

37. Martinstift-Symposion 2009

„Ich fühl' mich wohl ...“
Begleitung von Menschen mit Behinderung
auf dem Weg zu einem gesunden Lebensstil

2. Oktober 2009
Gusenhalle Gallneukirchen

www.diakoniewerk.at/symposion

Inhalt

Dr. Heinz Thaler Begrüßung	4
Rektorin Mag. ^a Christa Schrauf Der Körper – ein Geschenk Gottes. Kirchlich-theologische Aspekte zwischen Leibfeindlichkeit und Körperboom.	5
Prof. Dr. Theo Klauß Die Bedeutung des Körpers und seines Wohlbefindens in der Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung.	14
Dr. Walter Wührer Aktiv leben, Bewegung, Sport.	29
Martina Marchewa Jeder is(s)t anders	33
Brigitte Marty-Teuber Kinaesthetics – ein Beitrag zur Lebensqualität von Menschen mit Behinderungen.	38
Gabriela Schubert Beweglich bleiben im Alter – was bedeutet das für Menschen mit schweren und schwersten Behinderungen?	42
Dr. Brigitte Tegl „Ich fühl mich wohl ...“ Ein Bildungsprojekt zur Gesundheitsförderung für Menschen mit kognitiver Behinderung der Caritas St. Pölten.	45
Iris Hanousek-Mader Theater – der Mensch erfährt sich als Einheit.	50
Die ReferentInnen	54

Impressum

Medieninhaber, Herausgeber, Verleger:
Evangelisches Diakoniewerk Gallneukirchen
Martin Boos-Straße 4, 4210 Gallneukirchen
Tel. +43 / (0)7235 / 63251-0, Fax: DW 201
Mail: office@diakoniewerk.at
Web: www.diakoniewerk.at/symposium
Redaktion: Mag. Gernot Mischitz
Diakoniewerk 2009 – Alle Rechte vorbehalten

Dr. Heinz Thaler, Vorstand

Begrüßung

Sehr geehrte Festgäste!

Vor 37 Jahren, also 1972, hat das 1. Martinstift-Symposion stattgefunden. Das Thema des ersten Symposions lautete „Soziale und menschliche Aspekte des behinderten Kindes in Familie, Heim und Gesellschaft“. In den folgenden Jahren gab es dann einen Mix aus medizinischen und pädagogischen Themen:

1998 – „Integrative Schule auch für Kinder mit einer geistigen Behinderung“ (bereits damals wurde der Neubau der Martin-Boos-Schule überlegt)

1993 – „Normalisierung – Überdenken und Neugestalten – die Zukunft institutioneller Behindertenarbeit.“

1999 – „Arbeiten ist mehr als Geld verdienen – neue Wege in die Arbeitswelt“

2002 – „Vom Machen zum Ermöglichen – Lebensvielfalt als Herausforderung“

2005 – „Herbstzeit – Lebensqualität für Menschen mit Behinderung im Alter“

2007 – „Den Wandel gestalten“

2008 – „An Grenzen kommen“

Mit Beginn der Martinstift-Symposien wurde eine neue Zeit eingeläutet, die Zeit des theoriegeleiteten Handelns und der systematischen Reflexion. Zu dieser Zeit hat ein englischer Volontär mit einem behinderten Menschen im Gitterbett einen Ausflug in den Ort Gallneukirchen unternommen. Ein erster engagierter Versuch zur Integration. In Gallneukirchen wurde damit ein Tabu gebrochen und eine heftige Diskussion ausgelöst. Eine der vertretenen Meinungen war: „Menschen mit Behinderung stören das Ortsbild und den Fremdenverkehr“.

Vor 25 Jahren habe ich selber miterlebt, dass sich für die damalige Zeit schon viel getan hat in Gallneukirchen. Menschen mit Behinderung waren Teil des Ortsbildes, aber man hat sie deutlich wahrgenommen in Ihrer Second-Hand-Kleidung, meistens in Gruppen auftretend. 10 Jahre später grüßte mich eine modisch gekleidete junge Frau - und hätte ich sie nicht gekannt, wäre es ihr nicht anzusehen gewesen, dass sie in einer Wohneinrichtung des Diakoniewerkes lebt.

Heute – im Jahr 2009 - beschäftigen wir uns mit dem Thema „Ich fühl' mich wohl ... Begleitung von Menschen mit Behinderung auf dem Weg zu einem gesunden Lebensstil“. Bei manchen Vorträgen werden Sie feststellen, dass dieses Thema Menschen mit und ohne Behinderung in fast gleicher Weise betrifft. Dieses Thema zeigt uns auch, dass sich behinderte und nicht behinderte Menschen näher gekommen sind und gibt uns einen Hinweis, dass Menschen mit Beeinträchtigung weniger behindert und normalisierter leben.

Somit wird uns das heutige Thema auch persönlich beschäftigen. Ich wünsche uns eine gute Auseinandersetzung, gute Gespräche und Begegnungen an diesem Tag und dem Symposion den angestrebten Erfolg.

Rektorin Mag.^a Christa Schrauf

Der Körper – ein Geschenk Gottes. Kirchlich-theologische Aspekte zwischen Leibfeindlichkeit und Körperboom.

Herzlich willkommen zum Martinstift-Symposion und zu meinem Vortrag, der unter der Überschrift steht:

„Der Körper ist ein Geschenk Gottes.“

Aus biblisch-theologischer Sicht ist der Mensch - und zwar ausnahmslos jeder Mensch, ob weiblich oder männlich, ob jung oder alt, ob mit oder ohne Behinderung lebend, ob schwarz oder weiß - Gottes gute Schöpfung und zu der gehört der Körper genauso wie der Geist und die Seele, ja noch viel mehr: Im Schöpfungsbericht des Alten oder 1. Testaments, im 1. Buch Mose lesen wir:

„Gott schuf den Menschen nach seinem Bilde.“

Jeder Mensch ist zu Gottes Ebenbild geschaffen und von ihm mit einer unverlierbaren Würde ausgestattet. Im Leitbild des Diakoniewerkes hat diese theologische Aussage ihren prominenten Platz und an der Stelle heißt es:

Jeder hat von Gott einen einzigartigen Wert.

Das biblische Menschenbild hat eine ganzheitliche Sicht vom Menschen und beinhaltet alles was das Menschsein auszeichnet. Deshalb ist den biblischen Geschichten auch nichts von all dem, was zum Menschsein dazugehört, fremd. Die ganze Bandbreite an menschlichen Möglichkeiten und Befindlichkeiten in ihrem Leib-Seele-Zusammenhang findet sich da wieder. Die Bibel kennt ein sehr realistisches Bild vom Menschen, in allen Lebenssituationen. Da wird keiner irrealen Welt das Wort geredet, sondern es geht um alles, was die Identität eines Menschen ausmacht:

- der Wunsch nach Liebe und Geborgenheit
- die Erfahrung von Behinderung und Ausgrenzung
- die Sehnsucht nach Befreiung aus Abhängigkeiten

Der biblische Befund - oder besser gesagt, die jüdische und jesuanische Tradition - ergibt ein sehr positives Körperverständnis. Dieses ist in der Folge leider sehr bald verdrängt und vergessen gemacht worden. Der Körper als Gottes gute Schöpfung, als Geschenk Gottes an den Menschen wurde über lange Strecken der Theologie- und Philosophiegeschichte ausgeblendet. Warum es zu dieser Entwicklung kam, deren Auswirkungen sich bis heute kräftig bemerkbar machen, möchte ich Ihnen im Folgenden skizzieren und Sie mitnehmen zu einem Ausflug in die Geschichte des Körperverständnisses, das nicht nur das vergangene, sondern vor allem auch das gegenwärtige Körperbewusstsein erhellt.

Der Ausflug in die Geschichte macht sichtbar, was das Denken zu diesem Thema beeinflusst hat und noch immer kräftige Effekte zeigt und in besonderer Weise auch die Meinung über die Körperlichkeit von Menschen mit Behinderung geprägt hat. Ich werde die wichtigen Eckpunkte der Entwicklung zum gegenwärtigen Körperverständnis hin aufzeigen, ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

Ich beginne mit dem dualistischen Prinzip der Antike, wie es die griechische Philosophie vertreten hat: Das dualistische Prinzip der griechisch-römischen Welt: Seele/Geist – Körper. Diese Zweiteilung des Menschen in Seele/Geist auf der einen und Körper auf der anderen Seite hat über Jahrhunderte entscheidend das Körperverständnis des Christentums geprägt. Während die Seele unsterblich ist, weil sie immateriell ist, ist der Körper, der Materie ist, vergänglich.

Plato, der im 4.-3. Jh. v. Chr. gewirkt hat, unterscheidet körperliches und unkörperliches Sein, das unkörperliche und geistige Sein aber ist das Erstrebenswerte und dabei steht der Körper im Weg. Der Körper hat nur eine untergeordnete Stellung, die höhere Relevanz hat die geistige Welt gegenüber der materiellen. Der Körper ist gewissermaßen das Gefängnis der Seele. Folge dieses Körperverständnisses sind Askese und Kontemplation auf der einen Seite oder maßlose Orgien auf der anderen.

„Die Seele ist an ihren Körper gefesselt und mit ihm verwachsen, gezwungen die Wirklichkeit durch den Körper zu sehen wie durch Gitterstäbe, anstatt durch ihre eigene ungehinderte Sicht“ (Plato)

Anders war das in der jüdischen Tradition. Sie war im Gegensatz zur Griechischen und römischen Antike eine körperfreundliche, und das bedeutet, dass sie kein dualistisches Menschenbild hatte. Das Alte oder 1. Testament hat ein umfassendes Bild vom Menschen. Alles Geistige, alle Gefühle und sittlichen Wertungen sind nur im Kontext des menschlichen Körpers denkbar. Der Leib ist unentbehrlich für alles, was der Mensch tut. Er braucht ihn vor allem auch, um Gott zu loben.

Wie der ganze Mensch Seele und ein lebendiges Wesen ist, so ist auch der ganze Mensch Fleisch und ein vergängliches Wesen. Der Körper ist zusammen mit der Seele und dem Geist die Manifestation menschlichen Seins. Als Schöpfung Gottes ist der Körper gut, aber er braucht die Seele (nefesh) oder den Geist (ruach). Dementsprechend war Sexualität Ausdruck menschlicher Beziehung, die auch Genuss und Freude bedeutet.

Leib und Geist gehören gleichermaßen zum Menschen, wobei der Geist als Lebensprinzip von Gott selbst stammt. Geist, Seele und Leib meinen jeweils den ganzen Menschen. Die Bedeutung dieser Einheit unterstreicht die Gottebenbildlichkeit des Menschen. Weil Menschen zum Bilde Gottes gemacht sind, kommt dem Körper besondere Aufmerksamkeit zu, ist der Körper geheiligt.

Die orientalische, vor allem die ägyptische Kultur mit ihrem anderen, positiven Zugang zum Körper hat Einfluss genommen auf diese Vorstellung vom Menschen. Im Hohenlied des Salomo kommt diese sehr schön zum Ausdruck, wo die Erfahrungen eines Liebespaares beschrieben werden, das Ineinander-Übergehen von Leib und Geist.

Im Umfeld des orientalischen Schönheitsideal, in dem die biblischen Bücher entstanden sind, geht es nicht um die Form und Erscheinung des Körpers, sondern um den Ausdruck der Dynamik der beschriebenen Person. Körperbeobachtung verbunden mit Lebenserfahrung spielen in der Hebräischen Bibel eine große Rolle. Körperteile kommen im Alten Testament ganz oft vor. Vom Angesicht des Menschen ist 2040 mal die Rede, von der Hand 1617 mal und vom Auge 868 mal.

Sämtlichen Körperteilen und Organen wird eine Bedeutung zugeschrieben. Und es geht immer um den Menschen in seiner Beziehung zu anderen. Schön ist nicht der einzelne Mensch, sondern der Mensch wird erst in der Begegnung schön, weil erst durch das Du seine Ausstrahlung oder seine Schönheit ein Thema wird, nicht Schönheit um ihrer selbst willen, nicht Schönheit als Mittel zum Zweck.

Die Menschwerdung Gottes

Jesus ist in dieser jüdischen Welt aufgewachsen und gibt dieses positive Körperbild mit neuen Akzenten weiter. Die Rede von der Menschwerdung Gottes gehört zu den zentralen Aussagen christlicher

Theologie. Durch die Menschwerdung Gottes erfährt das Körperverständnis eine andere Dimension. Die Menschwerdung (Inkarnation) Gottes in Jesus ist das entscheidende Kriterium für eine positive Bewertung der Leiblichkeit. Gott ist in Jesus Christus Mensch, sozusagen „leibhaftig“ geworden. Und das halten die neutestamentlichen Schriften mit großer Überzeugung fest.

Im Johannesevangelium wird diese Leiblichkeit Gottes (seine Inkarnation) in einer sehr poetischen Sprache mit den Worten beschrieben:

Und das Wort wurde Fleisch und wohnte unter uns. Johannes 1,14a

Das Göttliche betritt den menschlichen Bereich. Gott wird Mensch.

Hier wird das völlige Eingehen Gottes in die Leiblichkeit formuliert. „Der Logos, die ganze schöpferische, weltordnende Kraft und Weisheit Gottes, wird Fleisch in einem konkreten, sterblichen Menschen. Hier wird in drastischer Weise die Grenze zwischen Göttlichem und Menschlichem durchbrochen, denn wenn es etwas gibt, womit die Gottheiten des Alten Orient und auch JHWH überhaupt nichts zu tun hatten, von dem sie scharf abgesetzt wurden, dann war es das menschliche Fleisch, der Inbegriff der Hinfälligkeit und Sterblichkeit.“ (Schroer / Staubli, S 27)

Bei Jesus finden wir also ein eindeutiges Ja zur Körperlichkeit und eine Aufwertung des Körpers.

Jesustradition

Diese Aufwertung des Körpers zeigt sich konsequenterweise anschaulich im Wirken Jesu. An den Berichten der Evangelien, seien es Heilungsgeschichten, Wundergeschichten oder Gleichnisse, ist abzulesen, wie Jesus sich eingelassen hat auf die Menschen, gerade auch in ihrer Körperlichkeit, insbesondere in ihrer beeinträchtigten Körperlichkeit, hervorgerufen durch Behinderung, Krankheit, Armut, soziale Ausgrenzung.

Jesu Wirken war auch Antwort auf die politische Wirklichkeit, die in römischer Zeit im Orient gekennzeichnet war von einem enormen kolonialen Druck. „Sein Leben war eine Ermutigung, ja ein Appell an alle, die ihm zuhörten, sich selbst und andere zu befreien und von den Auswirkungen der kolonialen Gewalt zu befreien.“ S 29 (Schroer / Staubli)

Jesus bricht mit seiner ganzheitlichen Wahrnehmung des Menschen und damit seinem Ja zur Körperlichkeit sämtliche Tabus seiner Zeit und Gesellschaft:

Jesus bricht Körpertabus gegenüber Menschen mit Krankheit und Behinderung

Kranke Menschen und Menschen mit Behinderung standen aus verschiedenen Gründen in der Gesellschaft Jesu am Rande. Sie waren zum Betteln verurteilt, was demütigend und erniedrigend war. Der Kontakt mit ihnen wurde tunlichst vermieden. Jesus geht einen anderen Weg, geht auf sie zu, fragt nach den Ursachen und ist bemüht sie herauszuholen aus ihrer entwürdigenden Situation, sie zu befreien aus den Abhängigkeiten, die ihnen die Gesellschaft auf den Leib geschrieben hat.

Jesus bricht Körpertabus gegenüber Frauen

Ein Mann hat zur Zeit Jesu in der Öffentlichkeit nicht mit einer Frau geredet und sie schon gar nicht berührt. Es galt als skandalös, wenn eine Frau von sich aus das Gespräch mit einem Mann gesucht hat. Frauen waren von Festessen ausgeschlossen, diese waren das Vorrecht von Männern. Hat es eine Frau dennoch gewagt, dann war die Empörung der anwesenden Männer groß, nicht die von Jesus. Er hat bspw. Maria Magdalena, die sich in eine Männerrunde einschleicht um Jesus zu salben, verteidigt, was die anwesenden Männer nicht nachvollziehen konnten.

Jesus bricht Körpertabus gegenüber Fremden

Jesu Sorge um das psychische und physische Wohl gilt auch denen, die in seinem Umfeld als die Fremden, die Ausländer galten, mit denen der Kontakt vermieden wurde. Im berühmt gewordenen Gleichnis „Der barmherzige Samariter“ wird das sehr anschaulich, auch in der Begegnung mit der kanaänischen Frau, wo Jesus gleich einen doppelten Tabubruch begeht.

Jesus der Genussmensch

Die positive Einstellung zum Körper zeigt sich bei Jesus auch an seinem Lebensstil, der ein sehr einfacher war, aber dort, wo es möglich war, hat er es genossen den Körper zu verwöhnen. Diejenigen, die ihm kritisch gegenüber standen, haben ihn diesbezüglich kontrollierend beobachtet und festgestellt: „Siehe, was ist dieser Mensch für ein Fresser und Weinsäufer“. Er ist nicht der große Asket, der sich kasteit, sondern er konnte das Leben durchaus genießen, hat in Gesellschaft mit anderen gerne gegessen und getrunken und hat vor allem darauf geachtet, dass die Leute, die von weit her kamen, auch mit Essen versorgt wurden.

Die Theologin Hannah Wolf hat 1978 in ihrem Buch „Jesus als Psychotherapeut“ die Art und Weise, wie Jesus sich um den Leib und die Seele von Menschen gesorgt hat, als Modell moderner Psychotherapie bezeichnet, weil dieser den psychosomatischen Zusammenhang von prägenden Erfahrungen erkannt und darauf reagiert hat. Er begegnete Menschen auf Augenhöhe, nahm sie mit ihrer ganzen Befindlichkeit wahr und versuchte durch konkretes Tun ihre Situation zu verändern, sie von Niederdrückendem zu befreien und von Belastendem zu erlösen. Für ihn war klar, dass soziale Integration und gesellschaftliche Inklusion ganz entscheidend zum Wohlbefinden von Menschen beiträgt.

Der Körper bei Paulus

Paulus, der hellenistisch gebildete Jude war stark beeinflusst von der griechischen Antike und ihrer zweigeteilten Sicht auf den Menschen. Doch wir finden bei ihm sowohl ein positives als auch ein negatives Körperbild. Einerseits ist der Leib, der Körper (griechisch „soma“) für ihn geheiligt, weil er der Tempel des Heiligen Geistes ist; andererseits ist der Körper (griechisch „sarx“ = Fleisch) der Sitz der Sünde. „Nichts Gutes wohnt in meinem Fleisch.“

*„Wisst ihr denn nicht, dass euer Körper der Tempel des Heiligen Geistes ist?“
(1. Korinther 6, 19)*

*„Denn ich weiß, dass in mir, das heißt in meinem Fleisch, nichts Gutes wohnt“
(Römer 7, 18a)*

Es findet sich bei Paulus sowohl der jüdische Ansatz, nach dem der Körper Gottes gute Schöpfung ist als auch die negative Aussage „Das Fleisch ist sündig und schwach“. Wenn der Leib Tempel Gottes ist, dann bedeutet das, dass Gott in der Leiblichkeit gegenwärtig ist, jeder Teil des Körpers ihm heilig ist. Wenn er den Körper positiv bewertet, verwendet er das Wort Leib, und wenn er ihn negativ bewertet, das Wort Fleisch. Kritik übt er an einer unangemessenen Selbstsorge und Selbstbezogenheit.

Das Abendmahl und der „Leib Christi“

Auch die Abendmahlsfeier oder Eucharistie verleiht der Körperlichkeit eine positive Note. Das Brot, das den Leib Christi darstellt, und das Teilen des Brotes im Abendmahl symbolisieren: wir alle sind Glieder an einem Leib.

Das 2. oder Neue Testament stellt uns abgesehen von seinen jüngeren Briefen ein gesamtheitliches Körperbewusstsein vor. Leider bleibt diese Sicht für lange Zeit ein Intermezzo.

Die griechische Vorstellung vom zweigeteilten Menschen, dessen Körper kaum etwas zählt, drängt die positive Betrachtungsweise des Judentums und der Jesuszeit zurück, und Platons Ansicht von der Minderwertigkeit des Körpers und der Überlegenheit der Seele wird zum Gedankengut des Christentums.

Alte Kirche und Mittelalter

Die Verdammung des Körpers nimmt noch schlimmere Formen an, vor allem die Verdammung des Körpers der Frau und der Sexualität, zu der nur sie verführt. Es ist die logische Konsequenz, dass die Askese der Orden und die Ehe- und Familienlosigkeit der Priester zum Ideal erhoben werden. Der Theologe Tertullian (150-230 n.Chr.) hält die Frau für die „Eingangspforte des Teufels“. Augustinus (354-430 n.Chr.) hält Frauen für minderwertige, drittklassige Wesen, die die Erbsünde weitergeben.

In der mittelalterlichen Kirche setzt sich dieses körperverachtende Denken fort, treibt noch weitere Blüten. Mit der Einführung des verpflichtenden Zölibats der Priester im 11. Jh. wurde diese körper- und zugleich frauenfeindliche Sicht noch unterstrichen. Frau wurde reduziert auf Sexualität und Geburt, das war ihre einzige Lebensberechtigung. Sie war die Verführerin, die den Geist, die Seele von Männern beschmutzt und sie zur Sünde verführt hat und so vor spiritueller Achtsamkeit abhält. Sexualität und körperliche Lust werden reduziert auf Fortpflanzung.

Thomas von Aquin (1225-1274) hält die Frau für einen Missgriff der Natur:

„Das Weib verhält sich zum Mann wie das Unvollkommene und Defekte (imperfectum, deficiens) zum Vollkommenen (perfectum).“

Der Scheiterhaufen war ein Symbol der Leibfeindlichkeit, auf dem in erster Linie Frauen landeten. Auch Kranke und Behinderte galten als verhext, vom Satan besessen und wurden verbrannt.

