



dgsgb

**Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.**

**Klaus Hennicke & Michael Seidel
(Hrsg.)**

Seelische Gesundheit und Selbstbestimmung

**Dokumentation der Arbeitstagung
aus Anlass des 10-jährigen Bestehens der DGSGb am
4.11.2005 in Kassel**

**Materialien der DGSGb
Band 13**

Berlin 2008

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

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

ISBN 978-3-938931-14-1

© 2008 Eigenverlag der DGSGb, Berlin

Internet: klaus.hennicke@gmx.de

1. Aufl. 2008

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

Printed in Germany.

Druck und Bindung: sprintout Digitaldruck GmbH, Grunewaldstr. 18, 10823 Berlin

Seelische Gesundheit und Selbstbestimmung

Dokumentation der Arbeitstagung aus Anlass des 10-jährigen Bestehens der
DGSGB am 10.11.2005 in Kassel

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Martin Th. Hahn Seelische Gesundheit im Spannungsfeld von sozialer Angewiesenheit und Autonomie	4
Georg Theunissen Förderung seelischer Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung - Überlegungen im Lichte von Selbstbestimmung und Empowerment	23
Gudrun Dobslaw & Stefan Meir Seelische Gesundheit, seelische Krankheit und Selbstbestimmung – Psychologische Perspektive	37
Klaus Hennicke & Knut Hoffman Selbstbestimmung und seelische Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung aus psychiatrischer Sicht	48
Autoren	53

Seelische Gesundheit im Spannungsfeld von sozialer Angewiesenheit und Autonomie ¹

Martin Th. Hahn

Meine sehr verehrten Damen und Herren,
liebe Gründungsmitglieder der DGSGB!

Es ist für mich eine große Ehre, aus Anlass des zehnjährigen Bestehens unserer Gesellschaft diesen Vortrag halten zu dürfen. Dem Vorstand danke ich für die Einladung und Herrn Prof. Seidel für die freundliche Begrüßung.

Da meine Zeit dem Vortragsthema gilt, möchte ich meine Reminiszenzen zum Jubiläum begrenzen: Ich erinnere mich an Kasseler Tagungen, die Vorläufer-Charakter hatten und von großem fachlichem Interesse und Engagement getragen waren, an die Gründung mit ihren Formalitäten, an Vorstandssitzungen, an erste internationale Kontakte 1996 auf dem Kongress der IASSD in Helsinki und an eine Reihe anderer Aktivitäten, Tagungen und Kongresse die unsere Gesellschaft veranstaltet hatte oder an denen sie maßgeblich beteiligt war. Als Gründungsmitglied erfüllt mich dies mit Stolz.

Die stete Aufwärtsentwicklung wäre aber nicht möglich gewesen, hätten wir in Michael Seidel nicht einen ersten Vorsitzenden, der sein Amt nicht nur engagiert ehrenamtlich, sondern auch professionell auszufüllen wusste und das anfangs kleine Pflänzchen DGSGB zu Wachstum und Gedeihen brachte, wie man sich dies besser kaum hätte vorstellen können. Ihm und dem gesamten Vorstand möchte ich zu dem im vergangenen Jahrzehnt Geleisteten gratulieren, herzlich dafür danken und den Wunsch aussprechen, dass es so weitergehen möge!

Meine Ausführungen weisen folgende Gliederung auf:

1. Vorbemerkungen
2. Anthropologisches Grundmodell: Seelische Gesundheit – Angewiesenheit – Autonomie
3. Spannungsphänomene
4. Schlussgedanken.

¹ In Anlehnung an vorausgegangene Veröffentlichungen und Vorträge. Ungekürzte Fassung des gekürzt vorgetragenen Textes. An jenen Stellen geringfügig erweitert, wo in der anschließenden Diskussion Problematisierungen erfolgt waren.

Vorbemerkungen

Aussagen zum Thema

Die Weite des vorgegebenen Themas und der zeitliche Rahmen zwingen an vielen Stellen meiner Ausführungen zum Verzicht auf Ausführlichkeit. Dafür bitte ich um Verständnis. Der Fokus meiner Darstellung wird sich deshalb auf Umriss des angesagten Spannungsfeldes richten in dem die Ortung seelischer Gesundheit zu geschehen hat - resp. von Problemen, die aus meiner Sicht mit ihrer Gewinnung, Erhaltung und Gefährdung zusammenhängen.

Hintergrund meiner Aussagen sind spezifische Wege meines Erkenntnisgewinns. Sie beginnen bei wahrgenommenen Phänomenen der Praxis des Zusammenlebens mit persönlich bekannten Menschen, die eine Behinderung haben und darüber reflektieren, führen an vorhandenem und gezielt dazu erworbenem Wissen vorbei zu Analysen und Schlüssen, die auf ihre Gültigkeit bei Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung – auch in der Praxis – überprüft und erst danach als vorläufige relativ sichere Erkenntnis gewertet werden. Mit anderen Worten: Meine Ausführungen erheben den Anspruch, meinem derzeitigen Erkenntnisstand entsprechend, auch für Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen zu gelten, darunter auch dem Personenkreis, den die Präambel in der Satzung der DGSGGB umreißt: *„Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Krankheiten oder Behinderungen oder schweren Verhaltensauffälligkeiten...“*

Prämissen

Grundlage dieses anthropologisch orientierten Denkens sind zwei Prinzipien:

1. *Das Prinzip der humanen Potenziale:* Alle Menschen besitzen von der Vereinigung von Samen- und Eizelle an Potenziale, die sie als Menschen auszeichnen: z. B. Instinktarmut als Grundlage für Autonomie, die Fähigkeit zu Wohlbefinden und das selbstbestimmte Streben danach, das Angewiesensein auf andere Menschen bei der Befriedigung von Bedürfnissen, Instrumente zur selbständigen Befriedigung von Bedürfnissen: Wahrnehmung, Bewegung, Kognition, Emotionalität, Kommunikation, Soziabilität, Lernfähigkeit.

2. *Das Approximationsprinzip:* Die humanen Potenziale werden im Menschenleben unterschiedlich ausgebildet resp. entfaltet. Es gibt dabei keine Grenzwerte, die zum Kriterium des Menschseins werden können. Real gibt es den idealen Menschen nicht. Alle Ausformungen der Potenziale weisen im Menschenleben nur Näherungswerte aus. Dies gilt für den Menschen mit hoher Intelligenz gleich wie für den Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung, für den Menschen mit extremen Verhaltensweisen ebenso wie für den unauffällig angepassten Normalbürger.

Zum Verständnis von seelischer Gesundheit

Im Unterschied zur WHO-Definition von 1948 wird Gesundheit nicht mit Wohlbefinden gleichgesetzt, sondern als Voraussetzung für die Herstellung von Zuständen des Wohlbefindens verstanden, im Sinne der Ottawa-Charta der WHO

von 1986, in der Gesundheit als *Ressource* für das tägliche Leben verstanden wird, präziser noch beim Deutschen Ärztetag 1986, der Gesundheit als körperliche und seelische, individuelle und soziale *Leistungsfähigkeit* des Menschen versteht, die aus der personalen Einheit von subjektivem Wohlbefinden und objektiver Belastbarkeit erwächst. In anderen neueren Definitionen des Gesundheitsbegriffs finden wir auch die *Wahrnehmung von Wohlbefinden* in verschiedenen Bereichen als Merkmal sowie *Fähigkeiten* zur Entfaltung von Potenzialen.²

Zustände des Wohlbefindens kommen durch Bedürfnisbefriedigungen im körperlichen, psychischen (seelisch-geistigen) und sozialen Bereich zu Stande. Sie realisieren sich ganzheitlich im psychischen Bereich. Bezeichnungen wie „körperliches Wohlbefinden“, „soziales Wohlbefinden“, „materielles Wohlbefinden“, oder „emotionales Wohlbefinden“ suggerieren ein aufspaltbares Wohlbefinden. Dieses Verständnis wird von mir nicht geteilt. Die neuere Diskussion zum Gesundheitsbegriff, die Wohlbefinden (Wellness) und Glück einander nahe bringt, darf als Ausdruck der Ganzheitlichkeit im Erleben des Subjekts gesehen werden.

Unter psychischer, geistiger oder seelischer Gesundheit haben wir danach jene „Ressourcen“ oder „Fähigkeiten“ zu verstehen, die aus diesen Bereichen heraus die Herstellung von Zuständen des Wohlbefindens ermöglichen. Seelische Gesundheit hat dynamisch-prozessualen Charakter mit einer dominierenden subjektiven Komponente, die sich u. a. auf wechselnde Interpretationsprozesse der wahrnehmbaren Lebenswirklichkeit bezieht. Zwischen gesund und krank gibt es fließende Übergänge, die eine dichotomisierende Grenzziehung im strengen Sinne nicht erlauben.

Zum Verständnis von Angewiesenheit, Abhängigkeit und Behinderung

Die Begriffe Angewiesenheit, Angewiesensein und Abhängigkeit sollen hier synonym verwendet werden. Sie beziehen sich auf den anthropologischen Sachverhalt, dass der Mensch bei der Sicherung seiner Existenz resp. der Befriedigung von Bedürfnissen auf andere Menschen angewiesen, von ihnen abhängig ist. In dem Buch „*Behinderung als soziale Abhängigkeit*“ habe ich 1981 Behinderung als ein quantitatives und qualitatives Mehr an sozialer Abhängigkeit beschrieben.³

Zum Verständnis von Autonomie und Selbstbestimmung

Autonomie wird im anthropologischen Sinne als das humane Potenzial zur Realisierung von Freiheit verstanden. Nach Jaspers existiert der Mensch, indem er ständig seine Freiheit verwirklicht. Konkret geschieht dies über selbstbestimmte Bedürfnisbefriedigung.

² Vgl. u. a. BUNDESVERBAND EVANGELISCHE BEHINDERTENHILFE E.V. (BEB) in Kooperation mit den drei anderen Fachverbänden der Behindertenhilfe (Hrsg.): Gesundheit und Behinderung, S. 16-18

³ HAHN, M. Th.: Behinderung als soziale Abhängigkeit. München 1981

Anthropologisches Grundmodell - Anthropologische Verankerung von Autonomie und Angewiesenheit

Anthropologische Verankerung von Autonomie

Die Reduzierung biologischer Steuerungsmechanismen beim Menschen, seine Instinktarmut, korrespondiert mit der Ausbildung seines Großhirns und des so genannten intelligenten Verhaltens sowie seiner Unabhängigkeit, die darin potenziell angelegt ist. Der Instinktkreislauf wird – im Unterschied zum Tier – nach aufgekommenem Bedürfnis unterbrochen. Deshalb muss der Mensch selbst bestimmen, wann und wie er das Bedürfnis realisieren will. Er ist biologisch nicht festgelegt, sondern frei und kann über Bedürfnisbefriedigung Herstellungsprozesse des eigenen Wohlbefindens aktiv selbst beeinflussen.

Menschenleben ist wesenhaft gekennzeichnet durch permanente selbstbestimmte Einflussnahme auf das eigene Wohlbefinden. Mit der Realisierung seines Autonomiepotenzials verwirklicht der Mensch seine Existenz. Dies gilt für alle Menschen gleich. Menschen mit – sehr schweren – Behinderungen machen keine Ausnahme.

Anthropologische Verankerung von Angewiesenheit resp. sozialer Abhängigkeit⁴

Als instinktarme physiologische Frühgeburt (PORTMANN) ist der Mensch nach seiner Geburt auf andere Menschen angewiesen. Sie sichern durch ihre Aktivitäten sein Überleben, realisieren mit ihm Bedürfnisse, die er noch nicht selbständig verwirklichen kann und erreichen über ihre durch Empathie gekennzeichnete Zuwendung Zustände des Wohlbefindens. Dieses normale Angewiesensein auf andere Menschen nach der Geburt ist mit zunehmender Entwicklung und entsprechenden Lernzuwächsen eine abnehmende Größe, die in Krankheitszeiten oder im Alter wieder Werte annehmen kann, wie sie im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter vorhanden waren.

Neben diesen normalen Zeiten erhöhter Angewiesenheit im Menschenleben gibt es während des ganzen Lebens eine Vielzahl von Bedürfnissen, die der Mensch – auch im Erwachsenenalter - nicht selbständig allein realisieren kann. Er benötigt einzelne andere dazu oder Gruppen – die Gemeinschaft anderer Menschen.

Fassen wir zusammen: Es gibt im Menschenleben Zeitabschnitte mit normal erhöhter sozialer Abhängigkeit bei der Befriedigung von Bedürfnissen. Und es gibt während des gesamten menschlichen Lebens Bedürfnisse, die sich grundsätzlich nur mit anderen Menschen zusammen realisieren lassen.

Wir begegnen hier dem Zoon politikon des ARISTOTELES und lassen uns von Martin BUBER daran erinnern, dass der Mensch am Du zum Ich wird.

⁴ Im folgenden Text auch nur „Abhängigkeit“.

Zur Funktion von Autonomie und Angewiesenheit bei der Herstellung von Zuständen des Wohlbefindens

Menschlichem Wohlbefinden liegt die Befriedigung von Bedürfnissen zu Grunde. Unter Bedürfnis sei eine Alternative zu einer aktuellen Ausgangslage verstanden, die mehr Wohlbefinden verspricht als die Ausgangslage.

Die menschliche Entwicklung und eine immer wieder sich verändernde dingliche und soziale Umwelt tragen dazu bei, dass der Mensch Alternativen zu seiner jeweiligen Ausgangslage erkennen und anstreben kann. Jede erreichte Bedürfnisbefriedigung schafft eine neue Ausgangslage, die zu neuen Bedürfnissen führt. Dies ist bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen gleich wie bei uns so genannten Nichtbehinderten.

Die Möglichkeiten der selbstbestimmten Bedürfnisbefriedigung

Zur Realisierung von Bedürfnissen mit den ihm zur Verfügung stehenden Instrumenten (Wahrnehmung, Bewegung, Kognition, Emotionalität, Kommunikation, Soziabilität, Lernfähigkeit) gibt es für den Menschen zwei Möglichkeiten, die ihn auf seine Autonomie, aber auch auf seine Abhängigkeit von anderen Menschen verweisen.

Erste Möglichkeit: Die Bedürfnisbefriedigung erfolgt selbstbestimmt, unabhängig. Das Individuum ist in der Lage, sein Bedürfnis selbständig, allein zu realisieren.

Zweite Möglichkeit: Die Bedürfnisbefriedigung erfolgt selbstbestimmt, abhängig. Das Bedürfnis kann nicht selbständig befriedigt werden. Soll es selbstbestimmt befriedigt werden, benötigt der Mensch Assistenz: Eine oder mehrere Personen realisieren das Bedürfnis oder geben Unterstützung bei seiner Realisierung, nachdem in einem Akt der Kommunikation Verständigung darüber erreicht wurde, welches Handlungsziel angestrebt werden soll, in welcher Weise und unter welchen Bedingungen dies geschehen soll resp. geschehen kann.

Der Assistenz ausübenden Person wird mittels Kommunikation die Kompetenz des Assistierens vermittelt. Umgekehrt steht die assistenzbedürftige Person, durch Kommunikationsakte bewirkt, in einem ständigen *Empowermentprozess*, der die Assistenz und das Zusammenleben mit anderen Menschen permanent verbessert. Die Assistenz darf als dialogischer Akt verstanden werden, in dem verbal und nonverbal (Wahrnehmung, Handeln, Sprache) kommuniziert wird.

Behinderung als ein Mehr an sozialer Abhängigkeit

Die einer Behinderung zu Grunde liegende Schädigung und deren Auswirkungen in der Lebenswirklichkeit führen dazu, dass Menschen mit Behinderung bei der Herstellung von Zuständen des Wohlbefindens in ihrem Leben mehr als andere auf das zweite Modell, d. h. auf Assistenz angewiesen sind. Behinderung stellt sich dar als ein Mehr an sozialer Abhängigkeit, das individuelles Wohlbefinden gefährden kann, wenn das soziale Umfeld nicht die notwendige Assistenz bereitstellt. Extreme Abhängigkeit etwa bei Menschen mit schwerer Behinderung bedeutet eine extrem hohe Gefährdung des Wohlbefindens, weil einerseits die Möglichkeiten der selbständigen Bedürfnisbefriedigung nach dem ersten Modell eingeschränkt sind

und zum andern ein riesengroßer Assistenzbedarf nach dem zweiten Modell kaum abgedeckt werden kann. An seine Stelle tritt dann Fremdbestimmung, wie sie sich z. B. in der „Sauber-Satt-Pflege“ ausdrückt.

Individuelle Komponente

Subjektive Interpretation, Sinnfrage und Identität

Dem selbstbestimmten Anstreben eines Bedürfnisses liegt die subjektive Interpretation eines Sachverhaltes zu Grunde, die ergibt, dass dieser mehr Wohlbefinden verspricht als die Ausgangslage. *Zustände des Wohlbefindens kommen auf Grund subjektiver Interpretationsleistungen der erfahrbaren Welt des Individuums zustande.* Sie sind deshalb nicht zwingend an objektivierbare äußere Lebensbedingungen gebunden.

Sinnhaftigkeit

In Freiheit realisiertes Verhalten ist selbstbestimmtes Verhalten. Es ist subjektiv sinnvoll, weil es in der aktuellen Situation der Herstellung von Wohlbefinden dient.

Diese Erkenntnis verhilft uns z. B. zu einem besonderen Zugang zum Verständnis und zur Veränderung auffälliger Verhaltensweisen: Indem wir den subjektiven Sinn respektieren und nach ihm forschen, erschließen sich uns zuvor nicht vorhandene Möglichkeiten der Beeinflussung dieses Verhaltens.

Identität

Der Gewinnung menschlicher Identität liegt Selbstbestimmung im Bemühen um Wohlbefinden zu Grunde. Wer in selbstbestimmt ausfüllbaren Freiheitsräumen seine eigenen Möglichkeiten und Grenzen nicht kennen lernt, weiß nicht, wer er selbst ist.

Soziale Komponente

Solidarität

Die extreme Angewiesenheit auf die soziale Umwelt bei der Herstellung von Zuständen des Wohlbefindens bei Menschen mit Behinderung verweist auf Verantwortung der Gesellschaft für das Lebensglück dieser Menschen.

Die über Teilhabe am gesellschaftlichen Zusammenleben erwerbbar Empathie kann zur notwendigen Solidarität führen. *Unter Solidarität sei die Fähigkeit verstanden, das Wohlbefinden anderer Menschen im eigenen Verhalten zu berücksichtigen.*

Verantwortlichkeit, Pädagogik

Pädagogik, Andragogik und Pflege haben die Aufgabe, durch Einwirkung auf das Individuum dieses zu befähigen, in der Gegenwart und in der Zukunft Zustände des eigenen Wohlbefindens in sozialer Integration selbst und mit anderen zusammen herbeizuführen. Das bedeutet, dass Freiheitsräume für selbstbestimmte Bedürfnisbefriedigung erkannt, angestrebt, verantwortlich ausgefüllt und erhalten werden können. Dies beinhaltet auch – im Hinblick auf den Assistenzbedarf, dass notwendige, bedürfnisbefriedigende Abhängigkeitsverhältnisse erkannt,

eingegangen und erhalten werden können und Fremdbestimmung erkannt, gemieden oder beseitigt werden muss.

In der Praxis des Zusammenlebens mit Menschen, die eine schwere geistige Behinderung haben, stellt die nicht repressive Vermittlung der Grenzen von Freiheitsräumen eine große Rolle.

Integration/Inklusion

Unter Integration resp. Inklusion sei die Ermöglichung von Wohlbefinden – auch die Ermöglichung von Identität – für das einzelne Mitglied einer sozialen Gruppe verstanden – ohne dass dadurch das Wohlbefinden (die Identität) anderer Mitglieder oder der Gruppe als Ganzes (die Gruppenidentität) längerfristig real oder befürchtet gefährdet wird.

Zusammenfassung

In dem vorgestellten, anthropologisch orientierten Modell der Realisierung von Wohlbefinden erkennen wir ein Spannungsfeld zwischen Autonomie und Angewiesenheit, das sich auch als Spannungsfeld zwischen Individuum und sozialem Umfeld beschreiben ließe. Es darf als die Gelenkstelle für die Herstellung von Zuständen des Wohlbefindens und die Entwicklung und Erhaltung seelischer Gesundheit bezeichnet werden. Es gilt nun, dieses Feld resp. in ihm beobachtbare Phänomene auf ihre Wechselwirkungen mit seelischer Gesundheit zu untersuchen.

Spannungsphänomene

Überblick

Augenfällige sensible Bereiche im genannten Spannungsfeld, die mit seelischer Gesundheit in Wechselwirkung stehen resp. eine gewisse Vulnerabilität für Phänomene aufweisen, die eine Wechselwirkung vermuten lassen, können im gegebenen Rahmen nur exemplarisch und verkürzt aufgezeigt werden. Es wird aber davon ausgegangen, dass die getroffene Auswahl bedeutsame Aspekte berücksichtigt. Weil wir von einem kontinuierlichen Gesundheitsbegriff ausgehen, der keine Grenzziehung zwischen gesund und krank erlaubt, werden in der folgenden Darstellung keine entsprechenden Zuordnungen vorgenommen. Es ist aber davon auszugehen, dass die aufgegriffenen „Problemkreise“ einen Bedarf an Gesundheitsförderung signalisieren.

