



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences

Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management

## Masterthesis

zur Erlangung des  
akademischen Grades

Master of Science in  
Public Health and  
Administration

# Gesundheitsförderung und geistige Behinderung

Ein Handlungskonzept zur Gesundheitsförderung  
für Erwachsene mit intellektuellen Einschränkungen

vorgelegt von:

René Kaul

Betreuer:

Prof. Dr. Gabriele Claßen

Prof. Dr. Willi Neumann

Tag der Einreichung:

31.08.2011

URN:

urn:nbn:gbv:519-thesis2011-0106-2



## Zusammenfassung

Die Gesundheit von Menschen mit intellektuellen Einschränkungen ist in hohem Maße von den Verhältnissen abhängig, in denen sie leben und die ihr eigenes Gesundheitsverhalten bedingen. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für Erwachsene mit einer so genannten geistigen Behinderung sollten salutogen ausgerichtet und ressourcenorientiert sein. In dieser Arbeit wird ein Handlungskonzept vorgestellt, welches diese Erwachsenen zur Verbesserung ihres Gesundheitshandelns befähigen soll. Dazu werden Methoden der Gesundheitsförderung, des Empowerments und der Positiven Psychologie theoretisch vorgestellt und ihre praktische Anwendung für das Setting Wohngemeinschaft beschrieben.

**Stichwörter:** Gesundheitsförderung, geistige Behinderung, Empowerment, Handlungskonzept

## Summary

The health status of people with intellectual limitations is highly dependent on the conditions in which they live and which cause their own health behaviors. Health promotion for adults with intellectual and developmental disabilities should be salutogenic and aligned to their resources. In this work a conceptual action plan is presented which is to empower these adults to improve their health behavior. For this purpose methods of health promotion, empowerment and positive psychology are presented and their practical application is described for the setting of a living community.

**Keywords:** health promotion, intellectual and developmental disabilities, empowerment, conceptual action plan



# Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Gesundheitsförderung</b> .....	<b>7</b>
1.1 Gesundheit .....	7
1.1.1 Pathogenes Paradigma .....	7
1.1.2 Salutogenes Paradigma .....	10
1.2 Gesundheitsförderung .....	15
1.2.1 Begriff und Bedeutung .....	15
1.2.2 Kompetenzen und Ressourcen.....	21
1.2.3 Methoden und Maßnahmen.....	36
1.3 Zusammenfassung.....	43
<b>2 Geistige Behinderung</b> .....	<b>45</b>
2.1 Verständnisse von geistiger Behinderung.....	46
2.1.1 Medizinische Diagnose .....	46
2.1.2 Sozialrechtliche Kategorie.....	49
2.1.3 Pädagogische Erklärung .....	50
2.1.4 Definition der AAIDD .....	50
2.1.5 Systemtheoretisches Verständnis.....	52
2.1.6 Sichtweise der ICF.....	53
2.2 Altern und geistige Behinderung .....	55
2.2.1 Alter und Altern .....	56
2.2.2 Alternde Menschen mit geistigen Behinderungen.....	60
2.3 Zusammenfassung.....	65
<b>3 Empowerment</b> .....	<b>66</b>
3.1 Empowerment in der Sozialen Arbeit.....	66
3.1.1 Begriffliches Verständnis .....	67
3.1.2 Menschenbild.....	68
3.1.3 Grundüberzeugungen .....	69
3.1.4 Handlungsebenen und Methoden.....	70
3.1.5 Professionelles Handeln.....	72



3.2	Empowerment in der Gesundheitsförderung.....	74
3.2.1	Zugänge in der Empowermentarbeit.....	76
3.2.2	Voraussetzungen für erfolgreiches Empowerment .....	78
3.3	Zusammenfassung.....	79
<b>4</b>	<b>Praxishandbuch .....</b>	<b>81</b>
4.1	Zum Gebrauch des Handbuchs .....	81
4.2	Projektplanung .....	83
4.3	Projektdurchführung.....	88
4.4	Projekt: Bewegung .....	91
4.5	Projekt: Ernährung.....	99
4.6	Projekt: Entspannung .....	108
4.7	Projekt: Soziale Unterstützung.....	112
	<b>Schlussbemerkung.....</b>	<b>117</b>
	<b>Literatur.....</b>	<b>118</b>



## Freiheit, Gleichheit, Teilhabe!

# Einleitung

Als ich vor drei Jahren die Leitung einer Fördergruppe übernahm, befand sich diese in einem gerade beginnenden Wandel. Es waren Leute wie du und ich, mit denselben Bedürfnissen nach etwas zu Essen auf dem Tisch, einem Dach über dem Kopf und liebevollen Menschen in der Nähe. Aber es waren Leute, die aufgrund mehr oder weniger ausgeprägter intellektueller Einschränkungen nicht bei ihrer Familie wohnten, sondern in einem Heim zusammenlebten.

Das Haus, in dem die Leute wohnten, war Teil eines großen Pflegeheimkomplexes am Rand einer ostdeutschen Stadt. Die meisten von ihnen lebten dort schon seit ihrer Kindheit - seit zwanzig, dreißig oder sogar vierzig Jahren, also bereits vor der Wiedervereinigung. Das damals schon als Heim für Menschen mit geistigen Behinderungen dienende Haus lag in unmittelbarer Nähe eines so genannten Feierabend- und Pflegeheimes - so die offizielle Bezeichnung eines Alten- und Pflegeheimes in der Deutschen Demokratischen Republik.<sup>1</sup>

In dem Ort, in dem ich arbeitete, wurden nach der Wiedervereinigung alle kommunalen Feierabendheime in einer gemeinnützigen Stiftung zusammengefasst und als Altenpflegeheime weiterbetrieben. So auch das Behindertenhaus, welches dem nahe gelegenen Pflegeheim angegliedert wurde. Nach der Einfüh-

---

<sup>1</sup> vgl. Ministerium für Gesundheitswesen der DDR 1981, S. 78 zitiert nach Barsch 2007, S. 85 sowie Theunissen 1999, S. 113

Die Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes wurde die betreuerische Ausrichtung des Hauses nach Pflegeversicherungsstandards umgesetzt. Viele Bewohner erfüllten nicht die Voraussetzungen einer erheblichen Pflegebedürftigkeit und erhielten somit keine Pflegestufe der Pflegeversicherung. Da aber so gut wie alle pflegerisch unterstützt werden mussten, arrangierten sich Heimbetreiber und Kommune dahingehend, dass die Heimplätze der dort lebenden Behinderten Bestandschutz bekamen. Die Kommune übernahm die Finanzierung, jedoch unter der Voraussetzung des sukzessiven Wandels der Plätze in reguläre Pflegeheimplätze bei Auszug oder Tod der geistig behinderten Bewohner.

Dieser besondere Umstand war der Grund für wesentliche Einschränkungen im Leben dieser Leute. Sie lebten nicht in einem speziellen Wohnprojekt für Menschen mit geistiger Behinderung, sondern in einem Altenpflegeheim, obwohl keiner von ihnen älter als 65 Jahre war und nur wenige erheblich oder schwer pflegebedürftig. Demzufolge war die in Behindertenwohnheimen übliche heilpädagogische Unterstützung und Betreuung nicht gegeben.

Der Wandel im Leben dieser Menschen wurde ein Jahr vor meinem Arbeitsantritt von Ärzten des Gesundheitsamtes ins Rollen gebracht. Sie kritisierten die fehlende fachliche und ausreichende Betreuung. Die Leute waren größtenteils sich selbst überlassen. Sie wurden pflegerisch gemäß deutscher Pflegegesetzgebung versorgt. Doch darüber hinaus passierte nicht viel. Es gab Beschäftigungsräume und Beschäftigungsmaterialien, aber kein entsprechend ausgebildetes Personal. Das Bereitstellen der Materialien und die Anleitung zu deren Nutzung hatte das Pflegepersonal in seinem eng bemessenen Zeitfenster nebenbei zu erledigen. Deshalb legten die Ärzte des Gesundheitsamtes dem Pflegeheimbetreiber auf, den geistig behinderten Bewohnern eine adäquate Betreuung zukommen zu lassen.

Denn die Leute bewegten sich nur selten und wenn dann ungern. Sie verbrachten ihren Tag mit Warten auf die nächste kaloriengeschwängerte Mahlzeit aus der Großküche des Pflegeheimes. Das reichliche Essen und die Bewegungsarmut führten zu Fettleibigkeit und damit zu besorgniserregenden Vitalwerten,



wie zu hoher Bluthochdruck und dessen Folgekrankheiten wie Herzinsuffizienz, Diabetes oder Schlaganfall. Zudem waren sie oft schlecht drauf, mürrisch, zänkisch und antriebslos.

In Absprache mit der Kommune entschied sich der Heimbetreiber zum Aufbau einer Fördergruppe. In diese sollten alle Bewohner integriert werden, die nach Beurteilung durch Mitarbeiter des Gesundheits- und des Sozialamtes intellektuell in der Lage wären, nach heilpädagogischen Gesichtspunkten betreut und gefördert zu werden. Mit dem Aufbau der Fördergruppe und der Leitung des Betreuungsteams wurde eine Sozialpädagogin beauftragt. Zum Team gehörten weiterhin Heilpädagogen, Ergotherapeuten und Betreuungshilfskräfte.

Die Sozialpädagogin entwickelte ein erstes Konzept, erstellte zusammen mit den zuständigen Gesundheits- und Sozialamtmitarbeitern individuelle Hilfepläne für die Fördergruppenmitglieder und baute mit ihrem Team die Gruppe auf. Es wurden zusätzliche Räume eingerichtet und Betreuungsstrukturen geschaffen, die das Leben der Fördergruppenmitglieder von nun an bereichern sollten.

Jedoch war die Geschäftsleitung des Heimbetreibers mit der Arbeit der Sozialpädagogin nicht zufrieden. Sie wurde am Ende ihrer halbjährigen Probezeit entlassen.

Daraufhin wurde ich als Teamleiter der Fördergruppe eingestellt. Diese Aufgabe war jedoch nur ein Teil meiner Tätigkeit bei der Stiftung. Zudem war ich auch als Projektentwickler direkt für die Geschäftsleitung tätig. In dieser anderen Funktion konzipierte ich für die bisher nur auf stationäre Pflege ausgerichtete Stiftung neue teilstationäre und ambulante Angebote. Diese Doppelbelastung beeinflusste meine Tätigkeit als Betreuungsteamleiter und insbesondere die Weiterentwicklung des Fördergruppenkonzeptes. Doch dazu später mehr.

Nachdem ich mir ein Bild über die Lage und die Anforderungen der Gruppe gemacht hatte, brachte ich mein Wissen und meine Erfahrungen im Bereich des Gesundheits- und Sozialmanagements ein, um den Aufbau der



Fördergruppe weiter voranzubringen. Durch den augenscheinlichen Gesundheits- und Befindenzustands der Fördergruppenmitglieder, durch Teamdiskussionen und Gespräche mit den Pflegemitarbeitern und den Mitarbeitern des Gesundheits- sowie des Sozialamtes, wurde mir schnell klar, dass ein gesundheitsförderlicher Ansatz unbedingt in das Betreuungskonzept integriert werden musste.

So entwickelte ich das Konzept zunächst durch eigene Überlegungen weiter. Außerdem sollte das Konzept und die darauf aufbauende Arbeit durch gesundheits- und sozialwissenschaftliche empirische und konzeptionelle Forschungsergebnisse untermauert werden. Nur da stieß ich auf ein grundlegendes Problem. Das Thema *Gesundheitsförderung und geistige Behinderung* wurde in der gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Forschung so gut wie nicht diskutiert. Dies stellten auch Wacker et al. im Jahr 2009 in ähnlicher Weise fest: „Eine bezogen auf die Zeit vom Millenniumsbeginn bis 2007 durchgeführte Literaturrecherche und -analyse bestätigt die Vermutung, dass der Gesamthematik ‚Gesundheit und Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung und Benachteiligung‘ bislang kaum Beachtung geschenkt wird.“<sup>2</sup>

Aus dieser Situation heraus entsprangen der Gedanke und der Wunsch nach einem wissenschaftlich fundierten Handlungskonzept zur Gesundheitsförderung von Erwachsenen mit intellektuellen Beeinträchtigungen.

Jedoch blieb das Fördergruppenkonzept aufgrund der beruflichen Doppelbelastung durch die zwei verschiedenen Stellen, also der Projektentwicklung und der Teamorganisation und Gruppenleitung, weiterhin oberflächlich. Um meine gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Kompetenzen zu erweitern, absolvierte ich neben meiner Erwerbstätigkeit ein Masterstudium. Dies gab mir die Möglichkeit, im Rahmen der Abschlussarbeit ein tiefgründiges Konzept zu entwickeln.

Mittlerweile hat sich die Forschungslage etwas aufgehellt. Jetzt existieren einige wenige Studien und Projekte zum Thema Gesundheitsförderung und

---

<sup>2</sup> Wacker et al. 2009, S. 7





Behinderung, vor allem auf dem Gebiet der Bewegungsförderung. Hervorzuheben sind die Konzepte „KompAs – Kompetentes Altern sichern“<sup>3</sup> und „ProPEr – Programm zur gesundheitlichen Prävention für Erwachsene“<sup>4</sup>. Beide Konzepte sind Teil eines Gesundheitsförderungsprogramms für Menschen mit Behinderung im späten Erwachsenenalter. Sie zielen spezifisch auf die Förderung der Bewegung ab und liefern sowohl theoretische Fundierung als auch praktische Umsetzung in diesem Teilaspekt der Gesundheitsförderung von älteren Menschen mit intellektuellen Einschränkungen. Ich werde an späterer Stelle tiefgründiger auf beide Konzepte eingehen.

Nach diesen einleitenden Worten zu meiner Motivation, mich mit dem Thema *Gesundheitsförderung und geistige Behinderung* auseinanderzusetzen, folgt nun eine kurze Darstellung des Inhaltes der vorliegenden Arbeit.

Im ersten Kapitel werden die Grundsätze der Gesundheitsförderung und ihrer Methoden beschrieben. Dazu werden zunächst pathogene und salutogene Paradigmen des Gesundheitsbegriffes erörtert und daraufhin das allgemeine Verständnis von Gesundheitsförderung und ihre Bedeutung für die Gesunderhaltung dargestellt. Insbesondere gehe ich auf gesundheitsförderliche Konzepte wie Salutogenese, Kontrollüberzeugungen, Selbstwirksamkeit, Hardiness, Erholungsfähigkeit, Genussfähigkeit, soziale Unterstützung und Konzepte der Positiven Psychologie ein. Eine Darstellung von Methoden der Gesundheitsförderung wie Setting-Ansatz, Gesundheitsbildung und Gesundheitstraining schließt das Kapitel ab.

Das zweite Kapitel erörtert das Thema geistige Behinderung. Verschiedene Definitionen und Verständnisse werden dafür vorgestellt und deren jeweilige Bedeutung für diese Arbeit erläutert. Der zweite Teil des Kapitels beschäftigt sich mit der Frage des Älterwerdens von Menschen mit intellektuellen Einschränkungen. Dazu werden Alterstheorien erklärt und Schlussfolgerungen

---

<sup>3</sup> vgl. Michna et al. 2007

<sup>4</sup> vgl. Peters et al. 2007



über deren Auswirkungen auf die Erkenntnisse über den Lebensabend von Menschen mit geistigen Behinderungen gezogen. Abschließend werden die Besonderheiten von Gesundheit und Bedürfnissen von alternden Menschen mit geistigen Behinderungen dargestellt.

Das Thema des dritten Kapitels lautet Empowerment. Hier werden das nicht nur für den Bereich der Behindertenhilfe wegweisende Empowermentkonzept und seine theoretischen Fundamente sowie seine Umsetzungen im Bereich der Sozialen Arbeit erläutert. Empowerment in der Gesundheitsförderung ist der Gegenstand des zweiten Teiles dieses Kapitels. Die Zugänge und Voraussetzungen für erfolgreiche gesundheitsförderliche Empowermentarbeit werden hier beschrieben.

Das abschließende Kapitel beinhaltet die praktische Umsetzung der vorgenannten theoretischen Überlegungen zur Gesundheitsförderung von Erwachsenen mit intellektuellen Einschränkungen im Setting Wohngemeinschaft. In Form eines Handbuchs werden praktische Hinweise zur Durchführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen gegeben. Es werden Projektplanungen für die wichtigsten Bereiche der Gesunderhaltung – Bewegungsförderung, Verbesserung der Ernährung, Stressbewältigung durch Entspannung und Verbesserung der sozialen Unterstützung – vorgestellt. Anhand von beispielhaften Checklisten können die Prozessschritte Situationsbeschreibung, Potentialidentifizierung, Zielsetzung, Maßnahmenplanung und Überprüfung nachvollzogen und abgearbeitet werden. Dabei ermöglicht es der konzeptuelle Rahmen, diese Beispielplanungen auch auf eigene Projekte zu übertragen.



# 1 Gesundheitsförderung

Beginnend wird das Thema Gesundheitsförderung erörtert. Dazu gehe ich zunächst auf pathogene und salutogene Paradigmen des Gesundheitsbegriffes ein. Das Konzept der Salutogenese wird näher erläutert und es wird erklärt, welche Bedeutung es für die Gesundheitsförderung hat. Anschließend erfolgt eine Bestimmung des Begriffes Gesundheitsförderung und eine Beschreibung der Bedeutung der Gesundheitsförderung für das Wohlbefinden. Dazu werden insbesondere die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation und ihre Auswirkungen auf die Lebenswelten von Menschen mit geistigen Behinderungen betrachtet. Zudem werde ich salutogen ausgerichtete Ressourcen der Gesunderhaltung, wie Kontrollüberzeugungen, Selbstwirksamkeit, Hardiness, Kohärenzgefühl, Erholungsfähigkeit, Genussfähigkeit, soziale Unterstützung und Konzepte der positiven Psychologie wie Optimismus und Humor beschreiben. Die Darstellung von Methoden der Gesundheitsförderung, wie Setting-Ansatz, Gesundheitsbildung oder Gesundheitstraining und ihre Implementierungsmöglichkeiten im Bereich der Behindertenhilfe schließt das Kapitel ab.

## 1.1 Gesundheit

### 1.1.1 Pathogenes Paradigma

Gesund – das bedeutet stark, kräftig, geschwind. Zumindest aus etymologischer Herleitung. Die germanischen Wörter *swend(i)a* bzw. *(ga)sunda* gelten aufgrund ihres Bedeutungsinhaltes als Ursprung des Wortes *gesund*.<sup>5</sup> Doch ist ein Mensch, der nicht als stark, kräftig oder geschwind gilt, etwa nicht gesund?

---

<sup>5</sup> vgl. Haug 1991, S. 21



Ist er womöglich sogar krank? *Kranc*, was im Mittelhochdeutschen so viel wie schmal, gering und schwach bedeutet.<sup>6</sup> Wissenschaftler verschiedenster Wissenschaftsdisziplinen haben sich mit diesem Phänomen auseinandergesetzt. Im Laufe der Zeit hat sich die gegensätzliche Bedeutung der Begriffe gesund und krank gewandelt.

Aber zunächst zur nach wie vor als klassisch zu bezeichnenden Sicht der Medizin: Wer nicht krank ist, ist gesund. Ein Kriterium aus medizinischer Sicht ist jenes, dass Gesundheit durch Abwesenheit glänzt. Fühlt der Mensch sich wohl, verschwendet er so gut wie keinen Gedanken an sie. Der Mediziner Klaus Dörner sagt dazu: „Sie kann nur als sich Entziehende da sein, als Abwesende anwesend“<sup>7</sup>.

In der aktuellen Ausgabe des klinischen Wörterbuchs Pschyrembel – dem Definitionsstandard der modernen medizinischen Wissenschaft – wird Gesundheit als „die (subjektive) Abwesenheit körperlicher, geistiger und seelischer Einschränkungen oder pathologischer Veränderungen“<sup>8</sup> definiert. Als Krankheit wird dort eine „Störung der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen beziehungsweise objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen bzw. seelischen Veränderungen“<sup>9</sup> bezeichnet. Zudem wäre laut Pschyrembel eine Krankheit ein „regelwidriger Körper- oder Geisteszustand“<sup>10</sup>. Die Funktionalität des Körpers beziehungsweise des Geistes wird normiert. Alles was aus diesem Spektrum fällt, wird als krank eingestuft. Diese Sicht beeinflusst den Blick von Medizinern auf Menschen mit Behinderungen. Bei Menschen mit Behinderungen sind körperliche, geistige oder seelische Einschränkungen in gewissem Maße gegeben und nicht abwesend. Sind sie deshalb nicht gesund? Und ist ihr Körper- oder Geisteszustand deshalb regelwidrig? Mediziner charakterisieren den Menschen mit

---

<sup>6</sup> vgl. Haug 1991, S. 23

<sup>7</sup> Dörner 2003, S. 12

<sup>8</sup> Pschyrembel 2011, S. 748

<sup>9</sup> Pschyrembel 2011, S. 1118

<sup>10</sup> Pschyrembel 2011, S. 1118



einer Behinderung als „bedingt gesund“<sup>11</sup> und meinen damit seine „Fähigkeit zur aktiven Lebensgestaltung und Leistungsfähigkeit in Beruf und Alltag“<sup>12</sup>.

Der oben genannten Definition von Gesundheit stellt der Pschyrembel ein *i.e.S.* – im eigentlichen Sinne – voran. Damit beziehen die Mediziner Stellung. Hinter der Abkürzung *i.w.S.* – im weiteren Sinne – wird kurz und knapp auf die Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation Bezug genommen: Gesundheit als „Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“. Dabei lässt der Pschyrembel einen wesentlichen Bestandteil der WHO-Definition weg.

Die Weltgesundheitsorganisation hat die Dichotomie von Gesundheit und Krankheit mit ihrer Gesundheitsdefinition bereits 1946 in Teilen aufgelöst: Gesundheit wäre „der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“<sup>13</sup>. Damit löst sich diese Begriffsbestimmung von der Konträrbeziehung von gesund und krank. Menschen die krank sind oder an Gebrechen leiden, sind in gewisser Weise gesund. Auch wenn die Weltgesundheitsorganisation von einem extremen Unikum – dem „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ – spricht, wird diese utopische Aussage bereits im Folgesatz relativiert. Hier ist die Rede von einem „bestmöglichen Gesundheitszustand“ als „Grundrecht jedes Menschen“.

An der Definition der Weltgesundheitsorganisation ist besonders die Mehrdimensionalität des Gesundheitsbegriffes hervorzuheben. Die Betonung der Bereiche Körper, Geist und soziales Umfeld als umfassende Dimensionen beziehungsweise Determinanten von Gesundheit und Krankheit war ein wichtiger Schritt in Richtung neuer Forschungen und Theorien. Neben der Medizin haben sich vor allem die Wissenschaftsdisziplinen Psychologie und Soziologie mit diesem Thema auseinandergesetzt. Eine jüngere Wissenschaft, die sich

---

<sup>11</sup> Pschyrembel 2011, S. 748

<sup>12</sup> Pschyrembel 2011, S. 748

<sup>13</sup> Weltgesundheitsorganisation 1946



zuvor vornehmlich mit Sozialhygiene beschäftigte<sup>14</sup>, hat die Diskussion zu den Themen Gesundheit und Krankheit in besonderer Weise aufgegriffen, fortgesetzt und dem Anspruch an ihren eigenen Namen genüge getan: die Gesundheitswissenschaft.

Entwickelt wurden Theorien, Modelle und Konzepte von Gesundheit(en) und Krankheit(en), die zwar unterschiedliche Ansätze haben, aber im wesentlichen von einem Zusammenhang von Belastungen und Bewältigungen mit Krankheit und Gesundheit ausgehen. Dabei sticht eine Theorie besonders heraus: Aaron Antonovskys Modell der Salutogenese. Franzkowiak meint dazu: „Die salutogenetische Perspektive ist einer der einflussreichsten Ansätze in der modernen Medizinsoziologie und Gesundheitspsychologie“.<sup>15</sup> Im folgenden Kapitel wird das salutogene Paradigma näher beschrieben.

### 1.1.2 Salutogenes Paradigma

Eines vorweg: Antonovsky hält in dem mittlerweile als Standardwerk der Gesundheitswissenschaften geltenden „Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit“<sup>16</sup> fest, dass sein Konzept nicht dazu gedacht ist, das pathogene Paradigma zu ersetzen, sondern „die beiden Orientierungen als komplementär zu betrachten“<sup>17</sup>.

Die zentrale Frage im Modell der Salutogenese – wörtlich: Modell der Entstehung von Gesundheit – lautet: Was erhält Menschen gesund? Oder theorie-spezifischer ausgedrückt: „Warum befinden sich Menschen auf der positiven Seite des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums oder warum bewegen sie sich auf den positiven Pol zu, unabhängig von ihrer aktuellen Position?“<sup>18</sup>

---

<sup>14</sup> vgl. Labisch und Woelk 2006, S. 49ff.

<sup>15</sup> Franzkowiak 2000, S. 96, weiter bei Bengel et al. 2001, Waller 2006, Viehhauser 2000, Dlugosch 1994

<sup>16</sup> Antonovsky 1997

<sup>17</sup> Antonovsky 1997, S. 30

<sup>18</sup> Antonovsky 1997, S. 15



In dieser Forschungsfrage sind zwei wesentliche Elemente von Antonovskys Ansatz enthalten: das Konzept eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums und die Dynamik innerhalb dieses Kontinuums. Antonovsky betrachtet Krankheit und Gesundheit nicht länger als Dichotomien. Er erkennt sie als ein dynamisch-kontinuierliches Konstrukt, in dem Menschen zwischen den Polen der Krankheit (dis-ease) und der Gesundheit (health-ease) einen bestimmten Zustand einnehmen. Dieser Zustand ist nicht starr, er wird dynamisch beeinflusst von Wechselwirkungen zwischen Risikofaktoren und Ressourcen.<sup>19</sup> Das Befinden eines Menschen wird demnach nicht als gesund oder krank beschrieben, sondern es wird festgehalten, wie gesund beziehungsweise wie krank er ist, das heißt wo er sich auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit befindet. „Jeder Mensch, auch wenn er sich überwiegend als gesund erlebt, hat auch kranke Anteile, und solange Menschen am Leben sind, müssen Teile von ihnen auch noch gesund sein.“<sup>20</sup> Antonovsky meint dazu: „Wir sind alle terminale Fälle. Aber solange wir einen Atemzug Leben in uns haben, sind wir alle bis zu einem gewissen Grad gesund.“<sup>21</sup>

Als Grundannahme auf die Frage, was Menschen gesund erhalte, geht Antonovsky davon aus, das jeder Mensch über eine mentale Grundeinstellung verfügt, deren Ausprägung die Einschätzung von Risiken und deren Bewältigungsmöglichkeiten bestimmt. Er nennt diese Grundeinstellung Kohärenzgefühl.

### Kohärenzgefühl

„Das SOC<sup>22</sup> (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß

---

<sup>19</sup> vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2000, S. 54

<sup>20</sup> Bengel 2002, S. 32

<sup>21</sup> Antonovsky 1989, S. 53 zitiert nach Bengel 2002, S. 32

<sup>22</sup> Sense of Coherence



1. die Stimuli, die sich im Laufe des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“<sup>23</sup>

Diese drei Elemente, die zusammen das Kohärenzgefühl ergeben, nennt Antonovsky *Verstehbarkeit*, *Handhabbarkeit* und *Bedeutsamkeit*. Sie sind Teile der Grundhaltung, die Welt als in sich stimmig, zusammenhängend und sinnvoll wahrzunehmen.

Die *Verstehbarkeit* definiert Antonovsky als „das Ausmaß, in welchem man interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnimmt, als geordnete, konsistente, strukturierte und klare Information und nicht als Rauschen“<sup>24</sup>. Menschen, die auf sie einwirkende Ereignisse verstehen, gehen davon aus, dass auch zukünftige Ereignisse vorhersagbar oder erklärbar sind. Die Verstehbarkeit ist der kognitive Aspekt des Kohärenzgefühls.

Die *Handhabbarkeit* wird als das Ausmaß definiert, „in dem man wahrnimmt, dass man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen, die von den Stimuli, mit denen man konfrontiert ist, ausgehen.“<sup>25</sup> Hat ein Mensch das Gefühl, mit Schwierigkeiten umgehen zu können, kann man davon ausgehen, dass er ein hohes Maß an Handhabbarkeit besitzt. Sie stellt den emotionalen Aspekt des Kohärenzgefühls dar.

Als *Bedeutsamkeit* definiert Antonovsky „das Ausmaß, in dem man das Leben emotional als sinnvoll empfindet: dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man Energie in sie investiert, dass man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, daß sie eher willkommene Herausforderungen sind als Lasten, die man gerne los wä-

---

<sup>23</sup> Antonovsky 1997, S. 36

<sup>24</sup> Antonovsky 1997, S. 35

<sup>25</sup> Antonovsky 1997, S. 35





re.”<sup>26</sup> Die Bedeutsamkeit ist als motivationaler Aspekt für Antonovsky der wesentlichste Bestandteil des Kohärenzgefühls. Ohne die Erfahrung der Sinnhaftigkeit von Anstrengungen und Herausforderungen, nutzt auch deren Verstehbarkeit und Handhabbarkeit nicht viel.<sup>27</sup>

Menschen, die ein starkes Kohärenzgefühl haben, erkennen die vor ihnen liegenden Anforderungen, messen ihnen eine wichtige Bedeutung bei und wissen, dass sie mit ihnen umgehen können. Sie verfügen über Mittel zur Bewältigung, auf die sie sich bisher verlassen konnten und auf die sie sich in Zukunft auch verlassen können. Antonovsky nennt diese Mittel generalisierte Widerstandsressourcen.

### Generalisierte Widerstandsressourcen

Auf den Menschen strömen ständig Reize ein. Diese Stimuli bezeichnet Antonovsky als Stressoren. Hat der Mensch bisher noch keine Erfahrung mit der Qualität beziehungsweise Quantität dieser Stressoren gemacht, können sie einen Spannungszustand auslösen, der das innere Gleichgewicht stört.<sup>28</sup> Die Bewältigung des Spannungszustandes und damit die Wiederherstellung des Gleichgewichtes ist eine zentrale Aufgabe des Organismus.<sup>29</sup> Dabei sind die Stressoren nicht unbedingt als schädlich anzusehen.<sup>30</sup> Sie können je nach Verarbeitungsqualität krank machen, keine Folgen haben oder aber sogar die Gesundheit fördern. Beispielsweise kann zusätzlicher Arbeitsaufwand einen Menschen derart überfordern, so dass er erkrankt. In diesem Fall wurde der Spannungszustand nicht überwunden und es kommt zu einer Stressreaktion. Für einen anderen Menschen wäre die gleiche Mehrbelastung möglicherweise folgenlos, da er sich noch nicht überfordert fühlt, also noch Kapazitäten für eine Mehrbelastung besitzt. Einem Dritten, der seine Arbeit sehr liebt, würde der

---

<sup>26</sup> Antonovsky 1997, S. 35f.

<sup>27</sup> vgl. Bengel 2002, S. 30

<sup>28</sup> vgl. Antonovsky 1997, S. 124f.

<sup>29</sup> vgl. Bengel 2002, S. 33

<sup>30</sup> vgl. Antonovsky 1997, S. 30



zusätzliche Aufwand eventuell sogar Freude bereiten und damit zu höherer Lebensqualität und zu einem Mehr an Gesundheit führen. Die beiden letztgenannten verfügen über generalisierte Widerstandsressourcen.

„Generalisierte Widerstandsressourcen werden als potentielle Ressourcen definiert, die die Person mit einem starken SOC mobilisieren und dann bei der Suche nach einer Lösung für das instrumentelle Problem anwenden kann.“<sup>31</sup> Sie sind allgemeingültig (generalisiert) und den Stressoren entgegengesetzt (Widerstand). Es können sowohl individuelle (körperliche und psychische) als auch soziale, kulturelle und materielle Faktoren sein, welche die Widerstandsfähigkeit einer Person erhöhen. Zu ihnen gehören intakte familiäre Strukturen und Freundschaften als soziale Unterstützung ebenso wie individuelle Ressourcen wie Copingstrategien und Intelligenz. Aber auch berufliche Komponenten wie ein ausreichendes Einkommen, Arbeitsmotivation und kollegialer Zusammenhalt spielen in das Konzept der generalisierten Widerstandsressourcen hinein. Gesellschaftliche Ressourcen wie eine stabile und gerechte Gesellschaftsstruktur, Frieden, allgemeiner Wohlstand und kulturelle Stabilität erhöhen die Widerstandsfähigkeit gegenüber Stressoren ebenso.

Die Funktion dieser Widerstandsressourcen ist zum einen, Lebenserfahrungen als bedeutsam und kohärent zu erkennen und zum anderen ein Potential an Bewältigungsstrategien zu aktivieren, wenn es zu einem Spannungszustand kommt.<sup>32</sup> Durch ein starkes Kohärenzgefühl und durch gezielten Einsatz der generalisierten Widerstandsressourcen wird der Spannungszustand reduziert und Stress verarbeitet. So werden durch kognitive Prozesse die Informationen gefiltert und als gefährlich, ungefährlich oder als willkommen bewertet und daraufhin entsprechende Ressourcen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit mobilisiert.