Reformation

In der Reformation wird diese Zweiteilung mit der Rückbesinnung auf die Bibel, deren Inhalte auf dem Weg durch die Jahrhunderte eine Interpretation erfahren hatten, die sie nicht wiedererkennen ließen, aufgebrochen. 1520, schon bald nach Beginn der Reformation, forderte Martin Luther die Abschaffung des Zölibats. Er selber, der ehemalige Augustinermönch, heiratete 1525 und äußerte sich positiv über die Ehe mit Katharina von Bora. Sexualität dient für ihn nicht nur der Kinderzeugung, sondern ist Geschenk Gottes und darf auch Freude bereiten. Martin Luther hat sich nach seiner langen Klosterzeit auch gerne kulinarisch verwöhnen lassen.

Leibverdrängung im Idealismus

Der Mensch ist ein Kompositum aus einem Automaten, dem Körper, und einer „denkenden Sache“ (res cogitans) - Descartes (1596-1650)

Die dualistische Sicht wird trotz Aufklärung fortgesetzt. Im Idealismus sind der Geist, die Idee und der diese Idee propagierende Staat alles - der Körper des Menschen, vor allem der des Anderen, bedeutet dagegen nichts. Diese Haltung zog im Zeitalter der Industrialisierung für die ArbeiterInnen in den europäischen Fabriken des 18. und 19. Jh. und für die PlantagenarbeiterInnen in den Kolonien schlimmste Unterdrückung und Ausbeutung nach sich.

„Die Leibvergessenheit führt zum Missbrauch der Körper und dieser zur Ausbeutung der Natur – ein gnadenloser Mechanismus“, (Schroer / Staubli) der bis heute anhält.

Der Idealismus, stark beeinflusst von der griechischen Philosophie, trennt den Leib vom Geistigen und ordnet alles dem Geistigen unter. Das Denken hat den Vorrang. Dieser Vorrang des Geistigen führt zur

Nichtidentität von Leib und Geist. Der Mensch wird als Maschine gesehen, in der ein unsterblicher Geist wohnt.

Karl Marx und die Religionskritik

Protest gegen diese Sicht und die damit verbundene Unterdrückung und Ausbeutung von Menschen kommt von Karl Marx und den Vertretern der Religionskritik. Karl Marx übt scharfe und berechnete Kritik an den Kirchen, die mit ihrer Leibfeindlichkeit zu Unterdrückung und Ausbeutung beigetragen haben, weil der Körper nichts wert war, die unsterbliche Seele hingegen alles. Menschen sind aus seiner Sicht nur dann Ebenbilder Gottes, wenn es ihnen gelingt, entfremdete Produktionsverhältnisse zu beseitigen und werktätige Menschen in ihrer Arbeit Sinn erkennen und die Früchte ihrer Arbeit genießen können. Kommunismus und Sozialismus haben eine ganzheitliche Sicht des Menschen eingefordert und wesentlich zu einem sich verändernden Menschen- und vor allem auch Frauenbild beigetragen.

Der Körper im Nationalsozialismus

Im Nationalsozialismus mit seiner Rassenlehre, die mit einer einseitigen Körperfixierung verbunden ist, hat nur der gesunde, perfekte Körper ein Lebensrecht. Alles, was der ästhetischen Normierung des NS-Körperkultes nicht entspricht, gilt als minderwertig. Zu welchen Folgen das führt, wissen wir alle: zum Plan der Ermordung behinderter Menschen, dem im Diakoniewerk Gallneukirchen 64 Bewohnerinnen und Bewohner zum Opfer gefallen sind, aber auch zum Mord an Millionen jüdischer und nicht arischer Menschen, politisch anders Denkender und vieler mehr.

Befreiungstheologie – Schwarze Theologie

In den 1960er Jahren hat die Theologie der Befreiung - von Brasilien ausgehend - den Blick auf die äußeren Lebensumstände und somit auch auf die Körperlichkeit des Menschen gelegt, auf den ausgebeuteten, geschundenen Körper. Auch die Schwarze Theologie, deren prominenter Vertreter Martin Luther King war, tritt für ein Menschenbild und somit ein Körperbild ein, das die Zweiteilung überwindet. Erlösung des Menschen ist nicht nur ein transzendentes Thema, sondern auch ein immanentes.

Das Volk ist nicht nur die anonyme Masse, eine manipulierbare Menge, sondern lebendiger Organismus. Gekrümmte Rücken, Narben, vom Hunger gezeichnete Kindergesichter sind Ausdruck für ungesunde Arbeitsbedingungen. Der Körper wird zum Sakrament, zum Symbol für die göttliche Gegenwart. Der Bedeutung des Leibes Christi im Abendmahl entspricht die Aufmerksamkeit für die Leiber/Körper der Nächsten.

Von der Theologie der Befreiung geht der Impuls an die Kirchen aus, einen Weg zu suchen zwischen dem im Kommunismus verabsolutisierten Kollektivismus und dem im Kapitalismus marktwirtschaftlich vergötzten Individualismus, der das Individuum, die Einzelperson ernstnimmt aber gleichzeitig als Teil der Gemeinschaft sieht.

Die feministische Theologie

Die Frauenbewegung und der Feminismus - in besonderer Weise die Etablierung der feministischen Theologie - erteilten einem zweigeteilten Körperbild eine klare Absage und machten sich für die Förderung der Körperautonomie stark - natürlich vor allem für die von Frauen, was auf Grund des historischen Befundes und der jahrhundertelangen Missachtung von Frauenkörpern nachvollziehbar ist. Die feministische Theologie hat starken Einfluss genommen auf das Körperbild in den christlichen Kirchen. Wenn auch nicht flächendeckend erfolgreich, so kam es doch zu entscheidenden Veränderungen, vor allem was Sprache und Rituale in der Liturgie der Gottesdienste betrifft, wie Handauflegung und Abendmahl.

Die dualistische Sicht auf den Menschen, wie sie über Jahrhunderte dominiert und den Ton angegeben hat, macht die Welt zum Objekt. Das erleben wir gegenwärtig wieder. Der aktuelle Körperkult lässt sich nicht übersehen, weil er omnipräsent ist, weil wir in den Medien damit zugeschüttet werden. Auf die eigene Glückseligkeit konzentriert - nur ich und mein Körper sind der Mittelpunkt.

Inkorporation gesellschaftlicher Bedingungen

Und es zeigt sich wieder: Körpererfahrungen stehen in einem engen Zusammenhang zu den vorherrschenden gesellschaftlichen Bedingungen. Natürlich hat das gegenwärtige Körperbild mit der heute dominierenden entkörperlichten Arbeits- und Lebenswelt zu tun, die konsequenterweise zur wachsenden Bedeutung der körperlichen Fitness und der Gesundheit führt.

Dazu kommt der deutschen Soziologin Nina Schuster zufolge die Vorstellung der Herstellbarkeit von Gesundheit und Glück, die in Fitnessstudios als Orte dieser Illusion sichtbar werden. Der Körper wird zur Sinn-Instanz. Der Mensch sucht „Zuflucht beim besten Körper“ und macht sich eine an materiellen Genüssen orientierte, egoistische Lebensweise zu eigen.

Der machbare Körper

Ewige Jugend, unvergängliche Schönheit, ungebrochene Sportlichkeit und nie enden wollende Leistungsfähigkeit sind die Idole, wobei der Körper beinahe zum Anbetungsobjekt wird. Die Heilsversprechungen der Werbeindustrie, die einen perfekten, tadellos funktionierenden, ästhetischen, schönen, begehrenswerten Körper verheißen, erfolgen nicht, weil das Interesse am Heil und Wohlbefinden der Menschen so groß ist, sondern weil das manipulative Spiel mit den suggerierten Bedürfnissen ein äußerst profitables ist. Im gegenwärtigen gesellschaftlichen Körperdiskurs wird dieser zum Produkt, zur Ware. Der Mensch wird auf seinen Körper reduziert.

Frausein wird auf eine andere Weise wieder einseitig über Körperlichkeit definiert. Menschen mit Behinderung, Menschen im Alter, Menschen am Rande der Gesellschaft haben in einer Werbung, die die Wirklichkeit menschlichen Lebens leugnet, und in dem Menschenbild, das auf diese Weise transportiert wird, keinen Platz. Obwohl es ein wenig aufzubrechen beginnt, wie die Werbekampagne für die Produktlinie „Dove“ zeigt.

Wie sich die permanente Konfrontation mit solchen Bildern vom perfekten Menschen und seinem makellosen Körper auf die Entwicklung des Körpergefühls von Kindern und Jugendlichen auswirkt, erleben wir in einer dramatischen Zunahme von Aggressionen gegen den eigenen Körper in Form von Essstörungen wie Anorexie (Magersucht) und Bulimie (Ess-Brech-Sucht), die zu den häufigsten psychosomatischen Erkrankungen junger Erwachsener zählt, gefolgt von Adipositas (Übergewicht).

Menschen mit Behinderung und Menschen im Alter, Menschen mit Krankheit haben hier keinen Platz, fühlen sich von solcher aggressiver, den Körper verherrlichenden Werbung noch stärker an den Rand gedrängt.

Das Recht des Körpers auf sein Alter

Anti-Aging-Produkte stehen hoch im Kurs. Schönheitschirurgen erfreuen sich wachsender Frequentierung. Die österreichische Schauspielerin und Sängerin Erika Pluhar, die inzwischen über 70 ist, widerspricht dieser Entwicklung und plädiert für das Recht des Körpers auf sein Alter.

„In diesen Tränensäcken stecken alle Tränen, die ich in meinem Leben geweint habe, und die lasse ich mir nicht wegschneiden.“

Der in den Massenmedien instrumentalisierte Körper, der kommerzieller Gebrauch des Körpers um Produkte zu bewerben und zu verkaufen zeigt: der Körper für sich hat keinen Wert mehr, sondern erhält

ihn erst über gesellschaftliche Akzeptanz, wenn deren ästhetische Normen erfüllt werden. Um mich selber und um mein Wohlergehen geht es dabei überhaupt nicht. Die scheinbare Macht über den eigenen Körper ist im Grunde genommen eine suggerierte, fremdbestimmte und daher abzulehnende.

Der Körper ist die Grundkoordinate des Lebens, ohne den meine Existenz nicht vorstellbar wäre.

Es geht dabei nicht um das Wohlergehen des Körpers, sondern um die Notwendigkeit, sich einem stereotypen Handeln anzupassen, das als Idealform genützt wird. Das eingeredete Ziel erhöht selten das Wohlfühlen. Das angestrebte Ziel ist im Grunde genommen die Erzeugung eines schlechten Gefühles für den eigenen Körper, damit die angepriesenen Schönheitsprodukte auch absetzbar sind.

Der Leib ist mehr als die Summe physikalischer und chemischer Abläufe.

*„Der Leib ist der Spannungsbogen zwischen endlicher Existenz und freier Personalität“.
Hanna-Barbara Gerl*

Ziel ist die Balance des Geistigen und Leiblichen, die Überwindung der dualen Sicht. Es geht darum, die Integrität von Menschen anzuerkennen und um unsere wechselseitige Verbundenheit.

Die Betonung des menschlichen Körpers - jedes menschlichen Körpers - als Gottes gute Schöpfung, die Würde verleiht, verlangt, dass wir die Körper von anderen mit Würde und Respekt behandeln. Körper sind auch zum Genuss und Vergnügen da, aber nicht auf Kosten der Schmerzen oder der Entbehrung anderer. Emotionale Bestätigung, erotische Erfüllung und körperliche Befriedigung dürfen nicht auseinanderfallen, sind konstitutive Elemente.

Die Sorge um das eigene Wohlergehen und das anderer leitet eine leibliche Theologie. Diese wendet sich gegen die Instrumentalisierung von Menschen, von Körpern, und da vor allem von Frauenkörpern.

Die These „der Körper ist ein Geschenk Gottes“ widerspricht jeder einseitigen Auslegung und ist eine Ermutigung, sich auf einen Weg zu machen, der alles was zur Identität eines Menschen gehört umfasst. Da spielt der Somatische Dialog genauso eine Rolle wie basale Stimulation, Sexualität ebenso wie Sport etc. Die Biblische Tradition verneint eine eingleisige, auf das körperliche Wohlbefinden konzentrierte Diskussion.

Wir werden von den kulturellen Deutungen des Körpers beeinflusst. Eigene leibliche Erfahrungen vermischen sich mit den aktuellen gesellschaftlichen Körperbildern. Die Einzigartigkeit des eigenen Körpers gerät aus dem Blick. Es überwiegt gegenwärtig viel zu sehr das Bemühen um Akzeptanz durch die Erfüllung sozialer Kriterien, mittels des richtigen Körper-Managements.

Der Mensch ist weder nur ein abstraktes Vernunftwesen, noch ein rein sinnliches leibliches Wesen, das in Sex und Sport seine Erfüllung findet, daher spielen Vitalwerte wie Gesundheit und körperliches Wohlbefinden bei uns allen eine Rolle.

Die persönliche und berufliche Herausforderung von Mitarbeitenden in der Behindertenhilfe wird immer wieder ein genaues Hinhören, Hinsehen und ein einfühlsames Wahrnehmen sein, um die Grenze von Selbst- und Fremdbestimmung zu erkennen und die Balance zwischen den beiden zu finden, um so die Entwicklung von Körperbewusstsein, Selbstbewusstsein und Selbstbestimmung, von Wohlfühlen zu fördern, für sich selber genauso wie für die Menschen, die mit uns auf dem Weg sind.

Wir sind Gottes Ebenbilder, seine Geschöpfe. Der Körper ist ein Geschenk Gottes, der ein verantwortungsvolles und wertschätzendes Umgehen verlangt und einen gesunden Lebensstil braucht um sich wohlzufühlen. Ich wünsche uns auf dieser Suche nach der richtigen Balance Erfolg.

Verwendete Literatur:

- chrison plus, Das evangelische Magazin, 09.2009, Sind Christen körperfeindlich? S62-63
- Haag Herbert, Katharina Elliger, Schön bist du und verlockend. Große Paare der Bibel, Freiburg im Breisgau, Basel, Wien, 2001
- Deifelt Wanda, Embodiment: Christian theology beyond the mind-body dualism; Referat an der Fachhochschule Nürnberg, 24.06.2009
- Gerl Hanna-Barbara, Leib / Leiblichkeit, S 618 – 623, in: Lissner Anneliese ed. Frauenlexikon 1988
- Jannsen Claudia, Liften, Spritzen, Fettabsaugen. Zur Diskussion um die boomende Schönheitsindustrie, in Arbeitshilfe zum Weitergeben, EFID,
- Petter Karin, Mein Körper – mein Produkt? Die Macht der feministischen Theologie, Evang. Akademie Arnoldshain, 2006
- Rohr Elisabeth, Hg., Körper und Identität. Gesellschaft auf den Leib geschrieben, Königstein/Taunus 2004
- Schroer Silvia, Thomas Staubli, Die Körpersymbolik der Bibel, 2. Auflage Darmstadt 2005
- Theologische Realenzyklopädie, ed. Gerhard Müller, Band 20, 1990: Leib/Leiblichkeit (Heinz-Horst Schrey), 638-643, Leib und Seele (Karen Gloy), 643-649
- Wörterbuch der feministischen Theologie, ed. Elisabeth Gössman, 2. Auflage, Gütersloh 2002, Körper der Frau / Leiblichkeit, S 331-343
- Pöhlmann, Karin und Peter Joraschky (2006): Körperbild und Körperbildstörungen: Der Körper als gestaltbare Identitätskomponente. In: Psychotherapie im Dialog 7(2),

Kontakt:

Rektorin Mag.^a Christa Schrauf, c.schrauf@diakoniewerk.at

Prof. Dr. Theo Klauß, Heidelberg

Die Bedeutung des Körpers und seines Wohlbefindens in der Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung

„Als Eva aus der Schule kommt, ist sie ganz unleidlich. Im Mitteilungsheft schrieben die Lehrerinnen, dass es schon den ganzen Tag so war und sie es sich nicht erklären können. Eigentlich wollten wir jetzt einkaufen, aber dieser Plan fällt flach. Eva geht es dafür nicht gut genug. Beim Spielen, bei dem sie auch wieder lachen kann, fällt mir auf, dass sie einen Arm nicht so richtig benutzt. Wir machen einen Abstecher ins Krankenhaus. Das Ergebnis: Der Arm ist gebrochen“ (Nicklas-Faust 2008). Die Mutter, die das berichtet, ist Ärztin, doch auch sie erkennt nicht sofort, was mit Eva los ist: Dass ihre körperliche Verfassung sie an der Beteiligung in der Schule hindert, sie von der Teilhabe an einem Einkauf ausschließt, ihr Wohlbefinden beeinträchtigt und sie zu einem der Umgebung auffallenden Verhalten veranlasst.

Weshalb und inwiefern ist der Körper ein Thema für die Pädagogik? Eigentlich ist er doch das Metier anderer Disziplinen, der Medizin, der Pflege, der Ernährungswissenschaft, der Physiotherapie, der Biologie und vielleicht noch der Body-BUILDER und der Wellness-Zentren. Im Grunde belegt das Eingangsbeispiel schon alles, was dazu zu sagen ist, und worüber ich im Folgenden sprechen möchte:

- Eva benötigt – wie jeder andere Mensch – einen barrierefreien Zugang zu den Leistungen des Gesundheitswesens: Ihr gebrochener Arm muss sachgerecht behandelt werden.
- Eva ist in der Schule ‚nicht richtig bei der Sache‘. Wenn es dem Körper nicht gut geht, wenn sie Schmerzen hat und sich nicht gut bewegen kann, ist auch die Bildung beeinträchtigt. Deshalb muss sich Pädagogik auch um das körperliche Wohlbefinden kümmern.
- Unbefriedigte körperliche Bedürfnisse können auffälliges Verhalten bedingen.
- Mit dem Körper haben wir ein elementares Kommunikationsmittel zur Verfügung – Eva zeigt körperlich, dass etwas ‚nicht stimmt‘. Diese Kommunikation ist aber nicht eindeutig und leicht zu lesen. Es gilt sie zu entwickeln und zu ergänzen.
- Menschen brauchen Bildung, die auch den eigenen Körper zum Gegenstand hat, sie brauchen ‚Gesundheitsbildung‘. Eva kann möglicherweise ihr Problem gar nicht wahrnehmen und einordnen, und ihr fehlt ein Konzept, um mit ihrem körperlichen Problem umzugehen.

Es ist unübersehbar, dass eine wesentliche Grundlage für Evas Beschränkungen bei ihren Aktivitäten und ihrer Teilhabe in den Funktionsbeeinträchtigungen liegt, die sie im motorischen, kognitiven und sensorischen Bereich hat, und die beachtet werden müssen, wenn sie an Bildung teilhaben soll. Aus all diesen Gründen befassen sich PädagogInnen auch mit dem Körper.

In der UN-Konvention verbriefte Menschenrechte

Wir sprechen zurzeit – zu Recht – viel über die neue UN-Konvention, und dabei vor allem über die Rechte auf inklusive Bildung (Art. 24), auf Arbeit und Beschäftigung (Art. 27) etc. Diese Rechte sind jedoch nicht isoliert zu sehen, sondern bilden gemeinsam verschiedene Aspekte dessen, was mit selbstbestimmter Teilhabe und mit Inklusion, mit unbedingter Zugehörigkeit gemeint ist. Dazu gehören neben Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung (5), Unabhängiger Lebensführung und

Einbeziehung in die Gemeinschaft (19), außer Teilhabe am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport (30) auch das Recht auf Leben (10), auf Schutz der Unversehrtheit der Person (17) sowie auf Gesundheit (25).

In Bezug auf die Gesundheit verpflichten sich die Staaten

- zu geeigneten Maßnahmen, um den gemeindenahen Zugang zu Gesundheitsdiensten zu gewährleisten, ohne Qualitätseinbußen und ohne jegliche Diskriminierung,
- den Zugang zu speziellen im Zusammenhang mit der Behinderung erforderlichen Leistungen sicherzustellen,
- zur würdevollen und diskriminierungsfreien Unterstützung bei der Ernährung, wenn dies erforderlich ist, und
- zur Beachtung der Freiwilligkeit und Selbstbestimmung auch in diesem Lebensbereich.¹

Eigentlich sollte es selbstverständlich sein, dass jeder Mensch in unserer Gesellschaft die gesundheitsbezogenen Leistungen erhält, die er benötigt. Doch die Aktualität dieser Forderungen zeigt sich, wenn man nach dem Stand ihrer Verwirklichung in unseren Gesellschaften fragt. Rechte müsste man eben nicht formulieren und beschließen, wenn sie bereits selbstverständliche und für alle verwirklichte Realität wären. Wie steht es mit der Teilhabe behinderter Mensch im Bereich der Gesundheit?

