

Ein Lebensraum für erwachsene Menschen mit basalen Bedürfnissen Eine neue Herausforderung an das Seraphische Liebeswerk

Autor: Winfried Mall

Seraphisches Liebeswerk
der Kapuziner



Bubenburg | Internat mit SES Volks- und Hauptschule • crea-reha | Kreativwerkstätten für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung • Elisabethinum | Förderzentrum für junge Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung • Haus Franziskus | Wohnheim für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung • SLW-Kindergarten • St. Clara | Ferienhaus im Tannheimertal

1. Vorbemerkung	4
1.1 Zielsetzung dieser Konzeption	4
1.2 Sprache und Begriffe	4
2. Die Bedarfssituation	5
3. Der Personenkreis	7
3.1 Was meint »basale Bedürfnisse«?	7
3.1.1 Das Konzept der Sensomotorischen Lebensweisen	7
3.2 Menschen mit basalen Bedürfnissen	9
3.2.1 Menschen mit fast ausschließlich basalen Bedürfnissen	9
3.2.2 Menschen mit überwiegend basalen Bedürfnissen	11
3.2.3 Menschen mit ausgeprägten basalen Bedürfnissen im körperlichen Bereich	12
3.2.4 Menschen mit ausgeprägten basalen Bedürfnissen im seelischen Bereich	14
4. Fachliche Konzepte	16
4.1 Heil- bzw. sonderpädagogische Konzepte	16
4.1.1 Basale Kommunikation	16
4.1.2 Basale Stimulation	17
4.1.3 Snoezelen	17
4.1.4 SIVUS	17
4.1.5 TEACCH	18
4.1.6 Unterstützte Kommunikation	18
4.2 Konzepte der Krankenpflege	18
4.2.1 Basale Stimulation	18
4.2.2 Aktivierende Pflege	19
4.2.3 Kinästhetik	19
4.3 Physiotherapeutische Konzepte	19
4.3.1 Bobath	19
4.3.2 Kognitiv-therapeutische Übungen nach Carl Perfetti	19
4.3.3 Atemtherapie	20
4.3.4 WATSU (Shiatsu im Wasser)	20
4.3.5 Craniosacraltherapie	20
4.3.6 Andere alternativmedizinische Konzepte	20
4.4 Logopädische Konzepte	20
4.4.1 Schlucktherapie	20
4.4.2 Stimm- und Sprechtherapie	20
4.4.3 Unterstützte Kommunikation	20
4.5 Ergotherapeutische Konzepte	20
4.5.1 Basale Stimulation	20
4.5.2 Sensorische Integrationstherapie	20
4.5.3 Therapie nach Affolter	21
4.5.4 Unterstützte Kommunikation	21
4.6 Psychotherapeutische Konzepte	21
4.6.1 Basale Kommunikation	21
4.6.2 Integrative Gestalttherapie	21
4.6.3 Prä-Therapie	21
4.6.4 Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie	22
4.6.5 Klient-zentrierte Gesprächspsychotherapie	22

5. Gliederung des Angebots	.23
»Lebensraum für erwachsene Menschen mit basalen Bedürfnissen«	.23
5.1 Wohnbereich	.23
5.1.1 Kurzzeitwohnen	.24
5.2 Pflege – medizinische Versorgung	.25
5.3 crea-reha-Werkstätten	.25
5.4 Therapie	.26
5.5 Fachberatung – Supervision – Psychotherapie	.27
5.5.1 Heilpädagogische/psychologische Fachberatung	.27
5.5.2 Supervision	.27
5.5.3 Psychotherapeutische Angebote	.27
5.6 Hauswirtschaft	.28
5.7 Leitung	.29
5.7.1 Leitungsstruktur	.29
5.7.2 Kooperationsstrukturen	.29
5.7.3 Prinzipien der Personalentwicklung	.29
5.7.4 Qualitätssicherung	.29
6. Weitere Aspekte	.31
6.1 Kooperation mit Angehörigen und SachwalterInnen	.31
6.2 Aspekte der Integration des »Treffpunkts Lebensraum«	.31
6.3 Aspekt der Vernetzung	.32
6.4 Einbezug der Geschlechter-Perspektive (Gender Mainstreaming)	.32
7. Schlussbemerkung	.33
8. Anmerkungen	.34
9. Anhang	.36
9.1 Liste der voraussichtlichen Abgänger des Elisabethinums	.36
9.2 Stellungnahme vom 06.04.2005	.37
9.3 Einrichtungen in Tirol	.37

1. Vorbemerkung

1.1 Zielsetzung dieser Konzeption

Diese Konzeption wurde im Auftrag des SLW erstellt mit dem Ziel, einen inhaltlichen Rahmen für das geplante Projekt »Lebensraum für erwachsene Menschen mit basalen Bedürfnissen« aufzuzeigen. In die Darstellung eingeflossen sind:

- Praktische Vorgaben und Bedingungen des SLW.
- Ergebnisse der Sitzungen der Projektgruppe, in der alle beteiligten Bereiche des SLW und der Caritas Innsbruck vertreten waren.
- Ergebnisse eines Gesprächs mit den Mitarbeiterinnen des »Treffpunkts Lebensraum« der Caritas Innsbruck; Konzeptionen der Caritas Innsbruck aus den Jahren 2002 und 2003.
- Allgemeine Konzepte aus der Heil- und Sonderpädagogik und anderer Wissenschaften, wie sie vom Autor rezipiert wurden (soweit möglich sind weiterführende Literaturangaben oder Internet-Fundstellen eingefügt).
- Konzepte, Beurteilungen und Einstellungen des Autors selbst.

Die Darstellung kann nicht näher auf die materiellen Aspekte der Realisierung eingehen, wie Investitionspläne, genaue Raumpläne, architektonische Aspekte, Stellenschlüssel oder Tagessätze, da dem Autor diesbezügliche Detailkenntnisse fehlen. Letztlich müssen diese Fragen ohnehin im politischen Prozess bzw. orientiert an den Gegebenheiten und dem Machbaren von den verantwortlichen Personen und Stellen entschieden werden. Insoweit im Folgenden Aussagen über diese Aspekte getroffen werden, sind sie entsprechend zu relativieren. Diese Konzeption will jedoch den nötigen Entscheidungsprozessen einen fachlich-inhaltlichen Hintergrund bieten, der die Qualität der Assistenzarbeit und damit das Wohlergehen der dabei einbezogenen Menschen – MitarbeiterInnen wie NutzerInnen – im Blick hat.

1.2 Sprache und Begriffe

Im Bewusstsein, dass sprachlicher Ausdruck, verwendete Begriffe und inhaltliche Vorannahmen eng mit einander verknüpft sind, bemüht sich diese Konzeption um eine Sprache, die

- möglichst geschlechtsneutral formuliert, ohne die Ausdrucksweise unnötig zu komplizieren.
- keine Wertungen oder Rangunterschiede impliziert.
- die NutzerInnen des zu planenden Angebots als letztendliche Auftraggeber und Hauptpersonen begreift.
- auch LeserInnen ohne spezifische fachliche Vorbildung wie Angehörigen, Politikern, Verwaltungsfachkräften, oder Medienvertretern möglichst unmittelbar verständlich ist.

Als Zielgruppe des Projekts werden *erwachsene Menschen mit basalen Bedürfnissen* genannt. Was diese Menschen kennzeichnet, wird in Kapitel 3 ausgeführt. Bezogen auf den Wohnbereich ist auch von *BewohnerInnen*, bezogen auf die Tagesangebote von *BesucherInnen* die Rede, allgemein auch von *NutzerInnen*. Der Begriff Behinderung wird weitgehend vermieden, z.T. ist von Beeinträchtigungen die Rede als von Umständen, die die selbständige Lebensführung und Persönlichkeitsentfaltung der Betroffenen beeinträchtigen und die Notwendigkeit von Assistenz begründen¹. Allgemein sollen die angesprochenen Menschen jedoch möglichst positiv (*was ist*, nicht *was nicht ist*) beschrieben werden.

Anstelle des hergebrachten Begriffs *Betreuung* ist von *Assistenz* die Rede, da dieser Begriff eher implizieren dürfte, dass die AssistentIn/AssistenzmitarbeiterIn in einem Auftragsverhältnis tätig ist, in dem die Bedürfnisse der NutzerIn handlungsbestimmend sind.

2. Die Bedarfssituation

Menschen mit basalen Bedürfnissen werden in der allgemeinen Öffentlichkeit noch immer wenig wahrgenommen. Selbst über ihre absolute Anzahl gibt es kaum gesicherte Angaben, auch ist unklar, ob diese zu- oder abnimmt.² Einerseits überleben immer mehr frühgeborene oder organisch geschädigte Kinder die ersten Lebensmonate und -jahre, und bei einem Teil von ihnen bleiben schwerste Beeinträchtigungen bestehen. Auch nimmt die Zahl von Unfallopfern oder Überlebenden von Reanimationsmaßnahmen nach Herzstillstand o.ä. zu, die mit schwersten Beeinträchtigungen weiterleben. Andererseits lassen sich die Folgen vieler Störungen und Krankheiten dank verbesserter medizinischer Behandlung und pädagogisch/therapeutischer Förderung deutlich mildern, so dass die resultierenden Beeinträchtigungen weniger schwerwiegend sind. Auch tauchen einige Krankheitsbilder in Folge vorgeburtlicher Diagnostik und anschließendem Schwangerschaftsabbruch deutlich seltener auf. Dazu kommt das Fehlen einer zentralen Registrierung, so dass nicht klar ist, ob es insgesamt eine höhere Anzahl dieser Menschen gibt, oder ob früher lediglich mehr von ihnen gar nie in der Öffentlichkeit auftauchten, zumal es lange keine institutionellen Angebote zu ihrer Bildung und Förderung gab.

Erst seit den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts wandelte sich die Wahrnehmung schwerst beeinträchtigter Menschen. Wurden sie bis dahin als nicht förderungs- oder beschulungsfähig angesehen, reklamierte vor allem die Heil- und Sonderpädagogik nun auch für sie das allgemeine Menschenrecht auf Bildung sowie auf eine anregungsreiche und lebenswerte Umgebung. In ersten Schulversuchen, auf Kongressen und Tagungen wurden Konzepte entwickelt und Erfahrungen zusammen getragen, unter Einbezug von Erkenntnissen aus der Entwicklungspsychologie, von Medizin, Physio- und Ergotherapie sowie der Pflegewissenschaft. Wichtige Pionierarbeit wurde vom Team um Andreas Fröhlich mit der Entwicklung des Konzepts »Basale Stimulation« geleistet, das den klaren Nachweis erbrachte, dass auch diese Menschen imstande sind zu lernen und sich zu entwickeln, vorausgesetzt, die gemachten An-

gebote entsprechen wirklich ihren Bedürfnissen. Inzwischen ist allgemein anerkannt – wenn auch beileibe noch nicht konsequent durchgesetzt – dass es keine lern- und entwicklungsunfähigen Menschen gibt, und dass auch Menschen mit überwiegend oder ausschließlich basalen Bedürfnissen Anspruch auf eine angemessene, stimulierende und erfüllende Lebenswelt haben.

Inzwischen haben viele der mit diesen schulischen Angeboten erreichten Menschen das Erwachsenenalter erreicht, doch stehen ihnen meist nicht wie Altersgenossen verschiedene Optionen zur Verfügung, wie sie nach der Schulzeit leben wollen. Zumeist wohnen sie weiter bei den Eltern, was zu akzeptieren ist, so weit es dem Willen und dem Wohl beider Seiten entspricht, was jedoch als erzwungene Lösung fatale Folgen haben kann, wenn sie nicht mehr für beide Seiten »stimmt«. Auch unter dem Leitgedanken der *Normalisierung* der Lebensverhältnisse dieser Menschen muss der Auszug aus dem Elternhaus als *normale* Alternative möglich sein und darf nicht am Fehlen geeigneter Assistenzangebote scheitern.

Für einen Teil dieser Menschen gibt es das Angebot, tagsüber eine Tagesstätte o.ä. zu besuchen. Wird nach Erkrankung oder Tod der Eltern das weitere Leben zuhause unmöglich, bleibt in der Not oft nur die absolut unbefriedigende Lösung einer Unterbringung im Altenpflegeheim. In diesem Zusammenhang ist auch das Fehlen von Kurzzeit-Wohnangeboten zu beklagen, die zur vorübergehenden Entlastung der Eltern, zur Sicherstellung der nötigen Assistenz bei Verhinderung der Eltern oder auch zum allmählichen Ablösen vom Elternhaus nötig sind. Dem gegenüber steht als offizielle Absichtserklärung des österreichischen Staates: »Behindertsein ist eine der vielfältigen Formen menschlichen Lebens: Sie ist als solche zu akzeptieren und darf nicht Anlass sein, die betroffenen Menschen in irgendeiner Weise von der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben auszusondern. Die österreichische Behindertenpolitik muss auf einer ganzheitlichen Sicht des Menschen beruhen, in der seine körperlichen, geistigen, psychischen und sozialen Bedürfnisse gleicher-

maßen berücksichtigt werden.«³ Diese Absicht soll das geplante Projekt helfen umzusetzen.

Das Elisabethinum kann inzwischen auf beinahe 10 Jahre Erfahrung in der Beschulung und der Assistenz von Kindern und jungen Menschen mit basalen Bedürfnissen zurück greifen, die SchülerInnen der ersten basalen Förderklassen beenden in nächster Zeit ihre Schulpflicht. Das SLW steht zu seiner Zusage, dass Menschen mit Beeinträchtigungen und ihre Angehörigen sich mit der Aufnahme im SLW grundsätzlich auf ein lebenslanges Angebot begleitender Assistenz und Förderung im Rahmen des SLW verlassen können.

Die Caritas Innsbruck bietet in ihrem »Treffpunkt Lebensraum« bereits seit vielen Jahren einigen Menschen die Möglichkeit, den Tag sinnvoll und anregungsreich außerhalb des Elternhauses zu verbringen, früher als Alternative zur Schule, die diese Menschen damals nicht aufnehmen wollte, inzwischen für Schulabgänger, die nicht in eine Werkstätte gehen können. Allerdings sind die räumlichen Möglichkeiten dort recht beengt und ungünstig gestaltet; zudem wird mehr und mehr die Notwendigkeit eines Wohnangebots deutlich. Ein Zusammengehen mit dem SLW zur Gestaltung eines gemeinsamen Angebots liegt daher nahe.

So besteht Bedarf, ein Angebot im »Erwachsenen-Raum« der crea-reha-Werkstätten, des Hauses Franziskus und des neu zu erwerbenden Hauses Don Bosco so zu gestalten, dass Menschen mit basalen Bedürfnissen aus dem Elisabethinum und aus dem Raum Innsbruck auch langfristig ein gutes und erfülltes Leben ermöglicht wird. Aktuell handelt es sich um 12 bis 15 SchülerInnen des Elisabethinums, deren Schulabgang in den kommenden drei Jahren bevorsteht. Dazu kommen die derzeit 5 erwachsenen Besucher des »Treffpunkts Lebensraum« der Caritas Innsbruck, von denen aktuell 2 Personen, langfristig die Mehrheit von ihnen auch eine Wohnmöglichkeit mit angemessener Assistenz außerhalb des Elternhauses benötigen. Insgesamt ist ein Lebensraum für ca. 25 Personen mit basalen Bedürfnissen geplant, die in den nächsten Jahren zur Aufnahme anstehen dürften.

3. Der Personenkreis



3.1 Was meint »basale Bedürfnisse«?

3.1.1 Das Konzept der Sensomotorischen Lebensweisen⁴

Alle Menschen stehen zu Beginn ihres Lebens vor der Notwendigkeit, grundlegende Fähigkeiten aufzubauen, um sich mit ihrem Körper, ihrer Bewegungsfähigkeit, ihrer Sinneswahrnehmung in der Welt zurecht zu finden und in diese aktiv einzubringen – die *Sensomotorischen Lebensweisen* bilden sich heraus (»sensomotorische Phase« nach Piaget⁵). Diese Erfahrungen und Kompetenzen aus den ersten 18 Monaten unbehinderter Entwicklung bilden das Fundament der Intelligenz und prägen die individuelle Persönlichkeit auch nicht beeinträchtigter Menschen, sie tragen entscheidend zur Lebensqualität bei.