---

<sup>31</sup> Antonovsky 1997, S. 19

<sup>32</sup> vgl. Antonovsky, S. 123



Für den Bereich der Gesundheitsförderung hat Antonovskys Modell der Salutogenese einen besonderen Stellenwert. Die Betonung von Ressourcenorientierung und Kompetenzsteigerung setzt den Risikofaktoren des pathogenen Paradigmas Protektivfaktoren entgegen.<sup>33</sup> Dieser Perspektivwechsel von der Krankheitsprävention zur Gesundheitsförderung verträgt sich sehr gut mit dem umfassenden Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation, die neben den Bereich des Körpers auch die psychische und soziale Dimension stellt. Die Neuorientierung auf die Förderung von Gesundheit ist seit 1986 ein zentrales Anliegen der Weltgesundheitsorganisation. In ihrer Ottawa-Charta manifestierte sie unter dem Motto „Gesundheit für alle“<sup>34</sup> eine Ausrichtung zur Gesundheitsförderung für Menschen aller Lebensphasen, Alterstufen und Gesellschaftsschichten – Menschen mit Behinderungen sind unter dem zentralen Anliegen der Chancengleichheit<sup>35</sup> ausdrücklich eingeschlossen.

## 1.2 Gesundheitsförderung

### 1.2.1 Begriff und Bedeutung

Das Konzept der Gesundheitsförderung ist ein programmatischer und grundsätzlich salutogener Ansatz<sup>36</sup>, der die Verbesserung von Lebensweisen und Lebensbedingungen zum Ziel hat. Zu den Lebensweisen zählen das Gesundheitshandeln und Gesundheitsverhalten von Individuen. Beeinflussbare Lebensbedingungen finden sich in allen Bereichen des ökonomischen, kulturellen, sozialen, ökologischen und politischen Lebens.<sup>37</sup>

Der Ansatz zur Förderung der Gesundheit entstand vor allem aus einer Unzufriedenheit mit dem bisherigen Konzept der Gesundheitserziehung. Diese

---

<sup>33</sup> vgl. Bengel 2002, S. 70f.

<sup>34</sup> Weltgesundheitsorganisation 1986, S. 1

<sup>35</sup> vgl. Weltgesundheitsorganisation 1986, S. 2

<sup>36</sup> vgl. Kickbusch 2003, S. 184

<sup>37</sup> vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2000, S. 44



war einseitig auf Krankheiten und Risikofaktoren orientiert und sah Laien und Gemeinschaften nur als ausführende, aber nicht als mitbestimmende Elemente an. Es herrschte die Einstellung, dass medizinorientierte Experten von oben herab auf die Bevölkerung einzuwirken hatten. Im Zentrum stand die Krankheitsprävention, die Förderung von gesundheitsrelevanten Ressourcen blieb jedoch im Hintergrund. Die Wirksamkeit der Gesundheitserziehung war unter diesen Prämissen eher gering.<sup>38</sup>

Die Veränderung des Krankheitspanoramas von Infektionskrankheiten hin zu den so genannten Zivilisationskrankheiten und die gestiegene Lebenserwartung und damit einhergehender Multimorbiditäten haben nicht nur vor dem Hintergrund einer immer stärker belasteten Gesundheitsökonomie den Ruf nach einem Wandel in der Gesunderhaltung der Menschen laut werden lassen.<sup>39</sup>

Die Weltgesundheitsorganisation hat auf diese gesellschaftlichen Erfordernisse reagiert und 1986 die *Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung* deklariert. In ihr wird Gesundheitsförderung als Prozess verstanden, der das Ziel hat, „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“<sup>40</sup> Weiterhin vertieft die Deklaration das Verständnis von Gesundheitsförderung folgendermaßen:

„Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie

---

<sup>38</sup> vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2000, S. 44

<sup>39</sup> vgl. Kickbusch 2003, S.182

<sup>40</sup> Weltgesundheitsorganisation 1986, S. 1



die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin.“<sup>41</sup>

Für die Umsetzung der Ziele der Gesundheitsförderung wurden in der Ottawa-Charta drei Handlungsstrategien und fünf Handlungsfelder formuliert:

### Handlungsstrategien

#### **Interessen vertreten**

Durch aktives anwaltschaftliches Eintreten sollen politische, ökonomische, soziale, kulturelle, biologische sowie Umwelt- und Verhaltensfaktoren dahingehend beeinflusst werden, dass ein guter Gesundheitszustand, erreicht wird. Denn ein guter Gesundheitszustand ist Voraussetzung für Lebensqualität und persönliche und gesellschaftliche Entwicklung. Dieser Lobbyismus für Gesundheitsförderung ist immens wichtig für die oft wenig sprachgewandten Menschen mit intellektuellen Einschränkungen.

#### **Befähigen und ermöglichen**

In dieser Handlungsstrategie kommt besonders die Forderung nach „Gesundheit für alle“ zum Ausdruck. Die Chancengleichheit auf einen guten Gesundheitszustand soll durch individuelle Kompetenzförderung und die Verringerung sozialer Unterschiede erreicht werden. Dazu bedarf es der sozialen Unterstützung durch Familie und Freunde zur Vermittlung von Geborgenheit und Verwurzelung, eines freien Informationszuganges, der Entfaltung von praktischen Fertigkeiten und der Entscheidungsfreiheit der Menschen.

Das gilt gerade für Menschen mit Behinderungen, deren Chancen auf einen gesundheitsförderlichen Lebensstil in besonderem Maße beeinträchtigt sind und die deshalb vornehmlich der Unterstützung und Befähigung bedür-

---

<sup>41</sup> Weltgesundheitsorganisation 1986, S. 1



fen. Gerade die Gesundheit von Menschen mit geistigen Behinderungen hängt von gesundheitsförderlichen Bedingungen der sozialen Umwelt ab. Ihr Zugang zu entsprechenden Informationen ist aufgrund der intellektuellen Einschränkungen begrenzt. Risikobehaftete Lebensbedingungen erschließen sich ihnen nur schwer. Gerade deshalb ist es für den familiären oder professionellen Umkreis wichtig, gesundheitsrelevante Aspekte vermitteln zu können und damit den geistig behinderten Menschen zur gesundheitsförderlichen Lebensweise zu befähigen. An diesem Punkt setzt das Konzept des Empowerment an, das an späterer Stelle ausführlich erläutert wird.

### **Vermitteln und vernetzen**

Akteure in allen Gesellschaftsbereichen, wie Regierungen, der Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, die nichtstaatlichen und selbst organisierten Verbände und Initiativen sowie lokale Institutionen, die Industrie und die Medien sollen koordiniert zusammenwirken. Damit sollen Programme der Gesundheitsförderung den regionalen Bedürfnissen angepasst und Menschen in allen Lebensbereichen erreicht werden. Dieser partizipative Gedanke hat einen großen Stellenwert, wenn es darum geht, die gesamtgesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in die Tat umzusetzen.

### **Handlungsfelder**

#### **Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln**

Um ungefährlichere Produkte, gesündere Konsumgüter und gesundheitsförderlichere soziale Dienste zu entwickeln, sowie sauberere und erholsamere Umgebungen zu schaffen und zu einer größeren Chancengleichheit im Bereich der Gesundheits-, Einkommens- und Sozialpolitik zu gelangen, sollen alle Politikbereiche koordiniert und verbündet zusammenarbeiten. Dabei sollen sie Hemmnisse identifizieren und der Gesundheitsförderung entgegen gesetzte Interessen erkennen und Möglichkeiten zu deren Überwindung initiieren.



In Deutschland ist das Recht auf Chancengleichheit für Menschen mit Behinderungen – und so auch die gleichen Chancen auf ein gesundes Leben – im dritten Artikel des Grundgesetzes verankert. So ist die Politik in ihrer Gesamtheit zur Wahrung dieses Grundsatzes verpflichtet. Die jährliche Arbeits- und Sozialministerkonferenz ist – schleppend – bestrebt, die Eingliederung von Menschen mit Behinderungen in die gesellschaftliche Wohlfahrt und damit deren Teilhabe an einem gesunden Lebensstil durchzusetzen. „Doch die rechtlichen Rahmenbedingungen bleiben defizitär“<sup>42</sup> so Wolfgang Schütte. Er sieht in der Eingliederungshilfe, wie sie heute als Sozialhilfe ausgestaltet ist, eine konjunkturabhängige und unsichere Hilfsform. Sie kann unter „Finanzverantwortung der kommunalen und überörtlichen Träger auf der Basis ihrer jeweiligen Steuereinnahmen (...) zu einer Hilfestaltung nach Kassenlage“<sup>43</sup> führen. Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik ist für den Bereich der Behindertenhilfe ein wichtiger Aspekt, der zukünftig fokussierter bearbeitet werden muss.

### **Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen**

Die Lebensbedingungen sind ebenso maßgeblich für die Gesundheit wie die Lebensweise. Der Schutz der natürlichen und sozialen Umwelt sowie die Erhaltung der natürlichen Ressourcen gelten der Weltgesundheitsorganisation als gesundheitsförderliche Strategien. Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen sollen sicher, angenehm, befriedigend und anregend sein. Die Sorge um den Anderen, um unsere Gemeinschaften und um die Umwelt soll oberstes Leitprinzip sein. Derjenige, der unbeschwerter durchs Leben gehen kann, hat eine Verantwortung gegenüber hilfebedürftigen Mitmenschen. Auch die Erhaltung der natürlichen Umwelt durch diejenigen, die dazu mehr in der Lage sind als beeinträchtigte Personen, ist ein Verantwortungsgrundsatz der in diesem Handlungsfeld zum Ausdruck kommt.

---

<sup>42</sup> Wolfgang Schütte 2009, S. 610, Rn. 128

<sup>43</sup> Wolfgang Schütte 2009, S. 610, Rn. 128



### **Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen**

Die Forderung nach der Stärkung der gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit wird in diesem Handlungsfeld formuliert. Selbsthilfe, soziale Unterstützung, Möglichkeiten der öffentlichen Teilnahme und Mitbestimmung sollen entwickelt und gefestigt werden. Der Bottom-Up-Charakter dieser Strategie ist den Von-oben-herab-Doktrinen der Gesundheitserziehung entgegengesetzt. Die Menschen erhalten eine bessere Kontrolle und eine größere Autonomie bei gleichzeitigem Ausbau der Eigenverantwortung über ihre Gesundheitsbelange.

### **Persönliche Kompetenzen entwickeln**

Die Entwicklung der persönlichen Kompetenzen fußt auf der Handlungsstrategie *Befähigen und ermöglichen*. Die Kompetenzförderung dient der Entwicklung der Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten. Dabei wird unter Kompetenz „die Fähigkeit von Menschen verstanden, erworbene Fertigkeiten und soziale Regeln sowie Wissensbestände sach- und situationsgerecht sowie zum richtigen Zeitpunkt zum Erreichen eines, z.B. gesundheitsbezogenen, Ziels einzusetzen.“<sup>44</sup> Die Erlangung von persönlichen Kompetenzen soll durch Information, Gesundheitsbildung und die Verbesserung lebenspraktischer Fertigkeiten erreicht werden. Für die Weltgesundheitsorganisation ist die Befähigung zu lebenslangem Lernen gerade bei chronischen Krankheiten und Behinderungen ein entscheidender Prozess, der alle Lebensbereiche durchdringen muss.

### **Die Gesundheitsdienste neu orientieren**

Das gesundheitliche Versorgungssystem soll stärker auf die Förderung von Gesundheit ausgerichtet sein. Die heute noch vorwiegende medizinisch-therapeutische Betreuung muss eingereicht werden in die gleichberechtigte Vorsorge, Behandlung und Rehabilitation. Auch kulturspezifische Unterschiede und

---

<sup>44</sup> BzGA 2000, S. 62





individuelle Wünsche sollen eine größere Rolle spielen als bisher. Auf sie soll feinfühlig und respektvoll eingegangen werden.

Die salutogenetische Perspektive der Ottawa-Charta forciert ein Umdenken von der Krankheitsverhütung hin zur Förderung von Gesundheit in allen Gesellschaftsbereichen. Eine Orientierung an Kompetenzen und Ressourcen statt an Risikofaktoren ist ein zentrales Anliegen der Deklaration. Die Bedeutung von Kompetenzen und Ressourcen für die Gesundheitsförderung wird folgend erläutert.

### 1.2.2 Kompetenzen und Ressourcen

Kompetenzen und Ressourcen werden oft synonym verwendet und als Stärken, Fähigkeiten, Potentiale oder Schutzfaktoren beschrieben. Konkret wird unter Kompetenz die Fähigkeit verstanden, sach-, situations- und zeitgerecht erworbene Fertigkeiten, Wissen und soziale Regeln zielgerichtet einzusetzen.<sup>45</sup> Der Ressourcenbegriff hingegen ist weiter gefasst und beschreibt neben den internen auch „externe Faktoren, die zur psychischen und physischen Widerstandsfähigkeit, Invulnerabilität und Krankheitsbewältigung beitragen.“<sup>46</sup> Kompetenzen werden deshalb auch als interne Ressourcen betrachtet.

Der Wirkmechanismus von Ressourcen wird in den verschiedenen gesundheitswissenschaftlichen Forschungen ähnlich beschrieben. Im Wesentlichen beeinflussen sie den transaktionalen Prozess<sup>47</sup> von Stress und Bewältigung. Dabei ist die Identifizierung von Ressourcen von entscheidender Bedeutung. In einer Stresssituation kann die Wahrnehmung von Ressourcen die Einschätzung der Situation verändern. Eine ursprünglich als bedrohlich angesehene Situation kann so als willkommene Herausforderung betrachtet werden.<sup>48</sup>

---

<sup>45</sup> vgl. BzGA 2000, S. 62

<sup>46</sup> Viehhauser, S. 39

<sup>47</sup> vgl. Lazarus und Folkmann 1984

<sup>48</sup> vgl. Viehhauser, S. 43f.



Im Folgenden werden wichtige interne und externe Ressourcen näher beschrieben.

### Kontrollüberzeugungen

Das Konzept des „Locus of Control“<sup>49</sup> von Julian Rotter gehört zu den sozialen Lerntheorien<sup>50</sup> und ist eines der bekanntesten Konzepte der Gesundheitspsychologie<sup>51</sup>. Die Kontrollüberzeugung eines Menschen meint laut Rotter das Maß seiner Gewissheit, auf ihn einwirkende Ereignisse als Konsequenz des eigenen Verhaltens (internale Kontrollüberzeugung), oder als Folge von äußeren Umständen (externale Kontrollüberzeugung) zu betrachten. Dabei gelten die internen Faktoren aufgrund überzeugender eigener Fähigkeiten als mehrheitlich kontrollierbar, die externen aber, wie zum Beispiel Glück oder Schicksal, als wenig oder nicht kontrollierbar.

Für den Bereich der Gesundheitsförderung trifft das Konzept der Kontrollüberzeugungen in besonderem Maße zu. Das ist in verschiedenen Studien belegt worden.<sup>52</sup> Auf Personen mit vorwiegend interner Kontrollüberzeugung wirkt sich ihr Bewusstsein über eigene gesundheitsförderliche Fähigkeiten eher positiv auf die Gesunderhaltung bzw. Krankheitsüberwindung aus. Stressbezogene Situationen werden aufgrund ihrer subjektiv wahrgenommenen Kontrollierbarkeit dieser besser verarbeitet.<sup>53</sup> Jedoch „kann ein überzogener Anspruch nach Kontrolle die positiven Effekte des Kontrollerlebens zunichte machen oder letztlich sogar zu mehr Streß führen.“<sup>54</sup>

### Selbstwirksamkeit

Eine weitere soziale Lerntheorie, die besonderen Bezug zum Gesundheitsverhalten hat, ist die „Theory of Self-Efficacy“ von Albert Bandura. Die Theorie der

---

<sup>49</sup> Rotter 1966 zitiert nach Hornung und Gutscher 1994, S. 78

<sup>50</sup> vgl. Krampen 1989, S. 5f.

<sup>51</sup> vgl. Viehhauser 2000, S. 47

<sup>52</sup> vgl. Viehhauser 2000, S. 48

<sup>53</sup> vgl. Kohlmann 1990, S. 53

<sup>54</sup> Viehhauser 2000, S. 49



Selbstwirksamkeit wird oft als Erweiterung des Konzeptes der Kontrollüberzeugungen angesehen. Im Wesentlichen beinhaltet sie, dass die Motivation aus bestimmten Erwartungen an die Konsequenz eines Ereignisses resultiert, oder Erwartungen an die eigene Kompetenz, diesen Ereignissen zu begegnen, motivierend wirken.<sup>55</sup>

Die Konsequenz- oder Ergebniserwartung ist ein antizipatorisches Verhalten, welches die gesundheitsbezogene Handlungsfähigkeit eines Menschen dann positiv beeinflusst, wenn er davon überzeugt ist, dass ein bestimmtes Ereignis eine gewisse Folge seines Verhaltens ist.<sup>56</sup> Die darauf aufbauende Selbstwirksamkeitserwartung beschreibt die Überzeugung eines Menschen, über die Kompetenzen zu verfügen, ein wirksames und gerichtetes Verhalten ausführen zu können.<sup>57</sup> Insbesondere für Verhaltensänderungen ist Selbstwirksamkeit eine wesentliche Voraussetzung, denn das Wissen über mögliche positive Konsequenzen des eigenen Verhaltens, kann die Motivation für anstrengende Aufgaben erhöhen. Dabei kann das wiederholte Ausführen von anstrengenden Aufgaben mit der Zeit eine größere Selbstwirksamkeit aufbauen, da nach jeder Wiederholung die Ergebniserwartung angepasst wird. Hurrelmann führt dazu das Beispiel des Rauchentwöhnens an: Durch Zerlegung des gesamten Entwöhnungsprozesses in kleine Schritte, wird es dem zukünftigen Nichtraucher ermöglicht, Sicherheit und Erfolgserlebnisse zu erfahren. Am Ende ist der schrittweise Prozess zusammengesetzt und das gewünschte Entwöhnverhalten erreicht.<sup>58</sup>

Viehhauser verweist auf verschiedene Untersuchungen zum Konzept der Selbstwirksamkeit<sup>59</sup>, in denen ein positiver Einfluss von hoher Selbstwirksamkeitserwartung sowohl auf Risikoverhaltensprävention als auch auf gesund-

---

<sup>55</sup> vgl. Viehhauser 2000, S. 54

<sup>56</sup> vgl. Hurrelmann 2000, S. 46f.

<sup>57</sup> vgl. Hornung und Gutscher 1994, S. 78

<sup>58</sup> vgl. Hurrelmann 200, S. 47

<sup>59</sup> vgl. Viehhauser 2000, S. 57ff.

heitsförderliches Verhalten, auf Stressverarbeitung und Bewältigung chronischer Krankheiten nachgewiesen wurde.

### Hardiness

Ein zwar umstrittenes<sup>60</sup>, aber dennoch ähnlich wie Antonovskys Konstrukt Kohärenzgefühl wegweisend für die gesundheitswissenschaftliche Forschung<sup>61</sup>, ist das Hardiness-Konzept von Suzanne Kobasa. Hardiness lässt sich am besten als Widerstandskraft übersetzen. Kobasa ist der Überzeugung, dass gewisse Persönlichkeitsdispositionen entscheidend für die Stressbewältigung sind. Es sind das Engagement, die Kontrollfähigkeit und die Herausforderungsannahme einer Person, die sich positiv auf die Gesunderhaltung auswirken sollen.<sup>62</sup>

Engagierte Menschen bringen sich aktiv in ihre Umgebung ein. Sie sind neugierig und glauben an die Bedeutung ihres Handelns, im Gegensatz zu distanzierten Personen. Die Kontrollfähigkeit befreit den Menschen von Machtlosigkeit. Er kann auf ihn einwirkende Ereignisse beeinflussen, kann sie sich erklären und weiß mit ihnen umzugehen. Wenn er zudem Probleme als Herausforderungen begreift, aus ihnen lernt und Veränderungen im Leben zulässt, ist dies förderlich für die Persönlichkeitsentwicklung und damit für ein effektiveres Stressbewältigungshandeln.

Aufgrund der scheinbar willkürlichen Zusammenlegung von drei verschiedenen Persönlichkeitsmerkmalen ohne theoretische und empirische Klärung dieses Zusammenhanges wird ein wissenschaftlicher Disput geführt. Jedoch existieren eine Reihe von Studien, welche die Effektivität von Hardiness als Protektivfaktor belegen.<sup>63</sup>

---

<sup>60</sup> vgl. Viehhauser 2000, S. 70

<sup>61</sup> Suzanne Kobasa hat das Hardinesskonzept etwa zeitgleich zu Antonovskys Modell der Salutogenese gegen Ende der siebziger Jahre entwickelt.

<sup>62</sup> vgl. Schwenkmezger 1994, S. 56

<sup>63</sup> vgl. Schwenkmezger 1994, S. 57



## Kohärenzgefühl

Antonovskys Konstrukt Kohärenzgefühl wurde bereits zuvor als Teil seines Verständnisses eines salutogenen Paradigmas beschrieben. Kurz zusammengefasst ist es die individuelle Kompetenz, Ereignisse sich erklären, sie beeinflussen und in ihnen einen Sinn sehen zu können. Ein starkes Kohärenzgefühl ermöglicht es den Menschen, aus einer Reihe von Copingstrategien auszuwählen und damit Stressbelastungen gut zu bewältigen.<sup>64</sup>

## Erholungsfähigkeit

Sich von anstrengenden Ereignissen und Phasen erholen, sich aus stressbelasteten Situationen befreien und anschließend wieder Kraft tanken ist dem Menschen wahrscheinlich so nahe und alltäglich, dass dieser Prozess lange nicht wissenschaftlich untersucht wurde. Henning Allmer hat seine Forschungen zu dem Thema 1996 veröffentlicht. Er definiert Erholung als „Prozeß der Wiederherstellung der individuellen Handlungsvoraussetzungen“<sup>65</sup> und konzipiert sie als „beanspruchungsregulierende und gesundheitsförderliche Ressource (...), die den einzelnen in die Lage versetzt, mit Beanspruchungssituationen in ‚gesunder‘ Weise erholungsbezogen und protektiv auf die Gesundheitserhaltung Einfluß zu nehmen.“<sup>66</sup> Der Erholungsprozess wird durch vegetative und kognitive Vorgänge automatisch reguliert, kann aber durch eigenes Handeln unterstützt werden. Die Erholungsphase erfolgt nach einer Phase der Beanspruchung, deren Ende durch Ermüdung, psychischem Stress, psychischer Sättigung, Über- oder Unterforderung gekennzeichnet war.

Das Verhältnis von Erholung und Beanspruchung sollte ausgewogen sein. Werden durch Erholung die Beanspruchungsfolgen vollständig ausgeglichen, erweist sie sich als angemessene beanspruchungsregulierende Ressource.<sup>67</sup> So

---

<sup>64</sup> vgl. Bengel 2002, S. 30

<sup>65</sup> Allmer 1996, S. 24

<sup>66</sup> Allmer 1996, S. 4

<sup>67</sup> vgl. Allmer, S. 51



können Leistungsfähigkeit und Gesundheit wiederhergestellt beziehungsweise beibehalten werden.

Erholung hat aber auch vorbeugenden Charakter. Wird der Beanspruchungs-Erholungs-Zyklus unrhythmisch, führt dies zu weiterer Beanspruchung. Regelmäßige Erholung bewahrt den Menschen vor dieser Aufsummierung von Belastungen. Unregelmäßige oder fehlende Erholung bringt Gesundheitsbeeinträchtigungen mit sich.<sup>68</sup>

Die Erholungsfähigkeit dient als Mediator zwischen Belastung und Gesunderhaltung. Als Interventionsmöglichkeiten schlägt Allmer folgende Maßnahmen vor:<sup>69</sup>

**Personenbezogene Erholung:**

Verbesserung der individuellen Erholungskompetenz (rechtzeitige Erholung, optimale Nutzung der Erholungsphase, Distanzierung von der Beanspruchung, positive Orientierung auf anstehende Beanspruchung)

**Aufgabenbezogene Erholung:**

Optimierung der Organisation und Gestaltung von Tätigkeiten (Aufgabenwechsel, rechtzeitige Erholung)

**Umweltbezogene Erholung:**

umfasst die materiellen, räumlichen und sozialen Bedingungen (Erholungsangebote, Erholungsgebiete, soziale Interaktion)

**Veränderung der Anforderungsniveaus:**

Erhöhung oder Verringerung der Anforderung (Belastung oder Entlastung)

**Veränderung des Anregungsniveaus:**

Erhöhung oder Verringerung der Anregungen (Anspannung oder Entspannung)

---

<sup>68</sup> vgl. Allmer, S. 61

<sup>69</sup> vgl. Allmer, S. 79ff.



Zusammenfassend kann gesagt werden, dass trotz bescheidener empirischer Befundlage des Konzeptes<sup>70</sup> die Erholungsfähigkeit schon aufgrund ihrer Alltäglichkeit als wichtige Ressource verstanden werden kann. Dabei sind sowohl der kompensatorische als auch der präventive Charakter der Erholung zum Ausgleich von Beanspruchungen von Bedeutung.

Einen besonderen Stellenwert nimmt meiner Meinung nach die Erholung in der Natur ein. Diese Interventionsmöglichkeit ist universell einsetzbar. Meine Erfahrung in der Arbeit für Menschen mit geistigen Behinderungen hat mir gezeigt, dass ein Ausflug in den Wald, ein Strandspaziergang oder ein Picknick im Grünen viele gesundheitsförderliche Seiten haben. Die frische Luft bringt Sauerstoff in den Körper, die Atemwege werden gereinigt, dazu fördert die Bewegung die Herz-Kreislauf-Tätigkeit. Auch ein erfrischendes Bad regt den Stoffwechsel an. Vogelgezwitscher, Blätterrauschen und die grüne Farbe der Umgebung entspannen, senken den Blutdruck und bauen aggressives Verhalten ab. Natürlich ist die Natur nicht immer barrierefrei, aber mit guter Planung und Improvisationstalent lässt sich auch für gehbehinderte Menschen ein Ausflug in die Natur ermöglichen.<sup>71</sup>

### Genussfähigkeit

Die Fähigkeit zu Genießen stärkt das Wohlbefinden, schützt vor Depressionen und trägt damit zur Gesunderhaltung bei. Diesen Zusammenhang haben viele psychologische Studien bewiesen.<sup>72</sup> Ein allgemeines Interesse an befriedigenden Tätigkeiten (Hedonie<sup>73</sup>) und Lebensfreude stellen sich Vulnerabilitätsdispositionen wie Angst, Depression, Feindseligkeit, Ärger oder mangelndes Selbstbewusstsein, die als Prädiktoren für eine krankheitsanfällige Persönlichkeit gelten, entgegen.<sup>74</sup>

---

<sup>70</sup> vgl. Viehhauser 2000, S. 116

<sup>71</sup> weiterführend vgl. Public Health Forum 62: Schwerpunktthema „Natur und Gesundheit“

<sup>72</sup> vgl. Viehhauser 2000, S. 127

<sup>73</sup> aber nicht Hedonismus, was Genusssucht meint

<sup>74</sup> vgl. Schwenkmezger 1994, S. 53



Rainer Lutz definiert Genuss als „ein sinnliches Verhalten (...), bei dem ich mich auf ein lustvolles Erleben einlasse und mir dessen bewusst bin.“<sup>75</sup> Die drei Faktoren sinnlich, lustvoll und reflexiv sind demnach entscheidend für das emotionale Erleben des Genießens. Sinnlich meint eine positive Gefühlsbetonung, die über das rein kognitive Erfassen des Erlebnisses hinausgeht. Die lustvolle Komponente geht von der Lust als basalem Regulationsmechanismus aus, auf dem der Genuss fußt. Während aber auch Süchte durch das Lustprinzip gesteuert werden, gilt der Genuss als selbstkontrolliertes Verhaltensmuster. Hier setzt der Aspekt der Selbstreflexion an. Die Gefühle bewusst wahrzunehmen und Bedürfnisbefriedigung auch aufschieben zu können, ist ein wesentliches Merkmal des Genießens. Diese Form der Beschränkung geschieht freiwillig.<sup>76</sup>

Neben der beschränkenden Selbstregulationsfähigkeit ist aber auch die Aufmerksamkeitsfokussierung ein bedeutendes Merkmal der Genussfähigkeit. Genuss kann nur geschehen, wenn die Wahrnehmung der positiven Eindrücke lange genug und gerichtet erfolgt. Erst die Fokussierung erlaubt das Herausfiltern von Positiva aus den Sinneswahrnehmungen. Diese können dann wiederum als gesundheitsförderliche Ressource erkannt und genutzt werden.<sup>77</sup> Darüber hinaus können sich die positiven Emotionen aufsummieren, verstärken und somit der Gesunderhaltung dienen.<sup>78</sup>

### Positive Psychologie

Eine recht junge Strömung im Bereich der Gesundheitspsychologie ist der Ansatz der positiven Psychologie. „The aim of positive psychology is to catalyze a change in psychology from a preoccupation only with repairing the worst things in life to also building the best qualities in life.“<sup>79</sup> Mit diesen einleitenden

---

<sup>75</sup> Lutz, 1983, S. 12

<sup>76</sup> vgl. Lutz 1983, S. 12f.

<sup>77</sup> vgl. Viehhauser 2000, S. 126

<sup>78</sup> vgl. Viehhauser 2000, S. 127

<sup>79</sup> Seligmann 2002, S. 3





Worten im Handbook of Positive Psychology beschreibt der „Vater“ der Positiven Psychologie Martin Seligman sowohl Ziel als auch Inhalt dieser zum einen wissenschaftstheoretischen und zum anderen praxisorientierten Strömung in der modernen Psychologie. Ziel wäre es, einen Wandel in der Psychologie voranzutreiben, weg von der ausschließlichen Beschäftigung damit, die schlimmsten Dinge im Leben zu reparieren, hin zu, die besten Qualitäten im Leben aufzubauen.<sup>80</sup> Seligman erkannte, klassischen psychologische Therapie nicht ausreicht, um Phänomene wie Glück oder Freude zu erklären und diese in die praktische Arbeit einfließen zu lassen.

Positive Psychologie ist ressourcen- und potentialorientierte psychologische Forschung und Alltagspraxis. Prämissen und Konsequenzen der herkömmlichen psychologischen Diagnostik werden durch verschiedene positive Möglichkeiten erweitert, in dem Ressourcen und Optionen von Hilfesuchenden stärker gewichtet werden. Dem Unterlassen bzw. Sanktionieren von Fehlverhalten werden positive Zielvorgaben zur Seite gestellt. Dennoch wird Leben in der Positiven Psychologie nicht als garantiertes Happy End betrachtet. Positive Psychologie hat nichts mit dem trivialisierenden so genannten "positiven Denken" (à la Carnegie) zu tun. Der Ansatz der Positiven Psychologie ist keine Positiv-Negativ-Dichotomie, sondern eine Ermunterung zu mehr Ressourcenorientierung, denn auch die traditionelle Psychologie nimmt nicht ausschließlich defizitorientierte Sichtweisen ein. Bei genauerer Betrachtung der Inhalte und Ansätze der Positiven Psychologie wird deutlich, dass Probleme und Lösungsstrategien der Menschen in Forschung und Praxis sehr gut bekannt sind, das Wissen über Funktionsweise und Aktivierung der psychologischen Stärken aber weniger. Ziel der Positiven Psychologie ist es, eine vitale Balance des Blickes auf Stärken und Schwächen einer Person und ihrer Umgebung zu erreichen.<sup>81</sup>

---

<sup>80</sup> vgl. Loth 2003, S. 265

<sup>81</sup> vgl. Lopez/Snyder 2003, S. 4

Im Rahmen dieser Arbeit sollen zwei Ressourcen, die in einer positiv eingestellten Gesundheitspsychologie besonderen Stellenwert besitzen, näher erläutert werden. Es sind die Konzepte Optimismus und Humor.

## Optimismus

Optimisten sind Leute, die erwarten, dass gute Dinge geschehen. So definieren Charles Carver und Michael Scheier Optimismus als positiv geprägte Erwartungshaltung.<sup>82</sup> Es ist ein relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal, welches bewirkt, dass Menschen Ereignisse positiv deuten und zuversichtlich in die Zukunft schauen. Seligman schreibt dazu: „Pessimisten sind überzeugt, daß alles Unerfreuliche lange anhält, ihnen die Lebensfreude raubt und ihr eigener Fehler ist. Den Optimisten setzt das Leben mit ebenso harten Schlägen zu; doch sie denken über ihre Mißgeschicke anders. Sie halten Niederlagen für vorübergehend, betrachten sie lediglich als Rückschläge, die nur auf diesen einen Fall beschränkt bleiben.“<sup>83</sup> In seiner alltagspraktischen Anleitung zum Erlernen von Optimismus behauptet Seligman gar: „Pessimisten küsst man nicht“<sup>84</sup>. Meiner Meinung nach hat er Recht. Schlechtmacher und Teufel-an-die-Wand-Maler sind in der Regel nicht sehr beliebt und tendieren doch eher zum Einzelgängertum.<sup>85</sup> In dieser wie auch anderen Schriften zu dem Thema<sup>86</sup> stellt Seligman den Optimismus negativen Dispositionen wie Hilflosigkeit und Depression entgegen.<sup>87</sup> Diese negativen Einstellungen führen zu einem schlechten Wohlbefinden und damit zu schlechter Gesundheit. Für den Zusammenhang von Optimismus und subjektivem Wohlbefinden und Gesundheit führen Carver und Scheier einige Studien an.<sup>88</sup> Auch Viehhauser räumt dem gesundheitspsychologischen

---

<sup>82</sup> vgl. Carver und Scheier 2002, S. 231

<sup>83</sup> Seligman 1993, S. 11

<sup>84</sup> Seligman 1993

<sup>85</sup> Die Bedeutung von sozialer Unterstützung für die Gesundheit wird weiter unten beschrieben.