Die Bedeutung der Gesundheit in unserer Gesellschaft

Unsere Gesellschaft beschäftigt sich offenbar mehr denn je mit der Frage, wie das körperliche Wohlbefinden erhalten, gefördert und wieder hergestellt werden kann. Das traditionelle Wissen über die Bedeutung der Gesundheit hat sich teilweise zu einem regelrechten Kult des Körpers ausgeweitet, mit dem schier grenzenlos Geld zu verdienen ist. Die Mehrzahl der Fernseh-Werbespots versprechen körperliches Wohlbefinden durch Genussmittel und legale Drogen (Alkohol und Koffein), durch Hygieneartikel, Beseitigung körperlichen Unwohlseins mit Medikamenten und Kompensation von Alterserscheinungen. Rasant steigende Ausgaben für die traditionelle Medizin sowie alternative Therapien und Esoterik belegen eine zunehmende Bereitschaft, Ressourcen für das Wohlergehen des Menschen als Körper-Wesen aufzuwenden. Damit korrespondiert ein gewachsenes Bewusstsein für mögliche Bedrohungen der Gesundheit, von dem die ökologische Bewegung teilweise lebt. Eine besondere Rolle nimmt der Sport ein. Die deutsche Durchschnittsfamilie gibt 3,5% ihres Geldbudgets

¹ „Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation, haben. Insbesondere

a) stellen die Vertragsparteien Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung wie anderen Menschen, einschließlich sexual- und fortpflanzungsmedizinischer Gesundheitsleistungen und der Gesamtbevölkerung zur Verfügung stehender Programme des öffentlichen Gesundheitswesens;

b) bieten die Vertragsstaaten die Gesundheitsleistungen an, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden, soweit angebracht, einschließlich Früherkennung und Frühintervention, sowie Leistungen, durch die, auch bei Kindern und älteren Menschen, weitere Behinderungen möglichst gering gehalten oder vermieden werden sollen;

c) bieten die Vertragsstaaten diese Gesundheitsleistungen so gemeindenah wie möglich an, auch in ländlichen Gebieten;

d) erlegen die Vertragsstaaten den Angehörigen der Gesundheitsberufe die Verpflichtung auf, Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angedeihen zu lassen, namentlich auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung, indem sie unter anderem durch Schulungen und den Erlass ethischer Normen für die staatliche und private Gesundheitsversorgung das Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen schärfen;

e) verbieten die Vertragsstaaten die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen in der Krankenversicherung und in der Lebensversicherung, soweit eine solche Versicherung nach innerstaatlichem Recht zulässig ist; solche Versicherungen sind zu fairen und angemessenen Bedingungen anzubieten;

f) verhindern die Vertragsstaaten die diskriminierende Vorenthaltung von Gesundheitsversorgung oder -leistungen oder von Nahrungsmitteln und Flüssigkeiten aufgrund von Behinderung“ (BRK 21f.).

für Angebote in diesem Bereich aus. Kommerzielle Fitnesszentren setzen in Deutschland jährlich Milliarden um, die Sportartikelhersteller boomen und produzieren beispielsweise 25 Millionen Laufschuhe pro Jahr. [...] Der Sport soll heute „einer breiten Palette von Bedürfnissen dienen: Fitneß, Schönheit, Wohlergehen, Gesundheit, Spaß, Abenteuerlust, Selbsterfahrung“ (Ludwig 1997, 55).

Das gesellschaftspolitische Gewicht der Gesundheit kam nicht zuletzt durch zwei WHO-Konferenzen (Ottawa-Charta 1986 und Jakarta-Konvention 1997) zum Ausdruck. Dort wurden Leitideen zur Gesundheit formuliert und ein Diskurs über die Schaffung gesundheitsverträglicher Lebensverhältnisse in Familien, Schulen, Betrieben, Regionen und Städten in Gang gesetzt. Mit dieser Entwicklung veränderte sich das Verständnis von Gesundheit und Krankheit. In Abgrenzung von herkömmlichen biomedizinischen Vorstellungen von Krankheit gab Antonovsky 1979 mit seinem „salutogenetischen Modell“ eine neue Fragerichtung vor: Zu untersuchen ist vorrangig, weshalb Menschen gesund sind, statt nur nach krank machenden Faktoren zu fragen. Neben gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen werden vor allem soziale und sozialökologische Ressourcen zur Krankheitsbewältigung thematisiert. Es geht um die soziale Konstruktion von Gesundheitsbewusstsein (vgl. Homfeldt 2001), und die Pädagogik bemüht sich um die Etablierung einer Gesundheitserziehung und um eine gesundheitsfördernde „Schule in Bewegung“ (Breithecker 1996).

Gesundheit als Voraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung

Doch während Gesundheit, körperliche Fitness und Stärke in den westlichen Gesellschaften einen kaum zu überschätzenden Stellenwert haben, wird offenbar viel weniger beachtet, „in welchem Maße für Menschen mit Behinderungen angesichts ihrer erschwerten Entwicklungsbedingungen angemessen gesundheitsbezogene Leistungen und eine angemessene gesundheitliche Versorgung eine zentrale Voraussetzung dafür sind, sich am Leben in der Gemeinschaft zu beteiligen“ (BEB 2001, 5). Die Lebenserwartung von Menschen mit Behinderungen ist in den vergangenen Jahrzehnten erheblich angestiegen, weil diese von der gesundheitlichen Versorgung nicht mehr ausgeschlossen sind. Am augenfälligsten ist das bei Menschen mit TS21, die heute ein fast durchschnittliches Alter erreichen, weil ihre vielen charakteristischen Gesundheitsbeeinträchtigungen behandelt werden (Klauß 2005).

Dennoch weist die BRK zu Recht darauf hin, dass die Förderung der Gesundheit ebenso wie Bildung etc. eine grundlegende Voraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe darstellt. In Artikel 26 (Habilitation und Rehabilitation) fordert sie Maßnahmen, „um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Zu diesem Zweck organisieren, stärken und erweitern die Vertragsstaaten umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste“.

Die vier bundesdeutschen Fachverbände der Behindertenhilfe monieren „die Unzugänglichkeit des gegenwärtigen Niveaus gesundheitlicher Versorgung“ und „die Unzulänglichkeit gesundheitsbezogener Leistungen und die mangelhafte Verankerung derselben in den Handlungskonzepten und Qualitätsstandards der Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe infolge des Fehlens handlungsleitender umfassender Konzepte von Gesundheit und gesundheitsbezogener Leistungen und infolge unzulänglicher Rahmenbedingungen der Finanzierung“ (ebd. 8). Bei Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung werden „Symptome und Krankheiten ... nicht angemessen verstanden“, für sie wird „oft nicht das Mögliche und Erforderliche getan“, insbesondere zu wenig „für die Minderung von Kommunikationsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten“. Prävention und rechtzeitige Behandlung unterbleiben bei ihnen häufig, Hilfsmittelversorgung erfolgt oft zu spät oder unzureichend, Konzepte in Bezug auf das Altwerden fehlen, notwendige Klinikbehandlungen werden oft „vorenthalten oder unverantwortlich abgekürzt“ und sie müssen „Benachteiligungen im ambulanten Gesundheitswesen hinnehmen“ (ebd. 8).

Wenn es dem Körper nicht gut geht, steht es auch mit der Bildung schlecht

Damit ist der erste Grund angesprochen, weshalb sich auch die Pädagogik um das körperliche Wohlbefinden kümmern muss: Dieses stellt eine Voraussetzung für die Teilhabe an Bildung dar. Wir alle sind Körper, das ist die Grundlage unseres Menschseins. Unser Leben beginnt mit dem Entstehen und endet mit dem Sterben des Organismus. Die in unserer Körperlichkeit begründeten Bedürfnisse bedürfen der Pflege. Mit Pflege meinen wir die unserer Kultur entsprechende Form der Befriedigung körperlicher Bedürfnisse mit dem Ziel der Beruhigung, der Sicherheit und damit der Offenheit für Erfahrung, Lernen, Bildung, Beziehung und Aktivität. Da dies ausnahmslos gilt, sind alle Menschen pflegebedürftig. Es stellt sich nur die Frage, ob sie dies selbst tun oder andere dafür brauchen.

Dass alle Menschen lebenslang Pflege benötigen, hat auch die moderne Pflegewissenschaft erkannt: „In der Regel sorgen wir selbst für uns. ... Problematisch wird es, wenn wir nicht mehr in der Lage sind, für uns selbst zu sorgen und diese sehr individuelle Selbst-Pflege an andere Menschen übertragen müssen“ (Abt-Zegelin 2000, 17).

Damit ist die eigentliche Herausforderung in Bezug auf die Pflege von Menschen mit hohem Hilfebedarf angesprochen: Wer bestimmt darüber, wie, von wem, in welchem Umfang und in welcher Qualität für ihre Bedürfnisse gesorgt wird, die sich aus ihrem Menschsein als körperliches Wesen ergeben? Was brauchen sie deshalb von uns: Wie viel Personal und Zeit, welche Hilfsmittel, welche Qualifikation, welche Art der Begegnung. Hierbei ist der Tendenz zu begegnen, betroffene Menschen auf einen angeblichen Mindestbedarf zu reduzieren und damit zu separieren.

Die Pflege, also die Sorge für das körperlich-seelische Wohlergehen, ist somit eine Voraussetzung von Pädagogik, weil diese nur auf der Grundlage einer guten Pflege möglich ist. Aus ungünstiger Pflege, aus Hunger oder Durst etc. resultierende unbefriedigte körperliche Bedürfnisse oder organische Störungen belasten und beunruhigen den Menschen. Dieser ist dann pädagogischen Angeboten kaum zugänglich. Wer Hunger leidet, der denkt an seinen Magen und kaum an das, was die Lehrerin will. Er ist in der körperlichen Not befangen. Die Sorge um eine adäquate Pflege bildet deshalb die Basis für Bildung, Erziehung und Förderung. Die Pädagogik muss deshalb der qualifizierten Pflege genügend (Be)achtung schenken. PädagogInnen übernehmen dies deshalb selbst oder sie kooperieren arbeitsteilig bei der Begleitung von Menschen, die in Bezug auf ihr körperlich-seelisches Wohlbefinden von anderen Menschen abhängig sind.

Gleiches gilt für den Bereich der Bewegung. Wer in seiner Bewegung beeinträchtigt ist, kann seine Umwelt und sich selbst weniger gut wahrnehmen (Fröhlich 1998); um sich ein Bild von sich und der Welt machen zu können, braucht er

- eine Umgebung, die ihm Bewegungen ermöglichen und dazu animiert,
- Hilfsmittel, die ihm Bewegungen und den Spaß daran ermöglichen
- Förderung und Therapie, die seine Beweglichkeit fördern, erhalten und ihm vielfältige Bewegungsmuster auszubilden hilft.

Auch ein Sitzkeil oder ein gut angepasstes Stehbrett haben in diesem Sinne eine doppelte Bedeutung: Sie unterstützen dabei, motorische Probleme zu kompensieren, und sie eröffnen die Beteiligung an Aktivitäten in der Gruppe, am Unterricht, beim Essen, sie helfen teilzuhaben.

Pflege ist ein Rahmen und Anlass für Bildung

Wenn wir uns darum kümmern, dass Menschen gute Pflege und eine für sie förderliche Therapie erhalten, schaffen wir also Voraussetzungen für ihre gesellschaftliche Teilhabe. Dabei entdecken wir aber auch, dass wir beispielsweise Pflegehandlungen als Rahmen und Anlass für pädagogische Angebote nutzen können. Das ist besonders wichtig, wenn sie viel Zeit benötigen. Pflege kann durch Angebote zur Förderung der Kommunikation, der Wahrnehmung, der Bewegung und der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung ergänzt und angereichert werden. Bei der Nahrungsaufnahme etwa wird darauf geachtet, dass man Unterschiede von kalt und warm und von hart und weich spürt (Wahrnehmungsförderung), dass man den Transport der Nahrung verfolgt (Ausbildung des Körperschemas) und dass bei der Mahlzeit kommuniziert und auch darauf geachtet wird, welche Wünsche der zu Pflegenden in Bezug auf die Art und Weise hat, wie diese durchgeführt wird. Nach Fröhlich (1998) werden zur Pflege notwendige Alltagsaktivitäten gleichzeitig zur Förderung, „wenn sie entsprechend geplant und durchgeführt werden können“ (75).

In einem Forschungsprojekt zur Bildungssituation von SchülerInnen mit schwerer und mehrfacher Behinderung in Baden-Württemberg haben wir u.a. feststellen können, dass diese – zumindest nach Angaben der befragten schulischen Teams – in erheblichem Maße auch genutzt wird (Klauß u.a. 2006). Der Notwendigkeit, pflegerische Situationen auch pädagogisch zu nutzen, stimmen alle Teammitglieder prinzipiell zu, die Fachlehrerinnen zu 77% uneingeschränkt und auch 55% der Pflegekräfte. Bei der Nahrungsaufnahme wird am häufigsten (66%) angegeben, dass sie auch tatsächlich zu Beziehungsaufbau und Kommunikationsförderung genutzt wird. Die Förderung der Selbstständigkeit wird von 52% der Befragten als Handlungsziel in diesen Situationen angegeben, die Wahrnehmungsförderung von 50% und auch der Bewegungsförderung kann das Essen und Trinken dienen, das meinen zumindest 32% der Befragten (Klauß u.a. 2006).

Pflege ist (auch) Bildung

Doch Pflege ist nicht nur ein möglicher Rahmen für die Förderung von Kompetenzen, sie ist auch eine pädagogische Aufgabe, da dabei Bildungsprozesse stattfinden.

Pflege ist Ermöglichung von Autonomie

Qualifizierte Pflege verfolgt das Ziel der Autonomie, das ist eine zentrale pädagogische Leitidee (vgl. Klafki 1995; Klauß 2003). Gute Pflege zielt zunächst auf Selbständigkeit bei der Befriedigung von Bedürfnissen. Sie entmündigt nicht und macht Personen nicht unselbständig. Auch dabei geschieht Kultur-Aneignung: Wer mit dem Löffel essen lernt, eignet sich nicht nur eine Fertigkeit, sondern das „Kulturgut“ dieses Bestecks, dessen materialisierte Geschichte an (vgl. Leontjew 1977). Es ist nicht selbstverständlich, dass Pflegesituationen zur Förderung von Selbständigkeit genutzt werden. Es geht meist schneller und spart Zeit, wenn nur gefüttert, angekleidet und gewaschen und die Eigentätigkeit nicht angeregt wird. Aus der Perspektive purer Lebenserhaltung ist das kein Problem – nur aus dem Bildungsziel der Autonomie begründet sich der damit verbundene Mehrbedarf, von dem man allerdings in manchen Fällen hoffen kann, dass er vorübergehend ist, weil selbständigere Menschen mit weniger Unterstützung auskommen können.

Pflege zielt aber auch auf Selbstbestimmung. Dieses demokratische Grundrecht (vgl. Ideale der französischen Revolution) meint mehr als Selbständigkeit und setzt diese nicht unbedingt voraus (Klauß 2003). Dem Ziel der Pflege, Wohlbefinden zu ermöglichen und zu sichern, entspricht es, dass eigene Bedürfnisse wahrgenommen, geäußert und verstanden werden (vgl. Hahn 1994). Hier trifft sich die Bildung der Selbstbestimmung mit der Kommunikation bei der Pflege.

Pflege ist Bildung als Vermittlung kulturellen Reichtums

Jeder Mensch braucht beispielsweise Flüssigkeit und Kalorien. Das Bedürfnis nach konkreten Speisen und Getränken wird aber erst ausgebildet, wenn einem der Zugang zur möglichen Form der Bedürfnisbefriedigung eröffnet wird. Im Bereich der Ernährung muss ein Mensch beispielsweise mit verschiedenen Formen kulturspezifisch zubereiteter Speisen und Getränke in Kontakt kommen. Wer nur sondiert wird, kann nicht Kauen und Schlucken lernen. Vor allem aber kann er kein Ess- und Trinkbedürfnis entwickeln, keine Vorlieben für bestimmte Speisen entdecken und keinen Geschmack ausbilden. Es geht also nicht nur um ‚Wahrnehmungsförderung‘, sondern um elementare Bildung, wenn Menschen mit Sonden erfahren können, was wie schmeckt, riecht und aussieht. Dies lässt sich auf alle Bedürfnisse übertragen. Die Ausbildung von Vorlieben und Geschmack ist eine Voraussetzung für Individualität, persönlichen Lebensstil und ist die Grundlage jeder Autonomie und der Ausbildung einer Identität als unverwechselbare Persönlichkeit. Dies setzt allerdings voraus, dass sie die Chance dazu erhalten.

Bedürfnisse nach Nahrung

Bei der Ernährung geht es um etwas Existentielles. Ohne Flüssigkeit, Kalorien, ohne Ballaststoffe und Spurenelemente, Vitamine und Mineralien können wir nicht leben. Doch wie entsteht das Bedürfnis nach konkreten Speisen und Getränken? Wer beispielsweise nur mit einer Sonde ernährt wird, hat überhaupt keine Chance, zu erfahren, was wie schmeckt. Vor allem kann er nicht feststellen, was ihm schmeckt, was er mag oder nicht mag.

Um das zu können, müssen Menschen mit der Vielfalt der in unserer Kultur vorhandenen Geschmacksrichtungen, mit Speisen und Getränken in Kontakt kommen. Diese müssen in gleicher Form immer wieder verfügbar und wiedererkennbar sein. Sie brauchen Zeit und Anregungen, Hinweise, dies kennen zu lernen und sich wirklich anzueignen, zum Teil ihrer Identität zu machen. Dann erst können sie auch selbst bestimmen, was sie möchten. Selbstbestimmung beginnt mit der Ausbildung des Geschmackes, nicht nur beim Essen. Eröffnen wir allen Menschen diese Möglichkeit, indem wir sie ausprobieren lassen, was ihnen schmeckt.

Bedürfnisse nach Wärme und Wohlfühlen, Kleidung und Wohnung

Gleiches gilt für Kleidung oder auch die Wohnung. Beides hat zunächst die Bedeutung, dass es Menschen schützt, ihnen Geborgenheit und Sicherheit gibt, sie wärmt und so auch am Leben erhält. Doch dazu reichen irgendein Stoff und irgendeine Behausung. Überleben kann man so. Kleidung ist aber mehr als Schutz vor Kälte. Sie soll ‚passen‘ und sie soll gefallen. In guter Kleidung fühlen wir uns wohl, weil sie uns auch von ihrer Form und Farbe her entspricht. Die Wohnung soll nicht nur das beinhalten, was funktional nötig ist. Sie braucht eine Gestaltung, die den Bedürfnissen der Menschen entspricht. Wenn wir Menschen daran beteiligen, herauszufinden, welche Kleidung zu ihnen passt und ihnen gefällt und in welcher Umgebung sie sich wohl fühlen, dann wird ihnen das zum Bedürfnis.

Sexuelle Bedürfnisse

Auch für die sexuellen Bedürfnisse gilt Gleiches: Im Körper sind sie angelegt, aber wie sie ausgestaltet werden, hängt davon ab, welche Möglichkeiten die Menschen entdecken können, Sexualität zu erleben.

Pflege ist Ermöglichung und Voraussetzung von Beziehung und Kommunikation

Ein Bildungsprozess mit weit reichenden Folgen im Bereich der Pflege besteht darin, dass sich hier wesentlich entscheidet, welches ‚Bild vom Menschen‘, welche Sichtweise und Einstellung anderen Menschen gegenüber ausgebildet wird. Wer

- bei der Befriedigung körperlicher Bedürfnisse dauernd mit wechselnden Personen konfrontiert wird und deshalb keine Sicherheit und Verlässlichkeit erfährt, wer
- erlebt, dass Signale von Schmerzen, Hunger und elementaren Wünschen ignoriert oder falsch verstanden werden, weil Pflegepersonen darauf nicht zu achten gelernt haben, neben der Routine keine Zeit haben oder den Einzelnen zu wenig kennen lernen können,

der wird kaum positive Erwartungen in Bezug auf andere Menschen, wird kaum tragfähige Beziehung und Vertrauen zu ihnen ausbilden. Ohne Beziehung sind Erziehung (vgl. Fornefeld 1989) und Bildung nur bruchstückhaft möglich, das zeigen uns Menschen mit Autismus eindrücklich (Klauß 2000b). Damit Pflege in diesem Sinne zur Bildung werden kann, sind jedoch einige Voraussetzungen notwendig, vor allem die Konstanz von Bezugspersonen und ihre Qualifikation für diese elementaren Interaktionsprozesse sowie ein funktionierender Informationsaustausch zwischen verschiedenen Professionen. Für die Pädagogik ergibt sich daraus die Aufgabe, den Austausch von Mitteilungen über körperliches Wohlbefinden zu unterstützen und Wege zu finden, wie diese Kommunikation gefördert werden kann, unter anderem auch durch Qualifikation im Bereich der Unterstützten Kommunikation (vgl. Kristen 1994).

Mit dem Körper haben wir ein elementares Kommunikationsmittel zur Verfügung

Im Eingangsbeispiel zeigt Eva, dass etwas ‚nicht stimmt‘. Da jeder Mensch ein Körper ist, kann jeder Mensch damit auch etwas ausdrücken. Irgendwie verhalten wir uns immer, wir schauen irgendwohin, bewegen uns oder verharren, sitzen zusammengesunken oder aufrecht. Wir atmen ausgeglichen oder schnell, wir schwitzen vor Stress und man kann unsere Angst riechen, oder wir bleiben cool und unauffällig. Das Verhalten des Körpers gibt anderen die Chance, wahrzunehmen, was mit uns ‚los‘ ist. Watzlawick ist sogar der Auffassung, wir könnten gar nicht nicht kommunizieren, weil wir uns nicht nicht verhalten können (ders. u.a. 1990). Ich sehe das anders, weil wir uns durchaus entscheiden können, ob wir kommunizieren wollen oder Kommunikation verweigern (vgl. Klauß 2002). Watzlawick ist aber zuzustimmen, dass niemand sich dagegen wehren kann, wenn andere sein Verhalten, seinen körperlichen Ausdruck interpretieren und etwa sagen: ‚Aha, ich bin ihm nicht fein genug, er schaut an mir vorbei!‘ oder ‚Sie dort hinten, sagen Sie doch gleich, dass mein Gerede Sie langweilt, statt so schläfrig dreinzuschauen.“ Natürlich kann man bei einer solchen Interpretation daneben liegen, und das ist die Einschränkung dieser Kommunikationsmöglichkeit: Über den Körper können wir zwar mit jedem Menschen kommunizieren, das bleibt aber sehr begrenzt und ist vor allem sehr uneindeutig. Wer sich nur mit dem Körper ausdrückt, ist absolut vom anderen und von dessen Interpretation abhängig. Für Eva etwa wäre es viel günstiger gewesen, sie hätte mitteilen können, dass sie Schmerzen hat, statt nur durch ihr Verhalten und ihren körperlichen Ausdruck darauf zu reagieren. Es war aber gut, dass sie überhaupt körperlich etwas ausgedrückt hat.

