

Heilpädagogik

Die Fachzeitschrift im Internet

online

Beiträge:

Karin Paireder und Mathilde Niehaus

Diversity Management als betrieblicher Integrationsansatz
für (ausländische) Mitarbeiter/innen mit Behinderungen

Georg Theunissen

Depression und Geistige Behinderung

Sven Bölte, Sarah Wörner und Fritz Poustka

Kindergarten, Schule, Beruf: Die Situation in einer
Stichprobe von Menschen mit autistischen Störungen

Rezensionen

Veranstaltungshinweise

Inhalt

Editorial	2
Karin Paireder und Mathilde Niehaus Diversity Management als betrieblicher Integrationsansatz für (ausländische) Mitarbeiter/innen mit Behinderungen	4
Georg Theunissen Depression und Geistige Behinderung.....	34
Sven Bölte, Sarah Wörner und Fritz Poustka Kindergarten, Schule, Beruf: Die Situation in einer Stichprobe von Menschen mit autistischen Störungen	70
Rezensionen	84
Veranstaltungshinweise	92
Über die Autoren	96
Hinweise für Autoren.....	98
Leserbriefe, Forum und Gästebuch.....	99

Heilpädagogik online 01/ 05
ISSN 1610-613X

Herausgeber und V.i.S.d.P.:

[Sebastian Barsch](#)
Lindenthalgürtel 94
50935 Köln

[Tim Bendokat](#)
Hohenzollernstr. 18
44135 Dortmund

[Markus Brück](#)
Lida-G.-Heymann-Str. 13
50321 Brühl

Erscheinungsweise: 4 mal jährlich

<http://www.heilpaedagogik-online.com>

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

wir freuen uns, Ihnen die erste Ausgabe von *Heilpädagogik online* im Jahr 2005 präsentieren zu können und denken, Ihnen damit auch diesmal wieder eine thematisch vielfältige und interessante Lektüre anzubieten.

Ausländische Menschen mit Behinderungen finden in der deutschsprachigen Heil- und Sonderpädagogik bislang noch wenig Beachtung. Karin Paireder und Mathilde Niehaus stellen den Ansatz des Diversity Managements vor, der auf eine besondere Wertschätzung und Förderung der Vielfalt im betrieblichen Alltag abzielt und prüfen, welche Vorteile dieser Ansatz ausländischen Mitarbeitern mit Behinderungen bieten könnte.

Depressionen gelten als eine häufig zu beobachtende psychische Störung bei Menschen mit geistiger Behinderung, jedoch wirkt sich diese Tatsache noch zu wenig auf die Arbeit mit diesem Personenkreis aus. Georg Theunissen stellt aktuelle Erkenntnisse aus der Depressionsforschung bezogen auf Menschen mit geistiger Behinderung vor und diskutiert daraus zu ziehende Konsequenzen für die heilpädagogische und therapeutische Arbeit.

Sven Bölte, Sarah Wörner und Fritz Poustka stellen die Ergebnisse einer deskriptiven Studie über die Situation von Menschen mit autistischen Störungen in Kindergarten, Schule und Beruf vor.

Im Anschluss an die Artikel finden Sie – wie immer – Veranstaltungshinweise und Rezensionen sowie Informationen zu den Autoren dieser Ausgabe.

Sie finden Besprechungen folgender Bücher:

Von Gerhard Tulodzieki und Bardo Herzig: „Handbuch Medienpädagogik, Band 2: Mediendidaktik“ (Sebastian Barsch), C.A. Essau und J. Conradt: „Aggression bei Kindern und Jugendlichen“ (Tim Bendokat) und Conny Rapp: „Außergewöhnlich“ (Markus Brück).

Möchten Sie unseren Lesern Veranstaltungshinweise geben, so können Sie uns Termine per Mail an termine@heilpaedagogik-online.com mitteilen.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre und ein erfolgreiches und gutes Jahr 2005,

Sebastian Barsch

Tim Bendokat

Markus Brück

Karin Paireder und Mathilde Niehaus

Diversity Management als betrieblicher Integrationsansatz für (ausländische) Mitarbeiter/innen mit Behinderungen

Trotz der kumulierenden Benachteiligung wird der Gruppe der ausländischen Menschen mit Behinderungen keine gesonderte Beachtung geschenkt. Angesichts steigender Zahlen der Arbeitslosigkeit und Personalabbau-Wellen geht es im Zusammenhang mit der beruflichen Teilhabe vor allem um die Chancen der Weiterbeschäftigung. Gerade hier gilt es deshalb nach Ansätzen zu suchen, die zur Integration von (ausländischen) Mitarbeiter/innen mit Behinderung in Unternehmen positiv beitragen können. In den USA hat in den letzten Jahren ein neuer Ansatz Einzug in Unternehmen gehalten, welcher nun auch immer mehr im europäischen Raum für Diskussionen sorgt. *Diversity Management* beschreibt den neuen Ansatz, mit dessen Hilfe eine positive Atmosphäre der Vielfalt im betrieblichen Alltag gefördert werden soll. Dabei setzt dieses Prinzip vor allem auf die Wertschätzung von Unterschiedlichkeit unter den Mitarbeiter/innen - Unterschiede zwischen Menschen hinsichtlich ihrer Nationalität, Sprache, Religion, Sexualität, physischen Konstitution oder ihres Geschlechts. Dieser Ansatz wird auf seine Tauglichkeit für die Gruppe der (ausländischen) Mitarbeiter/innen mit Behinderung geprüft.

1. Problemstellung Ausländer- und Behindertsein

Der Anteil von Ausländerinnen und Ausländern an der Bevölkerung der Europäischen Staaten nimmt kontinuierlich zu. Wenn sich zum Fremdsein auch noch eine Behinderung dazugesellt, handelt es sich bei den Betroffenen zwar zahlenmäßig um eine eher kleine Gruppe, allerdings trifft gerade sie auf mehrere benachteiligende Faktoren aufgrund ihres Ausländer- und Behindertseins, die eine Integration erschweren. Trotz der kumulierenden Benachteiligung wird dieser Gruppe keine gesonderte Beachtung geschenkt; nicht nur, dass Ausländer/innen mit Behinderung in Statistiken amtlicher Daten unter diesen Merkmalen selten ausgewiesen werden und damit nur

vereinzelt aufscheinen, auch in gesetzlichen Regelungen und arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen wird dieser Personenkreis beinahe gänzlich übersehen. Versucht man die Zahl der Ausländer/innen mit Behinderung und ihre Situation statistisch zu erfassen, lässt sich hiervon kein genaues Bild erstellen. Es stehen nur vereinzelt (amtliche) Statistiken zur Verfügung, die Voraussetzung für eine exakte statistische Bestandsaufnahme und damit sozialpolitische Planungsgrundlage sind (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2003). Darüber hinaus haben bisher nur wenige wissenschaftliche Arbeiten die Zielgruppe der Ausländer/innen mit Behinderung zum Gegenstand gemacht.¹

Ein wichtiger Aspekt der gesellschaftlichen Teilhabe von (ausländischen) Mitarbeiter/innen mit Behinderung ist die berufliche Eingliederung. Trotz des Mangels an zuverlässigen Daten ist sich die Europäische Kommission einig, dass Frauen, Behinderte und Ausländer/innen zu den Problemgruppen auf dem Arbeitsmarkt zählen. Dass diese gesellschaftlichen Gruppen Schwierigkeiten haben, eine geeignete berufliche Qualifikation zu erwerben, Zugang zum Arbeitsmarkt zu finden und im Erwerbsleben integriert zu sein, hat die Europäische Union schon seit 1997 mit dem Vertrag von Amsterdam festgestellt. Mit diesem Vertrag wurde eine Europäische Beschäftigungspolitik initiiert und entsprechende beschäftigungspolitische Leitlinien formuliert (NIEHAUS 2000). Speziell auf den Handlungsbedarf für benachteiligte gesellschaftliche Gruppen ist die Leitlinie 7 zur „Bekämpfung von Diskriminierung und Förderung der sozialen Integration durch Zugang zur Beschäftigung“ gerichtet. Hiermit verpflichtet sich jeder Mitgliedstaat,

¹ Bei der sekundärstatistischen Analyse amtlicher Daten in Österreich von PAIREDER (2002) konnten mithilfe von Mikrozensusergebnissen für das Jahr 2000 118.000 Arbeitnehmer/innen identifiziert werden, die die Merkmale „Ausländer“ und „Behinderung“ aufweisen, das sind ca. 15% aller erwerbstätigen ausländischen Personen.

Diskriminierungen beim Zugang zum Arbeitsmarkt und zur beruflichen Bildung zu bekämpfen sowie wirksame präventive und aktive Eingliederungsmaßnahmen zu konzipieren, um ein Abdriften in die Ausgrenzung zu vermeiden. Jeder Mitgliedstaat wird „geeignete Maßnahmen treffen, um den Bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen, Angehörigen ethnischer Minderheiten und Wanderarbeitnehmern im Hinblick auf ihre Integration in den Arbeitsmarkt gerecht zu werden“ (NATIONALER BESCHÄFTIGUNGSPOLITISCHER AKTIONSPLAN 2001). Es werden zwar Ziele und Initiativen für die Gruppe der Ausländer einerseits und für Behinderte andererseits von den jeweiligen Mitgliedsstaaten entwickelt, aber es werden keine spezifischen Maßnahmen für Ausländer/innen mit Behinderung benannt. Hier fehlen Vorschläge und Konzepte zum Umgang mit den kumulierenden Problemlagen. Angesichts steigender Zahlen der Arbeitslosigkeit und Personalabbau-Wellen geht es im Zusammenhang mit der beruflichen Integration vor allem um die Chancen der Weiterbeschäftigung. Gerade hier gilt es deshalb nach Ansätzen zu suchen, die zur Integration von (ausländischen) Mitarbeiter/innen mit Behinderung in Unternehmen positiv beitragen können. Die Internationale Arbeitsorganisation (ILO 2002) hat dazu einen „Code of practice on managing disability in the workplace“ herausgegeben.

In den USA hat in den letzten Jahren ein neuer Ansatz Einzug in Unternehmen gehalten, welcher nun auch immer mehr im europäischen Raum für Diskussionen sorgt. *Diversity Management* beschreibt den neuen Ansatz, mit dessen Hilfe eine positive Atmosphäre der Vielfalt im betrieblichen Alltag gefördert werden soll. Dabei setzt dieses Prinzip vor allem auf die Wertschätzung von Unterschiedlichkeit unter den Mitarbeiter/innen - Unterschiede zwischen Menschen hinsichtlich ihrer Nationalität, Sprache,

Religion, Sexualität, physischen Konstitution oder ihres Geschlechts.

In der deutschsprachigen Literatur und in wissenschaftlichen Diskussionen wurde ‚Diversity Management‘ jedoch in Bezug auf die Integration von (ausländischen) Mitarbeiter/innen mit Behinderung nur ansatzweise von STUBER (2004) rezipiert. In der Praxis beruft sich das Unternehmensforum – Unternehmerisches Handeln für und mit behinderten Menschen (www.unternehmensforum.org) – auf dieses Diversityprinzip. Ziel der folgenden Abhandlung ist es deshalb, der Frage nachzugehen, ob Diversity Management ein neuer Ansatz sein könnte, der zur Optimierung der Integration von (ausländischen) Mitarbeiter/innen mit Behinderung im Unternehmen beiträgt.

2. Diversity Management in Unternehmen

2.1 Das Konzept von Diversity Management

2.1.1 Der Begriff Diversity

Bevor man sich mit dem konzeptuellen Rahmen von Diversity Management auseinandersetzt, ist es notwendig zu definieren, was unter dem Begriff „Diversity“ (dt. Vielfalt) in der Literatur verstanden wird. Hierbei findet man ebenso wie bei vielen anderen Begriffen keine einheitliche Begriffsbestimmung. Allerdings wird von der Mehrzahl der Autor/innen, die sich mit Diversity Management beschäftigen, betont, dass der Begriff sehr weit definiert werden sollte, um möglichst alle Dimensionen der Verschiedenar-

tigkeit zu inkludieren (vgl. KANDOLA/FULLERTON 1998, 6; LODEN/ROSENER 1991, 18).

LODEN und ROSENER (1991, 18) versuchen mit folgender Definition von Diversity dem weiten Begriffsverständnis gerecht zu werden: „From an objective point of view, it is this vast array of physical and cultural differences that constitutes the spectrum of human diversity. From the subjective point of view, diversity is otherness or those human qualities that are different from our own and outside the groups to which we belong, yet present in other individuals and groups. Others, then, are people who are different from us along one or several dimensions such as age, ethnicity, gender, race, sexual/affectional orientation, and so on.“ Diversity bezeichnet all jene menschlichen Eigenschaften, die uns von anderen Menschen unterscheiden. Hierbei kann sich Diversity auf ganz unterschiedliche Merkmale beziehen, wobei es nicht nur um klassische Merkmale wie Geschlecht, Alter oder ethnische Zugehörigkeit geht, sondern auch um nicht unmittelbar erkennbare Merkmale, wie beispielsweise religiöse Überzeugung oder sexuelle Orientierung (vgl. KRELL 2000, 108). Zusammenfassend kann man mit KRELL (2000, 108) all jene Unterschiede unter dem Begriff „Diversity“ subsumieren, die Einfluss auf die Selbst- bzw. Fremdwahrnehmung einer Person haben und die in Unternehmen mögliche Quelle für Konflikte sein können.

2.1.2 Rahmenbedingungen

Diversity Management ist ein aus den USA stammender Ansatz, der nicht aus den Bemühungen der politisch motivierten Ausländerintegration oder aus der Integrationspädagogik hervorgeht. Diversity Management kommt vielmehr aus dem Bereich der Unternehmensführung. Es geht darum, wie ein Unternehmen mit einer vielfältigen Belegschaft umgeht, wie es Vielfalt managt (vgl. THOMAS 1991

12). In den Publikationen zu Diversity Management wird nicht an sozialwissenschaftliche Traditionen der Diskussion um Ausgrenzung- und Integrationsfragen angeknüpft, obwohl diese Fragen schon seit jeher eine zentrale Rolle in den Sozialwissenschaften spielen. Der theoretische Bezugsrahmen, dass es einen Unterschied macht, ob man einer Minorität angehört oder der Majorität und dass dieser Unterschied berücksichtigt werden muss, ist also nicht neu (vgl. SEIFERT 1977, 664ff.).

Mit dem Bewusstsein, dass sich die Belegschaft in einem Unternehmen vielfältig zusammensetzt, stellt Diversity Management folgende Aspekte in den Mittelpunkt:

- (An-) Erkennen von Unterschieden
- Wertschätzen aller Besonderheiten
- (Aus-) Nutzen der Potentiale von Unterschiedlichkeit(en)
- Fördern von Vielfältigkeit (vgl. STUBER 2000, 1)

Diversity Management soll den Blick auf die Fähigkeiten und die Leistungen der Mitarbeiter/innen lenken und wegführen von der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe. Der Grundgedanke von Diversity Management geht davon aus, dass ein Unternehmen dann erfolgreich sein kann, wenn die Potenziale aller Mitarbeiter/innen im Unternehmen erkannt werden. Mitarbeiter/innen werden somit als Kapital gesehen und nicht als Kostenfaktor (vgl. MATTL 2001, 14f.).

Die Kernbestandteile des Erkennens, Wertschätzens, Nutzens und Förderns von Unterschieden werden vom Unternehmen als Aspekt des Personalmanagements angewandt (vgl. STUBER 2000, 3; COX 1993, 232). Das bedeutet, dass im Rahmen eines diversityorientierten Personalmanagements entsprechende Grundsätze konsequent in sämtliche Personal- und Führungssysteme (z.B. Leis-

tungsbeurteilungssysteme, Führungsleitlinien, Verhaltensgrundsätze usw.) umgesetzt werden müssen.

Will man Diversity Management in einem Unternehmen umsetzen, müssen alle Mitarbeiter/innen auf allen Ebenen einbezogen werden (vgl. MATTL 2001, 17). „Wenn sich echte Diversity in einer Organisation entwickeln kann, so nur deshalb, weil ihr durch ein entsprechendes Klima der Weg geebnet wird. Aber dieses Klima ist ein Produkt der Überzeugung und des Verhaltens aller Mitarbeiter: Manager und Sachbearbeiter, dominanter und untergeordneter Gruppenmitglieder“ (THOMAS 2001, 31).

THOMAS (1992, 315f.) betont, dass Diversity weit definiert werden muss. Diversity Management geht davon aus, dass man keine Vorteile aus dem Ansatz erzielen kann, wenn man nur eine oder zwei Dimensionen berücksichtigt, d.h. es reicht nicht aus, wenn sich ein Unternehmen lediglich auf die Gruppe der Frauen konzentriert, die Gruppe der behinderten Personen und Ausländer/innen allerdings ignoriert. Dieser breite Ansatz schlägt Diversity Management als „way of life“ vor. Von Seiten der gesamten Mitarbeiter/innen sind Einstellungs- und Verhaltensänderungen und eine langfristige Perspektive erforderlich.

Ferner ist hervorzuheben, dass Diversity Management auf der individuellen, sozialen und organisatorischen Ebene, der Organisationskultur und ihren Systemen ansetzt. Diversity Management erfordert eine Überprüfung und Veränderung der Organisationskultur, welche die gesamte Belegschaft eines Unternehmens berücksichtigt. THOMAS (1991, 168) verweist zudem darauf, dass es bei Diversity nicht darum geht, Minoritäten zusätzliche Vorteile zu verschaffen, sondern es geht darum, die Möglichkeiten *aller* Mitarbeiter/innen zu maximieren. Den aus dem Sektor der

Unternehmensberatung stammenden Autoren ist die Abgrenzung des Diversity Managements von verschiedenen Gleichstellungsansätzen von besonderer Bedeutung.

2.1.3 Das Leitbild der „multikulturellen Organisation“

Die Wertschätzung von Vielfalt im Rahmen von Diversity Management steht der vielfach in Unternehmen herrschenden herkömmlichen Unternehmenspolitik entgegen. Diese sieht in Ausländer/innen, behinderten Personen oder anderen Minoritäten Arbeitskräfte zweiter Klasse. In der Diversity Literatur wird im Zusammenhang mit dieser Einstellung von einer *monokulturellen Organisation* gesprochen (vgl. EMMERICH/KRELL 1998, 371). In dieser Organisationsform dominiert die Majorität, das sind (in den USA) traditionell weiße Männer. Minoritäten sind in den unteren Hierarchiestufen des Unternehmens vertreten (vgl. COX 1993, 225f.).

In der *multikulturellen Organisation* hingegen geht es nun darum, Unterschiede nicht nur zu tolerieren, sondern diese als Wert für das Unternehmen zu schätzen. Eine heterogen zusammengesetzte Belegschaft macht noch keine multikulturelle Organisation aus. Die multikulturelle Organisation hat nach COX (1993, 229) folgende Charakteristika:

- eine Kultur, die kulturelle Unterschiede nutzt und schätzt
- Pluralismus, der die verschiedenen Gruppen nebeneinander bestehen lässt
- völlige strukturelle Integration aller Gruppen
- völlige Integration von Minoritätengruppen in informelle Netzwerke
- keine institutionalisierten Vorurteile und Diskriminierungen in Human Resource Systemen und Praktiken
- relativ wenige bis gar keine Konflikte zwischen den Gruppen.

Diversity Management zielt auf eine Veränderung der Organisationskultur von einer monokulturellen Organisation hin zu einer multikulturellen Organisation. Die Merkmale einer multikulturellen Organisation machen allerdings deutlich, dass dieses Ideal bisher in existierenden Unternehmen nur in geringem Maße realisiert ist (vgl. EMMERICH/KRELL 1998, 372).

2.2 Notwendigkeit und Begründung

2.2.1 Diversity Management als Notwendigkeit

Von vielen Autor/innen, die sich mit Diversity Management befassen, wird dieser Ansatz als eine Notwendigkeit aufgrund verschiedenster neuer Entwicklungen und Trends definiert. „Four factors have given organizations reason to identify the need to understand and manage diversity: the changing composition of the workforce, the influence of new values and lifestyles, a change in the way that business is conducted from a national to a global economy, and a trend away from hierarchical command and control models towards more decentralized team-based management“ (HARVEY/ALLARD 1995, 39). Demographische Veränderungen, neue Einstellungen und Werte, Globalisierung und der Trend zu mehr Teamarbeit machen eine Auseinandersetzung mit Diversity unumgänglich.

Neben der Vielfalt, die man bereits heute in den Unternehmen wiederfindet, gibt es Hinweise darauf, dass diese Vielfalt weiterhin wachsen wird. Die Demographie der Mitarbeiter/innen in einem Unternehmen verändert sich zunehmend. Es ist bereits heute eine Tatsache in den USA, dass die Minoritäten zusammen einen größeren Anteil ausmachen als die Majorität (vgl. EMME-

RICH/KRELL 1998, 370). Neben diesen demographischen Veränderungen gibt es einen Wandel in den Einstellungen und Werten der Mitarbeiter/innen. Generell sind nach THOMAS (1991, 8) Mitarbeiter/innen, die nicht der dominanten Gruppe angehören, immer weniger bereit, sich am Arbeitsplatz anzupassen und ihre Identität zugunsten der Majorität aufzugeben.

Ein weiterer Grund, weshalb Diversity Management eine Notwendigkeit für Unternehmen darstellt, sind drastische Veränderungen in der Wirtschaft. Innerhalb der EU und durch die Globalisierung treffen Unternehmen verschiedenster Nationalitäten einerseits als Konkurrenten aufeinander, andererseits sind sie jedoch auch Vertragspartner. Treffen sie aufeinander, müssen in beiden Fällen die verschiedenen Mentalitäten und Kulturen der Nationen berücksichtigt werden. Um im globalen Markt bestehen zu können, müssen Unternehmen die multikulturelle Perspektive als Chance erkennen (vgl. LODEN/ROSENER 1991, 10).

Es gibt jedoch auch noch andere Entwicklungen in der Wirtschaft, die Diversity Management nötig machen, wie beispielsweise die umfassenden Umstrukturierungen, die zur Folge haben, dass immer mehr Arbeitnehmer/innen mit verschiedenen Ausbildungen, Erfahrungen, Arbeitsweisen oder Kommunikationsstilen zusammenarbeiten müssen. Unternehmenszusammenschlüsse bzw. -übernahmen oder auch der Trend der zunehmenden Kunden- und Marktorientierung machen Diversity Management zur Notwendigkeit für Unternehmen.

Nicht zuletzt weisen HARVEY und ALLARD (1995) darauf hin, dass teamorientiertes Management immer mehr in den Mittelpunkt rückt. Um dem Wettbewerb standhalten zu können ist Teamarbeit

gefragt. Wenn Unstimmigkeiten in der Belegschaft aufgrund der vielfältigen Zusammensetzung bestehen, ist die produktive Zusammenarbeit gefährdet (vgl. THOMSON/GOOLER 1996).

2.2.2 Rechtliche und moralische Begründungen

Auf der Suche nach einer Begründung für Diversity Management stößt man neben den oben genannten Veränderungen zudem auf das Motiv der gesetzlichen Verpflichtung. Blickt man zurück, wurde das Thema Diversity in den USA durch das amerikanische Rechtssystem vorangetrieben. Aufgrund verschiedenster Gesetzeswerke wie beispielsweise der ‚Civil Rights Act‘ (1964) oder der ‚Americans with Disability Act‘ (1990), kam es zum Verbot von Diskriminierung aufgrund von Geschlecht, Farbe, Rasse, Religion, Nationalität, Alter oder physischer Konstitution. Verbote jeglicher Diskriminierung und Gleichstellungsgesetze zwangen die Unternehmen zu einer Auseinandersetzung mit dem Thema.