<sup>86</sup> vgl. auch Seligmann 2003: Der Glücksfaktor

<sup>87</sup> vgl. Seligman 2003, S. 144

<sup>88</sup> vgl. Carver und Scheier 2002, S. 233f.

Konzept des Optimismus einen hohen Stellenwert in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung und Praxis ein.<sup>89</sup>

Zur Unterscheidung von Optimisten und Pessimisten, greift Seligman auf zwei Erklärungsdimensionen zurück: die *Permanenz* und die *Allumfassendheit*.

Pessimisten glauben eher, dass negative Ereignisse durch Gründe entstanden sind, die sich *permanent* durch ihr Leben ziehen. In negativen Situationen kommunizieren sie mit Begriffen wie „immer“ oder „niemals“. Optimisten hingegen sehen die Ursachen schlechter Ereignisse als nur temporär beständig an.<sup>90</sup> Seligman führt dazu ein Beispiel an. Während der Pessimist nach einer gescheiterten Diät meint: „Diäten funktionieren langfristig nicht.“, sagt der Optimist: „Die Diät, die ich probiert habe, hat nicht funktioniert.“

In positiven Situationen ist es genau andersherum. Der Optimist führt sie eher auf permanent beständige gute Charaktereigenschaften zurück. Für den Pessimisten ist eher die derzeitige Stimmung oder der Anstrengungsgrad die Ursache für Erfolg. So könnte ein Lottogewinn von einem Optimisten damit erklärt werden, dass er ein Glückskind sei, der Pessimist hingegen spricht dann eher von einem Glückstag.

Ist die Permanenz der zeitliche Erklärungsansatz für die Ausprägung von optimistischer oder pessimistischer Erwartungshaltung, stellt die *Allumfassendheit* die räumliche Erklärungsdimension dar.<sup>91</sup> Pessimisten betrachten negative Ereignisse hier wieder in umfassenderem Maße. Seligman nennt diese Disposition universell. Sie ist derart universell, dass Pessimisten die Auswirkungen negativer Ereignisse auf ihr ganzes Leben übertragen. Optimisten neigen da eher zu einer spezifischen Betrachtungsweise. Für sie hat ein schlechtes Ereignis in einem bestimmten Lebensbereich zwar auch negative Auswirkungen, jedoch können und wollen sie auch in andere Lebensbereiche Kräfte investieren. Beispielsweise tendiert der Pessimist bei Arbeitsplatzverlust zu voll-

---

<sup>89</sup> vgl. Viehhauser 2000, S. 65

<sup>90</sup> vgl. Seligman 2003, S. 151f.

<sup>91</sup> vgl. Seligman 2003, S. 154ff.



ständiger Resignation, der Optimist wiederum konzentriert seine frei werdenden Kräfte auf die Familie, Freundschaften oder die Freizeitgestaltung.

Bei positiven Ereignissen sind es hingegen die Optimisten, die in ihrer Ursachenzuschreibung verallgemeinern. Ist etwas Gutes passiert, wird sich diese positive Energie auch auf andere Lebensbereiche auswirken. Pessimisten bleiben in ihrer Sicht beschränkt. So könnte sich ein pessimistischer Schüler eine gute Note damit erklären, dass er gerade in diesem Fach gut wäre. Der Optimist wird sich denken, dass er eben einfach gut sei.

Pessimismus und Optimismus kommen in keinem Menschen als absolute Extrema vor und sind vor allem keine unabänderlichen Persönlichkeitsmerkmale. Seligman sagt: „Optimismus kann man lernen“<sup>92</sup>. Und zwar durch systematisches Trainieren der eigenen Stärken und dem Erlernen positiver Erklärungsmuster. Seligman schlägt zum Durchbrechen negativer Gedankenspiralen die „ABC-Strategie“ vor. Kommt es zu einem zunächst negativ bewerteten Ereignis, ist es wichtig, das bis dahin erlernte und ritualisierte pessimistische Verhalten zu stoppen und sich der eigenen Gedanken klar zu werden. Nach Seligman<sup>93</sup> verlaufen sowohl negative als auch positive Gedankenmuster nach einem Schema. Er nennt es das *ABC der Reaktionen*:

„Wenn wir auf ‚Adversity‘ (Not, Unglück, negatives Ereignis) stoßen, dann denken wir zunächst darüber nach. Unsere Gedanken verfestigen sich schnell zu ‚Beliefs‘ (Glaubenssätze, Überzeugungen). Diese Überzeugungen können so sehr zur Gewohnheit werden, daß wir sie gar nicht mehr bemerken, wenn wir innehalten und uns auf sie konzentrieren. Und sie sind nicht nur einfach da, sondern sie haben ‚Consequences‘ (Konsequenzen). Die Überzeugungen sind die direkten Ursachen unserer Gefühle und unserer nächsten Handlungsschritte. Sie können den Unterschied

---

<sup>92</sup> Seligman 1993

<sup>93</sup> vgl. Seligman 1993, S. 258f.



zwischen Mutlosigkeit und Resignation einerseits und Wohlbefinden und konstruktiven Handlungen andererseits ausmachen.“<sup>94</sup>

Um aus dem Teufelskreis negativ besetzter Gedanken- und Handlungsmuster auszubrechen, muss der Zusammenhang innerhalb dieser Reaktionskette erkannt werden. Seligman schlägt zweierlei Wege vor, ein negatives Reaktionsmuster zu durchbrechen. Erstens durch *Ablenkung*, also der Verschiebung der Aufmerksamkeit auf andere Dinge. Ein ritualisiertes Stop-Signal als einleitender Gedanke ist dabei von Vorteil.<sup>95</sup> Zweitens kann als tiefgreifendere Lösung ein *innerer Disput* geführt werden. Das Problem wird auf einer Metaebene betrachtet und analysiert. Für und Wider bestimmter Gedankengänge werden aufgewogen und Beweise, Alternativen, Implikationen und Nutzen des Ereignisses bzw. der Gedanken über das negative Ereignis diskutiert.<sup>96</sup> Zusammenfassend schreibt Seligman: „Haben Sie die Gewohnheit erworben, negative Überzeugungen anzufechten, wird Ihr Alltagsleben viel leichter, und Sie fühlen sich erheblich glücklicher.“<sup>97</sup>

Für die gesundheitspsychologische Forschung hat die Ressource Optimismus einen hohen Stellenwert.<sup>98</sup> Jedoch weist Viehhauser auf die Gefahren eines unrealistisch überhöhten Optimismus hin, der eine motivationsreduzierende Wirkung auf gesundheitsförderliches Verhalten haben kann.<sup>99</sup> Seligman nennt den unrealistische Haltung „blinder Optimismus“. Dem gegenüber stellt er den „flexiblen Optimismus“ – einen „Optimismus mit offenen Augen. Wir müssen in der Lage sein, bei Bedarf den scharfen Wirklichkeitssinn des Pessimismus zu nutzen, ohne jedoch ständig im Schatten des Pessimismus leben zu müssen.“<sup>100</sup>

---

<sup>94</sup> Seligman 1993, S. 259

<sup>95</sup> vgl. Seligman 1993, S. 267f.

<sup>96</sup> vgl. Seligman 1993, S. 269ff.

<sup>97</sup> Seligman, S. 289

<sup>98</sup> vgl. Viehhauser 2000, S. 65f, Schwarzer 1996, S. 16

<sup>99</sup> vgl. Viehhauser 2000, S. 66

<sup>100</sup> Seligman 1993, S. 366

## Humor

Der Volksmund sagt: „Lachen ist die beste Medizin.“ In meiner Arbeit mit Menschen mit geistigen Behinderungen lache ich viel. Vielleicht ist das ein Grund dafür, dass ich trotz der oft stressbelasteten Arbeit nur selten erkrankte. Lefcourt<sup>101</sup> und Viehhauser<sup>102</sup> veröffentlichen in ihren Publikationen zum Thema Lachen und Humor zahlreiche Untersuchungsergebnisse über den Zusammenhang von Humor und Gesundheit. Lachen erhöht in beachtlichem Maße<sup>103</sup> die Atmungsaktivität, den Sauerstoffaustausch und die Muskelaktivität. Es regt die Produktion von Katecholaminen und Endorphinen an. Diese Hormone stimulieren das sympathische Nervensystem und damit das Herz-Kreislauf-System, heben die Stimmung und führen zu einer Schmerzreduktion. Die sympathische Erregung wird aber bald zurückgefahren und der Körper tritt in eine Entspannungsphase ein, in welcher der Blutdruck und die Muskelspannung sinken und die Atmung und der Herzschlag auf ein normales Level zurückgehen. Lachen regt auch das Immunsystem an. Viehhauser zitiert Untersuchungen, in denen Lachen eine Erhöhung von Immunglobulin A, eine Zunahme von T-Lymphozyten und eine vermehrte Aktivität der Killerzellen auslöste.<sup>104</sup>

Ebenso wurde die positive Wirkung von Humor als Stressmediator in zahlreichen Studien nachgewiesen.<sup>105</sup> Lachen befreit aus stressbelasteten Situationen, in dem eine Distanz aufgebaut wird, die überbrückend ist oder sogar Absurdes in der Situation ausmacht. Diese Distanzierungsfähigkeit hat besonders in selbstreferentieller Hinsicht einen hohen Stellenwert. Über sich selbst lachen und sich von außen betrachten zu können, gilt als wichtige Stressbewältigungsressource.

---

<sup>101</sup> vgl. Lefcourt 2002, S. 623ff.

<sup>102</sup> vgl. Viehhauser 2000, S. 135ff.

<sup>103</sup> Die Effekte intensiven Lachens sind vergleichbar mit den Wirkungen sportlicher Betätigung.

<sup>104</sup> vgl. Viehhauser 2000, S. 136

<sup>105</sup> vgl. Viehhauser 2000, S. 137



Lachen hat darüber hinaus eine starke soziale Komponente. Sein interaktiver Charakter verbindet Menschen.<sup>106</sup> Der soziale Zusammenhalt wird gefestigt, in dem durch das Lachen emotionale Nähe betont wird und ein positives Gruppengefühl entsteht. Das wiederum ist wichtig für die gesundheitsförderliche Wirkung der sozialen Unterstützung.

### Soziale Unterstützung

Abschließend soll die meiner Meinung nach wichtigste Ressource, die dem Menschen ein umfassendes Wohlbefinden bringen kann, betrachtet werden: die soziale Unterstützung. Sie gilt als externe Ressource, die von der sozialen Umwelt ausgeht. Leppin und Schwarzer unterteilen sie in *soziale Integration* und *soziale Interaktion*.

*Soziale Integration* meint die Einbettung in ein soziales Netzwerk als Abwehr von sozialer Isolation. Sie misst sich am Familienstand, an der Zahl der Verwandten, Freunde und Bekannten, an der Häufigkeit von Kontakten oder an der Qualität der sozialen Einbettung.

Die *soziale Interaktion* hingegen ist ein Aktivposten, der dann zum tragen kommt, wenn Probleme gelöst oder Zustände mit Hilfe anderer verändert werden sollen.<sup>107</sup>

Die wohltuende Wirkung sozialer Unterstützung basiert auf zwei Effekten. Zum einen bringt die soziale Integration Stabilität in das Leben eines Menschen. Das Wissen, im Notfall Hilfe erwarten zu können, beruhigt und entspannt. Zum anderen hat die soziale Interaktion einen Puffereffekt, der in einer Bedarfssituation zum tragen kommt.<sup>108</sup> In Belastungssituationen gibt der soziale Rückhalt eine psychologische Verstärkung, der den Bewältigungsprozess erleichtern kann. Zudem bietet er aktive Unterstützung an, wie beispielsweise die finanzielle Hilfe durch Verwandte oder Gespräche mit Freunden. Ganz

---

<sup>106</sup> Es sei denn, jemand wird ausgelacht und damit ausgegrenzt, was eher konflikträchtig ist.

<sup>107</sup> vgl. Leppin und Schwarzer 1997, S. 349, Schwarzer 2000, S. 52

<sup>108</sup> vgl. Schwarzer 2000, S. 59

besonders förderlich wirken sich emotionale Nähe, Zusammenhalt, Akzeptanz und Konfliktfreiheit auf die Gesundheit aus.<sup>109</sup> Aus meiner Erfahrung heraus sind es genau diese Faktoren, die ein Gruppenwohlbefinden ermöglichen. Die allgemeine Stimmung in einer Gruppe aus Menschen ob mit oder ohne Behinderung konstituiert sich im Wesentlichen durch die Unterstützung der Individuen untereinander.

### 1.2.3 Methoden und Maßnahmen

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung gibt mit ihrer salutogenen Ausrichtung und den drei Handlungsstrategien und fünf Handlungsfeldern die methodische Orientierung für gesundheitsförderliche Maßnahmen vor. Die Beziehung dieses mehrdimensionalen Ansatzes auf körperliche, seelische, soziale und ökologische Bereiche betont zudem das ganzheitliche Konzept einer gesundheitsförderlichen Methodik. Blättner spricht von einem Paradigmenwechsel von der Gesundheitsaufklärung und -erziehung hin zu moderneren und wirksameren Strategien wie die Gesundheitsbildung:

„Gesundheitsaufklärung meint die (meist massenmediale) Vermittlung von Informationen über Gesundheit; Gesundheitserziehung bezieht sich auf Programme zur Verhaltensänderung, meist bei Kindern und Jugendlichen (beide arbeiten nach dem Risikofaktorenkonzept). Gesundheitsförderung ist ein Sammelbegriff für alle nicht-therapeutischen, gesundheitsbezogenen Interventionen. Im engen Sinn meint sie Verhältnisprävention im Setting-Ansatz und eine Orientierung an den Ideen der Ottawa-Charta für Gesundheit (1986). Gesundheitsbildung bezieht sich auf Kompetenzstärkung bei Erwachsenen.“<sup>110</sup>

Blättner beschreibt zwei zentrale Methoden: den Setting-Ansatz und die Kompetenzstärkung. Kompetenzstärkung wird auch als Empowerment bezeichnet.

---

<sup>109</sup> vgl. Viehhauser 2000, S. 92

<sup>110</sup> Blättner 1997, S. 119





Neben dem Empowerment gelten die Partizipation, die Strukturentwicklung, das Multiplikatorenkonzept, die Niedrigschwelligkeit, die Nachhaltigkeit und die Evaluation als methodische Kernkomponenten von gesundheitsförderlichen Maßnahmen.<sup>111</sup>

Gesundheitsförderliche Maßnahmen wie Gesundheitsberatung, Gesundheitsbildung, gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit, Gesundheitstraining und Gesundheitsselbsthilfe finden in Settings, also in den Lebenswelten der Adressaten statt. Die allgemeinen Anforderungen an den Setting-Ansatz und die gesundheitsförderlichen Maßnahmen werden folgend dargestellt. Dabei werden auch Gesundheitsaufklärung und Gesundheitserziehung beschrieben. Wie bereits erwähnt, sind diese beiden Methoden nicht optimal, haben in gewissen Bereichen aber dennoch weiterhin ihre Berechtigung.

### Setting-Ansatz

In den Gesundheitswissenschaften versteht man als Setting ein soziales System<sup>112</sup> beziehungsweise die Lebenswelt<sup>113</sup> von Adressaten von gesundheitsförderlichen Maßnahmen. Die Bedingungen in Settings beeinflussen die Gesundheit und können gestaltet werden. In der Ottawa-Charta wird mit den Handlungsfeldern „Entwicklung persönlicher Kompetenzen“, „Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten“ und „Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen“ der Setting-Ansatz grundsätzlich charakterisiert. Gemeint sind die Veränderung von Verhalten und Verhältnissen und das Vernetzen der Akteure und Gegebenheiten.

Der Setting-Ansatz ist gekennzeichnet durch partizipative, niedrigschwellige, systemische, kompetenzstärkende, nachhaltige und qualitätsgesicherte Angebote. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung betrachtet diese

---

<sup>111</sup> vgl. Engelmann und Halkow 2008, S. 3, 43ff.; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2007, S. 18ff.

<sup>112</sup> vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2000, S. 100

<sup>113</sup> vgl. Engelmann und Halkow 2008, S. 12



zusammenwirkenden Kriterien als unabdingbar für eine gute gesundheitsförderliche Praxis.<sup>114</sup>

Soziale Systeme beziehungsweise Lebenswelten, in denen diese Gesundheitsbedingungen optimal, also nach den genannten Kriterien beeinflusst werden können, sind oft zweckrationale Organisationen. Weniger formalisierte Lebensbereiche eignen sich weniger.<sup>115</sup> Zu den von der Weltgesundheitsorganisation aufgebauten oder initiierten Settings gehören die Projekte „Gesunde Städte“, „Gesundheitsförderliche Schule“, „Gesundheitsförderlicher Betrieb“, „Gesundheitsförderliches Krankenhaus“, „Gesunde Regionen“, „Gesundheitsförderliche Gefängnisse“ oder „Gesundheitsförderliche Hochschulen“. Diese Liste lässt sich auf viele andere Organisationsformen erweitern, in denen die Gesundheit von Menschen beeinflusst werden kann.

Zur Erreichung von nachhaltigen Effekten, so Hurrelmann und Laser, reicht es nicht aus „ein Setting nur als die organisatorische Basis von Interventionsprogrammen zu nutzen, ohne zugleich grundsätzliche Veränderungen im Ablauf und in der Organisationsform des Settings einzuleiten.“<sup>116</sup> Wichtig ist also die „Integration gesundheitsfördernder Aspekte in die gesamten Funktionsbedingungen eines Settings, in seine Struktur, in seine Kultur, seine Prozesse und die Routinen des alltäglichen Setting-Lebens.“<sup>117</sup>

In den verschiedenen Settings werden unterschiedliche Methoden der Gesundheitsförderung angewendet. Je nach den vorhandenen Strukturen, den Zugangsmöglichkeiten und der Erreichbarkeit der Adressaten werden auf Maßnahmen wie Gesundheitsaufklärung und -beratung, Gesundheitserziehung und -bildung, gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit, Gesundheitstraining und Gesundheitsselbsthilfe zurückgegriffen. Im Folgenden werden diese Maßnahmen beschrieben.

---

<sup>114</sup> vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2007, S. 18ff.

<sup>115</sup> vgl. Engelmann und Halkow 2008, S. 31

<sup>116</sup> Hurrelmann und Laser 2006, S. 770

<sup>117</sup> Engelmann und Halkow 2008, S. 33



## Gesundheitsaufklärung und -beratung

Waller sieht Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsberatung als verwandte Methoden an, welche beide die gesundheitsbezogene Informationsvermittlung zum Ziel haben.<sup>118</sup> Sie unterscheiden sich im Grad der Individualität der Kommunikation. Gesundheitsaufklärung erfolgt als zielgruppenorientierte Kommunikation durch Einsatz von Massenmedien wie Rundfunk, Fernsehen, Zeitschriften, Bücher oder Broschüren. Die individuelle Kommunikation in der Gesundheitsberatung geschieht in Gesprächen.

Die motivationale Komponente kann in beiden Formen unterschiedlich sein. So können durch Angstappelle, Modelllernen oder Vermittlung von Sachinformation die Ziele erreicht werden. Waller meint, dass Angst aber kein guter Motivator wäre, sondern eher zu Verdrängungsreaktionen führt.<sup>119</sup> Dahingegen sind das Modelllernen und die Vermittlung von Sachinformation besser geeignet, um das gesundheitsrelevante Verhalten von Menschen zu beeinflussen.

Für Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen ist gerade das Modelllernen, welches hauptsächlich durch Beobachtung und Imitation erfolgt, der optimale Weg zur Vermittlung von gesundheitsförderlichem Verhalten. Verwandte und Freunde von Menschen mit geistigen Behinderungen und Beschäftigte in der Behindertenhilfe müssen sich deshalb ihres Vorbildcharakters bewusst sein.

## Gesundheitserziehung und -bildung

Auch Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung sind verwandte Methoden im Bereich der gesundheitsrelevanten Wissensvermittlung. Der Unterschied zwischen den beiden Methoden liegt hauptsächlich im Alter der Adressaten.<sup>120</sup> So findet Gesundheitserziehung eher im Kindes- und Jugendalter an den Orten statt, an denen sich die Kinder und Jugendlichen vorwiegend aufhal-

---

<sup>118</sup> vgl. Waller 2006, S. 214

<sup>119</sup> vgl. Waller 2006, S. 214

<sup>120</sup> vgl. Waller 2006, S. 219



ten, also im Elternhaus, im Kindergarten, in der Schule und in Sport- und Freizeiteinrichtungen. Gesundheitserziehung ist expertenorientiert. Das können die Eltern sein, die aufgrund ihrer eigenen Gesundheitserziehung ein Alltagsverständnis von Gesunderhaltung besitzen oder aber (meist medizinisch) ausgebildete Experten.<sup>121</sup>

Gesundheitsbildung richtet sich an Erwachsene und ist gekennzeichnet durch Freiwilligkeit sowie teilnehmerorientiertes und soziales Lernen und ist vorwiegend gesundheits- statt krankheitsorientiert.<sup>122</sup> Sie findet vornehmlich in Volkshochschulen und Familienbildungsstätten statt. Als Kriterien guter Gesundheitsbildung formuliert Haug, dass sie theoretisch fundiert aber dennoch allgemeinbildend, ganzheitlich und interdisziplinär informativ, zur Selbstverantwortung beitragend und aktivierend-partizipativ sein soll.<sup>123</sup>

Für Erwachsene mit geistigen Behinderungen sind aufgrund der sehr unterschiedlich ausgeprägten kognitiven Fähigkeiten beide Methoden anwendbar. Aber aufgrund der Kriterien der aktivierenden Partizipation und der Betonung der Selbstverantwortung sollte die Gesundheitsbildung in den Vordergrund treten.

### Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit

Gemeinwesenarbeit hat als Teilgebiet der Sozialen Arbeit viele Facetten. Im Gegensatz zur sozialen Einzelfall- oder Gruppenarbeit findet sie in weiter gefassten sozialräumlichen Bereichen wie Stadtteilen, Quartieren, Kommunen oder Milieus Anwendung. Diese lokale Ausrichtung aber auch die Koordination, Vernetzung, Ressourcenorientierung, Aktivierung und Partizipation sind Grundprinzipien der Gemeinwesenarbeit.<sup>124</sup>

Die gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit ist ein Teil der Gemeinwesenarbeit, in dem sich die Bereiche Soziale Arbeit und Gesundheitswissenschaft

---

<sup>121</sup> vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2000, S. 38

<sup>122</sup> vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2000, S. 36

<sup>123</sup> vgl. Haug 1991, S. 405f.

<sup>124</sup> vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2000, S. 35



überschneiden. Im Sinne der Ottawa-Charta und ihrer Handlungsstrategien und Handlungsfelder werden gesundheitsförderliche Projekte quartiers- oder milieubezogen durchgeführt. Als Beispiel hierfür sind die „Gesunde-Städte-Projekte“ der Weltgesundheitsorganisation zu nennen.

Die Forderung nach Teilhabe von Menschen mit Behinderungen an der Gemeinschaft findet gerade auf dem Gebiet der (gesundheitsbezogenen) Gemeinwesenarbeit eine potente Methode zur Umsetzung dieses Zieles.

### Gesundheitstraining

Beim Gesundheitstraining geht es neben der Wissensaneignung vor allem um das praktische Erlernen oder Steigern von gesundheitsrelevanten Fähigkeiten. Jedoch wird es vorwiegend im Rahmen der sekundären und tertiären Prävention sowie stationären und ambulanten Rehabilitation von beispielsweise Krankenkassen angeboten. Das Erlernen von Entspannungsmethoden, Nichtrauchertraining, Gewichtsreduktion oder Herz-Kreislauf-Training sind Beispiele für präventive beziehungsweise rehabilitative Gesundheitstrainings. Trainings im Bereich der Gesundheitsförderung mit salutogener Ausrichtung und Kompetenzorientierung werden erst seit kurzem in die Programme aufgenommen. Ein Trend weg von Risikovermeidung hin zu Ressourcenorientierung ist erkennbar. Die Trainings sind immer mehr interdisziplinär und teilnehmerorientiert, das heißt sie haben keinen Vortragscharakter sondern beziehen die Adressaten aktiv in das Training ein, es werden verschiedene Medien eingesetzt, sie werden in entsprechenden Räumlichkeiten durchgeführt und sind interkommunikativ, zum Beispiel durch eine gesprächsfördernde Sitzordnung.<sup>125</sup>

Der praktische Ansatz von gesundheitsfördernden Trainings ist im Bereich der Hilfe für Menschen mit geistigen Behinderungen eine sehr gut geeignete Möglichkeit, gesundheitsrelevante Fähigkeiten zu vermitteln beziehungsweise zu festigen oder zu steigern. Reine Wissensvermittlung ist aufgrund der gegebenen kognitiven Einschränkungen oder Aufmerksamkeitsdefizite oft

---

<sup>125</sup> vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2000, S. 54f.

nicht ausreichend oder möglich. Das praktische Erlernen von gesundheitsförderlichem Verhalten ist je nach Möglichkeiten des Menschen mit geistiger Behinderung meist die bessere Wahl.

### Gesundheitsselbsthilfe

„Gesundheitsförderung wird realisiert im Rahmen konkreter und wirksamer Aktivitäten von Bürgern in ihrer Gemeinde.“<sup>126</sup> Dieses Bekenntnis der Weltgesundheitsorganisation zur Selbstbestimmung der Menschen über die ihre Gesundheit und deren Förderung im Handlungsfeld „Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen“ unterstreicht die Wichtigkeit von Gesundheitsselbsthilfe.

Unter Selbsthilfe verstehen Braun und Opielka das „freiwillige, selbstbestimmte und auf Eigeninitiative beruhende Engagement“ um „aktiv auf wahrgenommene Defizite im eigenen Lebensbereich zu reagieren“<sup>127</sup>. Die Defizitorientierung zeigt an, dass die klassische Selbsthilfe eher präventiven oder rehabilitativen Charakter hat. Ressourcenorientierte Selbsthilfe ist ein relativ junges und kleines Feld, welches aber im Wachstum ist.<sup>128</sup> Waller unterteilt Selbsthilfe in individuelle Selbsthilfe und soziale Selbsthilfe. Die *individuelle Selbsthilfe* ist nichts anderes als das individuelle Gesundheitsverhalten, ohne andere einzubeziehen. Die *soziale Selbsthilfe* stellt eine gegenseitige Hilfestellung in Netzwerken dar.<sup>129</sup> Diese Netzwerke werden auch als Selbsthilfegruppen bezeichnet. Selbsthilfegruppen können „auf solidarische Weise gemeinsam Lösungen für besondere Lebenssituationen und Lebenskrisen anstreben“<sup>130</sup>.

Örtliche Selbsthilfegruppen und überregionale Selbsthilfeorganisationen wie beispielsweise der bundesweit vertretene Lebenshilfe e.V. sind Unterstützer und Interessenvertreter für Menschen mit geistigen Behinderungen. Über

---

<sup>126</sup> Weltgesundheitsorganisation 1986, S. 4

<sup>127</sup> Braun und Opielka 1992, S. 43

<sup>128</sup> vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2000, S. 100

<sup>129</sup> vgl. Waller 2006, S. 103

<sup>130</sup> Braun und Opielka 1992, S. 43



sie können auch gesundheitsrelevante Themen in den Alltag einfließen beziehungsweise entsprechende Erfahrungen ausgetauscht werden. Es können aber auch die oben genannten Methoden der Gesundheitsförderung, wie zum Beispiel Gesundheitstrainings organisiert werden.

### 1.3 Zusammenfassung

Das Verständnis von Gesundheit und Krankheit hat sich seit der Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts gewandelt. Gesund bedeutet nicht länger nur stark, kräftig und geschwind. Die Weltgesundheitsorganisation sieht Gesundheit als Wohlbefinden an, welches sich auch bei Vorhandensein von Krankheit oder Gebrechen einstellen kann.

Die modernen Sozial- und Gesundheitswissenschaften haben erkannt, dass es nicht die eine Gesundheit gibt. Vielmehr lässt sich von Gesundheit(en) beziehungsweise Gesundheitszuständen sprechen. Antonovsky bezeichnete dies als Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, in dem sich der Gesundheitszustand des Menschen dynamisch und kontinuierlich verändert. Dabei war für Antonovskys Forschung interessant, was Menschen gesund erhält. Er interessierte sich für Protektivfaktoren und Ressourcen der Gesundheit und damit für ihre Entstehung. Antonovsky bezeichnete dieses Konzept als Salutogenese.

Die Ressourcenorientierung der Salutogenese war wegweisend für die gesundheitswissenschaftliche Forschung. Die Verbesserung von Lebensweisen und Lebensbedingungen als Grundlage für ein gesundheitsförderliches Leben fasste die Weltgesundheitsorganisation in ihrer Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung in zentralen Thesen zusammen. Die Thesen durchdringen alle Lebensbereiche. Die Forderung nach „Gesundheit für alle“ ist das zentrale Anliegen der Weltgesundheitsorganisation, welches gerade für Menschen mit Behinderungen gelten muss.

Die Förderung von Gesundheit setzt bei den Ressourcen der Menschen an. Diese Stärken, Fähigkeiten, Potentiale oder Schutzfaktoren sind unterschied-



lichster Art. Es sind interne und externe Faktoren, welche die Widerstandskraft erhöhen und zur Krankheitsbewältigung wesentlich beitragen. Es sind Kompetenzen wie die Selbstregulationsfähigkeit durch Kontrollüberzeugungen, Selbstwirksamkeit oder Hardiness. Oder das Gefühl des Vertrauens in sich selbst und seine Umwelt. Antonovsky bezeichnet es als Kohärenzgefühl. Es sind aber auch die Fähigkeiten, genießen oder sich erholen zu können, die den Menschen gesund erhalten. Eine positive Lebenseinstellung, die sich durch Optimismus und Humor zeigt und die Einbettung in ein unterstützendes soziales Umfeld runden einen gesundheitsförderlichen Lebensstil ab. Menschen mit geistigen Behinderungen diese Ressourcen mit auf ihren Weg zu geben und ihnen damit ein Leben voller Wohlbefinden zu ermöglichen, sollte für alle Bezugspersonen, ob Eltern, Verwandte, Freunde oder professionelle Betreuer, von großer Bedeutung sein.

Dafür stellen sozial- und gesundheitswissenschaftliche Forschung und Praxis allen Beteiligten verschiedene Methoden bereit. In der jeweiligen Lebenswelt, dem Setting, welches vielleicht der Arbeitsplatz, die Wohngemeinschaft, die Freizeit- oder Sporteinrichtung oder der Stadtteil ist, kann durch Gesundheitstrainings und Gesundheitsbildung, durch Selbsthilfeaktivitäten oder durch Gemeinwesenarbeit die Gesundheit gefördert werden.

Im Rahmen dieser Arbeit werde ich Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung im Setting Wohngemeinschaft beziehungsweise Tagesbetreuung konzipieren. Zunächst folgt im anschließenden Kapitel eine Auseinandersetzung mit dem Begriff der geistigen Behinderung und den Auswirkungen verschiedener Definitionsparadigmen auf das Verständnis und die Lebenswelt von Menschen mit intellektuellen Einschränkungen.





## 2 Geistige Behinderung

### **Das Land der Hinkenden**

*Christian Fürchtegott Gellert*

Vor Zeiten gabs ein kleines Land,  
Worinn man keinen Menschen fand,  
Der nicht gestottert, wenn er redte,  
Nicht, wenn er gieng, gehinket hätte;  
Denn beides hielt man für galant.

Ein Fremder sah den Uebelstand;  
Hier, dacht er, wird man dich im Gehn bewundern müssen,  
Und gieng einher mit steifen Füßen.  
Er gieng, ein jeder sah ihn an,  
Und alle lachten, die ihn sahn,

Und jeder blieb vor Lachen stehen,  
Und schrie: Lehrt doch den Fremden gehen!

Der Fremde hielt für seine Pflicht,  
Den Vorwurf von sich abzulehnen.  
Ihr, rief er, hinkt; ich aber nicht:

Den Gang müßt ihr euch abgewöhnen!  
Der Lärmen wird noch mehr vermehrt,  
Da man den Fremden sprechen hört.  
Er stammelt nicht; genug zur Schande!  
Man spottet sein im ganzen Lande.

In diesem Gedicht hat Christian Fürchtegott Gellert bereits im Jahr 1769 sehr aufschlussreich veranschaulicht, dass die Definition von Behinderung eine Frage der Sichtweise, des Standpunktes beziehungsweise des Kontextes ist. Das folgende Kapitel wird sich mit verschiedenen Definitionen und Verständnissen von geistiger Behinderung auseinandersetzen. Dabei wird geistige Behinderung medizinisch diagnostiziert, sozialrechtlich kategorisiert, pädagogisch erklärt, von der AAIDD definiert, systemtheoretisch verstanden sowie die Sichtweise der ICF dargelegt. Jeder dieser Definitionsansätze wird beurteilt und seine Relevanz für diese Arbeit herausgestellt.



Der zweite Teil dieses Kapitels beschäftigt sich mit der Frage des Älterwerdens von Menschen mit geistigen Behinderungen. Zunächst werden dafür generelle Alterstheorien erklärt und Schlussfolgerungen über deren Auswirkungen auf die Erkenntnisse über den Lebensabend von Menschen mit geistigen Behinderungen gezogen. Abschließend werden die Besonderheiten von Gesundheit und Bedürfnissen von alternden Menschen mit geistigen Behinderungen dargestellt.

