäben und Handlungsmaximen. Dazu einige grundlegende Überlegungen.

Die Stiftung Haus Lindenhof mit Sitz in Schwäbisch Gmünd wurde als Institution der katholischen Kirche vom Bistum Rottenburg-Stuttgart und vom Diözesancaritasverband gegründet. Nach ihrer Satzung ist sie zur umfassenden Hilfeleistung aus dem Geist christlicher Nächstenliebe verpflichtet. Dabei hat sie in den letzten über 40 Jahren diesen Auftrag mit den Anforderungen der heutigen Gesellschaft, der Sozialpolitik und auch den sich veränderten kirchlichen Vorstellungen in Einklang bringen müssen. Diese Anforderungen sind zum Teil wider-

sprüchlich. Sie erfordern deshalb einerseits den Rückbezug auf die kirchlichen und karitativen Traditionen, Werte und Haltungen, andererseits die achtsame Wahrnehmung dessen, was die heutige Welt und die (hilfesuchenden) Menschen erwarten.

Das Motto „selbst.bestimmt.leben“ im Logo der Stiftung macht eine zentrale normative Forderung sichtbar, die wir an den Anfang unserer Arbeit stellen und die sich nicht zuletzt in der UN-Behindertenrechtskonvention niedergeschlagen hat: Jedem Menschen soll gemäß seines individuellen Rechtsanspruchs zu seiner persönlichen Entfaltung verholfen werden. Dies umso mehr, wenn er aus Gründen des Alters oder anderer Funktionsbeschränkungen daran gehindert wird. Mit dieser Sichtweise finden wir uns in einem christlichen Sinnhorizont nach einem „Leben in Fülle“ (Joh. 10,10) zu streben und Menschen dabei zu unterstützen und zu fördern.

Was dazu fachlich nottut, gut und richtig ist, mag zu Beginn der Stiftung in den 70ern des letzten Jahrhunderts noch weniger umstritten gewesen sein als heute. Fachliche und gesellschaftliche Orientierungen haben sich erweitert, Traditionen kommen ins Wanken. Gesetze ändern sich. Je weniger auf traditionelle Gewissheiten zurückgegriffen werden kann und je mehr wir auch für unsere Mitarbeiter/-innen, Bewohner/-innen, Angehörige, Freunde und Partner Freiheiten im Lebensstil in Anspruch nehmen, desto mehr wird die Frage nach dem „richtigen Handeln“ virulent. Was sollen wir in Situationen tun, in denen auf verschiedene Weise mit unterschiedlichen Werthaltungen unterschiedliche Handlungsoptionen möglich sind? Im Spannungsfeld von fachlichen und ökonomischen Ansprüchen, im Ringen um Qualität zwischen Expertenstandards und Dokumentationsverpflichtungen und im Austarieren von alltäglichem Leben und einer geregelten und laufend überprüften Lebenswelt „öffentlicher Pflege, Erziehung oder Betreuung“?

Diesen Herausforderungen und Widersprüchen können wir nur in einer Atmosphäre der Freiheit, der Autonomie und der Vernunft begegnen. Jeder und Jede in der Stiftung müssen diese Grundhaltungen nicht nur akzeptieren, sondern auch die je für sie mögliche

Form leben. Dazu ist immer wieder lebendiger Diskurs nötig. Die Stiftung hat sich Leitbilder als Grundlage ihrer Arbeit, Führungsleitlinien als Orientierung für die Führungskräfte, fachliche Leitbilder für die Arbeit der Bereiche und ein Qualitätsmanagement gegeben. Das bedeutet, dass wir für unsere Arbeit orientierende Festlegungen im Sinn einer normativen Ethik entwickelt haben, die uns leiten. Trotz dieser Referenz sind Prozesse des Dialogs, der Aushandlung und Anwendung dieser Maßstäbe im Alltag im Sinn einer Diskursethik erforderlich, wenn wir den unterschiedlichen Menschen und ihren Rechtsansprüchen, ihren Bedürfnissen und Einstellungen gerecht werden wollen.

Ethische Diskurse sind nicht dazu da, die Prinzipien zu relativieren. Vielmehr machen sie deutlich, dass das moralisch Richtige in jedem Einzelfall gefunden werden muss. Dabei ist es wichtig zu verstehen, dass die Orientierung am christlichen Menschenbild nicht schon in allen Fällen eine eindeutige, für alle akzeptable Problemlösung bietet. Religion und Tradition können den ethischen Diskurs nicht ersetzen. Manche/r Mitarbeiter/-in würde es geradezu für falsch halten, „nur“ die Tradition zu befragen. Andererseits kann auch nicht jede fachliche Forderung ohne kritische Reflexion immer durchgesetzt werden; viele ökonomische und organisatorische Anfor-

derungen (Sachzwänge) müssen sorgfältig geprüft werden. Oft finden sich gangbarere Wege und echte Alternativen.

Ohne ethischen Diskurs und eine entsprechende Unternehmenskultur stieße unsere Arbeit in der heutigen Zeit unter Umständen schnell an unüberwindbare Grenzen. Vieles kann auch im Laufe des Diskurses besser verstanden und beurteilt werden. Die Mitarbeit in sozialen Unternehmen ist für viele junge Leute, aber sicher auch ältere Kolleg(inn)en nach wie vor attraktiv, weil gerade eine sinnerfüllte Tätigkeit für andere angestrebt wird. Viele versprechen sich davon Sinn und Zufriedenheit in ihrem eigenen Leben. Wir bieten ihnen gerne einen

solchen Arbeitsplatz an. Wir verbinden damit aber auch die Verpflichtung, mit ihnen über ihre Motive und unsere Rahmenbedingungen ins Gespräch zu kommen. Auf ihre Bereitschaft zum Dienst (durchaus im Wortsinn!) sind wir angewiesen. Dabei geht es nicht nur um eine wertorientierte Arbeit – um die geht es auch an einem Bankschalter – sondern um die immerwährende Suche nach dem ethisch richtigen Handeln.

Jürgen Kunze

WAS SEINE FREUNDE UND
KOLLEGEN AN IHM SCHÄTZEN:
SEINEN TEAMGEIST

Lieber Hubert,

nehme ich schon oder noch teil? Und woran? Lebe ich erfüllte Zeit? Ist mein Tun und Handeln von Hoffnung geprägt, auf eine Ordnung in endgültiger Gerechtigkeit?

Du bist ein Fahrensman, der bei diesen Fragen, so gestellt, sofort den Anderen sieht, den Mitmenschen. Anders ausgedrückt: Dein Glück ist geprägt vom Miteinander. Durch die direkte Begegnung, die Dynamik einer Gruppe, dem Zulassen einer Gesellschaftlichen Entwicklung ...

Du bist ein Glücksfall für die Menschen. Ein Caritas-Glücksfall.

In Dir ist eine Quelle, die kräftiger ist als alle Widerstände. Du bist eine Quelle für Andere! Mit Dir erlebe ich außerhalb der Laufbahnen unserer Berufe und Terminpläne unseres Alltags ein Feld der Achtsamkeit:

Du gibst gern, freundlich und gelassen...

Die Not eines Nächsten, sie bewegt Dich ...

Du gibst Zeit und Herz...

Du bist stetig bemüht spannungen und Konflikte von innen her zu lösen ...

Du widersprichst da, bei aller Macht der Verführung,

wo der Friede gestört und die Zukunft unmöglich scheinen ...

Du verschenkst Deinen Innenraum, auch dann noch, wenn er oft leer zu sein scheint ...

Vom ersten Tag an unserer Begegnungen war die Frage: Wie geht es Dir? geprägt von der Haltung: Ich habe Zeit für Dich und achte auf Deine Zeit, die meine Frage und mein Interesse braucht. Das heißt für Dich: Du selbst bist mir wichtig, nicht nur was Du tust; Du selbst und jene, die zu Dir gehören, Deine Familie, Deine Welt ...

Du bist mir ein guter Freund geworden. Ich bin dankbar an Deinem Leben teilhaben zu dürfen. Wenn ich mir zu Deinem Lebensfest etwas wünschen darf, dann, dass Du auf Dich achtest. Dass Du Quellen erfährst, aus der Freude um die Botschaft von Ostern. In dieser Zeit hat Gott Dich auf die Welt geschickt und Dich berufen für den Dienst an den Anderen, am Ganzen.

Er segne Dein Tun, Dein Lebensfest und Deine Zukunft,

Dein Freund Karl-Heinz Vogt

TEILHABE

für Menschen mit erworbenen Hirnschäden

Menschen mit erworbenen Hirnschäden

Menschen mit erworbenen Hirnschäden sind weder statistisch noch leistungsrechtlich ausreichend erfasst. Dabei erleiden etwa 250.000 Menschen jeden Alters jährlich einen Hirnschaden als Folge von Unfällen, Schlaganfällen, Herzstillständen, Vergiftungen¹ usw. In den diagnostischen Kategorien im Klassifikationssystem ICD-10 sind die erworbenen Hirnschäden ebenfalls nicht zu finden.² Es handelt sich vielmehr um einen Oberbegriff mit einzelnen diagnostischen Komponenten. Durch die leistungsrechtliche Nichterfassung von Menschen mit erworbenen Hirnschäden ist deren Zugang zum wohlfahrtsstaatlichen Leistungssystem und somit auch zu Teilhabeleistungen nach dem Sozialgesetzbuch IX

und der Eingliederungshilfe erschwert. Vielfach wird zu schnell die Pflegebedürftigkeit der Menschen mit erworbenen Hirnschäden in den Vordergrund gestellt, ohne den weiteren komplexen Unterstützungsbedarf zu würdigen und leistungsrechtlich abzusichern wie auch deren Potentiale zur Rückkehr in soziale Teilhabe zu unterstützen. Menschen mit erworbenen Hirnschäden sind häufig pflegebedürftig, benötigen aber gerade auch Unterstützung bei der sozialen Teilhabe und bei der Teilhabe am Arbeitsleben.

Nachfolgend konzentriert sich die Darstellung auf die Menschen mit erworbenen Hirnschäden, die in die Gesellschaft und in das Arbeitsleben zurückkehren möchten und deren Akutbehandlung beendet und die medizinische Rehabilitation

1 Vgl. Michael Seidel: *Menschen mit erworbenen Hirnschäden – (keine) Randgruppe in der Behindertenhilfe?! Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGGB am 16.3.2012 in Kassel* www.dgsgb.de/downloads/band%2028.pdf

2 ebd. S. 4

weit fortgeschritten ist. Diese Menschen haben ein Recht auf Teilhabe in der Gesellschaft und im Arbeitsleben. Es geht um eine umfassende medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation und die volle Teilhabe im Sinne des Artikels 26 der UN-Behindertenrechtskonvention. Angesichts der Komplexität der Unterstützungsbedarfe von Menschen mit erworbenen Hirnschäden will dieser Beitrag den Blick auf die Gruppe der Menschen richten, die im Alltag unzureichend beraten und allzu häufig nur in Pflegeheimen betreut wird, ohne Chance auf soziale und berufliche Teilhabe.

