

Ausgabe 01|07

# Heilpädagogik 1 / 07

## online

**Die Fachzeitschrift im Internet**

Carmen Schmitz

Salutogenese in der Hochschule. Eine Untersuchung zum Kohärenzgefühl von Studierenden im Bachelor-Studiengang Sonderpädagogik

Elke Schlesselmann

Gesundheitsförderung durch die gemeinsamen Ansätze des Empowerment und der Salutogenese

Carolin Helm

Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung und der Umgang durch professionelle Bezugspersonen

---

Rezensionen

Veranstaltungshinweise

---

# Inhalt

Editorial.....	2
 Carmen Schmitz Salutogenese in der Hochschule. Eine Untersuchung zum Kohärenzgefühl von Studierenden im Bachelor-Studien- gang Sonderpädagogik .....	     3
 Elke Schlesselmann Gesundheitsförderung durch die gemeinsamen Ansätze des Empowerment und der Salutogenese.....	   25
 Carolin Helm Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung und der Umgang durch professionelle Be- zugspersonen.....	    35
 Rezensionen.....	 67
Veranstaltungshinweise.....	72
Über die Autoren.....	76
Hinweise für Autoren.....	77
Leserbriefe und Forum.....	78

Heilpädagogik online 01/ 07  
ISSN 1610-613X

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

**Sebastian Barsch**  
Lindenthalgürtel 94  
50935 Köln

**Tim Bendokat**  
Südstraße 79  
48153 Münster

**Markus Brück**  
Weinsbergstr. 142  
50823 Köln

Erscheinungsweise: 4 mal jährlich

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

## Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

In dieser ersten Ausgabe des Jahres 2007 steht das salutogenetische Modell von Aaron ANTONOVSKY im Zentrum zweier Beiträge.

Carmen Schmitz macht die Umstrukturierung der Lehramtsstudiengänge Sonderpädagogik auf die Abschlüsse Bachelor und Master zum Ausgangspunkt ihrer Überlegungen. In einer Studie untersuchte sie die Voraussetzungen, welche Studierende bei Antritt des Bachelor-Studiengangs mitbringen und macht dabei das Kohärenzgefühl nach ANTONOVSKY zum Instrument ihrer Untersuchung.

Auch Elke Schlesselmann arbeitet in ihrem Beitrag auf Grundlage des salutogenetischen Modells. Anhand eines Projekts an den Rheinischen Kliniken in Köln diskutiert sie Möglichkeiten zur Stärkung des Pflegepersonals angesichts zunehmender körperlicher und psychischer Belastungen in diesem Berufsfeld.

Die berufliche Belastung professioneller Helfer steht auch im abschließenden Beitrag von Carolin Helm im Mittelpunkt. Auf Basis von Interviews mit Personen, die sich in ihrer Arbeit mit selbstverletzendem Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung konfrontiert sehen, analysiert und diskutiert sie Erfahrungen, Belastungen und Bewältigungsstrategien.

Natürlich finden Sie auch in dieser Ausgabe wieder aktuelle Buchbesprechungen und Veranstaltungshinweise.

Wir wünschen Ihnen eine anregende und aufschlussreiche Lektüre!  
Mit den besten Wünschen für das Jahr 2007,

Sebastian Barsch

Tim Bendokat

Markus Brück

Carmen Schmitz

## **Salutogenese in der Hochschule. Eine Untersuchung zum Kohärenzgefühl von Studierenden im Bachelor-Studiengang Sonderpädagogik**

Das Kohärenzgefühl aus dem salutogenetischen Modell von Aaron ANTONOVSKY dient hier als Instrument zur Erfassung möglicher Voraussetzungen für das Bachelor-Studium. In einer Untersuchung wird gezeigt, dass weibliche Studierende mit Kindern tendenziell bessere Voraussetzungen für das Bachelor-Studium mitbringen als jüngere Studierende ohne Kinder. Das salutogenetische Modell könnte auch eine Bereicherung in der Praxis des pädagogischen Alltags darstellen.

***Schlüsselwörter:** Salutogenese, Kohärenzgefühl, Bachelor-Studium, Sonderpädagogik, Mütter, Bedeutsamkeit*

In this article, the Sense of Coherence from the salutogenic model of Aaron ANTONOVSKY has been used as an instrument to evaluate possible qualifications to become a bachelor student. A survey shows that female students with children tend to have better qualifications for beginning their study than students without children. The salutogenic model might be an enrichment for the practical day to day work of educationalists.

***keywords:** Salutogenesis, Sense of Coherence, Bachelor, special education, mothers, meaningfulness*

### **Einleitung**

Die Einführung des neuen Studiengangs Bachelor-Sonderpädagogik an der Universität Oldenburg brachte nicht nur die Chance eines international anerkannten Abschlusses mit sich, sondern auch eine Vielzahl von organisatorischen Problemen und Fragen. Bei einem größeren Aufwand an Zeit und Energie im Vergleich zu den Studiengängen Lehramt und Diplom stellt sich die Frage nach der Machbarkeit des Bachelor-Studiums.

Diese Frage führt allgemein zu der Notwendigkeit zu erfassen, welche Voraussetzungen die Studierenden mit in das Studium bringen bzw. bringen sollten.

Im Folgenden wird eine Untersuchung vorgestellt, die im Rahmen einer Diplomarbeit vorgenommen wurde. Den theoretischen Rahmen dieser Untersuchung bildet das Konzept der Salutogenese des Medizinsoziologen Aaron ANTONOVSKY (1923-1994). Salutogenese heißt übersetzt „wie Gesundheit entsteht“ bzw. „Gesundheitsentstehung“. Die Grundlage des Modells ist die Annahme, dass immerzu Stressoren auf den Menschen einwirken, die ihn aus dem Gleichgewicht bringen. Das salutogenetische Konzept ist geprägt durch ein Zusammenwirken der vier Komponenten Stressoren und Anspannung, generalisierte Widerstandsressourcen, Gesundheits-Krankheits-Kontinuum und des Kohärenzgefühls (ANTONOVSKY 1993).

ANTONOVSKY prägte den Begriff des „sense of coherence“ (Kohärenzgefühl, kurz SOC), einer Hauptkomponente seines Modells der Salutogenese. Das Konzept des „sense of coherence“ beinhaltet die drei Dimensionen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit, wobei der Bedeutsamkeit der größte Wert zukommt. Um zu erfassen wie hoch der „sense of coherence“ bei einem Menschen ist, entwickelte ANTONOVSKY einen so genannten Fragebogen zur Lebensorientierung (ANTONOVSKY 1997).

Dieser Fragebogen wurde für die Untersuchung einer Hypothese verwendet, die die allgemeine Frage zur Notwendigkeit der Erfassung von Studienvoraussetzungen spezifiziert. Die Hypothese lautet:

*Bachelor-Sonderpädagogik studierende Mütter haben einen höheren Wert der Komponente Bedeutsamkeit als die übrigen Studierenden.*

## **Salutogenese**

Das salutogenetische Modell kann als „Gegenbegriff zu dem in der Medizin vorherrschenden pathogenetischen Paradigma“ gesehen werden (WIESMANN et al. 2006, 91). Es wird davon ausgegangen, dass Zeit unseres Le-

bens Stressoren auf uns einwirken, die zu einem gesundheitlichen Ungleichgewicht führen. Manchen Menschen gelingt es besser mit den Stressoren umzugehen als anderen. ANTONOVSKY wollte herausfinden, welche Faktoren an einem erfolgreichen Coping beteiligt sind. Dieses Bestreben führte zu der Entwicklung des salutogenetischen Modells (ANTONOVSKY 1993).

### **Stressoren und Anspannung**

Eine Person nimmt eine Situation in der Regel dann als problematisch wahr, wenn ein Stressor auf sie einwirkt. Daraus resultiert eine Spannung, die als Ausdrucksform eines unerfüllten Bedürfnisses oder einer Forderung verstanden werden kann. Die Person nimmt eine „primäre Bewertung-I“ vor: Ist die Situation ein „Stressor oder Nicht-Stressor“? Im Kontext der so genannten „primären Bewertung-II“ trifft die Person die Entscheidung, ob der Stressor „für das eigene Wohlbefinden bedrohlich, günstig oder irrelevant“ ist. Die beiden letzten Interpretationen der Situation führen zu einer Umwandlung in einen *Nicht-Stressor* und wären somit nicht weiter relevant für die Person. Wird der Stressor jedoch als bedrohlich deklariert, so eine mögliche Auslegung, kommt es zur „primären Bewertung-III“.

Bei der primären Bewertung III muss die Person dem Stressor aus emotionaler Sicht Bedeutung zuschreiben und aus instrumenteller Sicht muss eine Ordnung hergestellt werden. Jetzt kann von der Person eine geeignete Coping-Strategie zur Anwendung gebracht werden, um mit dem Problem/ der Forderung zurechtzukommen, was zur Auflösung der Spannung führt (ANTONOVSKY 1997).

### **Generalisierte Widerstandsressourcen**

Generalisierte Widerstandsressourcen (kurz GRRs = generalized resistance resources) sind durch „Konsistenz, Partizipation an der Gestaltung des Out-

comes und eine Balance zwischen Überbelastung und Unterforderung charakterisiert“ (ANTONOVSKY 1997, 43).

ANTONOVSKY selber unterscheidet zwischen drei Arten von generalisierten Widerstandsressourcen: „physikalisch/ biochemische“, also z. B. körpereigene Abwehrzellen des Immunsystems; „materielle“, wie das finanzielle Einkommen, das wiederum Sicherheit und Schutz bieten kann und „kognitiv/emotionale“ GRRs, hier vor allem die Ich-Identität sowie Wissen und Intelligenz (HÖFER 2000). Für ANTONOVSKY sind die generalisierten Widerstandsressourcen ein Mittel, mit dem die Menschen ein „effective tension management“ betreiben können (ANTONOVSKY 1980, 99).

### **Gesundheits-Krankheits-Kontinuum**

Die pathogenetisch-/ krankheitsorientierte Denkrichtung geht von einer Gesundheits-Krankheits-Dichotomie aus. Eine Person ist entweder krank oder gesund. Äußerungen über Krankenhauspatienten, wie zum Beispiel „der Herzinfarkt auf 504“, sind bezeichnend für eine pathogenetische Sichtweise. ANTONOVSKY hingegen ist der Ansicht, dass es ein multidimensionales Kontinuum mit den beiden Polen Gesundheit und Krankheit gibt. Ein Mensch kann niemals ganz gesund sein und „solange noch ein Hauch von Leben in uns ist“ sind wir „in einem gewissen Ausmaß gesund“. Wir befinden uns also zu unterschiedlichen Zeitpunkten unseres Lebens an verschiedenen Stellen des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums, sei es mal mehr in Richtung des Gesundheits- oder des Krankheitspols (ANTONOVSKY 1997, 23).

ANTONOVSKY gibt eine Liste von Kriterien vor, mittels derer die Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum bestimmt werden kann:

- „das Fehlen oder Vorhandensein von Schmerzen,
- das Fehlen oder Vorhandensein von mehr oder weniger großen funktionellen Beeinträchtigungen von Lebensaktivitäten, die die betreffende Person ausüben möchte,

- der Befund eines Gesundheitsexperten und die von ihm geäußerte mehr oder weniger günstige oder ungünstige Prognose,
- das Ausmaß der von einem Gesundheitsexperten für notwendig erachteten kurativen und präventiven Maßnahmen“ (FRANKE 1997, 42).

## **Kohärenzgefühl**

ANTONOVSKY definiert das Kohärenzgefühl als

*„eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß*

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind [→ Verstehbarkeit; Anm. d. Verf.];
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen [→ Handhabbarkeit; Anm. d. Verf.];
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen [→ Bedeutsamkeit; Anm. d. Verf.]“ (ANTONOVSKY 1997, 36). [Hervorhebungen im Original]

Das Kohärenzgefühl wurde von ANTONOVSKY im Rahmen einer Suche nach den generalisierten Widerstandsressourcen entwickelt. Er stellte sich die Frage, welche Gemeinsamkeiten, er nannte sie „heilsame Faktoren“ (ANTONOVSKY 1993, 11), die Widerstandsressourcen haben könnten. Er fand als Gemeinsamkeit die drei Faktoren Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit (ANTONOVSKY 1993). Die Ausbildung der drei Komponenten des Kohärenzgefühls kann nur erfolgreich gelingen, wenn der sozio-kulturelle Kontext Möglichkeiten bietet Lebenserfahrungen zu machen, die es einem Kind ermöglichen sich durch wechselnde Eindrücke weiter zu entwickeln (ANTONOVSKY 1997).

ANTONOVSKY ist der Ansicht, dass das Kohärenzgefühl als eine zeit- und behandlungsstabile, generalisierte Orientierung angesehen werden kann. Nur wenn sich die Lebensbedingungen radikal und lang andauernd verän-



dern, ist auch eine mögliche Veränderung des Kohärenzgefühl in die eine oder andere Richtung möglich. Er geht davon aus, dass die grundlegende Entwicklung des Kohärenzgefühls in den ersten zehn Lebensjahren stattfindet. Etwa ab dem 30. Lebensjahr wird sich der Lebensweg und der Lebensstil nicht mehr gravierend ändern, so ANTONOVSKYS Annahme, und das Kohärenzgefühl bleibt stabil (ANTONOVSKY 1997). Er betont, dass „die Stärke des Kohärenzgefühls“ von „der Konsistenz der Erfahrungen“ abhängt (ANTONOVSKY 1993, 13).

Eine weitere Grundannahme ist die kulturübergreifende Gültigkeit des Kohärenzgefühls. In ANTONOVSKYS Ausführungen zur Entwicklung des Kohärenzgefühls kann die Begründung für diese Annahme gesehen werden. Er bezieht sich auf die Entwicklungsphasen Eriksons und fasst sie als „das zentrale Problem, mit dem sich ein Jugendlicher in allen Kulturen konfrontiert sieht“ (ANTONOVSKY 1997, 101) zusammen. Dabei vergleicht er bspw. Jugendliche im Schwarzenghetto mit denen von Stammeskulturen und Mittelschichtvororten.

Es gibt verschiedene Wege die zur Gesundheit führen. Zum einen können die soziostrukturell und kulturell bedingten Gewohnheiten wie gesunde, ausgewogene Ernährung, ausreichend Bewegung und Sport, genannt werden. Des Weiteren die eher persönlich individuellen adaptiven Verhaltensweisen, bspw. regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen, bei Verdacht auf eine Krankheit sofort den Arzt aufsuchen u. a. m. Auch das Kohärenzgefühl hat nach ANTONOVSKY einen Einfluss auf die physische Gesundheit. Er postuliert eine Verbindung zwischen hohem Kohärenzgefühl, Coping von Stressoren und Gesundheitszustand. Dabei merkt er an, dass mittels des Kohärenzgefühls aus einem Pool an Coping-Strategien gewählt werden kann, das Kohärenzgefühl also nicht eine Coping-Art ist. Eine Person mit einem hohen Kohärenzgefühl-Wert kann, so seine Hypothese, besser mit Spannung umgehen und das wiederum hat positive Auswirkungen auf die Gesundheit. Noch einen Schritt weiter geht er, wenn er pointiert, dass „die Stärke des Kohä-

renzgefühls direkte physiologische Konsequenzen hat“ (ANTONOVSKY 1997, 142).

Bei einem Menschen mit einem starken Kohärenzgefühl kann davon ausgegangen werden, dass die Werte für Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit recht hoch sind. Obgleich ANTONOVSKY der Ansicht ist, dass es keinen Menschen gibt, der tatsächlich alles verstehen, handhaben und als bedeutungsvoll empfinden kann (ANTONOVSKY 1997).

Wenn man also vieles von dem, was um einen herum passiert versteht, dann trifft das logischerweise auch auf Probleme zu. Sie können mit größerer Klarheit gesehen werden. Das hilft einem die richtigen Ressourcen zur Problembewältigung zu mobilisieren, wobei die Wahl der Ressourcen kulturell bedingt ist. Die Möglichkeit zwischen Ressourcen wählen zu können ist Ausdruck einer Flexibilität die für erfolgreiches Coping notwendig ist. Weil Menschen mit einem starken Kohärenzgefühl ein flexibles Coping anwenden können, ist auch die Motivation dazu höher. Außerdem geht ANTONOVSKY davon aus, dass dann kaum ein fehlangepasstes und damit erfolgloses Coping in Erscheinung tritt (ANTONOVSKY 1997).

Sollte der Mensch mit starkem Kohärenzgefühl doch einmal eine falsche Bewältigungsstrategie wählen und einen Fehler machen, so wird dieser eher mittels seiner internalen Ressourcen, bspw. Selbstvertrauen und Optimismus, damit umgehen können. Er kann seine Emotionen besser handhaben und sie verstehen. Das wiederum hat auch Auswirkungen auf den Umgang mit Emotionen, wenn z. B. die Schuldfrage bezüglich eines Fehlers geklärt werden muss. Die Gefühlswelt wird als klarer/ verstehbarer erlebt (ANTONOVSKY 1997).

ANTONOVSKY ist der Ansicht, dass eine Person Grenzen setzen kann in Bezug auf z. B. der Kohärenzgefühl-Dimension Bedeutsamkeit. Mit dem Setzen von Grenzen verbindet ANTONOVSKY zwei Punkte. Zum einen müssen vier bestimmte Bereiche (bspw. eigene Gefühle, soziale Beziehungen u. a.) innerhalb der Grenze liegen, sonst würde das starke Kohärenzgefühl gefähr-

det werden. Zum anderen können ausgeklammerte Faktoren die Person dennoch beeinflussen. Aber den Menschen mit einem hohen Kohärenzgefühl zeichnet auch aus, dass er sich der Grenzen bewusst ist und sie flexibel verändern kann. Erfahrungen, neue Wünsche und Ideen und die Dynamiken in der Lebensumwelt begründen die Notwendigkeit der Veränderung der persönlichen Bedeutungsgrenze. Eine Änderung der Grenzen kann ein starkes Kohärenzgefühl verstärken (ANTONOVSKY 1997).

### **Fragebogen zur Lebensorientierung**

Nachdem ANTONOVSKY das salutogenetische Modell und damit das Konzept des Kohärenzgefühls entworfen hatte, ging es ihm darum, das Modell zu überprüfen. Aus den verschiedenen methodischen Vorgehensweisen fand bei ANTONOVSKY der Fragebogen Verwendung. Der Fragebogen zur Lebensorientierung sollte die Hypothese eines „kausalen Zusammenhangs zwischen Kohärenzgefühl und Gesundheitsstatus“ überprüfen. Er wurde nach dem Facetten-Design von Guttman entwickelt. Zunächst werden die Facetten (hier fünf) festgelegt. U. a. umfasste eine Facette die drei „Kohärenzgefühl-Komponenten“, eine andere die „Zeitdimensionen“ mit den Elementen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft und eine dritte der „Modus des Stimulus“ (instrumentell, kognitiv, affektiv). Die jeweiligen Items wurden durch die unterschiedliche Zusammenstellung der Elemente aus den fünf Facetten gebildet (ANTONOVSKY 1997).

