

Aus dem Zentrum für Psychosoziale Medizin der Universität Heidelberg

Geschäftsführende Direktorin: Prof. Dr. med. Sabine Herpertz

Institut für Medizinische Psychologie

Direktorin: Prof. Dr. phil. Beate Ditzen

In Zusammenarbeit mit dem

Isar-Amper-Klinikum München-Ost

Spezialstation für Menschen mit geistiger Behinderung

Oberärztin: Dr. med. Franziska Gaese

**Menschen mit Intelligenzminderung und psychischer Störung:  
Qualitative Studie zur Überwindung von Spannungsfeldern  
zwischen Familie, Heim und Psychiatrie**

Inauguraldissertation

zur Erlangung des Doctor scientiarum humanarum (Dr. sc. hum.)

an der

Medizinischen Fakultät Heidelberg

der

Ruprecht-Karls-Universität

vorgelegt von

Meike Wehmeyer

aus Kreuztal/Westfalen

im Jahr 2019

Dekan: Herr Prof. Dr. med. Hans-Georg Kräusslich

Doktorvater: Herr Prof. Dr. rer. soc. Jochen Schweitzer-Rothers

Peace begins with a SMILE.  
(Mutter Teresa)

## **Widmung**

Diese Arbeit widme ich den Menschen, die mit viel Eifer und Freude und trotz ihrer Lernschwierigkeiten ihre Erfahrungen mit mir geteilt und auf diese Weise zu einer ganzheitlichen Sichtweise ihrer Lebenswelten beigetragen haben:

Angela, Claudia, David, Edin, Gerlinde, Jürgen, Kurt, Maximilian, Michael, Nilay, Patrick, Ranil, Stefan und Sylvia.

Sie alle haben sich bereit erklärt, an einem Projekt mitzuwirken, von dem sie nicht sicher sein konnten, was für sie persönlich dabei herausspringen würde. Ich hoffe, es ist für jede/n von ihnen etwas Gutes daraus entstanden.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1</b>	<b>Überblick über die Arbeit</b>	<b>11</b>
<b>1.2</b>	<b>Das Praxisforschungsprojekt SYMPA-GB</b>	<b>12</b>
1.2.1	SYMPA: Ziele, Inhalte und Begleitforschung	12
1.2.2	SYMPA-GB: Besonderheiten, Ziele und Begleitforschung	13
<b>1.3</b>	<b>Ziele und Fragestellungen der Dissertations-Studie</b>	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>THEORETISCHE BEGRÜNDUNG .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1</b>	<b>Intelligenzminderungen</b>	<b>18</b>
2.1.1	Definition und Einteilung	18
2.1.2	Prävalenz	19
2.1.3	Alternative Bezeichnungen	20
<b>2.2</b>	<b>Verhaltensstörungen bei Intelligenzminderungen</b>	<b>23</b>
2.2.1	Definitionen und Einteilung	23
2.2.2	Prävalenz	24
2.2.3	Alternative Bezeichnungen	25
<b>2.3</b>	<b>Psychische Störungen bei Intelligenzminderungen</b>	<b>25</b>
2.3.1	Definitionen und Einteilung	25
2.3.2	Prävalenz	26
<b>2.4</b>	<b>Zusammenhang von Verhaltensstörungen und psychischen Störungen</b>	<b>27</b>
2.4.1	Empirische Befunde	27
2.4.2	Erklärungsansätze	28
2.4.3	Diagnostic Overshadowing	29
2.4.4	Auswirkungen von Verhaltensstörungen oder psychischen Störungen	30
<b>2.5</b>	<b>Lebenskontexte von Menschen mit Intelligenzminderungen</b>	<b>30</b>
2.5.1	Kontext: Familie	30
2.5.2	Kontext: Geschichte, Recht und Psychiatrie	32
2.5.3	Kontext: Ausbildung, Wohnen und Arbeiten	35
2.5.4	Zusammenwirken der Lebenskontexte	36
<b>2.6</b>	<b>Systemische Konzepte im Forschungsbereich</b>	<b>38</b>
2.6.1	Systemische Ansätze im Kontext Intelligenzminderung	39
2.6.2	Systemische Ansätze im Kontext Psychiatrie	41
2.6.3	Systemische Ansätze im Kontext Heim	42
2.6.4	Systemische Ansätze im Multi-Helfer-Kontext	44
<b>3</b>	<b>METHODIK .....</b>	<b>45</b>
<b>3.1</b>	<b>Begründung des Forschungsansatzes</b>	<b>46</b>
<b>3.2</b>	<b>Rekrutierung der Stichprobe</b>	<b>46</b>
3.2.1	Einschlusskriterien	47
3.2.2	Sampling und Ausschlusskriterien	47
<b>3.3</b>	<b>Datenerhebung</b>	<b>48</b>
3.3.1	Erhebungszeitraum und Messzeitpunkte	48
3.3.2	Erhebungsmethoden	49
3.3.3	Hürden und Anpassungen in der Datenerhebung	51
<b>3.4</b>	<b>Datenaufbereitung</b>	<b>52</b>

<b>3.5</b>	<b>Datenanalysen</b>	<b>53</b>
3.5.1	Auswahl der Analysemethode	53
3.5.2	Bestimmung von Selektionskriterien und Analyseeinheiten	53
3.5.3	Erstellung des Kodierleitfadens	54
3.5.4	Entwicklung des Kategoriensystems	56
<b>3.6</b>	<b>Einflüsse durch die Forschung</b>	<b>57</b>
3.6.1	Meine Doppelrolle	57
3.6.2	Mein systemisches Vorverständnis	58
3.6.3	Meine Vorannahmen	60
<b>3.7</b>	<b>Ethische Aspekte</b>	<b>60</b>
3.7.1	Studienaufklärung und Einverständniserklärung	60
3.7.2	Anonymisierung der Daten	61
3.7.3	Vermeidung von Schäden für die Beteiligten	61
3.7.4	Ethikvotum	61
<b>4</b>	<b>ERGEBNISSE .....</b>	<b>62</b>
<b>4.1</b>	<b>Statistische Angaben</b>	<b>62</b>
4.1.1	Stichprobe	62
4.1.2	Dropout	64
4.1.3	Zusammensetzung des Datenmaterials	64
<b>4.2</b>	<b>Reliabilitätsanalysen</b>	<b>65</b>
4.2.1	Intrarater-Reliabilität	65
4.2.2	Interrater-Reliabilität	66
<b>4.3</b>	<b>Eskalierende Verhaltensmuster: Strategien zur Prävention und Intervention im Überblick</b>	<b>68</b>
<b>4.4</b>	<b>HALTUNG gegenüber der beeinträchtigten Person</b>	<b>71</b>
4.4.1	„Auf Augenhöhe“ – Gedanken, Gefühle und Bedürfnisse ernst nehmen	71
4.4.2	„Nicht aus heiterem Himmel“ – Problemverhalten im Sinnkontext verstehen	73
4.4.3	„Mach dein Ding!“ – Selbstständigkeit unterstützen	75
4.4.4	„Es ist, wie es ist.“ – Gegebenheiten akzeptieren	78
<b>4.5</b>	<b>KONTAKT mit der beeinträchtigten Person</b>	<b>81</b>
4.5.1	„Speed-Dating funktioniert nicht“ – langsam annähern	81
4.5.2	„Ab und zu nur ich und du.“ – Exklusive Begegnungen schaffen	82
<b>4.6</b>	<b>KOMMUNIKATION mit der beeinträchtigten Person</b>	<b>85</b>
4.6.1	„Zuhören ist Gold.“ – Aufmerksam zuhören	85
4.6.2	„Transparenz schafft Durchblick.“ – Umfassend informieren und erklären	88
4.6.3	„Deine Stimme zählt!“ – Mitbestimmung ermöglichen	90
4.6.4	„Die Gedanken sind frei...“ – Vorsichtig über sensible Themen sprechen	92
4.6.5	„Gut gemacht!“ – Wertschätzende Rückmeldungen geben	94
<b>4.7</b>	<b>KONTEXT der beeinträchtigten Person</b>	<b>96</b>
4.7.1	„Do it yourself!“ – Beschäftigungen anbieten	96
4.7.2	„Analog vernetzt“ – Soziale Teilhabe unterstützen	101
4.7.3	„Da geht’s lang.“ – Orientierung bieten	103
4.7.4	„Abenteuer Leben“ – Abwechslung ermöglichen	107
4.7.5	„Stimmt die Chemie?!“ – Medikamente mit Bedacht einsetzen	110
<b>4.8</b>	<b>HALTUNG im Helfersystem</b>	<b>113</b>
4.8.1	„Das Wir gewinnt.“ – Andere Helfer mit ins Boot holen	113
4.8.2	„Mit Kompass zum Ziel“ – Entscheidungen am Wohl des Betroffenen ausrichten	116
4.8.3	„Manchmal liegen Welten dazwischen.“ – Unterschiede akzeptieren	119
4.8.4	„Das schaffen wir schon!“ – Stärken und Erfolge im Blick behalten	122

<b>4.9</b>	<b>KONTAKT zwischen Helfern</b>	<b>124</b>
4.9.1	„Wie geht’s?“ – In Verbindung bleiben	124
4.9.2	„Hätten Sie mal Zeit?“ – Bei Problemen und Plänen zusammensetzen	125
4.9.3	„Auf das Timing kommt es an“ – Familienbesuche gestalten	128
<b>4.10</b>	<b>KOMMUNIKATION zwischen Helfern</b>	<b>130</b>
4.10.1	„Na, wie läuft’s?“ - Sich auf dem Laufenden halten	130
4.10.2	„Und wie sehen Sie das?“ – Sichtweisen und Expertisen austauschen	133
4.10.3	„Wie hätten wir’s denn gerne?“ – Erwartungen und Anliegen verhandeln	135
4.10.4	„Viele Ideen, ein Plan.“ – Einheitliche Linie abstimmen	139
4.10.5	„Jetzt mal Tacheles!“ – Klare Kante zeigen	141
4.10.6	„Bis hierhin und nicht weiter“ – Private Gespräche eingrenzen	143
<b>4.11</b>	<b>KONTEXT von Helfern</b>	<b>144</b>
4.11.1	„Der Rahmen muss stimmen.“ – Für gute Arbeitsbedingungen sorgen	144
<b>4.12</b>	<b>ESKALATION ABWENDEN</b>	<b>147</b>
4.12.1	„Gelassen in Alarmbereitschaft“ – Verhalten beobachten und Ruhe bewahren	147
4.12.2	„Was ist denn los?“ – Zustand reflektieren und besprechen	150
4.12.3	„Ich hätte da noch was...“ - Einsatz eines Bedarfsmedikaments prüfen	153
4.12.4	„Safety first“ – Vorbereitungen treffen und Unterstützung akquirieren	154
<b>4.13</b>	<b>ESKALATION ABSCHWÄCHEN</b>	<b>156</b>
4.13.1	„Aus dem Weg!“ – Rückzugsmöglichkeit schaffen	156
4.13.2	„Entspann‘ dich.“ – Beruhigungstechniken anwenden	158
4.13.3	„Notfalls ruhigstellen“ – Freiheitseinschränkende Maßnahmen ergreifen	159
<b>4.14</b>	<b>ESKALATION AUFARBEITEN</b>	<b>162</b>
4.14.1	„Lass uns reden.“ – Mit der Person über den Vorfall sprechen	162
4.14.2	„Das hat Folgen!“ – Einsatz von Konsequenzen prüfen	165
4.14.3	„Und was meint ihr?“ – Vorfall im Helfersystem reflektieren	167
4.14.4	„Das geht auch anders.“ – Kontext anpassen	168
4.14.5	„Muss es ein bisschen mehr sein?“ – Ambulante Maßnahmen einleiten oder intensivieren	170
4.14.6	„Alarmstufe Rot.“ - Stationäre Maßnahme abstimmen und einleiten	172
<b>4.15</b>	<b>Gesamtfazit: Die Geburt von „SMILE“</b>	<b>179</b>
<b>5</b>	<b>DISKUSSION .....</b>	<b>179</b>
<b>5.1</b>	<b>Inwieweit konnten die Studienziele erreicht werden?</b>	<b>179</b>
<b>5.2</b>	<b>Wie angemessen war die gewählte Methodik?</b>	<b>181</b>
<b>5.3</b>	<b>Wie gültig sind die Ergebnisse?</b>	<b>186</b>
5.3.1	Vergleich mit anderen Befunden aus der SYMPA-GB-Forschung	186
5.3.2	Kommentare und Evaluation durch die beforschten Personengruppen	187
5.3.3	Abgleich mit publizierten Leitlinien und Konzepten	188
<b>5.4</b>	<b>Anregungen für SYMPA-GB</b>	<b>195</b>
<b>5.5</b>	<b>Was ist neu, was bleibt offen?</b>	<b>198</b>
<b>6</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG.....</b>	<b>200</b>
<b>7</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS.....</b>	<b>202</b>
<b>8</b>	<b>EIGENE VERÖFFENTLICHUNGEN.....</b>	<b>213</b>

<b>9</b>	<b>ANHANG.....</b>	<b>214</b>
<b>9.1</b>	<b>Formulare zur Studienaufklärung</b>	<b>214</b>
<b>9.2</b>	<b>Formulare zur Einverständniserklärung</b>	<b>218</b>
<b>9.3</b>	<b>Datenblatt zur Vorgeschichte</b>	<b>220</b>
<b>9.4</b>	<b>Interview-Leitfaden</b>	<b>222</b>
<b>9.5</b>	<b>Interviewtermine im Überblick</b>	<b>223</b>
<b>9.6</b>	<b>Kodierleitfaden „Handlungsstrategien“</b>	<b>225</b>
<b>9.7</b>	<b>Checkliste „SMILE“</b>	<b>237</b>
<b>9.8</b>	<b>Checkliste „SMILE“ in leichter Sprache</b>	<b>240</b>
<b>10</b>	<b>DANKSAGUNG.....</b>	<b>243</b>
<b>11</b>	<b>EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG .....</b>	<b>245</b>

# Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

## Abbildungen

Abb. 1:	Darstellung der Zusammenhänge zwischen Intelligenzminderung, Verhaltensstörung und psychischer Störung; graue Fläche: Überlappung von Verhaltensstörung und psychischer Störung	27
Abb. 2	Grafische Veranschaulichung und zeitliche Verortung der behinderungsspezifischen Versorgungskonzepte Exklusion, Integration und Inklusion (Aktion Mensch, 2019)	34
Abb. 3:	Darstellung der in das SYMPA-GB-Projekt involvierten Personengruppen: Person mit Intelligenzminderung (Mitte), Familienangehörige (links oben), gesetzlicher Betreuer (oben Mitte), Heimmitarbeiter („Assistentin“, rechts oben), psychiatrische Ambulanzärztin (rechts unten), Pflegepersonal (links unten)	38
Abb. 4:	Zeitlicher Ablauf der Interviewrunden	49
Abb. 5:	Beispiel für Kodierregeln und Ankerbeispiel zum Code: „Krise: Konsequenzen ankündigen und ausführen“ (Screenshot auf Basis einer ATLAS.ti.-Darstellung)	55
Abb. 6:	Darstellung der Kode-Hierarchien anhand der Kode-Syntax in ATLAS.ti (Screenshot auf Basis einer ATLAS.ti.-Darstellung)	56
Abb. 7:	Beispiel für Definition, Kodierregeln und Ankerbeispiel zur Kode-Gruppe „Kooperationsstrategie im Helfersystem: Haltung“ (Screenshot auf Basis einer ATLAS.ti.-Darstellung)	57
Abb. 8:	Zusammensetzung des Datenmaterials nach Teilnehmergruppen (in Prozent)	65
Abb. 9:	Übersicht über das Kategoriensystem: Hauptkategorien (I-III) und Oberkategorien (1-11), IM = Intelligenzminderung	68

## Tabellen

Tab. 1:	Überblick über systemische Haltungen und Techniken als Bausteine der SYMPA-GB-Weiterbildung	15
Tab. 2:	Intelligenzminderungen: Schweregrade samt ICD-10-Schlüssel und zugehöriger IQ-Wertebereiche	18
Tab. 3:	Gesamtprävalenz von Intelligenzminderungen und Lernbehinderung sowie Häufigkeitsverteilung von Intelligenzminderungen in Abhängigkeit vom Schweregrad	20
Tab. 4:	Code-Schlüssel nach ICD-10 für das Auftreten von Verhaltensstörungen bei Intelligenzminderung	24
Tab. 5:	Zusammenhänge zwischen psychiatrischen Diagnosen und aggressiven Verhaltensformen bei Personen mit Intelligenzminderung (nach Tsiouris et al., 2011)	28
Tab. 6:	Anpassungen in der Gesprächsführung bei sprachlich und kognitiv eingeschränkten Personen	51
Tab. 7:	Kriterien systemisch orientierter Forschung (nach Schweitzer und Ochs, 2012, S. 24)	59
Tab. 8:	Zusammensetzung der Stichprobe: Anzahl der Interviewpartner/innen pro Personenkreis	62
Tab. 9:	Zusammensetzung der Stichprobe in Bezug auf den Schweregrad der Intelligenzminderung gemäß ICD-10 (WHO, 1992)	63

Tab. 10: Zusammensetzung der Stichprobe: Art und Häufigkeitsverteilung der Diagnose psychischer Störungen bei Studienteilnehmer/innen mit Intelligenzminderung gemäß ICD-10 (WHO, 1992)	63
Tab. 11: Übersicht Hauptkategorie I: Allgemeine Kultur des Miteinanders zwischen einem Helfer und einer Person mit Intelligenzminderung: Oberkategorien und Einzelkategorien	69
Tab. 12: Übersicht Hauptkategorie II: Allgemeine Kultur des Miteinanders zwischen Helfern: Oberkategorien und Einzelkategorien	69
Tab. 13: Übersicht Hauptkategorie III: Bewältigung krisenhafter Situationen: Oberkategorien und Einzelkategorien	70
Tab. 14: Rückmeldung einzelner Interviewpartner zur Studienteilnahme	185
Tab. 15: Grundregeln für die pädagogische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung (Kittmann und Grüter, 2014, S. 374-375) im Vergleich zum SMILE-Konzept	191

Alle in der Dissertation zitierten Interviewausschnitte liegen in digitalisierter Form vor und sind auf Wunsch bei der Autorin erhältlich.



# 1 EINLEITUNG

## 1.1 Überblick über die Arbeit

„Behinderte Familien – behinderte Professionelle?! Balancieren im Spannungsfeld Professionelle – Klienten – Familien“, unter diesem Motto stand der Fachtag der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) im Herbst 2018. Bereits der Tagungstitel wirft zentrale Fragen auf: Da ist zum einen die Überlegung, wie man angemessen über das Konzept Geistige Behinderung nachdenken kann. Eine bedeutsame Frage lautet: Wer ist denn eigentlich behindert: Der Mensch, der in seiner Intelligenz, seinem Erleben und Verhalten aus dem Raster fällt? Oder vielmehr das soziale Umfeld, das nicht angemessen auf die besonderen Entwicklungsbedürfnisse des anderen einzugehen vermag? Oder etwa die Umstände: das Lebensumfeld, die Gesellschaft, die Kultur oder die Geschichte? Was macht also letztlich „Behinderung“ aus? Wie der Tagungstitel weiter verrät, geht eine geistige Behinderung oft mit Spannungsfeldern einher. Dies verwundert kaum, bedenkt man, wie viele unterschiedliche Akteure, wie viele divergierende Ansichten und Hilfskonzepte im Bereich geistige Behinderung üblicherweise aufeinandertreffen. Könnte es vielleicht sogar sein, dass auch oder gerade diese Spannungsfelder zur eigentlichen Behinderung in der Begegnung und Zusammenarbeit von Helfern und Betroffenen werden?

Über das Balancieren im Spannungsfeld der Protagonisten rund um Menschen mit geistiger Behinderung geht es auch in dieser Dissertation. Die im Folgenden dargestellte Studie soll einen Beitrag dazu leisten, die vielfältigen interpersonellen Strategien von Betroffenen und deren Helfern beim Bewältigen krisenhafter Situationen zu beleuchten und Wege einer wechselseitig unterstützenden Kooperation aufzuzeigen. Dazu wurde das kollektive Erfahrungswissen von Menschen mit Intelligenzminderung, deren Angehörigen, gesetzlichen Betreuern sowie Helfern aus Heim und Psychiatrie zusammengetragen und ausgewertet. Die Ergebnisse geben Aufschluss darüber, was alle Beteiligten zu einem gelingenden und möglichst reibungslosen Miteinander beitragen.

Für ein besseres Textverständnis nun ein kurzer „Routenplan“ durch die Dissertation:

In Kapitel 1 wird zunächst das Praxisforschungsprojekt, aus dem heraus diese Arbeit entstanden ist, im Hinblick auf seine Entstehung, Inhalte sowie die bisherigen Forschungsergebnisse skizziert. Das Kapitel endet mit den forschungsleitenden Fragestellungen für diese Dissertation.

Kapitel 2 umreißt die wichtigsten Grundlagen zum Forschungsgegenstand. Zunächst werden schwerpunktmäßig medizinische Informationen zu den Themen Intelligenzminderungen sowie Verhaltensstörungen und psychische Störungen bei Intelligenzminderung gegeben. Alternative Begrifflichkeiten werden diskutiert und die terminologische Auswahl innerhalb der Dissertation begründet. Im Anschluss werden die Lebenskontexte veranschaulicht, in denen und zwischen denen sich Menschen mit Intelligenzminderungen und psychischer Störung typischerweise bewegen. Ein weiteres Unterkapitel widmet sich den Ansätzen systemischer Theorie und Praxis, die in Bezug auf Intelligenzminderungen, Psychiatrie, Heim- oder Multi-Helfer-Kontexten bereits publiziert wurden. Es wird deutlich, dass gerade an der Schnittstelle

zwischen Familie, Heim und Psychiatrie bisher keine systemisch ausgerichteten Studien oder Konzepte existieren.

Kapitel 3 widmet sich der Forschungsmethodik. Zunächst werden die Rekrutierungskriterien für die Stichprobe sowie der tatsächliche Rekrutierungsprozess illustriert. Im Anschluss wird die Entscheidung für ein qualitatives Forschungsparadigma begründet und das Vorverständnis der Forschenden gemäß dem Anspruch qualitativer Forschung transparent gemacht. Außerdem werden die ausgewählten Methoden für die Datenaufbereitung und –analyse beschrieben. Hürden und Anpassungen in der Datenerhebung kommen ebenso zur Sprache wie ethische Aspekte im Umgang mit den Daten.

Kapitel 4 beinhaltet die Ergebnisse der Forschungsarbeit. Es beginnt mit deskriptiv-statistischen Daten zur Zusammensetzung der Stichprobe. Im Anschluss werden die Ergebnisse der Reliabilitätsanalysen dargestellt. Ein dritter Teil umfasst sämtliche Strategien, die die Expertise der Studienteilnehmer im Hinblick auf ein gelingendes Miteinander sowie die Bewältigung herausfordernder Situationen abbilden.

In Kapitel 5 wird diskutiert, welcher Gültigkeitsanspruch mit den ermittelten Ergebnissen erhoben werden kann. Zu diesem Zweck werden die methodischen Zugänge kritisch reflektiert und die Ergebnisse anhand externer Quellen validiert. Stärken und Schwächen der Studie sollen erörtert und Schlussfolgerungen für eine systemisch-familienorientierte Arbeitsweise mit Menschen mit Intelligenzminderung und psychischer Störung sowie deren Helfernetzwerk gezogen werden.

Kapitel 6 bietet einen kursorischen Überblick über die gesamte Dissertation, bevor die Arbeit mit dem Literaturverzeichnis (Kapitel 7 und 8), weiterführenden Informationen im Anhang (Kapitel 9), einer Danksagung (Kapitel 10) sowie der eidesstattlichen Versicherung (Kapitel 11) endet.

Eine Anmerkung zum sprachlichen Duktus: Für eine bessere Lesbarkeit wurde in der Arbeit in variabler Weise mal die weibliche, mal die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind unabhängig von der getroffenen Wahl Personen jeglichen Geschlechts (männlich, weiblich, divers) gemeint.

## **1.2 Das Praxisforschungsprojekt SYMPA-GB**

Diese Forschungsarbeit entstand im Kontext eines mehrjährigen Kooperations-Projektes zwischen dem Uniklinikum Heidelberg, dem Helm-Stierlin-Institut und dem Isar-Amper-Klinikum München-Ost. Im Folgenden sollen der Entstehungshintergrund des Projekts, seine Ziele und Inhalte sowie die bisherigen Erkenntnisse im Überblick dargestellt werden.

### **1.2.1 SYMPA: Ziele, Inhalte und Begleitforschung**

Die Abkürzung SYMPA steht für „Systemtherapeutische Methoden in der psychiatrischen Akutversorgung“. Dabei handelt es sich um ein systemisch-familienorientiertes Weiterbildungs- und Forschungsprojekt für die stationäre Akutpsychiatrie, welches vor nahezu 20 Jahren entwickelt und seitdem an verschiedenen allgemeinpsychiatrischen Kliniken eingeführt wurde (Schweitzer u. Nicolai, 2010). SYMPA erhebt den Anspruch, gemäß dem Motto „Psychiatrie als Gemeinschaftsleistung“ die Beiträge und Ressourcen aller am Behandlungs-

prozess Beteiligten – sowohl Patienten, Angehörige, Klinikmitarbeiter als auch das außerstationäre Umfeld – zu bündeln und im Hinblick auf ein gemeinsam abgestimmtes Vorgehen zu nutzen. Als „systemisch“ kann SYMPA gleich in zweierlei Hinsicht gelten, denn es verbindet systemische Therapie mit systemischer Organisationsentwicklung. Konkret werden komplette multidisziplinäre Behandlungsteams im Rahmen einer mehrteiligen Inhouse-Schulung über zweieinhalb Jahre umfangreich in systemischem Denken und Handeln geschult. SYMPA strebt an, systemische Methoden nicht mehr nur psychotherapeutisch einzusetzen, sondern für alle an der psychiatrischen Behandlung beteiligten Berufsgruppen, insbesondere auch für Pflegekräfte, nutzbar zu machen.

Ziele von SYMPA sind:

- Angehörigenorientierung: Einbezug von Familienmitgliedern und anderen bedeutsamen Bezugspersonen,
- Multiple Auftragsorientierung: präzise Auftragsklärung und -verhandlung mit dem gesamten Helfersystem,
- Verhandlungskultur bezüglich strittiger Themen wie Diagnosen, Medikation, Aufenthaltsdauer oder Zwangsmaßnahmen,
- Systemische Selbstreflexion und kontextuelles Krankheitsverständnis: Reflexion eigener Beiträge zum Problem bzw. zur Problemlösung, Vorstellung einer endlichen Psychiatrie und Infragestellen der Chronizität von psychischen Störungen.

Der Grundkurs besteht aus neun aufeinander aufbauenden Kurseinheiten. Zentrale Inhalte und Techniken sind: Systemische Grundhaltungen (wie Zirkularität, Neutralität, Neugier, Hypothesenbildung, Lösungs- und Ressourcen-Orientierung), Entwicklung eines systemischen Fallverständnisses, Auftragsklärung und systemische Aushandlungsprozesse, systemische Frageformen, narrative Ansätze, Reflecting Team, Familiengespräche, Helferkonferenzen und Genogrammgespräche.

Eine mehrjährige multi-methodische Begleitforschung durch die Universität Heidelberg konnte eindrücklich darlegen, dass SYMPA nicht nur als ein empirisch bewährtes, sondern ebenso als nachhaltig wirksames Programm in der systemisch-familienorientierten Behandlung in allgemeinspsychiatrischen Institutionen angesehen werden kann (Zwack u. Schweitzer, 2008, Haun et al., 2013). Bis heute werden unter der Leitung speziell ausgebildeter Trainer SYMPA-Kurse – meist ohne Begleitforschung – in psychiatrischen Kliniken durchgeführt, und zwar sowohl als Grundausbildung als auch in Form von Aufbau- sowie Auffrischkursen.

### **1.2.2 SYMPA-GB: Besonderheiten, Ziele und Begleitforschung**

Durch die Initiative einer Oberärztin<sup>1</sup> und mit Hilfe einer stiftungsbasierten Finanzierung<sup>2</sup> fiel im Jahr 2013 der Startschuss dafür, das systemisch-familienorientierte Behandlungskonzept SYMPA auf eine psychiatrische Spezialabteilung für Menschen mit geistiger Behinderung zu übertragen und zu evaluieren. Das zu diesem Zweck an die Entwicklungseinschränkungen

---

<sup>1</sup> Frau Dr. Franziska Gaese, Leiterin der Abteilung für Menschen mit geistiger Behinderung, Autismus und anderen Entwicklungsstörungen am Isar-Amper-Klinikum, München-Haar.

<sup>2</sup> Heidehofstiftung, Stuttgart

und Lebensbedingungen der Zielgruppe adaptierte Programm erhielt das Kürzel SYMPA-GB (GB: „Geistige Behinderung“). Eine Neuerung bestand darin, dass nicht nur das komplette Team der Spezialabteilung (stationär wie ambulant, beteiligte Disziplinen: Pflege, Medizin, Sozialpädagogik, Psychologie und Ergotherapie), sondern ebenso zahlreiche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus neun mit der Klinik kooperierenden Wohnheimen bzw. Förder- oder Werkstätten geschult wurden.

#### *Zu den beteiligten Institutionen*

Die Spezialabteilung für Menschen mit Intelligenzminderungen gehört zu einer psychiatrischen Klinik, die im Verbund mit über 20 weiteren Kliniken unter der Trägerschaft des Bezirks Oberbayern steht. Die Spezialstation verfügt über 16 Behandlungsplätze für Patienten, die geschlossen untergebracht sind, sowie ein Zweibett-Zimmer für Patienten, die keine geschlossene Unterbringung benötigen. Die meisten Zimmer sind als Zweibett-Zimmer konzipiert, einzelne Zimmer verfügen über eine Video-Monitoring-Funktion. Über die angegliederte Institutsambulanz werden circa 900 Patienten psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch behandelt, in Einzelfällen ist ein Sozialpädagoge in die ambulant-therapeutische Versorgung integriert. Die ambulanten Patienten werden in der Regel mindestens einmal pro Quartal in ihrem häuslichen Milieu oder in der Heimeinrichtung durch die zuständige Ambulanzärztin versorgt, bei Bedarf kann das Angebot verdichtet werden.

Die an der Weiterbildung beteiligten stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe (kurz: „Heime“) liegen im Umkreis von bis zu 100 km zur Klinik, meist in ländlicher Region<sup>3</sup>. Das Konzept aller beteiligten Einrichtungen sieht vollstationäre Wohnheimplätze vor. Je nach Bedarf sind Bewohner und Bewohnerinnen in einer Regel- oder in einer Intensivwohngruppe untergebracht, wobei sich Intensivwohngruppen vor allem durch den geschützten (geschlossenen) Rahmen, eine geringere Gruppengröße sowie einen verstärkten Personalschlüssel auszeichnen.

Für die Evaluation von Interventionseffekten konnte als Vergleichsgruppe eine psychiatrische Abteilung nahe Heidelberg gewonnen werden, die ebenso auf die Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderungen spezialisiert ist. Eine Kontrollgruppe zu den Heimmitarbeitern war aus Zeit- und Kostengründen nicht realisierbar.

#### *Zur SYMPA-GB-Weiterbildung*

Aggressives Verhalten stellt den häufigsten Einweisungsgrund auf der psychiatrischen Spezialstation dar. Auch während stationärer Aufenthalte kommt es immer wieder zu eskalierenden, gewaltsamen Auseinandersetzungen, welche mit enormem Stress, körperlicher und psychischer Belastung bei Patienten als auch professionellen Helfern verbunden sind.

Mit der Einführung von SYMPA-GB waren folgende Projektziele verbunden:

- Verringerung aggressiv eskalierender Konflikte zwischen Patienten/Bewohnern und Personal,

---

<sup>3</sup>Franziskuswerk (Schönbrunn), Regens-Wagner-Stiftungen (Hohenwart), Dr. Loew'sche Einrichtungen (Ebrach), Lebenshilfe Wohnen (Putzbrunn), Lebenshilfe Förderstätte (Putzbrunn), Katholisches Jugendsozialwerk (München), Stiftung Attl (Wasserburg), Stiftung Ecksberg (Mühldorf a.Inn), St. Paulusstift (Neuötting).

- Verbesserung der Arbeitssituation (Mitarbeiter-Zufriedenheit und –Gesundheit) des pflegerischen, ärztlichen und fachtherapeutischen Klinikpersonals sowie des Betreuungspersonals in den Heimen,
- Fachliche Vernetzung im Multi-Helfersystem, Integration der Ambulanzärztinnen als zentrale Bindeglieder zwischen Station und Heimen.

Analog zum allgemeinen SYMPA-Weiterbildungs-Manual bestand auch diese Weiterbildung aus neun zweitägigen Seminareinheiten, die im Zeitraum Frühling 2014 bis Sommer 2016 unter der Leitung des Helm-Stierlin-Instituts, Heidelberg, in den Räumlichkeiten der Projektklinik durchgeführt wurden. In den einzelnen Modulen wurden die Grundlagen einer systemisch-familienorientierten Arbeitsweise vermittelt, eingeübt und erprobt (vgl. Tab. 1). Parallel dazu wurden die stationären Aufnahme-, Krisenbewältigungs- und Entlassprozeduren sowie die Überweisungspraxis zwischen Wohnheimen und Klinik daraufhin untersucht, inwiefern sie konfliktpräventiv weiterentwickelt werden können. Insgesamt nahmen 75 Personen an der Weiterbildung teil, davon 1/3 Klinik- und 2/3 Heimmitarbeiter.

**Tab. 1: Überblick über systemische Haltungen und Techniken als Bausteine der SYMPA-GB-Weiterbildung**

<b>SYMPA-GB: Systemische Haltungen und Techniken im Überblick</b>	
<b>Verständnis psychischer Störungen</b>	kontextuelles Krankheitsverständnis, Psychiatrie als Gemeinschaftsleistung, Infragestellen psychiatrischer Chronizität
<b>Systemische Grundhaltung</b>	Zirkularität, Neutralität, Neugier, Hypothesenbildung, Lösungs- und Ressourcen-Orientierung
<b>Systemische Methoden</b>	Auftragsklärung, -verhandlung, zirkuläres Fragen, Positive Formulierungen (Reframing), Hypothesieren, Narrative Ansätze, Reflecting Team, Familiengespräche, Helferkonferenzen, Genogramarbeit
<b>Selbstreflexion</b>	eigene Beiträge zum Problem bzw. zur Problemlösung

### *Zur Begleitforschung*

Die Begleitforschung durch das Uniklinikum Heidelberg erfolgte auf der Basis eines Mixed-Methods-Ansatzes. Mit einer quantitativen Studie wurde im Rahmen eines prospektiven Zeitreihendesigns über fünf Jahre hinweg (2013-2018) die Häufigkeit aggressiver Vorfälle, die Entwicklung von Mitarbeiterbelastung bzw. Mitarbeiterzufriedenheit, das stationäre Konfliktgeschehen (Stationsklima) sowie das Erreichen vorab definierter Projektziele untersucht. Mittels einer qualitativen Interviewstudie wurden die Variablen Arbeitsfreude/-belastung, Implementation und Nachhaltigkeit von SYMPA-GB genauer erforscht.

Im abschließenden Forschungsbericht (Schweitzer et al., 2019) ist nachzulesen, dass sich die positiven Befunde der bisherigen SYMPA-Forschung nicht in vergleichbarer Weise replizieren ließen. So konnten weder günstige Einflüsse auf die Arbeitsbelastung der Klinikmitarbeiter (Burnout-Werte, Stationsklima) noch bedeutsame Veränderungen hinsichtlich des Auftretens aggressiver Verhaltensweisen dargelegt werden, signifikante Unterschiede zur Kontrollklinik waren ebenso wenig feststellbar. Die qualitativen Erhebungen deuteten einen Zusammenhang an zwischen den ernüchternden Ergebnissen und der

Arbeitssituation auf der Projektstation, die als äußerst schwierig bewertet und mit strukturell-organisatorischen sowie leitungsbezogenen Problemen<sup>4</sup> erklärt wurde.

Im Hinblick auf den Transfer und die Nachhaltigkeit von SYMPA-GB zeigte sich, dass aus Sicht der Interviewpartner –in der Mehrheit Heimpersonal – insbesondere die systemische Haltung einen überdauernden, positiv konnotierten Unterschied im Arbeitsalltag machte, genauer die Kontextualisierung von Symptomen, die Fokussierung auf Ziele und Teilschritte, die Integration der Angehörigen sowie die (Selbst-)Reflexivität im Hinblick auf Probleme. Eine wesentliche Hürde stellte die Anpassung der vermittelten Techniken an die kognitiven und sprachlichen Einschränkungen sowie verhaltensbezogenen Auffälligkeiten des Klientels dar. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass das Verfehlen der Projektziele auch mit dem noch unzureichend auf den Kontext Intelligenzminderung zugeschnittenen Weiterbildungskonzept in Zusammenhang steht.

Ein dritter Forschungsbereich widmete sich der qualitativen Analyse von Einzelfällen hinsichtlich der Dynamik und Qualität von Entwicklungsverläufen und Kooperationen im Multi-Helfersystem. Daraus entstand die vorliegende Dissertation.

### **1.3 Ziele und Fragestellungen der Dissertations-Studie**

Mit der vorliegenden Studie wurde das Ziel verfolgt, die Lebenswelten und Entwicklungen von Erwachsenen mit Intelligenzminderungen, die in einem Heim leben und aufgrund aggressiver Verhaltensweisen von Zeit zu Zeit stationär-psychiatrische Dienste in Anspruch nehmen, über einen längeren Zeitraum nachzuzeichnen. Anhand exemplarischer Einzelfälle sollte insbesondere die Qualität des Zusammenwirkens in und zwischen den Helfersystemen (Familie, Heim, gesetzliche Betreuung, Psychiatrie) beim Auftreten aggressiven Verhaltens dargestellt werden. Im Ergebnis sollte eine Sammlung sog. „Bewohner-Geschichten“ (Projekttitle) entstehen.

Die ursprüngliche Idee, an denselben Einzelfällen zusätzlich eine qualitative Evaluation der SYMPA-GB-Wirkungen vorzunehmen, musste jedoch radikal verändert werden, als deutlich wurde, dass einige Studienteilnehmer mit Intelligenzminderungen im Forschungszeitraum nur vergleichsweise selten mit SYMPA-geschultem Personal zu tun hatten. Dies lag daran, dass Heimmitarbeiter mit SYMPA-Erfahrungen nur in weniger als der Hälfte aller Fälle involviert waren, dass die an SYMPA teilnehmenden Ambulanzärzte deutlich weniger Interviewtermine wahrnehmen konnten als geplant und dass sich eine wiederholte Interviewführung mit systemisch geschulten Stationsmitarbeitern in vielen Fällen erübrigte, da im Forschungszeitraum nur 4 der 14 Studienteilnehmer mit Intelligenzminderungen zur stationären Wiederaufnahme vorstellig wurden. Die Erkenntnis, dass einige der kognitiv beeinträchtigten Studienteilnehmer kaum von der SYMPA-Weiterbildung beeinflusst werden konnten und darüber hinaus der Anteil an Beiträgen von SYMPA-geschulten Interviewpartnern zur Datenerhebung vergleichsweise marginal ausfallen würde, machte die Zielsetzung hinsichtlich des Aufdeckens und Analysierens von „SYMPA-Spuren“ in den Fallgeschichten weitgehend obsolet. Hinzu kam die Beobachtung, dass selbst die systemisch geschulten Interviewteil-

---

<sup>4</sup> Die thematisierte Problematik spitzte sich nach Abschluss der SYMPA-GB-Weiterbildung weiter zu und führte ein Jahr später zu einem Weggang der überwiegenden Anzahl des Pflegepersonals.

nehmer kaum explizite Bezüge zu SYMPA herstellten, dafür aber beim Explorieren aggressiver Vorfälle zahlreiche deeskalierende Strategien ausführten, die zum Teil weit über spezifisch „systemisches“ Handeln hinausgingen.

Zusammenfassend führten diese Beobachtungen zu einer veränderten Fragestellung, welche nicht mehr nur auf die Untersuchung explizit „systemischer“ Praktiken abzielte, sondern das gesammelte Erfahrungswissen der Akteure um den gelingenden Umgang mit aggressiven Vorfällen bzw. krisenhaften Situationen im Miteinander erfassen und analysieren sollte.

Die Beschreibung der Lebenswelten konzentrierte sich auf die Darstellung möglicher Spannungsfelder, die mit dem Einsatz nicht hilfreicher interpersoneller Strategien in Verbindung gebracht wurden.

Als forschungsleitend galten schlussendlich folgende Fragestellungen:

1. Welche Spannungsfelder werden im Zusammenwirken aller Beteiligten – Personen mit Intelligenzminderung ebenso wie deren Helfer – offensichtlich?
2. Welches Handlungswissen stellen alle Protagonisten rund um Menschen mit Intelligenzminderung und psychischer Störung bereit, das dazu dienlich ist, aggressiv-eskalierendes Verhalten bzw. krisenhafte Vorfälle zu vermeiden bzw. zu bewältigen und ein gelingendes Miteinander zu fördern?
3. Inwiefern entsprechen die dargestellten Handlungsstrategien zum Umgang mit aggressiven oder in sonstiger Weise als herausfordernd erlebten Verhaltensweisen systemischen Theorien und Praktiken?

Die Dissertation entstand im Rahmen eines größeren Forschungsprojekts, für die jeweiligen Datenanalysen wurde jedoch ausschließlich eigenes, nicht geteiltes Datenmaterial erhoben und genutzt.

## **2 THEORETISCHE BEGRÜNDUNG**

Zunächst werden wesentliche medizinische Begriffe und Konzepte mit Bezug zum Forschungsgegenstand erläutert: Was versteht man unter „Intelligenzminderung“, was bedeutet „Verhaltensstörung“ oder „herausforderndes Verhalten“ bei Menschen mit Intelligenzminderung und wie lassen sich psychische Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung fassen? Zusammenhänge und Überlappungen zwischen den Konzepten „Intelligenzminderung“, „psychische Störung“ und „aggressives Verhalten“ werden thematisiert und differenzialdiagnostische Überlegungen angerissen.

Eine kritische Randbemerkung vorab: Die Beschreibungen behinderungsspezifischer Konzepte stammen vornehmlich aus der „Welt der Nichtbehinderten“ und beruhen auf einem traditionell-medizinischen Krankheitsmodell, welches Probleme und Störungen üblicherweise einer Person zuordnet: Die Rede ist von „Menschen mit Intelligenzminderung“, „Menschen mit psychischer Störung“ oder „Menschen mit aggressivem Verhalten“. Solche Versprachlichungen unterstellen, dass sich Probleme oder Störungen in eindeutiger Weise einer Einzelperson zuordnen lassen, quasi als personinternes Merkmal gelten. Sie sollen und dürfen jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass im medizinisch-psychiatrischen Bereich bereits seit längerem bio-psycho-soziale Modellvorstellungen existieren, die für eine ange-

messene Betrachtung psychischer Störungen die Komplexität im Zusammentreffen person-immanenter sowie kontextueller Faktoren differenziert darlegen (Engel, 1977).

Für ein umfassendes und angemessenes Verständnis von krankheits- bzw. behinderungs-spezifischen Problemlagen sollen daher im Anschluss auch kontextuelle Faktoren illustriert werden. Dazu zählen die familiären, psychiatrischen und wohn-/arbeitsbezogenen Systeme ebenso wie geschichtliche sowie rechtliche Rahmenbedingungen im Bereich der Behindertenhilfe.

Ein letzter Abschnitt widmet sich ausgewählten Grundlagen systemischer Theorie und Praxis, die für den Forschungsgegenstand relevant sind. Es werden systemisch ausgerichtete Ansätze für die Bereiche Intelligenzminderung, Psychiatrie, Leben im Heim sowie Multi-Helfersysteme beschrieben.

## 2.1 Intelligenzminderungen

### 2.1.1 Definition und Einteilung

Mit der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“, in der 10. Version abgekürzt als ICD-10 (World Health Organization, 1992), existiert eine weltweit einheitliche Definition von Intelligenzstörungen. Sie findet sich im Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ und lautet: „Ein Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten; besonders beeinträchtigt sind Fertigkeiten, die sich in der Entwicklungsperiode manifestieren und die zum Intelligenzniveau beitragen, wie Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten.“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2017).

Mittels statistischer Kriterien wird eine Intelligenzminderung näher definiert durch zwei Standardabweichungen vom Mittelwert der Intelligenzleistungen in der Gesamtbevölkerung. Um von einer Intelligenzminderung zu sprechen, muss der anhand von Intelligenztests ermittelte IQ-Wert unter 70 liegen. Auch der Schweregrad einer Intelligenzminderung orientiert sich an dem individuellen Intelligenzquotienten. Er wird in der ICD-10 an dritter Stelle verschlüsselt (s. Tab. 2).

**Tab. 2: Intelligenzminderungen: Schweregrade samt ICD-10-Schlüssel und zugehöriger IQ-Wertebereiche**

ICD-10 Schlüssel	Schweregrad der Intelligenzminderung	inkludiert	IQ-Wertebereich
<b>F70</b>	leicht	leichte geistige Behinderung	69-50
<b>F71</b>	mittelgradig	mittelgradige geistige Behinderung	49-35
<b>F72</b>	schwer	schwere geistige Behinderung	34-20
<b>F73</b>	schwerst	schwerste geistige Behinderung	19-0

Die Lernbehinderung, definiert über einen IQ-Wert zwischen 70 und 84, kommt als eigenständiger Begriff in der ICD-10 nicht vor, sondern wird als „nicht näher bezeichnete Beeinträchtigung des Lernverhaltens“ unter F81.9, umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten, angeführt. Schanze (2014) verweist auf die Problematik, dass

betroffene Menschen aus Unkenntnis dieser Klassifikations-Eigenheit zuweilen fälschlich unter dem Diagnose-schlüssel F70, „leichte geistige Behinderung“, subsummiert werden.

Die ICD ordnet Intelligenzstörungen den psychischen Störungen zu und zählt sie allgemein zu den Krankheiten bzw. verwandten Gesundheitsproblemen. Im Gegensatz dazu kritisieren Fachleute, dass eine Intelligenzminderung weder gleichzusetzen sei mit einer Krankheit im engeren Sinne noch mit einer psychischen Störung (Schanze, 2014, Gaese, 2014, Buscher u. Hennicke, 2017, Sappok, 2019a). Vielmehr seien Intelligenzminderungen zu betrachten als „Varianz von Normalität“ bzw. als „wesentliche konstituierende Bedingung individuellen Lebens“ (Buscher u. Hennicke, 2017, S. 35). Aus der Diagnose Intelligenzminderung ergebe sich zwar in der Regel ein Unterstützungsbedarf, dennoch könne eine Person mit Intelligenzminderung „ein ausgefülltes, glückliches Leben führen, solange keine psychische Erkrankung im engeren Sinne vorliegt.“ (Sappok, 2019a, S. 23). Unterstützt durch die Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention (s. Kapitel 2.5.2 Kontext: Geschichte, Recht und Psychiatrie) plädieren Fachleute dafür, Menschen mit Intelligenzminderung nicht als krank, sondern als selbstverständlichen Teil der menschlichen Vielfalt anzusehen, auch wenn eine derartige Sichtweise keinesfalls dazu führen dürfe, die mit einer Intelligenzminderung einhergehenden Unterschiede und Ungleichheiten zu nivellieren. Im Gegenteil machten doch gerade diese die „harte Realität“ von Betroffenen aus (Buscher u. Hennicke, 2017, S. 36f).

Mittlerweile werden Definitionen von Intelligenzminderungen propagiert<sup>5</sup>, die zwei Faktoren als definitorische Hauptbestandteile herausstellen: Zum einen die Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit und zum anderen die daraus resultierende Beeinträchtigung der Fähigkeit zu adaptivem Verhalten.

### 2.1.2 Prävalenz

Schätzungen gehen davon aus, dass in Deutschland jede hundertste Person in der Bevölkerung eine Intelligenzminderung aufweist (Neuhäuser u. Steinhausen, 2013, Seidel, 2014). Weltweit liegt die Häufigkeit zwischen einem und vier Prozent, abhängig vom Grad der Industrialisierung eines Landes und den damit verbundenen Versorgungssystemen (Schanze, 2017). Der überwiegende Teil der kognitiv beeinträchtigten Menschen weist leichte Intelligenzminderungen auf, mit zunehmendem Schweregrad sinken die Häufigkeitsangaben indirekt proportional (s. Tab. 3) (Schanze, 2014, S. 23, Schanze, 2017, S. 105).

Übereinstimmende Angaben werden dadurch erschwert, dass verschiedene epidemiologische Studien unterschiedliche Terminologien, Definitionskriterien und Ermittlungsmethoden für Intelligenzminderungen bzw. geistige Behinderung zugrunde legen. Insbesondere die Klassifikation der Lernbehinderung wird nicht einheitlich vorgenommen, sondern in manchen Fällen als „leichte geistige Behinderung“ (fehl-)diagnostiziert (Schanze, 2014).

---

<sup>5</sup> International durch die American Psychiatric Association (APA) oder die American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD), im deutschen Sprachraum durch die Deutsche Gesellschaft für psychische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGGB)

**Tab. 3: Gesamtprävalenz von Intelligenzminderungen und Lernbehinderung sowie Häufigkeitsverteilung von Intelligenzminderungen in Abhängigkeit vom Schweregrad**

Art der kognitiven Einschränkung	ICD 10	Prävalenz gesamt	Häufigkeitsverteilung der Intelligenzminderungen
<b>Intelligenzminderung</b>		1-4 %	
- leicht	F70		80-85 %
- mittelgradig	F71		10-12 %
- schwer	F72		4-7 %
- schwerst	F73		<1-2 %
<b>Lernbehinderung</b>	F81.9	2-6 %	---

### 2.1.3 Alternative Bezeichnungen

Gleich mehrere Begrifflichkeiten ranken sich um Menschen, deren Entwicklung durch Schädigungen des Gehirns noch vor Abschluss der Hirnreifung beeinträchtigt wurde. Die jeweilige Auswahl hängt eng zusammen mit dem beruflichen und persönlichen Kontext, spiegelt jedoch ebenso grundsätzlichere Haltungen und Betrachtungsweisen wider. Doch egal welcher sprachliche Duktus gewählt wird: jede Bezeichnung gibt Anlass zu kontroversen Diskussionen, so dass ein einheitlicher Terminus bis heute weder im deutschsprachigen noch im angloamerikanischen Raum erreicht wurde und Autoren wie Herausgeber einen fachlichen Beitrag nicht selten mit einer mehr oder minder ausführlichen Argumentation ihrer sprachlichen Präferenz beginnen (vgl. Baum u. Lynggaard, 2006, Seidel, 2014, Schanze, 2017, Hermes, 2017, Sappok et al., 2019).

Die Bezeichnung „Intelligenzminderung“ wird im medizinischen Bereich insbesondere dann verwendet, wenn es darum geht, Diagnosen entsprechend des gültigen Klassifikationssystems ICD-10 (World Health Organization, 1992) zu stellen. Sie findet sich erwartungsgemäß in Arztbriefen und medizinischen Gutachten wieder. Synonym findet in psychiatrischen Kontexten der Begriff „intellektuelle Beeinträchtigung“ Verwendung (Došen, 2010). Intelligenzminderung scheint ein vergleichsweise objektiver Begriff zu sein, lässt sie sich doch samt des Ausprägungsgrades verhältnismäßig eindeutig anhand definierter IQ-Werte identifizieren. Dennoch darf auch der Terminus Intelligenzminderung nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich bei dem Begriff Intelligenz um ein uneindeutiges Konstrukt handelt und in der Wissenschaft bis heute keine Einigkeit darüber besteht, was darunter genau zu verstehen ist (Myers, 2013, Schanze, 2017).

Auffällig ist, dass in pädagogischen, selbst in psychiatrischen Lehr- und Fachbüchern mindestens ebenso häufig die Bezeichnung „Geistige Behinderung“ verwendet wird<sup>6</sup>. Im

<sup>6</sup> Vergleicht man die Treffer für „Intelligenzminderung“ (ca. 174.000 Ergebnisse) und „Geistige Behinderung“ (ca. 1.830.000 Ergebnisse) nach Eingabe in eine elektronische Suchmaschine, erreicht die Bezeichnung „Geistige Behinderung“ eine zehnfach höhere Trefferquote [Stand 27.2.2019].

Vorwort zur vierten Auflage eines Grundlagenwerks über geistige Behinderung schreiben die Autoren: „Der Titel „Geistige Behinderung“ wurde beibehalten; die kontroversen Diskussionen um eine bessere Definition halten an und einen allseits akzeptierten Vorschlag gibt es nicht.“ (Neuhäuser et al., 2013). Seidel (2014) begründet dieselbe Begriffswahl damit, dass sich der Terminus „Geistige Behinderung“ in der deutschsprachigen Fachwelt durchgesetzt habe. Damit besitze er einen hohen Wiedererkennungswert und trage maßgeblich dazu bei, das Verständnis zwischen den fachlichen Disziplinen durch den vereinheitlichten Sprachgebrauch zu erleichtern.

Was ist das Spezifische an dem Begriff „Geistige Behinderung“? Eine übliche Definition beschreibt geistige Behinderung als Ergebnis des Zusammenwirkens von vielfältigen sozialen Faktoren und medizinisch beschreibbaren Störungen (Neuhäuser u. Steinhausen, 2013, S. 16). Eine geistige Behinderung entsteht demnach durch das Wechselspiel zwischen intellektuellen, kommunikativen, motorischen und sozioemotionalen Funktionseinschränkungen eines Betroffenen sowie den spezifischen Umwelthanforderungen.

Hier kommt die ‚Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit‘, kurz ICF genannt (World Health Organization, 2001), ins Spiel. Die ICF dient „fach- und länderübergreifend als einheitliche und standardisierte Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren eines Menschen“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005). Mit Bezug zur ICF verweist die Bezeichnung „Geistige Behinderung“ also nicht nur auf die eingeschränkte individuelle Funktionsfähigkeit, sondern ebenso auf die Schwierigkeiten im Bereich der gesellschaftlichen Teilhabe. Anders als mit der ICD-10 rückt der soziale Kontext mit in das Zentrum der Betrachtung und wirft schließlich die Frage auf, ob Menschen mit Intelligenzminderungen mehr behindert *sind* oder behindert *werden* (Schanze, 2017).

Buscher und Henicke (2017) bezeichnen das Phänomen „Geistige Behinderung“ gar als soziales Konstrukt: Behinderung werde in Gegenseitigkeit konstruiert und durch Zuschreibungsprozesse verfestigt. Auch wenn man Behinderungen nicht leugnen dürfe, sollten Menschen mit Intelligenzminderungen nicht nur als Opfer, sondern auch als kreative Mitautoren ihrer Geschichten betrachtet werden (ebd., S. 22).

Der Begriff „Behinderung“ wird allerdings von einigen Akteuren – Professionellen, Angehörigen wie Betroffenen – aufgrund seines stigmatisierenden Charakters abgelehnt (vgl. Sappok et al., 2019). Dazu ein Auszug aus den Grundsätzen des Vereins „Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e.V.“ in leichter Sprache<sup>7</sup>:

„Dafür kämpfen wir:  
Wir wollen "Menschen mit Lernschwierigkeiten" genannt werden!  
Früher hat man uns viele Namen gegeben:  
Irre, Idioten, Geisteskranke oder Schwachsinnige.  
Diese Wörter sind sehr schlimm. Sie machen uns schlecht.  
Später hat man uns den Namen "geistig Behinderte" gegeben.  
Man hat gedacht, der Name ist besser als die anderen Wörter.  
Wir von Mensch zuerst - Netzwerk People First Deutschland e. V.

<sup>7</sup> <http://www.menschzuerst.de/pages/startseite/was-tun-wir/kampf-gegen-den-begriff-geistig-behindert.php> [Stand: 29.12.2018]

finden die Wörter "geistig behindert" nicht gut. Sie machen uns schlecht.  
Bei den Worten "geistig behindert" denken viele Menschen:  
Wir sind dumm. Wir können nichts lernen.  
Das stimmt nicht! Wir lernen anders.  
Wir lernen manchmal langsamer oder brauchen besondere Unterstützung.  
Deshalb wollen wir Menschen mit Lernschwierigkeiten genannt werden.  
Wir fordern: Die Wörter "geistig behindert" sollen nicht mehr benutzt werden!“

Doch auch wenn der Begriff „Menschen mit Lernschwierigkeiten“ vereinzelt in der Fachliteratur aufgegriffen wird (vgl. Schanze, 2017), hat er sich im deutschsprachigen Raum bisher nicht behaupten können<sup>8</sup>. Dies mag daran liegen, dass auch der Terminus „Lernschwierigkeiten“ nicht eindeutig ist und sich weder abgrenzen lässt von Lernbehinderungen (definiert über einen IQ-Wertebereich zwischen 70 und 84) noch von anderen speziellen Formen von Lernstörungen, beispielsweise selektiven Beeinträchtigungen von Aufmerksamkeits- oder Gedächtnisfunktionen.

Anders in Großbritannien: dort wird der Begriff „learning disability“ in Publikationen und fachlichen Diskursen bevorzugt. Wenngleich auch britische Autoren, um internationalen Standards zu genügen, teilweise auf den im angloamerikanischen Raum üblicheren Terminus „intellectual disability“ zurückgreifen (Baum u. Lynggaard, 2006). Letzterer wird von der American Psychiatric Association (APA) in deren Klassifikationssystem, dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Version (DSM-5, Falkai u. Wittchen, 2015) verwendet.

Vor Kurzem führten Sappok und Kollegen (2019) die Bezeichnung „Intellektuelle Entwicklungsstörung“ im deutschsprachigen Raum ein. Damit greifen sie einer neuen Begrifflichkeit vor, die ab der 11. Version der ICD Verwendung finden soll. Es bleibt abzuwarten, welchen Stellenwert diese Bezeichnung im fachlichen Diskurs zukünftig erreichen wird.

### *Terminologie in dieser Arbeit*

Auch wenn das für den Bereich Intelligenzminderung spezifizierte SYMPA-Projekt (s. Kapitel 1.2.2 SYMPA-GB: Besonderheiten, Ziele und Begleitforschung) durch das Kürzel GB für „Geistige Behinderung“ ergänzt wurde und dieses auch in den PC-gestützten Datenanalysen beibehalten wurde, habe ich mich nach einer intensiven begrifflichen Auseinandersetzung für eine bevorzugte Verwendung der Bezeichnung „Intelligenzminderung“ entschieden. Ich teile die Auffassung zahlreicher Fachleute, nach der Betroffene hinsichtlich ihrer kognitiven Fähigkeiten faktisch beeinträchtigt (intelligenzgemindert) sind, während Behinderungen erst in Wechselwirkung mit dem sozialen Kontext entstehen und somit nicht einer einzelnen Person zugeschrieben werden sollten. Werden die Formulierungen „Menschen mit geistiger Behinderung“ bzw. „Menschen mit Lernschwierigkeiten“ gewählt, geschieht dies aus stilistischen Gründen.

---

<sup>8</sup> Immerhin wurde mit Unterstützung der „People-first-Bewegung“ erreicht, dass die Gesellschaft dafür sensibilisiert wurde, nicht mehr von „geistig Behinderten“ zu sprechen, sondern Formulierungen zu wählen, die zwar aufwändiger erscheinen, in denen der Begriff „Mensch“ jedoch konsequent voran gestellt wird: „Mensch mit geistiger Behinderung“, „Mensch mit Intelligenzminderung“, „Mensch mit psychischer Störung“.

## 2.2 Verhaltensstörungen bei Intelligenzminderungen

### 2.2.1 Definitionen und Einteilung

Menschen mit Intelligenzminderung können Verhaltensweisen zeigen, die in der Außenperspektive auffällig oder bizarr erscheinen. Zum Beispiel, wenn sie stundenlang rhythmisch mit dem Oberkörper vor- und zurückwippen, ihr Blick ins Leere läuft, sie unverständlich vor sich hin murmeln oder sich scheinbar grundlos ins Gesicht schlagen. Betroffene können auf Außenstehende auch durchaus bedrohlich wirken, wenn sie zum Beispiel ihr Gegenüber intensiv anstarren, dem anderen unangemessen nahe kommen oder in unpassenden Momenten undefinierbare schrille Laute ausstoßen.

Derart eigenartige, erwartungswidrige Verhaltensweisen, die in der Außenwahrnehmung als altersunangemessen bzw. normabweichend charakterisiert werden und keine soziale Akzeptanz erfahren, auch wenn sie aus der Perspektive der Person mit Intelligenzminderung durchaus zweckmäßige oder funktional bedeutsame Problemmuster darstellen, werden als „Verhaltensauffälligkeiten“ bezeichnet (Theunissen, 2011). Sie können Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten hemmen, die Lebensqualität beeinträchtigen und ein Sicherheits- und Gesundheitsrisiko sowohl für die Person selbst als auch für andere darstellen.

Auch wenn solche Auffälligkeiten durchaus „als einzelne Symptome psychischer Störungsbilder, als Wegbereiter oder auch Folge einer psychischen Störung zu Tage treten können“ (ebd., S. 36), dürfe man, so der Autor, Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit Intelligenzminderungen nicht per se als eigenständiges psychopathologisches Syndrom betrachten. In einigen Fällen kann auffälliges Verhalten auf eingeschränkte Fertigkeiten zur Vermittlung von Schmerzen oder anderweitigen körperlichen Problemen wie Übelkeit, Schwindel, Schwäche oder Sinneseinschränkungen zurückgeführt werden (de Winter et al., 2011). In anderen Fällen stehen ungünstige pädagogische bzw. soziale Kontexte (beispielsweise zu viel Nähe, zu wenig Beachtung, zu enge Regeln) mit Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung (Schmidt u. Meir, 2014)<sup>9</sup>.

Aus pädagogischer und psychiatrischer Sicht werden Verhaltensauffälligkeiten dann handlungsrelevant und zur „Verhaltensstörung“, wenn sie für den Betroffenen selbst leidvoll sind, das Zusammenleben mit anderen belasten und zur Ausgrenzung führen (Theunissen, 2011). Dies kann dann der Fall sein, wenn das Verhalten mit körperlichen Übergriffen verbunden ist, wenn Gegenstände zu Bruch gehen oder ernsthafte Gefahren für die Unversehrtheit des Betroffenen ausgemacht werden. Eine häufig zitierte Definition für Verhaltensstörung geht auf Emerson und Bromley (1995) zurück: Sie begreifen Verhaltensstörung als „[...] kulturell ungewöhnliches Verhalten von derartiger Intensität, Häufigkeit und Dauer, dass entweder die körperliche Unversehrtheit des Betroffenen oder anderer Personen ernsthaft gefährdet ist oder dem Betroffenen die Nutzung öffentlicher Einrichtungen erheblich erschwert oder verweigert wird.“ (deutsche Übersetzung durch Sappok, 2019a, S. 23).

---

<sup>9</sup> Ausführliche Darstellungen zu Erklärungsansätzen für Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit Intelligenzminderung siehe Došen et al. (2010) sowie Henniscke (2011).

Symptomatisch wird unterschieden zwischen

- expansiven Verhaltensstörungen, das heißt verbal-, fremd-, sach- oder selbstaggressivem Verhalten,
- sozial störendem Verhalten wie Einnässen, Entkleiden in der Öffentlichkeit, Onanieren, Kotschmieren, Ruminieren, sowie
- internalisierenden Verhaltensstörungen wie massivem Rückzugsverhalten oder übermäßiger Ängstlichkeit.

Insbesondere aggressive Verhaltensstörungen stellen ein herausragendes Problem dar: Sie treten besonders häufig auf und neigen zu längerfristigen dysfunktionalen „Karrieren“ (Crocker et al., 2006, Tyrer et al., 2006, Totsika et al., 2008, Cooper et al., 2009a, Cooper et al., 2009b). In einigen Fällen gehen sie mit Fremd- oder Selbstgefährdung einher, führen zu teils massiven Beeinträchtigungen im Alltag und werden oft mit Medikamenten, insbesondere Neuroleptika, behandelt, obwohl deren Wirkung auf aggressives Verhalten bisher nicht nachgewiesen werden konnte (de Winter et al., 2011, Schanze, 2017).

Die ICD-10 greift das Phänomen „Verhaltensstörung“ unter F7 „Intelligenzminderungen“ auf, konkretisiert die Störung allerdings lediglich derart, dass sie Beobachtung oder Behandlung erfordert. Sie wird an vierter Stelle codiert, sofern sie nicht auf eine andere psychische Störung oder somatische Erkrankung zurückzuführen ist (s. Tab. 4).

**Tab. 4: Code-Schlüssel nach ICD-10 für das Auftreten von Verhaltensstörungen bei Intelligenzminderung**

ICD-10 Schlüssel	Verhaltensstörung
F7x.0	Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F7x.1	Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F7x.8	Sonstige Verhaltensstörung
F7x.9	Ohne Angabe einer Verhaltensstörung

Kritiker problematisieren eine derart enge Verknüpfung zwischen Intelligenzminderung und Verhaltensstörung und plädieren für eine unabhängige Klassifizierung beider Störungsbilder (Seidel, 2016, Buscher u. Hennis, 2017, Sappok, 2019a).

### 2.2.2 Prävalenz

Die Häufigkeit bedeutsamer Verhaltensstörungen bei Menschen mit Intelligenzminderungen (codiert als ICD-10 F7x.1) wird in internationalen Studien mit Werten zwischen 20% und 40% angegeben (Crocker et al., 2006, Cooper et al., 2009a, Sheehan et al., 2015). Laut Schanze (2014) stellen Verhaltensstörungen das häufigste psychische Phänomen bei Menschen mit geistiger Behinderung dar.

Betrachtet man speziell schwerwiegendes aggressives Verhalten (mit Schädigung des anderen oder der eigenen Person), so schwanken die Prävalenz-Angaben zwischen 4 und 15 Prozent (Crocker et al., 2006, Cooper et al., 2009a, Cooper et al., 2009b, de Winter et al., 2011).

In einer US-amerikanischen Studie korrelierte der Schweregrad der Intelligenzminderung negativ mit der Häufigkeit verbal-, sach-, fremd- oder selbstaggressiven Verhaltens: je mehr

kognitive Beeinträchtigungen vorlagen, umso weniger häufig trat aggressives Verhalten auf (Tsiouris, 2011). Die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse ist insofern fraglich, als dass die Daten nicht auf einer repräsentativen Stichprobe basierten, sondern ausschließlich intelligenzgeminderte Personen erfasst wurden, die spezialisierte Service-Angebote staatlicher Gesundheitszentren in Anspruch nahmen, hier wies jede zweite Person eine schwere bzw. schwerste Intelligenzminderung auf (56,2%).

### **2.2.3 Alternative Bezeichnungen**

In Analogie zu der im angloamerikanischen Raum üblichen Bezeichnung „challenging behaviour“ wird auch in deutschsprachigen Publikationen teilweise von „herausforderndem Verhalten“ gesprochen. Das Attribut „herausfordernd“ sollte allerdings nicht darüber hinweg täuschen, dass internalisierende Verhaltensweisen im Alltag ebenso problematisch erscheinen können wie externalisierende, auch wenn sie in der Akutsituation oft als weniger herausfordernd wahrgenommen werden (Seidel, 2016). Darüber hinaus wird der Begriff „herausforderndes Verhalten“ im Deutschen oft mit „absichtsvoll, provokativ“ gleichgesetzt. Dabei habe man laut Seidel mit der englischen Bezeichnung lediglich betonen wollen, „dass die so bezeichneten Verhaltensweisen eine fachliche Herausforderung für die Begleiter der betreffenden Personen, für ihre Unterstützungssysteme darstellen.“ (ebd., S. 17). Aus diesen Gründen findet der deutschsprachige Begriff „Verhaltensauffälligkeiten“ bevorzugt Verwendung (Schanze et al., 2014b, Seidel, 2016).

#### *Terminologie in dieser Arbeit*

Hinsichtlich der Sprachwahl werden die Begriffe „Verhaltensauffälligkeiten“, „Verhaltensstörungen“ und „herausforderndes Verhalten“ in dieser Dissertation synonym verwendet.

## **2.3 Psychische Störungen bei Intelligenzminderungen**

### **2.3.1 Definitionen und Einteilung**

Allgemeine Definitionen einer psychischen Störung beziehen sich zumeist auf vier Hauptkriterien. Diese sind: erhebliche Normabweichungen im Erleben oder Verhalten, persönlicher Leidensdruck, Beeinträchtigungen im Alltag sowie Selbst- oder Fremdgefährdung (Comer, 2001, S. 3). Stößt man aufgrund der schwierigen Operationalisierbarkeit dieser Kriterien bereits in der Allgemeinbevölkerung an Grenzen, fällt die Diagnose einer psychischen Störung im Kontext einer Intelligenzminderung umso schwerer. Schließlich zeigen Betroffene allein aufgrund der beeinträchtigten kognitiven sowie sozio-emotionalen Entwicklung in der Regel deutlich normabweichende, ungewöhnliche oder bizarre Verhaltensweisen (vgl. Kapitel 2.2 Verhaltensstörungen bei Intelligenzminderungen), so dass Abweichungen mit Krankheitswert eher in Relation zur „intraindividuellen Normalität“ (Sappok, 2019a, S. 24) erkennbar werden. Darüber hinaus sind Betroffene durch die mehr oder minder ausgeprägten kognitiven Beeinträchtigungen in ihrer Lebensführung ohnedies beeinträchtigt und können auch das Ausmaß ihres Leidens zumindest verbal nicht immer zum Ausdruck bringen. Demgegenüber ist das Risiko fremd- oder selbstgefährdender Verhaltensweisen

aufgrund vielfältiger Einschränkungen generell größer als in der Allgemeinbevölkerung. Die Einschätzung einer psychischen Störung bemisst sich daher nicht nur an normorientierten, statusdiagnostischen Kennwerten, sondern beruht auch und insbesondere auf prozessdiagnostischen Befunden durch intraindividuelle Vergleichsdaten.

Eine weitere Hürde in der psychiatrischen Diagnostik besteht darin, dass sich psychische Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung häufig auf andere Art und Weise äußern und die in den operationalisierten Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-5 geforderten Kriterien nicht immer in üblicher Weise erfüllt sind (Schanze, 2017, Sappok, 2019a). Beispielsweise gewinnen in dem Maße, wie verbale Berichte über symptomatische Erlebensaspekte eingeschränkt sind, körperliche Symptome und Verhaltensauffälligkeiten in der Urteilsbildung an Bedeutung.

Vor diesem Hintergrund wurden in den letzten Jahren diverse Richtlinien und Manuale zur Klassifikation psychischer Störungen eigens für den Bereich Intelligenzminderung entwickelt<sup>10</sup>. Sie liefern adaptierte Diagnosekriterien, die sich an den etablierten Systemen DSM-5 oder ICD-10 orientieren und speziell im Kontext von Intelligenzminderungen anwenden lassen. Die Diagnosestellung und Verschlüsselung mittels ICD-10 innerhalb der psychiatrischen Praxis bleibt davon unbenommen.

### 2.3.2 Prävalenz

Nach Angaben der WHO haben Menschen mit Intelligenzminderungen ein drei- bis vierfach erhöhtes Risiko, an einer psychischen Störung zu erkranken (Dilling et al., 2015). Eine Zusammenschau nationaler und internationaler Studien legt nahe, dass psychiatrische Diagnosen wie Psychosen, Depressionen, Bipolare Störungen, Zwangsstörungen, Persönlichkeitsstörungen oder Demenzen bei Menschen mit Intelligenzminderung deutlich häufiger auftreten als bei Menschen mit durchschnittlicher Intelligenz (Schanze, 2014, S. 27).

Tsiouris und Kollegen (2011) haben auf der Grundlage einer mehr als 4.000 Personen umfassenden US-amerikanischen Stichprobe eine Prävalenz von 59% für das Auftreten einer psychischen Störung bei Menschen mit Intelligenzminderung ermittelt (davon erhielten 31% eine Einzeldiagnose, 17 % eine Doppeldiagnose, 10% zwischen drei und fünf Diagnosen und 0,5% mehr als 5 Diagnosen). Hauptsächlich vertreten waren Depressionen (14%), Bipolare Störungen (13%), Störungen der Impulskontrolle (21%), Angststörungen (19%), Psychotische Störungen (18%), Zwangsstörungen (12%) sowie Persönlichkeitsstörungen (8%). Personen mit leichten bis mittelgradigen Intelligenzminderungen wiesen deutlich mehr psychiatrische Diagnosen auf (74%) als Personen mit schweren bzw. schwersten Intelligenzminderungen (47%).

Deutlich geringere Prozentangaben findet man in britischen, populationsbasierten Studien, welche eine Prävalenz von 21-22% für psychische Störungen angeben (Cooper et al., 2007, Sheehan et al., 2015). Auch hier bilden affektive Störungen (7-11%), psychotische Störungen (ca. 4%) und Angststörungen (4-6%) die vorrangigen psychiatrischen Diagnosen. Darüber hinaus war bei einer von hundert Personen eine Demenz diagnostiziert, während

---

<sup>10</sup> für eine Übersicht siehe Sappok (2019a)

Zwangsstörungen und Persönlichkeitsstörungen in weniger als 1% der Fälle auftraten. Die Prävalenz für Autismus-Spektrum-Störungen betrug zwischen 7,5% und 15%.

Die deutlichen Unterschiede in epidemiologischen Untersuchungen zu psychischen Störungen lassen sich zum einen durch die Art der Stichprobe, zum anderen durch unterschiedliche Terminologien, Definitionskriterien und Erhebungsmethoden erklären. Speziell die uneinheitliche Bewertung von Verhaltensauffälligkeiten – ob sie psychiatrischen Störungsbildern zugeordnet werden oder nicht – begünstigt differierende Prävalenzangaben. Befunde sprechen überdies dafür, dass sich psychische Störungen in Großinstitutionen deutlich häufiger verzeichnen lassen als in kleinen Wohneinrichtungen, ambulant betreuten Wohnformen bzw. im häuslichen Milieu (Schanze, 2017).

## 2.4 Zusammenhang von Verhaltensstörungen und psychischen Störungen

Wie bereits dargelegt weist ungefähr jede vierte Person mit Intelligenzminderung Verhaltensstörungen auf, wobei Aggressionen die häufigste Form von Verhaltensstörungen darstellen. Ebenso besteht beim Vorliegen einer Intelligenzminderung ein drei- bis vierfach erhöhtes Risiko für psychische Störungen. Gleichzeitig erhebt sich die Frage, inwiefern Verhaltensstörungen mit psychischen Störungen zusammenhängen (s. Abb. 1: graue Fläche).

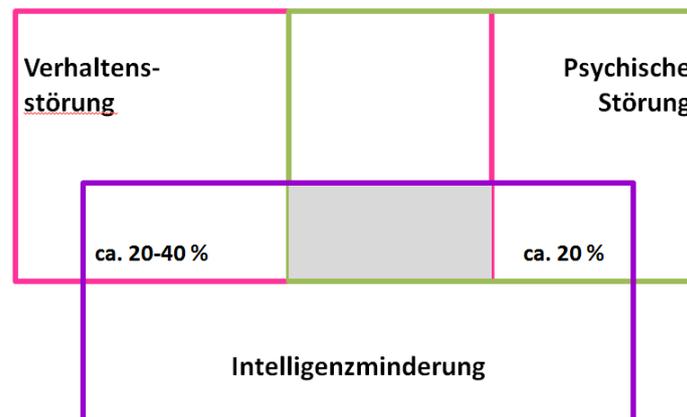


Abb. 1: Darstellung der Zusammenhänge zwischen Intelligenzminderung, Verhaltensstörung und psychischer Störung; graue Fläche: Überlappung von Verhaltensstörung und psychischer Störung

### 2.4.1 Empirische Befunde

Tsiouris et al. (2011) untersuchten die Art der Zusammenhänge zwischen diversen psychiatrischen Diagnosen und verschiedenen Formen aggressiven Verhaltens bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein einfacher Zusammenhang zwischen psychischer Störung und Aggressivität ließ sich dabei nicht nachweisen, denn zum einen wiesen 7% der Personen mit Intelligenzminderung zwar eine psychische Störung auf, zeigten aber keinerlei aggressives Verhalten, zum anderen wurden bei jeder dritten Person aggressive Verhaltensweisen festgestellt, ohne dass gleichzeitig eine psychiatrische Diagnose vorlag.

Welche Formen von aggressivem Verhalten (fremd-, selbst-, sachaggressiv, verbal versus körperlich) mit welcher Art von psychiatrischen Diagnosen korrelierten, veranschaulicht die folgende Tabelle (Tab. 5). Vor allem Impulskontrollstörungen und bipolare Störungen waren eng verknüpft mit allen Formen aggressiven Verhaltens.

**Tab. 5: Zusammenhänge zwischen psychiatrischen Diagnosen und aggressiven Verhaltensformen bei Personen mit Intelligenzminderung (nach Tsiouris et al., 2011)**

Diagnosen	Fremd-aggressives Verhalten (körperlich)	Fremd-aggressives Verhalten (verbal)	Selbst-aggressives Verhalten (körperlich)	Selbst-aggressives Verhalten (verbal)	Sach-aggressives Verhalten (körperlich)
Impulskontrollstörungen	x	x	x	x	x
Bipolare Störungen	x	x	x	x	x
Psychotische Störungen	x	x		x	x
Persönlichkeitsstörungen		x	x	x	
Autismus	x		x		x
Angststörungen			x		
Depressionen				x	
Zwangsstörungen					x

#### 2.4.2 Erklärungsansätze

Erklärungsansätze hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen aggressivem Verhalten und psychischen Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung sind vielgestaltig (vgl. Došen, 2010, Tsiouris et al., 2011): So kann aggressives Verhalten als typisches oder auch atypisches Symptom einer psychischen Störung auftreten, aber ebenso als Sekundärsymptom einer psychischen Störung imponieren, beispielsweise als Reaktion auf akustische Halluzinationen innerhalb einer psychotischen Krise. Möglich ist auch, dass durch die psychische Störung die Toleranzschwelle für aversive äußere Stimuli generell reduziert wird und auf diese Weise das Auftreten aggressiven Verhaltens begünstigt wird (Hemmings et al., 2006). Eine weitere Hypothese besagt, dass nicht die psychiatrische Erkrankung per se, sondern zugrundeliegende psychosoziale Belastungsfaktoren wie Gewalterlebnisse in der Vergangenheit, Arbeitslosigkeit oder Viktimisierungs-Erfahrungen einen wesentlichen Beitrag zum Auftreten aggressiven Verhaltens leisten.

### 2.4.3 Diagnostic Overshadowing

Als Zwischenfazit lässt sich festhalten: Viele Menschen mit Intelligenzminderung weisen störende oder problematische Verhaltensweisen auf. Ob es sich dabei um Auffälligkeiten handelt, die primär der Behinderung bzw. den körperlichen oder psychosozialen Umständen zuzuschreiben sind, oder ob es sich um psychopathologisches Symptomverhalten handelt, ist oft nicht ohne Weiteres auszumachen. Die Gefahr, dass die Entwicklung einer psychischen Störung übersehen wird, weil psychiatrische Symptome fälschlicherweise dem üblichen Verhaltensrepertoire eines Betroffenen zugeschrieben werden, darf nicht gering geschätzt werden (Schmidt u. Meir, 2014). Auch massiv eingeschränkte sprachliche und kognitive Fähigkeiten verringern die Fähigkeit zur Mitteilung psychopathologischer Phänomene (wie z. B. dem Schildern optischer Halluzinationen) und können dazu führen, dass psychiatrische Störungen nicht identifiziert werden, sondern beispielsweise als psychomotorische Verhaltensauffälligkeiten fehldiagnostiziert werden. Das Risiko derartiger Fehleinschätzungen wird als „diagnostic overshadowing“ bezeichnet (nach Reiss u. Szyszko, 1983, zitiert in Sappok, 2019a, S. 25).

Eine adäquate Beurteilung und Differenzialdiagnostik hinsichtlich auffälliger bzw. problematischer Verhaltensweisen bei Menschen mit Intelligenzminderung erfordert eine sorgfältige Exploration sowie eine längerfristige Verhaltensbeobachtung. Dies ist von nicht zu unterschätzendem Wert, wenn man davon ausgeht, dass die Art und Weise, wie Außenstehende über Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit Intelligenzminderungen denken, ihre Begegnung mit dem Betroffenen beeinflusst. Es wirkt sich auf die Wahrnehmung und Bewertung von Verhaltensweisen ebenso aus wie auf die Einschätzung eigener Einflussmöglichkeiten und die Ableitung von Konsequenzen oder Zuständigkeiten (Klauß, 2006). Verdeutlicht wird dies durch die Mailnotiz eines Psychiaters, der auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderungen spezialisiert ist: „Handelt es sich um aggressives Verhalten auf dem Hintergrund einer zugespitzten familiären Situation mit pädagogischem Hintergrund, sehen wir die Jugendhilfe und ggf. die Behindertenhilfe primär in der Verantwortung, auch wenn es hier gravierende Versorgungsmängel für Menschen mit Intelligenzminderung gibt. Der Mangel an Angeboten kann aber nicht durch die Psychiatrien gelöst werden.“ (Buscher, 2018). Nicht selten diskutieren Psychiater, Pädagogen und andere Helfer, wer von ihnen (einseitig) für die Veränderung bzw. Behandlung eines Problemverhaltens primär zuständig ist, im ungünstigen Fall auch darüber, wer die Verantwortung oder gar Schuld trägt.

#### *Bezug zu dieser Arbeit*

Auch in einzelnen Beiträgen der Studienteilnehmer und -teilnehmerinnen werden Überlegungen zur Bewertung von Verhaltensauffälligkeiten im Hinblick auf ihren Entstehungskontext laut. Diese Studie verfolgt jedoch nicht die Absicht, derartige Kausalattributionen zu beforschen, sondern zielt darauf ab, unabhängig von Erklärungshypothesen, psychiatrischen Diagnosen oder Verantwortungszuschreibungen das gesammelte Erfahrungswissen von Helfern und Betroffenen im Hinblick auf den Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen zusammenzutragen. Am Ende sollen sämtliche (pädagogischen, psychiatrischen wie pragmatisch-funktionalen) Maßnahmen zum Umgang mit krisenhaften Situationen ungewichtet und unabhängig von pathogenetischen Zuschreibungen nebeneinander stehen.

## **2.4.4 Auswirkungen von Verhaltensstörungen oder psychischen Störungen**

Massive Auffälligkeiten im Verhalten von Menschen mit Intelligenzminderungen können unabhängig von ihrer Genese negative Auswirkungen auf eine selbstbestimmte Lebensführung und die persönliche und soziale Teilhabe haben (Seidel, 2014). Dies gilt umso mehr, wenn sie sich in Form aggressiver Verhaltensweisen äußern. Bei dauerhafter Überlastung der familiären Unterstützungssysteme führen Verhaltensstörungen unter Umständen bereits bei Minderjährigen zu außerhäusigen Fremdunterbringungen. Betroffene werden zudem vermehrt von bestimmten Schul-, Ausbildungs- und Förderangeboten ausgeschlossen. Auch die Teilnahme an Freizeit- und Gruppenaktivitäten wird wegen des erhöhten Verletzungsrisikos nicht selten verwehrt. Selbst wenn Betroffene in einer stationären Einrichtung der Behindertenhilfe leben und arbeiten, kann ein massiv aggressives Verhalten dazu führen, dass ein Wohnheim-, Werk- oder Förderstättenplatz gefährdet ist oder gekündigt wird. Im Laufe einer dysfunktionalen „Karriere“ werden Menschen mit aggressiven Verhaltensstörungen häufiger als andere in psychiatrische (Fach-)Kliniken eingewiesen und überdauernd psychopharmakologisch behandelt. Hier kommen insbesondere Antipsychotika zum Einsatz, trotz fraglicher Wirkung, überproportional starker Nebenwirkungen und selbst bei fehlender psychiatrischer Diagnose im sogenannten Off-Label-Gebrauch (Tsiouris et al., 2011, Sheehan et al., 2017).

Vor diesem Hintergrund zielt die Studie explizit darauf ab, günstige Einflussmöglichkeiten auf das Auftreten aggressiver Verhaltensweisen zu explorieren und auf diese Weise Erkenntnisse zu generieren, mit denen die Chance auf eine gleichberechtigte Teilhabe von kognitiv beeinträchtigten Menschen am Leben in der Gesellschaft erhöht wird.

## **2.5 Lebenskontexte von Menschen mit Intelligenzminderungen**

Für ein besseres Verständnis der Lebenswelten von Menschen mit Intelligenzminderungen im Allgemeinen sowie der Studienteilnehmer im Besonderen sollen in den folgenden Abschnitten familiäre, geschichtliche, rechtliche, institutionelle und medizinische Kontexte und Bezüge skizziert werden. Sie bereiten den Weg für eine ganzheitliche Betrachtung und Behandlung von kognitiv beeinträchtigten Menschen mit psychischen Auffälligkeiten. Gleichzeitig unterstreichen sie die Bedeutung einer systemischen Herangehensweise, wie sie im letzten Abschnitt dargelegt wird.

### **2.5.1 Kontext: Familie**

Von der Behinderung eines Familienmitglieds werden in unmittelbarer Weise auch die Angehörigen betroffen. Meist von Geburt an und über viele Jahre hinweg sind sie gefordert, ihre familiären Rollen und Verantwortungsbereiche an die behinderungsbedingten Einschränkungen des Kindes anzupassen. Dabei wirkt die Behinderung als organisierendes Prinzip im Familiensystem und beeinflusst die Familienabläufe nachhaltig (Retzlaff, 2010).

Betrachtet man die Familien unter dem Aspekt familiärer Entwicklungsaufgaben (Carter u. McGoldrick, 1988, Schneewind, 1999), gelingen Transitionen aufgrund der jeweiligen intellektuellen bzw. körperlichen Einschränkungen häufig nur unter erschwerten Bedingungen oder gar nicht.

So können Komplikationen rund um Schwangerschaft und Geburt die Bindung zwischen Eltern und Kind ungünstig beeinflussen. Darüber hinaus führt das Erleben von Einschränkungen in der kindlichen Entwicklung bis zur Diagnosestellung bei vielen Eltern und weiteren Familienmitgliedern zu massiven Verunsicherungen. Auf der Suche nach Erklärungen kommt es häufig zu Schuldzuweisungen, gegen sich selbst oder andere gerichtet (z. B. Herkunftsfamilie, Geburtshelfer, Lebensumstände). Auch gewisse religiöse oder kulturelle Einstellungen sowie Erlebnisse von Stigmatisierung oder Ausgrenzung wirken sich ungünstig auf den familiären Umgang mit der Behinderung aus (Scior u. Werner, 2016).

Viele intellektuelle Entwicklungseinschränkungen werden erst im zeitlichen Verlauf offensichtlich und manifestieren sich im Kindergarten- oder Grundschulalter (Retzlaff, 2010). Mit der Diagnosestellung beginnt die Organisation geeigneter Fördermaßnahmen, begleitet von dem drängenden Bedürfnis, die „richtigen“ Behandler zu finden. Gefühle von Vertrauen und Enttäuschungen, von Hoffnungen und Frustrationen sind an der Tagesordnung. Im Kontext medizinischer bzw. therapeutischer Maßnahmen müssen sich Familien über einen langen Zeitraum mit der vermehrten Einflussnahme durch Unterstützersysteme auseinandersetzen. Dabei verschiebt sich unweigerlich die Grenze zwischen Privatsphäre und Öffentlichkeit (Imber-Black, 2006). Abhängig von der quantitativen und qualitativen Kooperation mit professionellen Helfern können auf Elternseite Erfahrungen von Hilf- und Machtlosigkeit, aber ebenso von Unterstützung, Ermutigung und Entlastung dominieren (Retzlaff, 2010). Nach Naumann (2008) liegen speziell in der Gestaltung jener Kooperationen zwischen Familie und professionellen Behandlern die präventiven Weichen für das spätere Wohlergehen von Betroffenen und Familienmitgliedern.

Die Erfahrung, dass normative Entwicklungsaufgaben wie Einschulung, Ausbildung, Berufsausübung, Verlassen des Elternhauses, Heirat oder Familiengründung je nach behinderungsspezifischen Einschränkungen nicht in erwarteter Weise erfolgen, kann bei Familienmitgliedern mit massiven Trauerreaktionen über enttäuschte Erwartungen und Hoffnungen verbunden sein (Retzlaff, 2010). Insbesondere der Ablösungsprozess Jugendlicher vom Elternhaus gilt als kritische Phase im Familienzyklus und kann dazu führen, dass psychische oder familiendynamische Probleme zu Tage treten, die den Übergang in ein neues Lebensstadium erschweren (Haley, 1980). Dies bedeutet aber nicht, dass die in einigen Fällen ausbleibende oder verzögerte räumliche Ablösung zwischen Eltern und Heranwachsenden mit Intelligenzminderung ohne Probleme bliebe. Vielmehr zeigt sich, dass der Ablösungsprozess zwischen Eltern und Kind gerade dadurch erschwert wird, dass nach wie vor fast jeder zweite Heranwachsende selbst in höherem Erwachsenenalter im familiären Umfeld wohnen bleibt (Schultz, 2009, Seidel, 2014, Hermes, 2017). Darüber hinaus sehen sich viele Eltern, vor allem jene, welche die gesetzliche Betreuung übernommen haben, in lebenslanger Verantwortung für ihr volljähriges Kind.

Doch auch die persönliche Weiterentwicklung der Angehörigen wird durch die Behinderung beeinflusst. So führt die Pflege und Fürsorge für ein behindertes Familienmitglied häufig zu reduzierten (Freizeit-)Aktivitäten und zu Einschränkungen in der Pflege persönlicher Außenkontakte. Auch berufliche Anforderungen und Pläne müssen mit dem vermehrten Engagement für das behinderte Kind in Einklang gebracht werden (Buscher u. Hennicke, 2017). Wenn die Behinderung zum Dreh- und Angelpunkt in der Familie wird, können darüber hinaus Belastungen für die elterliche Paarbeziehung, gegebenenfalls auch innerhalb der Geschwisterbeziehungen entstehen (Retzlaff, 2010). Die Bereitschaft mancher Eltern,

eigene Bedürfnisse ganz und gar der Fürsorge für das behinderte Kind zu opfern, problematisiert Klauß (2000) unter dem Begriff „eingefrorene Biografien“.

Das Konzept der familiären Resilienz (Retzlaff, 2010) hilft zu verstehen, wie es Familien gelingen kann, trotz widriger Umstände ein gewinnbringendes Familienleben zu führen und sich trotz bestehender Barrieren weiterzuentwickeln. Befunde aus der MEMENTA-Studie (Werner et al., 2016) belegen, dass sich Angehörige mit einem verhaltensauffälligen bzw. psychiatrisch erkrankten intelligenzgeminderten Familienmitglied nach eigenem Bekunden nur in wenigen Bereichen belastet fühlen und sich die Selbsteinschätzung ihrer Lebensqualität nicht signifikant von den Werten der Normgruppe unterscheidet. Eindrückliche Schilderungen über die Wachstumsprozesse von Angehörigen, ihrem Zugewinn an Expertise, Selbstfürsorge, Achtsamkeit und Akzeptanz lieferte jüngst auch Sappok (2019b).

## **2.5.2 Kontext: Geschichte, Recht und Psychiatrie**

Bis in die Gegenwart ist das Verhältnis zwischen Psychiatrie und Menschen mit Intelligenzminderungen durch historische Hypothesen belastet (Häßler u. Häßler, 2005, aus dem Vorwort). Bis zur Mitte des letzten Jahrhunderts wurden Menschen mit Behinderung von der Gesellschaft systematisch ausgegrenzt: man wollte die Bevölkerung schützen und das Irritierend-Fremdartige aus dem Alltag verbannen. Mit der Annahme, dass Menschen mit Intelligenzminderungen mehr oder minder entwicklungsunfähig seien und man sowieso nichts für sie tun könne, nahmen sich vor allem kirchliche Einrichtungen der Betroffenen an, versorgten und verwahrten sie. Menschen, die als schwer geistig behindert („schwachsinnig“, „mental retardiert“, „debil“) galten, waren üblicherweise vollstationär in psychiatrischen Landeskrankenhäusern untergebracht. Doch auch die sogenannten „Anstalten“ waren vorrangig Orte der Verwahrung und gingen mit Ausschluss (Exklusion), Entprivatisierung und Entrechtung der Einzelnen einher.

Das wohl dunkelste Kapitel stellte die Massenvernichtung von Menschen mit Behinderung zur Zeit des Nationalsozialismus dar. Im Rahmen eines angeblich medizinisch indizierten Euthanasie-Programms wurden unzählige Betroffene durch Todesspritzen, Nahrungsentzug, Kohlenmonoxid-Vergiftung bzw. vorenthaltene ärztliche Hilfe vorsätzlich ermordet (Comer, 2001, S. 16). Zu den unsäglichen Begrifflichkeiten und Aktionen zählten „Entartung des Volkes“, „Rassenhygiene“, „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, „Gnadentod-erlass“ und „Euthanasie-Aktion T4“. Der Wert eines Menschen bemaß sich an seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit – einem Kriterium, dem viele Menschen mit Behinderung nicht gerecht werden konnten. Als tragische Bilanz wurden zwischen 1939 und 1945 circa 200.000 geistig behinderte und psychisch kranke Menschen ermordet (Schanze, 2017), darüber hinaus wurden schätzungsweise 360.000 Menschen zwangssterilisiert (Comer, 2001, S. 16). Eine selbstkritische Auseinandersetzung und Aufarbeitung der Verbrechen begann in Deutschland erst in den 80er Jahren und dauert bis heute an (Dörner, 2017). In psychiatrischen Kliniken wie in Einrichtungen der Behindertenhilfe, aber auch in den Köpfen von Betroffenen und Angehörigen wirken die Geschehnisse bis heute nach.

Ab Mitte des 20. Jahrhunderts rückte ein rehabilitativer Ansatz in den Vordergrund: Nun bestand die Maßgabe darin, Pathologisches intensiv wegzutrainieren in der Hoffnung, dass sich auf diesem Wege zunehmend mehr Normalisierung einstellte. Das Motto lautete: „üben, üben, üben“. Die Haltung, Menschen mit Behinderung zu separieren, blieb indes bestehen:

man schuf Sonderkindergärten, Sonderschulen und Werkstätten für Behinderte. Als Maßstab galt weiterhin die gesunde, nicht-behinderte Gesellschaft – ein für die meisten der Betroffenen unerreichbares Ziel. Erste Ansätze zur Integration von Menschen mit Behinderung wurde weniger durch Fachleute, sondern vielmehr durch Angehörige angestoßen und vorangebracht. So wurden mit Beginn der 80er Jahre Elterninitiativen und Selbsthilfegruppen gegründet, die sich insbesondere für integrative, gemeinschaftliche Förderkonzepte engagierten.

Hinzu kam, dass der 1973 von der Bundesregierung in Auftrag gegebene „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ massive Mängel in der medizinischen Versorgung offenbarte. Beklagt wurden die elenden und zum Teil als menschenunwürdig zu bezeichnenden Umstände stationärer Unterbringung. Zwei Jahre später, im Jahr 1975, legte dieselbe Expertenkommission Leitlinien zur Reform der Psychiatrie vor, die sogenannte „Psychiatrie-Enquête“. Deren wichtigste Reformziele lauteten (Bock u. Kluge, 2017):

- gemeindenahe vor stationärer Versorgung (De-Institutionalisierung),
- Kooperation und Koordination aller Versorgungsdienste,
- bedarfsgerechte Versorgung aller psychisch Kranken,
- Auf- und Ausbau ambulanter Dienste und psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern,
- Enthospitalisierung der Langzeitpatienten,
- Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken.

Mit der Psychiatriereform wurde der therapeutische Förderanspruch von Patienten mit geistiger Behinderung in den Vordergrund gerückt. Es galt, all jene Patienten, die bis dahin zum Teil jahrzehntelang in psychiatrischen Institutionen gelebt hatten, in bestehende oder neu errichtete Einrichtungen der Behindertenhilfe aufzunehmen. Dieser Prozess dauerte bis in die frühen 90er Jahre an.

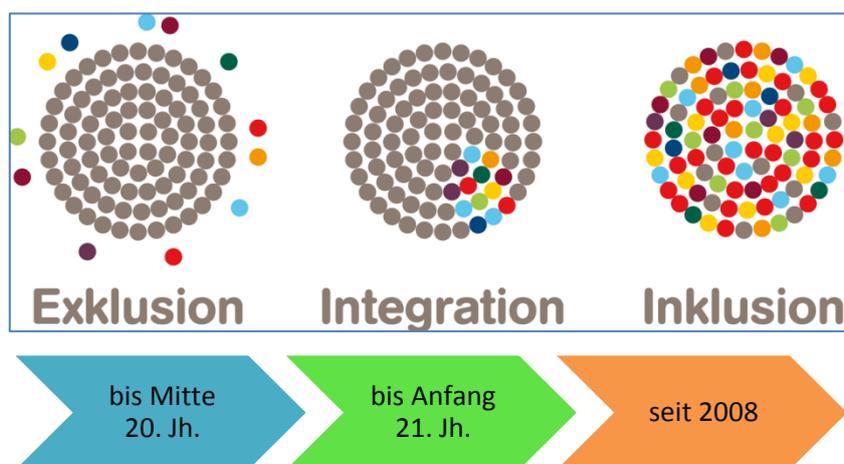
Anfang der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts trat das Betreuungsgesetz (BtG) an die Stelle von Vormundschaft, Entmündigung und Gebrechlichkeitspflegschaft. Das BtG regelt seitdem die gesetzliche Vertretung von Erwachsenen, die aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen können. Vom Gericht bestellt, haben gesetzliche Betreuer die Aufgabe, stellvertretend Rechtshandlungen für die Betreuten vorzunehmen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Betreuten entrechtet wären, denn es gilt die Prämisse, dass das Selbstbestimmungsrecht der betreuten Menschen so weit wie möglich gewahrt bleiben soll. Zudem besteht der Anspruch, die Tätigkeiten eines Betreuers auf diejenigen Aufgabenkreise zu beschränken, in denen Unterstützungsbedarf besteht (Meier u. Deinert, 2016). Dies können beispielsweise die Bereiche Finanzen, Gesundheitsfürsorge und Aufenthaltsbestimmung sein. Gemäß statistischer Angaben des Bundesamtes für Justiz (2018) werden in der Überzahl Angehörige oder sonstig ehrenamtlich Tätige als gesetzliche Betreuer eingesetzt, ansonsten übernehmen freiberufliche Berufsbetreuer, Anwälte oder Betreuungsvereine die gesetzliche Vertretung. In Deutschland stehen derzeit rund 1,3 Mio. Bürger und Bürgerinnen unter gesetzlicher Betreuung (Meier u. Deinert, 2016)<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Für den Bereich Intelligenzminderung liegen keine spezifizierten Angaben vor.