Phänomene, die auf Zusammenhänge zwischen seelischer Gesundheit und Autonomie resp. Angewiesenheit verweisen Wohlbefinden als Hinweis auf seelische Gesundheit: Ein solcher Zustand ist gekennzeichnet durch eine Balance zwischen größtmöglicher Unabhängigkeit einerseits, die der eigenen Verantwortlichkeit angemessen ist und sozialer Abhängigkeit andererseits, die direkt und indirekt der Bedürfnisbefriedigung und dem Zusammenleben in der Gemeinschaft dient. Diese Balance hat oszillierenden Charakter. Der Mensch ist ständig um ihre Erhaltung bemüht und nimmt permanent selbstbestimmt darauf Einfluss. Veränderungen sozialer und räumlich-zeitlicher Situationen, in die das Individuum einbezogen ist, führen zu veränderten Bedürfnislagen, die eine gerade vorhandene Wohlbefindlichkeitsbalance beenden können. Reaktionen auf fremdbestimmte

Beendigungen einer solchen Balance weisen auf den Zusammenhang mit Wohlbefinden hin, z. B. wenn man einem spielenden Kind plötzlich sein Spielzeug wegnimmt. Auch in der Strafpraxis bedient man sich seit Menschengedenken dieses Phänomens: Gefangensetzung bedeutet Freiheitsentzug, bedeutet massive Zufuhr an Abhängigkeit, bedeutet Wegfall der Möglichkeit, durch Selbstbestimmung zu einer „Balance“ im o.g. Sinne zu gelangen. Konkret: Es werden Zustände des Unwohlseins erzeugt.

Sensible Bereiche

Grundsätzlich können jene Bereiche menschlichen Zusammenlebens, die eine Begrenzung der individuellen Selbstbestimmung erfordern resp. Überlappungen individueller Bedürfnisse mit damit konkurrierenden Bedürfnissen anderer (auch: menschlicher Gruppen oder der „Gesellschaft“) beinhalten, als sensible Bereiche bezeichnet werden, die zu „Spannungen“ im Sinne unseres Themas führen. Ohne sie im gegebenen Rahmen näher beschreiben zu können, seien die wichtigsten in einer Auflistung gruppiert: Es geht dabei um das Zusammenspiel von Autonomie und Abhängigkeit resp. komplexe Verschränkungen von Selbst- und Fremdbestimmung.

Interdependenzen

Andauernde Abhängigkeit kann zu gegenseitiger Abhängigkeit führen. Infantilisierung, Überbefürsorgung und pathologische Formen des Helfens (u. a. SCHMIDBAUER: Helfer-Syndrom) können u. a. die Folgen sein. Diese werden von den Betroffenen real als Fremdbestimmung erlebt, welche der Realisierung vorhandener Autonomiepotenziale entgegenwirkt. HEGEL hat mit seinem „Herr-und-Knecht-Beispiel“ die Interdependenz als gesellschaftliches Machtverhältnis beschrieben.

Wechselseitige Bedürfnisse in der Assistenz

Soll ein Assistenzbedarf von gleichen Personen über einen längeren Zeitraum hinweg abgedeckt werden (professionell oder nicht professionell), müssen dabei auch deren Bedürfnisse Berücksichtigung finden, wenn die Qualität der Assistenz nicht leiden soll. Dies kann in der einzelnen Assistenzhandlung der Fall sein (aus einem gewünschten Rollstuhlspaziergang wird eine Einkaufstour für die Begleitperson) oder aber auch in den Rahmenbedingungen für die Assistenz liegen, die psychophysischen Überforderungen mit Erschöpfungszuständen entgegenwirken sollen (z. B. Entlastung der Mütter in der familiären Situation, genügend Personal in Einrichtungen). Werden elementare Bedürfnisse von Assistentinnen und Assistenten ignoriert, leidet nicht nur die Qualität der Assistenz, sondern es wächst auch die Unzufriedenheit mit dem eigenen Tun (Assistenzhandlung) und es droht die Gefahr des Ausbrennens („Burn-out-Syndrom“).

Freiwillige Abhängigkeit

Um bestimmte Bedürfnisse befriedigen zu können, begibt sich der Mensch freiwillig in Abhängigkeit. Diese wird als Mittel zum Zweck so lange akzeptiert, wie sie dem angestrebten Bedürfnis dient. Es ist einmal das, was als soziales Anpassungsverhalten bezeichnet werden kann: Teilnahmebedingungen der Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe werden akzeptiert, auch wenn diese ein Abhängigkeitsverhältnis begründen, weil in ihr Bedürfnisse befriedigt werden können. Wir kennen den Eintritt in eine Freundschaft oder Partnerschaft, in einen Verein, den Eintritt in ein Arbeitsverhältnis, den Erwerb einer neuen Staatsangehörigkeit, die Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft. Auch Berufsausbildung und Studium sind hier einzuordnen: Der Erwerb einer beruflichen Qualifikation wird als notwendiges, aber vorübergehendes Abhängigkeitsverhältnis erkannt, das dazu beiträgt, angestrebte Bedürfnisse im späteren Leben befriedigen zu können. Diese Antizipation macht in der Regel Zeiten der Fremdbestimmung erträglich.

Advokatorische Assistenz

Es geht hier um nicht oder fraglich situationsangemessen funktionstüchtige Instrumente zur selbstbestimmten Befriedigung von Bedürfnissen (vgl. a. a. O.: Wahrnehmung, Bewegung, Kognition, Kommunikation ...), wo Selbstbestimmung ergänzt wird durch Fremdbestimmung, die im Sinne der Selbstbestimmung (Bedürfnisse des Individuums) advokatorisch wirkt: Im Zeitraum der Entwicklung und Ausbildung der Instrumente hat die *Erziehung* diese advokatorische Assistenz als Aufgabe: Sie ermöglicht damit wachsende Autonomie, indem sie Freiheitsräume für Selbstbestimmung erschließt, schützt, Grenzen und Identität vermittelt. Die *Medizin* hat bei der Gesundheitsgenese und Gesunderhaltung im Sinne der advokatorischen Assistenz zu wirken, wenn der Ausfall von Instrumenten der Bedürfnisbefriedigung (s. o.) dazu führt, dass das Individuum selbst keine Maßnahmen zur Lebenserhaltung ergreifen kann oder ernsthafte Gesundheitsgefährdungen nicht selbstbestimmt abwehren kann. – Advokatorische Assistenz wird in unserer Gesellschaft von jedem seiner Mitglieder erwartet, das eine anderen drohende unmittelbare Gefahr erkennt und diese mit seinen Möglichkeiten abwendet (z. B. ein Kind unter Gewaltanwendung daran hindert, in ein fahrendes Auto zu rennen). Die hohe Sensibilität, derer die advokatorische Assistenz bedarf, drückt sich auch in gesetzlichen Regelungen aus, die mögliche Missbräuche in der Erziehung und im Gesundheitswesen betreffen (z.B. Umgang mit Komapatienten, Patientenverfügung, Europäische Bioethikkonvention). Die advokatorische Assistenz ist deshalb so heikel, weil bei nicht praktizierter, ausfallender Kommunikation eine fließend zunehmende resp. fließend abnehmende Funktionstüchtigkeit der Instrumente (s. o.) dazu führen kann, dass die damit korrespondierende zunehmende oder abnehmende Fremdbestimmung (im Sinne der advokatorischen Assistenz) nur schwer richtig dosiert werden kann.

Geschützte Freiheitsräume für Selbstbestimmung

Sind die o.g. Instrumente in ihrer Funktionstüchtigkeit eingeschränkt (auch: partiell eingeschränkt) oder werden für nicht ausreichend funktionstüchtig gehalten, werden gesetzlich geschützte und als „menschenswürdig“ geachtete Freiheitsräume für Selbstbestimmung gefährdet. Dies bezieht sich bei Menschen mit schwerer Abhängigkeit vor allem auf die Wohnsituation (in vielen Abstufungen beobachtbar, extrem in einer „totalen Institution“; vgl. GOFFMAN), auf den Intimbereich (z. B. bei der Pflege) und auf die Kommunikation (erschwerter Kommunikation führt oft zu ihrer Reduzierung auf das Allernotwendigste, zum vollständigen Ausfall und/oder zur Öffentlichkeit der Privatsphäre).

Vermittlung von Grenzen

Die in der Erziehung, aber auch in allen anderen Lebensfeldern erfolgende Konfrontation mit Grenzen der eigenen Freiheitsräume stellt eine Konfrontation mit Abhängigkeiten dar, die das Individuum in seine Identitätsentwicklung integrieren muss. Werden diese Grenzen repressiv vermittelt und nicht am Ende eines diskursiven Aushandlungsprozesses akzeptiert, können Formen der repressiven Vermittlung oder nicht vermittelte, brutal gesetzte Begrenzungen von Freiheitsräumen zu schweren Verletzungen seelischer Gesundheit führen.

Die flüchtige Kennzeichnung notwendiger Sensibilität in den vorgestellten Bereichen verweist uns auf die Berücksichtigung von Bedürfnissen, die nur über Kommunikation in Erfahrung gebracht werden können.

Im Zentrum des Spannungsfelds Bedürfnisse - Problemkreis Bedürfnisse

Beispiel

Bei einer Familienfreizeit des Forschungsprojektes WISTA in einer nordbrandenburgischen Tagungsstätte stürzte am Sonntagmorgen eine nur spärlich bekleidete Frau aus dem Kreis der Teilnehmer/-innen mit schwerer geistiger Behinderung in den Speisesaal, wo die Familien an festlich gedeckten Tischen frühstückten. Sie warf Blumentöpfe um, wühlte die Erde heraus, war außer sich und „tobte“, wie man im Volksmund sagt. Die Frau war groß und stark, gehörlos und konnte nicht sprechen. Wir wussten, dass sie immer wieder Verhaltensprobleme hatte, konnten sie aber nur nach längerer Zeit mit ganz großer Mühe in einem anderen Raum beruhigen. Was war geschehen? Die Frau hatte nachts eingenässt, und während sie morgens duschte, hatte die betreuende Studentin die Matratzen im Bett zum Trocknen aufgestellt. Als die Frau in ihr Zimmer zurückkam, fing sie an zu „toben“. Sie rannte die Treppe hinunter in den Speisesaal, wo wir sie - wie geschildert - erlebten. Am Abend fuhr die Mutter mit mir im Auto nach Berlin zurück. Unterwegs erzählte sie mir, dass sie genau wisse, weshalb sich ihre Tochter so aufgeführt habe. Sie berichtete, dass bei denselben Vorkommnissen – Einnässen, Duschen, Bett neu richten – dies zu Hause so ritualisiert sei, dass die Tochter nach dem Duschen noch eine Viertelstunde in das wieder hergerichtete Bett liege, bevor sie aufstehe. Die betreuende Studentin hatte keine Ahnung von diesem Bedürfnis, und die Frau war außer Stande, ihr dies mitzuteilen, als sie vom Duschen zurückkam.

In der von WISTA begleiteten neuen Wohnsituation kam es während der Projektlaufzeit immer wieder zum Ansinnen des Personals, diese Frau gehöre ihrer Verhaltensprobleme wegen in die Psychiatrie. Die Genehmigung einer von mir betreuten Diplomarbeit, die der Verbesserung der Kommunikation dieser Frau und dem Aufspüren ihrer Bedürfnisse dienen sollte, wurde von der Leitung mit der Begründung zurückgezogen, es komme ja doch nichts dabei heraus.

Kommentar

Im Zentrum des vom Thema angesprochenen Spannungsfeldes steht die selbstbestimmte Befriedigung von Bedürfnissen, die zu Wohlbefinden führt. Man müsste annehmen, dass dieser Dreh- und Angelpunkt des verantwortlichen Zusammenlebens im Mittelpunkt der fachlichen Auseinandersetzung um die Gestaltung der Lebenswirklichkeit und Förderung der seelischen Gesundheit stehen müsse. Gewiss hat es im Sinne des Normalisierungsprinzips gewaltige Veränderungen in der Lebenswirklichkeit von Menschen mit Behinderungen gegeben, doch sind Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung oder mit extremen Verhaltensweisen davon noch weitgehend ausgeschlossen.

Das angeführte Beispiel reiht sich ein in eine Vielzahl von gemachten Beobachtungen, die belegen, dass der Stellenwert der Kommunikation im Zusammenhang mit selbstbestimmter Realisierung von Bedürfnissen resp. Inanspruchnahme von Assistenz nicht immer erkannt oder bewusst ignoriert wird. Direkt davon betroffen sind mögliche, aber nicht realisierte Zustände des Wohlbefindens, von denen Rückwirkungen auf die seelische Gesundheit ausgehen. Wie anders lässt sich erklären,

- dass in Qualitätssicherungsinstrumenten im Wohnbereich alle möglichen Leistungen abgefragt werden, individuelle Bedürfnisse aber unberücksichtigt bleiben,
- das Fachpersonal in Einrichtungen genauestens über Leistungsdefizite der ihnen anvertrauten Menschen Bescheid wissen, aber keine Antwort auf die Frage nach speziellen Bedürfnissen geben können,
- dass Entwicklungsberichte oft nur die herkömmlichen Förderkategorien kennen, Bedürfnisse jedoch außen vor bleiben,
- dass in Forschungsprojekten, die vorgeben der Verbesserung der Lebensbedingungen zu dienen, an individuelle Bedürfnisse nicht gedacht wird, dass in der Ausbildung von Fachkräften und in wichtigen Fachbüchern zur Situation von Menschen mit geistiger Behinderung wenig oder nichts zur Bedeutung ihrer Bedürfnislage gesagt wird? In diesem Herbst erschien ein 500 Seiten starkes Buch zur Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung⁵. Ein beachtenswertes, lange vermisstes Standardwerk mit einem sehr differenziert geführten Register. Dieses weist auf einer einzigen Seite den Begriff „Bedürfniskonzeption“ nach und auf einer einzigen anderen Seite den Begriff „subjektives Wohlbefinden“.

⁵ STAHL, B., IRBLICH, D. (Hrsg.): Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein interdisziplinäres Handbuch. Göttingen 2005, 501 S.

- In Einrichtungen für Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung wird es als Selbstverständlichkeit hingenommen, dass das Personal nicht ausreicht, um mit den Bewohnerinnen und Bewohnern ein Mindestmaß an Kommunikation zu pflegen, das zur Eruierung ihrer Bedürfnisse notwendig wäre.
- Kommunikation ist die Voraussetzung für feinfühliges Assistenz, die zu personalen Beziehungen führt. Verweigern wir Kommunikation, müssen wir annehmen, dass Bedürfnisse nicht befriedigt werden. Nicht befriedigte Bedürfnisse verhindern Wohlbefinden, bewirken Verhaltensänderungen und stellen – bei ihrem Andauern – eine Gefährdung seelischer Gesundheit dar. Die Betroffenen geraten in einen Teufelskreis, weil ihr Verhalten zu Reaktionen der sozialen Umwelt führt, die weitere Einschränkungen der selbstbestimmten Bedürfnisbefriedigung bedeuten. Denken wir z. B. an repressive Maßnahmen im Sinne von „time out“. Isolierung stellt eine massive Zufuhr an fremdbestimmter Abhängigkeit dar. Die selbstbestimmte Bedürfnisbefriedigung wird durch drastische Einschränkung von Freiheitsräumen – auch im sozialen Bereich – verhindert. Wohlbefinden kommt nicht zu Stande. Unwohlsein wird erzeugt. Das Aufbegehren dagegen ist ein normales menschliches Phänomen, das aus Gefängnissen und wissenschaftlichen Untersuchungen bekannt ist und primär nichts mit einer geistigen Behinderung zu tun hat. Wir erinnern uns an Bertold BRECHT, der feststellt, dass alle über den reißenden Fluss reden, aber niemand über seine einengenden Ufer.

Halten wir zusammenfassend fest: Die Beachtung der Rolle von Autonomie und Angewiesenheit bei der Befriedigung von Bedürfnissen wird in Theorie und Praxis des Zusammenlebens in ihrer Bedeutung für Wohlbefinden und für die Entstehung auffälliger Verhaltensweisen nicht gerecht. Am leichtesten ist dies nachzuweisen mit dem gescheuten Zeitaufwand für Kommunikation bei Menschen mit schwerer Behinderung und mangelndem Problembewusstsein bei Fachkräften und Kostenträgern. *Wir haben es mit einer Gefährdung der seelischen Gesundheit zu tun.*

Die Genese seelischer Gesundheit als abhängige Variable der Entfaltung von Autonomie - Problemkreis Salutogenese

Beispiele

Es ist mir nicht möglich, die Salutogenese im Sinne von ANTONOVSKY mit Ergebnissen von Längsschnittuntersuchungen zu beschreiben. Einzelbeispiele aus dem Personenkreis der Menschen mit schwerer Behinderung können aber jene Zusammenhänge sichtbar machen, um deren Darstellung es hier geht.

In eine Wohneinrichtung des Projektes WISTA kam eine junge, über zwanzig Jahre alte Frau, die nahezu ihr ganzes Leben zuvor im Gitterbett zugebracht hatte, das in einem Einzelzimmer eines Kinderkrankenhauses stand. Ihre Körpergröße entsprach einem Kindergartenkind, sie konnte weder gehen noch sprechen und wurde über eine Sonde ernährt. Ihre lautlichen Äußerungen beschränkten sich auf das Nachahmen des Martinsborns der Krankenwagen, die zum Krankenhaus hin oder von ihm weg führen. Ihr Gesichtsausdruck spiegelte Weinerlichkeit, Teilnahmslosigkeit, Apathie. Sie ließ mit sich geschehen. -

Nach wenigen Jahren hatte sie gelernt, mit dem Rollator zu gehen, erreichbare Gegenstände untersuchen, zeigte Präferenzen an, wenn sie etwas haben wollte und hatte ein freundliches Gesicht, in dem immer wieder auch ein Lächeln Platz hatte.

Andere Bewohner/-innen der von WISTA begleiteten Wohngruppen nahmen die neue Wohnsituation an, fühlten sich dort wohl und ließen ihre Angehörigen dies auch spüren.

Ein Mann, der nicht sprechen konnte und seinen Eltern zu Hause große Verhaltensschwierigkeiten bereitete, hatte sichtlich Freude an den Bewegungs- und Begegnungsmöglichkeiten in der neuen Wohnung. Wenn er am Sonntagabend von zu Hause zurückkam, ging er zuerst in alle Zimmer und schaute nach, wer da ist. Seine auffälligen Verhaltensweisen gingen zurück.

Ich habe viele ähnliche, weniger drastische Beispiele beim Wechsel der Wohnsituation erlebt. Der Titel des Abschlussberichtes unsres Projektes USTA, mit dem wir Veränderungsprozesse von größeren stationären Einrichtungen im Land Brandenburg untersuchten, lautet: „*Die sind ja draußen aufgeblüht...*“ – ein Zitat aus einem Interview, mit dem ein Betreuer die Entwicklung der Bewohnerinnen und Bewohner beschrieb, nachdem sie aus der Großenrichtung in dezentrale kleine Wohneinheiten ausgezogen waren.

All diesen Beispielen ist eigen, dass sie von Entwicklungen zeugen, die Personen nach dem Wechsel in eine neue Wohnsituation durchmachten. Allen Beispielen ist eigen, dass sich die neue Situation durch größere Freiheitsräume zur Entfaltung ihrer Autonomie auszeichneten. Und allen Beispielen ist eigen, dass nach dem Umzug ihr Gesamtverhalten und ihr mimisches Ausdrucksverhalten immer häufiger Zustände des Wohlbefindens und seelische Gesundheit widerspiegeln als in der vorausgehenden Wohnsituation. Parallel zur Inanspruchnahme von Freiheitsräumen für zuvor nicht vorhandene Möglichkeiten der selbstbestimmten Bedürfnisbefriedigung muss eine Entwicklung ihrer seelischen Gesundheit stattgefunden haben, die im Sinne eines positiven Zirkels zur weiteren Realisierung ihres Autonomiepersonals führte. Wir werden an BASAGLIA erinnert: „Freiheit heilt“.

Kommentar

Die zunehmende Ausbildung und Funktionstüchtigkeit der Instrumente des Menschen zur selbstbestimmten Einflussnahme auf das eigene Wohlbefinden – wir denken an *Bewegung, Wahrnehmung, Kognition, Emotionalität, Kommunikation, Soziabilität und Lernfähigkeit* – ermöglicht zunehmend selbst hergestellte Zustände des Wohlbefindens, die das Individuum erlebt und von denen wir annehmen, dass sie sich verstärkend positiv auf die Entwicklung seelischer Gesundheit auswirken. Auf den jeweiligen Entwicklungsstand bezogen wirkt der normal sich entwickelnde Mensch so auf eine oszillierende Balance zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit ein und gewinnt über dieses ständige Ringen seine Identität, die wir als seelisches Gleichgewicht verstehen können. Sie verleiht ihm seelische Stabilität. Er lernt sich selbst kennen, weiß, wer er ist, was er kann, wo seine Grenzen sind.

All dies kann bei Menschen mit Behinderungen gefährdet sein, weil ihre „Instrumente“ oft von Geburt an durch Schädigungen in ihrer Funktion beeinträchtigt sind, was sich nicht immer durch Förderung oder Kompensation ausgleichen lässt. Verstärkende Impulse durch selbstbestimmt herbeigeführtes

Wohlbefinden werden reduziert oder fallen ganz aus. An ihre Stelle tritt dann oft massive Fremdbestimmung, welche die Entfaltung von Autonomie zusätzlich erschwert oder unmöglich macht. Dies führt nicht selten zu Inaktivität, zum Nachlassen von Anstrengungen und zur Resignation bis zur völligen Apathie. Wir können daraus schließen, dass ein Zustand seelischer Gesundheit eingetreten ist, der selbstbestimmte Bedürfnisbefriedigungen zur Herstellung von Wohlbefinden nicht mehr möglich macht. Hier müssen Empowerment-Prozesse einsetzen.