ANTONOVSKY ist der Ansicht, dass der Fragebogen zur Lebensorientierung über gute psychometrische Eigenschaften wie „Beantwortung aller Fragen“, „Freude am ausfüllen“ und „Transkulturellität“ verfügt. Die Werte für die Gütekriterien Reliabilität und Validität, die durch den Cronbachs  $\alpha$  ausgedrückt werden, liegen zwischen .84 und .93. Das weist auf eine hohe innere Konsistenz des Fragebogens hin. ANTONOVSKY merkt an, dass er eine negative Korrelation zwischen Kohärenzgefühl und Angst für sehr wahrscheinlich hält. Laut ANTONOVSKY könne man leicht schlussfolgern, dass die drei Kompo-

zenten des Kohärenzgefühls bei einer ängstlichen Person nur schwach ausgeprägt sein können. Eine weitere Hervorhebung ANTONOVSKYS ist die Vorhersagbarkeit von Mittelwertunterschieden. Werden verschiedene soziale Gruppen erfasst, von denen hohe bzw. niedrige Kohärenzgefühl-Ergebnisse anzunehmen sind, kann das bei einer validen Skala an den Mittelwerten abgelesen werden. Dies ist bei dem Fragebogen zur Lebensorientierung der Fall. Alles in allem kommt ANTONOVSKY zu dem Schluss, dass es sich bei seinem Fragebogen um eine „adäquate Repräsentation des Kohärenzgefühls“ handelt (ANTONOVSKY 1997, 87).

## **Untersuchung zum Kohärenzgefühl**

### **Fragestellung, Hypothese, Erkenntnisinteresse**

Zum Wintersemester 2004/2005 wurde das komplette Studienangebot der Universität Oldenburg auf die Abschlüsse Bachelor und Master (kurz BA/MA) umgestellt, die alten Studiengänge laufen nach und nach aus. Im Gegensatz zum deutschen Diplom oder Lehramt (LA) sind diese Abschlüsse international anerkannt. Das Berufsziel Lehramt für Sonderpädagogik trägt nun die Bezeichnung Master of Education SO (M.Ed. SO) und berechtigt als Lehrer tätig zu werden.

Das Fach Sonderpädagogik zählt beim Berufsziel Sonderschullehrer als Erstfach und wird mit einem Arbeitsaufwand von 90 KPs (Kreditpunkt) berechnet, hinzu kommt noch ein Zweitfach von 30 KPs, wobei ein KP= 30 Stunden Arbeit bedeutet. Das BA-Studium wird in der Regel nach sechs Semestern abgeschlossen. Pro Semester sollten 30 KPs erworben werden und im ganzen BA-Studium somit 180. Umgerechnet entspräche das ca. 37,5 Stunden Arbeit pro Woche also im übertragenen Sinne eine Vollzeittätigkeit. Im LA Sopäd Studium mit neun Semestern Regelstudienzeit müssen insgesamt 160, beim Diplom Pädagogik 144 SWS studiert werden, verteilt auf acht Semester. Das 9. Semester dient zum Schreiben der Examensarbeit. Das

bedeutet, dass pro Semester im Schnitt zehn Lehrveranstaltungen (LV) pro Woche besucht werden sollten. Umgerechnet wären das mindestens 15 Stunden Anwesenheit in LVs zzgl. der individuellen Stundenzahl für die Vor- bzw. Nachbereitung des jeweiligen Seminars. Jedoch ist die gesamte Stundenplangestaltung sehr viel flexibler, da LVs kaum zusammenhängend studiert werden müssen. Zudem gibt es nur wenige Seminare in denen viel Literatur gelesen werden muss. Bei den zu erbringenden Leistungen geht es nur um bestanden/ nicht bestanden, es gibt also keine relevanten Noten, im Hauptdiplom gibt es zeitlich flexibel vier benotete Prüfungen.

In BA/MA Studiengängen wird in Form von Modulen studiert, die in der Regel aus mehreren Veranstaltungen bestehen. Für eine Veranstaltung gibt es z. B. drei oder vier KPs also müssten auch etwa zehn LVs besucht werden, weil ja pro Semester etwa 30 KPs erworben werden sollten. In einem Studienjahr sollten vier bis fünf Module studiert werden, wobei jedes Modul mit einer benoteten Prüfung abschließt. Nach den sechs Semestern BA- Studium werden in das vier- semestriges MA-Studium nur Studierende mit einem Notendurchschnitt von mindestens 2,5<sup>1</sup> aufgenommen. Einige BA-Studiengänge sind ohne einen MA-Abschluss nutzlos. Das verstärkt neben dem Arbeitsaufwand noch den Druck gute Noten zu erbringen. Im Vergleich dazu gibt es im LA Sopäd nur ganz am Ende des Studiums relevante Noten.

Es wird also festgehalten, dass das BA/MA Studium einen hohen Zeitaufwand fordert und die Studierenden unter einem enormen Leistungsdruck (Ø 2,5) stehen. Zudem gab es im ersten Jahr nach der Einführung von BAMA-Studiengängen auch von Seiten der Lehrenden noch viele unbeantwortete Fragen, was auf allen Seiten zu Missverständnissen und Verwirrung geführt hat.

M. E. sticht nun aus den neuen BA-Sonderpädagogik Studierenden eine besondere Gruppe (die der Mütter) heraus, vor allem wenn man bedenkt wie groß der Zeitaufwand ist.

---

<sup>1</sup> Derzeitiger Stand der Informationen.

Es konnte gezeigt werden, dass das BA-Studium ein Vielfaches an Zeit und Energie kostet verglichen mit dem alten Lehramts- und dem Diplomstudium. Doch warum nehmen sogar Mütter mehrerer Kinder diese Studienrichtung auf? Woher wissen sie, dass sie dieser zusätzlichen Arbeitsbelastung neben Haushalt, Erziehung und sozialen Kontakten gewachsen sind (SOC-Komponente Verstehbarkeit)? Was gibt ihnen die Gewissheit ihr bisheriges Leben so umstrukturieren zu können, dass sie die neue Herausforderung BA-Studium bewältigen können (Handhabbarkeit)? Worin besteht für die Mütter der Gewinn, der den Aufwand des Studiums als lohnend erscheinen lässt (Bedeutsamkeit)?

Diese Fragen führten zur Formulierung meiner Hypothese. Ich bin der Ansicht, dass der SOC-Wert der Bedeutsamkeit bei Müttern, die z. B. den BA-Studiengang Sonderpädagogik studieren, signifikant höher liegen muss als bei Studierenden ohne Kinder. Mütter müssen ganz genau einplanen, wie viel Zeit sie für welche Tätigkeit in Anspruch nehmen können. Die Erziehung der Kinder und das Haushaltsmanagement haben dazu geführt, dass immer wieder neue Aufgabenbereiche erlernt werden mussten. Zudem muss eine hohe Motivation gegeben sein, um noch mit einem Studium zu beginnen.

Mein Interesse besteht also darin mittels einer empirischen Untersuchung genau diese Hypothese eines höheren Wertes der Bedeutsamkeit bei Müttern, auf ihre Gültigkeit zu überprüfen.

### **Methodenwahl, Methodenbeschreibung**

Zur Überprüfung meiner Hypothese verwende ich den Fragebogen zur Lebensorientierung von Aaron ANTONOVSKY (1997), den SOC-Q. Dieser Fragebogen wurde in der 29 sowie der 13 Item Version schon in über 200 veröffentlichten Erhebungen eingesetzt (BENGEL u. a. 1998). Die Ergebnisse meiner Untersuchung können also in Relation zu bestimmten anderen Auswertungen und deren Interpretationen gesetzt werden. Der Fragebogen wurde von mir um einige demographische Daten ergänzt. Es wird bspw. nach

Alter, Geschlecht und Anzahl der Kinder gefragt, sowie nach den Gründen für das Sonderpädagogik-Studium. Insgesamt besteht die von mir verwendete Version des SOC-Q aus den 29 Items ANTONOVSKYS und sieben demographischen Fragen. Mit Hilfe der sieben Fragen lassen sich Rückschlüsse auf die ermittelte Höhe des SOCs bilden. Außerdem können mögliche Korrelationen zwischen SOC und Alter, bzw. SOC und Geschlecht erkannt werden.

### **Stichprobe und Durchführung**

Aus der Grundgesamtheit der Bachelor Sonderpädagogik Studierenden der Universität Oldenburg wurde eine bewusste Auswahl getroffen. Die Probanden der ersten Erhebung (Juli 2005) befanden sich im zweiten Semester. Die Stichprobe bestand aus n=61 Teilnehmern zwischen 20 und 43 Jahren, das Durchschnittsalter betrug 25. Die zweite Erhebung mit n=70 fand im Oktober 2005 statt. Die Probanden befanden sich im ersten Semester und waren zwischen 19 und 44 Jahre alt, der Alterdurchschnitt betrug 24 Jahre.

Mögliche Abweichungen bei der Stichprobengröße der zweiten Erhebung hängen mit einer erheblichen Zahl an Non-Response-Fällen zusammen. So ist es vorgekommen, dass der Durchschnittswert einzelner Probanden nicht ermittelt werden konnte, wohl aber der Wert für Bedeutsamkeit, weil alle acht Bedeutsamkeits-Items beantwortet worden sind.

Aufgrund der Veränderung des Originalfragebogens von ANTONOVSKY wurde zunächst ein Pretest durchgeführt. Die Teilnehmer dieses Testes waren höhere Semester des Diplomstudiengangs Pädagogik und mit dem Konzept vertraut. Damit sollte zum einen die durchschnittliche Befragungszeit ermittelt werden, sie lag beim Pretest zwischen 11 und 15 Minuten. Des Weiteren wurden die Probanden gebeten die Verständlichkeit zu prüfen und auf

mögliche Fehler zu achten. Der Pretest führte zu einer kleinen Veränderung des Fragebogens.

Die Probanden der eigentlichen Erhebungen wurden nach rechtzeitiger Ankündigung durch den Dozenten ca. eine halbe Stunde vor Veranstaltungsende besucht. Die Versuchsleiterin hat sich den Studierenden vorgestellt, den Grund ihres Kommens genannt und dann folgende Informationen zum Fragebogen gegeben: „Es handelt sich um einen Fragebogen zur Lebensorientierung von Aaron ANTONOVSKY. Die Bearbeitungszeit beträgt ca. 15 Minuten. Der Fragebogen ist anonym.“ Die Zielgruppe hat somit keinerlei Informationen zum Konzept der Salutogenese oder zum Kohärenzgefühl erhalten. Anschließend wurden die Fragebögen verteilt. Die Bearbeitungszeit schwankte hier etwa zwischen zehn und zwanzig Minuten. Die ausgefüllten Fragebögen wurden von den Studierenden einzeln oder in kleineren Stapeln der Autorin zurückgegeben. Bei der zweiten Erhebung wurde den Studierenden noch mitgeteilt, dass die Auswertungsergebnisse zu einem späteren Zeitpunkt im Seminar vorgestellt werden würden. Diese Information erhielt die zweite Gruppe zu Beginn der Befragung.

Es wurde angestrebt den Probanden beider Erhebungsgruppen vorweg die gleichen Informationen zum Fragebogen zu geben. Da die zweite Gruppe das Thema Salutogenese noch in einer späteren Sitzung behandeln würde, gab es bei deren Untersuchung noch den Hinweis zur Vorstellung der Ergebnisse.

## **Auswertung**

Der mögliche Range des Fragebogens liegt zwischen 29 und 203. Die Spannweite der Ergebnisse siedeln sich zwischen 47 und 165 an. Der SOC-Mittelwert der gesamten Gruppe der ersten Erhebung beträgt insgesamt 136,2 und entspricht somit ca. 67% (siehe Darstellung 1).



Autorin	Jahr	Land	Stichprobe				SOC	
			m.	w.	N	Ø Alter	M	SD
Schmitz	Juli 2005	Deutsch- land	8	53	61	25	136,2 (67%)	21,3

Quelle: Eigene Darstellung

Darst. 1: Auswertungsergebnisse der ersten Erhebung

Der SOC- Mittelwert der Mütter (n=9) dieser Gruppe ist allerdings 149,2 (73,5%) und liegt somit 13 Punkte höher als der SOC-Mittelwert (SOC-M) der gesamten Gruppe. Wohingegen der Wert bei den Männern (n=8) mit 132,1 (65%) um vier Punkte niedriger ausfällt als der SOC-M der ersten Gruppe (siehe Darstellung 1).

Der Mittelwert-Bedeutsamkeit (Mittelwert-B) aller 61 Probanden beträgt 77,2%. Der Wert der Bedeutsamkeit der Mütter liegt mit 80,3% wieder über dem Mittelwert-B. Der Wert der Männer mit 73,9% wieder darunter (siehe Darstellung 3).

Autorin	Jahr	Land	Stichprobe				SOC	
			m.	w.	N	Ø Alter	M	SD
Schmitz	Okt. 2005	Deutsch- land	13	57	70	24	139,8 (69%)	15,7

Quelle: Eigene Darstellung

Darst. 2: Auswertungsergebnisse der zweiten Erhebung

In der zweiten Erhebung liegt der SOC- M der gesamten Gruppe mit 139,8 oder 69% um mehr als drei Punkte über dem SOC- M der ersten Gruppe, wobei die Spannweite von 100 bis 172 reicht. Auch hier ist der SOC- M der Mütter (n= 9) mit 143,4 (70,3%) über dem SOC- M der gesamten zweiten Gruppe angesiedelt und wieder höher als jener der Männer. Im Vergleich zu den Müttern der ersten Erhebung fällt der SOC- M hier jedoch geringer aus (siehe Darstellung 2).

Der Mittelwert der Dimension Bedeutsamkeit beträgt bei der zweiten Gruppe 82,3% und übersteigt die erste Gruppe somit um 5% Punkte. Bei den Müttern der zweiten Erhebungsgruppe ist der Mittelwert- B mit 88,9% noch einmal um 5% Punkte höher als bei den Männern und im Vergleich zur ersten Mütter-Gruppe sogar um 8% Punkte (siehe Darstellung 3).

	Erste	Erhebung	Zweite	Erhebung
	SOC- M	Mittelwert- B	SOC- M	Mittelwert- B
Mütter	<b>149,2 (74%)</b>	<b>80,3%</b>	<b>143,4 (70%)</b>	<b>88,9%</b>
Männer	132,1 (65%)	73,9%	139,8 (69%)	83,8%
Frauen (ohne Kinder)	134,2 (66%)	77,1%	139,1 (69%)	80,7%
Insgesamt	136,2 (67%)	77,2%	139,8 (69%)	82,3%

Quelle: Eigene Darstellung

Darst. 3: Auswertungsergebnisse beider Erhebung

Es lässt sich festhalten, dass entgegen der Annahme ANTONOVSKYS die SOC- Werte der Männer, wenn sie mit denen von Müttern verglichen werden, nicht höher liegen, sondern geringer ausfallen.

Um die beiden SOC- M von 136,2 und 139,8 der Untersuchungen besser einordnen zu können wurde die Darstellung 4 an dieser Stelle aufgenommen. Dabei ist anzumerken, dass es sich bei den Probanden von BRODA et al. bzw. SACK et al. um Patienten einer psychosomatischen Rehaklinik/ Universitätsklinik handelt. FRENZ et al. untersuchten Studierende und Angestellte im Sozialwesen, während die schwedische Studie auf einer Zufallsstichprobe basierte.

Autor/in	Jahr	Land	Stichprobe				SOC	
			m.	w.	N	Ø Alter	M	SD
Broda et al.	1996/ 1997	Deutsch- land	103	103	206	40	123,6 (61%)	7,3
Frenz et al.	1993	USA	115	160	275	23	142,4 (70%)	21,9
Langius Björvell	1993	Schwe- den	70	75	145	48	151,0 (74%)	18,0
Sack et al.	1997	Deutsch- land	151	931	108 2	32	124,0 (61%)	29,6
Schmitz	Juli 2005	Deutsch- land	8	53	61	25	136,2 (67%)	21,3
Schmitz	Okt. 2005	Deutsch- land	13	57	70	24	139,8 (69%)	15,7

Quelle: Modifiziert nach FRANKE, A. 1997a, 175f.

Darst. 4: SOC- Werte in verschiedenen Untersuchungen

Der Tabelle kann entnommen werden, dass die schwedische Zufallsstichprobe hier den höchsten Wert bildet, während die Untersuchungen von BRODA et al. und SACK et al. die niedrigsten Ergebnisse aufweisen. Die Werte der Erhebungen, von BA- Sonderpädagogik Studierenden, von SCHMITZ bilden also das untere Mittelfeld, da die Studierenden und Angestellten der Studie von FRENZ et al. noch um einige Punkte höher liegen.

Der Mittelwertvergleich für unabhängige Stichproben, hat ergeben, dass man im Fall der Untersuchungen von SCHMITZ nicht von einem signifikanten Unterschied sprechen kann (die Werte: .569 und .193). Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zu dem in der Hypothese angenommenen signifikanten Unterschied der Bedeutsamkeit zwischen studierenden Müttern und studierenden Frauen/ Männern.

Trotz der relativ kleinen Stichprobengröße in Bezug auf die Mütter/ Männer, wurde die Hypothese geprüft um zu sehen, ob es erste Hinweise gibt, die weitere Forschungen in diese Richtung unterstützen könnten.

## Diskussion

Eine Interpretation der beiden Mittelwerte der Autorin könnte für eine Desillusionierung der Studierenden des zweiten Semesters - also der ersten Erhebung - sprechen. Es mag sein, dass der Mittelwert dieser Gruppe zu Beginn ihres Studiums höher war, etwa so hoch wie der SOC-M der zweiten Erhebung. Doch nachdem sie ein Semester im neuen Studiengang BA-Sonderpädagogik studiert haben, könnte der Wert gesunken sein. Zunächst waren die Studierenden noch der Ansicht das Studium verstehen und handhaben zu können. Sie sahen einen Sinn darin, den in Deutschland neuen und international anerkannten Abschluss BA zu erwerben. Mit Beginn des Studiums verstehen sie immer weniger, z. B. die Studienordnung und damit verbunden die Stundenplanzusammenstellung. Die unterschiedlichen Fächerkombinationen führen dazu, dass nicht alle geforderten Module im vorgeschriebenen Zeitraum studiert werden können. Doch für die Studierenden gibt es kaum eine Möglichkeit auf die zeitliche Anordnung der Lehrveranstaltungen Einfluss zu nehmen.

Die Einstellung die Dinge schon irgendwie handhaben zu können gerät ins Wanken. Sie verstehen nicht, wieso sie in allen Fächern Unmengen an Literatur lesen sollen, wie ist das zu schaffen? Macht dieses Studium überhaupt noch Sinn? Zweifel kommt auf und einige brechen das Studium ab. Bei den anderen könnte der SOC sinken, wenn sie weiterhin studieren und gleichzeitig die nötigen generalisierten Widerstandsressourcen zu diesem ungünstigen Zeitpunkt nicht zur Verfügung stehen, wie bspw. die sonst so stützende Freundschaft zur ehemaligen Klassenkameradin oder die harmonischen Beziehungen zu den Eltern oder den Peers.

Eine Frage könnte sein, ob das Kohärenzgefühl bei den „Abbrechern“ auch gesunken ist oder ob der Abbruch vielleicht ein Sinken verhindert hat. Wäre es möglich, dass der Studienabbruch im Sinne eines GRRs wirkt und vor Erkrankung schützt?