Im Jahr 2008 haben die Vereinten Nationen mit über 170 beteiligten Nationen ein „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ (UN-Behindertenrechtskonvention, kurz: UN-BRK) verabschiedet, um weltweit den Schutz und die Umsetzung von Menschenrechten speziell im Kontext Behinderung zu stärken (Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, 2017). In Deutschland trat die Vereinbarung ein Jahr später als Gesetz in Kraft. Das oberste Ziel besteht darin, Chancengleichheit für Menschen mit Behinderungen herzustellen und eine gleichberechtigte berufliche und gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen. Die damit verbundenen Leistungen zur Eingliederungshilfe (vgl. 2.5.3 Kontext: Ausbildung, Wohnen und Arbeiten) sind seit 2017 im Bundesteilhabegesetz (BTHG) geregelt.

Seit Inkrafttreten der UN-BRK ziehen die Rechte auf Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe zahlreiche politische, juristische, pädagogische und medizinische Entscheidungen nach sich. Im Gegensatz zum Integrations-Konzept, welches Anpassungsleistungen einseitig von Personen mit Behinderungen erwartete und Fördermodelle vorsah, um diese Personengruppe in ein bestehendes System zu integrieren, verweist der neu geschaffene Begriff Inklusion auf die zentrale Aufgabe der Gesellschaft, Kontextbedingungen so zu modifizieren und zu gestalten, dass alle Menschen – unabhängig von individuellen Beeinträchtigungslagen – die gleichen Rechte und Chancen auf Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft haben (Biewer, 2017). Die Anpassungsleistung liegt nunmehr in der Verantwortung des gesamtgesellschaftlichen Systems und besteht darin, behindernde Barrieren abzubauen und eine Gesellschaft ohne Diskriminierung oder „Sonderwelten“, sondern demgegenüber als Kultur der Vielfalt zu gestalten (vgl. Abb. 2).



**Abb. 2 Grafische Veranschaulichung und zeitliche Verortung der behinderungsspezifischen Versorgungskonzepte Exklusion, Integration und Inklusion (Aktion Mensch, 2019)**

Für den Bereich der (Sonder-/Heil-)Pädagogik wird Inklusion zur zentralen Leitlinie, verbunden mit der Forderung, separierende, „exklusive“ Konzepte im Bereich Wohnen, Arbeiten oder Freizeitaktivitäten aufzulösen (Klauß et al., 2016). Stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe, in der Überzahl noch immer als große Komplexbauten konzipiert, sind aufgefordert, inklusive Wohnkonzepte in häuslicher Umgebung zu entwickeln und bereitzustellen (sog. Sozialraum-Orientierung). Beschäftigte aus Werkstätten für Menschen

mit Behinderung sollen Unterstützung erhalten auf ihrem Weg in den sog. „ersten“ Arbeitsmarkt.

Im gleichen Zeitraum hat sich in Deutschland über die letzten Jahre zielgruppenspezifisch ein Netzwerk spezialisierter psychiatrischer Versorgungsangebote herausgebildet (Schanze, 2014). Innerhalb größerer Kliniken existieren mittlerweile stationäre Versorgungsangebote, die auf die psychiatrische Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderungen spezialisiert sind. Daran angegliedert sind an manchen Standorten psychiatrische Instituts-Ambulanzen, die die Angebotspalette der Regelversorgung über niedergelassene Fachärzte erweitern.

Die Inklusionsdebatte bringt jedoch auch kritische Stimmen hervor, die jene spezialisierten Versorgungsangebote für Menschen mit Behinderungen gleichsam als aussondernd bzw. „anti-inklusiv“ bezeichnen. Schanze (2017) gibt zu bedenken, dass psychiatrische Spezialisierungen zwar unbenommen mit einem höheren Maß an Expertise und Behandlungsqualität einhergingen, gleichzeitig aber die Fachlichkeit und das Interesse für die Versorgung von Menschen mit Behinderung in der Allgemeinbevölkerung nachlasse. Auf diese Weise werde Segregation weiter befördert. Das Dilemma, Menschen mit Behinderungen einerseits gleichberechtigt an allen gesellschaftlichen Lebensbereichen teilhaben zu lassen und ihnen andererseits spezialisierte – quasi exklusive – Hilfeangebote zukommen zu lassen, lässt sich nur bedingt auflösen, laut Seidel (2015, S. 12f) sollten inklusive Regelversorgungsstrukturen und Spezialisierungen in der medizinischen Versorgung in einem komplementären Verhältnis zueinander stehen.

Als Fazit kann festgehalten werden, dass Menschen mit Intelligenzminderungen trotz aller Rechte und Inklusionsbestrebungen generell noch immer einem erheblichen Ausmaß an Fürsorge und Kontrolle ausgesetzt sind. Kritiker bemängeln, dass manche Ziele der Psychiatrie-Enquête nach wie vor nur unbefriedigend umgesetzt sind und sich Reformbemühungen mehr auf der organisations-technischen Ebene denn auf der Ebene der Grundhaltung gegenüber den Betroffenen widerspiegeln (Schanze, 2017). Zwar leben Betroffene nicht mehr in sogenannten psychiatrischen Anstalten, sind aber – zumindest in Deutschland – meist noch separiert in wohnortfernen Heimen bzw. Komplexeinrichtungen untergebracht. Auch sprachliche oder mobilitätsbezogene Barrieren erschweren nach wie vor eine gleichberechtigte persönliche oder soziale Teilhabe. Nicht zuletzt beschränken auch die limitierten finanziellen Ressourcen in der Eingliederungshilfe wie im Gesundheitswesen zahlreiche Ansätze inklusiver Bestrebungen.

### **2.5.3 Kontext: Ausbildung, Wohnen und Arbeiten**

Menschen mit (drohender) Behinderung haben in Deutschland ein durch das Sozialgesetzbuch verankertes Recht auf Leistungen, mit denen die Folgen einer Behinderung abgemildert und die Eingliederung in die Gesellschaft unterstützt werden sollen. Die Leistungen dieser sogenannten „Eingliederungshilfe“ umfassen Hilfen zur angemessenen Schulbildung und Ausbildung, zur medizinischen Rehabilitation (im Sinne nachgehender Hilfen), zur Eingliederung und Teilhabe am Arbeitsleben sowie zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Vielfältige Angebote stehen für verschiedene Altersstufen bereit (vgl. Seidel, 2014):

- Frühförderangebote, integrative bzw. inklusive Kindertagesstätten

- Förderschulen, Förderzentren, integrative bzw. inklusive Beschulung bzw. Berufsausbildung
- Familienunterstützende bzw. -entlastende Dienste
- Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) im erwerbsfähigen Alter
- Förderstätten bzw. tagesstrukturierende Angebote für „Nicht-Werkstattgänger/innen“
- Ambulante Dienste (Unterstützung bei lebenspraktischen Aufgaben, Behörden- und Gesundheitsangelegenheiten, Freizeitgestaltung)
- Stationäre Eingliederungshilfen: Wohnheime, angegliederte Wohnstätten (Einzel-, Paar-, Gruppenwohnen)

Einrichtungen der Behindertenhilfe haben als Leistungserbringer die Aufgabe, die Teilhabe am Arbeitsleben bzw. am Leben in der Gemeinschaft auf der Basis eines individuell zu erstellenden Hilfeplans sicherzustellen. Während im Jahr 2003 nur jeder siebte Mensch mit geistiger Behinderung in einer stationären Einrichtung der Behindertenhilfe wohnte, hat sich der Anteil stetig erweitert und liegt nunmehr bei ungefähr 60% (Seidel, 2014, Hermes, 2017). Historisch begründet befindet sich ein Großteil der Heimeinrichtungen in kirchlicher Trägerschaft. Je nach Art und Schwere der Behinderung leben Heimbewohner in einer Regel- oder Intensivwohngruppe. Einige Einrichtungen verfügen darüber hinaus über störungsspezifische Gruppenkonzepte (wie zum Beispiel Wohngruppen für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen). Die gesetzlichen Vorgaben im Bundesteilhabegesetz führen dazu, dass die Träger zunehmend auch dezentrale, wohnortnahe Angebote in kleineren Wohneinheiten sowie Plätze für betreutes Einzelwohnen einrichten. Aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung nehmen auch spezifische Angebote für Senioren mit Intelligenzminderung zu.

Das Unterstützungskonzept wird im Erwachsenenbereich mittlerweile weniger als Pädagogik („Betreuung“), sondern vielmehr als „Begleitung“ bzw. „Assistenz“ verstanden. Neben pflegerischen Leistungen – im Sinne einer aktivierend-therapeutischen Pflege – stellen Einrichtungen üblicherweise diverse pädagogische sowie therapeutische Angebote bereit. Dazu zählen Heilpädagogik, tiergestützte Therapie, Ergotherapie oder psychologische Beratung. Außerdem halten Einrichtungsträger in der Regel diverse Arbeits- und Beschäftigungsangebote in Form von Werkstätten, Förderstätten sowie alternativen tagesstrukturierenden Angeboten vor. Die medizinische Behandlung von Bewohnern stationärer Einrichtungen erfolgt meist vollständig im Rahmen des ärztlichen Regelversorgungssystems (Seidel, 2014).

#### **2.5.4 Zusammenwirken der Lebenskontexte**

Das sozial-ökologische Modell (Bronfenbrenner, 1986) betrachtet die menschliche Entwicklung nicht isoliert, sondern unter Berücksichtigung verschiedener wechselwirksamer Lebenskontexte. Individuen gelten als Teile des Mikrosystems Familie, welches in übergreifende Systeme eingebettet ist. Der Blick wird ausgeweitet auf die Zusammenhänge zwischen familienbezogenen sowie außerfamiliären Kontextfaktoren.

Bezogen auf SYMPA-GB lassen sich gemäß dieser Modellvorstellung folgende Systeme ausmachen:

- Mikrosystem: Beziehungen zwischen Mitgliedern eines Systems, zum Beispiel Familie, Wohngruppe (sog. „Erster Lebensbereich“), Arbeitsbereich bzw. tagesstrukturierende Beschäftigung (sog. „Zweiter Lebensbereich“: Werkstätte, Förderstätte, tages-

strukturierende Angebote für Senioren), psychiatrische Station, psychiatrische Ambulanz, gesetzliche Betreuung.

- Mesosystem: Beziehungen zwischen Mitgliedern zweier Systeme wie gesetzlicher Betreuer und Heimmitarbeiterin, Ambulanzzarzt und Eltern, Heimmitarbeiter und Stationsmitarbeiterin.
- Exosystem: Einbettung der Mikro- und Mesosysteme in rechtliche, kulturelle, wirtschaftliche Strukturen, zum Beispiel Heimkonzept, psychiatrische Versorgungsstrukturen, juristische Grundlage einer gesetzlichen Betreuung.
- Makrosystem: Beziehungen zwischen Mikro- und Mesosystemen unter Berücksichtigung von Exosystemen (wie Sozialhilfegesetz, Fachkräftemangel, Inklusionsdebatte, Psychiatrie-Enquête).
- Chronosystem: Berücksichtigung zeitlicher Faktoren wie individuelle und familiäre Entwicklungsaufgaben, historische Entwicklungen im Kontext geistige Behinderung.

### *Bezüge zu dieser Arbeit*

Vor dem Hintergrund einer sozial-ökologischen Betrachtungsweise werden auch mit dieser Forschungsarbeit relevante Beziehungswelten, in denen und zwischen denen sich Menschen mit Intelligenzminderung und psychischer Störung bewegen, im Hinblick auf ihr Zusammenwirken genauer analysiert (s. Abb. 3<sup>12</sup>, S. 38). Berücksichtigung finden die Systeme:

- Person mit Intelligenzminderung,
- Familie,
- rechtliche Vertretung,
- Psychiatrie (Station und Ambulanz) sowie
- stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe mit Wohn- und Arbeitsbereich.

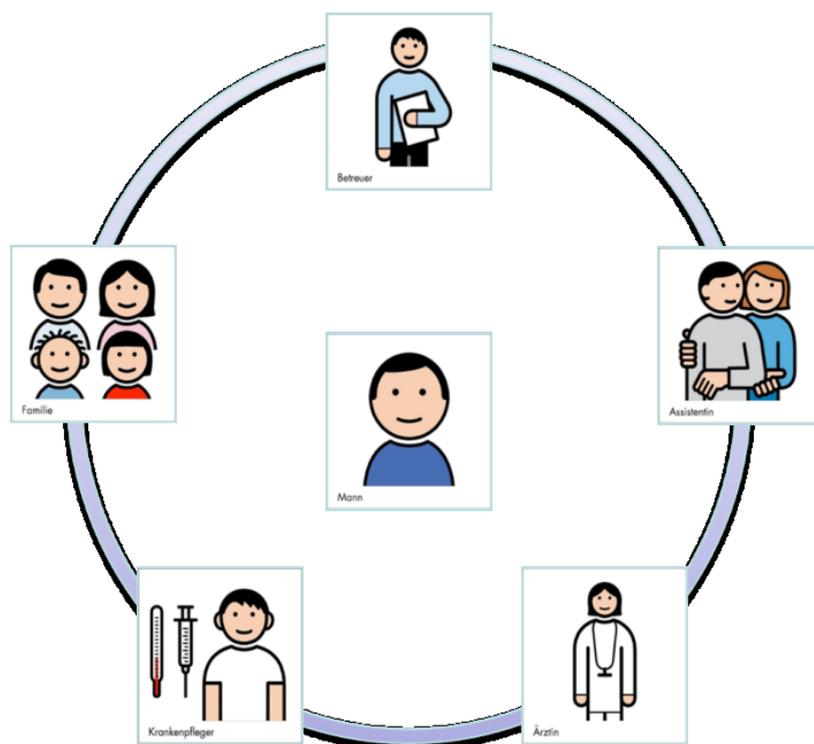
### *Eine Anmerkung zur verwendeten Terminologie*

Anders als in vielen Publikationen soll das „Familiensystem“ nicht dem „Helfersystem“ gegenübergestellt werden, schließlich sind auch Angehörige in helfender Weise für ein behindertes Familienmitglied tätig. Auch der Begriff „professionelle Helfer“ in Abgrenzung zu familiären Unterstützern erscheint ungünstig, denn vor dem Hintergrund der jahrelangen Expertise von Angehörigen im Umgang mit der Behinderung wäre es verfehlt, die Familien als „nicht-professionell“ zu betrachten. Wenn in dieser Arbeit allgemein von „Helfern“ gesprochen wird, sind sämtliche in die Studie involvierten Helfersysteme (Familie, Heim, Klinik, gesetzliche Betreuung) gemeint.

---

<sup>12</sup> METACOM ist ein speziell für die unterstützte Kommunikation gestaltetes Symbolsystem. Die Verwendung der METACOM-Symbole erfolgt mit freundlicher Genehmigung durch die Autorin Annette Kitzinger.

---

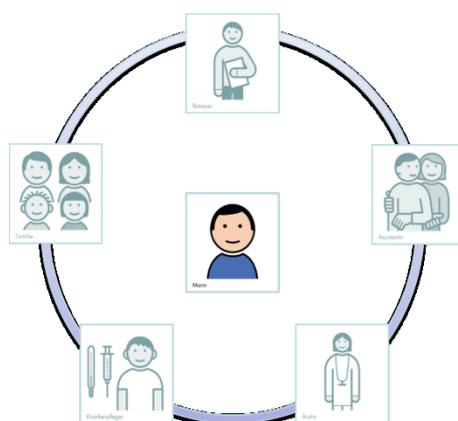


**Abb. 3:** Darstellung der in das SYMPA-GB-Projekt involvierten Personengruppen: Person mit Intelligenzminderung (Mitte), Familienangehörige (links oben), gesetzlicher Betreuer (oben Mitte), Heimmitarbeiter („Assistentin“, rechts oben), psychiatrische Ambulanzärztin (rechts unten), Pflegepersonal (links unten)

## 2.6 Systemische Konzepte im Forschungsbereich

In diesem Kapitel werden systemisch ausgerichtete Vorarbeiten zu den forschungsrelevanten vier Themenbereichen Intelligenzminderungen, Psychiatrie, Heim und Multi-Helfer-Kontext cursorisch dargelegt. Auch wenn sich die Beiträge nicht – wie SYMPA-GB – gleichzeitig auf alle vier Kontexte beziehen, liefert doch jeder für sich bedeutsame und für SYMPA-GB relevante Aspekte systemischen Denkens und Handelns. Die Darstellung systemtherapeutischer Haltungen und Techniken, die in der psychiatrischen Behandlung wesentlich sind, erfolgt mit Bezug zu den Inhalten und Zielen der SYMPA-GB-Weiterbildung.

## 2.6.1 Systemische Ansätze im Kontext Intelligenzminderung



In der systemischen Erkenntnistheorie spielen der radikale Konstruktivismus sowie der soziale Konstruktivismus eine zentrale Rolle: Es besteht die Annahme, dass Wirklichkeit in sozialen Systemen erzeugt wird und es nicht sinnvoll erscheint, über „objektive Welten“ bzw. „Wahrheiten“ zu sprechen (von Schlippe u. Schweitzer, 2013, S. 120f). Demgegenüber legt die Vorstellung eines „gemäßigten Konstruktivismus“ die Akzeptanz „harter Fakten“ wie Armut oder Missbrauch und eine Unterscheidung zwischen „harten“, objektiv messbaren und „weichen“, subjektiv geprägten Daten nahe (Stierlin, 1997, von Sydow et al., 2007). So auch im Kontext Intelligenzminderung: Während kognitive Einschränkungen als konstituierende Bedingung individuellen Lebens und somit als „harte Realität“ angesehen werden (Buscher u. Hennicke, 2017, S. 35), versteht die Systemtheorie geistige Behinderung als sozial konstruierte Teilhabebeeinschränkung (Tsirigotis, 2014). Doch unabhängig von den Schwierigkeiten, die eine Beurteilung des „Härtegrades“ von Realitäten mit sich bringt, interessiert sich die systemische Therapie vor allem um die Sichtweisen und Bedeutungszuschreibungen, die einzelne Systemmitglieder den jeweiligen Wirklichkeitskonstruktionen beimessen (von Sydow et al., 2007).

Breit angelegte Literaturrecherchen legen nahe, dass systemische Ansätze bei Intelligenzminderung bzw. geistiger Behinderung im deutschen Sprachraum, aber auch in englischen Publikationen nach wie vor spärlich vertreten sind (Tsirigotis, 2014).

Dabei existieren durchaus heil- und sonderpädagogische Beiträge, die Ausschnitte systemischen Denkens und Handelns zumindest widerspiegeln oder anreißen (z. B. Klauß u. Wertzhausen, 1993, Speck, 2008). Ebenso erfährt ein psychosozialer Ansatz unter der Bezeichnung „Emotionales Entwicklungsniveau“ seit ein paar Jahren besondere Aufmerksamkeit (Došen, 2010, Sappok u. Zepperitz, 2016). Zwar nicht vor systemischem, sondern entwicklungspsychologischem Hintergrund entstanden, verweist er doch in vergleichbarer Weise auf die unabdingbaren Zusammenhänge zwischen dem emotionalen Erleben und Verhalten des beeinträchtigten Menschen und seinem sozialem Umfeld. Systemisch anmutende Elemente erhält dieser Ansatz auch dadurch, dass er Menschen mit Intelligenzminderung und deren Helfer dazu einlädt, gemeinsam über sozioemotionale Fertigkeiten und Bedürfnisse sowie kontextuelle Anpassungsmöglichkeiten nachzudenken.

Recherchiert man explizit systemisch ausgerichtete Publikationen, trifft man in der Mehrzahl auf Beiträge über Familien mit einem geistig behinderten, minderjährigen Kind. Ein wesent-

liches Credo besteht darin, als Fachkräfte die individuellen sowie familiären Ressourcen und Bewältigungskompetenzen in wertschätzender und lösungsorientierter Weise zu stärken (Naumann, 2008, Retzlaff, 2010, Buscher u. Hennicke, 2017). Psychosoziale Hilfsangebote sollen vor allem als Anregung zur Erweiterung von Handlungsspielräumen in familiären Interaktionsmustern dienen (Keen u. Knox, 2004), jedoch die Autonomie und die Selbstgestaltungskräfte der Familienmitglieder keinesfalls untergraben (Tsirigotis, 2014).

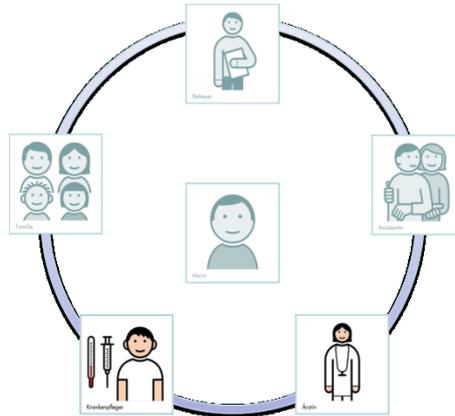
Im Hinblick auf Erwachsene mit Intelligenzminderung finden sich im deutschsprachigen Raum bisher so gut wie keine explizit systemisch ausgerichteten Veröffentlichungen. In einem Themenheft zur Psychotherapie bei Intelligenzminderung (Borcsa et al., 2008) werden ebenso wie in jüngeren Standardwerken zur Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung (Došen, 2010, Schanze, 2014) zwar diverse Verfahren (wie körperorientierte Verfahren, kognitive und verhaltenstherapeutische Programme, interpersonelle Psychotherapie, personenzentrierte Gesprächstherapie, Musiktherapie, psychotherapeutisches Reiten) als wirksam vorgestellt, namentlich systemische Methoden befinden sich jedoch nicht darunter. Ein erstes systemisch ausgerichtetes Fachbuch zur Beratung und Therapie von Erwachsenen mit geistiger Behinderung erschien im vorletzten Jahr (Hermes, 2017). Es bündelt praxiserprobtes Erfahrungswissen und zeigt auf, dass sich „klassische“ systemische Haltungen und Methoden auf vielfältige Weise nutzbar machen lassen, wenn sie in kreativer Weise und unter Nutzung bestehender Ansätze und Materialien an die kommunikativen und kognitiven Beeinträchtigungen des Gegenübers adaptiert werden. Während auf die Notwendigkeit verwiesen wird, das System im Blick zu behalten (ebd., S.71) und wichtige Bezugspersonen punktuell zu integrieren (ebd., S. 36), beschränkt sich die Darstellung systemischer Methoden jedoch vornehmlich auf das psychotherapeutische Einzelsetting. In einem letztjährig publizierten Lehrbuch über intellektuelle Entwicklungsstörungen erfährt der systemische Ansatz ebenso Aufmerksamkeit (Gaese u. Wehmeyer, 2018). Inhaltlich knüpft der Beitrag an die bis dahin vorliegenden Erfahrungen aus dem SYMPA-GB-Projekt an. Er schärft den Blick für die Zusammenarbeit im Helfernetzwerk und plädiert dafür, systemisches Wissen für alle psychosozialen Helfer nutzbar zu machen, seien es Pflegekräfte, Heimmitarbeiter, Ärzte oder Therapeuten.

Auf der Suche nach internationalen Arbeiten stößt man auf die Publikation einer britischen Arbeitsgruppe unter der Herausgeberschaft von Baum und Lynggaard (2006). In diversen Kapiteln werden systemische Methoden für den Einsatz in gemeinsamen Sitzungen mit Betroffenen, Angehörigen und Helfern darstellt. Die Relevanz systemischer Hypothesenbildung und selbstreflektorischer Prozesse, beispielsweise im Kontext von „Reflecting Teams“, wird hervorgehoben (Rikberg Smyly, 2006, Pote, 2006) und von jüngeren Arbeiten bestätigt (Rhodes, 2011, Anslow, 2013). Auch dem narrativen Ansatz, genauer dem Rekonstruieren von Erzählungen rund um die Behinderung, wird ein bedeutsamer Wert für wünschenswerte Veränderungen zugesprochen (Scior u. Lynggaard, 2006). Die Bedeutung reflexiver, raumöffnender Prozesse im Rahmen gemeinsamer, partnerschaftlich ausgerichteter Beratungssitzungen mit Betroffenen und deren Helfernetzwerk wird mit späteren Publikationen untermauert (Fredman, 2014, Fredman et al., 2018).

Als Fazit lässt sich festhalten, dass ein dringender Bedarf an evidenzbasierten Studien zur Wirksamkeit und Nützlichkeit systemischer Interventionen bei Menschen mit Intelligenzminderung besteht. So fand die 11. Europäische Fachtagung zur psychischen Gesundheit bei Menschen mit Intelligenzminderungen im Jahr 2017 – zumindest gemäß der Abstracts –

gänzlich ohne systemisch ausgerichtete Beiträge statt (Hassiotis, 2017). Ebenso wie auf der jüngsten Internationalen Systemischen Forschungstagung (International Systemic Research Conference) im selben Jahr nur ein Projekt im Feld Intelligenzminderung präsentiert wurde, dabei handelte es sich um SYMPA-GB (Wehmeyer u. Gaese, 2017, Nagy et al., 2017).

## 2.6.2 Systemische Ansätze im Kontext Psychiatrie



Während psychiatrische Behandlungsansätze nach wie vor vornehmlich individualtherapeutisch ausgerichtet sind und den als psychisch gestört geltenden Menschen in den Mittelpunkt therapeutischer Bemühungen stellen, erachten systemische Ansätze insbesondere die psychosozialen Wechselwirkungen rund um den als psychisch krank identifizierten Menschen als relevant. Psychische Störungen gelten als „aktive, wenngleich meist nicht bewusste [oder gar gewollte] Gemeinschaftsleistung in sozialen Systemen, nicht als Ergebnis eines in der Person liegenden Defizits.“ (Schweitzer und von Schlippe, 2009, S. 30). Im Unterschied zu pathogenetischen Störungsmodellen steht weniger die Frage nach der Entstehung einer psychischen Störung, sondern vielmehr die Frage nach deren Aufrechterhaltung durch interaktive bzw. kommunikative Prozesse im Fokus. Psychische Störungen haben Signalcharakter hinsichtlich ungünstiger Lebensumstände und Beziehungsparameter und gelten gleichsam als Ausdruck eines Lösungsversuchs, der jedoch nicht zum erwünschten Ziel führt. Daher interessieren sich systemische Therapeuten für den Sinn und Nutzen einer psychischen Störung innerhalb des Beziehungssystems. „Lösbar“ bzw. behandelbar sind psychische Störungen in dem Maße, wie auch der psychosoziale Kontext nützliche Veränderungen erfährt. Dabei werden Familien bzw. nahe Bezugspersonen eines psychiatrischen Patienten als therapeutisch relevanter Faktor und Ressource, nicht aber als „Ort der Pathologie“ angesehen und einbezogen (Schweitzer u. Nicolai, 2010).

Im Unterschied zu traditionellen, linear-kausal ausgerichteten medizinischen Erklärungsmodellen betrachtet die Systemtheorie menschliches Erleben und Verhalten im Sinne kreis-kausaler, zirkulärer Prozesse. Demgemäß kann und muss es nicht darum gehen, für die Lösung eines Problems dessen Ursprung oder Genese genau zu verstehen. Stattdessen legt die systemische Therapie Wert auf das genaue und von Neugier bzw. Nicht-Wissen geleitete Explorieren klientenbezogener Ziele, Lösungsansätze und Ressourcen (de Shazer, 1989). Vor dem Hintergrund eines konstruktivistischen Verständnisses orientiert sich systemisches Handeln nicht an scheinbar objektiven Fakten oder Tatsachen, sondern an den subjektiven

Wirklichkeiten und Erzählungen (Narrativen) über krankheits- und gesundheitsrelevante Faktoren, die das Verhalten von Menschen leiten (White, 2010).

Wird eine Person in die Psychiatrie eingewiesen, dient eine sorgfältige Auftragsklärung dazu, die jeweiligen Erwartungen und Befürchtungen aller Akteure zu klären und in Abgleich mit den strukturellen, personellen und therapeutischen Möglichkeiten transparent und partizipativ auszuhandeln. Bei allem Tun werden das Bemühen und das Erfahrungswissen von Patienten sowie Bezugspersonen und Helfern gewürdigt und genutzt, die Expertise von Behandlern wird gleichwertig im Rahmen von Hypothesenbildungen eingebracht. Der Wert systemischer Hypothesen bemisst sich nicht an deren „Wahrheitsgehalt“, sondern daran, ob sie für das Klientensystem hilfreich und nützlich sind und das Potenzial in sich tragen, wünschenswerte Veränderungen anzustoßen (von Schlippe u. Schweitzer, 2013). Erkenntnisse aus der Kybernetik II. Ordnung fordern systemisch Tätige zudem dazu auf, eigene Einflüsse auf das Behandlungssystem kritisch zu reflektieren.

Psychische Störungen müssen aus systemischer Sicht nicht – geradezu zwangsläufig – in chronische Karrieren münden. Stattdessen dominieren Vorstellungen einer endlichen Psychiatrie mit krisenhaften Phasen, die nicht nur einen Anfang, sondern immer auch ein Ende aufweisen (Schweitzer u. Schumacher, 1995).

Kritisch anzumerken bleibt, dass die psychiatrische Praxis traditionsgemäß noch häufig einer Institutionslogik folgt, die dem kontextuellen Verständnis systemischer Behandlungsansätze entgegensteht, beispielsweise dann, wenn Zwangsbehandlungen oder hierarchische Strukturen eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe erschweren, wenn biomedizinische Therapieansätze gegenüber psychosozialen Perspektiven priorisiert werden oder wenn sinnvolle Vernetzungen über Institutionsgrenzen hinweg behindert werden (Borst, 2014).

### 2.6.3 Systemische Ansätze im Kontext Heim



Klauß und Wertz-Schönhagen (1993) beschreiben das Zusammenwirken von Heim, Bewohnern mit Intelligenzminderungen und deren Familien als „tripolares Beziehungsgeflecht“. Die Beziehungen zwischen den drei Systemen stellen ein Spannungsfeld dar, bedingt durch die Tatsache, dass ein Heimbewohner nicht nur als Mitglied des Systems Heims, sondern ebenso des Systems Familie gelte. Die Beziehungsqualität zwischen Heim und Familie sei oft durch divergente Ausgangssituationen, fehlende Kommunikation, gegenseitige Vorbe-

halte, konkurrierende Gefühle und mangelnde Einflussmöglichkeiten belastet. Unter einem derartigen Spannungszustand leide die Person mit Behinderung (Schultz, 2009, S. 122).

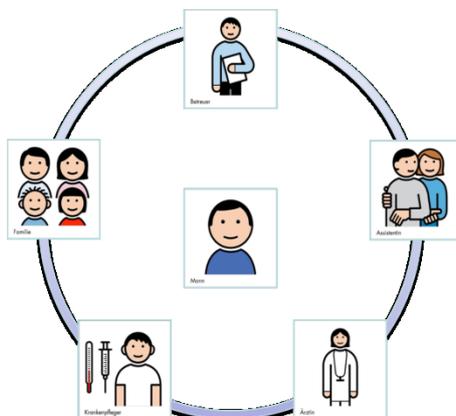
Auch Durrant (1999) beschäftigt sich mit den Kooperationen im Heimsetting, plädiert jedoch für eine mehr lösungsorientierte Sicht- und Arbeitsweise und misst vor allem der Haltung professioneller Helfer besonderen Wert bei. Er kritisiert die oftmals vorherrschende Einstellung psychosozialer Helfer, nach der die Fremdunterbringung eines Kindes oder Jugendlichen Defizite und Störungen seitens des Heranwachsenden oder dessen Eltern widerspiegelt. Eine derart pathologie- bzw. defizitorientierte Haltung führe erfahrungsgemäß zu kontrollierenden, korrigierenden bzw. reparierenden Eingriffen auf Seiten der vermeintlichen Experten. Bei den Eltern wiederum befördere ein solches Agieren Gefühle von Inkompetenz, Versagen und Schuld und münde nicht selten in widerständigem, ablehnendem oder passivem Verhalten gegenüber den Heimmitarbeitern. Belehrende Ratschläge oder Besserwisseri von Seiten der psychosozialen Helfer, sogar Berichte über Erfolge und Verbesserungen würden das elterliche Erleben von Inkompetenz und Hilflosigkeit noch weiter befeuern. Durrants lösungsorientierter Ansatz fußt auf der Vorstellung, den stationären Heimaufenthalt eines Heranwachsenden als Übergang zu betrachten. Die Idee einer zeitlich befristeten stationären Maßnahme verlange geradezu von professionellen Helfern, Anliegen und Ziele aus Sicht der Betroffenen und Familien zu eruieren, vorhandene Ressourcen zu stärken und das Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten der Beteiligten zu fördern. Vor allem aber dürften Betroffenen und Angehörigen deren Verantwortlichkeit und Kompetenzen hinsichtlich erwünschter Problemlösungen nicht abgesprochen werden.

In vergleichbarer Weise, jedoch vor dem Hintergrund narrativer Ansätze, empfiehlt Rikberg Smyly (2006) Betreuern stationärer Wohneinrichtungen, sie mögen sich der Familie gegenüber zurückhaltend zeigen mit Empfehlungen und Vorschriften, die einer Haltung einseitig-wissender Expertise entspringen. Stattdessen sollten sie sich dafür einsetzen, dass jeder der Beteiligten als Experte angesehen werde und das Wissen aller gleichberechtigt in die Entwicklung von nachhaltigen Lösungen einfließe. Dafür gelte es, die multiplen Perspektiven aller Systempartner (Betroffene, Familien, Betreuer, Therapeuten) zu verbinden und daraus gemeinsam neue, weniger problemgesättigte und dafür mehr sinngebende Geschichten zu entwickeln, die hilfreiche Denk- und Verhaltensweisen ermöglichen.

Will man die skizzierten Denkansätze auf den SYMPA-GB-Kontext übertragen, müssen die unterschiedlichen Ausgangslagen berücksichtigt werden. Schließlich handelt es sich bei den an SYMPA-GB beteiligten Menschen mit Intelligenzminderungen im Gegensatz zu Durrants Klientel um Erwachsene. Deren Bestrebungen nach Selbstbestimmung und Autonomie könnten durch das Einbeziehen der Eltern unterminiert werden. Dass sich Eltern insbesondere bei einer einseitigen Verantwortungsübernahme durch Professionelle machtlos, schuldig oder inkompetent fühlen, ist jedoch in vergleichbarer Weise vorstellbar. Ein weiterer Unterschied besteht darin, dass sich erwachsene Heimbewohner ebenso wie ihr soziales Umfeld auf eine überdauernde Fremdunterbringung einstellen. Durrants Haltung „Institution als Übergang“ lässt sich somit zwar nicht auf den Heimkontext, wohl aber auf eine zeitlich befristete stationär-psychiatrische Maßnahme übertragen. Denn Durrants Hinweis, dass sich Eltern allein durch die institutionelle Einweisung ihres Kindes inkompetent und entmachteten fühlen, legt nahe, dass auch Heimmitarbeiter, die einen Bewohner mit nicht bewältigbaren Verhaltensweisen in eine psychiatrische Klinik einweisen lassen, das Gefühl beschleichen könnte, versagt zu haben. Analog zu Durrants Beschreibungen besteht dann die Gefahr,

dass die Klinik mehr als Konkurrenz denn als Kooperationspartner angesehen wird und das Engagement anderer Helfer torpediert wird.

## 2.6.4 Systemische Ansätze im Multi-Helfer-Kontext



Die vielfältigen Interaktionen zwischen Personen mit Intelligenzminderungen und ihren unterschiedlichen Unterstützersystemen bilden zusammengenommen ein komplexes Beziehungsfeld (bzw. Makrosystem), das als „Familie-Helfer-System“ bzw. „Multi-Helfersystem“ bezeichnet wird. Doch auch wenn sämtliche Unterstützer einer Person die Idee verfolgen, ihrerseits (institutions-)spezifische Hilfen bereitzustellen und dazu beizutragen, bestehende Probleme zu beheben, kann die Einschaltung psychosozialer Systeme eine problematische Ausgangslage entgegen gut gemeinter Absichten verschärfen oder stabilisieren, in manchen Fällen auch neue Probleme schaffen (Schweitzer, 1987). Verschiedene kontraproduktive Effekte bzw. symptomstabilisierende Interaktionen lassen sich in Multi-Helfer-Kontexten ausmachen (ebd., S. 60-64):

- eine Übertragung dysfunktionaler Beziehungsmuster, Vorerfahrungen oder Rollenerwartungen zwischen Familie und professionellen Helfern,
- eine Nicht-Kooperation oder gegenseitige Störungen durch strukturelle institutionelle Mängel (im Falle geringgradiger Vernetzung, unzureichender Informationsweitergabe, differierender oder konkurrierender Wert-, Ziel- oder Strategievorstellungen),
- dysfunktionale Koalitionsbildungen einzelner Helfer in Abgrenzung zu anderen Unterstützern,
- konkurrierende oder differierende Haltungen bzgl. Macht, Kontrolle und Zwang,
- eine Reduktion von Selbsthilfepotenzialen durch die Bereitstellung professionalisierter Hilfen,
- ein „Zementieren“ von Problemen durch kompensatorische Hilfsangebote, beispielsweise durch eine Klinikeinweisung, die durchaus kurzfristig „Asyl“ und Abstand bietet, aber nicht gleichzeitig überdauernde Konflikte zwischen Heimbetreuern und Familienmitgliedern zu lösen vermag.

Eine makrosystemische Perspektive nimmt auch Imber-Black (2006) ein. Sie beschreibt, wie die Zusammenarbeit zwischen Familien und den sie betreuenden Sozial- und Gesundheitsdiensten familienseits oft durch generationsübergreifende Einstellungen und Regeln im Umgang mit größeren Systemen geprägt sei und wie sich auf Seiten professioneller Helfersysteme insbesondere institutionelle Vorschriften sowie offene und verdeckte Aufträge in

mystifizierender Weise auf Ziele und Erwartungen in der Zusammenarbeit auswirkten. Genährt durch gegenseitige Etikettierungen, Schuldzuweisungen, diffuse Verantwortungs- und Kompetenzzuschreibungen, Geheimnisse sowie Abhängigkeits- und Loyalitätskonflikte liefen derartige Interaktionsmuster Gefahr, in unproduktiven oder gar schädlichen Sackgassen zu enden und genau die Probleme aufrechtzuerhalten oder zu verschärfen, für deren Lösung die beteiligten Helfer ursprünglich hinzugezogen wurden.

Auflösbar seien derart dysfunktionale Interaktionsmuster umso eher, je mehr es gelinge, persönliche Begegnungen zwischen der Familie und allen involvierten Helfern zu ermöglichen und gemeinsam die erlebten Interaktionsmuster und (Wechsel-)Wirkungen zu reflektieren. Zweckdienlich sei ein von wechselseitigem Respekt getragene Sprechen über bisherige Erfahrungen mit Helferkontexten, gegenseitige Erwartungen, Aufträge und Zwänge der Institutionen, über den Umgang mit Geheimnissen, Grenzen oder Kontrollmaßnahmen, nicht zuletzt auch über generationsübergreifende familiäre, historische sowie kulturelle Einflüsse. Schweitzer (1987, S. 78) verweist auf die Bedeutung dessen, dass die Gesprächspartner sich als „Agenten positiver Veränderung“, als Ressource zur gemeinsamen Lösungsfindung verstehen, nicht jedoch als Schuldige, Problemträger oder Alleinverantwortliche für den Prozess.

Übertragen auf den Kontext geistige Behinderung plädiert auch Fredman (2014) dafür, Familien mit einem geistig behinderten Familienmitglied und deren Helfersysteme an einen Tisch zu bringen mit dem Ziel, medizinische, psychologische oder soziale Krisen gemeinschaftlich zu bewältigen. Zu solchen – personell durchaus anspruchsvollen – Netzwerk-Treffen sollten neben dem Klienten dessen Angehörige, Betreuer, Pflegekräfte, Ärzte, Therapeuten, Sozialarbeiter und sonstig relevante Personen (wie Lehrer, Sozialamt-Mitarbeiter, Pfarrer, Nachbarin) eingeladen werden. Zusätzlich wird eine moderierende Person empfohlen, die aus einer dezentralen bzw. neutralen und zugleich einflussreichen Position heraus fähig ist, offene und reflexive Dialoge zu ermöglichen, in denen sämtliche Stimmen Gehör und die Ressourcen aller Gesprächspartner Beachtung finden. Mittels derart moderierter Netzwerkgespräche könnten eine wertschätzende Kommunikation zwischen den Teilnehmern unterstützt, vielfältige Perspektivenwechsel angeregt und die zunächst eindimensionalen Beziehungen zwischen den Anwesenden mehr und mehr verknüpft werden, wodurch eine Basis für koordinierte und konstruktive Handlungspläne bereitet werde.

### **3 METHODIK**

In diesem Kapitel wird zunächst die Auswahl des Forschungsparadigmas begründet. Danach erfolgt die Beschreibung der Stichprobenrekrutierung unter Berücksichtigung von Ein- und Ausschlusskriterien. Unter „Datenerhebung“ werden Erhebungszeitraum samt Messzeitpunkten, Methoden zur Datenerfassung sowie Hürden und Anpassungen in der Erhebungsphase erläutert.

Die Unterkapitel „Datenaufbereitung“ und „Datenanalysen“ geben Aufschluss darüber, mit welchen Methoden die Daten fixiert und ausgewertet wurden. Im Anschluss werden Einflüsse von Forscherseite auf den Forschungsprozess dargelegt. Das Kapitel endet mit

ethischen Aspekten, die aufgrund des gewählten Forschungsansatzes besonders zu berücksichtigen waren.

Die Ermittlung der Inter-Rater-Reliabilität erfolgte in mehreren Stufen, wobei jedes Zwischenergebnis Einfluss auf den nächsten Analyseschritt nahm. Daher wird die diesbezügliche Methodik in enger Verknüpfung mit den ermittelten Reliabilitäts-Werten im Ergebnisteil dargestellt (vgl. 4.2 Reliabilitätsanalysen).

### **3.1 Begründung des Forschungsansatzes**

Für die methodische Annäherung an den Forschungsgegenstand wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt (vgl. Flick, 2014, Döring u. Bortz, 2016, Lamnek u. Krell, 2016). Ein gewichtiges Argument dafür bestand in der Feststellung, dass der Gegenstandsbereich „Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen“ bis heute kaum unter (multi-)systemischen Gesichtspunkten erforscht wurde (vgl. 2.6 Systemische Konzepte im Forschungsbereich). Das Forscherteam wollte daher im Sinne eines Pilotprojekts Phänomene in phänomenologisch-explorierender statt in hypothesenprüfender Weise erfassen. Auf induktive Weise sollte ein Weg vom Feld hin zu theoretischen Konzepten beschritten werden, ohne dass der Forscherblick durch vorgefertigte Hypothesen zu sehr verengt wäre. Methodisch sollte der Forschungsprozess offen gestaltet sein, um zwischenzeitliche Anpassungen zu erlauben, die den Ansprüchen in einem komplexen Gegenstandsbereich besser gerecht würden.

Auch die Absicht, unterschiedliche Sichtweisen zu integrieren, um subjektives Erfahrungswissen und individuelle Bedeutungsgebungen darzustellen, ließ sich gut mit den Kriterien qualitativer Forschung vereinen. Eine mögliche Heterogenität an Erkenntnissen wurde nicht als hinderlich betrachtet, sondern war vielmehr erwünscht, solange sie den Forschungsgegenstand angemessen repräsentiert. Der Wunsch nach einer Erhebung subjektiven Erlebens führte zu einer Sammlung verbaler Daten, welche innerhalb qualitativer Forschung als Hauptdarstellungsmittel gelten (Mayring, 2002).

Ein letztes Argument hing mit der Zielsetzung zusammen, Bewohner-Schicksale hinsichtlich ihrer Entwicklungen innerhalb und zwischen den Lebenswelten über die Zeit zu erfassen. Der Forscherblick war demnach mehr auf das Analysieren von Prozessen gerichtet („Was passiert?“) und deutlich weniger auf die Evaluation von Ergebnissen („Wirkt SYMPA?“).

Nicht unerwähnt bleiben sollte der Anspruch qualitativer Forschung, den gesamten Forschungsprozess möglichst transparent darzustellen, um eine kritische Reflexion der gewonnenen Daten zu ermöglichen (Döring u. Bortz, 2016). Diesen Anforderungen wird der Methodenteil durch eine nachvollziehbare Beschreibung der angewandten Verfahren innerhalb der Erhebungs- und Analysephase gerecht.

### **3.2 Rekrutierung der Stichprobe**

Der ursprüngliche Studienplan sah vor, die Entwicklung von 16 Heimbewohnern über einen Zeitraum von zwei Jahren Vorgeschichte und einem weiteren Jahr Begleitung nachzuzeichnen. Zu diesem Zweck sollte aus jeder Heimeinrichtung, die an der SYMPA-GB-Weiterbildung teilnahm, mindestens eine Person mit Intelligenzminderung in die Studie

aufgenommen werden, zusätzlich pro Fall je eine Familienangehörige sowie gegebenenfalls der außerfamiliäre gesetzliche Betreuer, des Weiteren eine Heimbetreuerin, die jeweilige Ambulanzärztin sowie ein Pflegedienstmitarbeiter der Spezialstation.

### **3.2.1 Einschlusskriterien**

Rekrutierungskriterien bezogen sich ausschließlich auf die in Frage kommenden Personen mit Intelligenzminderungen, hinsichtlich der Helfer wurden keine Einschluss- oder Ausschlusskriterien formuliert. Für die Studienteilnehmer mit Intelligenzminderung galten folgende Kriterien:

1. Die Person sollte in einer an SYMPA-GB beteiligten stationären Einrichtung der Behindertenhilfe leben.
2. Sie sollte sich ferner in ambulant-psychiatrischer Behandlung durch die Institutsambulanz der Projektklinik befinden und
3. innerhalb der letzten zwei Jahre mehrmals oder längerfristig stationär in die Projektklinik eingewiesen worden sein; Verweildauer mind. 50 Tage innerhalb dieser zwei Jahre.
4. Bei der Person sollte Gewalt gegen sich selbst, gegen andere oder gegen Objekte ein relevantes Thema darstellen. Konkret sollte es innerhalb der letzten zwei Jahre vermehrt zu aggressiven Vorfällen gekommen sein. Maßgeblich hierfür war die retrospektive Einschätzung durch die Stationsleitung.
5. Die Person sollte im Rahmen der SYMPA-Weiterbildung Aufmerksamkeit erfahren (z. B. im Rahmen von Fallsupervisionen) und auf diese Weise möglicherweise persönlich von den Ergebnissen der Weiterbildung profitieren.

Keine relevanten Auswahlkriterien stellten demgegenüber der Grad der Intelligenzminderung, die sprachliche Ausdrucksfähigkeit, das Geschlecht, das Alter oder die Art der psychiatrischen Diagnosen dar.

### **3.2.2 Sampling und Ausschlusskriterien**

Im Sinne qualitativer Forschung orientierte sich die Stichprobenauswahl vornehmlich an dem erwartbaren Informationsgehalt einzelner Fälle und weniger an der Repräsentativität der Stichprobe (Mayring, 2015). Vor diesem Hintergrund und auf der Grundlage der Einschlusskriterien wurde von der Stationsleitung eine Liste mit 30 potenziellen Studienteilnehmern mit Intelligenzminderungen erstellt. Diese wurde den Vertretern der Heiminstitutionen präsentiert mit der Bitte, über die betreffenden Gruppenleitungen ein Einverständnis zur Studienteilnahme durch die jeweiligen gesetzlichen Betreuer zu erwirken.

Zwei Einrichtungen entschieden sich gegen die Studienteilnahme, dies wurde in einem Fall mit einer „reinen Kosten-Nutzen-Abwägung“, im anderen Fall mit größeren institutionellen Umstrukturierungen erklärt. Darüber hinaus sprachen sich mehrere Gruppenbetreuerinnen gegen die Teilnahme einzelner Bewohner aus. Es bestand die Sorge, dass eine als heikel wahrgenommene Kooperation zwischen Heim und Familie durch die Studienteilnahme weiter belastet werden könne oder sich ein instabiler psychischer Zustand einer Bewohnerin weiter

verschlechtern und eine zuverlässige Studienteilnahme erschweren könne. Eine Angehörige und gesetzliche Betreuerin entschied sich trotz Befürwortung der Gruppenbetreuerin gegen die Studienteilnahme mit dem Argument, auch ohnedies mit der Gesamtsituation rund um ihren behinderten Sohn überfordert zu sein.

In drei weiteren Fällen standen die gesetzlichen Betreuer der Studie anfangs ablehnend gegenüber und äußerten Bedenken hinsichtlich der Sinnhaftigkeit, dem persönlichen Nutzen oder der Vertraulichkeit der erhobenen Daten. Durch genaue Informationen, eine persönliche Kontaktaufnahme zu mir als Forscherin, die wiederholte Zusicherung von Anonymität sowie der Zusage, die jeweilige Geschichte vor Veröffentlichung den gesetzlichen Betreuern vorzulegen, konnte in allen drei Fällen ein Einverständnis erwirkt werden. Auch die forschungsleitende Haltung, speziell die guten Beweggründe aller Beteiligten sowie deren als hilfreich erlebte Verhaltensweisen in der Zusammenarbeit zu beleuchten, fand die Zustimmung der Entscheidungsträger.

Nachdem mehrere Listenkandidaten für eine Studienteilnahme ausschieden, weiterhin aber die Vision bestand, möglichst viele in SYMPA-GB involvierte Heime zu berücksichtigen und besonders eindrückliche Fälle aufzunehmen, wurden die Einschlusskriterien in drei Fällen aufgeweicht:

- Der Zeitraum „innerhalb der letzten zwei Jahre“ wurde auf eine Zeitspanne „innerhalb der letzten fünf Jahre“ ausgeweitet und
- das Kriterium „aggressive Vorfälle“ wurde ausgeweitet zu „herausforderndes bzw. betreuungsaufwändiges Verhalten“.

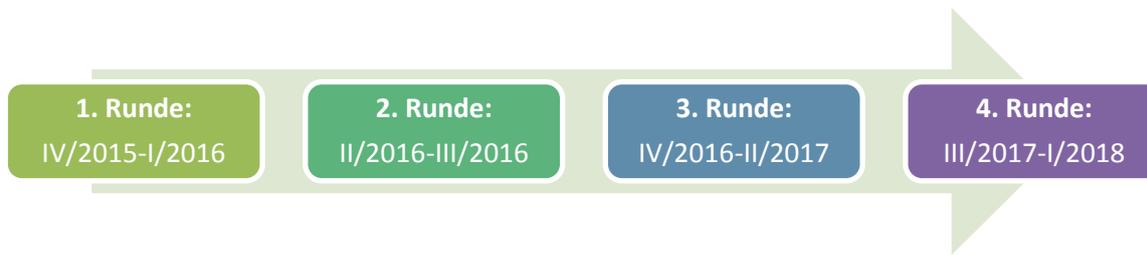
Die endgültige Stichprobe bestand aus 14 Personen mit Intelligenzminderungen samt deren Helfersystemen. Die Repräsentativität hinsichtlich demografischer Daten blieb – wie bei der Zusammenstellung der potenziellen 30 Teilnehmer und Teilnehmerinnen – unberücksichtigt.

### **3.3 Datenerhebung**

#### **3.3.1 Erhebungszeitraum und Messzeitpunkte**

Die Datenerhebung startete im dritten Quartal 2015 in Form von Aktensichtungen (Klinik- und Ambulanzakten). Mit der Durchführung der Interviews wurde im vierten Quartal 2015 begonnen.

Ursprünglich sah das Studienprotokoll sechs Messzeitpunkte über einen Zeitraum von 15 Monaten vor. In der Praxis zeigte sich jedoch bald, dass eine vierteljährliche Befragung aus zeitlichen Gründen sowohl von Forscher- als auch von Teilnehmerseite aus nicht umsetzbar war. De facto wurde ein Großteil der Interviews in halbjährlichen Abständen durchgeführt. So wurde nach dem zweiten Interview-Durchlauf beschlossen, die Anzahl der veranschlagten Messzeitpunkte auf vier Runden zu reduzieren. Aufgrund des unerwartet hohen zeitlichen Aufwands in der Datenerhebung und –aufbereitung wurde der Erhebungszeitraum bis ins erste Quartal 2018 ausgeweitet (zur zeitlichen Verteilung der Interviewrunden s. Abb. 4).



**Abb. 4: Zeitlicher Ablauf der Interviewrunden**

Innerhalb einer Interviewrunde gestaltete sich die Abfolge der Befragungen variabel entsprechend der zeitlichen Verfügbarkeit der Interviewpartner. Meist wurden zunächst die Heimmitarbeiterinnen und – gleichzeitig oder anschließend – die Bewohner interviewt, danach die Familienangehörigen und ggf. die gesetzlichen Betreuer (falls die Angehörigen nicht gleichzeitig gesetzliche Vertreter waren), zuletzt die Stationsmitarbeiter und Ambulanzärztinnen. Stationsmitarbeiter wurden nur dann ein weiteres Mal befragt, wenn es innerhalb des Erhebungszeitraums zu einer stationären Wiederaufnahme des betreffenden Patienten kam.

### 3.3.2 Erhebungsmethoden

#### *Aktensichtung*

Die Aktensichtung diente dazu, mir ein erstes Bild von den Studienteilnehmern mit Intelligenzminderungen sowie deren Vorgeschichte zu machen. Sie erfolgte anhand eines eigens für die Studie erstellten Datenblattes (s. 9.3 Datenblatt zur Vorgeschichte). Dieses umfasste Informationen zur allgemeinen Entwicklung der Person mit Intelligenzminderung inkl. Fördermaßnahmen und Beschulung, zu bevorzugten Aktivitäten, zum psychosozialen Netz (Familie, Freunde, Helfersysteme) sowie zu klinischen Vorbefunden (Daten und Dauer stationärer Aufenthalte, psychiatrische Befunde, Medikation).

#### *Leitfadeninterviews*

Da mit den Zielsetzungen der Studie, einerseits Spannungsfelder in der Interaktion und andererseits Handlungsstrategien bei aggressiven Vorfällen zu explorieren, ein umrissener Themenbereich vorgegeben war, habe ich mich für das Erhebungsverfahren „Problemzentriertes Interview“ entschieden (vgl. Mayring, 2002, S. 67-72). Zu diesem Zweck wurde ein halbstrukturierter Interviewleitfaden entwickelt, der nach wenigen eher allgemein gehaltenen Einstiegsfragen auf bestimmte Aspekte der Problemstellung fokussierte (s. 9.4 Interview-Leitfaden). Gemäß Mayring (ebd.) war eine Abwandlung in der Frageformulierung ebenso erlaubt wie ein spontanes Einflechten von themenzentrierten Ad-hoc-Fragen sowie eine Variation in der Reihenfolge der abgehandelten Themen. Auch das Antwortformat wurde bewusst offen gehalten. Die Dauer für ein Interview wurde mit 20 bis 30 Minuten veranschlagt.

Folgende Forschungsdimensionen fanden Berücksichtigung:

1. Allgemeine Entwicklung des Bewohners im Forschungszeitraum: übliches Verhalten, besondere Erlebnisse, Zufriedenstellendes, Bewährtes
2. Beziehungen zu Angehörigen, Mitarbeitern, Mitbewohnern, gesetzlichem Betreuer

3. Fallbezogene Kooperationen zwischen den Helfersystemen
4. Fragen zu aggressiven Krisen (sofern geschehen): Verlauf, Kooperation mit Klinik
5. Zusammenfassung:
  - Besonderes, Auffälliges, Hilfreiches, Erschwerendes?
  - Zufriedenheit mit der Entwicklung des Bewohners, mit der Zusammenarbeit?
  - Bewertung im Vergleich zu vorherigem Interview

Im Erstgespräch wurden darüber hinaus Daten zur Vorgeschichte erhoben, sofern sie nicht aus der Krankenakte hervorgingen. Außerdem klärte ich mit den kognitiv eingeschränkten Interviewpartnern die Form der gegenseitigen Ansprache, da mir bekannt war, dass Patienten mit Intelligenzminderungen auf eine Ansprache mit ihrem Nachnamen bzw. in der „Sie“-Form häufig irritiert reagieren. Die Mehrzahl der Bewohner entschied sich für die „Du-Form“.

Die meisten Interviews fanden aufsuchend im privaten bzw. beruflichen Umfeld der Teilnehmer statt. Dabei wurden die Gespräche mit Bewohnern und Heimmitarbeiterinnen planmäßig in ihrem gewohnten Umfeld, sprich in der Heimeinrichtung oder in Räumen der Werk- oder Förderstätte durchgeführt. Dass auch viele Angehörige in ihrem häuslichen Milieu befragt wurden, resultierte aus Rückmeldungen, demnach Einschränkungen in der Mobilität oder Bereitschaft eine Befragung in den eigens für die Interviews zur Verfügung gestellten Klinikräumlichkeiten verhinderten. Nur in zwei Fällen kamen Angehörige zur Befragung in die Klinik. Bei drei Elternteilen erfolgten die Interviews aufgrund der großen räumlichen Distanz telefonisch. Auch die außerfamiliären gesetzlichen Betreuer bevorzugten eine telefonische Befragung. Die Interviews mit den Stations- und Ambulanzmitarbeiterinnen fanden ausschließlich in den Räumlichkeiten der Klinik statt.

Insgesamt wurden über die vier Erhebungszeiträume 188 Interviews mit Patienten, Heimbetreuerinnen, Angehörigen, gesetzlichen Betreuern, Ambulanzärzten und Stationsmitarbeiterinnen durchgeführt (vgl. 9.5 Interviewtermine im Überblick), davon 65 Interviews im ersten Zeitraum, 37 Interviews im zweiten, 38 Interviews im dritten und 48 Interviews im letzten Zeitraum. Die Gesamtlänge des Datenmaterials kann nur grob geschätzt werden, da die Tonaufnahmen nach der Transkription der Interviews gelöscht wurden (vgl. 3.7.2 Anonymisierung der Daten) und die jeweilige Aufnahmedauer nicht dokumentiert wurde. Wird die Dauer eines Interviews mit durchschnittlich 40 Minuten veranschlagt, ergibt sich eine Gesamtlänge von ca. 125 Stunden Datenmaterial.

### *Anfertigen von Memos*

Während der Interviews wurden zusätzlich Feldnotizen zu Forschereindrücken und Kontextinformationen angefertigt, gemäß dem Motto: „Stop and memo!“ (Mayring, 2002, S. 105-106). Mit Hilfe dieser sog. Memos (Strauss u. Corbin, 1996, S. 169-175) wurde auch dokumentiert, ob und wie Bezüge zu SYMPA-GB in den Berichten erkennbar werden, zum Beispiel durch ausdrückliche Verweise oder in Form angewandter Techniken (wie positive Konnotationen, ressourcenorientiertes Sprechen, zirkuläre Musterbeschreibungen, systemische Hypothesenbildung). Die wachsende Sammlung an Memos formierte sich über die Zeit zu einer Art Forschertagebuch, welches zur Dokumentation und Reflexion des Forschungsprozesses in die spätere Interpretation der Daten einfließen sollte (vgl. Flick, 2014, S. 377-378).

### *Teilnehmende Beobachtung*

In den Fällen, in denen ein Bewohner seine Bereitschaft für ein Interview verwehrte, sollte dessen Verhalten auf Basis einer ca. zehnmütigen teilnehmenden Beobachtungseinheit festgehalten werden. Analog dem Interviewleitfaden bestand auch hier die Idee, Aspekte in der Interaktion, ggf. auch im Hinblick auf eskalierende Prozesse, zu erfassen. Dies geschah jedoch in nicht-standardisierter Form und ohne Beobachtungsleitfaden (vgl. Mayring, 2002, S. 80-83). Mein Verhalten steuerte ich abhängig von den Impulsen des Bewohners passiv-registrierend oder direkt-interagierend.

Sequenzen teilnehmender Beobachtung ergaben sich zu insgesamt 5 Messzeitpunkten und bezogen sich vorrangig auf die Person mit schwergradiger Intelligenzminderung sowie eine weitere Person, die einmalig ein Gespräch ablehnte.

### **3.3.3 Hürden und Anpassungen in der Datenerhebung**

Auch wenn der Interviewleitfaden bei straffer Durchführung einen zeitlichen Rahmen von 30 Minuten zugelassen hätte, fielen einige Gespräche in der Praxis deutlich länger aus oder mussten aufgrund zeitlicher Limitationen inhaltlich gekürzt werden.

Mit Blick auf die Interviewteilnehmer mit kognitiven Beeinträchtigungen lag dies zum einen daran, dass allein schon der sorgfältige und achtsame Kontaktaufbau zeitaufwändig war. In vielen Fällen wünschte die Person mit Intelligenzminderung während des Interviews die Präsenz ihrer Bezugsbetreuerin. Dies erleichterte zwar die Kontaktaufbahnung, ging aber des Öfteren mit zögerlichen Reaktionen des beeinträchtigten Interviewpartners einher und führte dazu, dass in manchen Fällen zunächst von Betreuerseite aus das Wort ergriffen wurde und im nächsten Schritt eine Rückversicherung durch die Person mit Intelligenzminderung angestrebt wurde. Auch wenn die meisten Bewohner und Bewohnerinnen sich bereitwillig auf eine Befragung einließen, konnten aufgrund sprachlicher oder kognitiver Barrieren oft nicht alle Themen abgehandelt werden. Zudem waren Anpassungen in der Gesprächsführung notwendig (vgl. Schmidt u. Meir, 2014, s. Tab. 6). Einzelne Äußerungen blieben dennoch aufgrund artikulatorischer Probleme unverständlich oder hinterließen den Eindruck sozial erwünschter oder echolalischer Reaktionen.

**Tab. 6: Anpassungen in der Gesprächsführung bei sprachlich und kognitiv eingeschränkten Personen**

<b>Adaptive Gesprächsführung bei Personen mit Intelligenzminderung</b>	
Hilfsmittel	Einsatz von Schrift- und Bildmaterial
Sprecherverhalten	Einsatz von „Leichter Sprache“ (Verwendung möglichst hochfrequenter und konkreter Wörter sowie kurzer Sätze mit einfachem Satzbau) reduziertes Sprechtempo, bewusste Pausensetzung, Blickkontakt
Zuhörerverhalten	Abwarten verzögerter Reaktionen, Vorgabe von Antwortalternativen, Rückversicherung der Reaktionen, Deuten körpersprachlicher Ausdrucksweisen (Rückfragen, Gegenfragen, Erraten, Zusammenfassung des Verstandenen)
Personelle Unterstützung	Integration einer vertrauten Bezugsperson im Sinne eines „Dolmetschers“, Nutzung von „Facilitated Communication“ (FC, Methode zur gestützten Kommunikation bei nicht-sprechenden Personen mit Autismus-Spektrum-Störungen, erfordert eine Person, die nach Anleitung als sog. Stützerin fungiert.

Zeitliche Anpassungen waren auch in der Befragung der Helfer nötig. Sowohl den Heimmitarbeitern als auch den Angehörigen schien viel daran gelegen zu sein, ihre zum Teil jahrzehntelangen Erfahrungen ausführlich und zum Teil in doppelter Besetzung darzustellen. Bei Hausbesuchen wurde ich manches Mal mit Kaffee und Kuchen empfangen, was eine stringente Abhandlung des Interviewleitfadens erschwerte und die Gesprächsdauer verdoppelte. In den Fällen, wo eine persönliche Kontaktaufnahme aufgrund der großen räumlichen Distanz nicht möglich war und stattdessen eine telefonische Befragung erfolgte, wirkten Angehörige reservierter und zeigten weniger Interesse an ausführlichen bzw. wiederholten Befragungen. Die Interviews mit den außerfamiliären gesetzlichen Betreuern fanden oft in gekürzter Form statt. Ein Argument lautete, man könne trotz bestehenden Interesses allein aus wirtschaftlichen Gründen nur begrenzt Zeit für eine Befragung aufwenden. Die Interviews mit den Ambulanzärztinnen starteten aufgrund einer längeren Krankheits- und Vertretungsphase erst mit einem halben Jahr Verzögerung, so dass bis zum Ende des Forschungszeitraums meist nur drei Interviews pro Fall stattfanden.

In der Gesamtschau zeigt sich, dass einige Interviews zeitlich wie inhaltlich deutlich umfangreicher ausfielen als geplant. Gleichzeitig fiel auf, dass sich ab der dritten Interviewrunde zunehmend mehr Redundanz dadurch einstellte, dass auf dieselben, bereits erwähnten Erlebnisse und Erfahrungen zurückgegriffen und wiederholt dieselben Bewältigungsstrategien berichtet wurden. Dieses Phänomen, von Strauss und Corbin (1996) als – wünschenswerte – „theoretische Sättigung“ bezeichnet, begründete die Entscheidung, nach der Durchführung von knapp 200 Interviews mit einer überschlagenen Gesamtdauer von 125 Stunden die noch ausstehenden Erhebungen auszusetzen.

### **3.4 Datenaufbereitung**

Die gesammelten Daten wurden fallspezifisch und chronologisch von der Vorgeschichte bis zur letzten Interviewrunde aufbereitet. Die den Krankenakten entnommenen Informationen zur Vorgeschichte wurden zunächst in das vorbereitete Datenblatt übertragen, bevor sie in Fließtext übertragen und den Interviewprotokollen vorangestellt wurden. Die verbalsprachlichen Interviewdaten wurden mit Einwilligung der Studienteilnehmer mittels Audiorecorder sowie cursorischer Mitschriften aufgezeichnet. Danach fand eine möglichst unverzügliche Verschriftlichung in elektronischer Form statt. Die memo-artigen Feldnotizen wurden beim Überführen in elektronisches Textformat stichwortartig an das betreffende Interviewprotokoll unter der Rubrik „Memos & Hypothesen“ angehängt. Das Verhalten von Studienteilnehmern mit Intelligenzminderung, die keine Bereitschaft für ein Interview zeigten, wurde während der Beobachtungssequenz in deskriptiver, formloser Weise stichwortartig notiert und direkt im Anschluss in kondensierte Textform überführt (vgl. Flick, 2014, S. 374-377).

Die Transkriptionsregeln bemaßen sich an den Erfordernissen der Studienfragestellungen und sahen zunächst eine eher grobe Textzusammenfassung jeder Interviewrunde auf drei bis sechs DIN-A-4-Seiten pro Fall vor. Eingestreut werden sollten anschauliche, plakative Originalzitate der Interviewpartner. Dies sollte in einer Gesamterzählung von 100-150 Seiten münden. Der tatsächliche Textumfang übertraf die Erwartungen jedoch um ein Mehrfaches (s. 3.3.3 Hürden und Anpassungen in der Datenerhebung) und ließ sich nicht ohne Hinnahme bedeutsamer Datenverluste in das anvisierte Format komprimieren, zumal es mir

schwer fiel, bereits in der Phase der Datenaufbereitung valide Entscheidungen hinsichtlich der Relevanz und Reduktion von Äußerungen zu treffen. Stattdessen entschied ich mich dafür, ab der zweiten Interviewrunde häufiger auch längere Textpassagen wörtlich zu transkribieren. Äußerungen wurden unter Angleichung von dialektalen Färbungen, Interjektionen oder Sprech- und Sprachfehlern in „normales Schriftdeutsch“ übertragen (vgl. Mayring, 2002, S. 91). Meine Fragestellungen gab ich demgegenüber vornehmlich in indirekter Rede wieder, zum Beispiel: „Auf die Frage nach zwischenzeitlichen Veränderungen erzählte die Bewohnerin...“.

Am Ende bestand das Analysematerial aus zweierlei sich abwechselnden Arten von „Urtext“: zum einen aus Zitaten der Interviewpartner, zum anderen aus zusammenfassenden Textpassagen. Das Material umfasste 14 verschriftlichte Zusammenfassungen der Vorgeschichte sowie 188 Protokolle von Interviews bzw. teilnehmenden Beobachtungen.

## **3.5 Datenanalysen**

Im Folgenden wird zunächst die Entscheidung für die ausgewählte Analysemethode begründet, bevor die einzelnen, aufeinander aufbauenden Analyseschritte dargelegt werden.

### **3.5.1 Auswahl der Analysemethode**

Zu Beginn der Studiendurchführung war offen, ob die Daten eher im Sinne des Grounded-Theory-Ansatzes (Strauss und Corbin, 1996) oder eher in inhaltsanalytisch-kategorisierender Weise (Mayring, 2015) angemessen auszuwerten seien. Für den Entscheidungsprozess war eine vergleichende Gegenüberstellung beider Methoden (Cho u. Lee, 2014) hilfreich: So war nicht beabsichtigt, eine neuartige Theorie, beispielsweise zur Erklärung herausfordernden Verhaltens, zu entwickeln. Stattdessen legten die thematisch eingegrenzten Studienfragestellungen sowie der problemzentrierte Interviewleitfaden nahe, die Daten in fokussierender Weise zu analysieren. Zudem verlangte die unerwartet hohe Dichte an Handlungswissen im Umgang mit aggressiven Vorfällen geradezu von selbst nach einer ordnenden, reduktiven Funktion. Auf Basis dieser Erkenntnisse kristallisierte sich die Entscheidung für die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse heraus. Damit verbunden war die Idee, ein am Material entwickeltes Kategoriensystem zu entwickeln, das mit Rückbezug auf die Studienfragestellung diejenigen Handlungsstrategien bündelt, die von Betroffenen und Helfern zur Abwendung eskalierender Interaktionen eingesetzt werden (vgl. Mayring, 2002, S. 114-115).

Für die PC-unterstützte Textauswertung wurde das eigens für qualitative Analysen an der Technischen Universität Berlin entwickelte Programm ATLAS.ti 8 (Friese, 2017) ausgewählt.

### **3.5.2 Bestimmung von Selektionskriterien und Analyseeinheiten**

Der nächste Schritt bestand darin, zeilenweise das transkribierte Textmaterial durchzugehen und sämtliche Textstellen, die für die Bearbeitung der Fragestellungen relevant waren, zu markieren sowie mit Begriffen zu versehen (zu kodieren).

Als Selektionskriterien dienten folgende Themenkreise:

- Informationen zur Vorgeschichte
- Verhaltensphänomene, die vom Interviewpartner als herausfordernd bewertet werden
- Handlungsstrategien im Umgang mit herausfordernden Situationen
- Verlauf des als herausfordernd bezeichneten Verhaltens über die Zeit (verbessert, verschlechtert, gleichbleibend)
- Kooperationen im Helfersystem (Frequenz, Qualität, Verlauf)
- Bezüge zu systemischer Praxis (implizit, explizit)
- Erklärungshypothesen zu herausfordernden Situationen (Diese wurden lediglich der Vollständigkeit halber erfasst, sie stehen jedoch in keiner direkten Verbindung zu den Studienzielen.)

Als Kodiereinheit (kleinster Materialbestandteil) wurde ein Satz festgelegt, als Kontexteinheit (größter Textbestandteil, der unter eine Kategorie fallen kann) ein in kohärenter und kohäsiver Weise zusammengehöriger Textabschnitt (vgl. Mayring, 2015, S. 61).

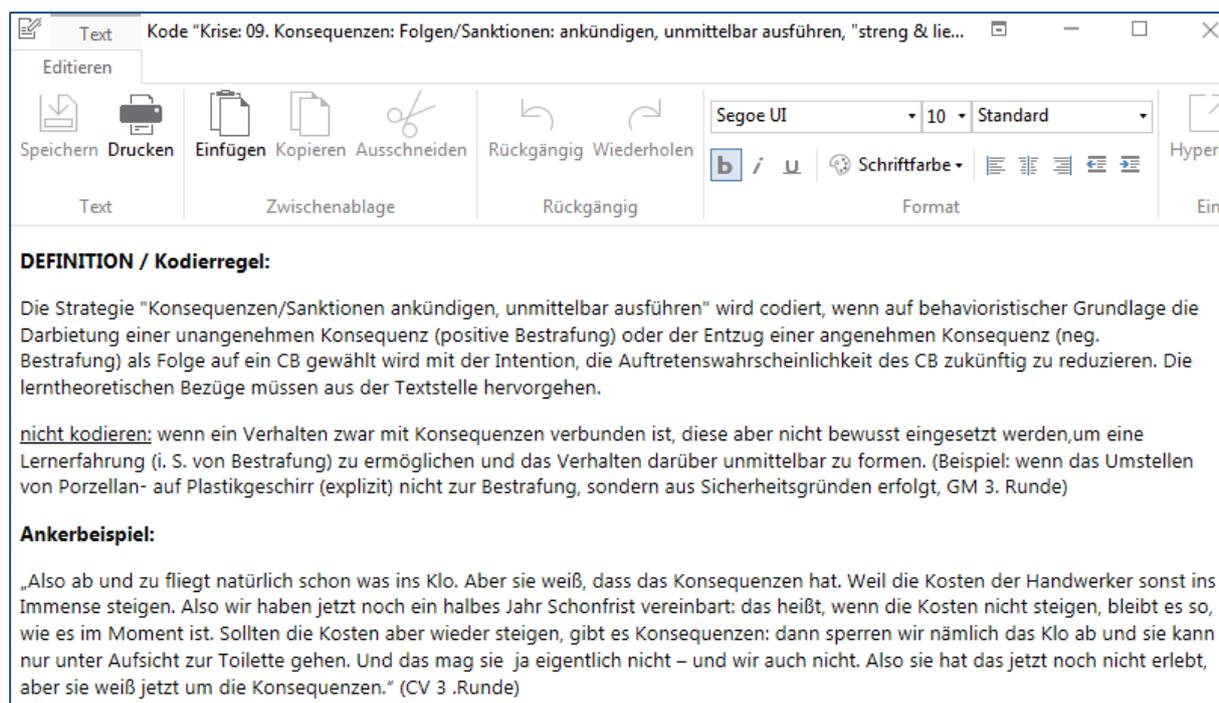
Die Abfolge der Datenanalysen erfolgte fallspezifisch, beginnend mit der Vorgeschichte und weiter fortlaufend von der ersten bis zur letzten Interviewrunde. Ähnlich dem theoretischen Sampling (Strauß u. Corbin, 1996, S. 148-165) wurden zunächst maximal heterogene Fälle bearbeitet, weitere Datensätze dann nur noch bis zum Eintritt der sog. „theoretischen Sättigung“, dem Moment, am dem keine neuen Erkenntnisse mehr generiert werden (Flick, 2014, S. 397).

### **3.5.3 Erstellung des Kodierleitfadens**

Begonnen wurde mit dem offenen Kodieren von Textstellen im Hinblick auf die oben genannten Themenkreise, die Kode-Bezeichnungen sollten so nah wie möglich am Text bleiben (sog. In-vivo-Kodes, Flick, 2014, S. 388-391). Bei jeder weiteren Textstelle wurde geprüft, ob sie einem der bestehenden Kodes subsumiert werden konnte. Falls ja, galt es in einigen Fällen, die Kode-Bezeichnungen durch übergeordnete bzw. erweiterte Begriffe anzupassen. Falls nein, wurde ein neuer Kode konstruiert und, sofern nicht bereits dessen Bezeichnung eindeutig auf einen Sachverhalt hinwies, mit präziser Definition, Kodierregeln und Ankerbeispiel, gegebenenfalls auch mit Abgrenzungsregeln zu benachbarten Kodes versehen (Mayring, 2015, S. 49, vgl. Abb. 5, S. 55).

Entscheidend für das Kodieren einer Handlungsstrategie war deren Beurteilung durch den Interviewpartner: die Einschätzung hinsichtlich der Nützlichkeit sollte laut Kodierregel explizit aus der Äußerung oder dem sprachlichen Kontext hervorgehen. Uneindeutige bzw. nicht bewertete Strategien blieben in der Auswertung unberücksichtigt.

Nach Durcharbeitung von drei umfangreichen Fällen (ca. 25% des Gesamtmaterials) wurde gemäß Mayring (2002, S. 116) eine Revision des bisherigen Kodierleitfadens vorgenommen und geprüft, inwieweit das Kode-System einer erneuten Anwendung auf dasselbe Datenmaterial standhielt bzw. welche Kodes einer Präzisierung bedurften. Erst danach wurde in der beschriebenen Weise mit dem noch nicht analysierten Textmaterial verfahren. Im weiteren Verlauf wurden noch manche Kodes umbenannt, gesplittet oder zusammengeführt. Textpassagen, die sich innerhalb eines Satzes oder Sinnabschnitts auf verschiedene Teilaspekte bezogen, machten eine Mehrfachcodierung erforderlich.



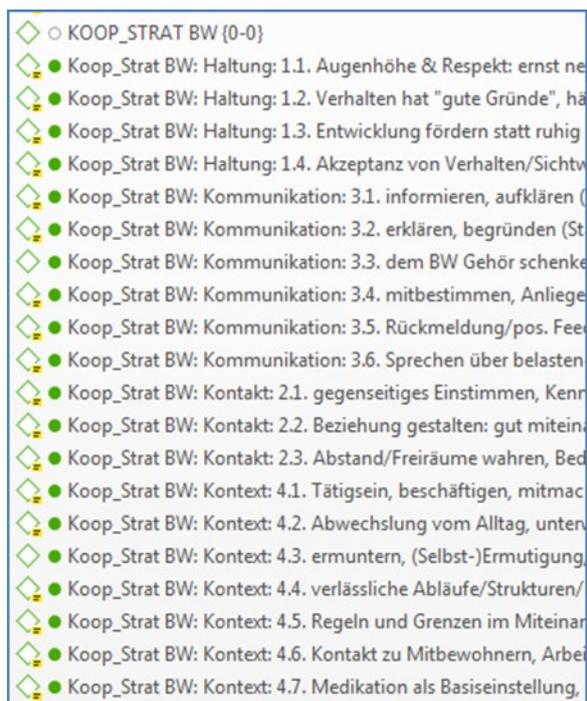
**Abb. 5: Beispiel für Kodierregeln und Ankerbeispiel zum Kode: „Krise: Konsequenzen ankündigen und ausführen“ (Screenshot auf Basis einer ATLAS.ti.-Darstellung)**

Nach Analyse von elf Bewohner-Geschichten wurden praktisch keine neuen Codes mehr entwickelt, sondern die vorhandenen Codes lediglich mit weiteren Textelementen angereichert. Dies führte im Frühjahr 2018 zu der Entscheidung, die noch ausstehenden Interviews (vornehmlich mit Ambulanzärztinnen und Angehörigen,  $n=12$ ) auszusetzen. Der schlussendliche Kodierleitfaden umfasste 247 Codes, davon 59 Codes im Bereich „Handlungsstrategien“ (s. 9.6 Kodierleitfaden „Handlungsstrategien“). Diese wurden im Verlauf der stufenweisen Reliabilitäts-Prüfung noch weiter reduziert (s. 4.2 Reliabilitätsanalysen).

#### *Erläuterungen zur Darstellungsweise mittels ATLAS.ti:*

Im Programm ATLAS.ti, auf dem der Kodierleitfaden beruht, wird von Codes gesprochen, die zu Codegruppen zusammengefasst werden können. Weitere Hierarchie-Bildungen sind nicht vorgesehen. Gemäß der Empfehlung der Autorin (Friese, 2009, Friese, 2019) wurde deshalb ein streng regelgeleitetes Labeln von Codes vorgenommen, aus deren Syntax die entsprechende Code-Hierarchie (Ober-, Unterkategorien) hervorgeht. Außerdem wurden sog. Leerkodes (in Großbuchstaben) eingesetzt, welche gleichsam einer Überschrift jeweils einer Codegruppe voranstanden, ohne selbst auf Textstellen angewendet zu werden (s. Abb. 6, S. 56).

Eine tabellarische Darstellung des Kodierleitfadens bietet das Programm nicht an (vgl. Mayring, 2015, S. 120). Kode-Definitionen, Kodierregeln und Ankerbeispiele werden stattdessen als Fließtext in die kode-spezifischen Kommentarfelder aufgenommen. Die Darstellungsweise des entstandenen Kodierleitfadens beruht auf der dafür vorgesehenen Funktion des Analyse-Programms ATLAS.ti.



**Abb. 6: Darstellung der Kode-Hierarchien anhand der Kode-Syntax in ATLAS.ti (Screenshot auf Basis einer ATLAS.ti.-Darstellung)**

### 3.5.4 Entwicklung des Kategoriensystems

Der aufwändigste Schritt bestand darin, die ermittelten Codes sinnvoll zu strukturieren und zu abstrahieren. Dabei spielten neben inhaltlichen Ähnlichkeiten und Differenzierungen auch deduktiv-theoriegeleitete Überlegungen eine Rolle:

- Das medizinische Modell der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (Caplan, 1964, zitiert in Krapp u. Weidenmann, 2001, S. 570) nahm Einfluss auf die Grobunterscheidung in grundsätzliche Handlungsstrategien (primäre Prävention) sowie Strategien, die im Krisenfall eine Eskalation verhindern (sekundäre Prävention) oder eine erneute Eskalation vermeiden sollten (tertiäre Prävention).
- Im Bereich primär-präventiver Strategien wurde auf Basis des sozial-ökologischen Modells (Bronfenbrenner, 1986, vgl. 2.5.4 Zusammenwirken der Lebenskontexte) weiter unterschieden zwischen Strategien, die in der dyadischen Interaktion zwischen einem Helfer und einer Person mit Intelligenzminderung eingesetzt werden (Mikro- und Mesosysteme Heim, Familie, Klinik) sowie Strategien, die sich in der Zusammenarbeit mehrerer Helfer bewähren (Makrosystem).
- Eine zusätzliche Differenzierung der primär-präventiven Strategien erfolgte – analog zu den Inhalten der SYMPA-GB-Weiterbildung – zwischen Kategorien, die allgemeine Haltungen umfassen, und Kategorien, die konkrete Techniken bündeln.
- Die sekundär- und tertiär-präventiven Strategien wurden in zeitlich chronologischer Abfolge (Eskalation abwenden, Eskalation entschärfen, Eskalation aufarbeiten) kategorisiert. Dabei wurde deutlich, dass sich das Abwenden und Entschärfen von Eskalationen vornehmlich zwischen Helfer und Person mit Intelligenzminderung

abspielt (mikrosystemisch), während in die Nachsorge häufig das erweiterte Helfersystem (Makrosystem) involviert ist.

Auch in diesem Analyseschritt galt es, die aus der Zusammenfassung von Codes entstandenen Code-Gruppen so präzise zu definieren, dass einem mit dem Text unvertrauten Beurteiler eine eindeutige Zuordnung von Textmaterial zu den jeweiligen Kategorien gelingen würde (s. Abb. 7).

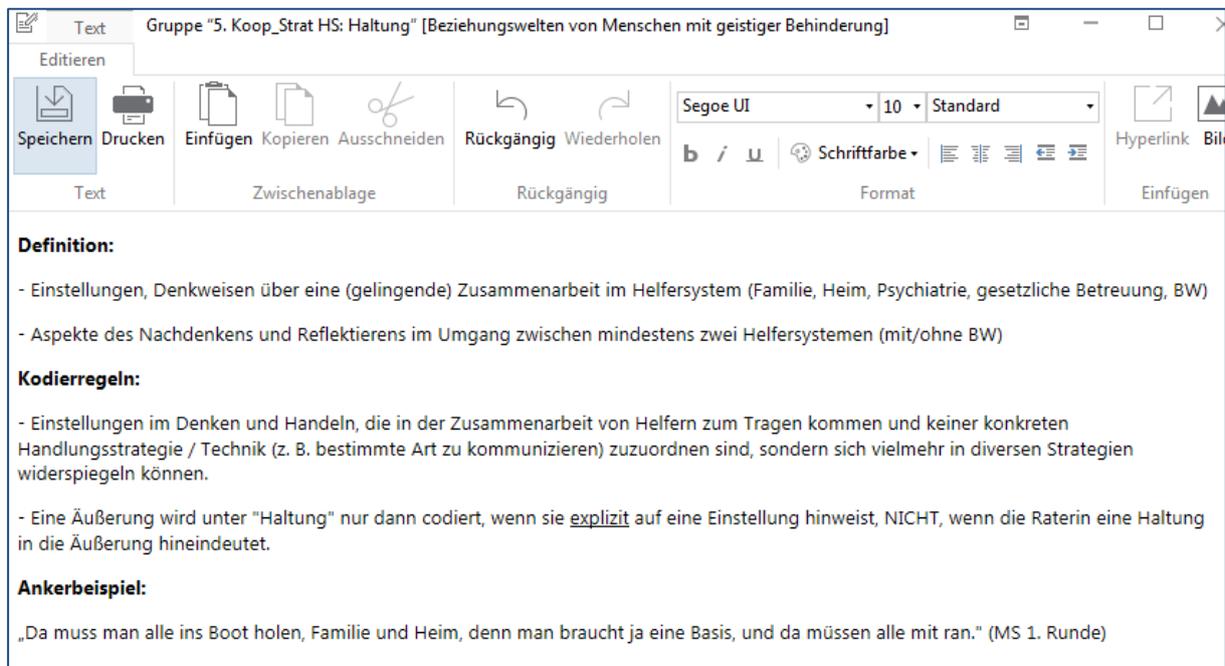


Abb. 7: Beispiel für Definition, Kodierregeln und Ankerbeispiel zur Code-Gruppe „Kooperationsstrategie im Helfersystem: Haltung“ (Screenshot auf Basis einer ATLAS.ti.-Darstellung)

## 3.6 Einflüsse durch die Forschung

Qualitative Forschungsansätze verfolgen den Anspruch, die Einflussnahme des Forschenden und des Kontextes, in dem Forschung geschieht, so transparent wie möglich darzustellen (Mayring, 2015, S. 32). Das Kriterium „Reflektierte Subjektivität“ verlangt geradezu, dass die konstituierende Rolle des Forschenden samt Vorannahmen und Forschungsinteressen für ein umfassendes Verständnis der Forschungsergebnisse dargelegt wird (Steinke, 2015). Diesem Anspruch möchte ich mit der Darlegung meiner beruflichen (Doppel-)Rolle, meines systemisch geprägten Vorverständnisses sowie meiner Vorannahmen hinsichtlich erwarteter Ergebnisse gerecht werden.

### 3.6.1 Meine Doppelrolle

Zunächst zu meinen vertraglichen Anstellungsbedingungen: Neben einer vergüteten Tätigkeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin durch die Universität Heidelberg war ich gleichzeitig als unentgeltliche Praktikantin am Isar-Amper-Klinikum eingestellt, um darüber Zugang zu den Räumlichkeiten und Dokumentationssystemen der Klinik zu erhalten. Interviewpartnern stellte ich mich, visualisiert durch zwei instituts-spezifische Namensschilder, in meiner

Doppelrolle vor. Es zeigte sich, dass ich von vielen psychosozialen Helfern als Teil des SYMPA-Teams wahrgenommen wurde, von Personen mit Intelligenzminderung und Angehörigen wiederum eher als Mitarbeiterin des Isar-Amper-Klinikums. Verzerrungen in den Äußerungen von Interviewteilnehmern sind – je nach ihren Bezügen zu und Einstellungen gegenüber der Klinik oder SYMPA-GB-Weiterbildung – im Hinblick auf Effekte sozialer Erwünschtheit nicht ausgeschlossen.

### **3.6.2 Mein systemisches Vorverständnis**

In der Forschungsausrichtung führte meine eigene systemtherapeutische Ausrichtung zu einer sprachkritischen Auseinandersetzung mit dem Forschungsthema und in Folge zu einer Anpassung des Studientitels. So implizierte der ursprüngliche Titel „Handlungsstrategien bei herausforderndem Verhalten von Menschen mit Intelligenzminderungen und psychischen Störungen“, man könne ein als herausfordernd oder problematisch bezeichnetes Verhalten unter Vernachlässigung des Kontextes allein dem Menschen mit Intelligenzminderung zuschreiben, wohingegen die Systemtherapie psychiatrische Probleme als aktive Gemeinschaftsleistung von Patienten, Angehörigen und Fachleuten versteht (vgl. 2.6.2 Systemische Ansätze im Kontext Psychiatrie). Narrative Ansätze (White, 2010) reflektieren zudem die einflussreiche Bedeutung von Versprachlichungen und Zuschreibungen. Sensibilisiert durch derartige Reflexionen war ich mir als Forscherin und Interviewerin meines machtvollen Einflusses beim Gebrauch von Begrifflichkeiten bewusst und entschied mich, den Studientitel zu modifizieren, der nunmehr auf die Erforschung von „Spannungsfeldern zwischen Systemen“ verweist. Auch in den Interviews achtete ich im Studienverlauf zunehmend intensiver auf die Formulierung von Fragen oder Kommentaren und sprach statt von „Personen mit herausforderndem Verhalten“ bevorzugt von „herausfordernden, eskalierenden oder aggressiven Situationen (Interaktionen, Vorfällen)“.

Nun zu Forschereinflüssen auf die Methodik: Als systemische Therapeutin bin ich davon überzeugt, dass die Erforschung der Genese eskalierender Prozesse weder eindeutige noch nützliche Erkenntnisse für die Bewältigung krisenhafter Interaktionen liefert, dass monokausale Handlungsanalysen vielmehr im Widerspruch stehen zur Annahme zirkulärer Wechselwirkungen im Multi-Helfersystem. Deshalb richtete ich den Fragenkatalog vornehmlich auf die Exploration von Ressourcen, Lösungsansätzen und Interaktionsmustern aus, mit denen alle Beteiligten zu einem möglichst reibungslosen Miteinander beitragen. Umfangreiche Erklärungshypothesen zu problematischen Verhaltensweisen, die von Interviewteilnehmern hier und da laut wurden, lenkte ich mit Verweis auf die Studienziele um. Einen zentralen Stellenwert – beim Explorieren krisenhafter Vorfälle ebenso wie bei Berichten über Gelungenes oder Fortschritte – nahmen Erkundungen über persönliche Ressourcen ein: „Welche Fähigkeit, Stärke oder Idee hat Ihnen dabei geholfen? Was konnten Sie zu diesem Erfolg oder zum Überwinden der Krise beitragen?“ Es gelang mir allerdings kaum, Äußerungen kommentarlos bzw. „neutral“ aufzunehmen. Stattdessen ertappte ich mich wiederholt dabei, Erzählungen über Gelungenes positiv zu konnotieren und meine Anerkennung für individuelle Stärken und Lösungsansätze auszusprechen, wenngleich ich ebenso Wert darauf legte, auch Gedankengänge und Lösungsvorschläge, die ich persönlich nicht teilte, akzeptierend bzw. wohlwollend aufzunehmen.

Vor dem Hintergrund, dass jegliches Verhalten in der Interaktion kommunikative Bedeutung hat (Watzlawick et al., 2000), kamen insbesondere beim Explorieren von Verhaltensweisen nicht-sprechender Personen mit Intelligenzminderungen Fragen nach den „guten“ Beweggründen zum Einsatz: „Was denken Sie, was wollte der Bewohner mit seinem Verhalten möglicherweise zum Ausdruck bringen?“ Waren mehrere Interviewpartner anwesend, signalisierte ich gemäß sozial-konstruktionistischer Auffassungen, dass mich jede Version einer Erzählung gleichermaßen interessiert und ich Unterschiede eher als erwartbar denn als störend betrachte. Diese offene und wertschätzende Haltung mag zur Vielfalt und Heterogenität der berichteten Handlungsstrategien beigetragen haben. Gleichzeitig wird zu diskutieren sein, inwiefern die Art der – mehr oder minder therapeutisch wirksamen – Gesprächsführung Einfluss auf den Forschungsgegenstand genommen hat.

Die Datenauswertung war im Sinne des ethischen Imperativs, „Handle stets so, dass du die Anzahl der Möglichkeiten vergrößerst!“ (von Foerster, 1988, zitiert in von Schlippe und Schweitzer, 2013, S. 200-201), geleitet von der Idee, die Handlungsoptionen von Interaktionspartnern in problematischen Situationen zu erweitern. So wurden sämtliche Strategien, die von mindestens einer Person explizit als nützlich oder hilfreich bezeichnet wurden, in das Kategoriensystem aufgenommen. Kritische Stimmen, die dieselbe Strategie mit bestimmten Argumenten ablehnten oder relativierten, sollten die Darstellung erweitern, ohne zu einer grundsätzlichen Verwerfung von Handlungsweisen zu führen. Letztlich soll es Anwendern überlassen bleiben, wie sie das facettenreiche Angebot an Strategien in ihr Handlungsspektrum aufnehmen und über die Auswahl einer bestimmten Verhaltensweise in einer bestimmten Situation entscheiden.

Die Interpretation der Daten wurde wie in der Systemtherapie als „ko-konstruktiver Prozess“ konzipiert. Das bedeutete, die Interviewpartner in den Bedeutungsgebungsprozess einzubeziehen, indem ihnen die Ergebnisse der Analyse rückgemeldet und sie um eine Einschätzung gebeten wurden, wie die Gesamtheit der Strategien zu ihrer Erfahrungswelt passt.

In allen Schritten der Forschung – von der Studienkonzeption bis hin zur Daten-Interpretation – spiegelt sich meine eigene systemtherapeutische Ausrichtung wider. Gleicht man die Wahl der Zielsetzungen und Methoden mit den Kriterien „systemischer Forschung“ ab (Schweitzer u. Ochs, 2012, S. 21-22, s. Tab. 7), lässt sich diesem Forschungsprojekt durchaus das Prädikat „systemisch“ verleihen.

**Tab. 7: Kriterien systemisch orientierter Forschung (nach Schweitzer und Ochs, 2012, S. 24)**

<b>Kriterien systemisch orientierter Forschung</b>
Beziehungs- und Interaktionsorientierung
Berücksichtigung intra- und interindividueller reflexiver Prozesse
Fokussierung von Veränderungen komplexer biopsychosozialer Systemdynamiken im Zeitverlauf
Kontextsensibilität für die interventionellen „Nebenwirkungen“ von Forschungsmaßnahmen und die Rolle der Forscher als „Miterzeuger“ der beschriebenen Prozesse

### **3.6.3 Meine Vorannahmen**

Um dem Anspruch an eine transparente Darstellung der Forscher-Vorannahmen gerecht zu werden, möchte ich abschließend erwähnen, dass ich eine deutlich höhere Rate in der Nennung systemischer Handlungsstrategien erwartet hatte, auch getriggert durch die Rückmeldung, nach der meine Person von einigen psychosozialen Helfern eng mit dem SYMPA-GB-Projekt assoziiert wurde. So nahm ich wiederholt eine innere Enttäuschung darüber wahr, dass selbst SYMPA-geschulte Mitarbeiterinnen nur selten explizit auf vermittelte SYMPA-Praktiken Bezug nahmen. Überrascht hat mich demgegenüber, dass einzelne Heimbetreuerinnen, die nach eigenem Bekunden nicht vertraut waren mit systemischem Denken oder Handeln, dennoch Strategien benannten, die systemischer Praxis entsprachen.

Diese Wahrnehmungen führten mich zu der Erkenntnis, dass bewährte Handlungsstrategien in der Zusammenarbeit mit Menschen mit Intelligenzminderung nicht vorrangig systemisch ausgerichtet sein müssen („SYMPA ist nicht alles!“) und andererseits interpersonelle Strategien nicht gleichsam „systemische Exklusivrechte“ für sich beanspruchen sollten („Nicht alles ist SYMPA!“).

## **3.7 Ethische Aspekte**

Ethische Forschungsprinzipien setzen verantwortungsvolles Handeln durch die Forschenden voraus. Es gilt, die Würde von Forschungsteilnehmern zu schützen und Personen, die sich bereiterklären, an eine Studie mitzuwirken, nicht für wissenschaftliche Zwecke zu missbrauchen oder zu schädigen (Döring u. Bortz, 2016, S. 122). In diesem Kapitel werden Informationen zu Inhalten und Prozessen der Studienaufklärung sowie zum Einholen des Einverständnisses zur Studienteilnahme präsentiert. Des Weiteren wird die Vorgehensweise zur Anonymisierung der Daten thematisiert, auch die methodischen Ansätze zur Vermeidung von Schäden für Dritte werden erläutert. Zuletzt wird die Rückmeldung der Ethikkommission offen gelegt.

### **3.7.1 Studienaufklärung und Einverständniserklärung**

Vor Beginn der Studiendurchführung wurden die Studienteilnehmer schriftlich wie mündlich über die Ziele und Inhalte der Studie informiert. Dazu wurden zwei Versionen an Studienaufklärungsbögen erstellt: eine ausführliche, rein verbale Darstellung für die familiären und psychosozialen Helfer sowie eine Version in leichter Sprache und mit Bildunterstützung für Personen mit Intelligenzminderungen (vgl. 9.1 Formulare zur Studienaufklärung). Die Freiwilligkeit zur Teilnahme an der Studie wurde ebenso hervorgehoben wie die Zusicherung, dass jede Studienteilnehmerin jederzeit ohne Nachteile und ohne Angabe von Gründen von der Teilnahme an der Studie zurücktreten kann.

Ein weiteres Formular diente dazu, das schriftliche Einverständnis der Studienteilnehmer einzuholen (vgl. 9.2 Formulare zur Einverständniserklärung). Auch hier existierten zwei sprachlich unterschiedlich komplexe Versionen. Wenngleich für die Studienteilnahme im rechtlichen Sinne insbesondere das Einverständnis der gesetzlichen Vertreter relevant war, wurde Wert darauf gelegt, dass sich auch die Personen mit Intelligenzminderung bewusst und freiwillig für die Teilnahme an der Studie entscheiden sollten.

Initiiert wurden sowohl das Übermitteln der Studienaufklärungen als auch das Einholen der Einverständniserklärungen über die betreffenden Bezugsmitarbeiterinnen im Heim.

### **3.7.2 Anonymisierung der Daten**

Aufgrund des methodischen Zugangs über persönliche Interviews konnten Daten nicht anonym erhoben werden. Im Gegenteil: in den meisten Fällen wurden die Befragungen nicht nur protokolliert, sondern aus Gründen der besseren Zuwendung während des Gesprächs zusätzlich auf Datenträgern gespeichert. Ethisches Handeln innerhalb der Forschung setzt jedoch das Zusichern von Vertraulichkeit voraus. Daher wurden zum einen die Audiodateien gelöscht, sobald die Interviews in eine schriftliche Textform überführt waren. Zum anderen wurde eine nachträgliche Anonymisierung der Daten vorgenommen. Konkret wurde im Ergebnisteil der Dissertation auf Namensnennungen verzichtet und die im Originaltext namentlich zitierten Personen stattdessen entweder anhand ihrer Rollenbezeichnung (wie Mutter, Heimmitarbeiter, Ambulanzärztin, Bewohner) kenntlich gemacht oder durch die Initialen X. bzw. Y. anonymisiert. Bei zitierten Kliniken oder Heimeinrichtungen wurde auf die nähere Bestimmung von Träger oder räumlicher Lage verzichtet. Ein generell möglichst sparsamer Umgang mit Kontextinformationen (Flick, 2014, S. 66) machte weitere Verfremdungen von Personen oder Institutionen unnötig.

### **3.7.3 Vermeidung von Schäden für die Beteiligten**

Ein weiterer Anspruch qualitativer Forschung besteht darin, Schäden für die Beteiligten dadurch abzuwenden, dass gewonnene Erkenntnisse nicht gegen die Interessen einzelner Studienteilnehmer gerichtet sind (Flick, 2014, S. 63ff). Eine verantwortungsvolle Forschungsmethodik hat verbale Daten so aufzubereiten, dass keine der in den Daten zitierten Personen diskreditiert wird. Für die Datenaufbereitung bedeutete dies, Namen oder Funktionen von Personen zu anonymisieren oder zu verallgemeinern (z. B. „Klinikmitarbeiter“ statt „Sozialpädagoge“), sprachliche Formulierungen zu glätten oder einzelne Textpassagen bei der Analyse zwar zu berücksichtigen, keinesfalls aber in personalisierter Form öffentlich zu machen.