Die Einhaltung dieser Gesetze liegt im Interesse des Unternehmens, da eine Missachtung unter Umständen zu kostspieligen Klagen führen kann. Durch die sogenannte Generalprävention im amerikanischen Rechtssystem soll mittels teilweise astronomischer Zwangszahlungen bei betrieblicher Diskriminierung eine abschreckende Wirkung hinterlassen werden. Der Erfolg der Durchsetzung von Diversity Management ist somit auf die Kombination von rechtlichen Vorgaben mit ökonomischen Gesichtspunkten (Kostenreduzierung durch Verhinderung von Schadensfällen) zurückzuführen.

Blickt man auf die europäische Gesetzgebung, zeigt sich, dass Gleichstellung und Antidiskriminierung auch hier ein Thema darstellt. Eng mit den gesetzlichen Bestimmungen verbunden gibt

es für Diversity Management moralische Begründungen. Diese basieren auf der Einstellung, dass Diskriminierung moralisch nicht vertretbar ist. Diversity Management ist in diesem Zusammenhang ein Gleichberechtigungsinstrument, eine moralische Verpflichtung, mit dem Ziel der fairen Behandlung aller Mitarbeiter/innen. Aufgrund von Fairness ist es nötig Managementprozesse bereitzustellen, die gewährleisten, dass alle Mitarbeiter/innen mit Respekt behandelt werden bzw. dass keine Gruppe Vorteile gegenüber einer anderen Gruppe hat (vgl. THOMAS/ ELY 1996, 81).

2.2.3 Ökonomische Begründungen

In betriebswirtschaftlichen Diskussionszusammenhängen stellt sich die Frage nach den ökonomischen Auswirkungen bzw. der betriebswirtschaftlichen Relevanz eines „neuen“ Managementansatzes. Aus diesem Grund beschäftigen sich viele Autor/innen mit den möglichen ökonomischen Begründungen von Diversity Management, wobei die Mehrheit der Autor/innen die Ansicht vertritt, dass Diversity Management zu ökonomischen Vorteilen führen kann, vorausgesetzt, es wird der jeweiligen Unternehmenskultur angepasst.

Die Betonung einer ökonomischen Begründung von Diversity Management bedeutet jedoch nicht, dass die rechtlichen und moralischen Begründungen in den Hintergrund treten. Vielmehr üben sie eine wichtige Funktion aus: „To say that diversity is a business issue does not mean that it no longer has legal, moral, or social responsibility implications, but rather that awareness of the business implications is necessary for sufficient motivation to implement Managing Diversity“ (THOMAS 1992, 316).

Folgende Argumente für ökonomische Auswirkungen eines erfolgreichen Diversity Managements werden angeführt:

- *Kostenargument:* Wenn Mitarbeiter/innen sich an ihrem Arbeitsplatz wohl fühlen, ist es eine unbestrittene Tatsache, dass sie weniger oft fehlen oder wechseln bzw. dass sie in größerem Ausmaß zu Sonderleistungen (Überstunden) bereit sind (vgl. COX/BLAKE (1995, 67ff.)). In dem Maße, in dem die Zusammensetzung der Mitarbeiter/innen vielfältiger wird, wirkt eine schlechte Integration kostensteigernd. Ein Zwang zur Anpassung vergeudet Energien, die für die Leistung benötigt bzw. genützt werden könnten. Diskriminierung führt zu Demotivation (vgl. KRELL 2000, 113).
- *Anwerbung von Personal:* Dieses Argument basiert auf der Tatsache, dass man aus einer größeren Menge leichter geeignete Kandidat/innen auswählen kann als aus einer limitierten Anzahl. Wenn ein Unternehmen bestimmte Bewerber/innen aufgrund von Rasse, Geschlecht usw. nicht ausschließen „muss“, hat es einen weitaus größeren Pool an Talenten zur Auswahl (vgl. COX/BLAKE 1995, 69). In der weiteren Folge muss es jedoch darum gehen, nicht nur die beste Belegschaft zu rekrutieren, sondern auch darum, diese bestmöglich zu fördern und zu ermöglichen, dass alle Mitarbeiter/innen ihr Potenzial nutzen können (vgl. KANDOLA/FULLERTON 1998, 37).
- *Marketingenerfolg:* Dieses Argument bezieht sich auf Vorteile auf Absatzmärkten und basiert auf der Annahme, dass eine vielfältige Belegschaft besser auf die Kund/innen eingehen kann (vgl. COX/BLAKE 1995, 67). Das Kaufverhalten von Konsument/innen wird stark von ihrer Kultur beeinflusst. Unternehmen können durch Mitarbeiter/innen, die diese Kulturen verstehen, erhebliche Marketingvorteile erzielen, da sie

über einzigartige Kenntnisse über diese Konsumentengruppen verfügen (vgl. DASS/PARKER 1996, 71).

- *Problemlösungsqualität:* Wie aus der Gruppenforschung bekannt ist, können homogene Gruppen zwar Probleme schneller lösen, Heterogenität in Teams und Entscheidungsgruppen kann jedoch zu qualitativ verbesserten Lösungen führen (vgl. KRELL 2000, 114). Heterogene Gruppen haben eine breitere und reichere Basis von Erfahrungen, um an ein Problem heranzugehen, folglich vermag Diversity Management die Problemlösungsqualität zu erhöhen (vgl. COX/BLAKE 1995, 71).
- *Kreativität und Innovation:* Für dieses Argument gelten dieselben Überlegungen wie für den Bereich „Problemlösungsqualität“. Vielfältigkeit an Perspektiven und geringe Betonung von Konformität der Normen steigert das Niveau an Kreativität.
- *Flexibilität der Organisation:* Dieses Argument weist zwei Aspekte auf. Einerseits kann eine vielfältige Arbeitnehmerschaft flexibler und schneller auf sich verändernde Umweltbedingungen reagieren, andererseits ermöglicht eine multikulturelle Organisation, dass das System weniger Standardisierungen aufweist. Die Toleranz, die dadurch entsteht, lässt mehrere alternative Denkansätze zu, die wiederum zu neuen Lösungen führen können (vgl. ebenda, 72f.).
- *Internationalisierung:* Dieses Argument ist bedeutsam für Unternehmen, die auch im Ausland agieren. „Wenn nun schon im Inneren der Organisation Multikulturalität gelebt wird, d. h. wenn die Beschäftigten lernen, kulturelle Vielfalt zu würdigen und auch mit Menschen, die anders sind als sie selbst, vorurteils- und konfliktfrei zusammenzuarbeiten, dann

erleichtert das schlussendlich auch das Agieren in anderen Ländern“ (KRELL 2000, 116).

KANDOLA und FULLERTON (1998, 35) weisen im Zusammenhang mit diesen Argumenten darauf hin, dass nur drei davon, nämlich Kosten, Flexibilität und Anwerbung von Personal tatsächlich erwiesen sind. Die anderen Argumente sind umstritten und sind nicht zwingende Konsequenz eines effektiven Diversity Managements.

2.3 Umsetzung

Nach COX (1993, 231) sollen fünf Schlüsselkomponenten bei der Umsetzung von Diversity Management und der Umwandlung von einer monokulturellen in eine multikulturelle Organisation beachtet werden. Die fünf Komponenten Führung, Forschung, Ausbildung, Organisationskultur bzw. Managementsysteme und Follow-up werden im Folgenden dargestellt.

2.3.1 Führung

Diversity Management betrifft die gesamte Belegschaft eines Unternehmens. Es handelt sich allerdings gerade bei der Implementation um eine klassische Top-Down-Methode, das bedeutet, dass die Managementspitze Diversity Management als Unternehmensziel uneingeschränkt unterstützen muss, damit in der Folge bei allen Mitarbeiter/innen eine Akzeptanz entstehen kann.

Ohne die sichtbare und glaubwürdige Beteiligung der Unternehmensführung ist ein erfolgreicher Veränderungsprozess kaum denkbar. Will ein Unternehmen seine Organisation verändern, müssen Manager/innen bei sich selbst beginnen. „Once they

achieve maximum clarity about their personal vision and commitment, they can move on toward attempting to engage others in the task." (THOMAS 1991, 34f.). Wenn sich ein Unternehmen Diversity Management verpflichtet, ist es nötig, dass sich Manager/innen selbst überprüfen, evaluieren und, wenn nötig, ihr Verhalten modifizieren (vgl. KANDOLA/FULLERTON 1998, 76).

Alleinige Unterstützung des Top-Managements reicht allerdings nicht aus, sondern auch in unteren Stufen des Unternehmens sind Personen gefragt, die sich für ein effektives Diversity Management einsetzen. Es eignet sich hierfür das Einrichten eigener Stellen, wie beispielsweise eines Diversity-Direktors oder Diversity-Koordinators, die mit anderen Mitgliedern des Unternehmens die mit Diversity zusammenhängenden Veränderungen planen und durchführen (vgl. COX 1993, 232). Möglich ist jedoch auch die Anbindung der Aufgaben an andere personalwirtschaftliche Tätigkeiten (z. B. ein Zusammenschluss mit jenen Personen, die die Förderung von Ausländer/innen, behinderten Personen, Frauen usw. als Aufgabe haben) oder als Alternative die Anbindung an Aufgaben der Linienmanager/innen.

2.3.2 Forschung und Messung

Ein wichtiger erster Schritt in der Umsetzung von Diversity Management ist die Überprüfung des Ist-Zustandes des Unternehmens. In der Literatur wird diese Prüfung des Unternehmens häufig als *Diversity Audit* bezeichnet (vgl. KRELL 1998, 372). Mithilfe eines solchen Diversity Audits beabsichtigt man potentielle Vorurteile und Wege aufzudecken, in denen die Organisationskultur, -strukturen und -prozesse offen oder verdeckt Mitarbeiter/innen diskriminieren (vgl. KANDOLA/FULLERTON 1998, 77).

Wichtig ist, dass der Prozess der Datensammlung sehr genau durchgeführt wird, da dadurch die Ziele definiert werden. Zudem ist eine Prüfung des Unternehmens keine einmalige Angelegenheit, sondern eine fortlaufende Aktivität. Einerseits liefert sie einen Ausgangspunkt, andererseits auch eine grundlegende Basisinformationen, mithilfe derer man den Fortschritt eines Unternehmens in Sachen Diversity messen kann (vgl. KANDOLA/FULLERTON 1998, 77).

2.3.3 Ausbildung und Training

Basierend auf dem Diversity Audit ist der nächste Schritt das Erstellen eines umfassenden Ausbildungs- und Trainingskonzeptes, das auf den spezifischen Bedarf eines Unternehmens abgestimmt ist. Ausbildung und Training wird häufig als das Kernstück einer Diversity-Initiative gesehen. Die Adressaten von Ausbildungs- und Trainingskonzepten sollen alle Beschäftigten eines Unternehmens sein - die Unternehmensführung mit eingeschlossen (vgl. EMMERICH/KRELL 1998, 374).

Trotz der Vielfalt an Möglichkeiten kann man das Diversity Training allgemein in zwei Kategorien unterteilen: „Awareness Training“ und „Skill Building Training“, die in der Praxis vielfach kombiniert vorkommen (vgl. ebenda, 375). Awareness Training zielt darauf ab, ein Bewusstsein für die Notwendigkeit und Bedeutung von Diversity Management zu schaffen. Mitglieder eines Unternehmens erkennen oftmals das Ausmaß an Vielfalt, die in einem Unternehmen herrscht, gar nicht bzw. ist es nicht allen bewusst, dass aufgrund der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe Benachteiligungen existieren. Aus diesem Grund sind bewusstseinsbildende Maßnahmen von Bedeutung (vgl. EMMERICH/KRELL 1998, 374). Die Einstellungen und das Verhalten der Belegschaft gegenüber

Kolleg/innen, die in irgendeiner Form anders sind, sollen so beeinflusst werden, dass sie den Nutzen jedes einzelnen erkennen.

Im Skill Building Training geht es darum, konkrete Fähigkeiten zu erwerben, die für die Zusammenarbeit und Führung einer multikulturellen Belegschaft oder im Kontakt mit einer multikulturellen Umgebung erforderlich sind (vgl. EMMERICH/KRELL 1998, 375). Konkret sollen die Teilnehmenden lernen, ihre Kommunikation mit Personen anderer kultureller Zugehörigkeit zu verbessern, effektiver mit Konflikten umzugehen und flexibel zu agieren, um anpassungsfähig gegenüber sich verändernden Bedingungen zu bleiben. Zudem können solche Trainings dazu beitragen, die Teilnehmenden in der Planung ihres individuellen Veränderungsprozesses zur Verwirklichung einer multikulturellen Organisation zu unterstützen, indem sie beispielsweise lernen, sich realistische Ziele zu setzen (vgl. EMMERICH/KRELL 1998, 375). Natürlich muss auch die Führungsebene wieder in dieses Training mit eingebunden werden. Für sie bedeutet Skill Building Training zu lernen, wie man eine vielfältig zusammengesetzten Belegschaft richtig führt, wie man Vielfalt richtig managt.

2.3.4 Veränderungen der Organisationskultur und Managementsysteme

Unternehmen haben in der Vergangenheit entsprechend ihrer vorherrschenden homogenen Belegschaft eine Organisationskultur und entsprechende Human Ressource Systeme entwickelt, die für eine monokulturelle Organisation gültig sind. Will sich nun ein Unternehmen in Richtung multikulturelle Organisation entwickeln, ist die Modifikation und Optimierung der Organisationskultur und der Human Ressource Systeme eine Notwendigkeit (vgl. COX 1993, 237).

Basis für den Optimierungsprozess sind die Ergebnisse des Diversity Audits. Die Ergebnisse müssen entsprechend in spezielle Veränderungen in der Unternehmenskultur und den Systemen umgesetzt werden (z.B. bei Rekrutierung, Training und Weiterbildung, Beförderung sowie Leistungsbeurteilung und Entlohnung).

Der erste Schritt auf dem Weg zu einer multikulturellen Organisation ist die *Rekrutierung* von Mitarbeiter/innen, die Vielfalt und Pluralität repräsentieren. Es geht hier insbesondere darum, traditionelle Rekrutierungsquellen zu erweitern und Auswahlprozesse vorurteilsfrei zu gestalten. In fast allen Rekrutierungsprozessen existieren augenscheinliche oder subtile Mechanismen, die bestimmte Gruppen bevorzugen oder benachteiligen. Diese Filter müssen aufgezeigt und beseitigt werden. So findet man beispielsweise bei Stellenbeschreibungen oftmals Eigenschaften, die weniger mit der Aufgabe als vielmehr mit dem Typus der Kandidat/innen verbunden sind.

Um eine vielfältig rekrutierte Belegschaft auch im Unternehmen zu halten und zu nutzen, sind weitere Veränderungen nötig. So ist es Aufgabe des Unternehmens, die Karriereplanung insofern zu objektivieren, dass allen Mitarbeiter/innen die gleichen Möglichkeiten gegeben werden, an *Weiterbildungsmaßnahmen* teilzunehmen, welche Voraussetzung für eine *Beförderung* sind. Mitarbeiter/innen müssen so gefördert werden, dass sie sich entsprechend ihrer Möglichkeiten im Unternehmen weiterentwickeln können.

Ein wesentlicher Grund für die erhöhte Fluktuation bei verschiedenen Minoritäten wird in den mangelnden Karriereperspektiven gesehen. Für ein erfolgreiches Diversity Management ist es deshalb

erforderlich, eine unvoreingenommene Beförderungspolitik zu unterstützen. Gemäß ihren Qualifikationen sollen alle Mitarbeiter/innen eines Unternehmens die gleichen Chancen auf Beförderung haben, unabhängig davon, ob sie einer bestimmten Minorität angehören.

Für die Schaffung einer multikulturellen Organisation ist zudem eine objektive *Leistungsbeurteilung* nötig, die meist mit einer entsprechenden *Entlohnung* einhergeht. Hier geht es vor allem darum, dass Angehörige einer bestimmten Minoritätengruppe in der Beurteilung und Entlohnung nicht schlechter abschneiden. Diskriminierungen bei der Beurteilung von Mitarbeiter/innen müssen eliminiert werden, weshalb entsprechende Systeme geschaffen werden müssen, wobei hier spezielle Kriterien in den Systemen Anreize darstellen könnten, die dazu motivieren, sich am Leitbild der multikulturellen Organisation zu orientieren (vgl. EMMERICH/KRELL 1998, 372f.).

2.3.5 Follow-up

Die letzte aber nicht minder wichtige Komponente bei der Umsetzung von Diversity Management stellt das Follow-up dar, welches sich aus drei Aspekten zusammensetzt. In dieser Phase der Umsetzung geht es darum, den Veränderungsprozess zu beobachten, die Ergebnisse zu evaluieren und die Veränderungen als fortlaufenden Prozess zu institutionalisieren.

Wenn Diversity Management in Unternehmen integriert werden soll, reicht es nicht, einmalige Maßnahmen zu setzen, sondern die Bemühungen um eine Veränderung der Organisation müssen auch beibehalten werden. Follow-ups müssen hier sichern, dass Diversity Management eine hohe Priorität im Unternehmen bleibt (vgl.

LODEN/ROSENER 1991, 213f.). Solche Aktivitäten sollten zusätzliches Training beinhalten sowie eine Wiederholung des Diversity Audits. Zudem sind weiterführende Diskussionen über diversityrelevante Fragen notwendig. LODEN und ROSENER (1991, 214) betonen, dass es wichtig ist, dass auch neue Mitarbeiter/innen mit Diversity Management vertraut gemacht werden und entsprechende Trainings erhalten müssen. Zudem müssen Managementsysteme kontinuierlich danach überprüft werden, ob sie Diversity reflektieren oder nicht.

Ein wesentliches Element in jedem Veränderungsprozess stellt die Evaluierung dar und ist deshalb entscheidender Bestandteil von Diversity Management. Umfassende Evaluierung ist deshalb wichtig, um Diversity Management effektiv und Erfolge in Sachen Diversity sichtbar zu machen (vgl. KANDOLA/FULLERTON 1998, 87). Die Evaluierung von Diversity Management ist allerdings keine einfaches Unterfangen, da viele Auswirkungen nicht quantitativ fassbar, sondern qualitativer und/oder langfristiger Natur sind. Zudem benötigt die Umsetzung von Diversity Management eine gewisse Zeit, um Auswirkungen zeigen zu können. Eine weitere Schwierigkeit in der Evaluierung stellt die Tatsache dar, dass häufig nicht lediglich ein Ansatz durchgeführt wird, sondern mehrere parallel. Welche Auswirkungen in der Folge Diversity Management zugeschrieben werden können, ist dann nicht mehr eindeutig zu erkennen.

2.4 Diversity Management und Integration von (ausländischen) Mitarbeiter/innen mit Behinderung

Ein erster Überblick über Integrationsansätze sowie über die Art und den Stellenwert des Umgangs mit der Gruppe behinderter Mitarbeiter/innen in der betrieblichen Praxis (am Beispiel der

Automobilindustrie) legen NIEHAUS, SCHMAL, und HEINRICH (2001) vor. Diversity Management in Bezug auf Integration von behinderten Frauen und Männern bzw. Ausländer/innen mit Behinderung in Unternehmen wurde allerdings bisher noch nicht ausreichend rezipiert. Das bedeutet, dass in zugänglicher Literatur noch keine spezifischen Aussagen zu diesem Bereich vorliegen. Resultierend aus den Überlegungen in den vorangegangenen Abschnitten, lassen sich nachstehende Annahmen formulieren.

2.4.1 Die Bedeutung von Diversity Management für die Integration von (ausländischen) Mitarbeiter/innen mit Behinderung

Wie bereits dargestellt werden konnte, zählen Ausländer/innen mit Behinderung zu den Minoritäten in einem Unternehmen und werden als Arbeitnehmer/innen zweiter Klasse bezeichnet. Sie sind aufgrund des Ausländerseins und des Behindertseins im doppelten Sinn einer Minorität zugehörig und Zielscheibe für Vorurteile, Missverständnisse und Benachteiligung. Gerade deshalb stellen diese Personengruppen zweifellos ein Thema und eine Herausforderung für Diversity Management dar.

Diversity Management ermöglicht eine neue Sichtweise von Unternehmen auf die Integration von Personen mit der Zuordnung zur Gruppe der „Ausländer“ und „Behinderten“. Während in der herkömmlichen Unternehmenspolitik (ausländische) Mitarbeiter/innen mit Behinderung überwiegend defizitorientiert betrachtet werden, gilt es mit Hilfe von Diversity Management den Wert und die potentiellen Vorteile aller Arbeitnehmer/innen in den Vordergrund zu stellen. Es geht nicht um das Nicht-Können, sondern um das Können aufgrund der Besonderheit jedes/jeder Einzelnen.

Aus der Sicht von Diversity Management stellen (ausländische) Mitarbeiter/innen mit Behinderung keinen „Ballast“ dar, der von Unternehmen getragen werden muss, sondern sie sind intern wie auch extern eine Bereicherung für das Unternehmen, indem sie die Vielfalt der Belegschaft und damit die Anzahl der unterschiedlichen Beiträge vergrößern. Aus diesem Blickwinkel erhält die Beschäftigung von (ausländischen) Mitarbeiter/innen mit Behinderung eine neue Wertigkeit und Bemühungen in Sachen Integration gewinnen an Bedeutung (SCHMAL/NIEHAUS 2004).

Obgleich Diversity Management davon ausgeht, dass eine Umsetzung des Ansatzes primär dem ökonomischen Vorteil des Unternehmens dient, profitieren alle Mitarbeiter/innen im Unternehmen davon, natürlich auch die Gruppe der Ausländer/innen mit Behinderung. Diversity Management macht daraus sogar eine Voraussetzung für den Unternehmenserfolg. Eine Belegschaft kann nur dann kreativ, produktiv und effektiv zusammenarbeiten, wenn jeder/jede Einzelne entsprechend seiner Möglichkeiten gefördert wird und nicht aufgrund der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Minoritätengruppe benachteiligt wird. In diesen Überlegungen steckt für (ausländische) Mitarbeiter/innen mit Behinderung die Chance auf eine bessere Integration im Unternehmen.

Besonders bei der Umsetzung von Diversity Management wird der integrationsförderliche Aspekt deutlich. Negative Einstellungen gegenüber (ausländischen) Mitarbeiter/innen mit Behinderung stellen für die berufliche Integration eine Erschwernis dar, weshalb Maßnahmen in diesem Bereich an Bedeutung gewinnen. Durch ein intensives Diversity-Training könnten Vorurteile und Einstellungen der Mitarbeiter/innen abgebaut werden und es könnten ihnen Werkzeuge in die Hand gegeben werden, die im Umgang mit

Vielfalt nützlich sind. Dadurch können die sozialen Kompetenzen der Belegschaft erhöht werden (vgl. NIEHAUS et al 2002).

Das umfassende Diversity Audit soll potentielle Benachteiligung und Problembereiche von (ausländischen) Mitarbeiter/innen mit Behinderung im Unternehmen zu identifizieren und entsprechende Maßnahmen zu setzen ermöglichen. Ein Unternehmen, das wettbewerbsfähig bleiben möchte, kann nicht Systeme unterstützen, die (ausländische) Mitarbeiter/innen mit Behinderung in ihrer beruflichen Entwicklung hindern, nur weil sie nicht den Durchschnittswerten entsprechen. Die Human Resource Systeme in einem Unternehmen müssen in Richtung Vielfalt funktionieren, dürfen niemanden ausschließen, was wiederum bedeutet, dass diese integrativ wirken müssen.