Auch die Mütter befinden sich in der Situation einen günstigen Stundenplan zu erstellen, große Mengen an Literatur zu lesen und zu entscheiden mit welchen Modulkombinationen sie am Besten anfangen könnten. Doch m. E. ist es für sie eher nichts Neues einem Informationsblatt wie der Studienordnung die wichtigsten Hinweise zu entnehmen, um den Stundenplan zu erstellen. Es fällt ihnen leichter Gegebenheiten abzuwägen und Entscheidungen selber zu treffen statt sich jemanden zu suchen, der für sie entscheidet. Ihr Zeitmanagement zum Lesen der geforderten Seiten hat eine andere, durch Lebenserfahrung angereicherte Qualität. In der Regel sind sie ca. 10 Jahre älter und haben eine größere Lebenserfahrung als 20-jährige Studierende, die direkt nach dem Abitur an die Universität gegangen sind (Verstehbarkeit durch mehr Lebenserfahrung). Das zeigt sich auch an den Angaben bei der Frage nach den „Gründen für das Studium“ im SOC- Q. Hier wird Bezug zum Werdegang und zur Lebenserfahrung genommen.

Einige Mütter haben z. B. schon als Erzieherin gearbeitet. Durch das Studium verbessern sich ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt und die Höhe des Gehalts (Bedeutsamkeit). Diese Aussagen verdeutlichen zudem ein größeres Maß an Reflexivität im Vergleich zu Antworten wie „Interesse, Spaß, Traum“ u. a. m., die in der Regel von jüngeren Studierenden im Fragebogen aufgeführt worden sind. Die vielen Herausforderungen, die sich ihnen, den Müttern, im Zusammenhang mit ihrem Kind/ ihren Kindern stellen, haben Auswirkungen, die auch auf andere Situationen übertragen werden können (Handhabbarkeit). Allein die Tatsache, dass sie trotz Kind/ Kinder mit dem BA-Studium angefangen haben, ist ein Beweis dafür die Dinge handhaben zu können.

Kinder lassen sich durchaus auch als GRRs interpretieren, in dem Sinne, dass die Mütter durch ihre Kinder höherwertige Lebenserfahrungen gewonnen haben. Allerdings soll die Erziehung von Kindern nicht als einfach abgetan und evtl. auch als Stressor gesehen werden. Die Freuden und erheiternenden Situationen die durch Kinder entstehen, nehmen einen Teil der Anspan-

nung, die das Studium vielleicht mit sich bringt. So verwundert es im Nachhinein nicht, dass der SOC- Wert und vor allem der Wert der Bedeutsamkeit bei Müttern am höchsten ist. Ihnen ist durch Reflexion vergangener Ereignisse bewusst geworden, wie sie Dinge verstehen und handhaben können. Zudem haben sie die Grenzen dessen, was für sie bedeutsam ist verschoben. Zu einem bestimmten Zeitpunkt ist für sie das Studium innerhalb ihrer Bedeutsamkeits- Grenze gerückt.

Wenn in den beiden Erhebungen auch nicht von Signifikanz und Repräsentativität gesprochen werden kann, so sind m. E. die beiden Ergebnisse doch auf Mütter übertragbar. Es ist zu erwarten, dass auch bei zufälligen Stichproben die Werte für SOC- M und Bedeutsamkeit im Schnitt bei den Müttern höher liegen als bei den anderen Probanden, ob männlich oder weiblich. Hier ergibt sich auch eine interessante Frage für spätere Untersuchungen. Die Ergebnisse können bezogen auf die Aussage ANTONOVSKYS, der SOC-M sei bei Männern höher, nicht eindeutig interpretiert werden. Aber wie steht es um den Vergleich Männer/ Mütter?

Zuvor wurde bereits auf die Auswertungsergebnisse von Männern und Müttern eingegangen. Auch wenn angegeben wurde, dass rein statistisch gesehen Männer und Mütter nicht vergleichbar sind, bietet es sich doch aufgrund der in etwa gleich niedrigen Anzahl an Probanden an. Denn, bei der ersten Erhebung gab es neun Mütter und acht Männer im Vergleich zu 44 Frauen und bei der zweiten Erhebung neun Mütter, 13 Männer und 48 Frauen. Sicherlich ist fraglich ob das Ergebnis, dass Mütter im Durchschnitt höhere Werte bei Bedeutsamkeit haben, auch verallgemeinert werden kann. Aber das Wissen um die alltäglichen Herausforderungen und Stimuli im Zusammenhang mit ihren Kindern lässt den Schluss zu.

Wurde nun die Hypothese mittels der Untersuchung belegt? Haben Mütter die auf BA-Sonderpädagogik in Oldenburg studieren tatsächlich einen signifikant höheren Wert in der Dimension der Bedeutsamkeit als die übrigen Studierenden? Die Ergebnisse zeigen, dass keine Signifikanz vorliegt. Da die

Stichprobenauswahl aufs Geratewohl erfolgt ist, kann hier auch nicht von einer Repräsentativität gesprochen werden. Somit wurde die Hypothese widerlegt. Die Erhebungen können allerdings so interpretiert werden, dass eine Tendenz vorliegt, dass Mütter im Durchschnitt einen höheren Wert in der Dimension Bedeutsamkeit des Kohärenzgefühls haben. Vielleicht könnten jedoch zukünftige, repräsentative Studien mit einer ausgewogenen Größe der Stichprobe die Hypothese doch noch belegen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass verschiedene Untersuchungsergebnisse nur unter Vorbehalt verglichen werden sollten. Die erheblichen Unterschiede zwischen den Probandengruppen, das Wissen über das Modell und die Informationen, die von Seiten der Forschenden gegeben wurden können zu Verzerrungen bei den Auswertungen führen. Die hier vorgenommenen Interpretationen der Ergebnisse sollen im Kontext der möglichen störenden Faktoren, wie die Nachteile einer wechselnden Polung, unterschiedliche Erhebungszeitpunkte, die Information, dass die Ergebnisse vorgestellt werden würden (nur in der zweiten Gruppe) oder den Halo- Effekt, gesehen werden. Zwar wurde die Hypothese *nicht* belegt, dennoch ist eine Tendenz in Richtung der Annahme zu erkennen. Es ist möglich, dass spätere Untersuchungen zu einer Verifikation der Hypothese führen.

### **Schlussbetrachtung**

Es kann davon ausgegangen werden, dass Mütter, die ein BA-Studium anstreben, weit mehr Lebenserfahrungen besitzen als Abiturienten. Zudem ist anzunehmen, dass die Mehrzahl der Mütter eine abgeschlossene Berufsausbildung, vielleicht sogar in einem ähnlichen Gebiet haben. Die Erziehung der Kinder verlangt weit mehr als nur Pünktlichkeit, Fleiß und Zuverlässigkeit die während einer Ausbildung gelernt wurden. Die Mutter muss Entscheidungen treffen, die weit reichende Konsequenzen nach sich ziehen können. Es müssen Prioritäten gesetzt und somit Situationen/ Aufgaben gegeneinander abgewogen werden. M. E. wird die gezeigte Eigeninitiative im Studium hoch

sein. Das erklärt sich schon aus dem Wunsch der Mutter noch zu studieren. Bezogen auf die Selbstständigkeit sich neues Wissen, neue Orte und Gegebenheiten anzueignen ist zu sagen, dass eine größere Lebenserfahrung auch mehr Selbstständigkeit mit sich bringt.

All dies soll nun nicht bedeuten, dass Abiturienten keine guten Studenten werden können oder wären. Doch für einige Schulabgänger wäre es m. E. besser, zunächst eine Berufsausbildung abzuschließen bevor sie sich um einen Studienplatz bemühen. Sonst könnte es passieren, dass sie die nötigen Fertigkeiten für ein erfolgreiches Studium vermissen lassen. Das vorgenannte soll auch nicht heißen, dass alle Mütter gute Studentinnen wären. Doch vielleicht sollte ihnen der Zugang zum Studium und die Studienbedingungen erleichtert werden, wenn man bedenkt mit welchem Engagement (also neben Familie, Haushalt, usw.) sie studieren.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass das Thema der Salutogenese für das Studieren, für die spätere Arbeit und für die Studierenden von förderlichem Wert sein könnte. Es kann angenommen werden, dass die *Verwendung* eines salutogenen Blickes von Seiten des Dozenten und bei Akzeptanz und Anwendung auch von Seiten der Studierenden das Studium möglicherweise erleichtern wird. Vor allem für die aufwendigeren und anstrengenderen (im Sinne von Psyche und Soma) BA-Studiengänge hätte die Anwendung von Salutogenese einen Vorteil. Als Folge von der Thematisierung des Modells im Rahmen des Studiums könnte die Salutogenese auch in der Schule zum Einsatz kommen, wenn sie mit den BAMA-Studienabgängern an die Schulen gelangt. Wie erfolgreich eine Umsetzung von salutogenen Aspekten in der Schule sein kann, könnte nur eine repräsentative Studie belegen und bewerten.



## Literatur

- ANTONOVSKY, A.: Health, Stress and Coping. London 1980
- ANTONOVSKY, A. : Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung.  
In: FRANKE, A./ BRODA, M.: Psychosomatische Gesundheit: Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. Tübingen 1993
- ANTONOVSKY, A.: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit.  
Dt. erweiterte Herausgabe von A. FRANKE. Tübingen 1997
- BENGEL, J. u. a.: Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 6, Köln 1998
- FRANKE, A.: Praxisrelevante Grundgedanken des Salutogenese-Konzeptes. In: LAMPRECHT, F./ JOHNEN, R. (Hrsg.): Salutogenese: Ein neues Konzept in der Psychosomatik? Frankfurt 1997
- FRANKE, A.: Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenese-Konzeptes. In: ANTONOVSKY, A.: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erweiterte Herausgabe von A. FRANKE. Tübingen 1997a
- HÖFER, R.: Jugend, Gesundheit und Identität. Studien zum Kohärenzgefühl. Opladen 2000
- WIESMANN, U. et al.: Zur Stabilität und Modifizierbarkeit des Kohärenzgefühls aktiver älterer Menschen. In: Gerontologie und Geriatrie 2/2006 90-99

Zu zitieren als:

SCHMITZ, Carmen: Salutogenese in der Hochschule. Eine Untersuchung zum Kohärenzgefühl von Studierenden im Bachelor-Studiengang Sonderpädagogik. In: Heilpädagogik online 01/07, 3-24. Online unter:

[http://www.heilpaedagogik-online.com/2007/heilpaedagogik\\_online\\_0107.pdf](http://www.heilpaedagogik-online.com/2007/heilpaedagogik_online_0107.pdf), Stand: 01.01.2007

[Kommentieren Sie diesen Artikel!](#)

Elke Schlesselmann

## **Gesundheitsförderung durch die gemeinsamen Ansätze des Empowerment und der Salutogenese**

**Die Konzepte des Empowerment und der Salutogenese werden häufig nur theoretisch beschrieben und analysiert. In dem folgenden Beitrag wird ein Projekt vorgestellt, in dem versucht wurde, eine Personalentwicklung aus diesen beiden Konzepten abzuleiten und praxisvernetzt anzuwenden. Dabei wurde mit den Aspekten Gesunderhaltung, Stärkung und Motivierung nicht nur an die Patienten und Bewohner gedacht, sondern in erster Linie an das Personal.**

***Schlüsselwörter: Empowerment, Salutogenese, ganzheitliches Konzept, Mitarbeitermotivation***

**The concepts of empowerment and salutogenesis are often described and analyzed in a purely theoretical manner. The following article introduces a project, which attempts to arrive at a practical model of employee development based upon these two concepts. The aspects of health, refreshment and motivation are not thought of solely as they apply to patients and occupants, but first of all as they apply to employees.**

***Keywords: empowerment, salutogenesis, wholistic concept, employee motivation***

### **Einleitung**

In den letzten 15 Jahren wurde eine Vielzahl von Studien zu den Arbeitsbedingungen und Belastungen des Pflegepersonals durchgeführt (vgl. GÖRRES et al. 1997, 18–19; vgl. HAW, et al. 2003, 107-108). Bezogen auf die Pflegearbeit vermitteln diese Studien insgesamt das Bild, dass die Belastungsmomente zugenommen haben, dies vom Pflegepersonal so wahrgenommen wird und dass sich die Probleme in überdurchschnittlich verbreiteten Abwehrreaktionen (Beschwerden) manifestieren. Es gibt inzwischen zahlreiche Hinweise dafür, dass körperliche, vor allem aber auch psychosoziale Belastungen wie Zeitdruck, Verantwortung für die Gesundheit anderer, Leidens- und Sterbesituationen sowie Konflikte mit Kollegen und Vorgesetz-

ten das physische und psychosomatische Wohlbefinden und die Gesundheit erheblich beeinträchtigen (vgl. GÖRRES et al. 1997, 18-19).

Diese Problematik war der Ausgangspunkt eines Projektes, das in den Rheinischen Kliniken in Köln durchgeführt wurde.

Die Fragestellung lautete: Welche Konzepte bieten sich an, um die Gesundheit der Patienten und Bewohner zu fördern, aber ebenso die Gesundheit des betreuenden Personals zu erhalten?

Hier wurde der Versuch gestartet, die Ansätze des Empowerment „praktisch“ zu vermitteln. Für einen zeitlichen Umfang von einem halben Jahr wurden in einem interdisziplinären Arbeitskreis von 13 Mitarbeitern die „Säulen des Empowerment“ erarbeitet und in Form einer Personalentwicklung trainiert.

### **Was ist Empowerment?**

Der Empowerment-Gedanke kommt aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum und entwickelte sich aus den praktischen Erfahrungen von Selbsthilfeinitiativen und Protestaktionen von armen, arbeitslosen, psychisch Kranken, Behinderten und anderen sozial-benachteiligten Menschen (vgl. THEUNISSEN et al. 1995, zit. n. WAGNER 2002, 1). Diese Menschen versuchten durch die Selbsthilfe neue Wege zu finden, um Lebenskrisen besser bewältigen zu können und gleichzeitig eine größtmögliche Kontrolle über das eigene Leben durchzusetzen (ebd.). Empowerment lässt sich sinngemäß mit Selbst-Bemächtigung oder als Gewinnung oder Wiedergewinnung von Stärke und Energie übersetzen: „Professionelles Empowerment zielt auf die Förderung der Selbstgestaltungskräfte der Menschen ab. Es beinhaltet eine Abkehr vom einseitigen Blick auf die Defizite und Hilfsbedürftigkeit der Menschen, sowie eine konsequente Hinwendung zu ihren kompetenten und gestalterischen Seiten“ (LENZ et al. 2002, 96).

Die wesentlichen Grundbausteine des Empowerment sind die Stärkenorientierung, Ressourcenorientierung, Netzwerkorientierung, Selbstbe-

stimmung, Lebensweltorientierung, Partizipation, Selbstorganisation und Selbsthilfe.

Die Entwicklung dieser Kompetenzen kann als Empowerment-Prozess bezeichnet werden.

### **Die Bedeutung von Empowerment für psychisch Erkrankte**

Wesentlich ist in diesem Konzept der Respekt vor dem Erklärungsmodell und den Bewältigungsstrategien der Patienten, diese aufzugreifen, und, wenn sie unterstützend wirken und der Selbstbefähigung dienen, zu fördern. Letztlich wird der Betroffene selbst auswählen, welche die für ihn förderlichsten Konzepte und Strategien sind (vgl. KNUF et al. 2001, 215).

In der praktischen Arbeit haben die professionellen Hilfen häufig noch einen passivierenden Charakter (vgl. STARK 1996, 25). Unterstützungsformen haben häufig die Nebenwirkung, dass sie psychische Erkrankungen stabilisieren.

Viele psychiatrieeerfahrene Menschen befinden sich im Zustand der so genannten „erlernten Hilflosigkeit“ oder Demoralisierung (vgl. SELIGMANN 1995 zit. n. KNUF et al. 2001, 32). Sie haben immer wieder die Erfahrung gemacht, wenig Einfluss darauf zu haben, was in ihrem Leben mit ihnen geschieht. Dieses Ausgeliefertsein wiederholt sich nun noch einmal in der Behandlung. Das dauerhafte Gefühl, Geschehnisse durch das eigene Verhalten kaum beeinflussen zu können, bewirkt, dass sie ein Defizit an Motivation und Antrieb erfahren (vgl. HERRIGER 1997 zit. n. KNUF et al. 2001, 32). Sozialpsychologische und soziologische Untersuchungen über den Prozess des Helfens haben gezeigt, dass professionelle Hilfen von den Motiven der Patienten, insbesondere aber von deren Rechten und Stärken abgekoppelt sind (vgl. KEUPP 1980 zit. n. STARK 1996, 25).

Herriger sagt, dass sich die Handlungsbereitschaft von Menschen verringert, wenn man ihnen die Kontrollerfahrung nimmt. Hierdurch vollzieht sich eine

stille Entwertung der motivationalen Kraft, die in Passivität und resignativem Rückzug mündet.

Die zum Teil sehr wütenden Reaktionen einiger Betroffener auf die Behandlung lassen sich als Bemühen interpretieren, nicht in das Gefühl der Hilflosigkeit abzurutschen (vgl. KNUF 2001, 34).

Die Traumatisierung und Erfahrungen der Hilflosigkeit, die viele psychiatrische Patienten erleben, haben schwerwiegende Folgen für ihren künftigen Umgang mit ihrem Leben. Die Folgen sind nicht selten Passivität, Rückzug und Hoffnungslosigkeit, was wiederum die Krankheitsdynamik aufrechterhält und damit Chronifizierungsprozesse bewirkt. Sie bleiben auf Hilfe von außen angewiesen, weil sie immer wieder ihre eigene Ohnmacht erfahren und dies zu einem überdauerndem Gefühl der Hilflosigkeit führt. Selbst in neuen Situationen, in denen ihnen durchaus Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung stünden, sind sie nicht in der Lage, diese wahrzunehmen und zu erproben. In der Empowerment-Arbeit geht es nun darum, den Handlungsspielraum der Betroffenen wieder zu erweitern, indem ihnen das Gefühl der Beeinflussbarkeit und der potenziellen Selbstwirksamkeit zurückgegeben wird (vgl. KNUF et al 2001, 37).

Hilfreich zum Verständnis dieser Zusammenhänge ist das Konzept der Salutogenese.

### **Empowerment für professionelle Helfer**

Professionelle Helfer ertragen häufig die Lebensentwürfe einiger Patienten und Bewohner nicht und versuchen sie von Lebensentwürfen zu überzeugen, mit denen in erster Linie sie selbst besser zurechtkommen (vgl. KNUF et al 2001, 42). Manche Reha-Bemühungen werden nicht deshalb angestrengt, weil sie vom Betroffenen gewünscht werden, sondern weil professionelle Helfer sie für ihre Patienten und Bewohner für sinnvoll erachten. Die Entscheidungen und Lösungsversuche Betroffener sind meist nicht so gradlinig, wie sie von professioneller Seite gewünscht werden. Professionellen

fällt es schwer, Vertrauen in die Fähigkeiten des Gegenübers aufzubringen. Ohne Vertrauen aber ist Abwarten, ist „Lernenlassen“ nicht möglich. Professionelle Zurückhaltung ist damit immer an Vertrauen gebunden. Wenn Vertrauen nicht vorhanden ist, werden Lösungswege vorgegeben, Aufgaben abgenommen, Entscheidungen stellvertretend getroffen, kurz: Der professionell Tätige gerät in einen „fürsorglichen Aktivismus“, der dem Wohl und dem Schutz des Betroffenen dienen soll (vgl. KNUF et al. 2001, 42-43).

Zum einen gibt es hier den „gut-gemeinten“ fürsorglichen Aktivismus, auf der anderen Seite kann hier auch die Ausübung von Macht vermutet werden.