### **3.7.4 Ethikvotum**

Vor Studienbeginn wurde die Genehmigung der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät des Universitätsklinikums Heidelberg eingeholt (Genehmigungsnummer des Ethikvotums: S-147/2015). Es wurden keine Bedenken gegen die Durchführung der dargestellten Interviewstudie geäußert, jedoch Empfehlungen ausgesprochen, die im Anschluss umgesetzt wurden. So sollten die Einwilligungformulare eindeutiger auf die jeweiligen Adressaten (Mitarbeiter, Bewohner, Angehörige, gesetzliche Betreuer) hinweisen und die Studienaufklärungen detailliertere Informationen in Bezug auf den persönlichen Nutzen und den Zeitaufwand der Maßnahme beinhalten.

## 4 ERGEBNISSE

Der Ergebnisteil besteht aus drei Komponenten: zunächst erfolgen statistische Angaben hinsichtlich der Stichprobe und des Datenmaterials, danach werden der Prozess und die (Zwischen-)Resultate der Reliabilitätsanalysen dargelegt. Der dritte, mit Abstand umfangreichste Teil beinhaltet die Darstellung sämtlicher Strategien, die von den Interviewpartnern als hilfreich zur Abwendung oder Bewältigung von Eskalationen in der Interaktion benannt wurden.

### 4.1 Statistische Angaben

#### 4.1.1 Stichprobe

Die Stichprobe bestand aus 14 Personen mit Intelligenzminderungen (synonym „Bewohner“, „Bewohnerin“) sowie deren Helfern aus den Bereichen Familie, gesetzliche Betreuung, Heim und Psychiatrie (stationär und ambulant), in Summe 67 Personen. Da die Helfer zum Teil in doppelter Besetzung an den Interviews teilnahmen oder im Studienverlauf wechselten und in zwei Fällen keine Angehörigen zur Befragung zur Verfügung standen, ergab sich für manche Personenkreise eine von der Bewohner-Anzahl abweichende Summe (s.Tab. 8).

**Tab. 8: Zusammensetzung der Stichprobe: Anzahl der Interviewpartner/innen pro Personenkreis**

Personenkreis	Anzahl
Menschen mit Intelligenzminderung	14
Familienangehörige (Eltern, Geschwister)	17
Gesetzliche Betreuer (außerfamiliär): ehrenamtlich (1), Berufsbetreuer (2)	3
Heimmitarbeiter/innen (in der Regel Bezugsbetreuer/innen)	23
Ambulante Psychiatrie: Ärzte/innen	4
Stationäre Psychiatrie: Pflegekräfte (5), Sozialpädagoge (1)	6
<b>SUMME</b>	<b>67</b>

#### *Personen mit Intelligenzminderungen*

Die Gruppe der Personen mit Intelligenzminderungen bestand aus neun Männern und fünf Frauen, die zu Studienbeginn zwischen 22 und 70 Jahre alt waren (Durchschnittsalter: 38 Jahre, Standardabweichung 15 Jahre).

Alle Betroffenen lebten in Wohneinrichtungen, die am SYMPA-GB-Projekt teilnahmen, aus jedem der Heime nahmen je ein bis drei Bewohner/innen teil. Ein Großteil der Personen lebte in einer Regelgruppe (n = 9), die anderen in einer Intensiv-Wohngruppe (n = 3) oder in einer auf Autismus-Spektrum-Störungen spezialisierten Gruppe (n = 2).

Hinsichtlich des Schweregrads kognitiver Beeinträchtigungen galten laut Krankenakten sieben Personen als leicht, sechs Personen als mittelgradig und eine Person als schwer intelligenzgemindert (s. Tab. 9). Im Vergleich zu allgemeinen Prävalenzangaben (vgl. Tab. 3 „Gesamtprävalenz von Intelligenzminderungen und Lernbehinderung sowie

Häufigkeitsverteilung von Intelligenzminderungen in Abhängigkeit vom Schweregrad“, S. 20) war die Gruppe der mittelschwer beeinträchtigten Personen überrepräsentiert, die der leicht intelligenzgeminderten Personen unterrepräsentiert.

**Tab. 9: Zusammensetzung der Stichprobe in Bezug auf den Schweregrad der Intelligenzminderung gemäß ICD-10 (WHO, 1992)**

ICD-10	Grad der Intelligenzminderung	n
F70.0, F70.1, F79.1	Leicht	7
F71.1	Mittelgradig	6
F72.1	Schwer	1
<b>SUMME</b>		<b>14</b>

Bei allen Studienteilnehmern mit Intelligenzminderungen waren darüber hinaus psychische Störungen diagnostiziert (s. Tab. 10). Zusammen mit der Diagnose „Intelligenzminderung“ (F7) waren bis auf die Bereiche „Psychotrope Substanzen“ (F1) und „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ (F5) sämtliche Störungskategorien in ähnlicher Häufigkeitsverteilung vertreten.

**Tab. 10: Zusammensetzung der Stichprobe: Art und Häufigkeitsverteilung der Diagnose psychischer Störungen bei Studienteilnehmer/innen mit Intelligenzminderung gemäß ICD-10 (WHO, 1992)**

ICD-10	Psychische Störung	n	n je Störungskategorie (F0-F9)
F06.2	Organische wahnhafte Störung	2	2
F20.3 F25.2	Schizophrenie Schizoaffektive Psychose	2 1	3
F31.8, F31.1 F32.1	Bipolare Störung Depression	2 2	4
F41.1 F43.1 F44.88 F42.1	Angststörung Posttraumatische Belastungsstörung Dissoziative Anfälle Zwangsstörung	1 1 1 1	4
F60.31	Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung	2	2
F84.0, F84.1	Autismus, autistische Züge	3	3
F91.1 F98 F90.0	Störung des Sozialverhaltens mit fehlenden sozialen Bindungen Enuresis Hyperkinetische Störung	1 1 1	3
<b>SUMME</b>		<b>21</b>	<b>21</b>

Das Einschlusskriterium „aggressives Verhalten“ war laut Krankenakten und Helfer-Bewertungen bei 12 von 14 Personen mit Intelligenzminderungen gegeben, das erweiterte Kriterium „herausforderndes bzw. betreuungsaufwändiges Verhalten“ lag bei allen intelligenzgeminderten Personen vor. Betrachtet man sämtliche Helfer-Antworten auf die Frage nach herausfordernden Verhaltensweisen, ergibt sich ein heterogenes Bild an Phäno-

menen: neben selbst-, fremd-, sach-, und verbalaggressiven Verhaltensweisen werden insbesondere Niedergeschlagenheit, plötzliche Stimmungsumschwünge, Schlafstörungen und zwanghafte Verhaltensweisen als problematisch beschrieben.

#### *Klinik- und Heimmitarbeiter/innen*

Sämtliche Interviewteilnehmer aus der Klinik (Station wie Ambulanz) waren SYMPA-geschult (n = 10). Demgegenüber nahmen lediglich 10 der 23 Studienteilnehmerinnen aus den Heimen an der SYMPA-GB-Weiterbildung teil. Systemisch geschulte Heimmitarbeiterinnen waren zu Beginn in 8 Fälle involviert, im weiteren Verlauf dezimierte sich deren Beteiligung krankheits- und kündigungsbedingt auf 5 Fälle. Insgesamt nahmen 20 SYMPA-GB-Weiterbildungsteilnehmer an der Interviewstudie teil, dies entspricht 60% der Heim- und Klinikmitarbeiter.

#### *Angehörige und gesetzliche Betreuer*

Angehörige konnten in 12 von 14 Fällen für die Teilnahme an der Interviewstudie gewonnen werden, in zwei Fällen waren die Eltern bereits verstorben und die Geschwister aufgrund eigener Beeinträchtigungslagen in anderen Institutionen untergebracht. Die 17köpfige Gruppe der Angehörigen bestand aus 4 Vätern, 7 Müttern und 6 Schwestern. Die gesetzliche Betreuung lag in 10 Fällen bei den Eltern, in 4 Fällen waren außerfamiliäre gesetzliche Betreuer eingesetzt.<sup>13</sup>

### **4.1.2 Dropout**

Ein vorzeitiges, willentliches Ausscheiden von Interviewteilnehmern aus der Studie war nicht zu verzeichnen. Stattdessen verlauteten sämtliche Rückmeldungen aus unsystematischen Gesprächen mit Heimbetreuerinnen und Bewohnern nach Abschluss der Datenerhebung, dass die Teilnahme an den Interviews eine Bereicherung dargestellt habe (vgl. 5.3.2 Kommentare und Evaluation durch die beforschten Personengruppen).

Veränderungen innerhalb der Datenquellen ergaben sich dadurch, dass einzelne Heimmitarbeiterinnen im Forschungszeitraum kündigungsbedingt aus der Studie ausschieden oder krankheits-, urlaubs- bzw. schichtbedingt zu einzelnen Erhebungszeitpunkten nicht zur Verfügung standen. Dies führte jedoch nicht zu fehlenden Daten, da jedes anstehende Interview von einem mit dem Fall vertrauten Stellvertreter übernommen wurde.

### **4.1.3 Zusammensetzung des Datenmaterials**

Zum Ende des Erhebungszeitraums bestand das Datenmaterial aus 14 fallbezogenen, verschriftlichten Dokumentationen zur Vorgeschichte und dem Textmaterial aus 188 Interviews. Der größte Anteil an Interviews fand mit Heimbetreuerinnen (n = 56, 30%) und Bewohnern (n = 51, 27%) statt, an dritter Stelle rangierte die Gruppe der Ambulanzärztinnen (n = 35, 19%). Die Gruppe der Angehörigen und gesetzlichen Betreuer umfasste 28

---

<sup>13</sup> Dass in Tab. 8 (S. 62) lediglich drei gesetzliche Betreuer gelistet sind, liegt daran, dass ein Berufsbetreuer (zufällig) für zwei der Studienteilnehmerinnen mit Intelligenzminderung zuständig war.

Interviews (15%). Die wenigsten Interviews fanden mit Stationsmitarbeiterinnen statt ( $n = 18$ , 9%), begründet durch die Tatsache, dass die meisten Patienten im Forschungszeitraum nicht erneut stationär aufgenommen wurden (s. Abb. 8). Eine Übersicht über sämtliche Interviewtermine findet sich im Anhang (Kap. 9.5 Interviewtermine im Überblick). Das Datenmaterial umfasste ungefähr 125 Stunden Audiomaterial und 500 DIN-A4-Seiten Text.

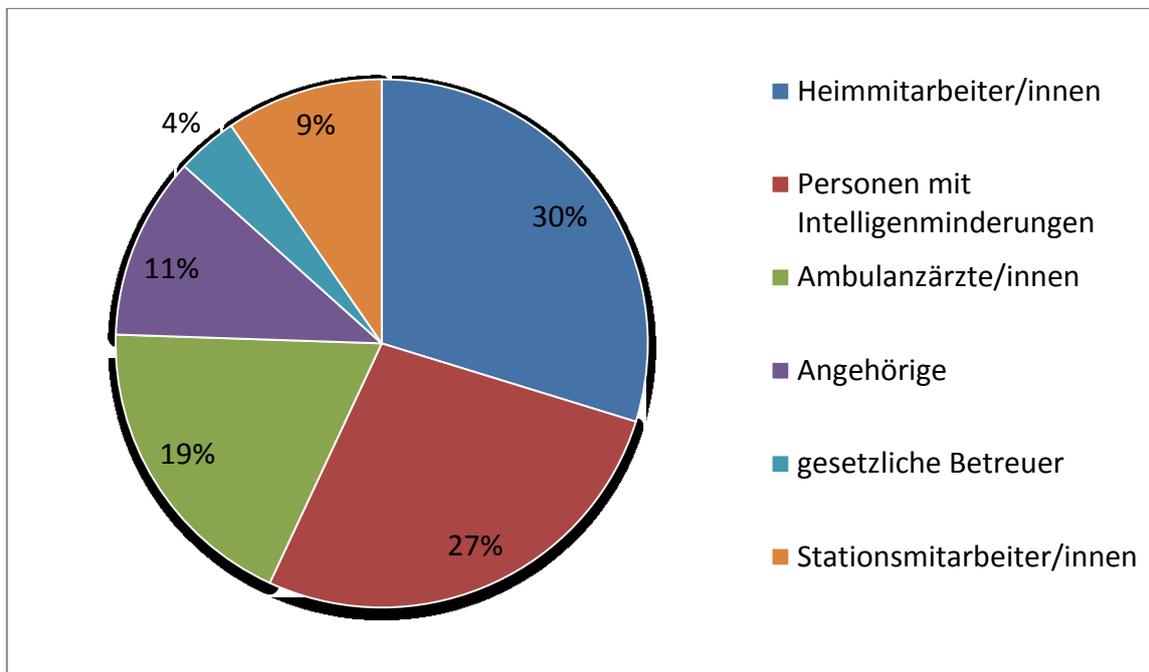


Abb. 8: Zusammensetzung des Datenmaterials nach Teilnehmergruppen (in Prozent)

## 4.2 Reliabilitätsanalysen

Die Aussagekraft und Gültigkeit von Ergebnissen qualitativer Forschung bemisst sich an verschiedenen Gütekriterien, die im Diskussionsteil zu analysieren sind. Ein bedeutsames Gütekriterium stellt die Urteiler-Übereinstimmung dar. Die Ermittlung der Intrarater- sowie Interrater-Reliabilität wird im Folgenden dargestellt.

### 4.2.1 Intrarater-Reliabilität

Zunächst erfolgte eine Intrarater-Reliabilitätsprüfung gemäß den Empfehlungen von Mayring (2002, S. 116). Zu diesem Zweck wurde nach Auswertung von drei umfangreichen Fällen (ca. 25% des gesamten Datenmaterials) geprüft, inwieweit der bisherige Kodierleitfaden (195 Kodes zu allen Selektionskriterien) einer nochmaligen Anwendung durch dieselbe Person (Erst-Raterin) auf dasselbe Datenmaterial standhielt. Bei der Analyse von 223 Textstellen, die im ersten Durchlauf markiert wurden, ergab sich bei erneuter Applikation des Leitfadens eine prozentuale Übereinstimmung von 83 Prozent. Folgende Rechenformel kam dabei zum Einsatz:

*Rechenformel (nach Holsti, 1969, zitiert in Mayring, 2015, S. 127):*

$$\text{Prozentuale Übereinstimmung} = \frac{\text{Anzahl der Kodier-Übereinstimmungen}}{\text{Gesamtzahl der kodierten Textstellen}}$$

Die nicht übereinstimmenden Kodierungen lieferten erste Hinweise auf notwendige Präzisierungen des Kodier-Regelwerks. Diejenigen Codes, die sich auf Handlungsstrategien bezogen, wurden anschließend in zwei Grobkategorien (Allgemeine Kooperation versus Krisenkontext) mit je drei Unterkategorien (hilfreiche, problematische, ambivalent bewertete Strategien) geordnet.

#### **4.2.2 Interrater-Reliabilität**

Im nächsten Schritt wurde das Kategoriensystem, eingegrenzt auf die ermittelten Handlungsstrategien (n = 89 Codes), einer ersten Interrater-Reliabilitäts-Analyse unterzogen. Dafür wurde ein zweiter Beurteiler (Zweit-Rater) zunächst in den Aufbau und die Anwendung des Kodierleitfadens eingeführt. Die anschließende, von den Ergebnissen der Erst-Raterin unabhängige Analyse von 100 randomisiert präsentierten Textstellen (aus drei vorab per Los identifizierten Fällen) ergab eine einfache Übereinstimmungsquote von 65% (Rechenformel analog oben). Mit dem Anspruch, das Übereinstimmungsmaß zu präzisieren, indem der Wert um die zufällige Trefferwahrscheinlichkeit in der Übereinstimmung zweier Rater bereinigt wird, wurde das Reliabilitätsmaß Cohen's Kappa (K) herangezogen (Wirtz u. Kutschmann, 2007). Folgende Formel kam zur Anwendung (vgl. Mayring, 2015, S. 128):

*Formel zur Berechnung von Cohen's Kappa:*

$$K = \frac{\text{Pr(a)} - \text{Pr(e)}}{1 - \text{Pr(e)}}, \text{Pr(e)} = \frac{1}{z}$$

Pr(a) = tatsächlich gemessener Übereinstimmungswert (in Prozent)

Pr(e) = zufällig erwartbarer Übereinstimmungswert (in Prozent)

z = Anzahl der zugrunde gelegten Codes

Auf diese Weise wurde, bezogen auf 89 Codes, ein Kappa-Koeffizient von .65 ermittelt. Dies entspricht einer mäßigen Übereinstimmung (Bortz u. Döring, 2006, S. 606).

Das nur bedingt überzeugende Ergebnis führte, unterstützt durch die Kommentare des Zweit-Raters, zu der Überzeugung, dass das bisherige Kategoriensystem aus einer zu hohen, unübersichtlichen Anzahl an Codes bestand, die sich nicht in jedem Fall eindeutig voneinander abgrenzen ließen. Hinzu kam die Erkenntnis, dass für einen mit dem Datenmaterial unvertrauten Rater zum Teil Kontextinformationen unabdingbar waren, um die Krisenhaftigkeit innerhalb einer Textpassage (und damit die betreffende Subkategorie) korrekt einzuschätzen. Eine grundlegende Modifikation und „Verschlankung“ des Kategoriensystems, auch unter Gesichtspunkten der Anwenderfreundlichkeit, führte dazu, dass zwar die Hauptkategorie „Strategien im Krisenfall“ beibehalten wurde, die übrigen Kategorien aber inhaltlich neu aufgestellt und die jeweiligen Codes neu zugeordnet wurden. Dies führte zu nunmehr 52 (statt 89) Codes, verteilt auf 11 Oberkategorien in 3 Hauptkategorien (A-C):

- 
- A) Allgemeine Handlungsstrategien in der Kooperation mit dem Bewohner
1. Haltung/Einstellungen gegenüber dem Bewohner (5 Kodes)
  2. Kontakt (3 Kodes)
  3. Kommunikation (6 Kodes)
  4. Kontext: bio-psycho-soziale Kontextfaktoren (7 Kodes)
- B) Allgemeine Handlungsstrategien im Helfersystem
5. Haltung/Einstellungen gegenüber anderen Helfern (7 Kodes)
  6. Kontakt (3 Kodes)
  7. Kommunikation (5 Kodes)
  8. Kontext: bio-psycho-soziale Kontextfaktoren (3 Kodes)
- C) Handlungsstrategien im Krisenfall
9. Eskalations-abwendende Strategien (4 Kodes)
  10. Eskalations-abschwächende Strategien (4 Kodes)
  11. Eskalations-nachsorgende Strategien (5 Kodes)

Für eine nochmalige Reliabilitätsprüfung wurde eine dritte unabhängige Beurteilerin (Dritt-Raterin) hinzugezogen. Auch sie wurde zunächst mit den Definitionen, Regeln und Ankerbeispielen des Kategoriensystems vertraut gemacht. Zusätzlich wurden im Beisein der Erst-Raterin 30 Übungsbeispiele (Original-Textzitate) analysiert und etwaige Diskrepanzen in der Kodierung diskutiert. Anschließend waren, wie bereits in der ersten Reliabilitäts-Prüfung, Textstellen (aus drei weiteren Fällen) in randomisierter Reihenfolge den jeweiligen Kodes (n=52) bzw. Oberkategorien (n=11) zuzuordnen. Ergaben sich innerhalb der Textstelle keine eindeutigen Hinweise auf die Krisenhaftigkeit der geschilderten Situation, erhielt die Raterin diesbezügliche Hinweise durch die Erstraterin, um eine aufwändige Suche in den Urtexten zu vermeiden. Am ersten Tag ergab sich für insgesamt 73 Textstellen eine prozentuale Übereinstimmung von 69,8% (bezogen auf n=52 Kodes), Cohen's Kappa betrug .69 (bei n=52 Kodes) bzw. .71 (bezogen auf n=11 Oberkategorien). Eine weitere Präzisierung der Kode-Regeln sowie eine Diskussion kritischer Textstellen führte am Folgetag bei der Analyse von 58 Textstellen zu einer relativen Übereinstimmungsquote von 79,3% und einem verbesserten Kappa-Koeffizienten von .79 (bezogen auf n=52 Kodes) bzw. .90 (bezogen auf n=11 Oberkategorien). Dies entsprach einer sehr guten Übereinstimmung (Bortz u. Döring, 2006, S. 606).

Während der abschließenden Strategie-Überarbeitung wurden zum Zweck einer erhöhten Anwenderfreundlichkeit und verbesserten Übersichtlichkeit nochmals einzelne, ähnliche Kodes – bei gleichbleibender Oberkategorie – zusammengeführt (n = 43 Kodes). Diese leichte Vergrößerung des Kategoriensystems sollte sich erwartungsgemäß günstig auf die Reliabilität auswirken (vgl. Mayring, 2015, S. 128), dies wurde aber kein weiteres Mal überprüft.

Schlussendlich wurde nach mehrstufigen Reliabilitätsprüfungen, verbunden mit intensiven Rater-Schulungen (insgesamt 3 Rater) und mehrfachen Präzisionen des Kategorien-

systems, auf der Basis eines umfangreichen Analysematerials (Grundlage: 6 von 14 Fällen) eine sehr gute Interrater-Reliabilität erzielt.

### 4.3 Eskalierende Verhaltensmuster: Strategien zur Prävention und Intervention im Überblick

Das ermittelte Kategoriensystem besteht aus 3 Haupt- und 11 Oberkategorien. Die Hauptkategorien differenzieren zwischen Strategien, die sich auf die allgemeine Kultur des Miteinanders beziehen (I und II), und Strategien, die speziell in krisenhaften, zeitlich begrenzten Situationen mit besonders herausforderndem Verhalten zum Einsatz kommen (III) (s. Abb. 9).



**Abb. 9: Übersicht über das Kategoriensystem: Hauptkategorien (I-III) und Oberkategorien (1-11), IM = Intelligenzminderung**

Hauptkategorie I umfasst Strategien, die im allgemeinen Miteinander zwischen einem Helfer und einer Person mit Intelligenzminderung eingesetzt werden. (s. Tab. 11).

Hauptkategorie II fokussiert auf die Zusammenarbeit mehrerer Helfer, unabhängig davon, ob die Person mit Intelligenzminderung involviert ist (s. Tab. 12). Beide Hauptkategorien lassen sich aufgliedern in je vier Oberkategorien: Haltung, Kontakt, Kommunikation, Kontext.

Hauptkategorie III bündelt Strategien, die im Rahmen einer konkreten, krisenhaften Situation eingesetzt werden. In drei Oberkategorien werden in chronologischer Abfolge Strategien gelistet, mit denen eine Eskalation abgewendet, entschärft oder aufgearbeitet wird. (s. Tab. 13). In dieser Hauptkategorie wird nicht zwischen den beteiligten Akteuren unterschieden: So handelt es sich in einigen Fällen um dyadische Interaktionsstrategien, in anderen um Handlungsstrategien im Multi-Helfersystem.

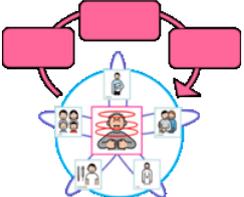
**Tab. 11: Übersicht Hauptkategorie I: Allgemeine Kultur des Miteinanders zwischen einem Helfer und einer Person mit Intelligenzminderung: Oberkategorien und Einzelkategorien**

	<b>Allgemeine Kultur des Miteinanders zwischen Helfer und Person mit Intelligenzminderung</b>
1. Haltung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- „Auf Augenhöhe“ – Gedanken, Gefühle und Bedürfnisse ernst nehmen</li> <li>- „Nicht aus heiterem Himmel“ – Problemverhalten im Sinnkontext verstehen</li> <li>- „Mach dein Ding!“ – Selbstständigkeit unterstützen</li> <li>- „Es ist, wie es ist.“ – Gegebenheiten akzeptieren</li> </ul>
2. Kontakt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- „Speed-Dating funktioniert nicht“ – langsam annähern</li> <li>- „Ab und zu nur ich und du.“ – Exklusive Begegnungen schaffen</li> </ul>
3. Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- „Zuhören ist Gold.“ – Aufmerksam zuhören</li> <li>- „Transparenz schafft Durchblick.“ – Umfassend informieren und erklären</li> <li>- „Deine Stimme zählt!“ – Mitbestimmung ermöglichen</li> <li>- „Die Gedanken sind frei...“ – Vorsichtig über sensible Themen sprechen</li> <li>- „Gut gemacht!“ – Wertschätzende Rückmeldungen geben</li> </ul>
4. Kontext	<ul style="list-style-type: none"> <li>- „Do it yourself!“ – Beschäftigungen anbieten</li> <li>- „Analog vernetzt“ – Soziale Teilhabe unterstützen</li> <li>- „Da geht’s lang.“ – Orientierung bieten</li> <li>- „Abenteuer Leben“ – Abwechslung ermöglichen</li> <li>- „Stimmt die Chemie?!“ – Medikamente mit Bedacht einsetzen</li> </ul>

**Tab. 12: Übersicht Hauptkategorie II: Allgemeine Kultur des Miteinanders zwischen Helfern: Oberkategorien und Einzelkategorien**

	<b>Allgemeine Kultur des Miteinanders zwischen Helfern (mit oder ohne Person mit Intelligenzminderung)</b>
5. Haltung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- „Das Wir gewinnt.“ – Andere Helfer mit ins Boot holen</li> <li>- „Mit Kompass zum Ziel“ – Entscheidungen am Wohl des Betroffenen ausrichten</li> <li>- „Manchmal liegen Welten dazwischen.“ – Unterschiede akzeptieren</li> <li>- „Das schaffen wir schon!“ – Stärken und Erfolge im Blick behalten</li> </ul>
6. Kontakt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- „Wie geht’s?“ – In Verbindung bleiben</li> <li>- „Hätten Sie mal Zeit?“ – Bei Problemen und Plänen zusammensetzen</li> <li>- „Auf das Timing kommt es an“ – Familienbesuche gestalten</li> </ul>
7. Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- „Na, wie läuft’s?“ – Sich auf dem Laufenden halten</li> <li>- „Und wie sehen Sie das?“ – Sichtweisen und Expertisen austauschen</li> <li>- „Wie hätten wir’s denn gerne?“ – Erwartungen und Anliegen verhandeln</li> <li>- „Viele Ideen, ein Plan.“ – Einheitliche Linie abstimmen</li> <li>- „Jetzt mal Tacheles!“ – Klare Kante zeigen</li> <li>- „Bis hierhin und nicht weiter“ – Private Gespräche eingrenzen</li> </ul>
8. Kontext	<ul style="list-style-type: none"> <li>- „Der Rahmen muss stimmen.“ – Für gute Arbeitsbedingungen sorgen</li> </ul>

**Tab. 13: Übersicht Hauptkategorie III: Bewältigung krisenhafter Situationen: Oberkategorien und Einzelkategorien**

	<b>Bewältigung krisenhafter Situationen (im Miteinander von Person mit Intelligenzminderung und Helfersystem)</b>
9. Eskalation abwenden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- „Gelassen in Alarmbereitschaft“ – Verhalten beobachten und Ruhe bewahren</li> <li>- „Was ist denn los?“ – Zustand reflektieren und besprechen</li> <li>- „Ich hätte da noch was...“ - Einsatz eines Bedarfsmedikaments prüfen</li> <li>- „Safety first“ – Vorbereitungen treffen und Unterstützung akquirieren</li> </ul>
10. Eskalation abschwächen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- „Aus dem Weg!“ – Rückzugsmöglichkeit schaffen</li> <li>- „Entspann' dich.“ – Beruhigungstechniken anwenden</li> <li>- „Notfalls ruhigstellen“ – Freiheitseinschränkende Maßnahmen ergreifen</li> </ul>
11. Eskalation aufarbeiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- „Lass uns reden.“ – Mit der Person über den Vorfall sprechen</li> <li>- „Das hat Folgen!“ – Einsatz von Konsequenzen prüfen</li> <li>- „Und was meint ihr?“ – Vorfall im Helfersystem reflektieren</li> <li>- „Das geht auch anders.“ – Kontext anpassen</li> <li>- „Muss es ein bisschen mehr sein?“ – Ambulante Maßnahmen einleiten oder intensivieren</li> <li>- „Alarmstufe Rot.“ - Stationäre Maßnahme abstimmen und einleiten</li> </ul>

Insgesamt umfassen die 11 Oberkategorien 43 Einzelkategorien („Strategien“). Diese werden als Nächstes in folgender Strukturierung dargestellt:

- UM WAS ES GEHT: Inhaltliche Darstellung der Strategie,
- ABER: Strategiebezogene Hürden oder Grenzen,
- FAZIT: Zusammenfassung der Ergebnisse und Erkenntnisse.

Ergeben sich Assoziationen zu explizit „systemischen“ Konzepten, werden diese in einem weiteren Absatz mit der Überschrift WEITERGEDACHT skizziert. Auch wenn derartige Ausführungen strukturell dem Diskussionsteil zugeordnet werden könnten, habe ich mich aus zweierlei Gründen dafür entschieden, sie bereits im Ergebnisteil zu berücksichtigen: Erstens soll der enge Bezug zur jeweiligen Strategie erhalten bleiben, zweitens liefern die illustrierten Verknüpfungen Antworten (und insofern Ergebnisse) auf die Studienfragestellung, inwiefern die Handlungsstrategien systemischen Theorien und Praktiken entsprechen. Welchen Wert die Assoziationen haben, wird im Diskussionsteil erörtert.

## 4.4 HALTUNG gegenüber der beeinträchtigten Person

### 4.4.1 „Auf Augenhöhe“ – Gedanken, Gefühle und Bedürfnisse ernst nehmen

#### UM WAS ES GEHT

Eine Begegnung ‚auf Augenhöhe‘ ist den Interviewpartnern nach im Kontext geistige Behinderung von zentraler Bedeutung. Eine Person mit Intelligenzminderung ernst zu nehmen, heißt, deren Einstellungen, Gedanken, Empfindungen und Bedürfnisse grundsätzlich für wichtig und bedeutsam anzusehen, mögen deren Anliegen oder Probleme aus Sicht eines Helfers noch so nichtig oder gering erscheinen, mögen sie nachvollziehbar sein oder nicht:

#### **30:25 Heimmitarbeiter**

„Also ich denke, es geht bei den Gewaltausbrüchen vor allem darum, irgendeine innere Leere zu kompensieren, dieses Gefühl des Verlassen-Seins. Solche Sachen passieren ja am wenigsten dann, wenn er das Gefühl hat, dass seine Bedürfnisse ernst genommen werden. Er braucht immer wieder dieses Vertrauen, dass seine Bedürfnisse wichtig sind.“

Ernst-Nehmen bedeutet weiter, darauf zu achten, dass der oder die andere trotz Einschränkungen gleichermaßen Einfluss in der Begegnung hat und persönliche Anliegen zur Geltung bringen kann:

#### **3:22 Heimmitarbeiterin**

„Was haben die Bewohner denn auch für Möglichkeiten? Sie sind ja mit allem von uns abhängig: also wir haben den Schlüssel zum Essen, den zum Telefon und einen zum Rausgehen. Sie sind ja total auf uns angewiesen. Und wenn man dann nicht ernst nimmt, wenn sie etwas wollen, ist es natürlich schwierig; außer etwas zu verweigern oder Gewalt anzuwenden, haben sie ja kaum Möglichkeiten.“

Im Kontext Behinderung meint „Augenhöhe“ darüber hinaus, in der Person des anderen nicht ausschließlich dessen Einschränkungen oder Probleme zu sehen, sondern den Menschen als Ganzes wahrzunehmen und ihn als gleichberechtigten Erwachsenen anzuerkennen:

#### **61:26 Heimmitarbeiterin**

„Dass die Bewohnerin sich wertgeschätzt fühlt, ganz egal, wie sie drauf ist; dass man sie wahrnimmt als normalen Menschen und nicht als die, die sich aufführt oder als die kranke oder behinderte Person - einfach als eine Person, das macht unser gutes Verhältnis aus.“

#### ABER

Das Prinzip „Augenhöhe“ kann insbesondere von Eltern, die im Unterschied zu beruflichen Helfern daran gewöhnt sind, ihr Kind von Klein-Auf zu betreuen und zu umsorgen, eine intensive Selbstreflexion und ein bewusstes Umdenken erfordern:

#### **43:75 Mutter**

„Für mich ist er immer noch ein Kind, mit einem Gehirn wie ein Kleinkind. Daran hab ich mich gewöhnt. Vielleicht hab ich nicht Recht. Vielleicht ist er doch ein erwachsener Mann, und man kann ihn nicht wie ein kleines Kind behandeln. Früher hab ich ihm beim Schuhe-Anziehen geholfen, obwohl die im Heim gesagt haben: ‚Nein, Frau X., das macht Ihr Sohn

selbst. ' Das war vielleicht ein Fehler, aber ich wollte helfen als Mutter – ich hatte doch keine bösen Absichten.'

## FAZIT

Aufgrund der Entwicklungseinschränkungen von Menschen mit Intelligenzminderungen können familiäre wie berufliche Helfer Gefahr laufen, Betroffene – gleichwohl erwachsen – wie Kinder zu behandeln, die es zu erziehen und zu lenken gilt. Die Interviews verdeutlichen, wie wichtig es ist, trotz der mit einer Helferrolle quasi automatisch und oft implizit attribuierten Macht ein demokratisches Miteinander zu kultivieren und Gedanken, Gefühle oder Bedürfnisse des anderen unabhängig vom Grad seiner Behinderung ernst zu nehmen. Dies erfordert von Eltern eine bewusste Auseinandersetzung mit den gegenläufigen Ansprüchen, das eigene Kind auch im Erwachsenenalter noch betreuen zu müssen oder umsorgen zu wollen und sich gleichzeitig respektvoll auf Augenhöhe zu begegnen.

### WEITERGEDACHT: Gleichwürdigkeit

Der Begriff Gleichwürdigkeit geht auf den dänischen Familientherapeuten Jesper Juul zurück. Gleichwürdig bedeutet, den anderen im Vergleich zu sich selbst von gleichem Wert zu betrachten und ihm mit demselben Respekt gegenüber der persönlichen Würde und Integrität zu begegnen: „In einer gleichwürdigen Beziehung werden Wünsche, Anschauungen und Bedürfnisse beider Partner gleich ernst genommen und nicht mit dem Hinweis auf Geschlecht, Alter oder Behinderung abgetan oder ignoriert. Gleichwürdigkeit wird damit dem fundamentalen Bedürfnis aller Menschen gerecht, gesehen, gehört und als Individuum ernst genommen zu werden.“ (Juul, 2006, S. 24).

Veranschaulicht wird diese Haltung auch in einem Gedicht der nigerianischen Schriftstellerin Chimamanda Ngozi Adichie, welches als Denk- und Handlungsmaxime Eingang in ein systemisch ausgerichtetes Gruppen-Programm gegen die Stigmatisierung von Menschen mit Lernstörungen Eingang gefunden hat (Scior et al., 2017):

Your solid unbending belief should be:

I matter.

I matter equally.

Not 'if only'.

Not 'as long as'.

I matter equally.

Full stop.

#### 4.4.2 „Nicht aus heiterem Himmel“ – Problemverhalten im Sinnkontext verstehen

##### UM WAS ES GEHT

Die Helferberichte zeugen davon, wie anstrengend das Verhalten von Menschen mit Intelligenzminderungen zuweilen sein kann und wie viel daran gesetzt wird, ein solches so schnell wie möglich abzustellen. Gleichwohl erachten es Helfer als essenziell, schwieriges Verhalten nicht als isoliertes, krankhaftes Phänomen zu betrachten, sondern ihm innerhalb des Entstehungskontextes Sinn zu verleihen, es nachvollziehbar und verstehbar zu machen:

##### 47:43 Heimmitarbeiterin

Und auch wenn der Bewohner wahrlich ein unglaublicher Geschichtenerzähler sei: als krankhaft oder gar psychotisch würde die Mitarbeiterin dieses Verhalten nicht deuten. Dazu eine Anekdote: Als der Bewohner letztens von zu Hause aus an einem Tagesausflug teilnehmen wollte, sei ausgerechnet an jenem Tag die S-Bahn ausgefallen und er schlussendlich daheim geblieben.

„Dann hat er bei uns hinterher ganz groß erzählt, wie toll der Ausflug war, obwohl er gar nicht teilgenommen hat. Ich glaube, das war ihm peinlich, dass er nicht von der S-Bahn auf den Bus umsteigen konnte, weil er die Schilder nicht lesen und mit den Ansagen nichts anfangen konnte. Da hat er lieber jedem erzählt, wie toll der Ausflug war und was sie alles gemacht haben und wer alles mitgefahren ist.“

Helfer überlegen, wozu ein problematisches Verhalten dem Betroffenen nützlich sein könnte oder zu welcher Reaktion es sie selbst herausfordern sollte. Mit der Haltung, einer Person, die sich herausfordernd verhält, dennoch gut gemeinte Absichten zu unterstellen, gelingt es Helfern, Betroffenen auch in schwierigen Situationen wohlwollend zu begegnen:

##### 62:18 Heimmitarbeiterin

Das einzige, was die Betreuerin vor allem im Hinblick auf die vorab thematisierte Gefahr einer Beinthrombose sprichwörtlich auf die Palme bringe, sei die Angewohnheit der Bewohnerin, im Sitzen das eine Bein über das andere zu schlagen.

„Dann erinnere ich sie immer: ‚Bein aufstellen!‘ Dann sagt sie: ‚Ja, hab ich doch.‘ Ich wieder: ‚Ja, aber vor einer Sekunde noch nicht.‘ Da macht sie regelrecht ein Spielchen draus: dann schaut sie mich fragend an, ob ich wohl reagiere. (...) Ich glaube, sie will mich schon ein bisschen provozieren. Aber nicht aus Bösartigkeit, sondern nur, um zu schauen, was ich diesmal mache. Mal ziehe ich sie dann ein wenig am Ohr im Vorbeigehen oder ich kitzle sie mal. Und ich glaube, das findet sie ganz lustig. Sie will mich ärgern, aber in einem netten Sinn, so kommt das bei mir an. Weil: sie grinst dann immer so verschmitzt.“

Die Bedeutung eines gezeigten (Stör-)Verhaltens sollte auch deshalb erkundet werden, da Betroffene in ihrem Agieren Stimmungen oder Bedürfnisse vermitteln, die sie sprachlich nicht auszudrücken vermögen:

##### 3:22 Heimmitarbeiterin

Am vergangenen Wochenende habe der Bewohner ständig zu Hause anrufen wollen. Aber da hätten die Kollegen seinen dringenden Wunsch einfach abgewiegelt.

„Ich hätte einfach gesagt: ‚Wenn du dir sicher bist, dann rufen wir daheim an.‘ Vielleicht hatten sie ja irgendwas verabredet. Aber das ist einfach abgeschmettert worden. Die Aussage von ihm hätte ich ein bisschen ernster genommen, denn er war so unruhig und hat ständig davon geredet, dass ihn der Papa abholt. Da hat mir der respektvolle Umgang mit dem Thema

gefehlt, also das Bemühen herauszufinden, was dahinter stecken könnte. Auch wenn wir nie alles rausfinden werden, sollten wir doch zumindest aufmerksam hinschauen.“

Eine Helferin weist darauf hin, dass eskalierendes Verhalten im Einzelfall eine wichtige Funktion erfüllt, indem es auf Probleme im sozialen Umfeld aufmerksam macht:

**1:100 / 27:6 Ambulanzärztin**

*Erstes Interview*

Die Eltern hätten Einflussmöglichkeiten offensichtlich einzig und allein auf pädagogischer Ebene gesehen nach dem Motto: Wenn die Betreuer alles richtig machen würden, gäbe es das Problem nicht. Und hätten dabei den Eindruck erweckt, als müssten sie ihren Sohn vor allen beschützen, allen voran den Heimbetreuern und ihr, der Ambulanzärztin. Weil diese ja etwas mit ihrem Sohn anstellen könnten, was nicht gut für ihn wäre – Medikamentengabe oder Klinikeinweisung beispielsweise.

„Also die Eltern bekämpfen dann eigentlich die Einrichtung, der sie ihren Sohn anvertraut haben. Man möchte am liebsten sagen: Dann nehmt ihn doch bitte wieder mit und sucht eine Einrichtung, der ihr vertrauen könnt. Das wollen sie aber nicht. Das ist echt verrückt. Da ist es manchmal sogar sinnvoll, dass sich die Fronten verhärten, dass es eskaliert. Weil: das Nicht-Eskalieren ist noch viel schlimmer. Weil das dann ein ewiges Gerangel um dasselbe Thema ist. Das ist so ermüdend und völlig sinnlos. Also Eskalationen sind manchmal eine feine Sache. Auch aggressive Eskalationen – wenn mal richtig was passiert. Das wünscht man niemandem, aber manchmal geht’s erst dann weiter.“

*Fünftes Interview*

„Es war gut, dass sich die Situation so zugespitzt hat, dass etwas passieren musste. So ist es zum stationären Aufenthalt gekommen. Seither ist alles anders, das ist in diesem Fall ein Glücksfall – ansonsten kann ein stationärer Aufenthalt auch durchaus einmal nach hinten losgehen. Aber der Patient hat sich auf Station wohlgefühlt und das haben die Eltern gemerkt und das war der Boden für das Vertrauen der Eltern uns Helfern gegenüber. Das wiederum ist der Boden für eine gute Behandlung und Zusammenarbeit. Und dann entspannt sich alles. Das war der Schlüssel.“

**ABER**

Die Interviewpartner weisen darauf hin, dass problematisches Verhalten nur bedingt beeinflussbar ist, solange es eine wichtige Funktion erfüllt und einen – wenngleich dysfunktionalen – Bewältigungsversuch darstellt:

**5:84 Ambulanzärztin**

„Ihre Probleme [massiv selbstverletzendes Verhalten] sind ja im weitesten Sinne ihr Handwerkszeug, um ihr Leben zu bewältigen mit dieser schweren Störung. Da geht es ums blanke Überleben.“

**8:3 Heimmitarbeiterin**

„Am Vormittag war noch alles gut und entspannt. Aber bei der Bewohnerin geht das [selbstverletzendes Verhalten] von jetzt auf gleich. Was auch immer der Auslöser war: sie kann es uns nicht sagen und wir werden nicht dahinter kommen. (...) Die Ursachen darüber sind eigentlich egal. Und wenn man näher darauf eingeht, wird es sogar schlimmer. (...) Lieber sagen: wir verbinden das jetzt, denn das ist das, was sie in dem Moment eigentlich braucht: dass da jemand da ist, der sich mit ihr beschäftigt und sich kümmert.“

## FAZIT

Die Interviewpartner teilen die Überzeugung, dass ein als herausfordernd erlebtes Verhalten eher verstehbar ist, wenn es im Hinblick auf die gut gemeinten Absichten oder Motive des Akteurs analysiert wird. Das Verhalten gibt zudem Aufschluss über Gefühle oder Bedürfnisse, die sprachlich nicht zum Ausdruck gebracht werden. Mit dieser Einstellung begegnen Helfer der beeinträchtigten Person auch in schwierigen Momenten wohlwollend und reagieren angemessen auf schwieriges Verhalten. Eine sinn-zuschreibende Haltung hilft auch zu akzeptieren, dass dysfunktionales Verhalten nicht ohne Weiteres reguliert werden kann, solange es für den Betroffenen eine wichtige Funktion erfüllt und alternative Handlungsstrategien noch nicht ausgereift sind.

### WEITERGEDACHT: Über die Sinnhaftigkeit ‚unsinnigen‘ Verhaltens

„Jegliches Verhalten ergibt einen Sinn, wenn man es in seinem Kontext betrachtet“, fasst Cecchin (2010, S. 82) eine Prämisse der Systemtheorie zusammen. Watzlawick (2001, S. 54ff) zeigt weiter, dass das Streben nach Sinnhaftigkeit dem Menschen geradezu inne wohnt und ihn dazu bringt, selbst Dingen, die unerklärlich scheinen, eine eigene Vorstellung von Sinn zuzuschreiben. Gemäß systemischen Denkens bemisst sich der Wert von Sinnzuschreibungen nicht an deren oftmals nur schwer zu bemessenden Wahrheitsgehalt, sondern daran, ob eine Erklärung für das System passend und hilfreich ist und das Potenzial in sich trägt, Symptome oder Leid zu lindern.

Aus einer sinn-verleihenden Haltung heraus lässt sich aggressives Verhalten bei intelligenzgeminderten Menschen begreifen als „eine leicht verfügbare, naheliegende, mit unmittelbarer Wirksamkeit verbundene Art, emotionale Zustände auszudrücken“ (Buscher u. Hennicke, 2017, S. 87), auch wenn die ursprüngliche Sinnhaftigkeit in der Außenperspektive und über die Zeit oft nicht (mehr) erkennbar ist. Die skizzierten Denkansätze laden dazu ein, problematisches Verhalten im Hinblick auf seine kommunikative Bedeutung sowie dessen Nutzen neu zu rahmen. Systemische Therapeuten fokussieren dazu mehr auf das „Wozu“ eines Verhaltens denn auf das „Warum nur?“ (Gaese u. Wehmeyer, 2018).

### 4.4.3 „Mach dein Ding!“ – Selbstständigkeit unterstützen

#### UM WAS ES GEHT

Helfer – vor allem fachlich ausgebildete – sehen es als ihre Aufgabe an, Menschen mit Behinderungen zu mehr Selbstständigkeit und Unabhängigkeit anzuregen und ihnen Wege aufzuzeigen, ihre eigene Persönlichkeit zu entfalten:

#### 4:13 Heimmitarbeiterin

„Wir sind zwar viel anwesend, aber wir unterstützen unsere Bewohner dennoch in ihrer Selbstständigkeit. Da hatten wir neulich Backcamembert gemacht, und es hat lange gedauert, bis der Bewohner seine Stücke aus der Packung geholt, aufs Blech gelegt und das Blech in den Ofen geschoben hatte. Als Mitarbeiter steht man dann eigentlich nur daneben. Wir könnten natürlich auch sagen: ‚Gib her, ich mach’s schnell für dich.‘ Aber da fangen wir bewusst zehn Minuten früher an mit dem Wissen: ich mache das jetzt mit dem Bewohner zusammen. So lassen alle Mitarbeiter die Bewohner mehr machen.“

Auch Personen mit Intelligenzminderung berichten von ihrem Streben, sich in Richtung Selbstständigkeit weiterzuentwickeln:

**47:21 Bewohner**

Ob es denn auch irgendwelche Pläne oder Ziele für sein Leben gebe, frage ich den jungen Mann.

„Selbstständig werden, mit dem Geld“, lautet die Antwort. Das müsse er nämlich alles abgeben: „Treuhand“, ergänzt er knapp.

Helfer richten ihre Unterstützung darauf aus, eine entwicklungsförderliche Umgebung zu bereiten. Ob sich eine beeinträchtigte Person tatsächlich in Richtung Selbstständigkeit weiterentwickle, hänge maßgeblich von ihrem eigenen Willen ab:

**14:46 Heimmitarbeiter**

Zum Thema Förderziele erzählt der Betreuer, dass er bei der Bewohnerin von Beginn an sehr viel Entwicklungspotenzial gesehen habe in Richtung Eingliederung, selbstständiges Agieren und Selbstsicherheit im Auftreten. Er glaube auch an ihre Lernfähigkeit, für sich selbst einzutreten und sich zukünftig verbal statt körperlich zu behaupten.

„Ich traue ihr eine ganze Menge zu, aber es liegt natürlich auch an ihr, nicht nur an uns allein. Der Beitrag der Bewohnerin ist aus meiner Sicht mit 60 bis 70 Prozent relativ hoch: Sie muss die Schritte machen und sagen: Ich will. Wir können sie nicht zwingen. Unser Beitrag als Wohngruppe besteht darin, Wege aufzuzeigen und Möglichkeiten zu schaffen.“

Unabhängig von der Schwere der Beeinträchtigungen vertreten Interviewpartner die Ansicht, dass Lernpotenziale bei jedem Menschen mit Behinderung existieren. Verselbstständigung sei jedoch als langfristiger Prozess zu verstehen, der nicht forciert werden sollte:

**31:47 Ambulanzärztin**

Welche Perspektive ergebe sich auf der Basis ihrer Erfahrungen für den Bewohner [mit schwersten Verhaltensstörungen] für die nächsten fünf Jahre, frage ich die Medizinerin.

„Dass er ein Stückchen mehr integriert ist und ein paar Aufgaben hat, die auch im Sinne der Gruppe oder Wohneinrichtung sind wie Wäsche machen oder was auch immer. Das könnte ich mir in fünf Jahren vorstellen. Mein Bauchgefühl sagt mir, dass die Fortschritte langsam sein werden. Bei ihm habe ich immer wieder das Bedürfnis, darauf zu schauen, nichts zu schnell zu machen.“

ABER

In zahlreichen Interviews wird ein Spannungsfeld deutlich zwischen dem Anspruch der Helfer, das pädagogische Handeln auf die Entwicklung von Selbstständigkeit und Unabhängigkeit auszurichten, und dem Wahrnehmen von Begrenzungen, die mit der Intelligenzminderung einhergehen. Außerdem gibt es in den Augen der psychosozialen Helfer Eltern, die ihr behindertes Kind nur schlecht ‚loslassen‘ oder ‚abnabeln‘ können:

**14:47 Heimmitarbeiterin**

Zum Thema Zusammenarbeit mit den Eltern beschreibt die Mitarbeiterin die starke Präsenz der Mutter im Abnabelungsprozess. So wasche sie noch immer zweimal pro Woche die Wäsche für die Bewohnerin und mache ihr Zimmer in der Gruppe sauber mit dem Kommentar, dass dies das letzte sei, was man ihr als Mutter noch lasse. Es sei der Mutter nur schwer vermittelbar, dass alle Heimbewohner ihre Zimmer – mit Unterstützung durch die Betreuer - selbst aufräumen und säubern sollen, speziell im Hinblick auf die Selbstständigkeit und Gleichberechtigung innerhalb der Gruppe.

Die Tatsache, dass viele Eltern als gesetzliche Betreuer eingesetzt sind und auf diese Weise in Verantwortung bleiben für die Belange ihres erwachsenen Kindes, wird kritisch diskutiert:

**46:55 Ambulanzzarzt**

„Mein Anliegen ist zu unterstützen, dass die Abnabelung vorangeht, dass der junge Mann selbstständig wird und unabhängig von den Meinungen der Mutter. Was natürlich durch ihre Funktion als gesetzliche Betreuerin auch wiederum begrenzt ist. Ich finde es immer ein bisschen ungut, zumindest bei den leichter geistig Behinderten, wenn die Angehörigen die Betreuer sind, weil die das in ihrer Entwicklung, also in diesem Abnabelungsprozess hemmen kann.“

Im Unterschied zu psychosozialen Helfern vertreten manche Eltern ihre eigene Sicht zum Thema ‚Ablösung‘: sie wollen für ihr erwachsenes Kind, selbst wenn es im Heim lebt, weiterhin da sein und sich kümmern, auch wenn ihnen dieser Anspruch mit Blick auf die Zukunft durchaus Sorgen bereitet:

**43:98 Mutter**

(...) „Unsere Einstellung ist die, dass wir für die Kinder da sind. Wir haben keine Zeit für uns und ich will auch gar keine Zeit für mich – ich will für meine Kinder da sein, so lange ich lebe. (...).

Gleichzeitig würde sie auch sorgenvoll in die Zukunft schauen: „Was machen wir, wenn wir nicht mehr da sind? Wie geht es unseren Kindern dann? Darum kreisen unsere Gedanken, das beschäftigt und bedrückt uns. So lange ich da bin, kämpfe ich. Aber wer kämpft danach?! “

Für andere Eltern stellt gerade der Umzug ihres Kindes in eine betreute Wohneinrichtung einen förderlichen und entlastenden Entwicklungsschritt dar:

**28:19 Mutter**

„Es war erlösend, dass unser Sohn in die Einrichtung gegangen ist. Das war sehr wichtig - für ihn und für uns. Ich kenne so viele, die leben zu Hause bei den alten, betagten Eltern und können sich nicht weiterentwickeln. Aber unser Sohn hat sich in den letzten drei Jahren extrem entwickelt. Der kommt fast gar nicht mehr hierher, der hat sich von hier abgenabelt. Und ich bin froh und dankbar darum, denn ich bin kein Mensch, der klammert. Er ist ein Teil von uns, wir haben auch viel durch ihn gelernt und er durch uns. Aber ich habe ihn auch losgelassen und ich bin froh, dass er nicht mehr so oft hierher kommt und dort gut integriert ist.“

**FAZIT**

Eine Entwicklung zu mehr Selbstständigkeit von Menschen mit Intelligenzminderungen wird von allen Interviewpartnern begrüßt. Es bedeutet aus Helfersicht, eine entwicklungsförderliche Umgebung zu gestalten und anzuerkennen, dass Entwicklung nur aus eigener Motivation heraus möglich ist und der Prozess der Verselbstständigung kleinschrittig erfolgt.

Das Thema ‚Abnabeln‘ wird uneindeutig diskutiert: Mehrere Eltern äußern ihren Anspruch, sich auch um ihr erwachsenes, im Heim lebendes Kind kümmern zu wollen, und verwehren sich gegen die Erwartung psychosozialer Helfer, ihren Sohn oder ihre Tochter ‚loszulassen‘. Andere Eltern wiederum bewerten die Abnabelung von ihrem Kind als entwicklungsförderlich für beide Seiten. Ein Helfer lenkt ein, dass der Abnabelungsprozess zwischen Eltern und Kind dann gehemmt werden könne, wenn die Eltern gleichzeitig als gesetzliche Betreuer eingesetzt seien.

#### WEITERGEDACHT: Bezogene Individuation

Das Konzept „Bezogene Individuation“ stammt von Helm Stierlin, einem deutschen Familientherapeuten der ersten Stunde (vgl. Stierlin, 2003, S. 70ff). Er betrachtet die menschliche Entwicklung in engem Zusammenhang mit der Weiterentwicklung existenziell bedeutsamer Beziehungen. Die zunehmende Ausweitung des Erlebnis- und Beziehungsfeldes, das Gewahrwerden der Grenzen zwischen eigenem und fremdem Erleben, aber auch lebenszyklische Ereignisse (wie Schuleintritt, Auszug) und Schicksalsschläge (wie Tod eines Elternteils) beförderten den Individuationsprozess und machten Veränderungen in der Qualität der (familiären) Beziehungen notwendig – ein Ende der Beziehungen bedeutete dieser Prozess jedoch nicht. Die Aufgabe der Systempartner bestehe vielmehr darin, die entgegengesetzten Bestrebungen nach Autonomie und nach Zugehörigkeit durch klare Kommunikation und gemeinsame Konfliktbewältigung auszubalancieren bzw. zu versöhnen. Konkret gelte es, die unterschiedlichen Bedürfnisse und Interessen zwischen den Beziehungspartnern zu benennen, ohne sich in einseitigen Positionen oder Kämpfen um Wahrheit und Deutungsmacht zu verlieren (ebd., S. 76). Ein höherer Grad an Identität könne sich dann entwickeln, wenn die Grenzen zwischen der Person und ihrem sozialen Umfeld weder zu durchlässig und diffus noch zu rigide und undurchlässig sind und die Person somit weder in Einsamkeit oder Absonderung noch in Fusion oder Verstrickung mit dem anderen gerät (Simon u. Stierlin, 1984, S. 160-163).

Dieser Ansatz macht deutlich, dass in sozialen Systemen beide Bestrebungen - das Streben nach Verselbstständigung ebenso wie das Bedürfnis nach Bezogenheit – eine einflussreiche Rolle spielen. Eine Entwicklung zu mehr Autonomie ist demgemäß nicht gleichzusetzen mit einer Aufgabe bzw. einem Loslassen wesentlicher sozialer Bezüge, sondern erfordert vielmehr eine Anpassung familiärer Beziehungsmuster. Für Eltern bedeutet dies, sehr wohl für ihr erwachsenes Kind „da“ und präsent zu bleiben. Es heißt aber auch, dem Nachwuchs seine ihm eigenen Wahrnehmungen, Gefühle, Bedürfnisse und Erwartungen zuzusprechen und altersangemessene Grenzen im Miteinander zu respektieren. Oder, um mit Simon und Stierlin zu sprechen: „Im Grunde geht es aber nicht um eine Ablösung im Wortsinne, vielmehr um das Aushandeln neuer Positionen, neuer Rechte und Pflichten, neuer Beziehungsgleichgewichte.“ (ebd., S. 11).

Eine jüngere Dissertationsschrift (Schultz, 2009) plädiert in ähnlichem Sinne dafür, statt von gegenseitiger ‚Ablösung‘ zwischen Eltern und Kind von einem Übergangsprozess innerhalb der familiären Bindungen zu sprechen.

#### **4.4.4 „Es ist, wie es ist.“ – Gegebenheiten akzeptieren**

##### UM WAS ES GEHT

Eine Haltung, die gerade in der Zusammenarbeit mit schwer verhaltensauffälligen Menschen wiederholt thematisiert wird, ist die bedingungslose Annahme des anderen in all seinen Eigenarten. Konkret bedeutet dies, den anderen wahrzunehmen, „wie er wirklich ist“ und nicht, wie er sein sollte:

**1:124 Ambulanzärztin**

„Das freut mich an den Eltern: dass sie eine offene Beziehung zu ihrem Sohn haben, ihn wahrnehmen, so wie er wirklich ist, und nicht nur unter dem Filter ihrer Vorstellungen. Das freut mich für die alle.“

Sich in Akzeptanz zu üben empfehlen übrigens nicht nur Helfer im Hinblick auf die von ihnen betreuten Menschen, sondern in umgekehrter Weise auch Betroffene im Hinblick auf ihre Unterstützer:

**10:7 Bewohner**

„Die X. [Heimbetreuerin] sieht viele Dinge anders. Aber ich sag Ihnen: Jeder Mensch ist anders. Wenn jeder Mensch gleich wäre, wäre es ja langweilig. Diese Tatsache muss man akzeptieren - mir hilft das sehr.“

Eine akzeptierende Haltung bedeutet weiter, die Stellschrauben für Veränderung nicht vornehmlich bei der beeinträchtigten Person zu suchen, sondern Einflussmöglichkeiten im Kontext zu eruieren und die Welt um den Betroffenen und die momentanen Gegebenheiten „herumzubauen“:

**10:31 Heimmitarbeiterin**

„Besonders ist an der Geschichte, dass der Bewohner in seiner Person so ist, wie er ist. Ich glaube nicht wirklich, dass der X. in seiner Person eine Veränderung erfahren kann. Das Thema ist also eher: Wie gehen wir [Helfer] damit um?“

ABER

Eng verknüpft mit der Haltung, Gegebenheiten und Eigenarten zu akzeptieren, ist die Fähigkeit, sich immer wieder neu auf die gegenwärtige Begegnung einzustellen und sich von Vergleichen mit besseren Zeiten oder längerfristigen Plänen zu lösen. Der Anspruch, sich freizumachen von eigenen oder übernommenen Erwartungen und sich stattdessen flexibel auf die momentanen Realitäten einzulassen, ist nach Angaben beruflicher Helfer mit einem langfristigen Lernprozess verbunden:

**40:12 Heimmitarbeiterin**

„Man kann nie kalkulieren: so soll es laufen. Weil: es läuft dann immer anders. Da brauche ich so flexible und so motivierte Mitarbeiter, die das dann nicht als Frustration sehen, sondern sagen: manche Sachen sind halt so. Das war schon ein langer Weg, solche Sachen zu akzeptieren. Das ist ein Lernprozess, der stattfinden muss.“

**41:30 Ambulanzärztin**

„Bei der Bewohnerin schwingt die Haltung mit: ‚Es ist, wie es ist.‘ oder: ‚Die X. ist die X. ist die X.‘ Aber ich weiß nicht, ob das Resignation ist oder der einzige Weg, mit der Situation umzugehen und zu schauen, dass es so komplikationslos wie möglich läuft. Darin sehe ich eher die Lösung zu sagen: Okay, wir schauen auf das Heute, aber wir gucken nicht zurück und auch nicht zu weit nach vorne.“

Auch Eltern tun sich zum Teil schwer damit, sich von den ursprünglichen Erwartungen an das eigene Kind zu lösen und stattdessen erwartungswidrige Zustände anzunehmen:

**50:29 Mutter**

„Mich hat keiner gefragt, ob ich das Kind möchte. Man soll das Kind annehmen, wie es ist, aber wie geht man damit um? (...), Man muss die Situation so nehmen, wie sie ist. Das ist

allerdings nicht so einfach. Das ist vielmehr eine Lebensaufgabe. Wir hatten immer andere Vorstellungen von unserer Tochter, aber das hohe Potenzial ist nicht da. Das anzunehmen gelingt bis heute nicht.“

Eine Mutter schildert, wie ihr speziell der Glaube dabei hilft, die Tochter mit all ihren Besonderheiten anzunehmen:

**17:55 Mutter**

„Gerade diese Kinder, die krank oder behindert sind, sind ein Geschenk von Gott oder eine Prüfung von Gott – eine Prüfung in Geduld, Ausdauer und Liebe. Ich sehe mein Kind als besonders an, viel wertvoller als alles auf der Welt. Ich bin sehr dankbar, dass ich sie habe. Und ich nehme sie, wie sie ist – das ganze Paket.“

Spannungen können entstehen, wenn eine akzeptierende Haltung gegenüber Eigenarten und Einschränkungen kollidiert mit Förderansprüchen, die von Seiten eines Betroffenen, seines sozialen Umfelds oder von gesellschaftlicher Seite gestellt werden. Die Lösung besteht aus Helfersicht in einem bewussten Abwägen zwischen „Fördern“ und „Lassen“ je nach den momentanen Gegebenheiten (vgl. 4.7.1 „Do it yourself!“ – Beschäftigungen anbieten):

**38:47 Heimmitarbeiterinnen**

„Was wir alle gelernt haben: Wir wollen aus einem Bewohner nichts machen, sondern wir schauen, wie er ist, was er braucht und was gerade möglich ist. Wir akzeptieren manches, so wie es ist, und müssen niemanden mehr zu Tode fördern. Auch wenn das heilpädagogische Ziel ist: fördern, fördern, fördern. Speziell bei dieser Bewohnerin muss man von Stunde zu Stunde schauen, wie die Stimmung gerade ist - das kann sich zehnmal am Tag ändern.“

**FAZIT**

Sich frei zu machen von Erwartungen oder Lebensentwürfen und stattdessen anzunehmen, wie der behinderte Mensch in seiner Andersartigkeit ist, stellt den Helfern nach eine wertvolle Haltung im Miteinander dar. Insbesondere (und ausgerechnet) gegenüber Menschen mit massiv herausforderndem Verhalten oder Störverhalten, welches bereits seit Jahren besteht, erweist sich das Anerkennen von Gegebenheiten laut Interviewpartnern als nützlich. Nichtsdestotrotz fällt eine akzeptierende Haltung manchen Helfern, insbesondere Eltern, schwer und erfordert einen längeren Lern- und Entwicklungsprozess. Sie führt weiter zu der Erkenntnis, dass die Verantwortung für günstige Veränderungen im Helfersystem liegt und es in herausfordernden Situationen an den Helfern liegt, eigene Einflussmöglichkeiten auszuloten und das eigene Verhalten sowie den Kontext an die momentanen Gegebenheiten anzupassen.

**WEITERGEDACHT:** „Wahrnehmen, was wirklich ist“

Der Begriff Akzeptanz ist innerhalb der Psychotherapie eng mit dem Psychologen und Psychotherapeuten Carl Rogers verknüpft. In seinem Konzept der personzentrierten Gesprächstherapie werden drei therapeutische Grundhaltungen als wesentliche Wirkfaktoren in der psychotherapeutischen Beziehung ausgemacht: Echtheit, Empathie und unbedingte Wertschätzung (Rogers, 1987, zitiert in Myers, 2001, S. 54). Gelingt es einem Therapeuten,

das Denken und Handeln eines Klienten in jedem Moment wertzuschätzen, ihn gleichermaßen in seinem So-Sein zu akzeptieren, kann der Klient daran wachsen bzw. heilen.

In der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts wurde dieser humanistische Denk- und Therapieansatz von Virginia Satir, von manchen als ‚Mutter der Familientherapie‘ bezeichnet, aufgenommen (Moskau u. Müller, 2002). Satir übertrug die Grundhaltung von Akzeptanz und Wertschätzung auf ihre therapeutische Arbeit mit Familien und formulierte „fünf Freiheiten“, die es in persönlichen Beziehungen zu berücksichtigen und zu entwickeln gelte. Dabei betont sie die Bedeutung dessen, in zwischenmenschlichen Begegnungen zu sehen, zu hören und anzusprechen, was im Moment wirklich erfahrbar ist, was tatsächlich gefühlt und gedacht wird, anstatt dessen, was sein sollte oder von anderen erwartet wird (Satir, 2019, S. 27). Nach Satir steht eine akzeptierende Haltung in enger Verbindung mit der Entwicklung eines hohen Selbstwerts, welcher wiederum die Grundlage für das Gesunden und Auflösen individueller Symptome darstellt (Satir, 2010, S. 486).

Auf vergleichbare Weise belegen auch die Interviews die einflussreiche Rolle einer akzeptierenden Haltung für ein gelingendes Miteinander und für das Verhindern herausfordernder Verhaltensweisen in der Interaktion zwischen Personen mit Intelligenzminderung und deren Helfern.

## 4.5 KONTAKT mit der beeinträchtigten Person

### 4.5.1 „Speed-Dating funktioniert nicht“ – langsam annähern

#### UM WAS ES GEHT

In der Beziehung zwischen beruflichen Helfern und Personen mit Intelligenzminderung spielt Zeit eine besondere Rolle: So braucht es erfahrungsgemäß eine geraume Weile, bis sich beide Seiten aufeinander eingestimmt haben, und es sind viele Erfahrungen nötig, um die Eigenarten, Stärken und Schwächen, Möglichkeiten und Grenzen des anderen – Bewohner ebenso wie Helfer – genauer kennenzulernen und Gefahrenanzeichen besser einzuschätzen:

#### **15:26 Heimmitarbeiterin**

„Also man sieht oft an ihrem Blick, an ihrer Körperhaltung, an ihrer Stimmlage oder daran, wie sie sich verhält, dass sie sich gerade anspannt. Das hat man am Anfang natürlich nicht direkt so gesehen. Wir mussten erst rausfinden, was ihr in solchen Situationen gut tut: sei es Spaziergehen oder Musik hören. Durch so Kleinigkeiten kann man früh eingreifen.“

#### **38:24 Heimmitarbeiterin**

Allerdings: an den Haaren ziehen würde die Bewohnerin nun nicht mehr so oft, was nach Ansicht der Betreuer schon eine kleine Erfolgsgeschichte darstellt und vermutlich damit zusammenhängt, dass sich Mitarbeiter und Bewohnerin nun schon so lange kennen: „Da weiß sie Bescheid, was geht und was nicht.“ Bei neuen Mitarbeitern hingegen ziehe die Bewohnerin erst einmal alle Register.

Helfer raten dazu, sich zu Beginn oder bereits vor der Kontaktaufnahme zunächst mit der Geschichte und den Besonderheiten des Gegenübers vertraut zu machen und sich Zeit für ein gegenseitiges Annähern einzuräumen:

### **19:3 Heimmitarbeiter**

„Die neue Kollegin wirkt sehr ruhig und lässt sich nicht über den Tisch ziehen. Sie hat die Bewohner erst einmal mit Sie angeredet. (...) Und sie hat sich viel erzählen lassen. Hat alles erzählt bekommen - das ganze Leben von jedem. Das war nett, dieses Zuhören am ersten Tag. Das, glaube ich, hat es gebracht, das war für die ganze Gruppe gut.“

ABER

Vorinformationen oder Vorerfahrungen können je nach Qualität die Kontaktaufnahme erleichtern, aber ebenso dazu führen, dass ein Helfer dem Betroffenen mit Angst begegnet. Die eigenen Ängste zu überwinden und Sicherheit im Kontakt aufzubauen stellt aus Helfersicht eine zentrale Aufgabe dar, um Begegnungen für beide Seiten stressfrei zu gestalten und die Gefahr eines Übergriffes zu reduzieren:

### **38:87 Heimmitarbeiterin**

Die Mitarbeiterin berichtet, wie auch sie zu Beginn ihrer Tätigkeit furchtbare Angst vor der Bewohnerin gehabt habe. Da habe die Bewohnerin sie so heftig an den Haaren gezogen, dass sich sogar die Kopfhaut abhob - extrem schmerzhaft sei das gewesen. Dazu das ständige Zeren an der Kleidung und das Treten, damit habe sie anfangs nicht umgehen können. Je mehr Sicherheit sie aber dann im Umgang mit der Bewohnerin entwickelt habe, umso mehr hätten sich ihre Ängste abgebaut. (...)

Im Zusammenhang mit dem Abbau persönlicher Ängste werden Strategien benannt, die in akut krisenhaften Situationen zum Einsatz kommen, um Übergriffe zu vermeiden und für die eigene Sicherheit zu sorgen. Diese werden in der Hauptkategorie III, „Bewältigung krisenhafter Situationen“, näher erläutert.

FAZIT

Ein guter Kontakt zwischen Helfer und beeinträchtigter Person wird als bedeutsam für ein gelingendes Miteinander angesehen. Dieser stellt sich jedoch nicht unmittelbar bei Kontaktaufnahme ein, sondern erfordert einen längeren Zeitraum des gegenseitigen Kennenlernens und Aufeinander-Einstimmens. Gegebenenfalls besteht für Helfer eine Herausforderung darin, Ängste gegenüber der beeinträchtigten Person abzubauen. Dies gelingt durch ein schrittweises Annähern und das Gewinnen von zunehmend mehr Routine und Sicherheit im Umgang.

## **4.5.2 „Ab und zu nur ich und du.“ – Exklusive Begegnungen schaffen**

UM WAS ES GEHT

Kontakte zwischen einem Helfer und einer Person mit Behinderung sollten nicht allein den täglichen Routineabläufen geschuldet sein oder dem Zufall überlassen werden. Helfer unterstreichen vielmehr die Bedeutung von ungezwungenen Treffen, die zwar bewusst herbeigeführt werden, aber weder im Voraus geplant noch mit bedeutsamen Inhalten gefüllt werden müssen. Das Hauptziel solcher Begegnungen bestehe darin, eine unbeschwerte Zeit mitein-

ander zu verbringen und dem anderen nahe zu sein mittels Blickkontakt, Körperkontakt, gemeinsamen Aktivitäten oder lockeren Gesprächen:

#### **12:93 Stationsmitarbeiter**

„Wovon er am meisten profitiert hat, waren Eins-zu-eins-Kontakte und Gespräche. Und zwar jetzt nicht Gespräche, die auf ein Thema fixiert sind. Sondern ein ganz ungezwungenes ‚Komm, jetzt setzen wir uns mal aufs Sofa und reden über Gott und die Welt.‘ Damit hat man dem Patienten die beste Basis geboten, sich mitteilen zu können und sich zu unterhalten über Sachen, die ihm wichtig sind, egal aus welchem Bereich.“

Mit dem Attribut ‚exklusiv‘ unterstreichen Helfer die Bedeutung dessen, dass die beeinträchtigte Person in dieser Zeit die ungeteilte Aufmerksamkeit des Helfers erfahren soll. Dies wird von Helfern auch als Eins-zu-eins-Kontakt bezeichnet:

#### **53:9 Heimmitarbeiterin**

„Wir haben immer noch unsere exklusiven Zeiten und die fordert sie auch ein und fragt: ‚Hast du mal wieder Zeit für mich? Ich müsste mal wieder mit dir reden.‘ Dabei kommt es nicht auf die Dauer an, sondern wichtig ist, dass ich bei ihr im Zimmer bin und dass die Tür zu ist.“

Helfer sollten den Kontakt zum Bewohner überdies so gestalten, dass sich die Beziehung und Begegnung auch im Konfliktfall als beständig erweist:

#### **8:66 Ambulanzärztin**

„Man muss die Beziehung so gestalten, dass man sie dauerhaft - auch unter Belastungen - halten kann, und das wiederum gibt der Bewohnerin Sicherheit. Das heißt die Beziehung muss runtergefahren werden: nicht hoch-emotional und persönlich, sondern versachlicht. Auch, wenn die Bewohnerin ausflippt, sich schneidet, dich beschimpft oder angreift. Wenn eine Beziehung so angelegt ist, dass die das alles nicht zerstören kann, sorgt das für Verlässlichkeit.“

Familiäre Helfer gestalten den Kontakt zu ihrem Angehörigen durch Besuche in der Heimeinrichtung oder durch Einladungen in das häusliche Umfeld. Ist dies nicht möglich, erlangen Telefonate, Briefe oder Päckchen einen besonderen Stellenwert:

#### **32:1 Vater**

„Wir haben ihn schon lange nicht mehr besucht im Heim, aber wir haben ihm gesagt, wir schicken ihm jeden Monat ein Paket. Und dreimal in der Woche rufen wir ihn an. Dann ist er zufrieden. Und wir haben ihm versprochen: sobald wir jemanden finden, der uns fährt, besuchen wir ihn wieder.“

ABER

Auch wenn Zuwendung eine bedeutsame Rolle für ein gelingendes Miteinander von Helfern und Bewohnern spielt: ein Zuviel an Nähe kann ins Gegenteil kippen und entgegen guter gemeinter Absichten gewaltsame Übergriffe begünstigen. Die Interviewpartner achten deshalb darauf, der Person mit Intelligenzminderung nicht „auf die Pelle zu rücken“ – weder durch körperliche Nähe noch durch insistierende Fragen oder Gespräche:

#### **43:65 / 45:38 Mutter**

Als ihr Sohn nach der Entlassung über Weihnachten nach Hause gekommen sei, habe das Zusammenleben gut geklappt: „Es hatte geheißen, wir sollten ihn in Ruhe lassen. Ich habe gekocht, mein Mann ging mit ihm spazieren, das hat wunderbar funktioniert. Unser Sohn war

ruhiger und wollte beim Einschlafen sogar von mir gestreichelt werden.“ (...) „Unser Sohn braucht nur Ruhe – ich frage nicht viel, ich sage nicht viel. Der ist ein richtiger Einzelgänger und will mit niemandem so viel Kontakt.“

Helfer geben weiter zu bedenken, dass auch ein grundsätzlich kontaktvermeidendes Verhalten Gefahren birgt:

### **29:20 Heimmitarbeiter**

„Auffällig ist, dass die aggressiven Übergriffe vor allem und besonders heftig gegenüber den Leuten vorkommen, die ohnehin Angst vor ihm haben und den Kontakt zu ihm meiden. Bei Leuten, die offen auf ihn zugehen, ist die Wahrscheinlichkeit und Intensität von Übergriffen geringer. Natürlich spürt er, wenn ihm jemand aus dem Weg geht, wenn man keine Aktivitäten mit ihm machen möchte oder versucht ihn zu meiden. Aber auch, wenn man ihm ausreichend auf die Pelle rückt, seinen Distanzbereich quasi überschreitet, kann man damit einen Übergriff provozieren.“

Für einen angemessenen Abstand zu sorgen, gelingt Helfern auch dadurch, dass sie eigene Freiräume wahren oder sich bewusst Auszeiten in der Begegnung einrichten:

### **1:42 Mutter**

„Wir haben auch allerhand Tolles geschafft - trotzdem.“ Sie selbst sei zum Beispiel noch eine ganze Weile als Solistin in Konzerten aufgetreten und habe durch ihr ehrenamtliches Engagement im Kirchenvorstand Kontakte gepflegt. Ihr Mann sei weiterhin Mitglied in einer Gesellschaft für Fotografie geblieben.

„Wir haben doch einiges an Hobbies und Kontakten aufrecht erhalten, wenn auch mit großem, großem Kraftaufwand. Es ist schon wichtig, dass man weiterhin Sachen macht, die einem Freude machen. Sich Freiräume bewahrt und die eigenen Hobbies pflegt.“

## **FAZIT**

Neben alltäglichen Routine-Begegnungen nehmen sich psychosoziale Helfer ab und an bewusst Zeit, um mit einem Bewohner oder einer Bewohnerin ins Gespräch zu kommen. Wesentlich ist dabei, dem Gegenüber die ungeteilte Aufmerksamkeit zu schenken und ihm oder ihr physisch wie psychisch nahe zu sein. Auch Familienangehörige pflegen den Kontakt zum Bewohner über Besuche oder Telefonate, Briefe oder Päckchen. Ein Zuviel oder Zuwenig an Kontakt kann aggressives Verhalten begünstigen. Helfer achten darauf, sich einer kognitiv eingeschränkten Person weder sprachlich noch körperlich aufzudrängen, ihr aber ebenso wenig grundsätzlich aus dem Weg zu gehen. Von persönlichen Freiräumen profitieren beide Seiten.

### **WEITERGEDACHT: Nähe und Distanz als Beziehungs-Tanz**

Im Unterschied zu psychoanalytischen Konzepten, die den Wunsch nach Nähe (Kontakt, Zusammenhalt) ebenso wie den Wunsch nach Distanz (Unabhängigkeit, Ruhe) als stabile, personimmanente Grundkonstitutionen des Menschen ansehen (z. B. Riemann, 1991), gehen systemische Ansätze davon aus, dass in einem Beziehungssystem beide Bedürfnisse wechselwirksam valent werden und zur Regulation der Beziehung beitragen.

Nach Bateson (1981, zitiert in von Schlippe und Schweitzer, 2013, S. 96) ist vor allem eine einseitige Fixierung von Beziehungsmustern gefährlich. So birgt ein eindimensional symme-

trischer Prozess – also ein beiderseitiges Annähern oder Ausweichen - Beziehungsprobleme, die entweder zu Gewalt oder zum Kontaktabbruch führen können. Komplementäre Muster sind durch entgegengesetzte Verhaltensweisen gekennzeichnet: immer wenn der eine Partner sich annähert, weicht der andere zurück. Verfestigt sich ein solches Beziehungsmuster einseitig, kann daraus ebenso ein Abbruch oder Erliegen des Kontakts resultieren. Ein stabiles System ist gekennzeichnet durch ein ständiges Ausbalancieren von symmetrischen und komplementären Interaktionsmustern, das System bleibt bildlich gesprochen in Bewegung.

Übertragen auf den Studienkontext kann aggressives Verhalten, welches sich als Reaktion auf ein gefühltes Zuviel oder Zuwenig an Nähe Bahn bricht, als regulierendes Element in der Beziehungsgestaltung angesehen werden: Ein Helfer, der zu nah oder intensiv in Kontakt geht, nimmt bei aggressiv-eskalierendem Verhalten seines Gegenübers quasi reflexartig Abstand; ein kontaktmeidender Helfer wird durch das aggressive Verhalten geradezu herausgefordert zu einer Auseinandersetzung und Annäherung an den Akteur. Sämtliche Verhaltensweisen können als Beitrag verstanden werden, den Kontakt und die Beziehung zwischen den Partnern zu regulieren und zu stabilisieren.

## 4.6 KOMMUNIKATION mit der beeinträchtigten Person

### 4.6.1 „Zuhören ist Gold.“ – Aufmerksam zuhören

#### UM WAS ES GEHT

Zuhören heißt zunächst einmal, sich dem Sprecher zuzuwenden und ihm Gehör zu schenken. Die Interviewpartner betonen jedoch, dass ‚gutes‘ Zuhören weit über das reine Hören hinausgeht: Es bedeutet, mit voller Aufmerksamkeit bei der Sache zu sein und möglichst präzise das, was den anderen bewegt, zu erfassen und zu verstehen. Dazu zählt das Nachfragen bei Unklarheiten ebenso wie das Absichern dessen, was man bisher verstanden hat:

#### 53:23 Bewohnerin

Interviewerin: „Wann ist ein Gespräch hilfreich: was macht ein Gespräch zu einem guten Gespräch?“

Bewohnerin: „Au, schwierige Frage...“

Interviewerin: „Was denkst du: redet die Ärztin mehr oder hört die mehr zu?“

Bewohnerin: „Sie redet nicht so viel, aber sie hört mehr zu, sie hört sehr gut zu. So eine tolle Ärztin kriegen wir nicht noch einmal.“

Besonders darauf zu achten ist, Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen Zeit zur Schilderung eines Inhalts einzuräumen. Dies gelingt, indem eine Helferin Ruhe ausstrahlt, Gesprächspausen aushält und Äußerungen des Gegenübers geduldig abwartet:

#### 3:15 Heimmitarbeiterin

„Man fragt ihn ja oft so und erwartet gar keine Antwort, weil man ja damit rechnet, dass er nichts sagt. Und das merkt er. Wenn du nicht ernsthaft mit ihm redest, dann sagt er gar nichts. Dann sagt er bloß ‚nein, nein‘ und fertig. Aber wenn man ihn wirklich ernst nimmt, dann

bemüht er sich, eine Antwort zu geben. Aber man muss schon warten, so 20 bis 30 Sekunden, also man muss schon geduldig sein.“

ABER

Sind die aktuellen Umstände mangels Zeit oder Aufmerksamkeit nicht geeignet, sich tiefergehend auf ein Gesprächsanliegen einzulassen, sollte ein günstigerer Zeitpunkt vereinbart werden, statt notgedrungen „zwischen-Tür-und-Angel“ zu reden. Für sehr persönliche Gespräche achten Helfer zudem auf einen vertraulichen und geschützten Rahmen:

#### **53:8 Heimmitarbeiterin**

(...) „Das Zuhören darf nicht nur Technik sein. Ich wette, das würden die Bewohner merken, wenn wir nur mit einem Ohr dabei sind oder wenn ich zuhören würde, nur weil ich denke, jetzt muss ich wohl mal wieder fünf Minuten zuhören. Ich muss also vorher checken, ob in der Gruppe gerade nichts anderes vorrangig ist, also ob ich mir die Zeit für ein Gespräch nehmen kann. Denn wenn man dann doch zwischendurch wieder raus muss, dann ist das ungut. Ich muss also überprüfen, ob ich die Zeit habe, ohne dass mich jemand stört oder ich das Gespräch unterbrechen muss. Da achte ich auch darauf, dass ich das Telefon nicht dabei haben und Rückendeckung im Team nach dem Motto: ‚Ich bin dann mal weg.‘ Das heißt auch: lieber ein Gespräch auf später verschieben als zwischen Tür und Angel ‚erledigen‘.“

Eine Herausforderung stellt die Kommunikation mit Menschen dar, die als sogenannte Nicht-Sprecher gelten oder nur über sehr eingeschränkte expressiv-sprachliche Fertigkeiten verfügen. Bei Menschen mit autistischen Störungen wird im Einzelfall die Methode der sog. Gestützten Kommunikation (Facilitated Communication, FC) angewandt. Der Einsatz von FC setzt auf Seiten der Betroffenen kognitive und (schrift-)sprachliche Fertigkeiten voraus und verlangt von Seiten der Helferin eine ausreichende Methodenkompetenz beim Assistieren (sog. „Stützen“). Darüber hinaus wird die Bedeutsamkeit des Vertrauensverhältnisses zwischen Stützer und Nicht-Sprecher hervorgehoben:

#### **34:50 / 36:21 Familie**

Vater: „Die haben im Heim bessere Methoden zu kommunizieren. Meine Frau konnte FC schreiben, aber ich kann das nicht. Vielleicht kann er bei der Psychologin mehr erzählen und sagen, was er denkt. Zu Hause ist das schlecht und er will auch nicht mit uns schreiben.“

Schwester: „Das Problem ist ja auch: er ist auf den Angehörigen angewiesen, wenn er was schreiben will. Dann will er vielleicht nicht ehrlich sein, sondern hat Angst, dass, wenn er was schreibt, was dem Angehörigen nicht passt, der ihm seine Unterstützung entzieht.“ „Die Mama hat mir einmal gezeigt, wie das geht, aber bei den paar Versuchen hat es, ehrlich gesagt, vermutlich deswegen nicht geklappt, weil ich selbst zu nervös war.“

FC-kritische Stimmen verweisen auf die Gefahr von Verzerrungen aufgrund bewusster oder unbewusster Einflüsse durch die stützende Person und unterstreichen die Bedeutung von FC-Regeln, mit denen der Wahrheitsgehalt einer Äußerung abgesichert werden kann:

#### **27:4 Ambulanzärztin**

„In vielen Fällen, die mir persönlich bekannt sind, ist FC eine Art moderne Zauberei, wo aus den Schwerstbehinderten plötzlich hochintelligente Menschen werden, die per FC hochkomplizierte Sätze bilden und reflektierte Gedanken äußern. Das muss man zumindest reflektieren, dass solche komplexen Sätze wohl mit großer Wahrscheinlichkeit vom FC-Schreiber [Stützer] kommen, aber das wird oft gar nicht in Frage gestellt. Bei den FC-Anwendern ist FC jedenfalls eine heilige Kuh. (...) „Also eigentlich gibt es für FC klare Regeln, aber die werden oft nicht eingehalten. Also dass du nur Fragen stellst, die mit Ja oder Nein beant-

wortet werden können. Und dass ein unabhängige Person dasselbe noch einmal erfragt und zum selben Ergebnis kommt. Sonst kann man überhaupt nicht bestimmen, welchen Wahrheitsgehalt eine Äußerung hat.“

## FAZIT

Die Interviewpartner, insbesondere auch mehrere Bewohnerinnen, unterstreichen die Bedeutsamkeit eines genauen Zuhörens und Verstehen-Wollens im Gespräch. Gutes Zuhören bedeutet, sich dem anderen mit voller Aufmerksamkeit zuzuwenden, Ablenkungen zu vermeiden und so lange nachzuhaken, bis die Mitteilungsabsicht des Gegenübers verstanden wurde. Bei Menschen mit kognitiven oder sprachlichen Einschränkungen sollte ein Zuhörer Geduld aufbringen und Pausen im Gespräch zulassen, damit sich eine Äußerung auch unter Mühen entfalten kann. Gegebenenfalls kann die Kommunikation mit geeigneten Hilfen unterstützt werden, wobei der Einsatz von „Facilitated Communication“ (FC) bei Autismus kontrovers diskutiert wird. Bei persönlichen Themen oder Problemen ist das Herstellen einer vertraulichen Gesprächsatmosphäre bedeutsam. Zuhören verliert an Wert, wenn es nur oberflächlich ‚mit einem Ohr‘ erfolgt. Sind die momentanen Umstände nicht geeignet, um sich mit ganzer Aufmerksamkeit einem Gesprächsanliegen zu widmen, sollten sich die Gesprächspartner auf einen späteren Termin verständigen, statt ein Anliegen zwischen Tür und Angel abzuhandeln.

## WEITERGEDACHT: Nicht-Wissen und die Kunst des Zuhörens

In der systemischen Therapie spielt die Haltung des bewussten Nicht-Wissens eine besondere Rolle (Anderson u. Goolishian, 1992). Sie führt dazu, in der Begegnung die ganz individuelle Erfahrungswelt des Gegenübers zu respektieren, ohne den Anspruch zu erheben, die Vorstellungen des anderen zu kennen oder dessen Gedanken durchdringen zu können. Aus solch einer Haltung heraus signalisiert ein systemischer Berater, trotz aller fachlichen Expertise nicht wissen zu können, was den anderen bewegt, wie er etwas erlebt hat, wie es ihm gerade geht oder was das Beste für ihn ist. Umso mehr verlangt die Haltung des Nicht-Wissens dem Berater die Fähigkeit ab, respektvoll zuzuhören. Respektvolles Zuhören impliziert, erfahren zu wollen, was dem Klienten wichtig ist, verstehen zu wollen, welche Sichtweisen der andere vertritt und aufrichtig bemüht zu sein, den Sinn des Gehörten zu erfassen (Anderson, 2002, S. 116f).

Einen aktuellen Beitrag zur Komplexität des Zuhörens in der Familientherapie liefert Rober (2019). Er unterscheidet Zuhören mit den Ohren, den Augen und dem Herzen und dekliniert alle drei Arten mittels konkreter Handlungsstrategien durch. Ein aufmerksamer und wohlwollender Zuhörer hört nicht nur das, was gesagt wird, sondern nimmt ebenso wahr, was *nicht* gesagt wird. Er vermeidet Urteile und Etikettierungen und unterstellt dem Erzählten seine ganz individuelle Sinnhaftigkeit, er lehnt Fremdartiges nicht ab, sondern sucht nach Verbindungen zum eigenen Erleben, zu eigenen Geschichten. Mit den Augen erfasst der Zuhörer, was mittels Körpersprache (Blick, Stimme, Mimik, Gestik, Haltung, Körperspannung, Bewegungen, Atmung, Schwitzen, Tränen) zum Ausdruck gebracht wird. Mit dem Herzen zuhören meint, im Gespräch wahrhaftig als Person präsent zu sein und intuitiv auf das Gehörte zu reagieren. Gemeint ist auch ein Wahrnehmen des inneren Dialogs, ein beständiges Reflektieren eigener Gedanken, Gefühle und Impulse, die beim Zuhören

aufkommen und weiter Aufschluss geben über die Bedeutung des (Nicht-)Gesagten. Gelingt ein Zuhören mit Ohren, Augen und Herz, fühlt sich der Erzähler nicht nur gehört, sondern gleichermaßen anerkannt, die Beziehung zwischen den Gesprächspartnern wird vertieft (ebd., S. 13).

Auch wenn Robers Beitrag deutlich über den Inhalt der Interviewzitate hinausgeht, betont er in vergleichbarer Weise den interaktionellen Gehalt des Zuhörens und verweist darauf, dass Zuhören aus systemtherapeutischer Sicht kein einseitig-passiver, sondern ein aktiver, wechselwirksamer Prozess ist.

#### **4.6.2 „Transparenz schafft Durchblick.“ – Umfassend informieren und erklären**

##### UM WAS ES GEHT

Für ein gelingendes Miteinander ist laut Interviewteilnehmer eine angemessene Weitergabe persönlich relevanter Informationen an Menschen mit Behinderung bedeutsam:

##### **25:16 Heimmitarbeiter**

„Alles, was ihn betrifft und wo ich von ausgehe, dass er das wissen sollte, das sage ich ihm auch. Das ist schon transparent gestaltet. (...) Es geht ja schließlich um sein Leben.“

Helfer informieren beispielsweise über zwischenzeitliche Geschehnisse oder Veränderungen in der Werkstätte, Wohngruppe oder Familie. Ebenso sprechen sie mit einem Bewohner oder einer Bewohnerin über deren gesundheitliche Belange:

##### **34:2 Heimmitarbeiterin**

„Also wir [Heim und Familie] wollten gerne diese Abklärung haben: hat der Bewohner diese Krankheit nun oder hat er sie nicht? (...) Die Familie war dann auch dafür, dass wir dem Bewohner das erklären und dass er die Wahrheit erfährt und man ihm nicht irgendetwas vorlügt. Außerdem ist er ja ein pffiffiges und schlaues Kerlchen. Der merkt das ja. Ich glaube nicht, dass man so etwas komplett verheimlichen kann.“

Eine transparente Aufklärung über anstehende Termine, Aktivitäten oder Planänderungen verschafft Bewohnern die Möglichkeit, sich auf kommende, möglicherweise unerwartete Situationen besser einzustellen:

##### **29:64: Klinikmitarbeiter**

Die raptusartigen Aggressionen seien oft dann aufgetreten, wenn der Patient ungenügend auf eine Situation vorbereitet war oder es zu Überraschungen im Ablauf kam. Situationen also, in denen ihm – „Autismus-like“ – die klare Struktur gefehlt habe:

„Ungeplantes ging meistens schief.“

Zum Thema Transparenz gehört auch, dass Helfer ihre Entscheidungen, Erwartungen oder Handlungsweisen genauer erläutern und auf diese Weise nachvollziehbar machen:

##### **36:8 Familie**

Vater: „Er rastet nicht mehr so aus wie früher. Ich glaube, dass hat damit zu tun, dass er jetzt mehr darüber nachdenkt, dass er etwas Falsches gemacht hat. Da braucht er Therapie und Erklärungen für die Dinge, die er verstehen muss, zum Beispiel, dass er warten muss.“

Schwester: „Und Erklärungen, wie die Welt für uns ‚neurotypische‘ Menschen im Unterschied zu den Autisten funktioniert.“

Mit Nachdruck wird darauf hingewiesen, dass Personen mit Intelligenzminderung weder angelogen noch dass ihnen wesentliche Informationen vorenthalten werden sollten:

**34:7 Heimmitarbeiterin**

„Aktuell ist die Familie erkältet und will nicht, dass der Bewohner auch krank wird [daher wurde der Wochenend-Besuch abgesagt]. Das sagen und erklären wir ihm sofort: ‚Es ist nur eine Erkältung mit Husten und Schnupfen – nichts Ernstes, da musst du dir keine Sorgen machen.‘ Die Nachricht hat er sehr gut aufgenommen, sehr gefasst. Ich glaube, dass er froh ist, wenn er einfach weiß, was gerade los ist. Wenn er nicht angelogen wird, sondern die Wahrheit kennt. Ich sage jedem Bewohner die Wahrheit. Weil: ich mag ja auch nicht angelogen werden. Und er möchte ja auch erwachsen sein.“

In allen Beiträgen wird deutlich, dass man Menschen mit Intelligenzminderung persönlich bedeutsame Nachrichten generell nicht vorenthalten sollte, sei es in der gut gemeinten Absicht des Schonen-Wollens, sei es aus der Befürchtung heraus, sie zu überfordern. Die Erfahrungen der Interviewpartner zeugen vielmehr davon, dass Transparenz zur Beruhigung beiträgt, während Heimlichkeiten oder bewusste Falschaussagen zur Belastungsprobe für die Beziehung werden und schwerer wiegen als der Stress, der beim Vermitteln einer aufregenden Nachricht womöglich aufkommt.

ABER

Eine transparente Informationsweitergabe wird uneingeschränkt befürwortet, Helfer verweisen jedoch auf die Relevanz des richtigen Timings. So habe es sich bewährt, Personen mit Intelligenzminderung erst kurzfristig über kommende Ereignisse zu informieren. Erfährt ein Betroffener von Terminen, die erst Tage oder Wochen später bevorstehen, kann dies je nach Grad der kognitiven Einschränkungen Irritationen und Aufregung begünstigen:

**8:1 Heimmitarbeiterin**

„Man muss aber dazu sagen, dass die Bewohnerin nicht gewusst hat, dass wir in den Urlaub fahren. Aus den Erfahrungen der letzten Jahre heraus ist es besser, den Bewohnern erst am Abreisetag zu sagen, dass wir in den Urlaub fahren.“

Um Fristen bzw. Wartezeiten zu verdeutlichen, setzen Helfer Visualisierungshilfen (wie TEACCH, Time-Timer, Kalender, Merktzettel) ein:

**34:14 Heimmitarbeiterin**

„Das ist für den Bewohner schon ein Problem, wenn wer weiß: das Essen steht bereits fertig in der Küche, aber es dauert halt doch noch. Dann stellen wir ihm einen Time-Timer zur Verfügung, damit er sieht, wie lange es noch dauert, das hilft teilweise.“

FAZIT

Helfer sprechen sich dafür aus, Personen mit Intelligenzminderungen über alle persönlich relevanten Belange zu informieren, seien es vergangene oder aktuelle Geschehnisse, seien es Pläne oder Planänderungen. Es bewährt sich, kommende Ereignisse erst kurzfristig anzukündigen und Wartezeiten mit geeigneten Methoden zu visualisieren. Helfer legen zudem Wert darauf, eigene Handlungsweisen, Erwartungen und Entscheidungen verständlich zu erläutern und nachvollziehbar zu machen. Mit Nachdruck sprechen sich Helfer dafür aus, Personen mit Beeinträchtigungen auch über unbequeme Nachrichten in Kenntnis zu setzen und sie weder anzulügen noch ihnen bedeutsame Informationen vorzuenthalten.

### 4.6.3 „Deine Stimme zählt!“ – Mitbestimmung ermöglichen

#### UM WAS ES GEHT

Sämtliche Interviewteilnehmer befürworten das Vorgehen, eine Person mit Behinderung in Überlegungen einzubeziehen, sofern deren Belange tangiert werden. Das heißt konkret: deren Problemsicht zu ergründen, deren Anliegen zu erkunden und deren Lösungsideen aufzugreifen:

#### 4:4 Heimitarbeiterin

„Das Krisenplan-Gespräch ist auch gut gelaufen, weil sowohl wir als auch die Eltern den Bewohner immer gefragt haben, was er dazu sagt. Also wir haben nicht über ihn hinweg entschieden.“

Eine partizipative Haltung trägt dazu bei, dass Betroffene sich als selbstwirksam erleben und sich zutrauen, ihre Bedürfnisse zu behaupten und Probleme eigenständig zu lösen:

#### 8:22 Bewohnerin

Interviewerin: „Sie sagen eben: Sie haben Probleme im Kopf, die können Sie in der Visite rauslassen. Was macht die Ärztin dann mit dem Problem?“

Bewohnerin: „Also, unterhalten, richtig gut. Wie vernünftige Leute, wie wir beide reden. So Fragen: ‚Wie sollen wir das machen und was sollen wir tun, damit das weg geht?‘ Und ich sag dann: Ich kann zeichnen, malen, stricken, häkeln, sticken – alles, was ich kann. Das hilft für den Kopf.“

Interviewerin: „Habe ich das richtig verstanden: die Ärztin fragt dann Sie: Was sollen wir jetzt machen, wie können wir das lösen?“

Bewohnerin: „Ich löse das selber!“

Basierend auf der Haltung, sich auf Augenhöhe zu begegnen statt den anderen zu „bevormunden“ (vgl. 4.4.1 „Auf Augenhöhe“ – Gedanken, Gefühle und Bedürfnisse ernst nehmen), vermindert die Möglichkeit zur Mitbestimmung aufreibende Machtspielchen zwischen Helfer und Bewohner. Stattdessen werden Menschen mit Behinderung durch eigene Entscheidungen in ihrer Autonomie unterstützt (vgl. 4.4.3 „Mach dein Ding!“ – Selbstständigkeit unterstützen):

#### 12:23 Bewohner

„Die Mitarbeiterin hat mich verärgert. Die hat mich gezwungen und gesagt, vor halb neun darf ich nicht ins Bett, aber ich war müde. Die wollte immer, dass ich bis halb neun wach bleibe, aber das habe ich nicht geschafft, weil: um acht ist meine Zeit, wo ich immer ins Bett gehe, hier im Heim mache ich das ja auch: da nehme ich abends meine Tabletten, dann gehe ich um acht ins Bett. Und ich kann von acht bis sechs durchschlafen. Das sind zehn Stunden, und die brauche ich auch. Ich habe dann zu ihr gesagt: ‚Liebe X., du kannst mich nicht zwingen, dass ich so lange aufbleibe.‘ Dann hat sie gesagt: ‚Das kann ich schon.‘ Dann habe ich gesagt: ‚Nein, ich bin ein erwachsener Mensch, ich bin schon 60. Und mit 60 Jahren kann man doch wohl erwarten von einem Menschen, auch wenn er eine Behinderung hat, dass er sich durchsetzt.“

Am nächsten Tag habe er mit einem anderen Stationsmitarbeiter noch einmal über die Sache gesprochen und der wiederum mit der Pflegerin. Ab dem Zeitpunkt habe er dann – wie im Heim – um acht Uhr abends ins Bett gehen dürfen.