## 2.1 Verständnisse von geistiger Behinderung

Wenn Schulte sagt: „Das Bedürfnis nach Definition von Behinderung liegt auf Seiten der Nichtbetroffenen“<sup>131</sup>, versteht sie das Attribut „behindert“ als Ausschlusskategorie. Die Betroffenen werden von der Gruppe der Nichtbetroffenen per Definition getrennt. Die Nichtbetroffenen, die sich in der Mehrheit wähnen, sehen sich als Norm und kennzeichnen „die vermeintlich Abweichenden“<sup>132</sup> als abnorm. Doch was bedeutet eigentlich „Behindert sein.“? Müsste es nicht eher heißen: „Behindert werden!“? Ist das Verständnis von Behinderungen starr oder ist es je nach Blickwinkel flexibel? Lösen sich Behinderungen womöglich sogar unter alternativen Betrachtungsweisen auf? Im Folgenden werden diese Fragen mit dem Fokus auf Menschen, die wir geistig behindert nennen, erörtert. Falls der Leser dabei über mögliche unglückliche oder schwerverständliche Satzkonstruktionen stolpern sollte, möchte ich meinen: Mit Behinderungen ist stets zu rechnen!

### 2.1.1 Medizinische Diagnose

Der Pschyrembel definiert geistige Behinderung als „angeborene oder frühzeitig erworbene Intelligenzstörung, die mit einer Beeinträchtigung des Anpas-

---

<sup>131</sup> Schulte 1998, S. 25

<sup>132</sup> Schulte 1998, S. 25



sungsvermögens einhergeht.“<sup>133</sup> Sie wird in verschiedene Schweregrade unterteilt, die anhand des Intelligenzquotienten klassifiziert werden. Eine medizinisch-diagnostische Unterteilung findet sich in der ICD-10.

Die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ in ihrer 10. Revision (kurz: ICD-10) diagnostiziert im Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ geistige Behinderung als „Intelligenzminderung“. Intelligenzminderung wird als ein „Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten“<sup>134</sup> verstanden. Dabei wären besonders beeinträchtigt „Fertigkeiten, die sich in der Entwicklungsperiode manifestieren und die zum Intelligenzniveau beitragen, wie Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten.“<sup>135</sup>

Die Intelligenzminderung wird anhand standardisierter Intelligenztests festgestellt. Der ermittelte Intelligenzquotient dient der Einteilung in verschiedene Schweregrade, die unter den Kodierschlüsseln F70 bis F79 wie folgt beschrieben werden:

#### F70 Leichte Intelligenzminderung:

→ *IQ-Bereich von 50-69 (bei Erwachsenen Intelligenzalter von 9 bis unter 12 Jahren). Lernschwierigkeiten in der Schule. Viele Erwachsene können arbeiten, gute soziale Beziehungen unterhalten und ihren Beitrag zur Gesellschaft leisten.*

#### F71 Mittelgradige Intelligenzminderung:

→ *IQ-Bereich von 35-49 (bei Erwachsenen Intelligenzalter von 6 bis unter 9 Jahren). Deutliche Entwicklungsverzögerung in der Kindheit. Die meisten können aber ein gewisses Maß an Unabhängigkeit erreichen und eine ausreichende Kommunikationsfähigkeit und Ausbildung erwerben. Erwachsene*

---

<sup>133</sup> Pschyrembel 2011, S. 245

<sup>134</sup> Weltgesundheitsorganisation 2011, S. 215

<sup>135</sup> Weltgesundheitsorganisation 2011, S. 215



*brauchen in unterschiedlichem Ausmaß Unterstützung im täglichen Leben und bei der Arbeit.*

**F72 Schwere Intelligenzminderung:**

→ *IQ-Bereich von 20-34 (bei Erwachsenen Intelligenzalter von 3 bis unter 6 Jahren). Andauernde Unterstützung ist notwendig.*

**F73 Schwerste Intelligenzminderung:**

→ *IQ unter 20 (bei Erwachsenen Intelligenzalter unter 3 Jahren). Die eigene Versorgung, Kontinenz, Kommunikation und Beweglichkeit sind hochgradig beeinträchtigt.*

**F78 Andere Intelligenzminderung:**

→ *Diese Kategorie soll nur verwendet werden, wenn die Beurteilung der Intelligenzminderung mit Hilfe der üblichen Verfahren wegen begleitender sensorischer oder körperlicher Beeinträchtigungen besonders schwierig oder unmöglich ist, wie bei Blinden, Taubstummen, schwer verhaltensgestörten oder körperlich behinderten Personen.*

**F79 Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung:**

→ *Die Informationen sind nicht ausreichend, die Intelligenzminderung in eine der oben genannten Kategorien einzuordnen.*

Da die medizinische Sichtweise den Intelligenzquotienten als einziges Kriterium zur Beurteilung der Normabweichung heranzieht, steht diese Sichtweise in der Kritik.<sup>136</sup> Emotionale und soziale Fähigkeiten werden nicht zur Beurteilung herangezogen. Die einseitige Abklassifizierung einer menschlichen Persönlichkeit, die viel mehr Facetten beinhaltet als nur die Intelligenz, verstärkt gesell-

---

<sup>136</sup> vgl. Baumann 2004, S. 14

schaftliche Stigmatisierungstendenzen. Zudem fokussiert die medizinische Sichtweise nur auf Defizite. Individuelle Ressourcen und fördernde Faktoren der Umwelt werden in dieser Definition nicht genannt. Aus diesen Gründen ist die medizinische Betrachtung des Phänomens der geistigen Behinderung völlig unzureichend.

### 2.1.2 Sozialrechtliche Kategorie

Seit Einführung des neunten Sozialgesetzbuches im Jahr 2001 gilt in Deutschland die dort verfasste sozialrechtliche Definition von Behinderung:

„Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“<sup>137</sup>

Diese funktionelle Definition legt wie auch die medizinische eine Norm fest, durch dessen Abweichung der Zustand der Behinderung erklärt wird. Im Sinne von der in diesem und zugehörigen Gesetzen bereitgestellten Leistungen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erscheint die Abgrenzung von Menschen, die nicht dieser Hilfen bedürfen, sinnvoll. Jedoch bräuchte eine Gesellschaft, die sich nicht durch Abgrenzung auszeichnet, sondern durch maximal mögliche Inklusion aller ihrer Mitglieder und minimale Barrieren für diese, viel weniger an Regelwerk des Unterstützungsbedarfes.

Das deutsche Grundgesetz liefert bereits die Grundlage für das Ziel einer inklusiven Gesellschaft. In Artikel 3 Absatz 1 Grundgesetz heißt es: „Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich.“. Das Grundgesetz spezifiziert unter Einsicht der Tatsache, dass weiterhin gesellschaftliche Barrieren vorhanden sind in Artikel 3 Absatz 3 Satz 2: „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“ Diese Imperative müssen umgesetzt werden, so auch im Verständnis

---

<sup>137</sup> § 2 Absatz 1 Sozialgesetzbuch IX



von Andersartigkeit und dem darauf aufbauenden Umgang mit anderen Menschen.

### 2.1.3 Pädagogische Erklärung

Der Deutsche Bildungsrat hat 1973 Behinderung wie folgt definiert:

„Als behindert im erziehungswissenschaftlichen Sinn gelten alle Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen, die in ihrem Lernen, im sozialen Verhalten, in der sprachlichen Kommunikation und in den psychomotorischen Fähigkeiten so weit beeinträchtigt sind, daß ihre Teilhabe am Leben der Gesellschaft erschwert ist. Deshalb benötigen sie besondere pädagogische Förderung.“<sup>138</sup>

Die Pädagogik stellt den Menschen mit geistiger Behinderung in den Schnittpunkt von Individualisierung und Normalisierung. Ihm soll ein Leben in der Gesellschaft ermöglicht werden.<sup>139</sup> Die Erziehung zu einem möglichst selbstbestimmten Leben steht im Mittelpunkt. Dabei konzentriert sich die Förderung auf die Bereiche, die von der zum normalen Leben notwendigen Qualität abweichen. Somit ist der pädagogische Ansatz, so wie der medizinische und der sozialrechtliche auch, defizitorientiert. Alle drei Sichtweisen sehen die Behinderung im Individuum begründet. Der Behinderungsaspekt wird zur Hauptcharakteristik des Menschen und bestimmt seinen Platz in der Gesellschaft und den Umgang mit ihm.

### 2.1.4 Definition der AAIDD

Wie der pädagogische Erklärungsansatz bezieht sich auch die Definition der American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (vormals: American Association on Mental Retardation (AAMR)) nicht nur auf individuelle Defizite, sondern schließt die gesamte Umwelt mit ein. Neben den Einschränkungen der intellektuellen Funktion wird die Anpassungsfähigkeit

---

<sup>138</sup> Deutscher Bildungsrat 1973, S. 23

<sup>139</sup> vgl. Baumann 2004, S. 16



gleichwertig betrachtet: „Intellectual disability is a disability characterized by significant limitations both in intellectual functioning and in adaptive behavior, which covers many everyday social and practical skills. This disability originates before the age of 18.“<sup>140</sup>

Das adaptive Verhalten muss im Zusammenhang mit den Fähigkeiten gesehen werden, die im täglichen Meistern der sozialen und praktischen Umwelt benötigt werden. Sind diese eingeschränkt, definiert sich geistige Behinderung nicht nur aus Intelligenzwerten sondern über den Grad der Unabhängigkeit beziehungsweise Abhängigkeit von Hilfen und damit über die maximal mögliche Selbstständigkeit und Selbstbestimmung. Zudem versteht die AAIDD geistige Behinderung nicht als persönliche Eigenschaft eines Menschen sondern als dynamischen Zustand.<sup>141</sup> Das bedeutet für das Verständnis von geistiger Behinderung, dass sie nicht als starr anzusehen ist, sondern ein Entwicklungspotential beinhaltet. Geistige Behinderung ist im Kontext der zu bewältigenden Umweltfaktoren zu verstehen.

Aber auch der Definitionsansatz der AAIDD ist gekennzeichnet durch einen externen Blick auf den Menschen mit Fokus auf die Defizite (Anpassungseinschränkungen). Außerdem ist das Verständnis des entwicklungs-dynamischen Anpassungsverhaltens im Kontext der Umweltfaktoren zwar wegweisend, dennoch trennt es zwischen Betroffenen und Nichtbetroffenen.

Einen inklusiven Blickwinkel nimmt dagegen die systemtheoretische Sichtweise ein. „Ein systemtheoretisches Modell erscheint im Besonderen geeignet, Strukturveränderungen, Abhängigkeiten, Interaktionen, Komplementaritäten zwischen einem Teil und einem Ganzen zu deuten, um sich besser auf zu erwartende Weiterentwicklungen einzustellen, d. h. Chancen und Gefährdungen des eigenen Systems auszuloten.“<sup>142</sup> Im Folgenden wird dieses Verständnis erklärt.

---

<sup>140</sup> American Association on Intellectual and Developmental Disabilities 2011

<sup>141</sup> vgl. Baumann 2004, S. 19

<sup>142</sup> Speck 2008, S.92

### 2.1.5 Systemtheoretisches Verständnis

Unter der konstruktivistischen Annahme, dass soziale Wirklichkeit erst durch den Beobachtenden geschaffen wird und er durch den Akt der Unterscheidung Kategorien bildet, kann auch die Kategorie Behinderung als soziale Konstruktion verstanden werden. Die Systemtheorie beleuchtet als Gesellschaftstheorie im Besonderen die Differenzen in der Kommunikation innerhalb sozialer Systeme. Diese Differenzen sind dabei Ausgangspunkt für Reflexionen auf das gesamte System und damit auch auf belastende Momente.

Behinderung ist im Sinne Luhmanns belastete Kommunikation.<sup>143</sup> Gewisse Kriterien der Kommunikation zwischen Menschen, die als geistig behindert definiert werden und Menschen, die als normal angesehen werden, wie zum Beispiel die Sprachfähigkeit oder die Fähigkeit zu logischem Denken, werden als Differenz wahrgenommen und dienen damit als Unterscheidungsmerkmal.<sup>144</sup> Da aber Sprache und Intellekt nur ein Teil der Persönlichkeit eines Menschen ausmachen, ist das Alleinstellungsmerkmal *geistige Behinderung* aufgrund dieser wenigen Kriterien problematisch. Aufgrund dieser wenigen Differenzierungscharakteristiken ist „der Einzelne sich seiner Zugehörigkeit zu den für ihn wichtigen sozialen Systemen nicht mehr sicher.“<sup>145</sup>

Aus systemischer Sicht wird der Mensch als Ganzes im Wirkgefüge seiner Umwelt betrachtet. Er wird nicht explizit definiert und kategorisiert. „Der systemische Ansatz betrachtet den Menschen mit geistiger Behinderung als entwicklungsfähig und sich verändernd, da sich innere und äußere Bedingungen ändern; er ändert sich nach seinen individuellen, biologischen, psychischen und sozialen Möglichkeiten. Er ist selbständig Handelnder, der selbst verantwortlich ist.“<sup>146</sup> So wie jeder andere Mensch auch.

---

<sup>143</sup> Zu grundlegenden Ausführungen über die Systemtheorie und besonders zum Thema „belastete Kommunikation“ vgl. Luhmann 2002.

<sup>144</sup> vgl. Baumann 2004, S. 20

<sup>145</sup> Speck 2008, S. 95

<sup>146</sup> Baumann 2004, S. 20





Wird der Mensch als Teil eines Systems und seiner Umwelt gesehen, der sich in der Komplexität der vielen Teilsysteme bewegt, werden bei Vergrößerung der Beziehungsgeflechte – also Erhöhung der Teilhabe an den Teilsystemen – Behinderungsdefinitionen obsolet. „Mehr Beziehungen und andere Beziehungen als bisher bieten vielfältige Möglichkeiten in diesem System mit Behinderung zu leben und letztlich den Begriff Behinderung aufzulösen.“<sup>147</sup> Teilhabe von Menschen mit Behinderung am System Gesellschaft ist darum nicht das Ziel sondern der Weg, um Behinderungsklassifizierungen verschwinden zu lassen.

### 2.1.6 Sichtweise der ICF

Eine Auflösung des Behinderungsbegriffes ist noch Utopie. Gesellschaftliche und wissenschaftliche Tendenzen in diese Richtung zeichnen sich aber wie zuvor beschrieben ab. Als Wegmarke zum Ziel der Auflösung des Behinderungsbegriffes kann das derzeit gültige Verständnis von Behinderung in der International Classification of Functioning, Disability and Health (kurz: ICF) gesehen werden.

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit beschreibt einen funktionalen Gesundheitszustand, Behinderungsfaktoren, soziale Beeinträchtigungen sowie den Menschen beeinflussende Umweltfaktoren. „Allgemeines Ziel der ICF-Klassifikation ist, in einheitlicher und standardisierter Form eine Sprache und einen Rahmen zur Beschreibung von Gesundheits- und mit Gesundheit zusammenhängenden Zuständen zur Verfügung zu stellen. Sie definiert Komponenten von Gesundheit und einige mit Gesundheit zusammenhängende Komponenten von Wohlbefinden (wie Erziehung/Bildung und Arbeit).“<sup>148</sup>

Die ICF kann als Gegenbewegung zur ICD verstanden werden. Bereits die Vorläuferversion der ICF: die ICIDH (International Classification of Impair-

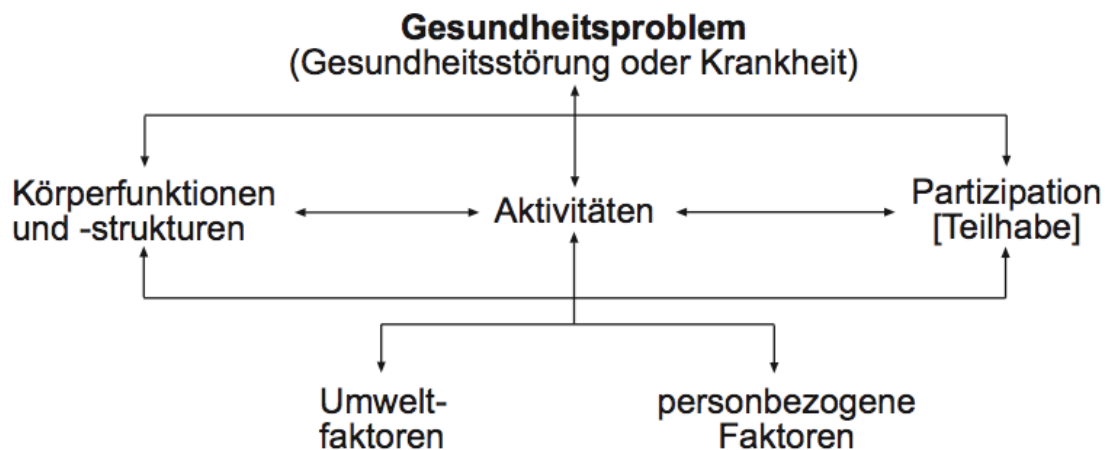
---

<sup>147</sup> Schulte 1998, S. 29

<sup>148</sup> Weltgesundheitsorganisation 2005, S. 9

ments, Disabilities and Handicaps) entsprang dem Wunsch, nicht nur Krankheiten zu diagnostizieren, sondern funktionale Probleme vor dem gesamten Lebenshintergrund einer Person zu betrachten.<sup>149</sup> Die ICF geht einen Schritt weiter und benennt neben den Problemen auch fördernde Einflüsse aus den Bereichen der Körperfunktionen und -strukturen, den Aktivitäten, der Partizipation und der personenbezogenen und Umweltfaktoren.

Das zentrale Thema in der ICF ist die Beeinflussung der funktionalen Gesundheit in einem bio-psycho-sozialen Kontext. Dabei wird funktionale Gesundheit „als das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem (ICD) und ihren Kontextfaktoren auf ihre Körperfunktionen und -strukturen, ihre Aktivitäten und ihre Teilhabe an Lebensbereichen“<sup>150</sup> verstanden. Die folgende Abbildung verdeutlicht diese Wechselwirkungen:



Das bio-psycho-soziale Modell der ICF<sup>151</sup>

Behinderung (Disability) wird von der ICF als Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit definiert. Schuntermann konkretisiert dies folgendermaßen: „Behinderung im Sinn der ICF (kann) auch definiert werden als *Ergebnis der*

<sup>149</sup> vgl. Schuntermann 2007, S. 13

<sup>150</sup> Schuntermann 2007, S. 30

<sup>151</sup> Weltgesundheitsorganisation 2005, S. 23



*negativen Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem (ICD) und ihren Kontextfaktoren auf ihre funktionale Gesundheit“<sup>152</sup>.*

An dieser Definition lässt sich festmachen, dass eine Behinderung keine starre Eigenschaft einer Person ist, sondern eine flexible Charakteristik der Wechselwirkung zwischen Person und Kontext. Menschen sind also nicht behindert, sie werden behindert.

## 2.2 Altern und geistige Behinderung

In ihrem „Marburger Appell: Menschen mit geistiger Behinderung haben ein Recht auf Altern in Würde“ fordert die Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung: „Das Recht auf Integration und Teilhabe kennt keine Altersgrenze“<sup>153</sup>. Des Weiteren verlangen die Mitglieder der Lebenshilfe in ihrem Appell: „Um den Bedürfnissen älter werdender und alter Menschen mit geistiger Behinderung gerecht zu werden, benötigen haupt- und ehrenamtliche Mitarbeitende der Behindertenhilfe Aus- und Fortbildung. Wissenschaft und Forschung sind ebenfalls gefordert, ihren Beitrag zu leisten.“<sup>154</sup>

Denn die Forschungslage um älter werdende Menschen mit geistigen Behinderungen ist in Deutschland dürftig.<sup>155</sup> Und das obwohl sich die Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung so gut wie dem Bevölkerungsdurchschnitt angeglichen hat.<sup>156</sup> Aber die heutigen Alten mit geistigen Behinderungen sind die erste Generation in Deutschland, die ein so hohes Alter erreicht. Vorwiegend sind die faschistischen Nationalsozialisten dafür verantwortlich, dass fast alle Menschen mit geistigen Behinderungen, die vor 1945 in Deutschland geboren wurden, durch Euthanasiemorde umgebracht wurden und somit ganze Generationen fehlten. Aber dass viele Menschen mit

---

<sup>152</sup> Schuntermann 2007, S. 34

<sup>153</sup> Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung 2006, S. 1

<sup>154</sup> Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung 2006, S. 1

<sup>155</sup> vgl. Tiesmeyer 2006, S. 1

<sup>156</sup> vgl. Wacker 1993, S. 97



geistigen Behinderungen heute ein hohes Lebensalter erreichen können, dazu hat auch die fortgeschrittene Medizin und gesundheitswissenschaftliche Forschung beigetragen.

Die vorliegende Arbeit zur Gesundheitsförderung für Menschen mit intellektuellen Einschränkungen konzentriert sich auf den Personenkreis der Erwachsenen. Dazu gehören auch die Alten. Im Folgenden werden deshalb einige grundsätzliche Überlegungen zum Thema „Altern und geistige Behinderung“ angestellt.

### 2.2.1 Alter und Altern

#### Definitionen von Altern

Um sich dem Prozess des Alterns definitorisch zu nähern, gibt es verschiedene Herangehensweisen. Das allgemeine Verständnis geht vorwiegend vom *kalendarischen Alter* aus. Die Differenz zwischen dem Geburtsdatum und dem aktuellen Datum wird als das Alter einer Person angegeben. Daraus lassen sich zwar sehr allgemeine, durch die Lebenserfahrung bestärkte Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand und das soziale Leben einer Person ziehen, doch können diese Variablen individuell unterschiedlich ausgeprägt sein. Sowohl die körperliche Leistungsfähigkeit als auch das intellektuelle Vermögen sind von Person zu Person mit gleichem kalendarischem Alter meist verschieden.

Etwas genauere Aussagekraft hat das *biologische Alter*. Dabei werden das Erscheinungsbild (Haut, Körperhaltung, Haare, Muskeln etc.), die Vitalwerte (Blutdruck, Herzfrequenz, Hormonspiegel, etc.), die kognitive Leistungsfähigkeit (Intellekt, Emotionen) und deren Veränderungsprozesse im Laufe des Lebens beschrieben. Das biologische Alter muss dabei nicht mit dem kalendarischen übereinstimmen. Beispielsweise kann eine Person aufgrund gesunder Lebensweise durch ausgewogene Ernährung, viel Bewegung an frischer Luft, ausgeglichene Belastungs- und Erholungsphasen, ein stabiles soziales Umfeld



und andere Protektivfaktoren wesentlich jünger wirken, als es sein kalendarisches Alter vermuten ließe.

Das *psychologische Altern* als Teilgebiet des biologischen Alterns ist gekennzeichnet durch eine Abnahme der Anzahl der Nervenzellen und ihrer Verbindungen und einer Verschmälerung der Hirnwindungen. Das führt zur Reduktion von kognitiven Anlagen, wie intellektuelle und emotionale Fähigkeiten. Dabei muss zwischen altersstabilen und altersvariablen Fähigkeiten unterschieden werden. Alterstabile Fähigkeiten wie Erfahrungswissen, Allgemeinbildung, Wortschatz oder Erinnerungen des Langzeitgedächtnisses sind bildungsabhängige Faktoren, die im Alter nicht verloren gehen. Davon ausgenommen sind krankhafte Veränderungsprozesse wie zum Beispiel Demenz. Bildungsunabhängige biologische Fähigkeiten wie das Erkennen von Zusammenhängen, das Bilden von Schlussfolgerungen oder das Kurzzeitgedächtnis nehmen im Alter oft ab.

Eine weitere Möglichkeit, Altern zu erklären, ist die Beschreibung **des sozialen Alterns**. Im Laufe seines Lebens nimmt der Mensch verschiedene soziale Rollen ein. Nach der Kindheits- und Jugendphase, wächst der Erwachsene meist in verschiedene soziale Rollen hinein. Er erlernt einen Beruf, gründet eine Familie, geht Freizeitaktivitäten nach, vergrößert seinen Freundes- und Bekanntenkreis. Thieme versteht das soziale Altern als „den Rückzug aus sozialen Rollen (z.B. der Erwerbstätigkeit) und gesellschaftlich geprägten Verhaltensmustern (z.B. nach dem Auszug der Kinder aus der gemeinsamen Wohnung)“<sup>157</sup>. Soziales Altern ist also hauptsächlich beschrieben durch Rückzugstendenzen.

### Alterstheorien

Die sozialpsychologische Sicht von Alterungsprozessen soll im Folgenden beleuchtet werden. Dazu werden verschiedene Alterstheorien vorgestellt und ihre Bedeutung für die vorliegende Arbeit beschrieben.

---

<sup>157</sup> Thieme 2008, S. 34

## Disengagementansatz

Der Disengagementansatz nach Cumming und Henry<sup>158</sup> greift den oben beschriebenen Ansatz des sozialen Alterns auf. Die Rückzugstendenzen alter Menschen sind die Konsequenz von biologischen Prozessen, die eine Abnahme physischer und psychischer Kräfte mit sich bringen. Alte Menschen sind sich dieser Prozesse bewusst und erreichen durch den gesellschaftlich erwarteten sozialen Rückzug Zufriedenheit und Entspannung, in dem sie jüngeren Generationen das Feld überlassen.<sup>159</sup> Diese Ruhe benötigt der Alte Mensch, um besser mit der nachlassenden Leistungsfähigkeit umgehen zu können, aber auch um sich langsam auf das Lebensende vorzubereiten.

Die Disengagementtheorie berücksichtigt jedoch nicht, dass es individuelle Unterschiede in den Rückzugsabsichten gibt und sich für manche Menschen erst im Alter neue Aktivitätsbereiche erschließen. So „sind manche Menschen – je nach Persönlichkeitsstruktur – im Alter dann zufriedener, wenn sie sich mehr zurückziehen, andere hingegen dann, wenn sie weiterhin eine aktive Rolle in der Gesellschaft spielen können“<sup>160</sup>.

## Aktivitätsthese

Im Gegensatz zum Rückzugsansatz geht die Aktivitätsthese von Tartler<sup>161</sup> davon aus, dass ein aktiver und von anderen gebrauchter Mensch auch im Alter zufrieden bleibt. Durch aktive Einflussnahme auf seine Umwelt kann er für sich selbst sorgen und seine Fähigkeiten erhalten.<sup>162</sup> Die Kompetenzen ließen sich sogar noch erweitern, was oft zur Steigerung des Selbstwertgefühls und Wohlbefindens führt.<sup>163</sup>

Dahingegen stellt der doppelte Rollenverlust durch Berentung und Nichteingebundensein in eine Großfamilie eher eine Krise dar. Eingefahrene bezie-

---

<sup>158</sup> vgl. Backes und Clemens 2008, S. 128ff.

<sup>159</sup> vgl. Schroeter und Prah 1999, S. 10f.

<sup>160</sup> Wirsing 2000, S. 127

<sup>161</sup> vgl. Backes und Clemens 2008, S. 124ff.

<sup>162</sup> vgl. Wirsing 2000, S. 126

<sup>163</sup> vgl. Schroeter und Prah 1999, S. 104



hungsweise eingespielte Lebensmuster machen es dann schwer, neue Tages- und Aktivitätsstrukturen aufzubauen. Findet sich ein Mittelweg, bei dem alte Menschen zwar in Rente gehen, aber beispielsweise durch ehrenamtliche Tätigkeit die Gesellschaft an ihrem Erfahrungsschatz teilhaben lassen, so wäre einerseits die Lebensqualität der Alten verbessert und andererseits profitiert das Gemeinwohl davon.

### **Kontinuitätstheorie**

Der Ansatz der Fortsetzung der Aktivitäten findet sich in der Kontinuitätstheorie von Atchley<sup>164</sup> wieder. Zufriedenheit im Alter wird laut dieser Theorie erreicht, wenn es gelingt, innere und äußere Lebensstrukturen auch in der späten Lebensphase beizubehalten.<sup>165</sup> Der alte Mensch hat sich im Laufe seines Lebens gewisse Anpassungsmechanismen zur Bewältigung von Herausforderungen zugelegt und gefestigt. Dies können interne Adaptationsstrategien sein, wie Persönlichkeitsmerkmale, Einstellungen und Fähigkeiten oder aber externe Faktoren, wie das vertraute Zuhause, eingelaufene Wege und soziale Strukturen. Die „in der bisherigen Biografie angelegten Muster der Bewältigung von Situationen und Aufgaben sichern Identität und Zutrauen auch im Alter“<sup>166</sup>.

Dabei hat jeder Mensch individuell verschiedene Anpassungsmechanismen im Laufe seines Lebens entwickelt. Durch die gesellschaftliche Akzeptanz der individuellen Bewältigungsstrategien erfährt der alte Mensch einen Vertrauensbeweis in seine Fähigkeiten und Lebenserfahrung. Dadurch kann er kompetent mit dem Alterungsprozess umgehen. Dazu gehört auch das Ablösen von gewohnten Mustern. Ein aktiver Auseinandersetzungsprozess mit den eingefahrenen Mustern ist dabei als individueller Umgang mit dem Älterwerden zu verstehen. Der alte Mensch entscheidet selbst, ob er sein Aktivitätsniveau senkt, beibehält, erhöht oder verlagert. Aufgrund dessen kann die Konti-

---

<sup>164</sup> vgl. Backes und Clemens 2008, S. 133ff.

<sup>165</sup> vgl. Lehr 2003, S. 64

<sup>166</sup> Schroeter und Prahl 1999, S. 105



nuitätsstrategie als Synthese aus Disengagement- und Aktivitätstheorie verstanden werden.

### Schlussfolgerungen

Das individuelle Altern und der persönliche Umgang mit diesem Prozess legen nahe, dass alle drei alterstheoretischen Ansätze bei der Befähigung und Begleitung von Menschen mit geistigen Behinderungen durch Verwandte oder Betreuer Anwendung finden müssen. Möchte sich der alternde Mensch gern aus gewissen Bereichen seines Lebens ganz oder teilweise zurückziehen, so sollte er die Möglichkeit dazu erhalten. Der Anstoß dazu sollte jedoch immer von ihm selbst kommen. Unabhängig davon ob er es direkt kommuniziert oder sich Rückzugstendenzen im Verhalten zeigen. Gesellschaftliche Rollenerwartungen an einen alten Menschen dürfen dafür nicht den Ausschlag geben. Denn gemäß Aktivitätstheorie und Kontinuitätstheorie kann erfolgreiches Altern nur gelingen, wenn der alternde Mensch nach seinen Möglichkeiten aktiv bleibt, sich gebraucht und geborgen fühlt und seinen Lebensstil weiter verfolgen kann.

## 2.2.2 Alternde Menschen mit geistigen Behinderungen

### Gesundheit von alternden Menschen mit geistigen Behinderungen

Wie oben aufgezeigt ist Altern ein individueller Prozess, den verschiedene Faktoren beeinflussen. Zu diesen Einflussfaktoren gehören einerseits körperliche Alterungsprozesse von Organen, Geweben, Muskeln und Skelett mit Abnutzungen und Funktionseinschränkungen und psychische Veränderungen, andererseits auch Veränderungen in der Lebensführung und des sozialen Umfeldes. Dies hat zur Folge, dass sich der alternde Mensch langsamer an wechselnde Umweltbedingungen anpassen kann und er anfälliger für Krankheiten wird. Das dies nicht zwangsläufig zu erhöhter Morbidität führen muss, hat mit





den Rückzugstendenzen im Alter zu tun. Der alte Mensch setzt sich dadurch weniger Stressoren aus.

Typische altersbedingte Krankheitserscheinungen fasst Tiesmeyer<sup>167</sup> wie folgt zusammen:

1. Die altersabhängigen und altersbegleitenden Krankheiten: Hierbei handelt es sich um Krankheiten, die mit dem Alternsprozess eng verknüpft sind. Dazu gehören z.B.: Arteriosklerose, Osteoporose und Lungenemphysem
2. Typische Alterskrankheiten: Diese Krankheiten nehmen in ihrer Inzidenz, d.h. in ihrem Auftreten im Alter zu. Hierzu gehören z.B. Krebserkrankungen, Veränderungen im Immunsystem, Bluthochdruck.
3. Krankheiten im Alter: Hierbei handelt es sich um Krankheiten, die jedes Lebensalter betreffen können, die aber im höhern Lebensalter aufgrund der Veränderungen ernsthafte Konsequenzen haben, hierzu gehören beispielsweise Infektionen der Atmungsorgane wie Lungenentzündungen oder Grippe und auch Unfälle.

Trotz dessen Menschen mit geistigen Behinderungen genauso individuell langsamer oder schneller altern wie jeder andere Mensch auch, haben sie ein erhöhtes Risiko für Erkrankungen und zusätzliche Behinderungen.<sup>168</sup> So hat beispielsweise das altersbedingte eingeschränkte Sehvermögen in der nichtbehinderten Bevölkerungsgruppe der 65 - 74-jährigen eine Prävalenz von 6,5 %. Für gleichaltrige Menschen mit einer Morbus-Down-Behinderung liegt die Prävalenz bei 70 %. Ähnliche prägnante Unterschiede in den Prävalenzraten zeigen sich beim eingeschränkten Hörvermögen und für die Unterfunktion der Schilddrüse im Alter.<sup>169</sup>

---

<sup>167</sup> vgl. Tiesmeyer 2006, S. 4

<sup>168</sup> vgl. Tiesmeyer 2006, S. 4f.