Wenn ein Mensch sich dem anderen Menschen nicht mehr gewachsen fühlt, greift er zu anderen Mitteln, die nichts mehr mit dem direkten Einfluss seiner Person zu tun haben: Er streicht das Taschengeld, er verbietet den Ausgang, er sperrt die Türe zu, er gibt Schläge, er gibt Medikamente, er fixiert usw. (vgl. KNUF et al. 2001, 122). Ein Mensch, der mit einem anderen Menschen nicht zurechtkommt, wendet seine Macht und seine Mittel an, die meistens regelhaft sind, also nichts mit der spezifischen Person des anderen oder mit der spezifischen Situation der beiden Menschen zu tun haben. Mittel, Macht und Regeln haben sehr viel mit der Schwäche des Verantwortlichen zu tun. Sie sind darauf ausgerichtet, dass der zugleich Verantwortliche und Schwache das Sagen hat und dass der Abhängige „pariert“. Wenn es darum geht, den Abhängigen stark zu machen, ihm ein Empowerment zu verleihen, dann geht es immer auch darum, den Verantwortlichen stark zu machen (ebd., 122).

### **Salutogenese und Empowerment**

Die salutogenetische Fragestellung lautet: Warum bleiben Menschen gesund (und nicht „Was macht die Menschenen krank“)? Dies drückt sich in dem Begriff Salutogenese aus, der griechischen und lateinischen Ursprungs ist und frei mit „die Entstehung von Heil, Unverletzlichkeit und Glück“ übersetzt werden kann.

Dabei darf die Salutogenese nicht als absolutes Gegenstück der Pathogenese interpretiert werden. Die Pathogenese untersucht die Entstehung und Behandlung von Krankheiten. Die Salutogenese beschäftigt sich jedoch nicht mit der Entstehung und Erhaltung von Gesundheit, sondern mit der Frage, warum manche Menschen trotz Risikobelastung in vergleichbaren Situationen weniger krank werden als andere Menschen. Es geht darum, mehr Wissen darüber zu erlangen, auf welche Weise einige Menschen gesünder bleiben als andere (vgl. BENGEL et al. 1998, 14-24).

Die Antwort auf die Frage, warum ein Mensch trotz Risikobelastung nicht krank wird, fand Antonovsky in der Entwicklung des Kohärenzgefühls. Dabei geht er davon aus, dass die Gesundheit eines Menschen auch von seiner kognitiven und affektiv-motivationalen Grundeinstellung abhängt. Das Kohärenzgefühl beschreibt dabei eine Grundhaltung des Zusammenhangs und der Stimmigkeit. Antonovsky geht davon aus, dass ein Mensch desto gesünder bleibt, je ausgeprägter sein Kohärenzsinn ist (vgl. BENGEL et al. 1998, 26-28).

Der Kohärenzsinn setzt sich aus drei Komponenten zusammen

1. Das Gefühl der Verstehbarkeit:  
Dies beschreibt die Erwartung bzw. Fähigkeit eines Menschen, auch unbekannte Informationen und Ereignisse geordnet, konsistent und strukturiert verarbeiten zu können und nicht von Reizen überflutet zu werden.
2. Das Gefühl der Handhabbarkeit und Bewältigbarkeit:  
Das beinhaltet, mit den eigenen Ressourcen Herausforderungen bewältigen zu können.
3. Das Gefühl der Sinnhaftigkeit und Bedeutsamkeit des eigenen Lebens:  
Das heißt, dass die Anforderungen und Erlebnisse des Lebens einen Sinn machen und wertvoll sind.

In diesem Zusammenhang betont Antonovsky besonders, dass nur das Handeln als sinnvoll erlebt wird, dass selbst geplant ist, also auf eigene Entscheidungen zurückzuführen ist:

„Viele Lebenserfahrungen können konsistent und ausgeglichen sein, sind aber nicht auf unser eigenes Tun oder eigene Entscheidungen zurückzuführen. Hinsichtlich jeder einzelnen Lebenserfahrung kann man fragen, ob wir mitentschieden haben, ob wir diese Erfahrung machen wollen, nach welchen Spielregeln sie verlaufen soll und wie die Probleme und Aufgaben gelöst werden sollen, die aus ihr erwachsen. Wenn andere alles für uns entscheiden – wenn sie die Aufgaben stellen, die Regeln formulieren und die Ergebnisse managen – und wir in der Angelegenheit nichts zu sagen haben, werden wir zu Objekten reduziert. Eine Welt, die wir somit als gleichgültig gegenüber unseren Handlungen erleben, wird schließlich eine Welt ohne jede Bedeutung. Dies gilt für direkte persönliche Beziehungen, für die Arbeit und für alles andere, was innerhalb unserer Grenzen liegt“ (ANTONOVSKY 1997, 93).

Es zeigt sich, dass der Kohärenzsinn grundsätzlich eine gewisse Kontinuität, Stabilität und Gelassenheit im Leben begünstigt. Ein Mensch mit einem ausgeprägten Kohärenzsinn lässt sich wahrscheinlich auch durch größere Herausforderungen nicht verunsichern und ordnet diese als ein Ereignis in die Sinnhaftigkeit des Lebens ein. Bei der Entwicklung des Kohärenzsinn spielen generalisierte Widerstandsressourcen eine entscheidende Rolle. Sie erhöhen die Widerstandsfähigkeit eines Menschen und begünstigen daher die Entwicklung des Kohärenzsinn.

Nach Antonovsky entwickelt sich der Kohärenzsinn vornehmlich bis ins junge Erwachsenenalter hinein. Danach verändert er sich nur noch unwesentlich, ist jedoch beispielsweise durch intensive Therapie durchaus gestaltbar.

Obwohl es im Sinne von Empowerment kritisch bewertet werden muss, dass Antonovsky ab dem jungen Erwachsenenalter kaum Möglichkeiten sieht, den Kohärenzsinn zu entwickeln, so stellen doch das veränderte Gesundheits- und Krankheitsverständnis des Salutogenesemodells und der Forschungsansatz eine interessante Möglichkeit zur Weiterentwicklung des Empowerment-Konzeptes dar. ANTONOVSKY hat in seinem Buch (1997) versucht, seinen Ansatz auch auf das Arbeitsleben zu übertragen. Hier analysiert er die personellen und organisationalen Ressourcen, die Bedingungen und Schutzfaktoren (Ressourcen) zur Aufrechterhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit.



Zu den personalen Ressourcen zählen hier so genannte kognitive Überzeugungssysteme der Person, d.h. Vorstellungen und Meinungen, dass die Umwelt und die Arbeitsbedingungen Sinn machen, dass die Person Einfluss auf die Bedingungen nehmen kann, dass sie überzeugt ist, mit den Anforderungen klarzukommen. Dies sind Merkmale der Persönlichkeit und verweisen auf die „innere“ Stärke (Selbstwirksamkeit) der Person. Auf der Verhaltensseite sind habitualisierte, d.h. im Laufe des Lebens gelernte und „bewährte“ Handlungsmuster zu den personalen Ressourcen zu zählen, Bewältigungsstile, um mit Anforderungen und Belastungen umzugehen und mit ihnen „fertigzuwerden“.

Zu den organisationalen Ressourcen zählen alle Tätigkeitsbedingungen, betrieblichen Institutionen und Hilfsmittel, die es einer Person erleichtern können, mit den Anforderungen bei der Arbeit zurechtzukommen und Belastungen zu bewältigen, sie zu tolerieren oder ihnen auszuweichen. Beispiel sind hier: Aufgabenvielfalt, der Handlungs- und Tätigkeitsspielraum, Zeitpuffer, Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten, Partizipationsmöglichkeiten, Kommunikations- und Kooperationsmöglichkeiten etc.

Zu den sozialen Ressourcen, die sowohl bei der Arbeit im Betrieb als auch außerhalb lokalisiert werden können, zählen kooperativ-partizipatives Vorgesetztenverhalten, soziale Unterstützung durch Kollegen (aber auch im privaten Bereich) und ein positives soziales Arbeitsklima (vgl. DUNKEL 1999, 405). Ein wesentlicher gesunderhaltender Faktor sind in diesem Zusammenhang die informellen sozialen Strukturen. Die sozialen Beziehungen erhalten häufig sogar eine größere Bedeutung als die eigenen Ressourcen oder diejenigen, die die formale Struktur zur Verfügung stellen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die wahrgenommenen Ressourcen der Schlüssel zu dem Problem der Überlastung sind.

## **Fazit aus dem Projekt in Köln**

In dem Projekt an den Rheinischen Kliniken arbeiteten 13 Mitarbeiter für ein halbes Jahr in einem interdisziplinären Arbeitskreis zusammen. Gemeinsam wurden dabei Aspekte des Empowerment erarbeitet und im Rahmen von Personalentwicklungsmaßnahmen trainiert.

Die Mitarbeiter, die kontinuierlich teilgenommen haben, bewerten dieses Projekt durchweg positiv. Sie haben es als motivierend und aktivierend erlebt, bei sich selbst die Ressourcen, Stärken und Kompetenzen zu mobilisieren. Sie berichten, dass der kontinuierliche Austausch zu diesen Thema ihren Blickwinkel bezüglich der Stärken geschärft hat.

Die "Praxisvernetzung durch Hausaufgaben", indem die Teilnehmer im Arbeitskreis erarbeitete Aspekte in ihrem jeweiligen Arbeitsbereich ausprobieren, erbrachte unterschiedliche Erfahrungen. Je nach Arbeitsfeld der Teilnehmer wurden die Aufgaben unterschiedlich angenommen. Dieser Themenbereich sollte näher untersucht werden.

Obwohl die Anzahl der Befragten zu gering ist, um eine Reliabilität der ausgehenden Fragestellung zu bestätigen, zeigen sich jedoch eindeutig positive Tendenzen.

## **Literatur**

- ANTONOVSKY, A.: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvtv-Verlag 1997
- BENGEL, J./ STRITTMACHER, R./ WILLMANN, H.: Was erhält Menschen gesund? Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1998
- DUNCKEL, Heiner et al.: Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren. Zürich: vdf Hochschulverlag an der ETH Zürich 1999
- GÖRRES, S./ LUCKEY, K./ STAPPENBECK, J.: Qualitätszirkel in der Alten- und Krankenpflege. Evaluationsstudie. Robert Bosch Stiftung (Hrsg.). Reihe Pflegewissenschaft. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber 1997
- HAW, M.-A./ CLAUS, E.-G./ DURBIN-LAFFERTY, E./ IVERSEN, S.-M.: Die Arbeitsmoral von Pflegepersonen verbessern trotz knapper Kassen. 1. Teil: Organisationsassessment. Pflege Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe 2003. Jg.16, H. 2, S. 103-110

KNUF, Andreas/ SEIBERT, Ulrich: Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Pflege. Bonn: Psychiatrieverlag 2001  
LENZ, A./ STARK, W.: Empowerment – Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung; Band 10. Tübingen. dgvt-Verlag 2002  
STARK, Wolfgang: Empowerment – Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis. Freiburg im Breisgau: Lambertus 1996

Zu zitieren als:

SCHLESSELMANN, Elke: Gesundheitsförderung durch die gemeinsamen Ansätze des Empowerment und der Salutogenese. In: Heilpädagogik online 01/07, 25-34. Online unter:  
[http://www.heilpaedagogik-online.com/2007/heilpaedagogik\\_online\\_0107.pdf](http://www.heilpaedagogik-online.com/2007/heilpaedagogik_online_0107.pdf), Stand: 01.01.2007

[Kommentieren Sie diesen Artikel!](#)

Carolin Helm

## **Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung und der Umgang durch professionelle Bezugspersonen**

Nicht selten zeigen Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit geistiger Behinderung zum Teil massiv selbstverletzendes Verhalten und konfrontieren dadurch Betreuungs- und Bezugspersonen mit enormen Belastungen und Herausforderungen. Dieser Artikel referiert die Hauptergebnisse einer Staatsexamensarbeit, beginnend mit einer Begriffsbestimmung des ‚selbstverletzenden Verhaltens‘ und einem Überblick über wissenschaftliche Erklärungsansätze.

Als Schwerpunkt der Arbeit wurden in einer qualitativen Umfrage Mitarbeiter unterschiedlicher Einrichtungen interviewt, die in ihrer täglichen Arbeit mit Menschen mit geistigen Behinderungen konfrontiert sind, die selbstverletzendes Verhalten in unterschiedlicher Ausprägung zeigen. Die Erfahrungen, Belastungen und Bewältigungsstrategien der professionellen Bezugspersonen werden hier zusammenfassend dargestellt.

**Schlüsselwörter:** Selbstverletzendes Verhalten, Autoaggression, professionelle Bezugspersonen, Umgangsformen, Bewältigungsstrategien

A number of children, young persons and adults with mental handicaps hurt themselves - partly very massively. As a result many caring persons are facing serious stress and challenges. This article shows the main results of a state examination dealing with the determining of the term ‘autoaggression` and a survey of scientific explications of the behavior. It focusses on an interview with carers in various institutions who experience autoaggressive behavior in their daily work. Experiences, forms of emotional distress and methods of coverage by the professional carers are summerized.

**keywords:** autoaggression, carer, methods of coverage

## Einleitung

Ein erwachsener Bewohner eines Wohnheims für Menschen mit geistiger Behinderung hat sich beide Lippen gänzlich weggebissen. Außerdem starkes Aufbeißen der Innenseiten der Wangen, bis zu starkem Bluten und der Loslösung von Gewebe. Häufig extremes Schreien. Immer wieder starkes Schlagen an den Kopf.

Eine Betreuerin erzählt: „In der massiven Phase traten Gefühle von Trauer, Ausweglosigkeit und Hilflosigkeit auf. Anfangs hatte ich Alpträume. Als der Betroffene vorübergehend in einer psychiatrischen Klinik untergebracht war, weinte ich viel. Aber da war auch immer die Hoffnung auf Gewöhnung an das Verhalten und die Besserung des Verhaltens.“

Ein 25 Jahre alter, schwermehrfachbehinderter Mann schlägt sich mit den Händen häufig ins Gesicht und schlägt seinen Kopf an die Wand oder an andere Gegenstände. Oft kratzt er sich, zieht an Haaren und beißt sich die Hände blutig. Seine Aggressionen sind z.T. auch gegen Betreuer gerichtet. Die Erzieherin sagt: „Mittlerweile habe ich mich an die Situation gewöhnt, es tut innerlich nicht mehr weh bzw. regt mich nicht mehr auf. Vielleicht auch, weil die Art der Verletzung nicht so groß ist und ich weiß, dass der Betroffene sich allein in ruhiger Situation wieder relativ schnell beruhigt. Außerdem kenne ich auch viele schöne Situationen und Erlebnisse mit dem Betroffenen. Es gibt auch andere Seiten neben dem selbstverletzenden Verhalten!“

Ein drei-jähriger Junge mit Cri-du-Chat-Syndrom zeigt stereotype Bewegungen sowie festes Anschlagen des Kopfes an die Wand, auf den Boden, an das Eisengeländer der Treppe oder nach hinten an den Kopf einer anderen Person, die ihn auf dem Schoß hält. Das selbstverletzende Verhalten passt zu den charakteristischen Merkmalen des Syndroms, es gehört zum Verhaltensrepertoire des Jungen.

Eine Psychologin gibt an: „Ich erschrecke und empfinde ein Gefühl von Hilflosigkeit und die Sorge um das Kind. Außerdem leidet man mit, wenn man sieht, wie sich jemand selbst weh tut. Bei der ersten Konfrontation war ich schockiert, fühlte mich hilflos und fand die Situation unerträglich“. Eine Physiotherapeutin ergänzt: „Ich mache mir große Sorgen darum, ob der Junge im Kindergarten tragbar sein wird. Was passiert, wenn er nicht gruppenfähig ist? Wie geht die Gesellschaft mit selbstverletzendem Verhalten um?“

(Die angeführten Fallbeispiele und Zitate stammen aus Interviews, die ich im Rahmen meiner wissenschaftlichen Prüfungsarbeit zur Ersten Staatsprüfung für das Lehramt an Sonderschulen, Universität Koblenz-Landau (Abteilung Landau), durchgeführt habe; vgl. HELM 2005).

Weshalb schädigen Menschen selbst ihren Körper? Warum schlagen, kratzen oder beißen sich Menschen mit geistiger Behinderung blutig? Könnte dieses selbst verletzende Verhalten aus Sicht der Betroffenen sinnvoll sein? Was könnte der subjektive Sinn sein, wenn jemand sich selbst verletzt und sich Schmerzen und Wunden zufügt?

Kaum ein anderes Verhalten belastet das Zusammenleben von Menschen mit geistiger Behinderung in Schulen, Heimen oder Familien so stark und macht die Bezugspersonen und Mitmenschen so ratlos und hilflos.

Psychische Prozesse, insbesondere abweichendes Verhalten und Störungen, sind jedoch nicht ausschließlich auf den Betroffenen bezogen, sondern müssen auch als soziale, kontextabhängige Phänomene betrachtet werden. Es müssen daher immer auch die subjektive Bedeutung, die Wirkung sowie die Funktion bestimmter Verhaltensweisen unter ihren situativen Bedingungen analysiert werden.

Mit ansteigendem Schweregrad der Behinderung zeigen Menschen mit geistiger Behinderung vermehrt selbstverletzende Verhaltensformen, die auf den Beobachter häufig zunächst bizarr und unverständlich wirken.

Nach KLAUß wird die Beschäftigung mit massiven Verhaltensauffälligkeiten wie Selbstverletzungen in der Geistigbehindertenpädagogik zunehmend relevant, da die Zahl der Menschen mit schweren geistigen Behinderungen, die belastendes und oft nicht nachvollziehbar erscheinendes Verhalten zeigen, zunimmt (vgl. KLAUß 1995, 124).

Selbstverletzendes Verhalten (SVV) kann bei Menschen mit geistiger Behinderung als ein Streben nach Selbstbestimmung gedeutet werden indem sie durch ihr problematisch erscheinendes Verhalten versuchen, „ihr Autonomiebestreben und den Wunsch nach Befriedigung relevanter Bedürfnisse“ auszudrücken (KLAUß 1995, 124-125).

Pädagogen und Bezugspersonen müssen lernen, die Anliegen der Betroffenen, die durch das gezeigte Verhalten ausgedrückt werden, zu verstehen, um sinnvoll auf sie reagieren zu können. Nur die genauere Beschäftigung mit Erscheinungsformen, Ursachen und Funktionsmechanismen kann zu einem begründeten Verständnis für selbstverletzendes Verhalten und zu einem adäquaten Umgang mit dem Phänomen führen.

Wie reagieren Bezugspersonen auf die Konfrontation mit selbstverletzendem Verhalten? Welche Empfindungen und mögliche psychosoziale Folgen werden bei ihnen durch das Miterleben ausgelöst? Welche Auswirkungen können diese Faktoren rückwirkend auf den Betroffenen und sein problematisches Verhalten haben? Und welche Wirkung haben das Verhalten sowie die individuellen Reaktionen der einzelnen Betreuer auf das gesamte Betreuer-Team?

Im Rahmen meiner wissenschaftlichen Hausarbeit zum Ersten Staatsexamen sollten sowohl der heutige Forschungsstand zum Phänomen SVV aufgearbeitet als auch Fragen nach Belastungen, Antwortstrategien und Um-

gangswisen von professionellen Bezugspersonen (u.a. mit Hilfe einer qualitativen Datenerhebung) untersucht werden.