Zugang zur Teilhabeleistungen

Die Möglichkeit der Wiedereingliederung in die Gesellschaft und das Arbeitsleben ist die Hauptaufgabe des Teilhaberechts nach SGB IX und der Eingliederungshilfe nach SGB XII. Erst durch die Zuordnung einer Person zu einem Leistungssystem und dem Feststehen von Rechtsansprüchen wird die umfassende Unterstützung durch die Eingliederungshilfe gesichert. Während Menschen mit Behinderung durch Regelungen des SGB IX in diversen Kategorien differenziert werden, ist für Menschen mit erworbenen Hirnschäden bislang keine Legaldefinition zu finden.

Beim Zugang zu Leistungen entscheiden daher die Zuordnung der einzelnen Person zum bestehenden Leistungsrecht

und die Klassifikation als „Mensch mit wesentlicher Behinderung“ für die Leistungen der Eingliederungshilfe. In der Praxis jedoch wird zu häufig und undifferenziert die Pflegebedürftigkeit als Hauptbestandteil der Versorgung gesehen und damit werden andere und umfassendere Leistungsansprüche verkannt.

In § 2 SGB IX werden Menschen mit Behinderung wie folgt erfasst: *„Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“*

Wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, sind Menschen mit erworbenen Hirnschäden als Menschen mit Behinderung im Sinne des § 2 SGB IX anzusehen. Für bestimmte Leistungen ist zusätzlich die Anerkennung der Schwerbehinderung erforderlich. Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung sind nach § 2 SGB IX *„schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50 vorliegt und dies anerkannt wird (Schwerbehindertenausweis).“*

Zur Existenzsicherung ist ggfs. auch die Einstufung der Erwerbsminderung erforderlich. In § 43 SGB VI werden voll erwerbsgeminderte Menschen mit Behinderung definiert. Volle Erwerbsminderung liegt vor, wenn die Erwerbsfähigkeit derart eingeschränkt ist, dass Tätigkeiten auf dem Arbeitsmarkt weniger als drei Stunden täglich verrichtet werden können (§ 43 SGB VI) und dies festgestellt wird.

Aufgrund des § 53 SGB XII (in Verbindung mit den Regelungen der Eingliederungshilfe-Verordnung) werden als Menschen mit wesentlicher Behinderung Personen bezeichnet, *„die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 SGB IX wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind...“*.

Für den Zugang zu Leistungen der Eingliederungshilfe ist die Einordnung der Menschen mit erworbenen Hirnschäden in die Kategorien des § 53 SGB XII entscheidend.

Eine Orientierungshilfe der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BAGüS) beschreibt einige Kriterien für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf wie wesentliche Behinderung in § 53 SGB XII i.V.m. EHVO und Mehrfachbehinderung (beim gleichzeitigen Vorkommen von mehreren Behinderungstypen) oder Schwerstbehinderung (als besonders schwere Form der Behinderung und einem besonders großen Förderbedarf).

In der Beschreibung ist die Kategorie der erworbenen Hirnschäden nicht enthalten. Es muss vielmehr die Zuordnung erst zu einem bestimmten Behinderungstyp stattfinden³. Die Beschreibung ist keineswegs abschließend und als „Orientierung“ zu verstehen. Sie bietet daher eine Grundlage für die Einordnung.

Es ist festzuhalten wie wichtig es ist, umfassend den Bedarf der Menschen mit erworbenen Hirnschäden zu ermitteln und feststellen zu lassen und diesen nicht nur auf die Feststellung

3 Vgl. Michael Seidel: *Geistige Behinderung und erworbene Hirnschäden – was sind die Unterschiede in: Menschen mit erworbenen Hirnschäden – (keine) Randgruppe in der Behindertenhilfe?! Dokumentation der Arbeitstagung der DGSG am 16.3.2012 in Kassel.*

der Pflegebedürftigkeit zu begrenzen. Besonders wichtig ist dabei, die Betroffenen und die Angehörigen entsprechend zu informieren und zu beraten.

Teilhabebedarf im System der Rehabilitation

Das Leben von Menschen mit Hirnschäden ist durch verschiedene Phasen der Rehabilitation geprägt. In manchen Fällen gelingt die Rehabilitation und die Wiederherstellung der körperlichen und geistigen Funktionen, in manchen Fällen benötigen die Menschen eine längere Zeit für die Rehabilitation. Manche Einschränkungen und Schädigungen können dauerhaft bleiben.

In diesem Zusammenhang wurde der Prozess der neurologischen Rehabilitation von Menschen mit Hirnschäden auf verschiedene Phasen unterteilt⁴. Die Phase A ist der Zeitraum der Akutbehandlung, die Phase B ist die Phase der Frührehabilitation im Krankenhaus mit intensivmedizinischen Maßnahmen, die Phase C ist die weiterführende Rehabilitation mit medizinischer Überwachung und hohem Pflegebedarf.

In der Phase D findet die medizinische Rehabilitation statt. Die Phase E zielt auf die berufliche Rehabilitation ab. Neben der Phasen B bis E findet die Phase F⁵ statt, die dauerhaft unterstützende, betreuende und zustandserhaltende Maßnahmen umfasst.

In den letzten Phasen werden Menschen mit erworbenen Hirnschäden häufig in Pflegeeinrichtungen untergebracht, für die die Pflegeversicherung zuständig ist. Damit eigentlich im Widerspruch mit der Zielsetzung dieser Phasen, die gerade die umfassende Rehabilitation anstreben sollen und die eben über die bloße medizinische und pflegerische Versorgung hinausgehen muss.

Der umfassende Unterstützungsbedarf ist in einem Gesamtplan gemäß § 58 SGB XII festzustellen und die Erbringung von Teilhabeleistungen über die Regelungen der §§ 10, 14 SGB IX mit allen Rehabilitationsträger zu koordinieren. Allein diese Koordination erfolgt immer wieder unzureichend oder scheitert am Mitwirken einzelner Rehabilitationsträger.

4 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) legte in 1994 ein Konzept zur „Phaseneinteilung in der neurologischen Rehabilitation“ (VDR 1995) vor

5 Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Phase F e. V. (BAG Phase F)
www.bag-phase-f.de/de/index.php

Der Assistenzbedarf der Menschen mit erworbenen Hirnschäden umfasst in der Regel:

- Therapeutische Behandlung nach SGB V
- Hilfsmittelversorgung nach Hilfsmittelverordnung, SGB V und SGB IX
- Medizinische Behandlung nach SGB V
- Pflegerische Versorgung nach SGB XI
- Bedarf an beruflicher Rehabilitation nach SGB IX mit Teilhabe am Arbeitsleben
- Bedarf an sozialer Teilhabe nach SGB IX und SGB XII
- Existenzsicherung bei voller bzw. geminderter Erwerbsminderung nach SGB VI

Angesichts der Komplexität der Unterstützungsbedarfe ist es wichtig, dass die betroffenen Menschen und die Angehörigen die diversen Leistungen der Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen und sich nicht auf die Inanspruchnahme der scheinbar im Vordergrund stehenden Pflegebedürftigkeit einschränken lassen.

Die Pflegebedürftigkeit ist in § 14 SGB XI definiert:

Pflegebedürftig... sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen

im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.

Bereits aus der Definition der Pflegebedürftigkeit wird ersichtlich, dass der Teilhabebedarf von Menschen mit erworbenen Hirnschäden nicht durch pflegerische Verrichtungen gedeckt werden kann.

Vielmehr ist der Teilhabebedarf nach SGB IX zu sehen und durch Leistungen zur Teilhabe als:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
 - Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
 - Unterhaltssichernde Leistungen und andere ergänzende Leistungen
 - Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
- zu decken.

Stets ist daher beim zuständigen Leistungsträger der Antrag auf weitergehende Leistungen des SGB IX zu stellen und rechtlich zu verfolgen. Es ist dringend geboten, dass die Leistungsträger aus den Bereichen SGB II, SGB VI, SGB IX, SGB XI und SGB XII im Interesse der optimalen Förderung und Unterstützung von Menschen mit erworbenen Hirnschäden den umfassenden Bedarf sehen und im Sinne der betroffenen

Menschen zusammenarbeiten, damit die Menschen die Beratungs- und Unterstützungsleistungen erhalten und individuell gefördert werden können.

Gestaltende Rolle der Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe

Aufgrund der umfassenden Bedarfsermittlung sind die Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe gut geeignet, die entsprechende Unterstützung in der Phase E und F zu erbringen, da nicht der Pflegebedarf, sondern der Teilhabebedarf im Vordergrund steht. Die Anpassung der Angebote an die individuellen Bedürfnisse der Menschen ist eine Kernkompetenz der Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe und bietet den betroffenen Menschen die Chance auf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und am Arbeitsleben.

Entscheidend ist dabei auch der Zeitpunkt des Beginns der Unterstützung durch die Eingliederungshilfe, die bereits während der medizinischen Rehabilitation eingesetzt werden kann. Meistens ist nach der Zuweisung in die Phase F-Einrichtung die Erbringung von Teil-

habeleistungen im Alltag nur noch schwer möglich. Zudem besteht die Gefahr, dass die Ansprüche auf Teilhabeleistungen verwirkt werden. Die Aufgaben der Phase F-Einrichtungen konzentrieren sich auf die Grundpflege, medizinische Behandlungspflege, soziale Betreuung, Beratung von Angehörigen sowie die Anleitung der Angehörigen zur Eingliederung des Patienten in die häusliche Umgebung, Unterkunft und Verpflegung, Sicherstellung der ärztlichen Leistungen⁶. Es handelt sich um Pflegeeinrichtungen, die den umfassenden Teilhabebedarf nicht decken können.

Durch die Anpassung der Behandlungs- und Fördermaßnahmen an den individuellen Bedarf können die Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe die entsprechende Unterstützung erbringen. Für die bedarfsgerechte Unterstützung der betroffenen Menschen ist eine umfassende Ermittlung der Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit (ICF-orientiert) mit dem Teilhabebedarf, die Bedarfsermittlung sowie die Erstellung eines trägerübergreifenden Teilhabeplans entscheidend.

6 *Empfehlungen der BAR zur stationären Langzeitpflege und Behandlung von Menschen mit schweren und schwersten Schädigungen des Nervensystems in der Phase F vom 28.01.2003, www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/Rahmenempfehlung_station%C3%A4re_Langzeitpflege.pdf*

Der erste Schritt zur Verbesserung der Lebenslagen der Menschen mit erworbenen Hirnschäden ist der Blick auf deren spezifische Unterstützungsbedarfe und das Durchsetzen von deren Rechtsansprüchen.

Einige Phase-E-Einrichtungen zeigen bereits, dass die Angebote der Eingliederungshilfe entsprechende Unterstützung und individuelle Teilhabemöglichkeiten bieten können, wenn die Menschen mit Hirnschäden originär im Fokus stehen⁷. Die Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe sind viel mehr als Pflegeeinrichtungen und wollen mehr Teilhabe und Rehabilitation für die Menschen gestalten.

Die Weiterentwicklung der spezifischen ergänzenden Angebote (bezüglich der medizinischen Rehabilitation in der Eingliederungshilfe, sozialpsychiatrischer Versorgung, Beratungsangebote) für die Personengruppe würde auch die Weiterentwicklung der Angebote in der Eingliederungshilfe fördern.

Janina Bessenich

⁷ *An dieser Stelle dankt die Verfasserin Herrn Dr. Hubert Soyer für die Besichtigung der Einrichtung in der Trägerschaft der Regens Wagner Stiftung für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen und somit für den neuen Blick auf die betroffenen Menschen.*

MITEINANDER SEIN

Teilhabechancen aus Sicht der Gesellschaft



Foto: Peter Weibert

Das Helfer-Team von Regens-Wagner-Absberg präsentiert sich stolz mit der Band „Lazy Boys“.