Wird ein Unternehmen gemäß dem Leitbild der multikulturellen Organisation verändert, bedeutet dies für (ausländische) Mitarbeiter/innen mit Behinderung Inklusion. Es geht nicht darum, dass sich bestimmte Personengruppen einer Norm anpassen haben, sondern um eine uneingeschränkte Wertschätzung ihrer besonderen Merkmale, das Eingebundensein in vorhandene Strukturen und informelle Netzwerke und das Ausschalten von institutionalisierten Benachteiligungen bzw. von interpersonalem Konflikten. Nicht das Individuum muss sich allein den vorhandenen Strukturen anpassen, sondern es ist ein Dialog zwischen den einzelnen Mitgliedern der Belegschaft, einschließlich der Führungsebene.

2.4.2 Diversity Management und konventionelle Integrationsansätze

Diversity Management schließt herkömmliche Integrationsansätze nicht aus, sondern vereint sie vielmehr unter einem Dach. In

diesem Sinn sind alle konventionellen Integrationsansätze auf der betrieblichen Ebene direkt Teil der Umsetzung von Diversity Management, wobei sowohl der individuelle als auch der soziale und organisatorische Integrationsbereich berücksichtigt wird. Maßnahmen des effektiven Arbeitseinsatzes, Weiterbildung und Qualifizierung usw. (vgl. Dokumentation und Analyse innerbetrieblicher Integrationsansätze von NIEHAUS/SCHMAL/HEINRICH 2001) sind demnach Teil von Diversity Management.

Die Umsetzung von Diversity Management geht aber über die konventionellen Ansätze noch hinaus. Bei der Realisierung von Diversity Management sind alle Maßnahmen geeignet, die der Anerkennung und Wertschätzung, dem Nutzen und der Förderung von Vielfalt dienen. Ein Unternehmen beschränkt sich demnach nicht auf einige wenige Ansätze, sondern entwickelt ein umfassendes ganzheitliches Konzept. Die Maßnahmen betreffen hierbei nicht nur einzelne Gruppen, sondern das gesamte Unternehmen. Führungsebene wie auch Belegschaft beteiligen sich an der erfolgreichen Umsetzung und Implementierung des Ansatzes.

Während konventionelle Ansätze vor allem bemüht sind, Defizite von (ausländischen) Mitarbeiter/innen mit Behinderung auszugleichen, versucht Diversity Management den Blickwinkel auf die Fähigkeiten und Möglichkeiten zu lenken. Es geht nicht darum, die Maßnahmen deshalb zu setzen, um die Leistungsfähigkeit von (ausländischen) Mitarbeiter/innen mit Behinderung den gesunden Mitarbeiter/innen anzugleichen, vielmehr versucht man verdeckte Potentiale aller Mitarbeiter/innen zu wecken.

Überdies erhalten Unternehmen mit Diversity Management neue Begründungen für ihre Bemühungen. Waren bisher rechtliche und

moralische Begründungen Auslöser für eine integrationsförderliche Maßnahme, kommen nun neben der Notwendigkeit aufgrund verschiedenster Entwicklungen die ökonomischen Begründungen hinzu. Die (Weiter-) Beschäftigung von (ausländischen) Mitarbeiter/innen mit Behinderung kann für ein Unternehmen klare Vorteile bringen (EUROPÄISCHE KOMMISSION 2003). Dies bedeutet auch, dass herkömmliche integrationsförderliche Ansätze nicht mehr vom Wohlwollen einiger engagierter Mitarbeiter/innen in höheren Hierarchien abhängig sind, sondern einzelne Initiativen zur Selbstverständlichkeit werden, da sie auf das Erreichen des Ziels der multikulturellen Organisation gerichtet sind.

Neu an Diversity Management im Vergleich zu den konventionellen integrationsförderlichen Ansätzen ist zudem die Managementperspektive. Die einzelnen Maßnahmen stehen nicht isoliert nebeneinander, werden nicht von verschiedenen Stellen im Unternehmen initiiert, sondern sie werden von einer Stelle aus gemanagt, wobei nicht ausgeschlossen wird, dass Berater zur Seite stehen, die sich mit einer bestimmten Minorität im Unternehmen auseinandersetzen, wie beispielsweise Interessensvertreter/innen. Hier gilt es in der Zukunft abzuklären und zu diskutieren, inwieweit das sogenannte Disability Management als Ansatz integriert ist (z.B. gibt es bei dem Automobilhersteller FORD im Jahr 2004 sowohl einen Diversitymanager als auch einen Disabilitymanager).

3. Schlussfolgerungen

Diversity Management ist zunächst ein Denkansatz, der sich dafür eignen könnte, die Integration von (ausländischen) Mitarbeiter/innen mit Behinderung zu optimieren. Im Kern geht es bei Diversity Management um das Anerkennen, Wertschätzen, Nutzen

und Fördern von Vielfalt, allerdings verfolgt der Ansatz nicht primär das Ziel der Integration von Minoritäten, sondern das unternehmerische Gesamtergebnis soll verbessert werden. Der Ansatz verspricht ökonomische Vorteile für das Unternehmen. Es wird argumentiert, dass aufgrund verschiedenster Entwicklungen, wie beispielsweise demographischen Veränderungen und internationaler Arbeitsbeziehungen, Diversity Management zu einer Notwendigkeit wird, will ein Unternehmen konkurrenzfähig bleiben.

Konventionelle Integrationsansätze wie beispielsweise Weiterbildung und Qualifizierung oder die effektive Gestaltung des Arbeitseinsatzes sind bei Diversity Management Teil des Ansatzes, stehen allerdings nicht nebeneinander, sondern werden unter einem Dach gemanagt. Diversity Management kann somit einen ganzheitlichen Ansatz darstellen, der die Beteiligung aller Mitarbeiter/innen des Unternehmens fordert. Wird Diversity Management im Sinne dieses ganzheitlichen Ansatzes in einem Unternehmen realisiert, werden positive Diskriminierungsmaßnahmen nicht mehr nötig sein. Diversity Management kann somit ein hohes Integrationspotential enthalten. Um so erstaunlich ist es, dass der Begriff „Integration“ in der Literatur im Zusammenhang mit Diversity Management kaum vorkommt, ebenso wenig wie die Zielgruppe „Mitarbeiter/innen mit Behinderung und gesundheitlichen Einschränkungen“. Insofern sind die Entwicklungen zu einem ähnlichen Denkansatz speziell für die Gruppe gesundheitlich eingeschränkter und behinderter Mitarbeiter verständlich, was sich in der Implementierung eines Disability Managements ausdrückt.

Abschließend kann gefolgert werden, dass Diversity Management neue Sichtweisen bei der Integration von (ausländischen) Mitarbeiter/innen mit Behinderung eröffnen kann und deshalb ein Thema

der Sozialwissenschaften sein sollte. Aus diesem Grund wäre es wünschenswert, den ursprünglich aus der praxisorientierten Unternehmensberatung kommenden Ansatz mit wissenschaftlich orientiertem psychologischem und pädagogischem Wissen zu erweitern, um so nicht nur effektiv für das Unternehmen, sondern effektiv im Sinne von Integration für jene zu sein, die abseits der Durchschnittsnorm stehen, weil sie beispielsweise eine Behinderung haben, gesundheitlich eingeschränkt sind und aus einem anderen Land kommen.

Literatur

- ARREDONDO, Patricia: Successful diversity management initiatives. A blueprint for planning and implementation. Thousands Oak: Sage Publ. 1996
- CARNEVALE, Anthony P./STONE Susan C.: Diversity. Beyond the golden rule. In: Training and Development, 10/1994, 22-39
- COX, Taylor: Cultural Diversity in Organizations. Theory, Research & Practice. San Francisco: Berrett-Koehler 1993
- COX, Taylor/BLAKE, Stacy: Managing Cultural Diversity: Implications for Organizational Competitiveness. In: HARVEY, Carol P./ALLARD, M.J.: Understanding Diversity. Readings, cases, and exercises. New York: Harper Collins College Publ. 1995, 64-77
- DASS, Pashotam/PARKER, Barbara: Diversity: A strategic issue. In: KOSSEK, Ellen Ernst/LOBEL, Sharon A. [Hrsg.]: Managing Diversity. Human resource strategies for transforming the workplace. Cambridge Mass: Blackwell 1996, 365-391
- EMMERICH, Astrid/KRELL, Gertraude. Managing Diversity-Trainings. In: KRELL, Gertraude: Chancengleichheit durch Personalpolitik. Gleichstellung von Frauen und Männern in Unternehmen und Verwaltung. Rechtliche Regelungen-Problemanalysen-Lösungen. 2. Aufl., Wiesbaden: Gabler 1998, 369-384
- EUROPÄISCHE KOMMISSION: Kosten und Nutzen personaler Vielfalt in Unternehmen. Brüssel 2003
- HARVEY, Carol P./ALLARD, M.J.: Understanding Diversity. Readings, cases, and exercises. New York: Harper Collins College Publ. 1995
- INTERNATIONAL LABOUR ORGANISATION: Code of practice on managing disability in the workplace. Genf 2002

- KANDOLA, Rajvinder/FULLERTON, Johanna: Diversity in Action. Managing the Mosaic. 2. Aufl., Wiltshire: Cromwell Press 1998
- KRELL, Gertraude: Managing Diversity. Optionen für (mehr) Frauen in Führungspositionen. In: PETERS, Sibylle/BENSEL, Norbert [Hrsg.]: Frauen und Männer im Management. Diversity in Diskurs und Praxis. Wiesbaden: Gabler 2000, 105-121
- LODEN, Marilyn/ROSENER, Judy B.: Workforce Amerika. Managing employee diversity as a vital resource. New York: McGraw-Hill 1991
- MATTL, Christine: Kompetenzen nutzen nicht vergeuden. In: GLANZER, Edith [Hrsg.]: Diversity Management. Kulturelle Vielfalt am Arbeitsplatz nutzen. Dokumentation der Tagung vom 4. Oktober 2001. ZEBRA, Wien 2001, 15-18
- NATIONALER BESCHÄFTIGUNGSPOLITISCHER AKTIONSPLAN. Bundesrepublik Deutschland (2002)
- NIEHAUS, Mathilde: Leitlinien für beschäftigungspolitische Maßnahmen in Europa und Nationale Aktionspläne: Chancen für Menschen mit Behinderungen? In: Die Rehabilitation 3/2000, 127-133
- NIEHAUS, Mathilde/SCHMAL, Andreas/HEINRICH, Tina: Ansätze betrieblicher Beschäftigungsförderung (schwer)behinderter Mitarbeiter/innen in der Deutschen Automobilindustrie. Forschungsbericht 291, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 2001
- NIEHAUS, Mathilde/ SCHMAL, Andreas/ BERNHARD, Dörte/ FASCHING, Helga/ SIMBRIG, Ines: Bildungsbedarfsanalyse für betriebliche Akteure angesichts neuer Aufgaben im Rahmen des „Disability Management“. In ECKSTEIN, K./THONHAUSER, J. (Hrsg.): Einblicke in Prozesse der Forschung und Entwicklung im Bildungsbereich. Innsbruck: StudienVerlag 2002, 81-94
- PAIREDER, Karin: Diversity Management – AusländerInnen mit Behinderung in österreichischen Unternehmen. Universität Wien 2002
- SCHMAL, Andreas/NIEHAUS, Mathilde: Betriebliche Maßnahmen zur Integration von Mitarbeiter/innen mit Handicap. In: STEFFGEN, G. (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitsförderung. Schriftenreihe Psychologie für das Personalmanagement. Band 23. Göttingen: Hogrefe 2004, 223-238
- SEIFERT, Karl Heinz: Psychologische und soziologische Grundlagen der Rehabilitation. In: SEIFERT, Karl Heinz [Hrsg.]: Handbuch der Berufspsychologie. Göttingen: Hogrefe 1977, 628-671
- STATISTISCHES BUNDESAMT: Fachserie 13: Sozialleistungen, Reihe 5.1. Schwerbehinderte Menschen 2001. Wiesbaden 2003
- STUBER, Michael: Diversity. Das Potenzial von Vielfalt nutzen – den Erfolg durch Offenheit steigern. München: Luchterhand 2004

- STUBER, Michael: Die große Vielfalt: Harte - oder sonnige - Zeiten für das ökonomische Prinzip. Unveröffentlichtes Manuskript, 2000
- STUBER, Michael: Es gibt noch einige Türen zu öffnen. In: Personalwirtschaft 8/2001, 14-16
- THOMAS, David A./ELY, Robin J.: Making differences matter: a new paradigm for managing diversity. Harvard Business Review, 09-10/1996, 79-90
- THOMAS, R. Roosevelt: Beyond race and gender. Unleashing the power of your total work force by managing diversity. New York: Amacom 1991
- THOMAS, R. Roosevelt: Managing Diversity. A Conceptual Framework. In: JACKSON, Susan [Hrsg.]: Diversity in the Workplace. Human Resource Initiatives. New York: Guilford Press 1992, 306-317
- THOMAS, R. Roosevelt: Management of Diversity. Neue Personalstrategien für Unternehmen. Wie passen Giraffe und Elefant in ein Haus. Wiesbaden: Gabler 2001
- THOMPSON, Donna/GOOLER, Laura, E.: Capitalizing on the benefits of diversity through workteams. In: KOSSEK, Ellen Ernst/LOBEL, Sharon A. [Hrsg.]: Managing Diversity. Human resource strategies for transforming the workplace. Cambridge Mass: Blackwell 1996, 392-437

Zu zitieren als:

Paireder, Karin und Niehaus, Mathilde: Diversity Management als betrieblicher Integrationsansatz für (ausländische) Mitarbeiter/innen mit Behinderungen, in: Heilpädagogik online 01/05, 4-33

http://www.heilpaedagogik-online.com/2005/heilpaedagogik_online_0105.pdf,

Stand: 31.12.2004

[Kommentieren Sie diesen Artikel!](#)

Georg Theunissen

Depression und Geistige Behinderung

Nicht wenige Fachleute gehen davon aus, dass Depressionen bei Menschen mit geistiger Behinderung die häufigste psychische Störung darstellen. Dies fand in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen bislang wenig Beachtung. Im vorliegenden Beitrag werden grundlegende Aspekte im Hinblick auf depressive Störungen und aktuelle Erkenntnisse aus der Depressionsforschung vorgestellt und zielgruppenbezogen diskutiert. Reflexionen über heilpädagogische und therapeutische Handlungsmöglichkeiten bilden den Schluss.

Einleitende Bemerkungen

Menschen mit depressiven Störungen hat es zu allen Zeiten gegeben. Nach WOLFERSDORF (2000, 112) gehören depressive Störungen „zu den häufigsten psychischen Erkrankungen“, die bei etwa 15 Prozent betroffener Menschen zu einer Chronifizierung führen und mit Suizidgefahr einhergehen. Epidemiologischen Studien zufolge kann davon ausgegangen werden, dass 15 bis 20 Prozent aller Erwachsenen irgendwann einmal in ihrem Leben an einer depressiven Störung erkranken, wobei etwa 5 Prozent der Betroffenen eine schwere Depression entwickeln (ebd., 112f.; DILLING et al. 1984).

Wurden bis vor wenigen Jahren depressive Störungen in erster Linie erwachsenen und älteren Menschen nachgesagt, so ist heute die Erkenntnis unstrittig, dass auch Kinder und Jugendliche Depressionen entwickeln können. Nach Erhebungen, die sich auf das klinische Bild einer Major Depression beziehen, kann davon ausgegangen werden, dass die Depressionsrate bei Grundschulkindern zwischen 1 bis 5 Prozent und bei Jugendlichen zwischen 9 und 18 Prozent liegt (ESSAU & PETERMANN 2000). Bei dysthymen

Störungen wird eine Prävalenzrate von 2 bis 8 Prozent bei Jugendlichen angenommen (LEWINSOHN et al. 1993).

Nach KÖHLER (1999, 39) und NUBER (2000, 14ff.) gibt es Anzeichen dafür, dass in den letzten Jahrzehnten depressive Störungen (untersucht wurden westliche Industrieländer) zugenommen haben. Über die Gründe dieses Anstiegs wird viel spekuliert. Im Zentrum der Diskussion steht vor allem die gesellschaftliche Gegenwarterscheinung der *Individualisierung* (BECK 1986; BECK & BECK-GERNSHEIM 1994), die mittlerweile ein Klima befördert habe, „das Menschen depressiv machen kann“ (NUBER 2000, 21). „Nur äußerst starken, psychisch stabilen Persönlichkeiten“ (ebd., 22) würde es gelingen, „mit der Schnelligkeit der Veränderungen und neuen Herausforderungen psychisch Schritt zu halten. Nur wer über eine ‚postmoderne Mentalität‘ verfügt, die es ihm ermöglicht, Ambivalenzen und Unsicherheiten auszuhalten, scheint den Prozess der Modernisierung für sich nutzen zu können“ (ebd., 22).

Wenngleich diese These anspruchsvoll wirkt, sind wir davon überzeugt, dass jeder Mensch das Potential dazu, d. h. eine sog. Widerstandskraft (resilience), in sich trägt. Diese Annahme, die der Position der humanistischen Psychologie (ROGERS 1973) wie auch der Empowerment-Philosophie (THEUNISSEN & PLAUTE 2002; HERRIGER 2002) entspricht, ist aus den Ergebnissen der sog. Resilienzforschung abgeleitet worden. Sie hat z.B. den Nachweis erbracht, dass es Kinder und Jugendliche gibt, die trotz erheblicher familiärer Belastungen, broken-home-Situationen, chronischer Armut, familiärer Zerrüttung und elterlicher Probleme keine Persönlichkeitsstörungen, psychischen Auffälligkeiten oder Dissozialität entwickelt haben (GARMEZY 1991). Solche Kinder und Jugendliche gelten als ‚unverwüstlich‘ ‚unverwundbar‘ oder ‚resilient‘. Gemeint ist damit eine Widerstandskraft, die nicht allein

auf personinhärenten Merkmalen, sondern aus dem Zusammenspiel individueller und sozialer Schutzfaktoren resultiert, die sich im Laufe des Lebens entwickelt haben. Der Glaube an die Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens, eine „internale Kontrollüberzeugung“ (KOBASA & PUCCETTI 1983, 840f.), die Kompetenz, Stressoren als Herausforderung für persönliches Wachstum wahrzunehmen, körperliche Gesundheit, ein ‚gesunder‘ Lebensoptimismus und Realismus, ein positives Selbstwertgefühl und Selbst-Konzept, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, auch Lebenskrisen oder Belastungen bewältigen zu können sowie die Fähigkeit zu flexibler Anpassung an Lebensveränderungen oder kritische Situationen gelten als wichtige individuelle Schutzfaktoren (auch ANTONOVSKY 1997, 47ff.). Protektive soziale Faktoren beziehen sich insbesondere auf die Verfügbarkeit einer (außerfamiliären) Vertrauensperson für emotionale Unterstützung in Belastungssituationen sowie auf das Vorhandensein von Enabling Niches (hierzu THEUNISSEN 2003a, 87ff.), tragfähiger sozialer Netzwerke mit schützendem, unterstützendem und zugleich persönlichkeitsförderndem Charakter.

Diese Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass Menschen, die im Laufe ihrer frühen Sozialisation Widerstandskräfte entwickelt haben, Individualisierungsprozesse, d. h. ein „Leben im Plural“ (WELSCH), souverän durchleben können. Dabei darf allerdings nicht verkannt werden, dass unter bestimmten (destruktiven) Bedingungen (z. B. einer „totalen Institution“ [GOFFMAN]; bei einer übermäßigen Beanspruchung und einem gleichzeitigen Wegfall sozialer Ressourcen) auch resiliente Personen in eine psychische Krise geraten und depressive Störungen entwickeln können. Trotzdem bietet gerade dieses Wissen über Resilienz und Schutzfaktoren die Chance, daran anknüpfend vielfältige Gelegenheiten zu schaffen, die es Menschen ermöglichen, Widerstandsfähigkeiten,

soziale Kompetenzen und Kräfte aufzubauen, um die mit der Individualisierung einhergehenden Anforderungen und Herausforderungen der Welt der Moderne erfolgreich zu bewältigen.

Von diesem Ansatz profitieren zweifelsohne auch Menschen, die als geistig- oder lernbehindert gelten² (BENDER et al. 1999, 153; MARGALIT 1999; LINGG & THEUNISSEN 2000, 182ff.). In Anbetracht früher Belastungssituationen und erschwerter frühkindlicher Sozialisationsbedingungen ist die Auffassung weit verbreitet, dass die Möglichkeiten, Widerstandskräfte zu entwickeln, gerade für diesen Personenkreis ausgesprochen gering seien. Zudem legen einige Untersuchungen die Annahme nahe, dass ein gewisses Maß an kognitiven Fähigkeiten und Eigenaktivität notwendig sei, um Resilienz überhaupt aufzubauen (GARMEZY 1991, 421, 424). Demnach wären Menschen mit geistiger und Lernbehinderung prädestiniert dafür, an der rasanten gesellschaftlichen Entwicklung mit ihren ‚riskanten Freiheiten‘ zu scheitern und depressive Störungen zu entwickeln (BENDER et al. 1999, 144). Dies wird durch epidemiologische Studien weitgehend bestätigt. Mehrere Untersuchungen zeigen auf, dass der prozentuale Anteil intellektuell (mental) behinderter Menschen, die an einer depressiven (incl. bipolaren manisch-depressiven) Störung erkranken, deutlich über den der Durchschnittsbevölkerung liegt (GUETZLOE 1988, 25; CREWS et al. 1994, 727f., 729; DOSEN 1997, 182f.; BENDER et al. 1999; auch BADEN 1996; JANTZEN 2001). Diese Ergebnisse gelten sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche. Folgt man den Ausführungen von GUETZLOE (1988), HEATH und WIENER (1996) sowie BENDER et al. (1999, 150ff.), so sind

² Seitdem sich im angloamerikanischen Sprachraum die Tendenz durchsetzt, Menschen mit geistiger Behinderung (mentally retarded) als „people with learning disabilities“ (hierzu THEUNISSEN & PLAUTE 2002, 56) zu bezeichnen, wird eine begriffliche Differenzierung zwischen Personen mit geistiger und Lernbehinderung immer schwieriger. Daher führen wir beide Bezeichnungen auf. In unserem Text sind wir bemüht, die im deutschsprachigen Raum geläufige Differenzierung zu beachten.

Schülerinnen und Schüler mit Lernbehinderungen nicht nur weitaus stärker als andere nichtbehinderte Gleichaltrige von Depressionen betroffen, sondern sie stellen zugleich auch eine Hochrisikogruppe für suizidales Verhalten dar. Das Zusammenwirken ungünstiger Faktoren personaler und sozialer Art (Schulstress; Schulangst; Versagungsängste; häuslicher Stress; familiäre Armut; broken-home-Situation; Eigenschaften wie Impulsivität; Gefühl der Einsamkeit; mangelndes Selbstwertgefühl; ‚unreife‘ kognitive Bewältigungsstrategien und Problemlösungsmuster; fehlende Vertrauenspersonen...) scheint hierfür den fruchtbaren Boden zu bilden (GUETZLOE 1988, 25f.; BENDER et al. 1999, 144).