<sup>169</sup> vgl. Tiesmeyer 2006, S. 5



Ursachen für die erhöhte Morbidität sind vor allem in den mit der Behinderung einhergehenden wiederkehrenden Erkrankungen und deren medikamentöse Behandlung, den Nebenwirkungen von Medikamenten, der erschwerten medizinischen Versorgung beispielsweise durch Kommunikationsschwierigkeiten, den Erkrankungsdispositionen in großen Institutionen und dem eingeschränkten Zugang zu gesundheitsförderlichen Ressourcen zu sehen.

So haben beispielsweise Menschen mit schweren Mehrfachbehinderungen oft ein erhöhtes Risiko, an Speiseröhrenkrebs zu erkranken, was durch ständigen Rückfluss von Mageninhalt in die Speiseröhre bedingt wird. Oder lange Therapien mit Neuroleptika führen im Alter zu Bewegungsstörungen. Antiepileptika begünstigen die Entmineralisierung der Knochen, die im Alter aufgrund natürlicher Prozesse bereits brüchiger werden.

Cerebralschädigungen, auf die eine geistige Behinderung zurückzuführen ist, ziehen eine Reihe von Funktionsstörungen und Gesundheitsrisiken nach sich. Schluckstörungen bedingen Essensprobleme und damit Fehlernährung. Magensäurereflux führt zu Zahnerosionen und Lungenentzündung. Eine träge Darmtätigkeit aufgrund von Bewegungsdefiziten oder Immobilität kann zu Obstipation, Darmverschluss oder Darmperforation führen. Fehlende Mobilität fördert zudem die Demineralisierung der Knochen und Dekubitalgeschwüre. Ein abnormer Muskeltonus hat oft Schmerzen und Deformationen der Glieder zur Folge.<sup>170</sup>

Kommunikationsschwierigkeiten lassen Verwandte und Betreuer oft sehr spät erkennen, dass ein Mensch mit geistiger Behinderung Gesundheitsprobleme hat. Diese dem Arzt konkret mitzuteilen, ist stark von der Ausprägung der Behinderung abhängig. Dazu kommen eingeschränkte Mobilität und Kooperationsfähigkeiten beziehungsweise -möglichkeiten.

Das Leben in großen Institutionen wie Wohn- oder Pflegeheime geht mit nosokomialen Gesundheitsrisiken einher. Hepatitis, die in bestimmten Verläufen auch chronisch werden kann, ist hier ein häufig anzutreffendes Problem.

---

<sup>170</sup> vgl. Tiesmeyer 2006, S. 6



Aber auch der allgemeine Bewegungsmangel hat verschiedene Auswirkungen. Fettleibigkeit, Bluthochdruck, Gelenkverschleiß, Brüchigkeit der Knochen sind nur einige davon.

Die soziale Unterstützung als gesundheitsförderliche Ressource ist bei Menschen mit geistigen Behinderungen oftmals nicht sehr stark, da ihre sozialen Netzwerke meist klein sind und sich auf die nächsten Verwandten, hauptsächlich die Eltern beziehen. Im Alter sind Menschen mit geistigen Behinderungen mit dem Tod dieser konfrontiert. Damit bricht eine wichtige Ressource weg. Neben der Trauerbelastung, stellt sich für Leute, die bei den Eltern wohnten nun zusätzlich die Belastung durch einen Umzug zu anderen Verwandten oder in ein Heim ein.

Die beschriebenen Schwierigkeiten zeigen eindringlich, dass auf der Seite der professionell Handelnden, wie Betreuern, Ärzten aber auch Mitarbeitern in Sozial- und Gesundheitsämtern und politischen Entscheidungsträgern Handlungsbedarf besteht. Die gesundheitliche Versorgung und Begleitung von Menschen mit geistigen Behinderungen sollte angepasst werden, um die bestehende ungenügende Situation zu verbessern.

### Bedürfnisse von alternden Menschen mit geistigen Behinderungen

Wenn Bach<sup>171</sup> die Grundbedürfnisse alternder Menschen mit geistigen Behinderungen als folgende herausstellt:

1. größtmögliche Selbstständigkeit,
2. sinnvolle Tätigkeit,
3. mitmenschliche Beziehungen,
4. erfüllende Erlebnisse,

entspricht das den Vorstellungen der meisten anderen Erwachsenen egal welchen Alters wohl auch. Diese Bedürfnisse nach möglichst aktiver, sinnstiftender, individueller und selbstbestimmter Lebensgestaltung, nach gesellschaftli-

---

<sup>171</sup> vgl. Bach 1995, S. 138



cher Teilhabe und nach Freude am Leben sind von allgemeingültiger Qualität, so auch und erst recht für Menschen mit geistigen Behinderungen.

Jedoch kommen gerade auf den alternden Menschen mit geistiger Behinderung, der im Heim oder im betreuten Wohnen lebt, veränderte Wohnbedürfnisse zu. Heime oder andere Wohneinrichtungen müssen sich auf die Zunahme von älteren Gruppen einstellen und sich den speziellen Bedürfnissen älterer Menschen anpassen. Die altersbedingten Einschränkungen in sowohl physischer als auch kognitiver Hinsicht sollten bei der baulichen Planung, bei der Personalauswahl und bei der Alltagsgestaltung berücksichtigt werden. Gerade im Alter muss sich der Mensch in seinem zu Hause geborgen und sicher fühlen. Sein vertrautes Heim sollte bestehen bleiben und nicht etwa durch Ausscheiden aus der beruflichen Tätigkeit ein Wohnortwechsel notwendig werden. Dies ist oftmals der Fall, da die bisherige Wohnung an den Platz in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen gekoppelt ist. Mobilitätseinschränkungen müssen durch Barrierefreiheit Berücksichtigung finden.

Die Freizeit soll der alte Mensch mit geistiger Behinderung möglichst selbstbestimmt gestalten. Für die Mehrzahl der Menschen wird sie Freude und Entspannung zum Ziel haben. Tagesstrukturierungen und Freizeitprogramme sollten darauf eingehen und eine vielfältiges Angebot präsentieren, aus dem der Einzelne wählen kann. Aber auch die Nichtteilnahme und der Rückzug müssen erlaubt, also das Prinzip der Freiwilligkeit gewahrt sein. Für Leute, die ihre Freizeitaktivitäten aufgrund geringer Selbstständigkeit nicht individuell gestalten können, muss auf einen altersgerechten Wechsel von Anstrengung und Ruhe geachtet werden.

Das Bedürfnis nach sozialer Unterstützung hat für Menschen mit geistigen Behinderungen einen sehr hohen Stellenwert, da wie oben aufgezeigt, die sozialen Netzwerke oftmals klein und brüchig sind. Der Aufbau eines Netzwerkes aus Familienangehörigen, Freunden, Bekannten und Kollegen sollte von allen Seiten gefördert werden. Die Wechselseitigkeit von Freundschaften und anderen unterstützenden Formen sozialen Miteinanders kann manchmal von Men-



schen mit eingeschränkten kognitiven oder emotionalen Fähigkeiten nicht gewährleistet werden. Das heißt aber nicht, dass sie nicht auf Unterstützung angewiesen wären. Umso wichtiger ist es, dass dies allen Beteiligten klar ist und die manchmal schwierige Situation von Menschen mit geistigen Behinderungen, die aber ganz normale Bedürfnisse haben, durch vermehrte Anstrengung der weniger oder nicht behinderten Menschen erleichtert wird.

## 2.3 Zusammenfassung

Wie im ersten Teil dieses Kapitels dargelegt wurde, ist die Bezeichnung „Geistige Behinderung“ und einige ihrer Definitionen teilweise überholt oder unzureichend. Die defizitorientierten und individuumszentrierten Sichtweisen der Medizin, des Sozialrechtes und der Pädagogik fördern eine Stigmatisierung und Ausgrenzung. Dahingegen beinhalten das systemtheoretische Verständnis und die Sichtweise der ICF gute Ansätze, um den Behinderungsbegriff aufzulösen und Menschen im Sinne einer inklusiven Gesellschaft vielseitig zu betrachten. Da aber eine inklusive Gesellschaft noch Utopie ist und sich einige ihrer Mitglieder aufgrund intellektueller Einschränkungen in speziellen Lebenslagen befinden, die wir als geistige Behinderungen bezeichnen, müssen Teilhabemöglichkeiten im Sinne einer Integration als Weg zur Inklusion aufgezeigt werden.

Die Gesundheitsförderung und damit die Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit für Erwachsene mit intellektuellen Einschränkungen unter Berücksichtigung der Alterungsprozesse ist eine solche Möglichkeit. Denn wie aufgezeigt wurde, haben es gerade Menschen mit geistigen Behinderungen im Alter mit besonderen Gesundheitsrisiken und Krankheitsbelastungen zu tun. Ein gesundheitsförderlicher Lebensstil kann dabei behilflich sein, diese Risiken und Belastungen zu minimieren. Eine möglichst eigenständig durchgeführte und fortgesetzte gesundheitsförderliche Lebensweise sollte dabei das Ziel sein. Ein Weg um dieses Ziel zu erreichen, zeigt das Konzept des Empowerments auf, welches im nächsten Kapitel beschrieben wird.



## 3 Empowerment

Das Thema gesundheitsbezogenes Empowerment von Menschen mit geistigen Behinderungen kann als Resümee der vorangegangenen Kapitel verstanden werden. Im Folgenden wird das Empowermentkonzept, seine Theorie und seine Methoden im Wirkungsfeld der Sozialen Arbeit vorgestellt. Im zweiten Teil dieses Kapitels wird der Einsatz der Empowerment-Prinzipien im Bereich der Gesundheitsförderung für Menschen mit intellektuellen Einschränkungen beleuchtet.

### 3.1 Empowerment in der Sozialen Arbeit

*„Empowerment - auf eine kurze Formel gebracht - ist das Anstiften zur (Wieder-) Aneignung von Selbstbestimmung über die Umstände des eigenen Lebens.“*<sup>172</sup> Dabei liegt laut Herriger das Ziel der Empowermentarbeit in der *Selbstbefähigung* – so lässt sich Empowerment am besten übersetzen – der Klienten sozialer Arbeit.<sup>173</sup> Verschüttete beziehungsweise nicht oder nur wenig vorhandene Fähigkeiten sollen mit Blick auf die Stärken und Ressourcen des Menschen hervorgekitzelt werden. Dabei bleiben seine Probleme zwar das auslösende Moment für die Soziale Arbeit, eine Defizitorientierung aber, die viel zu lange gerade die Arbeit für Menschen mit Behinderungen bestimmt hat<sup>174</sup>, soll außen vor bleiben.

Der Empowermentansatz ist genauso vielschichtig wie die Soziale Arbeit selbst. Ob in der Psychiatrie, im Strafvollzug, bei familiären Problemen, in sozialer Notlage oder aber bei Problemen, die der Stempel geistige Behinderung mit sich bringt, versucht Empowerment den Menschen dazu zu bringen, selbst Hilflosigkeit zu überwinden und seine Stärken (wieder) zu entdecken.

---

<sup>172</sup> Herriger 2002, S. 1

<sup>173</sup> vgl. Herriger 2002, S. 1

<sup>174</sup> vgl. Herriger 2010, S. 65ff. sowie Theunissen 1999, S. 104



### 3.1.1 Begriffliches Verständnis

Der Begriff Empowerment lässt sich über vier verschiedene Zugänge erfassen:<sup>175</sup>

1. In *individueller lebensweltlicher Sichtweise* weckt Empowerment Selbstverfügungskräfte, also Kompetenzen, um Probleme eigenständig anzugehen und zu lösen. Dabei können die vermeintlichen Probleme selbst bestehen bleiben, verlieren aber ihre Wirkkraft, weil sich die „empowered person“ auf andere Wege konzentriert. So kann sich beispielsweise ein Mensch, der nicht mit Zahlen umgehen kann, die Farbe und Größe eines Geldscheines einprägen, um an der Kasse den kleinen Einkauf mit dem kleinen Schein zu bezahlen.
2. Empowerment hat seinen Ursprung in der *politischen Einflussnahme* der afroamerikanischen Bürgerrechtsbewegung. Dieser begriffliche Zugang ist auch noch heute eine wesentliche Auslegung des Empowermentgedankens, mit dem Ziel eine Umverteilung von Macht zu erreichen. Ein Beispiel für die politische Dimension von Empowerment ist die Selbstbestimmt-Leben-Bewegung mit dem Ziel der Enthospitalisierung von Menschen mit Behinderungen.
3. Im *reflexiven Sinn* bedeutet Empowerment die selbstbemächtigte und selbstbestimmte Aneignung von Handlungsfähigkeit. Das selbstständige Bewusstwerden über eigene Kompetenzen steht hier am Anfang eines Prozesses der (Wieder-)Gewinnung von Macht und Eigenständigkeit. Sowohl die lebensweltliche als auch die politische Dimension wird dabei erfasst und verändert. Die Aktivität einer Selbsthilfegruppe ist ein Beispiel für reflexives Empowerment.
4. *Transitives Empowerment* dagegen meint die Unterstützung zur (Wieder-) Aneignung von Selbstständigkeit von außen. Hiermit ist also vor allem die professionelle Praxis der Sozialen Arbeit gemeint. Vielfach wird

---

<sup>175</sup> vgl. Theunissen 2009, S. 27



durch Anregung, Ermutigung und Assistenz die Kompetenzentwicklung angestoßen und gefördert. Dabei ist nicht länger Bevormundung sondern eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen Klient und Profi gefragt. Ein Beispiel für Empowerment im transitiven Sinn ist das Modell der persönlichen Assistenz für Menschen mit geistigen Behinderungen.<sup>176</sup>

### 3.1.2 Menschenbild

Neben dem begrifflichen Verständnis von Empowerment lässt sich sein Bedeutungsinhalt vor allem über das hier vermittelte Menschenbild erfassen. Der Blick auf das Individuum ist geprägt von einer *Stärken-Perspektive*.<sup>177</sup> Diese steht der althergebrachten Defizitorientierung konträr gegenüber. Mit der Stärken-Perspektive gehen handlungsbestimmende Leitprinzipien einher:<sup>178</sup>

1. Die **Abkehr vom Defizit-Blickwinkel** auf Menschen (mit Lebensschwierigkeiten) und zugleich auch die Abkehr von damit verknüpften Unterstellungen von Hilfebedürftigkeit.
2. Das **Vertrauen in die Stärken und Kompetenzen**, die es Menschen möglich machen, ihr Leben auch in kritischen Situationen und biographischen Belastungen erfolgreich zu meistern.
3. Die **Achtung vor der selbstbestimmten Lebensweise**, der Selbstverantwortung und dem Eigensinn des Anderen; die Akzeptanz der ‚eigenen‘ Lebenswege der Klienten und der Respekt auch vor unkonventionellen Lebensentwürfen.
4. Der **Respekt vor der ‚eigenen‘ Zeit und den ‚eigenen‘ Wegen** des Anderen und der Verzicht auf enge Zeithorizonte und standardisierte Hilfepläne.

---

<sup>176</sup> Zum Thema Assistenz als Methode des Empowerments an späterer Stelle mehr.

<sup>177</sup> vgl. Theunissen 2009, S. 38f., Herriger 2010, S. 72ff.

<sup>178</sup> dazu ausführlich: vgl. Herriger 2010, S. 74ff.





5. Der **Blick nach vorne**: der Verzicht auf eine umfassende Thematisierung zurückliegender biographischer Verletzungen und die Orientierung an einer für den Adressaten wünschenswerten Lebenszukunft.
6. Die **Grundorientierung an einer "Rechte-Perspektive"**: Menschen mit Lebensschwierigkeiten verfügen - unabhängig von der Schwere ihrer Beeinträchtigung - über ein uneingeschränktes Wahlrecht im Hinblick auf die Gestaltung ihres Lebensalltags.

### 3.1.3 Grundüberzeugungen

Diesen Leitprinzipien liegen drei ethische Grundüberzeugungen zugrunde:<sup>179</sup> *die Selbstbestimmung, die demokratische Partizipation und die soziale Gerechtigkeit.* Ein jeder Mensch hat das Recht, in *selbstbestimmter* Weise so zu leben, wie er es für richtig hält. Natürlich unter Einbezug des kategorischen Imperatives, niemandes anderen Rechte dabei zu beschneiden. Dabei steht die subjektive Autonomie über jeglicher Bevormundung. Noch heute existieren ein Menge von Hemmnissen für ein selbstbestimmtes Leben von Menschen mit geistigen Behinderungen: ständige Kontrolle, Reglementierung, Überbehütung, Überversorgung, Infantilisierung, Ignoranz individueller Wünsche, etc.<sup>180</sup> Das erfordert aus professioneller Sicht „eine sensible selbstreflexive Eingrenzung der eigenen Expertenmacht, so daß der helfende Dialog nicht in ein bevormundendes Diktat von Normalität und in eine fürsorgliche Kontrolle von Lebenssouveränität umschlägt.“<sup>181</sup>

Mit *demokratischer Partizipation* ist die uneingeschränkte Teilhabe am Leben und Bestimmen in der Gemeinschaft mit dem Ziel einer inklusiven Gesellschaft gemeint. Bürgerbeteiligung ist ein wesentliches partizipatives Mittel der Machtaneignung von unten. Dabei sind das Eigen- und Mitgestalten der Umwelt, Bürgerentscheide, Petitionen, Einflussnahme über Parteien und Lob-

---

<sup>179</sup> vgl. Theunissen 2009, S. 40ff., Herriger 2002, S. 3

<sup>180</sup> vgl. Theunissen 2009, S. 45

<sup>181</sup> Herriger 2002, S. 3



byverbände ebenso probate Mittel wie Skandalisierungen in den Medien oder der zivile Ungehorsam, der als spektakuläres Mittel auf Missstände aufmerksam machen kann.

Das Aufdecken sozialer Missstände führt zum dritten normativen Grundpfeiler des Empowerment-Konzeptes: das Eintreten für *soziale Gerechtigkeit*. Theunissen spricht in diesem Zusammenhang von einer Verteilungsgerechtigkeit.<sup>182</sup> Sowohl materielle (wie das Einkommen und damit verfügbare gesunde Nahrung, gute Wohnungen, etc.) als auch immaterielle Grundgüter (Bildung, Gesundheit, Sicherheit) müssen allen Mitgliedern der Gesellschaft zugänglich sein. Stehen bestimmten Gruppen diese nicht im ausreichenden Maße zur Verfügung, sollten diese die Befähigung erreichen (im reflexiven Sinn des Empowerments), sich für die gerechte Verteilung einzusetzen; oder sich durch ihre Fürsprecher anwaltschaftlich vertreten lassen (im transitiven Sinn des Empowerments).

### 3.1.4 Handlungsebenen und Methoden

Empowermentarbeit findet auf vier Handlungsebenen statt, auf denen jeweils verschiedene Methoden der Sozialen Arbeit angewendet werden.<sup>183</sup>

1. Auf der *subjektzentrierten Ebene* werden dem Einzelnen vorwiegend durch Beratung und Einzelfallhilfe Auswege aus Problemsituationen aufgezeigt. In ihm wird ein Gefühl individueller Stärke hervorgerufen, die neuen Lebensmut weckt und Fähigkeiten entwickeln lässt. Die Methodik auf der subjektzentrierten Ebene bezieht sich meist auf das *Unterstützungsmanagement*, die Biografiearbeit und den Kompetenzdialog. Im *Unterstützungsmanagement* versuchen Berater und Klient gemeinsam alle verfügbaren Ressourcen zu bündeln, Zielsetzungen zu formulieren und

---

<sup>182</sup> vgl. Theunissen 2009, S. 52

<sup>183</sup> vgl. Theunissen 2009, S. 82ff.



dafür Problemlösungsschritte auszuarbeiten. Über die *Biografiearbeit* sollen verloren gegangene Wertvorstellungen über das eigene Leben hervorgerufen und somit positive Identitätsorientierungen aufgebaut werden. Über den *Kompetenzdialog* sollen Fähigkeiten wiederentdeckt beziehungsweise neu erlernt werden.

2. Auf der *gruppenbezogenen Ebene* ist Empowerment eine konzertierte Aktion von Gruppenarbeit, Beratung und Netzwerkbildung von Betroffenen mitunter mit professioneller Hilfe. Dabei liegt ein Schwerpunkt in der (Wieder-)Herstellung von Unterstützungsnetzwerken. Als Beispiele für diese Netzwerke wären Familien, Freundschaften, Peer-Groups, Selbsthilfegruppen oder Bürgerinitiativen zu nennen. Methoden, die auf der gruppenbezogenen Ebene eingesetzt werden sind die Netzwerkanreicherung und die Netzwerkförderung. Über die *Netzwerkanreicherung* sollen Verbindungen gefestigt und der Austausch untereinander intensiviert werden. Die *Netzwerkförderung* wirkt gesellschaftlichen Individualisierungstendenzen entgegen. Vorwiegend werden hier Menschen zueinander gebracht, die ähnliche Probleme haben und die über das neue Netzwerk Erfahrungen austauschen und Hilfe anbieten können.
3. Die *institutionelle Ebene* des Empowerments ist gerade für Menschen mit geistigen Behinderungen von großer Bedeutung, da viele in Heimen und anderen institutionellen Wohnformen leben. Aber auch in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen oder auf dem ersten Arbeitsmarkt sind Empowermentprozesse wichtig, um Einflussnahme auf die Institutionsstrukturen und -belange zu gewinnen. Der Abbau von Hierarchien und Bürokratien und die demokratische Partizipation von Experten in eigener Sache sollen auf dieser Ebene gefördert werden.
4. Auf der *gesellschaftlichen Ebene* geht es um politische Einflussnahme und die Förderung von Selbstorganisation. Empowerment zielt hier auf Bürgerbeteiligung und Adressatenorientierung. Die professionelle Hilfe bündelt die Interessen ihrer Klienten und tritt gemeinsam mit ihnen vor



politischen Entscheidungsträgern, Organisationen und Verwaltungen als advokatorische Instanz auf.

### 3.1.5 Professionelles Handeln

Erklärtes Ziel der Empowermentarbeit ist es, „Menschen in marginaler Position zur Entdeckung und (Wieder-)Aneignung eigener Fähigkeiten, Selbstverfügungskräfte und Stärken anzuregen, sie zu ermutigen, zu stärken sowie konsultativ und kooperativ zu unterstützen, Kontrolle, Kontrollbewusstsein und Selbstbestimmung über die eigenen Lebensumstände (zurück) zu gewinnen, so dass eine Lebensform in Selbstorganisation statthaben kann.“<sup>184</sup> Dieser hohe Anspruch erfordert ein neues berufliches Selbstverständnis und professionelles Handeln. Der problemfixierte Blickwinkel muss einer Stärkenperspektive weichen. Der Profi ist nicht länger Experte für Defizite, denn das forciert durch paternalistische Denkweisen Machtausübungen. Er ist Experte für das Erkennen von Ressourcen. Ein Begegnen auf Augenhöhe, eine unbedingte gleichberechtigte Kooperation zwischen Klient und Profi sind die Basis für gelingende Empowermentarbeit. Denn „Grundlage aller helfenden Empowerment-Beziehungen ist die Zusammenarbeit (collaboration), ein auf Gleichberechtigung hin angelegtes Verhältnis zwischen Adressaten und Professionellen (...), welches von folgenden Prinzipien geleitet wird“:<sup>185</sup>

1. Eine geteilte Anerkennung der Dringlichkeit von Problemen, mit denen sich der Klient konfrontiert sieht.
2. Eine gemeinsame Verpflichtung bezüglich der Problemlösungen auf einer größtmöglichen demokratischen Basis.
3. Eine durch den Helfer initiierte Wertschätzung der menschlichen Würde beider Partner der Beziehung, ungeachtet aller Unterscheidungsmerkma-

---

<sup>184</sup> Theunissen 2009, S. 63

<sup>185</sup> Theunissen 2009, S. 67



le von sozialer Klasse, ethnischer Zugehörigkeit, Lebenschancen und Bildungsvoraussetzungen.

4. Ein grundsätzlicher Blick für Stärken und die Unterstützung der Wünsche und Bedürfnisse der Adressaten.
5. Ein einfühlsamer Kommunikationsstil, die Orientierung an Erwartungen und Zukunftsentwürfen sowie eine vertrauens- und respektvolle, authentisch-parteiliche Grundhaltung.

Ausgangspunkt der Empowermentbeziehung ist die *Stärkenperspektive*. Klient und Profi erschließen gemeinsam individuelle und soziale Stärken in einem Ressourcenassessment. Durch einen systematischen Kompetenzdialog, der im Wesentlichen aus biografischer Reflexion und Netzwerkkonsultation besteht, werden Fähigkeiten ergründet aber auch Selbstvertrauen geschaffen. Denn die Ressourcenorientierung dient auch gleichzeitig ihrer Aktivierung.

Normativ für die Philosophie der Menschenstärken ist ihre *Subjektzentrierung*, ihre „Anerkennung des Eigen-Sinns und der Autonomie der Lebenspraxis der Klienten“.<sup>186</sup> Die Wertschätzung der Individualität, der Verzicht auf einen bevormundenden Expertenstatus und eine nichtbewertende Grundhaltung kennzeichnen die Arbeit des Empowerment-Profis. Diese akzeptierende Einstellung ist aber nicht gleichzusetzen mit Toleranz oder Duldung von eigensinnigen Verhaltensweisen, die andere Menschen verletzen. Auch hier gilt der zuvor genannte kategorische Imperativ des Zusammenlebens.

Der im Sinne des Empowerment professionell Handelnde kann diese Erwartungen an seine Tätigkeit am besten umsetzen, wenn er sich als Mentor oder als Assistent in verschiedensten Ausprägungen versteht. „Empowerment-Arbeit ist eine Arbeit in vielen Rollen und Rollenwechseln. Nicht Festlegung und Methodenfixierung, sondern Flexibilität, Experimentierfreude und Offenheit gegenüber unterschiedlichen methodischen Versatzstücken und Interven-

---

<sup>186</sup> Herriger 2010, S. 75



tionsverfahren kennzeichnen diese Arbeit.“<sup>187</sup> Für Herriger sind es vor allem folgende Rollen, die den Empowerment-Profi kennzeichnen:<sup>188</sup>

- Lebenswelt-Analytiker
- Kritischer Lebensinterpret
- Netzwerker und Ressourcenmobilisierer
- Intermediärer Brückenbauer
- Normalisierungsarbeiter
- Organisations- und Systementwickler

Professionelle Empowermentarbeit ist vielschichtig und keineswegs geradlinig. Sie verläuft „in Umwegen, Rückschritten, Warteschleifen“.<sup>189</sup> Sie verlangt sowohl vom Profi als auch vom Klienten eine Menge Geduld ab. Aber auf professioneller Seite kann durch Selbstreflexion sowie kollegiale Beratung und Supervision sowohl persönlicher als auch institutioneller Ungeduld<sup>190</sup> vorgebeugt werden. Empowermentprozesse sind Prozesse gegenseitigen Lernens und Verstehens. Wenn das von Klient und Profi verstanden wird, wenn gegenseitige Veränderungen akzeptiert werden, können Stärken (wieder-)gewonnen und Lebensfreude (wieder) gelebt werden.

## 3.2 Empowerment in der Gesundheitsförderung

Empowerment kann als Methode der Gesundheitsförderung verstanden werden. Doch eigentlich ist Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta nichts anderes als Empowerment, denn sie „zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermögli-

---

<sup>187</sup> Herriger 2010, S. 236

<sup>188</sup> vgl. Herriger 2010, S. 236ff.

<sup>189</sup> Herriger 2010, S. 76

<sup>190</sup> vgl. Herriger 2010, S. 76



chen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“<sup>191</sup> Vergleicht man die in der Ottawa-Charta genannten Handlungsstrategien und Handlungsfelder mit den Handlungsebenen und Methoden des Empowerments, werden klare Übereinstimmungen sichtbar. Individuen, Gruppen, Organisationen und Gemeinden sollen in konzertierter Form Handlungskompetenz und Selbstbestimmung über die Gesunderhaltung in ihren Lebenswirklichkeiten entwickeln und festigen. Denn „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“<sup>192</sup> Zahlreiche Ideen der Ottawa-Charta wurden in verschiedenen Projekten umgesetzt. Einige davon sind:

- Gesunde-Städte-Netzwerke
- Arbeitsgemeinschaften und Initiativen für Gesundheitsförderung
- Politische Zirkel mit dem Thema Gesundheitsförderung
- Studiengänge für Gesundheitsförderung
- Betriebliche Gesundheitsförderung

Solche gesellschaftlichen Aktivitäten erzeugen und benötigen Gesundheitsförderungsprofis. Diese nehmen eine Vermittler- und Interventionsrolle zwischen den Mächtigen und den wenig einflussreichen Gruppen ein. Sie helfen dabei als advokatorische aber auch als assistierende Instanz bei der (Wieder-)Gewinnung von Selbstverfügungskräften. Denn ein wesentlicher Aspekt des Empowerments ist die Erfahrung von Selbstwirksamkeit. Ein Mensch, der sich und seine Aktivitäten als wirksam erfährt, fühlt sich weniger machtlos und den Dingen

---

<sup>191</sup> Weltgesundheitsorganisation 1986, S. 1

<sup>192</sup> Weltgesundheitsorganisation 1986, S. 5



beziehungsweise den Mächtigen ausgeliefert. Er kann durch diesen Prozess zu seinem eigenen Anwalt, in diesem Fall im Bereich der Gesundheitsförderung, werden.

Gesundheitsförderung ist dabei nicht als schwer verständliche und schwer vermittelbare Gesundheitstheorie zu verstehen. Im Gegenteil: sie ist integrative Praxis, die von Menschen gelebt wird.<sup>193</sup> Die Aufgabe des Gesundheitsförderungsprofis ist es, einen wirksamen Beitrag zur Definition von Gesundheitszielen zu leisten. Die Menschen müssen dabei die Ziele für sich selbst definieren. Die Gesundheitsförderungsprofis helfen bei ihrer Erreichung.

### 3.2.1 Zugänge in der Empowermentarbeit

In der Gesundheitsförderung gibt es zwei wesentliche Zugänge zur Verwirklichung von Gesundheitszielen: *top-down* und *bottom-up*. Der Unterschied zwischen den beiden Zugängen liegt darin, wer über die Themen und Wege bestimmt.

Im *top-down-Zugang* definieren außen stehende Akteure Inhalte und Ziele von Gesundheitsförderungsprogrammen. Das widerspricht dem Grundsatz der Selbstbestimmung im Empowerment.

Dagegen ist es beim *bottom-up-Zugang* die Rolle der außen stehenden Akteure – also den Gesundheitsförderungsprofis –, nur bei der Definition der Probleme und bei der Zielerreichung zu helfen. Die Ziele und die eigentliche Umsetzung kommen von den Betroffenen. Dies ist klares Empowerment. Es muss aber angemerkt werden, dass diese Beschreibung idealtypisch ist und sich beide Zugänge in der Praxis überlagern.<sup>194</sup>

In der Praxis der Gesundheitsförderung gilt die soziale Unterstützung als wichtige Ressource der Gesundheit. Ein Weg zur Erreichung guter sozialer Unterstützung von Individuen ist demnach bottom-up-gerichtetes Empower-

---

<sup>193</sup> vgl. Laverack 2010, S. 17ff.

<sup>194</sup> vgl. Laverack 2010, S. 28ff.





ment von Gemeinschaften. Empowerment ist dabei als kontinuierlicher Prozess zu verstehen, der „auf den gemeinsamen Bedürfnissen einer Gemeinschaft basiert.“<sup>195</sup> Eine Gemeinschaft ist nach Laverack von folgenden Merkmalen geprägt:<sup>196</sup>

- *räumliche Dimension*, z.B. ein Ort oder Setting,
- *nicht-räumliche Dimension*, die ansonsten heterogene oder separate Gruppen oder Individuen durch gemeinsame Interessen, Probleme oder Identitäten miteinander verbinden,
- *Interaktionen*, die Menschen in soziale Beziehungsgeflechte einbinden und
- *Erkennung gemeinsamer Bedürfnisse und Interessen*, die durch einen Prozess kollektiver Interventionen erreicht werden können.

Es ist aber wichtig zu verstehen, dass Empowerment nicht einfach einer Gruppe gegeben werden kann. Empowerment muss sich in einem Prozess innerhalb der Gemeinschaft entwickeln. Dieser dynamische Prozess findet auf individueller, auf organisatorischer und auf politischer Ebene statt und dient dem Zweck der Umverteilung von Ressourcen, der Reduzierung von Machtlosigkeit und der Erreichung von programmatischen Zielen.<sup>197</sup> „Eine ‚empowerte‘ Gemeinschaft ist damit eine demokratisch geführte Organisation, deren Mitglieder ihre Informationen austauschen und Einfluss auf die Entscheidungen ausüben können. Sie sind an der Gestaltung, Umsetzung und Kontrolle der Anstrengungen beteiligt, die im Konsens mit der Gemeinschaft als zu erreichende Ziele definiert wurden.“<sup>198</sup>

Der dynamische Empowermentprozess ist ein Kontinuum, welches bei der individuellen Ebene beginnen kann. Über Kleingruppenentwicklung und

---

<sup>195</sup> Laverack 2010, S. 56

<sup>196</sup> vgl. Laverack 2010, S. 57

<sup>197</sup> vgl. Laverack 2010, S. 59

<sup>198</sup> Laverack 2010, S. 58



Organisation von Gemeinschaften setzt es sich bis hin zu sozialen und politischen Aktionen fort. Empowerment kann dabei an jedem Punkt des Kontinuums ansetzen. In der Gesundheitsförderung von Menschen mit geistigen Behinderungen beginnt er vornehmlich auf der individuellen Ebene. Das Empowerment soll hier die Selbstverfügungskräfte des Einzelnen stärken. Dafür ist besonders die Einbettung in Kleingruppenaktivitäten sinnvoll, denn der gesundheitsförderliche Fokus liegt auf der sozialen Unterstützung. Herriger sieht in der sozialen Unterstützung eine der wichtigsten salutogenen Ressourcen, denn sie „befriedigen affiliative Bedürfnisse (soziale Zugehörigkeit; Aufgehoben-Sein; soziale Sicherheit); sie vermitteln Erfahrungen von Selbstwert und sozialer Anerkennung; sie geben Orientierung und mindern kognitive Unsicherheit; und sie sind kollektive Kraftquellen für bürgerschaftliches Engagement und (gesundheits-)politische Selbstgestaltung in kleinen sozialen Kreisen.“<sup>199</sup> Laverack meint dazu: „Nur durch ihre Mitarbeit in kleinen Gruppen können Individuen am besten ihre Anliegen definieren, analysieren und auf ihre Probleme reagieren.“<sup>200</sup> Die Initiative des Einzelnen kann dabei durch persönliche Erfahrung von Wohlbefinden, wie beispielsweise dem Zusammengehörigkeitsgefühl im Mannschaftssport, geweckt werden.