Die Rockabilly-Band „Lazy Boys“ begeisterte am 27. Juli 2013 in Gunzenhausen rund 100 Zuschauer. Die Einrichtung Regens Wagner Absberg hatte nicht nur eingeladen, sondern das Event auch durch ein Helfer-Team unterstützt. Die Helfer/-innen strahlten in ihren roten T-Shirts der CBP-Kampagne „du ich wir... miteinander sein“ über den gelungenen Auftritt der Band.

Das Konzert war nur eine von über 60 Veranstaltungen, die im Zuge der CBP-Kampagne 2013/2014 stattgefunden haben. Unter dem Motto „du ich wir... miteinander sein“ haben die CBP-Mitglieder kulturelle und sportliche Aktionen durchgeführt und Politiker vor Ort eingeladen, um mit ihnen zu diskutieren, wie Teilhabe von Menschen mit Behinderung gelingen kann.

Von den über 60 Veranstaltungen, die sich an Menschen mit und ohne Behinderung richteten, hat ein Drittel mit Politikern stattgefunden im Hinblick auf die Bundestagswahl und die beiden Landtagswahlen in Bayern und Hessen. Zwei Drittel der Veranstaltungen waren inklusive und öffentlichkeitswirksame Aktionen wie Bildungs- und Informationsveranstaltungen sowie Kultur- und Sportevents. Mit der Kampagne hat sich der CBP für die selbstbestimmte und selbstverständliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen in allen Lebensbereichen eingesetzt. Aber ist das Thema tatsächlich in den Köpfen der Menschen angekommen? Wie weit ist das selbstverständliche Miteinander von Menschen mit und ohne Behinderung vorangeschritten?

Dem Thema der Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit Behinderung hat sich die Allensbach-Studie gewidmet, die von der Bundesvereinigung Lebenshilfe in Auftrag gegeben wurde. In der repräsentativen Untersuchung des Instituts für Demoskopie Allensbach mit 1574 Befragten wurden die Einstellungen der Bevölkerung zu Menschen mit geistiger Behinderung untersucht. Die Befragungen wurden 2014, fünf Jahre nach dem Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention, durchgeführt. Der Studie zufolge hat jede(r) fünfte Bürger(in) (22 Prozent) Kontakt zu Menschen mit einer

geistigen Behinderung, sei es in der eigenen Familie, dem Verwandten- oder Bekanntenkreis. Auf die Frage welche Assoziationen die Befragten mit Menschen mit einer geistigen Behinderung verbinden, antworten 88 Prozent mit dem Begriff „hilfsbedürftig“. An zweiter Stelle folgt mit 57 Prozent der Begriff „lebensfroh“, knapp dahinter liegen „ausgegrenzt“ und „Mitleid“ mit jeweils 56 Prozent. Jede(r) zweite Bürger(in) denkt an Berührungsängste. Nur wenige glauben, dass Menschen mit geistiger Behinderung „selbstständig“ oder „gut integriert“ (jeweils 18 Prozent) sind. Die positiven Begriffe „lebensfroh“, „selbstständig“ und „gut integriert“ werden von Personen, die in ihrem persönlichen Umfeld Menschen mit einer geistigen Behinderung kennen, häufiger als vom Bevölkerungsdurchschnitt genannt, „Mitleid“ und „Berührungsängste“ seltener. Dieser Zusammenhang lässt hoffen und legt die Vermutung nahe: Je mehr Menschen mit Behinderung mitten in der Gesellschaft leben, wohnen und arbeiten, desto geringer sind die Berührungsängste und desto größer ist die Akzeptanz von Menschen mit geistiger Behinderung in der Bevölkerung.

Die Einschätzung inwieweit Menschen mit geistiger Behinderung (wie z. B. dem Down-Syndrom) am gesellschaftlichen Leben selbstständig teilnehmen können wird anhand von fünf Lebensbereichen

erfragt: selbstständige Freizeitgestaltung, selbstständiges Wohnen, Besuch einer regulären Schule, eigenständige Urlaubsreisen, reguläres Arbeitsleben. Überwiegend ist die Bevölkerung der Auffassung, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung nur eingeschränkt am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Bei der Freizeitgestaltung (Sport, kulturelle Aktivitäten) gehen immerhin 19 Prozent der Befragten davon aus, dass dies uneingeschränkt möglich ist. Die große Mehrheit (62 Prozent) glaubt aber, dass die Teilhabe in diesem Bereich nur eingeschränkt möglich ist. Nur 14 Prozent halten es für kaum oder gar nicht möglich, dass Menschen mit geistiger Behinderung ihre Freizeit selbst gestalten. In den Bereichen Wohnen, Besuch einer Regelschule, Urlaubsreisen und Arbeitsleben ergibt sich ein ähnliches Bild: Je zwischen 4 und 9 Prozent der Bevölkerung hält die uneingeschränkte Teilnahme für möglich, 61 bis 75 Prozent sehen Partizipationsmöglichkeiten und 18 bis 28 Prozent glauben, dass Menschen mit geistiger Behinderung vom gesellschaftlichen Leben ausgeschlossen sind. Ein flächendeckendes selbstverständliches Miteinander von Menschen mit und ohne Behinderung ist noch Zukunftsmusik. Dennoch hat das Thema Inklusion in allen Lebensbereichen in der öffentlichen Diskussion an Bedeutung

gewonnen. Von der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung, die diesen Prozess maßgeblich angestoßen hat, hat laut Studie jeder fünfte Befragte bereits gehört.

Die Diskussion um schulische Inklusion von Kindern mit geistiger Behinderung haben weite Teile der Bevölkerung (77 Prozent) zumindest am Rande mitbekommen. 20 Prozent der Bürger(innen) verfolgen die Debatte um schulische Inklusion näher. 66 Prozent haben große Zweifel daran, ob Schulen ausreichend darauf vorbereitet sind, Schüler(innen) mit Behinderung zu integrieren. Die größten Zweifel an der inklusiven Schulform hegen diejenigen, die die Inklusionsdebatte näher verfolgt haben. Solange die Voraussetzungen in Regelschulen nicht geschaffen sind, um alle Kinder, ob mit oder ohne Behinderung, gleichermaßen zu fördern, sind die Befragten zu Recht skeptisch. Umso wichtiger ist es, die heilpädagogische Förderung von behinderten Kindern in inklusiven Schulen zu verbessern und damit echte Wahlmöglichkeiten für Eltern von behinderten Kindern zu erreichen.

Corinna Lerbs

MEHR SELBSTBESTIMMUNG IST MÖGLICH⁸

Die Caritas-Wohnhäuser, die stationäre Leistungen für Menschen mit einer Behinderung anbieten, werden verstärkt als Orte des allgemeinen gesellschaftlichen Sozialraums verstanden und gewährleisten dort größtmögliche soziale Teilhabe, Wunsch- und Wahlrechte und Selbstbestimmung im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK), die seit März 2009 in Deutschland in Kraft getreten ist. Um dies in der alltäglichen praktischen Arbeit zielgerichteter zu realisieren, wird seit 2009 in allen Wohnhäusern von und für Menschen mit Behinderung des Caritasverbandes für die Stadt Köln e. V. nach dem Betreuungsmodell des Niederländers Willem Kleine Schaars gearbeitet.

Grundidee der Arbeit im WKS-Modell

Grundlage der Arbeit in den Caritas-Wohnhäusern ist das Betreuungsmodell von Willem Kleine Schaars, im Folgenden

WKS-Modell genannt. Das WKS-Modell beschreibt eine Methode in der Betreuung, die den Menschen in den Mittelpunkt stellt. Die Förderung der Selbstbestimmung und Unabhängigkeit eines jeden Menschen – das vorrangige Ziel der Behindertenhilfe – wird innerhalb seiner eigenen Möglichkeiten, seines eigenen Rahmens gewährleistet.

Gleichwertigkeit, Selbstbestimmung, Macht und Verantwortung sind die vier grundlegenden Kriterien, von denen das WKS-Modell ausgeht. Die Handlungsfelder des Modells sind u.a. die Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung, die Psychiatrie, die Altenhilfe und der Unterricht an Schulen.

Die Selbstbestimmung ist kein Prozess, der aus sich heraus – quasi automatisch – stattfindet und auch nicht einfach durch Postulat verkündet werden kann. Es

⁸ Dieser Text ist Teil des Qualitätsmanagements des Caritasverbandes für die Stadt Köln e. V.

bedarf einer spezifischen Haltung, um bestehende Abhängigkeiten zwischen dem Menschen mit einer Behinderung und deren Unterstützter zu reduzieren.

Es ist banal festzustellen, dass jegliches Handeln in der Beziehung zu einem anderen Menschen durch das zugrundeliegende Menschenbild bzw. die Grundhaltung geprägt ist. In der Beziehung zu Menschen in Abhängigkeitsverhältnissen bedarf diese Grundhaltung der genaueren Betrachtung.

Menschen mit einer Behinderung erleben sich oftmals nicht als behindert, sondern die sie umgebenden Menschen haben dieses Bild und sind zu häufig damit beschäftigt ihnen mitzuteilen, dass sie behindert sind. Im Selbstbild eines Menschen mit einer Behinderung ist die Behinderung selbst oft nicht von Bedeutung. Und die Behinderung als erstes in den Fokus zu nehmen, unterstützt nicht den Selbstbestimmungsprozess, sondern behindert diesen.

Das WKS-Modell geht davon aus, dass jeder Mensch (ob mit oder ohne Behinderung) einen Rahmen besitzt, in dem er selbst und eigenverantwortlich bestimmen will und kann. Bedeutsam ist, dass jeder Mensch „Fähigkeiten (Möglichkeiten) und Unfähigkeiten (Unmöglichkeiten)“ besitzt. Und jeder Mensch will im Rahmen seiner Möglichkeiten

diese auch selber nutzen und Entscheidungen selbst treffen. Erst bei den Unmöglichkeiten, den Dingen, die der Mensch nicht kann, benötigt er Unterstützung. Das WKS-Modell zielt darauf ab, die Freiräume der Selbstbestimmung für den Menschen zu erhöhen. Dabei stehen häufig folgende zwei Verhaltensweisen dem Grundsatz der Selbstbestimmung gegenüber:

Die Überbehütung:

Bei überbehütendem Verhalten greift eine andere Person in den Rahmen der handelnden Person ein. Diese erlebt sich als bevormundet und reagiert häufig zunächst mit Widerstand oder auch Fremdaggression und in der weiteren Entwicklung mit Resignation, Depression oder auch Autoaggression. In wieweit Überbehütung vorliegt, wird immer durch die in ihrem Rahmen verletzte Person selbst definiert – sie erlebt es.

Die Überforderung:

Bei Überforderung ist die betroffene Person nicht in der Lage, die Folgen der eigenen Entscheidung zu überblicken. Der Rahmen der Selbstbestimmung ist zu weit gesteckt und muss von außen kleiner gesetzt werden, da die Überforderung in der Regel von der Person selbst nicht erkannt wird.