Eine deutsche Erhebung von MEINS (1995, 205; auch 1994, 41ff.) hat allerdings im Unterschied zu den meisten anderen Untersuchungen kein besonders häufiges Vorkommen von Depressionen bei Menschen mit geistiger Behinderung bestätigen können. Insofern reichen die Angaben über die Gesamthäufigkeit depressiver Störungen bei Menschen mit geistiger und Lernbehinderung von 4 bis 36 Prozent. Diese deutliche Differenz erklärt sich nicht nur durch sehr unterschiedliche Stichproben (klinisch, Bewohner von Langzeiteinrichtungen, Fallzahlen), teils unzureichend beschriebene oder unterschiedliche Erhebungsinstrumente (Selbst-Report³, Lehrerbefragung, Elternbefragung), Beurteilungsfehler durch Befragte (subjektiver Faktor) sowie unterschiedliche Erhebungsskalen und Klassifikationssysteme, sondern auch durch die Erfahrung und Beobachtung, dass gerade Menschen mit geistiger Behinderung oftmals auffällige Verhaltens- und Erlebensweisen zeigen, die auf den ersten Blick nicht auf eine Depression schließen lassen, hinter denen sich aber dennoch depressive

³ Über entsprechende Schwierigkeiten berichten MAAG & REID (1994) und MOSS et al. 1996.

Inhalte verbergen können⁴. Nach GAEDT u. a. (1990) wie auch DOSEN (1997, 79, 175), JANTZEN (2001) oder GARDNER und WILLMERING (1999, 27ff.) sind bei Menschen mit geistiger Behinderung typische klinische Bilder einer Depression gegenüber unspezifischen, „atypischen“ Formen wie Auto- oder Fremdaggressionen, Hyperaktivität oder emotionaler Abspaltung womöglich seltener zu beobachten, weshalb eine strikte Zugrundelegung der üblichen Messinstrumente (Depressionsskalen) durch eine funktionale Verhaltensanalyse, „verstehende Diagnostik“ und kommunikative Psychopathologie (GARDNER & WILLMERING 1999; LINGG & THEUNISSEN 2000) ergänzt und verschaltet werden sollte, um zu validen Aussagen zu gelangen⁵. Die Wahrscheinlichkeit ist groß, dass gerade in Anbetracht der ‚untypischen Symptomatik‘ depressive Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung, die ihre subjektive Situation oftmals nicht oder nur verklau-suliert verbalisieren können, häufig übersehen werden (MENOLAS-CINO et al. 1986, 1069).

Depression: Einteilung und Symptomatik

Der Begriff der Depression, abgeleitet vom Lateinischen ‚deprimere‘ (herunter-, unterdrücken) wird auf verschiedenen Abstraktionsebenen verwendet, alltagssprachlich (im Laienverständnis) als ein Gefühl (Symptom) der Traurigkeit, Verstimmung, Hoffnungslosigkeit, Niedergeschlagenheit, klinisch und in der psychiatrischen Forschung als Syndrom (traurig gedrückte Stimmungslage bis hin zur Unfähigkeit, Gefühle zu empfinden, Desinteresse, Freudlosig-

⁴ Wie schwierig es ist, epidemiologische Studien zu vergleichen, geht insbesondere auch aus SOVNERs und PARYs Zusammenstellung mehrerer Erhebungen hervor (1993, 96ff.). Die Autoren kommen zu dem Schluss, „dass die Prävalenz von affektiven Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung [developmentally disabled] höher ist als üblicherweise berichtet und ermittelt wird“ (102).

⁵ CREWS et al. (1994, 728), die 1273 institutionalisierte Menschen mit lern- und geistiger Behinderung im Hinblick auf psychische Störungen untersucht haben, konnten einen relativ gleich verteilten Anteil an Formen einer Major Depression, Dysthymie und atypischen Störung ermitteln.

keit, vegetative Störungen, Denkhemmung, Grübeln, Antriebsstörungen, körperliche Missempfindungen und Suizidalität) und als eine genau definierte Erkrankung bzw. Diagnose. Eine allgemeine Definition des Begriffs gibt es nicht, wohl aber zahlreiche wissenschaftliche Erklärungs- und Beschreibungsversuche, die übereinstimmend Depression nicht als eine ‚Geisteskrankheit‘, sondern als eine Gemütskrankheit (früher Melancholie) im Sinne einer affektiven Störung ausweisen und das Zustandsbild einer komplexen „seelisch-körperlichen Herabgestimmtheit“ (WOLFERSDORF) beschreiben (GARDNER & WILLMERING 1999, 15f.).

Bis vor wenigen Jahren war es in der klinischen (psychiatrischen) Theorie und Praxis Gepflogenheit, Depressionen nach ätiologisch-pathogenetischen Gesichtspunkten (endogene, organische, somatogene, lavierte, neurotische, reaktive, Altersdepression) einzuteilen (KÖHLER 1999, 16ff.). Nach der heute für psychiatrische Diagnosen maßgeblichen Klassifikation ICD-10 wird dagegen eine syndromatologische Zuordnung präferiert, die einerseits im Rahmen der affektiven Störungen⁶ eine Depression nach Schweregradkriterien, Anzahl, Häufigkeit und Ausprägung typischer Symptome, einer bestimmten Zeitdauer, sowie einem typischen Verlauf (einmalig, rezidivierend, uni-, bipolar, chronifizierend) einteilt; andererseits werden im ICD-10 depressive Störungen als „sekundäre Depressionen“ quer durch verschiedene psychiatrische Diagnosen bzw. im Rahmen einer nicht manischen oder depressiven Erkrankung (Sucht; Persönlichkeitsstörungen...) wie auch im Rahmen einer körperlichen Erkrankung mit aufgeführt (z. B. bei Demenzen), um insgesamt eine genauere diagnostische Zuordnung zu ermöglichen (WOLFERSDORF 2000, 79). In weitgehender

⁶ Früher wurden affektive Störungen als ein „manisch-depressives Kranksein“ bezeichnet. Ihre Prävalenz ist mit 6 bis 10 Prozent weit höher als früher angenommen (LINGG & THEUNISSEN 2000, 64). Affektive Störungen kommen in rein depressiver (unipolar), rein manischer oder in gemischter Form (bipolar; mixed) vor.

Übereinstimmung mit dem amerikanischen Diagnose- und Klassifikationsschema DSM-IV (dazu GARDNER & WILLMERING 1999, 16) werden im ICD-10 folgende Formen unterschieden:

1. eine „*depressive Episode*“ im Sinne einer *schweren Depression* (Major Depression) mit oder ohne psychotischen Symptomen (F 32.2; F 32.3)

Hier müssen nach ICD-10 bei der Zeitdauer von mindestens zwei Wochen sog. Kernsymptome wie Dysphorie, Freudlosigkeit und Antriebsschwäche (erhöhte Ermüdbarkeit) sowie mindestens vier sog. Zusatzsymptome (Konzentrationsstörungen, Störungen des Selbstwertgefühls, negative Zukunftsperspektive, Schuldgefühle, Suizidalität; Schlafstörungen; Appetitlosigkeit) nachgewiesen werden.

2. eine „*depressive Episode*“ im Sinne einer *mittleren und leichten Depression* (Minor Depression) (F 32.0; F 32.1)

Bei einer leichten depressiven Episode müssen nach ICD-10 mindestens zwei Kern- und zwei Zusatzsymptome vorliegen (nach DSM IV mindestens ein Kernsymptom und drei Zusatzsymptome).

3. eine *Dysthymie* (dysthymic disorder) (F 34.1)

Hierbei handelt es sich um eine chronische depressive Verstimmung (früher als neurotische Depression bezeichnet), die bereits im Schulalter beobachtet werden kann und über die meiste Zeit am Tage mindestens ein Jahr bei Kindern und Jugendlichen und zwei Jahre bei Erwachsenen auftreten muss (GUETZLOE 1988, 26; SOVNER & PARY 1993, 91; WOLFERSDORF 2000, 75; ESSAU 2002, 22f.).

4. eine sogenannte *atypische*⁷ und „*nicht näher bezeichnete*“ *Depression* (nach DSM IV sog. subsyndromale bzw. subdiagnostische Depression) (F 32.8, F 32.9)

⁷ Als „atypisch“ i. S. e. „atypical bipolar disorder“ (SOVNER & PARY 1993, 92) gelten auch rasch umschlagende Stimmungswechsel („rapid cycling“), mehrmals in einem Jahr bis hin zu Umschwün-

Bei diesen eher leichteren Formen spielen eine kommunikativ-verstehende Psychopathologie (LINGG & THEUNISSEN 2000) sowie die Einschätzung kritischer Situationen durch einen erfahrenen Kliniker eine größere Rolle als die Zugrundelegung eindeutiger Kriterien (ERNST 1997, 4).

Genau an dieser Stelle setzt nun die Depressionsforschung bei Menschen mit geistiger Behinderung an. Erfahrene Kliniker und Fachleute, die sich vorwiegend entwicklungs- und tiefenpsychologischen Ansätzen verpflichtet fühlen, sind der Ansicht, dass atypische bzw. unspezifische Formen einer Depression bei Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung eine weitaus größere Rolle spielen als bei nichtbehinderten Personen (GAEDT & GÄRTNER 1990, 26). KISCHKEL & SCHNEIDER (1990) haben zahlreiche Beispiele zusammengetragen, die verdeutlichen, „dass das depressive Thema durch unterschiedlichste Verhaltensauffälligkeiten ausgedrückt werden kann, die in ihrer Vielfalt die Diagnose ‚Depression‘ nicht auf den ersten Blick nahe legen“ (ebd., 24). Eine herausragende Bedeutung haben dabei aggressive Verhaltensweisen, Vereinnahmungstendenzen, Beschimpfungen und Beschuldigungen, die nach Ansicht der Autoren eine mangelnde Selbstwertregulation signalisieren, die als ein Kernproblem depressiver Störungen betrachtet werden kann. Bei geistig schwerst- und mehrfachbehinderten Menschen werden zudem „Apathie oder stuporöses Verhalten“ als ein Hinweis auf depressives Erleben diskutiert (GAEDT & GÄRTNER 1990, 26). Auch CREWS et al. (1994) und MEINS (1994, 46f.; 1995), der sich im Unterschied zu GAEDT u. a. einer strengen empirisch-analytischen Forschung verpflichtet fühlt und die für psychiatrische Diagnosen maßgebli-

gen innerhalb von Stunden („ultra-rapid-cycling“). Dieses Erscheinungsbild, welches als schwer behandelbar gilt (ebd.; auch LINGG & THEUNISSEN 2000, 66), wird bei Menschen mit sog. schwerer geistiger Behinderung oftmals beobachtet (SOVNER & PARY 1993, 129).

chen Klassifikationssysteme strikt zugrunde legt, ist auf solche atypischen, unspezifischen Formen gestoßen. Dennoch wird von ihm die Ansicht GAEDTs, dass sich depressive Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung „nur in den seltensten Fällen“ nach den üblichen diagnostischen Kriterien beurteilen lassen und dass auf eine nosologische (systematisch krankheitsbeschreibende) Einordnung verzichtet werden könne (GAEDT & GÄRTNER 1990, 27, 30, 32), nicht geteilt. GAEDT und GÄRTNER (1990, 27) sind dagegen überzeugt, dass einige der ‚erwachsenentypischen‘ Leitsymptome einer depressiven Störung wie beispielsweise Schuldgefühle, Gefühl der Wertlosigkeit oder innere Leere, Selbstvorwürfe, Versündigungsideen, quälende Grübelzustände oder pessimistische Erklärungsmuster bei geistig behinderten Menschen „entweder nicht vorhanden oder nicht nachweisbar“ (27) sind (auch MEINS 1994, 46).

In einer durchaus vergleichbaren Situation befindet die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Wenngleich es heute einen Trend gibt, „Depression bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen als ähnlich zu betrachten“ (ESSAU 2002, 12), muss mit Kindern gerechnet werden, die kein typisches depressives Manifestationssyndrom zeigen, wohl aber eine Fülle altersbezogener Auffälligkeiten, die nicht auf den ersten Blick einer Depression zugeordnet werden können (z. B. Fremd- und Autoaggressionen, Mutismus, Lernhemmung, Weglauftendenzen, enuresis nocturna, sozialer Rückzug und Weinen, hypochondrisches Verhalten...), hinter denen sich aber Inhalte verbergen, die auf ein depressives Erleben schließen lassen (hierzu auch SOVNER & PARY 1993, 127ff.; DOSEN 1997, 175ff.). Dies zu erkennen verlangt ein hohes Maß an diagnostischem Geschick, an Empathie und Sensibilität; und zu Recht wurde schon 1980 von NISSEN (1980, 121; auch 1986) auf die Gefahr der Fehldeutung hingewiesen, wenn z. B. hinter einer vermeintlichen

Faulheit oder Bequemlichkeit wie auch hinter einer Autoaggressivität depressive Inhalte (Versagungsängste, schwaches Selbstbewusstsein, schwaches Urvertrauen, geringes Selbstwertgefühl, affektive Leere...) verkannt werden (auch DOSEN 1997, 181).

Das Konzept der Kinder- und Jugendpsychiatrie führt uns vor Augen, dass es durchaus Sinn macht, die syndromatologische bzw. nosologische Diagnostik durch eine entwicklungsspezifische (DOSEN) bzw. biografisch-sozialisationsbezogene (GARDNER & WILLMERING) zu ergänzen, um mögliche Fehlschlüsse zu vermeiden. Zudem erfolgt gerade die Einschätzung einer atypischen Depression nicht selten unter ätiologischen Aspekten (KÖHLER 1999, 16). Dass diese nicht gänzlich verbannt werden sollten meint im Prinzip auch WOLFERSDORF (2000, 67), wenn er die „Z-Kategorien“ der ICD-10 ins Spiel bringt, unter denen depressionsauslösende oder -fördernde psychosoziale Belastungen erhoben werden können. Wie wichtig eine ätiopathogenetisch orientierte, entwicklungsdynamische und lebensgeschichtliche Problemsicht ist, wird auch daran sichtbar, dass in der einschlägigen Literatur nicht selten gemeinsame Symptome von Depression und Lernbeeinträchtigungen herausgestellt werden (HAYES & SLOAT 1988, 471). In dem Zusammenhang besteht die Gefahr des „*diagnostic overshadowing*“ (CREWS, BONAVENTURA & ROWE 1994, 724), indem eine depressive Störung auf dem Hintergrund des Erscheinungsbildes einer Person mit lern- oder geistiger Behinderung verkannt, möglicherweise als ‚wesensbedingt‘ und als weniger wichtig erachtet wird.

GAEDT und Mitarbeiter, die eine entwicklungsspezifische Diagnostik für Depressionen bei Menschen mit geistiger Behinderung als notwendig erachten, unterscheiden auf der Basis einer psychoanalytisch orientierten Theorie der frühen kindlichen Depressionsentwicklung vier zentrale Ausdrucksformen, nach denen ein „frühes

instabiles Selbst“ der Kern einer depressiven Grundreaktion bei geistig behinderten Menschen sei (GAEDT & GÄRTNER 1990, 33ff.):

- „*labiles Selbst*“ (depressive Verstimmung als Grundreaktion nach Verlusterlebnissen; depressive Reaktion auf ein traumatisches Trennungserlebnis; Enttäuschungsreaktionen und Symptome, die der „anaklitischen Depression“ nach SPITZ ähneln)
- „*Selbsterstörung*“ (die Selbstentwertung wird hier auf besonders aggressive, selbstzerstörerische Weise betrieben; verzweifelte Versuche, mangelndes Selbstwertgefühl durch ‚klettenhaftes‘ Anklammern an Bezugspersonen oder Objekte zu kompensieren; Enttäuschungen oder Trennungen werden mit Aggressionen geahndet bis hin zu masochistischen Provokationen mit dem Ziel einer eigenen gewalttätigen Unterwerfung durch die Bezugspersonen)
- „*Stille Depression*“ (im Sinne einer chronifizierten ‚anaklitischen Depression‘; typisches Ausdrucksverhalten: leerer Blick, resignierter Gesichtsausdruck, reduzierte Aktivität, verlangsamte Motorik...)
- „*Depressive Re-Inszenierung*“ (Wiederholung früher Beziehungskonflikte als Selbstschutz-Maßnahme vor neuen Verlusterlebnissen; charakteristisch an dieser Ausdrucksform ist es, dass es einem Betroffenen gelingt, „insbesondere die Beziehungen zu den für ihn wichtigen Menschen so zu gestalten, dass diese nach seinem geheimen Drehbuch handeln“ (GAEDT & GÄRTNER 1990, 42). Im Prinzip sind Inszenierungen nicht pathologisch, sondern dienen der Identitätsabsicherung. Pathologisch werden sie erst dann, wenn die depressive Erlebensweise zum festen Bestandteil der Identität geworden ist: „So sorgt der ‚stille Depressive‘ dafür, dass seine Umwelt ihn nicht verändert und sein Selbst-Erleben stabil bleibt. Der

„Selbst-Labile“ wird seine Sensibilität gegenüber Verlusterlebnissen so regeln, dass sie für ihn immer wieder eintreten, und der „Selbst-Zerstörer“ wird seine Idealisierung soweit auf die Spitze treiben, dass die befürchtete Enttäuschung ihn immer wieder aus dem Gleichgewicht bringt“ (ebd., 44).

Diese vier Ausdrucksformen sollen lediglich der Orientierung dienen und zu einem besseren Verständnis depressiver Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung beitragen. Auf keinen Fall stellen sie ein weiteres Klassifikationssystem dar und ebenso wenig wird von GAEDT und GÄRTNER der Anspruch auf eine vollständige Erfassung depressiver Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung erhoben (1990, 46). Denn kritisiert werden kann an diesem Konzept der fehlende Blick für konkrete Lebensbedingungen (Einflüsse der Institution), in denen sich das „Selbst“ konstituiert, wie auch die Ausklammerung anderer sozialer (umweltbezogener) und somatischer (biologischer, konstitutioneller) Aspekte (GARDNER & WILLMERING 1999).

Multifaktorielle Entstehung depressiver Störungen

Fragt man nach den Ursachen oder Entstehungsbedingungen depressiver Störungen, so stößt man wie bei anderen psychischen Störungen auf eine Fülle unterschiedlicher Erklärungen, Theorien oder Konzepte, die darauf hinweisen, dass es sich bei einer Depression um ein vielschichtiges Phänomen mit einem mehr oder weniger starken Krankheitswert handelt, dessen Entstehung in einem bio-psycho-sozialen Bedingungsgefüge auszumachen ist. Unzweifelhaft haben wir es mit ineinander geflochtenen Faktoren, Momenten oder Merkmalen zu tun (HIRSCH 1992a, 131f.), die aufzeigen, dass monokausale Theorien zum Verständnis einer depressiven Störung im Sinne eines Individuum-Umwelt-

Geschehens viel zu kurz greifen (auch KÖHLER 1999; GARDNER & WILLMERING 1999; WOLFERSDORF 2000). Wenngleich genetische, neurochemische, chronobiologische, neuro-, tiefen- oder lernpsychologische wie auch soziale bzw. soziologische Befunde wertvolle Informationen für Pathogenese, Erklärung und Verlauf depressiver Störungen bieten, versteht es sich dem heutigen Erkenntnisstand zur Folge von selbst, dass in der Regel mehrere Faktoren zusammenspielen und sich häufig potenzieren, so dass letztlich „depressive Störungen als gemeinsame Endstrecke unterschiedlichster Prozesse zu sehen sind“ (HIRSCH 1992a, 131). Insofern ist es unzulässig, einzelne Befunde (z. B. ein Verlustereignis) für eine Depression haftbar zu machen. Problematisch ist dabei der Determinismus. Wenngleich Trennungs- oder Verlusterlebnisse für depressive Störungen bedeutsam sind, gibt es nämlich zur Genüge Personen, die trotz solcher Belastungen keine depressive Symptomatik entwickeln. Deshalb wird angenommen, dass bestimmte Denkstile, Situationswahrnehmungen wie auch Stressverarbeitungsformen wichtige Einflussfaktoren darstellen. Gerade diese Beobachtungen haben uns veranlasst, zwei Modelle zu skizzieren, durch die das multifaktorielle Bedingungsgefüge der Depressionsentstehung bei Menschen mit geistiger Behinderung sichtbar gemacht werden soll.

Resilienzmodell

Ausgangspunkt unserer Überlegungen ist eine *anlagebedingte und erworbene Vulnerabilität*. Dazu zählen zum einen ‚behinderungsrelevante‘ Aspekte wie Hirnschädigungen, Frühgeburt, mehrere frühe Krankenhausaufenthalte..., zum anderen auch ‚depressionsrelevante‘ Aspekte wie eine genetische Determinierung oder biologische Besonderheiten (KÖHLER 1999, 43, 46ff.; GARDNER & WILLMERING 1999, 24ff.). Diese Merkmale stellen allesamt Risiken für die

Entwicklung des betreffenden Kindes dar. Gelingt es im Zuge der frühkindlichen Sozialisation solche ungünstigen Startbedingungen ‚aufzufangen‘ und sich auf die Vulnerabilität (Disposition) und Bedürfnisse des betreffenden Kindes einzustellen, werden Weichen für die *Entwicklung individueller Schutzfaktoren und Widerstandskräfte* (positives Selbstvertrauen; Vertrauen in eigene Ressourcen) gestellt, die im Vereine mit sozialen Ressourcen gegenüber Stressoren und einer psychischen Dekompensation bei zukünftigen Belastungen immunisieren können. Im Rahmen solcher ‚*salutogenetischen*‘ *Sozialisationsleistungen* (ANTONOVSKY 1997) kommt vor allem der Verlässlichkeit von Bezugspersonen sowie der frühen Mutter-Kind-Interaktionen besondere Bedeutung zu. „Die im Umgang mit den ersten Bezugspersonen erformene emotionale Sicherheit und Verlässlichkeit bildet die Grundlage, auf der sich kindliches Selbstvertrauen und Vorstellungen von Selbstwirksamkeit entwickeln“ (LAUCHT u. a. 1998, 388). Den z. g. Autoren zufolge profitieren betroffene Kinder vor allem von einem einfühlsamen und flexiblen Verhalten sowie einem abwechslungsreichen Stimulationsangebot der Mütter (384). Zugleich muss aber auch die sekundäre Sozialisation (Schule) mitziehen, so ist ihr insbesondere ein gezieltes Anstiften und Unterstützen von Coping-Strategien und Empowerment aufgegeben, „dessen Focus auf der Förderung erfolgreicher Interaktionen zwischen Schülern mit speziellen Lernstörungen und ihrer Umwelt liegt“ (MARGALIT 1999, 218; auch THEUNISSEN & PLAUTE 2002). Natürlich birgt auch dieses Resilienzmodell Risiken für eine pathologische Entwicklung, wenn im Zuge der weiteren Sozialisation wichtige soziale Ressourcen wegfallen oder Situationen entstehen, die die Mobilisierung *zusätzlicher* Energien notwendig machen, um Belastungen durchzustehen (z. B. eine identitätsbeschädigende Institutionalisierung).