Von ihnen werden die Themen der ersten 3 Lebensmonate als *basal* im engeren Sinne bezeichnet: *Sicherheit-Vertrauen, Vitalfunktionen, Körpererleben*. Werden sie durch lebensgeschichtliche Ereignisse wie Krisen, Unfall, Krankheit oder Altersabbau in Frage gestellt, geraten sie notwendig wieder in den Mittelpunkt der Lebensgestaltung. Bei Menschen mit schweren

Beeinträchtigungen (gebräuchliche Umschreibungen: deutliche *geistige Behinderung*, ausgeprägt *autistisches Verhalten*, *schwere (schwerste) Mehrfachbehinderung*, Zustand nach *Schädel-Hirn-Trauma*, *Wachkoma*, *dementielle Erkrankung*) bleiben diese Themen lebensbestimmend oder sind es wieder geworden. Je nach den individuellen Lebensbedingungen ist dabei nicht ausgeschlossen, dass auch die weiteren Themen sensomotorischer Intelligenz zumindest ansatzweise relevant werden bzw. bleiben. Die inhaltlichen Schwerpunkte der Sensomotorischen Lebensweisen, die hierarchisch aufeinander aufbauen, sollen im Folgenden knapp skizziert werden⁶:

Sicherheit – Vertrauen: »Es ist gut, dass ich da bin – ich bin in Sicherheit geborgen.«

Die Erfahrung unbedingten Angenommenseins sowie das Erleben von Sicherheit sind Grundlage einer gesunden Persönlichkeitsentwicklung – und doch bei Menschen mit Beeinträchtigungen häufig massiv in Frage gestellt. Traumatisierende Erfahrungen in Schwangerschaft, früher Kindheit oder auch in späteren Lebensphasen, frühe, oft unumgängliche Trennungserlebnisse,

Schmerzen und andere massive körperliche Beeinträchtigungen, aber auch die Verunsicherung und häufig anzutreffende gesellschaftliche Isolation der Familie, die sich mit der Beeinträchtigung ihres Mitglieds auseinandersetzen muss, erschweren die Festigung des Ur-Vertrauens, das Ausgangsbasis für eine produktive Auseinandersetzung mit der Welt bilden müsste, oder erschüttern es.

Überleben – Sicherung der Vitalfunktionen: »Ich werde mit dem Nötigen für Leib und Seele zuverlässig und gut versorgt.«

Am Leben zu bleiben – das heißt Atmung, Nahrungsaufnahme, Schlaf-/Wachrhythmus, Schmerzfreiheit, Regulation der körperlichen und seelischen Spannung, Erfahrung von Nähe, Trost und Geborgenheit. Die Vitalfunktionen des Körpers und der Seele müssen zuverlässig und fraglos gesichert sein, bevor sich ein Mensch der Umwelt zuwenden kann. Grundlegend ist das Erlebnis von Korrespondenz: Zuerst stellt sich die Umwelt auf diesen Menschen ein, passt sich ihm an, und so ermöglicht sie ihm, in die dialogische Wechselseitigkeit von *Assimilation* und *Akkommodation* (Piaget) einzutreten, der Grunddynamik jeden Lernens, die notwendig ist für die funktionsgerechte Organisation der neurologischen Verarbeitungsstrukturen⁷.

Sich im Körper und in Bewegung erleben – modalitätsspezifische Wahrnehmung: »Ich entdecke und übe meinen Körper und seine Möglichkeiten, erlebe mich lustvoll in Bewegung.«

Sich senso-motorisch der Welt zuzuwenden, erfordert ein Mindestmaß an Körperbeherrschung und motorischer Kompetenz, wie auch das lustvolle Erleben des eigenen Körpers und von Bewegung ein menschliches Grundbedürfnis anspricht. Menschen mit schweren motorischen Einschränkungen erleben hier massive Einschränkungen ihrer Möglichkeiten, zumal wenn sie aufgrund ihrer Lebenssituation (z.B. langes Liegen, geringe motorische Anregung, Lageveränderung oder angepasste Bewegungserfahrung) zu wenig entsprechende Anregungen erleben können.

Die Umwelt mit den Sinnen entdecken – intermodale Wahrnehmung: »Ich bin offen für Neues, kann mit meinen Sinnen genießen.«

Auf der Basis des Urvertrauens und der gesicherten Befriedigung der Vitalfunktionen, sowie mit seinen entwickelten motorischen Kompetenzen macht sich ein Mensch an der Erforschung seiner Umwelt, gewinnt Eindrücke von Sinneserlebnissen, bildet Geschmacksvorlieben in jeder Hinsicht aus und entwickelt innere Vorstellungen von den Objekten (Dingen wie Menschen) seiner Umwelt, eine wichtige Etappe in der Organisation seiner neurologischen Verarbeitungsstrukturen. Sinnesreize zu genießen sowie in seiner Umwelt die eigenen Geschmacksvorlieben zu verwirklichen, ist wichtiger Aspekt von Lebensqualität. Menschen, deren Umgang mit der Welt zu angstbesetzt ist, die nicht in das Wechselspiel von Assimilation und Akkommodation eintreten können, oder die aufgrund ihrer motorischen Einschränkungen nicht in der Lage sind, die Umwelt tätig zu erforschen, und keine kompensierende Assistenz erhalten, bleibt ihre Umwelt weitgehend verschlossen, und ihre Möglichkeiten, sich in dieser Welt zu verwirklichen, bleiben erheblich eingeschränkt.

Zusammenhänge beherrschen – serielle Wahrnehmung: »Ich kenne mich aus und bin wirksam, meine Gewohnheiten werden respektiert.«

Mit dem Erleben der eigenen Wirksamkeit und dem Verständnis für Zusammenhänge und Strukturen macht ein Mensch einen zentralen Schritt hin zu Selbstbestimmung und zur Ausbildung seiner Persönlichkeit in Abgrenzung zu anderen. Gleichzeitig werden wichtige Grundkonzepte der Intelligenz erworben: Raum- und Zeitwahrnehmung, Objekt Konstanz, Erkennen von Regelmäßigkeiten, Übertragen von Handlungsschemata in neue Situationen, Erleben der eigenen Möglichkeiten und ihrer Grenzen, Eingreifen in Zusammenhänge. Menschen, die aufgrund ihrer Beeinträchtigungen an diesem Schritt gehindert sind, denen die Umwelt das Erleben der eigenen Wirksamkeit nicht ermöglicht, oder denen ein verwirrendes Bild der gegebenen Zusammenhänge vermittelt wird (z.B. bei starker emotionaler *Ambivalenz*), bleiben abhängig von anderen, die die Zusammenhänge ihres Lebens stellvertretend für sie organisieren. Sie haben Mühe, sich als aktiv Handelnde zu erleben oder entwickeln destruktive Weisen (»Verhaltensstörungen«), dies zu tun.

Absichten verfolgen – intentionale Wahrnehmung: »Ich stelle mich dar und werde verstanden; ich bin einbezogen und finde Modelle für mein Handeln.«

Das Verständnis für Zusammenhänge ermöglicht in der Folge dem Menschen, sich absichtsvoll in seine Welt einzubringen. Die Entwicklung von Sprache oder anderen, der Umwelt verständlichen Ausdrucksweisen ermöglicht ein differenziertes Bezeichnen von Wünschen, Absichten, Erlebtem oder Bedeutungsvollem. Die Erfahrung, einbezogen und beteiligt zu sein, macht sozialer Integration möglich, die Orientierung an modellhaftem Verhalten anderen erweitert das eigene Handlungsspektrum. Stärker beeinträchtigte Menschen sind dazu oft nicht in der Lage, doch kann es auch an mangelnder Unterstützung durch die Umwelt liegen – z.B. im Aufbau alternativer Kommunikationsweisen bei Ausbleiben der Verbalsprache, oder wenn man »nichts zu sagen hat« – dass ein Mensch keine Möglichkeiten findet, sich auf positive Weise aktiv in seine soziale und dingliche Umwelt einzubringen.

Beginn des Denkens – Symbolverständnis: »Ich beziehe mich auf meine Erfahrungen, teile mein inneres Erleben mit, fühle mich in andere ein.«

Hat ein Mensch die grundlegenden, sensomotorischen Kompetenzen seiner Persönlichkeit aufgebaut, dann sind seine inneren Vorstellungen von der Welt so differenziert, dass er in die Lage kommt, auch mit Inhalten umzugehen, die nicht unmittelbar – senso-motorisch – wahrnehmbar sind: Gefühle, Erfahrungen, eigenes inneres Erleben oder das anderer, Vergangenheit, Zukunft. Dies ist der Schritt heraus aus der sensomotorischen Verhaftung an das Hier und Jetzt, der sich in den aufbauenden Themen der Intelligenzentwicklung weiter ausdifferenziert – wobei auch für nicht beeinträchtigte Menschen die sensomotorischen Erlebnisinhalte nach wie vor hoch bedeutungsvoll bleiben. Den meisten Menschen, die als »geistig behindert« bezeichnet werden, ist dieser Schritt jedoch nicht oder nur in schmalen Ausschnitten möglich – für andere, bei denen aufgrund ihrer Lebensumstände die Sensomotorischen Lebensweisen wieder in den Vordergrund gerückt sind, sind diese komplexeren Inhalte nicht mehr oder nur eingeschränkt verfügbar.

3.2 Menschen mit basalen Bedürfnissen

Unter »basalen Bedürfnissen« sollen hier diejenigen Themen verstanden werden, die die Grundlage der Sensomotorischen Lebensweisen bilden: *Sicherheit-Vertrauen, Vitalfunktionen, Körpererleben*. Sie prägen in der nicht behinderten Entwicklung die ersten drei Lebensmonate, für schwer beeinträchtigte Menschen bilden sie den fortdauernden Schwerpunkt ihres Lebens, wobei es selbstverständlich je nach der speziellen Situation der Person zu sehr individuellen Ausprägungen dieser Bedürfnisse kommt.

Deshalb – und immer noch vereinfachend – sollen im Folgenden vier Gruppen von Menschen mit basalen Bedürfnissen unterschieden werden, für die das vorzustellende Konzept einen angemessenen Lebensraum anbieten will:

3.2.1 Menschen mit fast ausschließlich basalen Bedürfnissen

Beschreibung ihrer Lebenssituation

Hier sind Personen angesprochen, deren Leben sich fast ausschließlich um die Themen *Sicherheit-Vertrauen, Vitalfunktionen* und *Körpererleben* dreht. Sie sind überwiegend mit sich selbst und ihrem Körper, oft mit ihrem Überleben im Wortsinn beschäftigt und wenig offen für nach außen gerichteten Aktivitäten. Dazu sind sie hochgradig abhängig von der Pflege und Fürsorge ihrer Umwelt, da sie kaum in der Lage sind, eigene Aktivitäten zu entwickeln, um ihre Bedürfnisse zu verfolgen. Sie sind deshalb zu ihrer Assistenz auf Menschen angewiesen, die sie gut kennen, ihre Bedürfnisse erkennen und mit der nötigen fachlichen Qualifikation auch befriedigen können.

Ihre Bedürfnisse

Diese Menschen benötigen rund um die Uhr aufmerksame Assistenz. Aufgrund vielfältiger körperlicher und medizinischer Probleme (wie Atmung inkl. Trachealkanüle, Dekubitusprophylaxe, Ernährung inkl. PEG-Sondierung, Stuhlgang, Epilepsie, Überwachung der Körperfunktionen) beinhaltet diese auch ein hohes

Maß an pflegerischer Kompetenz, doch bezieht die Assistenz auch die seelischen Bedürfnisse dieser Menschen nach Nähe, Kontakt, Entspannung, Trost und Geborgenheit, wie nach angemessener Anregung der Körpersinne mit ein und weist ein möglichst hohes Maß an Kontinuität auf. Die Prävention oder Milderung von Langzeitfolgen (wie Skelettdeformationen und zunehmende Bewegungseinschränkung, Wundliegen, Ernährungsprobleme) erfordern entsprechend intensive therapeutische Angebote (v.a. Physiotherapie und Logopädie).

Konsequenzen für ihren Lebensraum

Ein Wohnangebot für diesen Personenkreis ist in überschaubare Einheiten aufgeteilt, mit einer Assistenzdichte, die gewährleistet, dass ihre Bedürfnisse rund um die Uhr zuverlässig erkannt und befriedigt werden können. Das Mitarbeiterteam umfasst sowohl heilpädagogische als auch pflegerische Kompetenz, eine pflegerische Anleitung durch entsprechend qualifizierte Personen ist sicher gestellt, wie auch ein intensives therapeutisches Angebot durch Physiotherapie und Logopädie. Da unter Heimbedingungen nur bedingt mit personeller Konstanz gerechnet werden kann, wird die erforderliche Kontinuität der Assistenz nur durch eine gute und zuverlässige fachliche Begleitung des Mitarbeiterteams gesichert. Auch in einem zweiten, tagesstrukturierenden Lebensraum stehen die basalen Bedürfnisse dieser Menschen im Vordergrund. Die Einrichtung aller Räume ist pflegeeasier gestaltet und bietet verschiedene Erfahrungsmöglichkeiten an, wie unterschiedliche Lagerungsmöglichkeiten, Möglichkeiten der vestibulären, somatischen und vibratorischen Anregung (siehe Basale Stimulation – 4.1.2) oder Elemente aus dem Snoezelen-Konzept (siehe 4.1.3).

Ein Beispiel

Susanne⁸ ist schon über 30 Jahre alt. Nach einer schweren Erkrankung in früher Kindheit verlief ihre Entwicklung sehr beeinträchtigt. Nach Besuch der Körperbehindertenschule wurde sie von einer Tagesstätte aufgenommen. Sie lebt noch zuhause bei ihrer bereits recht betagten Mutter.

Susanne hat eine starke Skoliose und fehlgebildete Hüftgelenke und geht nicht. Meist sitzt

sie im Rollstuhl, auf einem Knautschsack oder im Schaukelstuhl. Wenn man sie lässt, hat sie fast permanent die Hände im Mund, wobei sie sich stark einspeichelt. Da sie deshalb immer wieder Pilzkrankungen an den Händen und im Mundbereich bekommen hat, trägt sie heute zeitweilig Armschienen, die verhindern, dass sie mit den Händen zum Mund kommt oder – was auch vorkommt – sich die Kopfhaut aufkratzt.

Wenn sie so dasitzt, versetzt sie sich immer wieder in heftige, kurze Schaukelbewegungen, so dass ihr ganzer Körper und vor allem der Kopf in Schwingung gerät. Dies steigert sich, wenn sie erregt ist, wobei sie bei großer Unlust auch Laute und Schreie ausstößt. Nach außen gerichtete Aktivitäten sind nur in kleinen Ansätzen zu beobachten. So rollt sie ihren Rollstuhl immer wieder langsam an Stellen, wo »etwas los« ist, oder in die Sonne. Dabei umfährt sie auch gezielt Hindernisse.

Sicherheit – Vertrauen: Susanne wirkt sehr »verloren«, wenn sie für sich so mit den Händen im Mund da sitzt und sich selbst schaukelt. Neugier oder Offenheit für ihre Umwelt ist kaum erkennbar. Die Mutter engagiert sich zwar sehr in einer angemessenen Pflege und Versorgung, gibt aber selbst zu, dass sie sich wegen des ständigen, starken Speichelflusses scheut, allzu nahen Kontakt aufzunehmen.

Vitalfunktionen: Susanne würde sich nicht aktiv um Nahrung bemühen oder sonst ihre Bedürfnisse anzeigen. Allerdings hält sie beim Essen mit Führung selbst den Löffel und lässt durch Bremsen oder Nachgeben erkennen, ob sie weiter essen möchte. Die Flüssigkeitszufuhr ist immer wieder schwierig sicherzustellen. Sie trinkt aus einer Saugflasche mit vergrößertem Loch; jedoch oft lehnt sie es ab zu trinken. Da sie immer wieder Schwierigkeiten mit dem Wasserlassen hat, trägt sie ein Urinalkatheder. Sie hält sich gern in der Sonne oder unter einer Infrarot-Wärmelampe auf. Sie bei Unlust zu trösten, ist kaum möglich; sie sucht dann Erregungsabfuhr in verstärktem Schaukeln.

Sich im Körper und in Bewegung erleben: Bis auf die Angewohnheit, sich selbst in Schwingungen zu versetzen, unternimmt Susanne nichts, um ihren Körper in Bewegung zu spüren. Wird sie jedoch passiv starken Vibrationsreizen aus-

gesetzt (z.B. mit dem Rollstuhl über Kopfsteinpflaster rollen), kann sie frohes Jauchzen ausstoßen. Ihre Körperhaltung in verschiedenen Lagen selbst zu kontrollieren überfordert sie; sie ist darauf angewiesen, in eine sichere Position gebracht zu werden.

Die Umwelt mit den Sinnen entdecken: Ein Interesse an Umweltreizen ist bei Susanne so gut wie nicht zu beobachten, bis auf die Neigung, Wärme aufzusuchen. Auch Blickkontakt kommt nur ganz selten und unzuverlässig zustande.

Zusammenhänge beherrschen: Es ist nicht zu beobachten, dass Susanne sich auf die Zusammenhänge ihrer Umwelt einstellt. Eine Ausnahme könnte eine rudimentäre räumliche Orientierung sein, mit der sie z.B. manchmal ihren Rollstuhl (in Zeitlupentempo) durch die Räume steuert oder sich auf die Sonne ausrichtet.