### 3.2.2 Voraussetzungen für erfolgreiches Empowerment

Für die gesundheitsförderliche Empowermentarbeit gibt es einige Voraussetzungen. Als erstes wäre die *Bereitschaft der Klienten* zu nennen, „empowert“ werden zu wollen. Vielleicht sind sie mit ihrem Status quo zufrieden und wollen keine Bestärkung. Es kann gut sein, dass dabei Potentiale nicht ausgeschöpft werden. Wenn dennoch ein wohlbefindliches Leben möglich ist, sollte kein Empowerment von oben herab (top-down) aufbefohlen werden. Dann wäre es lediglich die Aufgabe des Profis respektvoll aufzuzeigen – vielleicht in Gesprä-

---

<sup>199</sup> Herriger 2002, S. 8

<sup>200</sup> Laverack 2010, S. 60



chen, vielleicht durch eigenes Beispiel –, dass da noch Potentiale schlummern, die das Wohlbefinden weiter festigen können.

Eine weitere Voraussetzung ist die *eigene kritische Sichtweise* des Gesundheitsförderungsprofis. Die eigenen kommunikativen und analytischen Kompetenzen sollten stets selbst hinterfragt oder durch Beteiligte, Kollegen, Vorgesetzte beurteilt werden. Gerade für die Vermittlungsarbeit zwischen einzelnen Individuen und Gruppen ist die kritische Sichtweise auf die eigene Arbeit von gehobener Bedeutung. Insbesondere das Erkennen, Umlenken und Auflösen von Machtstrukturen hin zur Selbstbemächtigung der Klienten ist eine zentrale Qualifikation in der Sozialen Arbeit.<sup>201</sup>

Die *Unterstützung durch das Arbeitsumfeld* ist eine wichtige Voraussetzung für erfolgreiche Empowermentarbeit. Dabei sind die Normen und Werte, die im Arbeitsumfeld gelebt werden, nicht nur die Grundlage für die Arbeit an sich sondern auch für den Umgang der Kollegen miteinander. Sich gegenseitig unterstützende Kollegen und Empowerment-orientierte Vorgesetzte sind nicht zu unterschätzende Faktoren für das Gelingen von Empowermentprozessen.

### 3.3 Zusammenfassung

Die Selbstbefähigung zu einem Leben voll Wohlbefinden steht als Ziel hinter dem Empowermentkonzept. Mit Blick auf Stärken, Ressourcen, vorhandene oder mögliche Kompetenzen können Menschen in ihrer Lebenswelt eigenständig oder mit Unterstützung Probleme angehen und diese im individuellen oder auch gesellschaftlichen Kontext thematisieren und lösen.

Diese Stärkenperspektive ist es, die Akteure der Sozialen Arbeit von dem überholten Defizitblickwinkel befreit. Durch Unterstützung helfen sie ihren Klienten zu einem Mehr an Selbstständigkeit. Sie helfen bei der Definition der Ziele und bei der Zielerreichung. Doch ist der Klient ständig selbst gefragt,

---

<sup>201</sup> vgl. Laverack, S.65f.



diesen Weg zu gehen und dabei eine Kompetenzentwicklung mitzumachen. Dabei hat der Profi stets die Grundüberzeugungen des Empowermentskonzeptes vor Augen: die selbstbestimmte Lebensweise des Klienten, die demokratische Partizipation zur uneingeschränkten Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und die soziale Gerechtigkeit der Gesellschaft. Sein professionelles Handeln wird von diesen Grundüberzeugungen ebenso geleitet wie vom Handlungsprinzip der unbedingten gleichberechtigten Zusammenarbeit zwischen ihm und dem Klienten. Etwaige Machtstrukturen werden zu Gunsten des Klienten aufgelöst oder umgelenkt, denn im Empowerment geht es schon rein wörtlich um die Selbstbemächtigung des Klienten.

Folglich ist die Selbstbemächtigung zu einer wohlfindlichen Lebensweise auch Grundsatzprogramm in der Gesundheitsförderung. Sie ist als integrative Praxis zu verstehen, die von Menschen gelebt wird. Der Gesundheitsförderer hilft als Profi im Sinne des Empowerments den Menschen bei der Gewinnung eines gesunden Lebensstiles. Insbesondere der sozialen Unterstützung wird mit Hinblick auf die Lebenswelt vieler Menschen mit geistigen Behinderungen ein großes und stark ausbaufähiges Potential zur Gesunderhaltung zugeschrieben. Die Integration in kleine Gruppen steht dabei am Anfang eines kontinuierlichen Prozesses an dessen Ende gesellschaftliche Veränderungen abzusehen sind, die Entstigmatisierung und Enthospitalisierung zur Folge haben müssen.



## 4 Praxishandbuch

Im diesem abschließenden Kapitel werden die vorgenannten theoretischen Informationen zusammengebracht und praxistauglich als Handbuch aufbereitet. Gesundheitsförderung für Erwachsene mit intellektuellen Einschränkungen soll anhand dieses konzeptuellen Handbuchs mit Methoden des Empowerments praxisnah durchgeführt werden können.

### 4.1 Zum Gebrauch des Handbuchs

Der konzeptuelle Charakter des Handbuchs unterstreicht die Rahmensetzung der vorgeschlagenen gesundheitsförderlichen Maßnahmen. Es ist ein Programm, welches dazu anregen soll, in den einzelnen Lebensumgebungen von Erwachsenen mit intellektuellen Einschränkungen umgesetzt und weiterentwickelt zu werden. Programme und Konzepte „kombinieren Beobachtungs- und Beschreibungswissen (Was ist der Fall?) mit Erklärungs- und Begründungswissen (Warum ist das so?), Wertwissen (Welche Zustände bzw. Verhaltensweisen sind wünschenswert?) und Handlungs- und Interventionswissen (Wie kommen wir da hin?).“<sup>202</sup> Sie sind breit und offen angelegt und ermöglichen dadurch Veränderungen, die an die jeweilige Lebensumwelt der Adressaten angepasst werden können.

Das vorliegende Praxishandbuch beschreibt keine festgeschriebenen Methoden, die unumstößlich Anwendung finden müssen. Gerade das Setting Wohngemeinschaft, auf das sich das Handbuch vor allem bezieht, hat viele verschiedene Facetten. Es lässt kein einheitliches methodisches Abarbeitungsmuster zu. Darum sind alle Beteiligten gefragt, insbesondere die Adressaten selbst, sich das vorliegende Konzept so auszulegen, dass es sowohl den Be-

---

<sup>202</sup> Spiegel 2008, S. 254



dürfnissen als auch den Erfordernissen der eigenen Umgebung entspricht. Zudem herrscht in den sozialen Wissenschaften ein Konsens darüber, „dass man Ergebnisse nicht am ‚Reißbrett‘ und bis ins Detail planen kann, und dass sich Ziele und Wege im Laufe eines Prozesses mehrfach verändern oder auch neu entstehen können.“<sup>203</sup>

Der in diesem Handbuch vorgegebene Orientierungsrahmen ist ein Arbeitsmuster, mit welchem der Nutzer über die Arbeitsschritte Situationsbeschreibung, Potentialidentifizierung, Zielsetzung, Maßnahmenplanung und Überprüfung eigene Projekte zur Gesundheitsförderung planen kann.

Hurrelmann et al. nennen vier Gruppen von Schutzfaktoren für die Erhaltung der Gesundheit:<sup>204</sup>

1. *Soziale und wirtschaftliche Faktoren*, insbesondere gute Bedingungen am Arbeitsplatz und eine gute sozio-ökonomische Lebenslage.
2. *Umweltfaktoren*, insbesondere gute Luft- und Wasserqualität, gute Wohnbedingungen und gute soziale Netzwerke.
3. *Behaviorale und psychische Faktoren*, insbesondere angemessene Bewegung, Ernährung, Spannungsbewältigung, reduzierter Konsum von legalen und illegalen Drogen, sicheres Gefühl von Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeit, Eigenverantwortung, Optimismus und Schutzmotivierung.
4. *Zugang zu gesundheitsrelevanten Leistungen*, insbesondere zu Bildungs- und Sozialeinrichtungen, Transport- und Freizeitmöglichkeiten, aber natürlich auch zu Einrichtungen der Krankenversorgung, Pflege und Rehabilitation.

---

<sup>203</sup> Spiegel 2008, S. 134

<sup>204</sup> vgl. Hurrelmann et al. 2010, S. 16



Aus diesen vier Gruppen wurden *Bewegung, Ernährung, Entspannung* und *Soziale Unterstützung* als schwerpunktmäßige Handlungsfelder für dieses Handbuch ausgewählt. Diese werden hier als Beispielprojekte beschrieben. Jedem dieser Projektmuster ist eine beispielhafte Checkliste angefügt. Diese kann als Vorlage für entsprechende Projekte genutzt werden oder als Muster für weitere Projekte dienen.

Zu Beginn eines jeden Beispielprojektes werden einige einleitende Informationen zu dem jeweiligen Gesundheitsförderungsschwerpunkt gebracht. Diese Informationen lassen sich dazu nutzen, die vorgegebenen oder eigenen Zielsetzungen und Maßnahmenplanungen zu überdenken oder weitere als die vorgeschlagenen Projekte zu planen.

## 4.2 Projektplanung

Für die Projektplanung gilt grundsätzlich, dass sich das Projekt den Bedürfnissen, Interessen und Vorstellungen der Klienten anzupassen hat und nicht umgekehrt. Dabei gilt als Maßstab die Lebensweltorientierung, also die Bezugnahme auf die aktuelle Umwelt und das Leben der Leute, für die das Projekt angedacht ist. Dafür können folgende *organisatorische Prinzipien*<sup>205</sup> als Leitlinie verwendet werden:

### **Das Prinzip der Regionalisierung:**

Das Projekt soll sich auf das unmittelbare Lebensumfeld (Wohnung, Stadtteil, Dorf, etc.) beziehen.

### **Das Prinzip der Dezentralisierung:**

Die materiellen und personellen Hilfen sind am Ort des Lebens und dort nicht isoliert, sondern eingebettet in den Alltag zu gewähren.

---

<sup>205</sup> vgl. Feuser 2001, S. 3

**Das Prinzip des Kompetenztransfers:**

Im Zusammenhang mit der unverzichtbaren Zusammenarbeit aller mitarbeitenden Fachkräfte unterschiedlichster Ausgangsberufe und Berufserfahrungen geht es (im Rahmen der Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der gemeinsamen Arbeit und im Interesse deren Optimierung und hochgradigen Abstimmung) um den Austausch über und um die wechselseitige Aneignung von Kompetenzen.

**Das Prinzip der integrierten Therapie:**

Therapeutisch einzulösende Bedarfe der Klienten sind schon bei der gemeinsamen Planung der Vorhaben so zu berücksichtigen, dass sie direkt im Alltag zum Tragen kommen und von den Klienten als Hilfen bei Tätigkeiten erfahren werden können.

**Prinzip des demokratischen Lernens:**

Jeder darf alles lernen ohne sozialen Ausschluss.

**Das Prinzip des sozialen Projektes:**

Jeder Klient darf sich wahrnehmend und handelnd in das Geschehen einbringen und das Tun des anderen beeinflussen und mit bedingen, wodurch jeder Klient für jeden anderen Bedeutung gewinnen kann und sich alle subjektiv als kompetent und wichtig für die Gemeinschaft erfahren.

Wie auch die Projekte an sich, durchläuft die Planungsphase verschiedene Stufen. Folgende Checkliste<sup>206</sup> kann zur Vorbereitung eines Projektes genutzt werden:

---

<sup>206</sup> vgl. Richter und Altgeld 2004, S. 37





	<i>Leitfragen</i>
Situation	<p><b>Womit starten wir?</b></p> <p>Für welchen Bereich sehen wir den dringendsten Handlungsbedarf und warum? Mit welchem Bereich fangen wir an?</p>
Potentiale	<p><b>Was sind positive Ausgangsbedingungen?</b></p> <p>Welche Ressourcen gibt es in dem Bereich? Was begründet diese Ressourcen? Was tun wir bereits, worauf können wir aufbauen? Welche Kompetenzen im Team können genutzt werden?</p>
Ziele	<p><b>Was wollen wir erreichen?</b></p> <p>Welches ist ein realistisches Leitziel? Welche sind konkrete Teilziele? Welche Wunschvorstellungen gibt es? Welche dieser Wunschvorstellungen sind realisierbar?</p>
Maßnahmen	<p><b>Wie können wir unsere Ziele erreichen?</b></p> <p>Wer übernimmt welche Aufgaben? Welche finanziellen, materiellen und personellen Mittel brauchen wir und welche stehen uns zur Verfügung? Wer kann uns unterstützen? Wie können wir Unterstützung gewinnen? Wie verschaffen wir uns öffentliches Interesse?</p>
Überprüfung	<p><b>Wann sind unsere Ziele erreicht?</b></p> <p>Woran messen wir unseren Erfolg? Woran können wir überprüfen, ob wir unsere Ziele erreicht haben? Wie können wir dokumentieren, was wir erreicht bzw. nicht erreicht haben? Wer übernimmt diese Aufgabe und meldet (Miss-)Erfolge regelmäßig an das Team zurück?</p>

Nachdem die Projektvorbereitung abgeschlossen wurde, sollte in einem Projektplan schriftlich festgehalten werden, wie das Projekt ablaufen soll. Dafür ergeben sich verschiedene Schritte und Zuständigkeiten, die anhand der folgenden Systematik der Projektplanung<sup>207</sup> abgearbeitet werden können:

<i>Planungsaufgaben</i>	<i>Zuständigkeit</i>
<i>Festlegung von Maßnahmen, die auf der Ebene der Wohngemeinschaft/des Wohnhauses konzeptualisiert werden sollen (siehe Projektvorbereitung)</i>	<i>Klienten, Teamleiter, Mitarbeiter (Projektgruppe)</i>
<i>Entscheidung über die Form der Bearbeitung, z.B. im Betreuungsteam oder in einer gesonderten Projektgruppe</i>	<i>Projektgruppe</i>
<i>Planung und Festlegung des Arbeitsrahmens: Wer ist verantwortlich? Wer arbeitet mit? Wer ist zu beteiligen/zu informieren? Wo und in welchen Abständen kommt die Arbeitsgruppe zusammen? Wie viel Zeit ist für eine Arbeitssitzung einzuplanen? Wer bereitet die Sitzungen vor? Wer moderiert? Wer protokolliert die Ergebnisse? Wann sollen die Ergebnisse vorliegen?</i>	<i>Projektgruppe</i>
<i>Information aller Beteiligten über die geplanten Arbeiten. Systematische Sammlung und Auswertung von Wünschen und Vorschlägen von Klienten und Kollegen in Bezug auf die zu planenden Aufgaben</i>	<i>Mitarbeiter</i>
<i>Sammlung klientenbezogener Informationen für den zu planenden Aufgabenbereich (z.B. durch Auswertung von Entwicklungsberichten, Akten, Tagungsprotokollen)</i>	<i>Mitarbeiter</i>
<i>Auswertung allgemeiner und trägerinterner Vorgaben (z.B. rechtliche Bestimmungen, Leitbild des Trägers), die bei der Projektplanung berücksichtigt werden sollten</i>	<i>Mitarbeiter</i>
<i>Erstellung eines Entwurfes zur Projektplanung in Vorbereitung des folgenden Arbeitstreffens durch Zusammenstellung programmatischer Aussagen und ihrer Begründung</i>	<i>Teamleiter</i>

<sup>207</sup> vgl. Schwarte und Oberste-Ufer 2001, S. 124

<i>Verteilung des Entwurfes an alle Projektgruppenbeteiligten und mündliche Kommunikation des Inhaltes an diejenigen, die nicht lesen können oder den Inhalt nicht verstehen (mindestens eine Woche vor dem nächsten Treffen)</i>	Mitarbeiter
<i>Diskussion des Entwurfes in der Projektgruppe. Protokollierung von Veränderungsvorschlägen und Entscheidungen</i>	Projektgruppe
<i>Überarbeitung des Entwurfes anhand der Projektgruppenergebnisse</i>	Teamleiter
<i>Besprechung und Verabschiedung des Entwurfes</i>	Projektgruppe
<i>Umsetzungsplanung: Festlegung von Methoden und Maßnahmen, mit denen das Projekt umgesetzt und die Umsetzung überprüft werden soll</i>	Projektgruppe
<i>Ausarbeitung des endgültigen Projektplanes und Verteilung an alle Beteiligten und Gremien</i>	Teamleiter

Der Projektplan ist die Richtschnur, an der sich während der Projektdurchführung orientiert werden kann. Er muss wie die gesamte Kommunikation rund um das Projekt transparent sein, so dass alle Beteiligten den gleichen Wissensstand haben. Alle neuen Informationen müssen weitergegeben und Änderungen müssen besprochen werden. Nur so kann eine gute Projektplanung und Durchführung gelingen. Richter und Altgeld fassen in ihrem „Handlungskonzept zur Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Kinder im Elementarbereich“<sup>208</sup> die *Kriterien für eine gute Projektplanung* wie folgt zusammen:

- Klare Struktur, Planung und Organisation
- Sensible Umsetzung
- Verständliche Dokumentation
- Transparenz über die vorgesehenen Abläufe
- Klare Rollen und Verantwortlichkeiten
- Einheitliche Ziel- und Terminplanungen

<sup>208</sup> vgl. Richter und Altgeld 2004, S. 35

## 4.3 Projektdurchführung

Neben der Festlegung der Inhalte in der Projektplanungsphase ist die Auswahl der passenden Strategie für die Projektdurchführung von entscheidender Bedeutung. Da die Lebensweltorientierung als Maßstab für die Projektplanung gilt, sollte das Projekt in den Alltag der Zielgruppe eingebettet sein. Das bedeutet aber nicht, dass jedes Projekt im herkömmlichen Lebensumfeld des Klienten individuell umgesetzt werden muss. Erwachsenenbildung findet für gewöhnlich in Kursen statt. Dieser Teil des Lebensalltags von Menschen ohne nennenswerte Behinderung sollte auch für Erwachsene mit intellektuellen Einschränkungen gelten. Darum können die hier vorgestellten Projekte auch als Kurse konzipiert werden.

Die Projekte sind von den Leitgedanken des Empowerments getragen. Ressourcenorientierung und Ermutigung zur Selbstbefähigung sollen Spaß am Lernen vermitteln und Lust machen auf neu erlebtes Wohlbefinden. Deshalb muss jeglicher Leistungsdruck ausgeschlossen werden. Keine gute Strategie ist die Gesundheitserziehung mit ihren Fingerzeigen auf all die Risikofaktoren. Angstappelle mit Bezug auf die Folgen von Risikofaktoren sind kontraproduktiv, denn eine solche Motivationsstrategie führt nicht selten zu Verdrängungsreaktionen<sup>209</sup> und lässt ein gesundes Leben nur hinter radikalen Einschränkungen vermuten. Vielmehr muss das Gesundheitstraining Spaß machen und ein Gewinn an Lebensqualität und Wohlbefinden soll erfahren oder in Aussicht gestellt werden.

Dementsprechend können positiv gestaltete *Lernziele* für ein gesundheitsförderliches Trainingsprogramm folgende sein:<sup>210</sup>

---

<sup>209</sup> vgl. Viehhauser 2000, S. 414

<sup>210</sup> vgl. Viehhauser 2000, S. 413



- Förderung gesundheitlicher Protektivfaktoren
- Stärkung des Bewusstseins eigener psychosozialer Ressourcen bzw. Gesundheitskompetenzen
- Erkennen und erweitern der eigenen Einflussmöglichkeiten auf Gesundheit und Krankheit
- Stärkung von Selbsthilfepotentialen
- Förderung eines konstruktiven Umgangs mit alltäglichen Belastungen
- Entwicklung einer gesundheitsbewussten psychosozialen Selbstfürsorglichkeit

Ein zu diesen Lernzielen hinsteuern des Gesundheitstraining für Erwachsene mit intellektuellen Einschränkungen sollte auf verschiedene *Grundprinzipien*<sup>211</sup> aufbauen:

**Multimodalität:** Eine **multimodale** Einbindung unterschiedlicher Lehr- und Lernformen und verschiedene Trainingselemente nehmen die Eintönigkeit und erhöhen die Aufnahmebereitschaft.

**Strukturiertheit:** Damit das Training durch die verschiedenen Elemente nicht überfrachtet wird, muss es gut **strukturiert** sein. Es sollte im vornherein in Themenkomplexe eingeteilt werden und durch Teile wie Gruppengespräche, Übungen, Informationsparts, Aufgaben und Hausaufgabenbesprechungen gegliedert sein.

**Kompetenzorientierung:** Das Training soll dazu da sein, den gesundheitsförderlichen Umgang mit sich selbst zu erlernen und dementsprechende Fertigkeiten zu entwickeln beziehungsweise zu festigen.

**Hausaufgaben:** Die aktive Mitarbeit der Teilnehmer ist unverzichtbar. Hausaufgaben haben dafür eine große Bedeutung. Sie sind für den Projekterfolg unverzichtbar, denn Hausaufgaben stellen eine Verbindung zwischen den Kursen und dem Training im individuellen Alltag her.

---

<sup>211</sup> vgl. Viehhauser 2000, S. 416ff.



**Trainingscharakter:** Durch den Trainingscharakter wird die Interaktion themenzentriert. Die Teilnehmer sind aktiv Lernende, die durch den Trainer zu Mitarbeit und Übung motiviert werden. Deshalb sind die Aufgaben des Trainers neben der Vermittlung der Inhalte vor allem die Motivierung der Teilnehmer zur Anwendung des Gelernten, die Hilfe bei Problemlösungen und die Schaffung einer angenehmen Gruppenatmosphäre.

**Trainerkompetenz:** Der Trainer muss in seiner Rolle über ein breites Spektrum an didaktischen und sozialen Fähigkeiten verfügen. Im Umgang mit Menschen mit intellektuellen Einschränkungen müssen auch seine emotionalen und nonverbalen Kommunikationskompetenzen gut ausgebildet sein. Denn oft haben diese Klienten Artikulationsschwierigkeiten. Deshalb ist es wichtig, dass der Trainer immer wieder nach Wünschen und Interessen nachfragt. Ist wie bei schwerst-geistig behinderten Menschen eine verbale Kommunikation oft nicht möglich, sollten deren Bedürfnisse aus dem Verhalten, der Gestik und der Mimik geschlossen werden.<sup>212</sup> Zudem soll er die Inhalte klar und nachvollziehbar vermitteln und in der Trainingsgestaltung flexibel mit unterschiedlichen Methoden, Material und der Zeit umgehen können. Er sollte gruppendynamische Prozesse themenzentriert lenken und trotzdem die Teilnehmeraktivitäten fördern, aber Kritik der Teilnehmer vermeiden, um sie nicht zu demotivieren. Der Trainer kann nur dann seine Lehrinhalte glaubwürdig herüberbringen, wenn er selbst hinter ihnen steht und somit Modellwirkung für die Teilnehmer hat.

**Verständliche Sprache:** Für Trainings mit Erwachsenen mit intellektuellen Einschränkungen sollte stets eine für alle verständliche Form der Kommunikation gewählt werden. In den meisten Fällen wird die Kommunikation über Sprache funktionieren. Die Sprache soll einfach und klar verständlich sein. Sie darf keine Fremdwörter enthalten. Auf Ironie und Sarkasmus kann ganz verzichtet werden. Die Inhalte sind über kurze aussagekräftige Sätze zu kommunizieren und nonverbale Kommunikationselemente, wie zum Beispiel eindeutige Gestiken, unterstützend zu nutzen.

---

<sup>212</sup> vgl. Theunissen 2003, S. 66

## 4.4 Projekt: Bewegung

### Positive Effekte der Bewegungsförderung

Körperliche Aktivität verringert das Erkrankungsrisiko allgemein und insbesondere das Risiko für Herz-Kreislauf-Krankheiten und Tumorerkrankungen. Aber auch die kognitiven Fähigkeiten werden durch regelmäßige und angemessene Bewegung positiv beeinflusst.<sup>213</sup> Für älter werdende und alte Menschen ist körperliche Aktivität wichtig, um sowohl physische als auch psychische Kompetenzen zu erhalten.

Für Menschen mit intellektuellen Einschränkungen existieren dank der Special-Olympics-Bewegung ausgefeilte Sportprogramme. Jedoch sind diese eher auf junge Leute zugeschnitten und haben meist Leistungssportcharakter. Doch gerade die von behinderungsbedingten oder altersbedingten Einschränkungen betroffenen Menschen bedürfen Programme, die kompetenzerhaltend oder kompetenzfördernd wirken. Ein Projekt zur Bewegungsförderung kann hier das Erkrankungsrisiko and das Auftreten gesundheitsschädigender Alterssymptome verringern. Michna et al. nennen eine Reihe von Studien, die nachweisen, dass beispielsweise eine erhöhte kardiovaskuläre Leistungsfähigkeit, die Verbesserung der Muskelkraft, die Reduzierung des Körpergewichtes und die Verbesserung der Balance von solchen Programmen ausgehen kann.<sup>214</sup>

Der Schwerpunkt des Bewegungstrainings sollte in der moderaten Steigerung der Ausdauerleistungsfähigkeit liegen. Ein solches Training kombiniert am besten die positiven Wirkungen auf das Herz-Kreislaufsystem, den Stütz- und Bewegungsapparat und das Immunsystem. Auch kognitive Funktionen und emotionale Aspekte lassen sich durch ein gemäßigtes Ausdauertraining positiv beeinflussen.

---

<sup>213</sup> vgl. Michna et al. 2007, S. 52

<sup>214</sup> vgl. Michna et al., 2007 S. 69f.



Die förderlichen Auswirkungen auf das Herz-Kreislaufsystem ergeben sich durch eine Absenkung des Blutdrucks, die Stärkung des Herzmuskels, der vermehrten Flexibilität der Gefäße und ihrer Reinigung durch den erhöhten Blutdurchfluss. Das alles beugt koronaren Herzerkrankungen, Herzinsuffizienz und Schlaganfällen vor.<sup>215</sup>

Der Stütz- und Bewegungsapparat erfährt durch das Training eine Steigerung der Muskelkraft und der Beweglichkeit. Dies kann zur verbesserten Durchführung von Alltagsbewegungen, wie der Körperhygiene, dem An- und Ausziehen und der Ernährung, beitragen. Die Gelenke können beweglicher werden, was arthritischen Erkrankungen vorbeugt. Sehnen und Bänder werden reißfester und dadurch bedingte sicherere Bewegungen vermindern das Sturzrisiko. Dem altersbedingten Verlust der Knochenmasse wird entgegengewirkt. Dadurch werden die Knochen bruchfester, was besonders dem Oberschenkelhalsbruch vorbeugt.<sup>216</sup>

Für das Immunsystem können sich durch ein Bewegungstraining ebenfalls Verbesserungen einstellen. Durch die erhöhte körperliche Aktivität wird die Abwehrfunktion gesteigert. Dies gilt für kurzfristige Erkrankungen ebenso wie für die Vorbeugung von Tumorerkrankungen.<sup>217</sup>

Ein guter Gesundheitszustand beeinflusst auch die kognitive Funktion. Die kognitive Leistungsfähigkeit wird durch die vermehrte Durchblutung des Gehirns und durch Aktivierung von wenig genutzten Arealen im Gehirn beim Erlernen neuer Bewegungen gesteigert. Aber auch degenerative Prozesse des Gehirns werden durch die erhöhte Beanspruchung positiv beeinflusst.<sup>218</sup>

Letztlich schafft körperliche Aktivität auch gute Anreize für den Gemütszustand. Emotionale Aspekte wie Selbstvertrauen und Wohlbefinden werden durch neue Erfahrungen, Erfolge, Gemeinschaftserlebnisse und das Überwin-

---

<sup>215</sup> vgl. Michna et al. 2007, S. 63ff.

<sup>216</sup> vgl. Michna et al. 2007, S. 59ff.

<sup>217</sup> vgl. Michna et al. 2007, S. 65

<sup>218</sup> vgl. Michna et al. 2007, S. 65f.



den von Ängsten positiv beeinflusst. Zudem verringert ein aktiver Lebensstil Depressionserscheinungen und Anspannungen.<sup>219</sup>

Wird das Bewegungsprogramm als Projekt in einer Gemeinschaft durchgeführt, hat es weitere positive Nebeneffekte, die sich aus der sozialen Komponente ergeben. Das Selbstvertrauen wird gestärkt, der soziale Rückhalt gesteigert, die Stresstoleranz verbessert und die Sozialkompetenz gefördert.

### Durchführungshinweise

Um Personen den Einstieg in ein Bewegungstraining zu erleichtern, sollte sich an den „10 goldenen Regeln für das gesunde Sporttreiben“ der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention gehalten werden.<sup>220</sup> Diese lauten:

#### **1. Vor dem Sport eine Gesundheitsprüfung**

Besonders Anfänger und Wiedereinsteiger über 35 Jahre, bei Vorerkrankungen oder Beschwerden und Risikofaktoren wie Rauchen, Bluthochdruck, erhöhte Blutfettwerte, Diabetes, Bewegungsmangel oder Übergewicht erst zum Arzt und dann zum Sport.

#### **2. Sportbeginn mit Augenmaß**

Langsam beginnen und die Belastung steigern (erst Dauer, dann Häufigkeit und Intensität), möglichst unter Anleitung (Verein, Lauftreff, Fitness-Studio). Zu empfehlen sind drei bis vier Einheiten in der Woche für 30 bis 40 Minuten.

#### **3. Überbelastung beim Sport vermeiden**

Nach dem Sport darf eine angenehme Erschöpfung vorliegen. Laufen sollte ohne (starkes) Schnaufen möglich sein. Der Sportarzt kann mit einer Vorgabe zum Trainingspuls vor Überlastungen bewahren. Besser länger oder locker laufen, schwimmen oder radeln als kurz und heftig.

---

<sup>219</sup> vgl. Michna et al. 2007, S. 67f.

<sup>220</sup> vgl. Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention 2007



#### **4. Nach Belastung ausreichende Erholung**

Nach einer sportlichen Belastung sollte unbedingt auf eine ausreichende Erholung (Regeneration, Schlaf) geachtet werden, nach einem intensiven Training eine lockere Trainingseinheit eingeplant werden.

#### **5. Sportpause bei Erkältung und Krankheit**

Bei Husten, Schnupfen, Heiserkeit, Fieber oder Gliederschmerzen, Grippe oder sonstigen akuten Erkrankungen ist unbedingt eine Sportpause notwendig, anschließend kann allmählich wieder mit dem Sport begonnen werden. Im Zweifelsfall sollte der Rat des Sportarztes eingeholt werden.

#### **6. Verletzungen vorbeugen und ausheilen**

Aufwärmen und Dehnen vor dem Sport zur Prävention nicht vergessen. Verletzungen brauchen Zeit zum Ausheilen. Schmerzen sind Warnzeichen des Körpers (keine Spritzen zum Fitmachen). Manchmal ist es sinnvoll, zum Ausgleich vorübergehend eine andere Sportart zu betreiben.

#### **7. Sport an Klima und Umgebung anpassen**

Kleider machen Sportler: Kleidung soll angemessen, funktionell, nicht unbedingt modisch sein. Dabei sollte auch der Luftaustausch beachtet und an die Witterung angepasst werden. Bei Kälte: warme Kleidung, windabweisend, durchlässig für Feuchtigkeit (Schweiß) nach außen. Bei Hitze: Training reduzieren, Flüssigkeitszufuhr beachten. In der Höhe: verminderte Belastbarkeit beachten, angepasste Kleidung und Trinkverhalten. Bei Luftbelastungen (Schadstoffe, Ozon): Training reduzieren, Sport am Morgen oder Abend.

#### **8. Auf richtige Ernährung und Flüssigkeitszufuhr achten**

Die Kost sollte kohlenhydrat- und ballaststoffreich sowie, fettarm sein („südländische Kost“). Die Menge der Kalorien ist dem Körpergewicht anzupassen



(bei Übergewicht weniger Kalorien). Flüssigkeitsverluste sind nach dem Sport durch mineralhaltiges Wasser auszugleichen, bei Hitze muss mehr getrunken werden.