Depressionsmodell

Ausgangspunkt unserer Überlegungen ist wiederum die *prämorbid* *Vulnerabilität* als zentraler Risikofaktor für die spätere Entwicklung. Diesmal gelingt es der Bezugswelt jedoch nicht, sich auf die Bedürfnisse und individuelle Disposition des betreffenden Kindes einzustellen, und ebenso wenig gelingt es ihr durch ein sicherheitsstiftendes, verlässliches oder auch ‚passendes‘ Milieu Stärken und Widerstandsfähigkeiten zu befördern. Aus tiefenpsychologischer Sicht (KRUSE 1992, 58ff.) könnte man in dem Zusammenhang frühe Störungen der Mutter-Kind-Beziehung⁸ oder ‚gestörte Dialoge‘ diagnostizieren (GAEDT & GÄRTNER 1990; LINGG & THEUNISSEN 2000, 120ff.; NUBER 2000, 56ff.), und aus lerntheoretischer Sicht ließe sich der *Verlust an positiven Verstärkern* (Lob, Ermutigung, Zuwendung) als Vehikel für Erfolgserlebnisse, Selbstwertgefühle, Vertrauen in eigene Ressourcen und Motivation dokumentieren (KÖHLER 1999, 84f.; auch WOLFERSDORF 2000, 104ff.). Versagungsängste, ein schwaches Ich, Selbstwertprobleme, die Furcht, nicht geliebt zu werden oder nicht liebenswert zu sein, ein permanentes Gefühl der Nichtakzeptanz sowie ein negativer Denkstil (negative Beurteilung aller Erfahrungen; negatives Selbstbild; negative Zukunftserwartungen), ‚primitive‘ Bewältigungs- und Stressverarbeitungsformen (THEUNISSEN 2000b, 274f.) bzw. „Defizite im Bereich des Sozialverhaltens und der Copingfähigkeiten“ (GARDNER & WILLMERING 1999, 24f.) stellen dann letztlich die gemeinsame Endstrecke dieser ungünstigen Konstellationen in der frühen Sozialisation dar. Zusammengefasst könnte man hier vom *Fehlen individueller Schutzfaktoren und*

⁸ In der einschlägigen Literatur wird in dem Zusammenhang nicht selten auf „depressive Mütter“ (GOWEN et al. 1989) oder Mütter behinderter Kinder, die ihre Lebenssituation als besonders stresshaft erleben (WALLANDER et al. 1989; 1990; AFFLECK et al. 1991; auch ESSAU 2002, 121ff.), verwiesen.

geeigneter Copingstrategien (auch BENDER et al. 1999, 146) und unter Beachtung neurobiologischer Auswirkungen von „*biologischen Narben*“ oder einem „*Trait- oder Vulnerabilitäts-Marker*“ (ALDENHOFF 1997, 383) sprechen, die die Weichen für im späteren Lebensalter auftretende depressive Störungen legen. Nach DOSEN (1997, 167) wäre dies eine Grundlage für eine „*Entwicklungsdepression*“, die auf den Umstand hinweist, „dass geistig behinderte Kinder durch spezifische Entwicklungsmuster für einen Zustand prädisponiert werden, der in vielerlei Hinsicht mit der Depression vergleichbar ist.“ Unzweifelhaft sind durch „*biologische Narben*“ (ALDENHOFF) gekennzeichnete Kinder einem *erhöhten* Risiko ausgesetzt, in Belastungssituationen oder bei einschneidenden Ereignissen in eine schwere Krise zu geraten und psychisch zu dekompensieren. Sog. kritische Lebensereignisse (Verlust- oder Trennungssituationen, Lebensraumwechsel) sind dabei aber nicht per se depressionsauslösend, sondern entscheidend ist das Zusammentreffen belastender Situationen mit den ungünstigen individuellen Voraussetzungen, nämlich einem schwachen Ich, das zu einer inadäquaten kognitiven Verarbeitung gegebener Ereignisse (negativer Denkstil) sowie zu einer unbefriedigenden (inadäquaten) Problemlösung (Kompensation) neigt (auch KÖHLER 1999, 59; WOLFERSDORF 2000, 101). Dieser subjektive (psychodynamische) Faktor ist vor allem dann besonders problematisch, wenn ein Betroffener eine von ihm negativ eingeschätzte Situation nicht kontrollieren kann und die Überzeugung gewinnt, dass er keine positiven Erfahrungen mehr erhalten und der Situation nicht mehr

ausweichen kann (z. B. unter Bedingungen einer totalen Institution⁹). BADEN (1996) hat diesen Aspekt in Bezug auf institutionalisierte Erwachsene mit leichter geistiger und Lernbehinderung aufgegriffen. Seiner Ansicht nach würden viele der Betroffenen „unter einer starken Gruppen-Behinderungsheterogenität“ (92) leiden, z. B. einem unkontrollierbaren Lärm sowie einem gegenüber geistig schwerst behinderten Menschen geringeren Maß an Zuwendung und Kommunikation ausgesetzt sein, was eine chronische Belastung bedeute, die mit einer dysthymischen depressiven Störung oder „stillen Depression“ vergleichbar sei. Derlei Erfahrungen im Form einer längeren (chronifizierten) oder auch kürzeren (z. B. majoren) Episode werden unter dem Konzept der „gelernten Hilflosigkeit“ (SELIGMAN) als Depressionstheorie diskutiert (ALDENHOFF 1997, 382f.; KÖHLER 1999, 85f.; GARDNER & WILLMERING 1999, 24). Dabei werden nicht nur psychische Vorgänge, sondern zugleich auch aus einem multidimensionalen Blickwinkel neurochemische und neurobiologische Veränderungen studiert (ALDENHOFF 1997; WOLFERSDORF 2000, 97f.; JANTZEN 2001; NEMEROFF 2002). Denn an dieser Stelle unseres Modells stoßen wir auf eine Integration und Synthese psychischer, sozialer und biologischer Aspekte, die es bei depressiven Störungen und Verläufen zu beachten gilt¹⁰. Eine herausragende Bedeutung hat dabei die Erkenntnis, dass Stress depressive Störungen befördert und Depression zugleich Stress erzeugt (ALDENHOFF 1997).

⁹ In dem Falle ist die Gefahr nicht von der Hand zu weisen, dass sich eine zunächst depressive Störung, die unerkannt bleibt, als Reaktion auf ‚kritische‘ institutionelle Lebensbedingungen auf Dauer (nachweisbar bei älteren Personen) zu einer „persönlichkeitstypischen Form“ (HINTERHUBER 1989, 243) entwickeln kann, die dem ‚diagnostic overshadowing‘ zufolge womöglich als ‚therapieresistent‘ betrachtet wird.

¹⁰ Bemerkenswert sind in dem Zusammenhang auch Erkenntnisse aus der Neurobiologie in Bezug auf frühe Traumatisierungen und Gewalterfahrungen (BAUER 2000). Massive, häufige oder anhaltende Misshandlungen, die als Schmerzzufuhr erlebt werden, führen im Gehirn zu nachweisbaren (EEG) Veränderungen von Magnetfeld- und elektrischen Potentialen und werden unbewusst in einem „Schmerzgedächtnis“ gespeichert, das „jahrelang einen Winterschlaf halten, später jedoch in seelischen Krisensituationen aktiv werden und Schmerzempfindungen ‚ohne Befund‘ produzieren“

Depressionsforscher nehmen in dem Zusammenhang an, dass bei einer Depression Teile des Zwischenhirns (Diencephalon), insbesondere das sog. Vegetativum betroffen sind, die das Aktivierungssystem (arousal), Stimmung, Motivation, kognitive und psychomotorische Funktionen bestimmen. Der Zustand dieses Aktivierungssystems, „welches auf einem Zusammenspiel zwischen Elektrolytveränderungen und Neurotransmitter beruht, wird durch Stress oder Frustration verändert. Er führt zu einer vegetativen und psychomotorischen Fehlregulation und zu einem Verlust der Selbstkontrolle. Die Folge ist erneuter Stress, erweiterte Störung des Aktivationszentrums und noch größere Hoffnungslosigkeit“ (HIRSCH 1992a, 133). Dieses Erklärungsmodell¹¹ ist in die einschlägige Literatur als der „final common pathway“ eingegangen (ebd.; WOLFERSDORF 2000, 98), dessen Stärke darin liegt, „dass alle psychologischen, psychosozialen, physiologisch-biochemischen Stressoren in einen diencephalen Prozess einmünden lässt, der die neurobiochemische Fundierung der depressiven Psychopathologie darstellen soll“ (ebd.). Damit gelingt es, eine depressive Störung als ein „multimodales“ theoretisches Konzept zu beschreiben, welches ihre unterschiedlichen Formen und Verläufe über phänomenologisch-symptomatische wie auch ätiopathogenetisch orientierte Klassifikationssysteme hinweg erklären kann.¹²

(ebd.) kann. So können z. B. (chronische) Rücken-, Unterleibs-, Gesichts- und Kieferschmerzen in Kombination mit depressiven Störungen oder dem sog. posttraumatischen Syndrom auftreten.

¹¹ Vor dem Hintergrund neurobiologischer Befunde wird davon ausgegangen, dass neben spezifischen Störungen der biochemischen Prozesse im Gehirn (Noradrenalin-Mangel, niedriger Serotonin-Spiegel) auch hormonelle Veränderungen bei einer (endogenen) Depression auftreten (NEMEROFF 2002).

¹² Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass es jedoch noch nicht klar ist, „wie die verschiedenen Befunde über genetische Disposition, Neurotransmitter und Hormone sich zu einem einheitlichen Bild zusammenfügen – wenn sie es überhaupt jemals tun werden“ (NEMEROFF 2002, 87). Nach aktuellen Befunden scheinen Personen, bei denen ein „kurzes Stress-Gen“ (Serotonin-Transporter 5-HTT) im Erbgut vorhanden ist und die als Kinder misshandelt wurden, für Depressionen besonders anfällig zu sein (nach www.stern.de/Wissenschaft, v. 18. Juli 2003).

Zur Diagnostik

Depressive Störungen werden in der Regel auf Grund eines ‚klinischen Bildes‘ gestellt. Da sich psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung aber oftmals keinem bekannten klinisch-psychiatrischen Bild zuordnen lassen (LINGG & THEUNISSEN 2000, 17f.) und Betroffene in Bezug auf Depressionen nicht selten atypische oder unspezifische Formen zeigen, sind neben der üblichen psychiatrischen Diagnostik zusätzliche Anstrengungen notwendig, um zu einer eindeutigen Einschätzung des auffälligen Verhaltens und Erlebens zu gelangen. Diese Herausforderung kann am ehesten über eine *interdisziplinäre Zusammenarbeit* zwischen Psychiatrie/Medizin, Pädagogik/Soziale Arbeit und Psychologie/Psychotherapie bewältigt werden. Eine solche Kooperation ist jedoch bis heute längst noch nicht selbstverständlich, wengleich sich der Dialog und die Verständigung zwischen den genannten Disziplinen in letzter Zeit zum Besseren entwickelt haben (PETRY & FAARTS 1999; LINGG & THEUNISSEN 2000). Wie die Behindertenpädagogik können auch Psychologie oder Psychiatrie einen wichtigen Beitrag an Hilfe für geistig behinderte Menschen mit psychosozialen Auffälligkeiten leisten, wobei im Falle von psychischen Störungen oder einer Erkrankung den klinischen Disziplinen, insbesondere der Psychiatrie, die zentrale Rolle zukommt. Der Beitrag der Psychiatrie erschöpft sich hier keineswegs nur in einer Psychopharmakabehandlung, sondern ihre prominente Aufgabe besteht darin, durch eine moderne (interaktionelle und kontextuelle) Psychopathologie (LINGG & THEUNISSEN 2000, 30ff.) oder „entwicklungspsychiatrische Diagnostik“ (DOSEN 1997) ein auf anderem Weg kaum mögliches Verstehen (schwerer) psychischer Störungen zu erschließen. Aus diesem Grunde sollte sich die Heil- oder Behindertenpädagogik

nicht scheuen, psychiatrische Dienstleistungsangebote in Anspruch zu nehmen, wenn psychische Störungen wie z. B. eine Depression vermutet oder gar wahrgenommen werden.

Kernstück des von uns favorisierten diagnostischen Konzepts ist die *„verstehende Diagnostik“* (LINGG & THEUNISSEN 2000, 27ff.; THEUNISSEN 2000a, 195ff.; 2000b, 57f.), deren Bausteine einem in der modernen Psychiatrie favorisierten *multidimensionalen Assessment* weithin entsprechen. Das Vorgehen nach der ‚verstehenden Diagnostik‘ bietet Gewähr, dass bei geistig behinderten Menschen, die in ihren Möglichkeiten der Selbsteinschätzung, Auskunftsfähigkeit oder Artikulation oftmals stark eingeschränkt sind (hierzu MAAG & REID 1994; MOSS et al. 1996), für die Entscheidung angemessener Hilfen pädagogischer, sozialer und therapeutischer Art relevante Befunde erhoben und richtig gewichtet werden können. Grundlegend für die Diagnostik ist die *Erstellung einer Lebensgeschichte und Anamnese*, wobei sehr oft Auskünfte durch Bezugspersonen eingeholt werden müssen. Eine ‚verstehende Diagnostik‘ bleibt dabei nicht nur bei der Erfassung von Problemen oder ‚kritischen‘ Lebensereignissen stehen, sondern sie leistet zugleich auch eine ‚stärkenorientierte‘ Reise in die lebensgeschichtliche Vergangenheit durch Suche nach ‚positiven Botschaften‘, Kompetenzen, Entwicklungspotentialen, individuellen Ressourcen, Interessen, Bedürfnissen, Wünschen wie auch ‚kleinen Erfolgsgeschichten‘. Eine solche *Stärken-Perspektive* (WEICK), die die Frage nach vertrauensstiftenden, verlässlichen Bezugspersonen und sozialen Ressourcen (Freundschaft; Gruppe; Nachbarschaft; ehrenamtliche Helfer) mit einbezieht, kann für die Entwicklung eines pädagogischen und therapeutischen Konzepts nicht hoch genug eingeschätzt werden (dazu ausführlich auch LINGG & THEUNISSEN 2000, 176ff.; THEUNISSEN 2003a). Neben der sozialen (pädagogisch relevanten) Auslegung der

Lebensgeschichte bedarf es freilich auch einer sorgfältigen medizinischen Anamneseerhebung, einer *differentialdiagnostischen Untersuchung*¹³, der *Beachtung des gesundheitlichen Zustandes* (körperliche Erkrankungen; Nebenwirkung von Medikamenten), der Erfassung des aktuellen Zustandsbildes sowie Verlaufsbeobachtungen, um beispielsweise Tagesschwankungen (Morgenpessimismus der Depression) oder jahreszeitliche Verschlechterungen der Antriebs- und Stimmungslage (Winterdepression) zu erfassen. Neben der *Erstellung eines Kompetenzprofils* auf lebenspraktischer, motorischer, sozialer und identitätsspezifischer Ebene (z.B. unter Rückgriff auf den PAC, das Heidelberger Kompetenzinventar oder den von NIHIRA und Mitarbeitern entwickelten sozial-adaptiven Test) kommt der *Einschätzung von depressiven Zuständen* besondere Bedeutung zu. Hierzu gibt es zahlreiche Erhebungsinstrumente, häufig auf der Basis der Selbsteinschätzung (z. B. die HAMILTON-Depressionsskala; das BECKsche Depressionsinventar; u. a. m. [eine Übersicht bietet CIPS 1986; auch ESSAU 2002, 30ff.]), die jedoch bei Menschen mit geistiger Behinderung nur bedingt anwendbar sind. Speziell für diesen Personenkreis entwickelte Depressionsskalen (hierzu SOVNER & PARY 1993, 133, 135) stehen für den deutschsprachigen Raum weithin noch aus, nicht selten werden daher Fremdbeurteilungsverfahren (child behavior checklist [KOVAS 1985]) oder die üblichen Inventare in modifizierter Form bzw. Schlüsselfragen aus verschiedenen Messinstrumenten (OBERMAIR et al. 1983) genutzt, wenn es um die Sichtung einer möglichen depressiven Störung geht (hierzu auch MEINS 1994, 47f.; DOSEN 1997, 172f.). Ergänzt werden sollte dieses Vorgehen auf jeden Fall durch ein gezieltes klinisches Interview mit dem Betroffenen und seinen relevanten Bezugspersonen.

¹³ Auf die entsprechenden Details können wir nicht näher eingehen, verwiesen sei daher auf unsere Ausführungen an anderer Stelle (LINGG & THEUNISSEN 2000, 32ff., 44).

sonen. Ebenso wäre die Vernachlässigung einer *funktionalen Verhaltensanalyse* (GARDNER & WILMERING 1999; O' NEILL et al. 1997) als zentraler Baustein der verstehenden Diagnostik sowie einer *Milieu-Untersuchung* (ebd., 97f.) ein diagnostischer Kunstfehler. Dabei geht es uns im Rahmen der ‚verstehenden Diagnostik‘ auch immer um die Erfassung der bisherigen Maßnahmen, der sog. konfliktfreien Zeit wie auch der beteiligten Bezugspersonen. Dieser letzte Gesichtspunkt führt uns zu möglichen Problemen in Mitarbeiterteams, zu ‚dysfunktionalen‘ Konstellationen in der Struktur primärer Lebenswelten (Wohngruppe; Familie) wie auch zur diagnostischen Reflexion von Übertragungs- und Gegenübertragungsmechanismen. Impulse für eine Aufhellung solcher Zusammenhänge bieten die Arbeiten von MICHELS u. a. (1990), SAND (1990, 70ff.), ESCALERA (2001) oder auch HENNICKE (1999).

Konsequenzen für die Alltagsbegleitung und Therapie

Den vorausgegangenen Ausführungen ist unschwer zu entnehmen, dass wir ein Konzept favorisieren, welches ein mehrperspektivisches interdisziplinäres Vorgehen beinhaltet. Eine Depression betrachten wir vor dem Hintergrund des multidimensionalen Erklärungsmodells nicht einzig und allein als eine medikamentös zu behandelnde Krankheit (z. B. mit Antidepressiva), sondern wir verstehen darunter einen (psychisch) sinnstiftenden, (biologisch) logischen Ausdruck eines gestörten Individuum-Umwelt-Verhältnisses, nach dem sich das Hilfsangebot zu richten hat. In diesem Sinne schreibt WOLFERSDORF (2000, 125): „Die theoretischen Hintergründe für die Depressionsbehandlung leiten sich aus unserem heutigen Wissen um Neurobiochemie [Neurobiologie, G. T.], Tiefenpsychologie, Lerntheorie, unserem Wissen über die Bedeutung von Lebensereignissen und Belastungen sowohl in der

aktuellen Situation wie auch hinsichtlich des Besserungsverlaufs und der Langzeitprognose ab. Dabei sind das *Wissen um die aktuelle Symptomatik* (Syndrom, Wahn, Suizidalität, Altersfärbung etc.) und die derzeit anliegende *Psychodynamik* (Wechselwirkung zwischen Lebensereignissen, Belastungsfaktoren und der gewordenen Persönlichkeit) einschließlich des Wissens um den *Verlauf* (etwa Ersterkrankung oder Rezidiv, unipolar oder bipolar) für die Therapiekonzeption bedeutsam.“

Das bedeutet, dass einem Betroffenen weder pädagogische oder umweltbezogene Maßnahmen, noch psychiatrische und psychotherapeutische Hilfen vorenthalten werden dürfen. Diese müssen natürlich in einem *Gesamtkonzept* integriert und miteinander abgestimmt werden. Ein Nebeneinander der Hilfen wäre kontraproduktiv und einer erfolgreichen Arbeit abträglich.

Kernstück eines Gesamtkonzepts ist zunächst eine *normative Bezugsbasis*, die von allen beteiligten Disziplinen und Professionen entwickelt, akzeptiert und immer wieder reflektiert werden muss. Neben allgemeinen Leitprinzipien der Behindertenarbeit (THEUNISSEN 2000a) geht es dabei vorrangig um *spezielle Grundprinzipien*, die sich in der therapeutischen Arbeit mit depressiven Personen besonders bewährt haben (hierzu auch WOLFERSDORF 2000, 125f.; THEUNISSEN 2003b, 15ff.):

Beziehungsorientierte Vorgehensweise

Sie gilt als eine wichtige Voraussetzung jeglicher Alltagsbegleitung und Therapie.

Körperliche Aktivierung

Tägliche Morgengymnastik, Sport- und Fitnessangebote (Jogging, Schwimmen ...) wie auch regelmäßige Entspannungsangebote zählen zu einem festen Bestandteil eines Behandlungskonzepts

(HIRSCH 1992b, 173), das nach Abklingen einer Major Depression sowie bei dysthymischen Störungen, chronisch-depressiver Verstimmung oder atypischen Formen empfohlen wird.

Ressourcenaktivierung

Durch ein gemeinsames *Sammeln angenehmer Ereignisse und Aktivitätsmöglichkeiten*, ein gemeinsames *Strukturieren des Tagesablaufes* und ein *behutsames* Anstiften zu Aktivitäten aus dem Interessen-, Stärken- und Kompetenzbereich (z. B. Hobbys) sollen betroffene Personen allmählich an ihre Handlungskompetenzen, (ursprüngliche) Arbeits- und Leistungsfähigkeit wieder herangeführt werden. Zudem sollte eine Netzwerkanreicherung (Mobilisierung und Sicherung privater Beziehungen; emotionale Unterstützung und Kontakte durch Freundeskreise, Nachbarschaften) mit in Betracht gezogen werden.

Coping-Lernen

Durch ein *Problemlösetraining* (hierzu AGRAN & WEHMEYER 1999), *Soziales Lernen* durch Rollenspiele, Lernen am Modell, ein *Anti-Stress-Training* oder gezieltes Sozialtraining mit Selbstkontroll- und Selbstverstärkungstechniken sollen soziale Kompetenzen revitalisiert oder neu aufgebaut werden.

Kognitives Umstrukturieren

Dieses Prinzip greift die Grundannahmen von BECK u. a. (1996) auf, dass sich depressive Personen in einem negativen Denkschema¹⁴ verfangen haben. GARDNER und WILLMERING (1999, 26) weisen allerdings darauf hin, dass in Anbetracht „begrenzter

¹⁴ Dieses bezieht sich auf eine negative Einstellung zu sich selbst („Ich schaffe das nie“), auf eine negative Einschätzung des sozialen Umfelds („Niemand mag mich“) und auf negative Zukunftserwartungen („Das wird sich nie mehr ändern“).

kognitiver Ressourcen bei Menschen mit schwerer und schwerster geistiger Behinderung“ die Anwendbarkeit kognitiver Strategien eingeschränkt ist.

Behandlung mit Antidepressiva

Bei einer schweren Major Depression steht eine Therapie mit Antidepressiva weithin außer Frage, deren Wirksamkeit bei einem günstigen Nebenwirkungsprofil (z. B. Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer) in der Depressionsforschung unstrittig ist (WOLFERSDORF 2000, 129ff.). Allerdings genügt es nicht, nur eine medikamentöse Behandlung in Betracht zu ziehen.

Rezidivprophylaktisches Arbeiten

Da die Gefahr einer Wiedererkrankung insbesondere bei schweren Depressionen sehr groß ist (50 Prozent Wahrscheinlichkeit), sollte eine Therapie stets auch rezidivprophylaktisch ausgerichtet sein. Dazu zählt z.B. die Aufklärung des Betroffenen und seiner Bezugspersonen über Risikofaktoren für eine Wiedererkrankung, ferner macht es Sinn, ein Präventionskonzept zu entwickeln, um zukünftige depressive Episoden oder Krisen möglichst zu vermeiden.