Solange keine ernsthaften Gefahren drohen, gewähren Helfer selbst Bewohner-Entscheidungen, die sie selbst nicht befürworten oder teilen:

### **36:6 Familie**

Der Schwester ist aufgefallen, dass ihr Bruder mittlerweile vermehrt abwäge, ob er einem Vorschlag oder einer Bitte nachkomme oder nicht. So geschehen an einem der letzten Wochenenden, als er sowohl die Bitte, ins Bett zu gehen, als auch den Vorschlag, ein Bad zu nehmen, mit einem Kopfschütteln quittiert hatte.

Schwester: „Das ist doch seine Entscheidung, ob er jetzt schlafen oder baden will oder aber nicht. Ich denke, bei solchen Entscheidungen muss man ihn einfach lassen. Anders wäre es, wenn er seine Medikamente nicht nehmen würde, denn da würde er sich ja selbst schaden.“

Vater: „Er braucht das doch auch, dass er selbstständig Entscheidungen trifft. Ich möchte ihn schließlich nicht bevormunden.“

ABER

Wie in anderen zwischenmenschlichen Bereichen können auch Menschen mit Behinderung nicht in jedem Moment frei über ihr Tun und Lassen entscheiden. Vielmehr bestehen in allen Kontexten – egal ob Heim, Familie oder Klinik – Rahmenbedingungen, die die persönlichen Wahlfreiheiten einschränken. Helfer achten jedoch darauf, dem Bewohner Wahlmöglichkeiten zumindest innerhalb eines hinnehmbaren Rahmens zu offerieren:

### **63:10 Heimmitarbeiterin**

„Die Bewohnerin braucht bestimmte Vorgaben, gerade beim Anziehen. Das kriegt sie nicht auf die Reihe, sich so anzuziehen, wie das Wetter ist. Man macht halt dann Vorschläge und stimmt das ab. Aber wenn sie in der Früh aufsteht, weiß sie ganz genau: erst waschen, dann anziehen, dann dieses und jenes. Da kann sie sich die Zeit für sich einteilen und wir richten uns nach ihr. Wir sagen nicht: ‚So, jetzt passt es ins Schema, also auf geht’s!‘ Sie kann auch aussuchen, ob sie vor oder nach dem Abendessen baden geht.“

Gehen die Vorstellungen von Bewohnern und Helfern weit auseinander, muss das weitere Vorgehen unter Berücksichtigung der vielfältigen Interessenlagen weiter ausgehandelt werden:

### **10:23 Heimmitarbeiterin**

„Der Bewohner wollte mir sagen, dass er jetzt einmal in der Woche Milchreis essen will. Also er wollte in dem Gespräch Zusagen oder Versicherungen von mir haben, die ich aber so nicht machen kann, denn den Speiseplan machen wir alle zusammen.“ (...) „Gut gelaufen ist an dem Gespräch, dass der Bewohner Raum bekommen hat und diese Plattform für sich genutzt hat, um noch einmal seine Wünsche zu formulieren. Auf die wir aber tatsächlich nicht alle eingehen konnten, weil es einfach den Rahmen sprengt. Gut war unsererseits, bei der Wahrheit zu bleiben und nicht Zusicherungen zu machen, die nicht möglich sind.“

FAZIT

Ein „Bevormunden“ von Menschen mit Behinderung wird von allen Interviewpartnern abgelehnt und als Gefahr für gewaltsame Auseinandersetzungen ausgemacht. Helfer vertreten die Ansicht, dass eine Mitbestimmung von Menschen mit Behinderung menschlich und entwicklungsförderlich ist: es schärfe das Bewusstsein für die eigenen Bedürfnisse, stärke die Selbstbehauptung und unterstütze den Prozess der Verselbstständigung. Gegebenenfalls erfordern die Rahmenbedingungen eine Begrenzung von Wahlmöglichkeiten oder bedürfen

eines Verhandeln zwischen den Wünschen des Betroffenen und den Erwartungen oder Angeboten seitens des Helfers.

#### WEITERGEDACHT: Risiken und Nebenwirkungen der Ex-Kommunikation

Ursprünglich für den psychiatrischen Kontext der „Psychosen“ begründet (Retzer, 2003) und später auf die Interaktion bei kognitiven Störungen übertragen (Ruf, 2005, S. 129), beschreibt „Exkommunikation“ das Phänomen, demnach Patienten, die sich in den Augen ihres Umfelds unverständlich bzw. krankhaft verhalten, formal oder inhaltlich aus der Kommunikation und somit aus der Verantwortung für ihr Handeln ausgeschlossen werden (Schweitzer u. Nicolai, 2010, S. 29). Unter der Annahme zirkulärer Interaktionsprozesse wirkt das exkommunizierende Verhalten der Bezugspersonen zurück auf das unverständliche, herausfordernde Symptomverhalten des Patienten, welches im Verlauf aufrechterhalten wird oder weiter zunimmt. Ein Teufelskreis aus exkludierenden Denk- und Verhaltensweisen auf beiden Seiten wird begünstigt.

Im Kontext geistige Behinderung äußern sich exkommunizierende Interaktionen beispielsweise dann, wenn Betroffene faktisch aus Gesprächen, in denen es um ihre Belange geht, ausgeschlossen werden. Exkommunikation zeigt sich auch in Situationen, in denen mehr über eine Bewohnerin denn mit ihr geredet wird oder in denen Entscheidungen über den Kopf eines Bewohners hinweg getroffen werden in dem Glauben, ihn störungsbedingt nicht einbeziehen zu können. Außerdem kommt es vor, dass dem Betroffenen Gefühle oder Bedürfnisse zugeschrieben werden, ohne mit ihm direkt gesprochen zu haben, oder dass ein Gesprächspartner in einer Unterhaltung mit einer Betroffenen nickt, ohne sie wirklich verstanden zu haben (sog. Pseudoverstehen). In allen Fällen gehen Helfer keine „echte“ Kommunikation ein (vgl. 4.6.1 „Zuhören ist Gold.“ – Aufmerksam zuhören). Es verwundert nicht, wenn das Interesse von Betroffenen, sich an einem Gespräch zu beteiligen, vor dem Hintergrund derartiger Erfahrungen auf Dauer nachlässt. Manche von ihnen reagieren dann eher resignativ mit Rückzug, andere versuchen, persönliche Anliegen und Bedürfnisse auf dysfunktionale Weise einzubringen bzw. mit Gewalt „durchzuboxen“.

Die Interviewausschnitte belegen die Möglichkeit und Notwendigkeit, Menschen mit Behinderung in kommunikative Prozesse und Entscheidungen einzubeziehen. Dies erfordert das Engagement der Helfer, für ein gemeinsames Gespräch angemessen viel Zeit einzuplanen und sprachliche wie nicht-sprachliche Ausdrucksmittel unterstützend einzusetzen. Gelingt dies, werden Mitsprache und echte Partizipation bzw. Teilhabe möglich und die Wahrscheinlichkeit aggressiver Vorfälle sinkt.

#### **4.6.4 „Die Gedanken sind frei...“ – Vorsichtig über sensible Themen sprechen**

##### UM WAS ES GEHT

Helfer vertreten die Einstellung, vorsichtig mit sehr persönlichen, schambesetzten, bedrohlichen oder besorgniserregenden Themen umzugehen. Konkret werden in den Interviews genannt: der unbekannte leibliche Vater, die schwere Erkrankung der Mutter, eine unerfüllte Liebesbeziehung, sexuelle Bedürfnisse, schwierige Familienverhältnisse sowie frühkindliche Traumatisierungen.

Zurückhaltung impliziert, ein kritisches Thema als Helfer eventuell nicht oder nur andeutungsweise anzusprechen und zu respektieren, wenn der oder die andere (noch) nicht oder nur mit ausgewählten Personen darüber sprechen möchte. Es bedeutet weiter, angemessene Formulierungen zu wählen, die den kognitiven Erfahrungshorizont des Gegenübers berücksichtigen:

**46:69 Mutter**

Über ihre Krebserkrankung habe sie zwar mit den anderen Kindern, nicht aber mit ihrem Sohn gesprochen. Natürlich habe er zwischendurch immer wieder nachgefragt, warum er so lange nicht nach Hause kommen könne, aber das habe sie ihm damit erklärt, dass sie im Krankenhaus gewesen sei. „Er weiß nicht, dass ich Krebs habe. Und als er jetzt da war, hab ich ja auch kaum Haare mehr gehabt. Aber er hat auch nie gefragt, warum ich eine Mütze trage oder so wenig Haare habe. Ein anderer hätte das gemacht. Aber er hat nichts gesagt, und ich hab auch nichts gesagt. Ich habe aber erklärt: ‚Ich bin krank. Ich habe eine Operation gehabt.‘“

Im stationären Kontext stellt Zurückhaltung allein aufgrund des begrenzten zeitlichen Rahmens und insbesondere bei traumatischen Erlebnissen eine therapeutische Maxime dar:

**24:18 Stationsmitarbeiter**

„Wir waren vom Stationären her sehr zurückhaltend, was das Sprechen über seine Erlebnisse [Missbrauchserfahrungen] betrifft, weil die Bearbeitung von solchen Geschichten ein großes Ding ist. Und wir wollen nicht ein Paket aufmachen und ihm ausgepackt wieder mitgeben. Hier ging es eher um darum zu besprechen, wie er sich schützen und sichern kann, damit ihm nichts entgleitet. So was muss er dann vor Ort und längerfristig in einem stabilen Setting machen, das ihn nicht zerbröseln lässt.“ (...)

Die Bereitschaft, auch über schwierige oder brisante Themen zu sprechen, sollten Helfer durchaus signalisieren. Ein zu intensives, aufdringliches oder insistierendes Gesprächsverhalten hingegen begünstigt aggressive Eskalationen:

**46:71 Mutter**

Das Thema ‚Vater‘ habe sie nun, da ihr Sohn erwachsen sei, noch einmal mit ihm besprechen wollen. „Und dann bin ich einmal extra ins Heim gefahren, hab ihn in eine Gaststätte eingeladen und gefragt: ‚Willst du immer noch wissen, wer dein Papa ist? Du bist ja jetzt alt genug.‘ Aber da kam nichts. Und seitdem habe ich das alles gelassen. Ich weiß nicht, was er denkt. Und wenn er es mir nicht sagen will, soll er es für sich behalten. Ich habe es wenigstens versucht. Und ihm angeboten: ‚Wenn du was wissen willst, kannst du jederzeit damit kommen.‘“ Bei diesem Gespräch habe er lediglich wissen wollen, wo sein Papa lebe. Worauf sie geantwortet habe, sie wisse es nicht. Noch nicht einmal, ob er noch lebe (...). Daraufhin habe sich ihr Sohn im Gespräch wieder anderen Dingen zugewandt.

ABER

Es gibt Fälle, in denen Helfer bewusst entscheiden, ein Thema, das vom Gegenüber ausgebreitet wird, zu begrenzen, beispielsweise wenn zu befürchten ist, dass sich die manisch-gesteigerte Stimmung eines Bewohners durch Zuwendung von außen noch weiter verstärkt:

**55:10 Heimmitarbeiter**

Angenommen, man wollte einen manischen Schub von außen geradezu herbeiführen, so könnte man die Stimmung des Bewohners möglicherweise dadurch steigern, dass man als Mitarbeiter mehr auf das Thema „Sexfilme“ einsteigt. Zumindest hätten bisher alle Mitarbeiter streng darauf geachtet, den Bewohner bezüglich dieses Themas auszubremsen:

„Ich meine, das ist ja schon ein legitimes Bedürfnis, die Sexualität. Und das soll man ja eigentlich auch fördern. Aber ich glaube, beim ihm geht das dann schon in eine extreme Richtung, dass es die Manie damit generell steigert. Nur: das ist nicht so eindeutig. Als er zu uns gekommen ist, hab ich das nicht gleich gecheckt, dass das so eine Manie ist. Ich hab halt geglaubt, der ist so gut drauf. Zwischen „gut gelaunt“ und dem Tick zu viel ist es bloß eine Gratwanderung.“

Ebenso begrenzen Helfer Gespräche über leidvolle Themen, die in ihren Augen auszufern drohen und weitere Probleme verursachen:

#### **9:15 Heimmitarbeiterin und Bewohner**

Nach Ansicht der Heimbetreuerin sind Verlusterfahrungen für den Bewohner sehr problematisch. Da lenke er - gedrängt von einem intensiven Mitteilungsbedürfnis - so viele Gespräche auf das Thema Tod, dass andere Gruppenteilnehmer schon rückgemeldet hätten, dass es nun reiche. Im Unterschied zur Psychologin, die bei diesem Thema viel Raum für Gespräche und Tränen lasse, gehe sie selbst pragmatischer vor und richte den Blick schneller wieder nach vorne. So seien sie beispielsweise zwei Mal auf Wunsch des Bewohners am Grab der Eltern gewesen.

An dieser Stelle bestätigt der Bewohner, dass ihm das gut getan habe.

Seine Betreuerin fährt fort: „Und gleich im Anschluss sind wir im selben Ort in ein Café gegangen, da hat er alte Bekannte getroffen und die ins Gespräch verwickelt.“

#### **FAZIT**

In der Kommunikation mit Menschen mit Behinderung achten Helfer auf Grenzen. Einerseits respektieren sie Grenzen, die ein Gesprächspartner mit Behinderung im Gespräch signalisiert, beispielsweise weil ein Thema sehr schambesetzt oder schmerzlich ist. Andererseits setzen auch Helfer im Gespräch Grenzen, wenn sie Sorge tragen, dass eine Situation ansonsten eskalieren könnte: Ein stimmungsmäßig übersteigertes Gesprächsinteresse drosseln sie durch Nicht-Beachtung und Gespräche über sehr belastende Themen lenken sie durch Fokussierung auf Bewältigungsmöglichkeiten um. In beiden Fällen gilt es, Signale von Unbehagen – sei es beim Gesprächspartner, sei es bei sich selbst – ernst zu nehmen. Davon unbenommen signalisieren Helfer ihre Bereitschaft, mit dem Bewohner bei Interesse auch über schwierige oder brisante Themen zu reden.

#### **4.6.5 „Gut gemacht!“ – Wertschätzende Rückmeldungen geben**

##### **UM WAS ES GEHT**

Wertschätzende Rückmeldungen tragen laut der Interviewteilnehmer viel zu einem gelingenden Miteinander bei. Im Kontext Behinderung gelte es ganz besonders, trotz aller Einschränkungen und Probleme den Blick auf die vermeintlich kleinen Erfolge, auch auf die Anstrengungen im Hinblick auf erwünschtes Verhalten zu kultivieren und das Wahrgenommene mittels Lob oder Dank zu würdigen:

#### **4:12 Heimmitarbeiterin**

„Ich denke, es ist dieser wertschätzende Umgang. Und vor allem die Sicht auf die Kleinigkeiten. Also wenn man die kleinen Besonderheiten sieht und ein bisschen herausstellt und gleich anspricht, dann hören die Bewohner das ja. Dann sieht der Bewohner: ‚Ich habe mich bemüht und die hat das gesehen.‘ Also diese Anerkennung dessen, was man auch für Kleinig-

keiten hält. Und man sieht es - steter Tropfen höhlt den Stein -, wie sich das doch verändert hat in der Gruppe.“

Zudem achten Helfer darauf, auch für leistungsunabhängige Personen-Merkmale anerkennende Worte zu finden:

**63:17 Heimmitarbeiterin**

„Ich sage oft zu der Bewohnerin: ‚Komm, mach dich groß, du bist groß. Du bist eine hübsche Frau. Wie auch immer: ein positives Feedback. Und dann geht die auch ganz anders. Nicht so wie mit dem Kopf in den Sand.‘“

ABER

Nicht jedes Verhalten ist wünschenswert. Im Falle problematischen oder gefährlichen Bewohner-Verhaltens achten Helfer umso mehr auf eine wertschätzende Formulierung ihrer Rückmeldung: Kritische Rückmeldungen sollten in normalem – keinesfalls lautem oder strengem – Ton vorgebracht und sachlich-wohlwollend formuliert werden:

**51:12 Heimmitarbeiterin**

Für die persönliche Weiterentwicklung der Bewohnerin sei eine beständige Anerkennung durch das Team unterstützend. Das fordere die Bewohnerin sogar regelrecht ein durch Fragen wie: „Das hab ich gut gemacht, oder? Bist du zufrieden? Gefällt dir das, was ich gemacht habe?“ (...) Dabei könne sie auch Rückmeldungen aushalten, dass manches ‚nicht ganz so toll‘ gelaufen sei. „Zwar nicht allzu sehr, aber doch leicht kritikfähig“ schätzt die Betreuerin ihre Bewohnerin mittlerweile ein.

„Kritik sollte eher auf die lustige Art erfolgen. Also nicht bierernst oder verletzend, das kommt nicht gut. Sondern möglichst sachlich. Und mit einer Aufmunterung: ‚Ja gut, aber nächstes Mal schaffen wir das wieder.‘“

Worauf Betroffene äußerst empfindlich reagieren, ist das Erleben, bei Fehlern oder persönlichem Versagen geschimpft, angeschrien oder barsch zurechtgewiesen zu werden:

**47:33 Heimmitarbeiterin**

Wo es letztens richtig Stress gegeben habe, sei die Arbeitsstelle gewesen: „Da muss ihn der Chef blöd angeredet oder angeschrien haben, weil der Bewohner seine Arbeit wohl nicht anständig gemacht hat, und dieser Chef ist da immer sehr lautstark. Und das kann der X. halt gar nicht abhaben, wenn ihn jemand anschreit. Und dann meinte er, er geht jetzt nicht mehr arbeiten.“

**57:5 Bewohner**

Interviewerin: „Wie können dich die Mitarbeiter richtig auf die Palme bringen? Was müssten die machen, um dich richtig wütend zu machen?“

Bewohner: „Schimpfen!“

FAZIT

Helfer unterstützen ein gelingendes Miteinander, indem sie der Person mit Intelligenzmindering möglichst viele positive Rückmeldungen geben, beispielsweise durch Lob, Dank oder Komplimente. Sie achten darauf, nicht nur erwünschtes Zielverhalten hervorzuheben, sondern ebenso diejenigen Bemühungen zu würdigen, mit denen die Person eine kritische Situation zu bewältigen versucht. Im Falle problematischen Verhaltens achten Helfer gleichsam auf eine wertschätzende Haltung, indem sie Kritik sachlich, aufmunternd und in normaler

Sprechlautstärke äußern. Lautstarkes Schimpfen belastet demgegenüber die Beziehung zwischen Helfer und Personen mit Behinderung empfindlich.

#### WEITERGEDACHT: Ressourcen- und lösungsorientierte Sprache

Eine Fokussierung auf Ressourcen und Lösungen stellt in der lösungsorientierten Kurztherapie eine Maxime dar und hat sich als Grundhaltung in der systemischen Praxis etabliert (von Schlippe und Schweitzer, 2013, S. 209). Eine Kernaussage des lösungsorientierten Ansatzes besteht darin, dass das Sprechen über Probleme weitere Probleme nach sich zieht, während das Kommunizieren über Lösungen und Ressourcen eine Problembewältigung begünstigt (de Shazer, 2017). Bedeutsam ist die Annahme, dass jedes System prinzipiell über sämtliche Ressourcen zur Lösung seiner Probleme verfügt, auch wenn diese Ressourcen nicht in jedem Moment genutzt werden.

Die Interviewbeiträge weisen in vergleichbarer Weise auf die Nützlichkeit hin, erwünschtes, gleichsam „lösungsorientiertes“ Verhalten anzusprechen und zu würdigen im Sinne von: „Ich bewundere, dass du vorhin so ruhig geblieben bist.“ Eine ressourcen-orientierte Haltung richtet den Blick darüber hinaus auf die individuellen Stärken und Fähigkeiten, die es einer Person trotz Behinderung ermöglichen, sich auf eine angemessene Weise zu verhalten. Lösungssprache bedeutet dann nicht nur, beobachtbares Verhalten durch wertschätzende Kommentare zu verstärken, wie es die Interviewpartner propagieren, sondern darüber hinaus diejenigen individuellen Kompetenzen in den Blick zu nehmen, die zu dem betreffenden Verhalten beigetragen haben könnten: „Wie genau hast du das geschafft, in der Situation eben nicht zu explodieren? Was hast du genau gemacht, damit die Sache nicht eskaliert? Was sagt das über deine Stärken aus?“

## 4.7 KONTEXT der beeinträchtigten Person

### 4.7.1 „Do it yourself!“ – Beschäftigungen anbieten

#### UM WAS ES GEHT

Mit breiter Zustimmung unterstreichen pädagogische, klinische wie auch familiäre Helfer die Bedeutsamkeit dessen, dass Menschen unabhängig vom Grad ihrer Behinderung tätig sind. Auch viele Interviewpartner mit Behinderung berichten stolz, was sie tagtäglich tun. Dazu zählen hauswirtschaftliche Verrichtungen, Freizeitaktivitäten (Spiel, Sport, Spaziergänge, kreative Beschäftigung) sowie tagesstrukturierende Angebote in der Förderstätte bzw. Aufgaben in der Werkstätte:

#### 21:6 Heimmitarbeiter und Bewohner

Mitarbeiter [an Bewohner]: „Du bist ja ein großer Helfer in allem.“

Interviewerin [an Bewohner]: „Ist das wichtig hier: ganz viel helfen können?“

Bewohner: „Ja, freilich. Maschine einräumen, mach ich alles.“

Interviewerin: „Heißt das: gute Mitarbeiter lassen dich mithelfen?“

Bewohner: „hmm.“ [bestätigend]

Stolz zählt der Bewohner auf, welche Aufgaben er in der Gruppe erledigt: Kaffeekochen, Blumengießen, Spülmaschine-Ausräumen oder Tischdecken, auch beim Kochen helfe er mit.

Dass das Thema Beschäftigung so viel Gewicht hat, hängt nach Ansicht von Betroffenen und Helfern mit verschiedenen Bedürfnissen zusammen, zum Beispiel dem Streben nach Selbstständigkeit und Unabhängigkeit, dem Anliegen, sich durch eigenes Mitwirken nützlich zu erweisen und auf diese Weise einen sinnstiftenden Beitrag zu leisten zum Leben in der Gemeinschaft sowie dem Bedürfnis, durch Mitwirkung Einfluss zu nehmen auf das, was im Umfeld geschieht. Das Beschäftigtsein dient ebenso dazu, den Tagesablauf zu strukturieren, Zeiten des Nichts-Tuns oder der Langeweile zu vermeiden und Personen von unerwünschten Verhaltensweisen abzuhalten:

### **30:4 Bewohner**

Interviewerin: „Und was machst du, wenn du gerade nicht im Bett liegst?“

Bewohner: „Nur Scheiße bauen. Weil ich kein Spezi kaufen darf. Weil ich nicht in die Wirtschaft fahren darf. Weil ich nicht zur Eisdielen darf. Weil ich nicht zum Zeltlager fahren darf. Aufschreiben! [Aufforderung an Interviewerin] Da bin ich schon traurig.“ Was er denn im Heim gerne arbeiten würde, will ich weiter von ihm wissen. „Flaschen sortieren, Wäsche sortieren, putzen. Und ich fahr gern zum Spezi-Trinken, zum Zipfelmeier und zum Sportheim. In der Pizzeria war ich auch früher – aufschreiben!“

Helfer sehen ihre Aufgabe darin, Menschen mit Behinderung in alltägliche Verrichtungen einzubeziehen, sie mit geeigneten Aufgaben zu betrauen und sie zu ermuntern, sich um die eigenen Belange selbst zu kümmern. Dabei stehen sie den Betroffenen instruierend (was wann, wo, wie, womit gemacht werden soll), beratend, maßvoll fordernd, kontrollierend, manches Mal auch geduldig-aushaltend zur Seite:

### **4:13 Heimmitarbeiterin**

„Wir hatten jetzt einen Probearbeiter da, dem ist unser Umgangston mit den Bewohnern positiv aufgefallen. Und dass wir zwar viel anwesend sind, unsere Bewohner aber dennoch in ihrer Selbstständigkeit unterstützen. Da hatten wir neulich Backcamembert gemacht, und es hat lange gedauert, bis der M. seine Stücke aus der Packung geholt, aufs Blech gelegt und das Blech in den Ofen geschoben hatte. Als Mitarbeiter steht man dann eigentlich nur daneben. Wir könnten natürlich auch sagen: ‚Gib her, ich mach’s schnell für dich.‘ Aber da fangen wir bewusst 10 Minuten früher an mit dem Wissen: ich mache das jetzt mit dem Bewohner zusammen. So lassen alle Mitarbeiter die Bewohner mehr machen, das fand der Kollege wohl gut.“

Für die Aufgabenauswahl gilt: eine Aufgabe sollte bewältigbar sein, im persönlichen Interessensbereich liegen und kleinschrittig aufgebaut sein. Betont wird, dass es sich um bedarfsorientierte, nützliche Aufgaben handeln sollte und nicht um artifizielle, sinnentleerte Beschäftigungen:

### **21:10 Heimmitarbeiter**

„Es braucht Alltagshandeln, also nicht so etwas Gefördertes. Eine Zeitlang durften wir mal selbst einkaufen gehen, hatten auch ein Budget dafür. Aber als wir mal gesagt hatten: ‚Wir brauchen Zucker‘, meinte der Bewohner sofort: ‚Ist im Keller.‘ Also er weiß, wenn er gelinkt wird. Aufgaben dürfen also keine Show sein, sondern das muss echt sein.“

Das Beschäftigungsmaterial sollte auf den individuellen kognitiven Entwicklungsstand abgestimmt sein, dabei aber ebenso das biologische Alter berücksichtigen. Der Einsatz von (Klein-)Kinderspielzeug kann problematisch sein:

**34:43 Schwester**

„Meistens ist er samstags noch relativ zufrieden. Aber wenn wir dann am Sonntag nichts machen und er nur darauf wartet, abgeholt zu werden, dann ist es schwierig für ihn. Wir haben früher öfters mal versucht, ihm irgendwas anzudrehen: ich wollte mal mit ihm Duplo-Lego spielen, aber da ist er komplett sauer geworden.“ (...)

Instruktionen werden in Form respektvoller Anregungen dargeboten, Befehlsformen sind zu vermeiden. Ist eine Aktivität unumgänglich, werden freundliche, aber klare Ansagen angeraten, die keinen Diskussionsspielraum bieten:

**8:50 Mutter**

„In der Einrichtung ist sie wirklich gut aufgehoben. Ich finde gut, dass es in den Gruppen sehr familiär zugeht, sehr freundlich und lieb. Auch, dass kein großer Zwang ausgeübt wird, also zum Beispiel kein ‚Du musst jetzt in die Gärtnerei.‘ Sondern da heißt es: ‚Hast du Lust dazu? Komm, lass uns die Gärtnerei mal anschauen, schau mal, ob du das machen möchtest.‘“ (...)

**4:29 Mutter**

„Normalerweise würde er da nie mit hingehen. Aber ich habe zu ihm gesagt: ‚Das muss jetzt sein. Das müssen wir wirklich machen.‘ Ich weiß nicht, ob er wirklich neugierig war auf die Ausstellung, aber er ist mitgegangen und hat sich das alles angeschaut. Er spürte wohl, dass es ein ernstes Anliegen ist, also dass es uns wichtig ist und es viel wertvoller für mich ist, wenn wir zusammen dahin gehen.“

Zögerliche Personen können durch aufmunternden Zuspruch, ggf. auch durch eine angemessene Dosis an Hartnäckigkeit zu einer Aktivität bewegt werden:

**10:3 Bewohner**

„Der Therapeut hat mich wunderbar wieder hingekriegt. Der hat gesagt: ‚Sie schaffen das!‘ (...) Ich muss mir bloß was zutrauen. Jetzt macht mir alles wieder Spaß.“

**25:6 Heimmitarbeiter**

„Gestern zum Schwimmen wollte der Bewohner zuerst nicht mit, da habe ich schon ein bisschen hinreden müssen und dann hat er doch mitgemacht. Also: Dranbleiben hilft auf jeden Fall. Dann frage ich halt zehnmal nach - da habe ich ihn mit Sicherheit auch genervt. Aber dadurch, dass ich ihn schon relativ lange kenne, merke ich schon, dass er irgendwie doch auch Interesse hat.“

Personen, die sich ablehnend gegenüber einer Aufgabenstellung verhalten, stellen Helfer vor eine Herausforderung: Reagieren sie mit Druck, Zwang oder Bestechungsversuchen, steigt die Gefahr von Widerstand, Konflikten und Übergriffen. Helfer raten, genau zu prüfen, ob das Nein akzeptiert werden kann. Bei freiwilligen Angeboten (wie Freizeitaktivitäten) sollte eine ablehnende Haltung respektiert werden:

**45:5 Heimmitarbeiter**

„Sein Rückzug ist für uns kein Problem. Wir sind ja froh, dass er sich selbstständig auf sein Zimmer zurückzieht, wenn es ihm nicht gut geht. Aufpassen tun wir nur, dass er sich nicht zu sehr isoliert. Da gibt es schon immer wieder Angebote wie Spaziergänge, Kaffeetrinken oder

an den Pool gehen, damit er wieder rauskommt. Aber wenn er ‚Nein‘ sagt, dann akzeptieren wir das genauso.“ (...)

Ist die geforderte Aktivität aus Helfersicht notwendig, kann zwar freundlich und argumentativ insistiert werden, die Einflussmöglichkeiten des Helfers bleiben jedoch begrenzt. In solchen Fällen geht es eher darum, wie ein Helfer mit dem inneren Druck, den Betroffenen zu etwas bewegen zu wollen, umgeht. Eine akzeptierende Haltung, die auch suboptimale Folgen duldet, lässt Helfer gelassener reagieren und begünstigt paradoxerweise, dass der Betreffende einer Aufforderung schlussendlich doch nachkommt:

#### **43:31 Stationsmitarbeiter**

Diagnostiktermine habe der Patient nach kurzem Überreden durchaus wahrgenommen, aber es sei schier unmöglich gewesen, ihn zu Therapien wie Krankengymnastik zu motivieren: „Er hat die Angebote abgelehnt. Aber ihn ziehen und zerren macht ja keinen Sinn.“

#### **ABER**

Die umfangreichen Bemühungen der Helfer, für angemessene Beschäftigungen zu sorgen, dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch Zeiten des „Nichts-Tuns“ für ein entspanntes Miteinander relevant sind. Konkret achten Helfer darauf, einer Person während intensiver Beschäftigungsphasen regelmäßig Pausen anzubieten bzw. zu gewähren, um Überforderungsreaktionen zu vermeiden. Viele Betroffene profitieren prinzipiell von einer geregelten Abfolge an Beschäftigungs- und Ruhephasen:

#### **10:2 Bewohner**

„Ich mache überall mit, und wenn es mir zu viel wird, setze ich mich ein bisschen hin und ruhe mich aus. Das hab ich inzwischen gelernt. Und wenn ich merke, das geht wieder, dann mache ich wieder mit. Weil: die TENE [tagesstrukturierende Maßnahme für Senioren] ist ja ein Kurs, wo man nicht unbedingt alles machen muss. Das wusste ich schon immer, das hatte ich bloß ein bisschen übertrieben, da hab ich immer durchgearbeitet. Aber jetzt weiß ich, wo meine Grenzen sind.“

Wenn der Eindruck besteht, dass eine erhöhte Anspannung auf Bewohnerseite mit dem Timing oder der Dichte an Tätigkeiten in Verbindung steht, raten Interviewpartner dazu, das tägliche oder wöchentliche Beschäftigungsprogramm zu reduzieren oder zu entzerren (vgl. 4.14.4 „Das geht auch anders.“ – Kontext anpassen):

#### **53:20 Bewohnerin**

„In der Förderstätte geht’s mir auch gut. Da gehe ich aber nur einen halben Tag hin, weil es mir sonst zu viel wird.“

Die Gefahr für herausforderndes bzw. aggressives Verhalten steigt in dem Maß, wie dem Bedürfnis nach Pausen und Nichts-Tun nicht genügend Raum gegeben wird. Dann kann sogar eine Klinikeinweisung als Rettungsinsel erscheinen, um sich von den Strapazen des Alltags in der Wohngruppe oder dem Leistungsanspruch in der Werkstätte zu erholen. Tatsächlich betrachten einige der intelligenzgeminderten Studienteilnehmer die Zeit in der psychiatrischen Klinik als „Erholung“ oder „Urlaub“ (vgl. 4.14.6 „Alarmstufe Rot.“ - Stationäre Maßnahme abstimmen):

### **1:28 / 2:20 Eltern**

Im Gegenteil habe ihr Sohn den Aufenthalt in der Klinik sogar als Urlaub empfunden. Da habe er sich regelrecht erholen können von den Anforderungen, die in der Wohngruppe an ihn gestellt würden. Auch deshalb, weil man dort anfangs wenig Programm gemacht habe und die Menschen dort einfach so habe machen lassen.

„Ein bisschen mehr gelassen“, fügt die Mutter hinzu. (...)

Vater: „Es war eine richtige Auszeit in der Klinik, die unser Sohn brauchte. Denn es hatte vorher einfach nicht mehr funktioniert. Eine absolute Auszeit in reizvoller Umgebung, wo kein Leistungsdruck war und er auch nachmittags in seinem Bett liegen konnte, so viel er wollte.“

Das Thema „Beschäftigung versus Nichts-Tun“ lädt Helfer zu grundsätzlichen Reflexionen ein: Wieviel Aktivität und wie viel Nichts-Tun ist angemessen für Menschen mit Assistenzbedarf? Wie agieren Helfer verantwortungsvoll zwischen den Polen „Machen“ und „Lassen“? Derartige Überlegungen knüpfen an die Beiträge zur akzeptierenden Haltung an (vgl. 4.4.4 „Es ist, wie es ist.“ – Gegebenheiten akzeptieren) und legen nahe, Entscheidungen bedürfnisorientiert, situationsspezifisch als auch entwicklungsorientiert zu treffen:

### **4:27 Mutter**

„Ich prüfe manchmal, ob ich nicht auch ein schlechtes Gewissen habe, wenn man Dinge bleiben lässt. Einerseits ist es gut, ihn zu lassen, wenn er keine Lust hat, und ich sage auch zu ihm: ‘Ist doch schön, am Wochenende auch mal gar nichts zu machen.’ Aber manchmal denke ich auch: ‚Was könnte man alles machen?‘ Ich überlege doch sehr kritisch: ist es wirklich schön für ihn, einfach nur daheim zu sein, oder wartet er nur, bis die Zeit wieder herum ist?“ So bedauere sie, mittlerweile nicht mehr mit ihrem Sohn in ein Konzert zu gehen oder einen Gottesdienst zu besuchen. Das sei jetzt gar nicht mehr denkbar. Generell sei sein Aktionsradius deutlich kleiner geworden, ebenso in der Einrichtung, wo er wohl weder zum Schwimmen mitgehe noch weiterhin an der Maltherapie teilnehme. Andererseits sei sie keinesfalls dafür, ihren Sohn zu solchen Aktivitäten zu zwingen. „Er wird jetzt 30 und es ist überschaubar, was er so macht und vorhat. Möglicherweise hat das auch etwas Resignatives festzustellen: ‚Ich kann eh nie alles alleine.‘ Es ist auch rührend, wie er bei Ausflügen zu einem hält, weil er ja weiß, wie abhängig er ist. Deswegen bin ich aber ganz froh, wenn ich von den Heimbetreuern höre, dass er etwas mitmacht.“

## **FAZIT**

Psychosoziale Helfer betrachten eine maßgebliche Aufgabe darin, Personen mit Intelligenzminderungen zu Beschäftigungen anzuregen. Dies gelingt umso besser, je mehr sie die individuellen Interessen und Fähigkeiten des Gegenübers berücksichtigen, Aufgaben freundlich und aufmunternd formulieren, Anforderungen kleinschrittig steigern und Pausen einplanen. Helfer raten zu einem respektvollen Umgang mit zögerlichen oder verweigernden Verhaltensweisen und befürworten eine akzeptierende Haltung. Im Kontext Beschäftigung gilt es gleichermaßen, Zeiten des Nichts-Tuns zu berücksichtigen. Eine gute Balance zwischen Anregen und In-Ruhe-Lassen trägt dazu bei, Unter- oder Überforderungen zu vermeiden und die Gefahr herausfordernden Verhaltens zu minimieren.

## 4.7.2 „Analog vernetzt“ – Soziale Teilhabe unterstützen

### UM WAS ES GEHT

Vor allem Heimmitarbeiter berichten von ihrem Anspruch, Bewohner beim Aufbau und Aufrechterhalten sozialer Kontakte zu unterstützen. Dazu zählen Personen innerhalb wie außerhalb der Einrichtung: Mitbewohner, Kollegen, Familienangehörige, Freunde ebenso wie Menschen, mit denen ein Bewohner oder eine Bewohnerin über eine Kirchengemeinde oder einen Verein in Verbindung steht:

#### **52:14 Bewohnerin**

„Und dann habe ich noch etwas auf dem Herzen“, plaudert die Bewohnerin drauf los und berichtet von einer Freundin, die in Kürze Geburtstag feiert. Mit der habe sie kaum noch Kontakt, seit sie nicht mehr in derselben Wohngruppe lebe: „Mit der verstehe ich mich immer noch, aber wir kommen halt nicht zusammen.“ Wie sie mit deren Geburtstag umgehe, müsse sie erst noch mit den Betreuern besprechen: „Vielleicht schenke ich ihr was, aber da muss ich erst mit dem Personal reden.“ Dann gebe es da noch einen weiteren Bewohner, der ebenso bald Geburtstag habe: „Der X., das ist ganz ein Hübscher. Auch mein ehemaliger Freund. Der hat früher bei uns auf der Gruppe gewohnt. Leider ist er auf eine andere Gruppe gezogen. So oft habe ich jetzt auch keinen Kontakt mehr zu ihm, weil der auf der anderen Gruppe ist. Aber ich versuche, das alles zu regeln.“

Innerhalb der Wohngruppe bzw. Einrichtung erleichtern Helfer Kontakte zwischen Mitbewohnern durch gezielte Angebote innerhalb der Gruppenräume oder durch gemeinsame Feierlichkeiten. Auch über die Art der Gesprächsführung schaffen Helfer Verbindungen zwischen Bewohnern und unterstützen diese so dabei, miteinander ins Gespräch zu kommen. Dies wirke sich positiv auf das prosoziale Verhalten der Gruppenteilnehmer aus und reduziere aufgrund des verbesserten Gruppenklimas das Risiko gewaltsamer Übergriffe:

#### **20:19 Heimmitarbeiter**

In einer Teamsitzung hätten sie beschlossen, die Kommunikation in der Gruppe, die sonst oft lediglich zwischen Bewohnern und Mitarbeitern ablaufe, so zu lenken, dass mehr direkter Austausch zwischen den Mitbewohnern ermöglicht werde. Da habe dieser Bewohner nämlich noch so seine Schwächen und frage beispielsweise einen Mitarbeiter danach, was ein bestimmter Mitbewohner gerade mache. Jetzt regten die Mitarbeiter ihn vermehrt dazu an, den anderen direkt anzusprechen. Das Sich-Raushalten erfordere ein bewusstes und arbeitsintensives Umlernen von Seiten der Mitarbeiter, denn, so der Betreuer: „Es ginge viel schneller, wenn man selbst antwortet.“ (...) Um die Kommunikation zwischen den Bewohnern zu unterstützen, sei sogar die Sitzordnung in der Gruppe geändert worden. Resümierend glaubt der Mitarbeiter, dass dieses Umdenken und Handeln im Team durchaus zu einer verbesserten Gruppenatmosphäre beigetragen habe.

Der „Draht nach außen“ wird durch die Mitarbeiter insoweit gefördert, dass Hausbesuche angeregt und auf Wunsch in Begleitung durchgeführt werden oder dass die Teilnahme an außerhäusigen Veranstaltungen oder Vereinstätigkeiten unterstützt wird:

#### **8:60 Mutter**

„Die Betreuerin ist super. Die war sogar mit meiner Tochter einmal hier zu Hause zu Besuch. Das möchte sie gerne noch einmal machen, denn sie möchte ja nicht nur mich sehen, sondern auch ihre Schwestern und eine Freundin von mir.“

### **47:36 Heimmitarbeiterin**

Die Mitarbeiter schickten den Bewohner auch schon mal allein mit dem Taxi nach München, wenn er dort am Wochenende eine Disco der offenen Behindertenarbeit besuchen wollte. Das werde zwischen den Mitarbeitern aus dem Heim und der offenen Behindertenarbeit telefonisch gut abgestimmt.

Einmal habe sie ihn dorthin begleitet, sei vor Ort aber gleich abgeschrieben gewesen: „Der kennt dort echt jeden, und die kennen ihn alle noch von früher, als er noch in München lebte. Der kommt da rein, sagt ‚hi‘ - zu wem auch immer - und ist weg. Dann sehe ich ihn die nächsten drei Stunden nicht wieder.“

Gegebenenfalls assistieren Heimmitarbeiter auch beim Telefonieren oder Verfassen von Briefen:

### **15:21 Heimmitarbeiterin**

Ein Fördergedanke bestehe darin, die Bewohnerin dabei zu unterstützen, Briefe zu schreiben, um auch außerhalb der Besuchszeiten eigenständig den Kontakt zur Mutter pflegen zu können:

„Die Bewohnerin soll eine neue Ebene finden, wie sie mit der Mutter Kontakt haben kann. Und dadurch, dass sie schreiben kann, finde ich Briefe ganz grandios. Sich hinzusetzen, sich Gedanken zu machen, die Gedanken Richtung Mama zu schicken, die passenden Worte zu finden und aufzuschreiben, bis hin zum Brief-Einwerfen: ‚zig einzelne, komplexe Handlungsschritte, die sie schon recht gut meistert. Und was die Mama riesig gefreut hat - sie hat auch schon zurück geschrieben.“

Die Familien sorgen ihrerseits dafür, dass ihr Angehöriger soziale Kontakte pflegt, zum Beispiel zu auswärtigen Geschwistern, entfernteren Verwandten und Bekannten oder Gleichaltrigen im häuslichen Umfeld:

### **24:9 Bewohner**

Seine Mutter würde sich über seine Aktivitäten freuen. So unterstütze sie ihn, wenn er am Wochenende nach Hause komme und dann bis frühmorgens mit den Kumpels um die Häuser ziehen wolle.

ABER

Für ein reibungsloses Miteinander ist das Bewahren familiärer und freundschaftlicher Kontakte ebenso wichtig wie das Akzeptieren und Gewähren von Zeiten des Für-Sich-Seins. Helfer achten bei der Gestaltung von Angeboten und Zeitplänen darauf, dass sie beiderlei Bedürfnisse – das nach geselligem Beisammensein ebenso wie jenes nach Privatsphäre und Rückzug – berücksichtigen, und zwar unabhängig vom Grad der Behinderung. Ein Bewohner regelt dies selbstständig durch eine schriftliche Bekanntgabe seiner ‚Sprechzeiten‘:

### **23:18 Heimmitarbeiter**

Beeindruckt zeigt sich der Mitarbeiter von einer Liste, die der Bewohner am Vortag am PC erstellt, ausgedruckt, laminiert und anschließend von außen an seiner Zimmertür angebracht hatte. Dort habe der Bewohner sämtliche Zeiten aufgelistet, zu denen er nicht gestört werden wolle, weil da seine Lieblingssendungen im Fernsehen liefen. Schließlich bringe der Bewohner damit zum Ausdruck, wann er gerne Zeit für sich hätte und wann er ansprechbar sei, und das ganz aus eigener Initiative. Es zeige auch, wie kreativ der Bewohner sei, indem er nicht nur die entsprechenden Uhrzeiten, sondern auch die Logos der jeweiligen Sendungen in die Liste aufgenommen hatte:

„Die Idee, wie kann ich anderen auf eine adäquate Art und Weise mitteilen, dass ich dann und wann Zeit für mich brauche, das finde ich sehr erwachsen und klug. Wäre lustig, wenn das Schule machen würde. Einige könnten das bestimmt nachmachen.“

Gerade in Fällen, wo ein Zuviel an Interaktion die Gefahr aggressiver Übergriffe birgt, dient ein phasenweiser, gegebenenfalls durch Helfer angeleiteter Rückzug sowohl der persönlichen Stressregulation als auch dem Schutz des sozialen Umfelds:

#### **31:40 Ambulanzärztin**

„Meine Sicht der ganzen Geschichte ist: Gebt dem Bewohner viel Rückzugsraum und eine feste Struktur. (...) Struktur lag für mich in ganz schlimmen Zeiten darin, ihm nur ganz begrenzte Zeiten zu geben, in denen er in Kontakt ist. Und dem Team zu signalisieren, dass es in Ordnung ist, wenn er in solch einer Phase 23 von 24 Stunden zurückgezogen ist und wenn es langsam nach oben geht mit den Kontaktphasen und der vermehrten Reizaussetzung. Ich habe bei diesem Patienten so das Bild von einer Großkatze, die im Zirkus auftritt. Da weiß man ja, dass die einen Umkreis um sich hat, den man nicht betreten darf, weil man sonst angegriffen wird. Auch wenn es in Wohngruppen ja oft so ist, dass die Bewohner raus aus ihrem Zimmer sollen, an der Gemeinschaft teilnehmen: dieser Bewohner hat da eine gewisse Sonderstellung.“

#### **FAZIT**

Die Interviews zeugen vom Einsatz der Helfer, bedeutsame soziale Verbindungen von Heimbewohnern nicht abreißen zu lassen. Berufliche Helfer unterstützen Bewohner bzw. Patienten durch Gruppenaktivitäten und die Art ihrer Gesprächsführung dabei, in Kontakt mit anderen zu gehen. Außerdem legen Helfer Wert darauf, dass Heimbewohner Beziehungen außerhalb der Einrichtung pflegen, beispielsweise zu Verwandten, Bekannten aus dem Heimatort, Vereinsmitgliedern oder ehemaligen Schulkameraden. Neben Angeboten zur sozialen Teilhabe berücksichtigen Helfer ebenso Zeiten, in denen Bewohner „für sich“ sind.

### **4.7.3 „Da geht’s lang.“ – Orientierung bieten**

#### **UM WAS ES GEHT**

In den Interviews ist häufig die Rede von Strukturen und Regeln: Helfer legen Wert darauf, einer kognitiv beeinträchtigten Person mittels klar definierter Ordnungen, Abläufe und Regeln möglichst viel Orientierung und Sicherheit zu bieten. Damit wollen sie Stress reduzieren und das Auftreten herausfordernder Verhaltensweisen günstig beeinflussen:

#### **53:11 Heimmitarbeiterin**

Auf die Frage, ob es noch andere Faktoren gebe, die förderlich für die Weiterentwicklung der Bewohnerin seien, überlegt die Mitarbeiterin:

„Neben dem allgemeinen Ernst-Genommen-Werden ist Beständigkeit eine große Hilfe, also dass immer alles gleich ist, gleich abläuft und strukturiert ist. Also dass man im Vorhinein weiß, was passiert. Zum Beispiel ist dienstags immer Lebensmittel-Einkauf, freitags ist immer Getränke-Einkauf, das ist alles bekannt.“

Bei Personen mit Autismus-Spektrum-Störungen, die erfahrungsgemäß besonders sensibel auf Veränderungen reagieren, wird dass das Festhalten an Strukturen und Regeln quasi zur Handlungs-Maxime erhoben:

### **29:77 Ambulanzärztin**

„Hilfreich ist, dass man nicht – jetzt mal ein bisschen provokativ – sagt: ‘Wir schauen jetzt mal, was heute für ein Tag ist und wie lange er heute im Zimmer bleibt.’ Sondern dass man bei Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen keine spontanen Veränderungen durchführt, stattdessen erst mal eine feste Struktur anbietet, den Tag durchstrukturiert, alles gut vorbereitet und sich konsequent daran hält. Ich glaube, das hat ihm sehr geholfen.“

Helfer sehen ihre Aufgabe darin, einerseits für verlässliche Strukturen, Abläufe und Regeln zu sorgen und andererseits dafür, dass sie eingehalten werden. Dies bedeutet, eine von ihnen betreute Person freundlich, aber bestimmt auf bestehende Regeln hinzuweisen und bei grenzüberschreitendem Verhalten konsequent einzuschreiten (vgl. 4.14.2 „Das hat Folgen!“ – Einsatz von Konsequenzen prüfen):

### **30:13 Heimmitarbeiter**

Was hat sich im pädagogisch-therapeutischen Umgang noch am ehesten bewährt?

Ein Beispiel könne dies illustrieren, meint der Heimmitarbeiter: So habe er dem Bewohner einmal direkt, nachdem dieser eine Porzellantasse zerschlagen hatte, Besen und Kehrschaufel in die Hand gedrückt mit den Worten: „Viel Spaß beim Aufkehren!“ Und tatsächlich: der junge Mann habe den Besen genommen, die Scherben zusammengekehrt und dabei gelacht.

Ein Mitarbeiter appelliert, dass sich für ein gelingendes Miteinander beide Seiten an Vereinbarungen zu halten haben: nicht nur die betreute Person, sondern gleichermaßen auch deren Helfer:

### **57:10 / 57:20 Heimmitarbeiter**

„Wirklich aufmüpfig wird er, wenn man ihn vertröstet. Also am Freitag kriegt er nach dem Mittagessen seine zwei Euro Taschengeld. Die hätte er am liebsten um ein Uhr, aber da haben wir gerade Übergabe. Und wenn du ihn da vertröstest und sagst, ‚du kriegst das Geld schon‘, dann ist die Geduld nicht da, da wird er dann richtig penetrant und geht nicht mehr weg: ‚Ich will aber jetzt!‘ Aber im Endeffekt: Er weiß, das ist die Regel, dass er um ein Uhr sein Geld kriegt, das wurde mit ihm gemeinsam vereinbart. Er hat ja prinzipiell Recht und eigentlich steht’s ihm ja auch zu. Bloß manchmal geht’s halt nicht, weil die Übergabe wichtiger ist.“ (...)

„Für meine Arbeit ist ganz wichtig: In einer Gemeinschaft gibt es Regeln und an die sollte sich jeder halten, alle Bewohner und auch alle Mitarbeiter.“

In diesem Zusammenhang betonen Helfer die Bedeutsamkeit eines einheitlichen Vorgehens: Gelingt es, sich im Familien- oder Kollegenkreis auf eine gemeinsame Linie zu einigen, biete dies der beeinträchtigten Person eine klare Richtschnur und trage maßgeblich dazu bei, Irritationen und Stress zu reduzieren (vgl. 4.10.4 „Viele Ideen, ein Plan.“ – Einheitliche Linie abstimmen):

### **3:19 Heimmitarbeiterinnen**

Einen großen Wert für das gute Gelingen der Freizeit messen die Betreuerinnen dem Personal bei: „Da war dieser konsequenter Kern beim Personal, kein Unsicherheitsfaktor. Jeden Mitarbeiter kannte er gut und jeder fährt die gleiche klare Linie.“

ABER

Laut Interviewteilnehmer gibt es Anlässe, die ein Abweichen oder Anpassen von Regeln nahelegen oder sogar erforderlich machen, beispielsweise in Situationen, in denen sich eine

Person so energisch gegen eine Vereinbarung auflehnt, dass aus Helfersicht ein Einlenken – im Ausnahmefall – notwendig und angemessen erscheint:

**1:58 Heimmitarbeiterin**

(...) Da habe sie in einem ersten Anlauf, quasi als Bestechungsversuch, zum Bewohner gesagt: ‚Geh jetzt bitte duschen, danach kannst du etwas naschen.‘ Und weiter (...): ‚Wenn du nicht duschst, gibt’s auch nichts Süßes.‘ (...) ‚Ich hatte noch befürchtet: Mist, das war jetzt nicht okay. Denn wenn ich den Bewohner dann doch in der Speisekammer stehen habe, hab ich ja gar keine Möglichkeit - dann muss ich ihm ja was geben. Der steht sonst eine Stunde vor der Tür. Und bevor die Sache eskaliert, hätte ich irgendwie einlenken und ihm irgendwas anbieten müssen. Da dachte ich mir: Hoffentlich hab ich mir da jetzt kein Eigentor geschossen.‘ (...)

Eine generell nachgiebige Haltung bewährt sich nach Aussagen diverser Helfer jedoch keinesfalls. Es vermag zwar kurzfristig eine angespannte Situation zu lösen, zieht aber längerfristig weitere Probleme nach sich:

**36:12 Vater**

‚Ich habe immer nachgegeben. Das hat schon kurz geholfen. Aber dann hat er zu viel getrunken und gegessen und anschließend wieder erbrochen. Unsere Wohnung ist auch so laut, und wenn er poltert, dann fühlte ich mich gezwungen nachzugeben - wegen der Nachbarn. Also, wenn er bekommt, was er will, ist er ruhig, aber dann macht er es immer wieder. Gott sei Dank ist es jetzt besser. Also: Nachgeben kann man anderen Eltern nicht unbedingt raten.‘

Des Weiteren plädieren Helfer dafür, nicht automatisiert oder krampfhaft an Regeln festzuhalten. Vielmehr gelte es, von Zeit zu Zeit Veränderungsbedarfe zu prüfen und Strukturen, Abläufe oder Richtlinien anzupassen, sofern dies entwicklungsbedingt oder im Hinblick auf ein friedliches Miteinander nützlich oder notwendig erscheint (vgl. 4.14.4 „Das geht auch anders.“ – Kontext anpassen):

**3:18 Heimmitarbeiterin**

‚Natürlich braucht der Bewohner seine ganz festen Rituale wie diese ganz strikte klare Linie mit Bildern und Anweisungen bei der Morgenpflege. Als wir das, weil es so gut funktionierte, gelockert haben, hat es nicht lange gedauert, da mussten wir das wieder revidieren. Es gibt manche Sachen, da macht man es noch autistischer, als die Menschen sowieso schon sind. Wenn ich einen ganz strikten Plan immer durchziehe, dann mache ich mir den vielleicht noch wichtiger als er eh schon ist. Bestimmte Rituale muss man einhalten, denn wenn die Struktur verändert wird, tut es den Betroffenen nicht gut, dann geht ein Stück Sicherheit verloren. Aber das muss man abwägen und immer mal wieder prüfen, ob sich eine Struktur aufweichen lässt.‘ (...)

Diskussionswürdig bleibt das Dilemma zwischen dem eng geregeltem Leben in der Gemeinschaft (egal ob Wohngruppe, Werkstatt oder Klinikstation) und dem Bedürfnis des einzelnen nach selbstbestimmtem Handeln:

**3:32/3:30 Vater**

‚Es ist ja im Moment das Verlangen da und ein Unterzucker, der jetzt gestillt werden will. Ein Erwachsener – und unser Sohn ist ja ein Erwachsener - würde hingehen und schauen, ob er noch ein Stück Schokolade daheim findet. Oder würde sich auf dem Heimweg bei McDonald’s irgendwas kaufen. Und das kann unser Sohn ja eben nicht. Das ist im Heim alles strukturiert, der ganze Tagesablauf. Das nützt den Behinderten natürlich auch, aber sie können eben nicht selbst bestimmen über ihre Bedürfnisse (...).‘ ‚Also er muss sich immer - bei der Arbeit wie in der Wohngruppe - einfügen, eingliedern, mitmachen. (...)

Es zeigt sich, dass das Verhalten von Menschen mit Intelligenzminderungen im Heim deutlich strenger reglementiert ist als in der Familie (vgl. 4.8.3 „Manchmal liegen Welten dazwischen.“ – Unterschiede akzeptieren). Dieses Phänomen ist aufgrund der vorliegenden Datenbasis erklärbar durch die unterschiedlichen Rollen und Aufgaben in den beiden „Welten“: In Einrichtungen der Behindertenhilfe sind die Bewohner Teilnehmer einer Wohngruppe, haben im Gruppenalltag Aufgaben zu erledigen und Pflichten zu erfüllen und gehen in der Förder- oder Werkstatt einer geregelten Beschäftigung nach. Zuhause hingegen halten sich die Bewohner in ihrer Freizeit auf, sei es am Wochenende oder in den Ferien. Sie werden von den Angehörigen als Gast empfangen, oft mit Lieblingsspeisen verwöhnt und von täglichen Aufgaben entbunden mit der Idee, sich erholen zu können. Die Familienmitglieder sind vornehmlich darum bemüht, eine stressfreie Zeit miteinander zu verbringen. Es wirkt, als könnten sich die Angehörigen geradezu erlauben, nachgiebiger auf Regelverstöße zu reagieren, weil der Lebensmittelpunkt im Heim klar strukturiert ist:

### **3:35 Mutter**

So könne sie als Mutter auch in den wenigen Tagen, die ihr Sohn zu Hause verbringe, nicht alles vor ihm wegsperrern. Dann zerkaue X. halt mal eine ganze Stange Maoam auf einmal – nehmen lasse er sich das in solchen Momenten sowieso nicht.

„Er ist ja nicht mehr in dem Alter, wo man sagt, dass er immer noch unser Kind zu Hause wäre. Aber so kann man es mit seinem Gewissen leichter vereinbaren, wenn er beispielsweise plötzlich sagt: ‘Zähneputzen ist heute Abend nicht drin.’ Solche Dinge liefert er schon. Dann kann man sagen: ‚Na gut, denn nachher im Heim hast du ja wieder die Regeln.‘“

## **FAZIT**

Strukturen und Regeln haben eine wichtige Ordnungs- und Steuerungsfunktion im Miteinander, sie bieten Orientierung und Verlässlichkeit und tragen zu Klarheit und Entspannung bei. Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen profitieren besonders von klaren Ordnungen und Routinen. Helfer sorgen dafür, kontextangemessene Abläufe und Regeln zu etablieren, und achten darauf, dass sie von allen Beteiligten eingehalten werden. Vereinbarungen sollten regelmäßig auf ihre Nützlichkeit hin überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Im alltäglichen Wohn- und Beschäftigungskontext hat das Einhalten von Regeln einen höheren Stellenwert als in Zeiten, die ein Heimbewohner bei seiner Familie verbringt. Ein nachgiebiges Helfer-Verhalten sollte auf Ausnahmefälle beschränkt bleiben.

### **WEITERGEDACHT: Von Spielräumen und Grenzen**

Regeln und Strukturen bieten Orientierung und ermöglichen ein Gefühl von Sicherheit und Verlässlichkeit. Gleichzeitig verändern sich Umwelten über die Zeit und lassen das Bild einer verlässlichen Welt fragil erscheinen: „panta rhei“ - alles ist im Fluss“, erkannten griechische Philosophen bereits vor über 2500 Jahren. Lebenslange Entwicklung bedeutet daher auch lebenslange Anpassung; Regeln aufzustellen und Regeln zu verändern stellen zwei Seiten ein- und derselben Medaille dar. Änderbar sind Regeln immer in zweierlei Richtungen: sie können Grenzen einengen oder ausweiten. Beides mag im speziellen Fall seine Berechtigung haben.

In der systemischen Praxis stellt die Erweiterung von Möglichkeitsräumen eine beraterische Maxime dar: „Handle stets so, dass du die Anzahl der Möglichkeiten vergrößerst.“ (von

Foerster, 1988, zitiert in von Schlippe und Schweitzer, 2013, S. 201). Dieser Denkansatz wurde im Hinblick auf einengende Problemmuster entwickelt. Er sollte jedoch nicht gleichermaßen zu der Idee verleiten, die Freiheitsgrade von Menschen mit Intelligenzminderungen per se auszuweiten. Die Erfahrungen der Studienteilnehmer deuten vielmehr darauf hin, dass auch eine Begrenzung und Einschränkung von Handlungsspielräumen notwendig, nützlich oder entwicklungsförderlich sein kann (vgl. von Schlippe und Schweitzer, 2013, S. 202f).

Die Maxime, den Möglichkeitsraum zu vergrößern, kann Helfern indes dienlich sein, um den eigenen Denkhorizont zu erweitern: es ermutigt sie, die Sinnhaftigkeit bestehender Richtlinien gerade bei zunehmenden Konflikten in Frage zu stellen und Regeln bzw. Strukturen je nach Bedarf und Nutzen – und im Spielfeld der jeweiligen Rahmenbedingungen – entweder zu lockern oder einzuschränken.

#### **4.7.4 „Abenteuer Leben“ – Abwechslung ermöglichen**

##### UM WAS ES GEHT

Ein Großteil der Studienteilnehmer mit Intelligenzminderung lebt seit Jahren oder Jahrzehnten in derselben Einrichtung, geht in dieselbe Förder- oder Werkstätte und durchläuft relativ gleichförmige Tages- und Wochenrhythmen. Auch wenn Menschen mit Lernschwierigkeiten offensichtlich von geregelten Abläufen und übersichtlichen Strukturen profitieren (vgl. 4.7.3 „Da geht’s lang.“ – Orientierung bieten), verweisen zahlreiche Äußerungen gleichermaßen auf den Wert dosierter Abwechslungen: durch andere Orte, neue Gesichter, veränderte Abläufe und andersartige Erlebnisse.

Heim- und Klinikmitarbeiter organisieren aus diesem Grund besondere Ereignisse innerhalb der Einrichtung (wie Grillfeste oder Theater-AG) sowie Aktivitäten außerhalb der Institution, zum Beispiel Ausflüge (zum Schwimmbad, zur Gaststätte, zur Disco) oder Gruppenfreizeiten (meist in Form mehrtägiger Gruppenreisen). Darüber hinaus vernetzen sie sich mit anderen Diensten wie offene Behindertenarbeit oder Freizeitbegleitung:

##### **10:52 Bewohner**

„Wenn ich das mit dem Freizeitbetreuer soweit habe, dann bin ich mal in Benediktbeuern, mal in Hamburg, mal auf Weltreise. Weil: ich muss raus aus der Bude, sonst verblöde ich.“

##### **16:12 Heimmitarbeiterin**

Was die Lebensgestaltung der Tochter angehe, habe die Mutter so ihre Bedenken. Am letzten Wochenende habe die Wohngruppe beispielsweise eine Diskothek besucht, dazu habe man die Mutter aber erst überreden müssen:

„Die große Sorge der Mutter besteht darin, dass ihre Tochter Kontakte zu Männern hat. (...) Sie hat auch Sorge, an elterlichem Einfluss zu verlieren und nicht mitzukriegen, was ihre Tochter machen könnte.“ Der Bewohnerin hingegen habe die Aktion sehr gefallen, sie habe getanzt und gänzlich unbedarft Kontakt zu anderen Disko-Besuchern aufgenommen, und zwar, ohne körperlich übergriffig zu werden, worauf die Mitarbeiter natürlich ein Auge hätten.

„Wäre sie normal entwickelt, würde sie jetzt nicht mehr zu Hause wohnen. Sie würde in einer WG wohnen, so wie sie ja auch jetzt in einer WG wohnt. Sie würde eine Ausbildung machen oder arbeiten. Hier geht sie in die tagesstrukturierende Maßnahme. Sie knüpft Freundschaft-

ten, sie entdeckt sich auch ein Stück weit als Frau: also schaut sich Zeitschriften mit Frauen an, wie sie geschminkt waren und welchen Schmuck sie tragen. Die macht ihr Ding, ist in ihrem eigenen Leben drin. Und ja: es ist abenteuerlich, und es ist aufregend, und dann ist man nachher halt auch mal ein wenig kaputt. Aber das würde uns ja genauso gehen. Und das ist so ein Prozess, den ihre Mama gerade lernen muss, der dauert. Wir versuchen immer wieder, ihr das vor Augen zu führen, dass das alles dazugehört zum Leben, auch wenn man eine Beeinträchtigung hat.“

Längere Auszeiten vom Heimalltag können die Mitarbeiter ihren Bewohnern und Bewohnerinnen allerdings nicht bieten, hier sind die Familien gefragt. Sind keine Angehörigen (mehr) verfügbar, schränkt sich das Angebot an Abwechslung und Erholung deutlich ein:

#### **18:38 / 20:26 Heimmitarbeiter**

(...) „Ich als Mitarbeiter habe meine Arbeit und mein Privatleben. Aber solch einen Tapetenwechsel haben die Bewohner ja nicht, die sind immer mit den gleichen Leuten zusammen und kommen da nicht raus.“ (...)

„Von meiner Philosophie her ist Urlaub eine Möglichkeit, um mal von den Leuten, mit denen ich sonst zusammen bin, wegzukommen. Aber das ist hier nicht möglich, sondern die Bewohner leben mit den Menschen zusammen, mit denen sie zusammen arbeiten, und mit denen müssen sie dann auch noch in Urlaub fahren. Das ist so kontraproduktiv, gerade bei diesem Bewohner, weil: mal von den Gruppengeschichten und der Gruppenspannung wegzukommen, das wäre für ihn Erholung! Aber das ist schon eine Schwierigkeit, wenn man keine Eltern hat. Denn wenn man Eltern hat, seien sie auch 80 Jahre, dann nehmen die den Bewohner doch mal eine Woche mit nach Hause.“

Falls Bedürfnisse nach Abwechslung nicht ausreichend erfüllt werden können, steigt die Wahrscheinlichkeit herausfordernden Verhaltens. Das kann so weit gehen, dass sogar die Klinik als willkommene Alternative zum Alltag betrachtet wird:

#### **12:5 Klinikmitarbeiter**

„Die Klinikaufenthalte haben meiner Meinung nach etwas mit Tapetenwechsel zu tun. (...) Beim ersten Mal ging es ihm wirklich schlecht, da war ersichtlich, dass er wirklich keinen Antrieb hat. Ich glaube, dass er da gesehen hat, was er hier ‚hat‘: hier muss er nicht so früh aufstehen, die Beschäftigung ist eine andere, hier ist immer jemand für ihn da, der ihn anspricht - egal ob Sozialpädagoge oder Arbeitstherapeut. Auch die Mitpatienten sind eine Abwechslung. Und wenn er vier Wochen bleibt, ist ja auch ein Durchgang da: da gehen welche, da kommen neue. Da kann er neue Freundschaften knüpfen. Ich denke, das ist etwas, was er im Heim nicht hat: die sind da ja doch ziemlich konstant. Also, ich denke, der Patient hat so eine Art Einrichtungskoller. Da hat er die Klinik für sich als Lösung entdeckt.“

ABER

Ein zeitweiser ‚Urlaub vom Alltag‘ wird von den Interviewpartnern befürwortet. Damit ist aber nicht gewährleistet, dass sich besondere Aktionen unmittelbar günstig auf das Verhalten eines Bewohners auswirken. Im Gegenteil belegen einzelne Textstellen, dass herausragende Aktivitäten problematisches Verhalten begünstigen können:

#### **53:2 Heimmitarbeiterin**

„Also, es gab eine kurze Krise, als wir nach dem Urlaub wieder auf der Gruppe waren. Aber ja: das war halt das ganze Verarbeiten der Eindrücke. Das verarbeitet die Bewohnerin dann doch relativ laut mit Schreien und sich-selbst-Schlagen und Selbstbeschimpfungen.“

Gerade weil sich besondere Ereignisse so deutlich von alltäglichen Routinen unterscheiden, können sie bei Menschen mit Beeinträchtigungen, die von festen Strukturen und Regeln profitieren, enormen Stress auslösen. Helfer achten deshalb darauf, derartige Vorhaben nicht zu früh anzukündigen (vgl. 4.6.2 „Transparenz schafft Durchblick.“ – Umfassend informieren und erklären) und gut zu dosieren:

#### **56:17 Heimmitarbeiter**

Das Team habe zwar noch eine Weile damit gezögert, den Bewohner für eine Gruppenreise anzumelden, weil das in der Vergangenheit nie möglich gewesen sei, dann aber doch entschieden, es zu probieren: begrenzt auf zwei Nächte und ganz in der Nähe, auch ohne Überforderungen wie lange Spaziergänge oder zu viel Programm. Und der Plan sei aufgegangen:

„Die Hauptsache sind immer die Mahlzeiten, das ist dem Bewohner total wichtig. Also woanders frühstücken, woanders schlafen, dazu noch andere Leute: das reicht oft schon, da muss man nicht – wie für unsereins - ein Riesenprogramm veranstalten.“

Auch bezüglich der Besuche bei den Angehörigen gilt: das bloße Daheim-Sein stellt für Personen mit Lernstörungen oft bereits genügend Abwechslung und Aufregung dar und erfordert keine zusätzliches, aufwändiges ‚Animationsprogramm‘:

#### **56:1 Bewohner und Heimmitarbeiter**

Gut gehe es ihm derzeit, steigt der Bewohner in das Interview ein. Im Moment habe er ein paar Tage Urlaub, da ständen ein paar Tagesausflüge sowohl mit der Gruppe als auch mit der Familie auf dem Programm. Zum Beispiel wolle er gleich heute noch gemeinsam mit seiner Schwester auf ein Fest des örtlichen Radlervereins im Heimatort gehen.

Später ergänzt sein Bezugsbetreuer: „Was für ihn ganz wichtig ist, ist der Kontakt zu seiner Heimat. Ihm reicht es schon, wenn ihn die Schwester holt, daheim ein bisschen bekocht und er da ein bisschen spazieren geht.“

### **FAZIT**

Der Ruf nach ‚Tapetenwechsel‘ wird sowohl von Helfer- als auch Bewohnerseite laut. Abwechslungen vom Alltag ermöglichen Helfer dadurch, dass sie Feste, Ausflüge oder Gruppenfreizeiten organisieren. Damit wollen sie längerfristig einen ‚Einrichtungs-Koller‘ samt eskalierender Verhaltensweisen vermeiden, wohlwissend, dass auch besondere Ereignisse kurzfristig mit Stress verbunden sein können. Familien, die ihren Angehörigen für ein Wochenende oder ein paar Tage Urlaub nach Hause einladen, leisten ebenso einen Beitrag zum Thema Abwechslung. Eine Auszeit außerhalb der gewohnten vier Wände gestaltet sich für Bewohner oft aufregend genug, weiterführende Erlebnisangebote sollten gut dosiert werden. Nützlich ist, wenn sich ein Urlaub nicht gänzlich von gewohnten Routinen unterscheidet. Was von Helfern kritisiert wird, ist ein Mangel an Angeboten für Menschen mit Lernschwierigkeiten, unabhängig von ihren Angehörigen, Heimbetreuern oder Mitbewohnern in Urlaub zu fahren. Hier bietet die psychiatrische Klinik nach Ansicht mancher Interviewpartner eine abwechslungsreiche Nische.

#### **4.7.5 „Stimmt die Chemie?!“ – Medikamente mit Bedacht einsetzen**

##### **UM WAS ES GEHT**

Auf die Interviewfrage nach hilfreichen Strategien im Umgang mit herausforderndem Verhalten kommt die Sprache bei den meisten Studienteilnehmern über kurz oder lang auf den Einsatz von Psychopharmaka. Von den 14 Studienteilnehmern mit Intelligenzminderungen erhalten 13 Personen regelmäßig Medikamente mit beruhigender, stimmungsaufhellender, antriebssteigernder, stimmungsstabilisierender oder antipsychotischer Wirkung:

##### **2:11 Mutter**

„In der frühen Pubertät, so mit 11 oder 12 Jahren, gab es öfter mal Ausraster. Seither wird unser Sohn mit Medikamenten behandelt. Das versucht man so zu dosieren, dass ihm das nicht mehr passiert. Denn es ist für ihn ja auch sehr unangenehm.“

Liegt die Vermutung nahe, dass herausforderndes Verhalten in Verbindung mit Schmerzen steht, werden schmerzlindernde Präparate verabreicht. Das Vorliegen von Schmerzen ist jedoch bei eingeschränkten verbalen Ausdrucksmöglichkeiten nicht leicht zu eruieren:

##### **45:18 Eltern**

Mutter: „An jedem Zeh ein Hühnerauge, das ist schrecklich. Da kann ich mir vorstellen, dass er deswegen durchdreht. Das ist doch kein Wunder. Ich dreh ja schon durch, wenn ich nur eine kleine Blase habe.“

Vater: „Kann sein, dass daher diese Aggressivität kommt. Weil er Schmerzen ab und zu nicht so spürt wie wir. Als vor ein paar Jahren eine Schraube in der Hüfte gebrochen war, ist er zwei, drei Monate damit rumgelaufen. Das ist doch unmöglich, das kann man doch keine vierundzwanzig Stunden aushalten. Wahrscheinlich kommt seine Aggressivität dadurch.“

Bedacht werden sollte, dass sich auch Hormonpräparate, welche beispielsweise zyklusbedingte Beschwerden abmildern, günstig auf Stimmung und Verhalten auswirken können:

##### **15:27 Heimmitarbeiterin**

Eine enorme Erleichterung sei durch die Gabe eines Hormonpräparats eingetreten, seitdem seien nämlich zumindest die zu beobachtenden zyklusabhängigen Stimmungsschwankungen und Eskalationen weggefallen. Eine positive Veränderung, die auch die anfängliche Skepsis der Mutter gegenüber dieser Art der Medikation zerstreut habe:

„Wir hatten die Erfahrung gemacht, dass es immer zu einem bestimmten Zeitpunkt eskalierte: dass die Bewohnerin völlig überfordert und gestresst war mit ihrer Monatsblutung. Da war die hormonelle Einstellung absolut notwendig.“

Helfer betrachten Psychopharmaka als Unterstützer, Begleiter oder Ermöglicher in einem größeren Behandlungsspektrum. Sie stellen den ‚sicheren Boden‘ bzw. die Basis dar, auf der weitere Maßnahmen aufbauen. Als ausschließliche Behandlungsmaßnahme werden sie in keinem der dargestellten Fälle betrachtet:

##### **1:91 Ambulanzärztin**

„Wenn Autisten so extreme Anspannungszustände haben, dann können die das selbst tatsächlich nicht steuern. Das ist zu viel verlangt. Als würde man jemandem mit einem gebrochenen Bein sagen: ‚Jetzt lauf mal ohne Krücke‘. Da ist die passende Medikation die Basis, da überhaupt mithelfen zu können.“

Bei langjährig gleichbleibender Medikation tasten sich Helfer nicht ohne Weiteres an eine Veränderung der Medikation heran aus Sorge, der Zustand könnte sich wieder verschlechtern. Übereinstimmend plädieren die befragten Ambulanzärzte dafür, umfangreichere medikamentöse Veränderungen im stationären Kontext anzugehen: unter engmaschiger Kontrolle und mit der Möglichkeit sofortiger Kursänderungen, sollte sich der Zustand verschlechtern:

**54:46 Ambulanzärztin**

Im Rahmen der [zunächst] stationären sowie [anschließenden] ambulanten Behandlung sei es maßgeblich darum gegangen, die Medikation anzupassen:

„Auf alle Fälle ging es darum, seine Medikamente zu reduzieren. Da wurde ordentlich aufgeräumt. Das war so eine befreiende Aktion, ein richtiger Kurswechsel. Darauf muss man erst mal kommen und das muss man sich auch trauen.“ (...)

**ABER**

Psychiatrische Fachärzte tragen Sorge dafür, dass ein psychopharmakologisches Präparat passgenau auf die Indikation, die Symptomatik und den Bedarf eines Patienten oder einer Patientin zugeschnitten ist. Als Messlatte dient ihnen die Einschätzung des persönlichen Wohlbefindens und der individuellen Lebensqualität. Allerdings machen sich alle Helferkreise Gedanken über unerwünschte Nebenwirkungen und sprechen sich dafür aus, den Nutzen und die Nebenwirkungen eines Medikaments sorgfältig gegeneinander abzuwägen:

**29:48 Berufsbetreuer**

Worüber sich der Betreuer Sorgen macht, sind die starken Medikamente, denn sie könnten die Ursache sein für die Gewichtszunahme des Bewohners und das Zittern seiner Hände: „Andererseits sind die Medikamente wie eine Eintrittskarte für die Teilhabe an der Gemeinschaft.“

**59:2 Ambulanzärztin**

„Jetzt hat der Patient so an Gewicht zugenommen, also 20 Kilogramm bestimmt - das ist wirklich heftig. Das ist für die Betreuer aus der Wohngruppe durchaus ein Problem, auch wenn ich den Bewohner selbst noch nie darüber klagen hören. Ich habe da dann schon Konsequenzen heraus gezogen und gesagt, wir gucken uns jetzt mal die Blutwerte an. Aber die Blutwerte sind vollkommen in Ordnung. Jetzt bin ich entspannter und die Gruppe, glaub ich, auch. Es ist halt auch eine Kosten-Nutzen-Abwägung: also in Anbetracht der Lebensqualität des Bewohners wäre ich sehr kritisch, einem Wunsch nach Veränderung der Medikation im Hinblick auf die Gewichtszunahme nachzukommen. Ich glaube, das würde ein teurer Spaß... Das kostet dann seine Stimmungsstabilität, ist meine Befürchtung.“

Mehrere Angehörige äußern sich besorgt bezüglich unerwünschter und unangenehmer Begleiterscheinungen wie Gewichtszunahme oder Zittern und stehen der Einnahme von Psychopharmaka kritisch gegenüber. So werden selbst wahrgenommene Verbesserungen nur bedingt auf eine medikamentöse Wirkung zurückgeführt:

**33:81 Familie**

Mittlerweile seien deutliche Verbesserungen hinsichtlich der Wutanfälle zu beobachten, das bestätigen Vater und Tochter. Während der Vater glaubt, dass die Erleichterungen vornehmlich auf eines der Medikamente zurückzuführen seien, lenkt die Tochter ein:

„Aber wie soll ein Medikament Wutanfälle verhindern? Es macht sie vielleicht weniger, aber wenn er sich beißen will, dann beißt er sich. Er kann trotzdem aggressiv werden. Außerdem

machen wir uns über die Medikamente immer ein bisschen Sorgen: nämlich inwieweit die Nebenwirkungen gerechtfertigt sind, um sein Verhalten zu verbessern?“

Ein offener, kritischer Austausch zwischen familiären und medizinischen Helfern bewährt sich, um den Einsatz und Nutzen von Medikamenten zu diskutieren, die jeweilige Wirkweise einer Substanz genauer zu verstehen und Vorurteile abzubauen (vgl. 4.10.2 „Und wie sehen Sie das?“ – Sichtweisen und Expertisen austauschen). Massive Bedenken sollten ernst genommen und Medikationen im Zweifelsfall verändert werden:

#### **1:78 Klinikmitarbeiter**

Den Vater habe er als sehr engagiert in Erinnerung. Eine große elterliche Sorge habe darin bestanden, welche Medikamente zu welchen Nebenwirkungen führen könnten.

„Ich kann mich erinnern, dass ich mit dem Vater mal die Medikamente besprochen habe. Und über Verträglichkeiten – ob er jetzt Nebenwirkungen gesehen hat oder nicht. Dabei war der Vater weder penibel oder vorwurfsvoll, sondern einfach nur interessiert.“

#### **37:1 Heimmitarbeiterin**

Seit dem letzten Interview vor fünf Monaten habe sich durchaus einiges getan, berichtet die Bezugsbetreuerin. So sei auf Anregung des Vaters das Medikament Ciatyl schrittweise von anfänglich 10 oder 15 mg auf nunmehr nur noch 2 mg täglich reduziert worden. Dadurch sei der Bewohner tatsächlich viel wacher und die Nebenwirkungen, vor allem das extreme Zittern der Hand, hätten deutlich abgenommen: „Er kriegt jetzt viel mehr mit von dem, was um ihn herum passiert.“ (...)

### **FAZIT**

Psychopharmaka sind aus Sicht der Interviewteilnehmer ein heikles Thema – nicht nur wegen der von allen Seiten thematisierten Sorgen bezüglich unerwünschter Nebenwirkungen, sondern auch gespeist von Berichten und Erfahrungen, nach denen Betroffene in der Vergangenheit medikamentös regelrecht „ruhig gestellt“ worden waren. Helfer betrachten Psychopharmaka als Basis oder ‚Türöffner‘ für angemesseneres Verhalten und die Fähigkeit, sich auf pädagogische oder therapeutische Maßnahmen überhaupt erst einzulassen – als alleiniges Heilmittel werden sie nicht verstanden. Helfer sprechen sich für den Einsatz eines psychopharmakologischen Präparats aus, wenn der Nutzen im Hinblick auf Wohlbefinden und Lebensqualität die Nebenwirkungen übersteigt. Sie plädieren für einen offenen Austausch im Multi-Helfersystem über Bedenken, Nutzen und Nebenwirkungen einer psychopharmakologischen Behandlung.

Bei herausforderndem Verhalten sollte immer auch eine Schmerzsymptomatik in Betracht gezogen und der Einsatz eines Schmerzmittels geprüft werden.

#### **WEITERGEDACHT: Systemische Therapie und Psychopharmakotherapie**

Systemische Ansätze betrachten Verhalten im Hinblick auf dessen Wechselwirkungen im Kontext und sind vornehmlich auf die Interaktion und Kommunikation von Mitgliedern eines (familiären, schulischen, beruflichen,...) Systems ausgerichtet. Der intensive Blick auf soziale Bezüge und Wechselwirkungen darf jedoch nicht in reduktionistischer Weise dazu führen, Interaktionen mit biologischen und psychischen Faktoren zu vernachlässigen. Vielmehr bestehen in lebenden Systemen komplexe Wechselwirkungen zwischen allen drei bio-

psycho-sozialen Systemebenen (Schweitzer u. von Schlippe, 2009, S. 16). Unter der Annahme zirkulärer Wechselwirkungen können Behandlungsmaßnahmen entweder im biologischen oder im psychischen oder im sozialen System eines Patienten ansetzen und dennoch günstige Veränderungen auf anderen Ebenen bewirken. Ein medikamentöses Einwirken auf das biologische System (konkret: den Hirnstoffwechsel) kann also psychische oder soziale Prozesse ebenso beeinflussen, wie eine Veränderung von Empfindungen, Interaktions- und Kommunikationsmustern das biologische System einer Person anzuregen vermag (Ruf, 2005, S. 54).

Aus einer systemischen Haltung heraus kann der Einsatz von Psychopharmaka als handlungserweiternde Option im Lösungs-Pool für verfahrenere Situationen betrachtet werden. Der Wert eines Arzneimittels bemisst sich jedoch nicht nur an seinen Wirksamkeitsnachweisen oder den persönlichen Überzeugungen eines Behandlers, sondern in nicht unerheblicher Weise auch an der Erwartungshaltung, die an die Behandlung geknüpft ist (Wampold, Imel und Flückinger, 2018). Medikamente können erst dann ihre optimale Wirkung entfalten, wenn sie von Betroffenen und deren sozialem Umfeld als nützlich eingeschätzt werden. So wie psychiatrische Diagnosen als soziale Konstruktion angesehen werden, hängt nach systemischem Verständnis auch die Wirksamkeit eines Medikaments mit sozialen Bedeutungs- und Aushandlungsprozessen zusammen und sollte, wie die Interviews nahelegen, mit allen unmittelbar und mittelbar beteiligten Personengruppen verhandelt werden: „Psychopharmaka sind ein Familienthema“ (Schweitzer u. Nicolai, 2010, S. 33-35).

## 4.8 HALTUNG im Helfersystem

### 4.8.1 „Das Wir gewinnt.“ – Andere Helfer mit ins Boot holen

#### UM WAS ES GEHT

In den Interviews mit beruflichen Helfern ist wiederholt die Rede davon, beim Erörtern von Problemen oder beim Planen von Maßnahmen andere Helfer ‚mit ins Boot‘ zu holen‘ bzw. ‚an einen Tisch zu bringen‘. Dabei beziehen sich die Interviewpartner besonders häufig auf die Eltern, genannt werden aber ebenso weitere Bezugspersonen oder Entscheidungsträger wie Wohngruppenbetreuer, Leitungskräfte, Förder- oder Werkstatt-Mitarbeitende bzw. Vorgesetzte sowie ambulant oder stationär tätige Fachkräfte; auch gesetzliche Betreuer dürfe man aufgrund ihrer einflussreichen Rolle als Entscheider nicht außer Acht lassen:

#### **28:11 Heimmitarbeiter**

„Ich finde es einfach richtig, dass diejenigen, die es betrifft, mit am Tisch sitzen, egal, ob sie wie ein gesetzlicher Betreuer eine Entscheidungsbefugnis haben oder nicht.“

Die Berücksichtigung aller Helfer, die im Leben und Alltag einer beeinträchtigten Person eine wichtige Rolle spielen, dient dazu, das Verständnis für deren individuelle Lebenswelt, Einschränkungen und Möglichkeitsräume zu erweitern. Dies bereitet die Basis dafür, das Handeln der Helfer in eine einvernehmliche Richtung zu lenken (vgl. 4.10.4 „Viele Ideen, ein Plan.“ – Einheitliche Linie abstimmen):

### **1:82 Stationsmitarbeiter**

Im nächsten Schritt müsse man versuchen, die Eltern mit ins Boot zu holen, zum Beispiel über Fragen wie: „Was meinen denn Sie, was wir machen könnten? Was sind Ihre Erfahrungen? Sie kennen Ihren Sohn doch am besten.“ Da gehe es auch darum, die Eltern als Mitverantwortliche in den Behandlungsprozess einzubeziehen: „Da muss man alle ins Boot holen, Familie und Heim, denn man braucht ja eine Basis und da müssen alle mit ran.“

Bei getrennt lebenden Eltern wird empfohlen, beide Elternteile gleichermaßen zu bedenken, auch wenn sie im Alltag ihres Kindes unterschiedlich präsent sind:

### **14:33 Stationsmitarbeiter**

Hilfreich in der Zusammenarbeit mit den Eltern sei die Grundidee gewesen, sowohl Mutter als auch Vater ‚an einen Tisch zu holen‘. Es hätte nämlich gewirkt, als würden beide [geschiedenen] Elternteile bisher in unterschiedliche Richtungen ziehen, der Vater dabei eher auf verlorenem Posten. (...)

Helfer einzubeziehen, die aufgrund von Erzählungen oder Erfahrungen als ‚schwierig‘ betrachtet werden, gilt als Herausforderung. Besonders häufig ist die Rede von schwierigen Eltern, doch auch psychosoziale Helfer begegnen sich in manchen Fällen eher vorwürflich und kontakt-meidend. Erfahrungen, demnach Helfer, die sich zu wenig beachtet fühlen, ihren Einfluss auf andere, dysfunktionale Weise geltend machen, führen zu der Einstellung, auch und gerade unbequeme Bezugspersonen für eine Zusammenarbeit gewinnen zu wollen:

### **5:82 Ambulanzärztin**

„Mit der Mutter war anfangs gar kein Gespräch möglich. Die wollte schon, kaum dass die Tochter ins Heim eingezogen war, Prozesse führen gegen die Einrichtung. Die Mutter ist ja mit Rechtsanwalt gekommen, obwohl sie gar nicht die Betreuerin war. Die hat das Heim bekriegt – warum, weiß ich gar nicht mehr.“ Diesbezüglich habe sie als Ambulanzärztin eine wichtige Vermittlerrolle gespielt:

„Also die Mutter ins Boot zu kriegen war das Wichtigste - muss man sowieso aufgrund der Beziehung der Bewohnerin zu ihrer Mutter. Da kann man Angehörige nie außer Acht lassen, auch wenn man es noch so gerne wollte.“

ABER

Psychosoziale Helfer geben zu bedenken, dass Eltern nur bis zu einem gewissen Grad in die Zusammenarbeit involviert werden sollten, wenn es um die Belange von Erwachsenen mit Intelligenzminderungen geht. Sie äußern die Sorge, dass sich eine übermäßige elterliche Präsenz entwicklungs-hemmend auf die Verselbständigung von Menschen mit Lernschwierigkeiten auswirkt (vgl. 4.4.3 „Mach dein Ding!“ – Selbstständigkeit unterstützen):

### **8:70 Ambulanzärztin**

„Für eine Kontaktaufnahme zur Mutter hätte ich hochgradig aktiv werden müssen, denn eigentlich bin ich ja nicht in Kontakt mit ihr. Grund Nr. 1 ist ganz pragmatisch: keine Zeit. Und wenn ich Zeit hätte, würde ich überlegen: was bewirkt es im System, wenn ich die Mutter aktiv anrufe? Ist das sinnvoll? Und dann kann ich das ja nicht einfach machen, ohne das mit der Patientin zu besprechen. Schließlich ist die Tochter meine Patientin: ich meine, das ist eine erwachsene Frau! Stell dir vor: du gehst zum Psychiater und der ruft dann deine Mutter an: das wäre doch sehr seltsam.“

Auch von Seiten der Betroffenen wird eine engagierte Beteiligung der Eltern womöglich als unangemessene Einmischung in das eigene Leben betrachtet:

### **3:5 Heimmitarbeiterinnen**

Frau X.: „Wir wollten dieses Stimmungsbarometer ja gemeinsam mit dem Bewohner erstellen. Da habe ich gesagt: ich bringe Holz mit, das kann er dann abschneiden und abschleifen, genauso, wie er das haben möchte. Aber das lag wochenlang da und er wollte es nicht fertig machen.“

Frau Y.: „Wir hatten das ja im Vorfeld mit den Eltern besprochen. Und dann hatten wir den Bewohner dazu geholt, und er hat sich das mit den Eltern gemeinsam so rausgesucht, von den Zeichen her, wie er das haben wollte. Und dann wollte er das ewig nicht haben. Wir hatten eine Hypothese dazu, denn er hat wohl der Mama zu Hause geschrieben, warum sie sich als Eltern jetzt in sein Leben einmischen und extra zu dem Gespräch mit uns kommen würden, um das zu erarbeiten. Da haben wir gedacht, ob er nicht daraufhin etwas Rebellion zeigen wollte.“ (...) „Als wir bei der SYMPA-Weiterbildung waren, haben die gesagt, es ist immer gut, wenn man die Angehörigen mit ins Boot holt. Und seine Eltern sind ja sehr interessiert an dem Ganzen.“

Frau X.: „Andererseits ist das aber ja auch eigentlich normal, denn wenn du deine eigenen Kinder anschaust, dann wollen die ja auch nicht, dass du als Mutter überall mitmischst, schon gar nicht ungefragt. Und ich denke, er wollte das vielleicht auch nicht.“

Helfer raten, elterliche Beiträge als Vorschläge zu betrachten, die von der betreffenden Person im weiteren Aushandlungsprozess angenommen oder abgelehnt werden können (vgl. 4.8.2 „Mit Kompass zum Ziel“ – Entscheidungen am Wohl des Betroffenen ausrichten):

#### **4:4 Heimmitarbeiterin**

„Das Gespräch ist gut gelaufen, weil sowohl wir als auch die Eltern den Bewohner immer gefragt haben, was er dazu sagt. Also wir haben nicht über ihn hinweg entschieden.“

Bringen sich Eltern aus Sicht der psychosozialen Helfer unangemessen intensiv ein, empfehlen letztere, das elterliche Engagement zeitlich wie inhaltlich zu begrenzen:

#### **15:39 Stationsmitarbeiter**

„Wir mussten auch einen Lernprozess durchmachen, denn die Mutter hat dann jeden Tag angerufen, teilweise auch unangekündigt geklingelt, kam vorbei und wollte Essen oder Sachen bringen und am besten jedes Mal kurzen Kontakt zur Tochter haben. Also wir mussten selbst lernen: wie kriegen wir die Familie in die Form, dass es uns gut geht damit und vor allem auch für die Patientin gut ist. Und auch für die Angehörigen. Das zu filtern und zu besprechen, war ein wichtiger Lernprozess.“

### **FAZIT**

Aufgrund dauerhafter Beeinträchtigungen werden Menschen mit Intelligenzminderung auch im Erwachsenenalter üblicherweise von zahlreichen Helfern unterstützt. Mit der Erfahrung, dass Spannungen in den Beziehungen zwischen Helfern zu einer Zunahme herausfordernden Verhaltens auf Seiten der beeinträchtigten Person führen können, betonen Helfer übereinstimmend, dass eine konstruktive und gut verzahnte Zusammenarbeit der Helfer den Betroffenen zugutekommt, dies auch und gerade dann, wenn sich ‚die Fronten‘ zwischen Helfern zu verhärten drohen und man sich am liebsten gegenseitig aus dem Weg gehen möchte. Gleichzeitig sollte der Einbezug der Eltern so gestaltet sein, dass die Autonomieentwicklung der betreffenden Person nicht behindert wird.

#### WEITERGEDACHT: Bootfahren im Multi-Helfersystem

„Die Familie gehört mit ins Boot“ stellt nach Ansicht der SYMPA-geschulten Interviewpartner eine wesentliche Botschaft der systemischen Weiterbildung dar. Mit dem Wissen, dass familiäre Beziehungen über mehrere Generationen hinweg das wechselseitige Erleben und Verhalten von Familienmitgliedern prägen (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2006), stellt die Berücksichtigung familiärer Strukturen, Muster und Geschichten eine wesentliche Haltung in der systemischen Familientherapie dar.

In Multi-Helfer-Kontexten lädt die Boot-Metapher zu genaueren Überlegungen hinsichtlich der Zusammensetzung der Bootsinsassen ein, damit sich nicht ganze Teams blindlings auf Irrfahrt begeben: Wer sitzt mit wem in was für einem Boot? Wer bestimmt den Kurs, den Zielhafen? Wer will mit wem wohin? Wer sieht sich als Kapitän, als Steuerfrau, als Passagier? Wer kennt die Witterungs-, Wasser- und Windverhältnisse? Wer ist auf welcher Route mit an Bord? Wer kann als Verstärkung angeheuert werden, wenn es darum geht, schwierige Schiffspassagen zu überwinden oder Klippen zu umschiffen? (vgl. Simon u. Weber, 2017).

Dass psychosoziale Helfer die Eltern aufgrund von deren Erfahrungen und Expertise, vor allem aber im Hinblick auf die lebenslange Verbindung zu deren Kind quasi „auf dem Radar behalten“, steht den Forschungsergebnissen nach außer Frage. Offensichtlich ist es aber nicht nötig oder gar dienlich, die Eltern bei jeder Bootstour persönlich mit an Bord zu nehmen, will man die Ressourcen und Potenziale der anderen Mitfahrer, insbesondere der Person mit Beeinträchtigungen, nicht untergraben. Die Boots-Mannschaft sollte stattdessen je nach Bedarf und Ziel zusammengestellt und die Eltern von Fall zu Fall als Verstärkung angeheuert werden.

#### **4.8.2 „Mit Kompass zum Ziel“ – Entscheidungen am Wohl des Betroffenen ausrichten**

##### UM WAS ES GEHT

Sämtliche Helfer stimmen überein, dass sich Überlegungen, Pläne und Entscheidungen hinsichtlich einer Person mit Intelligenzminderung grundsätzlich und vorrangig an deren Wohl zu orientieren haben und nicht an den persönlichen und ggf. kontroversen Interessen einzelner Helfer oder Helfersysteme:

##### **43:61 Eltern**

Mutter: „Durch das Gerede der Leute hatte ich mir die Klinik ganz anders vorgestellt: als wären dort lauter total verrückte Leute. Aber das war ganz anders: die Mitarbeiter sind alle nett, die nehmen sich Zeit. Mein Sohn hatte selbst gewünscht, dort zu bleiben, da war ich wirklich sprachlos. Und wenn mein Kind zufrieden ist, bin ich auch zufrieden.“ (...)

Vater: „Das Wichtigste ist für uns, alles zu tun, was gut ist für die Kinder.“

##### **48:7 Bewohner und Bezugsbetreuerin**

Interviewerin: „Wer ist denn am wichtigsten für die Entscheidung mit dem Betriebspraktikum: der Sozialdienst, die Mama, Sie oder Ihre Betreuerin?“

Bewohner: „Ich. Und die X. [Bezugsbetreuerin im Heim].“

Heimmitarbeiter verstehen sich als ‚Anwalt des Bewohners‘ und ergreifen bei differierenden Interessen zwischen Bewohner und Familie Partei mit der Absicht, die Autonomie des Betroffenen zu stärken (vgl. 4.4.3 „Mach dein Ding!“ – Selbstständigkeit unterstützen):

**25:20 Heimmitarbeiter**

„Die Eltern haben natürlich Mitspracherecht, sie sind ja auch die gesetzlichen Betreuer. Aber die Meinung oder die Bedürfnisse des Bewohners sind für mich etwas höher gestellt, wenn sie vernünftig sind oder keine Gefahr darstellen. Weil: trotz Betreuung kann der Mensch ja für sich selbst sprechen. Und wenn die Mama sagt, ihr Sohn soll Quark essen, und der Bewohner sagt: Ich will aber keinen Quark, dann ist mir seine Meinung wichtiger.“

Eine Heimmitarbeiterin merkt an, dass solch eine personenzentrierte Haltung möglicherweise ein bewusstes Umdenken von beruflichen Helfern erfordere, schließlich unterscheidet es sich deutlich von älteren Einrichtungskonzepten, in denen vornehmlich institutionelle Maßgaben richtungsweisend waren:

**63:9 Heimmitarbeiterin**

„Der Bewohner steht im Vordergrund mit seinen Wünschen und Bedürfnissen und seinem Krankheitsbild. Damit muss ich als Mitarbeiter zurechtkommen. Komme ich nicht damit zurecht, bin ich hier fehl am Platze. Weil: der Bewohner gehört hierher, aber ich als Mitarbeiter, wenn ich es nicht packe, nicht. Der Kunde ist König, das gilt im Endeffekt auch bei uns, denn das sind unsere Arbeitgeber.“ (...)

Dieses personenzentrierte Denken habe sie schon immer normal gefunden, wenngleich es für ihren jetzigen Träger anscheinend ein bewusstes Umdenken erfordert habe: „Die Einrichtung existiert ja schon sehr lange. Und ganz früher hieß es hier gegenüber dem Bewohner: ‚Du bist der Kleine und ich sage dir, wo’s lang geht.‘“

ABER

Ein Helfer hat die Erfahrung gemacht, dass einseitige Entscheidungen, selbst wenn sie im Interesse des Bewohners sind, zu Konflikten führen können, sofern sie nicht zu den Rahmenbedingungen oder Interessen anderer Helfer passen:

**56:6 Heimmitarbeiter**

„Der Bewohner wollte über die Klinik ambulant betreut werden, das war sein ausdrücklicher Wunsch, das habe ich unterstützt. (...) Dann hab ich das (...) mit der niedergelassenen Psychiaterin beredet und ihr gesagt, dass wir wechseln wollen. Aber die fiel aus allen Wolken und hat dann der Ambulanzärztin in der Klinik vorgeworfen: ‚Sie nehmen mir die Patienten weg, das geht nicht!‘ Und dann war ich der Böse, obwohl mir gar nicht bewusst war, dass für einen Wechsel der niedergelassene Psychiater einverstanden sein muss. (...) Das war jedenfalls ganz schlecht.“

So habe die niedergelassene Fachärztin die Behandlung zwar zunächst fortgesetzt, doch als es nach einer Medikamentenumstellung zu einer weiteren Verschlechterung kam, habe der Bewohner erneut gemeint, er wolle nicht mehr zu ihr gehen.

„Wir haben versucht, den Konflikt vom Bewohner fernzuhalten. Aber er hat das nicht verstanden, warum er nicht wechseln kann. Für mich war es schlimm, weil ich mir eigentlich gedacht habe, die Ärztin ist doch nicht meine Vorgesetzte. (...) Aber die hat sehr wohl Einfluss gehabt, und ich habe hier in der Einrichtung dann keinen Rückhalt gehabt. Es hat geheißen, ich hätte eine Arztanordnung nicht ausgeführt, das ist ein böses Foul.“ (...) „Das Fazit war, dass die niedergelassene Kollegin mit dem endgültigen Wechsel dieses Bewohners von einem Tag auf den anderen alle anderen Patienten von mir ebenso abgelehnt hat. Da hat sie gesagt, sie behandelt keinen Bewohner mehr von mir. Dann haben wir zum Glück noch

eine andere Psychiaterin für die anderen gefunden. Im Endeffekt war ich froh, denn jetzt läuft es gut.“

Kann sich eine Person mit Intelligenzminderung nicht eindeutig äußern, erhebt sich zudem die Frage: Wer bestimmt, was gut ist für den Betroffenen? Und wie können Helfer sicherstellen, dass sie nicht doch ihre eigenen Problemsichten und Interessen auf den Betroffenen projizieren?