Ich habe Beispiele erlebt, wie Menschen mit geistiger Behinderung bis zum Tod ihrer Eltern zu Hause lebten und dann in hohem Erwachsenenalter plötzlich ins Heim wechseln mussten. Sie kamen mit einer apathischen, scheinbaren Bedürfnislosigkeit an, trauten sich nichts zu, ließen sich bedienen. Ihr Verhalten ließ nicht auf seelische Gesundheit, sondern auf einen depressiven Zustand schließen. Nach längerer Zeit, nach Monaten oder ein bis zwei Jahren hatte sich das Bild gewandelt. Mit den angebotenen Freiheitsräumen für Entscheiden und Handeln und ihrer Erschließung eröffneten sich für sie Möglichkeiten der selbstbestimmten Befriedigung von Bedürfnissen, die es zu Hause nicht gegeben hatte. Ihr seelischer Gesundheitszustand hatte sich – in Wechselwirkung mit den selbst herbeigeführten Zuständen des Wohlbefindens - zum Positiven verändert.

Noch eine Anmerkung zur Vermittlung von Grenzen: Grenzen sind ein Symbol der Abhängigkeit: Eigene Freiheit ist von der Freiheit anderer abhängig. Rosa LUXEMBURG: Freiheit ist immer auch die Freiheit der Andersdenkenden. Grenzen sind Artikulationsstellen des Zusammenlebens. Sie sollten nicht repressiv gesetzt, sondern diskursiv ausgehandelt und von den Beteiligten bejaht werden. Weil wir seit Menschengedenken im Zusammenleben mit Menschen mit geistiger Behinderung Grenzen brutal gesetzt und uns daran gewöhnt haben - ich erinnere an Mauern und abgeschlossene Türen - gab es keine Sensibilität gegenüber diesem unpädagogischen und menschenunwürdigen Machtmissbrauch. Mit dem Leben in der Normalität, den gemeinwesenintegrierten Wohnmöglichkeiten und ihren großen Freiheitsräumen für Selbstbestimmung stoßen wir massiv auf die Notwendigkeit Grenzen vermitteln zu müssen. Dafür muss erst eine pädagogische Kultur der Vermittlung von Grenzen entwickelt werden, die Autonomie fördert und sie nicht durch Fremdbestimmung erschlägt und damit seelische Verletzungen herbeiführt, welche die Entwicklung seelischer Gesundheit gefährden.

Wir können beobachten, dass sich auffälliges Verhalten verringert oder ganz abgebaut wird, wenn Freiheitsräume für selbstbestimmte Bedürfnisbefriedigung angeboten werden (z. B. beim Wechsel der Wohnsituation), wenn Kommunikationsmöglichkeiten erschlossen werden, wenn über feinfühliges Assistenz Bindungen entstehen.

Wir halten fest: Für die Entwicklung und den Erhalt seelischer Gesundheit sind erlebte, selbstbestimmt herbeigeführter Zustände des Wohlbefindens notwendig. Beides steht in Wechselwirkung zueinander.

Subjektive Interpretation der Wirklichkeit als Schlüssel zum Sinn - Problemkreis Interpretation der Wirklichkeit

Beispiele

Wir betreten einen Raum, in dem ein junger Mann am Fenster steht und sich so stark selbstverletzend verhält, dass wir instinktiv zu einer Intervention herausgefordert werden.

Es gibt die repressive Möglichkeit: Wir beenden das selbstverletzende Verhalten durch Anwendung von Gewalt.

Und es gibt die andere Möglichkeit: Wir sehen den jungen Mann als Menschen, der in einem Freiheitsraum, der ihm zur Verfügung steht, ohne direkte Fremdeinwirkung ein Verhalten praktiziert, das für ihn sinnvoll sein muss. Sonst würde er es nicht praktizieren. Weshalb ist es sinnvoll? Anthropologisch gesehen entspricht es einem Bedürfnis, dessen Realisierung ihm zu mehr Wohlbefinden verhilft als eine andere Tätigkeit. Spontan gehen wir auf ihn zu und lenken ihn nicht repressiv ab: mit persönlicher Zuwendung und Ansprache, mit einem interessanten Gegenstand, z. B. einem Lieblingsspielzeug, mit Musik vom Kassettenrecorder oder anderem. Wir machen dies, weil wir annehmen, dass er auf unser Angebot eingeht und vom selbstverletzenden Verhalten ablässt. Wir bieten ihm einen Freiheitsraum für eine Entscheidung an. Wenn er darauf eingeht, hat er selbstbestimmt eine Alternative zu seinem bisherigen Verhalten gewählt, die ihm mehr Wohlbefinden verspricht als sein Ausgangsverhalten. Mit anderen Worten: Er hat diese Tätigkeit als sinnvoller angesehen als die vorausgehende.

Kommentar

Erforschen wir die Bedürfnisse von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung, können wir davon ausgehen, dass ihre Wahrnehmung des Bedürfnisses und seine Realisierung auf subjektiven Interpretationen der erfahrenen Welt beruht, die besagen, dass es sich um einen sinnvollen Vorgang handelt, der zu mehr Wohlbefinden führt. Auch absurd und bizarr erscheinende – in Freiheit praktizierte – Verhaltensweisen haben diesen subjektiven Sinn. Gelingt es uns, ihn aufzuspüren, haben wir den Zugang zur Veränderung ihres Verhaltens.

Es gibt aber noch das Interpretationsproblem des Außenstehenden, der ein solches Verhalten absolut nicht als sinnvoll anerkennt, pathologische Züge erkennt und auf medizinische Intervention drängt. Beim Personenkreis dem sich die DGSGB verschrieben hat, stehen wir oft vor der nicht einfach zu beantwortenden Frage, ob selbstbestimmte Verhalten - gleich welcher Ausprägung - immer ein normales menschliches Verhalten ist, weil es subjektiv sinnvoll der Herstellung von Zuständen des Wohlbefindens dient? – *Gibt es doch eine Grenzziehung zwischen gesund und krank, die anthropologisch begründetes Verhalten als pathologisches Verhalten interpretieren lässt? Oder handelt es sich um pathologische Interpretation von Phänomenen, die vielleicht sogar von seelischer Gesundheit zeugen? Wir haben die Macht zu definieren. Wo beginnt der Machtmissbrauch?* Ein erster wichtiger Schritt ist die Sensibilisierung für diese Problematik: nach meiner Auffassung eine wichtige Aufgabe der DGSGB.

Im pädagogischen Bereich ist man traditionell auf Grund eigener Hilflosigkeit gerne bereit, ein Störmoment zu beseitigen in dem man es aus dem eigenen Aufgabenbereich an die Psychiatrie weitergibt. Auch hier muss eine Sensibilisierung für die Problematik erfolgen. Wir müssen uns bewusst machen, dass wir es mit der

Sinnhaftigkeit menschlichen Verhaltens zu tun haben, die sich bei Menschen mit geistiger Behinderung wie bei uns selbst auf die subjektive Interpretation der von uns erfahrbaren Welt stützt.

Ohne Solidarität geht es nicht - Problemkreis Solidarität

Das meinen Ausführungen zu Grunde liegende Menschenbild führt zum Erkennen von Gemeinsamkeiten in jedem anderen Menschen, auch jenem mit schwerer und mehrfacher Behinderung, der bei der Herstellung von Zuständen des Wohlbefindens von uns abhängig ist, weil wir seine Freiheitsräume begrenzen können und er unsere Assistenz für die selbstbestimmte Befriedigung von Bedürfnissen benötigt. Das Erkennen dieser Gemeinsamkeiten liegt dem Erwerb von Empathie zu Grunde. Sie ermöglicht uns, dass wir uns in den Nächsten hineinversetzen können, um sein Wohlbefinden im eigenen Verhalten zu berücksichtigen. Wir sprechen dann von solidarischem Verhalten. Wollen wir im Spannungsfeld zwischen Autonomie und Angewiesenheit im Zusammenleben mit Menschen, die von uns abhängig sind, deren seelische Gesundheit ermöglichen, erhalten und Gefährdungen abwenden, dürfen wir uns von den Verschiedenheiten die wir auch wahrnehmen, nicht den Blick auf die Gemeinsamkeiten verstellen lassen. Sonst werden diese Menschen zu Objekten einer sozialdarwinistisch geprägten Fremdbestimmung, wie sie uns in modernen Diskussionen zur Bioethik begegnet.

Solidarisches Denken und Handeln wird nicht nur in der direkten feinfühligem Assistenz der Bedürfnisbefriedigung gefordert, sondern auch in der lebenslangen Begleitung in Freiheitsräume an verschiedenen Lebensorten. In unserem Projekt WISTA konnten wir beobachten, wie Mitarbeiter/-innen der Wohngruppen, beim Auftreten von auffälligem Verhalten in der Öffentlichkeit sich bewundernswert solidarisch verhielten. Diese Solidarität finden wir bei den Angehörigen in der Familie, wir erwarten sie vom Fachpersonal in allen möglichen Einrichtungen der Behindertenhilfe, wir erwarten sie in der Nachbarschaft von Wohneinrichtungen, im Dienstleistungsgewerbe und bei Verantwortungsträgern der Sozialpolitik. Neuerdings drückt sich dieses Denken und Handeln auch in den Begriffen „Care Ethics“ oder „Ethik der Achtsamkeit“ aus (vgl. NIEHOFF 2005). Dabei dürfen wir nicht vergessen, dass solidarisches Denken und Handeln ganz zuerst auf der Wahrnehmung des anderen Menschen beruht. Ohne seine Wahrnehmung kommt es nicht zum Empathieerwerb und zur Ausbildung von Solidarität. *Wenn wir gesellschaftliche Solidarität und eine ihr entsprechende Sozialpolitik fordern, dürfen wir Menschen mit schwerer Behinderung nicht in isolierenden Einrichtungen der Wahrnehmung der Öffentlichkeit entziehen.* Unsere Bemühungen müssen ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gelten, wie es u. a. das SGB IX fordert.

Schlussgedanken und Zusammenfassung

Der Vortrag bot mir Gelegenheit, meine subjektive Interpretation des Themas in ausgewählten Schwerpunkten vorzutragen. Mein Anliegen dabei war nicht die Darstellung des gegenwärtigen wissenschaftlichen Diskussionsstandes zum Thema, sondern das Aufmerksammachen auf einige Stellen im Spannungsfeld zwischen

Autonomie und Angewiesenheit, wo ich Notwendigkeiten und Möglichkeiten der Veränderung in der Lebenswirklichkeit von Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung sehe, die in direktem Zusammenhang mit seelischer Gesundheit stehen und zu ihrer Genese beitragen können.

Trotzdem sei am Schluss noch auf Aspekte der gegenwärtigen Diskussion hingewiesen, die ich mit folgenden Merkmalen zu charakterisieren versuche:

1. In der Diskussion fehlt häufig die anthropologische Reflexion.
2. Es wird nicht immer auf Zusammenhänge zwischen Autonomie, Abhängigkeit und Wohlbefinden Bezug genommen.
3. Die Problematik wird dichotomisiert: Hier Selbstbestimmung – hier Fremdbestimmung oder: Hier Individuum – hier Gesellschaft.
4. Es wird nicht immer gesehen, dass die Entfaltung und Realisierung von Autonomie auf sozialer Abhängigkeit beruht (Modell 2 der Bedürfnisbefriedigung oder dass die Erziehung auch die Funktion einer advokatorischen Assistenz hat), dass Abhängigkeit und die Entstehung von Bindungen in der Kindheit die Voraussetzung für spätere Unabhängigkeit sind.
5. Es wird nicht immer erkannt, dass das Individuum soziale Bedürfnisse hat, die nur mit einer funktionierenden Gemeinschaft befriedigt werden können. Viele Individuelle Bedürfnisse sind deshalb gleichzeitig gemeinschaftstragende Bedürfnisse. Die Demokratie darf als jene Form des Zusammenlebens angesehen werden, in der individuelle und gesellschaftliche Bedürfnisse bestmöglich gleichzeitig zur Geltung gelangen. Sie verlangt nach dem mündigen Bürger.
6. Es wird nicht immer reflektiert, dass das Andauern eines Abhängigkeitsverhältnisses zur Interdependenz führt.
7. Es wird nicht immer reflektiert, dass das Erschließen von Freiheitsräumen für Selbstbestimmung in der Praxis auch die verantwortliche Ausfüllung dieser Räume *einschließlich der Vermittlung von Grenzen* beinhaltet.
8. Weil profunde Reflexionen ausbleiben, kommt es dazu, dass sich Diskussionsbeiträge mit Missverständnissen auseinandersetzen und Teilbereiche als Ganzes gewertet werden, z. B. bei der Neoliberalismus- und Budget-Diskussion.
9. Weil der Umstellungsprozess auf ein neues Paradigma des Zusammenlebens im persönlichen, institutionellen und gesellschaftlichen Bereich große Anstrengungen abverlangt, werden eindeutige Fehlentwicklungen aufgegriffen, um in einer Pars-pro-toto-Argumentation das neue Paradigma zu problematisieren.
10. Der Bedeutung ausfallender Kommunikation und des diskursiven Aushandelns von Grenzen und Möglichkeiten der Assistenz wird zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt.
11. Der Assistenzbegriff wird inflationär gebraucht und erfährt dadurch eine Entwertung, die seinem ursprünglichen Sinn nicht gerecht wird. Die Feinfühligkeit der Assistenzhandlung bei der Bedürfnisbefriedigung droht nicht mehr thematisiert zu werden, ebenso nicht die advokatorische Assistenz in der Erziehung und Lebensbegleitung.

12. Auch meine Ausführungen sind ein Beitrag zu dieser Diskussion. Sie wollen deutlich machen, dass Autonomie und Abhängigkeit zwei im individuellen Menschenleben miteinander verschränkte Größen sind, die Wohlbefinden und seelische Gesundheit bewirken können und dieses individuelle Leben als ein mit dem gesellschaftlichen Leben verschränktes Leben kennzeichnen.

Schließen möchte ich als ein Vertreter der Pädagogik in unserer interdisziplinären Gesellschaft mit einer Aussage zu unserer Disziplin. Sie liegt mehr als 25 Jahre zurück und findet sich in: Behinderung als soziale Abhängigkeit (HAHN 1981, 297f.):

„Übersehene, kleinste Entscheidungsmöglichkeiten, die an Bedürfnisse gekettet sind und nicht eingeräumt werden, können ein gewichtiges Stück Unfreiheit in der Lebenswirklichkeit der Menschen mit Behinderung bedeuten. Umgekehrt kann ihre Beachtung im Sinne des Prinzips (Einfügung: Prinzip Entscheiden lassen) ein Stück Menschlichkeit in ein Abhängigkeitsverhältnis bringen, einen Glück bringenden Faktor in der Lebenswirklichkeit darstellen.“

Entscheidungsmöglichkeiten einräumen heißt für den Erzieher nicht, sich durch zu große Freiräume, die er dem Kind zugesteht, von Konflikten freikaufen. Zu viel Freiheit mag vordergründig Konflikte ersparen. Da sich das Zuviel an der Verantwortlichkeit des Kindes misst, werden durch es langfristig Konflikte angelegt. – Entscheidungsmöglichkeiten einräumen heißt für den Erzieher aber auch nicht, Freiheitsräume bequem und risikofrei einzugrenzen. Freiheit in der Erziehung heißt, das Risiko eines Konfliktes einzugehen und ihn ggf. partnerschaftlich aufzuarbeiten. Erziehung kann und darf bei Menschen mit Behinderung nie auf dieses „Wagnis“ verzichten: Ein Verzicht impliziert die Depersonalisierung von Menschen zu Objekten.“

Literatur

- BUNDESVERBAND EVANGELISCHE BEHINDERTENHILFE E. V. (BEB),
BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER
BEHINDERUNG E.V., VERBAND, KATHOLISCHER EINRICHTUNGEN FÜR LERN-
UND GEISTIGBEHINDERTEE MENSCHEN E.V., VERBAND ANTHROPO-
SOPHISCHE HEILPÄDAGOGIK, SOZIALTHERAPIE UND SOZIALE ARBEIT E.V.
(2001): Gesundheit und Behinderung. Diakonie-verlag, Reutlingen
- BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE E.V. (Hrsg.) (1996):
Selbstbestimmung. Kongressbeiträge. Lebenshilfe-Verlag, Marburg
- EISENBERGER, J., HAHN, M. TH., HALL, C., KOEPP, A., KRÜGER, C., POCH-LISSER, B. (Hrsg.)
(1998): Menschen mit geistiger Behinderung auf dem Weg in die Gemeinde. Perspektiven aus
Wissenschaft und Praxis. (Berliner Beiträge zur Pädagogik und Andragogik von Menschen mit
geistiger Behinderung, Bd. 5.) Diakonie-Verlag, Reutlingen
- EISENBERGER, J., HAHN, M.TH., HALL, C., KOEPP, A., KRÜGER, C. (HRSG.) (1998):
DasNormalisierungsprinzip – vier Jahrzehnte danach. Veränderungsprozesse stationärer
Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung. (Berliner Beiträge zur Pädagogik und
Andragogik von Menschen mit geistiger Behinderung, Bd. 7) Diakonie-Verlag, Reutlingen 1998
- FISCHER, U., HAHN, M. TH., KLINGMÜLLER, B., SEIFERT, M. (Hrsg.) (1993): WISTA-Experten-
Hearing 1993. Wohnen im Stadtteil für Erwachsene mit schwerer geistiger Behinderung. (Berliner
Beiträge zur Pädagogik und Andragogik von Menschen mit geistiger Behinderung, Bd. 1)
Diakonie-Verlag, Reutlingen
- FISCHER, U., HAHN, M. TH., KLINGMÜLLER, B., SEIFERT, M. (Hrsg.) (1996): Urbanes Wohnen
für Erwachsene mit schwerer geistiger Behinderung. Herausforderung – Realität – Perspektiven.
(Berliner Beiträge zur Pädagogik und Andragogik von Menschen mit geistiger Behinderung, Bd. 2)
Diakonie-Verlag, Reutlingen

- FISCHER, U., HAHN, M. TH., LINDMEIER, CHR., REIMANN, B., RICHARDT, M. (Hrsg.) (1998): Wohlbefinden und Wohnen von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung. Tagungsbericht des Projektes WISTA. (Berliner Beiträge zur Pädagogik und Andragogik von Menschen mit geistiger Behinderung, Bd. 6) Diakonie-Verlag, Reutlingen
- HAHN, M. Th. (1981): Behinderung als soziale Abhängigkeit. Reinhardt. München
- HAHN, M. Th. (1983): Von der Freiheit schwerbehinderter Menschen: anthropologische Fragmente. In: HARTMANN, N. (Hrsg.): Beiträge zur Pädagogik der Schwerstbehinderten. G. Schindele Verlag, Heidelberg 132-141
- HAHN, M. Th. (1987): Selbstbestimmung bei Menschen mit Schwerst- und Mehrfachbehinderungen. In: Bundesverband für spastisch Gelähmte und andere Körperbehinderte e. v. (Hrsg.): Pädagogische Förderung schwerstbehinderter Kinder und Jugendlicher. Bundesverband für spastisch Gelähmte und andere Körperbehinderte e.V., Düsseldorf, 56-65
- HAHN, M. Th. (1990): Bewegung als Freiheit. In: HUBER, G. et al. (Hrsg.): Psychomotorik in Theorie und Pädagogik. verlag modernes lernen, Dortmund, 11-26
- HAHN, M. Th. (1992): Zusammensein mit Menschen, die schwerbehindert sind. Geistige Behinderung 31, 107-129
- HAHN, M. Th. (1994): Selbstbestimmung im Leben, auch für Menschen mit geistiger Behinderung. Geistige Behinderung 33, 81-93
- HAHN, M. Th. (1994): Wohnsituation und Autonomie bei Menschen mit schwerer geistiger Behinderung als Aufgabenfeld der Sonderpädagogik. Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete 63, 327-332
- HAHN, M. Th. (1996): "Helfen zu graben den Brunnen des Lebens . . ." In: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE (Hrsg.): Selbstbestimmung. Kongressbeiträge. Lebenshilfe-Verlag, Marburg, 22-27
- HAHN, M. Th. (1998): Menschen, die als schwer geistig behindert gelten. In: FISCHER, U., HAHN, M. Th., LINDMEIER, Chr., REIMANN, B., RICHARDT, M. (Hrsg.): Wohlbefinden und Wohnen von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung. (Berliner Beiträge zur Pädagogik und Andragogik von Menschen mit geistiger Behinderung, Bd. 6) Diakonie-Verlag, Reutlingen, 56-73
- HAHN, M. Th. (1999): Anthropologische Aspekte der Selbstbestimmung. In: WILKEN, E., VAHSEN, F. (Hrsg.): Sonderpädagogik und Soziale Arbeit. Luchterhand, Neuwied, 14-30
- HAHN, M. Th. (1999): Menschenbild und schwere geistige Behinderung. In: DÖRNER, G. et al. (Hrsg.): Menschenbilder in der Medizin. Medizin in den Menschenbildern. (Berliner Studien zur Wissenschaftsphilosophie & Humanontogenetik, Bd. 16) Kleine Verlag, Bielefeld, 596-604
- HAHN, M. Th. (2000): Selbstbestimmung als Begegnung mit dem Menschen. In: HEINEN, N., LAMERS, W. (Hrsg.): Geistigbehindertenpädagogik als Begegnung. verlag selbstbestimmtes leben, Düsseldorf, 15-21
- HAHN, M. Th. (2000): Behindertsein und Erziehung – aktuelle Aspekte der Heilpädagogik von Paul Moor. In: HAEBERLIN, U. (Hrsg.): Paul Moor als Herausforderung. Verlag Paul Haupt, Bern/Stuttgart/Wien, 57-68
- HAHN, M. TH., EISENBERGER, J., HALL, C., KOEPP, A., KRÜGER, C. (2003): Die Leute sind ja draußen aufgeblüht... Zusammenfassende Gesamtdarstellung des Projektes USTA. (Berliner Beiträge zur Pädagogik und Andragogik von Menschen mit geistiger Behinderung, Bd. 10) Diakonie-Verlag, Reutlingen
- HAHN, M. TH., FISCHER, U., KLINGMÜLLER, B., LINDMEIER, CHR., REIMANN, B., RICHARDT, M., SEIFERT, M. (Hrsg.) (2004): Warum sollen sie nicht mit uns leben? Stadtteilintegriertes Wohnen von Erwachsenen mit schwerer geistiger Behinderung und ihre Situation in Wohnheimen. (Berliner Beiträge zur Pädagogik und Andragogik von Menschen mit geistiger Behinderung, Bd. 11) Diakonie-Verlag, Reutlingen
- NIEHOFF, U. (2005): Care Ethics oder Ethik der Achtsamkeit. Fachdienst der Lebenshilfe 1/2005, 2-10
- SEIDEL, M., HENNICKE, K. (Hrsg.): Gewalt im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung. (Berliner Beiträge zur Pädagogik und Andragogik von Menschen mit geistiger Behinderung, Bd. 8) Diakonie-Verlag, Reutlingen 1999
- SEIFERT, M. (1996): Lebensqualität und Wohnen bei schwerer geistiger Behinderung. Theorie und Praxis. (Berliner Beiträge zur Pädagogik und Andragogik von Menschen mit geistiger Behinderung, Bd. 3) Diakonie-Verlag, Reutlingen
- SEIFERT, M. (1996): Wohnalltag von Erwachsenen mit schwerer geistiger Behinderung. Eine Studie zur Lebensqualität. (Berliner Beiträge zur Pädagogik und Andragogik von Menschen mit geistiger Behinderung, Bd. 4) Diakonie-Verlag, Reutlingen