Daraus ergibt sich eine hohe Anforderung an alle, die mit Menschen zu tun haben, bei denen die Kommunikation über den Körper das einzige oder zumindest das wichtigste Kommunikationsmittel ist:

- Es erfordert eine hohe Aufmerksamkeit, Interesse, Zugewandtheit und interessiertes Wahrnehmen: Denken wir noch einmal an Eva: Erst die medizinisch vorgebildete Mutter konnte ihre Wahrnehmungen richtig interpretieren. Genauer gesagt: Sie war in der Lage, eine Hypothese zu bilden, die sie dann aber überprüfte. Das ist die zweite Regel:
- Vertrauen wir nicht vorschnell dem, was wir am Körper und Verhalten des anderen zu erkennen glauben. Zu leicht spiegeln sich darin nur unsere Voreinstellungen und eigene Annahmen wider. Evas PädagogInnen vermuteten möglicherweise Launen als Grund für ihr auffälliges Verhalten. Versuchen wir deshalb, das Gesehene und Vermutete zu überprüfen, zu validieren.

- Evas Beispiel belegt auch, dass mehrere Personen mehr wissen als eine; dies ist deshalb auch ein Anlass zur Teamkooperation, zum Austausch von Beobachtungen und gemeinsamer Beratung.

Die Chancen der Kommunikation über den Körper

Bei aller Begrenztheit des Kommunizierens über den Körper sind die darin liegenden Chancen jedoch viel wichtiger: Was wir am anderen wahrnehmen, seinen Haarschnitt, ob er angespannt ist oder verschwitzt riecht, was er tut, Aussehen, Körperhaltung, Bewegungen, Blicke, selbst Mimik und Gestik müssen nicht kommunikativ gemeint sein; man kann einfach so das Gesicht verziehen, weil einem danach ist, oder unter der Dusche aus Vergnügen trällern. Aber wir können Kommunikation daraus werden lassen.

- Eine Mutter riecht die volle Windel ihres Babys und sagt: ‚Du willst eine frische‘. Das Kind ‚musste‘ nur, wollte nichts ‚sagen‘. Doch weil die Mutter sein Verhalten wahrnimmt und interpretiert, kann das Kind entdecken, dass es etwas zeigen und andere beeinflussen kann. Es entwickelt die Fähigkeit und Motivation zur Kommunikation.
- Wir sehen der Kollegin an, dass sie etwas bedrückt und fragen, ob sie darüber sprechen möchte. Sie wollte vielleicht nichts mitteilen, aber es kann ihr gut tun.

Dieses ‚Eröffnen‘ von Kommunikation ist vor allem bei Menschen unerlässlich, die über (noch) keine Sprache verfügen – für Babys ebenso wie für Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung. Kommunikation entsteht, wenn aus Verhalten ein Dialog wird. Ohne Dialog machen wir den anderen zum Objekt unserer subjektiven Sicht: ‚Ich weiß schon, was du willst!‘ Aber wenn wir offen bleiben für alles, was wir wahrnehmen und das zum Dialog werden lassen, dann kommunizieren wir, dann wird es gegenseitig. Die Wahrnehmung und Interpretation des Verhaltens und Körperausdrucks bietet einen Ansatzpunkt für die Befähigung zur Kommunikation („Empowerment“) und auch dafür, das Interesse daran zu fördern.

Von der Wahrnehmung des Körperausdrucks zum Dialog

„Wer einen Dialog herbeiführen will, muss sich herablassen, herabneigen, von sich absehen, sich zuwenden und sich zuneigen. Muß nicht besitzen wollen, darf nicht besitzergreifend sein. Nur wenig Vorschriften machen. Besser keine.“ (Hans Dieter Hüsch 1994, 144).

Eine Studentin beschreibt eine Schülerin mit hohem Hilfebedarf. Sie sagt: ‚Katja zeigt keine Aktivitäten. Außerdem hat sie Fingerstereotypen.‘ Als sie diese bizarr wirkenden Bewegungen als ‚Kompetenz‘ wahrnimmt, versucht sie über die Fingerbewegungen in eine Interaktion mit Katja zu kommen. Ein lustiges Wechselspiel entsteht, und plötzlich zeigt Katja auch Interesse an der Studentin und an angebotenen Gegenständen, sie nimmt Blickkontakt auf und lacht und lässt sich zu neuen Bewegungen anregen. Wer auf beobachtetes Verhalten eingeht, kann eine Tür zur Kommunikation aufmachen. Man kann lernen, Kommunikation dadurch zu ‚eröffnen‘, dass man sich zunächst auf den anderen Menschen einlässt, auf das, was er zeigt, tut, und was vielleicht auch eigenartig erscheint. Entsprechende Konzepte finden sich bei Pörtners „Prä-Therapie“ (2005), bei Jantzen (1993), in der Pädagogik auch bei Pfeffer (1988) und Fornefeld (1989) sowie der ‚Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie‘ von Hartmann (Hartmann & Jakobs 1999). Kommunikation beginnt mit dem Zuhören, genauer: mit dem Hinhören und Interesse aneinander. Wer kommuniziert, weiß sich vom anderen abhängig. Wir sind auf das angewiesen, was die von uns begleiteten Menschen ausdrücken und uns mitteilen, sonst können wir nicht erfahren, ob wir sie bei selbstbestimmter Teilhabe ihrer Personentfaltung unterstützen.²

² Wenn ich kommuniziere, dann handle ich nicht einfach unabhängig davon, was das für andere bedeutet, was diese dazu meinen, was diese wollen und ablehnen, was sie vorschlagen und davon halten würden. Kommunikation setzt ein Interesse am Anderen voraus, an dem, wie die

Sprache(n) als kulturelle(s) Kommunikationsmittel

Weil die Qualität der analogen Kommunikation über die Wahrnehmung von Verhalten und Körperausdruck begrenzt ist, weil sich beispielsweise konkrete Wünsche oder Mitteilungen oft nur vermuten lassen, und weil die Abhängigkeit von der Interpretation anderer groß ist, zielt die Förderung der Kommunikation immer auf eine gemeinsame Sprache. Eine Sprache ist die Nutzung gemeinsam verstandener Zeichen. Sie beruht auf Konventionen, Vereinbarungen, welches Zeichen was bedeutet. Wie kommt man vom Verhalten zur Sprache – und wie kann man Menschen auf diesem Weg unterstützen?

- Wenn ich einen Apfel will, der vor Ihnen liegt, kann ich ihn einfach nehmen. Ich befriedige mein Bedürfnis ohne zu kommunizieren.
- Ich kann aber auch in der Bewegung innehalten und schauen, was Sie davon halten. Mit dem Blick in Ihr Gesicht beginne ich zu kommunizieren: Ihre Meinung interessiert mich. Meine Geste zeigt das.
- An Stelle der Gestik und Mimik kann ich auch ein Bild oder Piktogramm vom Apfel verwenden, dann wird vielleicht noch klarer, was ich Ihnen mitteilen möchte.
- Ich kann auch ein Wort verwenden, das geht aber nur, wenn Sie es auch kennen: Apfel=Apfel. Sprache heißt, sich auf etwas Vereinbarten einzulassen. Damit erst wird eine sehr eindeutige und differenzierte Kommunikation möglich.

Die ersten beiden Beispiele zeigen, dass die Kommunikation über den Körper genauer und differenzierter werden kann. Statt nur durch sein Verhalten auszudrücken, was man möchte oder, kann man das Verhalten nur andeuten und dann schauen, wie der andere darauf reagiert. Auch das ist ein Schritt zur eigentlichen, dialogischen Kommunikation.

Die Bedeutung der Unterstützten Kommunikation

Eine solche Entwicklung hin zu ‚mehr Sprache‘ ist das zentrale Anliegen der Unterstützten Kommunikation (Kristen 1994). Sie ermöglicht – u.a. durch körpereigene Kommunikationsmittel – die Nutzung einer Verständigung über Zeichen, einer Sprache. Sie sollen diese Kommunikation für sich entdecken und ein Kommunikationsniveau erreichen, das neue Möglichkeiten erschließt.

- Man kann vereinbaren, was bestimmte Bewegungen oder auch Blicke bedeuten, was mit Geräuschen gemeint ist, was beispielsweise Zustimmung oder Ablehnung heißen soll.
- Gebärden können zur Sprache werden: Man erlernt und nutzt eine Gebärdenalphabet.
- Auf Bildtafeln kann man zeigen, was man möchte, erlebt hat u.v.a.
- Der Big Mack sagt auf Handdruck, was man aufgespielt hat, etwa eine Begrüßung.

Unterstützte Kommunikation erweitert die kommunikativen Möglichkeiten nicht nur, sie fördert dadurch auch die Motivation zur Kommunikation. Menschen machen die Entdeckung, dass das geht, dass sie sich klarer als zuvor äußern können, dass sie mehr Chancen haben, verstanden zu werden. Das hat Auswirkungen, beispielsweise ein Mehr an Selbstbestimmung.

Welt aus seiner Perspektive aussieht, und dann ein Achten auf das, was von ihm an Mitteilungen kommt – oder noch gar nicht als Mitteilung, sondern erst nur als ‚Ausdruck‘, der noch gar nicht kommunikativ gemeint sein muss. Woher resultiert solches Interesse? Aus dem Bewusstsein und der Erfahrung, dass wir uns gegenseitig brauchen, dass wir voneinander abhängig sind – und von im Prinzip positiven Erwartungen dem anderen gegenüber: Wer nicht erwartet, dass es ‚lohnt‘ dem Anderen etwas mitzuteilen, der tut es nicht – er greift möglicherweise stattdessen zum Druckmittel und zur Gewalt.

Kommunikation und Selbstbestimmung

Durch körperliche Kommunikation können Menschen mehr selbst bestimmen. Dies setzt natürlich voraus, dass wir ihnen eigene Entscheidungen auch zutrauen, danach fragen oder entsprechende Hinweise wahrnehmen und beachten. Dann können diese direkt – durch Verhalten - auswählen, etwa Pudding und Eis. Vermitteln Sie ihm aber eine Geste oder gar ein Wort dafür, kann er eindeutiger selbst bestimmen – und in die ‚Welt der Sprache‘ einsteigen. Kommunikation hängt davon ab, dass sich beide Partner auf die Möglichkeiten und Voraussetzungen des anderen einstellen.

Unbeachtete und unbefriedigte körperliche Bedürfnisse können auffälliges Verhalten bedingen

Häufig machen wir die Erfahrung, dass mit zunehmenden kommunikativen Möglichkeiten auffälliges Verhalten seltener auftritt. Nicht alle, aber einige Verhaltensauffälligkeiten haben etwas mit Kommunikation zu tun, deshalb lohnt es, diesen Zusammenhang zu verdeutlichen.

Stellen Sie sich vor, Sie hätten großen Hunger und Ihr Nachbar hätte vor sich eine hübsche Schale mit Brot, Obst und Schinken. Was fällt Ihnen ein? Sie könnten ihr Bedürfnis nur befriedigen, wenn Sie den Nachbarn dazu bewegen könnten, ihnen etwas abzugeben. Wie?

- Ihn fragen, also kommunizieren – aber möglicherweise gibt er ihnen nichts.
- Sie könnten ihm einfach etwas wegnehmen, das wäre der Weg der Gewalt.
- Sie könnten ihm unangenehm werden, einen demonstrativen Schwächeanfall hinlegen oder ständig auf sein Essen starren, dann wird er schon reagieren.

Wann würden Sie zu den ‚auffälligen Verhaltensweisen‘ greifen? Nur dann, wenn Sie davon ausgehen, dass eine einfache ‚Mitteilung‘ ihres Bedürfnisses nicht ausreicht – weil Sie nicht verstanden werden oder dem anderen Ihr Anliegen nicht wichtig ist. In dem Fall bleiben Ihnen kaum andere Möglichkeiten, als ‚unangenehm‘ zu werden – es sei denn, Sie resignieren und missachten Ihre Bedürfnisse (vgl. Klaufuß 2000a).

Viele ‚Verhaltensauffälligkeiten‘ haben diesen Grund: Menschen, die von anderen abhängig sind, von ihrer Hilfe, Zuneigung, ihrem Interesse an ihnen oder den Mitteln, über die wir verfügen, wenden ‚Druckmittel‘ an, um zur Geltung zu kommen. Sie tun das, wenn sie nicht realisieren konnten, dass es mit Kommunikation besser geht. Sie kommunizieren dann nur über ihr Verhalten – das ist durchaus wirksam, aber auch für alle problematisch: Sie machen sich unbeliebt und schaden sich selbst, und man versteht sehr schwer, was sie vielleicht ausdrücken möchten. Wenn wir Menschen mit auffälligem Verhalten begegnen, stellen sich deshalb mindestens zwei Fragen:

- Gibt es ein körperliches Problem, das er nicht zeigen, nicht ausdrücken oder selbst beheben kann, und das er durch sein auffälliges Verhalten zu ‚managen‘ versucht? Selbstverletzendes Verhalten hat wohl oft diesen Hintergrund, dass man Zahn- oder Ohrenschmerzen ein Stück weit dadurch ‚bekämpfen‘ kann, dass man sich selbst Schmerzen zufügt. Manchmal ist die Aggression oder Selbstverletzung wohl auch Ausdruck einer Art Panik, wie bei einem Ertrinkenden, der wild um sich schlägt, oder die Folge von fehlender Orientierung, wie etwa bei Menschen mit Autismus.
- Gibt es Hinweise auf ein Bedürfnis, das der Mensch nicht anders zur Geltung bringen zu können glaubt? Lässt er erkennen, dass ihm etwas fehlt, er etwas haben möchte, ihn etwas stört? Könnte es sein, dass er das nicht direkt mitteilen kann, oder rechnet er womöglich nur nicht damit, dass er mit seiner puren Mitteilung gehört werden und etwas erreichen würde?

In beiden Fällen wäre die Förderung der Kommunikation ein guter Weg. Im ersten Fall ginge es eher darum, dass er sein Problem überhaupt wahrnehmen und erkennen und dann auch mitteilen kann – oder dass Sie es erkennen und ihm bei der Lösung helfen. Im zweiten Fall braucht der Mensch die Erfahrung, dass es sich ‚lohnt‘ zu kommunizieren: Dass er auf Interesse stößt, dass er mit seinem Anliegen verstanden wird und dass sein Bedürfnis befriedigt werden kann – wenn er darüber kommuniziert statt nur Druck zu machen.

Menschen brauchen Bildung, die den eigenen Körper zum Gegenstand hat

Auch für Eva wäre es gut, wenn sie ihr Problem mitteilen könnte, dann hätte es schnell behoben werden können. Doch möglicherweise kann sie gar nicht wahrnehmen und einordnen, was mit ihr los ist. Wie bereits angesprochen können wir hier nur Hypothesen bilden, es ist aber gut möglich, dass sie die Schmerzen auf Grund des gebrochenen Armes gar nicht wahrnimmt. Spüren und empfinden wird sie vermutlich, sonst wäre sie nicht so verändert. Doch Wahrnehmen meint mehr als Reize aufzunehmen.

Empowerment in Bezug auf körperlich-seelisches Wohlbefinden

Was an elektrophysiologischer Erregung stattfindet, muss auch eingeordnet und verstanden, mit bereits erfahrenen Reizen verglichen und so erkannt werden. Natürlich wäre es für Eva am besten gewesen, mitzuteilen, dass ihr etwas weh tut und vor allem auch, wo das ist. Dazu müsste sie jedoch erst wahrnehmen, was mit ihr nicht in Ordnung ist, und sie müsste den Wunsch, das Bedürfnis ausbilden, dies wieder in Ordnung zu bringen. Konnte sie bereits ein Bedürfnis nach körperlicher Unversehrtheit, nach Wohlbefinden und Schmerzfreiheit entwickeln? Hat sie eine Vorstellung davon, wie ihr Körper gestaltet ist, wo z.B. der gebrochene Arm sitzt? Kann sie differenzieren zwischen einem Körperteil, dem es gut geht, und dem anderen, der schmerzt? Es ist ein wichtiges Bildungsziel, ein pädagogisches Ziel, das u.a. in Bildungsplänen enthalten ist, den eigenen Körper wahrnehmen zu lernen, sich ein Bild von ihm zu machen, von seinem Aussehen, seiner Oberfläche, seiner Wärme; den Unterschied zu erfahren zwischen Anspannung und Entspannung, zwischen Wohlgefühl und Stress, zwischen kalt und warm.

Sicher fallen ihnen hierzu verschiedene Förderkonzepte ein, die genutzt werden können, vor allem das der Basalen Stimulation nach Fröhlich (1998). Es geht hier nicht um ein Be-reizen, um ein passives Erdulden von Bürsten und Kneippkuren und Lichtreflexen. Es geht darum, dass Menschen die Welt und den eigenen Körper wahrnehmen lernen, dass das alles für sie interessant und wichtig wird, dass sie dem Bedeutungen zuordnen, dass sie dabei das Bedürfnis entwickeln und ausbauen, zu erleben, wie es ihnen gut geht und was ihnen gut tut. Wenn sie das erfahren haben, wenn sie diese Möglichkeit kennen, können sie auch den Wunsch entwickeln und äußern, das wieder zu erleben.

Gesundheitsbildung ist für alle Menschen wichtig

Eva hat offenbar kein wirksames Konzept, um mit ihrem körperlichen Problem umzugehen. Zur Frage, wie sie zu mehr Empowerment in Bezug auf ihre Gesundheit gelangen könnte, haben wir einige Aspekte bereits angesprochen: Möglicherweise könnte sie lernen, sich und ihren Körper besser zu kennen, ein Gefühl für das ‚Gesundsein‘ und Wohlbefinden zu entwickeln und dies zu einem Bedürfnis werden zu lassen, das sie dann auch mitteilen kann.

Doch wie können Menschen sich darüber hinaus ‚selbst bemächtigen‘, ein Bewusstsein für ihre Gesundheit, für ihr Wohlfühlen im Körper zu entwickeln sowie die zugehörigen Kompetenzen? „Es ist [so der BEB 2001] ein wachsender gesellschaftlicher Konsens, dass im allgemeinen jeder einzelne für seine Gesundheit mitverantwortlich ist, dass er sogar als sog. Koproduzent von Gesundheit wirksam werden kann. Auch geistig und mehrfach behinderte Menschen können solche Kompetenzen besitzen, entwickeln oder hinsichtlich der Herausbildung solcher Kompetenzen gefördert werden ... haben sie

auch ein Recht darauf, solchermaßen gefördert zu werden (Empowerment)“ (BEB 2001, 19). Doch wie gelingt das?

Die Stärkung der Betroffenen kann bei vorhandenen Interessen und Kompetenzen ansetzen

Wenn Sie sich mal nicht wohlfühlen, was tun Sie dann? – Medikamente nehme ich nicht ... – Fällt Ihnen noch etwas dazu ein, was Sie tun, wenn es Ihnen nicht gut geht? – Wenn's mir nicht gut geht, dann hab' ich mich auch schon ein bisschen hingelegt. Ich hab' da mal Kopfschmerzen gehabt, da hab' ich mich auch hingelegt (Gespräch mit einer WfB-Beschäftigten).

Welche Chancen hat das Bemühen, Menschen mit geistiger Behinderung bzgl. ihrer gesundheitlichen Situation zu stärken und ihr „Empowerment“ zu fördern? Wie gehen sie mit ihrem Körper um, wie kompetent fühlen sie sich in Bezug auf ihn? Nutzen sie Hilfen? Welche Rolle spielen Kranksein und Gesundsein bei der Frage nach ihrem Wohlbefinden? Haben sie den Wunsch, ihr gesundheitsbezogenes Empowerment auszuweiten? Nach einer Erhebung von Hofmann u.a. (1996) existieren bei den dort befragten Menschen mit geistiger Behinderung zum eigenen Körper und zur Sexualität angstbesetzte Vorstellungen, und sie verstehen unter einer Behinderung v.a. Mängel am Körper, die eine medizinische Versorgung notwendig machen (37). Die Ergebnisse einer eigenen kleinen explorativen Befragung von fünf männlichen und zehn weiblichen Werkstatt-Beschäftigten im Alter zwischen 26 und 45 Jahren zeigte demgegenüber, dass die an dieser Erhebung Beteiligten über einige Kompetenzen und Erfahrungen in Bezug auf den Umgang mit Gesundheit und Krankheit verfügen.

„Was tun Sie, um gesund zu bleiben und nicht krank zu werden?“

Die Antworten zu dieser Frage lassen sich mehreren Kategorien zuordnen.

- Aktivitäten im Bereich der Bewegung wurden neunmal genannt: Treppen steigen, Fahrrad fahren, spazieren gehen, einkaufen gehen, sich viel bewegen.
- Vier mal kommt das Abnehmen zur Sprache (Weightwatchers, weniger essen, durch körperliche Aktivität das Gewicht reduzieren, auf Diät achten).
- Je zweimal wird gesundes Essen angesprochen: wenig Fett, Salat, Quark, Fisch.
- Das Bemühen um Gesundheitsvorsorge spiegelt sich in zwei Äußerungen wider: z.B. sich warm anziehen und von Dingen fernhalten, die einem nicht gut tun.
- Ebenso oft wird das Einnehmen von Medikamenten bzw. Vitaminen genannt.
- Spaß am Leben haben, sich entspannen und es sich gemütlich machen wird dreimal genannt und lässt sich unter dem Aspekt „sich etwas Gutes tun“ zusammenfassen.

Interesse am Thema Gesundheit ist bei Menschen mit geistiger Behinderung also vorhanden, und es gibt auch Kompetenzen in diesem Bereich, die vor allem aus der Familie und der Schule stammen.