### **9. Sport an Alter und Medikamente anpassen**

Sport im Alter ist sinnvoll und notwendig und sollte vielseitig sein (Ausdauer, Kraft, Beweglichkeit, Koordination). Medikamente sowie deren Einnahmezeitpunkt und Dosis sind dem Sport anzupassen.

### **10. Sport soll Spaß machen**

Auch die "Seele" lacht beim Sport. Abwechslung im Sport ist wichtig, deshalb sollte man gelegentlich die Sportart wechseln. Mehr Spaß hat man bei Sport in der Gruppe oder im Verein. Und der Sport im Alltag darf nicht vergessen werden: Treppen steigen statt Aufzug fahren, zu Fuß zur Post, zum Supermarkt oder zum Briefkasten gehen, auch schnelles Gehen (Walking) ist Sport. Wird gewohnter Sport anstrengend, an Erkrankung denken.

Die verschiedenen Ausprägungen von geistigen Behinderungen machen es notwendig, die Bewegungsprogramme individuell anzupassen. Dabei sind physische Einschränkungen genauso zu berücksichtigen wie kognitive oder motivationale Aspekte. *Zielsetzungen* eines Programms zur Bewegungsförderung für Menschen mit intellektuellen Einschränkungen können folgende sein:<sup>221</sup>

- eine Steigerung der Erlebnisfähigkeit und der Freude,
- eine Steigerung von Selbstständigkeit und Selbstbewusstsein,
- ein Erleben von Gemeinschaftsfähigkeit,
- eine Verbesserung der Handlungsfähigkeit und Selbstbestimmung,
- eine Steigerung bzw. der Erhalt der Mobilität,
- das Erfahren von Sport als Freizeitgestaltung,

---

<sup>221</sup> vgl. Michna et al. 2007, S. 72



- eine Erhaltung bzw. Verbesserung der Gesundheit und Fitness.

Diese Ziele sollen dazu beitragen, vor allem die Attraktivität des Projektes und damit die Motivation der Teilnehmer konstant zu halten. Dafür ist es besonders wichtig, die Interessen und Wünsche der Teilnehmer zu berücksichtigen. Das Programm muss so flexibel gestaltet werden, dass es jederzeit den individuellen Bedürfnissen angepasst werden kann.

Bei der Durchführung des Bewegungsprogramms ist darauf zu achten, dass es stets mit einer einleitenden Aufwärmphase beginnt. Im Schwerpunkt folgt ein dynamisches Training der Ausdauer. Ein leichtes Krafttraining und Beweglichkeits- und Koordinationsübungen (beispielsweise zur Sturzprophylaxe) runden das Programm ab. Bei älteren Teilnehmern ist darauf zu achten, keine Schnelligkeitsbeanspruchungen durchzuführen.

Neben dem Sport sollte aber auch der Bewegungsumfang im Alltag erhöht werden. So weit es körperliche Einschränkungen zulassen, können beispielsweise Bewegungserleichterungen wie Fahrstühle und Kurzstreckentransporte per Auto oder Bus ausgelassen werden. Wenn stattdessen Treppen gestiegen und kurze Strecken zu Fuß zurückgelegt werden, können damit schon wesentliche Bewegungssteigerungen in den Alltag eingebaut werden.

Zudem ist die Bewegung an der frischen Luft und in der Natur ein bedeutender gesundheitsförderlicher Faktor. Aufenthalte in der Natur beruhigen, entspannen und fördern in entschiedenem Maße die Erholung.<sup>222</sup>

Die folgende Checkliste gibt eine beispielhafte Übersicht zur Planung des Projektes zur Bewegungsförderung. Sie bezieht sich auf das Setting Wohngemeinschaft. Die Teilnehmer des Projektes werden deshalb als Mitbewohner bezeichnet; die Namen der Mitarbeiter sind fiktiv.

---

<sup>222</sup> weiterführend vgl. Public Health Forum 62: Schwerpunktthema „Natur und Gesundheit“

## Checkliste: Projekt zur Bewegungsförderung

<b>Bewegungsförderung in der WG</b>	
<p><b>Situation</b></p> <p><b>Womit starten wir?</b></p> <p>Für welchen Bereich sehen wir den dringendsten Handlungsbedarf und warum? Mit welchem Bereich fangen wir an?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wunsch nach Sport als Freizeitgestaltung besteht bei einigen Mitbewohnern</li> <li>- Bewegungsmangel ist offensichtlich: Übergewicht und schlechte Vitalwerte bei einigen Mitbewohnern</li> <li>- Oft mürrisches Verhalten, manchmal aggressives Verhalten</li> </ul>
<p><b>Potentiale</b></p> <p><b>Was sind positive Ausgangsbedingungen?</b></p> <p>Welche Ressourcen gibt es in dem Bereich? Was begründet diese Ressourcen? Was tun wir bereits, worauf können wir aufbauen? Welche Kompetenzen im Team können genutzt werden?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einige Mitbewohner bewegen sich gern, wenn sie dazu angestoßen werden</li> <li>- Andere lassen sich davon mitreißen</li> <li>- Bisherige Sportmöglichkeiten wurden gern genutzt, können aber erweitert werden</li> <li>- Assistentin Anna betreibt Nordic Walking, Assistent Klaas macht Yoga: sie können die Grundlagen weitergeben</li> <li>- In der Nähe gibt es einen großen Park</li> <li>- Die WG befindet sich im dritten Stockwerk, welches auch über das Treppenhaus erreicht werden kann</li> <li>- Weiter entfernte Einkaufsmärkte geben die Möglichkeit, längere Wege zu gehen</li> </ul>
<p><b>Ziele</b></p> <p><b>Was wollen wir erreichen?</b></p> <p>Welches ist ein realistisches Leitziel? Welche sind konkrete Teilziele? Welche Wunschvorstellungen gibt es? Welche dieser Wunschvorstellungen sind realisierbar?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bewegungsumfang im Alltag erhöht</li> <li>- Übergewicht reduziert</li> <li>- Öfter Spaziergänge, vor allem in den Park</li> <li>- Weiter entfernte Einkaufsmärkte werden zu Fuß aufgesucht</li> <li>- Tägliches Bewegungs- und Sportangebot findet statt</li> <li>- Verschiedene Sportarten zum Ausprobieren angeboten</li> <li>- Kooperation mit integrativen Sportvereinen</li> <li>- Teilnehmer bleiben beim Sport von sich aus dabei</li> </ul>



<p><b>Maßnahmen</b></p> <p><b>Wie können wir unsere Ziele erreichen?</b></p> <p>Wer übernimmt welche Aufgaben?          Welche finanziellen, materiellen und personellen Mittel brauchen wir und welche stehen uns zur Verfügung?          Wer kann uns unterstützen?          Wie können wir Unterstützung gewinnen?          Wie verschaffen wir uns öffentliches Interesse?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Assistent Klaas bietet täglich Yoga als Frühspport an, bei gutem Wetter dazu in den Park (dazu lässt er sich vom Lebenshilfe-Sportverein beraten, um ein bedarfsgerechtes Yoga anzubieten; möglicherweise Einweisung durch Profi vom Sportverein in der WG)</i></li> <li>- <i>Assistentin Anna bietet Nordic Walking im Park an (dazu Finanzierung der Walkingstöcker klären)</i></li> <li>- <i>Teamleiterin Katrin erkundigt sich über das integrative Sportangebot in der Stadt, gibt die Infos weiter und plant bei Interesse die Probetrainings</i></li> <li>- <i>An Tagen, an denen kein Sport gemacht wird, einen Spaziergang in den Park anbieten</i></li> <li>- <i>Treppensteigen durch Anreize schmackhaft machen (z.B. erklären: wer oft Treppe steigt, kann auch beim Nordic Walking weiter laufen)</i></li> <li>- <i>Einkäufe zu weiter entfernten Märkten zum Angebotsvergleich planen</i></li> <li>- <i>Motivationsrunde einmal in der Woche: jeder erzählt von seinen sportlichen Erlebnissen und Zielen</i></li> </ul>
<p><b>Überprüfung</b></p> <p><b>Wann sind unsere Ziele erreicht?</b></p> <p>Woran messen wir unseren Erfolg?          Woran können wir überprüfen, ob wir unsere Ziele erreicht haben?          Wie können wir dokumentieren, was wir erreicht bzw. nicht erreicht haben?          Wer übernimmt diese Aufgabe und meldet (Miss-) Erfolge regelmäßig an das Team zurück?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Gewichtsreduktion bei Übergewichtigen kontinuierlich messbar – Dokumentation ins eigene Heft, Hilfe dabei durch Assistenten</i></li> <li>- <i>Gesündere Vitalwerte (Blutdruck und Herzfrequenz gesenkt) – Messen beim Arztbesuch</i></li> <li>- <i>Sportaktivitäten sind kontinuierlich, die Leute bleiben dabei</i></li> <li>- <i>Halbjährliche Auswertung der Erfolge des Projektes (Zielerreichung) bei einer Teamsitzung/ einem WG-Plenum</i></li> </ul>

## 4.5 Projekt: Ernährung

### Gute Ernährung

Gute Ernährung macht vor allem eines aus: das Essen muss schmecken. Der Genuss, der bei der Nahrungsaufnahme erfahren wird, hat eine nicht zu unterschätzende Auswirkung auf das Wohlbefinden. Diese Genusskomponente verstärkt die gesundheitsförderliche Wirkung von nahrhafter Kost. Wenn in einem Projekt zur Verbesserung der Ernährung der positive Nährwert und der gute Geschmack zusammengebracht werden können, steht dem Erfolg des Projektes nichts im Weg.

Die heutige Esskultur ist geprägt vom nachkriegsgeschichtlichen Wandel, der mit der Entwicklung von zwei Ernährungstendenzen einherging: die *Kultivierung* und die *Simplifizierung*.<sup>223</sup> Diese sind zwei gegensätzliche Konsumorientierungen, die sich auch in andere Lebensbereiche fortsetzen. Mit „Kultivierung“ ist ein Essverhalten gemeint, das aufwändig ist, qualitativ hochwertige Speisen bevorzugt und Wert auf ein gepflegtes Ambiente legt.“<sup>224</sup> Dagegen ist die „Simplifizierung“ ein Essverhalten, das relativ einfach ist, reichhaltige Speisen und schließlich ein ungezwungenes Ambiente bevorzugt.“<sup>225</sup>

Nach meiner Erfahrung tendiert das Essverhalten von Menschen mit intellektuellen Einschränkungen, die nicht in einer familiären Umgebung leben, stark zur Simplifizierung. Insbesondere gilt dies für Heimbewohner, die den Rationalisierungszwängen in der Heimküche und in der Assistenz zum Essen ausgeliefert sind.

Die Reichhaltigkeit des Essens bezieht sich aber lediglich auf den Energiehaushalt der Nahrung. Die günstige Verfügbarkeit von energiedichten, fettreichen und nährwertarmen Lebensmitteln in den Industrieländern ist neben der

---

<sup>223</sup> vgl. Deak 2005, S. 29ff.

<sup>224</sup> Deak 2005, S. 29

<sup>225</sup> Deak 2005, S. 29



Zunahme der Bewegungsarmut ein Hauptfaktor dafür, dass ca. die Hälfte der Erwachsenen als übergewichtig und jeder Fünfte bereits als adipös gilt.<sup>226</sup> Wie zuvor dargestellt, ist die Fettleibigkeit ein Grund für die Zunahme der so genannten Zivilisationserkrankungen Bluthochdruck, Diabetes, koronare Herzkrankung, Schlaganfall, Krebs, etc.

Eine wirklich reichhaltige Ernährung ist vor allem gekennzeichnet durch einen ausgewogenen Mix der Nährstoffe. Neben Wasser gibt es sechs Nährstoffgruppen, die in unterschiedlicher Menge aufgenommen werden müssen, um gesund leben zu können. Proteine, Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente sind vor allem für das Wachstum und den Erhalt der Körpersubstanz von Bedeutung. Proteine und Vitamine sind daneben wichtige Komponenten des Stoffwechsels. Zur Energiebereitstellung dienen Kohlenhydrate, Fette und Proteine. Sie sind für diese Aufgabe teilweise austauschbar. Spezifischere Funktionen erfüllen Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente.<sup>227</sup> Die Nährstoffe kommen in unterschiedlicher Konzentration in verschiedenen Lebensmitteln vor. Um sie in ausgewogener Form aufzunehmen, hat die Deutsche Gesellschaft für Ernährung als Anhalt *zehn Regeln für eine gute Ernährung* erstellt:<sup>228</sup>

### **1. Vielseitig essen**

Genießen Sie die Lebensmittelvielfalt. Merkmale einer ausgewogenen Ernährung sind abwechslungsreiche Auswahl, geeignete Kombination und angemessene Menge nährstoffreicher und energiereicher Lebensmittel.

### **2. Reichlich Getreideprodukte - und Kartoffeln**

Brot, Nudeln, Reis, Getreideflocken, am besten aus Vollkorn, sowie Kartoffeln enthalten kaum Fett, aber reichlich Vitamine, Mineralstoffe sowie Ballaststoffe und sekundäre Pflanzenstoffe. Verzehren Sie diese Lebensmittel mit möglichst fettarmen Zutaten.

---

<sup>226</sup> vgl. Müller 2005, S. 27ff.

<sup>227</sup> vgl. Biesalski und Grimm 2011, S. 2

<sup>228</sup> Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2010





### **3. Gemüse und Obst – Nimm „5“ am Tag ...**

Genießen Sie 5 Portionen Gemüse und Obst am Tag, möglichst frisch, nur kurz gegart, oder auch 1 Portion als Saft – idealerweise zu jeder Hauptmahlzeit und auch als Zwischenmahlzeit: Damit werden Sie reichlich mit Vitaminen, Mineralstoffen sowie Ballaststoffen und sekundären Pflanzenstoffen (z. B. Carotinoiden, Flavonoiden) versorgt. Das Beste, was Sie für Ihre Gesundheit tun können.

### **4. Täglich Milch und Milchprodukte; ein- bis zweimal in der Woche Fisch; Fleisch, Wurstwaren sowie Eier in Maßen.**

Diese Lebensmittel enthalten wertvolle Nährstoffe, wie z.B. Calcium in Milch, Jod, Selen und Omega-3-Fettsäuren in Seefisch. Fleisch ist Lieferant von Mineralstoffen und Vitaminen (B1, B6 und B12). Mehr als 300 – 600 g Fleisch und Wurst pro Woche sollten es nicht sein. Bevorzugen Sie fettarme Produkte, vor allem bei Fleischerzeugnissen und Milchprodukten.

### **5. Wenig Fett und fettreiche Lebensmittel**

Fett liefert lebensnotwendige (essenzielle) Fettsäuren und fetthaltige Lebensmittel enthalten auch fettlösliche Vitamine. Fett ist besonders energiereich, daher kann zu viel Nahrungsfett Übergewicht fördern. Zu viele gesättigte Fettsäuren erhöhen das Risiko für Fettstoffwechselstörungen, mit der möglichen Folge von Herz-Kreislauf-Krankheiten. Bevorzugen Sie pflanzliche Öle und Fette (z.B. Raps- und Sojaöl und daraus hergestellte Streichfette). Achten Sie auf unsichtbares Fett, das in Fleischerzeugnissen, Milchprodukten, Gebäck und Süßwaren sowie in Fast-Food- und Fertigprodukten meist enthalten ist. Insgesamt 60 – 80 Gramm Fett pro Tag reichen aus.

### **6. Zucker und Salz in Maßen**

Verzehren Sie Zucker und Lebensmittel, bzw. Getränke, die mit verschiedenen Zuckerarten (z.B. Glucosesirup) hergestellt wurden nur gelegentlich. Würzen



Sie kreativ mit Kräutern und Gewürzen und wenig Salz. Verwenden Sie Salz mit Jod und Fluorid.

### **7. Reichlich Flüssigkeit**

Wasser ist absolut lebensnotwendig. Trinken Sie rund 1,5 Liter Flüssigkeit jeden Tag. Bevorzugen Sie Wasser – ohne oder mit Kohlensäure – und andere kalorienarme Getränke. Alkoholische Getränke sollten nur gelegentlich und nur in kleinen Mengen konsumiert werden.

### **8. Schmackhaft und schonend zubereiten**

Garen Sie die jeweiligen Speisen bei möglichst niedrigen Temperaturen, soweit es geht kurz, mit wenig Wasser und wenig Fett – das erhält den natürlichen Geschmack, schont die Nährstoffe und verhindert die Bildung schädlicher Verbindungen.

### **9. Sich Zeit nehmen und genießen**

Bewusstes Essen hilft, richtig zu essen. Auch das Auge isst mit. Lassen Sie sich Zeit beim Essen. Das macht Spaß, regt an vielseitig zuzugreifen und fördert das Sättigungsempfinden.

### **10. Auf das Gewicht achten und in Bewegung bleiben**

Ausgewogene Ernährung, viel körperliche Bewegung und Sport (30 bis 60 Minuten pro Tag) gehören zusammen. Mit dem richtigen Körpergewicht fühlen Sie sich wohl und fördern Ihre Gesundheit.

Für eine grafische Übersicht der optimalen Lebensmittelmengen hat die Deutsche Gesellschaft für Ernährung einen Ernährungskreis erstellt. Dieser wurde auf der Grundlage der Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr berechnet und

verdeutlicht das Mengenverhältnis der einzelnen Lebensmittelgruppen zueinander:<sup>229</sup>



Der DGE-Ernährungskreis

1. Getreide, Getreideerzeugnisse, Kartoffeln
2. Gemüse, Salat
3. Obst
4. Milch, Milchprodukte
5. Fleisch, Wurst, Fisch, Eier
6. Fette, Öle
7. Getränke

Erwachsenen mit intellektuellen Einschränkungen ist – je nach sozialem Umfeld und der Ausprägung der kognitiven Fähigkeiten – der Zusammenhang von guter Ernährung, Übergewicht und Gesundheit mehr oder weniger verständlich. Das Körperbewusstsein ist ebenso individuell verschieden. Deshalb muss der pädagogische Ansatz eines Ernährungsprojektes vor allem auf die Genusskomponente setzen und Handlungskompetenz vermitteln.

<sup>229</sup> Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2004



## Durchführungshinweise

Für ein Projekt, das die Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten zum Ziel hat, ist die Orientierung an einem handlungsbestimmenden Leitprinzip der Empowermentarbeit von herausragender Bedeutung: der **Respekt vor der ‚eigenen‘ Zeit und den ‚eigenen‘ Wegen** des Anderen und der Verzicht auf enge Zeithorizonte. Denn ein jeder Mensch hat ‚seine‘ Zeit, in der er etwas begreift und die er für sein Handeln benötigt. Wird ihm diese Zeit gegeben, kann er sich auf den Genuss der Handlung und deren positive Wirkungen konzentrieren.

Genuss hängt von der Zeit ab, die ihm gewährt wird. Erst wenn das Genuss bringende Erlebnis lange genug ausgekostet wird, kann es wirksam werden. Dabei ist auf den zuvor genannten reflexiven Umgang mit den lustvollen Erlebnissen zu achten. Denn auch das Maßhalten ist ein Prinzip der effektiven Genussfähigkeit.<sup>230</sup> Deshalb sollte das Training der Genussfähigkeit einen wesentlichen Teil des Ernährungsprojektes ausmachen. Viehhauser hat einige *Grundprinzipien zur Schulung des Genießens* zusammengestellt:<sup>231</sup>

1. **Genuss braucht Zeit:** Genuss geht nicht nebenbei!
2. **Genießen muss erlaubt sein:** Genussverbote aufheben!
3. **Weniger ist mehr:** Genieße lieber weniger, dafür richtig!
4. **Ohne Erfahrung kein Genuss:** Schule deine Sinne für Genuss!
5. **Genießen geht nicht nebenbei:** Genieße bewusst!
6. **Jeder wie er beliebt:** Genieße auf deine Art!
7. **Genuss ist alltäglich:** Genieße die kleinen Dinge des Alltags!

---

<sup>230</sup> vgl. Viehhauser 2000, S. 461

<sup>231</sup> vgl. Viehhauser 2000, S. 466ff.



Das Genussstraining im Ernährungsprojekt sollte alle Sinne und positive Gefühle ansprechen: *den Brotteig spüren, wenn er durchgeknetet wird; Hören, wie es dabei schmatzt; Sehen, wie der Teig aufgeht; Riechen, wenn das Brot im Ofen bäckt; die Wärme fühlen, die das frische Brot ausströmt und es schließlich noch warm probieren und diesen unvergleichlichen Geschmack von frischem, warmen, krustigen Brot schmecken ...* das ist ein Erlebnis, das niemand so schnell vergisst.

Deshalb geht mit dem Genussstraining die Zubereitung der Lebensmittel einher. Beim Schnippeln, Kochen, Backen und Braten kann ein Zugang zur Ernährung geschaffen werden, der eigene Handlungskompetenz verlangt und trainiert und dabei Erfahrungsfelder eröffnet. Hierbei ist der pädagogische Grundsatz: ‚Weniger reden, mehr machen lassen‘ zu beachten.

Aber Nahrung sollte nicht nur zubereitet erfahren werden. Es ist ebenso wichtig, den Ursprung von Lebensmitteln zu vermitteln. Beim Einkauf kann die Vielfalt der Lebensmittel aufgezeigt werden. Nebenbei wird auch die Einkaufskompetenz trainiert. Ein Besuch in einer Bäckerei, Fleischerei, auf einem Bauernhof oder auf einer Obstplantage zeigt, wo die Nahrung herkommt.

Aber Lebensmittel können auch in einem eigenen Garten erzeugt werden. Ein Garten vereint viele Vorteile der hier beschriebenen Projekte zur Gesundheitsförderung. Er fördert die Bewegung, trägt zur Nahrungsmittelkompetenz bei, hilft bei der Entspannung und kann als Gemeinschaftsprojekt mit Nachbarn soziale Unterstützung entstehen lassen.

Zu guter Letzt sollte das Essen an sich ein Bestandteil eines Projektes zur Verbesserung der Ernährung sein. Langsames, genussvolles Essen ohne Ablenkungen ist eine Voraussetzung dafür, geringere Mengen zu sich zu nehmen. Wer langsam isst, wird durch kleinere Mengen satt. Dies hilft bei der Gewichtsreduktion beziehungsweise dem Halten des optimalen Gewichtes. Neben Hinweisen durch die begleitenden Personen ist das Vorleben eine gute Möglichkeit, langsames und genussvolles Essen aufzuzeigen. Darum ist es wichtig, dass alle am Projekt beteiligten Personen auch zusammen essen. Dies sollte in einer entspannten, ruhigen aber kommunikativen Atmosphäre stattfinden.

## Checkliste: Ernährungsprojekt

<b>Gute Ernährung in der WG</b>	
<p><b>Situation</b></p> <p><b>Womit starten wir?</b></p> <p>Für welchen Bereich sehen wir den dringendsten Handlungsbedarf und warum?</p> <p>Mit welchem Bereich fangen wir an?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einige Mitbewohner haben ein Essverhalten, dass Genuss ausschließt (schnelles, schlingendes Essen)</li> <li>- Beim Essen ist es oft sehr laut</li> <li>- Übergewicht bei einigen Mitbewohnern</li> </ul>
<p><b>Potentiale</b></p> <p><b>Was sind positive Ausgangsbedingungen?</b></p> <p>Welche Ressourcen gibt es in dem Bereich?</p> <p>Was begründet diese Ressourcen?</p> <p>Was tun wir bereits, worauf können wir aufbauen?</p> <p>Welche Kompetenzen im Team können genutzt werden?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die meisten Mitbewohner erwarten mit Freude das Essen und haben ein Lieblingsessen</li> <li>- Es wird regelmäßig gemeinsam gekocht, jedoch sind oft nur die Frauen dabei</li> <li>- Drei Mitbewohner gehen selbstständig einkaufen, die anderen in Begleitung</li> <li>- Schrebergärten sind nur zehn Busminuten entfernt</li> <li>- Assistentin Uta hat einen Garten und kann ihre Kenntnisse weitergeben</li> <li>- Zwei Mitbewohner haben früher im Garten ihrer Eltern beim Gärtnern mitgeholfen</li> <li>- Bäcker Kruse an der Ecke macht auf Anfrage bestimmt eine Führung durch seine Bäckerei</li> <li>- Im Umland gibt es Bio-Bauernhöfe</li> </ul>
<p><b>Ziele</b></p> <p><b>Was wollen wir erreichen?</b></p> <p>Welches ist ein realistisches Leitziel?</p> <p>Welche sind konkrete Teilziele?</p> <p>Welche Wunschvorstellungen gibt es?</p> <p>Welche dieser Wunschvorstellungen sind realisierbar?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gesunde Lebensmittel sind bekannt und werden bevorzugt</li> <li>- Die Wirkungen von ungesunden Lebensmitteln („Dickmacher“) sind bekannt und werden nicht mehr so häufig gegessen und getrunken</li> <li>- Abwechslungsreiche, gesunde und schmackhafte Kost (reduzierter Fleischkonsum)</li> <li>- Angenehme Atmosphäre beim Essen</li> <li>- Langfristig Übergewicht reduziert</li> <li>- Einkauf von mehrheitlich gesunden und abwechslungsreichen Lebensmitteln</li> <li>- Herkunft der Lebensmittel ist bekannt</li> <li>- Ein Schrebergarten gehört zur WG</li> </ul>



<p><b>Maßnahmen</b></p> <p>Wie können wir unsere Ziele erreichen?</p> <p>Wer übernimmt welche Aufgaben? Welche finanziellen, materiellen und personellen Mittel brauchen wir und welche stehen uns zur Verfügung? Wer kann uns unterstützen? Wie können wir Unterstützung gewinnen? Wie verschaffen wir uns öffentliches Interesse?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gemeinsame Essenplanung einmal wöchentlich für die nächste Woche</li> <li>- Assistenten bringen Kochbücher mit</li> <li>- Einmal in der Woche wird das Lieblingsessen eines WG-Mitgliedes gekocht (dabei ist er/sie Chefkoch)</li> <li>- Die Männer werden öfter zum Mitkochen ermuntert</li> <li>- Teamleiterin Katrin bildet sich an der Volkshochschule zum Thema gesunde Ernährung weiter und gibt das Gelernte an die WG und das Assistententeam weiter</li> <li>- Zum Naschen wird öfter Obst aufgeschnitten und angeboten (Obst schnippeln durch Mitbewohner)</li> <li>- Alle Essen zusammen (außer wenn nicht gewünscht) und achten dabei gegenseitig auf einemäßige Lautstärke und langsames Essen</li> <li>- Einmal wöchentlich ein gemeinsamer Einkauf und dabei Suche nach neuen Lebensmitteln</li> <li>- Teamleiterin organisiert Besuch bei Bäcker Kruse</li> <li>- Teamleiterin organisiert nächsten Urlaub auf dem Bauernhof</li> <li>- Teamleiterin pachtet Schrebergarten (Finanzierung mit Angehörigen/Betreuern klären)</li> </ul>
<p><b>Überprüfung</b></p> <p>Wann sind unsere Ziele erreicht?</p> <p>Woran messen wir unseren Erfolg? Woran können wir überprüfen, ob wir unsere Ziele erreicht haben? Wie können wir dokumentieren, was wir erreicht bzw. nicht erreicht haben? Wer übernimmt diese Aufgabe und meldet (Miss-) Erfolge regelmäßig an das Team zurück?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mitbewohner bevorzugen von sich aus gesündere Lebensmittel</li> <li>- Atmosphäre beim Essen ist ruhig und entspannt</li> <li>- Mitbewohner essen langsamer</li> <li>- Schrebergarten wirft Früchte ab</li> <li>- Gewichtsreduktion bei Übergewichtigen kontinuierlich messbar – Dokumentation ins eigene Heft, Hilfe dabei durch Assistenten</li> <li>- Halbjährliche Auswertung der Erfolge des Projektes (Zielerreichung) bei einer Teamsitzung/ einem WG-Plenum</li> </ul>

## 4.6 Projekt: Entspannung

### Positive Effekte von Entspannungstechniken

Gezielte Entspannung und das Erlernen von alltäglichen Entspannungsstrategien können dabei helfen, stressige Situationen zu meistern und gesund zu bleiben. Viehhauser bezeichnet Entspannungstechniken als „Basistherapeutikum“<sup>232</sup>. Vaitl und Petermann nennen sie das „Aspirin der Psychotherapie“ und erkennen es als ein „lebenswichtiges Prinzip“<sup>233</sup>, das im alltäglichen und ausgeglichenen Wechselspiel mit der Anspannung für ein erfülltes und wohlbehindliches Leben sorgt.<sup>234</sup>

Entspannungstechniken haben positive Effekte sowohl in somatischer als auch in psychologischer Hinsicht. Es kommt zu neuromuskulären Veränderungen, bei denen der Tonus der Skelettmuskulatur abnimmt und die Reflextätigkeit vermindert wird. Kardiovaskuläre Veränderungen bedingen eine Verlangsamung des Pulsschlages und eine Senkung des arteriellen Blutdrucks. Respiratorische Anpassungen gehen mit der Abnahme der Atemfrequenz, der Gleichmäßigkeit der einzelnen Atemzyklen und der Abnahme des Sauerstoffverbrauchs einher. Die Hautleitfähigkeit nimmt ab (elektrodermale Veränderung) und die hirnelektrische Aktivität wird ebenfalls verändert (zentralnervöse Veränderung). Zudem steigt die affektive Indifferenz, das heißt Affekte und Emotionen lassen sich weniger provozieren. Die Wahrnehmungsschwellen werden erhöht, was bewirkt, dass Außenreize schwächer wahrgenommen werden. Und es stellt sich eine allgemeine mentale Frische ein.<sup>235</sup>

Der Alltag von Menschen mit intellektuellen Einschränkungen ist nicht selten von Stressbelastungen gekennzeichnet. Oft wird er durch Über- oder

---

<sup>232</sup> Viehhauser 2000, S. 447

<sup>233</sup> vgl. Vaitl und Petermann 2000, S. 17

<sup>234</sup> vgl. Vaitl und Petermann 2000, S. 17ff.

<sup>235</sup> vgl. Vaitl und Petermann 2000, S. 31f.





Unterforderung oder aber durch aggressives Verhalten der Mitbewohner, welches wiederum eigenes aggressives Verhalten provozieren kann, ausgelöst. Assistenten sowie therapeutisches und pflegerisches Personal können davon ebenfalls belastet werden beziehungsweise selbst Stressauslöser sein. Enge Zeitkorridore für pflegerische Aufgaben oder zu niedrige Personalschlüssel führen nicht selten dazu, dass gestresste Mitarbeiter ihre Belastung an die Klienten weitergeben. Die Fähigkeit, sich auch in Alltagssituationen entspannen zu können, kann dann eine willkommene Ressource sein. Denn diese Fähigkeit kann erlernt werden.

#### Durchführungshinweise

Individuelle Unterschiede aber auch der Grad der geistigen Behinderung verlangen ein spezifisches Entspannungstraining für jeden Einzelnen. Dabei spielen Vorlieben eine große Rolle. Zudem müssen die Entspannungsangebote nachvollziehbar sein, sie müssen verstanden oder erfahren werden können. Dazu müssen die einzelnen Entspannungssequenzen wohltuend und bedeutsam sein. Hier bilden die individuellen Bedürfnisse die Grundlage zur Auswahl der Entspannungsform. Die Entspannungsverfahren müssen der Vorstellungswelt des Klienten entsprechen und dürfen ihn nicht überfordern, aber auch nicht langweilen. Für Entspannungstechniken, die Phantasiereisen oder ähnliches beinhalten, ist eine interessante Erlebnisorientierung angeraten. Länge, Inhalt und Art der Durchführung von Entspannungsverfahren sind ebenfalls an die individuellen Gegebenheiten anzupassen.

Klassische Entspannungsverfahren (z.B. Yoga, Progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training) können in ein Projekt zur Entspannung und Stressbewältigung ebenso einfließen wie einfachere Methoden (Vorstellungsbilder, Phantasiereisen, Massagen, Snoezelen, einfache Bewegungsübungen).

Allgemeine Wichtigkeit hat eine ausgeglichene Balance von Aktivität und Ruhe im alltäglichen Leben. Und auch hier erfolgt nochmals der Hinweis auf das gesundheitsförderliche Potential von Ausflügen in die Natur. Ein Nachmit-



tag am Waldsee bietet ein so umfangreiches Entspannungsprogramm, wie es kaum in der Wohnung realisiert werden kann.