Selbstbestimmung heißt, dass die Norm des zu betreuenden Menschen gilt und

er nicht in die Situation der Überbehütung oder Überforderung gerät. Dabei verfügt jeder Mensch über einen Rahmen, in dem er selbst entscheidet. Menschen mit einer Behinderung erleben besondere Abhängigkeitsverhältnisse. Entscheidungen werden von Menschen in ihrem Umfeld schnell für sie getroffen, in der Annahme, sie könnten keine Lösung für ihr Problem finden. Auch Menschen mit schwerster Beeinträchtigung verfügen über einen Rahmen, in dem sie selbst bestimmen und ihre eigenen Lösungen finden können. Sie müssen diesen Rahmen nur erhalten, und dabei sind sie sehr abhängig von den sie begleitenden Menschen. Häufig bestimmen hier mehr die Normen der Begleiter als die Normen der zu begleitenden Menschen.

Die Rolle der Mitarbeitenden, insbesondere in einer stationären Wohnform, beinhaltet immer zwei konkurrierende Beziehungsangebote. Einerseits wird reglementiert, z. B. „so geht das nicht“, andererseits heißt das Angebot in Richtung des Menschen mit Behinderung „Du kannst mit all Deinen Problemen zu mir kommen – ich habe Verständnis für Dich“. Dieser immanente Konflikt im Beziehungsangebot lässt sich für einen einzelnen Mitarbeitenden in der Betreuungssituation nicht auflösen.

Er muss sich zwischen der reglementierenden oder verstehenden Komponente entscheiden, oder er pendelt zwischen diesen hin und her. Bei der Überbetonung des reglementierenden Elementes werden Regeln (wie sinnvoll diese auch immer sein mögen) gegenüber dem Menschen mit einer Behinderung durchgesetzt. Fatale Entwicklungen entstehen dann in Settings, in denen Regeln als allgemeine Gruppenregeln und nicht individuell abgestimmt erstellt werden.

Rückt allein das „Verstehen“ in den Vordergrund, wird „viel geredet und wenig passieren“. Dem so begegneten Menschen mit Behinderung ist dies vielleicht sogar zunächst sehr angenehm, fühlt er sich doch sehr angenommen. Doch genauer betrachtet gehen hier erforderliche und sinnvolle Strukturen für den betroffenen Menschen verloren. Ein Ergebnis kann Überforderung sein.

Die Konsequenz lautet: der Mensch mit Behinderung kann schnell abhängig von den gerade anwesenden Mitarbeitern und deren Kompetenzen werden, und die Selbstbestimmung des Menschen mit Behinderung wird so womöglich immer weiter eingeschränkt.

Im WKS-Modell werden diese in einer Person vereinigten widersprüchlichen Rollen systematisch getrennt und unterschiedlichen Personen zugeordnet:

Der Alltagsbegleiter

Der Alltagsbegleiter kümmert sich in erster Linie um die materiellen Dinge im Leben des von ihm begleiteten Menschen, weist auf Absprachen hin und greift eventuell auch direkter reglementierend ein. Er hat die Aufgabe, der Bewohnerin/dem Bewohner Möglichkeit und Zeit zu geben, um eigene Ideen und Lösungsansätze zu finden. Für Alltagsbegleiter steht dabei das Bemühen um Verständnis und die Unterstützung der Bewohnerin/des Bewohners im Vordergrund. Der Alltagsbegleiter setzt einen relativ nahen Rahmen und reglementiert diesen, diskutiert nicht lange, und sagt klar „ich bin nicht einverstanden“. Er gibt aber die Lösung nicht vor, sondern sagt „denk darüber nach“. Dann bleibt es die Lösung der Bewohnerin/des Bewohners. Die Lösungsfindung kann durch den Prozessbegleiter unterstützt werden.

Grundsätzlich gilt: Der Alltagsbetreuer ist allein derjenige, der reglementiert. Andere Mitarbeitende reglementieren nicht und gehen auch nicht in den direkten Konflikt mit der Bewohnerin/dem Bewohner. Diese/r ist nur mit einer Meinung konfrontiert, nicht mit verschiedenen. Andere Mitarbeitende können nach Absprache mit dem Alltagsbegleiter die Bewohnerin/den Bewohner auf etwas hinweisen, die direkte Auseinandersetzung verbleibt aber zwischen dem zugeordneten Alltagsbegleiter

und der Bewohnerin/dem Bewohner. Menschen mit Behinderung haben es in ihrem Lebensumfeld sehr oft mit sehr vielen unterschiedlichen Betreuungspersonen zu tun. Diese Beschränkung auf eine Person in der Reglementierung vereinfacht das Beziehungsgefüge für einen Menschen mit einer Behinderung immens.

Der Prozessbegleiter

Der Prozessbegleiter ist darum bemüht, die Lebenswelt seines Gegenübers zu erfahren, ihn zu verstehen.

Die Grundregel heißt: Die Normen und Werte des Prozessbegleiters bleiben außen vor. Häufig projizieren wir unsere Normen und Werte auf Menschen mit einer Behinderung. Die Beziehung zum Prozessbegleiter ist darauf gerichtet, die Normen und Werte der Bewohnerin/des Bewohners zu erfahren, die/der oftmals ungenügend in der Lage ist, die eigenen Bedürfnisse zu erkennen und diese gegenüber seiner Umwelt zu vertreten. Der Prozessbegleiter wertet und reglementiert nicht. Er unterstützt sein Gegenüber in dessen Selbstbestimmung, wobei er nicht stellvertretend agiert und bei Schwierigkeiten „außerhalb des Problems bleibt“ – also keine Partei ergreift. Der Prozessbegleiter nimmt sich Zeit und gibt dem begleiteten Menschen Zeit. Er lernt die Lebenswelt der Bewohnerin/des Bewohners besser kennen. Im All-

tag läuft die Kommunikation mit dem Menschen mit Behinderung häufig sehr schnell und „ungeduldig“ ab. Auf eine Frage folgt die nächste – die Zeit zum Denken, zum Finden und Geben einer Antwort ist kurz – oft zu kurz. Menschen mit einer geistigen Behinderung brauchen mehr Zeit. Der Prozessbegleiter gibt ihnen bewusst diese Zeit. Er ist bemüht, wirklich zu verstehen. Wie oft sagt ein Mensch mit einer Behinderung „ja“ und meint eigentlich „nein“.

Noch von größerer Bedeutung ist ein Prozessbegleiter für Menschen, deren „Sprache“ wir nicht so gut verstehen. Alle Menschen – und seien sie noch so schwer behindert – teilen sich auf ihre Art und Weise ihrer Umwelt mit. Der Zeitdruck im Alltag ermöglicht nicht immer richtig zuzuhören und vor allen Dingen – was hier noch wichtiger ist – hinzuschauen. Mimik, Körperhaltung, die nonverbale Kommunikation allgemein braucht im bewussten Verstehensprozess deutlich mehr Zeit.

Im Betreuungsprozess erhält jede Bewohnerin/jeder Bewohner einen Alltags- und einen Prozessbegleiter. Entscheidend ist dabei das Zusammenspiel zwischen Alltags- und Prozessbegleiter.

Die Anleitung zur Selbstbestimmung ist ein Prozess. Die Bewohnerin/der Bewohner führt regelmäßig „Gespräche“

mit seinem Alltags- und Prozessbegleiter. Ziel ist es eine Balance im Verhältnis zwischen dem Alltagsbegleiter und der Bewohnerin/dem Bewohner herzustellen. Kennzeichnend für diese Balance ist, dass es der Bewohnerin/dem Bewohner zunehmend gelingt, die eigenen Bedürfnisse auszudrücken. Die Normen und Werte der Bewohnerin/des Bewohners sind im Geschehen bedeutsam, nicht die des Alltagsbegleiters.

Der Prozess- und der Alltagsbegleiter tauschen sich regelmäßig aus, wobei hier mögliche stellvertretende Konfliktlöseprozesse vermieden werden müssen. Ziel ihres Austausches ist es, den Kommunikationsprozess zwischen der Bewohnerin/dem Bewohner und dem Alltagsbegleiter „offen“ für die Selbstbestimmung der Bewohnerin/des Bewohners zu halten.

Eine anfängliche Gefahr bei der Anwendung des WKS-Modells ist die Auseinandersetzung der Mitarbeitenden um die Funktionen des Alltags- und Prozessbegleiter und eine mögliche Konkurrenz dieser Funktionen zueinander. Bei dieser Auseinandersetzung stehen allerdings die Bedürfnisse der Mitarbeitenden im Mittelpunkt der Diskussion. Ziel des WKS-Modells ist es jedoch immer die Selbstbestimmung der Bewohnerin/des Bewohners in den Mittelpunkt zu stellen.

Diese Haltung erfordert ein großes Maß an kritischer Selbstreflexion der einzelnen Mitarbeitenden und bedarf der Unterstützung durch das Team.

Die Rolle des Teams

Das Team übernimmt eine wichtige Rolle. Das Team ist der Ort zur Reflexion des eigenen Handelns. Das eigene Verhalten wird kritisch hinterfragt, aus dem Bewusstsein heraus, dass die eigene Normativität für die Bewohnerin und den Bewohner „erschlagend“ wirken kann. Neben dieser zentralen Funktion der Reflexion über die eigene Normativität im Handeln gegenüber der Bewohnerin/ dem Bewohner, werden hier der „passende“ Rahmen der Selbstbestimmung diskutiert.

Die gemeinsame Suche nach dem „passenden“ Rahmen der Selbstbestimmung erfordert auch die Grenzsetzung. Grenzen müssen gesetzt werden, da ansonsten Überforderung stattfinden würde. Die Gratwanderung verläuft auch hier zwischen „Überbehütung“ und „Überforderung“.

In den Teams gibt es aber auch Mitarbeitende, die weder in der Funktion des Alltags- noch des Prozessbegleiters sind. Die Teammitglieder (ohne Rolle als Alltags- oder Prozessbegleiter):

- prüfen gemeinsam die Ziele der Bewohnerin/des Bewohners

- unterstützen die Alltagsbegleiter
- unterstützen die Prozessbegleiter
- bleiben außerhalb von Problemen
- beobachten und melden (an den Alltagsbegleiter).

Das gesamte Handeln eines Teams ist in dieser Methodik darauf ausgerichtet, den passenden Rahmen der Selbstbestimmung zu finden und ihn nach den Möglichkeiten der Bewohner/des Bewohners zu weiten. Zentral ist es, diesen „passenden“ Rahmen bewusst in Augenschein zu nehmen: Wie stellt sich die Situation für den einzelnen Menschen dar? Einen kollektiven Rahmen gibt es nur dort, wo sich die betroffenen Menschen einer starken Normativität gebeugt haben oder sich z.B. innerhalb einer Gruppe gegenseitig ergänzen und unterstützen.

Sowohl die Über- wie auch die Unterforderung schränken die Selbstbestimmung der Bewohner/Bewohnerinnen ein. Wenn jedoch dieser Prozess hier gut gelingt, kann sich die Selbstbestimmung der Bewohner/Bewohnerinnen ausweiten.

Wir werden auch weiterhin fremdbestimmt in das Leben der Bewohner eingreifen müssen. Unter Anwendung dieses Modells werden wir dies aber seltener und vor allen Dingen reflektierter und nicht aus der eigenen (nicht bewussten) Normativität heraus tun.