Notwendig erscheinen jedoch vor allem Bildungsangebote im Erwachsenenalter. Ein Blick in das Angebot der Erwachsenenbildung für Menschen mit geistiger Behinderung (hier als Beispiel in Heidelberg) zeigt, dass neben „Lesen/Schreiben/Rechnen“, Kreativem Gestalten, Theater und allgemeinen Freizeitangeboten Kurse zum Schwimmen, zum Sporttreiben, zu Musik und Bewegung und auch zum Kochen und Essen genannt werden. Dies kann als Beitrag zur aktiven Nutzung des eigenen Körpers und der Gesundheitsvorsorge im Sinne des Empowerment verstanden werden. Was aber zu tun

ist, wenn die Gesundheit tatsächlich bedroht oder bereits beeinträchtigt ist, wird zumindest hier nicht thematisiert. Nach Hoffmann u.a. (2000) bieten 10-15% der Volkshochschulen (VHS) in Deutschland Kurse für Menschen mit geistiger Behinderung an. Dabei dominieren mit 29% Angebote im musisch-kreativen Bereich (Töpfern, Malen, Zeichnen, Theater, Tanz). Das ist mehr als in der allgemeinen Erwachsenenbildung der VHS, wo der Anteil solcher Kurse weit unter 20% liegt (353) und hinter Bereichen wie „Sprachen“, „Arbeit/Beruf“ und „Gesundheit“ rangiert. Etwa 20% der für Menschen mit geistiger Behinderung angebotenen Kurse beziehen sich auf Kommunikationsförderung, was in der allgemeinen Erwachsenenbildung den geringsten Anteil ausmacht. Etwa 10% der Angebote beziehen sich auf autonome Lebensführung inkl. Sexualität und Partnerschaft. Gesundheit und mögliches Krankwerden und der Umgang mit dem eigenen Körper stellen offenbar keine vorrangigen Gegenstandsbereiche der Erwachsenenbildung für Menschen mit geistiger Behinderung dar. Eine Ausnahme bildet Havemann (1999), der sich mit Gesundheit und Krankheit als Aspekten des Empowerment alt werdender Menschen und den für sie notwendigen Bildungsangeboten befasst.

Bildungsangebote, die sich auf den Körper beziehen, entsprechen dem Bildungsziel der Autonomie und sind auch für Menschen mit geistiger Behinderung unerlässlich. Sie unterstützen bei der Ausbildung und Wahrnehmung eigener Bedürfnisse, bei der Kommunikation darüber und bei der selbständigen Befriedigung. Sie geben Wissen weiter, was jedem Menschen als körperlichem Wesen gut tut, einschließlich Bewegung, Kosmetik, Unterhaltung, Kleidung etc., und vermitteln Kenntnisse und praktische Kompetenzen für die Situationen, in denen das körperliche Wohlbefinden beeinträchtigt und möglicherweise eine medizinische Behandlung notwendig ist.

Fazit

Menschen haben keinen Körper, sie ‚sind‘ Körper. Alles was wir denken, fühlen und tun, was wir lernen und wahrnehmen, geschieht auf der Grundlage körperlicher Prozesse, zur Kommunikation werden körperliche Funktionen ebenso genutzt wie zur Bewegung und zur Auseinandersetzung mit der Welt. Für die Pädagogik, die sich mit den Lebens- und Bildungsmöglichkeiten von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigung befasst, ist die Beschäftigung mit ‚dem Körper‘ von Bedeutung, weil und insofern

- meist organische Besonderheiten den Ausgangspunkt für die Ausbildung einer geistigen Behinderung darstellen,
- die Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung nicht so gefördert und erhalten wird wie die anderer Menschen,
- die Sorge für das körperliche Wohlbefinden, für Gesundheit, Beweglichkeit und die Ausbildung und Befriedigung organismisch bedingter Bedürfnisse wichtige Grundlagen der Lebensqualität, aber auch für pädagogische Angebote schafft,
- unbefriedigte oder unbeachtete körperlich fundierte Bedürfnisse jedoch Anlass zur Entwicklung auffälligen, aggressiven, resignativen oder auch den eigenen Körper selbst schädigenden Verhaltens bieten können und deshalb auch von PädagogInnen zu beachten sind;
- der Körper genutzt werden kann, um mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen und zu kommunizieren und um Entwicklungsanregungen zu geben, und weil
- Gesundheit ein Bildungsgegenstand und Empowerment in diesem Bereich ein unabdingbares Ziel sind, die in unseren Angeboten eine zentrale Rolle spielen sollten.

Literatur

- Abt-Zegelin, A.: Pflegebedürftigkeit – was ist gemeint? In: Mabuse, Jan./Febr. 2000, 17-19
- Antonovsky, A.: Health, stress and coping. San Francisco 1979
- Breithecker, D.: In die Schule kommt Bewegung. Haltungsentlastung und Gesundheitsfürsorge in einem 'bewegten Unterricht'. In: Pädagogische Führung 3, 1996, 120-126
- Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (Hrsg. in Kooperation mit den drei anderen Fachverbänden; 2001): Gesundheit und Behinderung. Expertise zu bedarfsgerechten gesundheitsbezogenen Leistungen für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung als notwendiger Beitrag zur Verbesserung ihrer Lebensqualität und zur Förderung ihrer Partizipationschancen. Reutlingen: Diakonieverlag.
- Fornefeld, B.: Elementare Beziehung und Selbstverwirklichung geistig Schwerstbehinderter in sozialer Integration. Reflexionen im Vorfeld einer leiborientierten Pädagogik. Aachen 1989
- Fröhlich, A.: Basale Stimulation. Düsseldorf 1991, 7. Auflage
- Fröhlich, A.D.: Basale Stimulation. Das Konzept. Dortmund 1998
- Hahn, M.: Selbstbestimmung im Leben, auch für Menschen mit geistiger Behinderung. In: Geistige Behinderung 2, 1994, 81-94
- Hartmann, H./Jakobs, G.: Das 'Dialogische Prinzip' bei der Behandlung von Aggression, Autoaggression und Autismus. In: Hennicke, K./Rotthaus, W. (Hrsg.): Psychotherapie und Geistige Behinderung. Dortmund 1993, 36-50
- Havemann, M.: Freizeit im Alter. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hrsg.): Persönlichkeit und Hilfe im Alter. Marburg 1999, 142-157
- Hofmann, C./Kunisch, M./Stadler, B.: 'Ich spiel jetzt in Zukunft den Depp'. Geistige Behinderung und Selbstbild. In: Geistige Behinderung 1, 1996, 26-41
- Homfeldt, H.-G.: Gesundheit. In: Antor, G./Bleidick, U. (Hrsg.): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis. Stuttgart 2001, 280-283
- Hüsch, H.-D. (1994): Im Zeichen des Friedens. Dialog mit der Jugend. In: Seidel, U.: Das Schwere leicht gesagt. Freiburg: Herder Verlag, 144-145
- Jantzen, W.: Bemerkungen zur Bedeutung der Kategorie 'Dialog' in der Behindertenpädagogik. In: Hennicke, K./Rotthaus, W. (Hrsg.): Psychotherapie und Geistige Behinderung. Dortmund 1993, 51-59
- Klafki, W.: Die bildungstheoretische Didaktik im Rahmen kritisch- konstruktiver Erziehungswissenschaft. In: Gudjons, H./Teske, R./Winkel, R. (Hrsg.): Didaktische Theorien. Hamburg 81995, 11-28
- Klauß, Th. (2002): Können Menschen wirklich nicht nicht kommunizieren? – Anfragen zu einem an Watzlawick angelehnten sonderpädagogischen Glaubenssatz. In: VHN (71) 3, 262-276
- Klauß, Th. (2005): Ein besonderes Leben. Grundlagen der Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. Heidelberg: Winter Verlag, 2. erweiterte und völlig überarbeitete Auflage
- Klauß, Th./ Lamers, W. (2003): Alle Kinder alles lehren ... brauchen sie wirklich alle Bildung? In: Klauß, Th./Lamers, W. (Hrsg.): Alle Kinder alles lehren ... Grundlagen der Pädagogik für Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung. Heidelberger Texte zur Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung, Band 3. Heidelberg: Universitätsverlag Winter, S. 13-28
- Klauß, Th.: Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und besonderen Verhaltensweisen. In: Fischer, E. (Hrsg.): Pädagogik bei mehrfachen Behinderungen – Erziehungsbedarf und Fördermaßnahmen. Dortmund, 2000a, 69-102
- Klauß, Th.: Unterricht mit Facilitated Communication (FC). In: Bundschuh, K. (Hrsg.): Wahrnehmen, Verstehen, Handeln. Perspektiven für die Sonder- und Heilpädagogik im 21. Jahrhundert. Bad Heilbrunn 2000b, 273-282
- Klauß, Th.; Lamers, W.; Janz, F. (2006): Die Teilhabe von Kindern mit schwerer und mehrfacher Behinderung an der schulischen Bildung. Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt zur »Bildungsrealität von Kindern und Jugendlichen mit schwerer und mehrfacher Behinderung in

- Baden-Württemberg (BiSB)«. Teil I – Fragebogenerhebung. Universität Heidelberg. (Online verfügbar unter <http://www.ub.uni-heidelberg.de/archiv/6790>).
- Klauß, Th: Die Bedeutung des Körpers und seines Wohlbefindens in der Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. In: Kane, J.F./ Klauß, Th. (Hrsg.): Die Bedeutung des Körpers für Menschen mit geistiger Behinderung. Zwischen Pflege und Selbstverletzung. Heidelberg 2003, 11-38
- Kristen, U.: Praxis Unterstützte Kommunikation – Eine Einführung. Düsseldorf 1994
- Leontjew, A.N.: Tätigkeit, Bewußtsein, Persönlichkeit. Stuttgart 1977
- Ludwig, U.: Sportives Absahnen. Wirtschaftsfaktor Fitneß: Die Branche wächst im Rekordtempo. In: SPIEGEL special: Lust am Leib. Die Entdeckung des Körpers. Nr. 4, 1997, 54-55
- Nicklas-Faust, J. (2007): Menschen mit einer geistigen und mehrfachen Behinderung - Normalität und Besonderheit in Diagnostik und Behandlung. In: Lebenshilfe Landesverband Rheinland-Pfalz, Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (Hrsg.): Ambulante Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. Kaiserslautern, S. 22-25.
- Nicklas-Faust, J. (o.J.): Gesundheit ist das Wichtigste ... Wie die medizinische Versorgung geistig behinderter Menschen noch besser werden kann. URL: www.lebenshilfe.de, Entn. 29.12.2009.
- Pfeffer, W.: Förderung schwer geistig Behinderter. Würzburg 1988
- Pörtner, M. (2005): Ernstnehmen – Zutrauen – Verstehen. Ein personenzentriertes Alltagskonzept für den Umgang mit psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Henniske, K. (Hrsg.): Seelische Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung. Band 1: Bedingungen der Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten. Berlin: DGSGB, 191-208
- UN-Übersetzungsdienst (2007): Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Deutsche Arbeitsübersetzung. URL: http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/webcom/show_page.php?wc_c=556&wc_id=9
- Wachsmuth, S. (2009): ‚Aua!‘ Merkt denn keiner, dass ich Schmerzen habe? In: Lernen Konkret 28, Heft 2, 30-32.
- Watzlawick, P.; Beavin, J. & Jackson, D. (1990): Menschliche Kommunikation. Bern (8. Aufl.)

Kontakt:

Prof. Dr. Theo Klauß, theo.klauss@urz.uni-heidelberg.de

Dr. Walter Wührer, Salzburg

Aktiv leben, Bewegung, Sport.

Definition von Gesundheit laut WHO

Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und daher weit mehr, als die bloße Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen. Das heißt, das subjektive Gefühl des Wohlfühlens wird als Definitionsmerkmal von Gesundheit höher eingeschätzt als makellose medizinische Befunde.

Nach dieser Definition kann aber auch ein Mensch gesund sein, der es nach traditionellem Verständnis nicht ist, wie zB ein behinderter Mensch.

Laut Weltgesundheitsorganisation könnten 2010 über $\frac{3}{4}$ aller Krankheiten durch Bewegungsmangel und Fehlernährung wesentlich mitverursacht sein.

Gerade auch bei Menschen mit Behinderung sind gesundheitliche Risiken verstärkt feststellbar.

Häufige Ursachen sind

- Fehlende Bewegung
- Falsche Ernährungsgewohnheiten
- Geringe Freizeitangebote
- Ausschluss von sportlichen Aktivitäten
- Veränderte Stoffwechselprozesse (zB Medikamente gegen Epilepsie ...)

In den letzten Jahrzehnten hat sich ein sehr bewegungsreduzierter Lebensstil entwickelt. Durch Bewegungsmangel nimmt alleine bei Gesunden der Tagesenergieumsatz ab dem 35. Lebensjahr um ca 10% pro Dekade ab. Nur durch bewusste Veränderung des Verhaltens kann dieser Faktor entsprechend verändert werden.

Auch die Rolle der Ernährung ist einer starken Wandlung unterworfen. Ursprünglich besteht die Funktion der Ernährung in der Zufuhr jener Menge an Nährstoffen und Nahrungsenergie, die für den Ersatz der ausgeschiedenen Stoffe und der verbrauchten Energie erforderlich sind. Im Idealfall ist Zufuhr und Verbrauch gleich groß. Eine ausgeglichene Bilanz wird heute bei vielen Menschen jedoch nicht erreicht.

Aus dem Bewegungsmangel einerseits und der Zufuhr von zu viel und falscher Ernährung andererseits ergibt sich das schon epidemiologische Problem des Übergewichts.

Folgeerkrankungen bei Übergewicht sind

- Zuckerkrankheit
- Fettstoffwechselstörungen
- Bluthochdruck

- Gallenblasenerkrankungen
- Atherosklerose
- Gelenksarthrosen
- Krebserkrankungen

Übergewichtige haben gegenüber Normalgewichtigen eine um ca 7 Jahre geringere Lebenserwartung.

Die Lösungsansätze liegen demnach in

- Mehr Bewegung im Alltag
- Training zur Leistungssteigerung
- Weniger und besser Essen

Zudem werden folgende Faktoren beeinflusst, die das biologische Alter und die Gesundheit verbessern

- Tagesenergieumsatz
- Ausdauer
- Kraft
- Körperfettanteil
- Knochendichte
- Blutfette
- Blutdruck

Der Tagesenergieumsatz versteht sich als die gesamte in 24 Stunden verbrauchte Energie in kcal und errechnet sich aus Grundumsatz + Leistungsumsatz. Der Grundumsatz ist der Energieumsatz zur Erhaltung der Strukturen und zum Betreiben der Lebensfunktionen bei körperlicher Ruhe. Der Leistungsumsatz ist jeglicher zusätzliche Energieumsatz und wird fast ausschließlich durch Muskeltätigkeit verursacht (Aktivitätsfaktor = PAL (Physikal Activity Level)).

Die Ausdauer (Fitness) beschreibt die Fähigkeit des Körpers mit Nähr- und Sauerstoff Energie in den Muskelzellen zu erzeugen. Je mehr Sauerstoff für die Energieerzeugung verbraucht werden kann, desto besser ist die Ausdauer.

Durch langjährigen Bewegungsmangel oder auch nur durch eine mehrwöchige Bettruhe kann die Ausdauer beträchtlich vermindert werden, egal ob behindert oder nicht behindert, ob alt oder jung; Menschen mit guter Ausdauer leben länger und besser. Ausdauertraining verbessert bei jedem in jedem Alter die Fitness! Neben der bloßen Steigerung der Alltagsbewegung kann mit einer Verbesserung der Fitness der Gesundheitseffekt noch um ein Vielfaches potenziert werden.

Die Muskelmasse ist die bei weitem größte Gewebsmasse des menschlichen Körpers (ca 40% des Körpergewichts) und hat eine enorme Bedeutung für den Stoffwechsel (Grundumsatz, Knochenstärke u.v.m.). Muskelmasse kann bei jedem durch entsprechendes Muskeltraining verbessert werden.

Der Körperfettanteil nimmt zwischen dem 30. und 55. Lebensjahr um ca 10% bei beiden Geschlechtern zu. Je höher der Körperfettanteil ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit eine Begleit- oder Folgeerkrankung zu erleiden. Bei einer Körperfettzunahme von 10-20kg steigt die Sterblichkeit bereits um 20%! Einfache Einschätzungen können mit der Bestimmung des Body-Mass-Indexes in Verbindung mit der Bauchumfangmessung versucht werden.

Auch die Knochendichte ist einem stetigen Abbauprozess unterworfen. Ab dem 35. Lebensjahr wird ca. 10% Knochen pro Dekade abgebaut. Neben einer ausreichende Versorgung mit Calcium und Vitamin D aus der Ernährung ist vor allem gezieltes Training die mitunter einzig wirksame Maßnahme, den Knochenbau zu kräftigen. Nur durch stetigen Muskelzug wird die entsprechende Knochenfestigkeit erzeugt.

Bewegungsmangel und Übergewicht vermindern die Empfindlichkeit des Muskelgewebes für Insulin, wodurch Störungen des Zuckerstoffwechsels Tür und Tor geöffnet werden. Richtige Bewegung und Ernährung ist in der Vorbeugung und Behandlung von Stoffwechsel- und Kreislaufstörungen erfolgreicher als jedes bekannte Medikament.

Bezüglich Verbesserung der Fettstoffwechselfparameter haben folgende einfache Maßnahmen günstige Auswirkungen.

- Richtige Bewegung
- Austausch tierische Fette gegen pflanzliche Fette
- Erhöhung der täglichen Ballaststoffmenge
- Insgesamt Fett- und Zuckerreduktion
- Gewichtsreduktion

Ebenso lässt sich der Blutdruck durch folgende Maßnahmen günstig beeinflussen

- Ausdauerbewegung
- Kaliumzufuhr durch Obst und Gemüse
- Verringerung der Salzzufuhr
- Regelmäßige Fischmahlzeiten
- Gewichtsabnahme

Bewegung und Training haben aber auch Wirkungen auf Depressionen, Demenz und Stimmung. An dieser Stelle sei noch einmal erwähnt, dass Bewegungssteigerung im Alltag zwar schon sehr gut ist, aber regelmäßige Bewegung im Sinne von Training die Effekte noch einmal potenziert. Bewegung verbraucht Energie und verbessert die Gesundheit. Training verbraucht Energie und verbessert Ausdauer (Fitness) und Gesundheit.

In Anlehnung an die obigen Ausführungen sollte - zusätzlich zu mehr Alltagsbewegung - wöchentlich ein gezieltes Kraft- (2x30Min), Ausdauer- (2x60Min.), Gleichgewichts- und Koordinationstraining erfolgen.

Ein guter Trainingszustand

- hilft Hindernisse als spielerische Herausforderung zu sehen
- vermittelt Erfolgserlebnisse und Respekt in der Lebensbewährung
- fördert die Selbstständigkeit
- fördert die Gesundheit

Diese Faktoren sind gerade bei Menschen mit einer Behinderung von herausragender Bedeutung

Kontakt:

Dr. Walter Wührer, walter@dr-wuehrer.at

Martina Marchewa, Linz

Jeder is(s)t anders

„Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen“ – dieses alte Sprichwort trifft auch heute noch zu, obwohl sich die Ernährungs- und Lebensgewohnheiten maßgeblich verändert haben.

Jährlich isst jeder von uns fast eine Tonne Nahrung und trinkt in etwa 550l Getränke. Und dennoch isst jeder anders. Die Bedürfnisse sind ganz besonders bei Menschen mit Beeinträchtigung sehr unterschiedlich.

Die allgemeinen Ernährungsempfehlungen für Menschen mit Beeinträchtigung unterscheiden sich zwar nur unwesentlich von den Richtlinien für eine gesunde Ernährung von Menschen, die körperlich und geistig nicht beeinträchtigt sind. Eine individuelle Vorgehensweise bei der Ernährung ist aber in jedem Fall notwendig. Dies gilt insbesondere für schwerstbehinderte Menschen. Die Art und das Ausmaß der Behinderung beeinflussen unter anderem auch die Ansprüche an die Ernährung.

Eine optimale Essensversorgung für Menschen mit Beeinträchtigung stellt für das betreuende Team jeden Tag aufs Neue eine große Herausforderung dar. Eine große Portion Einfühlungsvermögen, viel Geduld und fachliches Know how im Ernährungssektor sind wichtige Grundvoraussetzungen.

Hier nur einige Beispiele für die besonderen Ernährungsbedürfnisse bei Menschen mit Beeinträchtigung:

- Menschen, die in ihrer Bewegung eingeschränkt sind, leiden häufig unter Verstopfung.
- Bei Schluckstörungen wird es notwendig sein, das Essen in pürierter Form anzubieten.
- Menschen, die geistig beeinträchtigt sind, haben oftmals ein gestörtes Sättigungsempfinden. Dies kann sowohl zu Über- als auch zu Untergewicht führen.

Ist längerfristig nur eine unzureichende orale Nahrungsaufnahme möglich, z.B. aufgrund eines ausgeprägten Appetitmangels oder von Schluckstörungen, so wird es notwendig sein, Energiedefizite mit Sondennahrung (z.B. mit einer PEG-Sonde) auszugleichen.

Liegen keine speziellen Ernährungsprobleme vor, so sind die Empfehlungen für eine gesunde Ernährung das „A“ und „O“, um eine möglichst bedarfsdeckende Kost zu gewährleisten. Je ausgewogener und abwechslungsreicher die Ernährung ist, desto besser wirkt sich diese langfristig auf die Gesundheit aus. Das ist ganz besonders bei Menschen mit Beeinträchtigung wichtig. Kommen zur körperlichen und/oder geistigen Beeinträchtigung noch ernährungsbedingte Erkrankungen (wie z.B. Adipositas, Gicht, Diabetes mellitus 2,...) hinzu, kann dies die Lebensqualität mindern.

Was heißt „gesund“ essen und trinken? Die „Gesund Leben“-Pyramide zeigt sehr klar, was es braucht, um sich gesund zu ernähren. Leider steht diese Pyramide beim Durchschnittsösterreicher häufig auf dem Kopf. An der Basis sind jene Lebensmittelgruppen zu finden, von denen viel und reichlich gegessen bzw. getrunken werden soll. An der Spitze der Pyramide heißt es sparsam sein.