#### **44:10 Heimmitarbeiter**

„Ich glaube, dass das wahnsinnig schwierig ist für Eltern mit behinderten Kindern, denn als Eltern möchte man seinen Kindern ja immer etwas geben. Und das kann wiederum die Betreuten sehr unter Stress setzen. Zum Beispiel kommuniziert die Mutter viel, was ihr Sohn jetzt braucht oder nicht braucht. Das Überschütten ist aber das, was ihn von der Mutter eher ein bisschen distanzieren lässt. Weil er das gar nicht braucht, es aber nicht benennen kann.“

Helfer sind bemüht, Entscheidungen herbeizuführen, die sowohl im Sinne der betreffenden Person sind als auch die Zustimmung ihrer Unterstützer finden. Die Interviewbeiträge legen den Schluss nahe, dass in schwierigen Fällen vor allem die Klinikmitarbeiter eine Vermittlerrolle zwischen Betroffenen, Heim, Werkstätte und Familie einzunehmen vermögen, indem sie alle Beteiligten zu Fallgesprächen bzw. Helferkonferenzen einladen (vgl. 4.9.2 „Hätten Sie mal Zeit?“ – Bei Problemen und Plänen zusammensetzen):

#### **4:15 Heimmitarbeiterin**

„Die Zusammenarbeit mit der Ambulanzärztin ist eine andere als früher: so ein Vierergespann zwischen Ärztin, Förderstätte, Eltern und uns, wo sie immer sehr darauf bedacht ist, dass alles zusammenläuft und dass das, was sie macht, für alle passend ist.“

Kann eine Person aufgrund deutlicher kognitiver oder kommunikativer Einschränkungen nur bedingt an Multi-Helfer-Gesprächen beteiligt werden, sollte deren Sichtweise über vor- und nachbereitende Einzelgespräche Berücksichtigung finden:

#### **46:57 Ambulanztarzt**

In der Vergangenheit hätten Fallgespräche stattgefunden, zu denen der Bewohner jedes Mal gegen Ende hinzugezogen wurde, um ihn zu informieren, worüber gesprochen wurde und zu welchen Schlüssen man gekommen war. Dabei ginge es vor allem darum, die Wünsche und Vorstellungen des Betroffenen einfließen zu lassen.

„So eine Helferkonferenz lässt sich in der Regel nicht durchführen, wenn der Klient die ganze Zeit mit dabei ist, weil man einfach frei über bestimmte Dinge reden können muss, ohne dass man sich Gedanken macht über verständliche Formulierungen. Dann kann man es im Nachhinein für den Behinderten übersetzen. Seine Positionen sind ja vorher schon bekannt durch seine Gespräche in der Wohngruppe und mit der Mutter, die fließen natürlich mit ein.“

## **FAZIT**

Helfer vertreten übereinstimmend die Ansicht, dass sich sämtliche Pläne und Entscheidungen, die sich auf eine kognitiv beeinträchtigte Person beziehen, vorrangig an deren Wohl zu orientieren haben und nicht an den Interessen einzelner Helfer. Bestehen differierende Ansichten zwischen einem Bewohner und dessen Angehörigen, stellen sich Heimmitarbeiter an die Seite des Bewohners mit der Idee, dessen Selbstbestimmungsrecht zu stärken. Bei konfligierenden Ansichten zwischen Familie, Patientin und Heim verstehen sich

Klinikmitarbeiter als Vermittler. Die Sichtweise eines Betroffenen, der aufgrund kognitiver bzw. kommunikativer Einschränkungen nicht an komplexen Diskussionen beteiligt ist, findet über vor- und nachbereitende Einzelgespräche Berücksichtigung.

#### WEITERGEDACHT: „Beamten auf Systemisch“

Wie können Helfer angemessen über die Interessen einer Person mit Lernschwierigkeiten sprechen, wenn die Person aufgrund kognitiver und/oder sprachlicher Beeinträchtigungen nicht an dem Gespräch teilnimmt? Oder, salopp gesprochen: Wie kann man eine abwesende Person imaginär in den Raum „beamen“?

Die systemische Praxis hält evidenzbasierte Techniken bereit, um den oft vernachlässigten Stimmen von Menschen mit Intelligenzminderungen Gewicht zu verleihen (vgl. Cardone u. Hilton, 2006). Eine Methode besteht darin, aus der Unterstützer-Runde zunächst denjenigen Helfer auszuwählen, der die betreffende Person am besten kennt. Dieser wird anschließend gebeten, das Gespräch aus der Perspektive des anderen zu verfolgen: Überlegungen, Problembeschreibungen, Entscheidungen oder Pläne der Unterstützer ‚mit den Ohren des anderen zu hören‘ und eigene Empfindungen und Wünsche ‚mit der Stimme des anderen auszudrücken‘ (Lynggaard u. Baum, 2006). Auch das Aufzeichnen von Gesprächen mittels Video (mit Erlaubnis!) kann nützlich sein: Auf diese Weise können einerseits relevante Äußerungen des Betroffenen, aufgenommen im Rahmen eines Einzelgesprächs, in die Helferrunde eingebracht werden. Andererseits können dem Betroffenen Überlegungen der Helfer aus einem aufgezeichneten Helfergespräch per Video ‚häppchen‘- oder ausschnittsweise präsentiert werden. Für Personen mit Lernschwierigkeiten bietet sich auf diese Weise die Möglichkeit, das Gesagte kleinschrittig zu erfassen, bedarfsorientiert Pausen zu setzen, einzelne Passagen mehrmals anzuhören und das Gehörte im Dialog mit einer Betreuerin zu reflektieren.

Auch wenn die Abwesenheit von Menschen mit Intelligenzminderung im Helferaustausch methodisch überbrückt werden kann, besteht der eigentliche, inklusive Anspruch systemischer Praktiker darin, Personen mit Lernschwierigkeiten ‚leibhaftig‘ und gleichberechtigt an Gesprächen teilhaben zu lassen, und zwar unabhängig vom Grad der Behinderung oder von kommunikativen Fähigkeiten (Baum u. Steel, 2019). Dies erfordert eine sorgfältige Vorbereitung der Gesprächssituation und eine Anpassung der Gesprächsführung an die kognitiven bzw. sprachlichen Fertigkeiten der beeinträchtigten Person. Das oberste Ziel gemeinsamer Gespräche zwischen Bewohnern und Helfern besteht darin, eine gleichberechtigte Teilhabe von beeinträchtigten Personen zu ermöglichen und (weitere) Erfahrungen von Exklusion zu verhindern. Derartige Überlegungen gehen erkennbar über die genannten Strategien der Studienteilnehmer hinaus.

### 4.8.3 „Manchmal liegen Welten dazwischen.“ – Unterschiede akzeptieren

#### UM WAS ES GEHT

Die Interviews belegen, wie sehr sich Wahrnehmungen, Überzeugungen und Umgangsweisen in Bezug auf ein und dieselbe Person zwischen Familie, Heim und Klinik unterscheiden können:

#### **4:5 Heimmitarbeiterin**

(...) „Das ist ja bei allen so: daheim läuft’s ja ganz anders als bei uns.“

#### **46:76 Mutter**

(...) „Da ist mein Sohn Zuhause manchmal ganz anders als im Heim, ist wirklich so.“

Verhaltensweisen bzw. Interaktionen werden beeinflusst von persönlichen Erfahrungen und Erwartungen, aber auch von kontextspezifischen Werten und Regeln. Differierende Umgangsweisen zwischen verschiedenen Helfern und einer Person mit Beeinträchtigungen ergeben sich auch durch die verschiedenen Rahmenbedingungen und Rollen: Während im Gruppenalltag einer Heimunterbringung sowie im stationären Klinikalltag das Einhalten von Regeln als essenziell gilt, verhalten sich Eltern im zeitlich eng begrenzten Zusammensein mit ihrem erwachsenen Kind oft nachgiebiger und gewähren ihrem Sohn oder ihrer Tochter deutlich mehr Freiheitsgrade (vgl. 4.7.3 „Da geht’s lang.“ – Orientierung bieten):

#### **1:54 Heimmitarbeiterin**

(...) „Wir sagen: ‚Wenn jemand am Vormittag einen Kuchen backt, dann gibt’s den am Nachmittag zum Kaffee.‘ Und die Eltern sagen: ‚Wenn unser Sohn einen Kuchen backt und riecht, dann mag er ihn halt sofort essen.‘ Ist ja auch verständlich. Aber es muss ja auch zu den Gruppenregeln passen. Ich kann dem einen nicht kurz vor dem Mittagessen einen Kuchen geben, aber den anderen nicht. Der Bewohner akzeptiert das auch mehr oder weniger gut. Das ist eher was, was die Mutter nicht so versteht.“

Nützlich ist im Umgang mit differierenden Ansichten und Gegebenheiten eine Akzeptanz dessen, dass Unterschiede erwartbar und nur begrenzt beeinflussbar sind. Eine akzeptierende Haltung gelingt auch dadurch, dass sich ein Helfer in die Situation (z. B. die aktuellen Lebensumstände, die Rolle, den kulturellen Kontext) des anderen hineinversetzt und ein konfliktträchtiges Thema mit den Augen des anderen betrachtet:

#### **14:51 Heimmitarbeiter**

(...) „Das Verhältnis zur Mutter hat sich ein bisschen entspannt, weil ich versuche, den türkisch-kulturellen Aspekt an der Geschichte zu verstehen. Das Verständnis von Familie, Religion und dem eigenen Sein in der Gesellschaft ist im Türkischen oftmals ein anderes als im Deutschen. Da gibt es viele Aspekte, die ich zunächst gar nicht berücksichtigt hatte. Seitdem ich das tue, sind wir uns etwas näher und verstehen uns besser.“

ABER

Gelingt den Helfern eine akzeptierende Haltung nicht ohne Weiteres, sondern überwiegen gegenseitige Vorwürfe und Rechtfertigungen, ist es lohnenswert, die divergierenden Einstellungen und Verhaltensweisen innerhalb eines offenen, nicht-wertenden Austausch zu reflektieren. Dabei sollten Unterschiede wohlwollend benannt werden und die Gesprächspartner um ein gegenseitiges Verständnis bemüht sein, statt um die „richtigen“ Sicht- und Verhaltensweisen zu konkurrieren (vgl. 4.10.2 „Und wie sehen Sie das?“ – Sichtweisen und Expertisen austauschen):

#### **3:46 Mutter**

In der Anfangszeit habe es manches Mal gerumpelt, weil sich die gewohnten Abläufe daheim doch deutlich von den Regeln in der Gruppe unterschieden: „Als es immer so oft gebrannt hatte, da hat man natürlich auch oft gedacht: warum sind die so? Aber ich habe es nachher einfach verstanden. Wir hatten so viele Gespräche, dass ich das dann doch begriffen habe.“

Weil sie auch zu uns sagen: ‚Sie haben ja nur einen daheim.‘ Und das ist ja wirklich ein Riesenunterschied. Denn mit einem kann man auch Spaß haben, wenn es anstrengend ist.“

Zu respektieren, dass unterschiedliche Kontexte mit unterschiedlichen Interaktionsmustern verbunden sind, bedeutet nicht zuletzt, dass sich Helfer gegenseitig Glauben schenken sollten hinsichtlich persönlicher Wahrnehmungen und Problemdarstellungen:

#### **43:54 Mutter**

„Im Heim hat man mir das nicht geglaubt. Da hab ich mich immer gefragt: Was machen die anders? Immer kommt von dort die Antwort: ‚Bei uns ist alles okay, wir haben keine Probleme.‘ Aber dann hörst du doch auf einmal von tausenden Problemen: dass mein Sohn mal den und mal den angegriffen hat. Und das ärgert mich. Das ärgert mich ohne Ende. Als er seinen Betreuer gebissen hat, hab ich den gefragt: ‚Wie konnte das passieren – du bist doch sein Liebling?!‘ Da hat der Mitarbeiter zu mir gesagt: ‚Jetzt glaube ich Ihnen.‘ Das hat mir sehr viel bedeutet, weil mir sonst kein Mensch geglaubt hat, als wäre im Heim alles Milch und Honig, nur nicht zu Hause.“

#### **FAZIT**

In der Zusammenarbeit verschiedener Helfersysteme werden oft unterschiedliche Ansichten und Vorgehensweisen offensichtlich. Sie sind geprägt vom jeweiligen Kontext mit seinen Rahmenbedingungen und seiner Kultur, aber auch von den spezifischen Rollen, die die Helfer innerhalb von Familie, Heim oder Klinik einnehmen. Eine Akzeptanz dessen, dass es zu Hause nun einmal anders läuft als im Heim oder in der Klinik, wird insbesondere von Elternseite begrüßt. Für ein gelingendes Miteinander ist es ratsam, dass Helfer differierende Einstellungen und Verhaltensweisen im jeweiligen Entstehungskontext betrachten und respektieren. Darüber hinaus kann ein offener, nicht-wertender Dialog über Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Denken und Handeln nützlich sein, um das Verhalten anderer Helfer besser zu verstehen statt kategorisch abzulehnen.

#### **WEITERGEDACHT: Beziehungs-Systeme**

In diesem Kapitel wird offensichtlich, wie deutlich sich das Zusammenspiel von Familienmitgliedern unterscheiden kann vom Umgang zwischen Helfern und Bewohnern einer Heimeinrichtung und ebenso von Interaktionsmustern zwischen Patienten und Behandlern im klinisch-psychiatrischen Setting.

Die systemische Theorie kennzeichnet soziale Systeme durch bestimmte, charakteristische Beziehungsgefüge zwischen den Systemmitgliedern. Diese unterscheiden sich definitionsgemäß sowohl quantitativ als auch qualitativ von der Umwelt oder anderen Systemen (Willke, 1993, zitiert in von Schlippe und Schweitzer, 2013, S. 90). Es liegt in der Natur eines Systems, dass es sich durch unterscheidbare Merkmale von der Umwelt abgrenzt: Zuhause ist Zuhause, Heim ist Heim und Klinik ist Klinik. Jedes System zeichnet sich durch eine spezielle Eigendynamik aus, es entwickelt Muster und Ordnungen, mit denen die Kohäsion und Funktionsfähigkeit des Systems erhalten wird (ebd., S. 91).

Mit diesem Bewusstsein kann es Helfern unterschiedlicher Unterstützer-Systeme gelingen, die Eigenarten der verschiedenen Welten zu respektieren, statt sich gegenseitig mit der eigenen System-Logik überzeugen zu wollen.

#### 4.8.4 „Das schaffen wir schon!“ – Stärken und Erfolge im Blick behalten

##### UM WAS ES GEHT

Bei der Begleitung einer Person mit Assistenzbedarf spielt das gegenseitige Bestärken und Ermutigen der involvierten Helfer eine wesentliche Rolle. Es geht darum, Zuversicht zu kultivieren und sich gegenseitig zu versichern, dass man die gestellten Herausforderungen gemeinsam bewältigen kann. Dafür achten die Helfer darauf, ihren Blick weniger auf die aktuellen Probleme und Defizite, sondern verstärkt auf die bisherigen Erfolge wie auch die individuellen und kollektiven Stärken zu richten, und zwar sowohl bezüglich der Helfer als auch der Person mit Beeinträchtigungen:

##### **20:17 / 20:21 Heimmitarbeiter und Bewohner**

Konkret nach aggressivem Verhalten bzw. ‚Ausrastern‘ gefragt, bestätigen sowohl Mitarbeiter als auch Bewohner, dass die ganze Zeit über nichts vorgefallen sei.

Heimmitarbeiter: „(...) Das war gut fürs Team, dass der Blick ein anderer wurde, also auch auf die Fähigkeiten des Bewohners zu schauen.“ (...) „Jetzt gibt es weniger Berichte darüber, dass er ausflippt. Früher wurde immer nur auf ihn geschaut: ‚Hoffentlich passiert nichts, hoffentlich geht heute nichts kaputt.‘ Und dann waren auch die Mitarbeiter nervös, und die Anspannung setzt sich wiederum fort und bewirkt Spannung beim anderen. Das schaukelte sich hoch. Das ist jetzt weg, also diese Angst, dass da was passieren könnte, ist abgebaut durch den Blick auf gute Erfahrungen, auf seine Stärken.“

Eine zuversichtliche und sich gegenseitig bestärkende Haltung spiegelt sich auch im Einsatz von Durchhalteparolen. Deren Wert bemisst sich an dem damit zum Ausdruck gebrachten Wohlwollen, der Unterstützung und dem Zutrauen von Seiten des Sprechers:

##### **22:7 Mutter**

„Das war die beste Therapeutin überhaupt: die mir den Rücken so massiv gestärkt hat, die mir wirklich Hilfestellung gegeben hat und die mir auch den Zuspruch geschenkt hat: ‚Sie schaffen das!‘“

Was für Eltern und gesetzliche Betreuer sehr entlastend wirkt, ist eine Zusage von Seiten der Wohngruppe, dass der Heimplatz trotz Krisen nicht in Frage gestellt wird:

##### **14:48 Heimmitarbeiterin**

„Die Mutter ruft sehr häufig an, anfangs [nach dem Umzug ins Heim] mehrmals täglich. Ich denke, sie braucht die Sicherheit, dass ihre Tochter bei uns gut aufgehoben ist. Dass wir es mit ihr schaffen und auch bei einem Problem nicht gleich anrufen und sagen, sie soll ihr Kind wieder abholen.“

##### ABER

Massiv herausforderndes Verhalten kann bei Helfern starke negative Gefühle wie Überforderung, Angst, Ärger oder Hilflosigkeit auslösen, die sich nicht leicht in ein ‚Wir-schaffen-das‘-Gefühl umlenken lassen:

##### **29:36 Heimmitarbeiter**

„Gerade in schwierigen Fällen hört man in Teambesprechungen schon mal: ‚Das ist schlecht und das ist schlecht.‘ Dann ist es umso wichtiger, auf die Perspektiven umzulenken: ‚Okay, und was kann der Bewohner?‘“

Zuweilen hilft ein wohldosiertes Klagen unter Kollegen dabei, den angestauten Frust zu verarbeiten und sich der gegenseitigen Unterstützung zu vergewissern. Gleichwohl achten Helfer darauf, sich diesbezüglich im Beisein der betreffenden Person zurückzuhalten:

**5:112 Stationsmitarbeiterin**

Die Pflegerin bestätigt, dass sich bei den letzten Klinikaufhalten auf Mitarbeiterseite so starke Gefühle von Überlastung eingeschlichen hätten, dass die Entlassung der Patientin regelrecht herbeigesehnt wurde: „Auch ich war irgendwann genervt, weil ich selbst nicht mehr wusste: was kann ich eigentlich noch machen?! Man hat schon so viel versucht und getan, aber es hat eigentlich nichts gebracht.“ Und wie ging das Team mit dem Gefühl um, mit dem Latein am Ende zu sein? „Die Patientin war nun mal bei uns und wir mussten sie versorgen. In ihrem Beisein wurde natürlich nichts gesagt, aber hinter ihrem Rücken wurde unter den Kollegen schon mancher Seufzer laut.“

**FAZIT**

Eine Kultivierung von Zuversicht und gegenseitiger Unterstützung ist aus Helfersicht wichtig, um sich auch langfristig für Menschen mit Beeinträchtigungslagen und herausfordernden Verhaltensweisen einzusetzen. Der Blick auf Erfolge und Stärken ist dafür genauso nützlich wie der Einsatz von Durchhalteparolen. Die Zusage, dass ein Heimplatz trotz zwischenzeitlicher Krisen nicht infrage gestellt wird, wirkt für Eltern und gesetzliche Betreuer entlastend. Gelingt die Fokussierung auf Positives in massiv herausfordernden Kontexten schlecht, kann es erleichternd sein, persönliche Gefühle von Ärger, Hilflosigkeit oder Überforderung innerhalb des Helferkreises anzusprechen.

**WEITERGEDACHT: Auf die Stärken bauen**

Wie gelingt der Blick auf Ressourcen und Stärken, wenn sich Betroffene mit Intelligenzminderungen ebenso wie deren Bezugspersonen zeitlebens mit Einschränkungen und Begrenzungen konfrontiert sehen? Wenn, wie in vielen Fällen, bereits in den ersten Lebensjahren Probleme offensichtlich werden, Entwicklungsstörungen diagnostiziert werden und Therapie- und Förderprogramme ins Rollen gebracht werden, deren Indikationen sich vor allem an der Störung oder Behinderung bemessen? Ein defizitorientierter Blick zieht sich oft durch die gesamte Biografie. Das Erleben, an alltäglichen Herausforderungen zu scheitern, kann die Sicht auf die eigenen oder gemeinsamen Stärken und Erfolge durchaus verstellen und Frustrationen im Sinne von „das schaffen wir nie“ heraufbeschwören.

Retzlaff (2010) beschreibt, wie es vielen Familien mit einem behinderten Kind auf geradezu bewundernswerte Weise gelingt, Widerstandskräfte gegen die Sogkraft der Frustrationen zu entwickeln. Dazu gehört die Fertigkeit, offene Dialoge zu führen, in dem sämtliche – auch widersprüchliche – Gefühle zum Ausdruck gebracht werden. Kompetente Familien verleugnen Probleme nicht, eröffnen aber neben den erlebten Schwierigkeiten genug Raum für Positives (ebd., S. 108). Stärkend ist zudem ein familiäres Überzeugungsmuster, demnach wahrgenommene Belastungen als erklärbar und handhabbar verstanden werden und die Zuversicht besteht, dass es sich lohnt, gestellte Herausforderungen aktiv anzugehen. Die familiären Helfer verfügen dieser Ansicht nach gerade durch die jahrelange Auseinandersetzung mit der Behinderung über enorme Ressourcen und Stärken, mit denen sie aufkommenden Widrigkeiten erfolgreich begegnen.

Auch die Interviewbeiträge dieser Dissertationsstudie demonstrieren den Stellenwert, sich gerade bei zunehmenden Problemen auf sämtliche verfügbaren Ressourcen und Stärken zu besinnen, sich bewusst auf bisherige Erfolge und Bewältigungsansätze zu fokussieren und sich gegenseitig in der Ansicht zu bestärken, dass Probleme bewältigbar sind. Die Fähigkeit der Helfer, den Blick auf die Stärken jedes einzelnen und des Teams zu richten, wird damit selbst zur Stärke im Multi-Helfersystem.

Eine ressourcenorientierte Haltung zu kultivieren, gelingt umso eher, je mehr die Beteiligten darin geübt sind, ihre Sicht konsequent auf die vorhandenen Ressourcen, Erfolge und Kräfte auszurichten, und zwar nicht nur – oder erst – in krisenhaften Situationen, sondern gleichermaßen in stressarmen Zeiten: „Wie genau schaffen wir es eigentlich, dass es gerade so gut läuft?“ Dieser Aspekt kam in den Interviewbeiträgen nicht ausdrücklich zur Sprache.

## **4.9 KONTAKT zwischen Helfern**

### **4.9.1 „Wie geht’s?“ – In Verbindung bleiben**

#### **UM WAS ES GEHT**

Für ein gelingendes Miteinander der Helfer ist es wertvoll, wenn die Beteiligten füreinander zugänglich und erreichbar sind. Dies wird dadurch bewirkt, dass sich Helfer gesprächsbereit zeigen und auf Anfragen kurzfristig reagieren:

#### **57:16 Heimmitarbeiter**

„Für uns ist wichtig, dass jemand von der Familie erreichbar ist, dass man reden kann, dass ich mich auf den verlassen kann und Antworten kriege auf meine Fragen. Ich kenne das von gesetzlichen Betreuern zum Teil anders: da musst du zehn Mal anrufen, bis du irgendwann einmal durchkommst. Das ist schon nervig, wenn man eine Unterschrift braucht, und immer hinterhertelefonieren muss. Aber die Schwester [gesetzliche Betreuerin] kommt auf uns zu, tauscht sich mit uns aus, erzählt auch, wie es mit ihm war, ohne dass wir groß nachfragen müssten.“ (...)

Die Kooperation der Helfer wird auch dadurch gestärkt, dass sie sich nicht erst in Verbindung setzen, wenn Probleme auftreten, sondern den Kontakt ebenso in stressfreien Zeiten pflegen. Dies eröffnet die Gelegenheit, sich über positive Entwicklungen auszutauschen (vgl. 4.8.4 „Das schaffen wir schon!“ – Stärken und Erfolge im Blick behalten, „Das schaffen wir schon!“ – Stärken und Erfolge im Blick behalten):

#### **2:55 Ambulanzärztin**

„Nach der Visite habe ich bewusst der Mutter eine kurze Mail geschrieben. Weil: der Fall ist ja sonst immer: wenn nichts ist, dann hat man nichts miteinander zu tun. Aber dann verliert sich ein Kontakt. Und so habe ich einfach eine kurze Rückmeldung geschrieben: ‚Alles bestens, freu mich.‘ Dann hat sie wieder zurückgemeldet, sie ist auch zufrieden. Und hat sich bedankt. Also einfach dass man in Kontakt bleibt. Wenn man in guten Phasen nie Kontakt hat, sondern immer nur, wenn es Probleme gibt, dann ist das nicht gut.“

Die Zitate belegen, dass für ein Kontakthalten keine arrangierten Treffen vonnöten sind, sondern dass dies gleichermaßen per Telefon oder Mail erfolgen kann.

In diesem Kapitel kommen vor allem Heimmitarbeiter, Familienangehörige, gesetzliche Betreuer und Ambulanzärzte zu Wort. Der Kontakt zu Helfern aus dem stationären Setting scheint stattdessen begrenzt auf die Zeiten, wo ein Bewohner als Patient in der Klinik weilt.

ABER

Offensichtlich wägen Helfer die Sinnhaftigkeit einer Kontaktaufnahme im Einzelfall kritisch ab und entscheiden sich gegen eine Begegnung, sofern sie darin eine Eskalationsgefahr sehen oder von deren Nutzlosigkeit überzeugt sind:

#### **60:6 Ambulanzärztin**

„Die Mutter lässt mir zwar immer mal wieder etwas ausrichten, hat auch schon mal eine Frage oder ein Anliegen, aber sie kommt nicht zur Visite. Also: es gibt keinen Kontakt zwischen mir und den Eltern. Und da stelle ich dann auch keinen Kontakt her, der nicht weiterführt. Wenn ich es für notwendig erachten würde, würde ich sie einladen. Aber ich halte es nicht für sinnvoll, dass ich der Mutter hinterhergehe.“

FAZIT

Helfer raten, nicht erst miteinander in Kontakt zu treten, wenn es zu herausfordernden Situationen mit einer betreuten Person gekommen ist, sondern allgemein locker in Verbindung zu bleiben, beispielsweise über kurze Telefonate oder Mails. Es wird begrüßt, wenn Helfer kurzfristig füreinander erreichbar sind. Unterstützer sehen von einer Kontaktaufnahme ab, wenn sie den Eindruck haben, eine Begegnung sei nicht weiterführend oder kontraproduktiv.

### **4.9.2 „Hätten Sie mal Zeit?“ – Bei Problemen und Plänen zusammensetzen**

UM WAS ES GEHT

Treten gewichtige Probleme auf oder stehen einflussreiche Veränderungen, Pläne oder Entscheidungen hinsichtlich einer Person mit Intelligenzminderung an, empfehlen Helfer aus allen Bereichen, sich zumindest telefonisch, besser noch im Rahmen eines persönlichen Treffens (Fallgespräch, Helferkonferenz) zusammenzuschließen (vgl. 4.8.1 „Das Wir gewinnt.“ – Andere Helfer mit ins Boot holen). Demgegenüber zieht ein Handeln im Alleingang nicht selten Probleme nach sich:

#### **12:44 Heimmitarbeiterin**

Zwischen dem gesetzlichen Betreuer und ihr als TENE-Leiterin [Tagesbetreuung für Senioren] bzw. stellvertretender Hausleitung habe keinerlei Kontakt stattgefunden. (...). So sei ein Anliegen des gesetzlichen Betreuers lediglich über die Wohngruppe an sie herangetragen worden, nämlich dass der Bewohner in der Woche vor seinem Kurzurlaub mit dem gesetzlichen Betreuer nicht zur TENE gehen, sondern in der Wohngruppe bleiben solle, damit der Urlaub nicht gefährdet sei.

„Das war die Idee vom gesetzlichen Betreuer. Ich weiß nicht, inwieweit der Bewohner daran beteiligt war, die Wohngruppe und ich jedenfalls nicht. Aber das haben wir dann brav so gemacht. Ich habe das aber zwiespältig erlebt: Ich glaube, der Bewohner hat es schon gemessen, dass er dadurch eine Sonderstellung hatte. Er hat aber gleichzeitig immer wieder gesagt, ihm ist langweilig. Er ist dann auch immer wieder hier in der TENE aufgeschlagen, hat drüben seine Zimmertür offen gehabt und sein Ohr immer im Treppenhaus. Also ich hatte den Eindruck, die Entscheidung ist nicht wirklich stimmig für den Bewohner gewesen.“ Tja, und dann sei der Urlaub ja leider auch ‚in die Hose gegangen‘.

Zu gemeinsamen Treffen sollten alle Helfer eingeladen werden, die in engem Bezug zu der betreffenden Person stehen oder sonstig Einfluss haben: Familienangehörige, gesetzliche Betreuer, Heimmitarbeiter (Gruppenbetreuerin, Bereichsleitung, Fachdienst, Mitarbeiterin aus der Tagesbetreuung, Förder- oder Werkstätte), Klinikmitarbeiter (Ambulanzärztin, Stationsmitarbeiter) und ggf. weitere Kosten- oder Entscheidungsträger (Bezirk, Krankenkasse). Oft werden Helfertreffen von Klinikmitarbeitern initiiert, nachdem ihnen der betreffende Patient im Rahmen eines krisenhaften Zustands vorgestellt wurde:

#### **5:72 Gesetzlicher Betreuer**

Hilfreich beschreibt der gesetzliche Betreuer in diesem Zusammenhang die von der Oberärztin organisierte Helferkonferenz, bei der neben seiner Person nicht nur Vertreter aus Heim und Klinik, sondern auch die Bewohnerin selbst sowie zwei Vertreter vom Fachdienst des Bezirks Oberbayern teilgenommen hatten:

„Durch diese Helferkonferenz haben sich alle Türen geöffnet.“

Helfertreffen tragen dazu bei, den Blick auf den Bewohner und dessen Lebenskontext zu weiten und einseitige Problemsichten zu vermeiden (vgl. 4.10.2 „Und wie sehen Sie das?“ – Sichtweisen und Expertisen austauschen). Überdies sind persönliche Begegnungen auch deshalb von besonderem Wert, da sich Missverständnisse auflösen und verzerrte Bilder über andere Helfer korrigieren lassen:

#### **29:78 Ambulanzärztin**

An diesem Fallgespräch habe das gesamte Wohnheimpersonal teilgenommen, samt Leitungspersonen. Zusätzlich sei der Fall auch während einer SYMPA-Einheit vorgestellt worden. Das habe sich aus ihrer Sicht sehr bewährt:

„Diese gemeinsamen Fallgespräche waren der Anfang für eine offenere Kooperation, nicht nur zwischen unserer Ambulanz und der Einrichtung, sondern ganz allgemein untereinander. Da ist viel ins Rollen gekommen, was vorher wirklich schwierig war. Was mir persönlich diesen Grummelstein, der im Magen lag bei der ganzen Geschichte, total genommen hat, war wirklich dieses große Fallgespräch. Weil dem Patienten da so viel Engagement entgegengebracht wurde: Die Mitarbeiter waren interessiert, hatten Ideen und sagten nicht immer gleich: ‚Nein, nein, das geht nicht und das sehe ich anders.‘ Also dass es da ein bunteres Bild gibt als das einseitige, das mir sonst so entgegengekommen war, wenn ich nur mit einzelnen Leuten gesprochen habe. Danach war das Problem nicht mehr so vorhanden, da hat sich wohl ein Knoten gelöst, bei wem auch immer. Vielleicht bei beiden: Einrichtung plus Bewohner.“

Die Offenheit in der Kooperation sei ihrer Ansicht nach schlicht und ergreifend dadurch ermöglicht worden, dass die Bereitschaft aller bestanden hätte, sich zusammen zu setzen, statt dass jeder ‚sein eigenes Süppchen kocht‘.

ABER

Zeitliche oder strategische Gründe können dazu führen, dass nicht immer sämtliche Bezugspersonen an einer Helferrunde teilnehmen. Dann werden fehlende Helfer im Nachhinein kontaktiert oder zu einem gesonderten Treffen eingeladen:

#### **15:29 Heimmitarbeiterin**

An einer kürzlich durchgeführten Expertenrunde, bei der man über die Entwicklung der Bewohnerin sowie zukünftige Ziele gesprochen hätte, hätte neben Bezugsbetreuer, Wohngruppenleiter und pädagogischer Fachkraft auch die Mutter in ihrer Doppelfunktion als Bezugsperson sowie gesetzliche Betreuerin teilgenommen, nicht aber der Vater [Ex-Mann]. Das wolle man nun in Form eines Elterngesprächs mit beiden Eltern nachholen. (...)

Inwieweit die betreffende Person an einer Helfer-Runde teilnimmt, entscheiden Helfer je nach deren kognitiven, sprachlichen bzw. emotionalen Einschränkungen und Bedürfnissen. Zum Teil werden Betroffene zeitlich begrenzt oder indirekt über vor- und nachbereitende Gespräche einbezogen (vgl. 4.8.2 „Mit Kompass zum Ziel“ – Entscheidungen am Wohl des Betroffenen ausrichten):

### **27:3 Ambulanzärztin**

Vor wenigen Tagen habe die Mutter sie kontaktiert, da ihr Sohn, wenn er zu Hause sei, so schlecht schlafe. Vom Wohnheimbetreuer sei allerdings zu erfahren gewesen, dass das Schlafen in der Wohngruppe kein besonderes Problem darstelle. (...) Nun hätten sie beschlossen, dieses Thema in der kommenden Woche in größerer Runde, sprich mit Eltern, Wohngruppe, Förderstätte und psychologischem Fachdienst zu besprechen. Auch der Bewohner sei selbstverständlich dabei oder komme für eine gewisse Zeit hinzu.

### **FAZIT**

Bei Problemen oder anstehenden Entscheidungen bewährt sich ein Treffen in größerer Runde, zu der die jeweiligen Bezugspersonen aus den verschiedenen Kontexten (Familie, Heim, gesetzliche Betreuung, Psychiatrie) eingeladen werden. Persönliche Begegnungen tragen dazu bei, Missverständnisse zu korrigieren, einseitige Problemsichten und –lösungen zu verhindern und das Gefühl solidarischer Zusammenarbeit zu kultivieren. Helfer, die nicht an einem Treffen teilnehmen, werden über vor- und nachbereitende Gespräche einbezogen. Die betreffende Person wird je nach ihren individuellen Fähigkeiten und Beeinträchtigungen indirekt, punktuell oder vollständig involviert.

### **WEITERGEDACHT: Helferkonferenzen: viel Aufwand – viel Nutzen**

Systemische Therapeuten legen Wert auf die Berücksichtigung der personalen, sozialen, institutionellen und weltanschaulichen Kontexte, daher hat die multiprofessionelle Zusammenarbeit im Hilfesystem einer Person in systemischer Praxis – in der sozialen Arbeit noch selbstverständlicher als in der Klinik – einen festen Platz (Levold, 2014a).

Das charakteristische Merkmal systemisch ausgerichteter Zusammenarbeit liegt darin, dass die Vernetzung innerhalb des Hilfesystems nicht punktuell, nicht partiell und auch nicht ein-dimensional verläuft. Es geht nicht um ein „Ich habe gestern den Arzt angerufen und der meinte, Sie sollten mal...“ Systemische Praktiker achten vielmehr darauf, möglichst sämtliche Parteien gleichzeitig an einen Tisch zu bringen, damit ein gemeinschaftlicher, wechselseitiger Prozess an Austausch und Koordination ermöglicht wird und alle Gesprächspartner auf demselben Stand sind. Ein weiteres Charakteristikum ist die Forderung, den oder die betreffenden Klienten an der Planung und Gestaltung von Hilfeprozessen zu beteiligen und nur dann auszuschließen, wenn eine dramatische Eskalation im Gespräch zu befürchten ist. Es soll gewährleistet werden, dass sich Klienten als gleichberechtigte Akteure anerkannt sehen (ebd., S. 283).

Für die Durchführung einer Helferkonferenz müssen nicht selten Hürden überwunden werden, die mit dem Selbstverständnis, den Strukturen und Arbeitsweisen innerhalb und zwischen den Helfersystemen (bzw. Institutionen) zusammenhängen: Wer lädt zu einer Konferenz ein? Wer stellt wie viele zeitliche und personelle Ressourcen zur Verfügung? Wer moderiert das Treffen? Wie finden die Beteiligten zu einer gemeinsamen Sprache, die weder

von medizinischen noch pädagogischen oder familiären Stimmen dominiert wird? Die Effektivität und Effizienz einer Helferkonferenz wiegt jedoch den Aufwand, der mit der Organisation und Durchführung eines Treffens verbunden ist, mehr als auf (Levold, 2014b).

### **4.9.3 „Auf das Timing kommt es an“ – Familienbesuche gestalten**

#### **UM WAS ES GEHT**

Begegnungen zwischen Helfern finden nicht nur im Rahmen geplanter Helfer-Treffen statt, sondern zu einem nicht unerheblichen Teil auch ‚zwischen Tür und Angel‘, wenn Eltern in die Einrichtung kommen, um ihr Kind übers Wochenende abzuholen bzw. nach einem Familienbesuch wieder zurückzubringen. Heimmitarbeiter wie Eltern empfehlen, die Übergänge von Heim zu Familie bzw. von Familie zu Heim knapp zu gestalten und wohlwollend-freundlich aufeinander zuzugehen. Es wird davon abgeraten, auf der Türschwelle Probleme anzureißen oder gar auszubreiten:

#### **2:42 Heimmitarbeiterin**

Dazu [zum Thema ‚Austausch zwischen Familie und Heim‘] gehöre auch das bewusste Gestalten von Übergängen, wie etwa beim Abholen am Freitagnachmittag. In solchen Momenten sei früher oft ein Schweigen, ja fast schon eine Totenstille im Raum gewesen. Und jeder habe wohl gedacht: ‚Hoffentlich kommen da nicht gleich wieder Vorwürfe.‘ Mittlerweile habe sich die Atmosphäre jedoch spürbar entspannt. Vermutlich auch als Folge bewusster Entscheidungsprozesse im Team:

„Wir achten jetzt darauf, dass wir bei Tür-und-Angel-Gesprächen nicht noch wonders was für Probleme aufreißen. Sondern dass man eine schöne Übergabe macht und sich ein schönes Wochenende wünscht. Die Probleme hebt man sich für ein anderes Mal auf.“

Besteht auf Helferseite das Bedürfnis, komplexere bzw. zeitaufwändige Themen zu besprechen, sollten sich die Gesprächspartner auf ein separates Treffen verständigen:

#### **3:37 Mutter**

„Dieser Übergang: Man will reden miteinander, und es sind ja alle anwesend: nicht nur unser Sohn, sondern auch die anderen Bewohner, das ist manchmal wirklich schwierig. (...) Dann schauen wir schon, dass wir das knapp gestalten, und man merkt auch den anderen an, dass es gut ist, wenn wir wieder verduften. (...) Was ich zusätzlich sehr wichtig finde, ist, wenn man auch mit dem Wohngruppenleiter sprechen kann. Denn es ist den Gruppenbetreuern ja nicht möglich, dass sie mit uns einen Augenblick lang vor der Tür reden. Das finde ich aber in manchen Dingen, die man auch mal äußern muss, ob aus Sorge oder Vorausplanung, ganz gut.“

Die Dauer eines Besuchs in der Familie sollte ebenso sorgfältig bedacht und abgestimmt werden. Helfer verfügen in der Regel über individuelle Erfahrungswerte, wie lange ein Bewohner bzw. eine Bewohnerin weitgehend stressfrei zu Hause verweilen kann:

#### **45:41 Vater**

„Eine lange Zeit verträgt er nicht zu Hause: vier Tage sind so seine Grenze, dann will er wieder zurück in die Wohngruppe.“

**ABER**

Nicht immer verläuft die gemeinsame Zeit zu Hause komplikationslos. Treten Schwierigkeiten auf, stehen die Wohngruppenbetreuer den Familien in Form einer telefonischen „Hotline“ beratend zur Seite:

**46:28 Heimmitarbeiterin**

„Es gab mal eine Zeit, da lief es gar nicht gut zu Hause. Da war die Mutter wirklich am Verzweifeln. Das haben wir telefonisch recht gut klären können, auch mit dem Hinweis, dass sie ihren Sohn jederzeit wieder zurück in die Gruppe bringen kann, wenn er ihr gegenüber ausfallend wird. Da war ein offenes Ohr und Verständnis für ihre Situation sehr hilfreich.“

Heimmitarbeiterinnen bieten ebenso an, die Besuchsdauer im Krisenfall zu verkürzen und einen Bewohner oder eine Bewohnerin unabhängig von der ursprünglichen Vereinbarung jederzeit wieder in die Wohngruppe aufzunehmen:

**16:16 Heimmitarbeiterin**

Die Mutter habe Abstand gewonnen von der Idee, dass die Besuche ihrer Tochter daheim immer mit einer Übernachtung verbunden sein müssten. Der Hintergrund war die Erfahrung, dass die letzte Übernachtung zu Hause komplett ‚in die Hose gegangen‘ war. Mittlerweile habe die Mutter nicht nur von dem Angebot Gebrauch gemacht, ihre Tochter bei Schwierigkeiten vorzeitig wieder in die Gruppe zu bringen, sondern auch entschieden, ihre Tochter in den kommenden Feiertagen zwar abzuholen, nicht aber bei sich übernachten zu lassen. (...)

„Es ist gut so, wie die Mutter sich entscheidet: das liegt völlig bei ihr, so oder so. Und sollte sie sich entscheiden, dass sie die Tochter doch für eine Nacht nach Hause holt, dann darf sie natürlich jederzeit abrechen und ihre Tochter, egal zu welcher Stunde, zurückbringen, wenn es nicht mehr geht. Ich glaube, das ist eine große Sicherheit für die Mutter zu wissen, dass sie damit nicht alleine da steht.“

Bewohner sollten in derartige Planänderungen einbezogen werden, um weitere Eskalationen durch Missverständnisse zu vermeiden: (vgl. 4.6.2 „Transparenz schafft Durchblick.“ – Umfassend informieren und erklären):

**46:29 Heimmitarbeiterin**

Als die Mutter ihren Sohn tatsächlich einmal vorzeitig zurück in die Wohngruppe gebracht hatte, sei dieser anschließend schier ausgerastet. Offensichtlich hatten die Angehörigen ihm daheim fälschlich erklärt, in der Gruppe lediglich seine Medikamente holen zu wollen - aus Furcht, dass er ansonsten die Wohnung nicht verlassen würde. Als der Bewohner erkannte, dass er in der Gruppe bleiben sollte, habe er sich in seiner Aufregung gewünscht, sofort in die Klinik gebracht zu werden.

**FAZIT**

Steht bei Heimbewohnern ein Besuch in der Familie an, sollten die Beteiligten (Bewohnerin, Familie und Heimmitarbeiter) darauf achten, ihre Begegnung beim Abholen und Zurückbringen knapp und angenehm zu gestalten. Ausführlichere oder problematische Gespräche zwischen Helfern sollten separat vereinbart werden. Bewohner verbringen üblicherweise eine begrenzte, zwischen den Helfern vereinbarte Zeit mit der Familie. Treten in dieser Zeit Konflikte auf, stehen die Wohngruppenbetreuer den Angehörigen via Telefon beratend zur Seite. Außerdem besteht das Angebot, den Aufenthalt nach Absprache abzurechnen und die betreffende Person vorzeitig und mit deren Kenntnis in die Wohngruppe zurückzubringen.

#### WEITERGEDACHT: Von Übergängen und Ritualen

Übergänge sind Schwellenphasen - im vorliegenden Kontext verdichtet sich der Übergang zwischen Wohngruppe und Familie förmlich auf der Türschwelle. Wird eine Heimbewohnerin im Rahmen eines Familienbesuchs von ihren Angehörigen abgeholt und zurückgebracht, treffen zwei möglicherweise sehr unterschiedlich funktionierende Beziehungssysteme (vgl. 4.8.3 „Manchmal liegen Welten dazwischen.“ – Unterschiede akzeptieren) aufeinander. Gleichzeitig spielen sich emotionale Begrüßungs- und Abschiedsszenen quasi zwischen Tür und Angel ab.

Die systemische Therapie nutzt Übergangsrituale, um zeitliche oder strukturelle Veränderungen zu markieren; um zu signalisieren, was einerseits zu Ende geht und was andererseits beginnt (Retzlaff, 2008, S. 252f). Rituale stellen in potenziell stressvollen Übergängen einen klar definierten Rahmen mit geordneten Prozeduren bzw. Handlungsskripten bereit (von Schlippe u. Schweitzer, 2013, S. 330), sie bieten Sicherheit und Orientierung in Situationen, die weder routiniert noch alltäglich sind.

Vor diesem Hintergrund macht es Sinn, dass sich Helfer bewusst mit der Frage auseinandersetzen, nach welchem Muster sie Schwellensituationen (hier: der Übergang zwischen Heim und Familie) gestalten wollen und welche Praktiken sie einsetzen, um einer Person mit Intelligenzminderung den Übergang von einem System ins andere, von einer Welt in die andere zu erleichtern.

## 4.10 KOMMUNIKATION zwischen Helfern

### 4.10.1 „Na, wie läuft's?“ - Sich auf dem Laufenden halten

#### UM WAS ES GEHT

Helfer wollen und sollen gut informiert sein. Angehörige unterstreichen ihr Bedürfnis, über das aktuelle Befinden ihres Familienmitglieds, zwischenzeitliche Vorfälle als auch Aktivitäten und Veränderungen innerhalb der Heimeinrichtung in Kenntnis gesetzt zu werden. Auch Heimmitarbeiter erachten es als wichtig, über bedeutsame familiäre Geschehnisse wie schwerwiegende Erkrankungen oder anstehende Urlaubspläne Bescheid zu wissen:

#### 8:46 Mutter

„Mit dem Heimwechsel bin ich überrumpelt geworden. Überhaupt bin ich nicht gefragt worden und es ist mir auch nichts gesagt worden. Meine Tochter hat mir wohl gesagt, dass sie in eine andere Einrichtung kommt, sie wusste aber nicht wohin und wann. Schließlich bin ich doch informiert worden, aber da war sie schon weg. Von der neuen Einrichtung bin ich dann informiert worden, dass sie nun dort ist. Die haben mir sogar Informationsmaterial zugeschickt und einen Brief, in welche Gruppe meine Tochter kommt. Dann habe ich mich bei denen bedankt und gesagt: ‚Das ist ganz toll, das ihr mich informiert, weil ich von der anderen Einrichtung bis jetzt nicht einen Pieps gehört habe, dass meine Tochter wekommt.‘“

Aus Sicht der Angehörigen spielen Kenntnisse über die Medikation bzw. die gesundheitlichen Belange ihres Familienmitglieds eine herausragende Rolle:

**33:99/33:101 Schwester**

Die letzte Frage kreist um das Thema, was Familien brauchen, damit das gesamte Helferteam gut zusammenwirken könne:

„Information. Informationen über Medikamente und alles. Wenn Medikamente ohne unser Wissen umgestellt werden, fühle ich mich schlecht, weil ich als Betreuerin ja auch für seine Gesundheit verantwortlich bin, und da möchte ich eigentlich schon wissen, was ich ihm gebe.“ (...) „Es wäre besser, wenn wir mehr über die Medikamente informiert wären. Wenn wir mehr darüber erfahren würden, warum ein Arzt dieses oder jenes Medikament vorschlägt oder warum die Nebenwirkungen den Nutzen aufwiegen.“

Eine angemessene Informationsweitergabe verhilft Familienmitgliedern dazu, das Verhalten einer Person mit Beeinträchtigungen besser einzuschätzen und angemessen darauf zu reagieren:

**43:70 / 45:24 Eltern**

Mutter: „Wir kamen ins Heim und sahen, wie unser Sohn alleine spazieren geht. Ich war schockiert, denn uns hatte keiner gesagt, dass er schon seit zwei Jahren alleine raus darf. Da war ich wütend und habe gefragt, was hier los ist. Und dann waren alle beleidigt. Ich bin ja auch froh, dass er selbstständig ist, aber man muss uns sowas doch sagen.“

Vater: „Ich habe am Anfang Angst gehabt, unseren Sohn alleine draußen zu sehen. Später im Rückblick, als ich hörte, der geht schon seit zwei Jahren alleine spazieren, hat mich das stolz gemacht.“ (...)

Für ein gelingendes Miteinander zwischen Heim und Familie trägt auch bei, wenn Eltern nicht nur über krisenhafte Vorfälle informiert werden, sondern ab und an auch Berichte über positive Erlebnisse und Eindrücke aus dem Leben ihres Kindes erhalten:

**2:41 Heimmitarbeiterin**

„Je mehr man sich mit den Eltern beschäftigt und sie mitnimmt, umso besser geht's. Also, dass man ihnen sagt, was man alles macht und vorhat. Und dass man sie auch mal anruft, wenn man was Schönes oder Lustiges mit ihrem Kind erlebt hat.“

Ergänzend zu telefonischen oder schriftlichen Benachrichtigungen organisieren berufliche Helfer von Zeit zu Zeit Familienfeste oder Elterntage, bei denen sich Angehörige vor Ort ein Bild von ihrem Familienmitglied, dessen Lebensumfeld sowie zwischenzeitlichen Erlebnissen machen können:

**38:78 Schwester**

Die Einsatzbereitschaft und Herzlichkeit der Betreuer erlebe sie bei verschiedenen Anlässen, so zum Beispiel bei gruppeninternen Elterntagen, zu dem einmal im Jahr eingeladen werde und wo die Mitarbeiter den Angehörigen ein gutes Bild davon geben würden, was sie in der Zwischenzeit alles mit den Bewohnern unternommen und erlebt hätten: Ausflüge, Urlaube oder Feste. So habe sie auf einem der dort gezeigten Videos förmlich miterleben können, wie die Bewohner zu Weihnachten alle um ein Lagerfeuer herum versammelt waren: mucksmäuschenstill und gebannt hätten sie der Weihnachtsgeschichte gelauscht: „Das war sehr beeindruckend zu beobachten.“

Auch eine regelmäßige Berichterstattung zwischen Heim und Klinik wird befürwortet. Sie dient dazu, pädagogische wie medizinische Behandlungsmaßnahmen aufeinander abzustimmen und gegebenenfalls eine Klinikeinweisung sorgfältig vorbereiten zu können (vgl. 4.14.6 „Alarmstufe Rot.“ - Stationäre Maßnahme abstimmen). Durch einen transparenten Informa-

tionsfluss lassen sich darüber hinaus Aufregungen, die durch Missverständnisse ausgelöst wurden, vermeiden:

**32:31 Heimmitarbeiter**

(...) Als ein Kollege den Patienten bei einem Besuch auf Station in fixiertem Zustand angetroffen hatte, sei dieser aufgelöst zurückgekommen: „Der Kollege war schockiert, den Bewohner so fixiert zu sehen: ‚Wahnsinn, was machen die da?! Was machen die da?!‘ Das war wohl gerade zur Zeit der Medikamenten-Umstellung, aber davon haben wir erst erfahren, nachdem ich den Betreuer gebeten hatte, auf Station noch einmal nachzufragen, was da los war.“ (...)

**ABER**

Auch wenn Bezugspersonen zeitnah über gravierende Vorfälle oder Veränderungen informiert werden wollen, sollten Helfer abwägen, wann der passende Zeitpunkt für die Weitergabe ist:

**17:3 Heimmitarbeiterin**

Aktuell stehe ein Gespräch mit der Mutter an, um sie über den bevorstehenden Weggang der Bezugsbetreuerin zu informieren (...).

„Ich werde der Mutter heute erzählen, dass ich nächste Woche aufhöre. Da wird sie gewiss sehr enttäuscht sein. Aber ich wollte es ihr nicht eher erzählen, weil ich Sorge hatte, sie könnte sich vor ihrer Tochter verplappern, und das wiederum hätte zu viel Unruhe in die Gruppe gebracht.“

Gleichermaßen sollte auch das Ausmaß der Berichterstattung bedarfsorientiert gestaltet werden: so befürworten berufliche Helfer, nicht jede Kleinigkeit ‚brühwarm‘ an die Eltern weiterzugeben, und auch auf Elternseite existiert die Auffassung, nicht mehr über jeden Schritt und Tritt des erwachsenen Kindes informiert werden zu müssen:

**28:27 Pflegemutter**

„Als es um seine Klinikeinweisung ging, bin ich nicht eingebunden worden. (...) Ich hab auch nicht großartig Auskunft bekommen. Aber das war für mich total in Ordnung, denn er wohnt ja nicht mehr hier und hat ein Stück weit sein eigenes Leben. Und ich muss ja schließlich nicht alles wissen, das muss ich von meinen eigenen Kindern ja auch nicht.“

**FAZIT**

Ein Großteil der interviewten Eltern hat ein starkes Bedürfnis, über die Entwicklung und den Gesundheitszustand ihres Kindes sowie bedeutsame Veränderungen im Heim regelmäßig und zeitnah informiert zu werden. Zu diesem Zweck halten Heimmitarbeiter die Angehörigen im Rahmen von Gesprächen, gemeinsamen Feierlichkeiten und Elterntagen auf dem Laufenden. Ein wechselseitiger Informationsfluss dient sämtlichen Helfern dazu, das Verhalten der beeinträchtigten Person besser einschätzen und konfliktträchtige Missverständnisse zu vermeiden.

#### 4.10.2 „Und wie sehen Sie das?“ – Sichtweisen und Expertisen austauschen

##### UM WAS ES GEHT

Bei auftretenden Problemen oder anstehenden Plänen schließen sich Helfer zusammen (vgl. 4.9.2 „Hätten Sie mal Zeit?“ – Bei Problemen und Plänen zusammensetzen). Im Gespräch geht es ihnen darum, ein anstehendes Thema von mehreren Seiten zu beleuchten, so dass durch den erweiterten Blickwinkel ein vielseitigeres Bild entsteht. Durch den respektvollen Austausch über individuelle, auch diskrepante Erfahrungen, Wahrnehmungen, Sichtweisen und Ideen befördern sie ein gegenseitiges Verständnis, eröffnen neue Denk- und Handlungsoptionen und ebnen den Weg für gemeinsame Lösungen (vgl. 4.10.4 „Viele Ideen, ein Plan.“ – Einheitliche Linie abstimmen):

##### **2:36 Heimmitarbeiterin**

(...) „Jetzt besprechen wir die Problematiken konsequent mit den Eltern. Also, wenn irgendein Problem ist, ruft man die Eltern an und sagt: ‚Das und das liegt vor. Was habt denn ihr sonst gemacht? Kennt ihr das schon?‘ Also wir fragen die Eltern nach ihren Erfahrungen. Wir wollen sie quasi mitnehmen, sie als Fachleute einbeziehen und auf deren Vorschläge eingehen, wo möglich. Man versteht auch oft Situationen mit dem Bewohner besser, wenn man weiß, wie es daheim so läuft. Also, das ist das, was wir am meisten von SYMPA gelernt haben und was uns ganz viel hilft.“

Ein offener Austausch beinhaltet, dem anderen mit echtem Interesse zuzuhören, über Rückfragen das Verständnis abzusichern und gemeinsame, ergebnisoffene Überlegungen zum weiteren Vorgehen anzustellen. Bei Helfern mit Migrationshintergrund sollten geeignete Maßnahmen ergriffen werden, mit denen kulturelle oder sprachliche Missverständnisse weitestgehend vermieden werden können:

##### **40:19 Heimmitarbeiterin**

Die Zusammenarbeit mit der Ambulanzärztin bewertet die Mitarbeiterin als sehr gut: „Also wir harmonieren und ergänzen uns gut. Das ist so ein Nehmen und Geben von beiden Seiten. Sie hat immer ein offenes Ohr, ist offen für alles. Ich berichte, wie die letzten Wochen so waren, wie der Ist-Stand ist, und wenn es ein Problem gibt, wird das erörtert, da überlegen wir, was möglich ist, und gehen in alle Richtungen.“

Jeder Unterstützer hat im Rahmen seiner Tätigkeit störungsspezifisches Wissen angeeignet: die beruflichen Helfer innerhalb spezifischer Ausbildungen, die familiären Helfer über langjährige Erfahrungen sowie Bücher oder Fachgespräche. Helfer verfolgen den Anspruch, diese vielfältigen Expertisen mit der Einstellung zusammenzutragen, dass nicht nur die Angehörigen von den psychosozialen Helfern lernen, sondern gleichermaßen die beruflichen Helfer von dem Wissen und den Erfahrungen der Familienangehörigen profitieren können:

##### **17:58 Mutter**

„Erst einmal braucht es eine gute Zusammenarbeit mit den Familienangehörigen: gute Absprachen, gut im Kontakt sein und Anregungen zur Förderung sowohl von der Familie als auch von den Heimmitarbeitern zusammentragen.“ (...)

Ein fachlicher Austausch zwischen beruflichen Helfern wird darüber hinaus geschätzt, um Einblicke in institutionsspezifische Arbeitsstrukturen und Arbeitsweisen zu erhalten:

### **39:21 Heimmitarbeiterin**

„Durch die gemeinsame Weiterbildung hat man die ganzen Mitarbeiter in der Klinik etwas anders kennen gelernt. Da ist das Vertrauen natürlich noch mal gestiegen, weil man da mehr zusammen gekommen ist und über so Themen gesprochen hat wie: ‚Was habt denn ihr so für Probleme? Wie arbeitet ihr? Und wie geht ihr mit diesem oder jenem um?‘ Infos über den Arbeitsalltag und die Arbeitsweisen sind wichtig, damit man Vertrauen hat.“

ABER

Es wird betont, dass bei der gemeinsamen Suche nach Lösungen und ‚Erfolgsrezepten‘ eine Haltung fachlicher Überlegenheit oder Konkurrenz zwischen Helfern kontraindiziert ist:

### **54:27 Heimmitarbeiter**

„Ich glaube, dass man sich immer bewusst sein muss, dass wir [im Heim] kein familiäres Verhältnis [zum Bewohner] haben. Familie ist einfach das wichtigste. (...) Und man muss sich von der Position her bewusst sein, dass wir nicht die Professionellen sind, die das Erfolgsrezept kennen. Sondern dass wir da kooperieren und vielleicht auch mal über unseren Schatten springen müssen. Das darf keine Konkurrenz werden.“

Auch wenn sich Helfer offen zeigen gegenüber Tipps oder Anregungen, ist ein belehrender oder bestimmender Ton in der gegenseitigen Beratung nicht zielführend. Vorschläge sollten eher im Sinne von Anregungen unterbreitet werden:

### **41:18 Heimmitarbeiterin**

„Das Vertrauen von Angehörigen kriegt man jedenfalls nicht, wenn man respektlos miteinander spricht nach dem Motto: ihr habt das jetzt so oder so zu machen. Sondern wenn man den Angehörigen Unterstützung anbietet, sich austauscht und den Rahmen schafft, wenn sie zu Besuch kommen. Dass man sich Zeit für sie nimmt und gerade der Familie von jener Bewohnerin anbietet, in der Gruppe zu bleiben und nicht auf große Spaziergänge zu gehen, wo wir ja selbst schon wissen, dass das schwierig werden kann. Die sollen doch schließlich eine gute Zeit miteinander haben.“

Doch Achtung: Empfehlungen, die nicht zum Wertesystem des Gegenübers passen (vgl. 4.8.3 „Manchmal liegen Welten dazwischen.“ – Unterschiede akzeptieren), können ins Leere laufen und die Beziehungen im Helfersystem belasten:

### **43:79 Eltern**

Mutter: „Die Betreuerin hat das anders gewünscht: nämlich dass überhaupt kein Kontakt sein soll zwischen den Brüdern. Aber das akzeptiere ich nicht und stelle auch immer wieder die Frage nach dem Warum. Sie behauptet immer wieder, das sei besser, damit keiner von ihnen eifersüchtig wird. Ich hab ja akzeptiert, einmal nur den einen, einmal nur den anderen mit nach Hause zu nehmen. Aber dass der eine nicht dabei sein darf, wenn ich den anderen besuche, das akzeptiere ich nicht, da kann sie machen, was sie will.“

Die Mutter glaubt andersherum auch nicht, dass das Heim den Wunsch der Eltern nach einer Begegnung der Söhne akzeptiere. Ihr Mann fügt hinzu, dass es für sie als Eltern von Bedeutung sei, gerade zu den Feiertagen wie Ostern oder Weihnachten beide Söhne nach Hause zu holen, selbst wenn die Heimmitarbeiter auch hierbei eine Wechsellösung – zwei Tage der eine, zwei Tage der andere – vorgeschlagen hätten.

Mutter: „Aber so lange ich lebe, so lange, wie ich das schaffe, mache ich das.“

Vater: „Das wichtigste ist für uns, alles zu tun, was gut ist für die Kinder.“

Zuletzt seien beide Brüder über die Osterfeiertage zu Hause gewesen, das sei gut gelaufen.

## FAZIT

Im gemeinsamen Austausch legen Helfer Wert darauf, persönliche Ansichten, Erfahrungen und Vorschläge respektvoll zusammenzutragen, um Blickwinkel zu erweitern sowie neue Denk- und Handlungsoptionen zu entwickeln. Ein offener, nicht-wertender Austausch über individuelle Ansichten und Vorstellungen sowie die jeweiligen Lebens- und Arbeitskontexte fördert zudem das gegenseitige Verständnis und stärkt eine vertrauensvolle Zusammenarbeit. Das angeeignete Wissen aller Helfer soll für sämtliche Beteiligten nutzbar gemacht werden, in der Hinsicht gelten Familien wie berufliche Helfer gleichermaßen als Experten. Eine respektvolle gegenseitige Beratung wird begrüßt, ein beherrschender oder bestimmender Umgangston hingegen abgelehnt.

## WEITERGEDACHT: Offener Dialog

Ein in den 80er Jahren innovativer und bis heute anregender Ansatz für den psychiatrischen Kontext wurde von Seikkula (2002) entwickelt und unter dem Titel ‚Offener Dialog‘ bekannt. Die Besonderheit liegt darin, dass unbedingt und ausschließlich alle Beteiligten – Patient, Familie, soziales Umfeld, Behandlungsteam, ggf. Vertreter von Behörden – zu Behandlungskonferenzen eingeladen werden, um einen ergebnisoffenen Austausch zu fördern. Durch ein aufeinander bezogenes Sprechen und Zuhören werden reflexive Prozesse angestoßen und die Beteiligten zu einer gemeinsamen Sprache angeregt. Der Dialogcharakter soll sämtlichen Gesprächspartnern dazu verhelfen, über die Auseinandersetzung mit dem Problem und das Einnehmen verschiedener Perspektiven ein besseres Verständnis zu erlangen und ein erweitertes, gemeinsam getragenes Handlungsspektrum zu erschließen. Unterschiedliche Expertisen werden begrüßt und für ein gemeinschaftliches Verständnis genutzt, statt auf den kleinsten gemeinsamen Nenner eingedampft oder auf die eine ‚richtige‘ Sichtweise reduziert: „Dialog erfordert als Anfangspunkt Differenz, ja sogar einander widersprechende Sichtweisen.“ (ebd., S.152).

Im gleichen Sinne zeugen auch die Interviews davon, dass die Vorstellung einer einseitigen oder dominanten Expertise eine gelingende Zusammenarbeit von Helfern mehr behindert als unterstützt und es hilfreicher ist, die individuelle Expertise aller Akteure im Umgang mit behinderungsspezifischen Besonderheiten und Problemen anzuerkennen und für den weiteren Prozess nutzbar zu machen. Dafür dienlich ist eine Haltung respektvoller Neugier (Cecchin, 1988): ein echtes Interesse am anderen, an übereinstimmenden ebenso wie an differierenden Ansichten. Eine Haltung aus Neugier und Nicht-Wissen wird in der systemischen Beratung geradezu kultiviert, um gemeinsam mit anderen Unterstützern im Multi-Helfersystem in einen offenen Dialog einzutreten und mit verschiedenen Perspektiven zu spielen, mit denen nützliche Veränderungen und innovative Entwicklungen angestoßen werden (Parker, 2019).

#### 4.10.3 „Wie hätten wir’s denn gerne?“ – Erwartungen und Anliegen verhandeln

## UM WAS ES GEHT

Personen mit Intelligenzminderungen haben Vorstellungen davon, was für ihr Leben gut ist, was sie mögen und was nicht, und auch Helfer machen sich Gedanken darüber, was eine

gute Versorgung und Betreuung ausmacht. In den Interviews kreisen Überlegungen unter anderem um die Themen Freizeitaktivitäten, Ernährungsweisen, Besuchsregelungen und medizinische Maßnahmen. Ein wichtiger Bestandteil gelingender Zusammenarbeit ist aus Sicht der Interviewpartner, die gegenseitigen Erwartungen darüber, was zu tun oder zu lassen ist, zu explorieren und im nächsten Schritt zu einer Einigung zu gelangen (vgl. 4.10.4 „Viele Ideen, ein Plan.“ – Einheitliche Linie abstimmen), wobei die Bedürfnisse und Belange der betreffenden Person maßgeblich sind (vgl. 4.8.2 „Mit Kompass zum Ziel“ – Entscheidungen am Wohl des Betroffenen ausrichten):

**15:11 Heimmitarbeiterin**

(...) „Ich habe die Mutter gefragt, wie sie sich den Geburtstag für ihre Tochter wünscht. Und ich hatte im Vorhinein überlegt, dass wir den Tag selbst lieber in der Gruppe belassen, damit es nicht zu aufregend für die Bewohnerin wird durch Abweichungen vom normalen Rhythmus. Deshalb war mein Vorschlag, dass wir den Mittwoch hier im kleinen Kreis in der Gruppe feiern und am Samstag die Mutter erst etwas mit ihrer Tochter unternimmt – denn das ist sie gewohnt - und wir im Nachhinein gemeinsam mit beiden den Geburtstag hier mit allen nachfeiern. Den Vorschlag fand die Mutter super, und es hat ganz toll funktioniert.“

Heimmitarbeiter übernehmen insofern eine Vermittlerrolle, als dass sie Wünsche von Bewohnern an die Angehörigen herantragen oder gegenseitige Erwartungen und Vorschläge zwischen Familie und Ambulanzärztin übermitteln:

**48:20 Heimmitarbeiterin**

„Die Mama (...) wollte ihn in der Stadt in einem Sportverein zum Montags-Judo anmelden. Aber montags spielt er ja immer Basketball hier in der Einrichtung, da taugt es ihm gar nicht, dass die Mama ihn da rausnehmen will. Das hat sie jetzt auch sein lassen, nachdem wir ihr das klargemacht haben. Allerdings: Er hatte zur Mama gesagt: ja gut, dann macht er das. Aber zu uns hat er gesagt, er möchte doch sein Basketball hier montags gar nicht aufgeben. Das würde er aber seiner Mama gegenüber nie sagen. So geht's im Übrigen vielen Bewohnern hier.“

Für die Überzeugungsarbeit sei es hilfreich gewesen, der Mutter deutlich zu machen, wie wichtig ihrem Sohn die Teilnahme am Basketballspielen montags sei. (...)

Auch wenn sich die Vorstellungen anderer Helfer deutlich von den eigenen unterscheiden, überzogen, unpassend oder unrealistisch erscheinen mögen, sollten sie nicht von Vornherein abgeblockt werden. Stattdessen wird empfohlen, die Erwartungen des Gegenübers genauer zu erkunden und die eigenen Motive sachlich zu erläutern:

**19:21 Ambulanzärztin**

„Da bin ich noch zu wenig systemisch. Denn da macht bei mir sofort eine Jalousie zu und ich denk mir stur: ‚Nee, so nicht.‘ Dann komme ich mit dem Zeigefinger, aber das führt ja zu nichts. Und ehrlich gesagt: das spürst du ja, wenn jemand eigentlich nur diese Tabletten von dir will. Und dann willst du aber eigentlich was anderes. Also: das geht nicht zusammen. Da kann man manchmal mit einer kleinen Veränderung große Wunder bewirken. Zum Beispiel wenn ich mehr auftragsorientiert arbeite, mehr nachfrage: ‚Was stellen Sie sich denn vor: was wäre denn gut?‘“ (...)

Das Sprechen über (gegenseitige) Erwartungen dient als Forum, um Wünsche, Ideen oder Ansprüche offenzulegen und diese in einem Aushandlungsprozess mit den Vorstellungen der anderen in Einklang zu bringen. Verzichtet werden sollte darauf, Druck auf andere Helfer

auszuüben und die eigenen Interessen ‚durchzuboxen‘, da dies eine konstruktive Zusammenarbeit torpedieren und den psychischen Zustand der betreffenden Person belasten kann:

### **8:32 Gesetzlicher Betreuer**

Über Weihnachten habe die Mutter ihre Tochter im Heim besucht, darüber habe sich die Bewohnerin sehr gefreut: „Mei, die Mutter schafft halt nicht mehr, die ist überfordert. Die Fahrt und dann noch ein behindertes Kind daheim...“

Wie erklärt sich der Betreuer seine von allen Seiten als gut beschriebene Kooperation mit der Mutter?

„Es ist wichtig, dass ich die Mutter ernst nehme, dass ich auch nicht zu viel von ihr fordere, weil sie sehr belastet ist. Da hilft es nicht, dass ich Druck ausübe, indem ich zum Beispiel sage: ‚Sie müssten Ihr Kind aber mehr besuchen.‘ Man sollte aber schon klar sagen, was man erwartet.“

### **43:36 Klinikmitarbeiter**

(...) „Man muss die Eltern auch mal reden lassen und zuhören, was sie zu sagen haben. Zum Beispiel wenn es da Reibereien mit der Wohngruppe gibt - das ist ja bei vielen mal Thema. Da entsteht ein Zwiespalt, wo in der Mitte der Patient steht. Und wenn jeder an einem Arm zieht und seine Interessen durchbringen möchte, dann ist das natürlich ungut.“

ABER

Das Vorgehen, die Vorstellungen und Anliegen der Helfer zusammenzutragen, darf nicht mit der Erwartungshaltung gleichgesetzt werden, dass sämtliche Forderungen bedingungslos realisierbar sind. Helfer eruieren im Gespräch deswegen nicht nur, welche Erwartungen im Raum stehen, sondern stellen zudem klar, was aus ihrer Sicht machbar ist und was nicht (vgl. 4.10.5 „Jetzt mal Tacheles!“ – Klare Kante zeigen). Anliegen können beispielsweise abgelehnt werden, wenn sie nicht mit den eigenen Vorstellungen, Werten oder Rahmenbedingungen kompatibel sind:

### **25:19 Heimmitarbeiter**

„Wie in allen Bereichen braucht es Transparenz: also eine Einladung an die Eltern, jederzeit kommen und sich das Ganze anschauen zu können. Im Falle dieses Bewohners kann sich die Mutter gerne alle Speisepläne anschauen. Ich habe ihr auch zugesichert, dass wir natürlich darauf achten, was passiert und was gegessen wird. Man muss die Eltern schon bis zu einem gewissen Grad einbeziehen und alles, was möglich ist, umsetzen. Es gibt aber auch Vorstellungen, wo wir sagen: das können oder wollen wir so nicht leisten, weil wir nicht dahinter stehen. Da muss man dann klare Grenzen ziehen.“

Kann einem Wunsch (so) nicht nachgekommen werden, schließen sich Überlegungen an, ob das geäußerte Anliegen in variiertem Form umsetzbar ist. Im günstigen Fall handeln die Helfer ein Vorgehen aus, auf das sich alle Seiten zumindest probeweise einigen können (vgl. 4.10.4 „Viele Ideen, ein Plan.“ – Einheitliche Linie abstimmen):

### **2:44 Heimmitarbeiterin**

„Die Ambulanzärztin fährt eine ganz klare Linie. Die sagt auch den Eltern ganz klar: so würde sie es machen und so findet sie es am besten. (...) Und wenn wir oder die Eltern mal Nein zu einer ihrer Ideen sagen, dann macht sie das auch nicht. Dann hat sie immer irgendeinen Kompromiss, wo man dann sagt: jetzt probieren wir das mal vierzehn Tage lang.“

Das Klären und Verhandeln von Anliegen samt dem Abstecken von Grenzen des Machbaren erspart zwar keine kurzfristigen Ernüchterungen, wohl aber spätere Reibereien oder Enttäu-

schungen, wenn Hoffnungen und Wünsche, die nicht ausgesprochen oder debattiert wurden, nicht in Erfüllung gehen:

**54:38 Klinikmitarbeiter**

(...) „Ich habe das Gefühl, dass allgemein mehr Kontakt zu den Heimen da ist, seit es SYMPA gibt. Vorher war das oft so, dass allenfalls mal jemand mit dem Arzt telefonieren wollte - vielleicht. Jetzt ist es so, dass auch von uns aus Gespräche geplant und initiiert werden während des Aufenthalts. Da setzen wir uns zusammen und schauen, wo wir mit der Behandlung hinkommen können. (...) Sonst war es oft so: die Patienten werden gebracht und wieder abgeholt - zwischendurch war gar nichts, da meldete sich niemand. Dann wurden die Patienten abgeholt in der Hoffnung, sie könnten fertig wieder mitgenommen werden. Was sie oft ja gar nicht sind.“

Der Austausch mit dem Heim über aktuelles und übliches Verhalten erscheint dem Klinikmitarbeiter zentral wichtig, um zu erfahren, wie der Patient sein muss, damit er wieder ins Heim zurückgehen kann.

„Das soll aber nicht so klingen, als ob wir alles machen könnten. Auch wenn das oft die Erwartungshaltung ist: ‚Gebt dem Patienten ein paar Pillchen, damit er wieder anders ist, damit wieder alles passt‘. Aber das kristallisiert sich ja immer mehr heraus: dass die Pillen einen Prozess schon unterstützen können, aber eben nicht alles sind.“

**FAZIT**

In der Zusammenarbeit von Helfern stehen oft (gegenseitige) Erwartungen darüber im Raum, wie eine Person mit Intelligenzminderung angemessen zu betreuen oder zu behandeln ist. Diese Anliegen gilt es zunächst zu klären, das heißt, die eigenen Vorstellungen zu erläutern und die der anderen nachzuvollziehen. Es heißt nicht, die eigenen Interessen mit Druck und ohne Rücksicht auf die anderen durchzusetzen. Divergierende Erwartungen müssen mit Blick auf die Bedürfnisse des Betroffenen und unter Berücksichtigung der jeweiligen Möglichkeiten und Grenzen innerhalb der Helfersysteme weiter ausgehandelt werden.

**WEITERGEDACHT: Auftragsklärung als Dreh- und Angelpunkt**

In der systemischen Beratung und Therapie wird einer sorgfältigen Auftragsklärung besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Das eingehende Explorieren der Erwartungen aller, die an einem Prozess direkt oder indirekt beteiligt sind, wird quasi zur Königsdisziplin. Es besteht die Annahme, dass in jeder Zusammenarbeit ausgesprochene, noch mehr aber unausgesprochene Erwartungen darüber bestehen, was passieren oder nicht passieren soll, welche Ergebnisse erzielt werden sollen und welche Schritte dafür erforderlich sind. Und es existiert die nüchterne, aber bedeutsame Auffassung, dass diese Vorstellungen oft verschieden und widersprüchlich sind (von Schlippe u. Schweitzer, 2013, S. 235). Systemiker erklären die Auftragsklärung zum Dreh- und Angelpunkt des gesamten Beratungsprozesses. Das heißt, sie richten auch im weiteren Verlauf der Zusammenarbeit den Blick immer wieder bewusst auf die ursprünglichen Anliegen der Klienten und erkunden gemeinsam, inwieweit das gemeinsame Vorgehen zu deren Vorstellungen passt und ob sich ein Auftrag im Beratungsverlauf möglicherweise verändert hat (was, nebenbei bemerkt, gar nicht so selten passiert).

In diesem Sinne wird auch ein Stagnieren oder Scheitern von Behandlungsprozessen mit widersprüchlichen, unklaren oder unklar gewordenen Auftragslagen erklärt (Buscher u.

Hennicke, 2017, S. 208). Gefühle des Ausgebrannt-Seins (Burn-Outs) werden begünstigt, wenn Helfer (eigenen oder fremden) Aufträgen unreflektiert nachkommen, ohne sie genauer geprüft und auf ihre Machbarkeit hin ausgehandelt zu haben (Schweitzer u. Schumacher, 1995, S. 23).

Menschen mit Intelligenzminderung haben im Laufe ihres Lebens üblicherweise zahlreiche Erfahrungen mit unterschiedlichen Helfersystemen und vielfältigen Auftragslagen gemacht und sind daran gewöhnt, dass andere über ihr Wohlergehen entscheiden (Buscher u. Hennicke, 2017, S. 210). Wird Inklusion ernst genommen, gilt es, die betreffenden Personen bereits ab Kindesalter in die jeweils anstehende Auftragsgestaltung einzubeziehen, damit selbst übereinstimmende und ‚gut gemeinte‘ Vorstellungen der Helfer nicht am eigenwilligen Handeln des Betroffenen scheitern.

#### 4.10.4 „Viele Ideen, ein Plan.“ – Einheitliche Linie abstimmen

##### UM WAS ES GEHT

Nicht immer sind Helfer einer Meinung darüber, was das Beste für eine beeinträchtigte Person ist und wie Bezugspersonen am hilfreichsten zu ihrem Wohlergehen beitragen können. Dennoch stimmen sie überein, dass Personen mit Assistenzbedarf von einem einheitlichen oder zumindest nicht gegensätzlichen bzw. widersprüchlichen Handeln profitieren:

##### **15:59 Ambulanzärztin**

Eine Einigung sei in ihren Augen immer dann angezeigt, wenn sich zwei Parteien Gedanken um eine dritte Person machten - wie im Bereich Geistige Behinderung ja gang und gäbe:

„Wenn zwei Menschen in eine unterschiedliche Richtung gehen wollen, dann gehen sie halt in verschiedene Richtungen. Aber hier geht es ja meist um eine dritte Person. Und da sollte man sich, wenn es eigentlich um jemand anderen geht, schon einigen, um den Dritten nicht irgendwie zu zerreißen.“

Eine gemeinsame Linie abzustimmen, wird ausdrücklich dann empfohlen, wenn der Eindruck besteht, ein Bewohner spiele verschiedene Betreuer gegeneinander aus. In solchen Fällen legen Helfer besonderen Wert darauf, sich im Gespräch gegenseitig abzusichern:

##### **51:9 Heimmitarbeiterin**

Gefragt danach, inwiefern es der Bewohnerin zugutkomme, wenn alle Betreuer auf dem gleichen Stand seien, meint die Betreuerin, dass sich die Bewohnerin dadurch auf alle Mitarbeiter gleichermaßen verlassen könne, weil alle gleich reagierten. Sie solle auch spüren, dass die Betreuer ein Team darstellten, wo niemand gegeneinander ausgespielt werden könne und sich auch niemand so „verziehen“ lasse, wie es der Bewohnerin gerade passe.

So schließt sich an das Klären und Verhandeln von Erwartungen (vgl. 4.10.3 „Wie hätten wir’s denn gerne?“ – Erwartungen und Anliegen verhandeln) die Frage an, auf welches Vorgehen sich die Helfer konkret einigen können. Dann gilt es, eindeutige Vereinbarungen zu treffen, gegebenenfalls auch in Form schriftlicher Verträge, Leitlinien oder Handlungskonzepte:

##### **30:19 Heimmitarbeiter**

Nun hätten die Mitarbeiter einen fachlich fundierten Aufsatz über Menschen mit Persönlichkeitsstörungen erstellt. Der gelte nun, nachdem er mit dem gesamten Gruppenteam diskutiert

und abgestimmt worden sei, als Leitlinie für die Teamgespräche und die tägliche Arbeit mit dem Bewohner. In den ersten Monaten habe der Aufsatz tatsächlich eine starke Wirkung hinsichtlich eines einheitlichen Umgangs entfaltet. Bloß momentan sei das Ganze wieder etwas aus den Fugen geraten – vielleicht, weil noch Lücken im Aufsatz seien, die noch ergänzt werden müssten.

## ABER

Vorgehensweisen, die einseitig beschlossen bzw. angeordnet, jedoch nicht mit allen betreffenden Helfern ausgehandelt und vereinbart wurden, laufen Gefahr, unterwandert zu werden, wenn Helfer nicht fähig oder bereit sind, sich an die aufgestellten Richtlinien zu halten:

### **14:32 Klinikmitarbeiter**

Das Team habe auf eine klare, strukturierte Linie in der Zusammenarbeit mit der Patientin und ihrer Familie geachtet: feste Besuchstage, feste Regeln zum Wäschewechsel und eine klare Absprache mit der Patientin, dass Besuche von Angehörigen dann abgesagt würden, wenn ihr Verhalten auf Station zuvor inakzeptabel war. Diese Regelungen seien jedoch vor allem den Eltern schwer gefallen, sie hätten immer wieder zusätzliche Besuche angeboten oder erbeten. (...)

### **1:99 Ambulanzärztin**

(...) Man kommt da immer in die Situation, dass die Wohngruppe sich erhofft, dass der Arzt die Eltern überzeugen kann. So eine Dreieckskonstellation: Das Heim ist hilflos, die Eltern kooperieren nicht und ich soll den Eltern verklickern, dass es gut wäre, wenn ihr Sohn ein Medikament nimmt. Weil die Wohngruppe denkt, der Arzt hätte den besseren Stand. Was ja gar nicht so ist, denn wenn jemand nichts will, dann will er nichts. (...)

Falls im Kontext von Vereinbarungen Probleme auftreten oder falls offensichtlich wird, dass eine Vereinbarung nicht (mehr) für alle passt, sollte die gemeinsame Linie neu verhandelt werden:

### **5:79 Ambulanzärztin**

(...) „Auch Verträge waren wichtig: Ich habe mit der Tochter einen Vertrag gemacht, ich habe mit der Mutter einen Vertrag gemacht. Also ganz klare Absprachen mit Folgeterminen. Dass man sagt: Wer will was, auf was können wir uns einigen und wie lange gilt das jetzt? Mit der Maßgabe, dass jeder Einspruchsrecht hat, wenn es für ihn nicht passt. Dann wird das neu verhandelt. Aber bis das neu verhandelt ist, gilt das, was ausgemacht ist.“ (...)

## FAZIT

Aus Helfersicht profitieren Personen mit Intelligenzminderung davon, wenn alle Unterstützer an einem Strang ziehen. Zu diesem Zweck treffen Helfer mündliche oder schriftliche Vereinbarungen mit genauen Vorgehensweisen. Handlungsleitlinien, die nicht mit allen betreffenden Helfern ausgehandelt, sondern einseitig beschlossen werden, bergen das Risiko, unterwandert zu werden, sofern sie wesentlichen Einstellungen anderer Helfer entgegenstehen. Schwierigkeiten beim Umsetzen der gemeinsamen Linie sollten ernst genommen und als Einladung betrachtet werden, das gemeinsame Vorgehen neu auszuhandeln.

**WEITERGEDACHT: Die menschliche Eigenlogik**

Autopoiese ist ein dem Griechischen entlehnter Begriff, der aus der Biologie stammt und Eingang in das systemische Denken gefunden hat (Maturana u. Varela, 1987, zitiert in von Schlippe u. Schweitzer, 2013, S. 111ff). Übersetzt bedeutet er so viel wie „aus sich selbst heraus erzeugen“. Autopoiese kennzeichnet die systemisch-konstruktivistische Überzeugung, dass lebende Systeme sich nicht – zumindest nicht auf förderliche Weise – von außen steuern und kontrollieren lassen, sondern vielmehr das tun, was ihrer Eigenlogik entspricht.

Das Vereinheitlichen von Handlungsleitlinien, wie es in den Interviews propagiert wird, erfordert in manchen Fällen Veränderungen in persönlichen Denk- und Handlungsweisen. Dies gelingt dem Autopoiese-Konzept allerdings nur dann, wenn eine Vereinbarung zu den Eigenheiten jedes betreffenden Helfers passt, andernfalls wird sie entweder nicht befolgt oder belastet die Zusammenarbeit (ebd., S. 112). Diese Erkenntnisse spiegeln sich auf eindrückliche Weise in den Äußerungen der Interviewteilnehmer wider.

Während es in anderen Therapieansätzen darum geht, den Widerstand des Klienten durch Einsicht zu überwinden oder der sog. ‚Non-compliance‘ von Patienten mit Nachdruck zu begegnen („Sie müssen aber diese Tabletten nehmen!“), achten systemische Praktiker sorgfältig darauf, das Nicht-Befolgen von Vereinbarungen zu respektieren und für die weitere Zusammenarbeit nutzbar zu machen: „Worauf können Sie sich einlassen, welche Vereinbarung fällt Ihnen schwer, was ist Ihrer Meinung nach gar nicht umsetzbar? Wo genau können Sie mitgehen, wo nicht? Was könnten gute Gründe sein, dass Sie sich nicht an die Vereinbarung halten, und was sagt das über Ihre Erfahrungen, Werte oder Kultur aus; was haben wir bisher zu wenig berücksichtigt?“ Systemiker unterstellen auch dem Nicht-Befolgen von Vorgaben sinnhafte und respektable Motive, deren Exploration gewinnbringend für die Zusammenarbeit ist.

**4.10.5 „Jetzt mal Tacheles!“ – Klare Kante zeigen****UM WAS ES GEHT**

Nicht immer läuft alles nach Plan und nicht immer gelingt es Helfern, auf einen Nenner zu kommen. Mehrere Zitate unterstreichen die Notwendigkeit, in konflikthaften Situationen Stellung zu beziehen und das eigene Missfallen offen zum Ausdruck zu bringen:

**43:73 Mutter**

„Aber ich bin ein offener Mensch, und wenn ich etwas nicht in Ordnung finde, dann will ich das sagen. Denn ich muss für mein Kind kämpfen. Und ich will das Beste für mein Kind. Ich habe zum Beispiel immer wieder angesprochen, dass mein Sohn Schmerzen im Bein hat und Krankengymnastik braucht. Das hat Monate gedauert, bis Termine ausgemacht wurden.“

Kritik sollte mit Bezug auf das eigene Empfinden freundlich, aber bestimmt zur Sprache gebracht werden, ohne den anderen anzugreifen oder anzuklagen. Es lohnt sich, vorab zu überlegen, wer der passende Adressat für eine Beanstandung ist und welche Verbesserungsvorschläge unterbreitet werden können:

**2:16 Vater**

„Wir Eltern müssen ja Dinge ansprechen. Und ich bin auch derjenige, der seinen Mund aufmacht. Also wenn mir was nicht gefällt, dann sag ich das auch. (...) Da muss man sich an

die richtigen Leute wenden und auch einen entsprechenden Brief schreiben. (...) Man muss natürlich bei solchen Sachen immer freundlich sein, freundlich und bestimmt. Man darf niemals irgendwie Zorn rauslassen. Sondern man muss die Fakten auf den Tisch legen und auch sagen, dass man nicht damit leben kann bzw. dass man nicht damit einverstanden ist. Aber niemals zornig, unhöflich oder unter der Gürtellinie. Dann erreicht man überhaupt nichts.“ (...)

## ABER

Die Strategie, Stellung zu beziehen und ‚den Mund aufzumachen‘, bedeutet nicht gleichzeitig, Partei zu ergreifen, wenn zwei andere Helfersysteme einen Konflikt austragen. Im Gegenteil legen die Interviewpartner (vornehmlich Klinikmitarbeiter, die von Schwierigkeiten zwischen Heim und Familie erfahren) Wert darauf, sich aus Reibereien zwischen anderen Helfern herauszuhalten und eine neutrale Position einzunehmen:

### **2:52 Ambulanzärztin**

„Also die Eltern waren sauer. Und dadurch, dass das Thema in einer Visitensituation zur Sprache kam und die Eltern das da erstmalig erfahren haben und wütend reagiert haben, haben die indirekt an mich appelliert nach dem Motto: ‚Das ist doch eine Ungeheuerlichkeit – so kann man doch mit Autisten nicht umgehen.‘ Und natürlich ist das naheliegend, dass sich die Eltern Unterstützung wünschen. Dass der Fachmann sagt: ‚Ja, diese Belastung muss man aber fernhalten‘ oder so etwas. Aber ich hab mich da völlig rausgehalten. Das ist letztlich Sache der Werkstattleitung.“

## FAZIT

Sowohl familiäre als auch berufliche Helfer sprechen sich dafür aus, Klartext zu reden und ihr Missfallen an passender Stelle zum Ausdruck zu bringen, wenn Dinge ihrer Ansicht nach komplett falsch laufen. Kritik sollte respektvoll und in Ich-Form formuliert werden, Anklagen oder Vorwürfe sind zu vermeiden. Helfer raten, bei Konflikten zwischen anderen Helfersystemen eine neutrale Position einzunehmen.

### WEITERGEDACHT: Zwischen Neutralität und Parteilichkeit

Auch unter systemischen Praktikern wird diskutiert, wie viel Neutralität und wie viel Klartext im Beratungsalltag angebracht ist. Die Haltung der Neutralität geht auf die Mailänder Gruppe um Selvini Palazzoli zurück (1981, zitiert in von Schlippe u. Schweitzer, 2013, S. 205). Familientherapeuten, die eine neutrale Haltung einnehmen, verhalten sich ihren Klienten gegenüber so indifferent, dass diese nicht ausmachen können, auf wessen Seite der Therapeut steht oder wessen Meinung er teilt. Neutralität dient dazu, sich nicht in Konflikte verwickeln zu lassen oder durch einseitige Parteinahme andere Klienten vor den Kopf zu stoßen.

Nun stehen die meisten der an der Studie beteiligten Helfer nicht in einem psychotherapeutischen Verhältnis. Als Angehörige, gesetzliche Betreuer, Gruppenbetreuer, Sozialpädagogen, Pflegekräfte oder Psychiater haben sie spezifische Funktionen und Aufgaben im Multi-Helfersystem. So wundert es nicht, dass Neutralität in den Interviews kaum propagiert wird, sondern Helfer vielmehr dafür plädieren, ihre Meinung klar zum Ausdruck zu bringen und ihren Einfluss vor dem Hintergrund ihrer Expertise geltend zu machen (vgl. 4.10.3 „Wie hätten wir’s denn gerne?“ – Erwartungen und Anliegen verhandeln). Dies stellt keinen Wider-

spruch zu systemischen Denkansätzen dar, denn auch Systemiker hinterfragen und dekonstruieren das Konzept der Neutralität da, wo es im Kontext nützlich oder erforderlich scheint: „Wir sehen Neutralität als eine professionelle Haltung für spezielle Beratungskontexte. (...) Sie taugt nicht für professionelle Situationen, in denen Empörung, Fürsorge oder soziale Kontrolle angezeigt ist.“ (von Schlippe u. Schweitzer, 2013, S. 206). Derartige Überlegungen laden Helfer dazu ein, bewusst abzuwägen, in welchen Kontexten Zurückhaltung und in welchen eine persönliche Stellungnahme angezeigt ist.

#### 4.10.6 „Bis hierhin und nicht weiter“ – Private Gespräche eingrenzen

##### UM WAS ES GEHT

Mehrere Zitate thematisieren den Umgang der beruflichen Helfer mit privaten Problemen von Angehörigen, respektive Eltern. Dabei geht es um Stress mit der Herkunftsfamilie, partnerschaftliche Konflikte oder berufliche Krisen. Benannt werden auch persönliche psychische Probleme, die sich in massiven Klagen, Ängsten oder Schuldgefühlen äußern.

Unabhängig davon, ob ein Zusammenhang zwischen den Belastungen der Eltern und dem Wohlbefinden des betreffenden Bewohners gesehen wird, fühlen sich die Gesprächspartner nur bedingt zuständig oder in der Lage, sich intensiv auf die Notlage des anderen einzulassen. Stattdessen betonen sie die Bedeutsamkeit dessen, sich bewusst abzugrenzen und zu schützen:

##### 17:5 Heimmitarbeiterin

„Außerdem habe ich mich in der letzten Zeit schon bewusst etwas zurückgezogen, weil ich mich nicht zu sehr in die Probleme der Mutter verwickeln lassen wollte, da muss ich eine klare Grenze setzen. Natürlich kann ich ihr das ein oder andere sagen, was ich so meine, aber ja, die muss ihr Leben schließlich selber leben. Das ist nur interessant in Kombination mit der Bewohnerin, also welche Relevanz die Geschichte der Mutter für die X. hat, denn da passiert ja auch ganz viel.“

Erkennbar wird, dass in der Zusammenarbeit mit stark belasteten Angehörigen Achtsamkeit und Selbstfürsorge eine wichtige Rolle spielen: es geht darum, die eigenen Möglichkeiten und Grenzen im Gespräch wahrzunehmen und zu respektieren. So begegnen Helfer Angehörigen zwar mit einem offenen Ohr und mit Verständnis, rahmen das Gespräch aber zeitlich und inhaltlich so, dass die eigene Handlungsfähigkeit erhalten bleibt:

##### 15:45 Klinikmitarbeiter

„Da war auch sehr viel Schuld nach dem Motto: nach der Geburt ist irgendwas falsch gemacht worden. Also: ‚Wer ist schuld daran, dass ich ein krankes Kind habe?‘ Da war sehr viel Vorwürfllichkeit den Geburtshelfern und Ärzten gegenüber. Das brauchte unsererseits Geduld, Klarheit und viel Verständnis, also Menschen, die nicht sofort gleich alles abwürgen und dicht machen. Aber es braucht auch Abgrenzung, denn natürlich ist es wichtig, dass man nicht überschwemmt wird.“ (...) „Das war ein Prozess bei mir: für mich selbst mal sagen zu können: ‚Jetzt geht’s nicht. Jetzt kann ich nicht. Oder jetzt mag ich nicht, weil wir schon so viel vorher besprochen hatten.‘ Also auch mich selbst mal zurückziehen, reduzieren und begrenzen zu können, musste ich erst lernen.“ (...)

## ABER

Auch wenn sich die beruflichen Helfer für ein dosiertes Eigenengagement hinsichtlich der privaten Probleme von Angehörigen aussprechen, plädieren sie dennoch dafür, dass die Sorgen und Nöte der Familien Gehör finden sollen. Die Idee, große Belastungen auf mehrere Schultern zu verteilen, bringt Helfer dazu, die verschiedenen Zuständigkeiten innerhalb oder außerhalb des Multi-Helfer-Kontextes abzuklären und Angehörigen günstigenfalls geeignetere Gesprächsangebote zu offerieren. Ein Helfer bedauert, dass es in seiner Institution keine spezialisierte Anlaufstelle für Angehörige gibt:

### **15:42 Klinikmitarbeiter**

Für ihn persönlich habe ein Lernprozess darin bestanden, die Gespräche [mit der Mutter] zeitlich klar zu begrenzen und zu strukturieren, deren zahlreiche Fragen und Sorgen zwar aufzunehmen, gleichzeitig aber auch auf die unterschiedlichen Zuständigkeiten für eine Klärung hinzuweisen: „Es war wichtig für mich, die vielen Themen der Mutter auf mehrere Personen bzw. Schultern zu verteilen.“

### **65:23 Heimmitarbeiter**

(...) „Es wäre echt wichtig, wenn es eine Anlaufstelle für die Angehörigen gäbe, wo jemand ist, der den Eltern zuhört, egal ob beim Ratschen oder in einer Krise. Dass nicht nur die Gruppe dafür sorgen müsste. Ich kann mir das zwar anhören - und höre mir das auch gerne an, weil wir dann wissen, wo wir stehen mit den Eltern - aber ich kann ihre Ängste ja nicht lindern.“ (...)

## FAZIT

Zuweilen kommt es vor, dass Familienangehörige psychosozialen Helfern private Probleme anvertrauen. Dann engagieren sich berufliche Helfer dahingehend, den belasteten Angehörigen verständnisvoll zuzuhören und Angebote zu unterbreiten, die im eigenen Kompetenz- und Einflussbereich liegen. Gleichzeitig achten sie als Zuhörer darauf, sich nicht von den Belastungen des anderen überfluten zu lassen, sondern Gespräche zeitlich und inhaltlich zu steuern oder die Person an geeignetere Anlaufstellen zu vermitteln.

## **4.11 KONTEXT von Helfern**

### **4.11.1 „Der Rahmen muss stimmen.“ – Für gute Arbeitsbedingungen sorgen**

#### UM WAS ES GEHT

Einige Textzitate illustrieren, wie auch mangelhafte Rahmenbedingungen Eskalationen im Miteinander begünstigen können, und unterstreichen die Relevanz personeller und struktureller Kontextfaktoren. Diese beziehen sich auf das Ausmaß verfügbarer Ressourcen innerhalb der Einrichtung, sei es Klinik, Wohneinrichtung oder Werk- bzw. Förderstätte.