Zusammenfassung: Susanne wirkt fast wie »noch nicht geboren«, so sehr ist sie bei sich, so wenig orientiert sie sich auf ihre Umwelt hin, und so sehr ist sie darauf angewiesen, dass sich ihre Umwelt ähnlich einem kleinen Säugling ihr anpasst und ihre Bedürfnisse erkennt und befriedigt. Damit dürfte sie vor allem noch an die Themen Sicherheit – Vertrauen und Vitalfunktionen gebunden sein. Interesse daran, die Umwelt mit den Sinnen zu entdecken, lässt sich nicht beobachten. Minimale Ansätze zum Beherrschen von Zusammenhängen lassen vermuten, dass evtl. ein höheres Potenzial vorhanden wäre, dem jedoch offensichtlich die Basis fehlt, um sich entfalten zu können.

3.2.2 Menschen mit überwiegend basalen Bedürfnissen

Beschreibung ihrer Lebenssituation

Hier sind Menschen im Blick, in deren Leben die genannten basalen Bedürfnisse (*Sicherheit-Vertrauen, Vitalfunktionen und Körpererleben*) noch immer einen hohen Stellenwert einnehmen, sei es, dass sie körperlich extrem eingeschränkt sind, sei es, dass sie nur sehr reduziert in der Lage sind, sich der vielgestaltigen Umwelt zu öffnen. Dennoch haben sie sich zumindest schmale Umweltausschnitte erschlossen, in denen sie

nach Anregung für ihre Sinne suchen (Thema *Die Umwelt mit den Sinnen* entdecken – oft in Form von Selbststimulation oder sogenannt stereotypem Verhalten) oder ihre eigene Wirksamkeit erleben und Zusammenhänge manipulieren (Thema *Zusammenhänge beherrschen* – oft in Form von Verweigerung oder im »zwanghaften« Bestehen auf bestimmten Umweltbedingungen, oder bezüglich besonders zentral erlebter Bedürfnisfelder wie dem Essen). Häufig lässt sich dabei eine Tendenz erkennen, die fremd initiierte Wechselseitigkeit als beängstigend erlebt und deshalb anstrebt, die Situation selbst zu kontrollieren und Fremdes abzuwehren.

Ihre Bedürfnisse

In ihrer Lebenssituation brauchen diese Menschen Assistenz, um die vorhandenen Ansätze der Umweltorientierung auszubauen und zu stärken, vor allem, indem ihre basalen körperlichen und seelischen Grundbedürfnisse zuverlässig befriedigt werden. Neben der unabdingbaren Sorge um das körperliche Wohl (s.o.) werden bei vielen von ihnen die Festigung von Vertrauen und der Abbau von Angst sowie die Ermöglichung von Wechselseitigkeit als wichtige Schwerpunkte berücksichtigt, um zu erreichen, dass vorhandene Ressourcen genutzt werden können, sich der Umwelt zuzuwenden und sie mitzugestalten.

Konsequenzen für ihren Lebensraum

Auch der Lebensraum für diese Personen gewährleistet in überschaubarem Rahmen Sicherheit und Orientierung. Die nötige pflegerische Kompetenz ist ebenfalls sicher gestellt, wie auch therapeutische Angebote zur Verbesserung ihrer Kompetenzen und zum Aufbau von Vertrauen und Wohlbefinden. Der heilpädagogische Umgang mit ihnen ist in der Lage, die Gratwanderung zu bewältigen zwischen Respekt vor ihren Vorlieben und Besonderheiten und der Herausforderung, die eigene Lebenswelt zu erweitern, sich neuen und fremden Ein-drücken und Erfahrung auszusetzen und Wechselseitigkeit in der Beziehungsgestaltung zuzulassen. Dazu gestalten die AssistenzmitarbeiterInnen ihre heilpädagogischen Intentionen – auch in therapeutischen Angeboten – reflektiert und gut koordiniert, wofür sie auf kontinuierliche fachliche Beratung an-

gewiesen sind. Auch die verschiedenen Lebensbereiche wie Wohnbereich und Tagesstruktur stimmen ihre Konzepte gut auf einander ab.

Ein Beispiel

Beatrice ist 16 Jahre alt und wurde mit 8 Jahren in der Körperbehindertenschule aufgenommen, wo sie in den Schulwochen auch im Internat wohnt. Durch Sauerstoffmangel während der Geburt erlitt sie eine frühkindliche Hirnschädigung, die sich unter anderem in der Entwicklung einer ausgeprägten cerebralen Bewegungsstörung auswirkte. Sie kann sich trotz der Körperbehinderung am Boden – wenn auch mühsam – fortbewegen, nur wenn es vom Boden nach oben geht, hat sie ohne Hilfe keine ausreichende Kontrolle mehr über ihre Motorik. Mit Halt an Gehwagen o.ä. kann sie unsicher gehen.

Sicherheit – Vertrauen: Beatrice imponiert durch ihre fröhliche und vertrauensvolle Grundhaltung, mit der sie mühelos die Sympathien der meisten Menschen gewinnt. Sie hat wenig Angst und lässt sich meist ohne große Vorbehalte auf neue Situationen ein.

Vitalfunktionen: Essen und Trinken bereitet Beatrice große Mühe und ist für sie eher mit Unlust verbunden, da ihr das koordinierte Schlucken große Mühe macht und sie sich immer wieder verschluckt. Sie muss gefüttert werden, an die Berührung des Mundes durch den Löffel musste sie sich erst langsam gewöhnen, und auch die Technik, ihr das Essen zu reichen, musste erst individuell angepasst werden. Vergleichbar ist es mit dem Trinken. Wenn sie Schmerzen hat, ist sie nicht in der Lage, darauf hinzuweisen, sondern es liegt an den Bezugspersonen festzustellen, dass etwas nicht stimmt. Ihr Schlaf-Wachrhythmus ist unregelmäßig, oft ist sie nachts stundenlang wach und spielt mit sich selbst. Wenn es ihr schlecht geht, braucht es einen unmittelbar anwesenden Menschen, damit sie bei ihm Trost sucht. Mit entsprechender Unterstützung kann sie jedoch auch zur Ruhe kommen und sich entspannen.

Sich im Körper und in Bewegung erleben: Bedingt durch ihre Bewegungsbehinderung fällt es Beatrice schwer, sich selbst aktiv in Bewegung zu erleben. Passiv dagegen genießt sie es, be-

wegt zu werden, es darf dabei auch gern etwas dynamischer zugehen, so lange sie selbst sicheren Halt hat. Spontan beschäftigt sie sich viel mit ihrem Körper, streichelt sich gerne selbst, spielt mit ihren Haaren, klopft mit ihren Fingern an die Zähne, fährt sich mit ihrer Hand tief in den Rachen hinein. Ihre Sinnesorgane – insbesondere die Augen – kann sie aufgrund der motorischen Koordinationsprobleme nur eingeschränkt nutzen.

Die Umwelt mit den Sinnen entdecken: Im Rahmen ihrer Möglichkeiten wendet sich Beatrice gern ihrer Umwelt zu und sucht sich interessante Sinneserfahrungen. Da ihre Handmotorik relativ geschickt ist, greift sie sich Dinge, besonders, wenn diese Geräusche machen, und spielt mit ihnen. Dabei zeigt sie eindeutige Geschmacksvorlieben für bestimmte Spielsachen oder Effekte, vor allem im akustischen Bereich. Strömen jedoch zu viele Reize auf sie ein (vor allem Geräusche), die sie nicht selbst kontrollieren kann, ist sie rasch irritiert und reagiert mit Unlust.

Zusammenhänge beherrschen: Abgesehen davon, dass Beatrice sich immer wieder in Richtung bestimmte Räume bewegt, zeigt sie kaum Verhalten, das einen Sinn für Zusammenhänge oder für die eigene Wirksamkeit erkennen lässt.

Zusammenfassung: Beatrice erscheint demzufolge als ein Mensch, der noch überwiegend den basalen Bedürfnissen verhaftet ist (v.a. Vitalfunktionen und Sich im Körper und in Bewegung erleben), jedoch schon deutliche Interessen zeigt, die über diese Themen hinaus gehen (v.a. Umwelt entdecken), und hier auch auf angemessene Anregung angewiesen ist.

3.2.3 Menschen mit ausgeprägten basalen Bedürfnissen im körperlichen Bereich

Beschreibung ihrer Lebenssituation

Diese Menschen sind meist aufgrund ihrer organischen Beeinträchtigungen oder spezieller medizinischer Probleme auf umfangreiche Assistenz bezüglich ihres körperlichen Wohlbefindens und ihrer Gesundheit angewiesen (Themen *Vitalfunktionen* und *Sich im Körper und in Bewegung erleben*). Gleichzeitig sind ihre psychi-

schen und intellektuellen Kompetenzen sehr viel weiter, oft auch über die Sensomotorischen Lebensweisen hinaus entwickelt. Sie haben ein Verständnis für ihre Umwelt, auch ein Konzept von Raum und Zeit, können aber ohne Assistenz nur eingeschränkt oder gar nicht unabhängig aktiv werden oder sich fortbewegen. Oft wissen sie, was sie gern tun würden, sind aber durch ihre motorischen Einschränkungen daran gehindert, es selbstständig zu tun. Sie verstehen Sprache, können zum Teil mit Schriftsprache umgehen, haben aber häufig körperliche Probleme, Verbalsprache so zu produzieren, dass sie sich verständlich machen können, oder ohne Assistenz zu schreiben.

Ihre Bedürfnisse

Auf der einen Seite benötigen diese Menschen die nötige Assistenz, um ihren körperlichen Bedürfnissen gerecht zu werden, Wohlbefinden zu erreichen und ihre Einschränkungen auszugleichen, andererseits erwarten sie Respekt für ihre Möglichkeiten der Selbstbestimmung. In der Konsequenz erfordert dies, sie weder in unnötiger Abhängigkeit zu halten oder sie zu bevormunden, noch ihnen zu viel Hilfe anzubieten und so ihre Autonomie zu beschränken oder eine erworbene Tendenz zur »gelernten Hilflosigkeit« zu befördern. Wenn sie an der Entwicklung von Verbalsprache gehindert sind, brauchen sie entsprechende Möglichkeiten Unterstützter Kommunikation.

Konsequenzen für ihren Lebensraum

Ein Wohn- und Beschäftigungsangebot für diese Menschen hält zum einen die nötige pflegerische Kompetenz vor, um im Sinn unterstützender Assistenz ihren körperlichen Bedürfnissen gerecht zu werden und ihnen Wohlbefinden zu ermöglichen, sowie ihre Einschränkungen zu kompensieren. Zum andern ermöglicht es ihnen möglichst viel Freiraum, ihr Leben trotz Einschränkungen selbstbestimmt zu gestalten und sich aktiv einzubringen. Umfassend verwirklichte Strategien der Unterstützten Kommunikation gehören ebenfalls dazu. Unter heilpädagogischen Gesichtspunkten wird eine ganzheitliche Assistenz zur Übernahme von Eigenverantwortung und zur Entwicklung eines optimistisch-realistischen Bildes der eigenen Möglichkeiten und Grenzen

angestrebt, dies wird auch durch angemessene psychotherapeutische Angebote unterstützt. Ergotherapeutisch werden Strategien entwickelt, trotz Einschränkungen aktiv und produktiv tätig sein zu können, ohne einem unangemessenen Leistungsdruck ausgesetzt zu werden.

Ein Beispiel

Christine ist 16 Jahre alt und hat ihre ganze Schulzeit hindurch die Körperbehindertenschule besucht. Aufgrund einer frühkindlichen Hirnschädigung hat sie eine leichte Bewegungsstörung entwickelt und leidet zudem unter epileptischen Anfällen, die nur schwer medikamentös zu kontrollieren sind und ihr gesundheitliches Befinden immer wieder stark beeinträchtigen. In Phasen, in denen es ihr besser geht, kann sie sich aktiv einbringen, äußert mit Worten, was gerade ansteht, übernimmt auch gern Tätigkeiten des Alltags, bei denen sie sich aktiv mit ihren motorischen Einschränkungen auseinandersetzt.

Sicherheit – Vertrauen: Ihre instabile körperliche Verfassung erschüttert auch immer wieder ihr Grundvertrauen; sie ist dann darauf angewiesen, dass jemand zuverlässig für sie da ist und sie so annimmt, wie sie ist, auch wenn sie gerade nicht so »gut« sein kann, wie sie es sonst gewohnt ist.

Vitalfunktionen: Vor allem in gesundheitlichen Krisen braucht Christine sehr die Hilfe und Unterstützung ihrer Bezugspersonen. Vor allem Trost und Beruhigung sind dabei wichtig, sowie das gemeinsame Aushalten der Krise.

Sich im Körper und in Bewegung erleben: Wenn die nötige gesundheitliche und emotionale Stabilität gegeben ist, setzt sich Christine aktiv mit ihren motorischen Einschränkungen auseinander und hat dabei auch schon viele Fortschritte gemacht. Allerdings braucht sie dabei die verständnisvolle Unterstützung durch eine kompetente Fachperson.

Die Umwelt mit den Sinnen entdecken: Diese Thematik hat Christine für sich weitgehend erarbeitet: Sie hat klare Vorstellungen von den Objekten ihrer Umgebung und kennt ihre eigenen Geschmacksvorlieben.

Zusammenhänge beherrschen: Mit der entsprechenden Hilfestellung ist Christine in der Lage, Abläufe im Alltag zu verinnerlichen. Sie kennt sich aus, kann sich örtlich gut orientieren. Nur in Krisenzeiten stehen ihr diese Kompetenzen nicht mehr zuverlässig zur Verfügung, so dass sie wieder auf unterstützende Begleitung angewiesen ist.

Absichten verfolgen: Christine weiß sich mitzuteilen und setzt dafür Sprache ein, soweit sie dies motorisch beherrscht. Sie ist dabei, mit Hilfe eigene Möglichkeiten alternativer Kommunikation (Symbolbuch) zu entwickeln. Sie ist gern einbezogen und kann sich in der Gruppe angemessen verhalten, entwickelt auch Ehrgeiz, Aufgaben und Verantwortung zu übernehmen.

Zusammenfassung: Christine hat potenziell alle sensomotorischen Themen entwickelt. Sie wird jedoch immer wieder durch ihre gesundheitlichen Probleme im Zusammenhang mit ihrer Epilepsie zurückgeworfen (Thema *Vitalfunktionen*) und braucht dann doch eine sehr intensive, vor allem emotionale Unterstützung, um nicht das Vertrauen zu sich und der Welt zu verlieren (Thema *Sicherheit – Vertrauen*).

3.2.4 Menschen mit ausgeprägten basalen Bedürfnissen im seelischen Bereich

Beschreibung ihrer Lebenssituation

Immer wieder trifft man auf Menschen, deren körperliches und geistiges Potenzial – erkennbar in schmalen Handlungsfeldern oder bei extrem hoher Motivation – deutlich über das Niveau hinaus zu gehen scheint, das sie in ihrem Alltag üblicherweise nutzen. Sie sind von ihren realisierten Lebensmöglichkeiten her offensichtlich schwer beeinträchtigt, oft ohne dass dies an klaren medizinischen Diagnosen festzumachen ist. Es lässt sich zeigen, dass diese Menschen häufig im seelischen Bereich noch sehr den basalen Bedürfnissen (*Sicherheit-Vertrauen, Vitalfunktionen* im seelischen Bereich: Entspannung, Trost, Kontakt, Geborgenheit) verhaftet sind. Zum Teil lässt sich dies aufgrund der Biographie, z.B. einer Hospitalisierungsgeschichte nachvollziehen. Es ist auch oft von *autistischem Verhalten*⁹ die Rede. Auch diese Menschen sind

sehr auf sich und ihre unmittelbaren Bedürfnisse bezogen, beschäftigen sich mit ihrem Körper oder körpernahen Sinnesreizen, wehren vor allem fremdstrukturierte Angebote eher ab. Das freie Wechselspiel zwischen Assimilation und Akkommodation ist gestört, nicht weil sie zur Akkommodation körperlich oder kognitiv nicht fähig wären, sondern weil dies offensichtlich zu angstbesetzt erlebt wird. Es treten auch nicht selten herausfordernde Verhaltensweisen wie Selbstverletzung, Angriffe auf andere, Zerstörung von Sachen oder Erregungsausbrüche auf.

Ihre Bedürfnisse

Im körperlichen Bereich sind die Anforderungen an Assistenz, die diese Menschen stellen, meist nicht allzu hoch. Um so größer ist der Aufwand an heilpädagogischer und psychotherapeutischer Assistenz, um ein Leben in Gemeinschaft zu ermöglichen und Wege zur Befriedigung ihrer seelischen Bedürfnisse zu eröffnen. Dies erfordert ein hohes Maß an Reflexion und Koordination, auch eine gewisse Risikobereitschaft, um behutsam, doch bestimmt Grenzen zu erweitern, ohne in Zwang abzugleiten. Auch der Umgang mit dem genannten herausfordernden Verhalten bedarf neben hoher Belastbarkeit und entsprechender eigener Unterstützung der MitarbeiterInnen einer differenzierten pädagogisch/psychologischen Kompetenz. Auch auf diese Zielgruppe angepasste Ansätze psychotherapeutischer Intervention kommen zum Einsatz.