Die Bedeutsamkeit der eigenen Entscheidungsfindung

Menschen mit einer Behinderung erhalten oft nicht die Zeit und die Möglichkeit eigene Entscheidungen zu fällen. Leider haben sie zu oft auch in ihrer Lebensgeschichte gelernt, dass es unter Umständen besser war, keine eigene Meinung zu haben. So haben sie vielleicht sogar verlernt, ihre eigenen Bedürfnisse überhaupt wahrzunehmen. Selbstbestimmung setzt aber voraus, dass ich meine Bedürfnisse kenne und weiß, wie ich sie durch eine Entscheidung zur Wirksamkeit bringe. Menschen mit einer Behinderung bedürfen hier oft der Unterstützung – diese darf dann nicht in Form von stellvertretendem Denken und Handeln erfolgen.

Die Schwierigkeiten liegen u.U. im Prozess selbst. Wobei es wichtig ist, sich die erforderliche Zeit zu nehmen, um die Fähigkeit zur Wahrnehmung eigener Bedürfnisse als einen ersten Schritt zu entwickeln.

Wichtig ist, dass dieses Modell auch gerade bei Menschen mit schwersten Behinderungen und bei Menschen ohne verbale Ausdrucksmöglichkeit anzuwenden ist. Gerade dann ist eine Prozessbegleitung wichtig, die sich viel Zeit für den Prozess der Entscheidungsfindung nehmen kann. Erst

wenn ein Mensch mit einer Behinderung seine eigenen Lösungen kreiert und deren Umsetzung erlebt, kann von Selbstbestimmung gesprochen werden.

Neben den individuellen Rahmen betrachten wir auch die Rahmen von Gruppen. Es ist eindrucksvoll zu beobachten, wie sich Menschen mit einer Behinderung gegenseitig in ihren Fähigkeiten unterstützen und in ihrem gemeinsamen Handeln sehr viel mehr vermögen als wir ihnen oftmals zugestehen. „Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile. Die Gruppe ist mehr als die Summe ihrer Teilnehmer.“ (Aristoteles) Die professionelle Konsequenz zeigt sich darin, die vorhandenen Kompetenzen zu nutzen und die Freiräume der Gruppe gezielt zu stärken.

Unsere eigene Normativität ist im Prozess der Selbstbestimmung immer auch Gegenstand des professionellen Handelns. Nur durch eine kritische Selbstreflexion der normativen Anteile der Mitarbeitenden in der Begegnung mit Menschen mit einer Behinderung und in den vorhandenen Strukturen wird ein selbstbestimmtes Leben ermöglicht. Gleichberechtigung beginnt dabei mit dem Loslassen der eigenen Meinung und dem Ernstnehmen des Gegenübers. Erst dann kann eine Unterstützung in Richtung Selbstbestimmung erfolgen.

WKS-Coach

Zur professionellen Begleitung der Umsetzung des WKS-Modells in den Caritas-Wohnhäusern wurden zwei Mitarbeitende zu Coaches ausgebildet. Die beiden WKS-Coaches arbeiten regelmäßig in den Caritas-Wohnhäusern. Sie sind interne Berater und begleiten die Veränderungsprozesse der Wohnhäuser kontinuierlich. Sie führen neue Mitarbeitende in das Modell ein, bieten vertiefende Trainings, Beratung und Prozessbegleitung für einzelne Teams an. Ebenso beraten sie die Teams und die Leitung bei der Umsetzung des WKS-Modells z. B. bei Fallbesprechungen und Videoanalysen zu bestimmten Situationen.

Umsetzung

Das Arbeiten nach dem WKS-Modell wurde in allen Teams mit mehrtägigen Trainings eingeführt. Es wird kontinuierlich begleitet durch die Tätigkeit der ausgebildeten Coaches, Fallbesprechungen, Teamtage, kollegiale Beratung etc.

Die Umsetzung der Selbstbestimmung kann nicht heute beschlossen werden und morgen erfolgen. Dies ist ein kontinuierlicher und nicht endender Prozess. Das Ziel der Selbstbestimmung zu verfolgen (und es auch wirklich zu wollen) ist die Voraussetzung für einen weitreichenden Veränderungsprozess. Dieser Prozess betrifft nicht ausschließlich das Denken und Arbeiten einzelner Begleiter/Begleiterinnen im Kontakt mit den Bewohnerinnen und Bewohnern. Es wird auch durch Organisationsstrukturen und die Arbeitsweise der Mitarbeitenden beeinflusst. Entscheidend für das Gelingen dieses Veränderungsprozesses ist die auf allen Ebenen vorhandene Bereitschaft, die Grundhaltung zu verinnerlichen und kontinuierlich an dieser zu arbeiten, die eigenen Werte und Normen zurückzustellen. Dies ist ein fortlaufender Prozess, der viele Jahre dauern kann.

Ulrike Falkenberg

Das Erste, was mir zu Hubert Soyer einfällt?

Lange, sehr lange leidenschaftlich durchdiskutierte Abende (Nächte), nach den regelmäßigen Sitzungen im Arbeitskreis Wohnen des Landes-Caritasverbands Bayern. Zugegeben – es waren nicht immer nur fachliche Themen. Leidenschaft – auch so ein Wort, das mir zu Hubert Soyer einfällt. Begeisterung? Ja! Ausdauer? Ja! Mit Nachdruck? Ja! Mit viel Energie? Ja natürlich! Aber „Leidenschaft“ trifft die Einstellung von Hubert Soyer zu seiner Arbeit, zu „seiner“ Einrichtung, zu „seinen“ Mitarbeitenden und zu „seinen“ Themen sicher am besten.

An erster Stelle stehen bei ihm die Menschen – und hier besonders jene Menschen, die außerhalb der Gesellschaft bzw. die auch meistens außerhalb des Hilfesystems stehen. Besonders eindrucksvoll war und ist für mich, wie sich Hubert Soyer als einer der ersten in Deutschland um Menschen mit Prader-Willy-Syndrom angenommen hat. Einem Personenkreis, der im herkömmlichen bzw. im wahrsten Sinne des Wortes als „Systemsprenger“ bezeichnet wurde. Ein mutiger Schritt. Zu einem Zeitpunkt, als noch keine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dieser Behinderung stattfand, keine fachlichen Standards entwickelt, erprobt und umgesetzt wurden, hat sich Hubert Soyer mit seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern dieser Menschen angenommen und eine beeindruckende Förder- und Betreuungsarbeit geleistet und entwickelt.

„Ich finde meinen Weg...“ ist das Leitmotiv von Regens-Wagner-Absberg. Grundvoraussetzung ist hierfür ein christliches Menschenbild, welches den Menschen in seiner Person und in seiner Würde ganz annimmt. Hubert Soyer steht als Person und als Leiter einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen beispielhaft für dieses Leitmotiv. Nicht nur theoretisch, sondern ganz praktisch – für Menschen in Absberg da sein heißt: für Menschen mit Prader-Willy-Syndrom, für Menschen nach Schädel-Hirn-Trauma, Menschen mit erhöhtem Pflegebedarf, Menschen mit herausforderndem Verhalten...

Das Zweite, was mir zu Hubert Soyer einfällt – seine Akribie in der fachlich-wissenschaftlichen Auseinandersetzung. Egal ob Protokolle, Handouts, Empfehlungen – er hatte tatsächlich alles gelesen. Immer wieder unglaublich. Nach einem ausgefüllten Arbeitstag – Hubert Soyer schreibt noch stundenlange Beiträge oder Stellungnahmen. Ein Phänomen – manche sagen, Hubert Soyer kann seinen ursprünglich erlernten Lehrerberuf einfach nicht verleugnen. Leider ist Hubert schon sehr bald aus dem Arbeitskreis Wohnen in andere Gremien gewechselt. Beim CBP haben sich unsere Wege im damaligen Fachausschuss Wohnen und Lebensgestaltung nochmals für einige Zeit gekreuzt. Deshalb kann ich als Vorsitzender des Arbeitskreises Wohnen für Menschen mit Behinderung der Landesarbeitsgemeinschaft CBP Bayern einerseits bedauern, dass er für unseren AK nicht mehr mit Rat und Tat präsent ist. Andererseits kann ich voller Überzeugung sagen, dass wir mit ihm einen sehr guten Repräsentanten der Bayerischen Einrichtungen und Dienste haben und darüber sehr froh sind.

Immanuel Kant hat einmal gesagt: „Je mehr du gedacht, je mehr du getan hast, desto länger hast du gelebt.“ Nimmt man das Arbeitspensum von Hubert Soyer als Maßstab, so wird er nicht 60 sondern einige Jahrzehnte älter.

Neben unseren besten Wünschen zu seinem Geburtstag möchte ich mich deshalb an dieser Stelle endlich einmal im Namen aller bayerischen Kolleginnen und Kollegen ausdrücklich für seine langjährige engagierte Arbeit und seinen hohen Einsatz für unsere Belange und die der Menschen mit Behinderung bedanken.

Alles Gute Hubert, schön, dass wir Dich haben und geh's mal etwas ruhiger an!

Herzlichst Ronald Müller

WAS SEINE FREUNDE UND
KOLLEGEN AN IHM SCHÄTZEN:
SEIN WIRKEN

VOM HÄSSLICHEN ENTLEIN

Versuche zur Reflexion der spannungsreichen Arbeitsbeziehung zwischen Behindertenhilfe und Psychiatrie⁹

Mein persönlicher Zugang zum Thema Insbesondere in meinen ersten (Berufs) Psychiatriejahren ging es „meiner“ Behindertenhilfe auf dem psychiatrischen „Entenhof“ ein bisschen so wie dem hässlichen Entlein in Hans Christian Andersens gleichnamigen Märchen. Es war die Zeit der beginnenden 80er Jahre, gut 5 Jahre nach der uns alle aufrüttelnden deutschen Psychiatrie-Enquete, die aufdeckte, wie im Anstaltsalltag mit denen umgegangen wurde, die sich dem dominanten Heilungsauftrag des psychiatrisch-medizinischen Systems so beharrlich widersetzen, in meiner Sprache Menschen mit geistiger und/oder seelischer Mehrfachbehinderung. Die skandalöse, menschenunwürdige Behandlung – jetzt entlarvt – setzte sich wie Schimmelpilz im Erscheinungsbild der Psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalten fest. Die Verantwortlichen

mussten handeln. Im Rheinland holten sie sich Pädagogik und die Pädagogen ins System. Die begannen, anders zu watscheln, befragten kritisch vorhandene Wohn-, Arbeits- und Behandlungskonzepte. Die Szenen sind mir in Gehirn und Herz gebrannt. Beispielsweise als zum ersten Mal geistig behinderte Langzeitpatienten in die Turnhalle der Klinik eindringen, vom Pflegepersonal liebevoll ausgestattet mit Turnschuhen, auf denen – von außen gut lesbar – die Kleidernummern in großen Lettern mit Filzstift aufgetragen waren. Oder der Tag, an dem wegen deutlich gesteigerter Umtriebigkeit der Patienten Richtung Stadtteilkneipe, Hortenkaufhaus und Kino das Konzept der Stationssocken und der Stationsanzüge in sich zusammenbrach. Und die Erkenntnis reifte. Hinter jeder Kleidernummer steckt ein Mensch mit Anspruch auf eigene Socken.