Hinsichtlich personeller Faktoren ist ein Personalschlüssel von Bedeutung, mit dem Ausfälle durch Krankheit, Kündigung oder Urlaub kurzfristig kompensiert werden können und der in kritischen Situationen eine Eins-zu-eins-Betreuung ermöglicht. Auch der Stellenwert eines stabilen, aufeinander eingespielten Teams an Betreuern, welche aufgrund ihrer langjährigen

Präsenz von Bewohnern und Bewohnerinnen als Vertrauenspersonen wahrgenommen werden, wird hervorgehoben:

**8:59 Mutter**

„In diesem Wohnheim hat meine Tochter die Betreuung, die sie braucht, während in der vorherigen Einrichtung so selten jemand da war und die so überlastet waren: nur zwei Betreuer für eine große Gruppe, und dann haben die auch noch oftmals gewechselt. Also eine richtige Bezugsperson war gar nicht da, sondern immer jemand anderes. Jetzt gibt es die Bezugsbetreuerin und zwei oder drei andere, wo sich meine Tochter traut, ihr Herz auszuschütten.“

Weiterhin wird die fachliche Expertise der Heim- und Klinikmitarbeiter als Einflussfaktor angesehen, wobei die Empathiefähigkeit besondere Erwähnung findet:

**63:7 Heimmitarbeiterin**

„Ich denke mir: entweder man ist empathisch den Bewohnern gegenüber oder man ist es nicht, das kann man auf alle Fälle nicht lernen. Weil: nicht nur ich bin so, sondern meine Mitarbeiter auch, obwohl manche überhaupt keine pflegerische Ausbildung haben, sondern einfach nur angelernt sind. Wir hatten jetzt eine Fachkraft über ein paar Monate, aber die konnte das nicht bringen, da haben wir sie ganz schnell entfernt – und das, obwohl wir eine Fachkraft brauchen.“

Thematisiert wird überdies die Wichtigkeit von Vorgesetzten, die die Teammitglieder zu motivieren wissen und ihnen Rückhalt und Unterstützung bieten:

**31:11/31:12 Heimmitarbeiter**

(...) „Bei den meisten Mitarbeitern, die in solch einem Überforderungssumpf waren, hat sich im Nachhinein herausgestellt, dass massive private Probleme mit im Spiel waren. Die zu lösen, hat sich als das Beste bewährt, mal ganz pauschal betrachtet. (...) Die Leute, die als Hilfskraft hierher kommen, bringen oft schon eine Baustelle mit. Ich sage den Gruppenleitern immer: Ihr seid zu 2/3 Gruppenleiter und zu 1/3 Sozialarbeiter für eure Mitarbeiter.“

Nicht zuletzt werden Fortbildung sowie kollegiale Intervision und Supervision als bedeutsam erachtet:

**43:41 Klinikmitarbeiter**

Ab und zu setzen wir uns auch schon mal so zusammen, wenn die Ambulanzärztin bei einem Patienten ein Problem sieht. Dann überlegen wir gemeinsam, ob man das vorerst ambulant lösen kann. Da machen wir eine kleine Ideenschmiede mit Biografie, Familiensituation und Problemdarstellung. Und anschließend stellen wir passende Hypothesen dazu auf. Daraus ergeben sich oft schon neue Blickwinkel und eine Klärung, ob das Problem ambulant und/oder stationär lösbar scheint.“

Bezüglich struktureller Rahmenbedingungen bewerten Helfer die richtige Wahl des Wohnkonzepts als essenziell. Viele Heiminstitutionen verfügen nicht nur über Regelwohngruppen, sondern auch über Intensivwohngruppen sowie Wohngruppen, die auf die Bedürfnisse von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen zugeschnitten sind. Spezifizierte Wohnkonzepte bieten besondere Rahmenbedingungen hinsichtlich Gruppengröße, Personalschlüssel, räumlicher Gestaltung und zeitlicher Abläufe und tragen auf diese Weise dazu bei, eskalierendes Verhalten von Bewohnern, die als massiv herausfordernd wahrgenommen werden, zu minimieren.

### **8:34 Gesetzlicher Betreuer**

Eine stationäre Einweisung sei seit dem Wechsel in die intensivbetreute Wohngruppe nicht mehr angedacht worden:

„Psychiatrie ist kein Thema mehr, seit sie dort in der Intensivgruppe ist. Das ist ein großer Erfolg nach diesen doch massivsten Selbstschädigungen in der Vergangenheit. Da war sie ja mehr im Krankenhaus als im Heim. Also, da hat eine enorme Stabilisierung stattgefunden.“  
(...)„Was die Bewohnerin braucht, ist diese engmaschige Kontrolle: in der jetzigen Gruppe gibt es sehr viel Personal und sehr gute Strukturen. Die arbeiten gut zusammen und reagieren einheitlich, so dass die Bewohnerin niemanden gegeneinander ausspielen kann. Es ist doch immer wieder erstaunlich, wie wichtig die Rahmenbedingungen sind: viel Personal, gute Abstimmung und gute Begleitung fürs Personal durch Supervision.“

Im Einzelfall werden individuelle Umbaumaßnahmen vorgenommen, mit denen spezifische Bedarfe abgedeckt und größere Kriseninterventionen verhindert werden sollen. Dazu zählen der Einbau einer bewohnerspezifischen Toilette, abschließbare Schränke, die Umpolsterung des Mobiliars sowie spezifische Fenster und Türen:

### **38:36 Heimmitarbeiterin**

In der psychiatrischen Klinik sei die Bewohnerin nun schon seit Jahren nicht mehr gewesen. Zum einen, weil ihr Betreuerkern im Heim seit langem stabil sei und man mittlerweile mit ihr umzugehen wisse. (...) Zum anderen spielten wohl auch die speziell für sie getätigten Umbaumaßnahmen eine Rolle: die Fixiermöglichkeiten sowie die Gittertür zum Flur hin:

„Wir haben im Heim eigentlich psychiatrische Verhältnisse für sie geschaffen. So können wir sie auch in Krisen hier behalten und wieder stabilisieren.“

ABER

Helfer kritisieren, dass institutionelle Ökonomisierungsbestrebungen eine angemessene Versorgung und Betreuung von Personen mit Intelligenzminderungen ebenso wie das Kultivieren eines aufeinander eingespielten Teams erschweren:

### **18:26 Heimmitarbeiter**

„Wir hatten uns im Kernteam eigentlich schon auf ein klares einheitliches Vorgehen verständigt. Aber die Störungen kommen von außen, durch Personalwechsel. Dann fängt man wieder von vorne an, und es dauert, bis neue Mitarbeiter Erfahrungen gesammelt haben. Das führt zu Unruhen.“

Und wie gelingt es, die Stabilität im Team trotz Turbulenzen möglichst hoch zu halten? Das sei eine schwierige Frage, konstatiert der Mitarbeiter, zumal gemeinsame Absprachen und das Pflegen einer Teamkultur dadurch erschwert würden, dass Teamsitzungen nun nicht mehr vierzehntägig, sondern lediglich einmal im Monat stattfänden.

Problematisiert wird ebenso die Einführung geteilter Dienste, welche damit einhergehen, dass Gruppenbetreuer und -betreuerinnen morgens nur bis zum Werkstattgang der Bewohner in der Gruppe tätig sind und nachmittags erst mit deren Rückkehr ihren Dienst wiederaufnehmen. Dies behindere die Versorgung von Bewohnern, die aufgrund akuter Problemlagen ihre Tätigkeit in der Werkstätte abrechnen müssten oder gar nicht erst aufnehmen könnten:

### **8:50 Mutter**

„Ja, in dieser Einrichtung ist sie wirklich gut aufgehoben. (...)Und wenn meine Tochter die Arbeit in der Gärtnerei nicht schafft, muss sie nicht bis zum Feierabend bleiben, sondern darf, wenn es nicht mehr geht, wieder in die Gruppe zurück, weil da ja immer jemand da ist.“

Das sei in der vorherigen Einrichtung nicht so gewesen: da sei die Gruppe tagsüber nicht besetzt gewesen, so dass die Bewohner gezwungen waren, bis zum Feierabend durchzuhalten.

Darüber hinaus führe der bestehende Fachkräftemangel notgedrungen zu einer übermäßig häufigen Einstellung ungelernter Kräfte. Diese seien im Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen jedoch nicht ausreichend geschult und dadurch oftmals überfordert:

### **31:9 Heimmitarbeiter**

Auf die Frage, welche Lehren er als Bezugsbetreuer aus Vorfällen dieser Art ziehe, kommt der Mitarbeiter auf die personellen Umstände zu sprechen:

„Dass das Personal, das ich zur Verfügung habe, nicht in der Lage ist, solche Situationen zu managen. (...) Ich merke, wie Leute, die sich ansonsten eigentlich mehr zutrauen, spüren, dass das zu viel wird. Wie einer nach dem anderen den Kopf in den Sand steckt. (...) Aber es geht nicht um die Anzahl an Personal, sondern um die Erfahrung.“

Der Personalschlüssel sehe durchaus mehr Fachstellen für eine Intensivwohngruppe vor, allein das Rekrutieren geeigneter pädagogischer Fachkräfte stelle nach wie vor ein ungelöstes Problem dar: „Pädagogische Fachkräfte sind nicht zu kriegen, der Markt ist leer. Die Stellen sind, weil sie dauerhaft offen sind, mit Hilfskräften belegt, aber das bringt ja nichts.“

## **FAZIT**

Interpersonelle Handlungsstrategien für ein gelingendes Miteinander werden beeinflusst von personellen wie strukturellen Rahmenbedingungen. Helfer unterstreichen die Relevanz eines stabilen, aufeinander eingespielten Teams, das personell und fachlich gut aufgestellt ist und Unterstützung durch Vorgesetzte erfährt. Die Verfügbarkeit personeller und struktureller Ressourcen hängt darüber hinaus eng mit der Art des Wohnkonzepts zusammen. Personen mit hohem Unterstützungsbedarf profitieren von der Betreuung innerhalb einer Intensivwohngruppe. Helfer merken kritisch an, dass institutionelle Ökonomisierungsbestrebungen sowie der bestehende Fachkräftemangel eine angemessene Betreuung und Versorgung von Menschen mit Assistenzbedarf erschweren und Eskalationen im Miteinander begünstigen.

## **4.12ESKALATION ABWENDEN**

### **4.12.1 „Gelassen in Alarmbereitschaft“ – Verhalten beobachten und Ruhe bewahren**

#### **UM WAS ES GEHT**

Bahnt sich bei einer Person mit Intelligenzminderung eine Krise an, nehmen vor allem erfahrene Helfer erste Anzeichen bereits früh an deren Verhalten wahr: an Auffälligkeiten in der Körperspannung oder –haltung und im Bewegungsablauf, aber auch in der Mimik, dem Blickverhalten, dem Sprechtempo oder der Stimmfärbung. Konkret wirken gestresste Personen nach Aussagen der Helfer häufig sehr angespannt und unruhig, sprechen auffällig viel oder wenig, ihr Blick wandert nervös hin und her. Helfer unterstreichen den zentralen Wert, mittels aufmerksamen Beobachtens Momente, in denen die Stimmung einer Person zu kippen droht, rechtzeitig zu erkennen. Ein frühzeitiges Wahrnehmen individueller Stress-Anzeichen setzt eine erfahrungsbasierte Expertise voraus:

### **17:13 Heimmitarbeiterin**

„Aber man lernt, damit umzugehen und vor allem die Anzeichen, dass was passiert, früh zu erkennen, dementsprechend früh kann ich eingreifen und hab dann wesentlich bessere Chancen, das Ganze abzufangen. Das ist oft ein ganz schmaler Grat: nicht zu einschränkend zu sein oder zu bevormundend. Denn wenn ihr jetzt nach türkischem Gesang ist, soll sie das ja auch leben können. Aber wenn man sie kennt, hört man schnell heraus, wenn es kippt.“

Besteht bei aufmerksamer Beobachtung der Eindruck, dass das Verhalten einer Person innerhalb kurzer Zeit eskalieren könnte, spielt die Kontrolle des eigenen Stresslevels eine wesentliche Rolle. Eskalationen lassen sich eher abwenden, wenn es Helfern gelingt, selbst gelassen zu bleiben und Ruhe auszustrahlen, da sich das eigene Befinden auf den Bewohner oder die Bewohnerin überträgt:

### **33:83 Heimmitarbeiter**

„Wichtig ist, dass man selbst ruhig bleibt. Denn wenn man selbst unruhig wird, merkt der Bewohner das sofort und wird auch unruhig.“

Eine gelassene Einstellung erreichen Helfer dadurch, dass sie eine Situation nicht dramatisieren und ein Problem gedanklich nicht größer machen als es ist:

### **54:47 Heimmitarbeiter**

(...) Da sei im gesamten Helfersystem eine spürbare Entlastung insofern eingetreten, als dass nicht jeder Pieps, den der Patient getan habe, in den Köpfen der Mitarbeiter zu einem Horror-szenario angeschwollen sei:

„Da ist ein entspannterer Umgang entstanden. Und je gelassener das Umfeld ist, umso besser kann man mit kleinen Schwankungen umgehen und die dadurch klein halten. Gerade in der angespannten Schwebezeit zuvor war so ein Druck bei den Mitarbeitern nach dem Motto: ‚Schon wieder, schon wieder! Was machen wir denn jetzt?! Es muss was passieren! Das geht so nicht weiter!‘ Und jetzt heißt es eher: ‚Ja, der Bewohner war zwar zwei Tage ein bisschen jammernd, aber das ist jetzt schon wieder vorbei.‘“

Helfer reflektieren auch selbstkritisch, inwiefern das eigenwillige Verhalten des Gegenübers überhaupt ein Problem darstellt, und entscheiden daraufhin, ob ein Eingreifen zielführend ist:

### **41:8 Heimmitarbeiterin**

„Das ist teilweise auch ein Zwang. Zum Beispiel, wenn die Bewohnerin in die Küche geht, weil die Schublade offen steht, obwohl die in ihren Augen zu sein muss. Dann lass ich sie schnell rein, dann soll sie halt die Schublade schnell schließen. Dann hat sie ihren Frieden, und ich keinen Stress, weil ich sie nicht aufhalten muss und sie dann vielleicht noch schreit.“

### **54:66 Schwester**

(...) „Also, es macht meinem Bruder ja durchaus Spaß, die Wand in seinem Zimmer mit einem Stift zu bekritzeln. Und als die Ambulanzärztin kam, ist die darauf eingegangen und hat die Wand gleich mit angemalt. Das finde ich menschlich. Und gar nicht tragisch - es ist ja schließlich auch sein Zimmer. Also, ich hab damit kein Problem.“

Wichtig ist, das unangemessene Verhalten einer Person mit Intelligenzminderung nicht als persönliche Provokation aufzufassen, sondern im Kontext der Entwicklungsstörung zu begreifen (vgl. 4.4.2 „Nicht aus heiterem Himmel“ – Problemverhalten im Sinnkontext verstehen):

**63:5 Heimmitarbeiterin**

(...) „Das hat doch einen Grund, warum die Leute da sind: die sind doch eh schon mit Problemen beladen und haben keine Ausweichmöglichkeiten. Und dann muss man es ihnen hier doch so gut wie möglich machen. (...) Also, wenn man sich mit solch einem Schmarrn aus der Reserve locken lässt oder provoziert fühlt, dann muss man an sich selbst arbeiten.“

Nicht zuletzt lässt auch das Eingestehen eigener Unzulänglichkeiten Helfer gelassener mit Schwierigkeiten umgehen:

**31:13 Heimmitarbeiter**

„Mir hat es vor allem geholfen, wegzukommen von meinem Perfektionismus. Zu sagen: ‚Man kann nicht alles machen. Dann geht halt mal was schief. Ich bin nicht Mutter Teresa – kann und will es auch nicht sein.‘“

**FAZIT**

Bei drohender Eskalation erhöht ein achtsames Handeln die Chance, eine Krise rechtzeitig abzufangen. Dafür beobachten Helfer die jeweilige Person besonders genau im Hinblick auf ganzkörperliche, mimische oder stimmliche Veränderungen, ein längerer Erfahrungsprozess kommt ihnen dabei zugute. In Alarmbereitschaft zu sein bedeutet nicht, sich von der Aufregung des anderen anstecken zu lassen. Im Gegenteil üben sich Helfer darin, ruhig zu bleiben und mit Bedacht zu reagieren. Dazu analysieren sie die Sinnhaftigkeit und Problematik des gezeigten Verhaltens kritisch und prüfen, welche Art der Reaktion in der jeweiligen Situation nützlich ist. (Selbst-)reflexive Überlegungen unterstützen Helfer dabei, sich nicht zu eskalierenden Reaktionen hinreißen zu lassen, sondern dem wahrgenommenen Problem mit einer angemessenen Portion Gelassenheit zu begegnen.

**WEITERGEDACHT: Verhalten im Rahmen**

„Gleich passiert etwas...“, derartige Prognosen können als selbsterfüllende Prophezeiung bewirken, dass tatsächlich im nächsten Moment etwas passiert. Der Mechanismus selbsterfüllender Prophezeiungen liegt darin, dass die Vorhersage selbst zur Erfüllung eines angekündigten Ereignisses führt, indem die damit verbundene Erwartungshaltung das Verhalten unbewusst und unbeabsichtigt in die prognostizierte Richtung steuert. Gemäß dieser Vorstellung besteht die reelle Gefahr, dass eine Helferin, die davon überzeugt ist, dass das Verhalten eines Bewohners eskalieren wird, ihr eigenes Verhalten in dysfunktionaler Weise so verändert (z. B. durch körperliche Anspannung, Drohgebärden, fahriges Verhalten), dass der Bewohner kurz darauf tatsächlich ‚ausrastet‘.

Die Interviewpartner empfehlen indes eine gegensätzliche Einstellung in krisenhaften Situationen: Sie setzen das beobachtete Verhalten bewusst in einen Bedeutungsrahmen, der es ihnen erlaubt, sich nicht zu Überreaktionen hinreißen zu lassen, sondern stattdessen gelassen zu reagieren. Dafür interpretieren sie das herausfordernde Verhalten im Rahmen der jeweiligen Entwicklungseinschränkungen oder des situativen Kontextes und schreiben ihm nicht vorschnell eine hochgradige Pathologie zu – nicht jeder ‚Pieps‘ wird als ‚Horrorszenario‘ gedeutet, wie es ein Studienteilnehmer formuliert. Der Schlüssel liegt im Interpretieren, Zuschreiben und Deuten von Verhalten.

Systemische Therapeuten intervenieren auf vergleichbare Weise, wenn sie im Gespräch ein als problematisch beschriebenes Verhalten in einen veränderten Bezugsrahmen setzen; die Technik heißt ‚Reframing‘ (Umdeuten). Reframing meint, einem Geschehen dadurch einen neuen Sinn zu geben, dass man es in einen anderen Rahmen (frame) stellt, der einen besseren Zugang zu den eigenen Ressourcen erlaubt und den Interaktionspartnern eine nützlichere Umgangsweise mit dem Problem ermöglicht (von Schlippe u. Schweitzer, 2013, S. 314). Das ‚Reframen‘ von auffälligem Verhalten kann eine nützliche Strategie darstellen, mit der das eigene Handlungsspektrum auf günstige Weise erweitert und die Gefahr eskalierender Interaktionsmuster reduziert wird.

#### **4.12.2 „Was ist denn los?“ – Zustand reflektieren und besprechen**

##### **UM WAS ES GEHT**

Bei krisenhaften Zuspitzungen raten Helfer zu einem kontrollierten Innehalten, um die momentane Situation zu reflektieren und die nächsten Schritte mit Bedacht abzuwägen, statt ‚kopflös‘ zu agieren:

##### **7:9 Heimmitarbeiterin**

Alles, was man zu schnell macht, geht nach hinten los. Da muss man sich jeden Schritt genau überlegen.“

Es gilt zu überdenken: Worauf kommt es mir hier und jetzt an? Was erreiche ich mit welcher Reaktion? Dies kann Helfer davon abhalten, das unerwünschte Verhalten des Gegenübers durch eigene dysfunktionale Handlungsweisen noch zu verstärken:

##### **8:5 Heimmitarbeiterin**

„Das mussten wir Mitarbeiter auch lernen, uns zurückhalten zu können. Denn logischerweise denke ich mir auch: ‚Mensch, Frau X., was war denn jetzt? Was soll das schon wieder? Warum?‘ So in mir drin natürlich nur. Also ich muss mir klar machen, dass ich mich zwar ärgere, aber dass das der Bewohnerin überhaupt nichts bringt, sondern dass es dann eher schlimmer wird. Meinen Ärger kann ich dann bei den Kolleginnen loswerden.“

Nützlich ist auch, wenn sich Helfer die eigenen Grenzen vergegenwärtigen und das weitere Handeln danach ausrichten:

##### **14:43 Heimmitarbeiterin**

„Ich denke, dass die Bewohnerin bei jedem einzelnen von uns austestet, was sie machen darf. Da hilft es, wenn ich klar mit ihr umgehe; wenn ich für mich genau weiß, wo in dem Moment meine Grenze ist - das muss ich aber selbst erst für mich herausfinden. Wenn ich erst in der Situation anfangen zu überlegen, wird es schwieriger, denn die Bewohner merken mein Zögern, und allein dieser Moment kann schon wieder ausgenutzt werden.“

Im nächsten Schritt suchen Helfer das Gespräch mit dem betreffenden Bewohner oder der Bewohnerin – sofern das Erregungsniveau dies (noch) zulässt. Manchen Betroffenen gelingt es, bei aufkommendem Stress auch aus eigener Initiative auf einen Helfer zuzugehen:

##### **3:54 Mutter**

(...) „Da war mein Sohn so unruhig, dass ich gesagt habe: ‚Jetzt wäre es gut, wenn du etwas schreibst oder mitteilst.‘ Da warf er die Tafel [Kommunikations-Brett] weg und hat dann so

auf den Fernseher eingehauen, dass der kippte. Instinktiv hab ich geschrien wie am Spieß und gedacht, jetzt explodiert der Fernseher. Und dann hat er was geschrieben und wir haben uns unterhalten.“ (...)

### **8:23 Bewohnerin**

„Wenn ich ein Problem habe, gehe ich zum Betreuer und sage: ‚Hey, ich habe Probleme.‘ Manchmal komme ich nicht zum Betreuer hin, manchmal traue ich mich nicht. Aber ich muss das sagen, sonst kommt der Kopf nicht zur Ruhe, das ist nicht gut.“

Helfer unterstützen die erregte Person mit geeigneten Fragen dabei, sich des eigenen Befindens oder eines momentanen Bedürfnisses bewusst zu werden. Ein aufmerksames und akzeptierendes Zuhören kann dazu beitragen, weitere Eskalationen zu vermeiden:

### **8:54 Mutter**

„Im Prinzip sollte man bei ihr auf die Stimmung achten, denn man merkt schon, wenn sie ein bisschen niedergeschlagen oder gedrückt ist oder ein bisschen leise wird. Dass man dann nachfragt: ‚Was ist los? Willst du mir nicht sagen, was dich bedrückt?‘ Und dann darüber sprechen, was ihr nicht aus dem Kopf geht. So kann man sie davon abhalten, sich zu verletzen.“

### **5:36 Heimmitarbeiterin**

Auch mit Humor könne man sie oft locken [eine Aufgabe zu übernehmen]. Ansonsten würde die Situation schnell eskalieren. Dann werde die Bewohnerin grantig und beginne zu schreien: „Immer muss ich das tun, die anderen sollen auch was machen.“ (...) Wenn man ihr dann widerspreche oder sie ins Zimmer schicke, schauke sie die Situation hoch. Dann könne es durchaus passieren, dass sie sich oder andere verletzt:

„Wenn ein Mitarbeiter auf Konfrontation geht, geht’s in die Hose.“

Kommunikativ eingeschränkte Personen profitieren vom Einsatz unterstützter Kommunikation (z. B. Visualisierungshilfen, gestützte Kommunikation) und verständnissichernden Rückfragen – gewinnbringend ist das Signal, die Not des anderen trotz Schwierigkeiten verstehen zu wollen:

### **34:9 Heimmitarbeiterin**

„Gerade bei nicht-sprechenden Autisten ist ja oft das Problem, dass die Kommunikationsmöglichkeit fehlt oder gerade nicht zur Verfügung steht. (...)

Die gestützte Kommunikation sei allerdings eine Vertrauenssache insofern, als dass man in Momenten, wo der Bewohner sehr angespannt wirke oder sich bereits mehrmals selbst in die Hand gebissen habe, durchaus Zuversicht aufbringen müsse, nicht selbst verletzt zu werden beim Versuch, das Problem mittels gestützter Kommunikation ergründen zu wollen:

„Als er gestern so unruhig wirkte, hab ich mir gedacht, okay, jetzt vertrau ich ihm einfach, dass er mir nichts tut. Und wenn er mich doch beißt, dann ist das halt so. Aber dann hat er wenigstens gesagt, was ihm nicht passt, dann ist es vielleicht für ihn leichter. Und wenn er mich in die Hand beißt, dann wäre es nicht der erste, der mich beißt. Aber es ist nichts passiert.“

ABER

Kaum hilfreich ist ein kommentarloser Befehl an die erregte Person, das problematische Verhalten zu stoppen nach dem Motto: ‚Hör sofort auf damit!‘. Erfolgversprechender ist es, wenn ein Helfer die bestehende Problematik aus seiner Sicht und in einfachen Worten erklärt,

persönliche Eindrücke oder Sorgen in ruhigem Ton offenlegt und Vorschläge zum weiteren Vorgehen unterbreitet:

**54:40 Heimmitarbeiter**

(...) „Es galt, das Verhalten des Patienten nicht zu unterbinden, sondern in verträglichem Rahmen zu ermöglichen und zu verhandeln. Also erst schildere ich, worin ich das Problem sehe, und versuche dabei auch, Verständnis zu signalisieren, dass die Situation nun mal so ist. Und dann frage ich ihn, was man jetzt machen könnte, was er selbst für Ideen hat, um dieses Verhalten etwas einzugrenzen. Und wenn er nichts anbietet, mache ich Vorschläge und versuche, sein Einverständnis zu erreichen. (...) Diese Strategie war dann hilfreich, wenn der Patient das Gefühl hatte, es wurde ihm nichts aufoktroiert, sondern dass er die Möglichkeit hatte, sich zu der Sache zu äußern und Stellung zu beziehen.“

**FAZIT**

Auch wenn Aufregung und Hektik in herausfordernden Situationen zunehmen, bewährt es sich für die Beteiligten, einen Moment innezuhalten und sich des momentanen Zustands gewahr zu werden. Helfer unterstützen ihr Gegenüber durch geeignete Fragen, aufmerksames Zuhören und ggf. den Einsatz kommunikativer Hilfen dabei, Gefühle und Bedürfnisse auszudrücken. Nützlich ist auch, die aktuelle Problematik aus Helfersicht zu erklären. Das Wahrnehmen und Verbalisieren der eigenen Befindlichkeit minimiert die Gefahr, ‚kopflös‘ zu agieren, und bahnt den Weg dafür, wohlüberlegt die nächsten Schritte zu planen.

**WEITERGEDACHT: Die Kunst des Mentalisierens**

Mentalisieren beschreibt die Fertigkeit, eigene und fremde innere (mentale) Zustände wie Gedanken, Gefühle oder Bedürfnisse so genau wie möglich zu erfassen und zu verstehen (Asen u. Fonagy, 2010). Das Mentalisieren stellt sowohl eine selbstreflexive als auch interpersonelle Fertigkeit dar, eine Kombination aus Selbst- und Fremdwahrnehmung, Achtsamkeit, Perspektivenwechsel und Empathie. Unabhängig von der individuellen Symptomatik wird Mentalisieren als Schlüsselkompetenz für ein gelingendes Miteinander und als wesentlicher Wirkfaktor in der Psychotherapie bzw. Familientherapie angesehen (Asen, 2019).

Mentalisieren beinhaltet mehrere Dimensionen und Polaritäten: es kann auf äußere Faktoren (wie Körpersprache, Mimik, Stimme) oder innere Prozesse (wie Gedanken, Gefühle, Wünsche, Absichten) ausgerichtet sein, sich auf affektive oder kognitive Aspekte beziehen, eigene oder fremde mentale Zustände betreffen. Mentalisieren geschieht in vielen Momenten implizit, kann aber durch gezielte Fragen explizit gemacht werden: ‚Was geht Ihnen gerade durch den Kopf?‘, ‚Wie fühlen Sie sich in diesem Moment?‘, ‚Was brauchst du hier und jetzt?‘ Mentalisierungs-inspirierte Fragen können ebenso zirkulär formuliert werden: ‚Was denken Sie, geht in Ihrem Sohn gerade vor?‘, ‚Was bewirkt das bei Ihnen innerlich, wenn der Bewohner so nervös wirkt?‘, ‚Du sagst: der Betreuer schaut böse. Wie fühlst du dich, wenn der so böse guckt?‘ Hochstressige Situationen bzw. Interaktionen erschweren die Fähigkeit zum Mentalisieren und machen eine bewusste Zäsur, beispielsweise durch den Therapeuten oder die Helferin, erforderlich (Asen u. Fonagy, 2010).

Dass die Fähigkeit zum Mentalisieren auch bei Personen mit Intelligenzminderungen möglich und trainierbar ist, machen Dekker-van der Sande und Sterkenburg (2019) deutlich. Auch die Interviewzitate legen nahe, dass Helfer und Personen mit Lernstörungen gerade diese Strategie mit Gewinn einsetzen, um konflikthafte Situationen zu überwinden und eskalierende Prozesse abzuwenden.

### 4.12.3 „Ich hätte da noch was...“ - Einsatz eines Bedarfsmedikaments prüfen

#### UM WAS ES GEHT

Wirkt eine Person mit Intelligenzminderung sehr nervös, denken Helfer und Betroffene auch über die bedarfsorientierte Gabe eines Beruhigungsmittels nach. Bei Ereignissen, die erfahrungsgemäß Stress auslösen (z. B. Wochenend-Heimfahrt, Urlaub), verabreichen Helfer ein solches Präparat gegebenenfalls vorbeugend:

#### **8:9 Heimmitarbeiterin**

„Was wir im Urlaub dann schon gemacht haben: wir haben ihr zur Nachtmedizin vorsorglich einen Bedarf gegeben, damit sie in der Nacht schläft.“

Helfer plädieren dafür, ein Bedarfsmedikament prinzipiell nachrangig einzusetzen, und zwar dann, wenn pädagogische Maßnahmen nicht (ausreichend) greifen. Sie erklären dies damit, dass die erwünschte Wirkung nicht zuverlässig eintritt und eine Linderung somit nicht vorhersehbar ist. Tritt eine Wirkung ein, profitieren alle Beteiligten: die betreffende Person ebenso wie ihr soziales Umfeld:

#### **38:39 Heimmitarbeiterin**

„Wir handeln nicht schnell mit Bedarfsmedikation, sondern erst mal mit pädagogischen Maßnahmen. Auch eine Auszeit auf dem Zimmer ist bei der Bewohnerin oft sinnvoll. Das Zimmer ist für sie etwas Geschütztes. Da fährt sie sich runter und braucht dann gar keinen Bedarf.“

#### **39:7 Heimmitarbeiterin**

„In bestimmten Situationen bringt Tavor Entspannung und mehr Gelassenheit. Dann wird es für alle Beteiligten wieder angenehmer: für sie, weil sie nicht so unter Stress steht, und für uns, weil wir auch nicht mehr so unter Stress stehen, als wenn sie nur schimpft und schreit. Manchmal hält es einen Tag lang. Aber ein andermal kann sie drei Tabletten schlucken, und man denkt sich: Wo sind die jetzt hin? Hab ich die etwa im Klo runtergespült?!“

Die Einnahme eines Arzneimittels wird von Helfern angeregt oder empfohlen, nicht aber erzwungen. Die Erfahrungen zeigen, dass viele Bewohner bereitwillig einer Einnahme zustimmen, sobald ihnen das Bedarfsmedikament angeboten wird:

#### **53:4 Heimmitarbeiterin**

„Solche Erfahrungen verarbeitet sie dann relativ laut mit Schreien und sich-selbst-Schlagen und Selbstbeschimpfungen. Aber sie kündigt das relativ gut an und sagt, sie geht ins Zimmer zum Schreien. Und wir lassen sie und schauen höchstens mal nach ihr und fragen, ob sie einen Bedarf braucht. Sie sagt dann oft selbst, wenn sie eine Tablette will.“

Einzuwenden ist, dass viele Personen mit Intelligenzminderung die Ursache ihres Unbehagens nicht zuverlässig ausmachen können und die Gabe eines Medikaments daher in manchen Fällen ein Experimentierfeld bleibt:

#### **3:76 Heimmitarbeiterin**

„Wir haben einen Bewohner, der konnte das nicht trennen, wenn es ihm körperlich schlecht ging. Der hat es lange nicht rausgekriegt, ob er ein Bedarfsmedikament braucht oder ein Schmerzmittel. Ich glaube, dass das schwierig ist.“

### **32:20 Bewohner**

Bewohner: „Und was ich noch möchte: einen weißen Saft – schreib das auf – Bedarf zum Trinken für den Bauch.“

Interviewerin: „Was ist denn mit dem Bauch?“

Bewohner: [genervte Stimme] „Weiß ich nicht. Ich brauche einen weißen Saft und eine Spritze, in den Bauch rein, eine Impfe.“

Interviewerin: „Welche Krankheit willst du denn mit der Impfe vertreiben?“

Bewohner: „Weiß ich nicht.“

Helfer beschäftigt auch die Frage, ob die Wirkweise eines Psychopharmakums auf die Substanz oder eher die Zuwendung bei der Medikamentengabe zurückzuführen ist, wenngleich auch der Einsatz eines Placebos nur bedingt erfolversprechend zu sein scheint:

### **32:29 Heimmitarbeiter**

(...) „In der Klinik haben sie einen Versuch gestartet – nicht mit Placebos, aber mit Smarties. Das haben sie ihm auch gesagt und ihm das nicht als Tabletten verkauft. Aber laut Bericht nur mit mäßigem Erfolg.“

## **ABER**

Die Interviewpartner weisen darauf hin, dass der Wirkungsgrad eines Präparats eng mit dem Zeitpunkt seiner Verabreichung zusammenhängt: Wird ein Bedarfsmedikament zu spät gegeben und ist das Erregungsniveau bereits maximal hoch, wird keine (spürbare) Wirkung mehr wahrgenommen:

### **55:12 Heimmitarbeiter**

„Es kann sein, der Bewohner ist vormittags noch total handsam, und am Nachmittag ist er schon über den Strich. Das hat eine Zeit gebraucht, dass wir uns im Team einig waren, was die Bedarfsmedikation angeht. Der Konsens heißt jetzt: lieber zu früh als zu spät. Sonst kann es sein, dass das Tavor gar nicht mehr anschlägt oder es danach kaum besser wird.“

## **FAZIT**

Helfer betrachten ein Bedarfsmedikament als ‚Strategie zweiter Wahl‘ und setzen es erst dann ein, wenn pädagogische Maßnahmen nicht zufriedenstellend greifen. Bei der Medikamentengabe sind Helfer bemüht, die Bereitschaft der betreffenden Person zu erwirken, eine Verabreichung gegen deren Willen wird abgelehnt. Die Wahl des passenden Medikaments wird dadurch erschwert, dass Personen mit Intelligenzminderungen die Ursache ihres Unbehagens oft nicht zu eruieren oder auszudrücken vermögen. Hinsichtlich des Zeitpunkts der Verabreichung gilt das Motto: lieber zu früh als zu spät.

### **4.12.4 „Safety first“ – Vorbereitungen treffen und Unterstützung akquirieren**

#### **UM WAS ES GEHT**

Den Helfern stehen verschiedene Maßnahmen zur Verfügung, um sich auf mögliche Übergriffe einzustellen und sich und ihr Gegenüber zu schützen. Beispielsweise positionieren sich Helfer in kritischen Situationen bewusst so, dass sie die andere Person im Blick behalten und ihr keinesfalls den Rücken zukehren. Durch diese ‚Hab-Acht-Stellung‘ sind Helfer auf

einen möglichen Übergriff besser vorbereitet, strahlen mehr Sicherheit aus und reduzieren auf diese Weise Ängste auf beiden Seiten:

**29:54 Klinikmitarbeiter**

„Ich habe ja damit gerechnet, dass es bei dem Patienten zu Aggressionen kommt, das ist gar nicht die Frage. Aber es kam nie so massiv, weil ich vorbereitet war. Wenn du vorbereitet bist, dann reagierst du ganz anders, als wenn ein Übergriff überraschend passiert, so plötzlich und von hinten. So verliefen die Begegnungen relativ entspannt, auch wenn ich selbst nicht ganz entspannt war. Auch nicht wirklich angespannt, eher so in professioneller Hab-Acht-Stellung. Unprofessionell wäre dagegen das Signal: Ich hab Angst vor dir. Denn das spürt der Patient ja auch, und das macht etwas mit ihm, wenn er denkt: Der mag mich nicht.“ (...)

Zusätzlich nehmen sie eine aufrechte Körperhaltung ein, wahren Abstand und nähern sich der erregten Person besonders vorsichtig:

**31:36 Ambulanzärztin**

„Jedes Mal, wenn ich in die Nähe von seinem Zimmer komme, grüßt er schon von weitem und möchte, dass ich reingucke – was ich dann auch mache. Also ich frage ihn, ob ich rein darf. (...) Ich strecke ihm dann schon die Hand [zum Gruß] hin, würde die aber gleich zurückziehen, wenn ich das Gefühl hätte, das ist nichts für ihn. Also, ich bin da sehr vorsichtig, sehr aufmerksam.“

Ebenso hilfreich ist es, Reize, die erfahrungsgemäß Stress auslösen oder Übergriffe begünstigen, vorsorglich aus dem Weg zu räumen und den situativen Kontext so weit wie möglich an die momentanen Gegebenheiten anzupassen:

**41:9 Heimmitarbeiterin**

„Wenn die Bewohnerin eine Packung Chips hat, kann man sie die schon im Wohnraum essen lassen. Aber wenn das Wetter passt, dann kann ich mich auch auf eine Parkbank mit ihr setzen. Dann kann sie die Chips rumwerfen, wie sie gerade lustig ist, und keiner hat Stress: ich nicht, weil ich nichts aufputzen muss, und sie nicht, weil sie nicht ständig gezwungen wird, anständig zu essen. Wir passen uns immer ihrer Situation an und bauen die Welt so um sie herum, wie sie es gerade braucht. Und wenn sie nicht gut drauf ist, mach ich lieber nur einen kurzen Spaziergang mit ihr, als wenn ich sie für einen Ausflug ins Auto packe und sie räumt die ganze Eisdiele ab und reißt mir zu guter Letzt vielleicht noch an den Haaren.“ (...)

Günstig ist, wenn Helfer oder Bewohner in heiklen Situationen auf bereits früher ausgearbeitete Krisenpläne mit personenspezifischen Deeskalations-Strategien zurückgreifen können (vgl. 4.14.4 „Das geht auch anders.“ – Kontext anpassen):

**34:24 Bewohner (mittels FC)**

Ob er mir sonst noch etwas erzählen möchte, frage ich den Bewohner.

Bewohner: „JA, DIE X. [eine Mitbewohnerin] IST MIR ZU LAUT“

Interviewerin: „Und was machst du dann - wie kannst du dir selbst helfen?“

Bewohner: „KOPFHÖRER AUFSETZEN“

Auch kollegiale oder familiäre Unterstützung kann in kritischen Situationen maßgeblich dazu beitragen, für Sicherheit und Beruhigung zu sorgen:

### **38:28 Heimmitarbeiterin**

Ängste hätte sie auch dadurch verloren, dass sie in schwierigen Situationen wie der Körperpflege prinzipiell zu zweit mit Bewohnern arbeiten. Das sei in einer Intensivgruppe sowieso besonders wichtig: dass man kollegiale Unterstützung und Bestärkung spürt:

„Immer die Kollegen im Rückhalt zu wissen, die kommen, wenn man ruft, das gibt Sicherheit.“

### **45:35 Vater**

„Ich bin ein bisschen anders als meine Frau, aber das führt uns wahrscheinlich zusammen, da ergänzen wir uns. Ich schaue meinen Sohn genau an und sehe, wenn jemand lästig wird. Wenn meine Frau zum Beispiel hergeht und ihn zu viel streichelt. Dann sage ich: ‚Nein, nein, geh weg.‘ Denn ich sehe schon bei ihm, dass er das nicht will. Oder dass sie zu viele Fragen stellt, dann sehe ich, dass er nervös wird. Dann sage ich: ‚Lass ihn, lass es.‘ Man muss aber auch diplomatisch sein, weil die Wahrheit nicht in jedem Moment angebracht ist.“

## **ABER**

Eine angemessene körperliche Distanz zu wahren und dem anderen in seiner Erregung nicht ‚auf die Pelle zu rücken‘, stellt eine wichtige Handlungsstrategie im Krisenfall dar. Riskant wird es jedoch auch, wenn ein Helfer aus Angst eine zu große Distanz einnimmt, dem anderen förmlich aus dem Weg geht und damit auf Bewohnerseite weiteren Stress auslöst (vgl. 4.5.2 „Ab und zu nur ich und du.“ – Exklusive Begegnungen schaffen):

### **29:20 Heimmitarbeiter**

„Auffällig ist, dass die aggressiven Übergriffe vor allem und besonders heftig gegenüber den Leuten vorkommen, die ohnehin Angst vor ihm haben und den Kontakt zu ihm meiden. Bei Leuten, die offen auf ihn zugehen, ist die Wahrscheinlichkeit und Intensität von Übergriffen geringer. Natürlich spürt er, wenn ihm jemand aus dem Weg geht, wenn man keine Aktivitäten mit ihm machen möchte oder versucht ihn zu meiden. Aber auch, wenn man ihm ausreichend auf die Pelle rückt, seinen Distanzbereich quasi überschreitet, kann man damit einen Übergriff provozieren.“

## **FAZIT**

In der Begegnung mit einer Person, die massiv herausforderndes Verhalten zeigt, bewährt es sich, gut vorbereitet zu sein: den anderen im Blick zu behalten, eine aufrechte Körperhaltung einzunehmen und einen angemessenen Abstand zu wahren, ohne den Kontakt komplett zu meiden. Eskalationsförderliche Reize sollten entfernt und der situative Kontext an die momentanen Gegebenheiten angepasst werden. Auch personelle Unterstützung ist dienlich. Gegebenenfalls orientiert sich das Vorgehen an einem vorgefertigten Krisenplan.

## **4.13 ESKALATION ABSCHWÄCHEN**

### **4.13.1 „Aus dem Weg!“ – Rückzugsmöglichkeit schaffen**

#### **UM WAS ES GEHT**

Eskalierendes Verhalten führt zu bedrohlichen Situationen, in denen Menschen stressinduziert mit Angriffs- oder Fluchtverhalten reagieren, die Gefahr verbal-, fremd- oder selbst-

aggressiver Durchbrüche steigt. Um die körperliche Unversehrtheit zu bewahren, ist ein Rückzug aus der aufgeladenen Situation die Strategie der Wahl. Helfer unterstützen dies, indem sie eine stark erregte Person dazu auffordern, sich in ihr Zimmer oder einen anderweitig reizarmen und geschützten Bereich (wie sog. weiches Zimmer, Time-Out-Raum oder Garten) zu begeben. Die Interviews belegen, dass sich selbst stark erregte Personen oftmals selbstständig und eigeninitiativ zurückziehen:

**34:58 Schwester**

„Er kriegt selten, aber doch manchmal noch Wutanfälle, aber er beruhigt sich mittlerweile viel schneller. Früher saß er teilweise Stunden heulend da und hat sich in die Hand gebissen. Jetzt schafft er es, selbst raus auf den Balkon zu gehen. Dann poltert er gegen die Wand, beruhigt sich aber letztendlich innerhalb einer halben Stunde selbst wieder.“

Falls ein Bewohner oder eine Bewohnerin nicht willens oder fähig sind, sich zurückzuziehen, bleibt Helfern gegebenenfalls die Option, selbst ‚das Feld zu räumen‘:

**3:57 Mutter**

„Früher war das eher so, dass ich dann ein Time-Out genommen habe, wenn ich gemerkt habe, die Stimmung könnte kippen. Dann bin ich kurz rausgegangen oder in eine andere Etage, damit ich mich selbst nicht hochfahre. Denn es war nie möglich, ihn auf sein Zimmer zu schicken. Da geht er nicht von dem Ort weg, wo er sich gerade aufregt.“

Aus Helfersicht kann es wenige Minuten bis mehrere Stunden dauern, bis sich die Situation abgekühlt hat und sich beide Seiten wieder beruhigt haben. Dieser Zeitraum sollte unbedingt eingehalten werden, bevor ein Gespräch über den Vorfall stattfinden kann (vgl. 4.14.1 „Lass uns reden.“ – Mit der Person über den Vorfall sprechen):

**51:6 Heimmitarbeiterin**

„Wenn die Bewohnerin eh schon auf 180 ist, dann lassen wir sie erst mal runterkommen in ihrem Zimmer. Da muss man auch gar keine Tür zusperren, da geht sie bereitwillig hin. Und wenn sie einigermaßen ruhig ist, so nach 15 Minuten oft, reden wir noch mal drüber.“ (...)

ABER

Befindet sich eine Person, deren Verhalten aufgrund früherer Erfahrungen als bedrohlich eingeschätzt wird, in einem hochgradig erregten Zustand, raten Helfer davon ab, ihr Gegenüber zu einem Rückzug zu bewegen bzw. alleine zu lassen. Stattdessen bleiben sie in Reichweite und unterstützen die Person bestenfalls im Einzelkontakt dabei, sich wieder zu beruhigen (vgl. 4.13.2 „Entspann' dich.“ – Beruhigungstechniken anwenden):

**16:27 Heimmitarbeiterin**

Bei extremer Anspannung helfe nur noch eine intensive Eins-zu-eins-Betreuung, alles andere sei zu gefährlich, auch mit Blick auf die Mitbewohner:

„Da muss man die ganze Zeit bei ihr bleiben und da sein. Nähe geben und ganz präsent sein. Man darf die Bewohnerin nicht hängen lassen und auch nicht auf ihr Zimmer schicken, sonst zerlegt sie dort alles. Nicht aus Spaß oder weil sie uns ärgern will, sondern weil bei ihr gerade etwas nicht stimmt und in ihr wahrscheinlich ein Wirbelsturm tobt. Wenn ich die dann verbanne und jegliche Sicherheit wegnehme, ist das zum Scheitern verurteilt. Und obwohl sie immer wieder versucht hat, nach mir zu schlagen, wollte sie, dass ich da bin: ‚Setz dich zu mir, bleib bei mir‘, das hat sie selbst gesagt. Und so ging das dann auch.“

## FAZIT

Lädt sich die Situation weiter auf und wird das Verhalten einer Person zunehmend bedrohlicher, raten Helfer, die Eskalationsspirale durch Rückzug (bewohner- oder helferseits) zu unterbrechen. Eine Auszeit von wenigen Minuten oder Stunden ist nötig, damit sich die erhitzten Gemüter beruhigen und die Beteiligten entspannen. Erst danach kann angemessen über den Vorfall gesprochen werden. Eine Person, deren Verhalten als hochaggressiv und gefährlich eingeschätzt wird, sollte in einem heftigen Erregungszustand im Einzelkontakt begleitet werden.

### 4.13.2 „Entspann‘ dich.“ – Beruhigungstechniken anwenden

#### UM WAS ES GEHT

In eskalierenden Situationen ist das Erregungsniveau der Interaktionspartner hoch und reguliert sich auch während einer Unterbrechungsphase in reizarmer Umgebung nur langsam. Der Einsatz von Beruhigungsstrategien leistet einen weiteren Beitrag dazu, das Stresslevel wieder auf ein gesundes Maß abzusenken. Dies müssen keine aufwändigen Techniken sein; als wirksam benennen die Interviewpartner: Musik hören, spazieren gehen, Fahrrad fahren, baden, fernsehen, rauchen, Kuscheltier halten, Körper abklopfen, meditieren und Atemübungen. Entspannungsmethoden können von Helfern angeleitet oder von Personen mit Intelligenzminderung selbstständig angewendet werden:

#### **6:24 Bewohnerin**

Es schließt sich die Frage an, wie die Bewohnerin es aus eigener Kraft geschafft hat, nun schon seit geraumer Zeit nicht mehr in der Klinik gewesen zu sein.

„Ich lenk mich ab, weil: bei mir ist das so: wenn es schlimmer werden würde, dann hätte ich schon gesagt, dass ich in die Klinik möchte. Aber ich versuch alles Mögliche: Probleme auflösen oder sowas. (...) Ich versuche ruhig zu bleiben, cool zu bleiben. Ich meditiere auch. Im Zimmer. Dann setz ich mich auf den Boden, stell mir ein Teelicht hin - eins zum An- und Ausschalten, und mach mir eine Musik rein. Und dann geht's auch.“

Auch ein körperliches Ausagieren durch Schreien, Treten oder Schlagen kann in geeignetem Rahmen, zum Beispiel in freier Natur oder in einem sogenannten ‚weichen Zimmer‘ mit Schallisolierung und gepolsterten Wänden, nützlich sein, um Anspannungen zu lösen:

#### **39:8 Heimitarbeiterin**

(...) „Wenn sie ganz schlecht drauf ist und nur noch an den Haaren zieht und schimpft, dann gehen wir raus. Ich renne voraus, und sie rennt mir laut fluchend hinterher. Da lass ich sie dann schreien und pulvern - da läuft sie ihre Wut raus. (...)

#### **51:30 Bewohnerin**

„Was ich auch ganz gern tue, ist schreien. Schreien tu ich gern, weinen und so. Wenn ich alles rauslasse, geht's mir einfach besser. Mir geht's besser - es ist wichtig, dass es mir gut tut. Anderen muss es nicht gut tun.“

Während argumentative Auseinandersetzungen und Diskussionen in Gefahrensituationen nicht erfolgversprechend sind, kann es unter Umständen beruhigend sein, mit sanfter Stimme auf die massiv erregte Person einzuwirken:

**38:43 Heimmitarbeiterin**

„Man kommt bei ihr weiter, wenn man auf eine kindliche Art mit ihr spricht als wenn man strukturiert und streng mit ihr ist. Beruhigend auf sie einreden hilft. Anschreien bringt dagegen gar nichts. Selbst dann, wenn sie Aggressionen auf die übelste Art zeigt, dann, wenn man meint, man hält es nicht mehr aus. Trotzdem muss man auf diese kindliche Art einwirken, damit sie davon wieder ablässt.“

**ABER**

Nach einer aufregenden und ggf. bedrohlichen Verhaltens Eskalation profitiert nicht nur die Person mit Intelligenzminderung, sondern ebenso der beteiligte Helfer vom bewussten Einsatz stressregulierender Maßnahmen:

**17:12 Heimmitarbeiterin**

„Die Bewohnerin hat immer noch so abrupte Stimmungsschwankungen, so von jetzt auf gleich, wo sie plötzlich weint und auch immer wieder versucht, nach mir zu schlagen oder mir ganz fest die Hand zu drücken. Aber da bin ich mittlerweile so klar und deutlich, dass ich dem absolut direkt Einhalt gebiete. Wenn dem so ist, dann soll sie sich aufs Sofa legen und ich sitze in gewissem Abstand zu ihr – ich bin da und präsent, unterhalte mich auch mit ihr. Aber ich behalte meinen Sicherheitsabstand und behalte sie im Auge.

Und so kommen wir in der Regel eigentlich immer ganz gut runter. Wir sage ich deswegen, weil ich mich in dem Moment ja auch ganz bewusst entspannen muss, denn wenn die Bewohnerin merkt, dass ich am Aufbrausen bin oder mir denke: ‚Oh Gott, oh Gott, was passiert jetzt gleich?!‘, dann fördere ich eine Eskalation natürlich. Es ist eine Anspannungsphase auch für mich, absolut.“ (...)

**FAZIT**

Bei bedrohlichen oder gewalttätigen Verhaltens-Eskalationen ist das körperliche Erregungsniveau hoch. Um das Stresslevel zu regulieren, kommen Beruhigungsstrategien wie Musik hören, Atemübungen oder Spaziergänge zum Einsatz. Auch ein körperliches Ausagieren mittels Schreien, Treten und Boxen kann in angemessenem Rahmen nützlich sein, um die innere Anspannung zu lösen. Gegebenenfalls setzen Helfer ihrerseits stressregulierende Techniken zur Selbstberuhigung ein.

**4.13.3 „Notfalls ruhigstellen“ – Freiheitseinschränkende Maßnahmen ergreifen****UM WAS ES GEHT**

Ist das Verletzungsrisiko hoch und die körperliche Unversehrtheit der Interaktionspartner gefährdet, ergreifen Helfer als Ultima Ratio Maßnahmen, mit denen sie die Bewegungsfreiheit der massiv erregten Person einschränken. Dies können Anweisungen an die erregte Person sein, eine bestimmte Haltung einzunehmen und sich für einen gewissen Zeitraum nicht zu bewegen:

**29:60 Klinikmitarbeiter**

(..) Wichtig sei gewesen, nach einem Vorfall sehr bestimmt aufzutreten: erst die Hände des Patienten festzuhalten mit der Aufforderung: ‚Hör auf jetzt!‘ und dann eine klare Anweisung zu erteilen: ‚Leg dich hin!‘ Das habe der Patient bereits aus dem Heim gekannt: Wenn er angefangen hatte zu schlagen, sollte er sich im Anschluss auf den Boden legen und seine Arme entlang des Körpers ausstrecken. Das habe in der Tat recht gut funktioniert. Danach sei er als

Mitarbeiter eine Weile in der Nähe geblieben und habe kurz darauf wieder Kontakt zum Patienten aufnehmen können: ‚Geht’s jetzt wieder?‘ Sobald der Patient dies bestätigte, habe er wieder aufstehen dürfen.

Eine Person, die in Gefahr steht, sich oder andere zu verletzen, kann zur Schadensabwendung mit Schutzausrüstung (wie gepolstertem Helm oder Fäustlingen) versorgt werden:

**38:31 Heimmitarbeiterin**

Manchmal schlage sie in Krisenzeiten aber auch gegen Fensterscheiben, Türen oder Möbel. Wenn sie dabei dann ihren Kopf anschlage, bekomme sie einen gepolsterten Helm mit einem Verschluss, den sie selbst nicht aufmachen könne. Auch ihr Bett sei aus diesem Grund rundherum gepolstert.

Zum Einsatz kommen ebenso spezielle, zum Teil in Deeskalationsschulungen erworbene Haltegriffe, mit denen die Bewegungsfreiheit einer Person vorübergehend eingeschränkt wird:

**43:44 Eltern**

Der Vater erzählt, wie er früher seinen Sohn bei einem Angriff so lange festgehalten habe, bis dieser sich wieder beruhigt hatte. Dazu sei es auch schon mal nötig gewesen, ihn bei aggressiven Vorfällen auf den Boden zu drücken. (...) Aus Sicht der Eltern ist Kraft bis heute das wichtigste Mittel, um den Aggressionen ihres Sohnes zu begegnen.

Gegebenenfalls wird ein Zimmer-Einschluss in Betracht gezogen. Doch während ein Rückzug aufs Zimmer in vielen Fällen als nützlich angesehen werden (vgl. 4.13.1 „Aus dem Weg!“ – Rückzugsmöglichkeit schaffen), wird ein Einsperren kritisch betrachtet:

**30:16 Heimmitarbeiter**

Manche Kollegen hätten sogar die Idee verfolgt, den Bewohner nach tätlichen Angriffen wieder vermehrt ins Zimmer einzusperren, „dabei hat das Einsperren überhaupt nichts gebracht. Da hat er dann halt bis zur Erschöpfung getobt.“

Sind alle bisherigen Strategien ausgeschöpft, ohne dass sich der Erregungszustand einer Person zufriedenstellend beeinflussen lässt, wenden Heim- oder Klinikmitarbeiter Fixierungstechniken an, beispielsweise mittels Bauchgurt oder einer Fünf-Punkt-Fixierung.

ABER

Sämtliche freiheitseinschränkende Maßnahmen werden von beruflichen wie familiären Helfern kritisch betrachtet, als belastend eingestuft und von einem der kognitiv beeinträchtigten Interviewpartner – der als einziger von diesbezüglichen Erfahrungen berichtet – strikt abgelehnt:

**7:2 Heimmitarbeiterin**

(...) „Dieser Schritt [Rückzug ins eigene Zimmer] erleichtert auch die Mitarbeiter, weil es nun im Gruppenraum oder wo auch immer nicht mehr zu solch extremen Eskalationen kommt. Man muss nicht mehr dazwischen gehen. Man muss auch niemanden festhalten, was doch auch immer eine Belastung ist.“

**61:12 Schwester**

Sie hofft, dass sich die Schübe ihrer Schwester nicht so häufig wiederholen, denn insbesondere die Mutter leide jedes Mal sehr, wenn sie ihre Älteste wie ein Häufchen Elend und zeitweise auch fixiert in der Klinik erlebe. (...)

**30:1 Bewohner**

Ohne Umschweife beginnt der Bewohner zu berichten, dass es ihm derzeit gar nicht gut gehe: dass er viel randaliere und kaputt mache, statt brav zu sein. Dabei seien in letzter Zeit eine Tasse, eine Fensterscheibe und eine Tür zu Bruch gegangen. Mit Nachdruck wiederholt er mehrmals, dass er doch eigentlich gar keine Scheiße bauen wolle. Und schon gar nicht wolle er gefesselt oder eingeschlossen werden.

**FAZIT**

Sehen Helfer keinen anderen Ausweg aus Eskalationsspiralen, greifen sie zu freiheitseinschränkenden bzw. freiheitsentziehenden Maßnahmen, um sowohl die erregte Person als auch deren Umfeld vor Verletzungen zu schützen. Genannt wird der Einsatz von bestimmten Haltegriffen oder Schutzausrüstungen sowie Methoden wie Zimmereinschluss und Fixierung. Der Einsatz freiheitseinschränkender Maßnahmen wird von den Beteiligten kritisch bewertet.

**WEITERGEDACHT: Soziale Kontrolle: nicht systemisch, aber System-relevant**

Freiheitsentziehende Maßnahmen wie Fixierung oder Zimmereinschluss stellen einen massiven Eingriff in das Grundrecht auf Handlungsfreiheit dar, bedürfen einer richterlichen Genehmigung und können, sofern kein ausreichender Rechtfertigungsgrund vorliegt, zivil- oder strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen (König u. Schibrowski, 2013). Methoden wie Fixierung und Zimmer-Isolierung erfordern eine ständige Aufsicht und eine detaillierte Dokumentation. Neben allen Bedenken und Einwänden gelten Maßnahmen sozialer Kontrolle dennoch als wichtiger und im Einzelfall unverzichtbarer Bestandteil psychiatrischer Versorgung (Lieb et al., 2016, Bock u. Kluge, 2017).

Nach Deissler (2002) ist es ein Verdienst systemischen Denkens, Konzepte von Zwang und Kontrolle in der Psychiatrie so weit wie möglich durch Verhandlung und Kooperation zu ersetzen. Schweitzer und Nicolai (2010) empfehlen quasi präventiv eine explizite Verhandlungskultur mit dem Patienten über die Formen psychiatrischer Kontrolle und die Einflussmöglichkeiten seitens des Patienten.

Der Einsatz von Zwangsmaßnahmen kann die Beziehung zwischen dem Helfer und der betreffenden Person empfindlich belasten. Aus systemischer Sicht kann eine auf diese Weise entstandene Beziehungs-Störung am ehesten dadurch überwunden werden, dass Helfer ihre ambivalenten Gefühle selbstreflexiv in den Blick nehmen und in einen offenen Dialog mit der Person eintreten, um den Nutzen, aber auch den Schaden sowie die Bedeutungen, die der Kontroll-Maßnahme zugeschrieben werden, zu explorieren. In lösungsorientierter Hinsicht sind gemeinsame Überlegungen darüber nützlich, was alle Beteiligten dazu beitragen können, derartige Vorfälle in Zukunft zu vermeiden.

## 4.14 ESKALATION AUFARBEITEN

### 4.14.1 „Lass uns reden.“ – Mit der Person über den Vorfall sprechen

#### UM WAS ES GEHT

Falls das Verhalten einer Person mit Intelligenzminderung eskaliert, kommen zunächst Schutz- und Beruhigungsstrategien zum Einsatz (vgl. 4.13.1 „Aus dem Weg!“ – Rückzugsmöglichkeit schaffen; 4.13.2 „Entspann‘ dich.“ – Beruhigungstechniken anwenden; 4.13.3 „Notfalls ruhigstellen“ – Freiheitseinschränkende Maßnahmen ergreifen). Ein Gespräch zwischen dem beteiligten Helfer und der als aggressiv erlebten Person sollte erst dann stattfinden, wenn sich die Gemüter soweit beruhigt haben, dass eine (selbst-)kritische Analyse des Vorfalls möglich und sinnvoll erscheint:

#### **31:7 Heimmitarbeiter**

„Nach solchen Taten sitzt er immer auf dem Klo, das ist ganz typisch. (...) Natürlich ist es nicht so, dass er direkt reden will nach so einer Sache, das kommt erst später.“ (...)

Im Gespräch geht es darum zu erkunden, wie es zu der Verhaltenseskalation gekommen ist: was genau das Problem aus Sicht der betreffenden Person war und welche Gedanken, Gefühle oder Bedürfnisse mit dem Vorfall verbunden waren (vgl. 4.4.2 „Nicht aus heiterem Himmel“ – Problemverhalten im Sinnkontext verstehen). Dabei ist ein aufmerksames und respektvolles Zuhören, bei dem die subjektive Wahrnehmung des Problems nicht in Frage gestellt wird, von zentraler Wichtigkeit (vgl. 4.4.1 „Auf Augenhöhe“ – Gedanken, Gefühle und Bedürfnisse ernst nehmen; 4.6.1 „Zuhören ist Gold.“ – Aufmerksam zuhören):

#### **5:38 / 5:42 Heimmitarbeiterin**

Auf ihr Zimmer gebracht müsse man die Bewohnerin erst einmal fünf bis zehn Minuten in Ruhe lassen. Dann könne man noch mal hingehen und mit ihr über den Vorfall sprechen. Auch da sei es entscheidend, wie man ihr gegenübertritt. Hilfreich sei zum Beispiel, sie erst einmal zu fragen, was los war - was das Problem in ihren Augen war. Dabei gelte es ruhig zu bleiben, sie zu Wort kommen zu lassen und sie ernst zu nehmen. Dann fange die Bewohnerin durchaus an zu erzählen und entspanne sich sichtlich. (...)

„Manchmal muss gar keine Lösung gefunden werden – es reicht das Zuhören.“

Helfer sprechen ihrerseits das inakzeptable Verhalten freundlich und bestimmt, sachlich und je nach Einschränkungen des Gegenübers mehr oder weniger ausführlich an. Dabei achten sie darauf, ihr Gegenüber weder abzuwerten noch durch vorwurfsvolle oder anderweitig provokative Äußerungen erneut Druck aufzubauen. Stattdessen stellen sie die eigene Sichtweise in Ich-Form und mit ruhiger Stimme dar:

#### **8:3 Heimmitarbeiterin**

(...) „Vorwürfe sind ganz schlecht, die bringen überhaupt nichts und machen das Ganze nur noch schlimmer. Weil die Bewohnerin sich ja schon selbst genug Vorwürfe macht. Und wenn wir dann auch noch daherkommen, so als Oberlehrer, und sie fragen: ‚Was haben Sie da wieder gemacht?!‘, dann eskaliert das noch weiter.“ (...)

**3:59 Mutter**

(...) „Man muss passend mit ihm reden, dass er darauf eingehen mag. Es nützt nichts, dass man ihn schimpft oder zwingt. Sondern dass man selbst sagt, was gerade war, und dann probiert, ob er dazu etwas äußert. Also nicht fragen, sondern dass man für sich wiederholt, wo man selbst gerade steht und was man erlebt hat. Wenn man ein bisschen wie zu sich selbst spricht, was man gerade empfindet, dann ist das oft leichter für denjenigen, als wenn ich ihn direkt anschau und konfrontiere.“

Überdies achten Helfer darauf, das Problem nicht übermäßig lange auszubreiten, sondern vielmehr die konstruktiven Bemühungen zur Problemlösung anzuerkennen (vgl. 4.6.5 „Gut gemacht!“ – Wertschätzende Rückmeldungen geben):

**7:5 Heimmitarbeiterin**

Sie spreche der Bewohnerin dann auch ihre Anerkennung dafür aus, eine stressige Situation selbstständig erkannt und sich im Anschluss zurückgezogen zu haben:

„Auf alle Fälle kriegt die Bewohnerin noch einmal eine Rückmeldung. Ich denke, dass das wichtig ist für sie, denn sie ist auf die Meinung der Mitarbeiter schon stark angewiesen - also auf positive Rückmeldungen.“

Nützlich sind außerdem Versöhnungsgesten: ein Ausdruck des Bedauerns, ein Zuspruch des ‚Wieder-gut-Seins‘ oder ein Dank für das offene Gespräch:

**14:44 Heimmitarbeiter**

(...) Später [nach einer Rückzugszeit] begrüße ich die Bewohnerin wieder und zeige ihr, dass ich ihr nicht böse bin, dass alles wieder gut und normal ist. Dass ihr Verhalten keine weiteren Konsequenzen hat.“

Derartige Nachgespräche enden oft mit einem gemeinsamen Ausblick, wie das zukünftige Miteinander (besser) gestaltet werden soll. Von Bewohnerseite wird die Zusicherung von Vertraulichkeit geschätzt:

**23:8 Bewohner und Heimmitarbeiter**

Mitarbeiter: „Auch wenn da ein Vorfall war: wir reiten da eigentlich kaum drauf rum, sondern führen das Gespräch zielgerichtet. Das heißt, das Wichtigste an dem Gespräch ist, wie es weitergeht und nicht, was war.“

Enden würden solche Gespräche mit einer Art Besiegelung, mit der Geste ‚high five‘ und der Vereinbarung: ‚ausg‘macht‘. Diese Art, Gespräche zu führen, bewerten beide Gesprächsteilnehmer mit der Note ‚sehr gut‘. (...)

Bewohner: „Note 1, weil das dann immer bloß unter uns bleibt und nicht, dass andere Bewohner das mitbekommen.“

Als letzte Regel gilt: Helfer sollten nicht nachtragend sein und ein einmal besprochenes Problem später keinesfalls noch einmal ‚aufwärmen‘:

**15:9 Heimmitarbeiterin**

„Natürlich macht die Bewohnerin Sachen, die nicht okay sind, die aber andersherum auch nicht schlimm sind. Und natürlich kriegt sie in dem Moment eine Rückmeldung, dass das nicht in Ordnung war. Das hat auch mal Konsequenzen. Aber wir sind nicht nachtragend. Das können unsere Bewohner auch später oft gar nicht mehr verknüpfen. Und dann entsteht eine Unsicherheit, die nur zur nächsten Eskalation führt. Und vor allem soll keiner, der nicht daran beteiligt war, im Nachhinein wieder davon anfangen.“

## ABER

Ein reflektierendes Nachgespräch setzt sowohl die Bereitschaft als auch die Fähigkeit zu einer (selbst-)kritischen Rückschau voraus. Helfer wägen daher ab, ob bzw. unter welchen Bedingungen eine Rückmeldung bzw. ein klärendes Gespräch zielführend ist. Bei Menschen mit schwergradigen Intelligenzstörungen oder massiven psychischen Störungen wird die Nützlichkeit eines Auswertungsgesprächs in Frage gestellt:

### **65:19 Heimmitarbeiter**

(...) „Und auch wenn er mittags im Time-Out war, ist am Abend doch alles wieder gut. Wenn ich ihn am Abend noch mal drauf ansprechen würde, wäre er auch noch auf mich sauer oder haut sich sogar den Kopf an, das ist doch nicht zielgerichtet. Da ist er noch fernab davon, im Nachhinein reflektieren zu können, was er falsch gemacht hat.“

## FAZIT

Wenn sich die Gemüter – von Betroffenen wie Helfern – nach einer Verhaltenseskalation wieder beruhigt haben, kann ein reflektierendes Nachgespräch erfolgen. Dies setzt die Bereitschaft und die Fähigkeit der betreffenden Person zu einer (selbst-)kritischen Auseinandersetzung mit dem Fehlverhalten voraus. Im Gespräch werden die Auslöser der Krise sowie das Befinden der Beteiligten erörtert. Helfer achten auf eine konstruktive Gesprächsführung durch verständnisvolles und akzeptierendes Zuhören, Anerkennung der wahrgenommenen Bewältigungsversuche, Wiedergutmachungsgesten und gemeinsame Vereinbarungen für das weitere Vorgehen. Es wird dringend davon abgeraten, das Problem zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal aufzurollen.

**WEITERGEDACHT:** Das Eisen schmieden, wenn es kalt ist

Das Geheimnis starker Eltern besteht nach Omer und Streit (2018) aus vier Grundprinzipien: Struktur, Präsenz und wachsame Sorge, soziale Unterstützung und Selbstkontrolle. Gerade die Selbstkontrolle sei in aufgeheizten Erziehungssituationen von grundlegender Bedeutung: Eine bewusste Selbststeuerung erlaube es den Eltern, drohenden Eskalationen allein dadurch zu entgehen, dass sie sich im ‚Eifer des Gefechts‘ nicht zu fruchtlosen Diskussionen, Provokationen oder Beleidigungen hinreißen lassen, sondern bewusst schweigen. Allenfalls eine Ankündigung, das Verhalten nicht zu akzeptieren und später über den Vorfall reden zu wollen, könne möglicherweise Sinn machen, ansonsten laute der Grundsatz: ‚Schmiede das Eisen, wenn es kalt ist‘ (ebd., S. 62). Die Zeit, die mit einer verzögerten Reaktion gewonnen wird, hilft beiden Seiten, sich zu beruhigen und über das Geschehene nachzudenken. Ein späteres Zurückkommen auf den Vorfall heißt diesem pädagogischen Ansatz zufolge nicht, Vergangenes ‚aufzuwärmen‘, sondern verdeutlicht dem Kind vielmehr, dass die Eltern Interesse an ihm und an einer guten Beziehung zu ihm haben. Die Autoren merken an, dass eine derartige Selbstkontrolle in stressigen Situationen alles andere als selbstverständlich, wohl aber erlernbar ist (ebd., S. 71f).

Dieser Ansatz, auch ‚Neue Autorität‘ genannt, fokussiert auf die familiären Beziehungen zwischen Eltern und heranwachsenden Kindern. Der Gedanke, in eskalierenden Situationen bewusst auf eine sprachliche Auseinandersetzung zu verzichten und eine Aussprache – so sinnvoll sie auch sein mag – zu ‚vertagen‘, spiegelt sich auch in den Zitaten der Interview-

partner wider. Gleichwohl hängt die Entscheidung, wann und wie ausführlich ein solches Nachgespräch erfolgen sollte, vom kognitiven und emotionalen Entwicklungsstand der beeinträchtigten Person ab.

#### 4.14.2 „Das hat Folgen!“ – Einsatz von Konsequenzen prüfen

##### UM WAS ES GEHT

Grenzüberschreitendes bzw. aggressives Verhalten von Personen mit Intelligenzminderung darf nach Ansicht der Helfer nicht folgenlos bleiben, sondern zieht in der Regel zumindest eine Rückmeldung über dessen Unangemessenheit nach sich (vgl. 4.14.1 „Lass uns reden.“ – Mit der Person über den Vorfall sprechen). Helfer überlegen darüber hinaus, ob das Fehlverhalten aus pädagogischen Gründen Konsequenzen nach sich ziehen soll, ob beispielsweise ein Ausflug abgebrochen oder ein Schaden, der durch sachaggressives Verhalten entstanden ist, finanziell ausgeglichen werden soll:

##### **52:3 Heimmitarbeiterin**

Übrigens habe die Bewohnerin ihre Angewohnheit, bei Stress die Toilette mit Kleidungsstücken zu verstopfen, derzeit einigermaßen gut im Griff:

„Also ab und zu fliegt natürlich schon was ins Klo. Aber sie weiß, dass das Konsequenzen hat. Weil die Kosten der Handwerker sonst ins Immense steigen. Also wir haben jetzt noch ein halbes Jahr Schonfrist vereinbart: das heißt, wenn die Kosten nicht steigen, bleibt es so, wie es im Moment ist. Sollten die Kosten aber wieder steigen, gibt es Konsequenzen: dann sperren wir nämlich das Klo ab und sie kann nur unter Aufsicht zur Toilette gehen. Und das mag sie ja eigentlich nicht – und wir auch nicht. Also sie hat das jetzt zwar noch nicht erlebt, aber sie weiß jetzt um die Konsequenzen.“

##### **55:4 Bewohner**

Zu heftigen Ausrastern wie früher, als einmal sogar ein Tisch zu Bruch gegangen war, sei es nicht gekommen: „Das kostet zu viel Geld“, erklärt der Bewohner.

Mit Wiedergutmachungs-Ritualen wollen Helfer dem Betroffenen die Chance geben, den Fehler aus der Welt zu räumen und durch prosoziales Verhalten mögliche Störungen in den Beziehungen zu Mitbeteiligten zu beheben:

##### **36:2 Schwestern**

Frau X.: „Ich denke, dass das wahnsinnig viel bringt: dass der Umgang in der Einrichtung streng, aber auch liebevoll ist. Ich glaube, das ist genau der richtige Umgang für ihn: streng und liebevoll. Da geht es um Konsequenz und viele Regeln, an die sich wirklich jeder zu halten hat. Früher zum Beispiel, als er ständig erbrochen hat, da haben die ihm klar gemacht, dass er das selbst aufwischen muss und ihm dann einen Putzeimer in die Hand gedrückt. Dann hat er das auch gemacht. Und im Anschluss hat der Pfleger ihn in den Arm genommen und mit ihm gekuschelt. Das fand ich total süß.“

Frau Y.: „Da wird ihm auch nicht das Gefühl gegeben, dass er jetzt ein schlechter Mensch ist. Sondern ihm vermittelt, was man darf und was nicht – fertig.“

Bevor das Fehlverhalten eines Bewohners unverhältnismäßig streng sanktioniert wird, sollten Helfer ihren eigenen Anteil am Problem überdenken:

### **2:29 Heimmitarbeiterinnen**

Beide Kolleginnen plädieren dafür, bei einem Fehlverhalten stets zu überprüfen, wer welchen Anteil daran habe. Ein Beispiel dazu: Da habe der Bewohner einmal unerlaubterweise das offen-, aber leerstehende Mitarbeiterbüro betreten und sich eine herumliegende Süßigkeit geschnappt. In dem Moment habe ihn eine Kollegin ertappt und ihm, heftig schimpfend, die Süßigkeit wieder abgenommen. (...)

„Aber da hätte ich gesagt: ‚Okay, wir teilen uns jetzt die Süßigkeit, denn ich hab die Tür aufgelassen, und du bist reingegangen.‘ Es war ja unser Fehler, dass wir die Bürotür aufgelassen hatten - die hätte zu sein müssen. Und sein Fehler war, dass er reingegangen ist, obwohl er wusste, dass er das nicht darf.“

### **ABER**

Sanktionen, die mit der Absicht eingesetzt werden, ein problematisches Verhalten zu bestrafen oder eine Person zu einem bestimmten Verhalten zu zwingen, werden kritisch betrachtet, denn sie bergen das Risiko weiterer Verhaltens-Eskalationen:

### **65:13 Heimmitarbeiter**

(...) „Da ist der Bewohner ausgerastet und hat den Kollegen wüst beschimpft mit ‚Du Arschloch, du Drecksau.‘ Da hat der Kollege den Bewohner auf sein Zimmer geschickt und gemeint, die Brotzeit sei damit vorbei. Doch Brotzeit beinhaltet Kaffee, und der ist dem Bewohner sehr wichtig. Da wollte er dann auf den Kollegen losgehen und es war nur Glück, dass ein anderer Kollege gerade daneben stand.“ (...)

Ebenso raten Helfer von Sanktionen oder Bestrafungen ab, wenn sie davon überzeugt sind, dass die Person ein problematisches Verhalten störungs- oder entwicklungsbedingt ohnehin (noch) nicht verändern kann:

### **52:5 Heimmitarbeiterin**

„Die Reaktion auf einen Vorfall, wenn die Bewohnerin gerade etwas kaputt gemacht hat, ist eigentlich gleich null, ohne Mordsaufruhr. Wir nehmen das hin – ist halt so. Das tut ihr, glaube ich, gut. Weil keine Bestrafung erfolgt. Denn sie macht das ja jetzt nicht absichtlich oder dass sie uns ärgern möchte. Das ist halt einfach so eine innere Anspannung.“

### **FAZIT**

Störverhalten zieht Folgen nach sich. Helfer überlegen sich angemessene Konsequenzen, mit denen eine Person ihr Fehlverhalten wiedergutmachen und sich gleichzeitig prosozial verhalten kann. Der absichtsvolle Einsatz von Sanktionen bzw. Bestrafungen wird kritisch betrachtet, da er weitere Verhaltensprobleme begünstigt. Außerdem betrachten Helfer Sanktionen als wirkungslos, solange eine Person entwicklungs- oder störungsbedingt nicht dazu in der Lage ist, ihr Verhalten zu ändern oder den Zusammenhang zwischen ihrem Verhalten und einer pädagogischen Konsequenz zu begreifen.

**WEITERGEDACHT:** Wie du mir, so ich dir...

Egal ob Belohnen oder Bestrafen: der Plan, mittels positiver oder negativer Konsequenzen ein Verhalten von außen beeinflussen zu wollen, geht in der Zusammenarbeit mit Erwachsenen nur bedingt auf und mit systemischem Denken kaum zusammen. Die Annahme zirkulärer Wechselwirkungen rückt die Frage in den Raum, wie der Einsatz von Sanktionen zu-

rückwirkt auf denjenigen, der eine Strafe einsetzt, oder auf die Interaktion und Beziehung(en) zwischen den Beteiligten. Es ist davon auszugehen, dass Formen sozialer Kontrolle und Machtausübung die Autonomie der bestraften Person untergraben und eine Begegnung auf Augenhöhe erschweren. Omer und Streit (2018, S. 99ff) mahnen an, dass Bestrafungen (wie auch Belohnungen) in der Erziehung von Heranwachsenden als Manipulationsversuche gedeutet werden und dem Verselbstständigungsdrang von Kindern und Jugendlichen diametral entgegenwirken. Strafen bestärkten die betreffende Person eher darin, Widerstand aufzubauen und sich mit weiteren, dysfunktionalen Verhaltensweisen gegen die Strafmaßnahme aufzulehnen.

Aus systemischer Sicht orientiert sich die Auswahl einer Konsequenz auf ein Fehlverhalten an der Frage, wie das Miteinander in der Familie, im Heim oder in der Klinik darüber befördert, zumindest aber nicht verschlechtert werden kann. Eine beziehungs-freundliche Vorgehensweise besteht darin, gemeinsam zu explorieren, worin aus Sicht der Interaktionspartner das Problem genau besteht und welche Maßnahmen angemessen sind, um einen Fehler aus der Welt zu schaffen. Wiedergutmachungsgesten tragen dazu bei, Beteiligte zu versöhnen, und ermöglichen einen prosozialen Umgang mit starken Gefühlen wie Enttäuschung, Wut oder Schuld. Die Messlatte für den gezielten Einsatz von Konsequenzen ist der nachhaltige Nutzen für das Beziehungssystem.

#### **4.14.3 „Und was meint ihr?“ – Vorfall im Helfersystem reflektieren**

##### UM WAS ES GEHT

Kommt es zu massiv herausforderndem Verhalten, schließen sich die Helfersysteme im Nachgang oftmals zusammen, um sich über den Vorfall auszutauschen (vgl. 4.9.2 „Hätten Sie mal Zeit?“ – Bei Problemen und Plänen zusammensetzen). Dabei geht es zunächst darum, das Problemverhalten im Hinblick auf seine Entstehung, das heißt die jeweiligen Kontextfaktoren und vermeintlichen Auslöser, zu ergründen:

##### **44:6 Heimmitarbeiter**

„Ein Gespräch mit dem Bewohner war nicht möglich. Dann habe ich die Lebensbereiche abgeklappert: also die Arbeitsstätte angerufen, ob irgendwas war. Bei den Eltern nachgefragt, ob da irgendwas war. Auch die Kollegen, die ja schon längere Zeit im Dienst waren, gefragt.

Unterm Strich ist rausgekommen, dass es mehrere Einzelfaktoren waren, die gleichzeitig auf ihn wirkten: da war der Papa nicht gekommen am Wochenende, in der Arbeit hatte er eine ungeliebte Arbeit bekommen und dann war da auch noch ein Fest, wo wir erst im Nachhinein rausgefunden haben, dass er da gar nicht hinwollte. Und jetzt erst haben wir rausgefunden, dass auch seine Hüftproblematik immer wieder zu Schmerzen führen kann, die er auch nicht verbalisieren kann.“

Im Anschluss wird überlegt, welche Anpassungen im Kontext vorgenommen werden sollen (vgl. 4.14.4 „Das geht auch anders.“ – Kontext anpassen) und wie das weitere Vorgehen der Helfer aufeinander abgestimmt werden kann. Oft besteht der Anspruch darin, das Handeln aller Beteiligten zu vereinheitlichen (vgl. 4.10.4 „Viele Ideen, ein Plan.“ – Einheitliche Linie abstimmen) und in einen gemeinsamen Krisenplan zu überführen:

### **7:12 Heimmitarbeiterin**

(...) Solche Vorfälle werden in der Teambesprechung aufgegriffen. Dann kann man darüber reden, was man hätte anders machen können, oder ob es so, wie wir es gemacht haben, genau richtig war. Das ist ganz wichtig, solche Vorfälle im Team zu besprechen und zu klären: Wie gehen wir in Zukunft alle damit um, so dass wir es doch in gewisser Weise alle gleich machen?“

### **10:8 Bewohner**

„Der Bezugsbetreuer hat eine Liste gemacht, und ich hab unterschrieben und mein Ja-Wort gegeben. Da stehen so Regeln, wo ich hingehen soll, wenn es mir schlecht geht. Zum Beispiel zu einem von den Betreuern, und wenn die keinen Rat wissen, soll ich den gesetzlichen Betreuer anrufen. Und wenn ich merke, ich möchte wieder in die Klinik, soll ich nicht sofort den Herrn X. [Stationsmitarbeiter] anrufen, sondern erst zum Betreuer gehen und darüber reden. Nicht immer gleich sagen: Ich geh in die Klinik. Also ich kann schon dahin, aber ich soll das nicht überstürzen. Weil: oft ist es ja so, dass man das bereden kann. Im Moment ist die Liste überflüssig. Ich glaub, das wird schon.“

## **ABER**

Trotz der ernsthaften und dringlichen Lage sollten Helfer darauf achten, besonnen zu handeln und keine Panikstimmung zu verbreiten, indem sie durch ungünstige Wortwahl, sofortiges Herbeizitieren oder ein Infrage-Stellen des Heimplatzes für zusätzliche Aufregung sorgen (vgl. 4.8.4 „Das schaffen wir schon!“ – Stärken und Erfolge im Blick behalten):

### **17:56 Mutter**

„Für mich war die erste Heimeinrichtung noch lange wie ein Albtraum. Da war meine Tochter mehr im Krankenhaus als dort. Und immer die Anrufe: ‚Frau X., es wäre super, wenn Sie herkommen könnten, bitte!‘, aber ich war 100 km entfernt. Dabei sollten die Mitarbeiter doch den Umgang mit solchen Leuten gewöhnt sein und nicht gleich Panik kriegen. Und dann sofort ins Krankenhaus, aber mit Blaulicht!“

## **FAZIT**

Nach einem schwerwiegenden Vorfall werden üblicherweise die nicht-beteiligten Helfer (Familie, gesetzlicher Betreuer, Ambulanz, Heim) davon in Kenntnis gesetzt. Dabei sollte ein Informant besonnen handeln und keine zusätzliche Aufregung durch missverständliche oder dramatisierende Äußerungen verbreiten. Im gemeinsamen Gespräch explorieren die Helfer die Hintergründe des Vorfalls und stimmen das weitere Vorgehen ab, ggf. wird bei dieser Gelegenheit ein Krisenplan entwickelt, der das Vorgehen bei zukünftigen Vorfällen regelt.

## **4.14.4 „Das geht auch anders.“ – Kontext anpassen**

### **UM WAS ES GEHT**

Vorfälle mit aggressivem Verhalten laden Helfer – einzeln oder im Team – zum Nachdenken darüber ein, wie man Umgangsweisen, alltägliche Abläufe, räumliche Gegebenheiten oder spezifische Situationen zukünftig so gestalten bzw. verändern kann, dass die Wahrscheinlichkeit weiterer Vorkommnisse sinkt. Helfer schränken beispielsweise den Zugang zu Objekten mit Eskalationspotenzial (wie Messer, bestimmte Nahrungsmittel, Glasprodukte) ein:

**7:13 Heimmitarbeiterin**

(...) Danach habe das Team beschlossen, das Getränkeangebot von Glas- auf Plastikflaschen umzustellen: „Uns zeigen solche Vorfälle immer, woran wir als Team im Gruppenalltag noch arbeiten können. Wo man einfach betriebsblind wird, weil vielleicht lange Zeit nichts passiert ist.“

In vielen Fällen wird auch eine Reduktion oder Umstellung von Aktivitäten empfohlen, welche mit erhöhtem Stress oder Eskalationsrisiko einhergehen. Beispielsweise wurde bei einem Bewohner nach einem Vorfall das tägliche Körperpflege-Programm umgestellt, in einem anderen Fall das wöchentliche Freizeitprogramm entzerrt. Auch eine Reduktion der Arbeitszeit in der Werkstätte oder ein ‚Abspecken‘ von Wochenend- bzw. Urlaubsplänen kann dazu beitragen, weitere Verhaltens-Eskalationen zu verhindern:

**38:41 Heimmitarbeiterin**

Aus den Erfahrungen hätten die Mitarbeiter gelernt, Urlaube und Ausflüge mit der Bewohnerin anders zu gestalten: weniger lang, weniger Aktivitäten, weniger Anforderungen. Dafür mehr in der Natur und „da, wo es egal ist, wenn die Wurstsemmel durch die Luft fliegt.“

Eine einschneidende Maßnahme besteht darin, einen Wohngruppenwechsel oder einen Umzug von einer Regel- in eine Intensiv-Wohngruppe vorzunehmen:

**56:13 Heimmitarbeiter**

„Das ist eigentlich so der ‚worst case‘: Da war der Bewohner schlecht drauf – mal manisch, mal depressiv -, und war so in der Gruppe, die ihn gut kennt, nicht mehr haltbar. Musste dann umziehen in eine Gruppe, wo er keinen kennt und ihn keiner kennt. Das ist natürlich eine schwierige Situation. Und das hat auch zwei Jahre gedauert, bis sich das so gefunden hat.“

Dabei kann selbst eine deutliche Einschränkung persönlicher Freiräume durch eine geschlossene Unterbringung die psychische Stabilität einer Person verbessern:

**5:59 Klinikmitarbeiterin**

(...) „Sie hatte im ersten Heim so viele Freiheiten gehabt: Sie konnte nach draußen gehen, einkaufen gehen und machen, was sie wollte. Jetzt ist sie geschlossen untergebracht, aber das scheint wunderbar zu funktionieren, denn seitdem haben wir sie hier nicht mehr gesehen. Offensichtlich hatten sie die Freiräume in der ehemaligen Einrichtung überfordert.“

ABER

Kontextanpassungen gehen nicht selten mit Einschränkungen persönlicher Entwicklungsräume und Freiheiten einher. In solchen Fällen plädieren Helfer dafür, Anpassungen möglichst nur temporär vorzunehmen und zu gegebener Zeit zu revidieren, indem Regeln wieder gelockert oder Angebote wieder ausgeweitet werden:

**12:42 Heimmitarbeiterin**

(...) „Das ist nach wie vor so: wenn der Bewohner freien Zugang zum Telefon hat, dann klemmt er sich einfach dahinter. Da hat die Gruppe die Regel getroffen, dass das Telefon nur für ein oder zwei Stunden pro Tag offen ist - nicht dauerhaft, die werden das sicher irgendwann wieder anpassen. Auf Stein gemeißelt ist hier gar nichts. Das ist auch gut, weil es dadurch immer wieder neue Chancen gibt.“ (...)

## FAZIT

Vorfälle laden Helfer dazu ein, Kontextfaktoren, die eine Krise begünstigen, anzupassen, dies können verfügbare Objekte bzw. Materialien, alltägliche Strukturen und Abläufe oder räumliche Gegebenheiten sein. Im Einzelfall wird der Wechsel in eine andere Wohnform nötig. Mit Kontextanpassungen verfolgen Helfer die Absicht, weitere Verhaltens-Eskalationen zu verhindern. Mittelfristig sollte geprüft werden, ob Einschränkungen, die individuelle Entwicklungsräume und Freiheiten begrenzen, wieder gelockert werden können.

### **4.14.5 „Muss es ein bisschen mehr sein?“ – Ambulante Maßnahmen einleiten oder intensivieren**

#### UM WAS ES GEHT

Im Kontext einer psychischen Krise prüfen Helfer, ob eine ambulante psychiatrische oder psychotherapeutische Versorgung initiiert bzw. intensiviert werden soll, und stellen gegebenenfalls Kontakte zu ambulant tätigen Psychiatern oder Psychotherapeuten her. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie werden sowohl von Helfern als auch von Patienten als Unterstützung wahrgenommen, sei es durch kurzfristige Beratungen im Rahmen einer Telefon-Sprechstunde, sei es durch persönliche Gespräche im Kontext der regelmäßigen Visiten-Termine. Oft geht es dabei auch um eine Anpassung in der Auswahl und Dosierung der üblichen Medikation:

#### **1:96 Ambulanzärztin**

Die Ambulanzärztin erzählt, dass sie im Vorfeld [der Klinikeinweisung] durchaus nach Wegen gesucht habe, die Probleme des Patienten auch ohne Medikamente in den Griff zu bekommen, zum Beispiel über verbindliche Absprachen hinsichtlich seines Verhaltens. Doch auch wenn er einer Absprache zugestimmt habe, konnte er sich nicht unbedingt daran halten.

So habe sie zusätzlich eine Weile lang wöchentlich zu festen Zeiten mit ihm telefoniert und dabei nachgefragt, wie es ihm gerade gehe, wie er klar komme, was von ihren Absprachen geklappt habe, ob mit der Bedarfsmedikation alles passe oder ob es etwas zu verändern gebe. Diese Telefonate habe der Patient gut gefunden. Auch aus Arztsicht sei dies eine „super Sache“, denn dabei gehe es schließlich um Kontakt und Beziehung – Basis der gesamten psychiatrischen Behandlung

Während viele Psychiater in eigener Praxis tätig sind, existieren vor allem in größeren Städten – angegliedert an psychiatrische Kliniken – psychiatrische Institutsambulanzen, die auf Patienten mit Intelligenzminderungen spezialisiert sind. Sie arbeiten zum Teil aufsuchend und verfügen je nach Klinik über multiprofessionelle Behandlungskonzepte:

#### **10:41 Ambulanz-Mitarbeiter (Sozialpädagoge)**

(...) „Wir haben es geschafft, dass er anderthalb Jahre nicht in die Klinik kommen musste. Da wurde vieles ambulant durch Telefonate und Besuche [im Heim] abgefangen.“

Eine ambulante Psychotherapie durch niedergelassene Psychotherapeuten wird von den befragten Helfern sehr begrüßt, scheitert jedoch oft an begrenzten Therapieplätzen oder unzureichend auf die Besonderheiten des Klientels eingestellten Therapeuten:

**22:45 Heimmitarbeiter**

Von Vorteil sei gewesen, dass die damalige Ambulanzärztin Psychotherapie vor Ort angeboten hatte:

„Die niedergelassenen Psychotherapeuten, die sich an unser Klientel wagen würden, sind hoffnungslos voll, die haben nicht mal mehr eine Warteliste. Und andere, die Kapazitäten frei hätten, haben in diese Richtung überhaupt keine Erfahrung“.

Manche Heimeinrichtungen verfügen über einen eigenen psychologischen Dienst, bestehend aus Mitarbeitern, die darauf spezialisiert sind, mit kommunikativ bzw. kognitiv eingeschränkten Personen therapeutisch zu arbeiten:

**34:49 Vater**

„Die haben im Heim bessere Methoden zu kommunizieren. Meine Frau konnte FC [Kommunikationsmethode bei Nicht-Sprechern] schreiben, aber ich kann das nicht. Vielleicht kann er bei der Psychologin mehr erzählen und sagen, was er denkt. Zu Hause ist das schlecht und er will auch nicht mit uns schreiben.“ (...)

Alternativ wird von Klinikseite aus gegebenenfalls eine teilstationäre Behandlung oder eine Intervalltherapie zur gesundheitlichen Stabilisierung in Betracht gezogen:

**24:18 Ambulanzärztin**

(...) Die Idee einer ambulanten Psychotherapie sei durchaus aufgekommen, doch „das ist einigermaßen schwierig und heikel, jemanden zu finden. Es gibt auch Überlegungen, ihn intervallmäßig auf Station aufzunehmen im Sinne einer fraktionierten Behandlung in größeren Abständen. Aber im Moment kommt er zurecht, da hat er, glaube ich, keinen Druck.“

Zur psychischen Stabilisierung kommen bei Patienten mit Intelligenzminderung neben gesprächs- oder pharmakotherapeutischen Angeboten auch nicht-sprachliche, körperorientierte Methoden (wie Snoezelen, Aromatherapie, Psychomotorik) zum Einsatz. Mit entsprechender Methodenkompetenz können psychosoziale Helfer somit auch außerhalb der psychotherapeutischen Richtlinienverfahren therapeutisch wirksam werden:

**26:3 Ambulanzärztin**

„Jedes Ereignis, wo die Bewohnerin in der Lage ist, auf sich selbst zu achten, ist Gold wert, weil das das Gegenteil ist von Sich-selbst-schädigen. Wie so eine Waagschale, wo jeder Moment, wo das glückt, ein Steinchen in die positive Schale fällt. Und irgendwann mal kriegt die ein Gewicht. Daran arbeiten wir mit dem Wohnumfeld, seit ich die Patientin kenne.“

Außer den Gruppenbetreuern sei niemand speziell daran beteiligt, diesen Selbstwahrnehmungsprozess zu fördern, um die Patientin nicht zu überfordern, auch eine Psychotherapie sei in der Vergangenheit nur punktuell möglich gewesen.

ABER

Therapeutische Gespräche lassen sich nicht erzwingen, sondern setzen die Bereitschaft zu einer reflektierten, selbstkritischen Auseinandersetzung voraus. Psychologen und Psychiater respektieren die Selbstbestimmung des Patienten, indem sie Gesprächsangebote unterbreiten, die Person ansonsten aber weder zu Gesprächen nötigen noch bestimmte Gesprächsinhalte forcieren (vgl. 4.6.4 „Die Gedanken sind frei...“ – Vorsichtig über sensible Themen sprechen):

### **26:6 Ambulanzärztin**

(...) „Die Patientin kann [in der Visite] ihr Thema einbringen, wann immer sie will. Wenn sie es tut, kann ich damit arbeiten und ihr weiterführende Angebote machen. Wenn sie es nicht tut, kann ich nicht damit arbeiten. Das muss immer von ihr kommen, aber man kann durchaus ein Angebot bereitstellen, wo sie selbst darauf kommen kann, dass das was für sie wäre.“

### **FAZIT**

Ambulante Therapieangebote erübrigen in vielen Fällen eine stationäre Einweisung und werden einer Klinikaufnahme in der Regel vorgezogen. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bieten telefonische Sprechstunden an und stehen im Rahmen von (aufsuchenden) Visiten für persönliche Gespräche mit Patienten und deren Helfern bereit. Auch die medikamentöse Behandlung erfolgt über die fachärztliche Disziplin. Das Angebot an niedergelassenen Psychologen und Psychotherapeuten, die mit der Behandlung von Personen mit Intelligenzminderung vertraut sind, ist begrenzt. Manche Heime verfügen über einen institutionseigenen psychologischen Dienst. Eine Psychotherapie setzt die Bereitschaft des Patienten voraus und lässt sich nicht erzwingen. Neben gesprächspsychotherapeutischen bzw. pharmakologischen Ansätzen können sich auch nicht-sprachliche bzw. körperorientierte Methoden stabilisierend auf das psychische Wohlbefinden auswirken.

### **4.14.6 „Alarmstufe Rot.“ - Stationäre Maßnahme abstimmen und einleiten**

#### **UM WAS ES GEHT**

In vielen Fällen gelingt es Personen mit Intelligenzminderung und deren Helfern, einen krisenhaften Zustand mit Hilfe der zuvor beschriebenen Strategien zu bewältigen und eine Klinikeinweisung zu vermeiden. Für den Fall, dass das Verhalten oder Befinden einer kognitiv beeinträchtigten Person besorgniserregend bleibt und sich auch mit ambulantlypsychiatrischer Unterstützung nicht ausreichend stabilisieren lässt, ziehen die Beteiligten eine stationäre Behandlung in Betracht. Diese wird vielerorts über alltagspsychiatrische Kliniken angeboten, einzelne Regionen verfügen über speziell auf die Bedürfnisse von Menschen mit Intelligenzminderung zugeschnittene Behandlungszentren.

Eine stationäre Aufnahme erfolgt entweder mit Vorausplanung oder im Rahmen einer notfallmäßigen Akuteinweisung. Wird die Einweisung über die Rettungsleitstelle initiiert, sind in den Krankentransport nach Aussagen der Unterstützer in der Regel ein Bereitschaftsarzt und mehrere Rettungssanitäter, bei ausdrücklichem Verweis auf eine Eskalationsgefahr auch mehrere Polizisten involviert. Dieses Vorgehen sei dementsprechend mit enormer Aufregung auf allen Seiten verbunden:

#### **12:46 Heimmitarbeiterin**

Die anschließende Klinikeinweisung sei allein über den gesetzlichen Betreuer und seinen Betreuten gelaufen, ohne die Einrichtung einzubeziehen. (...)

„Dann gab’s einen Mords-Auflauf, denn dann ist die Polizei hier [im Heim] aufgeschlagen, weil es notfallmäßig deklariert war. Da muss wohl formuliert gewesen sein, dass es eskaliert ist - das ist halt die Frage, wie man es formuliert. Jedenfalls ist die Polizei hier aufgeschlagen, dann war der Bewohner völlig aus dem Häuschen und hat immer wieder formuliert: ‚Ich geh ja mit, ich mach schon keinen Unsinn!‘ Tja, das war dann mal ein ganz anderes Aufgebot.“

Da eine kurzfristige, ungeplante Aufnahme auf eine psychiatrische Spezialstation für Menschen mit geistiger Behinderung aufgrund des begrenzten Bettenkontingents oft nicht möglich ist, werden Patienten bei einer Notaufnahme häufig zunächst auf einer allgemein-psychiatrischen Station aufgenommen und erst später (gegebenenfalls) auf die Spezialstation verlegt. Diese Hintergründe sorgen dafür, dass Helfer wie Betroffene eine notfallmäßige Einweisung möglichst zu vermeiden versuchen:

### **37:11 Heimmitarbeiterin**

„Wenn eine große Krise ist, muss man kurzfristig telefonisch Kontakt aufnehmen mit der Oberärztin, die hat ja montags immer Telefonsprechstunde. (...) Wünschenswert wäre allerdings, dass man auch am Wochenende einen [klinischen] Ansprechpartner hätte, also irgendeinen Arzt in Bereitschaft. Denn wenn es am Wochenende in der Gruppe kracht und man merkt, dass der Bewohner überhaupt nicht mehr klar kommt mit sich und seinem Umfeld, dann schwimmt man halt bis Montag dahin. Weil: Eine Noteinweisung ist echt das letzte, also das überlegen wir sehr lange: ist es wirklich nötig und muss man dem Bewohner diesen Stress wirklich zumuten mit Polizei und Notarzt?“

Stattdessen streben Helfer an, eine Klinikeinweisung – bestenfalls direkt auf eine Spezialstation – in Ruhe gemeinsam zu planen und vorzubereiten. Allein der zeitliche Vorlauf ermöglicht den Beteiligten eine sorgfältige Klärung derjenigen Voraussetzungen, die für die Unterbringung aus persönlicher oder pflegerischer Sicht zu berücksichtigen sind (wie Einzelzimmer, pflegerischer Aufwand, Monitoringbedarf). Außerdem lässt sich der Zeitpunkt bzw. der Zeitraum der Maßnahme zwischen den Helfersystemen besser abstimmen:

### **54:37 Heimmitarbeiter**

Die Übergabe vom Heim in die Klinik laufe mittlerweile meist über eine vorherige Anmeldung und anschließende Planungsphase. Das bedeute in Bezug auf den Bewohner: wenn gerade kein Einzelzimmer frei sei, müsse man mit der Aufnahme noch etwas warten.