Konsequenzen für ihren Lebensraum

Ein Lebensraum für diese Personen ist auf Konstanz, Sicherheit und Überschaubarkeit angelegt. Deshalb leben auch sie in kleinen Gruppen, so dass es dem Mitarbeiterteam gelingen kann, die nötige Kontinuität und Orientierung sicher zu stellen. Dazu gehört notwendig eine intensive heilpädagogische oder psychologische Fachberatung, auch um trotz der unvermeidbaren personellen Wechsel in der Heimsituation stabile pädagogische Umgangsformen ausbilden und aufrecht erhalten zu können. Angebote der Tagesstruktur umfassen sowohl basale Angebote als auch – soweit angemessen – komplexere Tätigkeiten, allerdings auch hier mit sehr enger Begleitung und Führung durch die MitarbeiterInnen.

nen. Zusätzlich sind für diese Menschen angepasste psychotherapeutische Angebote sinnvoll.

Ein Beispiel

Michael, inzwischen 18 Jahre alt, trat mit 8 Jahren in die Körperbehindertenschule ein. Er ist seit früher Kindheit körperlich sehr stark eingeschränkt. Bis vor kurzem lebte er noch zuhause, inzwischen ist er in ein Internat umgezogen.

Sicherheit – Vertrauen: Michael erlebt sich wohl von seiner Umwelt akzeptiert und geliebt.

Vitalfunktionen: Hier fällt auf, dass Michael bis heute zu keinem geregelten Schlafrhythmus gefunden hat. Er braucht oft einen laufenden Kassettenrekorder, damit er zur Ruhe kommt (in letzter Zeit seltener), ist nachts immer wieder wach und schläft deshalb oft untertags auch in der Schule ein. Sodann ist seine Schwierigkeit zum inneren Spannungsausgleich zu bemerken: Seine Stimmung schwankt oft zwischen Extremen; vor allem sein Unmut führt zu heftigen Erregungsausbrüchen, in denen er Sachen nach anderen wirft oder aber sich selbst in die Hand beißt oder sich schlägt. – Er isst gern, hat eher zuviel Gewicht. Sein Ausscheidungsverhalten lernt er allmählich zu kontrollieren, er trägt aber zur Sicherheit noch eine Windel.

Sich im Körper und in Bewegung erleben: Aufgrund der Körperbehinderung kann Michael sich selbst nur mühsam fortbewegen. Wenn er motiviert ist, gelingt es ihm aber, wofür er eine eigene, hopsende Technik entwickelt hat. Er kann sich zum Stand hochziehen und kommt auch wieder auf den Boden. Mit Krankengymnastik muss seinen zunehmenden Kontrakturen vorgebeugt werden, damit sich seine Bewegungsfähigkeit nicht noch mehr einschränkt. – Passiv bewegt und körperlich angeregt zu werden, genießt er ausgesprochen. Er reagiert auch gut auf Rhythmen.

Die Umwelt mit den Sinnen entdecken: Auf Musik spricht Michael ausgesprochen gut an. Er erzeugt auch gern selbst Töne und Krach. Allerdings zeigt er sonst eher wenig aktive Neugier für das, was er in seiner Umwelt erleben könnte, wobei er sich sehr vom Gehör leiten lässt. Auch über den Tastsinn sucht er sich angenehme Eindrücke. Tendenziell bleibt er jedoch lieber passiver Beobachter, was auch durch seine chroni-

sche Müdigkeit befördert wird. Oft möchte er am liebsten einfach einschlafen.

Zusammenhänge beherrschen: Michael ist sich seiner Wirksamkeit sehr bewusst. Er ruft gern vorhersehbare Reaktionen seiner Umwelt durch Verhalten hervor, von dem er weiß, dass es nicht gern gesehen wird. Er kennt sich auch aus, was räumliche und zeitliche Zusammenhänge betrifft. Vor allem besteht er darauf, dass sich die Umwelt möglichst nach ihm und seinen Vorstellungen richten sollte (*gewohnheitsgeleitete Betätigung*), und fordert dies vehement ein, wobei es immer wieder zu den geschilderten Erregungsausbrüchen kommt. Dies hemmt ihn auch oft, sich auf die Angebote seiner Umgebung (z.B. im Schulunterricht) einzulassen.

Absichten verfolgen: Das Bedürfnis, mit seinen Wünschen und Bedürfnissen verstanden zu werden, scheint bei Michael noch wenig ausgeprägt (*darstellungsgelitetes Handeln*); bedeutungsvoll ist für ihn, dass das geschieht, was er will. Seine aktive Sprache befasst sich noch mehr mit Lautreihungen, die sich allmählich wohl bedeutungsvollen Sprachlauten annähern. Passiv kann er mit Sprache vermutlich deutlich mehr anfangen. Jedoch zu kommentieren, was ihn bewegt, auf Dinge hinzuweisen, die seine Aufmerksamkeit gefunden haben, oder sich am Modell anderer zu orientieren und sich entsprechend einzubringen, ist wohl noch nicht sein Thema.

Zusammenfassung: Michael wird wohl zum einen von seinen körperlichen Beeinträchtigungen (*Sich im Körper und in Bewegung erleben*), die auch ein fortgesetztes Pflegeangebot erfordern, aber dazu noch von seiner inneren Unausgeglichenheit (seine Erregungsausbrüche – *Vitalfunktionen*) gehindert, den basalen Lebens-themen vollends zu entwachsen. Er ist weiterhin stark auf sich bezogen, die Offenheit für Neues (*Die Umwelt mit den Sinnen entdecken*) ist nur mangelhaft ausgeprägt. Vielmehr nutzt er seine Kompetenzen der *seriellen Wahrnehmung* (*Zusammenhänge beherrschen*) eher, um Herausforderungen aus dem Weg zu gehen. Er erweckt den Eindruck, »er könnte, wenn er nur wollte«, wobei eben dem Wollen die Basis zu fehlen scheint.

4. Fachliche Konzepte



Vor etwa 25 Jahren begann die heil- und sonderpädagogische, dann auch die pflegewissenschaftliche, medizinisch-therapeutische wie psychotherapeutische Fachwelt, Menschen mit basalen Bedürfnissen in den Blick zu nehmen, nachdem sie zuvor in der Regel als »schulunfähig«, »nicht förderfähig« oder ähnlich etikettiert worden und dadurch faktisch von gezielten Bemühungen ausgeschlossen waren, ihrer Lebenswirklichkeit gerecht zu werden. Einige der seither entwickelten Konzepte sollen hier kurz dargestellt werden, nicht mit dem Anspruch auf Vollständigkeit, sondern um aufzuzeigen, dass es strukturierte Ansätze gibt, um die Lebensthemen von Menschen mit basalen Bedürfnissen aufzugreifen, die oft wissenschaftlich begründet sind und sich inzwischen auf teils Jahrzehnte lange Erfahrungen stützen können. Im Einzelfall werden dabei jeweils die Lebensbedürfnisse der konkreten Personen im Vordergrund stehen, so dass es nicht darum gehen kann, vorgegebene Konzepte um ihrer selbst willen umzusetzen, sondern mit ihrer Hilfe individualisierte Angebote für bestimmte Menschen zu gestalten.¹⁰

4.1 Heil- bzw. sonderpädagogische Konzepte¹¹

4.1.1 Basale Kommunikation

Angesprochene Themen: *Sicherheit – Vertrauen, Vitalfunktionen, Sich im Körper und in Bewegung erleben*

Um 1980 vom Autor dieser Konzeption entwickelt, greift Basale Kommunikation Einsichten aus der Erforschung frühkindlicher Kommunikation und der Entwicklung der Intelligenz auf, die in jüngerer Zeit durch neuropsychologische Erkenntnisse eindrucksvoll bestätigt werden: Entwicklung und Lernen von Menschen sind notwendig an die Erfahrung gebunden, mit der – zunächst zwischenmenschlichen, dann auch gegenständlichen – Umwelt in einem wechselseitigen, ausgewogenen Austauschverhältnis zu stehen. Biographie und Verhalten von Menschen mit basalen Bedürfnissen lassen oft vermuten, dass es ihnen aus unterschiedlichsten Gründen kaum möglich zu sein scheint, das selbstverständliche Wechselspiel zwischen Einflussnahme und Anpassung (Piaget: *Assimilation* und *Akkommodation*) mit zu vollziehen.

Basale Kommunikation begreift sich als ein Gestaltungsprinzip des zwischenmenschlichen Umgangs, das konsequent alles, was am Gegenüber wahrnehmbar ist, als Ausdrucksverhalten begreift und versucht, möglichst unmittelbar und sinnlich wahrnehmbar darauf mit passendem eigenen Verhalten zu antworten. In diesem Sinn wird selbst der Atemrhythmus als Selbstaussdruck erfahren und als Ebene für die Begegnungsgestaltung genutzt. Erreicht wird damit in vielen Fällen, dass Personen mit basalen Bedürfnissen sich (wieder) der Wechselseitigkeit öffnen, sich auf eine Auseinandersetzung mit ihrer Umwelt einlassen und bereit werden, Erweiterungen ihres Erfahrungsraumes zuzulassen.¹²

4.1.2 Basale Stimulation

Angesprochene Themen: *Vitalfunktionen, Sich im Körper und in Bewegung erleben, Die Umwelt mit den Sinnen entdecken*

Seit Ende der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts entwickeln Andreas Fröhlich und andere den Ansatz der Basalen Stimulation zunächst als Unterrichtsform für die Beschulung von schwerst mehrfachbehinderten Kindern. Sie sollen mit diesem Angebot in ihrer tatsächlichen Lebenswirklichkeit erreicht werden und Erfahrungen machen können, die ihren Möglichkeiten der Reizverarbeitung entsprechen, und die sie subjektiv unmittelbar als sinnvoll erleben können. Sicherheit und Vertrauen, körperliches Wohlbefinden und optimale Pflege bilden die Ausgangsbasis, vestibuläre, vibratorische und somatische Anregung helfen, das Erleben des eigenen Körpers zu differenzieren, weitere Angebote für die einzelnen Sinnesbereiche öffnen einen Zugang zur Wahrnehmung der Welt.

Indem Körpererleben, Bewegung, Wahrnehmung, soziale Beziehung, Gefühle und Kognition mit einander in Zusammenhang erlebt werden, wird Kommunikation ermöglicht, Entwicklung und Lernen in Gang gesetzt. Inzwischen hat sich Basale Stimulation als wichtiges Konzept auch in der Krankenpflege etabliert, so bei Frühgeborenen, bei schwerkranken Intensivpatienten oder bei der Rehabilitation von Menschen nach Schädel-Hirn-Trauma, im Wachkoma oder mit Demenzerkrankungen.¹³

4.1.3 Snoezelen

Angesprochene Themen: *Sich im eigenen Körper und in Bewegung erleben, Die Umwelt mit den Sinnen entdecken*

In den Niederlanden als Versuch entwickelt, ein Freizeitangebot für Menschen mit basalen Bedürfnissen zu gestalten, hat sich Snoezelen als Konzept bewährt, bedeutungsvolle und subjektiv sinnvoll erlebte Erfahrungsräume für diese Menschen zu gestalten. Sie bieten klar strukturierte Sinnesanregungen in einer sorgfältig gestalteten Umgebung, die Wohlbefinden und Lebensfreude der Nutzer fördern, zweckfreie Begegnung ermöglichen und zu eigenen Aktivitäten anregen. Zur Anwendung kommt dieses Konzept inzwischen auch im gerontopsychiatrischen Bereich bei demenzkranken Personen. Die praktische Umsetzung kann vom Einbezug entsprechender Materialien in die Wohnungseinrichtung bis zur Einrichtung mehrerer Snoezelen-Räume mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung gehen. Meist bleibt es bei einem Raum, ausgestattet z.B. mit Wasserklangbett, Bällchenbad, Licht- und Musikeffekten und anderen Angeboten. Erforderlich ist eine reflektierte Nutzung dieser Erfahrungsmöglichkeiten, orientiert an den Kompetenzen und Interessen der einbezogenen Personen.¹⁴

4.1.4 SIVUS

Angesprochene Themen: *Zusammenhänge beherrschen, Absichten verfolgen*

Das SIVUS-Konzept (= soziale und individuelle Entwicklung durch gemeinschaftliches Handeln) wurde in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts von dem schwedischen Psychologen Sophian Wallujo zunächst in der Erwachsenenbildung erarbeitet und dann auf die Zusammenarbeit mit Menschen mit Behinderungen übertragen. Es versteht sich als ganzheitliches Vorgehen, das vor dem Hintergrund eines partnerschaftlichen, personenzentrierten Menschenbilds unter Einbezug entwicklungspsychologischer Erkenntnisse (Piaget) eine Methodik entwickelt die individuelles Lernen in gemeinschaftlichem Handeln ermöglicht.¹⁵

4.1.5 TEACCH

Angesprochene Themen: *Zusammenhänge beherrschen, Absichten verfolgen*

Methodisch zu z.T. ganz ähnlichen Vorgehensweisen wie SIVUS kommt aus einer anderen Tradition das Konzept TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children – Behandlung und Erziehung von Kindern mit Autismus und verwandten Kommunikationsbehinderungen), das vor über 30 Jahren als Beschulungskonzept für autistische Kinder im US-Bundesstaat North Carolina entwickelt wurde und inzwischen auch verstärkt im Erwachsenenbereich zur Anwendung kommt. Mit Hilfe mehrerer, differenzierter diagnostischer Instrumente, eines Kommunikationscurriculums, sowie durch umfassende, individuell gestaltete, vorwiegend visuelle Strukturierungshilfen wird angestrebt, das Begreifen von Abläufen, Erwartungen oder zeitlichen und räumlichen Ordnungsstrukturen zu erleichtern, mit dem Ziel, die Welt begreifbar zu machen, sie mit subjektiv erlebbarem Sinn zu füllen und so Lernen, Kommunikation und aktives Mitgestalten zu ermöglichen.¹⁶

4.1.6 Unterstützte Kommunikation

Angesprochene Themen: *Zusammenhänge beherrschen, Absichten verfolgen*

Mit der Bezeichnung Unterstützte Kommunikation werden seit einigen Jahren alle Ansätze zusammen gefasst, die die Verständigung mit Menschen erleichtern, die nicht über die übliche Lautsprache verfügen. Vorausgesetzt ist zumindest, dass eine Person bereits in der Lage ist, eine Vorstellung der eigenen Wirksamkeit zu erwerben (Thema Zusammenhänge beherrschen); ihr volles Potenzial entfalten diese Konzepte bei Menschen, die kognitiv über Sprache und Sprachverständnis verfügen (ab Thema Absichten verfolgen), jedoch keine Lautsprache einsetzen, entweder, weil sie körperlich nicht dazu in der Lage sind, oder weil andere, evtl. auch psychische oder mentale Umstände (z.B. bei autistischen Menschen) sie offensichtlich daran hindern. Allerdings sollte nicht vorschnell ein Sprachverständnis ausgeschlossen werden, nur weil

keine beobachtbare Reaktion auf Sprache erfolgt. Häufig kann erst der Versuch, sprachersetzende oder -unterstützende Strategien zu vermitteln, einen Rückschluss auf das Verständnis der Person erlauben, mit immer wieder überraschenden Resultaten.

Die Entwicklung eines sprachunterstützenden oder -ersetzenden Systems für eine bestimmte Person erfordert ein hoch individualisiertes Vorgehen, das entsprechende Kenntnisse über Bedingungen und Entwicklung von Kommunikation ebenso voraussetzt wie über technische und sozialrechtliche Bedingungen. Sie kann nur eng eingebettet in die konkrete Lebenssituation der betreffenden Person in Kooperation mit ihr und ihren alltäglichen Bezugspersonen erfolgen und wird ständig gepflegt, weiter entwickelt und gegebenenfalls neu angepasst. Die Kompetenz hierzu wird in Fort- und Weiterbildungskursen erworben, die für den deutschsprachigen Raum von der deutschen Sektion von ISAAC verantwortet werden.¹⁷

4.2 Konzepte der Krankenpflege

Angesprochene Themen: *Vitalfunktionen, Sich im Körper und in Bewegung erleben*

4.2.1 Basale Stimulation

Das Konzept der Basalen Stimulation (siehe 4.1.2) wirkt sich auch auf die pflegerische Tätigkeit aus: Bei jeder Verrichtung am Körper einer Person geht es darum, ihr sinnvolle, auf sie abgestimmte, mit ihren eigenen Wahrnehmungsmöglichkeiten nachvollziehbare Erfahrungen zu ermöglichen – letztlich um Kommunikation. So ist eine Ganzkörperwäsche nicht nur ein Akt zur Reinigung der Hautoberfläche, sondern bei entsprechender Durchführung genauso eine Gelegenheit, die Selbstwahrnehmung des Gewaschenen zu gliedern und zu unterstützen, wie auch mit diesem Menschen in Kommunikation zu treten. Das Erfahrungswissen der Basalen Stimulation hilft, Pflegesituationen im Hinblick auf diese Ziele zu optimieren, um dem gepflegten Menschen eine sinnvolle Selbst- und Umwelt-erfahrung in Kommunikation zu ermöglichen.