Förderung seelischer Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung

Überlegungen im Lichte von Selbstbestimmung und Empowerment

Georg Theunissen

Einleitende Bemerkungen zum medizinischen Modell

Über Jahrzehnte hinweg war es Gepflogenheit, zwischen Behinderung und Nicht-Behinderung, Vernunft und Unvernunft, Körper und Seele sowie Gesundheit und Krankheit zu differenzieren. Nicht nur unser Alltagsleben, sondern gleichfalls Bereiche wie Wissenschaft oder Forschung waren von dieser traditionellen Aufspaltung geprägt. Demzufolge dominierte ein *medizinisches Modell*, das sich der Behandlung und Beseitigung von Krankheiten verschrieben hatte, um Gesundheit wiederherzustellen. Da im Rahmen dieses Modells seelische Krankheiten (psychische Störungen) ähnlich wie organische bzw. Körperkrankheiten betrachtet wurden, war die therapeutische Praxis in erster Linie individuum- bzw. symptomzentriert ausgerichtet. Außerdem hatte diese Denkfigur eine asketische Lebensführung zur Prävention von Krankheiten nahe gelegt (KEUPP 1992, 244).

Wenngleich das traditionelle medizinische Modell mit seinem asketischen Zug bis heute nachwirkt, gilt es seit etwa 20 Jahren als überholt. Erspürt wurden spezifische Unzulänglichkeiten, so zum Beispiel die unzureichende Beachtung sozialer Einflussfaktoren, allgemeiner Belastungen oder struktureller gesundheitsgefährdender Lebensbedingungen, die Vernachlässigung eines kontextuellen Veränderungsbedarfs, Grenzen des engen Paradigmas einer klinischen Therapie sowie Grenzen des Lexikons der Psychopathologie zur Erklärung seelischer Krankheiten, die Fokussierung einer individuumzentrierten Ursachenforschung und ein mangelndes Verständnis für seelische Krankheiten als Ausdruck von Beziehungs- oder Interaktionsstörungen.

Es wurde aber nicht nur das Unvermögen des medizinischen Modells erkannt, Gesundheitsprobleme der Bevölkerung angemessen zu lösen, sondern gleichfalls wurde wahrgenommen, dass diese traditionelle Denkfigur eine paternalistische Experten- bzw. Helferkultur mit spezifischen Implikationen erzeugt hatte: Kranke, behinderte, rat- oder hilfeschende Menschen wurden als inkompetent, anweisungs- und beliefungsbedürftig betrachtet oder gar denunziert, auf eine helferabhängige Passiv-Rolle festgelegt und als Objekte einer Behandlung oder Versorgung verdinglicht.

Hinwendung zu einer Gesundheitsförderung

All diese Momente, die Unzufriedenheit mit der herkömmlichen Problemsicht sowie das Gefühl und die Erfahrung, durch Experten therapeutisch entmündigt zu werden, waren letztendlich wegbereitend für eine weltweite *Gesundheitsbewegung* (People's Health Movement), „die von dem Gedanken der Selbstbestimmung über Gesundheit, einer Abkehr vom Expertentum der Medizin und einer Hinwendung zu alltagsnahen, lebensweltbezogenen ... Gesundheitsförderungskonzepten ... geprägt ist“ (PAULUS 1998, 13).

Die wohl bedeutsamste Errungenschaft dieser Bewegung ist die im November 1986 verabschiedete *Ottawa-Charta* der Weltgesundheitsorganisation (WHO), durch die ein Paradigmenwechsel eingeleitet wurde: Spätestens seit dieser Charta wird nämlich Gesundheit nicht mehr als bloße Abwesenheit von Krankheit definiert, sondern als ein Konzept aufgefasst, das auf die Erhaltung und Förderung individuellen Wohlbefindens hinausläuft und die aktive Beteiligung und Partizipation Betroffener betont. Zugleich wird von „ganzheitlich' ausgerichteten Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen“ (SCHNEIDER 1998, 64) ausgegangen, die sich einerseits auf die Vernetzung des Individuums mit verschiedenen Faktoren aus der biologischen und sozialen Umwelt beziehen und andererseits Gesundheit als eine Lebensenergie betrachten, mit Problemen, kritischen Lebensbedingungen oder –ereignissen fertig zu werden, die das körperliche, seelische oder soziale Wohlbefinden beeinträchtigen (ebd., 67; KAMPS 1998, 119).

Bemerkenswert ist, dass diese ganzheitliche Sicht eine individuelle und soziale Komponente impliziert, der die Ottawa-Charta Rechnung trägt, indem sie grundlegende Voraussetzungen für Gesundheit (angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, soziale Gerechtigkeit, Chancengleichheit...) nennt, deren Implementierung eine „gesundheitsfördernde Gesamtpolitik“ verlangt, bei der es nicht nur um medizinisch-kurative, klinische und soziale Versorgungsleistungen geht, sondern ebenso (vor allem) um die Schaffung gesundheitsgerechterer Rahmenbedingungen bzw. gesundheitsförderlicher Lebenswelten (ebd., 169). Vor diesem Hintergrund zielt Gesundheitsförderung gemäß der Charta „auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (167); oder anders gesagt: „Gesundheitsförderung ... will Menschen helfen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und Lebenswelt auszuüben“ (170). Dabei wird davon ausgegangen, dass Menschen ihr Gesundheitspotential nur dann angemessen entfalten können, wenn sie persönlich wie ebenso in Gruppenzusammenschlüssen „auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können“ (ebd., 168).

Prävention neu buchstabiert: Salutogenese und Ressourcenorientierung

Mit dieser Perspektive kommt zugleich ein *neues Präventionsverständnis* zum Vorschein, das anstelle einer auf Verzicht, Askese oder Einschränkungen ausgerichteten Gesundheitsfürsorge die Gestaltung von Lebenschancen durch

Nutzung individueller und sozialer Ressourcen zur Gewinnung von mehr Wohlbefinden als zentrales Moment psychischer Gesundheit fokussiert.

Theoretische Bezugspunkte dieses Umbruchs liefern Ansätze aus der sogenannten Resilienzforschung (dazu GARMEZY 1991; KOBASA 1979; RUTTER 1987; WERNER 1997) sowie das Konzept der „Salutogenese“ von ANTONOVSKY (1991; 1997), die nicht in gewohnter Manier nur Defizite oder das Fehlerhafte beleuchten, nach Risiko- oder krankmachenden Faktoren Ausschau halten, sondern quasi kontrapunktisch der (alternativen) Frage nachgehen, wie es Menschen trotz ungünstiger Lebensbedingungen, hoher Belastungen oder eines riskanten Lebensstils schaffen, nicht psychisch zu erkranken. Solche Personen wird eine *Stärke* im Sinne einer *Widerstandskraft* (Resilienz) nachgesagt, die durch eine günstige Bindungserfahrung maßgeblich befördert wird (SCHORE 2003) und nicht allein aus personinhärenten Merkmalen, sondern aus dem Zusammenspiel individueller und sozialer Schutzfaktoren resultiert (SALEEBEY 1997). Wesentliche Faktoren, die nachweislich in ihrem Zusammenwirken (nicht singular!) eine protektive Synergiewirkung gegenüber psychischen Störungen, Krisen oder Dekompensationen erzeugen, sind:

- körperliche Gesundheit und Widerstandskraft;
- Vertrauen in eigene Ressourcen, auch Lebenskrisen oder Belastungen bewältigen zu können;
- „gesunder“ Lebensoptimismus und Realismus;
- positives Selbstwertgefühl und Selbst-Konzept;
- Bereitschaft, sich Lebensproblemen zu stellen und damit aktiv auseinander zu setzen;
- flexible Anpassung an Umbrüche, einschneidende Veränderungen des Lebens oder kritische Situationen;
- finanzielle und materielle Absicherungen;
- subjektiv bedeutsame, erfüllende Arbeit und günstige Bedingungen am Arbeitsplatz;
- Verfügbarkeit von verlässlichen Vertrauenspersonen (z. B. Freunde, Verwandte);
- Verfügbarkeit informeller sozialer Netze und Unterstützung (z. B. durch gute nachbarschaftliche Beziehungen, freiwilligen Agenturen, Selbsthilfe-Kontaktstelle);
- Verfügbarkeit professioneller Unterstützungsangebote und -systeme (z. B. gut ausgebaute Gesundheits- und Beratungsdienste; Sozialstationen; Tageskliniken).

KOBASA & PUCETTI (1983, 840f.) betrachten dabei „*Hardiness*“ als übergreifendes Resilienz-Konstrukt, das sich aus der Überzeugung, Ereignisse *kontrollieren* zu können, aus der Fähigkeit, Stressoren als *Herausforderung* zu betrachten und aus der Vorstellung, in Gestaltungsmöglichkeiten des Lebens sinnvoll *eingebunden* zu sein, zusammensetzt.

Für ANTONOVSKY (1991; 1997) stellt hingegen das „*Gefühl der Kohärenz*“ (sense of coherence) die wichtigste individuelle Widerstandsressource dar, „*die durch den*

festen Glauben an ein verstehbares, bedeutungsvolles und beeinflussbares Leben gekennzeichnet ist“ (GUNKEL & KRUSE 2004, 17; Hervorhebung im Original). Hierzu gibt es zahlreiche Untersuchungen, die den Nachweis erbringen, dass das Kohärenzgefühl mit positiven Aspekten psychischer Gesundheit (z. B. mit einem geringeren Ausmaß psychischer Störungen, einem besserem seelischen Wohlbefinden, einer höheren Lebenszufriedenheit) signifikant korreliert (GUNKEL & KRUSE 2004, 18F.; LAMPRECHT & GUNKEL 2004, 182ff.).

Alles in allem führen die salutogenetischen Ansätze Menschen ein positives Denken, Lebenszuversicht und vor allem ein Vertrauen in eigene Fähigkeiten vor Augen, kritische Lebenssituationen, gesundheitliche Belastungen oder Gefährdungen durch eine Mobilisierung individueller Stärken und Nutzung sozialer Ressourcen meistern zu können, so dass das Leben trotz aller Risiken einen subjektiv bedeutsamen Sinn erfahren und mit eigenen Lebenszielen, Interessen, Bedürfnissen oder Wünschen in Einklang gebracht werden kann.

Die Beachtung der Salutogenese und der Erkenntnisse aus der Resilienzforschung ist ohne Zweifel gegenüber der herkömmlichen Orientierung an krankmachenden Faktoren, Krankheits- oder auch Behinderungsbildern ein wichtiger Fortschritt auf dem Gebiete der Gesundheitsprävention. Gleichwohl besteht die Gefahr, den Ansatz der Salutogenese dahingehend misszuverstehen, dass nur noch nach dem Ausschau gehalten und das getan wird, was einem *persönlich* gut tut. Das aber könnte in einen hedonistisch geprägten, asozialen Individualismus münden sowie „Gewinner“ und „Verlierer“ erzeugen: Erfolgreiche, die es schaffen, die vielfältigen Lebenschancen und Ressourcen für sich zu nutzen und Opfer, denen Ressourcen fehlen und die dennoch für ihr Unglück, Leid oder ihre gesundheitlichen Probleme als selbstverantwortlich gelten (KEUPP 1992, 245f.).

Nun ist es aber erklärtes Ziel der Ottawa-Charta wie auch der *Jakarta Declaration on Health Promotion*, die auf einer Nachfolgekonferenz der WHO im Juli 1997 von über 400 Teilnehmer/innen aus 78 Staaten einstimmig verabschiedet wurde, *allen* Menschen zu einem größeren Maß an Kontrolle und Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu verhelfen; und bis heute hat sich an diesem Leitziel nichts geändert (vgl. hierzu die Webseiten der People's Health Movement). Vor diesem Hintergrund ist nicht nur die Absolutsetzung eines hedonistischen Individualismus „eine Blickverengung“ (KEUPP 1992, 246), sondern ebenso die Ausrichtung gesundheitsfördernder Programme an privilegierte soziale Gruppen. Soll eine Gesundheitsförderung allen zugute kommen, ist es vielmehr geboten, beim Letzten oder Schwächsten zu beginnen, so wie es DÖRNER (2006) mit seinem „kategorischen Imperativ der Solidarität“ empfiehlt.

Wenn wir dieser Überlegung folgen, bedarf es der Einbettung der salutogenetischen und ressourcenorientierten Ansätze wie ebenso des Selbstbestimmungsgedankens in eine gesundheitsfördernde Rahmenkonzeption, die jegliche Ausgrenzung verbietet. Dies zu leisten verspricht das in der Sozialen Arbeit und Heilpädagogik favorisierte Empowerment-Konzept (HERRIGER 2002; THEUNISSEN 2007), dessen Grundeinsichten auch in der Jakarta Declaration Eingang gefunden haben.

Empowerment

Der aus dem angloamerikanischen Sprachraum stammende Begriff des Empowerment wird nicht selten mit „Selbstbefähigung“, „Selbstermächtigung“ oder „Selbstbemächtigung“ übersetzt. Solche Übersetzungen greifen jedoch zu kurz und werden dem Anliegen nicht gerecht, welches mit Empowerment als Bezugskonzept für die Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta und Jakarta Declaration verbunden wird. Diesbezüglich bietet es sich an, den Begriff durch vier Aspekte zu erschließen:

1. durch *individuelle Selbstverfügungskräfte*, die es dem Einzelnen ermöglichen, gesundheitliche Probleme oder Belastungssituationen aus eigener Kraft zu bewältigen;
2. durch eine *politisch ausgerichtete Durchsetzungskraft*, indem sich zum Beispiel gesellschaftlich marginalisierte Menschen in Selbstvertretungsgruppen organisieren und sich in Gemeinschaftsaktionen für eigene Gesundheitsbelange engagieren;
3. durch Formen einer *Selbstaneignung von Wissen und Selbstbefähigung*, um das eigene Leben besser kontrollieren und auf die eigene Gesundheit und Lebenswelt mehr Einfluss nehmen zu können;
4. durch Formen *professioneller Unterstützung*, indem zum Beispiel Menschen mit Lernschwierigkeiten zu einem höheren Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit und ihr Leben befähigt werden. An dieser Stelle steht Empowerment für eine Praxis, die bereit sein muss, das traditionelle paternalistische Helfermodell aufzugeben und sich auf Prozesse der *Konsultation und Zusammenarbeit*, eines gemeinsamen Suchens und Entwickelns von Lösungswegen, einzulassen.

Diesen vier Zugängen liegt ein ethischer Werterahmen zugrunde, der aus den ersten Empowerment-Aktionen des schwarzen Amerikas hervorgegangen ist, die Gesundheitsbewegung und die Deklarationen der WHO nachhaltig beeinflusst hat und das Fundament der Empowerment-Praxis bildet.

Selbstbestimmung

Der erste zentrale Grundwert ist die Selbstbestimmung des Menschen. Im Sinne der Ottawa-Charta und Jakarta Declaration wird ein erfülltes Leben als ein autonomes (selbstbestimmtes), in die Eigenverantwortung des Subjektes gestelltes Leben verstanden. Mit dem Begriff des „Selbst“ verbindet sich eine moderne Vorstellung der Identität und des Subjektes. Der Wortteil „Bestimmung“ kann im Sinne von Erkennen gelesen werden, zugleich bedeutet er aber auch, Macht über etwas haben. Selbstbestimmung verweist also von der Wortgeschichte her „auf ein einzelnes Wesen, das sich erkennt, indem es sich definiert und zugleich Macht über sich ausübt“ (WALDSCHMIDT 2003, 14).

Diese Begriffsbestimmung führt uns in die Zeit der *Aufklärung*. Bekanntlich betrachtet KANT den Menschen als ein zur Selbstbestimmung fähiges Wesen. Selbstbestimmung wird dabei aber nicht nur als soziale Unabhängigkeit, sondern vor allem als Unabhängigkeit von der Sinnenwelt (von Bedürfnissen, Emotionen...) gedeutet. Dies begründet KANT mit der *praktischen Vernunft*, mittels derer ein Mensch in der Lage sei, auch unangenehme Sinneseindrücke (z. B.

organische Krankheiten oder psychische Störungen, Stress) zu überstehen, für sich erträglich zu machen. Selbstbestimmung kann also demnach eine Erkrankung als einen vorübergehenden Zustand in ihr Konzept integrieren.

Erhebliche Schwierigkeiten ergeben sich jedoch, wenn Personen diese praktische Vernunft abgesprochen wird. Dies betrifft nicht wenige Menschen mit Lernschwierigkeiten, aber auch Personen mit Demenzen oder anderen schweren psychischen Störungen. Offensichtlich gelten Personen mit verminderten kognitiven Fähigkeiten nicht immer in der Lage, Situationen adäquat einzuschätzen und entsprechende Entscheidungen zu treffen. *“Wenn das eigene und auch das fremde Handeln und seine situativen Zusammenhänge begründet und bewertet werden müssen, so ist dazu Einsicht erforderlich. Wie ist dann Autonomie bei Menschen mit eindeutig verminderter Einsicht möglich? Bestehen da nicht unüberschreitbare intellektuelle Grenzen, wenn es um die praktische Vernunft geht?”* (SPECK 2001, 25; Hervorhebung im Original). Mit dieser Fragestellung greift SPECK nicht nur eine Alltagserfahrung auf, sondern er führt uns zugleich das zentrale Problem des hier anskizzierten Selbstbestimmungskonzepts vor Augen, welches als philosophisches Paradigma einer Gesundheitsförderung, die alle Menschen erreichen will, kritisch gesehen, ja verworfen werden muss.

Nun gibt es noch andere Modelle und Möglichkeiten, den Selbstbestimmungsgedanken für ein gesundheitsförderndes Programm zu erschließen (dazu z. B. HAHN 1983; auch KULIG & THEUNISSEN 2006). So bildet zum Beispiel eine *normative, rechtlich kodifizierte Argumentationslinie* den fühlbaren Hintergrund der beiden WHO-Deklarationen wie auch des kürzlich verabschiedeten ICF-Systems der WHO, das sich einem neuen Verständnis von Behinderung verschrieben hat und sich vom *Recht auf Selbstbestimmung* aller Menschen mit Behinderungen leiten lässt. Als grundlegend dafür werden die allgemeinen Menschenrechte angesehen, auf die sich Menschen mit Behinderungen berufen, wenn sie als „Experten in eigener Sache“ eigene, selbstverantwortliche Entscheidungs- und Regiekompetenzen einfordern.