Als äußerst nützlich und zielführend bewerten es die Helfer überdies, wenn bereits vor der Klinikaufnahme ein Gespräch mit dem Patienten und seinen Unterstützern erfolgt, zum Beispiel im Rahmen der Visite oder einer eigens initiierten Fallkonferenz. Werden sämtliche Helfersysteme, insbesondere der gesetzliche Betreuer sowie die Eltern, einbezogen, lässt sich das Risiko späterer Differenzen und Aufregungen minimieren (vgl. 4.8.1 „Das Wir gewinnt.“ – Andere Helfer mit ins Boot holen):

### **10:16 Heimmitarbeiterin**

Am Folgetag habe ein Gespräch zwischen dem Bewohner und dem Therapeuten stattgefunden, in dem die beiden – quasi im Alleingang – eine kurzfristige stationäre Aufnahme verabredet hätten:

„Das ist schlecht gelaufen, weil die Absprache nicht gut war.“ (...) Schließlich habe der Therapeut dem Bewohner zugesagt, sich um eine kurzfristige Einweisung zu kümmern, ohne sich an eine frühere Verabredung zu halten, wonach eine Einweisung nur in Rücksprache mit dem gesetzlichen Betreuer erfolgen sollte.

„Rückwirkend betrachtet hätte es eine deutlich bessere Kommunikation gebraucht, und zwar mit allen Beteiligten. Und auch nicht nacheinander, sondern miteinander. Da hätte man sich mit dem Bewohner, dem Therapeuten, dem gesetzlichen Betreuer, mit uns aus der Tagesbetreuung und mit Vertretern aus der Wohngruppe an einen Tisch setzen müssen, um zu klären: Wo wollen wir denn hin?“ (...)

Im gemeinsamen Planungsgespräch sollten Anliegen und Erwartungen an die stationäre Behandlung – Ziele, Dauer und Inhalte – geklärt und ausgehandelt werden (vgl. 4.10.3 „Wie hätten wir's denn gerne?“ – Erwartungen und Anliegen verhandeln):

### **10:13 Heimmitarbeiterin**

Die Heimmitarbeiterin berichtet, dass das Thema Klinik schon vor Weihnachten ein dringliches aus Bewohnersicht gewesen sei. Allein: dort sei so schnell kein Platz frei gewesen:

„Da haben wir gesagt: wir planen den stationären Aufenthalt in Ruhe, in Absprache und ohne Druck. Wenn es dann noch nötig ist.“ In der darauffolgenden Tagen und Wochen hätten sie mit dem Bewohner intensiv darüber nachgedacht, was ihm ein stationärer Aufenthalt bringen könnte.

Das Hauptziel einer stationär-psychiatrischen Behandlung liegt typischerweise in einer psychischen Stabilisierung und Beruhigung. Außerdem ermöglicht die intensive pflegerische und therapeutische Versorgung und Kontrolle auf Station einen größeren medikamentösen Handlungsspielraum (vgl. 4.7.5 „Stimmt die Chemie?!“ – Medikamente mit Bedacht einsetzen). Die Abklärung weiterführender medizinischer Fragestellungen (wie unklare körperliche Beschwerden, Schmerzen, Krampfanfälle) wird erleichtert durch die enge Vernetzung mit Nachbardisziplinen (wie Gerontopsychiatrie, Neurologie, Innere Medizin):

### **30:3 Bewohner**

Bewohner: „Da möchte ich auch wieder hin, in die Klinik.“ (...)

Wofür denn die Klinik gut sei, will ich von ihm wissen.

Bewohner: „Für eine Spritze. Und von der Ärztin mag ich eine Impfe.“

Daraufhin deutet der Bewohner auf mein Schreibzeug und befiehlt: „aufschreiben!“

Ich frage weiter: „Wobei soll die Spritze denn helfen?“

Bewohner: „Für den Bauch, als Beruhigung. Und dass ich lernen kann, dass ich keine Tasse zerhauen kann, dass ich nicht Türen zuhauen kann, dass ich nicht Fensterscheiben einhauen kann, dass ich kein Auto aufbrechen kann, dass ich keinen Scheibenwischer abbrechen kann oder Blumentopf zusammenhauen. Aufschreiben!“

Heimmitarbeiter weisen darauf hin, dass von einer Klinik-Auszeit in vielen Fällen nicht nur der Patient oder die Patientin selbst, sondern ebenso das soziale Umfeld, insbesondere die Mitbewohner und Betreuer im Heim profitieren. So trete durch den stationären Aufenthalt oft eine wechselseitig wirksame Entspannung ein:

### **54:18 Heimmitarbeiter**

(...) „Phasenweise war es wirklich extrem hoch und tief. Jetzt nicht mehr. Ich schiebe das größtenteils auf die Umstellung der Tabletten. Aber auch der Ortswechsel [durch den stationären Aufenthalt] hat dem Bewohner gut getan. Das hat auch in der Gruppe Entspannung gebracht. Da sind die anderen Bewohner wieder ruhiger geworden. Und er ist jetzt wieder beliebter in der Gruppe. Denn er hatte mit seinem Verhalten zuvor schon Grenzen übertreten.“

Eine stationäre Maßnahme wird von ambulanten wie familiären Helfern nicht zuletzt deswegen geschätzt, da durch die Einschätzungen der Klinikmitarbeiter weitere Sichtweisen auf das Problem und andersartige Lösungsideen eröffnet würden oder aber das eigene Vorgehen bestätigt werde (vgl. 4.10.2 „Und wie sehen Sie das?“ – Sichtweisen und Expertisen austauschen):

**38:67 Heimmitarbeiterin**

(...) Entlasten könne man die Wohngruppe im ersten Schritt allein durch die Pause, die durch den stationären Aufenthalt entsteht. Im zweiten Schritt kämen dann vielleicht auch hilfreiche andere Ideen, Erklärungsmodelle oder Interventionen zum Tragen. Drittens könne selbst ein Bestätigen bisheriger Ansichten entlastend wirken:

„Ich glaube, das ist auch oft sehr wichtig: dass da jemand anderes von außen drauf schaut, aber zum selben Ergebnis kommt.“

Steht schließlich das Ende der stationären Maßnahme an, sollte auch der Entlasstermin mit Zustimmung von Heim und ggf. Familie festgelegt werden. Heimmitarbeiter schätzen darüber hinaus die Durchführung eines gemeinsamen Abschlussgespräches, bei dem die von Klinikseite aus empfohlenen pädagogischen, therapeutischen wie psychopharmakologischen Maßnahmen auf den Heimkontext abgestimmt und auf ihre Nachhaltigkeit hin überprüft werden. So werde die Eingewöhnung ins Heim durch einen möglichst nahtlosen Übergang erleichtert:

**38:55 Stationsmitarbeiterin**

Der enge Kontakt zur Heimeinrichtung habe insofern eine bedeutsame Rolle gespielt, weil auf diese Weise konstruktive Absprachen getroffen werden konnten. So habe der kollegiale Austausch über erfolgreiche Strategien im Umgang mit der Patientin sowohl beim Übergang vom Heim in die Klinik als auch bei Entlassung allen Beteiligten weitergeholfen.

ABER

Psychiatrie kann nicht zaubern - ob eine stationäre Behandlung erfolgreich ist oder nicht, kann im Einzelfall nicht vorhergesagt werden. Skepsis besteht beispielsweise im Hinblick auf Personen mit Autismus-Spektrum-Störungen, die durch einen plötzlicher Wechsel bedeutender Kontextfaktoren (wie Räumlichkeiten, Tagesstruktur, Personal) vor besondere Herausforderungen gestellt werden:

**33:58 Stationsmitarbeiter**

„Das Problem ist, dass bei Autismus ja die Struktur den ganzen Tag bestimmt. Und je besser die Struktur ist, desto sicherer kommen Autisten durch den Tag. Aber in der Regel wird die ganze Struktur erst mal aufgehoben, wenn sie in die Klinik kommen. Und wir können ja gar nicht alles übernehmen, was die im Heim an Struktur haben. Und dann sollen wir in kurzer Zeit auch noch ein Vertrauensverhältnis aufbauen, für das die Heimmitarbeiter Monate oder Jahre Zeit haben. Das sollte man sich also schon sehr genau überlegen.“

Ambivalente Einstellungen existieren auch hinsichtlich der Erfahrung, dass Personen mit Intelligenzminderung den Aufenthalt in der Klinik in manchen Fällen als „Tapetenwechsel“ betrachten und den Abstand vom Heim samt dessen Anforderungen und dem täglichen Einerlei als wohltuende Auszeit oder gar Urlaub bezeichnen (vgl. 4.7.4 „Abenteuer Leben“ – Abwechslung ermöglichen). Während Heimmitarbeiter eine Klinikeinweisung manches Mal allein aus dem dringenden Bedürfnis nach Erholung heraus befürworten, mahnen klinische Helfer an, dass eine (teil-)stationäre Behandlung nicht als (Wellness-)Urlaub verkannt werden dürfe, sondern dass in jedem Fall eine psychiatrische bzw. psychotherapeutische Indikation vorliegen müsse:

**18:39 Heimmitarbeiter**

Ich glaube schon, dass gerade dieser Bewohner [ohne Angehörige] manchmal diesen Abstand braucht, die Möglichkeit so richtig wegzukommen von hier, gerade weil er sich die Krisen im

Gruppengeschehen so zu Herzen nimmt. Von daher war die Klinik eine gute Zeit und Erholung für ihn, weil dadurch ein Cut in dieser ganzen Gruppendynamik gegeben war. Ich als Mitarbeiter hab meine Arbeit und mein Privatleben. Aber solch einen Tapetenwechsel haben die Bewohner ja nicht, die sind immer mit den gleichen Leuten zusammen und kommen da nicht raus.“

#### **12:63 Ambulanzärztin**

„Eine tolle Idee, so ein teilstationäres Angebot. Deswegen war das gestern Thema bei der Visite, denn ich stell ja die Indikation, ich muss das ja quasi verordnen. Da hab ich den Patienten gebeten: ‚Können Sie mir sagen, warum Sie das jetzt brauchen?‘ Ich wollte halt auch seine Stimme dazu hören. Woraufhin die Antwort kam: ‚Nun ja, ich brauche Abwechslung.‘“ Worauf sie sich viel Zeit genommen habe, um deutlich zu machen, dass ein solches Angebot gedacht ist für Menschen, die sich gesundheitlich stabilisieren wollten, nicht aber für diejenigen, die sich lediglich langweilten oder Abwechslung suchten.

Von einzelnen Helfern wird das Bedürfnis nach einer stationären Auszeit in Anbetracht bestehender Konflikte im Heim oder in der Familie als Flucht bezeichnet. Klinikmitarbeiter weisen darauf hin, dass durch einen stationären Aufenthalt zwar durchaus eine Unterbrechung krisenhafter Interaktionsspiralen erreicht werde, Probleme zwischen Bewohnern und Heimmitarbeitern bzw. Angehörigen jedoch nicht gleichzeitig gelöst würden:

#### **46:42 Stationsmitarbeiter**

„(...) Das finde ich schrecklich, wenn die Wohngruppen einem Problem aus dem Weg gehen, indem sie den Patienten in die Klinik schicken, denn damit ist niemandem geholfen.“

Auch die Tatsache, dass eine stationäre Behandlung in der Regel auf wenige Wochen begrenzt ist, kann hohen Erwartungen entgegenstehen. Stationsmitarbeiter betonen, dass die beschränkte Aufenthaltsdauer eine Fokussierung auf die akut krisenhafte Situation erforderlich mache. Eine angemessene Bearbeitung persönlich relevanter Themen – wie die Aufarbeitung traumatischer Erfahrungen, die Beziehungsgestaltung zu Bezugspersonen, die Erarbeitung individueller Stressbewältigungsstrategien – ist durch den zeitlich eng gesteckten Rahmen nur sehr bedingt möglich, in manchen Fällen sogar kontraindiziert:

#### **24:37 Stationsmitarbeiter**

„Für das Setting hier, wo man weiß, die Patienten gehen nach drei, vier Wochen wieder, ist das Anrühren an eine ganz tiefe traumatisierende Erfahrung nicht geeignet. Also es war nicht angedacht, hier alle Karten auf den Tisch zu legen nach dem Motto: wir bearbeiten jetzt mal dein komplettes Leben. Ich denke, es ging eher darum, dass er einen sicheren Platz bekam, wo er sich öffnen und anvertrauen konnte.“

#### **54:39 Stationsmitarbeiter**

„Das soll aber nicht so klingen, als ob wir alles machen könnten. Auch wenn das oft die Erwartungshaltung ist: ‚Gebt dem Patienten ein paar Pillchen, damit er wieder anders ist, damit wieder alles passt‘. Aber das kristallisiert sich ja immer mehr heraus: dass die Pillen einen Prozess schon unterstützen können, aber eben nicht alles sind.“

Nicht zuletzt wird die Befürwortung einer stationär-psychiatrischen Behandlung in manchen Fällen durch persönliche Befürchtungen und kritische Einstellungen gegenüber der Psychiatrie erschwert. Diese speisen sich zum Teil aus überholten, aber dennoch imponierenden negativen Bildern von Psychiatrie und werden gegebenenfalls verdichtet durch eigene leidvolle Erfahrungen:

**19:7 Heimmitarbeiter**

(...) „Jemand hat die Verantwortung, und die Verantwortung ist bei der Leitung. Und die Leitung sagte damals: ‚Da mach ich nicht mehr mit. Da liegt Fremdgefährdung vor, daher müssen wir was machen. Und wenn es nicht mehr tragbar ist, muss der Bewohner hier weg.‘ So haben wir uns darauf eingelassen. Obwohl wir alle dagegen waren – ich besonders, weil ich gedacht habe: ‚Da ist er verloren, das bringt ihn ja noch mehr durcheinander. Was soll er dort drei Wochen? Oder wer weiß, wie er zurück kommt?‘ Meine Sorge war, dass er völlig sediert zurückkommt, also nicht mehr der Mensch ist, als der er hingekommen ist. Aber ich muss sagen: das kam nicht so – das lief gut.“

**54:63 Schwester**

„Da haben wir harte Zeiten durchgemacht. Dort in der Klinik war er gar nicht mehr wiederzuerkennen, wirklich schrecklich. Da habe ich sogar überlegt, ob ich das Amtsgericht einschalten soll. Da hat man ihn mit Medikamenten vollgepumpt. Von außen war da kaum noch Kontakt möglich. Mal war er sogar angebunden. Und er hatte so viele Beruhigungsmittel, dass er fast nicht mehr gehen konnte. Überhaupt kein lebenswertes Leben mehr war das.“

Sorgen oder Ängste hinsichtlich eines Aufenthalts in der stationären Psychiatrie lassen sich reduzieren, wenn möglichst viel Transparenz hinsichtlich der Räumlichkeiten, der Angebote, des Personals sowie des Behandlungskonzepts hergestellt wird:

**15:34 Stationsmitarbeiter**

In der Zeit darauf habe sich die Mutter bei ihm immer wieder telefonisch gemeldet und dabei zahlreiche Fragen über die Spezialstation gestellt: wie groß die Station sei, ob dort auch Männer arbeiten, ob die Zimmer für männliche und weibliche Patienten getrennt seien, wie das Essen sei, welche Therapien angeboten würden, ob es eine Nachtwache gebe, ob es zu Übergriffen komme, ob es auch eine Tagesklinik gebe.

„In den Telefonaten mit der Mutter ging es ganz viel um Infos und Schutz. (...) Da wurde viel Ballast abgeladen und gleichzeitig viel gefragt.“

Schließlich sei nach zahlreichen Anrufen ein persönliches Treffen gemeinsam mit einer Ambulanzärztin verabredet worden, an dem neben Mutter und Tochter auch weitere Angehörige teilgenommen hätten. (...) Bei der Gelegenheit habe die Mutter auch einen ersten Blick auf die Station geworfen. Und dann, nach einer erneuten Phase mit telefonischen und ambulanten Gesprächsterminen, sei zum ersten Mal ein Termin zur stationären Aufnahme verabredet worden.

**FAZIT**

Eine Klinikeinweisung steht zur Diskussion, wenn alle anderen Maßnahmen mit unbefriedigendem Erfolg ausgeschöpft wurden. Von einer Notaufnahme raten die Helfer aufgrund des damit verbundenen Stresses ab. Stattdessen empfehlen sie, die Einweisung gemeinsam im Multi-Helfersystem zu planen, im besten Falle in Verbindung mit einer sorgfältigen Auftragsklärung, an der auch die Eltern sowie der gesetzliche Betreuer beteiligt sind.

Das Ziel einer stationären Maßnahme besteht in einer psychischen Stabilisierung. Darüber hinaus erlaubt ein Klinikaufenthalt eine differenzierte Abklärung medizinischer bzw. medikamentöser Fragestellungen. Es zeigt sich, dass von einer stationären Maßnahme nicht nur der Patient selbst, sondern auch sein soziales Umfeld profitieren. Steht die Entlassung an, begrüßen Heimmitarbeiter ein gemeinsames Gespräch mit den Klinikmitarbeitern, um die Umsetzung und Nachhaltigkeit von therapeutischen Maßnahmen zu evaluieren.

Ein psychiatrischer Klinikaufenthalt wird kritisch abgewogen bei Patienten mit Autismus-Spektrum-Störungen sowie bei Personen, die vorrangig Erholung und Abwechslung suchen bzw. die Auszeit in der Klinik zur Konfliktvermeidung im Heim oder in der Familie nutzen. Nicht zuletzt stehen manche Helfer einem stationären Aufenthalt in der Psychiatrie aufgrund schlechter Vorerfahrungen kritisch gegenüber. Transparenz und Kooperation im Multi-Helfersystem tragen wesentlich zum Gelingen einer stationär-psychiatrischen Maßnahme bei.

**WEITERGEDACHT: Auf Wiedersehen in der Psychiatrie?**

Erfahrungen mit der stationären Psychiatrie galten als Einschlusskriterium für diese Studie, allerdings unterschied sich das Ausmaß der Inanspruchnahme zwischen den 14 Studienteilnehmern mit Intelligenzminderung deutlich: im günstigsten Fall war ein einziger Klinikaufenthalt in der Akte verzeichnet, in der umfangreichsten Fallakte waren 17 Einweisungen dokumentiert. Es erhebt sich die Frage: Wie lassen sich die verschiedenen psychiatrischen Karrieren erklären?

Medizinische Krankheitsmodelle sind auf die Ursachenerforschung (Pathogenese) psychischer Störungen spezialisiert, eine zentrale Frage lautet: warum wird ein Mensch krank? Das Auftreten psychiatrisch relevanter Krisen wird auch in Bezug auf Menschen mit Intelligenzminderungen durch das Zusammentreffen von Vulnerabilitäts- und Stressfaktoren erklärt (vgl. Schanze, 2017, S. 129). Da Vulnerabilität als überdauerndes, quasi lebenslanges persönliches Merkmal verstanden wird, ist zu erwarten, dass besonders vulnerable, ‚anfällige‘ Personen, die im Laufe ihres Lebens erwartungsgemäß mit stressigen Ereignissen konfrontiert werden, wiederholt psychiatrische Dienste in Anspruch nehmen.

Systemische Therapeuten vertreten demgegenüber die Einstellung, dass Zusammenhänge zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren im menschlichen Bereich nur in wechselwirksamer (zirkulärer) Weise angemessen betrachtet werden können und eine Ursachenanalyse daher wenig zielführend oder nützlich ist. Stattdessen rückt die Frage ins Zentrum: Wie kommt es, dass einem bestimmten Zustand Krankheitswert zugeschrieben wird, wozu werden gewisse Erlebens- und Verhaltensweisen aufrechterhalten bzw. chronifiziert (Schweitzer u. von Schlippe, 2009, S. 30)? Psychiatrische Diagnosen werden als Ergebnis sozialer Aushandlungsprozesse und die Chronifizierung psychischer Störungen als Gemeinschaftsleistung betrachtet, nicht aber als Ergebnis eines persönlichen, überdauernden Defizits (Schweitzer u. Schumacher, 1995, S. 15-25). Chronifizierung wird begünstigt durch die Einengung sowohl der Wahrnehmung als auch der Kommunikation und Interaktion im Hinblick auf bestimmte Phänomene. Werden Zustände als unabänderlich, der Patient als Opfer, seine Symptome als nicht-verstehbar und die Diagnosen als nützlich für das System betrachtet, steigt die Wahrscheinlichkeit für ein Wiedersehen in der Psychiatrie (Schweitzer u. Nicolai, 2010, S. 32f). Sofern eine Klinikeinweisung verhindert werden soll, tun Helfer wie Personen mit Lernschwierigkeiten gut daran, Probleme im Kontext verstehbar zu machen, den Betroffenen Verantwortung und Einfluss zu ermöglichen, Unterschiede und Erfolge im Verhalten zu würdigen und den Nutzen psychiatrischer Maßnahmen (selbst-)kritisch zu reflektieren. Dazu leisten die dargestellten Strategien einen differenzierten Beitrag.

## 4.15 Gesamtfazit: Die Geburt von „SMILE“

Im Laufe der Forschungsarbeit erhielt die Strategien-Sammlung den Titel „SMILE: Systemisch-inspirierte Methoden für die Interaktion und die Lösung von Eskalationsmustern“. Die Entscheidung für eine Namensgebung resultierte aus der Überlegung, dass die Sammlung mittels eines eingängigen Titels sowohl im Diskussionsteil als auch im fachlichen Diskurs als Gesamtpaket begrifflich besser zu fassen ist. Der Einfachheit halber wird im Folgenden die dargestellte Dissertations-Studie als „SMILE-Studie“ bezeichnet.

Die einzelnen Titelemente ergaben sich dadurch, dass SMILE das gesamte Handlungswissen verschiedener Akteure für ein gelingendes Miteinander ‚in guten wie in schlechten Zeiten‘ abbildet und im Hinblick auf herausfordernde Situationen sowohl ein präventives (> ‚für die Interaktion‘) wie auch interventives (> für ‚die Lösung von Eskalationsmustern‘) Konzept für die Zusammenarbeit darstellt. Darüber hinaus legen manche Zitate ebenso wie die vielfältigen Verknüpfungen mit systemischen Ansätzen nahe, dass verschiedene Strategien inspiriert sind von der SYMPA-GB-Weiterbildung, an der immerhin 60% der interviewten Heim- und Klinikmitarbeiter teilgenommen hatten (> ‚systemisch-inspirierte Methoden‘).

Die Sammlung soll nicht als Manual oder gar Patentrezept missverstanden werden. Schließlich bestand eine forschungsleitende Maxime darin, die ermittelten Strategien nicht auf den kleinsten gemeinsamen Nenner herunterzubrechen, sondern sämtliche Methoden, die in der Zusammenarbeit tatsächlich eingesetzt werden, samt der benannten Einwände, Hürden und Bedingtheiten aufzunehmen. Das Konzept soll vielmehr als Anregung dienen, um in schwierigen bzw. krisenhaften Situationen das eigene und kollektive Denk- und Handlungsspektrum dadurch zu erweitern, dass andersartige Bewältigungsstrategien reflektiert und erprobt werden. Ob und wie eine Strategie im jeweiligen Fall wirksam wird, kann nicht vorhergesagt werden; ihr Einsatz bleibt – der Einzigartigkeit von Menschen sei Dank - immer ein wenig experimentell und kreativ-spielerisch.

## 5 DISKUSSION

Im Folgenden werden die Forschungsergebnisse auf den Prüfstand gestellt hinsichtlich ihrer Plausibilität, Vertrauenswürdigkeit, Aussagekraft und Übertragbarkeit. Als Maßstab dienen verschiedene Gütekriterien qualitativer Sozialforschung (vgl. Flick, 2015, S. 487ff; Mayring, 2015, S. 123ff).

### 5.1 Inwieweit konnten die Studienziele erreicht werden?

Die Forschungsergebnisse liefern umfangreiche Antworten auf alle drei Studienfragestellungen, wobei diese aufgrund der heterogenen Stichprobe adaptiert wurden (vgl. 1.3 Ziele und Fragestellungen der Dissertations-Studie). Derartige Anpassungen sind durch den gewählten qualitativen Forschungsansatz legitimiert, ja geradezu erforderlich, um dem Forschungsgegenstand gerecht zu bleiben.

Ein Ziel bestand in einer Sammlung von Handlungsstrategien, welche sämtliche Protagonisten einsetzen, um aggressiv-eskalierendes Verhalten zu vermeiden bzw. zu bewältigen und ein gelingendes Miteinander zu befördern. Die Ergebnisse bieten einen umfassenden, multi-

perspektivischen Überblick über die jahrelangen bzw. jahrzehntelangen Erfahrungen sämtlicher Beteiligten im Umgang miteinander sowie mit herausfordernden Situationen, dargestellt in Form von 43 Einzelstrategien und analog zum Ziel aufgeteilt in (1) die grundsätzliche Kultur des Miteinanders und (2) Strategien für den Krisenfall.

Mit Bezug auf ein weiteres Ziel wurden bei der Ermittlung des Handlungswissens und der Beziehungsqualitäten im Multi-Helfersystem wie geplant vielfältige Spannungsfelder aufgedeckt. Diese entstehen zum einen dadurch, dass einzelne Strategien nur bedingt miteinander vereinbar sind (Beispiele: zielorientierte Förderung versus Akzeptanz des Ist-Zustands, Einsatz von Regeln versus Verzicht auf Bestrafung). Zum anderen werden auch innerhalb der Beschreibung jeder einzelnen Strategie Bedingtheiten, Hürden und Gegenpole offensichtlich (Beispiele: Unterstützung zur Verselbstständigung versus elterliches Bedürfnis nach Fürsorge und Präsenz, Herstellen von Nähe versus Berührungängste). Veranschaulicht werden die Spannungsfelder durch die Kapiteleinteilung (UM WAS ES GEHT versus ABER) sowie der gezielten Auswahl widersprüchlicher, ambivalenter oder einschränkender Zitate. Die Darstellung der Spannungsfelder illustriert, wie viele ‚Stellrädchen‘ für ein gelingendes, möglichst stressfreies Miteinander zu justieren und wie viele Strategien im Multi-Helfersystem auszutarieren sind.

Drittens sollte die Studie der Frage nachgehen, inwiefern die ermittelten Handlungsstrategien systemischen Denk- und Handlungsweisen entsprechen. Dieser Anspruch wurde dadurch verfolgt, dass auf persönlicher Wissensbasis Assoziationen zwischen einzelnen Strategien und explizit systemischen bzw. familientherapeutischen Konzepten hergestellt und diskutiert wurden (Abschnitte WEITERGEDACHT). Zum Teil wurden Gedanken über die Studienergebnisse hinaus fortgeführt. Bezüge ließen sich in allen 11 Oberkategorien herstellen; von den 43 Strategien wurden 26 ‚systemisch kommentiert‘.

Es zeigt sich, dass mehrere systemisch-assoziierte Strategien sowohl in der Begegnung mit Personen mit Lernschwierigkeiten als auch in der Zusammenarbeit im Multi-Helfersystem von Bedeutung sind:

- Wertschätzung und Respekt,
- Ressourcen- und Lösungsorientierung,
- Akzeptanz von Unterschieden,
- Nicht-Wissen,
- Anliegenorientierung und Auftragsklärung,
- Zusammenschluss von Helfern sowie
- Selbst-Reflexivität, z. B. in Bezug auf Wechselwirkungen in der Interaktion.

Demgegenüber sind andere Strategien vornehmlich dem Anspruch auf persönliche und soziale Teilhabe (durch Beschäftigung, Kontakte innerhalb und außerhalb der Einrichtung), den Besonderheiten des Heimkontextes (Regeln, Strukturen, Alltag und Urlaub) oder dem akuten Deeskalationsbedarf (Bedarfsmedikament, Rückzug, Haltetechniken, Entspannungsmethoden) geschuldet, ohne in direkter Weise mit spezifisch-systemischen Denk- und Handlungsweisen in Verbindung gebracht werden zu können.

Abschließend soll betont werden, dass Strategien, auch wenn sie mit systemischen Ansätzen verknüpft werden, nicht gleichzeitig als ‚systemisch‘ gelten dürfen. Vielmehr ist vorstellbar, dass jedwede pädagogische oder psychotherapeutische Denkrichtung Analogien zwischen den ermittelten Strategien und schulspezifischen Haltungen und Techniken herstel-

len kann. Ein Beispiel stellt das Mentalisieren dar: ursprünglich vor dem Hintergrund psychoanalytischer und entwicklungspsychologischer Theorienbildung entstanden (Fonagy, 1991, Taubner, 2015), wurde das Konzept später auf den systemtherapeutischen Kontext übertragen (Asen u. Fonagy, 2010). Insofern wäre es verfehlt, einzelnen Strategien systemische ‚Exklusivrechte‘ zuzusprechen. Die Querverbindungen zu systemischen Ansätzen liefern indes reichhaltige Anregungen für systemisch ausgerichtete Fort- und Weiterbildungen im Kontext Intelligenzminderung (vgl. 5.4 Anregungen für SYMPA-GB).

## 5.2 Wie angemessen war die gewählte Methodik?

Im nächsten Schritt werden die Stärken und Schwächen des gewählten Forschungsdesigns im Zusammenhang mit möglichen Verzerrungseffekten reflektiert und potenzielle Einflüsse der Forschung auf den Forschungsgegenstand dargelegt.

### *Studienparadigma: Qualitativer Forschungsansatz*

Die Stärken eines qualitativen Forschungsansatzes wurden bereits erläutert (vgl. 3.1 Begründung des Forschungsansatzes), eine davon besteht in der flexiblen Anpassung der Methodik, solange sie dem Forschungsgegenstand gerecht wird. In der Tat waren mehrere methodische Anpassungen nötig: die Erweiterung der Einschlusskriterien (vgl. 3.2.2 Sampling und Ausschlusskriterien), die Verschiebung und Reduktion der Interviewtermine (vgl. 3.3.1 Erhebungszeitraum und Messzeitpunkte), die sprachliche Anpassung des Interviewleitfadens (vgl. 3.3.3 Hürden und Anpassungen in der Datenerhebung) sowie die mehrmalige Optimierung des Kategoriensystems vor dem Hintergrund der Interrater-Reliabilitäts-Analysen (vgl. 4.2.2 Interrater-Reliabilität). Die Möglichkeit, zwischenzeitlich methodische Anpassungen vorzunehmen, ist an die Bedingung geknüpft, den gesamten Forschungsprozess transparent darzustellen. Dieser Auflage wurde durch eine detaillierte Verfahrensdokumentation Rechnung getragen. In der Hinsicht wurde ein wesentliches Gütekriterium qualitativer Forschung erfüllt.

Qualitative Studien erfordern in der Regel einen sprachlichen Zugang. Der Einwand, mit Sprache ließen sich im Unterschied zu quantitativen Erhebungen lediglich subjektive Wahrnehmungen, nicht aber objektive bzw. ‚harte‘ Realitäten erfassen, erfordert eine kritische Reflexion: Wie könnte man den Forschungsgegenstand (Beziehungen und interaktive Bewältigungsstrategien) anders, objektiver, erfassen? Vielleicht über Beobachtungsverfahren oder mittels Fragebögen samt vorgegebener Antwortskalen? Dem bleibt entgegenzusetzen, dass auch Beobachtungen nicht zu trennen sind von der subjektiven Wahrnehmung eines Beobachters und dass auch mit einer mehrstufigen Antwortskala subjektive Wirklichkeiten letztlich nur in Zahlen transformiert werden („Auf einer Skala zwischen 1 und 5 bewerte ich die Beziehungsqualität mit 4“). Tatsächlich reklamiert das qualitative Forschungsparadigma auch gar nicht für sich, objektive Wahrheiten abzubilden, sondern fokussiert auf das Erfassen und Darstellen subjektiver Wirklichkeiten (Flick, 2014, S. 493). Sozialwissenschaftliche Forschung vertritt die Einstellung, dass Wissen in sozialen Austauschprozessen konstruiert wird und Erzählungen dementsprechend als angemessene Darstellungsform biografischer Erfahrungen anzusehen sind (Flick, 2015). Menschen transformieren ihre gesamte Erfahrungswelt in Begriffe und Wissen. Der damit einhergehende Bedeutungsgebungsprozess wirkt sich wiederum auf die Wahrnehmung der Umwelt samt

ihrer Ereignisse und Aktivitäten aus: Realität und Wirklichkeit sind untrennbar miteinander verbunden.

Dennoch kann die Frage, ob die von den Interviewpartnern als hilfreich eingestuften Strategien im Alltag tatsächlich zu reduzierten Eskalationsmustern führen, durch den gewählten Forschungsansatz nicht abschließend geklärt werden, Verzerrungen durch soziale Erwünschtheit in der Berichterstattung können demnach nicht ausgeschlossen werden. Einer Form der Reliabilitätsprüfung halten die Erkenntnisse aber doch stand: schließlich wurden dieselben Sachverhalte von mehreren Seiten betrachtet und es zeigt sich, dass die ermittelten Strategien von mehreren Interviewteilnehmern und von unterschiedlichen Systempartnern als hilfreich bezeichnet wurden.

#### *Studiendesign: Langzeitstudie*

Die Studie war als Langzeitstudie konzipiert, die Datenerhebung fand innerhalb mehrerer Messzeiträume statt. Dies ermöglichte eine prospektive Verlaufsbeurteilung der Beziehungsqualitäten und Umgangsweisen. Beispielsweise konnten Strategien, die zum ersten Messzeitpunkt als hilfreich im Umgang mit herausfordernden Situationen bezeichnet wurden, innerhalb der folgenden Interviews auf deren längerfristige Wirksamkeit evaluiert werden. Ebenso wurde erkennbar, welche Strategien sich im zeitlichen Verlauf günstig oder ungünstig auf die Zusammenarbeit im Multi-Helfersystem auswirkten. Dies verbesserte die Beurteilungsqualität hinsichtlich des Nutzens einzelner Strategien.

Außerdem waren im Forschungszeitraum aus Forschersicht mehrere ‚qualitative Sprünge‘ im Sinne grundsätzlicher Veränderungen in den berichteten Haltungen und Handlungsweisen der Interviewpartner zu verzeichnen (erkennbar an Formulierungen wie: „Jetzt machen wir das anders, nämlich...“). Diese betrafen:

- das bewusste Einbeziehen der Eltern im Rahmen von Elterngesprächen oder Helferkonferenzen,
- das gemeinsame Aushandeln von Erwartungen an eine stationäre Maßnahme,
- das unbedingte Akzeptieren von bewohnerseitigen Wahrnehmungen und Bedürfnissen,
- das konsequente Ausrichten auf Stärken und Erfolge sowie
- die Einsicht, dass unterschiedliche Systeme unterschiedliche Denk- und Handlungsmuster aufweisen.

Ob dies unmittelbar auf die SYMPA-GB-Weiterbildung zurückzuführen ist oder nicht, bleibt spekulativ, denn auch psychosoziale Helfer, die nicht an der Maßnahme teilnahmen, änderten im Studienverlauf vereinzelt ihre Arbeitsweisen.

#### *Stichprobe: Multi-Helfersystem*

Geplant war eine multiperspektivische Datenerhebung, die bewusst nicht den Schwerpunkt auf die alleinige Expertise der beruflichen Helfer legt, sondern mit gleicher Gewichtung die kognitiv beeinträchtigten Personen sowie deren familiäre Unterstützer und gesetzliche Betreuer berücksichtigt. Faktisch verlagerte sich der Schwerpunkt jedoch auf die Befragung von Heimmitarbeitern und Betroffenen (vgl. 4.1.3 Zusammensetzung des Datenmaterials). Dies hing damit zusammen, dass familiäre Helfer wie gesetzliche Betreuer in mehreren Fällen nur bedingt zur Verfügung standen und sich die diesbezügliche Datenerhebung zeitlich und organisatorisch aufwändig gestaltete (vgl. 3.3.3 Hürden und Anpassungen in der

Datenerhebung). Es bleibt nicht auszuschließen, dass die Interviewbeiträge der Angehörigen und gesetzlichen Betreuer nicht deren gesamtes Erfahrungsspektrum widerspiegeln und die ermittelten Strategien doch verstärkt die Expertise psychosozialer Helfer wiedergeben. Um dem entgegenzuwirken, wurde im Nachgang ermittelt, inwieweit Angehörige oder gesetzliche Betreuer den gesammelten Erkenntnissen zustimmen. Die Resultate demonstrieren eine umfangreiche Befürwortung durch Angehörige und gesetzliche Betreuer (vgl. 5.3.2 Kommentare und Evaluation durch die beforschten Personengruppen).

#### *Datenerhebung: Interview und teilnehmende Beobachtung*

Der Interviewleitfaden fokussierte auf die Beziehungsqualitäten und die Bewältigung von krisenhaften Situationen, bot aber Freiheitsgrade in der Abhandlung und Intensität der abgehandelten Themen. Dies führte dazu, dass manche Interviewteilnehmer sehr ausführlich über ihre Erfahrungen und Eindrücke berichteten und von Forscherseite, so lange das Thema behandelt wurde, kaum eingegriffen wurde. Im Ergebnis trug diese Vorgehensweise zur Reichhaltigkeit der ermittelten Strategien bei, verlangte aber deutlich mehr zeitliche Ressourcen als veranschlagt und führte zu der Entscheidung, nur maximal vier statt der geplanten sechs Erhebungen durchzuführen. Allerdings legt der ab der dritten Interviewrunde zunehmend stärkere Eindruck einer ‚theoretischen Sättigung‘ nahe, dass durch ein Mehr an Interviews kein Mehr an Qualität und Aussagekraft der Ergebnisse erreicht worden wäre.

Ein gravierenderer Kritikpunkt betrifft den Interviewleitfaden: Rückblickend wäre eine deutlicher auf die Belange von Menschen mit Intelligenzminderung zugeschnittene Interviewführung vorteilhaft gewesen. Es zeigte sich, dass der Interviewleitfaden im Hinblick auf die Fragestellungen viel zu komplex gestaltet und die Erwartung differenzierter, frei formulierter Reaktionen in manchen Fällen unrealistisch war. Auch das Erleben, dass mehrere Betroffene nur sehr ungern und eher abweisend oder beschwichtigend über krisenhafte Vorfälle berichteten, hätte eine andere Zugangsweise erfordert, beispielsweise das Berichten über gute Tage oder schöne Erlebnisse, verbunden mit der Frage, wie es allen Beteiligten gelingt, gute Tage oder schöne Momente zu schaffen. Im Hinblick auf das Antwortformat wäre zudem der geplante Einsatz von Skalen und Bildmaterial sinnvoll gewesen.

Weitere Verzerrungseffekte könnten dadurch aufgetreten sein, dass sich viele kognitiv eingeschränkten Gesprächspartner nur in Begleitung ihres Bezugsbetreuers bzw. ihrer Bezugsbetreuerin auf ein Gespräch einließen und manche Themen durch das zeitaufwändige Joining sowie durch die im Gesprächsverlauf oft schnell zunehmende Unruhe und Ablenkbarkeit nicht oder nur knapp abgehandelt werden konnten (vgl. 3.3.3 Hürden und Anpassungen in der Datenerhebung). Auch hier soll eine nachträgliche Evaluation die Gültigkeit der Strategien aus Sicht der Betroffenen stützen (vgl. 5.3.2 Kommentare und Evaluation durch die beforschten Personengruppen).

Meine Überlegung, das Verhalten derjenigen Bewohner, die kein Interview zuließen, mittels kurzer Beobachtungssequenzen zu erfassen, war weder ausgereift noch gewinnbringend: die teilnehmende Beobachtung (von ‚Momentaufnahmen‘) ergab einerseits so gut wie keine Hinweise auf krisenhafte Verhaltens- und Bewältigungsmuster und andererseits keine forschunabhängigen Einschätzungen der Beziehungsqualität zwischen der betreffenden Person und ihrem Helfer oder ihrer Helferin. Somit blieben die Beobachtungsprotokolle in den Datenanalysen unberücksichtigt. Letztlich fehlen dadurch gerade von Seiten der Person

mit schwergradiger Intelligenzminderung konkrete Hinweise auf den Einsatz interpersoneller Strategien.

#### *Datenauswertung: Qualitative Inhaltsanalyse*

Die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse ist in besonderer Weise dazu geeignet, umfangreiches Textmaterial wie das vorliegende zu bündeln und zu reduzieren (vgl. 3.5.1 Auswahl der Analyseverfahren). Allerdings bleibt die Art und Weise der Zusammenfassung und Selektion von Textelementen der Interpretation durch die Forscherin vorbehalten, dementsprechend besteht die Forderung nach einer intersubjektiven Nachvollziehbarkeit der Befunde. Dies gelingt durch eine transparente Darstellung der Analyseschritte (Mayring, 2015, S. 13) als auch durch die Anreicherung der Befunde mittels Originalzitate, damit überprüfbar ist, was Aussage des Subjekts ist und wo die Interpretation der Forschenden beginnt (Flick, 2014, S. 492). Außerdem gilt es, das ermittelte Kategoriensystem einer Reliabilitäts-Prüfung zu unterziehen.

Die genannten Ansprüche wurden umfassend erfüllt dadurch, dass die Analyseschritte detailliert dargelegt wurden (vgl. 3.5 Datenanalysen), der Ergebnisteil zwischen deutenden Elementen und wörtlichen Äußerungen wechselt und der Reliabilitätskoeffizient Cohen's Kappa mit Werten zwischen .79 und .90 auf eine sehr gute Übereinstimmung zwischen Ratern verweist (vgl. 4.2.2 Interrater-Reliabilität). Alle drei Argumente lassen auf eine hohe Eindeutigkeit und Klarheit des Kategoriensystems schließen.

Da die Interviewpartner so gut wie keine expliziten Bezüge zu SYMPA bzw. zu systemtherapeutischen Konzepten herstellten, wurde das dritte Studienziel – Analyse der Verbindungen zwischen Handlungsstrategien und systemischem Denken und Handeln – allein in Form interpretativer Beiträge durch mich als Forscherin und systemischer Therapeutin umgesetzt. Diese Überlegungen dienen der weiteren Hypothesengenerierung, können jedoch, da einseitig deutend, weder als zuverlässig noch als gültig bewertet werden.

#### *Einflüsse von der Forschung auf den Forschungsgegenstand*

Ein unerwarteter Befund bestand nach Abschluss der Datenerhebungsphase darin, dass im gesamten Interviewzeitraum (ca. 2,5 Jahre) lediglich 4 der 14 kognitiv beeinträchtigten Studienteilnehmer und –teilnehmerinnen erneut stationär eingewiesen wurden; eine Person vornehmlich vor dem Hintergrund räumlicher Umbaumaßnahmen im Heim, nicht aber wegen einer krisenhaften Zuspitzung ihres Zustands. Dies war umso erstaunlicher, als dass mehrere von ihnen in den Jahren zuvor mehrmals und/oder längerfristig in der stationären Psychiatrie verweilten. Auch die Zusammenarbeit zwischen Eltern und Heimmitarbeitern bzw. zwischen Familie und Ambulanzärztin besserte sich nach Auskunft der Betroffenen während des Forschungszeitraums in mehreren Fällen deutlich. Es stellt sich daher die Frage, inwiefern der Forschungsprozess selbst auf den Forschungsgegenstand eingewirkt haben könnte.

Dafür soll zunächst das Vorverständnis der Forschenden analysiert werden (vgl. 3.6 Einflüsse durch die Forschung). Die Rückmeldungen mehrerer Studienteilnehmer (s. Tab. 14, S. 185) legen nahe, dass die Art der Gesprächsführung dazu beigetragen hat, dass die Gesprächspartner – Betroffene wie Helfer – ihren Blick verstärkt auf Wechselwirkungen, Ressourcen und Lösungen statt auf einseitige Problemanalysen richteten, sie wurden sich quasi ihrer Stärken und Expertisen bewusster und setzten sie in Folge möglicherweise inten-

siver ein. Die Art der Interviewführung könnte außerdem dazu beigetragen haben, dass persönliche Narrative durch Fragen verstört und in Folge verändert wurden, beispielsweise indem Fragen nach Ausnahmen, Ressourcen und persönlichen Stärken dazu anregten, Ereignisse nicht mehr aus der Opfer-, sondern aus der Sieger-Perspektive wahrzunehmen und zu erzählen. Nach Aussagen der Helfer regten die Interviews zudem verstärkt (selbst-)reflexive Prozesse an, die im Alltag mangels Zeit oft nicht in einer solchen Ausführlichkeit möglich waren; in zwischenzeitlichen Rückmeldungen wurde die Befragung gar mit Supervision verglichen.

**Tab. 14: Rückmeldung einzelner Interviewpartner zur Studienteilnahme**

Fall	Person mit Intelligenzminderung	Helfer/in (Heimmitarbeiter/in)
D	„Ich bin gut klar gekommen mit den Interviews, das war hilfreich für den Alltag, zum Beispiel das Thema Pausen.“	„Die Interviews waren hilfreich, weil er hier Dinge gesagt hat, die er uns noch nicht gesagt hatte. Es war super, so wie es war: mal konnte man zuhören, mal selbst etwas erzählen.“ [bei gemeinsamen Interviews mit Bewohner und Mitarbeiterin]
R		„Ich habe mich immer auf die Interviews gefreut. Es hat viel Spaß gemacht. Es war gut zu hören, wie die Familie eigentlich über uns denkt und wie der Bewohner über das Miteinander und seine Krankengeschichte denkt. Bei den Interviews kamen neue Ideen vom Bewohner.“
Mi		„Es macht immer Sinn, von außen auf die Sache zu schauen. Zum Beispiel die Frage, ob wir den Erfolg gefeiert hätten. Das Reflektieren war hilfreich. Die Interviews haben Zeit gekostet, aber keine Kraft.“
P	„Die Interviews waren eine gute Erfahrung. Das muss man halt ausprobieren.“	„Das Nachdenken gehört zu unserer Arbeit. Die Interviews waren sehr gewinnbringend. Der Bewohner hat frei von der Leber weg erzählt, das kannte ich vorher von ihm noch gar nicht. Das hat sich auch in andere Kontexte, andere Gespräche mit ihm übertragen. Somit waren die Interviews auch nachhaltig wirksam.“
K	„Die Gespräche waren hilfreich und gut, nicht verwirrend.“	„Reflexionsmomente sind durch fehlende Supervision insgesamt weniger geworden. Von daher waren die Interviews eine Win-Win-Geschichte, eine gute Sache.“
N		„Die Interviews haben mich in meiner Arbeit unterstützt, weil ich mir bewusst Gedanken gemacht und gezielt in Worte gefasst habe. Neuartige Fragen waren hilfreich, um anders an die Dinge heranzugehen, zum Beispiel mehr zu beobachten, was sich verändert, welche Prozesse passieren.“
Ma		„Das ganze SYMPA-Projekt hat geholfen, dass die Zusammenarbeit mit den Eltern nun anders läuft, die Gespräche sind positiver. Das wird auch so weitergehen und sich auf Bewohner übertragen, die nicht an der Interview-Studie teilgenommen haben. Man redet jetzt anders über die Dinge. Die Interviews haben geholfen, unvoreingenommen an den Bewohner heranzutreten: er hat zwar nix zu den Fragen gesagt, aber eine Meinung hat er schon, und alleine, dass er gefragt worden ist, war wichtig. Die Interviews haben uns in unserer Arbeit eher bestätigt.“
J	„Die Gespräche waren lehrreich, weil das mit zur Selbstständigkeit gehört. Die Interviews haben mich bestärkt, aber nicht verunsichert.“	„Die Interviews waren saugut, auch die zeitlichen Abstände waren okay. Sich immer wieder darauf zu besinnen und Revue passieren zu lassen: was war, was ist, wo stehen wir gerade? Das bringt einen auf neue Ideen. Sonst geht so viel im Alltag unter. Für den Bewohner waren die Interviews auch gut, denn er hat eine sympathische ZuhörerIn gehab, die wissen wollte, was er selbst sich vorstellt, das war eine persönliche Stärkung für ihn. Und er erzählt ja gerne.“

Neben direkten Einflüssen durch die Art der Gesprächsführung nahmen manche Helfer, angeregt durch die Interviewthemen, bewusst Kontakt zu anderen Helfern auf, um sich über

die Inhalte der Befragungen auszutauschen. In einem Fall führte eine im Interview ange-stoßene Idee, mit der Ambulanzärztin über die Medikamente zu sprechen, zu einer maß-geblichen Veränderung der Medikation mit nachhaltig positiven Wirkungen aus Sicht aller Beteiligten.

Vorstellbar ist eine Forschung-Gegenstand-Interaktion nicht zuletzt auch in dem Sinne, dass die Beteiligten allein aufgrund der angekündigten Veröffentlichung der Fallgeschichten inten-siver darum bemüht waren, eine gute Selbstdarstellung zu erzielen und eine erneute Klinik-einweisung zu vermeiden.

Qualitative Forschung geht davon aus, dass Forscher-Gegenstands-Interaktionen erwartbar und nicht vermeidbar sind. Der damit einhergehenden Forderung, mögliche Zusammen-hänge transparent darzulegen, wurde mit diesen Ausführungen entsprochen.

## **5.3 Wie gültig sind die Ergebnisse?**

### **5.3.1 Vergleich mit anderen Befunden aus der SYMPA-GB-Forschung**

Im Rahmen des SYMPA-GB-Projektes wurden mehrere Studien zur Wirksamkeit von SYMPA-GB durchgeführt und im Kontext dessen verschiedene Variablen untersucht wie aggressive Vorfälle, Mitarbeiterbelastung bzw. Mitarbeiterzufriedenheit, Stationsklima, Arbeitsfreude/-belastung, Implementation und Nachhaltigkeit der Weiterbildung (vgl. 1.2.2 SYMPA-GB: Besonderheiten, Ziele und Begleitforschung). In diesem Kapitel wird diskutiert, inwiefern die Vorbefunde – im Sinne eines Außenkriteriums – die Ergebnisse der SMILE-Studie stützen, dies wird auch als korrelative Validität bezeichnet (Mayring, 2015, S. 126). Da für eine derartige Validierung Studien mit ähnlicher Fragestellung oder ähnlichem For-schungsgegenstand nötig sind, wurde ein Abgleich mit den qualitativen Daten der Interview-studie zu den Themen Arbeitsbelastung, Umgang mit Aggressivität sowie Zusammenarbeit in und zwischen den Einrichtungen vorgenommen. In jener Studie berichteten die Interview-Teilnehmer (SYMPA-Weiterbildungsteilnehmer, in der Überzahl keine Studienteilnehmer der SMILE-Studie) von positiven Effekten sowohl auf den Arbeitsalltag und die Zusammenarbeit mit Angehörigen als auch auf das Gemeinschaftsgefühl und Kompetenzerleben der Helfer. Diese Verbesserungen wurden mit verschiedenen, im Rahmen der Weiterbildung erworbe-nen Kompetenzen und Fertigkeiten in Verbindung gebracht.

Eine Gegenüberstellung der SYMPA-GB-Vorbefunde mit der SMILE-Studie belegt eine weitgehende Übereinstimmung von Faktoren, die von Helfern als förderlich für die Zusam-menarbeit im Kontext Intelligenzminderung bewertet werden. Diese sind:

- eine wertschätzende Haltung,
- die Akzeptanz von Unterschieden und Zuständen / Gegebenheiten,
- eine ressourcen- und zielorientierte Arbeitsweise,
- das Arrangieren von Familiengesprächen,
- eine präzise Auftragsklärung und –verhandlung sowie
- selbstreflexive Prozesse.

Als hinderlich für die Zusammenarbeit werden in beiden Studien ungünstige Rahmenbedin-gungen (beispielsweise Personalmangel) benannt.

Unterschiede bestehen zum einen hinsichtlich des Faktors Neutralität: diese Haltung wird in der SYMPA-GB-Vorstudie als bedeutsam eingestuft und damit erklärt, dass Konflikte nun weniger persönlich genommen würden. Im SMILE-Konzept wird hingegen eine neutrale Haltung kaum propagiert, allein im Zusammenhang mit Konflikten zwischen anderen Helfern wird eine unparteiische Einstellung empfohlen. Im Gegenteil wird hier sogar die Wichtigkeit betont, Klartext zu reden und das eigene Missfallen zum Ausdruck zu bringen. Zum anderen spielt das Berücksichtigen der Klienten-Biografie – in den Interviews mit den SYMPA-Teilnehmern explizit als nützlich hervorgehoben – im SMILE-Konzept nur insofern eine Rolle, als dass Helfer dahingehend übereinstimmen, dass die verschiedenen Lebenskontexte von Bewohnern bzw. Patienten (Familie versus Heim) mit ihren unterschiedlichen, geschichtlich gewachsenen Strukturen und Mustern zu respektieren seien.

Die Art der Datenaufbereitung der SMILE-Studie lässt keine Differenzierung zu zwischen Strategien, die von SYMPA-geschulten Helfern eingebracht wurden, und Strategien, die von nicht systemisch ausgebildeten Helfern angeführt wurden. So bleibt fraglich, ob die übereinstimmend als wirksam bewerteten Faktoren allein dem Einfluss der systemischen Weiterbildung zugeschrieben werden können.

### 5.3.2 Kommentare und Evaluation durch die beforschten Personengruppen

Die qualitative Datenanalyse ist ein Verstehensprozess: sie soll nicht bei manifesten Oberflächeninhalten stehen bleiben, sondern auf latente Sinngehalte abzielen (Mayring, 2015, S. 32). Der dafür notwendige interpretative wie verallgemeinernde Analyseprozess wirft die Frage auf, inwieweit die Konstrukte der Forscherin in den Wirklichkeitskonstruktionen der Beteiligten empirisch begründet sind (vgl. Flick, 2014, S. 487ff).

Im Rahmen der kommunikativen Validierung (Mayring, 2015, S. 127) wurden aus allen beforschten Zielgruppen Studienteilnehmer und –teilnehmerinnen um eine Einschätzung gebeten, inwiefern die ermittelten Strategien, dargestellt in Form einer Checkliste, ihre persönlichen, handlungsleitenden Überzeugungen repräsentieren (s. 9.7 Checkliste „SMILE“). Personen mit Intelligenzminderungen erhielten die Checkliste in leichter Sprache und begrenzt auf diejenigen Strategien, die in der dyadischen Interaktion mit einem Helfer oder im Krisenfall relevant sind (Hauptkategorien I und III, s. 9.8 Checkliste „SMILE“ in leichter Sprache). Die Zustimmungquote war insgesamt erfreulich hoch, sie betrug zwischen 86,4% und 100%. Aufgeteilt nach Zielgruppen ergaben sich folgende Werte:

- Personen mit kognitiver Beeinträchtigung: 89,7 % (n=6)
- Familienangehörige: 89,8 % (n=5)
- Gesetzlicher Betreuer: 97,7 % (n=1)
- Ambulanzärztinnen: 93,0 % (n=2)
- Stationsmitarbeiterin: 100 % (n=1)
- Heimmitarbeiterinnen: 86,4 % (n=7)

Strategien, denen mehr als zwei Beurteiler nicht zustimmten, bezogen sich auf

- das Überwinden von Berührungsängsten: mehrere, v. a. familiäre Helfer geben an, keine Berührungsängste zu haben,
- das Halten der Verbindung zwischen Helfern: dies gelinge nicht in jedem Fall,

- ein Verzicht auf Problem-Berichte in Hol- und Bringesituationen: mehrere Helfer befürworten das Ansprechen von Problemen, bestätigen aber, dass ein Vertiefen gravierender Probleme in solchen Momenten kontraindiziert sei,
- den Umgang mit Medikamenten bzw. Bedarfsmedikation: in mehreren Fällen trifft dieses Thema aktuell nicht zu,
- ein Rückzug oder eine Begleitung bei drohendem ‚Ausraster‘ wird von 3 Personen mit Intelligenzminderung mit ‚falsch‘ bewertet (leider liegen keine genaueren Kommentare vor).
- den Einsatz freiheitseinschränkender Maßnahmen: dieses Thema trifft in mehreren Fällen nicht zu,
- den Verzicht sinnloser Strafmaßnahmen: mehrere Helfer sprechen sich für den Einsatz von Sanktionen nach Verhaltenseskalationen aus.

Ein weiterer Zugang zur Experten-Validierung wurde durch Ergebnispräsentationen auf einer deutschen sowie einer europäischen Fachtagung im Bereich ‚Seelische Gesundheit bei Menschen mit Intelligenzminderung‘ möglich<sup>14</sup>. Sämtliche Kommentare untermauerten die Praxisrelevanz des Konzepts; folgende Strategien wurden als besonders relevant hervorgehoben:

- kurzfristige Informationsweitergabe an Betroffene (Transparenz),
- Nicht-Belehren im Helfersystem, insbesondere gegenüber Eltern,
- Sorgfältige Auftragsklärung,
- Gewaltpräventive Vereinbarungen von Spielräumen und –Grenzen (Orientierung),
- gute Leitungsstrukturen (Arbeitsbedingungen).

Ein Kinder- und Jugendpsychiater ergänzte, dass das Modell prinzipiell viel Wertvolles auch für den Altersbereich ‚Kinder und Jugendliche‘ enthalte, wenngleich sich die Angemessenheit einer Strategie nur individuell beurteilen lasse (Buscher, 2018).

Mittlerweile wurde die Checkliste von über achtzig Mitarbeitenden der Behindertenhilfe angefordert. Zur Erklärung hieß es, die Liste solle als Diskussionsgrundlage in Teambesprechungen eingesetzt werden, um Haltungen und Techniken im eigenen Arbeitsbereich kritisch unter die Lupe zu nehmen und einen fachlichen Austausch über Verbesserungen im Umgang mit intelligenzgeminderten Personen und anderen Unterstützern anzustoßen.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Rückmeldungen sowohl der kognitiv beeinträchtigten Personen als auch der familiären Unterstützer, gesetzlichen Betreuer und beruflichen Helfer und Helferinnen die Gültigkeit der ermittelten Handlungsstrategien untermauern.

### **5.3.3 Abgleich mit publizierten Leitlinien und Konzepten**

Die Konstruktvalidität gibt Aufschluss darüber, inwiefern die ermittelten Studienergebnisse mit publizierten Modellen und praxiserprobten Konzepten kompatibel sind. Im Folgenden werden die Befunde der SMILE-Studie mit bestehenden Leitlinien und etablierten Behandlungskonzepten für Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen abgeglichen.

---

<sup>14</sup> DGSGB-Jahrestagung (Kassel, November 2018), EAMHID-Jahrestagung (Barcelona, Mai 2019)

### *Leitlinien und Leitideen*

Eine Praxisleitlinie zur Diagnostik, Behandlung und Unterstützung für Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten wurde von einer europäischen Expertenkommission (Došen et al., 2010) entwickelt. Die Leitlinie fordert einen ganzheitlichen Zugang, in dem die Wechselwirkungen zwischen Person und Umwelt Berücksichtigung finden und sich Fördermaßnahmen sowohl auf die Bedürfnisse der Person als auch die Gestaltung angemessener Umweltbedingungen beziehen. Es wird eine integrative Behandlung gefordert, die den emotionalen Entwicklungsstand der Person ebenso berücksichtigt wie bio-psycho-soziale Faktoren: emotionale Bedürfnisse, pharmakologische Maßnahmen, psychotherapeutische Techniken sowie Umwelt-Anpassungen durch Information, Ausbildung und Training der Helfer. Für den Umgang mit Verhaltenskrisen werden eine Beachtung früher Krisenanzeichen, Anpassungen der Umwelt, Fördern prosozialen Verhaltens und zukünftiger Bewältigungsstrategien sowie eine rückblickende Reflexion mit den Beteiligten und weiteren Bezugspersonen empfohlen, gegebenenfalls sollen spezialisierte stationär-psychiatrische Behandlungen für eine zeitweilige Entlastung sorgen. Bis auf die ausdrückliche Berücksichtigung des emotionalen Entwicklungsstands korrelieren sämtliche Aspekte, die in der Leitlinie thematisiert werden, mit den im SMILE-Konzept erfassten Strategien.

Eine weitere medizinisch-psychiatrisch ausgerichtete Leitlinie mit dem Titel „S2k Praxisleitlinie Intelligenzminderung“ (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, AWMF, 2014) fokussiert auf die psychotherapeutischen Richtlinienverfahren (verhaltenstherapeutisch, kognitiv-behavioral, psychodynamisch) sowie psychopharmakologische Interventionen. Pädagogische Maßnahmen und systemische Interventionen stellen gemäß dieser Leitlinie weitere Zugangswege dar, werden jedoch nicht näher ausgeführt, so dass ein direkter Vergleich zwischen der AWMF-Leitlinie und Elementen des SMILE-Konzepts nicht möglich ist. Allerdings betont die S2k-Praxisleitlinie die Notwendigkeit einer engen Vernetzung der psychosozialen Helfersysteme, explizit auch unter Einbezug der Familie, und untermauert damit die Bedeutung von Strategien für eine gelingende Zusammenarbeit im Multi-Helfersystem.

Die von Greve (2002) postulierten Leitideen für eine systemisch ausgerichtete Psychiatrie stimmen zu weiten Teilen mit dem SMILE-Konzept überein:

- „Psychiatrische Hilfe ist eine Dienstleistung.“: vgl. SMILE: 4.8.2 „Mit Kompass zum Ziel“ – Entscheidungen am Wohl des Betroffenen ausrichten; 4.10.3 „Wie hätten wir’s denn gerne?“ – Erwartungen und Anliegen verhandeln,
- „Alle Beteiligten sollten fortlaufend miteinander sprechen.“: vgl. SMILE: 4.9.1 „Wie geht’s?“ – In Verbindung bleiben; 4.9.2 „Hätten Sie mal Zeit?“ – Bei Problemen und Plänen zusammensetzen,
- „Jeder Beteiligte hat eine eigene Sichtweise, eigene Anliegen und gute Gründe für sein/ihr Verhalten.“: vgl. SMILE: 4.4.2 „Nicht aus heiterem Himmel“ – Problemverhalten im Sinnkontext verstehen; 4.6.3 „Deine Stimme zählt!“ – Mitbestimmung ermöglichen; 4.8.3 „Manchmal liegen Welten dazwischen.“ – Unterschiede akzeptieren,

- „Professionelle Helfer/innen sollten ihre Ideen offen legen.“: vgl. SMILE: 4.6.2  
„Transparenz schafft Durchblick.“ – Umfassend informieren und erklären; 4.10.2  
„Und wie sehen Sie das?“ – Sichtweisen und Expertisen austauschen.

Zwei unterschiedliche Sichtweisen werden jedoch erkennbar:

- „Jeder Beteiligte sitzt in seinem eigenen Boot.“ Nach Greve (ebd., S. 288ff) ist es dienlicher, ein Multi-Helfersystem als Flottenverband anzusehen denn als eine einzige Bootsmannschaft, bei der sich sämtliche Akteure auf ein Ziel, eine Richtung und einen Kapitän zu einigen hätten. Im Unterschied dazu besteht innerhalb des SMILE-Konzepts sehr wohl die Metapher eines gemeinsamen Bootes (vgl. 4.8.1 „Das Wir gewinnt.“ – Andere Helfer mit ins Boot holen), deren Insassen sich auf Ziel, Route und Maßnahmen verständigen (vgl. 4.10.4 „Viele Ideen, ein Plan.“ – Einheitliche Linie abstimmen). Die Rolle des „Kapitäns“ wird übereinstimmend der Person mit Intelligenzminderung zugesprochen (vgl. 4.8.2 „Mit Kompass zum Ziel“ – Entscheidungen am Wohl des Betroffenen ausrichten). Gemeinsam ist beiden Denkansätzen, dass Bootsinsassen ebenso wie Flottenmannschaften darum bemüht sein sollten, Anliegen und Aufträge sorgfältig auszuhandeln.
- „Jeder Beteiligte ist für sich selbst verantwortlich.“ Nach Greve (ebd., S. 287) sind Helfer für den Prozess einer Hilfeleistung, Klienten demgegenüber für den Inhalt verantwortlich. Diese Haltung wird durch SMILE nicht gestützt: im Gegenteil legen die Interviews nahe, dass Helfer einer kognitiv beeinträchtigten Person nur sehr bedingt die nötigen Kompetenzen zusprechen, ihr Leben selbst zu gestalten, und sich stattdessen in hohem Maße verantwortlich fühlen für die Entwicklung der betreffenden Person, beispielsweise dadurch, dass sie für Beschäftigung sorgen, soziale Teilhabe unterstützen, Abwechslungen einrichten oder Medikamente verabreichen.

Detaillierte Grundregeln für die pädagogische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung finden sich bei Kittmann und Grüter (2014, S. 374-375). Eine direkte Gegenüberstellung der formulierten Grundregeln und der mit der vorliegenden Studie erforschten Strategien demonstriert eine hohe Übereinstimmung mit dem SMILE-Konzept (s. Tab. 15).

**Tab. 15: Grundregeln für die pädagogische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung (nach Kittmann und Grüter, 2014) im Vergleich zum SMILE-Konzept**

<b>Grundregeln für die pädagogische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung</b>	<b>Strategien aus dem SMILE-Konzept</b>
Kooperationen mit sämtlichen Bezugspersonen, Bedeutung des Familiensystems, Multiprofessionelle Zusammenarbeit, ganzheitliche Sichtweise	4.8.1 „Das Wir gewinnt.“ – Andere Helfer mit ins Boot holen; 4.10.2 „Und wie sehen Sie das?“ – Sichtweisen und Expertisen austauschen
Spezialisierte psychiatrische Maßnahmen	4.14.5 „Muss es ein bisschen mehr sein?“ – Ambulante Maßnahmen einleiten oder intensivieren; 4.14.6 „Alarmstufe Rot.“ - Stationäre Maßnahme abstimmen
Adäquater Umgang: Wertschätzung, Akzeptanz, Klarheit, Überschaubarkeit, Sicherheit	4.4.1 „Auf Augenhöhe“ – Gedanken, Gefühle und Bedürfnisse ernst nehmen; 4.4.4 „Es ist, wie es ist.“ – Gegebenheiten akzeptieren; 4.6.2 „Transparenz schafft Durchblick.“ – Umfassend informieren und erklären
Arbeiten im Hier und Jetzt	4.4.4 „Es ist, wie es ist.“ – Gegebenheiten akzeptieren
Professionelle Beziehungsgestaltung und eindeutige Nähe-Distanz-Regulierung	4.5.2 „Ab und zu nur ich und du.“ – Exklusive Begegnungen schaffen
Orientierung an Ressourcen, Stärken und Fähigkeiten	4.6.5 „Gut gemacht!“ – Wertschätzende Rückmeldungen geben; 4.8.4 „Das schaffen wir schon!“ – Stärken und Erfolge im Blick behalten
Festgefahrene bzw. chronifizierte Verläufe wieder in Gang bringen	4.9.2 „Hätten Sie mal Zeit?“ – Bei Problemen und Plänen zusammensetzen
Optimismus für Lösungen, Veränderungen und Weiterentwicklung	4.8.4 „Das schaffen wir schon!“ – Stärken und Erfolge im Blick behalten
Krisen als Chance zur Veränderung	4.4.2 „Nicht aus heiterem Himmel“ – Problemverhalten im Sinnkontext verstehen; 4.14.4 „Das geht auch anders.“ – Kontext anpassen
Geduld und Ausdauer, Abwarten und Beobachten	4.5.1 „Speed-Dating funktioniert nicht“ – langsam annähern; 4.12.1 „Gelassen in Alarmbereitschaft“ – Verhalten beobachten und Ruhe bewahren
Bereitschaft, die eigene Arbeit kritisch zu hinterfragen	4.14.3 „Und was meint ihr?“ – Vorfall im Helfersystem reflektieren; 4.8.3 „Manchmal liegen Welten dazwischen.“ – Unterschiede akzeptieren

### *Individuumzentrierte Konzepte*

Sowohl von pädagogischer als auch medizinischer Seite wurden Konzepte zur Therapie von Verhaltensstörungen bei Menschen mit Intelligenzminderungen entwickelt, erforscht und publiziert (für eine Übersicht s. Schanze et al., 2014b, S.243-245). Den größten Anteil bilden kognitiv-behaviorale Programme, die herausforderndes Verhalten als Störung des Individuums betrachten und den Anspruch verfolgen, auf der Basis einer funktionalen Verhaltensanalyse problematisches Verhalten zu erfassen und im Rahmen neuartiger Lernerfahrungen durch angemessenere Verhaltensweisen zu ersetzen (Beispiele: Wut-Management-Training, funktionales Kommunikationstraining, Skills-Training oder klassische Verhaltenstherapie). Darüber hinaus kommen individuumzentrierte, vornehmlich körperorientierte Behandlungsansätze wie Basale Stimulation, integrative Körpertherapie oder spezifische Entspannungsverfahren zur Anwendung.

Einflussreiche Ansätze, die – wie das SMILE-Konzept – mehr auf die interpersonelle Begegnung mit einer beeinträchtigten Person ausgerichtet sind, sind beispielsweise

- die ‚Skala der emotionalen Entwicklung‘ (Došen, 2010, Sappok u. Zepperitz, 2016),
- das Konzept der ‚Positiven Verhaltensunterstützung‘ (Theunissen, 2016) sowie
- das ‚personenorientierte Denken‘ (Pörtner, 2000).

Auf diese drei Konzepte soll im Folgenden näher eingegangen werden:

Die ‚Skala zur Erfassung der emotionalen Entwicklung‘ (SEED, Sappok et al., 2018) ist in erster Linie ein Diagnose-Instrument, mit dem der emotionale Entwicklungsstand einer erwachsenen Person entsprechend dem emotionalen Referenzalter typisch entwickelter Kinder ermittelt wird. Jeder Entwicklungsstufe sind auf der Basis entwicklungspsychologischer Modellvorstellungen dominante sozio-emotionale Grundbedürfnisse und Interessen zugeordnet, nach denen stufenspezifische Interaktionsstrategien für das Umfeld ausgerichtet sind (Sappok u. Zepperitz, 2016). Sowohl die Ermittlung des Entwicklungsstands als auch die Beratung hinsichtlich eines stufenbezogenen Umgangskonzepts (wie Nähe-Distanz-Regulierung, Beschäftigungsangebote, sprachlicher Umgang, Krisenbewältigung) liegen in der Verantwortung einer entwicklungspsychologisch geschulten Fachkraft. Im Unterschied zu der ko-konstruktiven Zusammenarbeit bei SMILE ist das Vorgehen bei SEED direktiv und psychoedukativ ausgerichtet, die fachliche Expertise liegt bei den professionellen Helfern. Die Stärke von SEED besteht im Unterschied zu SMILE darin, dass Helfer-Strategien spezifiziert für das individuelle Entwicklungsniveau ausgewählt werden. Eine gewichtige Gemeinsamkeit besteht in einer bedürfnisorientierten Haltung und Strategieauswahl durch die Helfer.

Mit dem Konzept der ‚Positiven Verhaltensunterstützung‘ (PVU, Theunissen, 2016) liegt ein pädagogisches Rahmenkonzept speziell für den Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit Intelligenzminderung vor. Die PVU basiert auf einer lerntheoretisch verankerten Verhaltensanalyse (auslösende Bedingungen, Problemverhalten, Konsequenzen), richtet jedoch ihre Maßnahmen nicht allein auf die Reduktion von Störverhalten, sondern auf die Verbesserung der Lebensqualität aus. Es bestehen zahlreiche Analogien zu SMILE:

- Haltung: Stärkenorientierung, Wertschätzung, Selbstbestimmung sowie die Auffassung, dass Verhaltensauffälligkeiten kein individualisiertes, wesensbedingtes Phänomen darstellen, sondern zweckmäßiger bzw. bedeutsamer Ausdruck eines gestörten Verhältnisses zwischen Person und Umwelt sind,
- positive Beziehungsgestaltung,
- kontextbezogene Maßnahmen wie Berücksichtigung der Arbeitsanforderungen, Strukturierungshilfen, soziale Netzwerkförderung,
- im Krisenfall: Konsequenzen auf das Problemverhalten, therapeutische Angebote.

Bei der PVU besteht der Anspruch, die betreffende Person sowohl an der Verhaltensanalyse als auch an der daran anschließenden Entwicklung eines Unterstützungsprogramms zu beteiligen. Auch die Bildung eines Unterstützernetzes, bestehend aus Angehörigen, Therapeutinnen, Wohngruppenbetreuern und Mitarbeiterinnen des Arbeitsbereiches, ist Bestandteil des Konzepts (Theunissen, 2019). Konkretisiert wird der Ansatz der positiven Verhaltensunterstützung im sog. „Umgangskonzept 2.0“ (Schuster u. Sappok, 2017), welches zahlreiche Impulsfragen enthält, die für das Erstellen eines individuellen Umgangskonzepts bedeutsam sind. Es zeigt sich, dass ein Großteil jener Aspekte auch im SMILE-Konzept vertreten ist.

Ein auf die Beziehungsgestaltung ausgerichtetes Konzept mit dem Titel ‚Personenzentriertes Denken‘ wurde von Pörtner (2000) entwickelt. Auf Basis humanistischer Grundhaltungen werden für die Arbeit mit beeinträchtigten Personen drei Maxime abgeleitet: Ernstnehmen, Zutrauen und Verstehen. Personenzentriertes Denken bedeutet, das Bedürfnis einer Person nach Selbstbestimmung zu respektieren und sie dabei zu unterstützen, ihre individuellen Vorstellungen von einem gelingenden Leben umzusetzen. Eine Begegnung auf Augenhöhe, ein Verstehen individueller Wertvorstellungen und Interessen sowie eine Unterstützung hinsichtlich der persönlichen Zukunftsgestaltung werden zu Schlüsselprinzipien. Parallelen zu SMILE ergeben sich vor allem in Bezug auf die Haltung und Kommunikation zwischen einem Helfer und einer Person mit Unterstützungsbedarf: Ernstnehmen, Akzeptanz, Förderung und Unterstützung, Zuhören und Mitbestimmung sind Variablen, die auch mit dem SMILE-Konzept abgebildet werden.

### *Konzepte für Multi-Helfersysteme*

Individuumzentrierte Umgangskonzepte nehmen zum Teil auch die Bezugspersonen bzw. Berufsgruppen in den Blick, die als Unterstützer für eine Person mit Intelligenzminderung fungieren. Folgende Zielsetzungen werden in diesem Zusammenhang beschrieben:

- interdisziplinäre Zusammenarbeit der Berufsgruppen,
- Aufklärung und Beratung von Helfern,
- Training für Helfer und
- vernetzte Kooperation aller Akteure (vgl. Allen et al., 2013).

Methodische Hinweise zur inhaltlichen Ausgestaltung der Zusammenarbeit sowie der Beziehungsgestaltung im Multi-Helfersystem werden in den mir bekannten pädagogischen oder medizinischen Konzepten vernachlässigt.

Insbesondere systemtherapeutische Konzepte machen darauf aufmerksam, dass die Kooperation zwischen verschiedenen Helfergruppen aufgrund unterschiedlicher Einstellungen, Rahmenbedingungen, Interessen oder Erwartungen mit ernstzunehmenden Risiken und Nebenwirkungen verbunden ist, die es für ein gelingendes Miteinander zu überwinden gilt (vgl. 2.6.4 Systemische Ansätze im Multi-Helfer-Kontext). Multi-Professionalität ist ein Standard und eine Stärke in der Begleitung von Menschen mit Intelligenzminderung, doch sie gerät dann zum Problem, wenn die beteiligten Berufsgruppen ihr Handeln nicht aufeinander abstimmen, sondern widersprüchliche Einstellungen vertreten, Methoden einsetzen, die anderen Maßnahmen entgegenlaufen, oder wenn Helfer in destruktiver Konkurrenz stehen (Buscher u. Hennicke, 2017). Auch Helfer, die gar nicht miteinander kooperieren, sei es mangels Wissen oder mangels Interesse, wirken auf diese Weise – unbewusst oder ungewollt – an dysfunktionalen Karrieren und Chronifizierungen von Eskalationsmustern mit (Schweitzer, 1989).

Das Credo systemischer Behandler besteht in einem Zusammenschluss sämtlicher Akteure, bei dem ein offener, wertschätzender Dialog über vorherrschende Probleme oder anstehende Pläne gefördert wird und die Beziehungsmuster im Helfersystem auf deren Wirkungen hin reflektiert werden (Imber-Black, 2006, Fredman, 2014).

Übereinstimmend weisen die genannten Autoren auf die Notwendigkeit hin,

- die Vernetzung der Helfer zu reflektieren und kontraproduktive Koalitionen zwischen einzelnen Helfern zu verhindern,
- ein gemeinsames Problemverständnis zu entwickeln,
- die verschiedenen Erwartungen und Aufträge offenzulegen und auszuhandeln sowie
- die Vielstimmigkeit im Multi-Helfersystem anzuerkennen und auf einen harmonisierenden Klang (nicht: Gleichklang) abzustimmen.

Ein Vergleich mit dem SMILE-Konzept zeigt, dass speziell diejenigen Strategien, die unter „Kultur des Miteinanders zwischen Helfern“ (vgl. Tab. 12 Übersicht Hauptkategorie II: Allgemeine Kultur des Miteinanders zwischen Helfern: Oberkategorien und Einzelkategorien, S. 69) sowie unter „Eskalation aufarbeiten“ (vgl. Tab. 13: Übersicht Hauptkategorie III: Bewältigung krisenhafter Situationen: Oberkategorien und Einzelkategorien, S. 70) gebündelt sind, die oben dargestellten Prinzipien für die Zusammenarbeit in Multi-Helferkontexten gut wiedergeben. Allein das gezielte Einnehmen einer Metaperspektive, um im Konfliktfall mit sämtlichen Akteuren die Beziehungsmuster im Multi-Helfersystem zu reflektieren, wird mit dem SMILE-Konzept nicht ausdrücklich erfasst.

#### *Konzepte im Bereich Krisenintervention und Deeskalation*

Verfahren zum Deeskalations- und Krisenmanagement integrieren üblicherweise drei Stufen: die Kontrolle auslösender Situationen, den Einsatz kommunikativer und körperlicher Deeskalationstechniken sowie eine gemeinsame Aufarbeitung der Krisensituation (für eine Übersicht s. Schanze et al., 2014a). Ein weit verbreitetes Programm im Kontext Psychiatrie stellt beispielsweise ProDeMa (Professionelles Deeskalations Management, Wesuls et al., 2005), dar. Speziell für den Kontext Intelligenzminderung zugeschnittene Programme wie der Low-Arousal Ansatz ‚Studio3‘ (Mc Donnell, 2010) oder DEKIM®, Deeskalationstraining und Krisenmanagement bei Menschen mit Intelligenzminderung<sup>15</sup>, unterstreichen die Bedeutung einer annehmenden, verstehenden und nicht-konfrontativen Haltung gegenüber der Person, die ihre Anliegen oder Nöte in Phasen höchster Anspannung oft kaum noch mit angemessenen kommunikativen Mitteln (sprachlich, mimisch, gestisch) zum Ausdruck bringen kann. Kommunikative Deeskalations-Techniken beziehen sich auf den Einsatz leichter Sprache sowie das nicht-wertende Benennen des beobachtbaren Verhaltens und vermuteten Affekts, ein sehr dosierter Einsatz von Sprache wird angemahnt. Körperliche Techniken sind traditionellen defensiven Kampfkünsten entlehnt (z. B. Ju-Jutsu, Aikido) und beinhalten sowohl Ausweich-, Befreiungs- und Selbstschutztechniken als auch verletzungsfreie Festhalte- und Fixierungstechniken.

Deeskalations- und Krisenmanagement-Programme bleiben typischerweise vorrangig auf die dyadische Interaktion zwischen einem Helfer und einer Person mit Assistenzbedarf in einer krisenhaften Situation beschränkt. Wie SMILE beinhalten sie verbale und selbstreflexive Strategien, mit denen eine Eskalation abgewendet werden soll. Für den Umgang mit übergriffigem Verhalten stellen sie deutlich differenziertere, freiheitseinschränkende Techniken

---

<sup>15</sup> Autoren: Schanze, Koch und Rauch, URL: <https://www.fobi-net.de> [Stand 26.7.2019]. Der Ansatz wurde bisher nicht publiziert.

bereit, verweisen aber wie die Interviewpartner der SMILE-Studie auf deren Ausnahmecharakter. Nachsorgende Techniken beziehen sich auf die Aufarbeitung der geschehenen Eskalation durch die direkt daran Beteiligten. Weiterführende Nachsorge-Strategien im Multi-Helfersystem bis hin zu einer gemeinschaftlichen Vorbereitung einer stationären Maßnahme werden in den dargestellten Programmen – im Gegensatz zu SMILE – nicht thematisiert.

### *Fazit*

Das SMILE-Konzept zeigt, bezogen auf seine Einzelkomponenten, eine hohe Übereinstimmung mit verschiedenen Leitlinien und Leitideen aus den Bereichen Intelligenzminderung und systemische Psychiatrie. Die SMILE-Strategien spiegeln sich in der Gesamtheit der zitierten Behandlungskonzepte wider und stehen mit keinem der benannten Umgangs- oder Deeskalationsprogramme in Widerspruch. Die vorliegende Strategien-Sammlung geht insofern über die dargelegten Konzepte hinaus, als dass sie mehrere Ansätze synergistisch verbindet. Insgesamt lassen die Ausführungen auf eine hohe Konstruktvalidität von SMILE schließen.

## **5.4 Anregungen für SYMPA-GB**

Das SYMPA-GB-Weiterbildungskonzept stimmt hinsichtlich seiner Inhalte und Themen zu weiten Teilen mit den analysierten Handlungs-Strategien und Spannungsfeldern überein:

### A) Allgemeine Inhalte:

- Systemische Grundhaltungen wie Neutralität, Nicht-Wissen, Ressourcenorientierung, Lösungsorientierung, Zirkularität, Hypothesenbildung, Kundenorientierung,
- Gemeinsames Fallverständnis,
- Reflexion der Kontaktpraktiken im Multi-Helfersystem, Familiengespräche,
- Systemische Gesprächsführung und Verhandlungskultur,
- Positive, wertschätzende Formulierungen in Arztbriefen und Krankenakten,
- Chronifizierung und Rückfallprophylaxe,
- Personalqualifizierung, Selbstfürsorge der Mitarbeiter, Intervention und Supervision.

### B) Spezifische Themen bei geistiger Behinderung:

- Angehörige als gesetzliche Betreuer,
- Umgang mit aggressivem und Verweigerungsverhalten,
- Interaktion durch nonverbale Kommunikation,
- Sicherheit in Krisensituationen, Einsatz von Kontroll- und Zwangsmaßnahmen,
- Wie „erwachsen“ behandeln wir unsere Klienten?,
- Umgang mit lange bleibenden und/oder immer wiederkommenden Patienten in der Klinik.

Demgegenüber gibt es nur wenige systemtherapeutische Techniken, die in SYMPA-GB gelehrt und geübt, jedoch in der SMILE-Studie nicht explizit zur Sprache kommen. Diese sind: Genogrammarbeit, Familienbrett, Netzwerkkarte und Reflecting Team.

Die Befunde der SMILE-Studie regen dazu an, über folgende Fragen weiter nachzudenken und diese zu Diskussionsthemen innerhalb der SYMPA-GB-Weiterbildung zu machen:

1. Inwiefern wird aggressives Verhalten als persönliches bzw. person-immanentes Merkmal angesehen, inwiefern als ‚Gemeinschaftsleistung‘? Mehrere Interviewpartner weisen zwar darauf hin, dass aggressives Verhalten nicht aus heiterem Himmel, sondern sinnhaft und kontextbezogen auftritt, dennoch wird das Störverhalten in der Überzahl der Gesprächsausschnitte allein der Person mit Intelligenzminderung zugeschrieben. Es könnte nützlich sein, in der Weiterbildung das systemische Störungsverständnis (im Sinne eines interpersonellen Phänomens, vgl. 2.6.2 Systemische Ansätze im Kontext psychischer Störungen) noch stärker durch sprachliche und metaphorische Externalisierungs-Praktiken verstehbar zu machen. Auch ein offener Dialog darüber, welche Wirklichkeiten im Kontext Intelligenzminderung als ‚harte‘ und ‚weiche‘ Realitäten, als ‚konstruiert‘ oder ‚indiskutabel‘ angesehen werden, könnte fruchtbar sein (vgl. 2.6.1 Systemische Ansätze im Kontext Intelligenzminderung).
2. Wie können psychosoziale Helfer im Spannungsverhältnis zwischen Förderaufträgen bzw. Zielvereinbarungen einerseits und einer Haltung von Akzeptanz andererseits navigieren? Wie entscheiden sie, wann in der Begegnung mit einer beeinträchtigten Person ein Soll-Anspruch im Vordergrund steht und wann deren Ist-Zustand als Maßstab für das eigene Handeln gilt? Die Forschungsergebnisse lassen darauf schließen, dass sich eine akzeptierende Haltung nicht einzig auf das Hinnehmen von Ist-Zuständen beschränkt, sondern gleichermaßen eine Akzeptanz des persönlichen Bedürfnisses nach Weiterentwicklung und Veränderung umschließt. Führt man diesen Gedanken weiter, sollten sich Handlungsentscheidungen zwischen ‚Machen‘ und ‚Lassen‘ an dem verbalisierten oder vermuteten Bedürfnis nach Entwicklung und Veränderung einer Person mit Lernschwierigkeiten ausrichten. Diskussionswürdig bleibt jedoch die Frage: wer fühlt sich verantwortlich für Entwicklung und Veränderung, für Erfolge und Misserfolge (vgl. ‚Leitideen systemische Psychiatrie‘ unter 5.3.3 Abgleich mit publizierten Leitlinien und Konzepten)? Ist es in psychiatrischen Kontexten überhaupt möglich oder legitim, einer Person mit Intelligenzminderung die Verantwortung für die eigene Entwicklung, für Veränderungen wie für Stillstand zu überlassen, wie es Greve (2002) postuliert?
3. Wie können erwachsene Menschen mit Behinderung Respekt und Selbstbestimmung erfahren, wenn eine der Aufgaben psychosozialer Helfer darin besteht, deren Vorstellungen auf das Rahmen- und Regelwerk der Institution zurechtzuschneiden? Wie können derzeitige Wohn- und Betreuungskonzepte den Forderungen nach ‚Augenhöhe‘ und Selbstständigkeit möglichst gerecht werden? Wie zeitgemäß sind im Hinblick auf das Leitziel Inklusion dann überhaupt noch institutionelle Konzepte der Heimunterbringung, die die Freiheitsgrade eines Menschen naturgemäß einschränken?
4. Welchen Stellenwert hat die systemische Haltung der „Neutralität“ in der Zusammenarbeit? Solange sich Helfer als ‚Anwälte‘ der intellektuell beeinträchtigten Person verstehen und die Strategie verfolgen, ‚Klartext‘ zu sprechen, wird es ihnen kaum gelingen, in Multi-Helfer-Gesprächen eine neutrale bzw. allparteiliche Haltung einzunehmen. Wie dargestellt besteht eine Lösung darin, die Rolle des Moderators in Helferkonferenzen mit einer zusätzlichen Person zu besetzen, die nicht gleichzeitig

Bezugsperson oder Unterstützerin im Multi-Helfersystem ist. Eine auf systemischen Grundsätzen beruhende Moderation von Helferkonferenzen sollte dann zu einem methodischen Bestandteil der SYMPA-GB-Weiterbildung gemacht werden.

5. Wie passt der gesetzlich verankerte Anspruch auf Inklusion – als gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft – zu der Auffassung, dass beeinträchtigte Personen nur begrenzt oder gar nicht an Helferkonferenzen und Fallgesprächen, in denen über ihre Belange debattiert wird, teilnehmen sollten? Wie müssten Helfergespräche anders gestaltet werden, damit die gleichberechtigte Beteiligung von Personen mit Intelligenzminderung gewährleistet wird und nicht weitere Erfahrungen von Ex-Kommunikation (zum Beispiel durch dominante Gesprächsanteile, hohes Gesprächstempo, sprachlich komplexe Beiträge seitens der Helfer) gemacht werden? Wie können gleichzeitig die Bedenken der Interviewpartner ernst genommen und Überforderungsreaktionen seitens der Betroffenen vermieden werden? Es wird empfohlen, Strukturen und Prozesse einer inklusiven Gesprächskultur zu einem zentralen Thema systemischer Fort- und Weiterbildungen im Kontext Intelligenzminderungen zu machen.
6. Wie können Bedürfnisse von Betroffenen angemessen ermittelt werden, wenn sie dazu neigen, ihren Unterstützern beizupflichten? Wie können sie dabei unterstützt werden, eine eigene Meinung zu haben und zu vertreten, eigene Anliegen wahrzunehmen und zu formulieren? Erlaubt es das Selbstverständnis der Helfer, dass Personen mit Intelligenzminderung ihnen Aufträge erteilen? Es ist anzunehmen, dass zumindest in institutionellen Kontexten Bedarfe und Anliegen von Personen mit Beeinträchtigungen umso eher zum Vorschein gebracht werden können, je mehr es psychosozialen Helfern gelingt, ihre Arbeit im Sinne einer Dienstleistungsphilosophie und Personen mit Assistenzbedarf als Kunden zu betrachten.
7. Wie können psychosoziale Helfer noch mehr dafür eintreten, die Expertise von Personen mit Intelligenzminderungen sowie familiären Unterstützern als gleichwertig zu betrachten? Die Interviews legen nahe, dass Mediziner als sehr einflussreich wahrgenommen werden, auch manche Heimmitarbeiter verstehen sich – im Unterschied zu den Eltern – als Experten und neigen zu gut gemeinten Ratschlägen. Eine Reflexion über Beziehungsmuster, insbesondere unter dem Aspekt informeller Hierarchieebenen und Machtverhältnisse im Multi-Helfersystem könnte fruchtbar sein: Wozu sind hierarchische Helferstrukturen von Nutzen, wo werden sie als einschränkend bewertet? Wie lassen sie sich, falls hinderlich für die Zusammenarbeit, überwinden?
8. Wie können Familien, respektive Eltern angemessen in die Zusammenarbeit integriert werden, ohne dass die Entwicklung der beeinträchtigten Person im Hinblick auf Selbstständigkeit und Selbstbestimmung gehemmt wird? Mit Blick auf das Konzept der bezogenen Individuation (Stierlin, 2003) erhebt sich die Frage, ob Begegnungen zwischen Familie, Heim, Klinik und Bewohner möglicherweise sogar genutzt und von professionellen Helfern gelenkt werden können, damit ein erwachsenen-gerechter Umgang zwischen Eltern und Kind befördert wird?

## 5.5 Was ist neu, was bleibt offen?

Diese Forschungsarbeit unterscheidet sich in mehreren Aspekten von denjenigen Studien, die ich im Verlauf meiner Promotion über herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Intelligenzminderung kennengelernt habe. Zum einen durch den kollaborativen, multiperspektivischen und ansatzweise inklusiven Charakter, erkennbar an der Stichprobe, die bewusst nicht nur aus Fachpersonal, sondern ebenso aus Studienteilnehmern mit Lernschwierigkeiten sowie ihren unterschiedlichen Unterstützern zusammengesetzt war. Zum anderen durch den ko-konstruktiven Charakter, erkennbar daran, dass das umfangreiche Erfahrungswissen verschiedener Akteure zu einer einvernehmlich akzeptierten Strategiensammlung verknüpft wurde.

Was in klinischer Forschung noch eher die Ausnahme denn die Regel darstellt, sind qualitative, hypothesengenerierende Studien – noch dazu, wenn sie im Sinne eines induktiven Zugangs unvoreingenommen und unbeeinflusst von theoretischen Konstrukten und Modellvorstellungen dasjenige Handlungswissen generieren, was „im Feld“, sprich in den Beziehungskontexten und im Umgang mit krisenhaften Situationen tatsächlich vorhanden und angewendet wird. Diese Zugangsweise schafft Erkenntnisse, die konkret, anschaulich und praxisnah sind.

Diese systemisch ausgerichtete Studie interessierte sich nicht für monokausale Ursache-Wirkungs-Analysen. Stattdessen fokussierte sie auf interpersonelle Prozesse, sprich die gemeinschaftliche Bewältigung von Problemen. Sie verfolgte den Anspruch, lösungsorientierte Erkenntnisse zu liefern, mit denen der Handlungsspielraum von Menschen in herausfordernden Situationen auf günstige Weise erweitert werden kann. Auch in der Ausrichtung der Forschung unterscheidet sich diese Studie demnach von vielen anderen psychiatrisch verorteten Forschungsprojekten.

Neuartig sind die Ergebnisse insofern, als dass mit dem SMILE-Konzept sowohl ein differenziertes Präventiv- als auch ein Interventionsmodell bei herausforderndem Verhalten geschaffen wurde: es bietet nicht nur ein detailliertes, abgestuft anwendbares Knowhow für die Interaktion in Krisensituationen, sondern offeriert ebenso ein breites Handlungswissen zur Vermeidung von Krisen oder dysfunktionalen Verhaltensmustern und zur Gestaltung günstiger Beziehungen zwischen Personen mit Intelligenzminderungen und ihren Unterstützern, wie es von Willems und Kollegen (2016) eingefordert wird.

Einschränkend soll betont werden, dass die Interviewstudie sich allein auf die Zusammenarbeit im Multi-Helfersystem konzentriert, genauer auf die Interaktion und Beziehungsgestaltung zwischen Personen mit Intelligenzminderungen und deren familiären, gesetzlichen, psychosozialen und medizinischen Helfern. Das SMILE-Konzept kann das Spektrum individuumzentrierter Therapieansätze zur Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten durchaus bereichern, sollte aber keinesfalls als Konkurrenz oder Ersatz für (psycho-)therapeutische Maßnahmen missverstanden werden. Es bietet auch trotz des makrosystemischen Blicks weder strategische Überlegungen auf gesellschaftlicher Ebene (z. B. Anti-Stigmatisierungs-Programme) noch auf kultureller Ebene (z. B. inklusive Freizeit- und Urlaubsangebote), nicht auf politischer Ebene (z. B. Mindestlohn-Debatte bei Menschen mit Behinderungen) und nicht in Bezug auf das Gesundheitswesen (z. B. gleichberechtigter Zugang zu medizinischen oder therapeutischen Leistungen).

Die Stichprobe umfasste Personen mit unterschiedlichen Graden an Entwicklungsstörungen. Dennoch waren schwerpunktmäßig Menschen mit leicht- bis mittelgradigen Intelligenzminderungen involviert. Offen bleibt daher, ob die Strategien-Sammlung gleichermaßen das Handlungswissen in Bezug auf Menschen mit schweren oder schwersten kognitiven Beeinträchtigungen abbildet. Dafür sollten Folgestudien bessere Zugangswege zur Erfahrungswelt von schwergradig entwicklungsgestörten Personen wählen.

Eine offene Frage kreist um die Erkenntnisse selbst: Das Handlungswissen der beteiligten Personengruppen wurden bewusst in Form einer Sammlung bzw. eines ‚Baukastens‘ aufbereitet, nicht aber auf den kleinsten gemeinsamen Nenner gekürzt. Diese Entscheidung resultierte aus der Idee, das Handlungsspektrum der Akteure auf anregende Weise erweitern zu wollen. Vor dem Hintergrund des Baukasten-Prinzips ist zu erwarten, dass sich Helfer mit unterschiedlicher Präferenz für oder gegen die Auswahl bestimmter Strategien entscheiden. Unklar bleibt, wie das Wissen um den Einsatz bestimmter Strategien generiert wird und welche Faktoren darüber bestimmen, ob eine Strategie Bedeutung erlangt oder nicht. Vorstellbar ist, dass sich die Wahl einer Strategie an der individuellen Symptomatik, dem Behinderungsgrad oder dem Entwicklungsniveau der betreffenden Person orientiert. Einflussreich sind vermutlich auch die persönlichen Wertvorstellungen sowie das Fach- und Erfahrungswissen auf Helferseite. Blickt man auf größere Systeme, stellt sich die Frage, inwiefern die Strategieauswahl auch vom Agieren anderer Helfer, letztlich auch von institutionellen, kulturellen, gesellschaftlichen oder gesundheitspolitischen Bedingungen unterstützt oder limitiert wird. Mittlerweile haben einige berufliche Helfer die aus den Befunden entwickelte Checkliste angefordert mit der Idee, sie in Fallgesprächen und Supervisionen einzusetzen. Bisher liegen keine Rückmeldungen darüber vor, wie gewinnbringend die Liste für Reflexionen in Multi-Helferkontexten tatsächlich ist, vorstellbar und wünschenswert ist jedoch, dass sie zum Einsatz kommt, um fruchtbare Diskussionen über das Für und Wider einzelner Handlungs-Strategien im individuellen Fall oder im spezifischen Helfer-Team anzuregen.

Die offenen Themen und Fragen laden zu Folgestudien ein, mit denen das Wissen um ein gelingendes Miteinander von Menschen mit Intelligenzminderungen und ihren vielfältigen Unterstützern weiter ausgebaut wird.

„Alles Wissen und alle Vermehrung unseres Wissens  
endet nicht mit einem Schlusspunkt, sondern mit einem Fragezeichen.“  
(Hermann Hesse)

## 6 ZUSAMMENFASSUNG

Menschen mit Intelligenzminderung und psychischer Störung stehen gemeinsam mit ihren Unterstützern im Mittelpunkt dieser Forschungsarbeit. Die Lebenswelt der Betroffenen ist aufgrund der angeborenen kognitiven, sprachlichen und emotionalen Entwicklungsstörungen sowie der damit einhergehenden Beeinträchtigungen adaptiven Verhaltens meist durch zahlreiche Behinderungen und Barrieren gekennzeichnet. Für intellektuell eingeschränkte Personen ist das Risiko, im Laufe ihres Lebens eine psychische Störung zu entwickeln, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um ein Drei- bis Vierfaches erhöht. Mindestens jeder fünfte Betroffene weist eine psychische Störung auf, die Häufigkeit bedeutsamer Verhaltensstörungen wird mit bis zu 40% angegeben. Insbesondere aggressive Verhaltensstörungen führen vermehrt zu einer stationären Einweisung und erschweren die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Die vorliegende Studie geht aus einem größeren, zwischenzeitlich abgeschlossenen Praxisforschungsprojekt mit dem Titel ‚Systemtherapeutische Methoden in der psychiatrischen Akutversorgung von Menschen mit geistiger Behinderung‘ (SYMPA-GB) hervor. Das SYMPA-GB-Projekt setzte sich aus zwei Teilen zusammen: erstens einer mehrjährigen systemischen Weiterbildung, basierend auf dem empirisch bewährten, nachhaltig wirksamen Trainingsprogramm für allgemeinspsychiatrische Kontexte (SYMPA), zweitens einer multimethodischen Begleitforschung, welche vornehmlich der Frage nachging, wie sich verschiedene Facetten der seelischen Gesundheit von Patienten und SYMPA-geschulten Mitarbeitern über die Zeit und im Vergleich mit einer Kontrollgruppe entwickelten.

Die der Dissertation zugrunde liegende Studie fokussierte auf kognitiv beeinträchtigte Menschen, die in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe lebten und sich aufgrund stark herausfordernden Verhaltens bereits mehrmals oder längere Zeit in stationär-psychiatrischer Behandlung befanden. Das übergeordnete Ziel bestand in einer Analyse der Beziehungswelten und Kooperationen im Multi-Helfersystem. Dabei wurden die Systeme Familie, gesetzliche Betreuung, Heim sowie Psychiatrie mit Ambulanz und Station berücksichtigt. Drei Fragestellungen waren forschungsleitend: Welche Spannungsfelder werden im Zusammenwirken der Beteiligten offensichtlich? Welches Handlungswissen dient den Akteuren dazu, aggressiv-escalierende Interaktionen zu bewältigen oder zu vermeiden? Inwiefern entsprechen die von den Helfern eingesetzten Handlungsstrategien systemischen Theorien oder Praktiken?