### Checkliste: Entspannungsprojekt

Entspannung in der WG	
<p><b>Situation</b></p> <p><b>Womit starten wir?</b></p> <p>Für welchen Bereich sehen wir den dringendsten Handlungsbedarf und warum? Mit welchem Bereich fangen wir an?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Einige Mitbewohner sind oft angespannt und unkonzentriert</i></li> <li>- <i>Mitarbeiter wirken manchmal gestresst</i></li> <li>- <i>Einige Mitbewohner zeigen aggressives Verhalten (fremd- und selbstgefährdend)</i></li> </ul>
<p><b>Potentiale</b></p> <p><b>Was sind positive Ausgangsbedingungen?</b></p> <p>Welche Ressourcen gibt es in dem Bereich? Was begründet diese Ressourcen? Was tun wir bereits, worauf können wir aufbauen? Welche Kompetenzen im Team können genutzt werden?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Einige Mitbewohner kennen Entspannungsverfahren von der Ergotherapie (Progressive Muskelentspannung, Phantasiereisen) und mögen sie – aber sie erhalten nur einmal in der Woche Ergotherapie, die auch nur selten eine Entspannungssitzung ist</i></li> <li>- <i>Mitbewohner Jan geht regelmäßig zur Physiotherapie, er könnte sich Massagetechniken zeigen lassen</i></li> <li>- <i>Das Badezimmer könnte zur Wohlfühloase umgestaltet werden</i></li> <li>- <i>Assistent Klaas macht Yoga und könnte Techniken weitergeben</i></li> <li>- <i>Große Parkanlage in der Nähe</i></li> <li>- <i>Krankenkassen und Berufsgenossenschaften bieten (auch im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung) Entspannungskurse an</i></li> </ul>
<p><b>Ziele</b></p> <p><b>Was wollen wir erreichen?</b></p> <p>Welches ist ein realistisches Leitziel? Welche sind konkrete Teilziele? Welche Wunschvorstellungen gibt es? Welche dieser Wunschvorstellungen sind realisierbar?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Mitbewohner sind allgemein entspannter und können sich besser konzentrieren</i></li> <li>- <i>Aggressives Verhalten nimmt ab</i></li> <li>- <i>Jeden Morgen eine Yoga-Runde</i></li> <li>- <i>Mitarbeiter sind weniger gestresst</i></li> <li>- <i>Mitarbeiter kennen einige Entspannungstechniken für zwischendurch</i></li> <li>- <i>Einrichtung eines Wohlfühlbadezimmers</i></li> </ul>



<p><b>Maßnahmen</b></p> <p><b>Wie können wir unsere Ziele erreichen?</b></p> <p>Wer übernimmt welche Aufgaben?          Welche finanziellen, materiellen und personellen Mittel brauchen wir und welche stehen uns zur Verfügung?          Wer kann uns unterstützen?          Wie können wir Unterstützung gewinnen?          Wie verschaffen wir uns öffentliches Interesse?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Assistentin Uta nimmt an Kurs für Entspannungstechniken teil, wird Entspannungsbeauftragte und entwickelt zusammen mit Teamleiterin Katrin ein Entspannungskonzept für die WG</i></li> <li>- <i>Assistent Klaas leitet morgendliche Yogagruppe</i></li> <li>- <i>Regelmäßige Spaziergänge im Park</i></li> <li>- <i>Teamleiterin Katrin organisiert über die Berufsgenossenschaft Entspannungskurs für alle Mitarbeiter</i></li> <li>- <i>Mitbewohner Jan lässt sich gemeinsam mit Assistentin Anna Massagetechniken zeigen</i></li> <li>- <i>Massagen werden von Jan und Anna angeboten, dabei die Techniken weitergegeben</i></li> <li>- <i>Mitbewohner und Assistentin Uta gestalten das Badezimmer zur Wohlfühloase um</i></li> </ul>
<p><b>Überprüfung</b></p> <p><b>Wann sind unsere Ziele erreicht?</b></p> <p>Woran messen wir unseren Erfolg?          Woran können wir überprüfen, ob wir unsere Ziele erreicht haben?          Wie können wir dokumentieren, was wir erreicht bzw. nicht erreicht haben?          Wer übernimmt diese Aufgabe und meldet (Miss-) Erfolge regelmäßig an das Team zurück?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Entspanntes Verhalten der Mitbewohner ist allgemein überwiegend zu beobachten</i></li> <li>- <i>Anzahl an aggressiven Verhaltensauffälligkeiten in einem Jahr um die Hälfte gesenkt (weiterhin Dokumentation der Vorfälle, Auswertung bei jeder Teamsitzung)</i></li> <li>- <i>Mitarbeiter fühlen sich deutlich weniger gestresst – Rückmeldung bei Teamsitzungen</i></li> <li>- <i>Halbjährliche Auswertung der Erfolge des Projektes (Zielerreichung) bei einer Teamsitzung/ einem WG-Plenum</i></li> </ul>

## 4.7 Projekt: Soziale Unterstützung

### Gesundheit durch sozialen Rückhalt

Der soziale Rückhalt, den das Eingebettetsein in ein soziales Netzwerk (soziale Integration) und das Problemlösungspotential der sozialen Interaktion bieten, sorgt für Stabilität und Sicherheit im Leben. Auf diesem Fundament kann sich Gesundheit konstituieren. Das Wohlbefinden, welches Menschen in zugehörigen Gruppen erfahren, bedingt sich aus der emotionalen Nähe, dem Zusammenhalt in der Gruppe, der gegenseitigen Akzeptanz und einer weitestgehenden Konfliktfreiheit. Treten Konflikte auf, werden sie in einer gut funktionierenden Gruppe schnell gelöst, was wiederum für den Zusammenhalt förderlich sein kann.

Menschen mit intellektuellen Einschränkungen wollen – wie jeder andere Mensch auch – innerhalb dieser Gruppen (Familien, Freundeskreise, Wohngemeinschaften, Nachbarschaften oder Arbeitstätten) anerkannte Rollen übernehmen und gesellschaftliche Teilhabe erfahren. Für die soziale Integration ist es von Vorteil, wenn sie nicht in separaten Heimen wohnen, sondern mittendrin sind, statt nur dabei. Aufgrund dessen sind die nichtprofessionellen Beziehungen, die durch Interaktion mit der Familie, mit Freunden, in Vereinen oder mit der Nachbarschaft entstehen von besonderer Bedeutung.<sup>236</sup>

In Anbetracht der Tatsache, dass es Menschen mit intellektuellen Einschränkungen oft schwer fällt, sozial zu interagieren und Netzwerkpflege zu betreiben, ist das Modell des *Supported Living*<sup>237</sup> eine gute Alternative zur alterhergebrachten Hospitalisierung. Durch wohldosierte Hilfsangebote „soll jeder Betroffene die Möglichkeit haben, für sich selbst zu entscheiden, wo, wie und mit wem er leben will, welche Unterstützung er benötigt und wer ihm assistie-

---

<sup>236</sup> vgl. Schwarte und Oberste-Ufer 2001, S. 299

<sup>237</sup> vgl. Theunissen 2009, S. 385ff.

ren soll.“<sup>238</sup> Denn anders als die alten kontrollierenden und Macht ausübenden Unterstützungsangebote, setzt das Supported Living auf kooperative Assistenz, in welcher der Assistenznehmer ganz klar und so weit wie möglich den bestimmenden und damit selbstbestimmten Part übernimmt.

#### Durchführungshinweise

Die Kontaktpflege nimmt eine überaus wichtige Rolle bei der Erhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden ein. Sie ist ein „wichtiges Bindeglied zwischen personalen und sozialen Ressourcen“<sup>239</sup>. Ist die Kompetenz zur Herstellung, Annahme und Aufrechterhaltung von sozialen Beziehungen nicht gut ausgeprägt, können Assistenten in der Unterstützung zur sozialen Interaktion eine Mittlerrolle übernehmen. Sie sorgen für die Aufrechterhaltung der sozialen Kontakte, in dem sie beispielsweise beim Telefonieren oder Email-Schreiben unterstützen, Termine im Blick behalten, bei der Mobilität helfen oder eine Party mitorganisieren.

Für Nichtbehinderte besteht ebenfalls oft Unterstützungsbedarf. Zu groß sind immer noch die Unsicherheiten und Ängste gegenüber dem Andersartigen, die zu ablehnenden Verhaltensweisen führen. Hier sind wiederum die Profis der Sozialen Arbeit gefragt, als Vermittler aufzutreten.

Zunächst einmal sollten sie sich gut in der Gemeinde auskennen; sollten bescheid wissen über das kommunale Leben, die örtlichen Vereine und Zugang zu verantwortlichen Personen haben beziehungsweise herstellen. Auf der Basis der Kenntnis „beider Seiten“ ist es ihnen viel leichter möglich, Gemeinsamkeiten herauszustellen und Barrieren abzubauen.

Schwarte und Oberste-Ufer schlagen für die Inklusion von Menschen mit intellektuellen Einschränkungen in das Gemeindeleben die Förderung einer „Mitmach-Kultur“ durch die unterstützenden sozialen Dienste vor: „Ihre Teilnahme an Theateraufführungen und Konzertveranstaltungen, Festivals und

---

<sup>238</sup> Theunissen 2009, S. 391

<sup>239</sup> Viehhauser 2000, S. 551

Stadtteil- bzw. Straßenfesten u. Ä. sollte eine Selbstverständlichkeit sein.“<sup>240</sup> Auf Barriere- und Gefährdungsfreiheit in öffentlichen Gebäuden und auf öffentlichen Plätzen aber auch in Cafés, Restaurants, Einkaufsmärkten, Nahverkehrsmitteln, etc. – was übrigens allen im Alter zu Gute kommt – sollte hingewiesen werden.

Zudem sollten Beziehungen zu angesehenen und kompetenten Personen gefördert werden. Das bedingt zum einen die eigene Kompetenzentwicklung, in dem sich an diesen Leuten orientiert werden kann. Zum anderen gewähren starke und kompetente Freunde und Bekannte Unterstützung und Schutz, beispielsweise vor Gewaltausübung, Machtmissbrauch oder Benachteiligung.<sup>241</sup> Weiterhin öffnen sich für den Betroffenen durch die Freundschaft oder Bekanntschaft mit anerkannten Personen deren meist große Netzwerke. Dies trägt zur Stärkung des eigenen Netzwerkes bei.

Neben der Erweiterung der sozialen Integration sollte auch die Verbesserung der interpersonellen Fertigkeiten Bestandteil eines Projektes zur Intensivierung der sozialen Unterstützung sein. Die Befähigung zur möglichst selbstständigen Netzwerkpflege entspricht dem Empowerment-Gedanken. Dabei ist besonders zu betonen, dass die Qualität und nicht die Quantität des sozialen Netzwerkes von entscheidender Bedeutung für den gesundheitsförderlichen Aspekt ist. Während viele (oberflächliche) Beziehungen schnell zur Überforderung des Klienten führen können, sind es gerade die intensiven Beziehungen, die für eine stabile Unterstützung sorgen. Zu wenige sollten es aber auch nicht sein, denn gehen die ein oder zwei engen Kontakte verloren, bricht damit die gesamte Unterstützung weg. Außerdem laufen solche Beziehungen Gefahr, schnell überlastet zu werden.

---

<sup>240</sup> Schwarte und Oberste-Ufer 2001, S. 300

<sup>241</sup> vgl. Schwarte und Oberste-Ufer 2001, S. 301

## Checkliste: Projekt zur sozialen Unterstützung

Soziale Unterstützung für die WG	
<p><b>Situation</b></p> <p><b>Womit starten wir?</b></p> <p>Für welchen Bereich sehen wir den dringendsten Handlungsbedarf und warum? Mit welchem Bereich fangen wir an?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Mitbewohner sind oft zu Hause, beschäftigen sich viel mit sich selbst, manchmal kommt Langeweile auf</li> <li>- Einige Mitbewohner haben nur Kontakt zu ihrer Familie</li> <li>- Einige Mitbewohner haben keine Freunde außerhalb der WG</li> </ul>
<p><b>Potentiale</b></p> <p><b>Was sind positive Ausgangsbedingungen?</b></p> <p>Welche Ressourcen gibt es in dem Bereich? Was begründet diese Ressourcen? Was tun wir bereits, worauf können wir aufbauen? Welche Kompetenzen im Team können genutzt werden?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manche Mitbewohner gehen gern in den Club zum tanzen und feiern (aber bis jetzt nur selten und meistens zu speziellen Feiern für Menschen mit intellektuellen Einschränkungen)</li> <li>- In der Stadt gibt es integrative Sportvereine</li> <li>- Zu einigen Nachbarn bestehen positive Kontakte</li> <li>- Ältere Nachbarn berichteten von früheren Nachbarschaftsfesten</li> <li>- Im Stadtteiltreff arbeitet eine Sozialarbeiterin als Quartiermanagerin – sie kennt viele Ansprechpartner, Vereine, etc.</li> <li>- Mitbewohner Jan hat einen Computer und Internetzugang - er könnte bei der Einrichtung eines WG-Computers helfen und den anderen das Internetbrowsen und das Chatten erklären</li> <li>- Netzwerkanalyse (Quantität und Qualität) zeigt, wie viel Unterstützung schon da ist – am besten grafische Darstellung</li> </ul>
<p><b>Ziele</b></p> <p><b>Was wollen wir erreichen?</b></p> <p>Welches ist ein realistisches Leitziel? Welche sind konkrete Teilziele? Welche Wunschvorstellungen gibt es? Welche dieser Wunschvorstellungen sind realisierbar?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stärkung der sozialen Integration der Mitbewohner</li> <li>- Bestehende Freundschaften gefestigt</li> <li>- Soziale Interaktionskompetenzen verbessert</li> <li>- Nachbarschaftliches Miteinander verbessert</li> </ul>



<p><b>Maßnahmen</b></p> <p><b>Wie können wir unsere Ziele erreichen?</b></p> <p>Wer übernimmt welche Aufgaben?          Welche finanziellen, materiellen und personellen Mittel brauchen wir und welche stehen uns zur Verfügung?          Wer kann uns unterstützen?          Wie können wir Unterstützung gewinnen?          Wie verschaffen wir uns öffentliches Interesse?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Netzwerkanalyse mit jedem einzelnen Mitbewohner durch Teamleiterin Katrin (grafische Darstellung)</i></li> <li>- <i>Bekannte Personen einladen zum persönlichen Gespräch</i></li> <li>- <i>Netzwerktreffen organisieren (alle Personen aus Netzwerkanalyse so weit wie möglich)</i></li> <li>- <i>Anbahnung und Unterstützung von neuen Beziehungen durch Assistenten – dabei Erwartungen und Vorstellungen abklären (um Missverständnisse und damit potentiellen Problemen vorzubeugen)</i></li> <li>- <i>(Neue) Bewohner bei den Nachbarn vorstellen</i></li> <li>- <i>Nachbarn einladen (Essen, Kaffeetrinken, Ausflüge)</i></li> <li>- <i>Nachbarschaftliche Dienste anbieten (Blumengießen, Haustiere füttern bzw. ausführen, etc.)</i></li> <li>- <i>Ausrichten von Nachbarschaftsfesten</i></li> <li>- <i>Besuch der Quartiermanagerin im Stadtteiltreff</i></li> <li>- <i>Bei Interesse an einer Sportart im Verein Begleitung der Mitbewohner durch Assistenten, bis selbstständige Teilnahme möglich ist</i></li> <li>- <i>Einrichten eines WG-Computers unter Schirmherrschaft von Mitbewohner Jan</i></li> <li>- <i>Jan erklärt den anderen Mitbewohner das Browsen im Internet und das Chatten</i></li> <li>- <i>Wer möchte geht zu Partys in den Club und wird von Assistenten begleitet</i></li> </ul>
<p><b>Überprüfung</b></p> <p><b>Wann sind unsere Ziele erreicht?</b></p> <p>Woran messen wir unseren Erfolg?          Woran können wir überprüfen, ob wir unsere Ziele erreicht haben?          Wie können wir dokumentieren, was wir erreicht bzw. nicht erreicht haben?          Wer übernimmt diese Aufgabe und meldet (Miss-) Erfolge regelmäßig an das Team zurück?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Qualität der Netzwerke hat zugenommen</i></li> <li>- <i>Anzahl der Besuche gestiegen</i></li> <li>- <i>Bestehende Kontakte gefestigt</i></li> <li>- <i>Nachbarn schauen öfter mal herein</i></li> <li>- <i>Nachbarn fragen von sich aus nach Unterstützung</i></li> <li>- <i>Mehr Freizeitaktivitäten mit Freunden</i></li> <li>- <i>Halbjährliche Auswertung der Erfolge des Projektes (Zielerreichung) bei einer Teamsitzung/ einem WG-Plenum</i></li> </ul>





## Schlussbemerkung

In den beispielhaften Projekten haben sich einige Überschneidungen gezeigt. Sei es in den sportlichen Aktivitäten, die zu mehr Bewegung führen, oder aber auch zur Entspannung und zur sozialen Unterstützung beitragen. Oder sei es das Gartenprojekt, welches so viele positive Effekte mit sich bringt. Diese Überschneidungen zeigen auf, dass Projekte zur Förderung der Gesundheit immer einer ganzheitlichen Betrachtungsweise bedürfen.

Das Planen der Projekte sollte konkret für einen Themenbereich erfolgen, um sich den einzelnen anzugehenden Problemen zu widmen und die (versteckten) Potentiale zu ermitteln. Aber die Themen sollten nicht losgelöst von anderen Bereichen betrachtet werden, sondern im gesamten Kontext des individuellen Lebens stattfinden.

Denn Gesundheit ist wie das Leben an sich ein mehrdimensionales Phänomen, welches von vielen Gesichtspunkten her erfasst werden kann. Dabei ist Gesundheit, wie Antonovsky bemerkte, nichts Mystisches, sondern gewöhnlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens eines jeden Menschen. Aber manche Menschen besitzen aufgrund von Einschränkungen (noch) nicht die Kompetenz, ein möglichst großes Wohlbefinden als gewöhnlichen Bestandteil des Lebens zu erfahren. Doch wie aufgezeigt wurde, können diese Menschen zu eigener gesundheitsförderlicher Kompetenz befähigt werden. Oder andere Menschen können für ihre Gesunderhaltung stellvertretend und ermutigend eintreten.



## Literatur

**Allmer, Henning (1996):** Erholung und Gesundheit. Grundlagen, Ergebnisse und Maßnahmen. Hogrefe Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle

**American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) (2011):** Definition of Intellectual Disability, 2011. URL: [http://www.aaid.org/content\\_100.cfm?navID=21](http://www.aaid.org/content_100.cfm?navID=21) (Stand. 27.05.2011)

**Antonovsky, Aaron (1989):** Die salutogenetische Perspektive: Zu einer neuen Sicht von Gesundheit und Krankheit. Meducs, 2, S. 51 – 57

**Antonovsky, Aaron (1997):** Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Ausgabe von Alexa Franke. DGVT-Verlag, Tübingen

**Bach, Heinz (1995):** Hauptbedürfnisse behinderter alter Menschen als Herausforderung für die Pädagogik. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Geistigbehinderte e.V. (Hrsg.): Wohnen heißt zu Hause sein. Handbuch für die Praxis gemeindenahen Wohnens von Menschen mit geistiger Behinderung. Lebenshilfeverlag, Marburg

**Backes, Gertrud und Clemens, Wolfgang (2008):** Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Forschung. Juventa Verlag, Weinheim

**Baumann, Christoph (2004):** Menschen mit geistiger Behinderung im organisierten Sport. Eine organisationssoziologische Untersuchung zu Partizipationsbestrebungen im Deutschen Behindertensportverband. Inauguraldissertation an der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft der Universität Bielefeld, 2004. URL: [http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?idn=974252603&dok\\_var=d1&dok\\_ext=pdf&filename=974252603.pdf](http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?idn=974252603&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=974252603.pdf) (Stand: 27.05.2011)

**Barsch, Sebastian (2007):** Geistig behinderte Menschen in der DDR. Erziehung – Bildung – Betreuung. Athena-Verlag, Oberhausen

**Bengel, Jürgen (2002):** Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Expertise. Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

**Biesalski, Hans Konrad und Grimm, Peter (2011):** Taschenatlas Ernährung. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York

**Blättner, Beate (1997):** Paradigmenwechsel: von der Gesundheitsaufklärung und -erziehung zur Gesundheitsbildung und -förderung. In: Weitkunat, Rolf et al. (Hrsg.): Public Health und Gesundheitspsychologie. Konzepte, Methoden, Prävention, Versorgung, Politik. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle

**Braun, Joachim und Opielka, Michael (1992):** Selbsthilfe und Selbsthilfekontaktstellen. Abschlussbericht der Begleitforschung zum Modellprogramm "Informations- und Unterstützungsstellen für Selbsthilfegruppen" im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Verlag Kohlhammer. Stuttgart



- Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung (Hrsg.) (1993):** Alt und geistig behindert: Ein europäisches Symposium. Lebenshilfeverlag, Marburg
- Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung (Hrsg.) (1995):** Wohnen heißt zu Hause sein. Handbuch für die Praxis gemeindenahen Wohnens von Menschen mit geistiger Behinderung. Lebenshilfeverlag, Marburg
- Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung (Hrsg.) (2006):** Marburger Appell: Menschen mit geistiger Behinderung haben ein Recht auf Altern in Würde. URL: [http://www.lebenshilfe.de/wDeutsch/aus\\_fachlicher\\_sicht/downloads/marburgerappell.pdf](http://www.lebenshilfe.de/wDeutsch/aus_fachlicher_sicht/downloads/marburgerappell.pdf) (Stand: 10.06.2011)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2000):** Leitbegriffe zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Verlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2007):** Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansätze – Beispiele – Weiterführende Information. Köln
- Carver, Charles S. und Scheier, Michael F. (2002):** Optimism In: Lopez, Shane J. und Snyder, Charles Richard (Hrsg.): Handbook of Positive Psychology. Oxford University Press, New York
- Deak, Alexandra (2005):** Lustwandel – Veränderungen der Esskultur in Deutschland. In: Hesecker, Helmut (Hrsg.): Neue Aspekte der Ernährungsbildung. Umschau Zeitschriftenverlag, Frankfurt am Main
- Deutscher Bildungsrat (1973):** Zur pädagogischen Förderung von behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern und Jugendlichen. Verband deutscher Sonderschulen, Dortmund
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2004):** Der neue DGE-Ernährungskreis. Aus: DGEInfo 04/2004. URL: <http://www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&sid=413> (Stand: 24.08.2011)
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2010):** Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE. URL: <http://www.dge.de/pdf/10-Regeln-der-DGE.pdf> (Stand: 24.08.2011)
- Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (2007):** 10 goldene Regeln für das Sporttreiben. URL: [www.dgsp.de/\\_downloads/allgemein/10-Goldene-Regeln\\_2007.pdf](http://www.dgsp.de/_downloads/allgemein/10-Goldene-Regeln_2007.pdf) (Stand: 19.08.2011)
- Dlugosch, Gabriele E. (1994):** Modelle der Gesundheitspsychologie. In: Schwenkmezger, Peter und Schmidt, Lothar (Hrsg.): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Enke Verlag, Stuttgart
- Dörner, Klaus (2003):** Die Gesundheitsfalle. Woran unsere Medizin krankt – Zwölf Thesen zu ihrer Heilung. Econ Verlag, München
- Engelmann, Fabian und Halkow, Anja (2008):** Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin



- Feuser, Georg (2001):** Prinzipien einer inklusiven Pädagogik. Erschienen in: Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft Nr. 2/2001
- Franzkowiak, Peter und Sabo, Peter (1998):** Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung. Verlag Peter Sabo, Mainz
- Franzkowiak, Peter (2000):** Salutogenetische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Verlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz
- Haug, Christoph (1991):** Gesundheitsbildung im Wandel. Die Tradition der europäischen Gesundheitsbildung und der „Health Promotion“-Ansatz in den USA in ihrer Bedeutung für die gegenwärtige Gesundheitspädagogik. Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn
- Herriger, Norbert (2002):** Empowerment - Brückenschläge zur Gesundheitsförderung. Veröffentlicht in: Loseblattwerk "Gesundheit: Strukturen und Arbeitsfelder". Ergänzungslieferung 4. Luchterhand-Verlag, Neuwied
- Herriger, Norbert (2010):** Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Verlag Kohlhammer, Stuttgart
- Heseker, Helmut (Hrsg.) (2005):** Neue Aspekte der Ernährungsbildung. Umschau Zeitschriftenverlag, Frankfurt am Main
- Hornung, Rainer und Gutscher, Heinz (1994):** Gesundheitspsychologie: Die sozialpsychologische Perspektive. In: Schwenkmezger, Peter und Schmidt, Lothar (Hrsg.): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Enke Verlag, Stuttgart
- Hurrelmann, Klaus (2000):** Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Juventa Verlag, Weinheim und München
- Hurrelmann, Klaus et al. (Hrsg.) (2006):** Handbuch Gesundheitswissenschaften. Juventa Verlag, Weinheim und München
- Hurrelmann, Klaus und Laser, Ulrich (2006):** Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, Klaus et al. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Juventa Verlag, Weinheim und München
- Hurrelmann, Klaus et al. (Hrsg.) (2010):** Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Verlag Hans Huber, Bern
- Kickbusch, Ilona (2003):** Gesundheitsförderung. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm et al. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban und Fischer, München
- Kohlmann, Carl-Walter (1990):** Streßbewältigung und Persönlichkeit: flexibles versus rigides Copingverhalten und seine Auswirkungen auf Angsterleben und physiologische Belastungsreaktionen. Verlag Hans Huber, Bern
- Krampen, Günter (Hrsg.) (1989):** Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen. Verlag für Psychologie - Dr. C. J. Hogrefe, Göttingen



- Labisch, Alfons und Woelk, Wolfgang (2006):** Geschichte der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, Klaus et al.: Handbuch Gesundheitswissenschaften, Juventa Verlag, Weinheim und München
- Laverack, Glenn (Hrsg.) (2010):** Gesundheitsförderung und Empowerment. Grundlagen und Methoden mit vielen Beispielen aus der praktischen Arbeit. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg
- Lazarus, Richard und Folkman, Susan (1984):** Stress, appraisal, and coping. Springer-Verlag, New York
- Lefcourt, Herbert M. (2002):** Humor. In: Lopez, Shane J. und Snyder, Charles Richard (Hrsg.): Handbook of Positive Psychology. Oxford University Press, New York
- Lehr, Ursula (2003):** Psychologie des Alterns. Verlag Quelle & Meyer, Wiebelsheim
- Leppin, Anja und Schwarzer, Ralf (1997):** Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In: Schwarzer, Ralf (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Verlag Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle
- Lopez, Shane J. und Snyder, Charles Richard (Hrsg.) (2002):** Handbook of Positive Psychology. Oxford University Press, New York
- Lopez, Shane J. und Snyder, Charles Richard (Hrsg.) (2003):** Positive Psychology Assessment: A Handbook of Models and Measures. American Psychological Association Oxford University Press, Washington DC
- Loth, Wolfgang (2003):** Ein Blick auf Positive Psychologie. In: Systema 17, S. 264-276
- Luhmann, Niklas (2002):** Einführung in die Systemtheorie. Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg
- Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.) (2009):** Rehabilitationsrecht. Erich Schmidt Verlag GmbH & Co., Berlin
- Lutz, Rainer (Hrsg.) (1983):** Genuß und Genießen: zur Psychologie des genussvollen Erlebens und Handelns. Beltz Verlag, Weinheim und Basel
- Michna, Horst et al. (2007):** KompAs – Kompetentes Altern sichern. Gesundheitliche Prävention für Menschen mit Behinderung im späten Erwachsenenalter. Lebenshilfe-Verlag, Marburg
- Ministerium für Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik (Hrsg.) (1981):** Schwerbehindertenbetreuung und Rehabilitation. Rechtliche Bestimmungen und Arbeitsmaterialien. Berlin
- Müller, Manfred J. (2005):** Public Health und Public Health Nutrition. In: Müller Manfred J. und Trautwein, Elke A. (Hrsg.) (2005): Gesundheit und Ernährung – Public Health Nutrition. Verlag Eugen Ulmer, Stuttgart
- Müller, Manfred J. und Trautwein, Elke A. (Hrsg.) (2005):** Gesundheit und Ernährung – Public Health Nutrition. Verlag Eugen Ulmer, Stuttgart



- Peters, Christiane et al. (2007):** KompAs - Kompetentes Altern sichern. Programm zur gesundheitlichen Prävention für Erwachsene (ProPEr). Lebenshilfe-Verlag, Marburg
- Pschyrembel (2011):** Klinisches Wörterbuch. Verlag Walter de Gruyter, Berlin, New York
- Richter, Antje und Altgeld, Thomas (Hrsg.) (2004):** Gesund in allen Lebenslagen. Band I. Handlungskonzept zur Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Kinder im Elementarbereich. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven
- Schroeter, Klaus und Prah, Hans-Werner (1999):** Soziologisches Grundwissen für Altenhilfeberufe. Ein Lehrbuch für die Fach(hoch)schule. Beltz Verlag, Weinheim und Basel
- Schulte, Iris (1998):** Die Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit Behinderung. Dissertation im Fachbereich Sondererziehung und Rehabilitation der Universität Dortmund. URL: <https://eldorado.tu-dortmund.de/bitstream/2003/2917/2/schultegessig.pdf> (Stand: 24.05.2011)
- Schuntermann, Michael (2007):** Einführung in die ICF. Grundkurs, Übungen, offene Fragen. Ecomed Medizin, Verlagsgruppe Hüthig, Jehle, Rehm, Landsberg/Lech
- Schütte, Wolfgang (2009):** Kapitel G, Sozialhilferecht (SGB XII), in: Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.), Rehabilitationsrecht. Erich Schmidt Verlag GmbH & Co., Berlin
- Schwarte, Norbert und Oberste-Ufer, Ralf (2001):** LEWO II. Lebensqualität in Wohnstätten für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Instrument für fachliches Qualitätsmanagement. Lebenshilfe-Verlag, Marburg
- Schwartz, Friedrich Wilhelm et al. (Hrsg.) (2003):** Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban und Fischer, München
- Schwarzer, Ralf (1996):** Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Verlag Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle
- Schwarzer, Ralf (Hrsg.) (1997):** Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Verlag Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle
- Schwarzer, Ralf (2000):** Streß, Angst und Handlungsregulation. Verlag Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln
- Schwenkmezger, Peter und Schmidt, Lothar (Hrsg.) (1994):** Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Enke Verlag, Stuttgart
- Schwenkmezger, Peter (1994):** Gesundheitspsychologie: Die persönlichkeitspsychologische Perspektive. In: Schwenkmezger, Peter und Schmidt, Lothar (Hrsg.): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Enke Verlag, Stuttgart
- Seligman, Martin (1993):** Pessimisten küsst man nicht. Optimismus kann man lernen. Knauer Verlag, München
- Seligman, Martin (2002):** Positive Psychology, Positive Prevention, and Positive Therapy. In: Lopez, Shane J. und Snyder, Charles Richard (Hrsg.): Handbook of Positive Psychology. Oxford University Press, New York
- Seligman, Martin (2003):** Der Glücksfaktor. Verlagsgruppe Lübbe, Bergisch Gladbach 2003



- Speck, Otto (2008):** System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung. Ernst Reinhardt Verlag, München
- Spiegel, Hiltrud von (2008):** Methodisches Handeln in der sozialen Arbeit. Ernst Reinhardt Verlag, München
- Theunissen, Georg (1999):** Wege aus der Hospitalisierung: Empowerment in der Arbeit mit schwerstbehinderten Menschen. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- Theunissen, Georg (2003):** Erwachsenenbildung und Behinderung. Impulse für die Arbeit mit Menschen die als lern- oder geistig behindert gelten. Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn
- Theunissen, Georg (2009):** Empowerment und Inklusion behinderter Menschen. Eine Einführung in die Heilpädagogik und Soziale Arbeit. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau
- Thieme, Frank (2008):** Alter(n) in der alternden Gesellschaft. Eine soziologische Einführung in die Wissenschaft vom Altern. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Tiesmeyer, Karin (2006):** Pflege im Alter bei Menschen mit geistiger Behinderung. Vortrag auf dem internationalen Workshop „Alt und behindert in Europa“. URL: [http://www.beb-ev.de/files/pdf/2006/eu\\_berlin/2006-05-04\\_Tiesmeyer.pdf](http://www.beb-ev.de/files/pdf/2006/eu_berlin/2006-05-04_Tiesmeyer.pdf) (Stand: 10.06.2011)
- Vaitl, Dieter und Petermann, Franz (Hrsg.) (2000):** Handbuch der Entspannungsverfahren, Psychologie Verlags Union, Weinheim
- Viehhauser, Ralph (2000):** Förderung salutogener Ressourcen. Entwicklung und Evaluation eines gesundheitspsychologischen Trainingsprogramms. S. Roderer Verlag, Regensburg
- Wacker, Elisabeth (1993):** Alte Menschen mit Behinderung. Forschungsstand und Forschungsbedarf. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung (Hrsg.): Alt und geistig behindert: ein europäisches Symposium. Lebenshilfeverlag, Marburg
- Wacker, Elisabeth et al. (2009):** Delphi-Studie zu Gesundheitsförderung und Gesundheitschancen. URL: [www.dji.de/bibs/13\\_KJB\\_Delphi-Studie\\_Wacker\\_etal.pdf](http://www.dji.de/bibs/13_KJB_Delphi-Studie_Wacker_etal.pdf) (Stand: 22.03.2011)
- Waller, Heiko (2006):** Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. Verlag Kohlhammer, Stuttgart
- Weitkunat, Rolf et al. (Hrsg.) (1997):** Public Health und Gesundheitspsychologie. Konzepte, Methoden, Prävention, Versorgung, Politik. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- Weltgesundheitsorganisation (1986):** Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. URL: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf) (Stand: 19.04.2011)
- Weltgesundheitsorganisation (1998):** Verfassung der Weltgesundheitsorganisation, New York 1946. In: Franzkowiak, Peter und Sabo, Peter: Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung. Verlag Peter Sabo, Mainz



**Weltgesundheitsorganisation (2005):** ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Stand Oktober 2005. URL:  
[http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endafassung/icf\\_endfassung-2005-10-01.pdf](http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endafassung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf) (Stand: 29.03.2011)

**Weltgesundheitsorganisation (2011):** Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision, Version 2011. URL:  
<http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/version2011/systematik/x1gbp2011.zip> (Stand: 06.06.2011)

**Wirsing, Kurt (2000):** Psychologisches Grundwissen für Altenpflegeberufe. Ein praktisches Lehrbuch. Beltz Verlag, Weinheim





## Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Neubrandenburg, 31.08.2011