Aber auch diese zweite Orientierungsgrundlage kommt ohne Einsichten, ohne die Bindung von Selbstbestimmung an die praktische Vernunft, nicht aus. Um dennoch Ausgrenzungen zu vermeiden, schlägt SPECK (2001, 25) vor, von der *Unbestimmtheit des Selbstbestimmungsbegriffs* auszugehen: So ist zum Beispiel nicht vollständig definierbar, was Selbstbestimmung im Lichte einer Handlungsautonomie (selbstständiges Handeln) und einer Bewusstseinsautonomie (Einsicht) heißen sollen. *„Die Erfahrung lehrt uns, dass beide Realitäten bei mental Behinderten zweifelsfrei beobachtet werden können“* (ebd., 25) – sei es nur rudimentär, im Gefühlsausdruck oder auf der Ebene der „Leiblichkeit“ wahrnehmbar. Da *„Selbststeuerung als Funktion eines sich selbst organisierenden Organismus immer gegeben ist“* (25), muss die Selbstbestimmungsfähigkeit grundsätzlich angenommen werden.

Von dieser Argumentation aus ist der Schritt nicht weit, ihre Förderung – wie in den WHO-Deklarationen ausgewiesen - zum Grundsatz der Gesundheitsförderung zu erheben. Damit betreten wir das Feld der Pädagogik, die in den letzten Jahren prominente zielgruppenbezogene Ansätze hervorgebracht hat. Das betrifft vor allem den in der US-amerikanischen Sonderpädagogik und Behindertenarbeit weit

verbreiteten und hoch geschätzten Entwurf von WEHMEYER et al. (1992; 1999), der die Selbstbestimmung mit Einstellungen und Fähigkeiten in Verbindung bringt, „die für ein Individuum nötig sind, um als erster Experte (*primary causal agent*) das eigene Leben zu gestalten und eine Auswahl von Dingen sowie Entscheidungen frei von ungebetenen, externen Einflüssen“ zu treffen. Selbstbestimmung gilt hierbei als ein Entwicklungsprozess, der das ganze Leben anhält und sich auf Handlungen bezieht, die durch spezifische Charakteristika gekennzeichnet werden können, so zum Beispiel durch „freies“, autonomes Entscheiden und Handeln der Person, durch eine Selbstaktualisierung in Form eines bewussten Rückgriffs auf eigene Stärken, durch die Möglichkeit, sich selbst Ziele zu setzen und danach zu handeln, durch ein „selbstgeregeltes“ bzw. selbstkontrolliertes Verhalten, durch die Überzeugung, über wichtige Lebensumstände Kontrolle zu haben oder durch eine auf Selbst-Erkenntnis aufbauende Lebensverwirklichung nach eigenen Vorstellungen.

Dieses Konzept birgt allerdings die Gefahr, die Idee des freien, unabhängigen Individuums absolut zu setzen, das Selbst als eine „egobezogene Größe“ zu erhöhen und die Konstituierung des Selbst als und im Prozess der Auseinandersetzung mit Anderen und der Umwelt weithin auszublenden. Käme es zu einer solchen Entwicklung, hätten wir es mit einer Förderung von Selbstbestimmung zu tun, die in einem Gewande einer reinen Selbstbezüglichkeit (grenzenloser Individualismus) keine ethischen Implikationen (Personen mit moralischer Tiefe) mehr erkennen ließe.

Genau an dieser Stelle setzt das von uns vertretene Empowerment-Konzept an, das diese Widersprüchlichkeiten aufgreift und ein Programm formuliert, welches das Soziale, die Du-Bezogenheit und Gesellschaftlichkeit des Individuums, nicht aus dem Blick verliert (dazu THEUNISSEN 2000; 2007).

Wie sich – so der Ausgangspunkt - Selbstbestimmung entfaltet und artikuliert, ergibt sich aus dem Zusammenspiel individueller und sozialer Faktoren, was sich am Identitäts- oder Selbstkonzept verdeutlichen lässt: Jedes Individuum will im Rahmen sozialer Kommunikation sein Selbst (Identität) einbringen und darstellen (GOFFMAN 1967). Dieses gilt sowohl für das *personale Selbst* als einzigartige Kombination von biographischen Daten, Körpermerkmalen und subjektiven Momenten (Bedürfnissen), als auch für das *soziale Selbst*, das als antizipiertes und perzipiertes Bild der eigenen Person in den Augen Anderer auf Grund von Zuschreibungen und sozialen Erwartungen zustande kommt und das Individuum zur Rollenübernahme und zu einem „sozial angepassten“ Rollenspiel verpflichtet. Als *Selbst-Konzept* (Ich-Identität) erscheint sodann die ständig zu erbringende Leistung, beide Momente ins Verhältnis zu setzen und zu balancieren. Dieser Balanceakt bewirkt zugleich psychisches Wohlbefinden und hat für die seelische Gesundheit des Einzelnen konstitutive Bedeutung.

Der Grad der Selbstbestimmung ist nach diesem Modell dann am größten, wenn sich das Individuum weder einem „inneren Zwang“ (überhöhte personale Selbst-Ansprüche; rücksichtslose Bedürfnisdurchsetzung; zwanghafte Triebhaftigkeit) ergibt, noch durch ein starres, von außen aufoktroiertes, entwicklungshemmendes Normengefüge festlegen und bestimmen lässt. Dazu wie überhaupt zur Entwicklung von Selbstbestimmung bedarf es einer „haltgebenden“ Lebenswelt,

die es versteht, Autonomieprozesse zu erkennen, wertzuschätzen und zu unterstützen ohne dabei eine „moralische Erziehung“ zu vernachlässigen: Denn Selbstbestimmung im Sinne von Empowerment ist „*weder ein naturhafter Mechanismus [...], den man sich selbst überlassen könnte, noch ein Freibrief für subjektive Willkür... Zur Selbstbestimmung gehört demnach auch die Selbstbeherrschung, das Erlernen von Rücksicht gegenüber Anderen und das Einhalten gemeinsam vereinbarter Regeln. [...] Regeln, wie 'Verletze niemanden!' müssen reale Gültigkeit haben*“ (SPECK 2001, 25).

Dieses Modell, das Selbstbestimmung als eine *soziale Kategorie* begreift, hat somit eine heuristische Funktion, wenn es die Förderung psychischer Gesundheit geht; und dazu zählen insbesondere auch Bemühungen, Verhaltensauffälligkeiten oder psychische Störungen in ihrer Funktion, Zweck- und Sinnhaftigkeit zu verstehen, zum Beispiel als „verzweifelte“ Ausdrucksformen von Selbstbestimmung positiv zu konnotieren und in einen Neuaufbau von Identität zu überführen wie gleichfalls „kritische“ Lebenslagen, belastende Situationen oder Formen einer Fremdbestimmung durch institutionelle Bedingungen zu eruieren, die einer psychischen Gesundheit abträglich sind.

Demokratische und kollaborative Partizipation

Der zweite Grundwert, der vom Selbstbestimmungsgedanken nicht losgelöst betrachtet werden kann und gleichfalls in den WHO-Deklarationen Eingang gefunden hat, ist die „demokratische und kollaborative Partizipation“ (PRILLELTENSKY 1994, 360). Er besagt: „*Wo immer Menschen von Entscheidungen betroffen sind, haben sie ein Recht auf Mitbestimmung!*“ (GALTUNG 2000, 109, 116). Dieser Teilhabe-Grundsatz, den wir hier aus Platzgründen nur anskizzieren, hebt zugleich „die Gestaltungsmöglichkeiten einer postmodernen Gesellschaft mit der Erweiterung der Potentiale von Individuen und Gruppen [hervor, G.T.] wie auch die identitätsstiftenden Prozesse der Gemeinschaft“ (STARK 1996, 72), so zum Beispiel die Bildung einer Solidargemeinschaft von Menschen mit gleichgelagerten Interessen, die sich nicht von herrschenden oder einflussreichen Mächten (z. B. Wohlfahrtsorganisationen; Berufs- oder Fachverbände, ärztliche Standesorganisationen) bevormunden lassen möchte.

Verteilungsgerechtigkeit

Mitbestimmungsrechte oder auch freie Wahlen sind keineswegs die einzigen Bestimmungsmerkmale eines demokratischen Systems. Der Wert der demokratischen und kollaborativen Partizipation bemisst sich ebenso daran, inwieweit eine „*faire und gerechte Verteilung von Ressourcen und Lasten in der Gesellschaft*“ (PRILLELTENSKY 1994, 306) gegeben ist. Damit kommen wir zu einem dritten Bezugswert, dem gleichfalls in den WHO-Deklarationen Beachtung geschenkt wird, wo grundlegende materielle Bedingungen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit als konstituierende Momente von Gesundheit ausgewiesen werden. Vertreter des Empowerment-Konzepts gehen in dem Zusammenhang davon aus, dass Wohlstand und Macht in unserer Gesellschaft ungleich verteilt sind und dass sozialen Randgruppen (z. B. Menschen mit Behinderungen) der Zugang

zu allgemeinen gesellschaftlichen Bereichen bzw. „regulären“ Systemen (z. B. allg. Bildungs- und Gesundheitswesen, allg. Arbeits- oder Wohnungsmarkt) erheblich erschwert, ja nicht selten verwehrt werde. Dieses Problem der Exklusion befördere eine „Demoralisierung“ (KEUPP 1992, 246) betroffener Personen, die durch ein geringes Selbstwertgefühl, durch Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit sowie durch eine fatalistische Einstellung geprägt sei, dass es letztlich keinen Sinn mache, „sich für oder gegen etwas einzusetzen“ (ebd., 246). Nur wenigen gelänge es, sich erfolgreich gegen Diskriminierung, Ausgrenzung und Benachteiligung zur Wehr zu setzen, weshalb eine „kollaborative Allianz“ (TURNBULL & TURNBULL 1997) von Betroffenen, Professionellen und informellen Unterstützern notwendig sei, um Verteilungsgerechtigkeit und Chancengleichheit herzustellen. Was aber geschieht, wenn herrschende Mächte, privilegierte oder einflussreiche Gruppen, eine gerechte und faire Verteilung der gesellschaftlichen Ressourcen nicht wollen und Ansprüche von Menschen in marginaler Position als Angriff gegen die eigene Selbstbestimmung oder Freiheit erleben? In dem Falle gelten aus der Empowerment-Sicht die allgemeinen Menschenrechte und die damit verknüpften Grundbedürfnisse (z. B. materielles Bedürfnis nach Überleben, Bedürfnis nach Wohlbefinden, Freiheit, Identität) als letzte Garanten für den Schutz von marginalisierten Menschen. Das heißt, dass Entscheidungen, die von herrschenden Mächten beschlossen werden, Grundrechte und allgemeine Grundbedürfnisse nicht verletzen dürfen (GALTUNG 1994, 91ff.). Diese stehen „auf gleicher Ebene“ (ebd. 2000, 15), weshalb gesellschaftliche oder soziale Systeme (z. B. USA) zu kurz greifen, die die individuelle (geistige) Freiheit als Hauptwert erachten und das körperliche oder soziale Wohlbefinden niedriger bewerten.

Konsequenzen für die Praxis

Diese drei Grundwerte des Empowerment-Konzepts müssen nunmehr auf handlungsbezogener Ebene einer Gesundheitsförderung zum Tragen kommen, die es *zielgruppenbezogen* zu erschließen gilt. In diesem Sinne unterscheiden wir vier Handlungsebenen (ausführlich THEUNISSEN 2000, 153ff.; 2007):

Zur subjektzentrierten Ebene

Auf der subjektzentrierten Ebene geht es um die Arbeit mit dem Einzelnen, die sich bei nicht wenigen Menschen mit Lernschwierigkeiten zunächst einmal auf die *Förderung von Selbstbestimmung* (bewusstseins- und handlungsbezogen) bezieht. WEHMEYER et al. (1999) haben mit ihrem Operationalisierungsversuch von Selbstbestimmung die Richtung für entsprechende pädagogische Unterstützungsleistungen angegeben. Hierzu gibt es eine breite Palette „passgenauer“ Lernprogramme (z. B. Problemlösungstraining, soziales Kompetenztraining, Selbstbehauptungstraining, Kommunikationstraining), die freilich nur dann für eine Gesundheitsförderung tragfähig sein können, wenn sie einerseits mit *gesundheitsrelevanten Themen einer Bildung* (z. B. in Bezug auf Stress, Lebensstil, Beziehungen) verknüpft werden und wenn andererseits der Lebensalltag persönliche Wahl-, Entscheidungs-, Kontroll-, Partizipations-, Mitsprache- und Mitgestaltungsmöglichkeiten gestatten (BAMBARA, COLE & KOGER 1998).

Allein daher muss die subjektzentrierte Ebene mit den anderen Handlungsebenen verknüpft werden.

Darüber hinaus sieht die subjektzentrierte Ebene auch eine *Assistenz* von Menschen mit geistiger Behinderung bei der Erstellung *persönlicher Zukunfts- oder individueller Hilfepläne* vor. Solche Angebote sollten je nach Situation im Rahmen von *Unterstützerkreisen* (circle of supports; circle of friends) realisiert werden.

Des Weiteren werden Wege fokussiert, die in salutogenetischer Orientierung den Einzelnen zur Entdeckung des Gefühls von Kohärenz und individueller Stärke anstiften und ihm zur Entwicklung neuer Lebenskräfte und Handlungskompetenzen (Bewältigungsmuster) verhelfen soll. Für diese *Ressourcenaktivierung*, welche den Aufbau und die Pflege einer *vertrauensvollen Beziehung* voraussetzt, nutzt die Empowerment-Praxis verschiedene Methoden aus der Sozialen Arbeit und Formen einer systemischen Konsultation (dazu HERRIGER 2002). Ein prominentes methodisches Werkzeug ist der sog. *Kompetenzdialog* (ebd., 95ff.), der vor dem Hintergrund einer biographischen Rückschau weniger die Schattenseiten des Lebens (Nullpunkt-Erfahrungen) bilanziert, sondern „kleine Erfolgsgeschichten“ (positive Seiten) zur Sprache bringt, um damit zu neuem Lebensmut anzustiften. Diese Entdeckungsreise kann sehr wohl auch auf nonverbalem Wege (z. B. durch Erschließung basaler, affektiver Ausdrucksformen bzw. der sog. Leiblichkeit) im Rahmen einer dialogischen Begegnung erfolgen. Dadurch können Menschen, die als geistig schwerst- und mehrfach behindert gelten, erreicht werden.

Zur gruppenbezogenen Ebene

Auf gruppenbezogener Ebene kommt es zu einer engen Verschränkung von sozialer Gruppenarbeit, Konsultation und sozialer Netzwerkarbeit. Ein Arbeitsschwerpunkt bezieht sich auf die (Wieder-)Herstellung von tragfähigen Beziehungen und Verbindungen *privater Netzwerke* (Familien, Freundeskreis, Nachbarschaften), sodass soziale Ressourcen und soziale Unterstützung im vertrauten Nahbereich verfügbar sein können. Ferner zielt die Empowerment-Praxis auf die Entwicklung, Förderung und Unterstützung von *Selbsthilfe-Initiativen* (z. B. eines Peer Counselling) und *Selbstvertretungsgruppen* sowie auf die Vernetzung solcher Systeme auf überregionaler Ebene, sodass sich Menschen mit gleichgelagerten Anliegen und Interessen zusammenfinden und gesundheitspolitisch einmischen können (policy making). Insgesamt betrachtet soll diese Form der Netzwerkarbeit eine „*inklusive Gemeindekultur*“ befördern (community inclusion), in der *alle* Menschen, mit oder ohne Behinderung, willkommen sind, miteinander kommunizieren, wenn nötig Unterstützung erhalten - kurz um sich wohlfühlen können (dazu THEUNISSEN 2006a). „*Das Gefühl, in eine schützende, unterstützende oder ermutigende Lebenswelt eingebunden zu sein*“ (KEUPP 1992, 248), gilt hierbei als ein wichtiger gesundheitsprotektiver und –fördernder Faktor.

Zur institutionellen Ebene

Da viele Menschen mit Lernschwierigkeiten in (großen) Einrichtungen leben, macht es für die Empowerment-Praxis Sinn, die institutionelle Ebene zu beleuchten, um gemeinsam mit den Betroffenen (bzw. im Interesse derer, die nicht für sich selber sprechen können) und ihren Bezugspersonen (z. B. Mitarbeitern, Angehörigen, gesetzlichen Betreuern) institutionelle Veränderungs- oder Verbesserungsmöglichkeiten zur Gewinnung von mehr Lebensqualität zu erschließen. Dabei geht es um die Überwindung (psychisch) krankmachender Faktoren, die die Institution betreffen, um die Schaffung von Bedingungen, unter denen Betroffene einen gesunden Lebensstil entwickeln können, um die Implementierung demokratischer Entscheidungsstrukturen, um Mitbestimmungsmöglichkeiten, um Partizipation (Teilhabe) wie auch um die Schaffung „deinstitutionalisierter“ Strukturen zum Beispiel im Bereich des Wohnens. Interessant sind in dem Zusammenhang Erkenntnisse aus empirischen Studien (dazu THEUNISSEN 2006b), denen zu entnehmen ist, dass ab einer Wohngruppengröße von sechs Personen der Grad der Selbstbestimmung für den Einzelnen erheblich eingeschränkt wird. Von Betroffenen sowie wissenschaftlich favorisiert werden daher kleine und vor allem *häuslich gestaltete* Wohnformen (z. B. Verzicht auf zentrale Versorgungsleistungen), die nachweislich ein hohes Maß an Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden bewirken können.

Zur sozialpolitischen und gesellschaftlichen Ebene

Schließlich sind auf einer vierten Ebene Menschen in marginaler Position, Selbsthilfe-Initiativen oder Selbstvertretungsgruppen (People First) in Bezug auf Möglichkeiten einer politischen Einmischung (policy making) auf dem Gebiete des Gesundheits- und Sozialwesens anzuregen und zu unterstützen. Empowerment steht hier für *Adressatenbeteiligung* (z. B. Betroffene als Mitglieder eines Behindertenbeirats auf kommunaler und überregionaler Ebene) und wendet sich gegen die Gepflogenheit von Sozialverwaltungen, Wohlfahrtsverbänden oder anderen Organisationen, Programme einer Gesundheitsförderung (z. B. Konzepte und Leistungsangebote psychosozialer und rehabilitativer Hilfen) weitgehend unter Ausschluss Betroffener zu planen und umzusetzen.

Schlussbemerkung

Wer die beiden WHO-Deklarationen aus dem Jahre 1986 und 1997 sowie die neuesten Statements der People's Health Movement (2005) studiert hat, wird unschwer erkennen, dass das hier anskizzierte Empowerment-Konzept einen geeigneten Bezugsrahmen für die Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung im Sinne der WHO und ihrer hintergründigen weltweit aktiven Gesundheitsbewegungen bietet. Dass dabei das Empowerment-Konzept *alle* Menschen erreichen kann, ergibt sich aus seiner zielgruppenbezogenen Aufbereitung.

Freilich kann es nur dann tragfähig sein, wenn es sich als ein „*gesellschaftskritisches Korrektiv*“ versteht oder - genauer gesagt - wenn auf dem Hintergrund des ethischen

Werterahmens alle vier Handlungsebenen in ihrer interdependenten Verknüpfung in den Blick genommen werden, da nur von der Synergiewirkung dieses Zusammenspiels gesundheitsgerechtere, -erhaltende, -fördernde und – unterstützende Lebensbedingungen erwachsen können, „*die im individuellen oder im strukturellen Raum allein nicht zu erzielen wären*“ (STARK 1998, 42). Ansonsten besteht bei einer reduzierten Handlungskonzeption, die nur die Individualebene fokussiert, die Gefahr, dass Empowerment zu einer Ideologie gerinnt, welche die grundlegende Erkenntnis verfehlt, dass Gesundheit nur dann gedeihen kann, wenn die Verhältnisse ihre Entwicklung auch zulassen.

Darüber hinaus besteht noch eine weitere Gefahr, die sich dort ergibt, wo der Empowermentgedanke bzw. das Leitziel des Wohlbefindens und der Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit von Krankenkassen, Betreibern von Gesundheitszentren (Fitness-Studio; Wellness-Anlagen ...) oder anderen Dienstleistungsanbietern im Gesundheitsbereich „*als Marketingstrategie zur Kundenwerbung eingesetzt werden*“ (PAULUS 1998, 24; Hervorhebung im Original). In dem Falle wird Empowerment zu einem Instrument neoliberaler Gesundheitspolitik verwertet, die zudem auch dort zu Tage tritt, wo der Staat und die Krankenkassen in Bezug auf mehr Selbstbestimmung und Eigenverantwortung des Individuums die Chance sehen, durch Zurücknahme von Leistungen Kosten im Gesundheitswesen einzusparen. Dieses Ziel ist angesichts leerer Staatskassen, hoher Versicherungsbeiträge und mancher überzogener Versorgungsleistungen nur dann redlich, wenn es auf Verteilungsgerechtigkeit und Bürgerbeteiligung beruht. Tatsächlich aber haben wir es mit gegenläufigen Tendenzen zu tun, die einem (subtilen) Wirtschaftsliberalismus geschuldet sind, der wie in den USA auch hierzulande einen kontinuierlichen Sozialhilfeabbau befördert und die Kluft zwischen Armen und Reichen, „Verlierern“ und „Gewinnern“, immer größer werden lässt. Die sozialen Folgeprobleme dieser Entwicklung sollen nunmehr durch verstärkte Bürgerarbeit (volunteering) abgedeckt werden – aber ist nicht „*Rechte ohne Ressourcen zu besitzen... ein grausamer Scherz*“? (RAPPAPORT 1985, 268). Für eine faire Gesundheitsförderung bedeutet dies, die konstatierten Gegenwarterscheinungen wachsam zu beobachten, um die Chancen, allen Menschen mehr Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen, nicht leichtfertig zu verspielen.