Leider sieht die Ernährung in der Praxis nicht immer so ausgewogen aus. Die Folgen von falschem Ernährungsverhalten führen zu verschiedenen Beschwerden und Erkrankungen.

Die häufigsten Ernährungsprobleme bei Menschen mit Beeinträchtigung sind:

- Verstopfung (Obstipation)
- Übergewicht (Adipositas)
- Mangelernährung (Kachexie)
- Schluckstörungen und/oder Kaubeschwerden

1. Verstopfung:

Von Verstopfung spricht man, wenn seltener als dreimal wöchentlich Stuhl abgesetzt wird. Dazu neigen häufig Menschen, die in ihrer Bewegung eingeschränkt sind. Bei Menschen mit Down-Syndrom zum Beispiel ist bekannt, dass die geringe Bauchmuskelspannung den erforderlichen Darmdruck beim Stuhlgang verringert und somit Verstopfungsprobleme sehr häufig sind.

Ursachen:

- Langfristig falsche Ernährungsweise
- Ballaststoffmangel
- Zu geringe Flüssigkeitszufuhr
- Langfristige Einnahme von Abführmitteln
- Psychische Belastung oder Medikamenteneinnahme (z.B. Schmerzmittel wie Opiate, Eisensubstitution)

Diätologische Empfehlungen:

- Basiskost sind die Empfehlungen der Gesund-leben-Pyramide
- 5-6 kleine Mahlzeiten über den Tag verteilt essen
- Täglich mindestens 2-3 l Flüssigkeit trinken
- Langsame Umstellung auf eine ballaststoffreiche Kost
- Täglich ein gesäuertes Milchprodukt essen (z.B. Joghurt, Buttermilch)
- Auf stopfende Lebensmittel verzichten (z.B. Weißmehlprodukte, Bananen, Schokolade,...)
- Zusätzlich eventuell altbewährte Hausmittel einsetzen (z.B. Weizenkleie, Leinsamen, Trockenobst, Senfkörner,...)
- Bewegung bzw. Bauchdeckenmassage

2. Übergewicht bzw. Adipositas

Von Übergewicht spricht man bei einem Body-Mass-Index zwischen 25 und 30. Bei einem BMI über 30 handelt es sich um Adipositas. (BMI = Körpergewicht in kg / Körpergröße in m²)

Ursachen:

- Zu kalorienreiche Nahrung (v.a. zu fettreich, zuckerreich)
- Zu wenig Bewegung
- Sozio-kulturelle Faktoren (z.B. sitzende Tätigkeit, passive Freizeitgestaltung, Fastfood-Angebote,...)
- Genetische Faktoren
- Krankheitsbedingte Faktoren (z.B. Schilddrüsenunterfunktion, Cushing-Syndrom)
- Nebenwirkung von Medikamenten (z.B. Insulin, Antidepressiva, Neuroleptika, Kortikosteroide,...)

Diätologische Empfehlungen:

- Langfristige Ernährungsumstellung auf eine ausgewogene, fett- und zuckerreduzierte Mischkost
- Wunderdiäten vermeiden
- Mehr Bewegung im Alltag bzw. sportliche Aktivitäten fördern

3. Mangelernährung

Mangelernährung ist ein Zustand, der mit einem Defizit an Energie, Nähr- und/oder Wirkstoffen einhergeht. Mangelernährung ist ein ernst zu nehmendes Problem, wird oftmals aber erst spät erkannt. Leider lässt sich diese nicht allein mit der Körperwaage erkennen, denn es kommt vor allem zu einer Abnahme der Muskelmasse. Dadurch ist eine erhöhte Krankheitsanfälligkeit gegenüber Infektionen gegeben.

Ursachen:

- Unzureichende Nahrungszufuhr
- Appetitmangel
- Probleme beim Kauen, Schlucken und Verdauen (Schmerzen nach der Nahrungsaufnahme)
- Chronische oder akute Erkrankungen
- Nebenwirkungen von Medikamenten

Diätologische Empfehlungen:

- Nahrungsmittelunverträglichkeiten bzw. -aversionen berücksichtigen
- Mehrere kleine Mahlzeiten anbieten, zusätzlich mit Kalorien anreichern
- Bei Kauproblemen die Nahrungskonsistenz anpassen
- Zusätzlich Trinknahrungen anbieten

4. Schluckstörungen und Kaubeschwerden

Ursachen:

- Neurogene Schluckstörung (z.B. Schädel-Hirn-Trauma nach Unfällen, MS, ALS)
- Psychogene Schluckstörung (z.B. Verhaltensstörung)
- Schluckstörung im Alter (z.B. Demenzerkrankungen)
- Kindliche Schluckstörung (z.B. Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten)

Diätologische Empfehlungen:

- Flüssigkeiten bei Bedarf eindicken (z.B. Nutilis®, Thicken up®,...)
- Gemischte Konsistenzen vermeiden (z.B. Nudelsuppe, Joghurt mit Fruchtstücken,...)
- Bröselige und trockene Speisen vermeiden (z. B. Zwieback, trockene Kekse,...)
- Bei Bedarf auf weiche oder pürierte Kost umstellen
- Aufrechte Sitzposition beim Essen
- Logopädische Therapie

Fallbeispiel – Wohngemeinschaft Oberneukirchen

Ein Bewohner, 41 Jahre alt, erhielt bei der Vorsorgeuntersuchung im März 2008 folgende Diagnosen:

- Fettleber, Übergewicht, Hyperlipidämie

Vorgehensweise zur Optimierung der Essenssituation

Folgende Punkte waren nach genauer Ernährungsanamnese Inhalt der Ernährungsberatung

Früher	Heute
Mittagessen aus dem Gasthaus (Hausmannskost)	Mittagessen von einem Menüservice
Häufig Fleisch und Wurst	Deutlich weniger Fleisch und Wurst, dafür regelmäßig Fisch
	Bewusste Auswahl von fettarmen Produkten (z.B. bei Wurst, Käse, Aufstrichen)
Kaum Vollkornprodukte sowie wenig Obst, Gemüse und Salat	Konsum von Vollkornprodukten, Obst, Gemüse und Salat hat sich deutlich erhöht
	Mehr regionale, saisonale und biologische Lebensmittel
Meist zu geringe Flüssigkeitszufuhr	Trinkmenge konnte gesteigert werden

Acht Monate später hatte der Bewohner eine Kontrolluntersuchung, welche den Erfolg der Ernährungsumstellung deutlich sichtbar gemacht hat. Durch die Optimierung der Ernährung wurden nicht nur „schöne“ Laborwerte erzielt, sondern auch die Lebensqualität und das Wohlbefinden des Bewohners haben sich wesentlich verbessert. Ergänzend zur Ernährungsumstellung wurden Medikamente zur Reduktion der Blutfette und Harnsäure verabreicht.

Profitiert haben davon allerdings auch die anderen Bewohner und Bewohnerinnen der Wohngemeinschaft (z.B. bessere Verdauung, erwünschte Gewichtsreduktion). Durch die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema gesunde Ernährung wurde dem Betreuungsteam bewusst, wie viel Einfluss das richtige Essen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Bewohner hat.

Fazit:

Jeder Bewohner / jede Bewohnerin soll die Möglichkeit haben, bei Ernährungsproblemen optimal betreut zu werden. Werden die individuellen Ernährungsbedürfnisse zeitgerecht erkannt, im Bedarfsfall mit professioneller Hilfe notwendige Veränderungen überlegt und umgesetzt, so kann jede / jeder Lebensqualität gewinnen - die Bewohner und Bewohnerinnen UND das Team!

... denn JEDER IS(S)T ANDERS

Kontakt:

Martina Marchewa, martina@marchewa.net

Brigitte Marty-Teuber, Wil

Kinaesthetics – ein Beitrag zur Lebensqualität von Menschen mit Behinderungen

Worum geht es?

Kinaesthetics ist die Bezeichnung für die Erfahrungswissenschaft, die sich mit Bewegungskompetenz als einer der zentralen Grundlagen des menschlichen Lebens auseinandersetzt. Der Begriff Kinaesthetics kann mit „Kunst / Wissenschaft der Bewegungswahrnehmung“ übersetzt werden.

Im Rahmen von Kinaesthetics wird seit über 20 Jahren eine differenzierte und systematische Beschreibung der erfahrbaren Unterschiede der menschlichen Bewegung entwickelt. Aufgrund der ständig wachsenden Nachfrage nach Kursen und Ausbildungen ist Kinaesthetics heute ein europäisches, dezentral geführtes Bildungsnetzwerk, das verschiedene Länderorganisationen und gegen 1000 Kinaesthetics-TrainerInnen umfasst.

Selber das Selbstverständliche verstehen

Kinaesthetics beschäftigt sich auf einer ganz grundsätzlichen Ebene mit den normalen Alltagsbewegungen und -aktivitäten. Es ist ja durchaus bemerkenswert, dass wir sehr wenig eigene Kenntnis oder ein Bewusstsein dafür haben, wie wir uns im Alltag bewegen, so dass die meisten Menschen gar nicht beschreiben könnten, wie sie z.B. vom Liegen ins Sitzen kommen.

Nach jahrelanger Schulbildung und Universitätsabschluss kann man vielleicht Wörter wie „hyperfunktionelle Dysphonie“ erklären, viele Menschen haben aber keine Antwort auf die Frage, wie sie z.B. selbst vom Stuhl aufstehen, obwohl sie das selbstverständlich mehrere Male täglich machen. Sie haben vielleicht noch nie darauf geachtet, wie sie ihr Gewicht verlagern, wie ihre Körperteile ihre Richtung aneinander anpassen und wie ihre Muskeln ihre Anstrengung auf- und abbauen.

Wir verwenden die meiste Zeit darauf, unsere Achtung auf Dinge ausserhalb von uns zu richten. Die Fülle der Informationen, die wir durch die bewusste Wahrnehmung der eigenen Bewegung von und durch uns selbst erhalten können, bleibt sozusagen ungenutzt oder zumindest unbewusst.

Im Alltag stehen wir auf, gehen irgendwohin, arbeiten, ohne dass wir darauf achten (müssen), wie wir das tun – alles „funktioniert“ ganz selbstverständlich. Kinaesthetics beschäftigt sich damit, dieses Selbstverständliche selbst zu verstehen.

Die Kompetenz, uns gezielt und angepasst an die jeweilige Situation bewegen zu können, beeinflusst wesentlich folgende zentrale Faktoren der Lebensqualität eines Menschen:

- Selbständigkeit („ich kann selbst“)
- Selbstwirksamkeit („ich kann etwas bewirken“)
- Partizipation („ich kann teilnehmen, ich fühle mich beteiligt“)
- Autonomie („ich kann wählen und entscheiden“)

Jedes Unterstützungsangebot ist ein Lernangebot

Ein zentrales Ziel von Kinaesthetics ist vor diesem Hintergrund, dass Menschen lernen können, ihre individuelle Bewegungskompetenz zu entwickeln. Jede Unterstützung eines anderen Menschen ist eine Interaktion und zugleich ein Lernangebot an diesen Menschen. Frei nach Watzlawick könnte man sagen: „Man kann dabei nicht nicht lernen.“ Der Lernprozess kann dazu führen, dass dieser Mensch seine Bewegungskompetenz erweitert oder einschränkt. Kinaesthetics beleuchtet in diesem Zusammenhang vor allem die Interaktion über Berührung und Bewegung.

In einer solchen Interaktion begreift ein Mensch das, was er in seinem Körper wahrnimmt. Wenn wir also jemandem helfen vom Stuhl aufzustehen und dabei sein Gewicht heben, indem wir ihn mit viel Kraft hochziehen, dann passiert es sehr oft, dass ein Mensch als natürliche Reaktion auf die gut gemeinte Hilfestellung seine Muskeln anspannt und sich steif macht. Er begreift dadurch: „Beim Aufstehen muss ich mich steif machen“, und vermutlich lernt er, dies immer besser zu tun. Mit der Zeit sagen wir vielleicht über diesen Menschen: „Er ist so steif, weil er behindert ist und deshalb ist es sehr schwierig, ihm zu helfen, vom Stuhl aufzustehen.“

Kinaesthetics interessiert sich für eine Betrachtungsweise unter einer umgekehrten Perspektive und sucht die Ursache für seine hohe Spannung oder Steifheit nicht in der so genannten Behinderung, sondern im Lernprozess, der durch die Art und Weise der Unterstützung begünstigt wird. Aus diesem Grund hat es eine große Bedeutung, jemandem so zu helfen, dass er zum Beispiel die Verlagerung seines Gewichtes beim Aufstehen wahrnehmen und nachvollziehen kann. Nur so hat er überhaupt eine Chance, sich als handelnder und nicht als behandelter Mensch in seinen alltäglichen Aktivitäten zu begreifen und weiterzuentwickeln.

Bewegungskompetenz der Betreuungspersonen als zentraler Faktor

Kinaesthetics betrachtet eine hohe Bewegungskompetenz der betreuenden und pflegenden Personen als Voraussetzung einer Unterstützung, die sich an Entwicklung und Lernen orientiert. Die Fähigkeit der Betreuenden, sich jederzeit an sehr feine Unterschiede der eigenen Bewegungswahrnehmung gezielt anpassen zu können, hat eine direkte Auswirkung auf die Qualität der Interaktion mit den zu betreuenden Menschen. Und es leuchtet ein, dass man einen Menschen dann besonders effektiv in seiner eigenen Bewegung unterstützen kann, wenn man über ein „inneres“ Verständnis der Bewegung verfügt, das auf der differenzierten Auseinandersetzung mit vielen persönlichen Bewegungserfahrungen beruht.

Als Werkzeug, um dieses Ziel durch die Beschreibung von individuell erfahrbaren Blickwinkeln zu verfolgen, dient das Kinaesthetics-Konzeptsystem. Diese Blickwinkel ermöglichen eine Sensibilisierung der persönlichen Bewegungswahrnehmung im praktischen Tun. Es geht um die Entwicklung einer differenzierten Achtsamkeit für die eigene Bewegung im beruflichen oder privaten Alltag und – damit verbunden – um die Entwicklung einer Vielzahl von Handlungs- und Anpassungsmöglichkeiten an eine konkrete Situation.

In der alltäglichen Umsetzung ist dies eine anspruchsvolle Herausforderung. Sie verlangt die Bereitschaft, jedes Unterstützungsangebot individuell an den betreuungsbedürftigen Menschen und seine aktuelle Situation anzupassen und nicht rezeptartigen Standards zu folgen. Kinaesthetics stellt die gemeinsame Kompetenzentwicklung von Betreuenden und Betreuten ins Zentrum.

Herr E. lernt, seine Arme einzusetzen (Videobeispiel)

Herr E. lebt in einer Einrichtung für erwachsene Menschen mit mehrfachen Behinderungen. Als ich ihn vor 12 Jahren kennenlernte, sagte man mir, dass seine Betreuung sehr schwierig sei, da er sehr groß und schwer sei und selber „nichts könne“.

Herr E. saß festgebunden in einem Rollstuhl mit Sitzschale. Wenn er erschrak oder auch wenn er sich freute, erhöhte er seine Muskelspannung und fuchtelte mit seinen Armen, so dass man aufpassen musste, nicht getroffen zu werden.

Besonders problematisch waren Übergänge und Transfers, wie z.B. vom Bett in den Rollstuhl und umgekehrt. Es war üblich, ihn zu zweit in einer „Hauruckaktion“ zu transferieren. Dabei musste es schnell gehen, da Herr E. Angst hatte und wütend wurde. In seinem Alltag zeigte er vermehrt aggressives Verhalten. Seine Reaktionen wurden – etwas überspitzt formuliert - von den MitarbeiterInnen aufgefasst als: „ Er hat es nicht gern, wenn man ihn bewegt“, „Man sollte ihn möglichst in Ruhe lassen“.

Im Zusammenhang mit Kinaesthetics-Schulungen im gesamten Betrieb wurde das Augenmerk auf die Bewegungskompetenz von Herrn E. gelegt. Aus einer Interaktionsperspektive konnte man seine Bewegungskompetenz folgendermassen beschreiben:

- Herr E. reagierte mit grosser Anspannung seiner Muskeln, wenn er passiv von aussen bewegt wurde. Wenn es in der direkten Unterstützung gelang, die Bewegungsinteraktion so zu gestalten, dass Herr E. das Tempo und die Bewegungsrichtung mitbestimmen konnte, so konnte er seine Muskelanstrengung anpassen und seine Bewegungen gezielter steuern.
- Insbesondere konnte Herr E. seine Arme gezielt einsetzen, um das Gewicht seines Brustkorbes zu steuern, wenn die Bewegungsunterstützung sehr langsam und mit wenig Anstrengung der Unterstützungsperson erfolgte.
- Herr E. reagierte mit Angst (=machte sich steif), sobald er Gewichtsverlagerungen und den Gewichtsverlauf nicht mehr nachvollziehen konnte. Dies geschah immer dann, wenn er hochgehoben wurde oder wenn es zu schnell ging.
- Herr E. freute sich sehr, wenn er erfahren konnte, wie er zum Beispiel mit seinen Armen wirksam ziehen oder drücken konnte. Er gab sich enorm Mühe und war außerordentlich bereit mit uns zu lernen.

Damit Herr E. lernen konnte, seine Arme einzusetzen, bot ihm sein damaliger Betreuer in der Folge oft die Möglichkeit, sich am Boden aufzuhalten. Dort konnte er gemeinsam mit seinem Betreuer lernen, bei einfachen Positionswechseln z.B. sein Gewicht auf seine Arme abzustützen oder mit seinen Armen einen Positionswechsel einzuleiten etc. Er lernte seine Möglichkeiten in vielen unterschiedlichen Positionen kennen und erweiterte so seinen Handlungsspielraum.

Parallel dazu wurde sein Rollstuhl so angepasst, dass er mit seinen Armen auf vielfältige Weise sein Gewicht beim Sitzen organisieren konnte. Er konnte mit den Armen abstützen oder an einem Griff ziehen und so das Gewicht seines Oberkörpers selbständig ohne Sitzschale kontrollieren und nach Bedarf verändern. Er musste nicht mehr festgebunden sein.

Sein Betreuer entwickelte aufbauend auf diesen Lernprozess Ideen für alternative Transfers vom Bett in den Rollstuhl und umgekehrt. Als besonders geeignet erwies sich ein Weg, auf dem sich Herr E. von der Rückenlage über die Bauchlage und dann direkt zum Sitzen in den Rollstuhl bewegte. Auf diesem Weg konnte Herr E. seine Arme besonders gut nutzen und sein Gewicht musste nicht mehr gehoben werden, so dass er den Gewichtsverlauf nachvollziehen konnte. Sein Betreuer lernte, die Unterstützung so langsam und angepasst zu gestalten, dass Herr E. immer besser und selbständiger beteiligt war.

Dieser Lernprozess wirkte sich sehr positiv auf die Lebensqualität aller Beteiligten aus:

- Die BetreuerInnen waren körperlich entlastet und hatten kaum mehr Rückenschmerzen, da sie Herrn E. nicht mehr heben mussten
- Die BetreuerInnen fühlten sich wirksam, da sie am Lernprozess von Herrn E. beteiligt waren und realisierten, dass sie Ihre Unterstützung so anpassen konnten, dass ein Mensch, der als schwer behindert gilt, soviel lernen kann. Sie erfuhren dadurch Bestätigung und Motivation.
- Herr E. wurde geduldiger, er musste sich nicht mehr aggressiv verhalten und zeigte Freude statt Angst bei den alltäglichen Bewegungsunterstützungen. Er konnte das Gefühl entwickeln „ich kann etwas bewirken“, „ich kann mich beteiligen“, „ich kann mich selbst steuern, bestimmen“.
- Herr E. begann seine Position in der Nacht in seinem Bett selbständig zu verändern. Anstelle eines Bettgurtes oder einer fixierenden Lagerung erhielt er ein breiteres Bett und kann sich nun sogar drehen.
- Herr E. konnte einfacher verdauen und ausscheiden, da er sich selbst vielfältiger bewegte.

Herr E. wird weiterhin in seinem Leben davon abhängig sein, dass seine BetreuerInnen sich auf diesen Lernprozess einlassen können und dabei bereit sind, selber die Achtung auf die eigene Bewegung zu lenken und zu lernen.

Kontakt:

Brigitte Marty-Teuber, brigitte.marty@kinaesthetics.ch

Gabriela Schubert, Gallneukirchen

Beweglich bleiben im Alter – was bedeutet das für Menschen mit schweren und schwersten Behinderungen?

Bewegung hält uns sowohl körperlich als auch geistig fit – diese Tatsache ist heute gut bekannt und bewiesen. Wie aber macht man Menschen den Nutzen von Bewegung zugänglich, die sich selber kaum oder nur wenig bewegen können – und wann beginnt für diese Menschen „das Alter“?

Was für eine Bedeutung kann Bewegung für Menschen haben, die sich selbst nicht – oder kaum – bewegen können: ein Thema, das mir sehr am Herzen liegt! Ich bin Physiotherapeutin, also Fachfrau für Bewegung, und arbeite seit nun bald 30 Jahren mit diesen Menschen.

Bewegung ist in den letzten Jahren wieder sehr in Mode gekommen. Wir haben festgestellt, wie wichtig sie für unser Leben ist - für unsere Gesundheit und unser Wohlbefinden, ja sogar für unsere geistige Fitness im Alter. Es gibt gut fundierte wissenschaftliche Untersuchungen, die feststellen, dass in der Gruppe der Menschen, die sich viel bewegen und sportlich betätigen, deutlich weniger Alzheimererkrankungen festzustellen sind. Das alles freut mich natürlich sehr, aber es stellt sich natürlich die Frage: Was ist mit denen, die sich nicht von selber bewegen können?

All die vielen Menschen, die unserer Obhut und unserer Professionalität anvertraut sind, die durch massive Spastizität und andere schwere Behinderungen mit mehr oder weniger Bewegungslosigkeit leben müssen – und das ist eine gar nicht so kleine Gruppe unserer Klienten! Oh ja, natürlich werden diese Menschen bewegt – sie werden gehoben, gedreht, in den Rollstuhl gesetzt, gelagert, umgelagert, geschaukelt... und was uns noch so alles einfällt im Wohnbereich, in der Therapie, in den Förderbereichen! Dies alles ist wichtig und wertvoll, aber davon rede ich nicht!