## **Grundlegende Aspekte selbstverletzenden Verhaltens**

### **Begriffsbestimmung**

In der Literatur findet sich eine Vielzahl von Versuchen und Ansätzen, selbstverletzendes Verhalten zu definieren. Ein Vergleich verschiedener Begriffsbestimmungen verdeutlicht zunächst folgende Aspekte von SVV (vgl. MÜHL / NEUKÄTER / SCHULZ 1996, 23):

- SVV ist gegen die eigene Person bzw. den eigenen Körper gerichtet.
- SVV bewirkt eine physische Reizung oder Schädigung.
- SVV hat oftmals stereotypen Charakter.

In der Fachdiskussion werden zur Benennung des Phänomens verschiedene Bezeichnungen, wie z.B. `Autoaggression`, `Selbstschädigung`, `Selbstverletzung (Automutilation)` oder `Selbstverletzendes Verhalten`, verwendet und werden häufig synonym gebraucht. In Anlehnung an HETTINGER und MÜHL/ NEUKÄTER/ SCHULZ wird im vorliegenden Artikel überwiegend der Terminus „Selbstverletzendes Verhalten“ gebraucht:

„Selbstverletzendes Verhalten von Personen mit geistiger Behinderung ist ein gegen den eigenen Körper gerichtetes beobachtbares Verhalten, das rhythmischen und stereotypen Charakter haben kann und in der Regel mit hoher Geschwindigkeit abläuft, häufig eine Stimulation des propriozeptiven, vestibulären und/oder kinästhetischen Wahrnehmungsbereichs bewirkt und dem eigenen Körper physische Verletzungen und/oder extreme Reizungen zuführt und aus der Sicht des betroffenen Individuums sinnvoll zu sein scheint.“  
(MÜHL / NEUKÄTER / SCHULZ 1996, 25).



Mit Blick auf die vielfältige Fachliteratur kann diese Definition als eine Synthese wichtiger Problemaspekte betrachtet werden, da sie das Phänomen des selbstverletzenden Verhaltens bei Menschen mit geistiger Behinderung sehr genau, umfassend und schlüssig erfasst sowie insbesondere den Zusammenhang von Stereotypen und SVV, den Bezug zu verschiedenen Wahrnehmungsbereichen und die Funktionalität des Verhaltens für den Betroffenen berücksichtigt.

### **Auftretenshäufigkeit (Prävalenz)**

Insgesamt lässt sich feststellen, dass SVV bei Menschen mit geistiger Behinderung häufiger auftritt als bei Nichtbehinderten. Je stärker die Behinderung ausgeprägt ist, desto häufiger wird SVV gezeigt. Außerdem scheinen bestimmte genetische Dispositionen bzw. Syndrome SVV zu begünstigen. Darüber hinaus ist SVV bei Menschen in Wohnheimen häufiger zu beobachten als im schulischen Bereich (vgl. ROHAN/ FENZAU/ HAUSCHILD 1985, 183; KLAUß 1987, 108; HETTINGER 1996, 19-23; MÜHL/ NEUKÄTER/ SCHULZ 1996, 27-28; MÜHL 2001, 165; SARIMSKI 2001, 120; SARIMSKI 2003).

### **Wissenschaftliche Ansätze zur Erklärung von SVV**

In der vorhandenen Fachliteratur findet sich eine Vielzahl wissenschaftlicher Ansätze zur Erklärung von SVV, die im Folgenden nur aufzählend genannt werden; zur Vertiefung sei vor allem auf HETTINGER 1996, 24-109 und MÜHL / NEUKÄTER / SCHULZ 1996, 31-48 verwiesen.

- Entwicklungspsychologischer Erklärungsansatz
- Selbststimulationshypothese
- Medizinischer Erklärungsansatz
- Lerntheoretische Annahmen
  - Vermeidungshypothese
  - Hypothese der positiven Verstärkung
- Psychodynamischer Erklärungsansatz
- Materialistischer Erklärungsansatz
- Kommunikationshypothese
- Situativer Erklärungsansatz

## **Interventions- und Fördermöglichkeiten**

Unter ‚umgebungsorientierten‘ Interventionen werden diejenigen Maßnahmen verstanden, die die soziale und räumliche Umgebung des Betroffenen in den Blick nehmen: z.B. Realisierung angemessenen Erziehverhaltens durch die professionellen Bezugspersonen, Schaffung von Handlungsmöglichkeiten sowie Einbeziehung des Betroffenen in Gruppenaktivitäten, Vermeidung bzw. Veränderung SVV-auslösender Situationen (vgl. MEYER 2000, 68). Veränderungen der Lebens-, Arbeits- und Lernumwelt können für Außenstehende teilweise banal wirken, für den Betroffenen, der SVV zeigt, jedoch deutlich stressauslösende Situationsmerkmale beinhalten.

Veränderungen innerhalb des Lebensumfeldes könnten bereits z.B. ein Sitzplatzwechsel am Essenstisch, das Auswechseln von Bildern oder Einrichtungsgegenständen, die Anreicherung der Umgebung mit geeigneten Spielmaterialien oder eine klare Tagesstruktur darstellen. An dieser Stelle kann nur kurz darauf hingewiesen werden, dass mögliche Veränderungen langsam und behutsam angebahnt werden müssen, ohne den Betroffenen zu überfordern.

Als ‚personorientierte‘ Interventionen können alle Handlungen bezeichnet werden, die sich direkt auf die betroffene Person, die SVV zeigt, beziehen: Abbau des Problemverhaltens durch Aktivierungsmaßnahmen, Aufbau sowie Verbesserung von Kompetenzen, Aufbau differenzierter Verhaltensmuster zur Erweiterung des Verhaltensrepertoires u.a..

Als häufig genannte (direkte) Interventionen können folgende Maßnahmen aufgezählt werden:

- Eingreifen und körperliches Festhalten
- Bewusstes Ignorieren
- Fixierungen
- Psychopharmaka

- Differentielle Verstärkung erwünschten Verhaltens  
(`differential reinforcement`: DRO, DRI, DRA)
- Körperorientierte Ansätze
- Aufbau kommunikativer Fähigkeiten
- Sonderfall: vorübergehende Einweisung des Betroffenen in eine psychiatrische Einrichtung

(Näheres hierzu siehe: DÖSEN 1997, 117ff; HÄSSLER/ TILCH/ BUCHMANN 200, 87; HEINRICH 1998, 115ff; HETTINGER 1996, 220-285; ROHMANN/ ELBING 2002, 217-237; ROHMANN/ HARTMANN 1992, 146ff)

Die Fachliteratur belegt das breite Spektrum verschiedenartiger Interventions- und Fördermöglichkeiten und macht deutlich, dass im Betreuungsalltag des professionellen Umgangs mit SVV in der Regel erst die Kombination verschiedener Verfahren bzw. eine spezifische Akzentuierung von Maßnahmen sowie eine systematische und kontinuierliche Durchführung der Interventionen zu den gewünschten Verhaltensänderungen führen kann.

### **Belastungen für professionelle Bezugspersonen und ihre Bewältigung**

Statt hier nun auf die allgemein diskutierten (psycho-somatischen, beruflich-sozialen und situativen) Belastungen für professionelle Bezugspersonen und ihre teils problematisch-repressiven, teils konstruktiv-kreativen Bewältigungsstrategien näher einzugehen (Näheres hierzu BRADL 2000; HEINRICH 2000; HELM 2005, 72-96; WÜLLENWEBER 2000, 167ff), soll nun der Blick auf eine eigene empirische Datenauswertung zum professionellen Umgang mit SVV gerichtet werden.

## **Fallbeispiele aus der Praxis: Darstellung und Auswertung einer qualitativen Befragung**

Um die Aufmerksamkeit verstärkt auf die Betreuungspersonen in ihrem Berufsalltag zu lenken und eine Verbindung zwischen Theorie und Praxis herstellen zu können, wurden im Rahmen dieser Arbeit sieben problemzentrierte Interviews in drei Institutionen für Menschen mit geistigen und körperlichen Behinderungen und einer ausgelagerten Wohngruppe für Menschen mit geistiger Behinderung innerhalb einer psychiatrischen Einrichtung geführt (vgl. HELM 2005).

Insgesamt waren 15 professionelle Bezugspersonen mit unterschiedlichen pädagogischen, pflegerischen oder therapeutischen Ausbildungen an Einzel- oder Gruppeninterviews beteiligt. Die angewendete qualitative Methode liefert keine Fülle repräsentativer, allgemeingültiger Daten, die verlässlich generalisiert werden könnten; vielmehr sollten einige zufällige, aber doch auch typische Einzelfälle aus der beruflichen Praxis untersucht werden. Relevante Handlungsmuster im Umgang mit SVV sowie Bewältigungsversuche bzw. –strategien der Mitarbeiter standen dabei im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses.

### **Fallbeschreibungen: Welche Selbstverletzungen kamen vor ?**

Zunächst sollen die in den Interviews angesprochenen, beobachtbaren Erscheinungsformen von SVV genannt werden. Das Alter von sieben der acht beschriebenen Personen lag zum Interviewzeitpunkt zwischen 25 und 40 Jahren, ein betroffener Junge war drei Jahre alt. Auffällig ist, dass in allen Interviews von männlichen Betroffenen gesprochen wurde.

- SVV ist immer gegen den Kopf gerichtet: Schlagen mit den Fäusten oder mit der flachen Hand an den Kopf, Anschlagen des Kopfes an

die Wand, häufig von Schreien und Heulen begleitet. Betroffener fixiert sich teilweise selbst die Hände.

- Äußerst massives SVV in der Form, dass beide Lippen vollständig weggebissen wurden. Außerdem starkes Aufbeißen der Wangeninnenseiten, bis hin zu starkem Bluten und Loslösung von Gewebe. Begleitung des SVV durch extremes Schreien. Zum Zeitpunkt des Interviews starkes Schlagen mit der flachen Hand an den Kopf.
- Besondere Fixierung des SVV auf den Kopf: Blutigschlagen der Ohren mit Fäusten oder Fingerknöcheln. Schlagen der Schläfen bis zu starken Rötungen und Schwellungen. Im Badezimmer Anschlagen des Kopfes an Fliesenwände oder Armaturen (trotz Betreuung durch zwei Mitarbeiter). In Zeiten der Fixierung auf dem Fixierstuhl teilweise Schlagen des Knies an die Stirn. Gelegentliches Aneinanderschlagen der Knie. Häufige Begleitung des SVV durch lautes, manchmal zornig klingendes Schreien.
- Schlagen mit der Hand auf die Wange. Anschlagen des Kopfes an die Wand, auf Tischplatten oder den Badewannenrand. Schmierern mit Kot. Verweigerung der Essensaufnahme, daher mittlerweile Ernährung durch eine Magensonde. Zeigt im Liegen, trotz Fixierungen, immer wieder den Versuch, sich die Sonde zu ziehen.
- SVV vorwiegend auf die Kopf- und Gesichtspartie gerichtet. Anschlagen des Kopfes an die Wand oder an Gegenstände. Mit den Händen Schläge ins Gesicht. Blutigkratzen und -beißen der Hände. An den Haaren ziehen.
- Häufiges Anschlagen der Stirn auf den Tisch, Anschlagen des Kopfes an die Wand. SVV geht häufig in Fremdaggressionen über. Betroffener fordert Fixierung des Oberkörpers am Rollstuhl.
- Festes Anschlagen des Kopfes an die Wand, auf den Boden oder an Treppengeländer aus Eisen. Beim Sitzen auf dem Schoß einer erwachsenen Person teilweise Anschlagen des eigenen Kopfes an den

des Betreuers. SVV sehr häufig von stereotypen Bewegungen begleitet.

- Anschlagen des Kopfes an die Wand, auf den Boden, auf den Tisch und auf die Knie sowie Aufreiben der Fingerspitzen und –kuppen, bis es blutet. Als Folge häufige Entzündungen und vereiterte Wunden. SVV von Schreien begleitet.

Auch wenn es in dieser Arbeit nicht um eine empirische Erforschung von SVV geht, so zeigt dieser Auswertungsüberblick, dass sowohl hinsichtlich der Erscheinungsformen als auch hinsichtlich des Ausprägungsgrades eine relativ große Bandbreite an selbstverletzenden Verhaltensformen in der nichtrepräsentativen Zufallsstichprobe der Fallbeispiele vertreten war.

### **Welche persönlichen und beruflichen Qualifikationen lagen bei den Befragten vor?**

#### ***Art der Berufsausbildung***

Unter den 15 interviewten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (zehn Frauen, fünf Männer) in verschiedenen Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen fanden sich unterschiedliche Berufsbilder:

Jugendheimerzieherinnen, Erzieherinnen mit Schwerpunkt Sonderpädagogik oder mit gestalttherapeutischer Ausbildung, eine Erziehungshelferin, ein Heilerziehungspfleger, eine Kinderkrankenschwester, Diplom-Sozialpädagogen, ein Religionspädagoge, eine Physiotherapeutin mit Fachausbildung zur Bobath-Therapeutin, eine Logopädin / Diplom-Psychologin, ein Zivildienstleistender sowie eine Helferin im Freiwilligen Sozialen Jahr.

#### ***Dauer der Berufserfahrung in der Einrichtung***

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter deckten ein breites Spektrum an unterschiedlich langer Berufserfahrung bzw. an Erfahrung im Umgang mit SVV ab.

Die Angaben variieren zwischen 7 Wochen und 26 Jahren Tätigkeit in der jeweiligen Einrichtung.

### **Spezifische Vorbereitung auf das Phänomen SVV während der Ausbildung / Rolle der Ausbildungsqualifikation**

Die Mehrheit der Befragten berichtete über keinerlei spezifische Vorbereitung bzw. Thematisierung des Phänomens SVV und des Umgangs mit dem Problemverhalten während ihrer pädagogischen, pflegerischen oder therapeutischen Ausbildung.

Der Problemkomplex SVV sei zwar während einzelner Ausbildungen „kurz angerissen“ worden, eine Befragte kritisierte jedoch stark die mangelnde Qualifikation der Ausbilder. Nach ihren Aussagen verfügten die Unterrichtenden über keinerlei Erfahrung mit der Thematik und hätten vor ihrer Tätigkeit als Ausbilder in völlig anderen beruflichen Bereichen gearbeitet.

Insgesamt lässt sich also ganz deutlich feststellen, dass die berufsspezifische Qualifizierung für den Umgang mit SVV in (heil-/ sonder-/ sozial-) pädagogischen, pflegerischen und therapeutischen Berufen in hohem Maße vernachlässigt wird: in wenigen Fällen wird diese Problematik sehr eingeschränkt und mangelhaft, in der Mehrzahl der Fälle jedoch überhaupt nicht thematisiert, so dass auf Grund einer bestimmten Berufsausbildung kein direkter Rückschluss auf den Umgang mit SVV gezogen werden kann. Genauere Gründe oder Rahmenbedingungen für diese Ausbildungsdefizite konnten aus den Aussagen der Interviewten nicht erschlossen werden.

### ***Rolle der Berufserfahrung im Umgang mit SVV***

Im Vergleich der einzelnen Interviews zeichnet sich auf Seiten der professionellen Bezugspersonen mit wachsender Berufserfahrung in der Wahrnehmung und damit auch im Umgang mit SVV offensichtlich ein Wandel ab.

Die erste Konfrontation mit einer selbstverletzenden Verhaltensweise wurde von allen Gesprächsteilnehmern durchweg als sehr schlimm und extrem be-

lastend beschrieben: Schockiertheit, Hilflosigkeit, Unerträglichkeit, Unsicherheit wegen fehlender Kenntnisse der Ursachen von SVV, starker Wunsch, die Aggressionen verhindern zu wollen („Helferinstinkt“). Eine Jugendheimleiterin erzählte, während der Anfangszeit ihrer Arbeit in der Wohngruppe von Alpträumen geplagt worden zu sein; ein Mitarbeiter berichtete von häufigem Erbrechen über mehrere Tage nach dem Erleben massiver Formen von SVV zu Beginn seiner Tätigkeit.

Mit wachsender Berufserfahrung scheint sich nach den Interviewaussagen eine Art „Routine bzw. Gewöhnung an die Situation“ einzustellen, da das Verhalten „irgendwie zur Person dazu gehört“. Zu diesem Gewöhnungseffekt trägt wohl auch das Wissen und Erleben bei, dass der Betroffene „nicht immer so“ ist und dass das SVV „auch wieder aufhört“. Eine Erziehungshelferin berichtete, dass man über das „Unvermögen weiß, dem Betroffenen das Verhalten nicht abnehmen zu können“ und gab an, mittlerweile zu wissen, für das Verhalten nicht verantwortlich zu sein. Eine Jugendheimleiterin machte deutlich, dass man „in diesem Berufsbereich lernt, sich an vieles zu gewöhnen“. Dieses „Abstumpfen“ bzw. diese „Routine“ bedeute dabei nicht, dass man SVV als gegeben hinnehme, sondern dass man im Laufe der Berufstätigkeit gelernt und akzeptiert habe, dass „Menschen so sein können“. Eine Kollegin sprach davon, leichtere Formen von SVV mit wachsender Berufserfahrung besser zu verkraften, wobei sie extrem schwere Formen von selbstverletzenden Verhaltensweisen, genauso wie zu Berufsbeginn, betroffen machen. Eine sehr berufserfahrene Erzieherin in einer psychiatrischen Einrichtung gab an, mittlerweile eher nüchtern und rational mit dem Problemverhalten umzugehen. Ein Religionspädagoge schilderte ebenfalls einen gewissen „Gewöhnungsprozess“, der sich jedoch nur entwickeln könne, wenn SVV nicht sehr häufig auftritt. Nach seinem Empfinden könne man sich an extrem ausgeprägte und häufige Erscheinungsformen von SVV nicht wirklich gewöhnen.



Insgesamt lässt sich zur Frage, welche Rolle Berufserfahrung im Umgang mit SVV spielt, feststellen, dass selbstverletzende Verhaltensformen die befragten professionellen Bezugspersonen nach wie vor „betroffen“ machen. Allerdings trägt zunehmende Berufserfahrung offenbar dazu bei, dass SVV mehrheitlich anders eingeordnet werden kann als beim ersten Erleben, wodurch den meisten Interviewten die Bewältigung der Problematik erleichtert wird. In diesem Zusammenhang bezeichnete eine Gesprächspartnerin die beschriebene Entwicklung bzw. Veränderung der Wahrnehmung als eine Notwendigkeit, um auf Dauer in diesem beruflichen Bereich arbeiten zu können. Es sei wichtig, mit dem belastenden selbstverletzenden Verhalten eine Umgangsweise zu lernen, ohne jedes Erlebnis nach der Arbeit „mit nach Hause zu nehmen“.

## **Wie haben die Mitarbeiter unmittelbar auf die belastenden Situationen reagiert ?**

### ***Direkte Reaktionen***

Als unmittelbare Reaktion auf eine beobachtbare selbstverletzende Verhaltensform wurden einige direkte Interventionsweisen von den Interviewpartnern mehrfach genannt:

Zum einen wurde immer wieder der Versuch angesprochen, die Umwelt so zu gestalten, dass mögliche Gefahrenquellen so weit wie möglich ausgeschaltet werden, um einen Schutz vor Verletzungen möglichst sicherzustellen. Hier wurde beispielsweise davon gesprochen, die Bettkanten sowie die angrenzende Wand mit Schaumstoff oder den Badewannenrand mit Handtüchern abzupolstern.