Literatur

- ANTONOVSKY, A. (1991): Meine Odyssee als Stressforscher, in: Jahrbuch für kritische Medizin 17, 112-130
- ANTONOVSKY, A. (1997): Salutogenese, Tübingen
- BAMBARA, L. M.; COLE, C. L.; KOGER, F. (1998): Translating Self-Determination Concepts into Support for Adults With Severe Disabilities. In: Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps, Vol. 23, 27-37
- DÖRNER, K. (2006): Leben in der „Normalität“ ein Risiko? In: THEUNISSEN, G.; SCHIRBORT, K. (Hrsg.): Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitgemäße Wohnformen – Soziale Netze – Unterstützungsangebote, Stuttgart
- GALTUNG, J. (1994): Menschenrechte – anders gesehen. Frankfurt
- GALTUNG, J. u. a. (2000): Die Zukunft der Menschenrechte. Frankfurt

- GARMEZY, N. (1991): Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty, in: *American Behavioral Scientist* 4, 416-430
- GOFFMANN, E. (1967): *Stigma*, Frankfurt
- GUNKEL, S.; KRUSE, G. (2004): Salutogenese und Resilienz – Gesundheitsförderung, nicht nur, aber auch durch Psychotherapie, in: GUNKEL, S.; KRUSE, G. (Hrsg.): *Salutogenese, Resilienz und Psychotherapie*, Hannover, 5-68
- HAHN, M. (1983): Von der Freiheit schwerstbehinderter Menschen: anthropologische Fragmente. In: Hartmann, N. (Hrsg.): *Beiträge zur Pädagogik der Schwerstbehinderten*. Heidelberg 1983, 132-141
- HERRIGER, N. (2002): *Empowerment in der Sozialen Arbeit*. Stuttgart (2. erw. Aufl.)
- Jakarta Declaration on health promotion in the 21st century (1997) Weltgesundheitsorganisation in: PAULUS, P.; DETER, D. (Hrsg.) a.a.O., 173-178
- KAMPS, W. (1998): Gesundheitsförderung in der Schule zwischen Selbstverwirklichung und Empowerment, in: PAULUS, P.; DETER, D. (Hrsg.) a.a.O. 119 –132
- KANT, I. (2003): *Kritik der praktischen Vernunft*. Hamburg
- KEUPP, H. (1992): Gesundheitsförderung und psychische Gesundheit: Lebenssouveränität und Empowerment, in: *psychomed* 4, 244-250
- KOBASA, S. (1979): Stressful life events, personality and health, in: *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 37,1-11
- KOBASA S.; PUCETTI, M. (1983): Personality and Social Resources in Stress Resistance, in: *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 45, 4, 839-850
- KULIG, W.; THEUNISSEN, G. (2005): Selbstbestimmung und Empowerment, in: WÜLLENWEBER, E.; THEUNISSEN, G.; MÜHL, H. (Hrsg.): *Handbuch der Pädagogik bei Menschen mit geistiger Behinderung*, Stuttgart
- LAMPRECHT, F.; GUNKEL, S. (2004): Salutogenese: Psychische Vulnerabilitäts- und protektive Faktoren im Kontext von Krankheit und Gesundheit, in: GUNKEL, S.; KRUSE, G. (Hrsg.): *Salutogenese, Resilienz und Psychotherapie*, Hannover, 171-198
- OTTAWA-CHARTA (1986) Weltgesundheitsorganisation, in: PAULUS, P.; DETER, D. (Hrsg.) a.a.O., 167-172
- PAULUS, P. (1998): Gesundheitsförderung – Entwicklungslinien und Perspektiven, ein Thesenpapier, in: PAULUS, P.; DETER, D. (Hrsg.) a.a.O., 11-28
- PAULUS, P.; DETER, D. (Hrsg.) (1998): *Gesundheitsförderung zwischen Selbstverwirklichung und Empowerment*, Köln
- PRILLELTENSKY, I. (1994): Empowerment in Mainstream Psychology. In: *Canadian Psychology* 4, 358-374
- RAPPAPORT, J. (1985): Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des 'empowerment' anstelle präventiver Ansätze, in: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 2, 257-273
- RUTTER, M. (1987): Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms, in: *American Journal Orthopsychiatry* 57 Vol., 3, 316-331
- SALEEBEY, D. (ed.) (1997): *The Strengths Perspective in Social Work Practice*. New York (Longham) (2. ed.)
- SCHNEIDER, V. (1998): Gesundheitsförderung mit Gesundheitsfaktoren? in: PAULUS, P.; DETER, D. (Hrsg.) a.a.O., 61-76
- SCHORE, A. (2003): Zur Neurobiologie der Bindung zwischen Mutter und Kind, in: KELLER, H. (Hrsg.): *Handbuch der Kleinkindforschung*, Bern, 49-80 (3. Aufl.)
- SPECK, O. (2001): Autonomie und Gemeinnsinn - Zur Fehldeutung und Bedrohung von Selbstbestimmung in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen. In: THEUNISSEN, G. (Hrsg.): *Verhaltensauffälligkeiten - Ausdruck von Selbstbestimmung?* Bad Heilbrunn, 15-38
- STARK, W. (1996): *Empowerment*, Freiburg
- STARK, W. (1998): Empowerment – fördernde Bedingungen schaffen statt Defizite beheben, in: PAULUS, P.; DETER, D. (Hrsg.) a.a.O., 39-44
- THEUNISSEN, G. (2000): *Wege aus der Hospitalisierung. Empowerment in der Arbeit mit schwerstbehinderten Menschen*, Bonn
- THEUNISSEN, G. (2006a): Inklusion – Schlagwort oder realistische Perspektive? In: THEUNISSEN, G.; SCHIRBORT, K. (Hrsg.): *Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitgemäße Wohnformen – Soziale Netze – Unterstützungsangebote*, Stuttgart

- THEUNISSEN, G. (2006b): Zeitgemäße Wohnformen – Soziale Netze – Bürgerschaftliches Engagement, in: THEUNISSEN, G.; SCHIRBORT, K. (Hrsg.): Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitgemäße Wohnformen – Soziale Netze – Unterstützungsangebote, Stuttgart
- THEUNISSEN, G. (2007): Empowerment behinderter Menschen. Inklusion – Bildung – Heilpädagogik – Soziale Arbeit, Freiburg
- TURNBULL, A. P.; TURNBULL III, H. R. (1997): Families, Professionals, and Exceptionality: A special partnership. Upper Saddle River (Merrill)³
- WALDSCHMIDT, A. (2003): Selbstbestimmung als behindertenpolitisches Paradigma - Perspektiven der Disability Studies. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, 8
- WEHMEYER, M. L. (1992): Self-Determination and the Education of Students with Mental Retardation, in: Education and Training in Mental Retardation, 27 Vol., 302-314
- WEHMEYER, M. L.; AGRAN, M.; HUGHES, C. (1999): Teaching Self-Determination to Students with Disabilities, Baltimore (Brookes) (2. ed)
- WEICK, A. et al. (1989): A strengths perspective for social work practice, in: Social Work 7, 350-354
- WERNER, E. (1997): Gefährdete Kindheit in der Moderne: Protektive Faktoren, in: Vierteljahrsschrift für Heilpädagogik und Nachbargebiete 2, 192-203

Seelische Gesundheit, seelische Krankheit und Selbstbestimmung

- Psychologische Perspektive -

Gudrun Dobslaw & Stefan Meir

Vorbemerkung

Ein selbstständiges Leben verbunden mit Selbstbestimmung und Selbstverantwortung stellt hohe Anforderungen an jeden, ganz besonders aber auch an Menschen mit einer geistigen Behinderung. Für viele Menschen ist der Schritt in die eigene Wohnung sehr groß, insbesondere dann, wenn sie bereits „im System“ waren, also stationäre Hilfen („all inclusive“) erhalten haben. Nichtsdestotrotz ist das Ziel vieler Menschen, möglichst selbstständig zu leben (vgl. BERNIS 2002).

Auch das Treffen von Zielvereinbarungen mit dem Sozialleistungsträger oder die Wahrnehmung der Auftraggeberrolle, wenn Dienstleistungen im Rahmen des Persönlichen Budgets „eingekauft“ werden, stellen für geistig behinderte Menschen Anforderungen dar, für die das entsprechende Handlungsrepertoire aufgebaut werden muss (BECK & LÜBBE 2003).

Es reicht also nicht aus, lediglich Rahmenbedingungen (z.B. Gesetze) zu ändern, die mehr Selbstständigkeit und Selbstbestimmung ermöglichen. Menschen müssen auch in der Lage sein, diese neuen Handlungsspielräume für sich zu schätzen, wahrzunehmen, auszuschöpfen und sich darin zu bewegen.

Ansonsten ist zu befürchten, dass lange überfällige Entwicklungen in der Behindertenhilfe von den Klient/innen selbst ignoriert werden, oder aber eine Überforderung darstellen. Hier sehen wir die Verbindung zum Thema seelische Gesundheit und seelische Krankheit. Denn Überforderung und fehlende Handlungskompetenzen können die Vulnerabilität für psychopathologische Auffälligkeiten und psychische Erkrankung erhöhen (vgl. STEINHAUSEN 2005).

Gesundheit zu erhalten ist ein vorrangiges Ziel, denn sie hat einen zentralen Stellenwert für die Lebensqualität eines Menschen. Die Weltgesundheitsorganisation sieht eine direkte Abhängigkeit von Selbstbestimmungsmöglichkeiten und Gesundheit (somatisch und auch psychisch): je unfreier ein Mensch ist, desto mehr ist seine Gesundheit gefährdet.

Freiheit in diesem Sinne muss aber auch gelebt werden können, sonst stellt sie einen Belastungsfaktor dar oder wird ignoriert. Ein aktuelles Beispiel dazu ist das Persönliche Budget, das trotz beeindruckender Möglichkeiten, selbstständig Hilfen zu organisieren, von den Klient/innen nur sehr zögerlich genutzt wird.

Das Ziel, Selbstbestimmung und Selbstständigkeit zu ermöglichen, muss also immer auch im Zusammenhang mit dem Erhalt von Gesundheit gesehen werden, und damit meinen wir Gesundheit im allumfassenden Sinne. Im Prozess der Verselbstständigung und der Wahrnehmung eigener Interessen müssen deshalb –

bei Bedarf - Hilfen zur Verfügung stehen, die es den Menschen erlauben, ihr Erleben und Handeln optimal auf die veränderten Rahmenbedingungen einzustellen.

Zum Verständnis von (psychischer) Gesundheit

Die Beschäftigung mit gesundheitsförderlichen Bedingungen erfordert zunächst, den Begriff Gesundheit näher zu fassen.

Aus der Gesundheitspsychologie ist bekannt, dass man Gesundheit nicht absolut definieren kann. Auch wenn man ganz allgemein unter Gesundheit die Abwesenheit von Krankheit, Schmerzen, Unwohlsein oder Einschränkungen versteht, wird ein ganz konkreter körperlicher oder psychischer Zustand doch von den Betroffenen sehr individuell bewertet.

Das liegt nicht nur daran, dass persönliche Erfahrungen, Einstellungen oder Erwartungen in die Bewertung des aktuellen Zustandes mit einfließen, Gesundheit ist auch ein psychosoziales Phänomen.

Das umfassendste Konzept dazu liefert die Weltgesundheitsorganisation (WHO), sie fasst den Begriff Gesundheit unabhängig davon, ob es sich um seelische oder um körperliche Vorgänge handelt. Gesundheit wird als allumfassendes Konstrukt verstanden, das physische, soziale und mentale Prozesse beinhaltet. Damit definiert sich der Gesundheitszustand eines Menschen nicht nur über seine biologischen Voraussetzungen, sondern muss im Kontext persönlicher, sozialer und ökonomischer Bedingungen gesehen werden.

Gesundheit wird auch als dynamisches Erleben verstanden: Sie wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt. Sie entsteht und besteht dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Das gesundheitliche Befinden resultiert somit aus einem kontinuierlichen Wechselwirkungsprozess zwischen persönlichen (biologischen) Voraussetzungen und psychosozialen Faktoren.

In diesem Verständnis ist Gesundheit auch ein soziales Phänomen. Sie entsteht, indem man sich um sich selbst und auch andere sorgt, selbst in der Lage ist, Entscheidungen zu fällen und wirksame Kontrolle über die eigenen Lebensumstände ausüben zu können. Es bedarf aber auch der entsprechenden Voraussetzungen, die in sozialer und ökonomischer Hinsicht gegeben sein müssen.

Dieses auf einer sehr allgemeinen Ebene gefasste Verständnis von Gesundheit wird in der 2001 von der WHO verabschiedeten „International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)“ konkretisiert (Deutsch: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit; vgl. SCHUNTERMANN 2005).

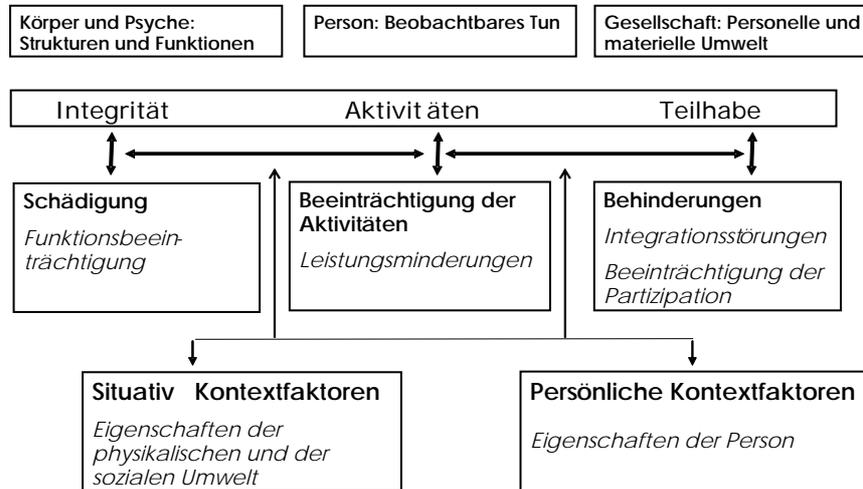
In das umfassende Konzept von Gesundheit, Krankheit und Behinderung der WHO wurden Kernannahmen des medizinischen Modells von Krankheit und Behinderung, des sozialen Modells von Behinderung, und auch des ressourcenorientierten Ansatzes der Gesundheitsförderung integriert.

Dem allgemeinen Verständnis von Gesundheit entsprechend, unterscheidet die ICF auch hier nicht zwischen somatischer und seelischer Gesundheit,

Mit dem Klassifikationssystem ist es möglich, diesen Wechselwirkungsprozess für den Erhalt und die Wiederherstellung von (psychischer) Gesundheit in

strukturiertes Form zu beschreiben. Es stellt kein eigentliches diagnostisches Verfahren dar, sondern beschreibt den grundlegenden Wirkmechanismus der beteiligten Faktoren.

Abb.1: Biopsychosoziales Modell der ICF



Eine Person ist funktional gesund, „wenn – vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren -

- ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und –strukturen),
- sie all das tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsprobleme (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
- sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen und –strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Partizipation/ Teilhabe an Lebensbereichen)“ (DIMDI Institut für medizinische Dokumentation und Information, 2004).

Die Gesundheit geistig behinderter Menschen wird demzufolge davon beeinflusst, in welchem Maße sie auf der Grundlage ihrer persönlichen Voraussetzungen (z.B. intellektuelle Leistungsfähigkeit) die Möglichkeit haben, ihren Wünschen und Bedürfnissen entsprechend aktiv zu sein und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben.

Gesundheitliche Beeinträchtigungen, also auch psychopathologische Auffälligkeiten, lassen sich aber auch nur verstehen, wenn man den einzelnen Menschen im Kontext seiner persönlichen Fähigkeiten und Möglichkeiten und seiner sozialen Eingebundenheit betrachtet.

Mit diesem Modell wird das Individuum in seiner Verantwortung entlastet: Nicht die Person allein hat „Schuld“, dass sie aufgrund ihrer Krankheit von gesellschaftlicher Ausgrenzung bedroht ist und/ oder nicht selbstbestimmt leben kann. Auch wenn das unmittelbare Krankheitserleben (z.B. Stimmen hören bei Schizophrenie) oder die direkten körperlichen Konsequenzen einer Behinderung

(z.B. Blindheit) auf die Person beschränkt bleiben, so wird die Krankheit im Kontext gesamtgesellschaftlicher Verantwortung gesehen: Das individuelle Erleben mit der Erkrankung oder Behinderung definiert sich über den Wechselwirkungsprozess zwischen persönlicher Beeinträchtigung und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen.

Entsprechend der zugrunde liegenden Logik wird auch Behinderung nicht als das alleinige Problem einer Person betrachtet, *„welches unmittelbar von einer Krankheit, einem Trauma oder einem anderen Gesundheitsproblem verursacht wird. (...) Das soziale Modell der Behinderung (...) betrachtet Behinderung hauptsächlich als ein gesellschaftlich verursachtes Problem und im Wesentlichen als eine Frage der vollen Integration Betroffener in die Gesellschaft“* (WHO, 2001,23).

Gesundheit und Selbstbestimmung

In der 2005 verabschiedeten Ottawa-Erklärung geht die WHO noch einen Schritt weiter und erklärt Gesundheit zum fundamentalen Menschenrecht. Selbstbestimmung und Teilhabe an der Gesellschaft sind dabei wesentlich für die Erhaltung und Förderung von Gesundheit.

Damit bekommt die Gesundheit eines Menschen, unabhängig davon, ob es sich um somatische oder psychische Erkrankungen handelt, eine hohe Aufmerksamkeit, verbunden mit hoher gesellschaftlicher Verantwortung und daraus resultierenden Verpflichtungen. Da nicht alle Menschen die gleichen Voraussetzungen haben, um gesund leben zu können, bedarf es gesundheitsförderlicher Voraussetzungen. Die sind nach Ansicht der WHO gegeben, wenn die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen allen Bürgern Gesundheit ermöglichen.

An den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen hat sich in der Bundesrepublik in den letzten Jahren einiges zugunsten behinderter Menschen geändert. Man denke an die Differenzierung von Hilfen, vor allem in Richtung ambulanter Angebote.

Eine Reihe der Anforderungen des ICF sind in die aktuelle Sozialgesetzgebung (SGB IX) eingegangen. Die Rechte behinderter Menschen sind insgesamt gestärkt worden (z.B. durch das Anti-Diskriminierungsgesetz, Gleichstellungsgesetz).

Außerdem gibt es Selbsthilfevertretungen (z.B. People First), Heimbeiräte in stationären Einrichtungen und Nutzer/innenvertretungen im ambulant betreuten Wohnen, um nur einige zu nennen.

Angesichts dieser Entwicklungen scheint die Frage berechtigt, wie sich derartige Veränderungen in Richtung Selbstständigkeit und Selbstbestimmung auf das Gesundheitserleben und das Lebensgefühl geistig behinderter Menschen auswirken? Inwieweit tragen sie dazu bei, dass (psychische) Gesundheit gefördert wird?

Zu dieser Frage liegen so gut wie keine Forschungsberichte vor. Erfahrungen der Praxis und eine nicht veröffentlichte Studie aus dem Jahr 2002, die vom Bundesverband Evangelischer Behindertenhilfe in Auftrag gegeben wurde, verdeutlichen jedoch, dass Menschen mit geistiger Behinderung ein hohes Maß an psychopathologischen Auffälligkeiten aufweisen.

Das salutogenetische Modell von ANTONOVSKY könnte den konzeptionellen Rahmen bieten, um gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen und das persönliche Erleben und Handeln geistig behinderter Menschen zu erklären.

Kohärenz als strukturierendes Prinzip für den einzelnen Menschen

ANTONOVSKY setzt sich von dem traditionellen medizinischen Modell ab, indem er nicht nach Ursachen für Erkrankung fragt, sondern daran interessiert ist, wie es Menschen gelingt, gesund zu bleiben.

Das Modell der Salutogenese von ANTONOVSKY (1993) wurde in den letzten Jahren vielfach herangezogen, weil es geeignet ist, in Ergänzung zur ICF auch die Wechselwirkung zwischen psychischen Wirkmechanismen und psychosozialen Rahmenbedingungen zu beschreiben.

Nach seinem Verständnis können Gesundheit und Krankheit nicht als zwei gegensätzliche Pole verstanden werden. Weil sich der Organismus permanent mit krankmachenden Einflüssen und Stressoren auseinander setzen muss, bildet sich Gesundheit in der Auseinandersetzung mit krankmachenden Einflüssen immer wieder neu aus. Man ist im Grunde niemals vollständig gesund oder vollständig krank, sondern die Zustände „krank“ und „gesund“ lassen sich auf einem Kontinuum ansiedeln. Es gibt immer irgendeine Funktion des Körpers, die entweder in gesundem Zustand doch in irgendeiner Weise beeinträchtigt ist oder bei ernsthafter Erkrankung noch gesund ist. Jeder Zustand ist dabei anders und abhängig von den jeweiligen beeinflussenden Faktoren (vgl. FRANKE 2002)

Zur Verdeutlichung dieses beständigen Ungleichgewichts zwischen Krankheit und Gesundheit benutzt ANTONOVSKY die Metapher des Flusses:

„Niemand geht sicher am Ufer entlang. Darüber hinaus ist für mich klar, dass ein Großteil des Flusses sowohl im wörtlichen als auch im übertragenen Sinn verschmutzt ist. Es gibt Gabelungen im Fluss, die zu leichten Strömungen oder in gefährliche Stromschnellen und Strudel führen. Meine Arbeit ist der Auseinandersetzung mit folgender Frage gewidmet: „Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluss befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?“ (ANTONOVSKY, übersetzt von FRANKE, 1997, 92)

Diese Annahmen ANTONOVSKYs zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit sind von systemtheoretischen Überlegungen geprägt. Auch den menschlichen Organismus sieht er als System, der wie alle Systeme der Kraft der Entropie ausgesetzt sind (Ebd. 1993, 7). Danach haben die Elemente des Systems die Neigung zur Unordnung. Im Sinne des salutogenetischen Modells müssen Menschen Kraft aufwenden und die Fähigkeit haben, immer wieder Ordnung aufzubauen:

„Der salutogenetische Ansatz betrachtet den Kampf in Richtung Gesundheit als permanent und nie ganz erfolgreich.“ (Ebd. 1993, 10)

Der Gesundheits- bzw. Krankheitszustand eines Menschen wird wesentlich durch eine individuelle, psychologische Einflussgröße bestimmt, die persönliche Haltung eines Menschen gegenüber seiner Umwelt, sich selbst und dem Leben an sich.