4.2.2 Aktivierende Pflege

Dieses Konzept von Pflege begreift sich als Hilfe zur Selbsthilfe. Pflege ist keine »Einbahnstraße«, in der die Pflegeperson notwendige Pflegehandlungen am Körper der zu pflegenden Person vollzieht, sondern sie ist in Kommunikation gestaltete, gemeinsame Tätigkeit. Alle Möglichkeiten zur Eigenaktivität der zu pflegenden Person werden genutzt und wertgeschätzt. Die Pflegeperson begreift sich konsequent in einer assistierenden Rolle, die die zu pflegende Person bei den notwendigen Tätigkeiten unterstützt.¹⁸

4.2.3 Kinästhetik

Kinästhetik versteht sich als »angewandte Kybernetik«, der Wissenschaft davon, wie lebende Systeme insbesondere durch das Wahrnehmen des eigenen Tuns lernen. Dr. Frank Hatch und Dr. Lenny Maietta – beide Schüler bedeutender Kybernetiker – haben Anfang der 70er-Jahre des letzten Jahrhunderts in den USA diese Erkenntnisse konsequent auf die menschliche Bewegung angewendet und für ihre Arbeiten den Begriff Kin-Aesthetics (= Bewegungs-Wahrnehmung) geprägt. Kinästhetik sieht sich als naturwissenschaftlich fundiertes Wissen, das Menschen hilft, ihre Bewegung bewusst wahrzunehmen und sie als Ressource zu nutzen.

Bei Menschen mit Beeinträchtigungen hat die Bewegung in der Regel einen hohen Stellenwert. Soziales und körperliches Wohlbefinden hängt stark von der Fähigkeit ab, sich kompetent und möglichst eigenständig bewegen zu können, wofür sie jedoch eine geeignete Unterstützung benötigen. Kinästhetik gestaltet diese Unterstützung so, dass die Betroffenen die Selbstkontrolle der eigenen Aktivität wieder erhalten oder bewahren. So können sie – trotz Beeinträchtigung – ihre Bewegungen nachvollziehen und sich selbst als wirksam erleben. Sie entdecken neue Bewegungsmuster und lernen ihre Körperspannung besser zu kontrollieren.¹⁹

4.3 Physiotherapeutische Konzepte

Angesprochene Themen: *Vitalfunktionen, Sich im Körper und in Bewegung erleben*

4.3.1 Bobath

Mitte der 40er Jahre des letzten Jahrhunderts entwickelte das Ehepaar Berta und Karel Bobath das nach ihnen benannte Therapiekonzept. Es basiert einerseits auf neurophysiologischer Grundlage, geht andererseits aber von einem Ansatz aus, der den Menschen in seiner ganzen Persönlichkeit einbezieht. Es richtet sich an Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit angeborenen und/oder erworbenen Störungen des Zentralnervensystems, sensomotorischen Auffälligkeiten, kognitiven Beeinträchtigungen und anderen neurologischen Erkrankungen. Es wird durch die in der therapeutischen Arbeit gewonnenen Erfahrungen, neue Forschungsergebnisse aus den Neurowissenschaften und Anregungen aus benachbarten Wissenschaften weiterentwickelt.²⁰

4.3.2 Kognitiv-therapeutische Übungen nach Carl Perfetti

Der italienische Neuropsychiater Carl Perfetti sieht Rehabilitation als einen Lernprozess unter pathologischen (krankhaften) Bedingungen. Bewegungsfähigkeit wird nur dann zur Zufriedenheit wiederhergestellt, wenn sie in einem Zusammenhang mit kognitiven (geistigen) Prozessen gesehen wird. Die kognitiven Prozesse, die bei einer Bewegung im Gehirn ablaufen, sind für die Wiederherstellung der Bewegungsfähigkeit von entscheidender Bedeutung. Je besser es gelingt, die kognitiven Fähigkeiten wiederherzustellen, desto besser ist auch die Bewegungsfähigkeit und die Bewegungskontrolle.

Kognitiv-therapeutische Übungen unterstützen die Neuorganisation im Gehirn für kognitive Prozesse, durch Förderung der taktil-kinästhetischen Wahrnehmung und einer gleichzeitigen kognitiven Konzentration auf die Bewegung werden Bewegungen neu erlernt und Gehirnareale neu aktiviert. Auch Patienten mit Sprachstörungen und kognitiven Beeinträchtigungen sind Zielgruppe dieser Behandlung.²¹

4.3.3 Atemtherapie

Atemtherapeutische Angebote fördern die Belüftung der Lungen in allen Bereichen; damit verhindern sie Entzündungen und Lungenerkrankungen durch aktive und passive Maßnahmen (je nach Möglichkeiten des Betroffenen).

4.3.4 WATSU (Shiatsu im Wasser)

Wasser-Shiatsu (WATSU) ist eine Körpertherapie in 35 Grad warmem Wasser, seit 1980 von Harold Dull (USA) entwickelt. Mit Elementen aus der fernöstlichen Shiatsu-Massage, mit Dehnungen, Gelenkmobilisation usw. wird – in der Terminologie der traditionellen fernöstlichen Medizin – die Lebensenergie (»Chi«) im Menschen wieder zum Fließen gebracht. Die Wirbelsäule, im Wasser vom Körpergewicht entlastet, kann in einer Weise bewegt werden, wie es an Land unmöglich ist. Die Atmung wird vertieft, Stress, Ängste und Blockaden werden abgebaut. Alte Halte- und Bewegungsmuster werden durch rhythmisch fließende Bewegungen gelöst und harmonisiert. WATSU ist eine Therapieform, die mit starker körperlicher und seelischer Nähe arbeitet und beim Empfangenden tiefe Gefühle freisetzen und psychodynamische Prozesse anregen kann. Ein sicherer und geschützter Rahmen, den der/die WATSU-Praktizierende/r anbietet, ist wichtig, um diese Prozesse auffangen und bearbeiten zu können.²²

4.3.5 Craniosacraltherapie

Die craniosacrale Behandlungsform wurde anfangs des 20. Jahrhunderts von Dr. W. G. Sutherland auf der Basis der Osteopathie (manuelle Behandlung von körperlichen Fehlfunktionen) zur »cranialen Osteopathie« entwickelt (Cranium lat. = Schädel, Sacrum = Kreuzbein). Grundlage ist der von ihm beschriebene craniosacrale Rhythmus im Liquorsystem des Schädels und der Wirbelsäule, der am Körper ertastet und durch sanfte Manipulation zu beeinflussen versucht wird, um damit Veränderungen pathologischer Fehlhaltungen anzustoßen.²³

4.3.6 Andere alternativmedizinische Konzepte

Fussreflexzonen-Massage, Akkupressur, Osteopathie, ...

4.4 Logopädische Konzepte

4.4.1 Schlucktherapie

Viele Menschen mit basalen Bedürfnissen vor allem körperlicher Art haben Probleme mit der Mund- und Schlundmotorik, die sich auch auf die Nahrungsaufnahme auswirken, da das Schlucken nicht koordiniert ausgeführt werden kann. Essen und Trinken werden als Stress erlebt, die Aspirationsgefahr ist hoch, die Verwertung der Nahrung beeinträchtigt. Spezielle Interventionen und Übungsangebote verbessern diese Probleme.

4.4.2 Stimm- und Sprechtherapie

Ebenso ist häufig der Stimmeneinsatz erschwert, der Voraussetzung für gesprochene Sprache ist. Hier geht es um Ton- und Lautbildung sowie Artikulation.

4.4.3 Unterstützte Kommunikation

(siehe 4.1.6)

4.5 Ergotherapeutische Konzepte

4.5.1 Basale Stimulation

(siehe 4.1.2)

4.5.2 Sensorische Integrationstherapie

Angesprochene Themen: *Sich im Körper und in Bewegung erleben, Die Umwelt mit den Sinnen entdecken, Zusammenhänge beherrschen*

Unter Sensorischer Integration wird die Aufnahme, Zusammenstellung, Verarbeitung und Deutung von Sinnesinformationen für den han-

delnden Gebrauch verstanden. Sie beginnt bereits schon beim ungeborenen Kind und hält lebenslang an. Die Sensorische Integrations-therapie, von der Amerikanerin Jean Ayres (Psychologin und Ergotherapeutin) entwickelt, will positiven Einfluss auf die vielfältig möglichen Störungen nehmen und versteht sich als eine ganzheitlich auf das Individuum ausgerichtete Therapie, in der die Wechselwirkung mit emotionalen, sozialen und kognitiven Funktionen besondere Beachtung findet. Gestörte (verlangsamte, gehemmte, behinderte) Entwicklung wird durch ein bestimmtes Therapieangebot in verschiedener Intensität und Dosierung im passenden Anforderungsgrad je nach den Bedürfnissen, Interessen und Fähigkeiten des Klienten/Patienten behandelt. Ziel ist eine verbesserte Handlungskompetenz.²⁴

4.5.3 Therapie nach Affolter

Angesprochene Themen: *Die Umwelt mit den Sinnen entdecken, Zusammenhänge beherrschen, Absichten verfolgen*

Felice Affolter entwickelte aus der Entwicklungstheorie von Piaget (siehe 3.1.1) zunächst in der Arbeit mit hör- und sprachbehinderten Kindern, dann auch mit Menschen mit autistischem Verhalten oder mit den Folgen eines Schädel-Hirn-Traumas ihre Therapie des »Führens durch gespürte Alltagserfahrungen«. Ziel ist die geführte, dadurch direkt empfundene Vermittlung der taktil-kinästhetischen Information beim Handeln, um so die Wahrnehmungsverarbeitung, d.h. den Aufbau von Vorstellungen über Objekte und ihre Eigenschaften sowie über die eigene Wirksamkeit – und damit die Handlungskompetenz der Person – zu fördern.²⁵

4.5.4 Unterstützte Kommunikation

(siehe 4.4.2)

4.6 Psychotherapeutische Konzepte

4.6.1 Basale Kommunikation

Basale Kommunikation (siehe 4.1.1) kann, mit der nötigen psychotherapeutischen Kompetenz eingesetzt, eine tief greifende, psychodynamische Wirkung entfalten. Durch das körperliche Erleben von Nähe, Geborgenheit, vorurteilslosem Angenommenwerden, das tiefste Grundlagen psychischen Erlebens anspricht (Sicherheit-Vertrauen, Vitalfunktionen), können seelische Prozesse in Gang kommen, die zu einer wirklichen Weiterentwicklung der Persönlichkeit führen. Sie erfordert dann auch eine entsprechende Professionalität und Reflexion der therapeutisch handelnden Person.

4.6.2 Integrative Gestalttherapie

Vor gestalttherapeutischem Hintergrund nach Fritz Perls hat das niederländische Ehepaar Theijs Besems und Gary van Vugt das Konzept der Integrativen Gestalttherapie mit Behinderten entwickelt. Mit einer Vielzahl von körperorientierten Erfahrungsmöglichkeiten ist es möglich, eigentlich psychische oder psychosoziale Themen wie Kontakt, Angst, Aggression, Selbstbehauptung, Trauer oder Ambivalenz körper- und erfahrungsbezogen aufzugreifen und Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten, ohne dass dies notwendig verbalisiert zu werden braucht. Die Erfahrungen werden in der Regel in Gruppensitzungen – pro Person mit Beeinträchtigung eine Begleitperson, dazu eine therapeutisch kompetente Leitungsperson – teils zusammen, teils individualisiert angeboten.²⁶

4.6.3 Prä-Therapie

In der Ausweitung des Konzepts der Klientenzentrierten Psychotherapie von Karl Rogers hat Garry Prouty den Ansatz der Prä-Therapie entwickelt. Dabei bezieht sich die Vorsilbe »prä« = »vor« auf den vor-sprachlichen Bereich, sei es, dass die Person noch nie sprechen konnte, sei es, dass die Ebene der Verbalsprache derzeit nicht genutzt werden kann. Mit Hilfe von – wie Prouty es nennt – Kontaktreflexionen wird dem Gegenüber vermittelt, dass und wie man sich in

Kontakt mit ihm erlebt, und ihm damit gleichzeitig reflektiert, in welchem Kontakt er selbst zu sich und der Welt steht. Dies kann sprachlich oder durch konkretes Handeln geschehen. Damit soll in erster Linie eigenes Verständnis für die Person ermöglicht und ihr dies im Kontakt zurück gemeldet werden, vor dem Hintergrund des klient-zentrierten Menschenbilds, das in Empathie und Echtheit dem Gegenüber neue Einsichten und Handlungsmöglichkeiten eröffnen will, ohne ihn aus seiner Eigenverantwortung zu entlassen.²⁷

4.6.4 Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie

Die AIT (entwickelt von Hellmut Hartmann und Günter Jakobs) ist ein psychotherapeutisches Vorgehen, das durch die Veränderung und Variation grundlegender Dimensionen von Interaktion therapeutische Kommunikation mit psychisch gestörten Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen ermöglicht. Dazu gehören: Nähe und Distanz (räumlich und zeitlich), Tempo und Rhythmus der Interaktion, Intensität von Verhalten, Neuheit und Bekanntheit von Dingen oder Personen oder Handlungen, vor allem auch das Ausmaß der Übereinstimmung bzw. Ähnlichkeit des Verhaltens und Ausdrucks des Therapeuten mit dem Verhalten und/oder dem Gefühlsausdruck des Gegenübers. Diese Dimensionen betreffen nicht nur die Sprache, sondern alle menschlichen Interaktions-, Kommunikations- und Ausdrucksmöglichkeiten.

Es wird davon ausgegangen, dass eigenes Handeln die Verhaltens- und Ausdrucksweisen des Gegenübers interpretiert und so zur Bedeutungsgestaltung beiträgt und Bedeutungen verändert. Ob der kommunikative Bezug in der therapeutischen Situation gelingt, wird aus Aufmerksamkeitsreaktionen des Interaktionspartners in Form minimaler Änderungen von Ausdruck oder Verhalten erschlossen. Die Möglichkeit der Behandlung auch ohne die übliche Sprache und unter Nutzung »anderer Sprachen« macht die Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie für die Therapie und Förderung autistischer und anderer psychisch schwer beeinträchtigter Menschen zu einem wichtigen Instrument.²⁸

4.6.5 Klient-zentrierte Gesprächspsychotherapie

Wenn einer Person Sprache zur Verfügung steht (auch im Sinn sprachersetzender Systeme der Unterstützten Kommunikation), kann »klassische« Gesprächspsychotherapie nach Karl Rogers zum Tragen kommen. Unbedingt gefordert ist jedoch die Kompetenz der behandelnden Person, den eigenen Umgang mit Sprache reflektiert an das Sprach- und Verständnisvermögen des Gegenübers anzupassen, um ihn weder »für dumm zu verkaufen« noch ihn unbeabsichtigt zu überfordern. Dies stellt sicher auch neue Anforderungen an die Qualität von Supervision einer solchen Therapie. Ist diese Voraussetzung jedoch gegeben, kann sich damit eine wichtige Chance eröffnen, gerade für Personen, deren Leben durch massive körperliche Beeinträchtigungen geprägt und in seinen Möglichkeiten reduziert ist, und die dies kognitiv und emotional zu bewältigen haben.

5. Gliederung des Angebots »Lebensraum für erwachsene Menschen mit basalen Bedürfnissen«



Der zu schaffende Lebensraum folgt dem Konzept der getrennten Lebensräume, Konsequenz des Bestrebens, auch für diese Menschen ein Leben so normal wie möglich zu bieten (Normalisierungsprinzip): Jeder Mensch sollte nach Möglichkeit einen Lebensraum zum Wohnen haben, in dem er zuhause ist, seine Grundbedürfnisse befriedigt, isst, trinkt, schläft, gepflegt wird, Freizeit und Ferien gestaltet, in dem er in Kontakt zu vertrauten Menschen ist, die ihn gut kennen und seine Bedürfnisse verstehen – und dazu einen Lebensraum »außerhalb«, in dem er arbeitet bzw. tätig wird, lernt, Anregungen erfährt, neue Erfahrungen macht, andere Menschen trifft. Der tägliche Wechsel zwischen diesen Lebensräumen regt an, lockert fest gefahrene Beziehungen, Einstellungen und Verhaltensweisen auf, fordert zu neuen Lernschritten heraus, ermöglicht den Ausgleich zwischen dem Bedürfnis nach Sicherheit und dem nach Herausforderung.