Arbeit mit Bezugspersonen

Dass Menschen mit einer depressiven Störung eine verständnisvolle Bezugswelt benötigen, bedarf keiner besonderen Erläuterung. Immer wieder berichtet die einschlägige Literatur über falsche Umgangsformen bzw. Fehlverhaltensweisen von Bezugspersonen gegenüber depressiven Menschen. Als unzweckmäßig gelten insbesondere kritisierende Verhaltensweisen oder Besserwisserei, mangelnde Einfühlung, Nicht-ernst-Nehmen des depressiven Erlebens, Durchhalteparolen, Versprechungen, ohne diese

einzuhalten, bagatellisierende oder oberflächliche Ratschläge, Überaktivität wie auch eine Übernahme von Hoffnungslosigkeit (WOLFERSDORF 2000, 178; NUBER 2000, 146ff.). Um dies zu vermeiden, bedarf es der Arbeit mit Bezugspersonen. Neben der Vermittlung von Grundinformationen über eine depressive Störung geht es dabei immer auch um eine entlastende Unterstützung (soziale Ressourcenaktivierung). Ferner spielt die schon erwähnte Rezidivprophylaxe eine Rolle.

Zusammenfassendes Resümee

Diese Grundprinzipien verlangen ein arbeitsteiliges, interdisziplinäres Programm: Aufgabe der (pädagogischen) *Alltagsarbeit* ist auf der Basis verlässlicher Beziehungen die generelle Aktivierung des Individuums, ggf. auch durch eine behutsam angelegte „Vorgabe einer Tagesstruktur“ (WOLFERSDORF 2000, 176), durch subjektiv bedeutsame Aktivitäten, die weder über- noch unterfordern dürfen und im Alltag eingebunden sein sollten sowie durch spezielle (antidepressiv wirksame) Angebote (z. B. Lichtzufuhr bei Winterdepression; gestaltungs- und erlebnisorientierte [Gruppen-] Aktivitäten; körperliche Aktivierung und sportliche Spiele). Eine *kognitive Therapie* (Psychotherapie) kann einerseits einen wichtigen Beitrag zur Erweiterung des Repertoires an Bewältigungsstrategien leisten (z. B. durch ein Selbstsicherheitstraining, durch Soziales Lernen), zum anderen zählt bekanntlich das ‚kognitive Umdenken‘ zum Programm einer verhaltenstherapeutischen Intervention (BECK u.a. 1996). Einem Praxis- oder Fachberater (Supervisor) ist die Arbeit mit den Bezugspersonen (Mitarbeiterteam; Angehörige) aufgegeben und eine gezielte Behandlung der depressiven Symptomatik mit Antidepressiva, eine Medikamentenkontrolle sowie eine fachärztliche Beratung der Bezugspersonen gehört zum Metier

eines Psychiaters. In dem Zusammenhang ist erwähnenswert, dass depressive Menschen mit geistiger Behinderung bislang eher selten mit Antidepressiva behandelt wurden (DOSE 1999, 182f.). Nach heutigen Erkenntnissen sollte allerdings eine langfristige Vergabe von Antidepressiva vermieden werden (ALDENHOFF 1997, 386f.), da sie zu biologischen Zuständen führt, die anscheinend ein Wiederauftreten einer depressiven Störung erhöhen. Stattdessen sollten alltagspädagogische und psychotherapeutische Hilfen fokussiert werden, deren Wirksamkeit bei depressiven Störungen inzwischen eindeutig bestätigt worden ist (auch JANTZEN 2001, 203). Es gibt Hinweise darauf, dass bei dysthymischen Störungen eine nichtmedikamentöse Behandlung ausreicht, bei einer schweren Depression scheint dagegen eine Kombination von Antidepressiva (v. a. Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer) und einer Psychotherapie sowie sozialer Maßnahmen angeraten zu sein (HAUTZINGER 1996; THASE et al. 1997; GARDNER & WILLMERING 1999, 26).

Am besten ist es, einen Mitarbeiter zu benennen, der das gesamte Programm koordiniert (z.B. ‚Casemanager‘) und die zentrale Bezugs- und Vertrauensperson darstellt; nach Möglichkeit sollte diese Person auch die spezielle Einzelhilfe durchführen. Ausgewiesene Experten sind sich darüber einig, dass „der *Beziehung* zum depressiv Kranken, der Beziehungsarbeit ein ganz zentraler Stellenwert in der Therapie mit einem depressiv kranken Menschen“ zukommt (WOLFERSDORF 2000, 166). JANTZEN (2001, 203f.) begründet zudem die Bedeutung der Beziehung vor dem Hintergrund neurobiologischer und neuropsychoanalytischer Positionen, nach denen Personen mit einer Depression in Beziehungssituationen „extrem sensitiv“ seien. Wichtig sei daher das (therapeutische) Bemühen, eine affektive Resonanz herzustellen, durch die das Gefühl der Bestätigung erweckt, interpersonale

Brücken wiederhergestellt und die erhöhte Vulnerabilität bei Stress reguliert werden können. Wesentliche Grundzüge eines hilfreichen Umgangs mit Personen, die als depressiv oder depressionsgefährdet gelten, sind: Empathie, Akzeptanz depressiven Erlebens und Klagens (ohne dabei in die Klage des Betroffenen einzustimmen), Geduld, Übersetzungshilfen (insbesondere bei geistig behinderten Menschen, die sich nicht eindeutig artikulieren können [BADEL]), stärken- und kompetenzfördernde Dialogbereitschaft, Unterstützung vorhandener individueller Ressourcen, bedingungsfreies Zu- und Anhören, Aufmunterung, ernsthaftes Nachfragen und gemeinsames Erarbeiten einer Tagesstruktur etc. (WOLFERSDORF 2000, 178ff.). Ein zentrales Moment ist dabei das Verständnis dem Anderen gegenüber, so dass z. B. eine Antriebslosigkeit als Signal für eine mögliche depressive Störung und nicht etwa als Bequemlichkeit oder gar Faulheit des Betroffenen missverstanden wird.

Zu guter Letzt soll die Bedeutung *sozialer Ressourcen* noch einmal betont werden. Dabei denken wir insbesondere an die Einbindung in ein stützendes Gruppengefüge (primäre Lebenswelt) wie auch in erweiterte soziale Bezüge (Nachbarschaften; Kirchengemeinde). Das Konzept der ‚Enabling Niches‘ (hierzu THEUNISSEN 2003a, 87ff.) steht für die Entwicklung tragfähiger sozialer Netze, die bei depressiven Menschen mit geistiger Behinderung häufig nur schwach ausgeprägt sind oder gar gänzlich fehlen (auch v. KARDORFF 1999, 269). Gerade daher kommt der Schaffung solcher haltgebenden sozialen Systemen eine prominente Rolle zu. Sie sind allerdings nur dann ‚schützend‘, hilfreich und entwicklungsfördernd, wenn die emotionale Unterstützung in den Gruppenzusammenschlüssen vom Betroffenen als ‚ventilatorisch‘ und ‚valide‘ erlebt wird, wenn z.B. Gefühle zugelassen und bestätigt werden und dadurch ein Ernstnehmen des Betroffenen statthat. Insofern kommt es stets auf das subjektive Erleben an, ob Netzwerke als

soziale Ressourcen tragfähig sein können. Die Schaffung von ‚Enabling Niches‘ lenkt den Blick auf umweltverändernde Maßnahmen, die zweifellos nicht nur das soziale Umfeld betreffen, sondern auch ‚intramural‘, innerhalb einer gegebenen Institution in Blick genommen werden müssen. Zu überprüfen wären z.B. ‚depressionsfördernde‘ Wohnbedingungen, wie sie u. a. BADEN (1996) angesprochen hat. Gleichfalls müssten die Gestaltung und architektonischen Bedingungen des konkreten Wohnmilieus reflektiert und gegebenenfalls verändert werden. So weiß man, dass z. B. ein farbloses, reizarmes stationäres Wohnmilieu einem psychischen Wohlbefinden eher abträglich ist. Nicht umsonst fließen daher künstlerische Aspekte (z. B. anregende Farbgestaltung) zusehends in die Gestaltung sog. Depressionsstationen psychiatrischer Krankenhäuser ein.

Alles in allem ist es uns somit in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen um ein Programm zu tun, welches bei Depressionen nicht etwa nur eine „klinische Behandlung“ fokussiert, sondern das unter Berücksichtigung der „atypischen“ oder unspezifischen Symptome Hilfen in den Blick nimmt, die „in einem breiten *biopsychosozialen* Kontext“ eingebettet sind (GARDNER & WILLMERING 1999, 28).

Literatur

- | |
|--|
| AFFLECK, G.; TENNEN, H.; ROWE, J.: Infants in crisis - How parents cope with newborn intensive care and its aftermath. Berlin 1991 |
| AGRAN, M.; WEHMEYER, M.: Teaching Problem Solving to Students with Mental Retardation. Washington (AAMR) 1999 |
| ALDENHOFF, J.: Überlegungen zur Psychobiologie der Depression. In: Nervenarzt, 68 Jg., 1997, 379-389 |
| ANTONOVSKY, A.: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen 1997 |

- BADEN, R.: Zu dem Artikel „Depression und geistige Behinderung“ von Wolfgang Meins in Heft 3/95. In: Geistige Behinderung, 1/1996, 92f.
- BADEL, I.: Die klientenzentrierte Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen. in: LOTZ, W.; KOCH, U.; STAHL, B. (Hrsg.): Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen, Bern 1994, 141-153
- BAUER, J.: Gewalt macht krank, Liebe heilt. In: Badische Zeitung v. 23. Nov. 2000
- BECK, A. T. u. a.: Kognitive Therapie der Depression. Weinheim 1996 (5. Aufl.)
- BECK, U.: Risikogesellschaft. Frankfurt 1986
- BECK, U.; BECK-GERNSHEIM, E. (Hrsg.): Riskante Freiheiten. Frankfurt 1994
- BAUER, J.: Gewalt macht krank, Liebe heilt. In: Badische Zeitung v. 23. Nov. 2000
- BECK, A. T. u. a.: Kognitive Therapie der Depression. Weinheim 1996 (5. Aufl.)
- BECK, U.: Risikogesellschaft. Frankfurt 1986
- BECK, U.; BECK-GERNSHEIM, E. (Hrsg.): Riskante Freiheiten. Frankfurt 1994
- BAUER, J.: Gewalt macht krank, Liebe heilt. In: Badische Zeitung v. 23. Nov. 2000
- BECK, A. T. u. a.: Kognitive Therapie der Depression. Weinheim 1996 (5. Aufl.)
- BECK, U.: Risikogesellschaft. Frankfurt 1986
- BECK, U.; BECK-GERNSHEIM, E. (Hrsg.): Riskante Freiheiten. Frankfurt 1994
- BENDER, W. N. et al.: Stress, Depression and Suicide among Students with Learning Disabilities. In: Learning Disability Quarterly, Vol. 22 1999, 143-156
- CIPS [Collegium Internationale Psychiatriae Salarum] (Hrsg.): Internationale Skalen für Psychiatrie. Weinheim 1986 (3. Aufl.)
- CREWS, W.; BONAVENTURA, S.; ROWE, F.: Dual Diagnosis: Prevalence of Psychiatric Disorders in a Large State Residential Facility for Individuals With Mental Retardation. In: American Journal on Mental Retardation, Vol. 98, 1994, 724-731
- DILLING, H.; WEYERER, S.; CASTELL, R.: Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung. Stuttgart 1984
- DOSE, M.: Psychopharmaka-Behandlung bei chronisch psychisch Kranken und geistig behinderten Menschen. In: THEUNISSEN, G.; LINGG, A. (Hrsg.): Wohnen und Leben nach der Enthospitalisierung. Perspektiven für ehemals hospitalisierte und ältere Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung. Bad Heilbrunn 1999, 168-187

- DOSEN, A.: Psychische Störungen bei geistig behinderten Menschen. Stuttgart 1997
- DSM-IV: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (hrsg. v. SÄB, H.; WITTCHEN, H. U.; ZAUDIG, M.). Göttingen 1996
- ERNST, C.: Epidemiologie depressiver Störungen im Alter. In: RADEBOLD, H. u. a. (Hrsg.): Depressionen im Alter. Darmstadt 1997, 2-11
- ESCALERA, C: Verhaltensauffälligkeiten: Eine Gratwanderung zwischen intellektueller Herausforderung und emotionaler Überforderung. in: THEUNISSEN, G. (Hrsg.): Verhaltensauffälligkeiten - Ausdruck von Selbstbestimmung? Bad Heilbrunn 2001, 223-254
- ESSAU, C. A.: Depression bei Kinder und Jugendlichen. München 2002
- ESSAU, C. A.; PETERMANN, U.: Depression. In: PETERMANN, F. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychiatrie, Göttingen 2000 (4. Aufl.), 292-322
- GAEDT, Ch. (Hrsg.): Selbstentwertung - depressive Inszenierungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. Neuerkeröder Beiträge 6, Sickinge 1990 (Eigendruck)
- GAEDT, Ch.; GÄRTNER, D.: Depressive Grundprozesse - Reinszenierungen der Selbstentwertung. in: GAEDT, Ch. (Hrsg.) a.a.O., 25-48
- GARDNER, W. I.; WILLMERING, P.: Mood Disorders in People With Severe Mental Retardation. In: WIESLER, N. A.; HANSON, R. H. (eds.): Challenging Behavior. Washington (AAMR) 1999, 13-37
- GARMEZY, N.: Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. In: American Behavioral Scientist, 4/1991, 416-430
- GOFFMAN, E.: Asyl. Frankfurt 1972
- GOWEN, J. et al.: Feelings of depression and parenting competence of mothers of handicapped and nonhandicapped infants: A longitudinal study. In: American Journal on Mental Retardation, Vol. 94, 1989, 259-271
- GUETZLOE, E.: Suicide and depression: Special education's responsibility. In: Teaching Exceptional Children, 20 Vol., 1988, 25-28
- HAUTZINGER, M. u. a.: Wirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie und deren Kombination bei nicht-endogenen, unipolaren Depressionen. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, 25 Jg., 1996, 130-145
- HAYES, M. L.; SLOAT, R. S.: Learning disability and suicide. In: Academic Therapy, 23 Vol., 1988, 469-475

- HEATH, N. L.; WIENER, J.: Depression and nonacademic self-perceptions in children with and without learning disabilities. In: Learning Disability Quarterly, 19 Vol. 1996, 34-44
- HENNICKE, K.: Kontexte von Gewalt und Gegengewalt - systemische Aspekte. In: GEWALT-ige Herausforderung, Tagungsbericht des Verbandes kath. Einrichtungen für lern- und geistigbehinderte Menschen e. V., Freiburg (Selbstdruck) 1999, 24-45
- HERRIGER, N.: Empowerment in der Sozialen Arbeit. Stuttgart 2002
- HIRSCH, R. D.: Aspekte zu einem mehrdimensionalen Behandlungskonzept. In: HIRSCH, R. D. (Hrsg.): Altern und Depressivität. Bern 1992(a), 129-140
- HIRSCH, R. D.: Somatotherapie. In: HIRSCH, R. D. (Hrsg.): Altern und Depressivität. Bern 1992(b), 165-180
- HIRSCH, R. D.: Prävention. In: HIRSCH, R. D. (Hrsg.): Altern und Depressivität. Bern 1992(c), 195-209
- HINTERHUBER, H.: Chronische und therapieresistente Depressionen. In: BERGENER, M. (Hrsg.): Depressive Syndrome im Alter. Stuttgart 1989, 239-258
- HOLTZ, K. L. u. a.: Heidelberger Kompetenzinventar für geistig Behinderte. Heidelberg 1984
- ICD-10: Internationale Klassifikation psychischer Störungen (hrsg. v. DILLING, H.; MOMBOUR, W.; SCHMIDT, M. H.). Bern 1993
- JANTZEN, W.: Kriseninterventionen bei Depressionen. In: WÜLLENWEBER, E.; THEUNISSEN, G. (Hrsg.): Handbuch Krisenintervention. Stuttgart 2001, 190-212
- KARDOFF, E. v.: Soziale Netzwerke und gemeindebezogene Strategien zur gesellschaftlichen Eingliederung von Menschen mit geistiger Behinderung. in: EISENBERGER, J. u. a. (Hrsg.): Das Normalisierungsprinzip – vier Jahrzehnte danach. Reutlingen 1999, 264-285
- KISCHKEL, W.; SCHNEIDER, L.: Erscheinungsformen depressiver Inszenierungen. In: GAEDT, Ch. (Hrsg.) a.a.O., 12-24
- KÖHLER, T.: Affektive Störungen. Stuttgart u. a. 1999
- KOBASA, S.; PUC CETTI, M.: Personality and social resources in stress resistance. In: Journal of Personality and Social Psychology 4/1983, 839-850
- KOVAS, M.: The Children's Depression Inventory (CDI). In: Psychopharmacology Bulletin 21 Vol. 1985, 995-998
- KRUSE, A.: Depression und Trauer. In: HIRSCH, R. D. (Hrsg.): Altern und Depressivität, Bern 1992, 53-70
- LAUCHT, M.; ESSER, G.; SCHMIDT, M. H.: Frühe Mutter-Kind-Beziehung: Risiko- und Schutzfaktor für die Entwicklung von Kindern mit organischen und psychosozialen Belastungen - Ergebnisse einer prospektiven Studie von der Geburt bis zum

- Schulalter. In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und Nachbargebiete, 67 Jg., 1998, 381-391
- LEWINSOHN, P. M. et al.: Adolescent psychopathology. In: Journal of Abnormal Psychology, Vol. 102 1993, 133-144
- LINGG, A.; THEUNISSEN, G.: Psychische Störungen und geistige Behinderung. Freiburg 2000
- MAAG, J. W.; REID, R.: The phenomenology of depression among students with and without learning disabilities: More similar than different. In: Learning Disabilities Research & Practise, Vol. 9 1994, 91-103
- MARGALIT, M.: Resiliente Kinder mit speziellen Lernstörungen. In: OPP, G.; FINGERLE, M.; FREYTAG, A. (Hrsg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München 1999, 204- 220
- MEINS, W.: Affektive Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: LOTZ, W.; KOCH, U.; STAHL, B. (Hrsg.): Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen. Bern 1994, 40-54
- MEINS, W.: Depression und geistige Behinderung. In: Geistige Behinderung, 33 Jg., 1995, 201-210
- MENOLASCINO, F.; LEVITAS, A.; GREINER, C.: The nature and types of mental illness in the mentally retarded. In: Psychopharmacology Bulletin, 22 Vol., 1986, 1060-1071
- MICHELS, H. u. a.: Gesellschaftliche Entwertung und Entwertungsprozesse in der Institution. In: GAEDT, Ch. (Hrsg.) a.a.O., 49-64
- MOSS, S. et al.: Respondent and informant accounts of psychiatric symptoms in a sample of patients with learning disability. In: Journal of Intellectual Disability Research, Vol. 40 1996, 457-465
- NEMEROFF, C. B.: Neurobiologie der Depression. In: Spektrum Specials. Spektrum der Wissenschaft, 3/2002, 82-90
- NIHIRA, K. et al.: AAMD, Adaptive Behavior Scale. Washington 1975
- NISSEN, G.: Psychogene Störungen mit vorwiegend psychischer Symptomatik. In: HARBAUER, H. u. a. (Hrsg.): Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Berlin 1980, 109-139
- NISSEN, G.: Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Berlin 1986
- NUBER, U.: Depression - Die verkannte Krankheit. Zürich 2000 (7. überarb. Aufl.)
- OBERMAIR, W.; STOLL, K.; RICKELS, K.: Test zur Erfassung der Schwere einer Depression. Weinheim 1983
- O'NEILL, R. E. et al.: Functional Assessment and Program Development for Problem Behavior. A Practical Handbook. Pacific Grove (Brooks/Cole) 1997 (2. ed.)

- PETRY, D.; FAARTS, H.: Erfolgreiche Kooperation von Psychiatrie und Behindertenhilfe. In: PETRY, D.; BRADL, Ch. (Hrsg.): Multi-professionelle Zusammenarbeit in der Geistigbehindertenhilfe. Bonn 1999
- ROGERS, C.: Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart 1973
- SAND, A. u. a.: Therapeutischer Umgang mit Entwertungsprozessen. In: GAEDT, Ch. (Hrsg.) a.a.O., 65-81
- SELIGMAN, M.: Erlernte Hilflosigkeit. München 1986 (3. Aufl.)
- SOVNER, R.; PARY, R. J.: Affective Disorders in Developmentally Disabled Persons. In: MATSON, J. L.; BARRETT, R. P. (eds.): Psychopathology in the Mentally Retarded. Boston et al. 1993 (2nd. edition), 87-148
- SPITZ, R.: Vom Säugling zum Kleinkind. Stuttgart 1967
- SPITZ, R.: Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Stuttgart 1973
- SPITZ, R.: Vom Dialog. Stuttgart 1976
- THASE, M. E. et al.: Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. In: Archives of General Psychiatry, 54 Vol., 1997, 1009-1015
- THEUNISSEN, G.: Wege aus der Hospitalisierung. Empowerment in der Arbeit mit schwerstbehinderten Menschen. Bonn 2000a (4. völlig überarb. u. erw. Aufl.)
- THEUNISSEN, G.: Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. Bad Heilbrunn 2000b (3. stark erw. Aufl.)
- THEUNISSEN, G.: Krisen und Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung und Autismus. Stuttgart 2003a
- THEUNISSEN, G.: Depressive Störungen bei Schülerinnen und Schülern mit geistiger Behinderung. In: Sonderpädagogische Förderung 3/2003, 1-22
- THEUNISSEN, G.; PLAUTE, W.: Handbuch Empowerment und Heilpädagogik. Freiburg 2002
- WALLANDER, J. et al.: Disability parameters, chronic strain, and adaption of physically handicapped children and their mothers. In: Journal of Pediatric Psychology, 14 Vol., 1989, 23-42
- WALLANDER, J.; PITT, L.; MELLINS, C.: Child functional independence and maternal psychosocial stress as risk factors threatening adaption in mothers of physically or sensorially handicapped children. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58 Vol., 1990, 818-824
- WEICK, A. et al.: A strengths perspective for social work practise. In: Social Work 7/1989, 350-354

WELSCH, W.: Topoi der Postmoderne. In: FISCHER, H. R.;
RETZER, A.; SCHWEITZER, J. (Hrsg.): Das Ende der großen
Entwürfe. Frankfurt 1993
WOLFERSDORF, M.: Krankheit Depression erkennen, verstehen,
behandeln. Bonn 2000

Zu zitieren als:

Theunissen, Georg: Depression und Geistige Behinderung, in: Heilpädagogik online
01/05, 34-69

http://www.heilpaedagogik-online.com/2005/heilpaedagogik_online_0105.pdf

Stand: 31.12.2004

[Kommentieren Sie diesen Artikel!](#)

Sven Bölte, Sarah Wörner und Fritz Poustka

Kindergarten, Schule, Beruf: Die Situation in einer Stichprobe von Menschen mit autistischen Störungen

Autistische Störungen sind persistierende Verhaltensprobleme, die insbesondere durch schwerwiegende Defizite der sozialen Interaktion und reziproken Kommunikation charakterisiert sind. Adäquate vorschulische Förderung, Beschulung, Ausbildung und berufliche Tätigkeit stellen zentrale Komponenten beim Versuch der Integration der Betroffenen dar. Die vorliegende deskriptive Studie untersuchte die Platzierung von N = 342 Menschen mit frühkindlichem Autismus, atypischem Autismus oder Asperger-Syndrom in Kindergärten, Schulen und auf dem Arbeitsmarkt in Deutschland. Zwei Probanden der Gesamtstichprobe wurden in einer autismusspezifischen Einrichtung gefördert. Die Mehrheit der geistig behinderten autistischen Personen wurde in Sonderkindergärten, Sonderschulen verschiedenen Typs und in Werkstätten betreut. Normal begabte Betroffene besuchten häufiger integrative oder Regelkindergärten und Regelschulen; ca. 1/5 von ihnen hatten im Erwachsenenalter eine Anstellung auf dem freien Arbeitsmarkt.