Denn auch wenn Menschen unter ähnlichen oder sogar gleichen Bedingungen leben, führt das nicht dazu, dass sie ihren Gesundheitszustand genau gleich bewerten würden. Antonovsky nennt diese Grundhaltung das Kohärenzgefühl.

Kohärenz ist eine globale Orientierung, eine innere Haltung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

- die Lebensbedingungen und Herausforderungen der Umwelt strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind (Verstehbarkeit);
- einem Menschen die Ressourcen zur Verfügung stehen, um diesen Anforderungen begegnen zu können (Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit);
- diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen (Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit).

Das Gefühl der Verstehbarkeit basiert auf einem kognitiven Verarbeitungsmuster, das es erlaubt, Informationen strukturiert verarbeiten zu können, während das Gefühl der Handhabbarkeit auf ein kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster hinweist. Denn es reicht nicht aus, über Ressourcen zu verfügen, wenn man nicht überzeugt davon ist, dass sich der Einsatz der Ressourcen auch lohnt.

Zusammengefasst kann man Kohärenz als die Fähigkeit des Einzelnen beschreiben, die Welt zu verstehen, und sich und das eigene Handeln als sinnvoll zu erleben.

Das Kohärenzgefühl ist das Ergebnis eines Entwicklungsprozesses, in den alle gesammelten Erfahrungen und Erlebnisse einfließen. Verkürzt gesagt hängt die Stärke des Kohärenzgefühls davon ab, in welchem Ausmaße ein Mensch Erfahrungen machen konnte, die von Vorhersehbarkeit, Sicherheit und Kontrollierbarkeit geprägt waren.

ANTONOVSKY geht davon aus, dass das Vorhandensein des Kohärenzgefühls für die erfolgreiche Bewältigung einer Erkrankung und die Lebenszufriedenheit von größerer Bedeutung ist, als die Schwere der Krankheit oder der Grad der Beeinträchtigung.

Je stärker das Kohärenzgefühl ist, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Person angemessene Bewältigungsstrategien entwickeln kann und gesund bleibt oder wird. Menschen mit einem stark ausgeprägten Kohärenzgefühl werden flexibel auf Anforderungen reagieren, weil für die besonderen Anforderungen der Situation die entsprechenden Ressourcen aktiviert werden.

Menschen mit einem weniger stark ausgeprägten Kohärenzgefühl werden auf Anforderungen eher starr und rigide reagieren, weil Ressourcen nicht wahrgenommen werden oder nicht zur Verfügung stehen.

Wissenschaftliche Studien belegen auch den Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und psychopathologischen Auffälligkeiten (vgl. BENGEL et al. 1998): Je höher das Ausmaß an Kohärenz umso geringer ist die Wahrscheinlichkeit eine psychische Störung zu bekommen.

Der Aspekt der Kontrolle spielt in ANTONOVSKYs Modell der Kohärenz eine zentrale Rolle. Wenn Ereignisse vorhersagbar sind, wenn es Einflussmöglichkeiten gibt und die notwendigen Handlungsalternativen zur Verfügung stehen, wirkt sich das auf die Bewältigung von Stresssituationen und Anforderungen positiv aus.

Kontrolle über die persönlichen Geschicke und auch die anderer Menschen auszuüben, ist insgesamt ein zentrales Bedürfnis der Menschen. Dazu wird innerhalb der Sozialpsychologie schon lange geforscht, z.B. die Theorie der Selbstwirksamkeit von BANDURA. Auch die Auswirkungen fehlender Kontrollmöglichkeiten sind umfassend beschrieben, die bekannteste Theorie ist die der erlernten Hilflosigkeit von SELIGMAN.

Kohärenz und Selbstbestimmung bei Menschen mit geistiger Behinderung

Die Lebenssituation geistig behinderter Menschen zeichnet sich in der Regel durch ein mehr oder weniger hohes Maß an fehlender Kontrolle und Einflussmöglichkeiten aus. Aufgrund der intellektuellen Beeinträchtigung benötigen sie ein Umfeld, das notwendige Unterstützungsleistungen erbringt. Das kann eine geringe Unterstützung im ambulant betreuten Wohnen oder am Arbeitsplatz sein bis hin zu einer vollstationären „all-inclusive“-Versorgung in einem Heim.

Immer besteht eine Abhängigkeit von den professionellen Helfern und ihrer kritischen Selbstreflexion des Helfens. Das geht auch aus den Forderungen von People First (Mensch zuerst) hervor:

„Wir möchten mehr als bisher unser Leben selbst bestimmen. Dazu brauchen wir andere Menschen. Wir wollen aber nicht nur sagen, was andere tun sollen. Auch wir können etwas tun“ (aus der Duisburger Erklärung 1994)

Die Frage hier muss also sein: Wie können Menschen mit geistiger Behinderung trotz ihres Hilfebedarfs Kontrolle über ihr Leben entwickeln?

Interpretiert man die Annahmen des salutogenetischen Modells aus der Defizitperspektive, dann kommt man zwangsläufig zu dem Ergebnis, dass Menschen mit geistiger Behinderung zu denen gehören, die nach ANTONOVSKY die unsicheren Schwimmer im Fluss des Lebens sein werden. Denn er setzt mit seinen Konstrukten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit auf intellektuelle Leistungsfähigkeit. Er sieht die Qualität der Problemlösefähigkeiten und auch des Repertoires an Handlungsmöglichkeiten als eine wesentliche Voraussetzung für die Entwicklung eines starken Kohärenzgefühls.

In diesem Sinne könnten veränderte Rahmenbedingungen in Richtung Empowerment sogar mögliche Stressfaktoren darstellen.

Mit der neuen Gesetzgebung ist ein Kulturwandel zu erwarten, der eine weitgehende Bevormundung ablöst bzw. ablösen soll und an diese Stelle eine Beziehungsgestaltung auf Augenhöhe setzt, verbunden mit einer Stärkung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Menschen mit geistiger Behinderung. Von diesem Kulturwandel betroffen sind nicht nur die Erbringer sozialer Dienstleistungen, sondern auch die Nutzer/innen selbst. Ihnen stehen nicht erst seit der Gesetzesänderung, aber in jedem Fall seitdem neue Möglichkeiten der Lebensgestaltung offen.

IRBLICH & STAHL (2003, 647) sehen die größeren Verhaltensspielräume und die stärkeren Umwelteinflüsse als potenzielle Risiken in Form von Gefährdungen und Überforderungen. Auch die Selbstwahrnehmung behinderungsbedingter

Einschränkungen und Enttäuschungen kann sich ihrer Meinung nach verstärken und für den Einzelnen eine Quelle von Frustration darstellen.

SCHNOOR (2007) schlägt vor, die Perspektive zu wechseln und dieses Problem ressourcenorientiert zu betrachten. Denn trotz aller Bedenken sind viele Menschen mit geistiger Behinderung sehr wohl in der Lage, ihr Leben zufriedenstellend und ohne psychopathologische Auffälligkeiten oder gesundheitliche Beschwerden zu meistern. Sie gibt dabei zu bedenken, dass

„Kohärenz die innere Perspektive einer Person fokussiert, die sich von einer Außenperspektive auf diese Person gravierend unterscheiden kann. Eine ‚Problemlösung‘ der Betroffenen muss deshalb auch solche Verhaltensweisen einschließen, die von anderen als störend wahrgenommen werden.“
(SCHNOOR, 2007, 8)

Eine geistige Behinderung könnte in diesem Sinne sogar eine präventive oder gesundheitsfördernde Funktion wahrnehmen, weil die Betroffenen in vielen Fällen die Bedeutsamkeit von Problemlagen gar nicht einschätzen können und vielleicht auch nicht müssen. Das könnte sie vor unnötigen Stressoren schützen.

Weiterhin gibt SCHNOOR zu bedenken, dass es gar nicht immer intelligenter Problemlösestrategien bedarf, sondern auch einfache Strategien höchst wirksam sein und – im Sinne der Person – zu einer effektiven Problemlösung beitragen können. Die sogenannten Verhaltensauffälligkeiten geistig behinderter Menschen sind dafür ein gutes Beispiel.

Und schließlich geht sie davon aus, dass die Erfahrung von Machbarkeit auch möglich ist, wenn fremde Hilfen gewährt werden (müssen).

Aber auch wenn Menschen Anforderungssituationen nur mit Unterstützung meistern können, bedarf es für die Entwicklung des Kohärenzgefühls eines Eigenanteils an Leistungen. Denn Kohärenz als Sozialisationsprodukt birgt nach ANTONOVSKY immer wesentliche Anteile an Erfahrung der eigenen Kompetenzen und Handlungsmöglichkeiten.

Das erklärt unter Umständen, warum Entwicklungen, die von Professionellen bzw. Vertretern der Rechtssprechung angestoßen wurden, von den Betroffenen nur sehr zögerlich angenommen werden. Eine solche Reform, die ohne eine Betroffeneninitiative – also ohne Eigenbeteiligung - durchgeführt wurde, ist beispielsweise die Einführung des Persönlichen Budgets (SGB IX). Auch nach der Einführung des Gesetzes wird der Nutzen für ein selbstbestimmtes Leben immer noch im Wesentlichen von den professionellen Helfer/innen gesehen (vgl. WACKER et al. 2006).

Demzufolge müssten also alle Formen der Unterstützung unter diesem Gesichtspunkt organisiert sein, wenn sie für die Person eine Stärkung des Kohärenzgefühls, und damit eine Unterstützung ihrer persönlichen Handlungskompetenzen zur Folge haben sollen. Das Ziel sollte sein, - auf den Bedarf einer Person bezogen - Maßnahmen zu entwickeln, die das Verständnis fördern, das Handlungsrepertoire erweitern und die Sinnhaftigkeit einer Anforderung oder Situation verdeutlichen.

Dazu benötigt man nicht nur Rahmenbedingungen, die auch bei langsamem Lerntempo eine Nachvollziehbarkeit der aktuellen Situation ermöglichen und gleichzeitig kontinuierlich Handlungsmöglichkeiten eröffnen; man braucht auch

Interpretationshilfen für das soziale Umfeld, wenn individuelle Lebensentwürfe oder Problemlösestrategien unter Umständen nicht gesellschaftlichen Normvorstellungen entsprechen.

Wieder einmal am Beispiel des Persönlichen Budgets lässt sich das verdeutlichen: Die Einführung des Persönlichen Budgets in einem stationären Wohnheim des Stiftungsbereichs Behindertenhilfe der v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel schien von den Klient/innen zunächst mit nur wenig Interesse verfolgt zu werden. Trotz zahlreicher Informationsveranstaltungen und persönlicher Gespräche mit den Bezugsmitarbeitenden gab es viele Vorbehalte und den Wunsch, es möge alles so bleiben wie bisher. Nur wenige erkannten die Vorzüge dieser neuen Regelung für ihre Lebenssituation. Erst mit der Durchführung einer umfangreichen Schulung, die unter Berücksichtigung der individuellen Voraussetzungen sehr konkrete und alltagsbezogene Bildungsbausteine zum Persönlichen Budget enthielt, wurde dieses Thema „greifbar“ und damit vorstellbar. Inzwischen nehmen fast alle Bewohner/innen dieses Wohnheims trotz teilweise gravierender intellektueller Einschränkungen das Persönliche Budget in Anspruch und genießen die damit verbundene Flexibilität von Dienstleistungen.

Die Art und Weise, wie das Persönliche Budget genutzt wurde und wird, stellt zwar immer eine Form der Teilhabeleistung dar, entsprach aber nicht immer den Vorstellungen der Mitarbeitenden oder auch der Angehörigen. Hier bedurfte es intensiver Gespräche, um auch das soziale Umfeld mit der neuen Situationslogik – aus Sicht der Betroffenen - vertraut zu machen, die sich durch mehr Selbstbestimmung entwickelt hatte (DOBSLAW & NUSSBICKER 2005).

Es geht also nicht nur darum, die Menschen mit geistiger Behinderung dazu zu befähigen, den Anforderungen des Alltags gerecht zu werden, sondern auch die Lebenswelt entsprechend zu gestalten. Damit wird die Verknüpfung des Kohärenzgefühls zum Thema Integration deutlich. Sowohl die Entwicklung des Kohärenzgefühls wie auch Integrationsprozesse setzen auf beiden Seiten – der des Individuums und der der Gesellschaft – Anpassungsleistungen voraus.

Die Frage ist also nicht nur, was kommt auf Menschen mit geistiger Behinderung an persönlicher Anforderung zu, wenn sie sich zunehmend in Richtung Selbstständigkeit und Selbstbestimmung entwickeln. Es muss auch gefragt werden, welche Kompetenzen das soziale Umfeld hat, um Menschen mit Behinderung möglichst erfolgreich zu integrieren.

Diejenigen, deren Kompetenzen hier an erster Stelle gefragt sind, sind professionelle Helfer/innen. Aber auch deren Anforderungsprofil befindet sich mit den Anforderungen der neuen Gesetzgebung gerade im Wandel.

Die Rolle der Psychologie bei der Entwicklung des Kohärenzgefühls

Die Frage, wie Menschen mit geistiger Behinderung die Welt verstehen und welche Rahmenbedingungen gegeben sein müssen, um ihnen im Sinne Antonovskys ein gesundheitsförderliches Leben zu ermöglichen, ist ein originär psychologisches Thema.

Denn die Entwicklung des Kohärenzgefühls setzt Lernprozesse voraus: Als Sozialisierungsergebnis ist Kohärenz kein starres Produkt, sondern unterliegt einer kontinuierlichen Überprüfung der Realität, und damit einer ständigen Veränderung. Die Entwicklungstheorie von J. PIAGET lässt sich hier gut anwenden, um derartige Lernprozesse im Sinne der Klient/innen zu unterstützen. Berücksichtigt werden muss dabei nicht nur der individuelle Lernstand jedes Einzelnen, sondern auch die Frage, wie die Umgebung gestaltet sein muss, damit Lernprozesse gelingen können.

Auf dieser Grundlage lassen sich (kontrollierte) Situationen gemeinsam mit den Klient/innen erarbeiten, die einen gezielten Aufbau von Kohärenzgefühl unterstützen. Das müssen nicht immer therapeutische Kontexte sein, das lässt sich auch im Lebens- und Arbeitsumfeld des Einzelnen realisieren.

Emotionale Stabilität, die sich nach ANTONOVSKY durch das Gefühl der Einflussnahme und Kontrollmöglichkeit des eigenen Lebens entwickelt, hängt nicht nur von der Erfahrungs- und Lerngeschichte der Einzelperson ab, sondern entwickelt sich im sozialen Kontext kontinuierlich weiter.

Zum sozialen Umfeld vieler Menschen mit geistiger Behinderung gehören neben Angehörigen und Freunden auch professionelle Helfer/innen; sie sind oftmals der beständigste Teil ihres alltäglichen Lebens. Ihre Aufgabe sollte es sein, sowohl das eigene Verhalten gegenüber den Klient/innen wie auch die Unterstützungsangebote immer wieder auf Kohärenz hin zu überprüfen.

Hier ist der Hinweis von SCHNOOR (2007) sehr dienlich, dass sich die Innen- und Außenperspektive bei Menschen mit geistiger Behinderung von der nicht behinderter Menschen unter Umständen sehr unterscheiden kann. Von dem individuellen Verständnis (sozialer) Situationen hängen Handlungsoptionen und Handlungsmuster ab.

Gerade am Beispiel des sogenannten Herausfordernden Verhaltens zeigt sich in der Praxis, dass auch „kleine“ Missverständnisse Auslöser sein können. Es müssen nicht immer die traumatischen Erfahrungen sein, die die psychische Gesundheit eines Menschen gefährden, es kann auch die wiederholte Konfrontation mit der nicht verstandenen Ironie der Mitarbeiter/innen sein, oder die mehrteilige Aufforderung, die zu komplex war. Verhaltensauffälligkeiten (beispielsweise aggressives Verhalten) können dann in einer solchen Situation ein Höchstmaß an Effektivität darstellen: Die unangenehme Situation hört in der Regel sofort auf. Aus der persönlichen Perspektive betrachtet ist das eine sinnvolle Strategie, die direkt zum gewünschten Ergebnis führt, aber von dem sozialen Umfeld nicht immer getragen werden kann und dauerhaft ein Exklusionsrisiko darstellen könnte.

Für das professionelle Verhalten gilt es deshalb, sich selbst immer wieder kritisch zu hinterfragen, ob es gelingt, eindeutig in Sprache, Gestik und Mimik zu sein und sprachliche Äußerungen so zu gestalten, dass sie verstehbar sind? Bemüht man sich immer, Anforderungssituationen dem Leistungsniveau der Klient/innen anzupassen, mit dem Ziel, ein Höchstmaß an Selbstbestimmung durch die betreffenden Personen zu erreichen?

Aus der Praxis ist bekannt, dass Respekt und Begegnung auf Augenhöhe nicht immer gut gelingen. Das trifft selbstverständlich auf alle Arbeitskontexte zu, nicht nur in der Behindertenhilfe. Aber dort ist es besonders schädlich.

Die Psychologie kann in diesem Zusammenhang beratende und supervisorische Aufgaben wahrnehmen.

Insgesamt betrachtet, sind die Funktionen, die der Psychologie bei der Unterstützung geistig behinderter Menschen zukommen können, vielfältig und gehen weit über die Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen hinaus. Denn die Unterstützung des sozialen Umfeldes spielt mindestens eine ebenso große Rolle dabei, wenn sich für den Einzelnen Kohärenz (weiter)entwickeln können soll.

Literatur

- ANTONOVSKY, A. (1979): Health, stress and coping. San Francisco, Jossey-Bass
- ANTONOVSKY, A. (1993): Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke, A. & Broda, M. (Hrsg.), Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. Tübingen, dgvt-Verlag, 3-14
- BECK, I. & LÜBBE, A. (2003): Individuelle Hilfeplanung. Anforderungen an die Behindertenhilfe. Geistige Behinderung, 3, 222-234
- BENGEL, J.; STRITTMATTER, R. & WILLMANN, H. (1998): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Band 6
- BERNS, E. (2002): Selbstbestimmung als wesentliches Kriterium für Qualität in der Behindertenarbeit. Ergebnisse einer Bewohnerbefragung in einer Einrichtung für Menschen, die als geistig behindert bezeichnet werden. Dissertation, Universität Bremen (URL: <http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=975524682>)
- DOBSLAW, G. & NUSSBICKER R. (2005): Modellvorhaben zur Erprobung eines Persönlichen Budget im stationären Wohnbereich für Menschen mit einer geistigen Behinderung. Dokumentation der Fachveranstaltung der PARITÄT „Auswirkungen des Persönlichen Budgets auf Leistungserbringer“ 15./16. November 2005 in Frankfurt
- FRANKE, A. (1997): Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenesekonzepts. In: Antonovsky, A., Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. (Deutsche erweiterte Ausgabe von A. Franke. Tübingen, DGVT-Verlag
- FRANKE, A. (2002): Rede der Preisträgerin anlässlich der Verleihung des DGVT-Preises (URL: www.dgvt.de/Rede_der_Preisträgerin_2002.154.0.html)
- INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE DOKUMENTATION UND INFORMATION (2004): ICF, Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (Final Draft)
- IRBLICH, D. & STAHL, B. (Hrsg.)(2003): Menschen mit geistiger Behinderung. Hogrefe, Göttingen
- METZLER, H., RAUSCHER, C.; WANSING, G. ; SCHÄFERS. M. & MEYER, T. (2006): Wissenschaftliche Begleitforschung des Neunten Buches Sozialgesetzgebung (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Begleitung und Auswertung der Erprobung trägerübergreifender persönlicher Budgets. Universitäten Tübingen, Dortmund und Ludwigsburg.
- SCHNOOR, H. (2007): Salutogenese, ein gesundheitsorientiertes Rahmenkonzept. Geistige Behinderung, 1, 2007, 3-11
- SCHUNTERMANN, M. (2005): Einführung in die ICF: Grundkurs, Übungen, offene Fragen. Landsberg/ Lech
- STEINHAUSEN, H.-C. (2005): Epidemiologie, Klinik und Diagnostik der geistigen Behinderung. In: Häbler, F. & Fegert, J.M., Geistige Behinderung und seelische Gesundheit. Kompendium für Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Pflegekräfte. Stuttgart, 9-18
- WHO (World Health Organization) (2001): ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Geneva: World Health Organization

Selbstbestimmung und seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung aus psychiatrischer Sicht

Klaus Hennicke und Knut Hoffmann

Selbst- und Fremdbestimmung und geistige Behinderung

Selbstbestimmung ist Fähigkeit und Möglichkeit zugleich, die individuellen Voraussetzungen im konkreten sozialen Kontext entwicklungsfördernd nutzen zu können. Das bedeutet, Entscheidungen zu treffen und unter Alternativen auszuwählen entsprechend der eigenen Wertvorstellungen, nach eigenen Wünschen und Bedürfnissen.