5.1 Wohnbereich

Der Wohnbereich gliedert sich in überschaubare Gruppen von je 5 bis 6 BewohnerInnen unterschiedlichen Geschlechts und mit unterschiedlichem Assistenzbedarf. Sie leben in Einzelzimmern, soweit nicht individuelle Argumente dagegen sprechen oder sie selbst eine andere Wohnform wünschen. Die Wohnräume sind nach den Regeln für behindertengerechtes Bauen (für Rollstuhl und Pflegebett geeignet) konzipiert. Die einzelnen Zimmer sind wohnlich eingerichtet, wobei sich aus praktischen wie ökonomischen Gründen ein angemessener Mix aus Standard-Möbiliar und individuellen Einrichtungsgegenständen empfiehlt (siehe 5.6).

Je nach Pflegebedarf ist ein höhenverstellbares und fahrbares Pflegebett vorhanden wie auch andere pflegeerleichternde Vorrichtungen (z.B. stationärer oder fahrbarer Lifter). Individuelle Kleidung wird im eigenen Zimmer aufbewahrt, auch die tägliche Körperpflege (Waschen, Rasieren, Frisieren, usw.) kann dort in der Regel stattfinden. Das Möbiliar ermöglicht angenehmen Aufenthalt und Selbstbeschäftigung im eigenen Zimmer. TV-, Internet- und Telefonanschluss sind vorhanden.

Der allgemein zugängliche Teil der Wohngruppe (»Tages-«, »Gruppenraum«) bietet die Möglichkeit zum zwanglosen Aufenthalt aller BewohnerInnen, wie auch für gemeinsame Aktivitäten am Tisch oder im Raum. Dem entspricht auch die Möblierung, die bei Menschen mit fast ausschließlich oder überwiegend basalen Bedürfnissen auch verschiedene Lagerungs- und Anregungsmöglichkeiten vorsieht (z.B. Matten, Polster, Knautschsack, Hängematte, Kugelbad, Wasserbett), wofür ein großzügiges Platzangebot notwendig ist. Auch Elemente aus der Basalen Stimulation oder dem Snoezelen werden in den Wohnbereich einbezogen. – Hier werden in der Regel die täglichen Mahlzeiten eingenommen, wobei dies auf Wunsch auch im eigenen Zimmer möglich sein sollte. Eine Küche ermöglicht die Erledigung der hauswirtschaftlichen Arbeiten rund um das Essen, wie auch die gelegentliche gemeinsame Zubereitung von Mahlzeiten.

Der Sanitärbereich wird den pflegerischen Assistenzbedürfnissen der BewohnerInnen gerecht, sowohl was seine Größe als auch was seine Einrichtung betrifft. Besonderer Wert wird auf die Wahrung der Intimsphäre gelegt (abtrennbare Toiletten- und Pflegebereiche). Pflegeerleichternde Hilfsmittel und Vorrichtungen (z.B. höhenverstellbare Badewanne und Pflegeliege, Lifter) entlasten die MitarbeiterInnen des Assistenzteams. Den MitarbeiterInnen steht pro Wohngruppe ein Dienstzimmer zur Verfügung, ausgestattet mit angemessener Büroeinrichtung, wo Dokumentation, Planung und Verwaltungsarbeiten durchgeführt werden.

Für jede Wohngruppe steht nachts eine fachlich ausgebildete MitarbeiterIn als Nachtwache zur Verfügung, dazu gibt es für das gesamte Haus einen Nachtbereitschaftsdienst. Zu ihrer Unterstützung ist in den Räumen inkl. Sanitärbereich eine Überwachungsanlage installiert.

Im Hinblick auf die reduzierte Mobilität der BewohnerInnen ist der unkomplizierte Zugang an die frische Luft gegeben, in Form von Garten, Freigelände oder zumindest einer großzügigen Terrasse. Für Unternehmungen, die vom Haus wegführen, stehen angemessene Fahrmöglichkeiten (Rollstuhl-gerechte Kleinbusse) in ausreichender Zahl zur Verfügung. Zur Bereicherung der Lebensqualität vor allem an Wochenenden und Feiertagen werden die sonstigen Erlebnis-

räume der Einrichtung (Werkraum, Snoezelenraum, Bewegungsraum, Schwimmbad, usw.) mit genutzt.

Die Assistenzteams im Wohnbereich setzen sich aus verschiedenen Berufsgruppen zusammen: Ausgebildete BehindertenbetreuerInnen, PflegehelferInnen, Personen mit anderem beruflichen Hintergrund (»QuereinsteigerInnen«) und Bereitschaft zur eigenen Weiterbildung, Zivildienstler, FSJ-HelferInnen. Die Schwerpunktkompetenz liegt im heilpädagogischen und im pflegerischen Bereich. Persönlichkeitseigenschaften wie Belastbarkeit, Flexibilität, Fähigkeit zur Kooperation, Fähigkeit zur Selbstreflexion, Offenheit für Weiterbildung und Fortentwicklung der beruflichen Identität sind ebenso wichtig wie die fachlichen Qualifikationen.

5.1.1 Kurzzeitwohnen

2 bis 3 Plätze im Wohnbereich werden für Kurzzeitwohnen zur Verfügung gestellt. Hier können erwachsene Personen mit basalen Bedürfnissen für befristete Zeit aufgenommen werden, die noch bei den Eltern oder Angehörigen wohnen, z.B. wenn diese krankheitshalber verhindert sind, selbst eine Kurmaßnahme absolvieren oder Zeit für die eigene Regeneration benötigen.

Auch kann die wiederholte Aufnahme ins Kurzzeitwohnen den Prozess der Ablösung vom Elternhaus erleichtern, da sich beide Seiten allmählich an die Erfahrung gewöhnen können, nicht mehr zusammen zu leben. So werden die Kurzzeitwohnplätze auch in der Vorbereitungsphase zum dauerhaften Einzug in den Wohnbereich für »Schnupperaufenthalte« genutzt, um der neuen BewohnerIn die Eingewöhnung zu erleichtern.





5.2 Pflege – medizinische Versorgung

Die ärztliche Versorgung der BewohnerInnen erfolgt in der Regel von den niedergelassenen Ärzten ihres Vertrauens bzw. dessen ihrer Eltern oder Sachwalter. Für die neurologische und psychiatrische/psychopharmakologische Behandlung wird ein entsprechend erfahrener Facharzt konsiliarisch verpflichtet.

Gemäß den einschlägigen Bestimmungen werden Maßnahmen der Behandlungspflege von entsprechend ausgebildeten und angeleiteten Fachkräften durchgeführt. Die alltägliche Pflege findet in der Regel eingebettet in den Tagesablauf im Wohnbereich statt. Für Maßnahmen, die nicht im Wohnumfeld durchgeführt werden können, steht ein angemessen eingerichtetes Pflegedienstzimmer mit von allen Seiten zugänglichem Pflegebett zur Verfügung, wo auch medizinische Untersuchungen möglich sind.

Die Pflegefachkräfte (i.d.R. PflegehelferInnen) sind in die Assistententeams der Wohngruppen integriert. Sie werden angeleitet und bezüglich der pflegerischen Qualität überwacht von der Pflegedienstleitung mit Krankenpflegediplom. Diese übernimmt auch spezielle Pflegemaßnahmen, die die Kompetenz der PflegehelferInnen übersteigen. Sie garantiert die Fortentwicklung der Pflegekompetenz auch der pädagogischen Assistentenkräfte durch Beratung und Weiterbildung und überwacht Maßnahmen zur Hygiene und Gesundheitsvorsorge. Um die Einbettung der Pflege in das ganzheitliche Assistenzkonzept zu gewährleisten, arbeitet sie eng mit den VertreterInnen von Wohnbereich, Tagesstruktur und Therapie zusammen.

Bei aller Fachlichkeit wird Pflege konsequent als Teil des ganzheitlichen Assistenzkonzepts verstanden. Pflege ist immer auch Kommunikation und Beziehungsgestaltung (siehe 4.2). So verstehen sich die Pflegefachkräfte als integrierte Mitglieder der Assistententeams, die auch an der Umsetzung heilpädagogischer oder therapeutischer Zielsetzungen beteiligt sind.

5.3 crea-reha-Werkstätten

Die crea-reha-Werkstätten übernehmen die Schaffung eines »zweiten Milieus« neben dem Wohnbereich, in dem die BewohnerInnen tagsüber ihnen angemessene, Sinn-stiftende Angebote erfahren. Sie stehen nicht nur BewohnerInnen des eigenen Wohnbereichs offen, sondern auch Personen, die täglich von anderen Wohnorten – vor allem aus dem Elternhaus – hierher kommen. Sie gliedern sich schwerpunktmäßig in folgende Bereiche:

- Ein Bereich steht den Menschen mit fast ausschließlich oder überwiegend basalen Bedürfnissen offen. Dort stehen im Vordergrund Angebote zur Vermittlung von Sicherheit und Vertrauen, zur Sicherung der Vitalfunktionen sowie zum Erleben des eigenen Körpers. So geht es schwerpunktmäßig um ganzheitliche Pflege, um Wohlfühlen und Entspannung, um anregende und beruhigende Körper- und Sinneserfahrungen (Basale Kommunikation und Stimulation, Snoezelen).
- Ein Bereich stellt sich auf Menschen mit ausgeprägt basalen Bedürfnissen ein, die darüber hinaus gehende Bedürfnisse bezüglich des Entdeckens der Umwelt, des Beherrschens von Zusammenhängen sowie des Verfolgens eigener Absichten haben. Ihrem Wunsch nach eigenem Tätigwerden wird Rechnung getragen durch Projekte, die eher arbeits-, leistungs- und produktbezogen sind. Auch werden die Gruppen- und Kommunikationsprozesse differenzierter gestaltet (SIVUS, TEACCH, Unterstützte Kommunikation). Gleichzeitig werden auch die basalen Bedürfnisse dieser Personen differenziert und angemessen aufgegriffen.

Innerhalb dieser Bereiche sind jeweils 5 bis 6 BesucherInnen einer Gruppe zugeordnet. Im Hinblick auf die Integration des bisherigen »Treff-

punkts Lebensraum« der Caritas Innsbruck wird deren BesucherInnen und MitarbeiterInnen ermöglicht, sich vorerst weiter als eine eigene Gruppe zu konstituieren. Damit soll vermieden werden, dass gewachsene Beziehungen und Assistenzkonzepte unnötig aufgebrochen und gestört werden. Außerdem ergibt sich daraus die Chance, das dort angesammelte Erfahrungswissen zu erhalten und für die übrigen Gruppen der crea-reha-Werkstätten nutzbar zu machen (siehe 6.2). Jeder Gruppe stehen 2 Räume zur Verfügung, die in einander übergehen. Im größeren Raum sind Tische und Stühle für alle, die sitzen können, sowie verschiedene Lagerungsmöglichkeiten (ähnlich wie im Wohnbereich). Der kleinere Raum erlaubt es einzelnen BesucherInnen, sich allein oder mit einer MitarbeiterIn zurück zu ziehen. Er ist bei Bedarf vom größeren Raum her gut einsehbar, um z.B. eine darin befindliche BesucherIn im Auge behalten zu können.

Im Flur vor den Räumen jeder Gruppe findet sich deren Garderobe. Bei jeder Gruppe – zumindest für jeweils 2 Gruppen – gibt es einen Pflegeraum mit natürlichem Lichteinfall, eingerichtet mit Toiletten, Dusche und höhenverstellbarer Liege für Körperpflege und Massage, nötigenfalls auch mit anderen pflegeerleichternden Hilfsmitteln (z.B. Lifter).

Gemeinsam nutzen alle Gruppen einen Snoezelenraum mit Wasserklangbett, Bällchenbad, verschiedenen Lichteffekten, Beschallungsanlage und anderen Effekten. Es ist auch die Einrichtung mehrerer Räume mit verschiedenen Erlebnisschwerpunkten nach dem Snoezelen-Konzept denkbar. Dazu gibt es einen großen Raum, der sowohl als Bewegungsraum genutzt werden kann als auch für gemeinsame Aktivitäten aller Gruppen der crea-reha-Werkstätten, einen Musikraum sowie einen Werkraum mit entsprechender Ausstattung. Ein zugehöriges Außengelände mit Erwachsenen-gerechten Spielgeräten erlaubt den Aufenthalt und die Bewegung im Freien, evtl. auch die Pflege von Pflanzen. Die BesucherInnen nutzen das Schwimmbad im Elisabethinum.

5.4 Therapie

Therapie – im Sinn medizinischer Therapie wie Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie – versteht sich als fachlich hochqualifizierte Assistenz der Menschen mit basalen Bedürfnissen bei der Realisierung von körperlichem und seelischem Wohlbefinden, Autonomie, Umwelt- wie Selbsterfahrung, letztendlich von Lebenssinn. Die Ziele der therapeutischen Angebote ergeben sich individuell aus der Interaktion beider Seiten und werden nicht einseitig nach letztlich abstrakten Vorgaben gesetzt. Therapie wird dabei als zutiefst dialogischer Prozess verstanden, der nur miteinander zum Erfolg führt, Förderung als das Schaffen förderlicher Angebote und Bedingungen, die die Menschen mit basalen Bedürfnissen bei der Selbstgestaltung ihres Lebens unterstützen.

Menschen mit basalen Bedürfnissen haben oft mit massiven körperlichen Schwierigkeiten zu kämpfen. So behindern häufig zerebrale Bewegungsstörungen verschiedenster Art mit ihren Folgeerscheinungen wie Einschränkungen der Beweglichkeit und der Sprachentwicklung, Behinderung der Nahrungsaufnahme, Kontrakturen und daraus resultierenden Organdefekten sie massiv bei der Gestaltung ihres Lebens. Das betrifft besonders diejenigen, deren kognitiven Möglichkeiten ihnen einen differenzierteren Umgang mit der Umwelt erlauben würden. Aber auch die Lebensqualität von Menschen mit überwiegend oder fast ausschließlich basalen Bedürfnissen kann durch therapeutische Angebote im genannten Sinne wesentlich verbessert werden. Dabei wird der Bedarf an therapeutischen Angeboten gegenüber dem von Menschen mit weniger massiven Beeinträchtigungen deutlich höher anzusetzen sein.

Je umfassender der Assistenzbedarf eines Menschen ist, desto wichtiger wird es, alle Angebote an Therapie oder Förderung in seinen Alltag einzubetten. Damit werden Übertragungsschwierigkeiten vermieden, und es wird auch möglich, die Grundprinzipien der Angebote in den allgemeinen Alltag der Person und die Assistenzarbeit der übrigen MitarbeiterInnen einfließen zu lassen. Dem inhaltlichen Austausch und der Absprache der an der Assistenz beteiligten Fachpersonen aller Bereiche (Wohnen, Pflege, Tagesstruktur, The-

rapie) wie auch nach Möglichkeit dem direkten Einbezug des Betroffenen kommt dabei eine entscheidende Rolle zu.

Bei der Grundausbildung therapeutischer Fachkräfte gerät der Personenkreis von Menschen mit basalen Bedürfnissen eher nur am Rande in den Blick. Dies führt zu einem erhöhten Bedarf an Fortbildung und Weiterqualifizierung, um bestehende Konzepte an diesen Personenkreis zu adaptieren, oder um die eigenen Kompetenzen so zu erweitern, dass die Angebote auch diesen Personen gerecht werden.

Dass für die einzelnen therapeutischen Angebote, soweit sie nicht in den Wohngruppen oder den crea-reha-Werkstätten direkt durchgeführt werden können, entsprechend ausgestattete Räume vorzusehen sind, versteht sich von selbst. Auch das Schwimmbad des Elisabethinums wird hier in ausreichendem Umfang (möglichst mehrmals die Woche) einbezogen.

5.5 Fachberatung – Supervision – Psychotherapie

5.5.1 Heilpädagogische/psychologische Fachberatung ...

... hat zum Ziel, die fachliche Qualität von Assistenzkonzepten für die Menschen mit basalen Bedürfnissen sicher zu stellen, sie fortzuschreiben und ihre Kontinuität zu garantieren. Im engen Dialog mit den Assistenzteams aus Wohnbereich und Pflege, den MitarbeiterInnen der crea-reha-Werkstätten und der Therapie sowie möglichst unter Einbezug der betreffenden Personen erarbeiten sie eine Analyse ihrer Lebensinhalte und Kompetenzen und setzen sie in eine Konzeption um, die den pädagogischen Alltag in allen Bereichen fachlich fundiert. Auftretende Verhaltensprobleme werden auf ihre Sinnhaftigkeit hin analysiert, und es wird gemeinsam nach praktikablen Wegen gesucht, die darin ausgedrückten Themen auf konstruktive Weise zu behandeln.

5.5.2 Supervision ...

... durch eine externe, entsprechend geschulte PsychologIn oder SozialpädagogIn sorgt sich um die Zusammenarbeit der Assistenzteams sowie der MitarbeiterInnen der verschiedenen Bereiche. Sie soll verhindern, dass Kooperationsprozesse durch fachfremde Dynamik gestört werden, die meist im Zusammenhang mit den beteiligten Personen und deren eigenen psychosozialen Hintergründen stehen. Da die Assistenz von Menschen mit basalen Bedürfnissen extrem von der Kooperationsfähigkeit der beteiligten Personen abhängig ist, kann von einem erhöhten Bedarf an Supervision ausgegangen werden.