Es ist schlicht etwas anderes, ob man BEWEGT WIRD, oder ob man sich SELBST BEWEGT!!

Die Erfahrung des **Bewegt-Werdens** haben alle Menschen, die bei uns leben oder mit uns arbeiten, und das ist gut so. Natürlich ist keine Bewegung vollkommen passiv, im Gegenteil, es ist gar nicht so einfach, einen Körperteil jemandem zu überlassen, automatisch halten wir einen Teil des Gewichtes, automatisch passen wir unsere Muskelspannung an die Bewegung an!

Dennoch: es ist etwas anderes! Wir werden nicht fit und ausdauernd davon, dass wir uns in der Hängematte schaukeln, wir bauen keine Muskulatur davon auf, dass wir uns bewegen lassen, unser Herz-Kreislaufsystem profitiert von aktiver Bewegung, unsere Zellen werden durch aktive Bewegung mit Sauerstoff versorgt, und last not least – unsere Gelenke bleiben gesund und schmerzfrei, weil wir sie aktiv bewegen, die Durchblutung ankurbeln - es hat ganz einfach andere körperliche Auswirkungen ob wir uns ausgepowert haben und uns so richtig gut fühlen, weil wir aktiv waren, oder ob wir uns beim Schaukeln in der Hängematte wohl fühlen – beides ist wertvoll, BEIDES brauchen wir!

Und nun kommen wir also zu dem entscheidenden Punkt – wie kann man Menschen, die sich aktiv fast nicht bewegen können, aktive Bewegung vermitteln? Das ist die Faszination und die Spannung, die mich nun schon so viele Jahre bei dieser sehr speziellen Arbeit hält!!! Natürlich ist kein Mensch VÖLLIG passiv, jeder hat irgendeine zumindest geringe Möglichkeit, sich zu bewegen, zumindest sich MITzubewegen, wenn man ihm einen Teil des Gewichtes abnimmt. Diese kleine Möglichkeit zu finden,

zu unterstützen und auszubauen ist das, was ich auch nach 30 Jahren Physiotherapie mit Menschen mit schweren und schwersten Behinderungen immer noch unvermindert spannend finde! Nebenbei bemerkt erlebe ich oft im Alltag, dass wir gar nicht auf die am schwersten betroffenen Bewohner schauen müssen – wie oft werden Menschen, die selber Gewicht auf ihre Beine nehmen können, gehoben, weil wir eben nicht genau wissen, wie wir sie am besten unterstützen!

Was können wir also tun ? In der Therapie tun wir's, aber realistisch betrachtet: eine Stunde Therapie in der Woche ist gut, aber Ihnen ist klar, dass Sie von einer Stunde Fitnessstudio oder einer Stunde laufen in der Woche zwar durchaus profitieren, sich der Erfolg aber in Grenzen hält, wenn Sie den Rest der Zeit im Bürosessel und auf dem Sofa vor dem Fernseher verbringen!

Um wirklich etwas von Bewegung zu haben, müssen wir sie in den Alltag integrieren.

Ich möchte Ihnen nun ein Beispiel erzählen aus dem Leben einer jungen Frau. Ich hatte das Privileg, sie ihr ganzes Leben lang zu begleiten. Kennen gelernt habe ich sie im Alter von ca. 10 Monaten, und ich war dabei, als sie heuer im Frühling im Alter von knapp 30 Jahren zu Grabe getragen wurde. Ihr Name war Christine P, und ich habe von ihr und mit ihr sehr viel gelernt!

Christine hatte eine wirklich schwerste spastische Tetraplegie – d.h. alle ihre Extremitäten waren sehr steif, und sie litt unter der ganzen Palette von Folgeerscheinungen, die eine dermaßen schwere Behinderung nach sich zieht: infolge ihrer relativen Bewegungslosigkeit war auch die passive Bewegungsfähigkeit ihrer Arme und Beine sehr eingeschränkt, ihre Gelenke waren zum Teil luxiert, die Wirbelsäule und der Brustkorb waren deformiert, dadurch die Atmung eingeschränkt, immer wieder hatte sie Infekte und Lungenentzündungen und manchmal litt sie auch Schmerzen. Sie neigte natürlich zum Wundliegen - vor etlichen Jahren wurde die Situation akut, sie hatte seitlich und hinten im Beckenbereich Druckstellen, auf denen sie nicht liegen sollte, und am Bauch liegen konnte sie nicht, da sie ihre Hüften nicht weit über die 90° -Beugung hinaus strecken konnte.

Wir haben also begonnen, sie in einer Art Stufenlagerung über meinen Körper auf ihren Bauch zu legen – etwas, was fast augenblicklich Erleichterung brachte. Es waren natürlich noch eine ganze Reihe von Maßnahmen nötig, um die Situation in den Griff zu kriegen, angefangen vom Umbau ihrer Sitzschale; aber hier nahm eine einzigartige Bewegungsgeschichte ihren Anfang. Christine wurde fortan ganz häufig auf den Bauch gelegt, weil es die Situation um so viel leichter machte, und sie genoss diese Lage sehr. Es dauerte nicht lange, und wir suchten nach neuen Möglichkeiten und begannen, sie an den mobilen Ball zu gewöhnen, eine Situation, auf die sie sich zunächst etwas misstrauisch und zögerlich einließ, die sie aber bald mit wachsender Begeisterung annahm. Sie entdeckte, dass man die Zehen in den Untergrund einstemmen konnte und mit Bewegung der Beine, soweit sie eben möglich war, den ganzen Ball in Rollung versetzen konnte, oft so schwungvoll, dass man zu tun hatte, sie am Ball zu halten! Ihre Atmung ähnelte dabei der unseren, wenn wir viele Stufen steigen, laufen oder einen Berg erklimmen.

Hinterher war sie entspannt, zufrieden und müde. Und – ein Effekt, der sich erst nach längerem Beobachtungszeitraum erkennen ließ: sie war gesundheitlich stabiler und musste nicht mehr unbedingt jeden Infekt mitmachen. Gelungen ist das nur, weil Christine auch diese Gelegenheit geboten wurde, von wirklich unermüdlichen und phantasievollen Mitarbeiterinnen der Fördergruppe, in der Christine arbeitete. Wir haben gemeinsam noch jede Menge Möglichkeiten entdeckt: wenn man Christine zum Beispiel gut am Rücken lagerte und ihre Füße auf einen großen, weichen Gymnastikball plazierte, begann sie diese auch zu bewegen und den Widerstand zu erproben, der sich hier bot!

Die Kunst, in der wir uns üben müssen, besteht darin, zu sehen, welche Bewegungen kann ein Mensch mit einer so schweren Behinderung durchführen, und welche Lage oder welche Situation muss ich ihm anbieten, damit daraus wirklich Bewegung und Aktion entstehen kann!

Am schönsten ist es, wenn das im Alltag geschehen kann – wie bei Herrn G., der mit Begeisterung seine Hüften streckt. Er braucht nur die entsprechende Höherlagerung der Beine, um wirklich effektiv zu einer Erleichterung der Wickelsituation beizutragen! Oder Frau S., eine 30jährige Bewohnerin, die mühevoll ins Bett gehoben wurde; nach ein paar Versuchen und der Abnahme der störenden Armlehnen am Rollstuhl gelingt es ihr gut, sich selbst aus der Sitzhaltung ins Bett zu rollen und dann auch noch bis zum Kopfteil hoch zu robben; etwas, was sie in Bewegung bringt und die Rücken der Mitarbeiter schont!!!

Wir brauchen also Bewegung, um fit zu bleiben bis ins Alter. Wann beginnt also das Alter? Das ist keine leicht zu beantwortende Frage, fest steht aber, dass wir mit zunehmendem Alter unter den Folgen lebenslanger Belastung zu leiden beginnen. Die Gelenke werden abgenutzt, besonders wenn sie fehlbelastet sind, ebenso die Bandscheiben. Wenn wir uns dann weniger bewegen, wird die Muskulatur schwächer und die Durchblutung schlechter, die Knochen werden poröser infolge mangelnder Belastung. Dies alles multipliziert sich natürlich bei einem schwer behinderten Körper, tatsächlich haben wir es mit diesen „Alterserscheinungen“ bei Menschen mit Behinderung oft schon sehr bald zu tun. Auch bei Menschen, die gehfähig sind, werde ich oft gerufen, wenn sie so um die vierzig sind. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen erzählen dann, dass sie weniger aktiv sind, weniger gehen wollen und ganz allgemein „abbauen“.

Wenn es einmal soweit gekommen ist, ist es natürlich nicht zu spät, mit Bewegung zu beginnen, aber es ist viel schwieriger, als in Bewegung zu bleiben!

Menschen mit schweren und schwersten Behinderungen werden von uns zu Bewegungslosigkeit verdammt, wenn wir sie nicht adäquat unterstützen!

Es ist meine Vision, im Diakoniewerk durch gezieltes Coaching der Physiotherapie alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen kompetent dafür zu machen, Menschen mit Behinderung im Alltag bestmöglich in ihrer individuellen Bewegungsfähigkeit zu unterstützen. Eine weitere Möglichkeit bieten wir mit der SeniorInnengymnastik für Menschen mit Beeinträchtigung an – wertvolle Beiträge zum Sich-Wohlfühlen auch in einem schwer geschädigten Körper!

Kontakt:

Gabriela Schubert, g.schubert@diakoniewerk.at

Dr. Brigitte Tegl, St. Pölten

„Ich fühl' mich wohl ...“ Ein Bildungsprojekt zur Gesundheitsförderung für Menschen mit kognitiver Behinderung der Caritas St. Pölten.

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Ich darf Ihnen heute ein Projekt vorstellen, welches wir (Bereich für Menschen mit Behinderung, Caritas St. Pölten) in den Jahren 2007-2009, großteils finanziert aus Eigenmitteln, mit allen KlientInnen durchgeführt haben. Wir begleiten in unseren Werkstätten 684 Menschen mit kognitiver Behinderung, in den Wohneinrichtungen incl. Begleitetem Wohnen 242 Menschen und das mit 684 MitarbeiterInnen. Die besondere Herausforderung in unserer Begleitung besteht u.a. in der Verstreutheit unserer Einrichtungen in halb Niederösterreich. Von Lilienfeld im Süden bis Schrems im Norden von NÖ. Das Zusammenkommen und Vernetzen gestaltet sich in diesen Dimensionen oft als logistische Herausforderung, die wir aber gerne als solche annehmen und ja mittlerweile auch schon einige Erfahrungen damit haben.

Das Konzept der Begleitung ist sehr geprägt vom Ansatz der Normalisierung der Lebensbereiche. Deshalb werde ich im Folgenden die KlientInnen aus den Werkstätten „MitarbeiterInnen“ nennen, KlientInnen, die auch unser Wohnangebot nutzen, nennen wir „BewohnerInnen“.

Die Idee zum Projekt kam eigentlich aus einem anderen Bereich der Caritas St. Pölten, nämlich dem Bereich „Psychosoziale Einrichtungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen“ (PSE), die sich auf einer Fachtagung mit der Gesundheit und medizinischen Versorgung ihrer Zielgruppe auseinandergesetzt haben. Wir wollten das über unsere Zielgruppe auch wissen, eine Fachtagung war uns jedoch zu wenig. Wir wollten einerseits Einblick bekommen in dieses Feld der Gesundheit und andererseits auch gleich Angebote setzen, denn - das vermuteten wir mal - besonders toll ist das Angebot im Bereich Gesundheit, medizinische Betreuung etc. für Menschen mit kognitiver Behinderung nicht.

Ein Projektteam wurde zusammengesetzt:

Die Projektleitung übernahm Michi Engel, unsere Bereichsleiterin für den Bereich Bildung und Freizeit, Projektkoordinatorin war Gertraud Zeilinger, die schon bis dato als Lehrwartin für Mentalbehindertensport Angebote gesetzt hatte, und dann kamen noch das wirtschaftliche Controlling (Christina Wollte) und meine Wenigkeit in der Funktion des fachlichen Controlling dazu.

Laut Projektmanagement formuliert man in einem Projekt das eigentliche Ziel. Klingt so einfach, ist es aber letztendlich nicht....

Wir wussten zwar, was wir mit dem Projekt erreichen wollten; es zu formulieren - und das möglichst klar und deutlich in einem Satz - hat dann doch einige Zeit und Diskussionen gebraucht. Das Ergebnis war Folgendes:

Projektziel ist die nachhaltige Sensibilisierung der von der Caritas St. Pölten begleiteten Menschen mit Behinderungen und ihres nahen sozialen Umfeldes hinsichtlich eines gesundheitsbewussten Lebens.

Wir wussten auch, was uns nicht passieren sollte: missionieren, drohen, täuschen, fremdbestimmen...

Wir **wollten informieren und sensibilisieren** und die Entscheidung unserer KlientInnen für oder wider oder so halb für einen gesunden Lebensstil anerkennen.

Und dann ging's an das **WAS!** Welche Inhalte sollten wir transportieren ?

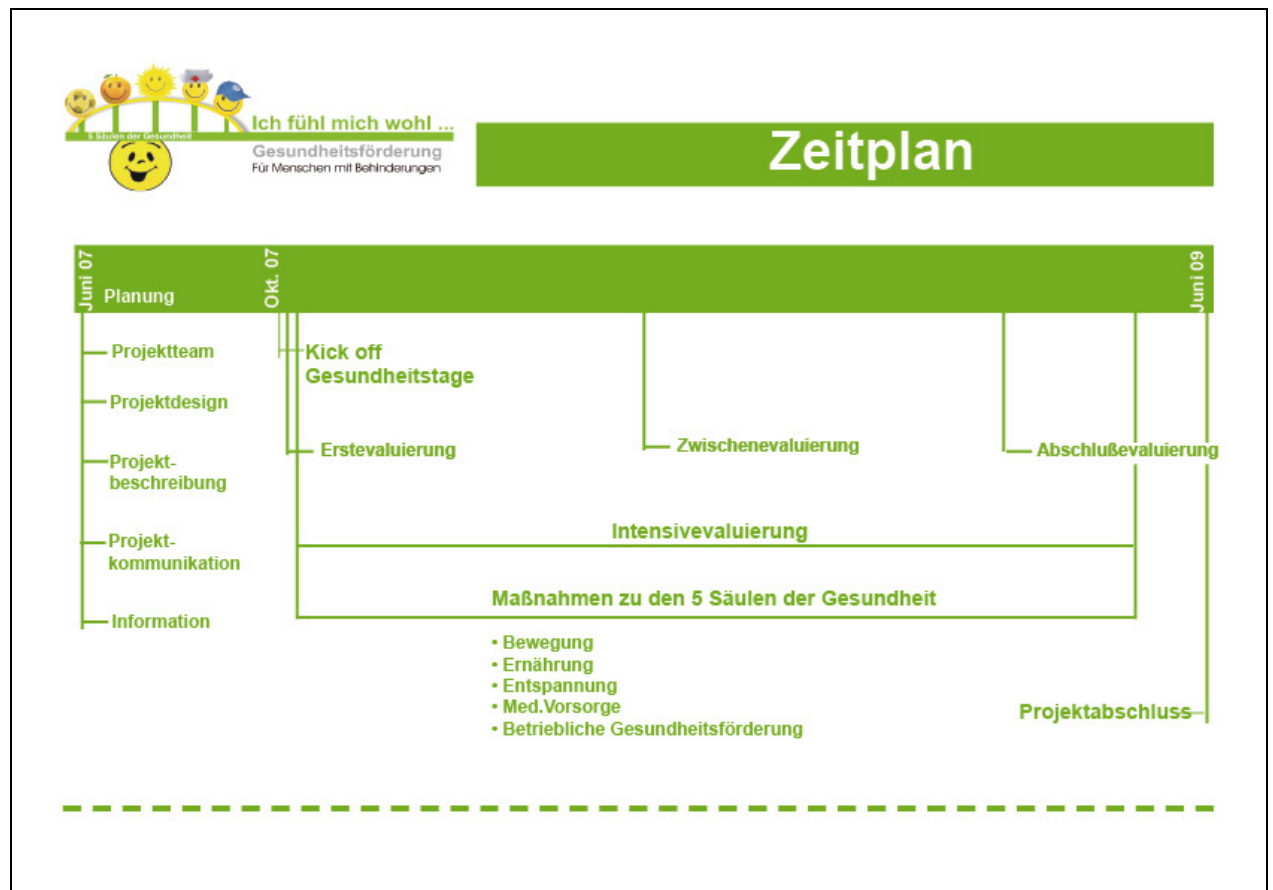
Wir entschieden uns für die umfangreiche Variante, wollten keinen Bereich der Gesundheit ausschließen und einigten uns auf die **5 Säulen der Gesundheit:**

Bewegung – Ernährung – Entspannung – medizinische Vorsorge – betriebliche Vorsorge

Diese 5 Säulen wurden auch symbolisch dargestellt, um auch jenen Menschen mit Behinderung, für die Worte nicht lesbar sind, im Sinne der unterstützten Kommunikation Zuordnungen zu ermöglichen.

Durch verschiedene Angebote und Interventionen wollten wir unter den Aspekten der Nachhaltigkeit, Bewusstseinsbildung und Eigenverantwortung 2 Jahre lang den Fokus auf gesundes Leben setzen.

Der Projektplan



Bei der **Projektkommunikation** wurde darauf geachtet, die Inhalte – wenn verbal- möglichst auf den Punkt gebracht und verständlich zu transportieren und im Sinne der unterstützten Kommunikation mit vielen Bildern und Symbolen zu arbeiten (siehe Logo). Weiters war es uns ein Anliegen, möglichst direkt mit den KlientInnen zu kommunizieren – so wurden z.B. die Einladungen für den Projektstart direkt an sie verschickt und nicht über die Einrichtungen verteilt. Dies sollte das erste Signal in Richtung „Eigenverantwortlichkeit“ sein.

Der **Kick Off des Projektes** waren die **regionalen Gesundheitstage** in Zwettl, Krems und Mank, bei denen alle Zielgruppen (KlientInnen, BetreuerInnen, Anghörige) eingeladen waren. Nicht nur die Leitung der Caritas und des Bereiches war anwesend, sondern auch immer die politischen Vertreter der Stadt. Dies war uns im Sinne der Information von politischen Entscheidungsträgern wichtig – besonders wenn wir an die medizinische Gesundheitsvorsorge für Menschen mit Behinderungen denken.

Bei diesen Gesundheitstagen konnten die KlientInnen außerhalb des offiziellen Eröffnungsparts, bei dem das Projekt vorgestellt wurde, an verschiedenen Stationen, die den einzelnen Säulen der Gesundheitsvorsorge gewidmet waren, die ersten Erfahrungen sammeln. Manche Stationen dienten gleichzeitig der Erstevaluierung – so gab es die Möglichkeit seinen Body-Maß-Index (BMI) berechnen zu lassen, seinen Blutdruck zu messen oder den Blutzucker zu bestimmen.

Jeder Klient erhielt eine Projektmappe mit einer Grundinformation, einem Seminarangebot und einem Fragebogen für die Erstevaluierung, in den alle erhobenen Werte eingetragen wurden.

Die Gesundheitstage wurden unter Mithilfe örtlicher Schulen, des Bereiches für Betreuen und Pflegen der Caritas St.Pölten und vieler anderer HelferInnen durchgeführt. Die Firma NÖM unterstützte uns mit Milchprodukten.

Nach dem Projektstart begannen wir mit den **Angeboten zu den einzelnen Säulen der Gesundheit:**

Bewegung: Sommersportwochen, Wintersportwochen, Wanderwochenenden, Erlebniswochenende (Rafting)

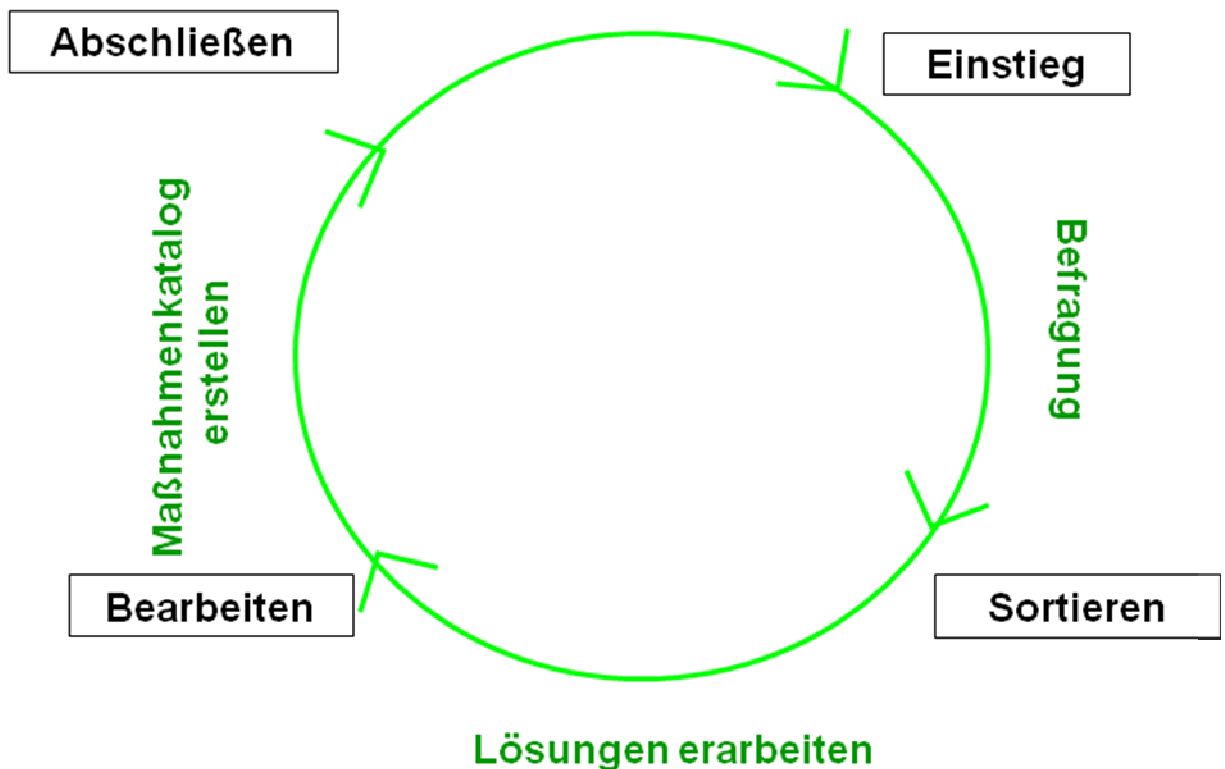
Ernährung: Die Seminare „Chips oder Salat“ – hier bildeten wir eigene MultiplikatorInnen aus und schafften es – als leider einziges Angebot – auch ein Seminar für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf anzubieten.