Fremdbestimmung dagegen ist die einschränkende Begrenzung dieser individuellen Bestrebungen durch sozial oder institutionell gesetzte Normen und Regeln, durch restriktive sachlich-materielle und personale Lebensbedingungen und insbesondere auch durch Ungleichgewichtigkeiten in emotionalen Beziehungen.

Selbstbestimmung und Fremdbestimmung gehören in der lebensgeschichtlichen Entwicklung untrennbar zusammen und bedingen einander. Menschliche Entwicklung braucht diesen ständigen Wechselwirkungsprozess zwischen Selbst- und Fremdbestimmung zur Entwicklung einer Persönlichkeit, die sich in sozialen Kontexten zurechtfinden und diesen selbst für sich und ihre Entwicklung nutzen kann. Wir sind immer gleichzeitig Gestalter und Gestaltete unserer Lebenswelt. Absolute Autonomie ist biologisch und psychosozial nicht möglich, jedes biologische System ist zur Erhaltung seiner Existenz auf den Austausch mit anderen biologischen Systemen angewiesen (vgl. ROTTHAUS). Gleichzeitig verläuft der Prozess stets im Allgemeinen historischen Kontext einer Gesellschaft und wird durch diesen bestimmt. Selbstbestimmung hat dort ihre Grenzen, wo die Persönlichkeitsrechte anderer Menschen verletzt werden wie auch das eigene Leben gefährdet wird. Das Ausmaß von Fremdbestimmung dagegen unterliegt nur ethischen Grenzen, die letztlich – wie historisch bewiesen - nur politisch-gesellschaftlich definiert sind.

Selbstbestimmung wie Fremdbestimmung sind also für die ungefährdete Entwicklung von Kindern und Jugendlichen aus entwicklungsbiologischer und – psychologischer Sicht notwendige Voraussetzung. Die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen aus ihren primären Abhängigkeiten von ihren Eltern zu selbständigen, sich selbst bestimmenden und selbst versorgenden erwachsenen Menschen ist ein biologischer, psychologischer und sozialer Prozess, der sich in der Wechselwirkung von personaler Abhängigkeit, Versorgtwerden und Fremdbestimmung auf der einen Seite und dem Streben nach Unabhängigkeit, Selbständigkeit und Selbstbestimmung auf der anderen Seite vollzieht. Keineswegs ist es so, dass es einander ausschließende Bedingungen sind. Sondern ihr Verhältnis bestimmt sich in einem immerwährenden spannungsreichen Wechselwirkungsprozess immer wieder neu. Weder die grenzenlose Freiheit noch

die übermäßige Begrenzung sind förderlich, sondern die ständig neu austarierte Erziehung, die auch Normen und Grenzen vermittelt.

Selbstbestimmung wird zunächst also als grundlegende positive menschliche Bestrebung verstanden, die jedem Menschen innewohnt. Aber Selbstbestimmung hat auch einen Aspekt von Grenzenlosigkeit, von Ungehemmtheit, von Selbstüberschätzung, alles machen zu können, was man will, und birgt insofern auch ein Risiko der Selbstschädigung.

Fremdbestimmung wird primär als negative, der menschlichen Selbstbestimmung entgegenstehende Kraft verstanden, die einschränkt, behindert und unterdrückt. Fremdbestimmung hat aber auch diesen lebenserhaltenden, entwicklungsfördernden, schützenden Aspekt der Fürsorge für eine Person. Jeweils die beiden Seiten von Selbst- und Fremdbestimmung sind wirksam. Selbst- und Fremdbestimmung sind zwei Seiten einer Medaille.

In der lebensgeschichtlichen Entwicklung geistig behinderter Kinder und Jugendlicher nun spielen zahlreiche Faktoren eine Rolle, die diesen schwierigen und stets kritischen Prozess in besonderer, oftmals hemmender Weise beeinflussen:

- Durch die allgemein verlangsamte und gelegentlich auch im Hinblick auf die Reife einzelner Persönlichkeitsanteile unharmonische Entwicklungsgeschwindigkeit kommt es oftmals erst in einem viel späteren chronologischen Alter zu Entwicklungsschritten, die als Voraussetzung erweiterter Selbstbestimmung notwendig sind. Manchmal werden diese – wie bei schwerstbehinderten Menschen – sogar niemals erreicht.
- Je nach Ausmaß der kognitiven Einschränkungen sind die Voraussetzungen für individuelle Selbstbestimmung grundsätzlich eingeschränkter.
- In modernen Gesellschaften finden sich starke objektive wie auch ideologische Tendenzen zu fremdbestimmten Lebensumständen, so auch im primären Feld der Familie, als Resultat der eingeschränkten individuellen Möglichkeiten und der erheblichen, gefährlichen Risiken der modernen Gesellschaft wie auch im Kontext von gesellschaftlichen Haltungen und Einstellungen gegenüber von der Norm abweichenden Menschen (vgl. WALDSCHMIDT 2003), die aber auch die erheblichen Risiken einer Ideologie der Selbstbestimmung in Zeiten der Globalisierung hervorheben.

Selbst- und Fremdbestimmung und seelische Gesundheit

Psychische Auffälligkeiten und seelisches Leiden bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen können als Folge einer Störung dieses oben beschriebenen Wechselwirkungsprozesses von Selbst- und Fremdbestimmung betrachtet werden. Psychische Störungen können auch nachhaltig diesen Prozess behindern. Psychische Störungen und Auffälligkeiten können daher gleichzeitig Ursache wie auch Folge konkreter psychosozialer Lebensbedingungen sein.

Als Folge kann Leiden dann auftreten, wenn Selbstbestimmung und Fremdbestimmung in keinem passenden Verhältnis zueinander stehen, jeweils die eine oder andere Seite signifikant überwiegt und/oder dem Entwicklungsstand des Kindes unangemessen sind z.B.: andauernde Über- oder Unterforderung,

Überbehütung und Grenzenlosigkeit, übermäßige Strenge oder Gewalt und übermäßige „Liebe“ oder emotionale Vereinnahmung.

Psychische Auffälligkeiten und seelisches Leiden eines Menschen können auch der Grund sein, dass es zu schwerwiegenden Ungleichgewichtigkeiten des eben beschriebenen Verhältnisses kommt. Ein seelisch krankes Kind – welche Gründe auch immer dafür verantwortlich sind – hat ein erhebliches Risiko, in seiner Entwicklung tiefgreifend beeinträchtigt zu werden. Je nach Alter und Entwicklungsstand können so hemmende Entwicklungsbedingungen i.S. eines destruktiv-schädlichen Prozesses entstehen, der in einer negativ gerichteten Spirale der Wechselwirkungen fremdbestimmte Lebensbedingungen geradezu erzwingt (bis hin zu massiver Gewalt) und individuelle Entwicklung weitgehend verhindert. Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit zum Beispiel autistischen Störungen, schweren Zwangsstörungen, mit tiefgreifender Depression oder mit einer schizophrenen Psychose sind häufig zur Sicherung ihres Überlebens auf die Fürsorge anderer Menschen angewiesen. Ohne sie wäre eine ausreichende Nahrungsaufnahme nicht gewährleistet oder könnten schwerwiegende Verletzungen oder gar Selbsttötung nicht verhindert werden. Fremdbestimmung aus Fürsorge wird unumgänglich bis hin zu Gewalt und Zwang. Selbstbestimmung kann wegen zu hohen Risikos nicht gewährt werden. Gleichzeitig führen diese schweren Störungsbilder zu einer tiefgreifenden Beeinträchtigung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (seelische Behinderung), was zusätzliche, tendenziell fremdbestimmte Unterstützungen notwendig macht.

Die Einschränkung von Selbstbestimmung wird dann notwendig, wenn jemand aus störungsbedingter Ursache eine Straftat, beispielsweise einen Angriff auf die leibliche und moralische Integrität eines anderen Menschen, begeht. Dies kann der Fall sein, wenn er aus psychotischer Motivation, z. B. aus einem Wahn heraus, einen anderen Menschen verletzt oder gar tötet.

Das Strafgesetzbuch sieht für solche Fälle in Anerkennung der Tatsache, dass hierbei die freie Willensbestimmung eingeschränkt oder gänzlich aufgehoben ist, die Feststellung der verminderten oder aufgehobenen Schuldfähigkeit vor. Die Folge einer Straftat ist Strafverfolgung oder im Falle vermindelter oder aufgehobener Schuldfähigkeit und weiter bestehender Gefährlichkeit – durch psychiatrisches Gutachten festzustellen – eine Maßnahme des Maßregelvollzuges. Analog werden Menschen mit geistiger Behinderung, denen die Fähigkeit zur Einsicht in ihre schädigenden, gefährlichen, schweren aggressiven Handlungen abgesprochen ist, massiv in ihrer Freiheit und Selbstbestimmung eingeschränkt; dies geschieht entweder auch im Maßregelvollzug, häufiger aber in üblichen Einrichtungen der Behindertenhilfe (z.B. durch häufig unmäßige Gabe von Psychopharmaka, durch körperliche und/oder räumliche Fixierung).

Jemand, der an einer psychischen Störung leidet, bedarf der psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung. Damit wird er zwangsläufig abhängig von Dritten, nämlich von Ärzten oder Therapeuten. Dass eine solche Behandlung natürlich darauf zielt, seine Fähigkeiten der Selbstbestimmung wieder herzustellen, schränkt diese Feststellung nicht ein. Aus klinischer Erfahrung wissen wir, dass die tiefe narzisstische Kränkung, die eine solche individuelle Wahrnehmung von

Anhängigkeit von einer Therapie oder einem Therapeuten bedeutet, häufig das Motiv dafür ist, die Behandlung abzubrechen oder sich den Vorschriften der Therapie, z. B. der regelmäßigen Medikamenteneinnahme, zu entziehen. Dies geschieht nicht selten sogar gegen die Stimme der eigenen Vernunft, wider besseres Wissen. Gerade darin zeigt sich, wie stark sich sogar dann noch das menschliche Bedürfnis nach Autonomie durchsetzt.

Das tiefe Verständnis für diese Spannung zwischen der Einsicht in die Notwendigkeit, die Hilfe anderer Menschen anzunehmen, und dem nur allzu menschlichen Wunsch, unabhängig, möglichst unangewiesen auf Dritte zu leben, zwingt uns Ärzte dazu, in jedem therapeutischen Prozess auf die aktive Mitwirkung des Patienten zu setzen, ihn sozusagen zum Koproduzenten seiner Gesundheit zu machen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie setzen wir dabei natürlich insbes. auf die Eltern, damit sie ihr Kind darin bestärken, Therapie anzunehmen und zu nutzen. Wir wissen auch aus Psychotherapien mit erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung, wie sehr sie diesen Anschub von Betreuungspersonen brauchen, wie notwendig aber die selbstbestimmte Entscheidung ist, die Therapie dann auch zu machen, wovon Effektivität von Therapie wesentlich abhängt (BUCHNER 2005). Nur auf diese Weise kann diese Spannung aus ihrer kontraproduktiven Form heraus in eine konstruktive Form verwandelt werden. Die Befähigung, das Empowerment, zu solcher eigener aktiver Mitwirkung ist dann eine ganz eigene Herausforderung im therapeutischen Prozess.

Wenn psychische Krankheiten, psychische Störungen nahezu immer, also auch bei Menschen ohne eine geistige Behinderung, die Selbstbestimmung beeinträchtigen, so trifft das auf Menschen mit einer geistigen Behinderung ebenfalls und sogar erst recht zu. Erst recht deshalb, weil zumeist auch ihre Fähigkeiten, störungsbedingte Beeinträchtigungen kompensieren zu können, eingeschränkt sind, also ihre individuellen Ressourcen zur Bewältigung von seelischer Krankheit erheblich beeinträchtigt sind. Vergegenwärtigt man sich noch, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung und einer zusätzlichen psychischen Störung oft nicht einmal die notwendige und mögliche professionelle Hilfe erhalten, verschärft sich diese Feststellung. Schließlich verhindern seelische Störungen die uneingeschränkte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlicher psychischer Störung sind, solange die psychische Störung nicht wirksam behandelt wird, besonders gefährdet, aus einer Vielzahl von Angeboten der Behindertenhilfe ausgeschlossen zu werden. Dies mag sich darin äußern, dass sie ihren Werkstattplatz verlieren oder ihnen gemeindenahе Betreuungsformen vorenthalten werden.

Schlussfolgerungen

Selbstbestimmung und Fremdbestimmung sind keine Synonyme für Gesundheit und Krankheit, aber aufs engste damit verknüpft. Psychische Gesundheit ist aber auch eine wichtige Voraussetzung für Selbstbestimmung. Selbstbestimmung ist eine wichtige Voraussetzung für psychische Gesundheit, obwohl Selbstbestimmung nicht notwendig seelische Gesundheit gewährleistet.

Kinder, Jugendliche und Erwachsene, die geistig behindert und zusätzlich psychisch krank sind, haben ein vielfaches Risiko, in einem überwiegend oder gar ausschließlich fremdbestimmten Kontext leben zu müssen, mit der wahrscheinlichen Folge destruktiver, zusätzlich behindernder und krankmachender Bedingungen.

Die Vorbeugung einerseits und die Erkennung sowie die effektive Behandlung bestehender psychischer Störungen andererseits bei geistig behinderten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen ist von existenzieller Bedeutung, um derartige destruktive Prozesse zu verhindern. Das hohe Risiko von Menschen mit geistiger Behinderung für übermäßig fremdbestimmte Lebensbedingungen wird durch solche Prozesse erheblich verschärft und die Verwirklichung des Rechts auf Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft in unerträglicher Weise zusätzlich eingeschränkt.

Vorraussetzung für die im vorhergehenden angeführten Punkte ist natürlich das Vorhandensein einer entsprechenden Versorgungsstruktur, in der sich Menschen aller an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen wieder finden und die spezielle Kenntnisse in der Prävention, Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen bei Menschen mit geistigen Behinderungen erworben haben. Ein wichtiger Schritt ist hier sicherlich die Einführung dieses Themenkomplexes in die Weiterbildungsordnung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie der jeweiligen Landesärztekammern.

Literatur

- BUCHNER, T. (2006): „...dass du alles sagen kannst, was du denkst, und dass du dich nicht zurückhalten sollst und so...“ Psychotherapie aus der Sicht von Menschen mit geistiger Behinderung. In: HENNICKE, K. (Hrsg.) (2006): Psychologie und geistige Behinderung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB vom 29.9. bis 1.10.2005 in der Pädagogischen Hochschule Heidelberg. Materialien der DGSGB, Band 12. Berlin, S.73-87.
- ROTHAUS, W. (1990): Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie. modernes lernen, Dortmund
- WALDSCHMIDT, A. (2003): Selbstbestimmung als behindertenpolitisches Paradigma – Perspektiven der Disability Studies. Aus Politik und Zeitgeschichte B8, 13-20
- HENNICKE, K. (2004): Die Ausgrenzung psychisch gestörter Menschen mit geistiger Behinderung vom psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem in Deutschland. In: WÜLLENWEBER, E. (Hrsg.): Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung. Fremdbestimmung, Benachteiligung und soziale Abwertung. Kohlhammer, Stuttgart, S.202-211 (ISBN 3-17-018062-2)

Autoren

Prof. Dr. Gudrun Dobsław
 Hochschule Fulda
 Fachbereich Sozialwesen
 Marquardstr. 35
 36039 Fulda
 E-Mail: gudrun.dobslaw@t-online.de

Dr. Martin Th. Hahn
 Universitätsprofessor i. R., Humboldt-Universität zu Berlin
 Hochbergstr. 1
 72501 Gammertingen
 Tel.: 07574/597 – Fax: 07574/935709 –
 E-Mail: martin-th.hahn@t-online.de

Prof. Dr. Klaus Hennicke
 Facharzt für Kinder-, Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
 Ev. Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe in Bochum
 Leiter des Kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes
 des Bezirks Spandau von Berlin
 E-Mail: hennicke@efh-bochum.de

Dr. Knut Hoffmann
 Asklepios Fachklinikum Göttingen
 Rosdorfer Weg 70
 37081 Göttingen
 E-Mail: kn.hoffmann@asklepios.com

Dipl.Psych. Stefan Meir
 Stiftung Liebenau
 St. Lukas Klinik
 Kinder- und Jugendpsychiatrie
 Siggenweilerstr. 11
 88074 Meckenbeuren
 E-Mail: stefan.meir@stiftung-liebenau.de

Prof. Dr. Georg Theunissen
 Institut für Rehabilitationspädagogik
 Fakultät III Erziehungswissenschaften
 Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
theunissen@paedagogik.uni-halle.de

Impressum

Die „*Materialien der DGSGB*“ sind eine Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB) und erscheinen in unregelmäßiger Folge. Anfragen und Bestellungen an die Redaktion erbeten (Bestellformular über die Website www.dgsgb.de).

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)
Maraweg 9
33617 Bielefeld
Tel. 0521 144-2613
Fax 0521 144-3096
www.dgsgb.de

Redaktion

Prof. Dr. Klaus Hennicke
Laubacher Str. 46a
14197 Berlin
Tel.: 0174 9893134
E-mail klaus.hennicke@gmx.de


dgsgb
**Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.**

Zweck

Die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) verfolgt das Ziel, bundesweit die Zusammenarbeit, den Austausch von Wissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der seelischen Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern sowie Anschluss an die auf internationaler Ebene geführte Diskussion zu diesem Thema zu finden.

Hintergrund

Menschen mit geistiger Behinderung haben besondere Risiken für ihre seelische Gesundheit in Form von Verhaltensauffälligkeiten und zusätzlichen psychischen bzw. psychosomatischen Störungen. Dadurch wird ihre individuelle Teilhabe an den Entwicklungen der Behindertenhilfe im Hinblick auf Normalisierung und Integration beeinträchtigt. Zugleich sind damit besondere Anforderungen an ihre Begleitung, Betreuung und Behandlung im umfassenden Sinne gestellt. In Deutschland sind die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für eine angemessene Förderung von seelischer Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung noch erheblich entwicklungsbedürftig. Das System der Regelversorgung auf diesem Gebiet insbesondere niedergelassene Nervenärzte und Psychotherapeuten sowie Krankenhaupsychiatrie, genügt den fachlichen Anforderungen oft nur teilweise und unzulänglich. Ein differenziertes Angebot pädagogischer und sozialer Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung bedarf der Ergänzung und Unterstützung durch fachliche und organisatorische Strukturen, um seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern. Dazu will die DGSGB theoretische und praktische Beiträge leisten und mit entsprechenden Gremien, Verbänden und Gesellschaften auf nationaler und internationaler Ebene zusammenarbeiten.

Aktivitäten

Die DGSGB zielt auf die Verbesserung

- der Lebensbedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung als Beitrag zur Prävention psychischer bzw. psychosomatischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten
- der Standards ihrer psychosozialen Versorgung
- der Diagnostik und Behandlung in interdisziplinärer Kooperation von Forschung, Aus-, Fort- und Weiterbildung
- des fachlichen Austausches von Wissen und Erfahrung auf nationaler und internationaler Ebene.

Um diese Ziele zu erreichen, werden regelmäßig überregionale wissenschaftliche Arbeitstagungen abgehalten, durch Öffentlichkeitsarbeit informiert und mit der Kompetenz der Mitglieder fachliche Empfehlungen abgegeben sowie betreuende Organisationen, wissenschaftliche und politische Gremien auf Wunsch beraten.

Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft steht jeder Einzelperson und als korporatives Mitglied jeder Organisation offen, die an der Thematik seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung interessiert sind und die Ziele der DGSGB fördern und unterstützen wollen.

Die DGSGB versteht sich im Hinblick auf ihre Mitgliedschaft ausdrücklich als interdisziplinäre Vereinigung der auf dem Gebiet tätigen Fachkräfte.

Organisation

Die DGSGB ist ein eingetragener gemeinnütziger Verein. Die Aktivitäten der DGSGB werden durch den Vorstand verantwortet. Er vertritt die Gesellschaft nach außen. Die Gesellschaft finanziert sich durch Mitgliedsbeiträge und Spenden.

Vorstand:

Prof. Dr. Michael Seidel, Bielefeld (Vorsitzender)
 Prof. Dr. Klaus Hennicke, Berlin (Stellv. Vorsitzender)
 Prof. Dr. Theo Klauß, Heidelberg (Stellv. Vorsitzender)
 Prof. Dr. Gudrun Dobsław, Bielefeld (Schatzmeisterin)
 Dr. Knut Hoffmann, Göttingen
 Dipl.-Psych. Stefan Meir, Meckenbeuren
 Prof. Dr. Georg Theunissen, Halle

Postanschrift

Prof. Dr. Michael Seidel
 v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel
 Stiftungsbereich Behindertenhilfe
 Maraweg 9
 D-33617 Bielefeld
 Tel.: 0521 144-2613
 Fax: 0521 144-3467
 www.dgsgb.de