9 Dieser Text wurde in der Zeitschrift „Kerbe. Forum für soziale Psychiatrie“ 2/2015 veröffentlicht.

Man nannte die mir zugeordneten Stationen „den Behindertenbereich“. Der hatte aus Sicht der dominanten Institution etwas Fremdes, etwas Hässliches im Sinne des Märchens. Aber das Entlein wollte sich nicht schämen.

Seither, seit 32 Jahren, um genau zu sein, ist die Gemengelage aus Psychiatrie und Behindertenhilfe mein Arbeitszu Hause. Ein Ort der Spannung, der zwischenzeitlich zahlreiche Häutungen erfahren hat.

Mehr als 20 Jahre habe ich darauf verwandt, die Felder zu trennen. Nur in der klaren Differenzierung schien mir die Chance gegeben, dass beide Systeme ihr je eigenes Profil, ihre Identität gewinnen. Aus dem Behindertenbereich wurde der „Heilpädagogische Bereich“, dessen Kernidee darin bestand, die als hospitalisiert identifizierten Patienten aus ihrer psychischen Deprivation zu befreien. Die Kaspar Hausers dieser Zeit mussten jetzt lernen. Ich sage ausdrücklich „mussten“. Denn die Erkenntnis, dass insbesondere erwachsene Menschen danach zu fragen sind, ob sie in ein Fördersetting eintauchen möchten, und wenn ja, mit welchem Ziel in welches, diese Erkenntnis kam uns erst mal nicht. Mitte bis Ende der 1980er Jahre gab dann das sogenannte Normalisierungsprinzip den pädagogischen Bemühungen Struktur und Richtung. Vielerorts zunächst missverstanden als Maxime zur erzieherischen

Anpassung der Betroffenen an das, was für die Person von Anderen als das Normale identifiziert wurde, entfaltete die Grundfigur der Normalisierung im Anstaltsleben der Langzeitpatienten doch spürbare Wirkung. Mehr und mehr verschwand die Psychiatrie aus ihrem Leben und – mit nachhaltigen Folgen – auch die Menschen mit seelischer oder geistiger Behinderung verschwanden aus der Psychiatrie. Übrig bleiben gelegentliche krankenhauses-stationäre Krisenaufenthalte und die ambulante Sicherstellung einer psychopharmakologischen Erhaltungsdosis. Als dann die behinderten Patienten als Bürger in kleine gemeindeintegrierte Wohnhilfen auswanderten, in Wohngemeinschaften, in die eigene Wohnung, als sie in Werkstätten und Integrationsfirmen einer Arbeit nachgingen und im Gemeinwesen inklusive Ansprüche anmeldeten, war die Entfremdung zwischen den Disziplinen perfekt, einerseits zum Wohle der vielen behinderten Menschen, die sich jetzt in einem deutlich weniger depravierenden Alltag tummeln konnten, auch zum Wohle einer Psychiatrie, die sich nun – zur puren Akutpsychiatrie geronnen – darauf konzentrieren konnte, als psychiatrisch-medizinisch begründetes Fach dem „Psychisch Kranken“ sein gesellschaftliches Stigma zu nehmen. Allerdings gab und gibt es keinen Anlass, der Entfremdung zwischen Psychiatrie und Behindertenhilfe (und Sozialpsychiatrie)

freudig zuzuschauen. Denn im Prozess des Auseinandergehens wurde eine „neue“ Gruppe von Menschen sichtbar, um im Bild zu bleiben, ein neues hässliches Entlein, mit dem auf den jeweiligen Entenhöfen kaum einer etwas anfangen kann. Die Rede ist von den Menschen mit Behinderung und massiven Verhaltensproblemen. Die Rede ist von einem Personenkreis, der beiden fein herausgeputzten Systemen irgendwie schlecht zu Gesicht steht. Er passt nicht in eine moderne Psychiatrie, die psychische Störung als Massenphänomen salonfähig macht. Und er passt nicht in die inklusiv ausgerichtete Behindertenhilfe, in der die Betroffenen sich als Experten in eigener Sache selbstbewusst und auf Augenhöhe präsentieren.

Meine These: Mit Blick auf die Schwerstgestörten und Schwerststörenden sind die Disziplinen und ihre zugeordneten Institutionen mehr denn je auf Zusammenarbeit verpflichtet. Lösungen sind hier nicht isoliert sondern nur im grenzüber-

schreitenden, interdisziplinären Team zu vermuten. Frage nur, wie es gelingen kann, diesbezüglichen Teamgeist zu gewinnen. Es lohnt da ein Blick auf die sehr wechselvolle Geschichte von Psychiatrie und Pädagogik, von Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie.

Status idem

Die sicher wechselvolle Geschichte des Verhältnisses von Psychiatrie und Heilpädagogik hat gleichwohl ein konstantes Merkmal, sie ist spannungsreich. Im Kern geht (und ging) es um die Frage der Deutungshoheit über das Phänomen des „Abweichenden“. Wo beginnt Disease (die Krankheit), ab wann wird aus der Devianz etwas Behandlungsbedürftiges? Eileen Gambrill (2014)¹⁰ sieht im DSM V¹¹ die eindeutige Tendenz, nahezu jedem abweichenden Verhalten Krankheitswert beizumessen. Sie beobachtet dort ein inflationäres Anwachsen von Störungsbildern, als pathologisch etikettierten Persönlichkeitsmerkmalen, die – auf diese Weise entkontextualisiert – der Behand-

10 Eileen Gambrill (2014): *The diagnostic and statistical manual of mental disorders as a major form of dehumanization in the modern world. Research on social work practice*, 21 (1), S. 13 – 36.

11 DSM V: die fünfte Auflage des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM, englisch für „diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen“). Das DSM wird seit 1952 von der „American Psychiatric Association“ (APA, deutsch: amerikanische psychiatrische Gesellschaft) in den USA herausgegeben. Das DSM-5 wurde am 18. Mai 2013 veröffentlicht und löst die vierte Auflage (DSM-IV von 1994) ab.

lung, der Heilung mittels medizinisch-biologischer Verfahren zugänglich werden.

Diese Praxis der Umetkettierung hat in der Tat Geschichte. Bis Anfang des 19. Jahrhunderts waren es die Zucht- und Arbeitshäuser, in die Menschen mit gravierend abweichendem Verhalten eingewiesen wurden. Es waren wenig ruhmreiche Orte der Erziehung und Bewahrung. Dass in diesen Anstalten ab ca. Mitte des 19. Jahrhunderts der Psychiater und mit ihm die Psychiatrie als Leitfigur und Leitwissenschaft Einzug hielt, änderte freilich wenig am Umgang mit den Insassen. Der Psychiatrie fehlte es an erfolgreichen Behandlungskonzepten für chronifiziert Kranke. Sie wurden als Unheilbare in Fortsetzung der alten Praxis zu züchtigem Verhalten erzogen und wo es ging zur Arbeit angehalten. Während einerseits die faszinierende Idee der Heilbarkeit, sodann die Einfachheit und Klarheit der naturwissenschaftlichen Medizin unserer Psychiatrie immer größere Räume öffnete, fanden sich diejenigen, die sich zum Heilungsanspruch quer stellten, in den ärmlichsten Asylen wieder. Es gilt festzuhalten: Die Psychiatrisierung der Arbeit mit den chronifiziert Kranken und Behinderten trug keine für diese nützlichen Früchte.

Eine kurze und doch bemerkenswerte Phase des Zusammenwirkens der pädagogischen und psychiatrischen Disziplinen

erleben wir Anfang des 20. Jahrhunderts. 1903 gründete Walter Fürstenheim in Berlin eine medico-pädagogische Poliklinik, gewissermaßen die erste Erziehungsberatungsstelle. Und in Wien wurde 1938 die Deutsche Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik gegründet. Kurz danach steht Euthanasie auf dem Programm, nicht Bildung und nicht Heilung.

Nach dem zweiten Weltkrieg setzten sich dann wieder die nicht-kooperativen Tendenzen durch. Zugleich blieb es bei der bemerkenswerten Abstinenz des Psychiaters in den Anstaltsabteilungen für die Chronifizierten. „Status idem“, dieses Kürzel erscheint nun Jahr für Jahr einmal in der Krankenakte – wie ein Stempel, der bescheinigt: Das ist ein Feld für die in der Krankenhaushierarchie nachgeordneten Berufsgruppen, für Pflegende und für Sozialpädagogen. An der psychiatrischen Schlechtbehandlung insbesondere behinderter Menschen hat sich von Insellösungen abgesehen bis heute wenig geändert. Kein Wunder also, dass zwischen Psychiatrie und Heilpädagogik weitgehend Sprachlosigkeit herrscht, dass interdisziplinäre Kooperation, vor allem die auf Augenhöhe, kaum konzeptualisiert ist.

Wie schaut es aus mit dem Verhältnis von Sozialpsychiatrie und Behindertenhilfe? Eigentlich hätten beide Praxisfelder

gute Gründe, in ihrem aus unterschiedlichen Quellen gespeisten kritischen Potential gegenüber der allmächtig erscheinenden Vernaturwissenschaftlichung des Abweichenden zusammenzuwirken.

In der Ablehnung dieses Konzeptes sowie in der Kritik an ärztlicher Dominanz und der mit ihr verbundenen anstaltförmigen Organisation begründet sich das sozialpsychiatrische Denken. Die Sozialpsychiatrie bespricht das „Psychisch Kranke“ als soziales Phänomen. Ihr Engagement gilt der Gemeinde als Lebensraum auch für die „Verrückten“.

Unschwer zu erkennen sind da die Parallelen zu den Paradigmen der neueren Behindertenhilfe. Auch hier entsteht mit Adaption der Labeling-Theory¹² eine kritische Haltung gegenüber jeder Verobjektivierung des Behinderten. Behindert ist man nicht, behindert wird man; so steht es auf den Plakaten. Aus „dem Behinderten“ wird ein Bürger mit alternativem Lebensentwurf, auf den sich die Gemeinde einzustellen hat, in gemeinsamem Unterricht zum Beispiel und in einfacher Sprache.

Warum aber sind die Berührungspunkte zwischen Sozialpsychiatrie und Behindertenhilfe so schwer aufzufinden? Warum herrscht auch hier entweder Sprachlosigkeit oder skeptisch angestrengte Kommunikation?

Dazu, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, die folgenden Hypothesen:

- Die klassische Behindertenhilfe ist im Blick der sozialpsychiatrisch Tätigen weitgehend geprägt von der institutionellen Heimpädagogik, also einer die Menschen traditionell eher isolierenden, Sonderwelten begründenden Praxis. Das macht skeptisch genauso wie die Tendenz, die mühevoll eroberte Kategorie der psychischen Erkrankung im sozialen Kontext gegen den „Seelisch Behinderten“ einzutauschen. Zu Recht wehren sich da die Betroffenen gegen ein neues Entwertungsszenario im Verein mit ihren professionellen Unterstützern.
- Und umgekehrt wird im Feld der Behindertenhilfe Sozialpsychiatrie gerne als Psychiatrie danach befragt, warum sich die psychiatrischen Experten standhaft weigern, den Zweifachstigmatisierten, den Menschen

¹² Mit dem *Etikettierungsansatz* wird abweichendes Verhalten dadurch erklärt, dass die Abweichung sozial zugeschrieben und nicht objektiv vorhanden sei. Daher wird diese soziologische Denkrichtung auch *Definitions- oder sozialer Reaktionsansatz* genannt.

mit Behinderung und psychischer Erkrankung angemessene Aufmerksamkeit zu schenken.