Entspannung(Psychohygiene) : Wohlfühlwochenenden, Seminar „Tratschen, Plaudern, Sprechen“, Selbstverteidigungskurs, Seminar „Heute schon gelacht?“, Seminar „Es stinkt mich an“, Seminar „Streit vermeiden“. Seminar „Ich traue mich...“, Seminar „Woher weißt du was ich will?“ (eine Erfahrung, die wir dabei machten, ist, dass Kurzurlaube von 3 Tagen besonders gerne angenommen werden; es ist finanziell gut leistbar und ein überschaubarer Zeitrahmen!)

Medizinische Vorsorge: Dies war jener Bereich, wo wir uns am schwersten taten, Personen für Vorträge, ... zu finden. Ein Angebot, welches bei uns jedoch regelmäßig seit Jahren im Bildungsangebot vorhanden ist und zu dieser Kategorie zählt, ist der Kurs „Erste Hilfe Spezial“ – vor Jahren in Kooperation der Caritas St.Pölten mit dem Österreichischen Roten Kreuz konzipiert.

Betriebliche Gesundheitsförderung: Auf das Angebot zu dieser Säule sind wir besonders stolz, weil es hinsichtlich der Erwartungen, die wir an dieses Projekt hatten (Nachhaltigkeit, Eigenverantwortung, Bewusstseinsbildung) besonders gut gelungen ist.

Wir beschlossen **Gesundheitszirkel** in allen Werkstätten gemeinsam mit den Werkstattvertretern durchzuführen. Unsere Projektkoordinatorin Gerti Zeilinger verbrachte insgesamt einige Wochen damit, mit den WST- Vertretern Unzufriedenheiten unter den Mitarbeitern in den Werkstätten aufzuspüren und die Lösungsvorschläge mit ihnen zu besprechen.



Ein weiteres Angebot zu dieser Säule, welches nachhaltige Wirkung zeigt, war das – in den Werkstätten direkt durchgeführte – Sensibilisierungsprogramm von Kurt Wimmer zu richtiger und ausgleichender Bewegung am Arbeitsplatz genannt „**Fit im Job**“. Er kam mit einem Skelett, über welches die KlientInnen heute noch reden oder über welches sie die Assoziation mit dem ganzen Programm wahrscheinlich auch noch nach Jahren herstellen können.

Das ganze Projekt wurde in 3 Durchgängen evaluiert: Erstevaluierung, Zwischenevaluierung und Endevaluierung.

Mit einer kleineren Gruppe erfolgte auch eine Intensivevaluierung (wöchentliche Erhebung durch die zuständigen BegleiterInnen)

Die Evaluierung erfolgte durch einen Fragebogen, der zum Großteil über Bilder dargestellt wurde. In der Erstevaluierung wurden auch einige medizinische Parameter erhoben.

Ergebnis der Evaluierung:

Es haben sich die medizinischen Parameter im Schnitt nicht verändert, aber einige KlientInnen haben in dieser Zeit deutlich abgenommen. Der Wissenstand in bezug auf eine gesunde Lebensweise war schon in der Erstevaluierung sehr hoch (hier schlägt vermutlich das „Schulwissen“ zu). Am wenigsten wurde z.B. gewusst, dass es gesünder ist, im Schatten zu liegen als in der Sonne.

Durch die Evaluierung wurde deutlich (eine bestätigte Vermutung!), dass über 50 % unserer KlientInnen regelmäßig Medikamente einnehmen. Ebenso konnten Unterschiede zwischen den Wohnformen herausgefunden werden. So rauchen z.B. am ehesten KlientInnen, die ambulante Wohnbegleitung in Anspruch nehmen.

Der Projektabschluss wurde wieder regional durchgeführt. Alle KlientInnen waren eingeladen, sich bei diesen Veranstaltungen zurück zu erinnern, Interviews am Podium wurden gemacht und es wurde gemeinsam gegessen (nicht nur Salat ;-)

Darauf sind wir stolz:

- Die Vielfalt der Angebote, die gerne angenommen wurden
- Die Nachhaltigkeit des Bewusstseins, die die Angebote hervorgerufen haben – nicht nur bei der Primärzielgruppe der KlientInnen, sondern auch bei uns selbst!
- Der 1. Platz des NÖ Gesundheitsvorsorgepreises in der Kategorie „Betriebe“. Die Statue der Hygia steht seitdem im Eingangsbereich der Aula der Zentrale in St. Pölten.

Ich möchte dieses Projekt zur Nachahmung empfehlen, und wir sind alle gerne bereit, detailliert Auskunft zu geben, wenn sich eine Organisation dazu entschließt !

Kontakt:

Dr. Brigitte Tegl, brigitte.tegl@stpoelten.caritas.at

Iris Hanousek-Mader, Enns

Theater – der Mensch erfährt sich als Einheit

Die Theaterwerkstatt Malaria ist seit 2001 ein Arbeitsbereich der Kunst- und Kulturgruppen im Diakoniewerk Gallneukirchen. 11 SchauspielerInnen arbeiten von Montag bis Donnerstag von 8 bis 11 Uhr 30 im Proberaum/Mehrzweckraum des Zoars, Gaisbacherstraße 12, 4210 Gallneukirchen.

Stefan Mann, Ruth Oberhuber, Brigitte Koxeder, Sabine Schiffler, Heidelinde Hammer, Josef Landl, Kurt Engleder, Florian Gerstl, Herbert Kastner, Herwig Hack, Niki Kroiss

3 Mitarbeiterinnen - Iris Hanousek-Mader (Regie und Theaterpädagogin, Spielpädagogin), Maria Hojdar (Kunst- und Kulturpädagogin), Ursula Buttinger (Tanz- und Bewegungspädagogin) begleiten, assistieren und arbeiten mit den KünstlerInnen.

Inhaltlich gibt es 3 Schwerpunkte in der Theaterwerkstatt

- Bildung
(Persönlichkeitsbildung, Kulturtechniken, Techniken auf der Bühne, Theatergeschichte, Bewegung, Wahrnehmungsschulung - Körper, Gesellschaft, Philosophie, Sprache – Kommunikation...)
- Vernetzung mit den regionalen und internationalen Trägern der Kulturlandschaft
(verschiedene Festivals, Theater, KünstlerInnen, internationale Workshops...)
- Produktionen von Stücken, kreativen Werken und Projekten

Wir steigen mit Hilfe der Stanislavsky Basisübung „Apfel“ in das Thema Theater ein.

Durch das Training werden die verschiedensten Areale bzw. Bereiche im Gehirn auf Bereitschaft gebracht und vernetzt. (z. B. Wernicke Areal, Motorik, Augensinn, Hörsinn, Kognitive Bereich...)

Wir nehmen den Apfel in die Hand, betrachten ihn, schauen auf seine Struktur, fühlen seine Haut und Temperatur, dann schließen wir die Augen und riechen an ihm, dann bewegen wir den Apfel zwischen den beiden Handflächen hin und her, fühlen seine Form, balancieren den Apfel, wir überlegen woher er kommt, wie sein Baum aussieht, welche Geschichten wir über den Apfel kennen (Adam und Eva, Wilhelm Tell...), dann öffnen wir die Augen und beißen rein, wir schmecken ihn, nehmen wahr wie wir von ihm abbeißen, wir überlegen, wie wir die Geschichte des Apfels oder die Botschaft des Apfels vermitteln können, welche Geschichten fallen uns noch zum Thema Apfel ein, wir legen den Apfel zur Seite und spielen alle Übungen ohne Apfel nach usw.

Anhand der letzten Theaterproduktion „Fallobst vom Olymp“ „Suche: Helden“ und des kreativen Prozesses von der Künstlerin Frau Brigitte Koxeder, lässt sich zeigen, wie positiv sich Theaterarbeit auf die Gesundheit der Darstellerinnen auswirkt.

Der Mensch erfährt sich als Einheit und zugleich erlebt er sich als einen wichtigen Baustein eines gemeinsamen kreativen Prozesses.

Durch Wahrnehmungsübungen, das Bewegungstraining und durch den ganzheitlichen Ansatz der Persönlichkeitsschulung wird das Selbstkonzept verbessert. Daraus erfolgt eine Stärkung des

Selbstwertgefühls. Grenzen und Talente werden erfahren und der Umgang mit sich selbst in verschiedenen Situationen geübt. Die Schauspieler kommen untereinander in Kontakt, sie erleben Gemeinschaft und Ensemblearbeit. Man lernt sich mitzuteilen und eigene Botschaften klar an die Empfänger zu übermitteln.

Verschiedenste Areale im Gehirn werden vernetzt und der Trainierende ist bereit, neue Informationen aufzunehmen.

Darüber hinaus leistet der Theaterpädagoge mittels der Theaterarbeit wichtige Prävention für die Erhaltung der Gesundheit der Künstlerinnen. So ist eine Früherkennung von Krankheiten oder eines Förderbedarfes durch die komplexen Spiele sehr bald möglich.

Bei Frau Brigitte Koxeder wurde klar, dass sie ein gut funktionierendes Hörgerät benötigt, damit sie an der Spielvorlage mitarbeiten bzw. an der Kommunikation in der Gruppe teilhaben konnte. Weiters bekam sie Hilfe um ihre Raumkoordination zu verbessern. Das führte zu weniger Stürzen und Zusammenstößen bei der Probearbeit.

Grenzen ihrer Handlungen im Alltag und ihre Talente wurden Brigitte durch die sozialen Spiele im Ensemble bald bewusst. Sie war seit 2 Jahren die Interessensvertreterin des Theater Malarias und war früher immer bereit für das Ensemble alle Aufträge, die an sie gerichtet waren, zu erfüllen. Seit nunmehr einem halben Jahr hat sie gelernt auch nein zu sagen. Sie hat sich gegen eine weitere Interessenvertretung der Gruppe entschieden, damit sie sich mehr ihrer Arbeit als Schriftstellerin widmen konnte. Die Vertretung anderer hatte sie in emotionale Konflikte gestürzt, die sie nie wollte.

Am Anfang ist nichts als der Mensch selbst. Durch kreative Prozesse und Arbeit erschafft er Figuren, Handlungen, Geschichten, Themen und letztendlich entstehen die Endprodukte = künstlerische Werke.

Am Anfang steht der Mensch, der durch Arbeit und die Experimente ein Kunstwerk schafft. Das trainiert das Durchhaltevermögen, denn es gibt nicht nur Erfolge, sondern auch Durststrecken. Als Mensch bin ich nicht nur hilflos. Ich kann etwas bewegen mir selbst Hilfe geben. Das Urvertrauen wird gestärkt und wirkt sich positiv auf das Privatleben aus. Das Ensemble unterstützt sich gegenseitig. Man trägt sich gemeinsam zur Präsentation. Die Gemeinschaft wird erlebt.

- Brigitte konnte aus Erfahrungen die sie von Flüchtlingen sammelte, für die Umsiedelung in ihr neues Zuhause profitieren.
- Sie hat erfahren, dass man auch an anderen Orten Freunde gewinnen kann, wenn man offen auf Menschen zugeht.
- Sie wurde durch den Umzug ins Dorf selbstständiger und erledigt heute kleine Botengänge für ihre Mutter und sich selbst.

Die ganzheitliche Erarbeitung eines Themas bildet die Persönlichkeit.

Brigitte zeichnet Themen und Figuren aus der griechischen Mythologie, sie baut mit dem Künstler Bernhard Engeljählinger eine dreidimensionale Installation und einen Bühnenraum zu ihrer Figur „Medea“. Dabei spielt der Text eine große Rolle. Sie entscheidet, dass Medea ihre Kinder nicht umbringt, sondern dass durch den Konflikt den Medea mit den Göttern hat, sie ihre Kinder verliert. Die Götter strafen sie mit einer Amnesie. Medea weiß nicht mehr, wo sie ihre Kinder vor dem Krieg versteckt hat und sucht ihren NCHWUCHS das ganze Stück hindurch; bis sie die Kinder am Ende findet.

Brigitte imitiert in den Proben Mütter und flüchtende Frauen, versucht Fluchtsituationen zu improvisieren. Sie erschafft innere Bilder für sich, um die Botschaft für ihr Publikum wiederum in Form von Bildern klar rüber zu bringen. Sie wählt ihre ästhetischen Ausdrucksmittel selbst. Folgendes Gedicht wurde von Brigitte Koxeder verfasst und beschreibt den Gemütszustand ihrer Rolle.

Medea

Der Krieg ist vorbei, wenn die Soldaten das Land verlassen

Gedankenreise auf der Flucht.
Wie ein Flüchtling seine Heimat sucht.
Niemand hilft mir.
Wo kann ich was zu essen kaufen.
Wie weit muss ich jetzt noch laufen.

Der Krieg ist vorbei, wenn die Soldaten das Land verlassen

Jeden Tag und jeden Morgen.
Mit meinen beiden Söhnen, diese schweren Sorgen.
Im trojanischen Krieg, laufen auch Soldaten.
Auch ich als Medea werde verraten.

Der Krieg ist vorbei, wenn die Soldaten das Land verlassen

Hera, die Böse, sie nimmt mich fest und führt mich zur Gewalt.
Ich fühle kein Ende und keinen Halt.
Nun seht her.
Wie ein armer Flüchtling lebt und wie er ist.
Weil er viele Freunde, die er liebt vermisst.

Der Krieg ist vorbei, wenn die Soldaten das Land verlassen

Wüsste ich für meine Kinder hier ein Versteck.
Würde ich nicht finden einen weiten Weg.
Ich gehe zu König Midas, als Beschützer meiner Kinder.

Der Krieg ist vorbei, wenn die Soldaten das Land verlassen.

Brigitte Koxeder

lyrischer Text verfasst während des Entstehungsprozesses 2006

Rollenspiel sorgt für Spannungsabbau, dient der Psychohygiene, bringt aufgestaute Energie zum Fließen und steigert das soziale Wohlbefinden.

Durch Oral History der Figuren schaffen wir Empathie für unsere Mitmenschen. Probleme werden spielerisch bearbeitet, dadurch entstehen kreative Lösungen. Soziale Theaterformen wie das Forumtheater, Psychodrama, Erzähltheater etc. unterstützen den Schauspieler bei Wahrnehmung von verschiedenen Situationen, Handlungen, Beziehungen und Systemen in der Gesellschaft.

Das Kennenlernen der Archetypen C.G. Jung und die Spiele (Günter Lösel) schafft nicht nur große Hilfen für den Einstieg in Rollen, sondern schafft auch eine differenziertere Wahrnehmung meiner Rolle. (Held, Kaiser, Mentor, Kinde, Animus...)

Durch den bewussten Ein- und Ausstieg aus Rollen und Situationen auf der Bühne lerne ich Strategien für den Umgang mit Menschen im Alltag und das dient natürlich auch der persönlichen Psychohygiene.

Durch Gespräche mit Flüchtlingsorganisationen und den Patienten des Unfallkrankenhauses wurde Brigitte Koxeder vermittelt, dass viele Menschen schwere Schicksalsschläge hinnehmen mussten und sich wieder ins Leben zurück kämpfen mussten. Gesundheit bedeutet auch Arbeit für Körper Seele und Geist. Seit dem nimmt Brigitte wahr, wie Menschen in ihrem Umfeld sie schützen und schätzen und sie selbst an sich arbeiten muss und gesund zu bleiben.

Theater ist für Kontemplative und Agierende gleichermaßen gut geeignet.

Der Kontemplative, besonders die Philosophen unter den Schauspielerinnen lernen zu agieren und der/die aktiven Künstlerinnen lernen inne zu halten, denken nach, entwerfen Rollen und Handlungen, sonst würden Stücke nicht entstehen können.

Woher komme ich, wohin gehe ich, wer bin ich, was möchte ich usw. das sind Fragen die uns nicht nur auf der Bühne beschäftigen, sondern auch im privaten Bereich uns täglich begleiten. Sie sind wichtiger Teil unseres „Ich“s. Ich suche nach sinnvoller Betätigung. Ich will meine Welt schaffen und warte auf den Dialog des Zusehers, des Betrachters, des Lesers. Theater benötigt den öffentlichen Raum, übersteigt Grenzen, bringt Tabus zu Fall und unterwirft sich keinen Konventionen. Das Theater gibt Sinn und ist dennoch zweckfrei, ist keine dialektische sondern eine paradoxe, komplexe Welt.

Brigitte hat gelernt ihre Bilder und Botschaften bewusster zu setzen und mit Hilfe ihrer ästhetischen Mittel ihren persönlichen Ausdruck zu finden. Sie kann mit Hilfe ihrer Literatur Menschen zum Dialog begeistern, die früher vor ihren Redeschwall geflohen sind.

Kontakt:

Iris Hanousek-Mader, i.hanousek_mader@diakoniewerk.at

Die ReferentInnen

Iris Hanousek-Mader, Enns

Studium der Theaterwissenschaften in Wien; Regiestudium bei Glück und Ganser; Actorstudio bei George Tabori; Schauspielerin bei verschiedenen Theatergruppen; Studium der Theater- und Spielpädagogik an der Pädagogischen Akademie in Linz; Praktikum bei Augusto Boal (Forumtheater, Drama in Education, Erzähltheater).

Theaterkurse für Kinder; Freizeit- und Kulturpädagogin im Diakoniewerk; Gründung und Begleitung des Theater Malaria als Regisseurin und Theaterpädagogin.

Prof. Dr. Theo Klauß, Heidelberg

Studium der Theologie und Psychologie, promoviert in Pädagogik. Von 1976 bis 1996 Mitarbeit in verschiedenen Feldern der Hilfen für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung der Diakonie. Seit 1996 Professor für Geistigbehindertenpädagogik an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg. Fachliche Schwerpunkte: Bildung für Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung, Autismus und besondere Verhaltensweisen, Altwerden und Pflege, Familien von Kindern mit Behinderungen u.a.m.

Ehrenamt: Vorsitzender der Lebenshilfe Heidelberg, Mitglied im Bundesvorstand der Lebenshilfe Deutschland, Stellv. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB).

Martina Marchewa, Linz

Diätologin, seit 2000 im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz tätig. Auf freiberuflicher Basis zusätzlich diverse Unterrichts- und Vortragstätigkeiten sowie Ernährungsberatungen, u.a. im Diakoniewerk.

Brigitte Marty-Teuber, Will

Studium der Logopädie an der Universität Fribourg, Vizepräsidentin von Kinaesthetics Schweiz, Kinaesthetics-Trainerin Stufe 3, Kinaesthetics-Trainerin Kreatives Lernen Stufe 2, Ausbildung zur Kinaesthetics Ausbilderin. Seit 2001 als selbständig erwerbende Kinaesthetics-Trainerin tätig mit Schwerpunkt Behindertenbereich. Seit 2006 Geschäftsführung Kinaesthetics Schweiz.

Rektorin Mag.^a Christa Schrauf, Gallneukirchen

Evangelische Theologin (Studium in Wien und Zürich) und langjährige Gemeindepfarrerin in Großpetersdorf und Graz; seit Oktober 2008 Rektorin des Evangelischen Diakoniewerkes Gallneukirchen; vielfältige Vortrags- und Diskussionstätigkeit zu feministisch-theologischen, gesellschaftspolitischen sowie jüdisch-christlichen Themen.

Gabriela Schubert, Gallneukirchen

Ausbildung als Physiotherapeutin und in Bobath-Therapie; langjährige Tätigkeit als Physiotherapeutin, zunächst im Institut Hartheim, seit 1983 im Diakoniewerk. Mitarbeit in der Bobath-Ausbildung in St. Isidor und Wien, zunächst als Praktikumsleiterin, dann auch als Dozentin für die Arbeit mit Menschen mit schweren und schwersten Behinderungen. Leitung der Fachgruppe Physiotherapie im Therapiezentrum des Diakoniewerkes, Dozentin an der Schule für Sozialbetreuungsberufe des Diakoniewerkes in Gallneukirchen.

Dr. Brigitte Tegl, St. Pölten

Doktoratsstudium der Psychologie und Humanbiologie an der Universität Wien, 1985 Dissertation in der Strafvollzugsanstalt Stein. Seit 1986 in verschiedenen Funktionen im Bereich für Menschen mit Behinderungen bei der Caritas der Diözese St.Pölten, derzeit im Bereich des fachlichen Controllings. Lehrtätigkeit an der SOB St.Pölten und SOB Horn im Bereich der Ausbildung der Diplom- und FachsozialbetreuerInnen für Alten- und Behindertenarbeit.

Dr. Walter Wührer, Salzburg

Medizinstudium in Innsbruck und Wien; Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin an der Universitätsklinik Salzburg; Tätigkeit an der Universitätsklinik für Innere Medizin mit Kardiologie der Universitätsklinik Salzburg; Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Allgemein-, Familien und Präventivmedizin Salzburg; Niederlassung als Allgemeinmediziner in Salzburg u.a. mit den Schwerpunkten Vorsorgemedizin, Ernährungsmedizin, Trainingsberatung und Traditionelle Chinesischer Medizin.