Einleitung

Autismus ist eine tiefgreifende, im Säuglings- oder Kleinkindalter beginnende Entwicklungsstörung der sozialen Interaktion und reziproken Kommunikation, die mit stereotypen, eingeschränkten Aktivitäten und Interessen einhergeht (ICD-10, F84.0). Die Prävalenz der Erkrankung wird auf etwa 0.2% und die Häufigkeit aller tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (autistisches Spektrum) auf insgesamt ca. 0.6% geschätzt, wobei etwa 30% bis 50% der Menschen mit einem Vollbild des Autismus zusätzlich Intelligenzminderung aufweisen und Jungen etwa 3- bis 4-mal so häufig betroffen sind wie Mädchen (CHARMAN 2002). Die genaue Ätiologie des Syndroms ist noch unklar. Vielfältige Zwillings- und Familien-

untersuchungen deuten jedoch darauf hin, dass die Ursachen in den meisten Fällen komplexer genetischer Natur sind (BÖLTE & POUSTKA 2003) und Sekundärprozesse nach sich ziehen, die über neurologische und neuropsychologische Dysfunktionen (BÖLTE, FEINEIS-MATTHEWS & POUSTKA 2001) zum klinischen Phänotyp führen. Autismus ist ein qualitativ persistierender Zustand (HOWLIN & GOODE 1998); eine vollständige Heilung ist bis heute nicht möglich. Vor allem autistische Menschen mit profunder geistiger Behinderung und massiven Beeinträchtigungen der Sprachentwicklung haben eine schlechte Prognose (GILLBERG & STEFFENBURG 1987). Allerdings können bei früh einsetzender, intensiver individueller Therapie und Förderung im Einzelfall durchaus erhebliche quantitative Verbesserungen des adaptiven Verhaltens, der Symptomatik und Lebensqualität des Betroffenen erreicht werden (BÖLTE & POUSTKA 2002a). Im Rahmen einer ganzheitlichen Intervention stellt die Realisierung adäquater vorschulischer Erziehung, anschließender Beschulung und Ausbildung und schließlich Beschäftigung im Erwachsenenalter eine entscheidende Komponente dar.

Pädagogische Förderung und berufliche Integration autistischer Menschen

Es ist unumstritten, dass Menschen mit autistischer Störung zumeist einer besonderen Form der Erziehung und des Unterrichts bedürfen. Es ist zudem Konsens, dass diese besondere Art des Umgangs die Rücksichtnahme auf die charakteristischen sozialen, kommunikativen und anderweitigen Verhaltensprobleme sowie ein hohes Maß an Individualisierung der Förderung beinhalten sollte. Nicht zuletzt herrscht Übereinstimmung darüber, dass eine intensive Beobachtung und Betreuung der betroffenen Person im

Fördermilieu und eine klare Strukturierung der Lern- und Lebenswelt für eine erfolgreiche Arbeit mit autistischen Menschen vonnöten sind. All diese Überzeugungen finden sich auch in den Empfehlungen der Kultusministerkonferenz (KMK) zur Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Autismus vom 16. Juni 2000 (SCHAAR 2000). Etwas weniger Übereinstimmung besteht darüber, wie Kinder und Jugendliche mit Autismus letztlich genau gefördert werden sollen. Es stellt sich u.a. die Frage nach den konkreten Lerninhalten sowie danach, ob integrativ oder in speziellen Einrichtungen gefördert werden soll (BURACK, ROOT & ZIGLER 1997). Letztere Diskussion ist u.a. eng damit verknüpft, dass es sich beim Autismus um ein sehr heterogenes Störungsbild mit vielfältiger Komorbidität handelt und entsprechend die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Betroffenen immens variieren. In Deutschland kommt hinzu, dass abgesehen von einigen umschriebenen Bemühungen (z.B. ROGALSKI, SCHWEPPE & STEINIG 2000) keine Sonderkindergärten oder –schulen für autistische Menschen existieren und es darüber hinaus keineswegs gewährleistet ist, dass Kindergärten und Schulen verschiedenen Typs stets bereit sind, autistische Menschen aufzunehmen. Die Notwendigkeit einer den Fähigkeiten entsprechenden Berufsausbildung und Beschäftigung autistischer Menschen auf dem freien Arbeitsmarkt nach der Schulzeit wird zunehmend erkannt, wie sich bspw. an verschiedenen Modellprojekten festmachen lässt (z.B. www.m-aut.de). Oft wird in Deutschland für Menschen mit autistischer Störung eine Beschäftigung in beschützenden Institutionen, beispielsweise Werkstätten für Behinderte anvisiert.

Zum konkreten Stand der vorschulischen Betreuung, Beschulung und beruflichen Integration autistischer Menschen in der Bundesrepublik liegen Angaben einiger explorativer Arbeiten vor (z.B. LEPPERT 1999, FINCK & OHDER 2000). Folgt man diesen Berich-

ten, besuchen zwischen 15% bis 35% der Kinder und Jugendlichen mit Autismus Regelschulen, während zwischen 30% und 60% in Schulen für geistig Behinderte und weitere 10% bis 25% anderen Sonderschulen unterrichtet werden. Im Erwachsenenalter sind gemäß dieser Angaben etwa 15% der Betroffenen auf dem freien Arbeitsmarkt und ca. 40% in Werkstätten beschäftigt. Im Vergleich dazu lag der Bundesdurchschnitt für in Sonderschulen oder integrativ unterrichtete Kinder in den letzten Jahren bei schätzungsweise 5% und die allgemeine Erwerbsquote der 15 bis unter 65jährigen bei ca. 73% (www.destatis.de; Bildung & Kultur, Mikrozensus). Internationale Erhebungen legen für Menschen mit Autismus auch für andere europäische Länder und Nordamerika eine ähnliche Situation wie in Deutschland nahe. Bei zehn zwischen 1980 und 1995 in verschiedenen Staaten (USA, Kanada, Großbritannien, Japan, Schweden) durchgeführten Follow-up Studien variierte z.B. der Prozentsatz der im Erwachsenenalter Beschäftigten zwischen 5 und 47% (Median: 22.5%) (HOWLIN & GOODE 1998). Die höchsten Beschäftigungsraten zeigten sich in neueren Erhebungen und in Stichproben mit geringem Anteil an Probanden mit geistiger Behinderung.

Ziel der vorliegenden Erhebung war die detaillierte Erfassung der pädagogischen Versorgung und beruflichen Tätigkeit autistischer Menschen in einer großen und im gesamten Bundesgebiet rekrutierten Stichprobe. Sie unterscheidet sich von früheren Erhebungen in Deutschland vor allem durch die über alle Probanden hinweg zuverlässige standardisierte Diagnostik.

Methode

Insgesamt gingen in diese Arbeit die Daten von $N = 342$ Probanden ein. Die Teilnehmer waren zwischen 1994 und 2002 in der ambulanten, teilstationären und stationären klinischen Routine oder im Rahmen der International Molecular Genetic Study of Autism Consortium (www.well.ox.ac.uk/~maestrin/iat.html) in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der J.W.Goethe-Universität Frankfurt/M. untersucht worden. 315 Probanden erfüllten die ICD-10 Forschungskriterien für frühkindlichen Autismus (F84.0), 22 für atypischen Autismus (F84.1) oder nicht näher bezeichnete tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84.9) und fünf für Asperger-Syndrom (F84.5). In allen Fällen wurde die klinische Diagnose anhand des Autismus Diagnostischen Interviews in Revision (ADI-R) (RÜHL, SCHMÖTZER, THIES & POUSTKA 1995) sowie der Beobachtungsskala für Autistische Störungen (RÜHL, BÖLTE, FEINEIS-MATTHEWS & POUSTKA 2003) abgesichert. Die Stichprobe bestand aus 81 weiblichen und 261 männlichen Probanden, deren Alter zwischen 3 und 49 Jahren bei einem Mittelwert von 13.5 (SD = 8.3) lag. Die Schätzung der intellektuellen Fähigkeiten erfolgte in 115 Fällen anhand des Hamburg-Wechsler-Intelligenztests für Kinder bzw. Erwachsene (HAWIK-R, HAWIK-III, HAWIE-R) oder der Kaufman-Assessment-Battery for Children (K-ABC) und in 101 Fällen anhand der Raven-Matrizen (CPM, SPM) oder der Columbia Mental Maturity Scale (CMM). Bei den restlichen Probanden wurde eine grobe, vorläufige Schätzung der Intelligenz aufgrund des adaptiven Verhaltensniveaus anhand der Vineland Adaptive Behavior Scale (VABS) vorgenommen (BÖLTE & POUSTKA 2002b). Demnach wiesen 195 Probanden (57%) eine geistige Behinderung ($IQ < 70$) auf, 147 (43%) hatten einen $IQ \geq 70$. Die Erhebung der Daten zur

vorschulischen und schulischen Situation der Probanden bzw. zu deren Berufsausbildung und beruflichen Tätigkeit erfolgte in Form einer mündlichen Befragung der Eltern im Rahmen der Durchführung des ADI-R (Item „Schulbildung“). Die hier vorgestellten Daten beziehen sich auf die (vor-)schulische respektive berufliche Situation der Probanden zum Zeitpunkt deren Untersuchung.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Erhebung sind in den Tabellen 1 bis 3, gegliedert nach drei Altersklassen (≤ 7 , 7 bis 16;11, ≥ 17 Jahre) und Intelligenzniveau ($IQ < 70$, $IQ \geq 70$), dargestellt. Tabelle 1 ist zu entnehmen, dass in der untersuchten Stichprobe die Mehrheit (55%) der bis 7-jährigen geistig behinderten Kinder mit einer Störung aus dem autistischen Spektrum einen Sonderkindergarten oder bereits eine Sonderschule besuchte. Normal begabte autistische Kinder wurden häufiger (51%) integrativ oder in einem Regelkindergarten betreut.

Tabelle 1. Pädagogische Förderung von 76 Probanden mit einer Störung aus dem autistischen Spektrum im Alter bis 7 Jahre.

	IQ < 70 (n=49)	IQ ≥ 70 (n=27)
Regelkindergarten	5 (10%)	6 (22%)
Integrativer Kindergarten	14 (29%)	8 (29%)
Sonderkindergarten	21 (43%)	6 (22%)
Schulvorbereitende Einrichtung		1 (4%)
Sonderschule	6 (12%)	4 (15%)
Zuhause	1 (2%)	1 (4%)
Heim	1 (2%)	1 (4%)
Keine Angabe		1 (2%)

Table 2. Beschulung von 179 Probanden mit einer Störung aus dem autistischen Spektrum im Alter zwischen 7 und 16;11 Jahren.

	IQ<70 (n=94)	IQ>=70 (n=85)
Sonderschule		
für geistige Behinderung	49 (52%)	6 (7%)
für Lernbehinderung	10 (11%)	12 (14%)
für Mehrfachbehinderung	9 (10%)	1 (1%)
für Körperbehinderung	4 (4%)	6 (7%)
für Sprachbehinderung	2 (2%)	5 (6%)
für Verhaltensstörungen		4 (5%)
für Sehbehinderung		1 (1%)
Anthroposophische	2 (2%)	
Sonderklasse für Autismus	1 (1%)	1 (1%)
Schule für Kranke/Heim	2 (2%)	3 (4%)
Grundschule	6 (7%)	13 (16%)
Hauptschule		7 (8%)
Realschule	2 (2%)	6 (7%)
Gymnasium	1 (1%)	9 (11%)
Orientierungsstufe		2 (2%)
Berufsvorbereitendes Jahr		1 (1%)
Noch im Kindergarten/	4 (4%)	2 (2%)
Schulvorbereitung		
Zuhause	1 (1%)	4 (5%)
Keine Angabe	1 (1%)	2 (2%)

Table 2 zeigt, dass ein Großteil der autistischen Kinder und Jugendlichen (7 bis 16;11 Jahre) in verschiedenen Sonderschularten unterrichtet wurden: 42% der Betroffenen ohne Intelligenzminderung und 82% der geistig behinderten. 42% der normal

begabten und 10% der geistig retardierten Probanden besuchten Regelschulen. 6% aller Probanden besuchten keine Schule oder andere Einrichtung. Je ein Proband mit und ohne Intelligenzminde- rung wurde in einer Spezialklasse für autistische Menschen beschult.

In der Altersgruppe der über 17-jährigen ergab sich, dass 53% der geistig behinderten Probanden in Werkstätten beschäftigt waren, 4% befanden sich in einer Berufsausbildung oder auf einer Berufsschule. Die meisten anderen Probanden dieser Gruppe besuchten noch eine Sonderschule. In der Subgruppe der normal begabten Probanden hatten 19% eine Anstellung auf dem freien Arbeitsmarkt als kaufmännische Angestellte, Versandhelfer, Hauswirtschafter oder Bauarbeiter, während 14% in Werkstätten tätig waren. 8% waren arbeitslos gemeldet. 14% waren noch im Gymnasium oder hatten ein Studium begonnen. Der verbleibende Anteil war in seinen Tätigkeiten heterogen. Unter anderem besuchten drei Probanden (9%) Sonderschulen, und zwei (6%) waren durch eine Arbeitsbeschaffungsmaßnahme beschäftigt.

Tabelle 3. Beschulung, Ausbildung und Beschäftigung von 87 Probanden mit einer Störung aus dem autistischen Spektrum (≥ 17 Jahre).

	IQ<70 (n=52)	IQ \geq 70 (n=35)
Werkstatt	28 (53%)	5 (14%)
Freier Arbeitsmarkt		7 (19%)
Anthroposophische Einrichtung	2 (4%)	1 (3%)
Berufsschule	1 (2%)	
Berufsbildungswerk		1 (3%)
Lehrgang beim Arbeitsamt		1 (3%)
ABM		2 (6%)
Arbeitslos		3 (8%)
Bundeswehrsoldat		1 (3%)
Hausfrau		1 (3%)
Lehre/Ausbildung	1 (2%)	1 (3%)
Sonderschule		
für geistige Behinderung	7 (13%)	
für Lernbehinderung	3 (6%)	1 (3%)
für Sehbehinderung	1 (2%)	
für Körperbehinderung	1 (2%)	1 (3%)
für Verhaltensstörungen		1 (3%)
Hauptschule	1 (2%)	
Gymnasium		3 (8%)
Studium		2 (6%)
Schule für Kranke/Heim	2 (4%)	1 (3%)
Zuhause	3 (6%)	1 (3%)
Keine Angabe	2 (4%)	2 (6%)

Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es, eine Einschätzung der vorschulischen und schulischen Förderung und beruflichen Integration von Menschen mit einer Störung aus dem autistischen Spektrum - insbesondere frühkindlichem Autismus - in Deutschland zu gewinnen. Methodologisch ist zunächst anzumerken, dass es sich bei der hier untersuchten Stichprobe um eine anfallende, selektive, nicht repräsentative Gruppe von Probanden handelt und Generalisierungen a priori unzulässig sind. Ferner wurden Personeninformationen im Zeitraum zwischen 1994 und 2002 erhoben und sind daher weder vollständig vergleichbar noch gänzlich aktuell. Andererseits handelt es sich bei der vorliegenden Studie jedoch um eine vergleichsweise große Stichprobe, die im gesamten Bundesgebiet rekrutiert wurde und deren Eigenschaften (z.B. IQ- und Geschlechtsverteilung) mit Prävalenzstudien ausreichend konsistent sind. Darüber hinaus wurden die Probanden von erfahrenen Klinikern mittels der derzeit als „goldener Standard“ betrachteten psychiatrischen Skalen diagnostiziert.

Insgesamt stimmen unsere Ergebnisse mit denen anderer Berichte (z.B. LEPPERT, 1999; FINCK & OHDER 2000) überein, wonach vermutlich in vielen pädagogischen Bereichen weiterhin ein deutlicher Bedarf an Verbesserung der (vor-)schulischen Situation und Beschäftigungslage von autistischen Menschen besteht. Letzteres wird u.a. dadurch indiziert, dass im schulpädagogischen Bereich nur ein geringer Anteil der Gesamtstichprobe (zwei Probanden) in einer autismusspezifischen Klasse gefördert wurde. Ein Großteil der geistig behinderten autistischen Kinder und Jugendlichen wurde in Sonderschultypen unterrichtet, deren Zielsetzung im Wesentlichen darin besteht, eine Klientel mit anderem Problemschwerpunkt zu fördern.

Abgesehen von diesem Ergebnis legt unsere Untersuchung nahe, dass die Integration autistischer Menschen in Kindergärten, Schulen und das Berufsleben bei Betroffenen mit intellektuellen Fähigkeiten im Normbereich fortgeschrittener ist als bei geistig behinderten. Über 40% der normal begabten Probanden zwischen 7 und 17 Jahren wurden in Regelschulen unterrichtet. Ferner gingen etwa 1/5 der normal begabten autistischen Menschen im Erwachsenenalter einer Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt nach, jedoch keiner der intelligenzgeminderten, die mehrheitlich in Werkstätten beschäftigt waren.

Trotz der insgesamt optimistischeren Zahlen für normal begabte Menschen mit Autismus und vergleichbaren Problemen sollten sich v.a. für diese Gruppe auch mittelfristig noch erheblich bessere Bedingungen erreichen lassen. Vermehrt in Anspruch genommen werden kann bspw. der Anspruch (§40 I3 BSHG und §12 Eingliederungshilfe-VO) auf eine Eingliederungshilfe und die Beantragung eines Nachteilsausgleichs in der Schule (§48 SchwbG) (z.B. andere Pausenregelungen, verlängerte Zeit bei Klassenarbeiten), wenn dadurch im jeweiligen Einzelfall die Stigmatisierung nicht in den Vordergrund tritt. Beim Übergang von der Schule in die Ausbildung und Beschäftigung sollte verstärkt das Case-Management und Job-Trainer-Modell zur Anwendung kommen (DALFERTH 1998). Der Case-Manager ist ein Integrationsberater, der die Stärken und Schwächen einer Person eruiert und ihre Bedürfnisse kennt, dem Betroffenen langfristig als Quelle von Rat und Hilfe dient und fortwährend zwischen der Person, seiner Familie, Behörden, sozialen Diensten, Einrichtungen und dem (potenziellen) Arbeitgeber vermittelt und koordiniert. Ist eine Arbeit auf dem freien Arbeitsmarkt erreicht, kann dann eine Arbeitsbegleitung und –strukturierung durch einen Job-Trainer anschließen. Finanzierungsmöglichkeiten für einen Arbeitsbegleiter ergeben sich nach

§26, 27 SCHWGA V und SGB VIII, KJHG §35 ISE. Vor allem für autistische Menschen mit geistiger Behinderung muss zukünftig neben dem Versuch integrativer Maßnahmen auch die Etablierung von spezifischen Klassen, Schulen und Einrichtungen erreicht werden. Dass für Menschen mit Autismus spezifischer sonderpädagogischer Förderbedarf verschiedener Art an unterschiedlichen Lernorten besteht, wurde nicht zuletzt durch die Empfehlungen der KMK erkannt und einer vermehrte Umsetzung dieser ist angezeigt, inklusive einer korrespondierenden sonderpädagogischen Ausbildung für Lehrkräfte.

Legt man die Schätzungen internationaler Studien zugrunde, können in Deutschland bis zu 160.000 Menschen an frühkindlichen Autismus und weitere 320.000 an einer anderen autistischen Störung erkrankt sein. Um zu genaueren Angaben über die schulische und berufliche Situation der Population und der dahingehenden Entwicklungen zu gelangen, wären umfassende und regelmäßige Erhebungen der Kultusministerien und des statistischen Bundesamtes (SBA) wünschenswert, welche nicht nur Personen mit Autismus, sondern nicht zuletzt aus Gründen des Vergleichs die Versorgungssituation der gesamten kinder- und jugendpsychiatrischen Klientel im Auge haben sollten. Nach Auskunft des SBA sind Sondergruppenstatistiken ab dem Jahr 2005 geplant.

Literatur

- BÖLTE, S.; FEINEIS-MATTHEWS, S. & POUSTKA, F.: Neuropsychologie des Autismus. Zeitschrift für Neuropsychologie, 12 (2001), 235-245
- BÖLTE, S.; POUSTKA, F.: Intervention bei autistischen Störungen: Status quo, evidenzbasierte, fragliche und fragwürdige Techniken. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 30 (2002a), 271-280
- BÖLTE, S.; POUSTKA, F.: The relation between general cognitive level and adaptive behavior domains in individuals with autism with and without co-morbid mental retardation. Child Psychiatry and Human Development, 33 (2002b), 165-172
- BÖLTE, S.; POUSTKA, F.: Genetic, environmental and immunologic factors in the etiology of autism spectrum disorders. Neuroembryology 2 (2003), 175-179
- BURACK, J.; ROOT, R.; ZIGLER, E.: Inclusive education for students with autism: reviewing ideological, empirical, and community considerations. In: COHEN, D.; VOLKMAR, F. (Hrsg.). Handbook of autism and pervasive developmental disorders. New York: Wiley 1997
- CHARMAN, T.: The prevalence of autism spectrum disorders. Recent evidence and future challenges. European Child and Adolescent Psychiatry, 11 (2002), 249-256
- DALFERTH, M.: Möglichkeiten der unterstützten Beschäftigung für autistische Menschen. In: Bundesverband Hilfe für das autistische Kind e.V. (Hrsg.), 9. Jahrestagung. Mit Autismus leben – Kommunikation und Kooperation. Hamburg: Eigendruck 1998, 121-135
- FINCK, I.; OHDER, S.: Autistische Kinder und Jugendliche in der Berliner Schule – Der Versuch eines 'kundenorientierten' Angebots für Schüler, Lehrkräfte und Eltern. In: KAMINISKI, M.; RUMPLER, F.; STOELLGER, N. (Hrsg.): Pädagogische Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Autismus. Fachverband für Behindertenpädagogik: Würzburg 2000, 58-63
- GILLBERG, C.; STEFFENBURG, S.: Outcome and prognostic factors in infantile autism and similar conditions: a population-based study of 46 cases followed through puberty. Journal of Autism and Developmental Disorders, 17 (1987), 272-288
- HOWLIN, P.; GOODE, S.: Outcome in adult life for people with autism and Asperger's syndrome. In: VOLKMAR, F. (Hrsg.): Autism and pervasive developmental disorders. Cambridge: University Press 1998, 209-241
- LEPPERT, T.: Auswertung der Umfrage zur beruflichen Situation autistischer Erwachsener. In: Bundesverband Hilfe für das

autistische Kind e.V. (Hrsg.): Integrierende Arbeitsbegleitung von Menschen mit Autismus. Hamburg: Eigendruck 1999, 34-41

ROGALSKI, U.; SCHWEPPE, G.; STEINIG, W.: Kinder und Jugendliche mit Autismus an Bremer Schulen. In: KAMINISKI, M.; RUMPLER, F.; STOELLGER, N. (Hrsg.): Pädagogische Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Autismus. Fachverband für Behindertenpädagogik: Würzburg 2000, 86-93

RÜHL, D.; SCHMÖTZER, G.; THIES, G.; POUSTKA, F.: Autismus Diagnostisches Interview in Revision (ADI-R). J.W.Goethe-Universität Frankfurt, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters: Eigendruck 1995

RÜHL, D.; BÖLTE, S.; FEINEIS-MATTHEWS, S.; POUSTKA, F.: Beobachtungsskala für Autistische Störungen (ADOS). Bern: Huber 2003

SCHAAR, E.: Die Empfehlungen der Kultusministerkonferenz zur Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Autismus. In: KAMINISKI, M.; RUMPLER, F.; STOELLGER, N. (Hrsg.): Pädagogische Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Autismus. Fachverband für Behindertenpädagogik: Würzburg 2000, 8-13

Zu zitieren als:

Bölte, Sven; Wörner, Sarah; Poustka, Fritz: Kindergarten, Schule, Beruf: Die Situation in einer Stichprobe von Menschen mit autistischen Störungen, in: Heilpädagogik online 01/05, 70-83
http://www.heilpaedagogik-online.com/2005/heilpaedagogik_online_0105.pdf,
Stand: 31.12.2004

[Kommentieren Sie diesen Artikel!](#)

Rezensionen

Tulodzieki, Gerhard/ Handbuch Medienpädagogik
Herzig, Bardo: Band 2: Mediendidaktik
Stuttgart 2004
Preis: 25,- €
ISBN: 3-608-94231-9



Dieser zweite Band aus dem insgesamt fünfbändigen „Handbuch Medienpädagogik“ versucht, zahlreiche Möglichkeiten der Mediennutzung für Lehr- und Lernprozesse zu zeigen und didaktisch zu begründen. Wird der Nutzen der Medien auf der einen Seite mittlerweile kaum noch geleugnet, so wird auf der anderen Seite „auf Gefahren hingewiesen, die mit einer unangemessenen Mediennutzung verbunden sein können“ (7). Schon so deutet sich an, wo eine bedeutende Aufgabe der Schule gesehen werden kann: in der *Medienerziehung*. Um diese geht es hier jedoch nur am Rande, sie ist vielmehr Thema eines eigenen Bandes. Den Autoren geht es hier um didaktische Grundlagen der Medienerziehung, ohne grundlegende Medienkritik zu betreiben oder Medieninhalte für den Unterricht zu filtern.