Ich möchte vorschlagen, in deutlich breiterer Form und intensiver genau in diesem letztgenannten Feld das gemeinsame Forschen und das gemeinsame praktische Handeln zu erproben. Anstrengungen sind gefordert: Wir benötigen neue heilpädagogische Wohnkonzepte. Wir benötigen angepasste psychotherapeutische Verfahren¹³. Wir benötigen ebenso leitlinienorientierte Psychopharmakotherapie mit spezialisiertem Blick auf die Ansprüche der Klienten.

Daran arbeiten wir an viel zu wenig Stellen in Deutschland. Aus eigener Praxis weiß ich, dass die Barrieren – wie so oft – solche im Kopf sind. Und deshalb überwindbar. Fachleute werden zu wirklichen Fachleuten im Dreiklang von

- Professionalität, die das wissenschaftlich Spezifische der eigenen Profession kombiniert mit
- Kooperation, die in Netzwerken die Schnittstellen beleuchtet und schließlich mit

- Innovationsfähigkeit, mit Lust auf Neues.

Solche Profis braucht das Land.

Ein konkretes Handlungsfeld

Psychiatrische und heilpädagogische Behandlung behinderter Menschen

An vielleicht zehn psychiatrischen Kliniken in der Republik hat man schon vor längerer Zeit damit begonnen, die Herausforderung einer angemessenen Diagnostik und Behandlung psychisch erkrankter Menschen mit geistiger Behinderung ernst- und anzunehmen. Alle diese Ansätze gründen auf der Erkenntnis, dass eben nicht auf jeden geistig behinderten Menschen die Behandlungskonzepte und die strukturellen Rahmenbedingungen der „Normal“ Psychiatrie übertragbar sind, dass vielmehr spezialisierte Forschung nützt, und eine daraus abgeleitete Praxis. Ein Beispiel: Klaus Hennicke hat Leitlinien einer verantwortungsvollen Psychopharmakotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung entwickelt. Sie können verhindern, was zum Leidwesen der Betroffenen immer noch weit verbreitete

13 *SEO: Schema van Emotionele Ontwikkeling, in: Anton Došen (1997): Psychische Störungen bei geistig behinderten Menschen. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag und Anton Došen (2010): Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung: Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. 1. Auflage. Hogrefe, Göttingen.*

Praxis ist, dass nämlich die schlechte Pharmakotherapie als Alternative zum Verstehen der vorliegenden Störung und als Alternative zur psychotherapeutischen und heilpädagogischen Unterstützung die Menschen lediglich ruhig stellt.

Ein anderes Beispiel: Im Berliner Königin Elisabeth Herzberge Krankenhaus wird die psychiatrische Methodik bereichert durch das von A. Dosen entwickelte SEO, ein Verfahren, das – ganz in der Tradition guter alter Heilpädagogik – hilft, das soziale und emotionale Entwicklungsniveau des Klienten differenziert aufzunehmen. So kann für alle im Behandlungs- und Betreuungsteam Tätigen transparenter werden, wie der Klient fühlt, wie er denkt, wie sein als abweichend/störend befundenes Verhalten vor dieser Folie in erhellendem Licht erscheint, eben verstehbarer wird, besser noch, wie der Perspektivwandel neue Deutungsmöglichkeiten erschließt.

Erfolgreiche Unterstützung für behinderte Menschen mit Problemverhalten – jetzt einmal im nichtpsychiatrischen Kontext – bietet die psychologische Station im Münsterländischen Haus Hall. Deren Erfolgsrezept scheint mir vor allem darin zu liegen, den Fokus der Aufmerksamkeit von dem häufig erfolglosen Versuch der Klientenänderung

wegzulenken und zu konzentrieren auf die Frage, wie sich denn strukturell und beziehungsbezogen der Unterstützterkreis kreativ einzurichten hat auf die Person mit Behinderung, auf die Person in ihrem weitgehend so hingegenommenen So-Sein. Die systemische Perspektive macht den Blick frei für Kernanliegen der Klienten, die ggf. hinter dem störenden Verhalten liegen, die wahrgenommen und ernst genommen einen Beitrag dazu liefern, dem Klienten ein neues und ggf. besseres Unterstützungsangebot zu machen.

Schlussendlich: Auch die Gründung sog. MZEBs (Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung), von den Fachverbänden der Menschen mit Behinderung konzipiert und erfolgreich im politischen Raum etabliert als Lösungsansatz zur Verhinderung von Schlechtbehandlung (als im SGB V abgesicherte regelfinanzierte Orte spezialisierter Behandlung) versprechen hier deutlichen Fortschritt. Wir in Neuss entwickeln auf dieser Grundlage gerade ein Konzept zur Umsetzung mit Spezialisierung auf psychische Erkrankung bei Behinderung. Und wir tun es gemeinsam, als Behindertenhilfe und Psychiatrie.

Wilfried Gaul-Canjé

FACHLICHKEIT UND SELBSTBESTIMMTE TEILHABE

Was meinen wir mit dem Begriff Fachlichkeit? Hier soll die Frage auf die soziale Arbeit im Allgemeinen und auf die Behindertenhilfe im Besonderen bezogen werden. Wenn wir sagen, er oder sie versteht etwas von seinem Fach, sind wir der Meinung, dass ein Mensch die Qualifikation oder die Kompetenzen hat, um den Anforderungen seines Berufes, seines Arbeitsplatzes zu genügen. Qualifikation heißt dabei, man verfügt über das erforderliche Wissen oder die erforderlichen Kenntnisse, man besitzt die erforderlichen Fertigkeiten oder Techniken und man hat die Haltungen, Einstellungen, Bereitschaften, Wertvorstellungen (psychische Dispositionen) entwickelt, die eine gesunde, für alle Beteiligten zuträgliche Anwendung der Kenntnisse und Techniken ermöglicht¹⁴. Wir verwenden den Begriff aber auch,

um Methoden und Ziele von Handlungen oder Handlungskomplexen zu begründen: Fachlich steht hier oft im Gegensatz zur bloß wirtschaftlichen Begründung. Wir begründen bestimmte Organisationsformen, die Verwendung bestimmter Ressourcen, bestimmte Formen des Helfens, der Unterstützung und der Assistenz bis hin zu konkreten Verhaltensweisen mit dem Begriff der Fachlichkeit. Im Gegensatz dazu steht eine letztlich finanzielle Begründung, ausgehend von vorhandenen Ressourcen: Der Tagdienst im Wohnheim endet um 20:00 Uhr, weil die Personalstellen begrenzt sind, nicht weil die Bewohner/-innen schon schlafen wollen. Pflegeheime nach SGB XI werden eingerichtet, weil der Sozialhilfeträger an den Milliardentopf der Pflegeversicherung herankommen will, nicht etwa weil behinderte Menschen

14 Vgl. Franz Fink: *Ein Verfahren zur Verbesserung des Praxisbezugs in der Aus- und Fortbildung der Behindertenhilfe*. In: *Deutscher Caritasverband (Hrsg.): Caritas '95. Freiburg (Lambertus 1994)*.

bisher nicht angemessen gepflegt worden wären. Allen ist im Übrigen bekannt, dass Fachlichkeit oft vorgeschoben wird und finanzielle Gründe dahinter stehen: Fadenscheinig wird davon gesprochen, Menschen mit Behinderung nicht von der Pflegeversicherung auszuschließen; in Wirklichkeit ist gemeint, die Leistungen der Eingliederungshilfe zu reduzieren.

Fachlichkeit soll hier mit drei Begriffen erläutern und in den thematischen Zusammenhang gestellt werden: Fachliche Arbeit heißt zuerst (1) zielgerichtetes, (2) methodisches und (3) systematisches Handeln. Hinter dem Begriff zielgerichtet steht die Frage: Was ist das Ziel in der professionellen Tätigkeit, auf das das Handeln gerichtet ist? Zunächst gibt es in der Behindertenhilfe – so wie wir sie kennen - darauf eine einfache Antwort: Das Ziel ist die Unterstützung und Assistenz, die zur Reduzierung oder Verhinderung der Teilhabebeeinträchtigung erforderlich ist. Das Prinzip der selbst bestimmten Teilhabe dient dazu, den Bedarf näher zu bestimmen. Die Menschen zu unterstützen und zu befähigen, die Barrieren in der materiellen, geistigen und sozialen Welt zu vermindern, die politischen Rahmenbedingungen zu schaffen, damit allen Bürgern – und damit auch den Menschen mit Behinderung – den Zugang zu allen materiellen, kulturellen und sozialen Ressourcen und Prozessen zu eröffnen, darauf ist fachliches Handeln gerichtet.

Diese Aussage ist zunächst einleuchtend, aber bedarf einiger Erläuterungen. Was Menschen unter ihrer selbstbestimmten Teilhabe verstehen, welche Zugangsbarrieren aus ihrer Sicht abzubauen sind, also welchen Bedarf sie haben, lässt sich – wenn überhaupt – nur bei elementaren Bedürfnissen objektiv definieren. Sobald man über Nahrung, Wärme, Sicherheit hinausgeht, werden nicht nur die Ausprägung und Form der Bedürfnisbefriedigung, sondern einzelne Elemente an sich strittig. Kurz gesagt: Selbstbestimmte Teilhabe, Bedarf und Hilfebedarf sind wertabhängig. Fachliche Bestimmung des Unterstützungs- und Assistenzbedarfs lag u.a. auch deshalb lange Zeit in Händen der Fachleute: Die Experten – so glaubt(e) man in unserer Gesellschaft – wissen nämlich aufgrund ihrer fachlich (scheinbar objektiv) begründeten Wertvorstellungen und ihrer wissenschaftlich begründeten Diagnoseverfahren und Therapien/Methoden/Techniken, was gut ist für die Menschen. Noch immer ausgeprägt ist dieses Definitionsmuster in der Medizin und den dort vorhandenen Berufsgruppen. Wie sich das auswirkt, hat mancher selbst schon einmal erfahren können. Es braucht ein gerüttelt Maß an Selbstbehauptung, beim Arzt die vorgeschlagene Therapie abzulehnen oder gar eine andere zu fordern.

Auch in der Behindertenhilfe wurde dieses Definitionsmuster des sicheren

Experten- und Spezialistenwissens in den siebziger und achtziger Jahren gepflegt. Die Mutter und die Therapeuten von Karline geben in dem Buch „Kopfkorrektur“¹⁵ ein beeindruckendes Zeugnis dafür, aber auch ein Zeugnis für den Paradigmenwechsel: Unterstützungs- und Assistenzbedarf kann erstens zwar logisch konsistent, aber nicht objektiv bestimmt werden und sollte zweitens von der hilfeschuchenden Person ausgehen, und zwar konkret, indem sie möglichst gefragt wird. Das Adjektiv „selbstbestimmt“ im Prinzip der selbst bestimmten Teilhabe steht für diese Grundhaltung.