5.5.3 Psychotherapeutische Angebote ...

... durch qualifizierte Therapeuten (Psychologen, Sozial- o. Heilpädagogen, extern oder intern) nehmen die seelischen Aspekte des Lebens mit extrem erhöhtem Assistenzbedarf in den Blick. Dies betrifft vor allem Menschen mit ausgeprägten basalen Bedürfnissen im seelischen Bereich (siehe 2.2.4; z.B. mit autistischem Verhalten, Auto- oder massiver Fremdaggression, stark zwanghaftem Verhalten), aber auch solche mit ausgeprägten basalen Bedürfnissen im körperlichen Bereich (siehe 2.2.3), die gehindert sind, ihre weiter entwickelten kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten zu realisieren und in der Folge psychische Probleme entwickeln können (z.B. Depression, Aggression, Rückzug »erlernte Hilflosigkeit«). Die psychotherapeutische Arbeit mit diesen Personen erfordert neben nötigen zusätzlichen Qualifikationen (siehe 4.6) vor allem eine entsprechend gefestigte, in eigener Supervision reflektierte Persönlichkeit.





5.6 Hauswirtschaft

Der Bereich Hauswirtschaft sichert die materiellen Voraussetzungen für die erfolgreiche Assistenzarbeit: Ausstattung und Einrichtung der Räumlichkeiten sowie deren Erhalt, Reinigung von Räumen, Kleidung und Wäsche, Zubereitung und Servieren der Mahlzeiten. Um die optimale Abstimmung dieser Voraussetzungen auf die Notwendigkeiten in der Assistenz von Menschen mit basalen Bedürfnissen sicher zu stellen, bedarf es einer engen Koordination zwischen Wohnbereich, Pflege und Tagesstruktur einerseits, deren Arbeitsmöglichkeiten von diesen materiellen Bedingungen abhängig sind, und der Hauswirtschaft andererseits, was sich auch in entsprechenden Abstimmungsstrukturen (z.B. gemeinsamen Besprechungen) niederschlägt.

Beispiele:

- Die Zusammenstellung der Mahlzeiten muss die speziellen Bedingungen der BewohnerInnen berücksichtigen. Wenn Menschen sich wenig bewegen, oft nicht gut kauen, Schluckprobleme haben, häufig zu wenig trinken, keine gute Peristaltik haben, oft unter Verstopfung leiden, usw., muss verstärkt auf gut verdauliche, gehaltvolle und dennoch leichte Kost geachtet werden.

- Eine notwendige Individualisierung der Essensversorgung (z.B. spezielle Diäten, passierte Kost) muss noch unter den Bedingungen der Küche im Haus machbar sein, soll die zusätzliche Arbeit nicht an die WohnbereichsmitarbeiterInnen weiter gegeben werden müssen. Entsprechend ist die Einrichtung der Küche zu planen (evtl. Wahl eines Tellersystems statt Lieferung in Wärmebehältern).

- Anzuschaffende Bett- und Leibwäsche muss mit 60°C waschbar sein, um den Hygieneanforderungen zu genügen.

- Die Einrichtung des Wohnbereichs muss die Balance finden zwischen Individualisierung (Vorteil: Die BewohnerInnen können ihre Zimmer selbst gestalten und sich besser damit identifizieren. – Nachteil: Nicht immer sind die individuellen Möbel qualitativ angemessen; durch Neubelegung von Zimmern sammeln sich nicht benötigte Möbel an, die Lagerhaltung erfordern und Ressourcen binden.) und Normierung (Vorteil: Die einheitlichen Möbel verbleiben in den Räumen; ihre qualitative Angemessenheit ist gesichert. – Nachteil: Der Wohnbereich wird als unpersönlich wahrgenommen und entspricht nicht unbedingt den Bedürfnissen der BewohnerInnen; das Gefühl, hier zuhause zu sein, kann sich schlecht entwickeln.).

5.7 Leitung

5.7.1 Leitungsstruktur

Gemäß den derzeitigen Leitungsstrukturen wird der gesamte Bereich »St. Franziskus« mit dem neuen Haus »Don Bosco« und den crea-reha-Werkstätten von einer Leitungsstelle verantwortet, die wiederum der Geschäftsleitung des SLW untersteht und den MitarbeiterInnen des Bereichs gegenüber weisungsbefugt ist.

Die Bereichsleitung steht einem *Bereichsleitungsteam* vor, in dem jeder der Unterbereiche Wohnbereich, crea-reha-Werkstätten, Pflege, Therapie und Hauswirtschaft von ihren jeweiligen VertreterInnen bzw. LeiterInnen vertreten wird. Hier werden Fragen behandelt, die den gesamten Bereich sowie die Kooperation der Unterbereiche betreffen. Die Entscheidungen des Bereichsleitungsteams müssen von der Bereichsleitung verantwortet werden können, was deren Vetorecht voraussetzt.

In den Unterbereichen, die selbst nochmals in Gruppen untergliedert sind (Wohnbereich, crea-reha-Werkstätten), bestimmt die Bereichsleitung in Kooperation mit den Teammitgliedern weisungsbefugte Teamverantwortliche (*GruppenleiterInnen*), die für die Organisation des Arbeitsprozesses innerhalb des Teams zuständig sind (z.B. Erstellen von Dienstplänen, Einarbeitung neuer MitarbeiterInnen, Umsetzung von Absprachen). Die Inhalte ihrer Leitungstätigkeit werden in Stellenbeschreibungen festgehalten. Die GruppenleiterInnen bestimmen eine VertreterIn ihres Unterbereiches für das Bereichsleitungsteam.

Aufgrund der überwiegenden Integration pflegerischen Tätigkeiten in die allgemeinen Assistenzaufgaben verzahnt sich die Leitungstätigkeit im Bereichs Pflege mit den Leitungsaufgaben in den Wohngruppen. Die Pflegedienstleitung ist verantwortlich und weisungsbefugt für alle Aspekte der Behandlungspflege; sie übt diese Verantwortung jedoch in enger Kooperation mit den Verantwortlichen der Wohngruppen aus.

Wie sich die tatsächliche Ausprägung der Leitungsstrukturen auf Dauer bewährt, wird anhand der gemachten Erfahrungen kontinuierlich reflektiert; gegebenenfalls werden sie ange-

passt. Dabei wird angestrebt, eine unnötige Hierarchisierung und Bürokratisierung zu vermeiden, bei gleichzeitiger klarer Lokalisation von Verantwortung.

5.7.2 Kooperationsstrukturen

Die Teams in Wohnbereich und crea-reha-Werkstätten kommen jeweils zu wöchentlichen Besprechungen von ca. 90 min Dauer zusammen, die von der Teamleitung geleitet werden. Monatlich treffen sich je eine VertreterIn von Wohnbereich und crea-reha-Werkstätten mit Bereichsleitung, Pflegedienst- Therapie- und Hauswirtschaftsleitung zum Bereichsleitungsteam. Über die Bereichsleitung ist der Kontakt zur Geschäftsleiterin und den Strukturen der Gesamteinrichtung gesichert. (Arbeitsrechtliche Personalvertretungsstrukturen sind hierbei nicht berücksichtigt.)

5.7.3 Prinzipien der Personalentwicklung

Alle Leitungsverantwortlichen handeln in dem Bewusstsein, dass MitarbeiterInnen-Zufriedenheit eine zentrale Ressource für die Qualität der Assistenzarbeit darstellt. Die notwendige Zuschreibung und Übernahme von Verantwortung steht im Dienst an der gemeinsamen Aufgabe und tritt nicht in Widerspruch zu einer grundsätzlich partnerschaftlichen Einstellung aller MitarbeiterInnen zueinander.

Die Leitungsverantwortlichen tragen deshalb Sorge, ihre eigene Personalführungskompetenz weiter zu entwickeln. Instrumente der Personalentwicklung wie MitarbeiterInnengespräche, Zielvereinbarungen oder wechselseitige Rückmeldung kommen zum Einsatz und werden gemeinsam mit den MitarbeiterInnen fortentwickelt. Für den Konfliktfall werden Formen der Moderation und Mediation etabliert, die eine sachorientierte Konfliktlösung ohne Sieger und Besiegte ermöglichen.

5.7.4 Qualitätssicherung

Differenzierte Maßnahmen der Qualitätssicherung gehören zum Standard einer Dienstleistungseinrichtung, zumal sie sowohl ihren NutzerInnen als auch den Kostenträgern gegenüber rechenschafts-

pflichtig ist. Dabei wird die Balance angestrebt zwischen Aufwand und Wirkung – das heißt, es werden keine fix vorgegebenen Verfahren und Strukturen etabliert (gar »eingekauft«), die erhebliche Ressourcen binden, aber im Verhältnis dazu häufig eher wenig nachhaltige Resultate liefern. Um dem offenen, wenig formalisierbaren Charakter der hier gebotenen Dienstleistungen – Assistenz für Menschen mit basalen Bedürfnissen – gerecht zu werden, bietet sich ein pragmatisches Vorgehen an, das in erster Linie auf die Prozesskenntnisse von MitarbeiterInnen und NutzerInnen setzt. Es führt nicht zu Beginn ein fertiges Konzept zur Qualitätssicherung ein, sondern entwickelt dieses Konzept in Kooperation mit den Beteiligten entsprechend dem Bedarf nach und nach. Es ist auch kein Prozess mit definiertem Ende, da sich die Bedingungen der Dienstleistungen stets ändern und weiter entwickeln, sondern etabliert sich als begleitender Faktor der Assistenzarbeit.

Dabei werden folgende Elemente vorgesehen:

Qualitätsbeauftragte/r: Eine entsprechend erfahrene Person von außerhalb der Einrichtung wird vom SLW beauftragt, den Prozess der Qualitätssicherung zu steuern. Sie initiiert die einzelnen Schritte, etabliert nützliche Vorgehensweisen und evaluiert diese mit den involvierten Personen. Sie verantwortet auch die Erstellung des Qualitätshandbuchs.

Qualitätszirkel: Im Qualitätszirkel treffen sich interessierte MitarbeiterInnen zu hierarchiefreiem Austausch über verbesserungswürdige Aspekte. Sie greifen Anregungen aus der Mitarbeiterschaft oder von NutzerInnen oder Angehörigen auf und entwickeln alternative Vorgehensweisen, die bisherige Nachteile vermeiden oder den Nutzen verbessern. Der Zirkel wird von einer MitarbeiterIn geleitet, die für die Vor- und Nachbereitung teilweise freigestellt wird. Sie wird von dem/der Qualitätsbeauftragten beraten und unterstützt. Die Resultate der Beratungen sowie ihre Umsetzung werden dokumentiert und fließen in das zu erstellende Qualitätshandbuch ein.

NutzerInnenbefragung: Zur Rückkopplung des Dienstleistungsangebots an die Bedürfnisse und Erwartungen der NutzerInnen werden Strategie

der NutzerInnenbefragung entwickelt. Bei Personen, die sich selbst verbal oder mit Unterstützung äußern können, lassen sich gezielte Befragungen einsetzen; für Personen, die sich nicht selbst äußern können (v.a. bei Menschen mit fast ausschließlich oder überwiegend basalen Bedürfnissen) werden Instrumente stellvertretender Beurteilung durch AssistenzmitarbeiterInnen und/oder Angehörige genutzt.

Beschwerdemanagement: Eine Kultur des Beschwerdemanagements sieht Kritik als Verbesserungschance. Deshalb werden Verfahren eingeführt, wie Beschwerden von MitarbeiterInnen, NutzerInnen oder Angehörigen repressionsfrei eingebracht, dokumentiert und weiter verfolgt werden. Hieraus resultieren auch Impulse an den Qualitätszirkel.

Verbesserungs- und Vorschlagswesen: Durch ein etabliertes Verbesserungs- und Vorschlagswesen wird die Wertschätzung des Sachverstands von MitarbeiterInnen, NutzerInnen und Angehörigen zum Ausdruck gebracht und seine Nutzung sichergestellt. Auch hier werden Verfahren zur Dokumentation und Weiterverfolgung eingeführt.

Qualitätshandbuch: Die Resultate aus den genannten Instrumenten der Qualitätssicherung fließen in das zu erstellende Qualitätshandbuch ein. Es ist nicht von starren Inhaltvorgaben geprägt, sondern hält die konkreten Vereinbarungen über Bedingungen und Prozesse fest, die bei Bedarf modifiziert und weiter entwickelt werden. Es steht allen Beteiligten zur Verfügung.

Fortbildung: Qualitätsvolle Arbeit bedarf der fortwährenden Weiterentwicklung – fachliche Weiterbildung ist notwendiger Aspekt professioneller Assistenzarbeit. Deshalb nehmen die MitarbeiterInnen aller Bereiche regelmäßig an Fortbildungsmaßnahmen teil. Dabei ergänzen sich interne und externe Angebote. Im Bereichsleitungsteam werden die Schwerpunkte der Weiterbildung diskutiert und abgesprochen, damit sie auf die Anliegen der hier zu leistenden Arbeit abgestimmt bleiben. Externe Fortbildungserfahrungen werden in den Gruppenteams oder auch in bereichsweiten Veranstaltungen an die KollegInnen weiter gegeben.

6. Weitere Aspekte



6.1 Kooperation mit Angehörigen und SachwalterInnen

Elternschaft endet nicht mit dem Auszug des Kindes aus dem Elternhaus, und dies noch weniger bei einem Menschen, der eben nicht – in vielen Fällen absehbar nie – in der Lage ist, für sich selbst zu sorgen und sein Leben autonom zu gestalten. Die fortgesetzte Sorge der Eltern oder auch Geschwister für einen Menschen, der von basalen Bedürfnissen bestimmt ist, ist legitim und begrüßenswert und wird von der Einrichtung, die diesem Erwachsenen weiter die nötige Assistenz bieten will, wertgeschätzt und anerkannt, zumal wenn den Angehörigen auch formell die Sachwalterschaft obliegt.

Von den Eltern bzw. Sachwaltern wird eine Angehörigenvertretung bestimmt, die mit der Bereichsleitung kooperiert und Anliegen der Angehörigen zur Geltung bringt. Bei Differenzen in der Einschätzung in Einzelfragen, was letztlich dem Wohl des betreffenden Menschen mit basalen Bedürfnissen dient, wird ein Mediationsverfahren entwickelt, in dem ein Ausgleich der Ansichten und das gemeinsame Finden einer Lösung angestrebt wird.

6.2 Aspekte der Integration des »Treffpunkts Lebensraum«

Seit ca. 30 Jahren betreibt die Caritas Innsbruck ein Tagesangebot für Menschen mit basalen Bedürfnissen, anfangs für Kinder, die nach dem

Kindergarten vom Schulbesuch ausgeschlossen worden waren, inzwischen im »Treffpunkt Lebensraum« für Erwachsene, die nach Schulende nicht in einer Werkstätte aufgenommen wurden. Er bietet Platz für derzeit 5 bis zeitweilig 7 Personen, wobei seine räumlichen Bedingungen eher knapp und nicht optimal sind. Die nötige Begleitung und Assistenz wird von 2 Mitarbeiterinnen gewährleistet. Das Angebot ist bezüglich sowohl der BesucherInnen als auch der Mitarbeiterinnen von hoher, langjähriger Konstanz gekennzeichnet, wie auch von der engen Einbindung der Eltern, bei denen alle BesucherInnen noch leben. Inhaltlich orientiert sich die Einrichtung am SIVUS-Konzept (siehe 4.1.4); die Mitarbeiterinnen haben in der Umsetzung dieses Konzepts und seiner Adaptierung an ihre konkrete Situation wertvolle Erfahrungen sammeln können, die sie auch in Fort- und Weiterbildungen sowie in Beratungsprozessen an andere Fachkräfte und Einrichtungen weitergeben.

Aufgrund der räumlich ungünstigen Situation am heutigen Standort und auch wegen der fehlenden Perspektive einer Wohnmöglichkeit wurde seit 2001 – z.T. schon damals in Kooperation mit dem SLW – versucht, das Konzept einer neuen Tagesstätte mit Wohnangebot zu realisieren, was aber bislang nicht gelungen ist. In die Planung wurden BesucherInnen wie Eltern intensiv eingebunden und nach ihren Vorstellungen befragt sowie andere Einrichtungen besucht und deren Erfahrungen ausgewertet. Diese Aspekte flossen in die Konzeption ein, die von Frau Mag. Katharina Egger-Nimpfer mit Unterstützung der dortigen Mitarbeiterinnen im Auftrag der Caritas Innsbruck zusammen gestellt wurde.