Das erste Kapitel „Medien und Medienmerkmale“ grenzt den zentralen Begriff „Medium“ ein. Dabei werden zunächst dessen zahlreiche Bedeutungen vorgestellt, die vom Medium „Werbung“ bis hin zu als Medien bezeichnete Personen und spiritistischen Sitzungen reichen. Zu Recht stellen die Autoren jedoch fest, dass „keine klaren Aussagen zur Bedeutung von Medien für das Lehren und Lernen sowie für Erziehung und Bildung möglich“ (13) wären, wenn all diese Begriffsbeschreibungen Inhalt der Medienpädagogik

wären. Sie stellen diesbezüglich also klaren Grenzen auf. Diese wären zunächst, dass der Medienbegriff der Medienpädagogik auf technisch vermittelte Erfahrungsformen bezogen ist, wobei spezielle Medienarten wie Fernsehen, Computer etc. den sachlichen Mittelpunkt bilden. „Medien werden in diesem Band als Mittler verstanden, durch die in kommunikativen Zusammenhängen potenzielle Zeichen mit technischer Unterstützung übertragen, gespeichert, wiedergegeben, angeordnet oder verarbeitet und in abbildhafter und/oder symbolischer Form präsentiert werden.“ (18)

Nach diesem einleitenden Kapitel geben die Autoren den aktuellen Forschungsstand zum Lehren und Lernen mit Medien wieder. Sie belegen diesen mit zahlreichen Studien und Forschungsergebnissen, die auch in einen historischen Kontext gebettet werden. So wird die Entwicklung in der Medienpädagogik seit den 1960er Jahren knapp und angemessen nachgezeichnet. Die Autoren gehen dabei kritisch auf Untersuchungsmethoden ein, die Medieneffekte mit „konventionellen Lehrerunterricht vergleichen“ (79), wie es etwa beim Schulfernsehen oft der Fall war und ist.

Nach dieser Basisdarstellung werden Medien in einem weiteren Kapitel auf ihre didaktischen und lerntheoretischen Grundlagen hin überprüft. Hier werden verschiedene Konzepte vorgestellt, wie im gesamten Buch in einem angenehm knappen Stil. Außerdem wird in diesem Kapitel verschiedene Lernsoftware näher erläutert. Es folgt eine Beleuchtung der Thematik aus dem Blickwinkel verschiedenen Schulen der Lerntheorie, die jedoch weit genug ausgelegt ist, um auch modernere Konzepte wie den Konstruktivismus mit einzubeziehen.

Kapitel 4 ist eine Erweiterung des vorhergehenden Kapitels - hier werden „Abläufe von Unterricht mit Mediennutzung und Funktionen von Medien thematisiert“ (185).

Das letzte Kapitel rundet das theoretische Grundlagenwerk ab und deutet auf den Zusammenhang zwischen Mediennutzung und medienbezogenen Erziehungs- und Bildungsaufgaben.

Der zweite Band des „Handbuch Medienpädagogik“ ist ein sachlich fundiertes und handwerklich einwandfrei verfasstes Grundlagenwerk zur Mediendidaktik. Anders als der Umschlagtext jedoch verspricht („theoretisch fundiert und praxisorientiert“) bleibt es beim theoretischen und streift die Praxis nur am Rande. Ein bisschen weniger bierernste Wissenschaftlichkeit hätte dem Buch sich sehr gut getan.

Sebastian Barsch

**Essau, C. A./
Conradt, J.:** Aggression bei Kindern und
Jugendlichen.
München 2004
Preis: 19,90 €
ISBN: 3-8252-2602-6



Aggressives Verhalten bei Kindern und Jugendlichen gerät zunehmend in den Blickpunkt der Öffentlichkeit. Aggressionen im Kindes- und Jugendalter scheinen zuzunehmen und dies nicht nur bezogen auf die Häufigkeit, sondern auch mit Blick auf die Qualität. Dabei rücken zunehmend Schulen in die öffentliche Diskussion, scheinen sie doch immer häufiger Schauplatz regelrechter „Gewaltexzesse“ zu werden. Derartige Schlagzeilen verkaufen sich natürlich hervorragend, tragen jedoch meist nichts zum Verständnis des Problems und zu möglichen Lösungsansätzen bei.

Das vorliegende Buch nähert sich dem Thema Aggression bei Kindern und Jugendlichen aus Sicht der Psychologie und wendet sich in seiner Machart als Lehrbuch in erster Linie an Studierende dieses Faches. Darüber hinaus dürfte die Lektüre aber auch für alle in pädagogischen Berufsfeldern tätigen Personen von Interesse und Gewinn sein.

Das Buch ist in drei große Teile und insgesamt zehn Kapitel aufgeteilt. Im ersten Teil widmen sich die Autorinnen zunächst der Beschreibung ihres Gegenstandes. Unter der Überschrift „Merkmale der Aggression, Störung des Sozialverhaltens, Störung mit oppositionellem Trotzverhalten“ findet der Leser Informationen zum Begriff und zur Klassifikation, zur Diagnostik, zur Epidemiologie, Komorbidität und Verlauf. Der zweite Teil widmet sich den verschiedenen Theorien (über die Entstehung von aggressivem Verhalten) und den Risikofaktoren. Im dritten Teil schließlich

werden Möglichkeiten der psychologischen Intervention und Prävention vorgestellt und diskutiert.

Das Buch ist dabei durchgängig in einer sehr klaren und m.E. allgemein verständlichen Sprache geschrieben, die auch fachfremden Lesern eine relativ problemlose Lektüre ermöglichen sollte. Schlüsselbegriffe werden in den breiten Marginalspalten hervorgehoben, so dass auch hier der Überblick erhalten bleibt. Wer sein neues Wissen überprüfen möchte, findet im Anschluss an jedes Kapitel Übungsfragen, welche die wichtigsten Inhalte abfragen. Ein Glossar am Schluss des Buches hilft allen Lesern weiter, die bei der Lektüre über den einen oder anderen Fachbegriff stolpern.

Eine insgesamt runde Sache also, die all denjenigen zu empfehlen ist, die sich um ein besseres Verständnis des Phänomens Aggression bei Kindern und Jugendlichen bemühen.

Tim Bendokat

Conny Rapp: Außergewöhnlich.
Neumünster 2004
Preis: 16,80 €
ISBN: 3-926200-89-8



Die pränatale Diagnose einer Trisomie 21 ist für viele werdende Eltern Grund, sich für eine Abtreibung zu entscheiden. Dabei ist vermutlich die Vorstellung, die diese Eltern von Menschen mit Down-Syndrom haben, eine wesentliche Grundlage der Entscheidung.

Allerdings hat sich das fachliche Bild von Menschen mit Down-Syndrom enorm verändert: Mit der Abkehr vom rein medizinischen Modell der Behinderung wurden individuelle Stärken und Lebensmöglichkeiten sichtbar. Menschen mit Down-Syndrom wird heute ein in vielen Fällen recht selbstbestimmtes Leben zugetraut und ermöglicht. Filme wie „Am achten Tag“ versuchen, eine ähnliche Veränderung für eine breitere Öffentlichkeit zu vermitteln.

„Außergewöhnlich“ entstand aus der persönlichen Betroffenheit der Autorin. Erst nach der Geburt ihrer Tochter wurde das Down-Syndrom diagnostiziert, die Frage im Krankenhaus nach ersten Informationen mit Informationen aus einem alten Pschyrembel („mongoloide Idiotie“) beantwortet. „Was ich damals dringend gebraucht hätte, waren aktuelle medizinische Informationen und was ich gerne gesehen hätte, waren schöne Bilder von Kindern mit Down-Syndrom, die schnellstens meine alten Klischee-Bilder ersetzen mussten.“

„Außergewöhnlich“ ist der Versuch, die negativen Klischee-Bilder durch ansprechende Bilder zu ersetzen. Porträtiert werden 15 Kinder mit Down-Syndrom zwischen eineinhalb und acht Jahren

und ihre Mütter. Von jedem Kind sind mehrere Fotos, mal zusammen mit der Mutter, mal alleine abgedruckt. Die Bilder zeigen oft fröhliche Kinder. Sie sind nah dran, an den Menschen, die sie darstellen. Und es sind hübsche Menschen.

Es sind Fotos, wie es sie von jedem anderen Kind auch gibt: Kinderfotos. Mit Sicherheit überwiegen beim Betrachten der Bilder die gleichen Gefühle, die sich beim Betrachten von Kinderfotos zumeist einstellen, und genau damit sind die Fotos geeignet, negative Klischee-Bilder durch persönliche Bilder zu ersetzen.

Jede der Mütter hat zudem einen kurzen Text verfasst: einen Bericht über kleine Begebenheiten und den Werdegang des Kindes. Dabei wurden zumeist Episoden gewählt, die glückliche, lustige Momente beschreiben. Etwa wenn im Bällchenbad bei McDonalds Kinder ganz selbstverständlich mit Marina spielen, oder wenn Yannick zu den Cornfalkes auch Ketchup auf den Tisch stellt. Auch erheblich belastende Zeiten werden geschildert, etwa wenn Lukas mit seinen 17 Monaten schon 14 Operationen hinter sich bringen musste, und die erwünschte Normalität des „Familien-Seins“ erst einmal ausbleibt.

Deutlich wird in den Texten, dass die Mütter das Leben mit ihrem „außergewöhnlichen“ Kind alle auch als Chance sehen: als Chance, ihr Leben bewusst zu gestalten, ihr Leben glücklich zu leben und Schwierigkeiten zu meistern. Es sind persönliche Texte, die Nähe herstellen und einen Zugang bieten, zu den porträtierten Menschen.

Zielsetzung des Buches ist die Information werdender und betroffener Eltern, aber auch von Lehrern, Ärzten, Hebammen, usw. Es soll in Praxen von Gynäkologen, Kinder- und Fachärzten,

Kliniken und Beratungsstellen ausgelegt werden. Auf die beschriebene Art ist es sicher geeignet, Eltern zu erreichen, zu informieren und dabei negative Klischee-Bilder zu ersetzen und das Zusammenleben mit einem Kind mit Down-Syndrom als durchaus mögliches und gelungenes zu zeigen.

Markus Brück

Veranstaltungshinweise

Haben Sie Veranstaltungen, die Sie den Lesern von „Heilpädagogik online“ bekannt machen wollen?

Termine können Sie uns per Mail an termine@heilpaedagogik-online.com mitteilen!

Januar 2005

Menschen mit Behinderungen im Museum

20.01 – 21.01.2004, Köln

Ziel der Tagung

Ziel der Tagung ist die Vermittlung von Sachinformationen zu verschiedenen sonderpädagogischen Fachrichtungen, aus denen sich unterschiedliche Wege der Kommunikation in der Museumspädagogik ergeben.

Zielgruppe

Die Tagung richtet sich an:

Museumspädagog/innen, Lehrer/innen, Lehramtsanwärter/innen, Mitarbeiter/innen in den Einrichtungen der Behindertenhilfe, Interessierte.

Veranstalter

Bundesarbeitsgemeinschaft Behinderte Besucher im Museum

Die Veranstaltung wird mitgetragen durch:

- Arbeitskreis Museumspädagogik Rheinland und Westfalen e.V. im Bundesverband Museumspädagogik e.V.
- Landesverband NRW für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V.
- Studienseminar für Sonderpädagogik Köln
- Landschaftsverband Rheinland
- Museumsdienst Köln

Kontakt und Programm

Landesverband NRW für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V.

Brehmstr. 5-7

40239 Düsseldorf

Telefon: (02 11) 61 20 98

Fax: (02 11) 61 39 72

eMail: info@lv-nrw-km.de

Homepage: <http://www.museumspaedagogik.org/AKMPRW>

Februar 2005

Didacta –die Bildungsmesse

28.02.-04.03.2005, Stuttgart

Spezielle Programmpunkte des VDS:

- Montag, 28. Februar 2005:
Sprachförderung im vorschulischen und Schuleingangsbereich
Muttersprache – Sprachumfeld – Lernumfeld – Erwerb der Schriftsprache
- Dienstag, 1. März 2005:
Soziale Kompetenz stärken und Gewalt verhindern
Konflikt- und Krisenmanagement für Lehrkräfte
- Mittwoch, 2. März 2005:
Berufsvorbereitung und Schülerfirmen im Verbund
Berufsvorbereitung in authentischen Situationen
- Donnerstag, 3. März 2005:
Methodenkompetenz und Schlüsselqualifikationen
Methodenlernen und offene Unterrichtsformen im Schulalltag
- Freitag, 4. März 2005:
Lernstandserhebung, Bildungsstandards und curriculare Vorgaben
Wie viel Individualität muss sich Schule für ihre Schülerinnen und Schüler bewahren?

März 2005

Fit in der Rechtschreibung – trotz LRS!

04.03.2005 – 05.03.2005, Kurhaus Bad Hamm, Hamm

Viele Kinder sehen im Erlernen der Rechtschreibung ein unüberwindbares Problem. Besonders der Hinweis auf Regeln, für die es doch wieder Ausnahmen gibt und vor allem die Aufforderung, genau Hinzuhören, ist in der Regel sehr verwirrend und nicht nur für Kinder mit Rechtschreibproblemen wenig hilfreich. In diesem Seminar wird ein systematisch strukturiertes Konzept, mit entsprechenden Arbeitsmaterialien, zum Aufbau von Rechtschreibkompetenz vorgestellt, das dem Bedürfnis von Schülern nach Überschaubarkeit entgegenkommt.

Nähere Informationen und Anmeldungen:

``doppelpunkt-``-Fortbildungsinstitut für Sprachheilpädagogik der
dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e.V.

URL: <http://www.dgs-doppelpunkt.de>

E-Mail: info@dgs-doppelpunkt.de

Begabtenförderung als Aufgabe und Herausforderung für die Pädagogik. 22. Münstersches Gespräch zur Pädagogik

9. - 11. März 2005, Münster

Die Sensibilität für die Notwendigkeit schulischer Begabtenförderung ist in den letzten Jahren nicht zuletzt durch die Resultate der PISA-Studie in der Bildungspolitik und Schulpraxis in Deutschland enorm gestiegen. Dennoch gehört die Begabtenförderung überwiegend zu den „Sonderangeboten“ der Schulen. Dies liegt zum Teil an der mangelnden Aus- und Fortbildung der Lehrkräfte, zum Teil auch daran, dass bisher nur unzureichende Förderkonzepte für diese Kinder existieren.

Die Münsterschen Gespräche zu Pädagogik 2005 thematisieren die Problematik schulischer Begabungsförderung vor allem aus pädagogischer Perspektive. Dabei soll der aktuelle Stand der Begabungsforschung aber auch konkrete Konzepte der Begabtenförderung erörtert werden. Neben theoretischen Ansätzen des Erkennens und Förderns besonders begabter Kinder sollen auch praktische Modelle der schulischen und außerschulischen Begabtenförderung in Vorträgen und Workshops vorgestellt werden.

Darüber hinaus stehen weitere Experten aus Bildungspolitik und Hochschule für die Plenumsgespräche zur Verfügung und sichern damit in authentischer Weise den aktuellen Stand der Diskussion.

Eingeladen sind alle, die für die künftige Schul- und Unterrichtsentwicklung Sorge bzw. Verantwortung tragen: Lehrkräfte und Schulleiter, Schulaufsicht und Schulverwaltung, Bildungspolitik und Elternvertreter, sowie Wissenschaftler und die interessierte Öffentlichkeit.

Die Veranstaltung findet in Kooperation mit der Akademie Franz Hitze Haus, dem Institut für Lehrerfortbildung, Mühlheim sowie dem Internationalen Centrum für Begabungsforschung, Münster/Nijmegen statt.

Nähere Informationen und Anmeldungen:

Kontaktadresse: Frau Vrabec, Postfach 1366, 48135 Münster

URL: <http://www.icbf.de>

E-Mail des Kontakts: vrabec@bistum-muenster.de

Über die Autoren

Mag. a. Karin Paireder

Geb. 1978, Studium 1997-2002 der Pädagogik und Sonder- und Heilpädagogik an der Universität Wien, seit Oktober 2002 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Berufs- und Erwachsenenbildungsforschung (IBE) an der Johannes Kepler Universität Linz.

Arbeitsschwerpunkte: Begleitende Evaluation der „Integrationsassistenten“ und der „Integrationsassistenten für Vorlehre“, Evaluierung der Sozialberatungsstellen in Oberösterreich, Studie im Rahmen der EQUAL Entwicklungspartnerschaft: Arbeitsfähigkeit erhalten in Organisationen und Unternehmen (AEIOU).

Kontakt: Institut für Berufs- und Erwachsenenbildungsforschung
Universität Linz, Raimundstraße 17, A - 4020 Linz
paireder@ibe.co.at

Prof. Dr. Dr. Mathilde Niehaus

Psychologiestudium in Marburg und Trier, 1999-2002 Lehrstuhlinhaberin für Sonder- und Heilpädagogik an der Universität Wien, Gründung der Internationalen Forschungsstelle für Arbeit und soziale Integration (IFASI), seit 2002 Lehrstuhl für Arbeit und Berufliche Rehabilitation an der Universität zu Köln.

Arbeitsschwerpunkte: betriebliche Beschäftigungssicherung und europäische Politik für behinderte Menschen, psychologische Rehabilitationsforschung, Lebenslagen von Frauen mit Behinderung, quantitative und qualitative Evaluationsmethoden, Disability-, Diversity Management.

Kontakt: Arbeit und Berufliche Rehabilitation
Universität zu Köln, Herbert-Lewin-Straße 2,
D - 50931 Köln
mathilde.niehaus@uni-koeln.de
www.uni-koeln.de/hp-fak/arbeitsreha/index.html

Georg Theunissen

Prof. Dr. päd. Georg Theunissen, Ordinarius für Geistigbehindertepädagogik am Institut für Rehabilitationspädagogik des Fachbereichs Erziehungswissenschaften der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Kontakt: Martin-Luther-Universität; FB Erziehungswissenschaften
Institut für Rehabilitationspädagogik;
D-06099 Halle (Saale)
E-mail: theunissen@paedagogik.uni-halle.de

Sven Bölte

Priv.-Doz. Dr. rer. med. Dipl.-Psych. Sven Bölte, geb. 1968. Seit 1997 wissenschaftlicher Angestellter und klinischer Neuropsychologe an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, J. W. Goethe - Universität Frankfurt am Main.

Kontakt: Sven Bölte; Klinikum der J.W.G.-Universität Frankfurt/M.; Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters; Deutschordenstr. 50; 60528 Frankfurt/M.
Fon: ++49.69.6301.5408
FAX: ++49.69.6301.5843
E-mail: Boelte@em.uni-frankfurt.de

Sarah Wörner

Sarah Wörner, Diplom-Sonderpädagogin, graduierte 2003 an der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Fritz Poustka

Prof. Dr. med. Fritz Poustka, geb. 1941. Seit 1985 Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, J. W. Goethe - Universität Frankfurt am Main.

Hinweise für Autoren

Falls Sie in „Heilpädagogik online“ veröffentlichen möchten, bitten wir Sie, ihre Artikel als Mailanhang an eine der folgenden Adressen zu senden:

sebastian.barsch@heilpaedagogik-online.com

tim.bendokat@heilpaedagogik-online.com

markus.brueck@heilpaedagogik-online.com

Texte sollten uns vorzugsweise als reine ASCII-Datei zugesandt werden.

Falls Sie den Text jedoch lieber als Word-Dokument versenden möchten, können Sie [diese Formatvorlage](#) nutzen.

Der Umfang eines Beitrages sollte den eines herkömmlichen Zeitschriften - Artikels nicht überschreiten, also nicht länger als 20-25 (maximal) DIN A4-Seiten sein.

Jeder Beitrag soll den Standard-Anforderungen wissenschaftlichen Arbeitens entsprechen. Zitate und Vergleiche sind im Text zu kennzeichnen (AUTOR + Jahr, Seite). Dem Beitrag ist ein Verzeichnis der verwendeten Literatur anzufügen (Nachname, Vorname abgekürzt: Titel. Erscheinungsort + Jahr, ggf. Seitenzahlen). Zur Information der Leser ist weiterhin ein kurzes Abstract zu jedem Beitrag erforderlich (Umfang max. 10 Zeilen).

Leserbriefe, Forum und Gästebuch

Leserbriefe sind erwünscht und werden in den kommenden Ausgaben in Auswahl aufgenommen – soweit uns Leserbriefe erreichen. Sie sind an folgende Adresse zu richten:

leserbrief@heilpaedagogik-online.com

Alternativ können Sie ihre Meinung auch direkt und ohne Zeitverlust im Forum auf unserer Seite kundtun:

<http://www.heilpaedagogik-online.com>

Einträge in das Forum von Heilpädagogik online sollten grundsätzlich einen klaren Bezug zu dieser Zeitschrift erkennen lassen. Einträge, die sich nicht auf Heilpädagogik online beziehen, werden von uns gelöscht.

Zu guter Letzt möchten wir Sie auf unser neues Gästebuch aufmerksam machen. Anregungen, Kritik, Grüße etc. können Sie dort eintragen.

<http://www.heilpaedagogik-online.com/guestbook/>