Zum anderen wurde von mehreren Betreuern das Ignorieren der selbstverletzenden Verhaltensweise genannt, soweit dies für die Gesundheit des Betroffenen verantwortbar sei und er sich keine starken Verletzungen zufüge.

Außerdem wurde immer wieder geschildert, dass versucht werde, den Betroffenen in der Situation durch ruhig-empathisches Sprechen, Festhalten der schlagenden Hand oder sanftes Über-den-Kopf-Streicheln zu beruhigen. Eine Mitarbeiterin äußerte die Hoffnung, dass der Betroffene das SVV durch die Beschäftigung mit einer Bezugsperson vergessen könne. Eine Kollegin räumte allerdings ein, dass beruhigend gemeinte Interventionen nicht immer erfolgreich seien. Diese Feststellung passt zu den Beobachtungen zweier Betreuer, dass manche Betroffene SVV nur einstellen, wenn sie von Betreuern „in Ruhe gelassen“ würden, sie also alleine seien und sich so selbst beruhigen könnten. Die Anwesenheit anderer oder der Versuch zu beruhigen (z.B.: durch Zureden oder In-den-Arm-Nehmen) führe dagegen häufig zu Steigerungen von SVV.

Als weiterer Schutz vor Verletzungen wurde das Überziehen der Hände mit Waschlappen oder Handschuhen beschrieben. Dabei berichtete ein Sozialpädagoge, dass es bei einem Bewohner außerdem nötig sei, die Bündchen der Handschuhe mit Klebeband zu fixieren, um das Ausziehen zu vermeiden. Mittlerweile habe der Betroffene jedoch gelernt, diese Fixierung zu lösen und versuche nun immer wieder, den ausgezogenen Handschuh zu schlucken.

Das positive Verstärken SVV-freier Zeiten in Form von Zuwendung und das gleichzeitige Nichtbestrafen von SVV führe nach Aussage einer Mitarbeiterin teilweise zum gewünschten Erfolg. Außerdem bestünden in der Gruppe Angebote zur Wahrnehmungsschulung. Inwieweit diese zum Abbau von SVV beitrage, erscheint jedoch nach Aussagen der Mitarbeiterin fraglich: es sei wohl auch vom Behinderungsgrad abhängig.

Ein Gesprächspartner äußerte sich während des Interviews sehr offen und räumte ein, dass sich die Aggressionen eines Betroffenen (SVV sowie Fremdaggressionen) teilweise „hochschaukeln“ bzw. auf ihn übertragen würden und er als Betreuer manchmal ebenfalls körperlich auf den Betroffenen reagiere. Über die Art und Intensität solcher Handlungen äußerte er sich im Ge-

sprach nicht eindeutig ( „... ich geb´ ihm in meinem Zorn Eine zurück, ...“). Er betonte ausdrücklich, dass es dem Betroffenen und ihm nach einem solchen Aggressionsabbau wieder gut gehe und sie sich so wieder verstehen würden. Seiner Meinung nach sei eine solche Form physischer Reaktion in „diesem eng gesteckten Rahmen“, also als unmittelbare Folgereaktion auf das Verhalten des Behinderten, vertretbar.

Zwei der befragten Mitarbeiter gaben außerdem eine Beschreibung darüber, dass das SVV bei manchen Betroffenen verschwinde, wenn sie aus der Situation genommen werden, indem man mit ihnen den Raum wechselt und ihnen so eine entspanntere Atmosphäre ermöglicht. In diesem Zusammenhang berichtete eine Physiotherapeutin, dass sie bei dem Auftreten von SVV den Betroffenen jedoch nicht immer aus der Situation nehme, sondern dass sie auch versuche, die Situation so zu ändern, dass sie für den Jungen angenehmer empfunden werden könne. Ihre Kollegin sprach davon, dass der Betroffene positiv auf ihre ruhige Stimme und ihre Redeweise reagiere. Beide Therapeutinnen betonten dabei den großen Vorteil der Einzelsituation während einer Therapieeinheit. In einer solchen Ein-zu-Eins-Situation sei ein individuelles Aufeinander-Eingehen wesentlich leichter zu realisieren als in Wohngruppen oder Schulklassen.

Ein Mitarbeiterteam berichtete, dass das SVV bei allen Betroffenen ihrer Wohngruppe medikamentös behandelt werde. Eine Erziehungshelferin gab an, dass sich der Einsatz von Psychopharmaka im Laufe der Zeit verändert und verstärkt habe. Nach ihrer Einschätzung habe die Weiterentwicklung der Medikamente dazu geführt, dass eine „dämpfende Wirkung“ ausbleibe und dagegen eine extreme Steigerung des Allgemeinbefindens der Betroffenen zu beobachten sei.

Bei massiven Formen von SVV wurde außerdem in mehreren Gesprächen das Fixieren (auf speziellen Stühlen an Beinen, Bauch und Armen oder während der Nacht, teilweise an allen Extremitäten) dargestellt. Eine Jugendheimzieherin teilte mit, dass alle Betreuer mit dem Fixieren auf dem Fixier-

stuhl „gewisse Probleme“ hätten und daher häufig versucht werde, das Fixieren auf dem Spezialstuhl durch das Auflegen schwerer Kissen auf die Arme zu ersetzen. Ihre Kollegin berichtete, dass das Fixieren für sie jedoch erträglicher sei als die Verletzung des Betroffenen. Sie räumte ein, dass Fixieren häufig mit dem Gefühl von Hilflosigkeit auf Seiten der Bezugsperson verbunden sei. Die Erzieherin einer anderen Einrichtung sprach davon, dass in der Institution, in der sie arbeite, eine „starke Tendenz“ zum Fixieren bestehe. Gleichzeitig betonte sie die unterschiedlichen Reaktionsweisen einzelner Mitarbeiter, da im Team kein einheitliches Handlungsziel für den Umgang mit der Problematik bestehe.

Diesem defizitären Einzelbefund lässt sich abschließend die positive Beschreibung aus einer anderen Einrichtung gegenüberstellen. Die Mitarbeiterin schilderte, wie die Gruppe Mittel und Methoden fand, um das SVV eines Bewohners deutlich zu verringern: eine klare Tagesstruktur, die Beschäftigung und Förderung in Form von Bädern, Schwimmbadaufenthalten und dem Besuch einer Fördergruppe, die Anbahnung von Kommunikation mit anderen sowie das Zulassen des Körperkontaktes, wenn er durch den Betroffenen gesucht werde. Die Summe dieser Maßnahmen habe sich positiv auf den Behinderten ausgewirkt, so dass sich sein SVV signifikant verringert habe.

### ***Emotionales Erleben in der konkreten Situation***

Nach den Aussagen der befragten Bezugspersonen hängt die Art und Weise, wie sie auftretendes SVV empfinden, deutlich von Art und Ausmaß der Selbstverletzung ab: je stärker SVV ausgeprägt ist, desto belastender scheinbar Situation und emotionale Auswirkung für die Bezugspersonen zu sein.

Die Mehrheit der Befragten gab an, sich beim Miterleben von SVV hilflos zu fühlen, besonders dann, wenn für den Außenstehenden keine Ursachen oder Auslöser für die Selbstverletzung erkennbar seien, der Betroffene scheinbar unvermittelt aus einer positiven Situation in eine selbstverletzende

Handlung „kippt“ oder wenn an einer bekannten, das SVV auslösenden Situation (z.B. Mitarbeiterwechsel oder Wechsel in andere Räumlichkeiten) nichts geändert werden könne.

Aus den Interviewaussagen über das psychische Erleben leichter Formen von SVV wurde deutlich, dass die meisten Bezugspersonen einerseits Anteil nehmen, weil sie miterleben, dass es einem Menschen offensichtlich schlecht geht und er sich selbst weh tut. Andererseits gaben mehrere Befragte an, von leichten Ausprägungen von SVV nicht stark psychisch berührt zu werden bzw. kein „übergroßes Mitgefühl“ zu erleben. Das Verhalten werde eher hingenommen in dem Sinne, dass man „sich damit abfinde“. Als mögliche Gründe für dieses resignative Empfinden wurden die Erfahrung genannt, dass die Phase relativ kurz sei und wieder vorüber gehe, sowie das Wissen darüber, dass es auch viele schöne Situationen mit dem Betroffenen gebe. Zwei Mitarbeiterinnen sprachen bei leichten selbstverletzenden Handlungen manchmal von „Genervt-Sein“, weil das Verhalten häufig mit Lärm und dem Wissen darüber, dass etwas Ungutes vorfällt, verbunden sei. Diese nüchterne Betrachtungsweise begründeten sie mit ihrer langen Berufstätigkeit während der bereits „Schwereres“ erlebt worden sei. Deutlich wurde jedoch außerdem, dass sich einige Bezugspersonen auch bei leichten Formen von SVV hilflos fühlen und hoffen, dass das Ausmaß des SVV nicht stärker wird und sie nicht eingreifen müssen.

Das Erleben massiver selbstverletzender Formen wurde mehrfach durch Unwohlsein, Trauer, Ausweglosigkeit sowie („schreckliche“) Hilflosigkeit geschildert. Ein Mitarbeiter, der während seiner Anfangszeit mit sehr stark ausgeprägtem SVV konfrontiert worden war, erzählte wegen der zu starken psychischen Belastung von der Notwendigkeit eines Gruppenwechsels, wenn sich das SVV nicht verringert hätte. In der heutigen Situation fühle er sich dennoch häufig belastet und innerlich so sehr „aufgewühlt“, dass er manchmal

das Gefühl habe, sich nicht mehr auf die weitere Arbeit konzentrieren zu können und den Wunsch verspüre, nach Hause gehen zu wollen.

Ein Sozialpädagoge schilderte als Erfahrungswert, dass das Ausmaß seiner psychischen Belastung auch deutlich von der Art der Beziehung bzw. Bindung zu dem Betroffenen abhängt.

Die sehr lange Berufserfahrung und die damit verbundenen, zahlreichen Erfahrungen massivster Selbstverletzungen scheinen nach Aussagen einer Erzieherin dazu geführt zu haben, dass SVV bei ihr „kaum bzw. so gut wie kein emotionales Empfinden mehr“ auslöse. Vielmehr reflektiere sie auf rationaler Ebene, warum sich der Mensch selbst verletze und versuche durch Beobachtungen Handlungs- oder Reaktionsmuster zu erkennen, die bei dem jeweiligen Menschen zu SVV führen. Die Gesprächspartnerin vermutete, dass sie das beschriebene rationale Verhalten möglicherweise zum Selbstschutz einsetzt.

Sehr deutlich ist aus mehreren Interviews ablesbar, dass unterschiedliche Arbeitsfelder mit signifikanten Unterschieden im psychischen Empfinden der Bezugspersonen korrelieren.

Die Physiotherapeutin sowie die Psychologin berichteten im Unterschied zu den Betreuern in Wohngruppen von einer deutlich geringeren Belastung, da sie auf Grund der zeitlichen Begrenzung durch eine Therapieeinheit „selbst wesentlich weniger involviert“ seien, da sie wüssten, dass „es bald wieder vorbei“ sei.

Grundsätzlich scheint das Ausmaß des psychischen Erlebens in Zusammenhang mit SVV einerseits vom Grad der Selbstverletzung auf Seiten des Betroffenen und andererseits von der Beteiligungs- und Beziehungsintensität auf Seiten der Bezugsperson abhängig zu sein.

### ***Inneres Befinden unmittelbar nach der konkreten Situation im Berufsalltag***

Die Überwindung einer Situation, in der SVV gezeigt wurde, löst bei den befragten Mitarbeitern ein Gefühl von Erleichterung, Wohlbefinden und Freude aus, weil sie beispielsweise den Betroffenen wieder loslassen oder aus der Fixierung lösen können oder weil es ein schönes Gefühl ist, den Betroffenen wieder zurück in die Gruppe zu holen (wenn er zuvor aus der Situation genommen werden musste). Eine Interviewte berichtete davon, teilweise das Bedürfnis zu verspüren, „ihn einfach zu knuddeln“, wenn der Bewohner den Blickkontakt zu ihr aufnehme oder sie anlache. Ähnliche Erfahrungen drücken sich in der Äußerung aus, dass der „liebenswerte und charmante Charakter“ des Betreuten im Nachhinein als Ausgleich für die vorangegangene Belastung und Anspannung wirke. Ein Pädagoge schilderte im Gespräch die Vermutung, dass es ihm manchmal so vorkomme, dass dem Betroffenen das gezeigte SVV anschließend Leid tue, so, als wolle er verdeutlichen, dass es gegenüber dem Betreuer nicht persönlich gemeint war, z.B. wenn er dem Betreuer die Hand gebe. Dies mag ein Beispiel dafür sein, dass Bezugspersonen bisweilen Hypothesenbildung als situative Bewältigungsstrategie einsetzen.

Trotz großer Erleichterung berichtete die Physiotherapeutin gleichzeitig von dem Gefühl innerer Anspannung vor der nächsten Therapiestunde. Außerdem stelle sie sich immer wieder die Frage, was passiere, wenn der Junge im Kindergarten nicht tragbar sei und ihm somit durch das SVV soziale Isolation drohe.

### ***Psychische Nachwirkungen im Privatleben***

SVV stellt für alle Mitarbeiter – in unterschiedlicher Ausprägung – eine Belastung dar. Im Zusammenhang mit der Frage, inwieweit die beruflichen Erfahrungen das Befinden im Privatleben beeinflussen, wurde in den Interviews

deutlich, dass das Miterleben von SVV für die meisten Befragten nicht grundsätzlich zu einer großen Belastung im Privatleben führen müsse, ein völliges „Loslassen der Gedanken“ jedoch auch nicht immer möglich sei. Als Grundtenor ist durchgängig zu erkennen, dass Arbeit und Privatleben nicht grundsätzlich von einander zu trennen seien.

Eine Erzieherin sprach über eine gedankliche Beschäftigung mit dem Betroffenen auf dem Nachhauseweg oder auch während der Freizeit, sie betonte allerdings, dass für sie dabei die emotionale Belastung in der Regel nicht zu groß sei. Laut Aussagen eines Sozialpädagogen dominierten die Erlebnisse das Privatleben nicht allzu stark, was nach seiner Vermutung jedoch auch damit zusammenhängen könne, dass das Ausmaß der Selbstverletzungen in seiner Gruppe „nicht so extrem“ sei. Über ähnliche Erfahrungen sprach auch der Religionspädagoge, der betonte, dass nach seinen bisherigen Erfahrungen eine berufsbedingte Belastung in der Freizeit stark von der Häufigkeit des Auftretens von SVV abhängt.

Der Zivildienstleistende verdeutlichte, dass ihn die Erlebnisse der Arbeit zu Hause „innerlich nicht so stark“ mitnähmen, da er den Betroffenen auch aus SVV-freien Zeiten kenne und ihn dies beruhige.

Dass das Miterleben von selbstverletzenden Verhaltensweisen jedoch teilweise auch zu massiven Beschwerden und Belastungen nach Arbeitsende führen kann, beschrieben zwei Mitarbeiterinnen, die sich an einen Bewohner erinnerten, der sich extrem stark selbst verletzte („Der Betroffene zog sich Zehen- und Fingernägel, schlug sich ein Loch in den Kopf, biss sich die Schulter bis auf den Knochen herunter und legte sich den Kopf stellenweise bis auf die Schädeldecke frei.“). Durch diesen massiven Fall war für beide Bezugspersonen eine Trennung zwischen Arbeit und Privatleben nicht mehr möglich. Die Erziehungshelferin sprach von einer „Extremsituation“, in der das Verhalten des Betreuten „so selbstzerstörerisch war, dass das Gefühl aufkam, dass es hier keine Grenze mehr gibt; es war in äußerst extremer Weise belastend“.



Zwei Jugendheimerzieherinnen, erzählten aus der Zeit, während der sich ein Betroffener beide Lippen vollständig abbiss. Sie beschrieben, dass die gesehenen Bilder „mit nach Hause“ genommen und hilfloses Nachdenken über mögliche Ursachen und deren Behebung angestellt wurden. Nächtliche Alpträume und Gefühle von emotionaler Anspannung und Verzweiflung plagten die beiden Professionellen. Andere Pädagogen erwähnten in den Gesprächen körperliche Beschwerden wie Erbrechen und Nackenverspannungen auf Grund extremer Konfrontation mit SVV.

Über den Zusammenhang vom Miterleben selbstverletzender Handlungen am Arbeitsplatz und psychischen Nachwirkungen im Privatleben lassen sich keine generalisierbaren Aussagen treffen oder gar Kausalbeziehungen feststellen. Inwieweit die Erlebnisse mit SVV für den einzelnen Mitarbeiter zu einer gedanklichen Anspannung und emotionalen Belastung nach Arbeitsende werden, scheint ganz entscheidend von dem Ausmaß und der Auftretenshäufigkeit der Selbstschädigung sowie der emotionalen Beziehung zu dem einzelnen Betroffenen abzuhängen.

### **Welche persönlichen Strategien haben die befragten Mitarbeiter für den Umgang mit SVV?**

Unter dem Gesichtspunkt der Situationsbewältigung von SVV am Arbeitsplatz lassen sich persönliche bzw. individuelle Strategien der professionellen Bezugspersonen nennen, um drohenden psychischen Belastungen vorzubeugen oder entgegenzuwirken. Sie können verkürzt als kommunikative, distanzierende und empathische Strategien bezeichnet werden.

#### ***Kommunikation***

Die Mehrheit der Interviewpartner betonte besonders die Notwendigkeit sowie den großen Nutzen persönlicher Gespräche mit Arbeitskollegen, um Er-

lebnisse und eigene Gefühle in Bezug auf einzelne Bewohner zur Sprache zu bringen: die Möglichkeit der kollegialen Kommunikation scheint einen sehr hohen Stellenwert im Prozess der Situationsbewältigung einzunehmen. In den Gesprächen wurde daher immer wieder die Notwendigkeit eines tragfähigen Teams hervorgehoben, um mit diesem Klientel arbeiten zu können. Aber auch Gespräche mit anderen Helferinnen und Helfern im Freiwilligen Sozialen Jahr während der Begleitseminare, dem Ehepartner, der Schwester oder der besten Freundin, die im gleichen beruflichen Bereich tätig seien, wurden als Austausch `unter Gleichen` als sehr hilfreich dargestellt. Demgegenüber wurde gleichzeitig von nützlichen bzw. hilfreichen Unterhaltungen mit Freunden berichtet, da den Unbeteiligten die Problematik unbekannt sei und daher ein größerer Abstand gewahrt werden könne. Im Gespräch mit Unbeteiligten ist für den Professionellen ein größerer Aufwand an Erklärung und Versprachlichung der Erlebnisse nötig, was ihm die Möglichkeit zur emotionalen Verarbeitung bieten kann.

### ***Distanzierung***

Eine Betreuerin sprach über ihre gedankliche Auseinandersetzung mit der Tatsache, dass sie dem Betroffenen nicht direkt helfen könne; Unterstützung sowie Begleitung des Bewohners seien ihr zwar möglich, sie könne ihm das SVV jedoch nicht abnehmen.