Soll die vorgesehene Integration des »Treffpunkts Lebensraum« in das hier konzipierte Projekt eines Lebensraums für erwachsene Menschen mit basalen Bedürfnissen im SLW auf eine Weise gelingen, die für beide Einrichtungen, für die BesucherInnen, die MitarbeiterInnen sowie die beteiligten Eltern möglichst viel Gewinn und möglichst wenig Enttäuschung mit sich bringen, werden folgende Aspekte wichtig:

- Beide Einrichtungen – SLW und »Treffpunkt Lebensraum« – weisen in ihrer Organisation und Tradition sehr große Differenzen auf. Dies betrifft u.a. Aspekte wie Größe und Komplexität, Leitungs- und Kommunikationsstrukturen, »Organisationskultur«, Details der Zieldefinition oder der Rolle der Eltern. Deshalb erfordert ein Zusammenführen beider Einrichtungen von beiden Seiten – aufgrund der Größenverhältnisse eher noch mehr von Seiten des SLW – ein behutsames, einfühlsames Vorgehen, das von gegenseitiger Wertschätzung und offener Kommunikation gekennzeichnet ist, sowie vom Willen, von einander zu lernen.

- Die im »Treffpunkt Lebensraum« in langjähriger Erfahrung mit hoher Kontinuität aufgebaute Kompetenz in der Strukturierung eines Tagesangebots und der entwicklungsförderlichen Begleitung erwachsener Menschen mit Behinderungen (SIVUS-Konzept) ist eine wertvolle Ressource für das SLW, die zu nutzen ist.

- Zu klären ist, wie weit es Gemeinsamkeiten und wo es Unterschiede in der Art der Bedürfnisse der zu assistierenden Menschen – auch vielleicht aufgrund unterschiedlicher Lebens- und Assistenzenerfahrungen – in beiden Einrichtungen gibt, was sich evtl. auf die künftige Gruppenzusammensetzung zunächst vor allem im tagesstrukturierenden Bereich auswirken kann. Gerade weil sich die BesucherInnen des »Treffpunkts Lebensraum« schon über so viele Jahre kennen und zusammen einen ausdifferenzierten Stil des Zusammenlebens entwickelt haben, bietet es sich an, dass sie gemeinsam mit ihren bisherigen Assistentinnen eine der künftigen Gruppen in den crea-reha-Werkstätten bilden.

6.3 Aspekt der Vernetzung

In allen Fällen, in denen es sich anbietet, nutzt das SLW schon vorhandene Einrichtungen und Dienste in der Stadt und der Region, anstatt parallele Angebote neu aufzubauen. Das betrifft z.B. die ärztliche Versorgung oder auch die Nutzung externer Ressourcen für Fachberatung, Supervision, Fortbildung, Psychotherapie, medizinische Therapien oder Freizeitgestaltung. Wo dies sinnvoll und möglich ist, werden auch neue Angebote gemeinsam mit anderen Trägern aufgebaut.

Wenn NutzerInnen schon vor Eintritt in das SLW in andere Angebote eingebunden waren (z.B. ÄrztIn, Physiotherapie, Psychotherapie, aber auch andere Dienstleister wie Friseur oder dergleichen), bei denen z.T. schon eine jahrelange Beziehung zugrunde liegt, wird Sorge getragen, diese Einbettung beizubehalten.

6.4 Einbezug der Geschlechter-Perspektive (Gender Mainstreaming)

Das hier beschriebene Arbeitsfeld ist gekennzeichnet – wie im sozialen Bereich fast die Regel – durch ein deutliches Überwiegen der Zahl weiblicher MitarbeiterInnen, so dass vor allem in der direkten Assistenzarbeit wie auch im pflegerischen und therapeutischen Bereich eine Erhöhung des Anteils männlicher Mitarbeiter angestrebt wird. Die Etablierung eines kooperativen Führungsstils im Haus, der die Kompetenzen der MitarbeiterInnen respektiert, Verantwortung wo möglich delegiert und alle interessierten MitarbeiterInnen an Entscheidungsfindungen beteiligt, dient auch dem Zweck, für Männer wie Frauen die Arbeit an der »Basis« attraktiv zu halten.

Im Sinn des gleichberechtigten Einbezugs beider Geschlechter spiegelt sich die allgemeine Geschlechterverteilung auf Dauer auch auf der Führungsebene wider, so dass sich dort nicht die traditionelle Tendenz zur Dominanz männlicher Mitarbeiter durchsetzt. Dafür sind die Voraussetzungen im SLW (Geschäftsleiterin ist eine Frau, auch sonst sind Frauen mit Leitungsverantwortung betraut) sicher als günstig anzusehen. Dennoch wird weiterhin im Einzelfall bewusst darauf geachtet, gerade bei der Besetzung von Leitungsstellen neben der fachlichen Qualifikation auch die Geschlechterverteilung im Blick zu haben.

Fragen der Geschlechter-Perspektive sind auch wichtiges Thema für den Qualitätssicherungsprozess, so z.B. bezüglich der praktizierten Rollenverteilung zwischen den Geschlechtern, Fragen sexueller Belästigung oder anderer Formen des Mobbing, der Vereinbarkeit von Elternschaft und beruflicher Tätigkeit wie der familienfreundlichen Gestaltung von Arbeitszeiten.

7. Schlussbemerkung

An der Erstellung dieser Konzeption haben sich in dankenswerter Weise beteiligt:

Klaus Burger (Caritas Innsbruck, Bereichsleiter Behindertenhilfe)
Martina Danler (SLW, Wohnbereich Haus Franziskus)
Maria Eberl (SLW, Schule, Basale Klasse)
Michael Fill (SLW, Hausleiter Haus Franziskus und crea-reha-Werkstätten)
Alain Graf (SLW, Wohnbereich Haus Franziskus)
Johanna Heimerl (Caritas Innsbruck, Treffpunkt Lebensraum)
Markus Holzer (SLW, crea-reha-Werkstätten)
Karin Klingenschmid (SLW, Pflege Haus Franziskus)
Paul Knapp (SLW, Hauswirtschaft Haus Franziskus)
Christine Lang (SLW, Therapie Haus Franziskus)
Christa Marchese (Caritas Innsbruck, Treffpunkt Lebensraum)
Martina Neuner (SLW, Schule, Basale Klasse)
Alberta Niederwieser (SLW, Geschäftsleiterin)
Ingrid Schwärzler (SLW, Elternbeirat/Angehörige)
Bianca Strecker (SLW, crea-reha-Werkstätten)
Franz Tichy (SLW, Hausleiter Elisabethinum)
Katja Vergeiner (SLW, Therapie Haus Franziskus)

Autor:

Winfried Mall, Diplom-Heilpädagoge (FH)
Neustraße 22
D-79312 Emmendingen
E-Mail: kontakt@winfried-mall.de

8. Anmerkungen

- ¹ Dabei ist dem Autor klar, dass Begriffe allgemein vieldeutig sind und sich im Laufe des Gebrauchs unabhängig von der engeren Wortbedeutung mit Färbungen z.B. politischer oder ethischer Art aufladen. Deshalb wird der Begriff *Beeinträchtigung* als bislang weniger »belastet« dem Begriff *Behinderung* vorgezogen. Festzuhalten bleibt, dass es sich natürlich um *behinderte* Menschen im Sinn z.B. folgender Definition handelt: »Behinderte Menschen sind Personen jeglichen Alters, die in einem lebenswichtigen sozialen Beziehungsfeld körperlich, geistig oder seelisch dauernd wesentlich beeinträchtigt sind. Ihnen stehen jene Personen gleich, denen eine solche Beeinträchtigung in absehbarer Zeit droht. Lebenswichtige soziale Beziehungsfelder sind insbesondere die Bereiche Erziehung, Schulbildung, Erwerbstätigkeit, Beschäftigung, Kommunikation, Wohnen und Freizeitgestaltung.« (»Bericht über die Lage der behinderten Menschen in Österreich« des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen von 2003, S. 9) Doch kommt auch der Bericht zum Resultat, »dass es derzeit nicht möglich ist, einen einheitlichen Behindertenbegriff in einem Gesetz zu verankern und zur Grundlage für Leistungen zu machen.« (ebd. – Beide Zitate wortgleich bereits im »Behindertenkonzept der österreichischen Bundesregierung« von 1992, S. 8.)
- ² Entsprechend im »Bericht über die Lage der behinderten Menschen in Österreich« des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen von 2003: »Über psychisch und geistig behinderte Menschen ist kaum Zahlenmaterial vorhanden, daher muss zur Darstellung einer Größenordnung auf Schätzungen zurückgegriffen werden. (...) In der Studie 'Zur Lebenssituation behinderter Menschen in Österreich' von Badelt/Österle wird die Zahl geistig Behinderter in Österreich auf etwa 0,6 % der Bevölkerung geschätzt, das wären auf Grundlage der derzeitigen Gesamtbevölkerung Österreichs etwa 48.000 Personen.« (S. 11) – Ungenannt ist dabei das Definitionskriterium für »geistig behindert«.
- ³ »Behindertenkonzept der österreichischen Bundesregierung« von 1992, S. 10 (so noch heute vertrieben) Siehe auch die danach folgenden Grundsätze, die nichts an Aktualität verloren haben; allerdings tauchen Menschen mit basalen Bedürfnissen – »(schwerst-) mehrfachbehinderte Menschen« – im Konzept nicht als Personenkreis mit speziellen Bedürfnissen auf. Auch im »Bericht über die Lage der behinderten Menschen in Österreich« des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen von 2003 wird dieser Personenkreis nur in Bezug auf schulische Angebote explizit erwähnt (S. 91).
- ⁴ siehe MALL, W.: *Sensomotorische Lebensweisen – Wie erleben Menschen mit geistiger Behinderung sich und ihre Umwelt?* Heidelberg (Edition »S« im Universitätsverlag Winter) ²2003 mehr Informationen auch unter <http://www.sensomotorische-lebensweisen.de>
- ⁵ siehe PIAGET, J.: *Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde*. Stuttgart (Klett) 1969 (Original: Neuchâtel 1959)
- ⁶ Es versteht sich von selbst, dass diese Darstellung keinen Allerkklärungsanspruch erhebt, sondern wie jede Theorie nur einen Ausschnitt von Menschsein beschreibt, der Schwerpunkte setzt (hier: die intellektuelle Entwicklung im breitesten Sinn) und andere Aspekte ausblendet, die wiederum von anderen Theorien aufgegriffen werden. Siehe auch SENCKEL, B.: *Mit geistig Behinderten leben und arbeiten. Eine entwicklungspsychologische Einführung*. München (Beck) 1998
- ⁷ siehe BAUER, J.: *Das Gedächtnis des Körpers – Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern*. Frankfurt (Eichborn) 2002, S. 87
- ⁸ Alle Angaben über konkrete Personen sind so verfremdet, dass ihre Persönlichkeitsrechte nicht verletzt werden. Es handelt sich auch nicht in jedem Fall um gegenwärtige KlientInnen des SLW.
- ⁹ ... wobei hier nicht die wissenschaftliche Debatte zur Autismus-Genese rezipiert werden soll.
- ¹⁰ Neben einigen grundlegender Literaturangaben wird wo möglich auf entsprechende Fundstellen im Internet verwiesen, wo in der Regel auch weiterführende Literatur genannt ist.
- ¹¹ Eine informative Übersicht aus erster Hand in FRÖHLICH, A., HEINEN, N., LAMERS, W. (Hg.): *Schwere Behinderung in Praxis und Theorie – ein Blick zurück nach vorn. Texte zur Körper- und Mehrfachbehindertenpädagogik*. Dortmund (verlag selbstbestimmtes lernen) 2001

- ¹² Nähere Informationen: <http://www.basale-kommunikation.de>
siehe auch MALL, W.: *Kommunikation ohne Voraussetzungen mit Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen*. Heidelberg (Universitätsverlag Winter/Edition S) ⁵2004.
- ¹³ Nähere Informationen: <http://www.basale-stimulation.de>
siehe auch FRÖHLICH, A.: *Basale Stimulation – Das Konzept*. Düsseldorf (Verlag Selbstbestimmtes Lernen) 1998
- ¹⁴ Nähere Informationen: <http://www.snoezelen-stiftung.de>
- ¹⁵ Nähere Informationen: <http://www.sivus.net> oder <http://www.sivus-online.de>
- ¹⁶ Nähere Informationen: <http://www.autea.de> (auf Deutsch); <http://www.teacch.com/> (auf Englisch) oder <http://www.uni-leipzig.de/~gbpaed/artikel/haussler.htm>
- ¹⁷ Nähere Informationen unter <http://www.isaac-online.de>
siehe auch z.B. BOENISCH, J., BÜNK, CH. (Hg.): *Methoden der Unterstützten Kommunikation*. Karlsruhe (von Loeper) 2003
- ¹⁸ Nähere Informationen z.B.: <http://www.alfeld.de/home/altenpflege/aktiv.html> oder http://www.modernealtenpflege.de/Pflegestandards/Ubersicht_Pflegestand_/Aktivierende_Pflege/body_aktivierende_pflege.html
- ¹⁹ Quelle: <http://www.kinaesthetik.com>
- ²⁰ Quelle: <http://www.bobathvereinigung.de>
- ²¹ Quellen: <http://www.medizinfo.de/pflege/konzepte/perfetti.shtml>
<http://www.ergopraxisteam.de/tgwp.html>
<http://www.heilpaed.ch/printable/therapienmethoden/perfetti.htm>
- ²² Quelle: <http://www.watsu.net>
- ²³ Quelle: <http://www.cranioverband.ch>
- ²⁴ Quelle: http://www.ergotherapie-koeln.de/ergotherapie/paediatric/sensorische_integration.shtml
siehe auch AYRES, J.: *Bausteine der kindlichen Entwicklung*. Berlin 1984
- ²⁵ Nähere Informationen: <http://www.wahrnehmung.ch>
siehe auch AFFOLTER, F.: *Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache*. Villingen-Schwenningen (Neckar-Verlag) ³1992
- ²⁶ siehe VAN VUGT, G., BESEMS, T.: *Gestalttherapie mit Behinderten*. In: FRÖHLICH, A., HEINEN, N., LAMERS, W. (HG.): *Schwere Behinderung in Praxis und Theorie – ein Blick zurück nach vorn. Texte zur Körper- und Mehrfachbehindertenpädagogik*. Dortmund (verlag selbstbestimmtes lernen) 2001
- ²⁷ siehe PROUTY, G., PÖRTNER, M., VAN WERDE, D.: *Prä-Therapie*. Stuttgart (Klett-Cotta) 1998
- ²⁸ Quelle: <http://home.t-online.de/home/Timm.Garde/ait.htm>
- ²⁹ Weitere Informationen: <http://www.gwg-ev.org>
siehe auch PÖRTNER, M.: *Ernstnehmen – Zutrauen – Verstehen. Personzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen*. Stuttgart (Klett-Cotta) ²1999

9. Anhang

9.1 Voraussichtliche Abgänger des Elisabethinums und Abgänger aus dem Treffpunkt Lebensraum der Caritas

Elisabethinum

Anzahl der Personen, die einen Platz brauchen: Schulende inkl. 12. Schuljahr

1 Person	2001
2 Personen	2003
2 Personen	2005
5 Personen	2006
6 Personen	2007
6 Personen	2008
22 Personen	Gesamt

davon sind zu finden in folgenden Pflegestufen:

Pflegestufe 0	1 Person
Pflegestufe 2	1 Person
Pflegestufe 4	5 Personen
Pflegestufe 5	5 Personen
Pflegestufe 6	6 Personen
Pflegestufe 7	4 Personen
	22 Personen

Treffpunkt Lebensraum

Pflegestufe 6	2 Personen
Pflegestufe 7	3 Personen

9.2 Stellungnahme vom 06.04.2005 ...

... von Maximilian Hartung von Hartungen, im Elisabethinum zuständig für Zukunftsberatung der Schulabgänger, betreffend die Zukunftsplanung Jugendlicher mit »basaler und Schwerst-Mehrfachbehinderung«:

»...leider ist die derzeitige Situation für die oben angeführte Zielgruppe sehr unbefriedigend. Selbst die Trägerorganisationen wie Caritas, Lebenshilfe und Seraphisches Liebeswerk, wie auch Aufbauwerk der Jugend und das Soziale Zentrum St. Josef können die Abgänger vom Elisabethinum Axams mit diesem schweren Behinderungsgrad nicht weiterbetreuen. Fehlende Wohnmöglichkeiten und der erhöhte Aufwand in der Betreuung dieser Menschen erfordern dringend neue Strukturen. Selbst die Sozialarbeiterinnen der Landesregierung haben mir dies bestätigt!«

9.3 Einrichtungen in Tirol ...

... die unseres Wissens bislang Menschen mit basalen Bedürfnissen aufgenommen haben:

- Caritas Tirol
- Diakonie
- Haus Franziskus (SLW)
- Lebenshilfe
- Soziales Zentrum St. Josef
- Tafel
- Verein Wir
- Via Claudia



Für den Inhalt verantwortlich:
Seraphisches Liebeswerk der Kapuziner
Mailsweg 2, 6094 Axams, Tel. (0)5234 68277
verwaltung@slw.at <http://www.slw.at>

Druck: Steigerdruck GmbH
www.steigerdruck.com

Stand: April 2005