Wie soll man den Unterstützungs- und Assistenzbedarf bei geistig schwerbehinderten oder bei nicht sprechenden Menschen erfragen? Wie kann man den Bedarf eines psychisch kranken Menschen ernst nehmen, den er in seinem Verfolgungswahn geäußert hat? Diese Frage verweist auf ein methodisches, aber nicht grundsätzliches Problem: Zur Fachlichkeit gehört eben auch, die erforderlichen Kommunikationsformen zu entwickeln; denn sprachlos ist niemand! Ergänzen muss man allerdings: Auch das Erfragen, das einführende Herausfinden des Unterstützungsbedarfs

geschieht immer innerhalb eines Wert Rahmens, in dem die Helfer selbst (und ihre Institutionen) stehen. Darum gilt für Fachlichkeit: Die Wertvorstellungen des Helfers oder der helfenden Institution müssen offen gelegt werden. Für die Caritas heißt das z.B., dass das christliche Menschenbild offensiv als Rahmen auch bei der Definition des Teilhabebedarfs vertreten werden muss.

Exkurs: Selbstbestimmung und Experten für das eigene Leben

Damit die starke Betonung auf die Selbstbestimmung und die Beschränkung des fachlich orientierten Experten nicht zu Missverständnissen führt, ist ein kurzer Exkurs erforderlich: Selbstbestimmung ist immer relativ. Kein Mensch ist absolut selbstbestimmt. Selbstbestimmung ist immer nur durch Mitverantwortung anderen Menschen möglich. Menschen, die sich und andere gefährden, können erst nach einer intensiven Behandlung und manchmal auch erst unter Zwang in die Lage versetzt werden, über sich und ihr Leben zu bestimmen. Dazu braucht es Experten, mit einem hohen Maß an Wissen und Kenntnissen sowie mit hoher Motivation und außergewöhnlichem Durchhaltevermögen. Dennoch gilt nach den Menschenrechten Selbstbestimmung für

¹⁵ *Monika Aly, Gözu Aly, Morlind Tumler: Kopfkorrektur oder der Zwang gesund zu sein. Ein behindertes Kind zwischen Therapie und Alltag. Rotbuch 1991.*

alle Menschen, auch dann wenn sie in einem Zustand leben, der scheinbar eine vollkommene Abhängigkeit von anderen erfordert. Schließlich ist eine wesentliche Voraussetzung die Befähigung zur Selbstverantwortung, denn jeder unterstützungsbedürftige Mensch und seine soziale Umwelt ist immer „Mitproduzent“ bei den Maßnahmen der Unterstützung.

Zielgerichtetes Handeln als ein Merkmal der Fachlichkeit heißt also, den Unterstützungs- und Assistenzbedarf der betroffenen Menschen so wahrzunehmen, dass das Prinzip der selbstbestimmten Teilhabe gilt und dass damit die Menschen selbst als Experten ihrer Lebenssituation ernst genommen werden.

Die beiden Begriffe methodisch und systematisch sind nur kurz zu erläutern. Wenn wir Ziele über das Prinzip der selbstbestimmten Teilhabe und den daraus folgenden Unterstützungs- und Assistenzbedarf definiert haben, können wir an die Frage der geeigneten Mittel schon eher mit erfahrungswissenschaftlichen, also objektiven Verfahrensweisen herangehen.

Streitigkeiten über die objektiv richtige Methode beruhen übrigens oft auf keinem wirklichen Methodenstreit, sondern auf der fundamentalistischen Sicht vom „richtigen“ Menschenverständnis. Der vor Jahren fast mit persönlicher Feindschaft ausgetragene Streit der Lehrer

für gehörlose Menschen über die Frage, ob Laut- oder Gebärdensprache gelehrt und gelernt werden muss, ist ein Beispiel dafür. Er war ein Streit, der lange Zeit ausgefochten wurde, ohne die Betroffenen zu fragen, was sie eigentlich wollen – also zudem noch ein Beispiel für eine Auseinandersetzung zwischen Experten über die Köpfe der betroffenen Menschen hinweg!

Mehr Fachlichkeit in dem Sinn, dass wir unsere Ziele klarer definieren, sie am Unterstützungs- und Assistenzbedarf und am Prinzip der selbstbestimmten Teilhabe ausrichten, die betroffenen Menschen bei der Definition des Unterstützungs- und Assistenzbedarfs als Experten ihres Lebens ernst nehmen und methodisch bei der Verwirklichung der Unterstützung und Assistenz vorgehen, diese Form von Fachlichkeit sollten wir pflegen und Fachlichkeit nicht auf Wissenschaft und „evidenzbasierte Methode“ reduzieren. Und schon gar nicht soll Fachlichkeit an Berufsabschlüssen festgemacht werden. Fachlich arbeiten kann derjenige, der das erforderliche Wissen, die erforderliche Fertigkeiten und die erforderliche Haltungen (psychischen Dispositionen) hat, um selbst bestimmte Teilhabe zusammen mit einem bestimmten Menschen (oder einer bestimmten Gruppe von Menschen mit ähnlichen Einschränkungen und Funktionsstörungen) unter gegebenen Rahmenbedingungen für ihn (für sie) zu ermöglichen.

Je nach Menschen und Rahmenbedingungen werden unterschiedliche Kompetenzprofile benötigt. Ob jemand die erforderliche Kompetenz (und damit die Fachlichkeit hat), kann mit einem geeigneten Assessment (das wir noch nicht oder nur in Ansätzen haben) nachgewiesen werden. Manche Kompetenz ist dann nicht in der Schule, Fach- oder Hochschule, sondern „im Leben“ erworben worden.

Diese Ideen sind nicht mehr neu. Sie werden schon einige Jahre im Zusammenhang mit dem Europäischen und dem Deutschen Qualifikationsrahmen diskutiert. Grundlagen für eine neue Bildungspolitik¹⁶ sind

- **Vergleichbarkeit:** Das traditionelle Berufsverständnis wird verändert und soll durch die Beschreibung von Bildungsniveaus und Kompetenzprofilen ergänzt oder ersetzt werden.
- **Grundlegende Durchlässigkeit innerhalb der Bildungs- und der Praxissysteme:** Um ein bestimmtes Bildungsniveau oder Kompetenzprofile zu erreichen, sind sie vergleichbar, modular aufzubauen.
- **Lernort unabhängiges Lernen:** Durch ein System von „credits“ sollen bestimmte Kompetenzen

auch außerhalb des formellen Bildungssystems erworben werden.

- **Outcome- statt Input-Orientierung des Lernens:** Nicht die Anzahl der Stunden oder bestimmte Lernformen oder -orte sind maßgebend, sondern die nachgewiesenen Kompetenzen.
- **Lebenslanges Lernen:** Wenn sich Lebens- und Handlungsfelder ändern, müssen sich Kompetenzen ändern.

Die Dienste und Einrichtungen der Caritas haben den Anspruch, die Assistenz- und Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderung so auszugestalten, dass sie sich am individuellen Bedarf und am Rechtsanspruch auf Förderung der persönlichen Entwicklung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft orientieren. Auch bei hohen Einschränkungen und Funktionsstörungen sind allen Menschen mit Behinderung eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu eröffnen oder zu erleichtern. Dazu sind weiterhin Menschen mit ausgeprägter Fachlichkeit erforderlich.

Franz Fink

¹⁶ Ausführlicher dazu: *Deutscher Caritasverband: Heute Berufe – morgen Kompetenzen?! Wegweiser für lebenslanges Lernen in der Caritas. Freiburg 2013.*

AUTORINNEN UND AUTOREN

■ **Janina Bessenich**

Volljuristin, stellv. Geschäftsführerin des Bundesverbandes Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V., Fachverband im Deutschen Caritasverband, Freiburg

Kontakt: janina.bessenich@caritas.de

■ **Ulrike Falkenberg**

Dipl. Sozialpädagogin, Leistungsbereichsleitung Wohnhäuser für Menschen mit Behinderung, Caritasverband für die Stadt Köln e. V.

Kontakt: ulrike.falkenberg@caritas-koeln.de

■ **Franz Fink, Dr. phil.**

CBP-Vorstand, Diplom-Pädagoge; Leiter des Referats Altenhilfe, Behindertenhilfe und Gesundheitsförderung im Deutschen Caritasverband, Freiburg

Kontakt: franz.fink@caritas.de

■ **Wilfried Gaul-Canjé**

CBP-Vorstand, Diplom-Pädagoge, Geschäftsführer St. Augustinus-Behindertenhilfe gGmbH, Neuss

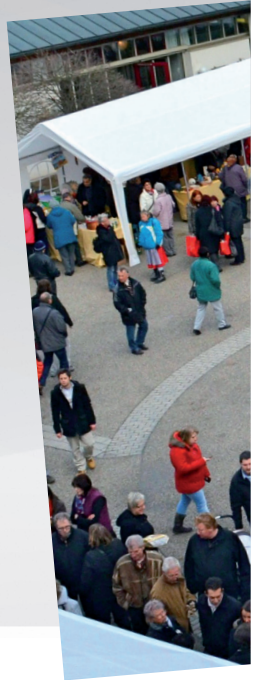
Kontakt: w.gaul@ak-neuss.de

■ **Thorsten Hinz, Dr. phil. lic**

Philosoph und Ethnologe, Geschäftsführer des Bundesverbandes Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V., Fachverband im Deutschen Caritasverband, Freiburg

Kontakt: thorsten.hinz@caritas.de

- **Elisabeth Kludas, Dr. med.**
ehemalige 1. CBP-Vorsitzende, Ärztin für Neurologie,
Psychiatrie und Psychotherapie
Kontakt: elisabeth.kludas@t-online.de
- **Jürgen Kunze**
stellv. CBP-Vorsitzender, Diplom-Pädagoge,
Vorstand der Stiftung Haus Lindenhof in Schwäbisch Gmünd
Kontakt: juergen.kunze@haus-lindenhof.de
- **Corinna Lerbs**
Soziologin M.A., Fachreferentin im Bundesverband
Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V.,
Fachverband im Deutschen Caritasverband, Freiburg
Kontakt: corinna.lerbs@caritas.de
- **Johannes Magin**
1. CBP-Vorsitzender, Diplom-Psychologe, Abteilungsleiter
Teilhabeleistungen für Jugendliche und Erwachsene,
Katholische Jugendfürsorge der Diözese Regensburg e. V.
Kontakt: j.magin@kjf-regensburg.de
- **Ronald Miller**
Heilpädagoge, Gesamtleitung Wohnen und Offene Hilfen CAB
Caritas Augsburg Betriebsträger gGmbH, Vorsitzender des
AK Wohnen für Menschen mit Behinderung der LAG CBP Bayern
Kontakt: r.miller@cab-b.de
- **Karl-Heinz Vogt**
Dipl. Verwaltungswirt, Vorstandsvorsitzender im
Gesamtverbund Caritas Wohn- und Werkstätten
im Erzbistum Paderborn e. V.
Kontakt: kh.vogt@cww-paderborn.de



Herausgegeben von
Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.
Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Telefon: 0761 200 301
Telefax: 0761 200 666
E-Mail: cbp@caritas.de
Internet: www.cbp.caritas.de

April 2015, Freiburg im Breisgau
ISBN: 978-3-9800359-8-9

Redaktion: Dr. Thorsten Hinz, Corinna Lerbs, Zorica Bozic
Titelfoto: Regens Wagner Absberg
Gestaltung: Simon Gumpel, Freiburg
Druck: Hofmann Druck, Emmendingen