Der Zivildienstleistende erwähnte das Erfordernis, zu dem Erlebten einen Abstand zu wahren sowie gewisse Grenzen nicht zu überschreiten; für ihn wäre das Hinterfragen des Verhaltens des Bewohners zu belastend. Ein anderer junger Mitarbeiter schilderte seinen nach eigener Aussage bisher „recht erfolgreichen“ Versuch, gedanklich gar nicht auf das Erlebte einzugehen bzw. dieses zu verdrängen. Auch er betonte die Notwendigkeit einer „gesunden Distanz“, um in diesem Bereich arbeiten zu können.

Eine Erzieherin, die bereits seit 15 Jahren in der Einrichtung tätig ist, schilderte, dass sie auf Grund der belastenden Arbeitssituation insgesamt (nicht

nur speziell wegen SVV) bisher alle zwei bis drei Jahre eine Arbeitspause von einem Jahr eingelegt habe, „um an sich selbst zu denken“ (z.B. während der Schwangerschaft oder während des Erziehungsurlaubs bei der Einschulung ihrer Tochter). Aus Selbstschutz vor zu starker emotionaler Belastung beschrieb sie zum Einen den Versuch, bei „Neuaufnahmen“ keine allzu enge emotionale Beziehung aufzubauen. Zum Anderen berichtete die Erzieherin davon, dass sie bei allzu starker Belastung bereits mehrere Male zu einem freiwilligen Erfahrungsaustausch das Angebot einer Balint-Gruppe angenommen habe. Nachteilig sei dabei allerdings, dass das Angebot aus privaten Mitteln finanziert werden müsse und es daher nur in Ausnahmefällen wahrgenommen werden könne.

### ***Empathie***

Genaue Beobachtung des Betroffenen, der Versuch sich in ihn hineinzusetzen, um mögliche Anzeichen von SVV frühzeitig zu erkennen sowie das Nachdenken über den eigenen Umgang mit dem Bewohner wurde durch eine weitere Bezugsperson als mögliche Strategie zur Problembewältigung dargestellt. Ähnlich wurde das eigene Verhalten durch andere Professionelle beschrieben, indem sie davon sprachen, mögliche Auslöser von SVV im Voraus so weit wie möglich zu vermeiden bzw. dem Auftreten selbstverletzender Handlungen vorzubeugen.

Insgesamt lassen sich die persönlichen Bewältigungsstrategien mit folgenden Stichworten zusammenfassen: Kommunikation im Team, empathische Analyse, präventive Absicht, Selbstreflexion, Distanzierung und Selbstschutz. Die jeweils gewählte Akzentuierung dieser Umgangsmöglichkeiten scheint von den Spezifika des Betroffenen, der Bezugsperson und der Situation abzuhängen.

**Welche institutionellen Rahmenbedingungen standen den Befragten zum Umgang mit SVV zur Verfügung ?**

***Gremien oder Verfahren (Teamkonferenzen, Supervision, Einzelberatung, externe Beratungsdienste)***

Die Mitarbeiter zweier Wohngruppen einer Einrichtung für Menschen mit geistigen Behinderungen berichteten von regelmäßigen Gruppenbesprechungen, in denen einzeln über jeden Bewohner gesprochen und bei Bedarf gezielt auf die Thematik selbstverletzender Verhaltensformen eingegangen werden kann.

Durch die Betreuer einer pädagogischen Einrichtung wurde außerdem die ständige Präsenz des Psychologen der Einrichtung betont, der für die Mitarbeiter (...) einen festen Ansprechpartner und Berater darstelle und bei Bedarf an Teambesprechungen mitteilnehme. Die Gegenwart des Psychologen gebe Sicherheit, weil er bei Entscheidungen die Verantwortung mittrage. Außerdem sei das Wissen um die „Rückendeckung“ sowie die realistische Einschätzung der Belastungen der Mitarbeiter durch die Einrichtungsleitung sehr hilfreich für ihre Arbeit. Sie begründete ihre berufliche Zufriedenheit mit der „sehr guten Begleitung durch die Einrichtung“.

Auch in einer Einrichtung für Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen und einer ausgelagerten Wohngruppe für Geistigbehinderte einer psychiatrischen Klinik sei bei Bedarf die Möglichkeit der Supervision durch den einrichtungsinternen Psychologen gegeben. Eine der beiden Erzieherinnen erwähnte in diesen Zusammenhang allerdings die mangelnde Bereitschaft der Mehrheit ihrer Kollegen, an einer solchen Sitzung teilzunehmen.

Lediglich in einer der vier Einrichtungen war, allerdings auf Wunsch der Mitarbeiter, die Supervision durch einen externen Supervisor realisierbar. Ein Sozialpädagoge betonte, dass von Seiten der Einrichtungsleitung auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter reagiert und professionelle Unterstützung ermöglicht werde. In den anderen Einrichtungen stehen nach Aussagen der Be-

fragten keine finanziellen Mittel zur Verfügung, um eine externe Beratung zu ermöglichen, obwohl ein solches Angebot von den betroffenen Betreuern als sehr hilfreich und wünschenswert beurteilt wurde.

### ***Methodische Konzepte kollegialer Fallbewältigung***

Bei der Frage nach einem methodischen Konzept zur Bewältigung belastender Situationen berichteten die Mitarbeiter einer Einrichtung von unterschiedlichen Formen des Umgangs zwischen den einzelnen Wohngruppen innerhalb der Einrichtung. Es bestünde „kein allgemeines Rezept“, da individuell von Einzelfall zu Einzelfall entschieden werden müsse, wie die Situation möglichst gut zu bewältigen sei. Innerhalb des eigenen Teams gebe es allerdings die feste Absprache, dass in schwierigen oder belastenden Situationen für jeden Betreuer jederzeit die Möglichkeit bestehe, aus der Situation herauszugehen, und dann ein anderer Kollege die Betreuung des Bewohners übernehme.

Die Mitarbeiterin der psychiatrienahen Einrichtung deutete an, dass in der Wohngruppe ein medizinischer Ansatz zum Umgang mit SVV dominiere, indem bei allen Betroffenen in erster Linie versucht werde, ein passendes Medikament und dessen optimale Dosierung zu finden, um SVV zu verringern. Des Weiteren bestehe die starke Tendenz zur Fixierung der Betroffenen. Förder- und Therapiemöglichkeiten seien wegen fehlender Sach-, Raum- und Personalmittel nicht realisierbar.

Insgesamt entstand der Eindruck, dass im Team abgestimmte, methodische Konzepte nur ansatzweise vorhanden zu sein scheinen und der Umgang mit SVV offenbar weitgehend pragmatisch gehandhabt wird.

### ***Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zum Thema SVV***

Der Themenkomplex `Aggressionen bei Menschen mit Behinderungen` (SVV und Fremdaggressionen) scheint im Rahmen pädagogischer Fortbildungen immer mehr Beachtung zu finden.

Die Mitarbeiter zweier Wohngruppen einer Einrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung berichteten aus der Vergangenheit über mehrere einrichtungsinterne Fortbildungen zum Thema SVV, die allerdings als „eher theoretisch“ beschrieben und für die „Praxis eher wenig hilfreich“ eingeschätzt wurden.

Die Erzieherin der psychiatrischen Wohngruppe sprach von einer dreitägigen externen Fortbildung mit dem Psychologen / Psychotherapeuten Heinrich (s. Literaturangaben), die von der Einrichtung finanziert worden war. Die Befragte wertete die Erfahrungen als sehr positiv und wertvoll, bedauerte es allerdings gleichzeitig sehr, dass die gewonnenen Kenntnisse der gezielten Beobachtung und Förderung im Arbeitsalltag wegen mangelhafter Bedingungen nicht umgesetzt werden könnten.

Die Interviewten dreier Wohn- und Förderbereiche einer großen Einrichtung für Menschen mit Behinderungen berichteten über eine äußerst zufriedenstellende Fortbildungssituation. Innerhalb der Institution bestehe ein großes Fort- und Weiterbildungsangebot zum Themenkomplex `Eigen- und Fremd-aggressionen` durch externe Referenten, da die Thematik viele Bewohner betreffe und daher auch für die Mitarbeiter sehr relevant sei. Die Seminarinhalte wurden von einem Pädagogen als sehr hilfreich beurteilt; er gestand jedoch ehrlich ein, dass es in einer konkreten Situation wegen zu starker Emotionalität nicht immer leicht sei, die Empfehlungen umzusetzen. Für diese Einrichtung ist offenbar bemerkenswert, dass einmal im Jahr ein einrichtungsinternes Fortbildungsprogramm realisiert wird, das durch die Mitarbeiter nach Bedarf mitgestaltet wird. Die befragten Betreuer berichteten in diesem Zusammenhang von der Thematisierung selbstverletzenden Verhaltens in den letzten Jahren.

Aus diesen Aussagen wird einerseits sehr deutlich, welcher hoher, vor allem praxisbezogener Fortbildungsbedarf zur Problematik von SVV auf Seiten der Mitarbeiter zu bestehen scheint; andererseits kann aus den Angaben aber

auch auf ein bedarfdeckendes Niveau der Fortbildungsangebote geschlossen werden.

### **Welche Probleme und Defizite im professionellen Umgang mit SVV sind feststellbar?**

In den geführten Interviews zum Umgang professioneller Bezugspersonen mit SVV bei Menschen mit geistiger Behinderung wurden folgende Probleme bzw. Defizite der Professionalisierung besonders deutlich:

- Fehlende bzw. mangelhafte Thematisierung der Problematik von SVV bei Menschen mit geistiger Behinderung während der Ausbildung / des Studiums von pädagogischen, pflegerischen und therapeutischen Berufsgruppen.
  - Keine bzw. kaum theoretische Vorbereitung auf die Problematik.
  - Kein bzw. kaum Hintergrundwissen über Auftretenshäufigkeit, Erscheinungsformen sowie mögliche Ursachen von SVV.
  - Keine Vorbereitung auf den Umgang mit SVV.
- Externe Supervision eher nur in Ausnahmefällen gegeben.
  - In der Regel Möglichkeit der Supervision durch einrichtungsinterne Psychologen.
  - Externe Supervision in den meisten Fällen aus finanziellen Gründen nicht realisierbar.
- Häufig mangelhafte Personalbesetzung innerhalb der Einrichtung, daraus resultierender Zeitmangel für individuelle Diagnostik und Förderung.
  - Schwierigkeit, gezielte Beobachtung und Analyse des selbstverletzenden Verhaltens eines Betroffenen zu realisieren.
  - Schwierigkeit, gezielte Förderung zur Verringerung von SVV durchzuführen.

- Schwierigkeit, Seminarinhalte aus Fortbildungen zum Thema im Arbeitsalltag umzusetzen.
- Einseitige Ausrichtung im Umgang mit SVV in vorwiegend psychiatrischen Einrichtungen.
  - Starke Tendenz zu medikamentöser Behandlung von SVV.
  - Starke Tendenz zur Fixierung von Betroffenen (im Sitzen und Liegen).
  - Wegen defizitärer Personal-, Sach- und Raumlage keine weiteren pädagogischen Förderungen oder Therapien.

### **Fazit**

SVV kann bei verschiedenen Menschen verschiedene Ursachen besitzen und unterschiedliche Funktionen erfüllen: „Es handelt sich um ein nicht einheitliches und nicht von allen Menschen aus den gleichen Gründen realisiertes Verhalten“ (KLAUB 2003, 32).

Ausgehend von dieser Prämisse sind an den professionellen Umgang mit SVV einige Bedingungen zu stellen: Bevor einzelne Interventionen und Förderangebote eingeleitet werden, sollte unbedingt durch das gesamte Betreuungsteam eine funktionale Analyse des problematischen Verhaltens durchgeführt werden, um den möglichen subjektiven Sinn des Verhaltens für den Betroffenen zu erkennen bzw. Hinweise auf dessen Bedürfnisse zu erhalten. Außerdem ist es ohne Zweifel notwendig, die systemischen Bedingungen zu klären (Umfeldanalyse), um feststellen zu können, ob die vorherrschenden Bedingungen eine optimale Entwicklung der Persönlichkeit des Betroffenen ermöglichen oder eher hemmen.

Ebenso wichtig sind förderliche soziale Kontakte des Betroffenen zu seinen Bezugspersonen. Betreuer sollten als Interaktionspartner auftreten, die nicht nur SVV zu verhindern / zu beseitigen suchen, sondern die auch erkennen sollten, welche Bedürfnisse der Betroffene durch Selbstverletzungen auszudrücken versucht. Da SVV für den Betroffenen (in der Regel) einen persön-



lich-kommunikativen Sinn hat, sollte es ihm nicht einfach ersatzlos `weggenommen` werden. Vielmehr ist es unerlässlich, ihm alternative Handlungsmöglichkeiten zu eröffnen, die eine gleiche bzw. ähnliche Funktion wie das SVV erfüllen. Professionelle Pädagogen müssen versuchen „Handlungsansätze der Betroffenen aufzugreifen, durch ihr Mitspielen Bereicherungen anzuregen und Interesse für interessante Effekte und Bewegungsmöglichkeiten zu wecken“ (KLAUß o.J., 18). Die Betroffenen müssen in ihrer Kommunikationsentwicklung dahingehend gefördert werden, dass sie über alternative Formen der Kommunikation zur Mitteilung ihrer Bedürfnisse verfügen, ohne dass für sie SVV notwendig wird.

Im Umgang mit selbstverletzenden Aggressionsformen ist es unerlässlich, dass die pädagogische Arbeit durch ethisch verantwortliches Handeln bestimmt ist und daher auf aversive und restriktive Maßnahmen zur Verhinderung von SVV so weit wie möglich verzichtet wird.

Die Konfrontation mit SVV kann bei Bezugspersonen zu vielfältigen psychischen Belastungen, wie Hilflosigkeit, Verzweiflung, Angst, Trauer, Selbstzweifeln, Ablehnung des Betroffenen sowie psychosomatischen Beschwerden oder eigenen Aggressionen führen. Diese individuellen Belastungen wirken sich wiederum auf die soziale Gemeinschaft, die emotionalen Beziehungen und die pädagogische Arbeit innerhalb des Betreuerteams aus. Der durch das SVV ausgelöste intensive Stress führt nicht selten zu Uneinigkeiten, Konflikten und zur Verstärkung bereits vorhandener Teamprobleme. In diesem Zusammenhang besteht die Gefahr, dass sich die pädagogische Arbeit auf die bloße Verhinderung des Problemverhaltens konzentriert bzw. beschränkt und kreative Handlungsmöglichkeiten außer Acht gelassen werden. Daher ist die Kenntnis möglicher Strategien, die es ermöglichen können, eine professionelle Arbeitshaltung beizubehalten sowie eine konstruktive Teamkultur zu entwickeln, auf Seiten der Betreuer unerlässlich. Gegenseitiges Vertrauen, gemeinsamer Erfahrungsaustausch, Bereitschaft zur Reflexion möglicher psychischer Belastungen sowie gegenseitige Verlässlich-

keit bei Absprachen und Teambesprechungen sind grundlegende Voraussetzungen für professionelles Arbeiten. Der Möglichkeit zu Teamberatungen durch die Einrichtungsleitung, durch einen einrichtungsinternen Psychologen und insbesondere durch einen externen Supervisor kommt in diesem Zusammenhang eine große Bedeutung zu.

Insgesamt lässt sich auf Grund der vorliegenden theoretisch-empirischen Arbeit festhalten, dass SVV bei Menschen mit geistiger Behinderung eine komplexe, prozesshafte Daueraufgabe für professionelle Bezugspersonen darstellt - als eine problembeladene Herausforderung zwischen qualifizierter Kompetenz und alltäglicher Routine, zwischen individueller Belastung und strukturellen Defiziten.

## Literatur

- BRADL, C.: Umgang mit Aggressionen in Wohngruppen. Herausforderungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. In: FURGER, M. / KEHL, D. [Hrsg.]: „... und bist du nicht willig, so brauch ich Gewalt“. Zum Umgang mit Aggression und Gewalt in der Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung. Luzern 2003
- DOŠEN, A.: Psychische Störungen bei geistig behinderten Menschen. Stuttgart 1997.
- HÄSSLER, F. / TILCH, P. / BUCHMANN, J.: Psychopharmakotherapie und andere therapeutische Konzepte in der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung. In: HÄSSLER, Frank / FEGERT, Jörg-Michael [Hrsg.]: Moderne Behandlungskonzepte für Menschen mit geistiger Behinderung. Therapiekompandium für Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Pflegekräfte. Stuttgart 2000, 85 - 117
- HEINRICH, J.: Aggression und Stress. Entlastung und Entspannung durch Abbau massiver Aggressionsformen. Weinheim 1998
- HELM, C.: Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung: Darstellung und Möglichkeiten des Umgangs für professionelle Bezugspersonen. Wissenschaftliche Prüfungsarbeit zur Ersten Staatsprüfung für das Lehramt an Sonderschulen, Universität Koblenz-Landau (Abteilung Landau) 2005. Unveröffentlicht.
- HETTINGER, J.: Selbstverletzendes Verhalten, Stereotypen und Kommunikation. Die Förderung der Kommunikation bei Menschen mit geistiger Behinderung oder Autismussyndrom, die selbstverletzendes Verhalten zeigen. Heidelberg 1996

- KLAUSS, T.: Autoaggressives Verhalten bei geistig Behinderten. In: Geistige Behinderung 2/1987, 108 - 118.
- KLAUSS, T.: Selbstverletzung und Selbstbestimmung. In: Sonderpädagogik 25 (1995) 3, 124 - 136.
- KLAUSS, T.: Selbstverletzendes Verhalten zwischen Kompetenz, Selbstbestimmung und Hilflosigkeit. In: FURGER, M. / KEHL, D. [Hrsg.]: „...und bist du nicht willig, so brauch ich Gewalt“. Zum Umgang mit Aggression und Gewalt in der Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung. Luzern 2003, 13 - 36.
- KLAUSS, T.: Selbstverletzendes Verhalten - weshalb schädigen Menschen ihren Körper? In:  
<http://homepages.compuserve.de/KlaussTheo/svv.htm> [Stand: 28.03.05]
- MEYER, H.: Verhaltensorientierte Interventionen bei Schülerinnen und Schülern mit geistiger Behinderung. Konzeption und Planung. Heidelberg 2000
- MÜHL, H.: Zum pädagogischen Umgang mit selbstverletzendem Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: WÜLLENWEBER, Ernst / THEUNISSEN, Georg: Handbuch Krisenintervention – Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung: Theorie, Praxis, Vernetzung. Stuttgart 2001
- MÜHL, H. / NEUKÄTER, H. / SCHULZ, K.: Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Lehrbuch aus pädagogischer Sicht. Bern, Stuttgart, Wien 1996
- ROJAHN, J. / FENZAU, B. / HAUSCHILD, D.: Selbstverletzungsverhalten geistig Behinderter. In: Geistige Behinderung 3/1985, 183 - 192
- ROHMANN, U. / ELBING, U.: Selbstverletzendes Verhalten. Überlegungen, Fragen und Antworten. Band 5 der Reihe Behinderung – Autismus – Psychose. Dortmund 2002
- ROHMANN, U. / HARTMANN, H.: Autoaggression: Grundlagen und Behandlungsmöglichkeiten. Band 1 der Reihe Behinderung – Autismus – Psychose. Dortmund 1992
- SARIMSKI, K.: Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung. Göttingen 2001
- SARIMSKI, K.: Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome. Göttingen 2003
- WÜLLENWEBER, E.: Krisen und Behinderung. Entwicklung einer praxisbezogenen Theorie und eines Handlungskonzeptes für Krisen von Menschen mit geistiger Behinderung. Bonn 2000

Zu zitieren als:

HELM, Carolin: Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung und der Umgang durch professionelle Bezugspersonen: Ein Bericht aus der Praxis. In: Heilpädagogik online 01/07, 35-66. Online unter:

[http://www.heilpaedagogik-online.com/2007/heilpaedagogik\\_online\\_0107.pdf](http://www.heilpaedagogik-online.com/2007/heilpaedagogik_online_0107.pdf), Stand: 01.01.2007

[Kommentieren Sie diesen Artikel!](#)

## Rezensionen

**Kavale, K. A./  
Mostert, M. P.:**

The positive side of special education. Minimizing its fads, fancies and follies. Lanham, Toronto, Oxford 2004

Preis:

44,70 €

ISBN:

1.578.86097.0



“Those who fall in love with practice without science are like a sailor who enters a ship without a helm or a compass, and who never can be certain where he is going.” Dieses provokante Zitat von Leonardo da Vinci ist dem Buch der beiden amerikanischen Professoren für Sonderpädagogik KAVALE und MOSTERT entnommen. Da Vincis Worte eignen sich, um die inhaltliche Ausrichtung des Buches zu beschreiben: Die Autoren überprüfen verschiedene umstrittene Verfahren der Sonderpädagogik auf ihre konzeptuelle und empirische Stimmigkeit. Hauptthemen sind dabei die Debatten zu Trainings der Wahrnehmung und Psycholinguistik sowie Verfahren zur Therapie von Menschen mit Autismus (z.B. FC, ABA) oder Dyslexie (z.B. sensorische Integration).

Die Autoren gehen dabei stets so vor, dass sie die Verfahren vor ihrem jeweiligen theoretischen Hintergrund vorstellen und sie dann mit empirischen Befunden kontrastieren. Wie in der amerikanischen Sonderpädagogik üblich, wird dabei viel auf quantitative Metaanalysen zurückgegriffen, bei denen die Effektivität der Konzeptionen über verschiedene Untersuchungen hinweg ermittelt wird. Die Autoren beharren allerdings nicht auf einem rein empirischen Verständnis von Wissenschaft, sondern heben stets die Methodenvielfalt qualitativer, quantitativer und hermeneutischer Methoden hervor.

KAVALE und MOSTERT kommen zu dem Schluss, dass in der Sonderpädagogik bestimmte Zyklen zu beobachten sind, in denen regelmäßig fragwürdige Konzepte auf den „pädagogischen Markt“ gelangen. Meistens seien ähnliche Verfahren schon zu einem früheren Zeitpunkt widerlegt worden, doch der Wunsch nach einer Methode, die endlich eine „Heilung“ der Person mit Behinderung bringt, führe durch Eltern und Lehrkräfte zu einer erneuten Etablierung in der Praxis. Solche Konzeptionen (z.B. Feingold Diät, Trainings spezieller „Gehirnmodule“) werden von den Autoren als „**Special Education**“ bezeichnet. Damit soll ausgedrückt werden, dass die Verfahren dem etablierten Forschungsstand widersprechen und in der allgemeinen Erziehungswissenschaft nicht angewendet werden. Hauptkritikpunkt an der „**Special Education**“ ist, dass überzogene Heilserwartungen geweckt werden und oft eine Wissenschaftsfeindlichkeit dominiert. Die besondere Verantwortung der Sonderpädagogik liege aber gerade darin, möglichst transparent und überprüfbar zu bleiben. Aus diesem Grund wird der „**Special Education**“ von den Autoren der Vorzug gegeben. Hier wird nach wissenschaftlich etablierten Verfahren der Fachdidaktik und lernpsychologischen Erkenntnissen gearbeitet.

Trotz des amerikanischen Hintergrundes ist das Buch auch für deutsche SonderpädagogInnen interessant, denn die grundsätzliche Problematik der Sonderpädagogik als eine Disziplin zwischen Wissenschaft und Praxis scheint international zu ähnlichen Diskussionen zu führen. Angesichts der lebendigen Beschreibung mancher wissenschaftlicher Skandale in der amerikanischen Sonderpädagogik ist das Buch über die fachlichen Informationen hinaus sehr spannend zu lesen.

*Christoph Müller*

Bildungsverlag EINS: 25 Jahre „Lernen Konkret“ - Anstöße, Austausch. Innovation. Die wichtigsten Artikel aus einem Vierteljahrhundert. Jg. 25, Heft 3  
Preis: 9,30 €  
ISSN: 0722-1843  
Bezug: [www.bildungsverlag1.de](http://www.bildungsverlag1.de)

Die Fachzeitschrift „Lernen Konkret“ hat sich in den letzten 25 Jahren zur führenden Zeitschrift für den Unterricht bei Menschen mit geistiger Behinderung entwickelt. In diesem Jubiläumsheft sind nahezu 30 Artikel aus der Geschichte dieser Fachzeitschrift erneut veröffentlicht. Eingeordnet in die drei Kategorien „Pädagogik“, „Fachdidaktik“ und „Kulturtechniken“ bieten sie einen bildungsgeschichtlichen Überblick über die Entwicklungen innerhalb der Geistigbehindertenpädagogik.

Die Autoren sind die üblichen der „Branche“ – Feuser, Bach, Klein etc.. Darüber hinaus hat das Schriftleiterteam – Buchka, Fischer und Lanzinger - insgesamt sechs von ihnen selbst verfasste Artikel für die historische Auswahl ausgesucht. Der Gewinn all dieser ausgewählten Artikel ist nicht an einem Erkenntnisszuwachs für die praktische Arbeit mit geistig behinderten Menschen zu messen. Der bildungshistorische Wert ist jedoch nicht zu leugnen. Die Artikel sind meist auch heute noch – und teilweise 25 Jahre nach der Erstveröffentlichung – aktuell. So wird zum einen eindrücklich deutlich, dass die Innovationen auf dem Gebiet der Geistigbehindertenpädagogik von geringem Umfang sind. Zum anderen lässt sich daraus aber auch erkennen, dass wesentliche didaktischen Ansätze für den Unterricht mit geistig behinderten Schülern, die schon vor Jahrzehnten eine solide Grundlage für die praktische Arbeit darstellten, auch heute noch Anwendung finden.

Der Zeitschrift liegt eine CD-Rom mit drei Themenheften und einem Inhaltsverzeichnis aller bisher erschienen Ausgaben bei.

*Sebastian Barsch*

**Schlummer, Werner/  
Schütte, Ute:** Mitwirkung von Menschen mit  
geistiger Behinderung. Schule,  
Arbeit, Wohnen. München 2006  
Preis: 19,90 €  
ISBN: 3-497-01865-1



Es hat lange Zeit gedauert, bis geistig behinderten Menschen der gesellschaftliche Status zuerkannt wurde, der es ihnen ermöglicht, Belange ihres Lebens aktiv mit zu gestalten. Auch wenn die Möglichkeiten der Mitwirkung in weiten Teilen noch eingeschränkt sind, zeigen SCHLUMMER und SCHÜTTE für die drei zentralen Lebensbereiche Schule, Arbeit und Wohnen Funktionen und Grenzen dieses Rechts.

Nach einem einleitenden Kapitel, welches den Weg der Behindertenhilfe von der Fremd- zur Mitbestimmung nachzeichnet, thematisieren die Autoren Mitwirkung z.B. in Form des Schülerrates in der Förderschule. Sehr geschickt umschreiben sie die komplizierte da föderalistische rechtliche Situation und stellen in Tabellenform anschaulich die wichtigsten Erlasse und Richtlinien der einzelnen Länder vor. Darüber hinaus zählen sie wichtige Internetadressen auf, unter denen aktuelle Gesetzestexte zu finden sind. Im Anschluss daran werden die Aufgaben von Schülerräten vorgestellt. Sehr klar und gut strukturiert sind auch die didaktischen Überlegungen zur Schülermitwirkung, die auch den Verlauf mehrerer Unterrichtsvorhaben zum Thema beinhalten (Soziales Lernen, Schülervertretung, Klassensprecher, Wahl).

Das folgende Kapitel befasst sich mit dem Thema „Mitwirkung in Werkstätten für behinderte Menschen“. Nach einer Darstellung der geschichtlichen Entwicklung folgt auch hier ein Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen. Wichtige Aspekte wie Betriebsrat, Gewerkschaften etc. werden angesprochen und ausreichend erörtert. Für die praktische Umsetzung werden ebenfalls Hinweise gegeben.

Im 4. Kapitel werden die Möglichkeiten der Mitwirkung in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe vorgestellt. Auch hier wird die rechtliche Situation nach einem kurzen historischen Abriss erläutert und auf die Mitwirkungspraxis eingegangen.

Nach diesen Kapiteln thematisieren die Autoren die Aufgaben und das Rollenbild derjenigen, die geistig behinderte Menschen in ihren Mitwirkungs-gremien begleiten. Es werden mögliche Konfliktpunkte gezeigt und Handlungsprinzipien vorgestellt, um Mitwirkung ohne Kontrolle durch Betreuer zu ermöglichen.

In einem abschließenden Kapitel gehen die Autoren auf die Konsequenzen der Mitwirkungspraxis für Institutionen für Menschen mit geistiger Behinderung ein. Im Anhang finden sich Kopiervorlagen, die für die Arbeit in Mitwirkungs-gremien eingesetzt werden können.

„Mitwirkung von Menschen mit geistiger Behinderung“ ist ein wichtiges Buch für die im Titel genannte Personengruppe und diejenigen, die mit ihnen arbeiten. Die Autoren verstehen es, auch komplexe Zusammenhänge verständlich zu erklären und sinnvolle Ableitungen für die berufliche Praxis zu entwerfen.

*Sebastian Barsch*



## Veranstaltungshinweise

### Februar 2007

#### **Wer streiten kann, kann auch schlichten!**

**Freitag 02.02.2007 und Samstag 03.02.2007**

**Ort:** Köln

Wo Menschen zusammen leben, wohnen, arbeiten sowie betreut werden, kommt es auch zu Konflikten und Streit. Das ist Alltag. Den Streit mit Streitschlichtung/Mediation zu lösen, ist noch nicht alltäglich - und bei Menschen mit geistiger Behinderung noch weniger verbreitet. Dabei wird diese Methode bereits erfolgreich eingesetzt. Die Tagung steht deshalb unter dem Motto: "Wer streiten kann, kann auch schlichten!"

Eingeladen sind sowohl Personen, die bereits in diesem Bereich arbeiten als auch jene, die sich einfach für das Thema interessieren und sich darüber informieren möchten. Im Rahmen der Tagung gibt es sowohl die Möglichkeit, sich in Referaten und Workshops zum Thema zu informieren als auch Möglichkeiten zum Fachaustausch.

#### **Anmeldung und weitere Informationen:**

Internet: <http://www.mediationgb.org>

#### **Multiplikatoren Ausbildung im Selbstsicherheitstraining**

**Freitag 16.02.2007 und Samstag 21.04.2007**

**Ort:** Werftpfuhl bei Berlin

Die TeilnehmerInnen werden im Rahmen des diba-Selbstsicherheitstrainings (diba-ST®) in den folgenden Bereichen geschult und sind danach befähigt, gemäß der Methodik und Didaktik des diba-ST® in Ihrem Arbeitsfeld eigenverantwortlich als diba-ST®-Trainer/in zu agieren.

Zielgruppe: Lehrerinnen und Lehrer, die sich zur/m diba-Institutionstrainer/in ausbilden lassen wollen, um im Anschluss Selbstsicherheitstrainings nach den Standards der diba-Sicherheitsschule innerhalb des Geltungsbereiches in ihrer jeweiligen Schule für Schülerinnen und Schüler durchzuführen.

#### **Weitere Informationen:**

Internet: <http://www.bildungsakademie-sonderpaedagogik.de>

**März 2007**

**Wirkungsorientierte Steuerung in den Hilfen zur Erziehung**

**Donnerstag 01.03.2007 und Freitag 09.03.2007**

**Ort:** Berlin/ Köln/ Nürnberg

Kaum ein Begriff wird zurzeit in der Jugendhilfe kontroverser diskutiert als „Wirkungsorientierte Steuerung“. So sehen beispielsweise Befürworter darin die Chance zu höherer Effektivität und auch Effizienz, Kritiker befürchten hingegen zum Beispiel den Einsatz von Bonus-Malus-Systemen zur Kostenreduktion. In der Veranstaltung soll der Begriff „Wirkungsorientierte Steuerung“ daher bewusst von unterschiedlichen Seiten beleuchtet werden. Diese Sichtweisen werden genutzt, um praxistaugliche Konzepte für Jugendamt und Leistungserbringer vorzustellen und zu diskutieren.

Prof. Dr. Dr. Wiesner wird in seinem Beitrag den Bogen von der Intention des SGB VIII über die Bedeutung von Qualitätsentwicklung und Wirkungsorientierung bis hin zu den Perspektiven des SGB VIII spannen. Zum Bundesmodellprogramm „Wirkungsorientierte Jugendhilfe“ werden Konzeption und erste Erfahrungen berichtet werden. Das Programm mit einer Laufzeit von 2006 bis 2008 wird von der ISA GmbH koordiniert und von Prof. Dr. Otto, Universität Bielefeld, evaluiert.

Beginnend mit der JULE- und JES-Studie liegen mittlerweile Erfahrungen aus 15 Jahren überregionaler Wirkungsforschung in den HzE vor. Diese werden in dem Beitrag von Prof. Dr. Macsenaere genutzt, um die wichtigsten Ergebnisse zu benennen. Darüber hinaus werden methodische Hinweise für eine Wirkungsmessung gegeben, die als Grundlage einer wirkungsorientierten Steuerung dient. In den drei Workshops werden konkrete Instrumentarien vorgestellt, mit denen Leistungserbringer und Jugendämter wirkungsorientiert steuern. Ergänzend wird ein Verfahren gezeigt, mit dem nicht nur die Wirkung der Jugendhilfe, sondern auch deren Kosten-Nutzen-Verhältnis bestimmt und zur Steuerung genutzt wird. Abschließend werden die unterschiedlichen Sichtweisen, Instrumente und Erfahrungen gebündelt, um Chancen und Risiken einer wirkungsorientierten Steuerung zu verdeutlichen und resümierende Empfehlungen auszusprechen.

IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH  
Saarstrasse 1  
55122 Mainz

**Weitere Informationen:**

Internet: [cms.evas-online.de/cms/front\\_content.php?idcat=54](http://cms.evas-online.de/cms/front_content.php?idcat=54)

## **Erziehung und Unterricht - Visionen und Wirklichkeiten**

**Donnerstag 22.03.2007 bis Samstag 24.03.2007**

**Ort:** Frankfurt/ M.

Neben den ca 60 Vorträgen und Workshops bieten wir den interessierten Kongressteilnehmern am Donnerstagvormittag auch die Möglichkeit der Hospitation an Schulen und Einrichtungen im Großraum Frankfurt.

Sie können sich frühzeitig anmelden, um Gebühren zu sparen. Die Teilnahmegebühren an der Tageskasse liegen zwischen 200 und 50 Euro, je nach Mitgliedschaft und beruflichem Status.

### **Weitere Informationen:**

Internet: <http://www.verband-sonderpaedagogik.de>

## **April 2007**

### **Empowerment & Inklusion - Schlagworte oder realistische Perspektive?**

**Donnerstag 19.04.2007 und Freitag 20.04.2007**

**Ort:** Halle/ Saale

Die Behindertenarbeit befindet sich derzeit in einem hochdynamischen Umbruch: ging es bisher um Normalisierung und Integration, so ist heute von Empowerment und Inklusion die Rede, von der Teilhabe und Anerkennung behinderter Menschen als Bürger unserer Gesellschaft. Unsere Tagung greift diesen Perspektivenwechsel auf.

Was aber bedeuten die Begriffe Empowerment und Inklusion? Handelt es sich hierbei nur um visionäre Schlagworte oder um realistische Perspektiven für die Praxis der Behindertenhilfe, vor allem für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen? Wie lassen sich Empowerment und Inklusion konkret umsetzen? Wo gibt es Beispiele für Empowermentprozesse und Inklusion? Welche Erfahrungen gibt es in der Praxis der Behindertenhilfe und was ist zu tun?

Es ist uns gelungen prominente und ausgewiesene Experten aus der Praxis zu gewinnen, die mit Ihnen gemeinsam derlei Fragen zu unterschiedlichsten

Themen wie Wohnen, Arbeit, Schule, Freizeit oder Sexualität bearbeiten möchten. Damit suchen wir das Gespräch und wünschen uns einen lebendigen und anregenden Erfahrungsaustausch. Denn nur so können gute Ideen zu einer guten Praxis führen!

Veranstaltet wird diese Tagung von IDEAL e.V.- Integration durch ein aktives Leben in Kooperation mit dem Institut für Rehabilitationspädagogik der Martin- Luther- Universität Halle- Wittenberg. Ausführliche Informationen zur Fachtagung erhalten sie unter [www.empowerment-und-inklusion.de](http://www.empowerment-und-inklusion.de). Dort besteht auch die Möglichkeit der Online-Anmeldung.

**Weitere Informationen:**

Homepage: <http://www.projekt-ideal.de>

**Mai 2007**

**Kölner Autismus Forum 2007**

**Dienstag 15.05.2007 bis Donnerstag 17.05.2007**

**Ort: Köln**

Veranstaltung zum Asperger-Autismus.

Anmeldung unter:

ATZ Köln

Autismus Forum 2007

Adam-Stegerwald-Str. 9

51063 Köln

oder per Fax an: 0221 7607038

**Email:** [autismus-koeln@t-online.de](mailto:autismus-koeln@t-online.de)

## Über die Autoren

### **Carmen Schmitz**

Doktorandin an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. Promotionsstudium zum „Sense of Coherence“ im Rahmen der Frührehabilitation von Schlaganfallpatienten im Forschungsprojekt „Mobility and Learning“.

**Kontakt:** [carmen.schmitz@uni-oldenburg.de](mailto:carmen.schmitz@uni-oldenburg.de)

### **Elke Schlesselmann**

Krankenschwester, Lehrerin für Pflegeberufe, sowie Dipl. Pflengewirtin und NLP-Master. Selbständig, mit den Arbeitsschwerpunkten Qualitätsmanagement und Personalentwicklung.

**Kontakt:** [eschlesselmann@t-online.de](mailto:eschlesselmann@t-online.de)

### **Carolin Helm**

Studium des Lehramtes für Förderschulen mit den Schwerpunkten Geistig- und Lernbehindertenpädagogik an der Universität Koblenz-Landau, Abteilung Landau. Seit August 2006 Förderschullehreramtanwärterin.

**Kontakt:** [caro.helm@gmx.de](mailto:caro.helm@gmx.de)

## 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](mailto:sebastian.barsch@heilpaedagogik-online.com)

[tim.bendokat@heilpaedagogik-online.com](mailto:tim.bendokat@heilpaedagogik-online.com)

[markus.brueck@heilpaedagogik-online.com](mailto: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 auf Deutsch und Englisch mit Schlüsselwörtern zu jedem Beitrag erforderlich (Umfang max. 10 Zeilen).

## **Leserbriefe und Forum**

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](mailto:leserbrief@heilpaedagogik-online.com)

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

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

Wir werden die dort vorgenommenen Eintragungen – ob anonym oder namentlich – nicht löschen oder ändern, sofern sie nicht gegen geltendes Recht verstoßen oder Personen und Institutionen beleidigen.