Für die Bearbeitung wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt, die Annäherung an den Forschungsgegenstand erfolgte über Leitfaden-Interviews mit den Helfern sowie den intellektuell beeinträchtigten Personen. Interviewfragen bezogen sich auf die zwischenzeitliche Entwicklung des Betreffenden, die Beziehungen und Kooperationen im Helfernetz sowie das jeweilige Verhalten im Kontext aggressiver Vorfälle. Innerhalb der 2,5-jährigen Erhebungsphase wurden mit jedem Interviewpartner bis zu vier Interviews geführt.

Insgesamt nahmen 67 Personen an der Studie teil, davon 14 Personen mit Intelligenzminderungen unterschiedlichen Schweregrades. Ein zwischenzeitlicher Drop-Out war nicht zu verzeichnen. Der Datensatz bestand aus ca. 125 Stunden Textmaterial aus 188 Interviews. Dieses wurde via PC-gestützter qualitativer Inhaltsanalyse in ein Kategoriensystem über-

führt, welches sämtliche Strategien für ein gelingendes, möglichst konfliktarmes Miteinander von Personen mit Intelligenzminderung und deren Helfern abbildet. Das Kategoriensystem erreichte eine sehr gute Inter-Raterreliabilität.

Es wurden 30 interpersonelle Strategien ermittelt, die hinsichtlich Haltung, Kontakt, Kommunikation und Kontext generell zu einem gelingendem Miteinander von Personen mit Intelligenzminderung und ihren Unterstützern beitragen. Weitere 13 Strategien konzentrieren sich auf kritische Situationen und spezifizieren, wie eine Eskalation vermieden, entschärft oder im Nachhinein aufgearbeitet wird. Differenzierte Analysen zur Gültigkeit belegen, dass die ermittelte Strategiensammlung als valide eingestuft werden kann.

Die dargestellten Bedingtheiten, Kontroversen oder Ambivalenzen innerhalb oder zwischen einzelnen Strategien illustrieren mögliche Spannungsfelder in der Zusammenarbeit, so zum Beispiel das Pendeln zwischen der Entwicklung von Förderplänen und Zielvereinbarungen einerseits und der Akzeptanz von Barrieren und Grenzen in der Entwicklung andererseits. Oder das Abwägen zwischen dem Nutzen, die Eltern in die Zusammenarbeit zu integrieren, und dem Auftrag, die Autonomie und Selbstbestimmung der eingeschränkten Person zu unterstützen. Auch das Anliegen von Heimmitarbeitern, die stationäre Einweisung eines Heimbewohners möglichst zu vermeiden, obwohl selbst Helfer und Mitbewohner unmittelbar davon profitieren, vermag das eigene Handeln und die Zusammenarbeit zu erschweren.

Viele Strategien können mit systemischen Denk- und Handlungsansätzen verknüpft werden. Dazu gehören die Akzeptanz subjektiver Wirklichkeiten und differierender System-Welten, die Sinnhaftigkeit von Problemverhalten, das Klären und Verhandeln von (gegenseitigen) Anliegen, die selbstreflexive Haltung im Hinblick auf Wechselwirkungen, die Fokussierung auf Ressourcen und Stärken von Betroffenen und Helfern sowie die Einstellung, zwischen allen Beteiligten für Transparenz, Mitbestimmung und einen wertschätzenden Austausch von Expertise zu sorgen.

Für die Anwendung im fachlichen Diskurs erhielt die Strategien-Sammlung den Titel „SMILE: Systemisch-inspirierte Methoden für die Interaktion und Lösung von Eskalationsmustern.“ SMILE kann als Anregung für die inhaltliche und thematische Ausgestaltung von systemisch ausgerichteten Weiterbildungsprogrammen wie SYMPA-GB dienen. Diskussionswürdige Themen sind beispielsweise der Ablösungsprozess von Menschen mit Assistenzbedarf im Hinblick auf eine bezogene Individuation, die Verteilung von Einfluss, Macht und Expertise im Multi-Helfersystem in Verbindung mit Wertschätzung und dem Prinzip „Augenhöhe“ sowie die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Intelligenzminderungen an einer fallbezogenen Zusammenarbeit unter Berücksichtigung ihrer kognitiven und sprachlichen Barrieren.

Neuartig ist das SMILE-Konzept dadurch, dass es für den Bereich Intelligenzminderung – unabhängig von Schweregrad, Störungsbild oder Helferrolle – sowohl ein präventives Modell zur Beziehungsgestaltung als auch ein interventives Konzept zur Krisenbewältigung bereitstellt, entwickelt aus der alltäglichen und kollektiven Handlungspraxis von Betroffenen sowie deren familiären wie beruflichen Helfern. Eine besondere Stärke liegt in der detaillierten Darstellung nützlicher Handlungsstrategien für die Zusammenarbeit im Multi-Helfersystem an den Schnittstellen zwischen Familie, Heim und Psychiatrie. Die aus dem SMILE-Konzept hervorgegangene Checkliste kann in gemeinsamen Fallgesprächen als Anregung dienen, um die persönlichen Stellschrauben für ein gelingendes Miteinander zu reflektieren und das eigene oder kollektive Handlungsspektrum bei Problemen oder Krisen zu erweitern.

## 7 LITERATURVERZEICHNIS

- Aktion Mensch (2019). **Info-Grafik "Exklusion-Integration-Inklusion."** URL: <https://www.aktion-mensch.de/dafuer-stehen-wir/das-bewirken-wir/kampagnen/service/downloads.html> [Stand 4.3.2019].
- Allen, D., Langthorne, P., Tonge, B., Emerson, E., McGill, P., Fletcher, R., Dosen, A. u. Kennedy, C. (2013). **Towards the Prevention of Behavioural and Psychiatric Disorders in People with Intellectual Disabilities.** Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 26, 501-514.
- Anderson, H. (2002). **Therapie als Kooperation sprachlicher Systeme: Das Expertentum der Klienten und der Therapeuten miteinander verbinden.** In: Systemische Praxis der Psychiatrie, Hrsg. Greve, N. und Keller, T., Carl Auer, Heidelberg, S. 98-122.
- Anderson, H. und Goolishian, H. (1992). **Der Klient ist Experte: Ein therapeutischer Ansatz des Nicht-Wissens.** Zeitschrift für systemische Therapie 10, 176–189.
- Anslow, K. (2013). **Systemic family therapy using the reflecting team: the experiences of adults with learning disabilities.** British Journal of Learning Disabilities 42, 236-243.
- Antonovsky, A. und Sourani, T. (1988). **Family sense of coherence and family adaptation.** Journal of marriage and the family 50, 79-92.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2014). **S2k Praxisleitlinie Intelligenzminderung.** URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/028-042l\\_S2k\\_Intelligenzminderung\\_2014-12\\_verlaengert\\_01.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-042l_S2k_Intelligenzminderung_2014-12_verlaengert_01.pdf) [Stand 27.7.2019].
- Asen, E. (2019). **Mentalisieren statt Zuschlagen: Systemische Praxis bei familiärer Gewalt.** Persönliche Mitschrift zu einem Seminar am Helm-Stierlin-Institut, Heidelberg.
- Asen, E. u. Fonagy, P. (2010). **Mentalisierungsbasierte Familientherapie.** Psychotherapie im Dialog 3, S. 239-243.
- Baum, S. und Lynggaard, H. (2006). **Intellectual Disabilities. A Systemic Approach.** Karnac, London.
- Baum, S. und Steel, J. (2019). **Engaging People with Learning Disabilities in Family and Network Meetings.** Red Globe Press, London. S. 249-253.
- Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (2017): **UN-Behindertenrechtskonvention.** Eigendruck des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Bonn.
- Biewer, G. (2017). **Grundlagen der Heilpädagogik und Inklusiven Pädagogik (3. Aufl.).** Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn.
- Bock, T. und Kluge, U. (2017). **Der sich und anderen helfende Mensch.** In: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie, Hrsg. Dörner, K., Plog, U., Bock, T., Brieger, P., Heinz, A. und Wendt, F., 24. Aufl., Psychiatrie-Verlag, Köln, S. 31-90.
- Borcsa, M., Broda, M., Köllner, V., Schauenburg, H., Schweitzer, J., Senf, W., Stein, B. und Wilms, B. (2008). **Geistige Behinderung,** Psychotherapie im Dialog 9 (2).
- Borst, U. (2014). **Psychiatrie.** In: Systemische Therapie und Beratung – das große Lehrbuch, Hrsg. Levold, T. und Wirsching, M., Carl-Auer, Heidelberg, S. 459-463.

- Bortz, J. und Döring, N. (2006). **Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler (4. Aufl.)**. Springer, Heidelberg.
- Boszormenyi-Nagy, I. und Spark, G.M. (2006). **Unsichtbare Bindungen: Die Dynamik familiärer Systeme**. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Bronfenbrenner, U. (1986). **Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives**. *Developmental Psychology* 22, 723-742.
- Bundesamt für Justiz (2018). **Betreuung**. URL: [https://www.bundesjustizamt.de/DE/Themen/Buergerdienste/Justizstatistik/Betreuung/Betreuung\\_node.html](https://www.bundesjustizamt.de/DE/Themen/Buergerdienste/Justizstatistik/Betreuung/Betreuung_node.html). [Stand: 30.12.2018].
- Buscher, M. (2018). Persönliche Mitteilung.
- Buscher, M. und Hennicke, K. (2017). **Psychische Störungen bei Kinder und Jugendlichen mit Intelligenzminderung**. Carl Auer, Heidelberg.
- Cardone, D. und Hilton, A. (2006). **Engaging people with intellectual disabilities in systemic therapy**. In: *Intellectual disabilities: A Systemic Approach*, Hrgs. Baum, S. und Lynggaard, H., Karnac, London, S. 83-99.
- Carter, B. und McGoldrick, M. (1988). **The Changing Family Life Cycle. A Framework for Family Therapy**. Gardner, New York.
- Cecchin, G. (1988). **Zum gegenwärtigen Stand von Hypothesisieren, Zirkularität und Neutralität – eine Einladung zur Neugier**. *Familiendynamik* 13(3), 190-203.
- Cecchin, G., Lane, G. und Ray, W. A. (2010). **Respektlosigkeit: Provokative Strategien für Therapeuten (5. Aufl.)**. Carl Auer, Heidelberg.
- Cho, J. Y. und Lee, E. (2014). **Reducing Confusion about Grounded Theory and Qualitative Content Analysis: Similarities and Differences**. *The Qualitative Report* 19(32), 1-20.
- Comer, R. C. (2001). **Klinische Psychologie**. Spektrum, Heidelberg, Berlin.
- Cooper, S.-A., Smiley, E., Morrison, J., Allan, L. und Williamson, A. (2007). **Prevalence of and associations with mental ill-health in adults with intellectual disabilities**. *British Journal of Psychiatry* 190, 27-35.
- Cooper, S.-A., Smiley, E., Jackson, A., Finlayson, J., Allan, L., Mantry, D., und Morrison, J. (2009a). **Adults with intellectual disabilities: prevalence, incidence and remission of aggressive behaviour and related factors**. *Journal of Intellectual Disabilities Research* 53, 217–232.
- Cooper, S.-A., Smiley, E. und Allan, L. (2009b). **Adults with intellectual disabilities: prevalence, incidence and remission of self-injurious behaviour and related factors**. *Journal of Intellectual Disabilities Research* 53, 200–216.
- Crocker, A. G., Mercier, C., Lachapelle, Y., Brunet, A., Morin, D. und Roy, M.-E. (2006). **Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disability**. *Journal of Disability Research* 50, 652-661.
- Deissler, K. G. (2002). **Psychiatrische Sprachspiele: von Objekten-in-Behandlung zu Personen-in-Verhandlung**. In: *Systemische Praxis der Psychiatrie*, Hrg. Greve, N. und Keller, T., Carl Auer, Heidelberg, S. 80-97.

- Dekker-van der Sande, F. und Sterkenburg, P. S. (2019). **Mentalisieren ist erlernbar: Einführung in die mentalisierungsbasierte Förderung.** In: Psychische Gesundheit bei intellektueller Entwicklungsstörung. Ein Lehrbuch für die Praxis, Hrsg. Sappok, T., Kohlhammer, Stuttgart, S. 440-448.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005). **Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Deutschsprachige Übersetzung.** URL: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/> [Stand: 29.12.2018].
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2017). **ICD-10-GM Version 2017. Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). Intelligenzstörung (F70-F79).** URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2017/-block-f70-f79.htm> [Stand: 31.12.2018].
- Dilling, H., Mombour, W. und Schmidt, M.H. (2015). **Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien (10. Aufl.).** Hogrefe, Göttingen.
- Döring, N. und Bortz, J. (2016). **Forschungs- und Wissenschaftsethik.** In: Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften, Hrsg. Döring, N. und Bortz, J., Springer, Berlin Heidelberg New York, S. 121-142.
- Dörner (2017). **Wege der Psychiatrie (Psychiatriegeschichte).** In: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie, Hrsg. Dörner, K., Plog, U., Bock, T., Brieger, P., Heinz, A. und Wendt, F., 24. Aufl., Psychiatrie-Verlag, Köln, S. 687-714.
- Došen, A. (2010). **Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung: Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene.** Hogrefe, Göttingen.
- Došen, A., Gardner, W. I., Griffiths, D. M., King, R. und Lapointe, A. (2010). **Praxisleitlinien und Prinzipien - Assessment, Diagnostik, Behandlung und Unterstützung für Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten - Europäische Edition.** Materialien der DGSG, Band 21. Eigenverlag, Berlin.
- Durrant, M. (1999). **Auf die Stärken kannst du bauen. Lösungsorientierte Arbeit in Heimen und anderen stationären Settings (2. Aufl.).** Borgmann, Dortmund.
- Emerson, E. (1995). **Challenging Behaviour: Analyses and Intervention in People with learning disabilities.** Cambridge University Press, Cambridge.
- Emerson, E. und Bromley, J. (1995). **The form and function of challenging behaviours.** Journal of Intellectual Disability Research 39(5), 388-398.
- Emerson, E., Moss, S. C. und Kiernan, C. K. (1999). **The relationship between challenging behaviour and psychiatric disorders in people with severe intellectual disabilities.** In: Psychiatric and Behavioural Disorders in Mental Retardation, Hrsg. Bouras, N., Cambridge University Press, Cambridge, S. 38-48.
- Engel, G. L. (1977). **The need for a new medical model: A challenge for biomedicine.** Science 196, 129-136.
- Falkai, P. und Wittchen, H.-U. (2015). **Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5.** Hogrefe, Göttingen.
- Flick, U. (2014). **Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. (6. Aufl.).** Rowohlt, Reinbek bei Hamburg.

- 
- Flick, U. (2015). **Konstruktivismus**. In: Qualitative Forschung, Hrsg. Flick, U., von Kardorff, E. und Steinke, I., 11. Aufl., Rowohlt, Reinbek bei Hamburg, S. 150-164.
- Fonagy, P. (1991). **Thinking about thinking. Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient**. The International Journal of Psychoanalysis, 72 (4), 639-656.
- Fredman, G. (2014). **Weaving Net-works of Hope with Families, Practitioners and Communities: Inspirations from Systemic and Narrative Approaches**. Australian and New Zealand Journal of Family Therapy 35, 54-71.
- Fredman, G., Papadopoulou, A. und Worwood, E. (2018). **Collaborative Consultation in Mental Health. Guidelines for the New Consultant**. Routledge, London.
- Friese, S. (2009). **ATLAS.ti: Creating a Code Hierarchy**. URL: [http://downloads.atlasti.com/library/Friese\\_2009-09\\_5.pdf](http://downloads.atlasti.com/library/Friese_2009-09_5.pdf) [Stand 6.3.2019].
- Friese, S. (2017). **ATLAS.ti 8 ©**. ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH, Berlin.
- Friese, S. (2019). **ATLAS.ti Video Blog**. URL: <https://www.youtube.com/user/FrieseATLAsTi> [Stand 6.3.2019].
- Gaese, F. (2014). **Intelligenzminderung**. In: Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen, Hrsg. Schanze, C., Schattauer, Stuttgart, S. 216-232.
- Gaese, F. und Wehmeyer, M. (2018). **Systemische Therapie**. In: Psychische Gesundheit bei intellektueller Entwicklungsstörung. Ein Lehrbuch für die Praxis. Hrsg. Sappok, T., Kohlhammer, Stuttgart, S. 387-391.
- Greve, N. (2002). **Sechs Vorschläge für professionelle HelferInnen in psychiatrischen Diensten und Einrichtungen**. In: Systemische Praxis der Psychiatrie, Hrsg. Greve, N. und Keller, T., Carl Auer, Heidelberg, S. 278-295.
- Haley, J. (1980). **Ablösungsprobleme Jugendlicher. Familientherapie – Beispiele – Lösungen**. Pfeiffer, München.
- Hassiotis, A. (2017). **11th European Congress Mental Health in Intellectual Disability: Better Mental Health for People with Intellectual Disability. Abstract Book**. Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities 10 (S1).
- Häßler, F. und Häßler, G. (2005). **Geistig Behinderte im Spiegel der Zeit: Vom Narrenhäusl zur Gemeindepsychiatrie**. Thieme, Stuttgart.
- Haun, M. W., Kordy, H., Ochs, M., Zwack, J. und Schweitzer, J. (2013). **Family systems psychiatry in an acute in-patient setting: The implementation and sustainability 5 years after its introduction**. Journal of Family Therapy 35(2), 159-175.
- Hemmings, C. P., Gravestock, S., Pickard, M. und Bouras, N. (2006). **Psychiatric symptoms and problem behaviours in people with intellectual disabilities**. Journal of Intellectual Disability Research 50(4), 269–276.
- Hennicke, K. (2011). **Erscheinungsformen auffälligen Verhaltens. Wozu macht es Sinn, diese zu unterscheiden?** In: Verhaltensauffälligkeiten, Problemverhalten, Psychische Störungen - Herausforderungen für die Praxis, Hrsg. Hennicke, K., Materialien der DGSG, Band 25., Eigenverlag, Berlin, S. 5-35.
-

- Hermes, V. (2017). **Beratung und Therapie bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung. Das Praxishandbuch mit systemisch-ressourcenorientiertem Hintergrund.** Hogrefe, Göttingen.
- Imber-Black, E. (2006). **Familien und größere Systeme. Im Gestrüpp der Institutionen (5. Aufl.)**. Carl Auer, Heidelberg.
- Juul, J. (2006). **Was Familien trägt.** Kösel, München.
- Keen, D. und Knox, M. (2004). **Approach to challenging behaviour: a family affair.** Journal of Intellectual & Developmental Disability, 29(1), 52–64.
- Kittmann, N. und Krüger, G. (2014). **Bedeutung pädagogischer Arbeit.** In: Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung: Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und –pädagogen, Hrsg. Schanze, C., 2. Aufl., Schattauer. Stuttgart, S. 369-375.
- Klauß, T. (2000). **Lebensgeschichte von Menschen mit geistiger Behinderung im Beziehungsgeflecht von Familie und Heim.** Vortrag bei der Fachtagung der Fachschule für Sozialpädagogik, Schwarzach. URL: [https://www.ph-heidelberg.de/fileadmin/user\\_upload/wp/-klauss/lebensgeschichte.pdf](https://www.ph-heidelberg.de/fileadmin/user_upload/wp/-klauss/lebensgeschichte.pdf) [Stand: 1.3.2019].
- Klauß, T. (2006). **Was ‚bewegt‘ Menschen, deren Verhalten uns auffällt? Sichtweisen und pädagogische Konsequenzen.** Vortrag bei der Fachtagung der Fachschule für Sozialpädagogik, Schwarzach. URL: [https://www.ph-heidelberg.de/fileadmin/user\\_upload/wp/klauss/-Verhalten\\_Bewegung.pdf](https://www.ph-heidelberg.de/fileadmin/user_upload/wp/klauss/-Verhalten_Bewegung.pdf) [Stand: 1.3.2019].
- Klauß, T. und Wertz-Schönhagen, P. (1993). **Behinderte Menschen in Familie und Heim. Grundlagen der Verständigung und Möglichkeiten der Kooperation zwischen Eltern und Betreuern.** Juventa, Weinheim Basel.
- Klauß, T., Terfloth, K., Niehoff, U. und Buckenmaier, S. (2016). **Zielperspektive Inklusion - Wohnen und Teilhaben im Gemeinwesen.** In: Inklusion -Wohnen - Sozialraum. Grundlagen des Index für Inklusion zum Wohnen in der Gemeinde, Hrsg. Terfloth, K., Niehoff, U., Klauß, T. und Buckenmaier, S., Lebenshilfe Verlag, Marburg, S. 24-40.
- König, J. und Schibrowski, M. (2013). **FEM – Freiheitseinschränkende Maßnahmen: Gesetzliche Grundlagen, Praxisbeispiele, Alternativen.** Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- Krapp, A. und Weidenmann, B. (2001). **Pädagogische Psychologie. Ein Lehrbuch (4. Aufl.)**. Beltz, Weinheim.
- Lamnek, S. und Krell, C. (2016). **Qualitative Sozialforschung.** Beltz, Weinheim Basel.
- Levold, T. (2014a). **Kooperation und multiprofessionelle Zusammenarbeit im Hilfesystem: Chancen und Hindernisse.** In: Systemische Therapie und Beratung – das große Lehrbuch, Hrsg. Levold, T. und Wirsching, M., Carl Auer, Heidelberg, S. 281-285.
- Levold, T. (2014b). **Helferkonferenzen.** In: Systemische Therapie und Beratung – das große Lehrbuch, Hrsg. Levold, T. und Wirsching, M., Carl Auer, Heidelberg. S. 285-287.
- Lieb, K., Frauenknecht, S. und Brunnhuber, S. (2016). **Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie (8. Aufl.)**. Elsevier, München.
- Lynnggaard, H. und Baum, S. (2006). **So how do I...?** In: Intellectual disabilities: A Systemic Approach, Hrsg. Baum, S. und Lynnggaard, H., Karnac, London. S. 185-202.

- 
- Mayring, P. (2002). **Einführung in die qualitative Sozialforschung. (5. Aufl.)**. Beltz, Weinheim.
- Mayring, P. (2015). **Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. (12. Aufl.)**. Beltz, Weinheim.
- McDonnell, A. (2010). **Managing Aggressive Behaviour in Care Settings: Understanding and Applying Low Arousal Approaches**. Wiley-Blackwell, Chichester.
- Meier, S. und Deinert, H. (2016). **Handbuch Betreuungsrecht (2. Aufl.)**. C.F. Müller, Heidelberg.
- Moskau, G. und Müller, G. (2002): **Virginia Satir - Wege zum Wachstum. (3. Aufl.)**. Junfermann, Paderborn.
- Myers, D.G. (2013). **Intelligenz**. In: Psychologie, Hrsg. Myers, D.G., 3. Aufl., Springer, Berlin Heidelberg New York. S. 399-436.
- Nagy, E., Gaese, F., Wehmeyer, M. und Schweitzer, J. (2017). **SYMPA-ID – a family systems psychiatry program in intellectual disability**. Posterpräsentation auf der International Systemic Research Conference, Heidelberg.
- Naumann, H. (2008). **Die Sicht auf die ganze Familie. Unterstützung, Beratung und Therapie für Familien mit geistig behinderten Kindern**. Psychotherapie im Dialog 2, 125-131.
- Neuhäuser, G. und Steinhausen, H.-C. (2013). **Epidemiologie, Risikofaktoren und Prävention**. In: Geistige Behinderung. Grundlagen, Erscheinungsformen und klinische Probleme, Behandlung, Rehabilitation und rechtliche Aspekte, Hrsg. Neuhäuser, G, Steinhausen, H.-C., Häßler, F. und Sarimski, K., 4. Aufl., Kohlhammer, Stuttgart, S. 15-29.
- Neuhäuser, G., Steinhausen, H.-C., Häßler, F. und Sarimski, K. (2013). **Geistige Behinderung. Grundlagen, Erscheinungsformen und klinische Probleme, Behandlung, Rehabilitation und rechtliche Aspekte (4. Aufl.)**. Kohlhammer, Stuttgart.
- Omer, H. und Streit, P. (2018). **Neue Autorität: Das Geheimnis starker Eltern**. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen.
- Parker, J. (2019). **Playing with perspectives to invite wonder and curiosity: Consultation with staff supporting people with intellectual disabilities**. In: Collaborative Consultation in Mental Health. Guidelines for the New Consultant, Hrsg. Fredman, G., Papadopoulou, A. und Worwood, E., Routledge, London.
- Pörtner, M. (2000). **Ernstnehmen – Zutrauen – Verstehen. Ein personzentriertes Alltagskonzept für den Umgang mit psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung**. Materialien der DGSGB, Band 2. Eigenverlag, Berlin.
- Pote, H. (2006). **The practitioner's position in relation to systemic work in intellectual disability contexts**. In: Intellectual Disabilities: A Systemic Approach, Hrsg. Baum, S. und Lynggaard, H., Karnac, London, S. 164-184.
- Retzer, A. (2003). **Systemische Familientherapie der Psychosen**. Hogrefe, Göttingen.
- Retzlaff, R. (2008). **Spiel-Räume. Lehrbuch der systemischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen**. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Retzlaff, R. (2010). **Familien-Stärken. Behinderung, Resilienz und systemische Therapie**. Klett-Cotta, Stuttgart.
-

- Rhodes, P., Whatson, L., Mora, L., Hansson, A., Brearley, K. und Dikian, J. (2011). **Systemic Hypothesising for Challenging Behaviour in Intellectual Disabilities: A Reflecting Team Approach.** The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 32(1), 70-82.
- Riemann, F. (1991). **Grundformen der Angst: Eine tiefenpsychologische Studie.** Ernst Reinhardt, München.
- Rikberg Smyly, S. (2006). **Who needs to change? Using systemic ideas when working in group homes.** In: Intellectual Disabilities: A Systemic Approach, Hrsg. Baum, S. und Lynggaard, H., Karnac, London, S. 142-163.
- Rober, P. (2019). **Die Komplexität des Zuhörens in der Familientherapie.** Kontext: Zeitschrift für systemische Perspektiven, 50 (1), 8-25.
- Ruf, G. D. (2005). **Systemische Psychiatrie.** Klett-Cotta, Stuttgart.
- Sappok, T. (2019a). **Psychische Gesundheit und intellektuelle Entwicklung.** In: Psychische Gesundheit bei intellektueller Entwicklungsstörung. Ein Lehrbuch für die Praxis, Hrsg. Sappok, T., Kohlhammer, Stuttgart, S. 22-27.
- Sappok, T. (2019b). **Der Mensch liefert den Kontext: Gespräche über das Leben und die Behinderung.** In: Psychische Gesundheit bei intellektueller Entwicklungsstörung. Ein Lehrbuch für die Praxis, Hrsg. Sappok, T., Kohlhammer, Stuttgart, S. 31-77.
- Sappok, T. und Zepperitz, S. (2016). **Das Alter der Gefühle: Über die Bedeutung der emotionalen Entwicklung bei geistiger Behinderung.** Hogrefe, Göttingen.
- Sappok, T., Zepperitz, S., Barrett, B. F. und Došen, A. (2018). **SEED: Skala der Emotionalen Entwicklung – Diagnostik.** Hogrefe, Göttingen.
- Sappok, T., Georgescu D. und Weber, G. (2019). **Intellektuelle Entwicklungsstörung – Überlegungen zur Begrifflichkeit.** In: Psychische Gesundheit bei intellektueller Entwicklungsstörung. Ein Lehrbuch für die Praxis, Hrsg. Sappok, T., Kohlhammer, Stuttgart, S. 15-21.
- Satir, V. (2010). **Kommunikation, Selbstwert, Kongruenz. Konzepte und Perspektiven familientherapeutischer Praxis. (8. Aufl.).** Junfermann, Paderborn.
- Satir, V. (2019). **Mein Weg zu dir. Kontakt finden und Vertrauen gewinnen. (16. Aufl.).** Kösel, München.
- Schanze, C. (2014). **Intelligenzminderung und psychische Störung – Grundlagen, Epidemiologie, Erklärungsansätze.** In: Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung: Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und –pädagogen, Hrsg. Schanze, C., 2. Aufl., Schattauer. Stuttgart, S. 21-29.
- Schanze, C. (2017). **Der sich und andere behindernde Mensch mit Lernschwierigkeiten.** In: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie, Hrsg. Dörner, K., Plog, U., Bock, T., Brieger, P., Heinz, A. und Wendt, F., 24. Aufl., Psychiatrie-Verlag, Köln, S. 91-134.
- Schanze, C., Koch, S. und Rauch, P. (2014a). **Deeskalations- und Krisenmanagement.** In: Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung: Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und –pädagogen, Hrsg. Schanze, C., 2. Aufl., Schattauer, Stuttgart, S. 428-440.
- Schanze, C., Sappok, T. und Kehrle, M. (2014b). **Verhaltensauffälligkeiten.** In: Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung: Ein Arbeits- und Praxisbuch für

- Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und –pädagogen, Hrsg. Schanze, C., 2. Aufl., Schattauer, Stuttgart, S. 233-246.
- Schlippe, A. von und Schweitzer, J. (2013). **Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I: Das Grundlagenwissen (2. Aufl.)**. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Schmidt, H. und Meir, S. (2014). **Strukturelle und methodologische Besonderheiten in der Diagnostik bei geistig Behinderten**. In: Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung: Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und –pädagogen, Hrsg. Schanze, C., 2. Aufl., Schattauer. Stuttgart, S. 30-33.
- Schneewind, K. (1999). **Familienpsychologie (2. Auflage)**. Kohlhammer, Stuttgart.
- Schultz, A. K. (2009). **Familien im Ablösungsprozess. Der Übergang von Menschen mit geistiger Behinderung in das Wohnen außerhalb des Elternhauses in der Perspektive ihrer Eltern**. Dissertation zur Erlangung des Grades einer Doktorin der Philosophie, Universität Oldenburg.
- Schuster, S. und Sappok, T. (2017). **Wenn ein Verhalten für die Umwelt zur Herausforderung wird – Das Umgangskonzept 2.0**. Teilhabe 2, 70-75.
- Schweitzer, J. (1987). **Therapie dissozialer Jugendlicher. Ein systemisches Behandlungsmodell für Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe**. Juventa, Weinheim München.
- Schweitzer, J. (1989). **Professionelle (Nicht-)Kooperation: Ihr Beitrag zur Eskalation dissozialer Karrieren Jugendlicher**. Zeitschrift für systemische Therapie, 7(4), 247-254.
- Schweitzer, J. und Schumacher, B. (1995). **Die unendliche und endliche Psychiatrie. Zur (De-)Konstruktion der Chronizität**. Carl Auer, Heidelberg.
- Schweitzer, J. und von Schlippe, A. (2009). **Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II: Das störungsspezifische Wissen (3. Aufl.)**. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Schweitzer, J. und Nicolai, E. (2010). **SYMPAthische Psychiatrie. Handbuch systemisch-familienorientierter Arbeit**. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Schweitzer, J. und Ochs, M. (2012). „**Forschung für Systemiker“ oder „systemisch forschen“? Unser Buchtitel als erkenntnistheoretisches Problem und forschungspraktische Herausforderung**. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen. S. 17-31.
- Schweitzer, J. und Zwack, J. (2014). **SYMPAthische Psychiatrie: der Einbezug von Familien und Netzwerkpartnern in die stationäre Behandlungsgestaltung**. Ärztliche Psychotherapie 9, 31-35.
- Schweitzer J., Gaese, F., Nicolai, E., Nagy, E. und Wehmeyer, M. (2019). **Systemische Psychiatrie für Menschen mit geistiger Behinderung (SYMPA-GB): Ein Pilot-Projekt und seine Ergebnisse**. Unveröffentlichter Abschlussbericht für die Heidehofstiftung, Stuttgart.
- Scior, K. und Lynggaard, H. (2006). **New stories of intellectual disabilities: a narrative approach**. In: Intellectual Disabilities: A Systemic Approach, Hrsg. Baum, S. und Lynggaard, H., Karnac, London, S. 100-119.
- Scior, K. und Werner, S. (2016). **Intellectual Disability and Stigma: Stepping Out from the Margins**. Palgrave, Basingstoke.

- Scior, K., Logeswaran, S., Fenn, K., Poole, L. und Richardson, L. (2017). **Standing up for Myself: A group programme designed to help people with learning disabilities feel good about themselves, say no to bad attitudes and actions, and speak up for themselves.** Unveröffentlichtes Material.
- Seidel M. (2014). **Menschen mit Intelligenzminderung in Deutschland: Statistik, Lebenswelten, Hilfesysteme und Sozialrecht.** In: Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung: Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und –pädagogen, Hrsg. Schanze, C., 2. Aufl., Schattauer, Stuttgart, S. 6-17.
- Seidel, M. (2015). **Regelversorgung und ergänzende Spezialangebote im Lichte von inklusiver Gesundheitsversorgung.** In: Grundsätzliche und spezielle Aspekte der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung. Materialien der DGSGGB, Band 35, Hrsg. Seidel, M., Eigenverlag, Berlin, S. 8-14.
- Seidel, M. (2016). **Verhaltensauffälligkeiten: Wege zu ihrem Verständnis und zu ihrer Überwindung im Alltag der Behindertenhilfe - Einführung in das Thema. In: Verhaltensauffälligkeiten: Wege zu ihrem Verständnis und zur Überwindung im Alltag der Behindertenhilfe.** Materialien der DGSGGB, Band 36, Hrsg. Seidel, M., Eigenverlag, Berlin, S. 16-25.
- Seikkula, J. (2002). **Offener Dialog mobilisiert selbst bei schwierigen Psychriatriepatienten die verborgenen Ressourcen.** In: Systemische Praxis in der Psychiatrie, Hrsg. Greve, N. und Keller, T., Carl Auer, Heidelberg. S. 141-162.
- Shazer, S. de (1989). **Wege der erfolgreichen Kurztherapie.** Klett-Cotta, Stuttgart.
- Shazer, S. de (2017). **Worte waren ursprünglich Zauber. Von der Problemsprache zur Lösungssprache. (4. Aufl.).** Carl Auer, Heidelberg.
- Sheehan, R., Hassiotis, A., Walters, K., Osborn, D., Strydom, A. und Horsfall, L. (2015). **Mental illness, challenging behaviour, and psychotropic drug prescribing in people with intellectual disability: UK population based cohort study.** British Medical Journal 351, 1-9.
- Sheehan, R., Strydom, A., Morant, N., Pappa, E. und Hassiotis, A. (2017). **Psychotropic prescribing in people with intellectual disability and challenging behaviour.** British Medical Journal, 358, doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j3896>.
- Simon, F. und Stierlin, H. (1984). **Die Sprache der Familientherapie. Ein Vokabular.** Klett Cotta, Stuttgart.
- Simon, F. B. und Weber, G. (2017). **Vom Navigieren beim Driften. „Post aus der Werkstatt“ der systemischen Therapie (5. Aufl.).** Carl Auer, Heidelberg.
- Speck, O. (2008). **System Heilpädagogik: Eine ökologisch reflexive Grundlegung (6. Aufl.).** Ernst Reinhardt, München.
- Steinke, I. (2015). **Gütekriterien qualitativer Forschung.** In: Qualitative Forschung, Hrsg. Flick, U., von Kardorff, E. und Steinke, I., Rowohlt, Reinbek bei Hamburg, S. 319-331.
- Stierlin, H. (1997). **Zum aktuellen Stand der systemischen Therapie.** Familiendynamik 22 (4), 348-362.
- Stierlin, H. (2003). **Die Demokratisierung der Psychotherapie: Anstöße und Herausforderungen.** Klett Cotta, Stuttgart.

- Strauss, A. und Corbin, J. (1996). **Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung**. Beltz, Weinheim.
- Sydow, K. von, Beher, S., Retzlaff, R. und Schweitzer, J. (2007). **Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie**. Hogrefe, Göttingen.
- Taubner, S. (2015). **Konzept Mentalisieren: Eine Einführung in Forschung und Praxis**. Psycho-sozial-Verlag, Gießen.
- Theunissen, G. (2011). **Verhaltensauffälligkeiten und Parallelbegriffe in Abgrenzung zu psychischen Störungen - Ein Klärungsversuch und Konsequenzen für die Praxis**. In: Verhaltensauffälligkeiten, Problemverhalten, Psychische Störungen - Herausforderungen für die Praxis. Materialien der DGSG, Band 25, Hrsg. Hennicke, K., Eigenverlag, Berlin, S. 36-50.
- Theunissen, G. (2016). **Positive Verhaltensunterstützung. Eine Arbeitshilfe für den pädagogischen Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Lernschwierigkeiten, geistiger Behinderung und autistischen Störungen. (5. Aufl.)**. Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V., Marburg.
- Theunissen, G. (2019). **Positive Verhaltensunterstützung**. In: Psychische Gesundheit bei intellektueller Entwicklungsstörung. Ein Lehrbuch für die Praxis. Hrsg. Sappok, T., Kohlhammer, Stuttgart, S. 379-386.
- Totsika, V., Toogood, S., Hastings, R. P. und Lewis, S. (2008). **Persistence of challenging behaviours in adults with intellectual disability over a period of 11 years**. Journal of Intellectual Disability Research 52, 446-457.
- Tsiouris, J. A., Kim, S. Y., Brown, W. T. und Cohen, I. L. (2011). **Association of aggressive behaviors with psychiatric disorders, age, sex and degree of intellectual disability: a large-scale survey**. Journal of Intellectual Disability Research 55, 636-649.
- Tsirigotis, C. (2014). **Behinderung aus systemischer Perspektive**. In: Systemische Therapie und Beratung – das große Lehrbuch, Hrsg. Levold, T. und Wirsching, M., Carl-Auer, Heidelberg, S. 386-392.
- Tyrer, F., McGrother, C. W., Thorp, C. F., Donaldson, M., Bhaumik, S., Watson, J. M. und Hollin, C. (2006). **Physical aggression towards others in adults with learning disabilities: prevalence and associated factors**. Journal of Intellectual Disability Research 50, 295-304.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E. und Flückinger, C. (2018). **Die Psychotherapie-Debatte: Was Psychotherapie wirksam macht**. Hogrefe, Göttingen.
- Watzlawick, P. (2001). **Vom Unsinn des Sinns oder Vom Sinn des Unsinn (8. Aufl.)**. Piper, München.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. und Jackson, D. D. (2000). **Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien (12. Aufl.)**. Hogrefe, Göttingen.
- Wehmeyer, M. und Gaese, F. (2017). **Systemic Therapy with Intellectually Disabled Psychiatric Patients**. Vortrag auf der International Systemic Research Conference, Heidelberg.
- Werner, A., Voss, E., Salize, H. J., Puschner, B., Stiawa, M., Koch, A. und Schützwohl, M. (2016). **Das Belastungserleben naher Angehöriger von Erwachsenen mit geistiger Behinderung und komorbider psychischer Störung**. Psychiatrische Praxis 43, 380-386.

- Wesuls, R., Heinzmann, T. und Brinker, L. (2005). **Professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa). Praxisleitfaden zum Umgang mit Gewalt und Aggression in den Gesundheitsberufen.** Unfallkasse Baden-Württemberg, Stuttgart.
- White, M. (2010). **Landkarten der narrativen Therapie.** Carl-Auer, Heidelberg.
- Willems, A., Embregts, P., Hendriks, L. und Bosman, A. (2016). **Towards a framework in interaction training for staff working with clients with intellectual disabilities and challenging behaviour.** Journal of Intellectual Disability Research 60 (2), 134-148.
- Winter, C. F. de, Jansen, A. A. C. und Evenhuis, H. M. (2011). **Physical conditions and challenging behavior in people with intellectual disability: a systematic review.** Journal of Intellectual Disability Research 55 (7), 675-698.
- Wirtz, M. und Kutschmann, M. (2007). **Analyse der Beurteilerübereinstimmung für kategoriale Daten mittels Cohens Kappa und alternativer Maße.** Rehabilitation 46, 1-8.
- World Health Organization (WHO) (1992). **The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines (10. Aufl.).** Weltgesundheitsorganisation, Genf.
- World Health Organization (WHO) (2001). **ICF. The International Classification of Functioning, Disability and Health.** Weltgesundheitsorganisation, Genf.
- Zwack, J. und Schweitzer, J. (2008). **Multiprofessionelle systemisch-familientherapeutische Teamweiterbildung in der Akutpsychiatrie: Auswirkungen auf die Teamkooperation und die Mitarbeiterbelastung.** Psychiatrische Praxis 35 (1), 15-20.

## 8 EIGENE VERÖFFENTLICHUNGEN

Gaese, F. und Wehmeyer, M. (2019). **Systemische Therapie**. In: Psychische Gesundheit bei intellektueller Entwicklungsstörung. Ein Lehrbuch für die Praxis. Hrsg. Sappok, T., Kohlhammer, Stuttgart, S. 387-391.

Grötzbach, H. und Schöler, M. (1999). **Rehabilitation bei Sprach- und Sprechstörungen: Grundlagen und Management**. In: NeuroRehabilitation, Hrsg. Frommelt, P. und Grötzbach, H., Blackwell, Berlin, S. 207-236.

Schneider, B., Wehmeyer, M. und Grötzbach, H. (2014). **Aphasie. Wege aus dem Sprachdschungel (6. Aufl.)**. Springer, Berlin Heidelberg New York.

Aus dem Praxisforschungsprojekt SYMPA-GB, welches dieser Dissertationsstudie zugrunde liegt, ist, ist folgende Veröffentlichung hervorgegangen:

Nagy, E., Wehmeyer, M., Gaese, F., Nicolai, E. und Schweitzer-Rothers, J. (2019). **Development of a Direct Aggression and Restriction Observation Checklist (AROC) for Routine Observation in Residential and Inpatient Services for Adults with Intellectual Disabilities**. Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities (12), 71-93.  
DOI: 10.1080/19315864.2019.1595232.

Ein weiterer Aufsatz über die Ergebnisse der Dissertationsstudie ist eingereicht:

Wehmeyer, M. und Schweitzer, J. (eingereicht). **Menschen mit Intelligenzminderung und psychischer Störung: Systemrelevante Strategien zur Reduktion aggressiver Eskalationen**. Psychiatrische Praxis.

## 9 ANHANG

### 9.1 Formulare zur Studienaufklärung

31.08.2015 | Version 3

**SYMPATHISCHE  
Psychiatrie**

SYMPA – Systemtherapeutischer Methoden Psychiatrischer Akutversorgung  
Prof. Dr. Dipl.-Psych. Jochen Schweitzer-Rothers, kommissarischer Leiter des Instituts für Medizinische Psychologie, Bergheimer Str. 20, 69115 Heidelberg, Tel: 0049 (0)6221 56 8152

#### Aufklärung über das Forschungsprojekt SYMPA – GB Für Angehörige und gesetzliche Betreuer

**Was ist SYMPA-GB?**  
SYMPA-GB ist eine Abkürzung und steht für „SYstemtherapeutische Methoden in der Psychiatrischen Akutversorgung von Menschen mit Geistiger Behinderung“  
SYMPA-GB ist ein Forschungsprojekt, in dem Mitarbeiter der Universität, der Klinik sowie aus verschiedenen Wohnheimen zusammenarbeiten. Sie wollen herausfinden, wie die Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung im Wohnheim und der Psychiatrischen Klinik verbessert und die Belastung der Mitarbeiter in Konfliktsituationen verringert werden kann.

Dazu machen Mitarbeiter aus Heimen in Oberbayern und aus der Klinik in Haar zusammen eine Weiterbildung. Dort lernen sie, wie sie mit geistig behinderten Menschen und ihren Angehörigen noch besser zusammenarbeiten können. Die Weiterbildung dauert zwei Jahre (von 2014 bis 2016). In dieser Zeit treffen sich die Teilnehmer viermal pro Jahr für mehrere Tage in Haar. Verschiedene Trainer eines bekannten Instituts aus Heidelberg (Helm-Stierlin-Institut) führen die Weiterbildung durch.

**Wer nimmt an der SYMPA-GB-Weiterbildung teil?**  
Teil nehmen sämtliche Mitarbeiter der Spezialstation des Isar-Amper-Klinikums für Menschen mit geistiger Behinderung und Autismus sowie zahlreiche Mitarbeiter aus acht bayerischen Einrichtungen der Behindertenhilfe: das Franziskuswerk (Schönbrunn), die Regens-Wagner-Stiftung (Hohenwart), die Stiftung Ecksberg (Mühlendorf am Inn), die Einrichtung Dr. Loew (Ebrach), die Stiftung Attl (Wasserburg), das St. Paulus Stift (Neuötting), das Monsignore-Bleyer-Haus (München), die Förderstätte sowie die Wohnstätte der Lebenshilfe München (Putzbrunn).

**Was soll erforscht werden?**  
Ein Forscher-Team der Universität Heidelberg überprüft in verschiedenen Studien, ob sich das Befinden von Heimbewohnern und Mitarbeitern durch die Weiterbildung verbessert.  
Bei zwei der Studien füllen Mitarbeiter regelmäßig Fragebögen aus, bei der neuen, dritten Studie mit dem Titel „Bewohner-Geschichten“ ist auch Ihre Unterstützung von besonderer Bedeutung.

**Worin besteht die Studie „SYMPA Bewohner-Geschichten“?**  
Eine Mitarbeiterin des Forschungsteams möchte sich in der Zeit zwischen Mitte 2015 und Mitte 2017 alle drei Monate mit Ihnen (persönlich oder telefonisch für jeweils ca. 30 min Dauer) unterhalten. Dabei möchte sie sich ein Bild darüber machen, wie es Ihrem Angehörigen bzw. dem von Ihnen betreuten Bewohner im letzten Vierteljahr gegangen ist. Nach Möglichkeit unterhält sie sich zusätzlich mit den betreffenden Bewohnern im Heim oder auf der Station in Haar. Auch die zuständigen Heimbetreuer bzw. Klinik-Mitarbeiter sollen regelmäßig zu Wort kommen. Mit Ihrem Einverständnis zeichnet sie die Gespräche ggf. auf.  
Im Anschluss schreibt die Forscherin auf, was sie gehört hat. Sie macht dies mit insgesamt 18 Menschen mit geistiger Behinderung aus den acht teilnehmenden Einrichtungen.  
Abschließend sollen die Ergebnisse zusammengefasst und veröffentlicht werden.

(Fortsetzung nächste Seite)

31.08.2015 | Version 3


**SYMPAthische  
Psychiatrie**

SYMPA – Systemtherapeutischer Methoden Psychiatrischer Akutversorgung

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Jochen Schweitzer-Rothers, kommissarischer Leiter des Instituts für Medizinische Psychologie, Bergheimer Str. 20, 69115 Heidelberg, Tel: 0049 (0)6221 56 8152

Mit Ihrer Unterstützung sollen beispielhaft die Entwicklungen von ca. 18 Menschen mit geistiger Behinderung in ihren vielfältigen Lebensbezügen zwischen Heim, Familie und Klinik über einen Zeitraum von zwei Jahren nachvollzogen werden. Die Geschichten sollen auch deutlich machen, ob und wie die SYMPA-Weiterbildung diesen Patienten/Bewohnern sowie ihren Bezugspersonen zugutekommt.

#### **Wer soll befragt werden?**

Die Forscherin interessiert sich für die Geschichten von Menschen mit geistiger Behinderung, die in einer der acht Einrichtungen wohnen und in den letzten Jahren mehrmals in der Klinik in Haar gewesen sind. Insgesamt können 18 Menschen mit geistiger Behinderung an der Studie teilnehmen.

#### **Wichtig:**

Ihre Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie dürfen ihre Mitarbeit jederzeit und ohne Begründung sowie ohne Nachteile beenden.

Sie können auch verlangen, dass das Forscher-Team Aufzeichnungen von Ihren Erzählungen vernichtet.

Das Forscher-Team hält sich an die Gesetze zur Schweigepflicht und zum Datenschutz.

Ihre Erzählungen werden absichtlich so weit verändert (anonymisiert), dass niemand außer dem Forscher-Team Sie bzw. Ihren Angehörigen darin wiedererkennen kann.

Nur das Forscher-Team darf die Original-Unterlagen lesen.

***Wir freuen uns, wenn Sie sich bereit erklären, an diesem Forschungsprojekt mitzuwirken!***

***Vielen Dank für Ihre Unterstützung!***

Ihr Forscherteam:



**Ede Nagy**  
Dr. Dipl. Psych.  
Uni Heidelberg  
Forscher



**Meike Wehmeyer**  
Dipl. Psych.  
Uni Heidelberg  
Forscherin



**Jochen Schweitzer**  
Prof. Dr.  
Uni Heidelberg  
Projektleitung



**Franziska Gaese**  
Dr.med.  
Isar-Amper-Klinikum  
Projektleitung

*Wir danken der Heidehofstiftung, Stuttgart, für die großzügige Förderung des Projektes.*



## „Bewohner-Geschichten“ und das Forschungs-Projekt SYMPA-GB

### Was ist SYMPA-GB?

SYMPA-GB ist eine Abkürzung.

Sie bedeutet „Familienfreundliche und beziehungs-  
freundliche Psychiatrie für Menschen mit geistiger  
Behinderung“.

Zu SYMPA-GB gehört eine **Weiterbildung**.

Viele Mitarbeiter aus Wohnheimen und aus dem  
Isar-Amper-Klinikum in Haar machen dort mit.

Sie lernen, wie sie mit geistig behinderten Menschen  
und ihren Familien noch besser zusammenarbeiten  
können.

### Was machen die Forscher?

SYMPA-GB ist auch ein **Forschungs-Projekt**.

Die Forscher kommen von der Universität Heidelberg.

Sie wollen herausfinden, wie Menschen mit  
geistiger Behinderung im Heim oder in der Klinik  
zurechtkommen.

Und ob die Weiterbildung für Heim-Bewohner und  
Mitarbeiter etwas bringt.

**SYMPA**thische  
Psychiatrie



(Fortsetzung nächste Seite)

### Wie können Sie mithelfen?

Das ist Meike Wehmeyer, eine der Forscherinnen.

Sie möchte sich alle drei Monate mit Ihnen **unterhalten**.

Sie möchte hören, wie es Ihnen gegangen ist.

Sie möchte Ihre **Bewohner-Geschichte** kennen lernen.

Auch Ihre Angehörigen, Ihr gesetzlicher Betreuer und Ihre Betreuer in Heim und Klinik erzählen Meike Wehmeyer über das letzte Vierteljahr mit Ihnen.

Sonst niemand.

Die Forscherin möchte die Gespräche aufnehmen. So kann sie alles später noch einmal anhören und aufschreiben.

Zum Schluss schreibt sie eine Geschichte über Ihr Leben im Heim und in der Klinik auf.

Sie können Ihre Geschichte dann gerne lesen.

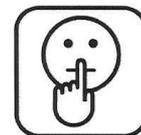
### Wichtig:

Ihre Mitarbeit ist **freiwillig**.

Die Forscherin darf nur mit diesen wenigen Menschen über Sie reden.

Niemand sonst erfährt etwas über Sie.

Die Forscherin verspricht:  
alle Informationen über Sie werden anonymisiert.  
Das bedeutet: niemand erkennt später,  
dass es in der Geschichte um Sie geht.



© Udo Pracht

## 9.2 Formulare zur Einverständniserklärung

<p>5.08.2015   Version 2</p> 	<p>SYMPA – Systemtherapeutische Methoden in der Psychiatrischen Akutversorgung</p> <p>Prof. Dr. Dipl.-Psych. Jochen Schweitzer-Rothers, kommissarischer Leiter des Instituts für Medizinische Psychologie, Bergheimer Str. 20, 69115 Heidelberg, Tel: 0049 (0)6221 56 8152</p>
--	--

---

### Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme

#### Für gesetzliche Betreuer

Studienteilnehmer/in | Einrichtung | Gruppe

Gesetzliche/r Betreuerin

- Ich wurde über die Studie mündlich und schriftlich aufgeklärt. Dabei konnte ich Fragen stellen. Alle meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet.
- Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass meine in der Studie erhobenen Erzählungen in anonymisierter Form aufgezeichnet werden können. Dritte erhalten keinen Einblick. Bei einer Veröffentlichung wird mein Name sowie der Name der von mir betreuten Person nicht genannt (§ 4 Bundesdatenschutzgesetz).
- Meine Erzählungen dürfen so ausgewertet werden wie oben beschrieben und wie es mir die Forscherin erklärt hat.
- Ich entbinde die für meinen Betreuten zuständigen Heim- und Klinikmitarbeiter von der Schweigepflicht gegenüber Meike Wehmeyer.
- Ich stimme zu, dass Meike Wehmeyer zu Forschungszwecken Einblick in Heim- und Klinikaufzeichnungen über die von mir betreute Person nehmen kann.
- Ich weiß, dass diese Erklärung freiwillig ist. Ich kann sie jederzeit widerrufen.

#### Aufnahmen

- Ich wurde darüber informiert, dass Audio-Aufnahmen zu Forschungszwecken immer der schriftlichen Zustimmung bedürfen. Ich stimme der Aufnahme von Gesprächen zwischen der Forscherin und mir bzw. meinem Betreuten zu.
- Ich wünsche das sofortige Löschen von Audio-Aufnahmen, auf denen ich oder mein Betreuer zu hören sind, nach Verschriftlichung des Interviews.

#### Veröffentlichung

- Ich wurde darüber aufgeklärt, dass es meiner Zustimmung bedarf, bevor meine Erzählungen veröffentlicht werden. Zu diesem Zweck wird mir am Studienende der Textentwurf vorgelegt und in Absprache überarbeitet.

Ort, Datum, Unterschrift **gesetzliche/r Betreuer/in**

5.08.2015 | Version 2

**Einverständnis-Erklärung: „Ich will mitmachen!“****Forschungs-Projekt:  
SYMPA Bewohner-Geschichten**

Name | Einrichtung | Gruppe

- Die Forscherin hat mir alles Wichtige über das Forschungs-Projekt erzählt.
- Die Forscherin hat alle meine Fragen beantwortet.
- Meine Erzählungen dürfen aufgeschrieben werden. Aber ohne dass ich darin wieder-erkannt werde.
- Niemand darf die Gesprächs-Protokolle lesen. Nur ich, mein Betreuer und die Forscher.
- Ich weiß: Meine Mitarbeit ist freiwillig. Das bedeutet: Niemand darf mich dazu zwingen.

**Ton-Aufnahmen**

- Ich erlaube Ton-Aufnahmen von meinen Erzählungen.

**Ich möchte bei dem Forschungs-Projekt mitmachen.**

Ort, Datum, Unterschrift (Studienteilnehmer/in)

**SYMPA- Projektleiter:**  
Prof. Dr. Jochen Schweitzer-Rothers  
Heidelberg, den 5.08.2015



## 9.3 Datenblatt zur Vorgeschichte

9.9.2015 | Version 2

**SYMPA – Systemtherapeutische Methoden Psychiatrischer Akutversorgung**

**SYMPA**thische  
Psychiatrie

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Jochen Schweitzer-Rothers (Forschungsleitung)  
Dipl. Psych. Meike Wehmeyer (Studie „Bewohner-Geschichten“)  
Institut für Medizinische Psychologie, Berghheimer Str. 20, 69115 Heidelberg

„Bewohner-Geschichten“ - Datenblatt

**Persönliche Daten**

- Name
- Geburtsdatum
- Wohnort

**Persönlicher Alltag**

- Übliches Verhalten, Bevorzugte Aktivitäten, Typisches
- Stärken

**Lebenslauf**

- Geburt
- Wahrnehmung der Behinderung, Verlauf der Diagnostik
- Umgang mit der Diagnose/Behinderung (Familiendynamik)
- Kindergarten, Beschulung, Ausbildung?
- Freundschaften, Partnerschaften/Sexualität
- Übergang Familie – Heim / Heim-Erfahrungen
- Klinik-Erfahrungen (Anlässe, Frequenz, Dauer...)
- Sonstiges (besondere Erlebnisse)

(Fortsetzung nächste Seite)

9.9.2015 | Version 2

**SYMPAthische  
Psychiatrie**

**SYMPA – Systemtherapeutische Methoden Psychiatrischer Akutversorgung**

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Jochen Schweitzer-Rothers (Forschungsleitung)  
Dipl. Psych. Meike Wehmeyer (Studie „Bewohner-Geschichten“)  
Institut für Medizinische Psychologie, Bergheimer Str. 20, 69115 Heidelberg

### **Psychosozialer Kontext**

- **Familie** (Genogramm: Alter, Beruf, Krankheiten, Trennung/Scheidung, Kulturelles)

- **Helfersystem** (gesetzlicher Betreuer, Einrichtungen, Behörden, Therapeuten...)

### **Klinische Vorbefunde:**

- Diagnosen:
- Medikation:
- (Fördermaßnahmen):

## 9.4 Interview-Leitfaden

9.9.2015 | Version 2

**SYMP**athische  
Psychiatrie

**SYMPA – Systemtherapeutische Methoden Psychiatrischer Akutversorgung**

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Jochen Schweitzer-Rothers (Forschungsleitung)  
Dipl. Psych. Meike Wehmeyer (Studie „Bewohner-Geschichten“)  
Institut für Medizinische Psychologie, Bergheimer Str. 20, 69115 Heidelberg

### „Bewohner-Geschichten“ – Interview-Leitfaden

- 1. Interview-Eckdaten** (*vorab zu protokollieren*)
  - Name Studienteilnehmer/in mit Intelligenzminderung
  - Interview: Datum, Forschungszeitraum, Ort
  - Interviewpartner/in (Name, Bezug zum/r Studienteilnehmer/in, Tel.nr.)
- 2. Rückblick auf das letzte Quartal**  
*Wenn Sie auf die letzten drei Monate schauen:*
  - Was von all dem, was (mit BW) passiert ist, hat Sie zufrieden gemacht?
  - Was hat sich im Umgang miteinander bewährt?
- 3. Entwicklung des/r Bewohners/in**
  - Wo und wie lebt er/sie im Forschungszeitraum?
  - Wie verhält er/sie sich üblicherweise?
  - Passiert etwas besonders Schönes oder Schwieriges im Forschungszeitraum?
- 4. Beziehungen zu Familie, Mitarbeitern, Mitbewohnern, gesetzl. Betreuer**
  - Wie ist das Miteinander zwischen Bewohner/in und (...) gelaufen?
  - Wie zufrieden sind Sie damit?
- 5. Zusammenarbeit zwischen Bewohner und Familie, Heim, Klinik, gesetzl. Betreuer**
  - Wie ist die Zusammenarbeit gelaufen?
  - Wie zufrieden sind Sie damit?
- 6. Sofern geschehen: Aggressive Krisen?**
  - Was geschah? (Beginn – Verlauf – Ende)
  - Überweisung nach Haar? (Anlass? Beginn-Verlauf-Ende)
    - o An Bewohner/Familie: Was hat man gemacht? Wie bewerten Sie das?
    - o An Mitarbeiter: Was dabei war (am ehesten) gelungen? Wie haben Sie es konkret geschafft? Wie sind Sie auf die Idee gekommen...?
- 7. Zusammenfassung**
  - Was ist an all dem besonders (auffällig)? Was beschäftigt Sie am meisten?
  - Was war erschwerend? Was war hilfreich?
  - Wie zufrieden sind Sie (Skalieren 0 – 100)
    - o mit der Entwicklung des/r Bewohners/in?
    - o mit den Beziehungen / der Zusammenarbeit?
  - Vergleich: aktuelles - vorheriges Quartal: besser/schlechter/gleich?
- 8. Quartals-Überschrift**

## 9.5 Interviewtermine im Überblick

Nr	Fall	Runde	Ambulanz	Klinik	Familie	Gesetzl. Betreuer	Heim	Bewohner
1	MP	1	2.5.2016	27.1.2016		8.12.2015	27.10.2015	27.10.2015
		2	---				4.5.2016	4.5.2016
		3	27.9.2016				17.10.2016	17.10.2016
		4			15.5.2017		17.8.2017	17.8.2017
2	NB	1	xxx	30.9.2015	15.9.25		28.1.2016	28.1.2016
		2	11.9.2016	13.9.2016	xxx		4.5.2016	4.5.2016
		3	---		---		17.10.2016	xxx
		4			18.5.2017		24.3.2017	24.3.2017
3	SM	1	14.7.2016	27.1.2016	24.10.2016		11.11.2015	11.11.2015
		2	---				17.2.2016	17.2.2016
		3	27.9.2016				10.8.2016	10.8.2016
		4	8.2.2017				18.1.2017	18.1.2017
4	ED	1	11.4.2016	14.1.2016	1.4.2016		11.11.2015	11.11.2015
		2	---				17.2.2016	xxx
		3	12.9.2016		27.7.2016		10.8.2016	xxx
		4	7.2.2017				18.1.2017	18.1.2017
5	GM	1	14.7.2016	23.12.2015	6.10.2016		11.11.2015	11.11.2015
		2	20.2.2017				17.2.2016	17.2.2016
		3	---				10.8.2016	10.8.2016
		4	7.2.2018				18.1.2017	18.1.2017
6	AF	1	30.5.2016	25.2.2016	11.5.2016	19.4.2016	4.11.2015	4.11.2015
		2	---		---	---	2.2.2016	2.2.2016
		3	27.9.2016		---	---	6.7.2016	6.7.2016
		4	12.12.2017		23.5.2017	15.5.2017	8.11.2016	8.11.2016

(Fortsetzung nächste Seite)

Nr	Fall	Runde	Ambulanz	Klinik	Familie	Gesetzl. Betreuer	Heim	Bewohner
7	CV	1	---	9.3.2016	1.3.2016		4.11.2015	4.11.2015
		2	23.6.2016				2.2.2016	2.2.2016
		3	27.9.2016				6.7.2016	6.7.2016
		4	12.12.2017				8.10.2016	8.10.2016
8	MS	1	30.5.2016	28.4.2016	17.12.2015		16.2.2016	16.2.2016
		2	27.9.2016		8.3.2016		28.6.2016	28.6.2016
		3	---		26.10.2016		10.10.2016	10.10.2016
		4	12.12.2017		30.5.2017		22.3.2017	22.3.2017
9	SG	1	2.8.2016	28.4.2016	5.10.2016		1.2.2016	1.2.2016
		2	---				15.9.2016	---
		3	20.2.2017				16.12.2016	16.12.2016
		4	7.2.2018					
10	DH	1	9.5.2016	15.3.2016	17.11.2016		1.2.2016	xxx
		2	25.11.2016		xxx		1.8.2016	1.8.2016
		3			---		6.4.2017	6.4.2017
		4					29.7.2017	29.7.2017
11	RR	1	11.4.2016	27.4.2016	17.6.2016		23.2.2016	23.2.2016
		2	27.9.2016		25.11.2016		6.10.2016	6.10.2016
		3	---		30.6.2017		1.2.2017	1.2.2017
		4	7.2.2017		---		5.7.2017	5.7.2017
12	PW	1	---	9.3.2016	31.5.2016		30.11.2015	30.11.2015
		2	---		xxx		22.2.2016	22.2.2016
		3	17.8.2016	13.9.2016	xxx		31.5.2016	31.5.2016
		4					14.11.2016	14.11.2016
		5			3.7.2017		3.7.2017	3.7.2017
13	JN	1	2.8.2016	14.1.2016	(nicht vorhanden)	22.7.2016	13.1.2016	13.1.2016
		2	---	13.9.2016			15.6.2016	20.4.2016
		3	---				17.8.2016	17.8.2016
		4	7.2.2017	1.2.2017		18.2.2017	25.1.2017	25.1.2017
		5	7.2.2018					
14	Ku Z	1	---		(nicht vorhanden)	19.4.2016	13.1.2016	13.1.2016
		2	2.8.2016				8.5.2016	8.5.2016
		3	7.2.2017				20.9.2016	20.9.2016
		4	---	8.2.2017		15.5.2017	25.1.2017	25.1.2017
<b>SUMME (N=188)</b>			<b>N=35</b>	<b>N=18</b>	<b>N=21</b>	<b>N=7</b>	<b>N=56</b>	<b>N=51</b>

xxx nicht stattgefunden, da zum Termin nicht anwesend bzw. Termin abgesagt

--- nicht möglich (Krankheit, Urlaub oder Fallabschluss)

BW: Bewohner/in

MA: Mitarbeiter/in

Spalte „Fall“ Namens-Kürzel

## 9.6 Kodierleitfaden „Handlungsstrategien“

(erstellt am 05.03.2019 mit Hilfe der atlas.ti-Bericht-Funktion)

### Allgemeine Handlungsstrategien zwischen Helfer und Bewohner

#### 1. Koop\_Strat BW: Haltung

*Definition:*

- Aspekte des Nachdenkens und Reflektierens im Umgang eines Helfers mit einem Menschen mit GB bzw. mit Blick auf MmGB  
 - Einstellungen im Denken und Handeln, die - u. U. personübergreifend - im Kontext GB zum Tragen kommen und keiner konkreten Handlungsstrategie / Technik (z. B. bestimmte Art zu kommunizieren) zuzuordnen sind, sondern sich vielmehr in diversen Strategien widerspiegeln. Oft erkennbar an abstrakten Begriffen wie "Ich habe Verständnis für ihre Situation".

*CAVE:* Eine Äußerung wird unter "Haltung" codiert, wenn sie explizit auf eine Einstellung hinweist, aber nur bedingt (s. Haltung: Verhalten hat "gute Gründe"), wenn die Raterin eine Haltung in die Äußerung hineindeutet.

*Ankerbeispiel:*

"Die Mutter berichtet, dass sich in den letzten Jahren Konflikte zwischen ihr und D. vor allem daran entzündeten, dass er sich Wünsche und Vorstellungen ausfantasierte, mit denen sie als Mutter anfangs gar nicht umzugehen wusste. „Der hat so Filme im Kopf, das ist gar nicht real, sondern so, wie er es gerne hätte. Und so lebt er das auch. Dann ist er irgendwo in seinem eigenen Kino. Jetzt lasse ich ihn halt einfach.“ [DH 1]

● **Koop\_Strat BW: Haltung: 1.1. Augenhöhe & Respekt: ernst nehmen, für voll nehmen, normal, gleichgestellt (Ebene, Macht, Erwachsen, Persönlichkeit, ins Bild passen > Außenwirkung). VERSUS: "ewiges Kind"**

● **Koop\_Strat BW: Haltung: 1.2. Verhalten hat "gute Gründe", hängt mit Bedürfnis zusammen, Probleme/Eskalationen können nützlich/Handwerkszeug/Lösungsversuch sein**

*Codierregel:* Textstelle mit Code "Verhalten hat gute Gründe..." versehen, wenn  
 - Verhalten explizit als "nützlich, sinnhaft, Lösungsversuch" benannt wird oder  
 - wenn Haltung aus anschaulichen Anekdoten (implizit) hervorgeht

*Ankerbeispiel:*

"Und auch wenn D. ein wahrer „Geschichtenerzähler“ sei: als krankhaft oder gar psychotisch würde sie dieses Verhalten nicht deuten. Dazu noch eine Anekdote: Als D. letztens von zu Hause aus an einem Tagesausflug teilnehmen wollte, sei ausgerechnet an jenem Tag die S-Bahn ausgefallen und er schlussendlich daheim geblieben. „Dann hat er bei uns hinterher ganz groß erzählt, wie toll der Ausflug war, obwohl er gar nicht teilgenommen hat. Ich glaube, das war ihm peinlich, dass er nicht von der S-Bahn auf den Bus umsteigen konnte, weil er die Schilder nicht lesen und mit den Ansagen nichts anfangen konnte. Da hat er lieber jedem erzählt, wie toll der Ausflug war und was sie alles gemacht haben und wer alles mitgefahren ist.“ [DH2]

- **Koop\_Strat BW: Haltung: 1.3. Entwicklung fördern statt ruhig stellen: Abnabeln/Loslassen (Selbstständigkeit, Selbstbestimmung, Selbstverantwortung, Eigenständigkeit, Selbstkontrolle, Selbsteinschätzung), vs. "immer für Kind DA sein", Blick nach vorne. Braucht Zeit.**

| *Veränderungsorientierung (SOLL)*

- **Koop\_Strat BW: Haltung: 1.4. Akzeptanz von Verhalten/Sichtweisen/Einschränkungen, frei von Erwartungen, BW "lassen, wie er ist", nicht "zu Tode fördern"; immer wieder neu auf BW einstellen, Fokus auf Gegenwärtiges ("es geht um das Jetzt"). Akzeptanz als Lebensaufgabe**

| *Zustandsorientierung (IST)*

---

## 2. Koop\_Strat BW: Kontakt/Beziehung

| *Aspekte, wie Helfer und BW in Kontakt gehen und in Kontakt bleiben.  
MEMO: scheint sich vor allem auf professionelle Helfer zu beziehen?*

- **Koop\_Strat BW: Kontakt: 2.1. gegenseitiges Einstimmen, Kennenlernen: "wissen, was geht" (durch Vorabinformationen, Beobachtung/Erfahrungen, Erzählen-lassen). Braucht Zeit. Berührungsängste überwinden**
- **Koop\_Strat BW: Kontakt: 2.2. Beziehung gestalten: gut miteinander sein, verlässlich, Belastungen stand halten, vertrauensvoll, DA sein, in Sichtweite, wie zufällig in Kontakt gehen, stabiler/fester Betreuerkern, vertraute Gesichter, über Gott und die Welt reden, Blödsinn machen, Muttersprache, wie nebenbei, exklusive Zeit/Einzelkontakt (mal mehr, mal weniger), kümmern. empathisch. Arbeitsbündnis. Beziehung hat therapeutische Wirkung. Mit CB Kontakt/wie "Small-talk" "herausfordern". CAVE: Geschlecht. NICHT: dem BW aus dem Weg gehen, Kontakt aufs Nötigste beschränken, abwimmeln, entwerten**
- **Koop\_Strat BW: Kontakt: 2.3. Abstand/Freiräume wahren, Bedürfnis (Kontakt, Ruhe) respektieren, den anderen in Ruhe lassen [statt auf die Pelle rücken], sich abgrenzen/Kontakt begrenzen "bevors eskaliert"**

| *MEMO: bezieht sich lediglich auf Beziehung prof. Helfer <> BW*

| *Codierregel*

| *sich heraushalten aus Konflikten anderer meint hier:*

| *... BW hält sich heraus aus Konflikten zwischen Helfer und anderer Person (z. B. Mitbewohner, Helfer) oder*

| *... Helfer hält sich heraus aus Konflikten zwischen BW und anderer Person (z. B. Mitbewohner).*

| *CAVE: Wenn mehrere HS beteiligt sind: unter [Koop\_Strat HS Haltung: Position beziehen] codieren*

---

### 3. Koop\_Strat BW: Kommunikation

*Art und Weise, wie zwischen Helfer und BW Informationen ausgetauscht werden (sprachlich, nicht-sprachlich) bzw. wie Helfer mit BW reden, damit es nicht zu Eskalationen kommt.*

● **Koop\_Strat BW: Kommunikation: 3.1. informieren, aufklären (Zuständigkeiten, schlechte Nachrichten, Planänderungen), vorbereiten, ankündigen (bes. Situationen/Termine/Abläufe/Fristen) Timing beachten!**

● **Koop\_Strat BW: Kommunikation: 3.2. erklären, begründen (Standpunkt, Entscheidung, die Welt der "anderen"), Zielverhalten demonstrieren. CAVE: Nicht-Wissen ist peinlich**

*auch in Zusammenhang mit 3.4.: mitbestimmen ... (bzgl.: beraten, Stellung beziehen!)*

● **Koop\_Strat BW: Kommunikation: 3.3. dem BW Gehör schenken: anhören, zuhören, verstehen wollen (statt besserwissen), Zeit nehmen, Störungen vermeiden, vertraulich, ruhig & gelassen, aktiv einbeziehen, im 2. Schritt kommentieren, BEDINGT: Unterstützte Kommunikation (FC)**

● **Koop\_Strat BW: Kommunikation: 3.4. mitbestimmen, Anliegen (BW) aufnehmen & verhandeln, auch beraten/Stellung beziehen (3.2.), Einverständnis eruieren, aber sich zurückhalten, wenn BW selbst entscheiden soll, Nein respektieren. NICHT: zwingen, zu viel fragen, überreden**

*Ankerbeispiel:*

*"Und wenn sie dann mal sagt, sie mag dieses blöde Fußballspiel nicht anschauen, dann schaut sie es halt nicht an. Und wir sagen nicht: „Ach, alle schauen doch fern. Setz dich halt mit dazu.“ (CV 3.Runde)*

*CAVE: eng verknüpft mit 3.2.: Stellung beziehen, beraten, erklären, begründen*

● **Koop\_Strat BW: Kommunikation: 3.5. Rückmeldung/pos. Feedback, loben, bedanken, Anerkennen von Bemühungen, Kritisches mit Humor, sachlich, aufmunternd. NICHT: schimpfen, anschreien, zurückweisen bei unerwünschtem Verhalten**

● **Koop\_Strat BW: Kommunikation: 3.6. Sprechen über belastende/heikle Erlebnisse/Themen (Herkunftsfamilie, Krankheit, Streit, Tod, Beziehung/sex. Orientierung, Sex): zurückhaltend, bedürfnisorientiert. NICHT: auf BW einreden, näher nachfragen**

*belastende/heikle Themen können sein: Missbrauchserfahrungen, Sterben & Tod, sexuelle Orientierung/Partnerschaft*

*CAVE: wenn die Strategie "zurückhaltendes Sprechen" mit den zeitlichen Rahmenbedingungen eines Klinikaufenthalts in Zusammenhang steht, unter Krise 14. therapeutische Unterstützung (Klinik) codieren!*

## 4. Koop\_Strat BW: Kontext

*Allgemeine Rahmenbedingungen/Faktoren im Kontext GB/psych. Störung wie*

- rechtlicher/pädagogischer Kontext: Teilhabe unterstützen, Förderauftrag
- psychiatrischer Kontext: Medikation
- Wohnumgebung Heim/Station: geschützter Rahmen, z. T. geschlossenes Konzept: begrenzte Freiheitsgrade "rauszukommen"
- Sozialpsychologisch: Leben in Gruppen erfordert Regeln/Strukturen/Grenzen

*Hier werden Strategien eingeordnet, die zwischen Helfer und BW oder von BW selbst (ohne Helferunterstützung) eingesetzt werden, um ein gelingendes Miteinander zu ermöglichen bzw. Verhaltenseskalationen des BW zu vermeiden (bzw. im allgemeineren Sinn persönlichen Stress des BW zu reduzieren).*

- **Koop\_Strat BW: Kontext: 4.1. Tätigsein, beschäftigen, mitmachen, dabei sein, Alltagshandeln (Haushalt, Werkstätte, Kreativangebote, Sport, Zeitung austragen, Kirche), Aufgaben: bewältigbar, attraktiv, zeitlich begrenzt. NICHT: "bemuttern", ungefragt helfen wollen // Balance zwischen Machen & Lassen bzw. Aktivität & Ruhe/Nichtstun/Pause**

*MEMO: mitmachen meint in Zitaten oft: BW soll mitmachen.*

*Aber auch: Helferin macht bei bevorzugtem Verhalten von BW mit (Wand anmalen) (SM 1. Runde) bzw. mit BW klatschen (GM, 2. Runde)*

- **Koop\_Strat BW: Kontext: 4.2. Abwechslung vom Alltag, unterwegs sein, "rauskommen" (Freizeitaktivitäten außerhalb der Einrichtung, Urlaub). CAVE: Urlaub ist auch Stress, Programm: weniger ist mehr, Übergang kritisch**

- **Koop\_Strat BW: Kontext: 4.3. ermuntern, (Selbst-)Ermutigung, Wege aufzeigen (z. B. Problemklärung), Angebote bereitstellen (verlockend, kleinschrittig), beharrlich, Kontext schafft Motivation. NICHT: zwingen, befehlen, bedrängen, bestrafen/belohnen, nicht fragen, wenn alternativlos**

- **Koop\_Strat BW: Kontext: 4.4. verlässliche Abläufe/Strukturen/Routinen: bieten/überprüfen/anpassen. ggf. TEACCH einsetzen**

*falls allgemeiner/übergreifender Natur: hier codieren.*

*CAVE: im Kontext von Einzelfällen: unter [Krise 11. Kontextanpassung...] codieren*

*MEMO: Lebenslange Entwicklung erfordert lebenslange Anpassungen (Person-Kontext)*

- **Koop\_Strat BW: Kontext: 4.5. Regeln und Grenzen im Miteinander gestalten/einhalten: "Was geht?" Vorgaben (klar, streng & liebevoll), Störverhalten begrenzen. NICHT: (zu) nachgiebig, "alles, was du willst", gewähren lassen, "einknicken", ständige Verbote**

● **Koop\_Strat BW: Kontext: 4.6. Kontakt zu Mitbewohnern, Arbeitskollegen, Angehörigen, "nach außen" unterstützen, Rückzug respektieren, aus Konflikten anderer raushalten, Abstand wahren**

● **Koop\_Strat BW: Kontext: 4.7. Medikation als Basiseinstellung, überdauernd, Änderungen gut abwägen (Psychopharmaka, Hormonpräparate, Antiepileptika, Schmerzmittel, Schlafmittel). PROBLEMATISCH: Nebenwirkungen NICHT: mit Medis vollpumpen, BW ruhigstellen**

*Definition:*

*Einsatz pharmakologischer Mittel (Psychopharmaka, Hormonpräparate, Antiepileptika, Schmerzmittel, Placebo), die zeitlich überdauernd - nicht als Bedarfsmedikation im Kontext von einer spezifischen Krise - eingesetzt werden. Codiert werden Medikamente, die*

*- laut Indikation direkt auf ein CB abzielen (Beispiel: Cyatyl, zugelassen zur Behandlung aggressiver Verhaltensweisen bei GB).*

*Ankerbeispiel: "Mittlerweile seien deutlicher Verbesserungen hinsichtlich der Wutanfälle zu beobachten, das bestätigen Vater und Tochter. Während Herr R. glaubt, dass die Erleichterungen vornehmlich auf eines der Medikamente (Ciatyl) zurückzuführen seien, lenkt die Tochter ein: 'Wie soll ein Medikament die Wutanfälle verhindern? Es macht sie vielleicht weniger, aber wenn er sich beißen will, dann beißt er sich.' (RR, 1. Runde, Familie)*

*- ein herausforderndes Verhalten indirekt günstig beeinflussen. Beispiel: Einsatz eines Hormonpräparats zur Regulation zyklusbedingter Beschwerden bei einer weiblichen Patientin, dadurch weniger Verhaltensauffälligkeiten (NGB)*

## Allgemeine Handlungsstrategien im Helfersystem

### 5. Koop\_Strat HS: Haltung

*Definition:*

*- Aspekte des Nachdenkens und Reflektierens im Umgang zwischen mindestens zwei Helfersystemen (plus/minus BW)*

*- Einstellungen im Denken und Handeln, die in der Zusammenarbeit von Helfern zum Tragen kommen und keiner konkreten Handlungsstrategie / Technik (z. B. bestimmte Art zu kommunizieren) zuzuordnen sind, sondern sich vielmehr in diversen Strategien widerspiegeln.*

*CAVE: Eine Äußerung wird unter "Haltung" codiert, wenn sie explizit auf eine Einstellung hinweist, NICHT, wenn die Raterin eine Haltung in die Äußerung hineindeutet.*

● **Koop\_Strat HS: Haltung: 5.1. Angehörige (als Fachleute, Kenner) einbeziehen (gewisser Grad), ins Boot holen, alle Parteien an einen Tisch bringen (nicht ungefragt!). Es muss für alle passen.**

- **Koop\_Strat HS: Haltung: 5.2. Blick auf BW: vorrangig: "BW first", Wohlbefinden, Bedürfnisse. Im Sinne des BW entscheiden, auf der Seite des BW stehen. PZD: MA richten sich nach BW.**
- **Koop\_Strat HS: Haltung: 5.3. unterschiedliche Welten verstehen und respektieren ("Zu Hause/in der Klinik läuft es anders als im Heim"), die Situation mit den Augen des anderen betrachten**
- **Koop\_Strat HS: Haltung: 5.4. Akzeptanz (Wünsche, Ansichten, Gegebenheiten, Verhalten anderer), den anderen nicht beeinflussen wollen. "Dann ist es halt so." Flexibel auf Umstände einstellen**
- **Koop\_Strat HS: Haltung: 5.5. Position/Stellung beziehen, "Mund aufmachen", Standpunkt beziehen (klar, ehrlich, erklärend). NICHT: besserwisserisch, überlegen fühlen, auf Meinung beharren, vorwurfsvoll, Anklagebank, hierarchisch // Neutrale Position bei Konflikt zwischen anderen**
  - Codierregel*  
*sich heraushalten aus Konflikten anderer meint hier: ein Helfer vertritt die Position, sich aus Problemen anderer Helfer oder zwischen BW und anderem Helfer herauszuhalten. "neutrale Position bewahren"*  
*hier codieren, wenn mind. 2 Helfersysteme beteiligt sind.*
- **Koop\_Strat HS: Haltung: 5.6. Zuversicht ("wir schaffen das"), Ressourcen stärken (Erfolge, Fähigkeiten, Stärken von BW/HS), BW in gutem Licht sehen, nie aufgeben/langen Atem haben, auch durch Gebete // Ärger, Seufzer: hinter dem Rücken, im Team loswerden**

---

## 6. Koop\_Strat HS: Kontakt

- Kontakt aufnehmen & halten:*  
*"aufeinander zugehen" heißt: beispielsweise telefonisch, elektronisch/Mail, persönlich, bei Einladungen zu Festen begegnen.*  
*"einander auf dem Laufenden halten" heißt: gegenseitiges Zuführen von Informationen, die nicht mit einem Handlungsbedarf, Veränderungswunsch verknüpft sind.*
- **Koop\_Strat HS: Kontakt: 6.1. persönliche Kontaktangebote schaffen (Fallkonferenz, Gesprächsangebot, Feierlichkeiten, Übergabe), zügig reagieren. BEDINGT: bei gegenseitigen Beschimpfungen, in psychiatr. Behandlung, nicht weiterführenden Diskussionen**
- **Koop\_Strat HS: Kontakt: 6.2. einander auf dem Laufenden halten, "wenn was ist", auch schriftlich möglich, aber zügig reagieren, ggf. muttersprachl. Kollegin einschalten**
  - Codierregel:*  
*Textstellen werden unter "Kontakt: aufrecht halten, einander auf dem Laufenden halten / sich gegenseitig informieren" trotz kommunikativer Komponente (!) codiert, da unter*

*KONTAKT Interaktionsweisen erfasst werden, solange "alles im grünen Bereich" läuft und kein Veränderungswunsch bzw. Handlungsbedarf bzw. Diskussionsbedarf besteht. MEMO: "Sich informieren" dient dem Aufrechterhalten von Kontakt, dabei scheint weniger relevant, WIE genau miteinander kommuniziert wird.*

*Ankerbeispiel:*

*"Mit seinen Gruppenbetreuerinnen habe sie weniger zu tun. Natürlich würden sie Besuche oder Urlaubspläne abstimmen, auch ab und zu mal nachfragen, wie es geht und welche Aktivitäten geplant wären. Doch in unkritischen Phasen würden sie weniger miteinander telefonieren." [DH I]*

- **Koop\_Strat HS: Kontakt: 6.3. Übergänge zwischen Heim und Familie gestalten: Dauer, "Abbruchangebot", Tür-& Angel-Gespräch: "wie ist es gelaufen?", wieder "ankommen". NICHT: BW anlügen bzgl. Aufenthaltsdauer, "Problemтöpfe" aufmachen**

*DO's und DON'Ts beim Abholen und Zurückbringen eines BW (vom Heim zur Familie und zurück)*

---

## 7. Koop\_Strat HS: Kommunikation

*verbaler Austausch zwischen mind. zwei Helfersystemen, wenn Veränderungen anstehen bzw. Handlungsbedarf/Veränderungswünsche bestehen ("wenn etwas klemmt" "wenn irgendwo der Schuh drückt")*

- **Koop\_Strat HS: Kommunikation: 7.1. gemeinsames Gespräch führen, fachl. Austausch. Problem erörtern/klären: Sichtweisen/Erfahrungen/Lösungsideen austauschen, offenes Ohr, vom anderen lernen, Missverständnisse klären, Entwicklungsstand (SEO) eruieren. Nutzen/Gefahr von Vermittlern.**
- **Koop\_Strat HS: Kommunikation: 7.2. Ziele/Anliegen/Wünsche/Erwartungen (gegenseitig) äußern, (er-)klären, mit allen Beteiligten, nicht nur über Dritte. MA als Vermittler zwischen BW und Fam. Anliegen so weit wie möglich nachkommen. Nicht handeln ohne Auftrag. CAVE: Ja-Sage-Tendenz von BW**
- **Koop\_Strat HS: Kommunikation: 7.3. Vorgehen/Haltung/Zuständigkeiten verhandeln & beschließen: gemeinsamer Nenner/klare Regeln/klare Linie/abgestimmtes Vorgehen (Leitlinien, Krisenplan, Vertrag, Doku), Kompromisse, Grenzen ziehen/respektieren. BW integrieren. Heim vermittelt zwischen Familie und Ärztin. NICHT: durchboxen**
- **Koop\_Strat HS: Kommunikation: 7.4. beraten (zuraten/abraten), Vorschläge/Angebote/Tipps unterbreiten/annehmen, dafür Zeit nehmen / erst verstehen, was beim anderen los ist. NICHT: belehren, befehlen, Druck ausüben, besserwisserische Behauptungen, immer und immer wieder**

- **Koop\_Strat HS: Kommunikation: 7.5. Kommunikation mit Eltern mit persönlichen Problemen (Klagen, Angst, Schuld,, Streit):** zuhören, verstehen, Geduld, abgrenzen, perspektiven Aufzeigen, auf mehrere Schultern verteilen, praktische Hilfen zur Entlastung/Anlaufstelle für Angehörige. **CAVE:** initiativ nur bedingt ansprechen.

*DEFINITION:*

*"Eltern mit persönlichen Problemen": laut eigener Aussagen bzw. Einschätzung eines Dritten*

*Unter "persönliche Probleme" werden solche verstanden,*

*- die nicht unmittelbar mit dem Verhalten des Patienten in Beziehung stehen (Beispiel: Mutter von NGB, die Stress hat mit Herkunftsfamilie, Partner, Beruf, Vater von RR, der sich nach dem Tod seiner Frau als alleinerziehend erlebt),*

*- die aus Mitarbeitersicht nicht in ihr eigenes Aufgabenspektrum gehören (Fall ED1: "Die Mutter hat ja eigene Probleme, die braucht immer etwas, um das sie sich kümmern kann.")*

*- die mit dem Verhalten des BW in Verbindung stehen und laut Helfer einen elternbezogenen Handlungsbedarf nach sich ziehen.*

*Ankerbeispiel:*

*„Das war ein großes Thema in den beiden Fallgesprächen mit der Mutter: den Sohn loszulassen, ihn so sein zu lassen, wie er ist, und sich nicht ganz so sehr einzubringen. Aber da hat sie sich damals sehr schwer getan. Dahinter stecken vermutlich unverarbeitete Schuldgefühle, das ist meistens so bei Müttern von behinderten Kindern, das setze ich schon fast voraus, dass die irgendwo da sind.“ Schuldgefühle könnten vielerlei Hintergründe haben: zum Beispiel, das Kind behindert zur Welt gebracht zu haben, nicht mehr mit dem leiblichen Vater in Kontakt zu sein, den Sohn ins Heim geben zu müssen und so fort. Das wiederum könne dann, wenn das Gefühl vorherrsche, diese Schuld nie abarbeiten zu können, durchaus in einen Aktionismus ausarten.*

*„Wenn es irgendwie geht, spreche ich das Thema Schuldgefühle an, aber das ist natürlich ein heißes Eisen. Da muss man den richtigen Moment abpassen, wo es überhaupt passt.“*

---

## 8. Koop\_Strat HS: Kontext

*Memo: lediglich Faktoren professioneller Helfersysteme in Texten erkennbar (könnte mit Fragenkatalog zusammenhängen?)*

- **Koop\_Strat HS: Kontext: 8.1. Personal/Team (Schlüssel, Fluktuation, Fachlichkeit, Humor, Gruppenpräsenz tagsüber, Tag- vs. Nachtdienst, eingespieltes Team).** **PROBLEMATISCH:** Überforderung, wenig Teamzeit, private Probleme

- **Koop\_Strat HS: Kontext: 8.2. Unterstützung/Rückhalt/Motivation durch (Gruppen-)Leitung, hinter den Mitarbeitern stehen.** **NICHT:** vorwurfsvoll

- **Koop\_Strat HS: Kontext: 8.3. Fortbildung (incl. BW), Supervision**

*Cave: Fallgespräch, kollegialer Austausch: unter Koop\_Strat HS: Kommunikation 7.1*

## Handlungsstrategien im Krisenfall

### 9. Krise: Handlungsstrategien bei akut herausforderndem Verhalten (CB)

#### DEFINITION:

Strategien, die aktuell/situativ oder in jüngerer Vergangenheit (bis zu 2 Jahre rückwirkend, jedoch nicht in der frühen Vorgeschichte, z. B. Kindheit) in einer akuten Krise in der direkten Interaktion mit dem BW (Ankerbeispiel: "wenn Schwierigkeiten da sind" DH1, "wenn es Ärger gibt" DH2) zum Einsatz kommen (konkrete Situation mit aggressivem/herausforderndem Verhalten (Einzelvorfall) und als hilfreich eingeschätzt werden, indem sie

- explizit als wirksam, hilfreich, nützlich, "besser" beschrieben werden oder
- durch Schilderung günstiger Folgen als hilfreich bewertet werden können, dies ist aus dem Text zu erschließen.

Ankerbeispiel: "MS konnte den Aufenthalt bei Eltern verlängern, weil..."

Auch Textbausteine, in denen problematische oder bedingt nützliche Strategien geschildert werden, werden thematisch zugeordnet, dann mit Markierung im Code-Label (z. B. NICHT, BEDINGT/CAVE)

- **Krise: 01. Krisenanzeichen erkennen/antizipieren (Körperspannung, Haltung, Gestik, Stimme), sich (gegenseitig) vorbereiten (z. B. Fixierung bereitlegen, Klinik anmelden, Brille, Kopfhörer), Krisenplan/Handlungskonzept als Richtschnur**
- **Krise: 02. Reflexion & Gespräch:**  
**Befindlichkeit/Gefühl/Bedürfnis/Erwartungen/Grenzen/Einfluss (selbst/BW), NICHT: verbieten, überreden, widersprechen, ablenken, vorschnell handeln. BEDINGT: Klare Ansagen (Konsequenzen), Unterstützte Kommunikation (FC)**
- **Krise: 03. Gelassenheit & Ruhe bewahren, Verhalten "entdramatisieren"/umdeuten ("Spiel", Humor), ignorieren/keine "falsche" Aufmerksamkeit, nicht provoziert FÜHLEN**
- **Krise: 04. Bedarfsmedikation: CAVE: nicht zu lange warten**  
*falls unklar bleibt, ob präventiv (eskalations-vermeidend) oder interventiver (eskalations-entschärfend) Einsatz von Bedarfsmedikamenten: doppelt codieren (unter Krise 4 und Krise 7)*
- **Krise: 05. kollegiale/gegenseitige Unterstützung (beratend, eingreifend), erfordert Diplomatie. NICHT: Einmischen Mitbewohner**
- **Krise: 06.1. Sicherheitsabstand, professionelle, angstfreie Hab-Acht-Stellung, BW im Blickfeld, nicht den Rücken zudrehen**

● **Krise: 06.2. Rückzug(BW/MitBW/Helfer), Time-Out, von Zeit zu Zeit nach BW schauen [Für & Wider] NICHT: Zimmereinschluss**

*MEMO: wird unter "hilfreich" codiert, da in den meisten Fällen als wirksam beschrieben (wenngleich einzelne Ausnahmen vorliegen, in denen ein Rückzug kritisch diskutiert wird)*

*MEMO: noch näher zu analysieren, wann Strategie "Rückzug", wann "Präsenz" als Strategie-der-Wahl gelten kann*

● **Krise: 06.3. bei massiver Erregung: Präsenz: 1:1-Betreuung, in Kontakt bleiben, auf BW zugehen, Sicherheitsabstand**

*MEMO: zu analysieren, wann Rückzug, wann Präsenz "Strategie der Wahl" ist*

● **Krise: 07.1. Schützen: körperlich einschränken: Helm, Handschuhe, Polster. BEDINGT: festhalten, fixieren**

● **Krise: 07.2. Beruhigen: Stressregulation: beruhigende Worte, Ablenken, Meditieren, Hinsetzen, Musik, körperl. Ausagieren, Alternativhandlung, radeln, Plüschtier / Zeit lassen. NICHT: schimpfen**

● **Krise: 08. Gespräch mit BW (Rahmenbedingungen, Sprecherrolle, Zuhörerrolle), entschuldigen, eingestehen, Verantwortung übernehmen, "Absolution". NICHT: nachbohren, Vorwürfe**

*Hier zu codieren, wenn ein Gespräch als Folge auf einem krisenhaften Vorfall geführt wird.*

*DD: präventive Gespräche bei erkennbarer Unruhe werden unter Krise 02. codiert.*

● **Krise: 09. Konsequenzen: Folgen/Sanktionen: ankündigen, unmittelbar ausführen, "streng & liebevoll", Wiedergutmachung. KRITISCH: "Bestechung/Strafe", Tätigkeit abrechnen, Zimmereinschluss. NICHT: nachgeben, nachtragend**

*DEFINITION:*

*Die Strategie "Konsequenzen/Sanktionen" wird codiert, wenn auf behavioristischer Grundlage die Darbietung einer unangenehmen Konsequenz (positive Bestrafung) oder der Entzug einer angenehmen Konsequenz (neg. Bestrafung) als Folge auf ein CB gewählt wird mit der Intention, die Auftretenswahrscheinlichkeit des CB zukünftig zu reduzieren. Die lerntheoretischen Bezüge (laut SORKC) müssen aus der Textstelle hervorgehen.*

*Ankerbeispiel:*

*„Also ab und zu fliegt natürlich schon was ins Klo. Aber sie weiß, dass das Konsequenzen hat. Weil die Kosten der Handwerker sonst ins Immense steigen. Also wir haben jetzt noch ein halbes Jahr Schonfrist vereinbart: das heißt, wenn die Kosten nicht steigen, bleibt es so, wie es im Moment ist. Sollten die Kosten aber wieder steigen, gibt es Konsequenzen: dann sperren wir nämlich das Klo ab und sie kann nur unter Aufsicht zur Toilette gehen. Und das mag sie ja eigentlich nicht – und wir auch nicht.“*

*Also sie hat das jetzt noch nicht erlebt, aber sie weiß jetzt um die Konsequenzen.“ (CV 3 .Runde)*

...

*MEMO: Die Bedingungen, unter denen diese Strategie mehr/weniger/nicht hilfreich ist, sind aus den Textstellen heraus näher zu analysieren.*

- **Krise: 10. Gespräch Helfersystem: Austausch, Reflexion / Vorgehen absprechen, absichern: einheitl. Handeln, Sprache, Linie, Regeln / gegenseitig unterstützen, beraten. NICHT: Eltern bei Problemen sofort an-, herbeirufen, panisch reagieren**

- **Krise: 11. Kontext anpassen: eskalationsfördernde bzw. gefährliche Reize beschränken (z. B. Süßigkeiten, Messer, Glas)**

*DEFINITION:*

*als Nachsorge-Maßnahme nach akutem Vorfall / in speziellem, raum-zeitlichen Bezug zum Vorfall ("wenn...dann"), BW-spezifische Anpassungen*

*CAVE: DD: codiere unter Koop\_Strat BW: Kontext/Rahmenbedingungen, falls allgemeiner Natur, ohne Bezug zu konkretem Vorfall*

- **Krise: 11. Kontext anpassen: Aufenthalt zu Hause einschränken**

*DEFINITION:*

*als Nachsorge-Maßnahme nach akutem Vorfall / in speziellem, raum-zeitlichen Bezug zum Vorfall ("wenn...dann"), BW-spezifische Anpassungen*

*CAVE: DD: codiere unter Koop\_Strat BW: Kontext/Rahmenbedingungen, falls allgemeiner Natur, ohne Bezug zu konkretem Vorfall*

- **Krise: 11. Kontext anpassen: Personelle Änderungen, mehr Aufsicht**

*DEFINITION:*

*als Nachsorge-Maßnahme nach akutem Vorfall / in speziellem, raum-zeitlichen Bezug zum Vorfall ("wenn...dann"), BW-spezifische Anpassungen*

*CAVE: DD: codiere unter Koop\_Strat BW: Kontext/Rahmenbedingungen, falls allgemeiner Natur, ohne Bezug zu konkretem Vorfall*

- **Krise: 11. Kontext anpassen: Räumliches, Gruppenwechsel, Wohnform (pro & contra)**

*DEFINITION:*

*als Nachsorge-Maßnahme nach akutem Vorfall / in speziellem, raum-zeitlichen Bezug zum Vorfall ("wenn...dann"), BW-spezifische Anpassungen*

*CAVE: DD: codiere unter Koop\_Strat BW: Kontext/Rahmenbedingungen, falls allgemeiner Natur, ohne Bezug zu konkretem Vorfall*

- **Krise: 11. Kontext anpassen: Strukturen/Abläufe/Aktivitäten anpassen, Anforderungen reduzieren (z. B. Speisekammer-Ritual, Morgenpflege)**

*DEFINITION:*

*als Nachsorge-Maßnahme nach akutem Vorfall / in speziellem, raum-zeitlichen Bezug zum Vorfall ("wenn...dann"), BW-spezifische Anpassungen*

*Beispiel: "Wenn sie schlecht drauf ist und man weiß, dass sie einen Bedarf bekommen hat, dann weiß man, dass man überlegen muss, was am Nachmittag noch möglich ist [Aktivitäten]." (GM 3. Runde Heim)*

*CAVE: DD: codiere unter Koop\_Strat BW: Kontext/Rahmenbedingungen, falls allgemeiner Natur, ohne Bezug zu konkretem Vorfall*

● **Krise: 12.1. Therapeutische Unterstützung: ambulant, über die üblichen Visiten hinausgehend (Psychotherapie, Psychiatrie), temporär oder langfristig**

● **Krise: 12.2. Therapeutische Unterstützung: prästationäres Procedere im HS (Überlegungen, Handeln): "sich verzahnen", niemanden übergehen**

● **Krise: 12.3 Therapeutische Unterstützung: stationäre Psychiatrie: Einstellungen, Auslöser/Indikationen, Anliegen, Voraussetzungen, Angebote, Möglichkeiten/Grenzen**

*Klinikeinweisung/-aufenthalt wird codiert, wenn sich dies im Sinne einer Handlungsstrategie als nächster Handlungsschritt im (engen, weiteren) Kontext mit konkreten Vorfällen (CB) ergibt.*

*Codiert werden Textstellen, in denen die Umstände der Klinikeinweisung/des Klinikaufenthalts beschrieben werden:*

- wann sinnvoll, wann nicht*
- was bietet die Klinik im Unterschied zu anderen Strategien*
- zu welchem Zweck wird eine Klinikeinweisung erwogen/durchgeführt*
- welche Vor- und Nachteile sind mit einer Einweisung verbunden*
- wie denken die Autoren über die Strategie "Klinikeinweisung" (MEMO: wird oft als "ultimo ratio" betrachtet)*

*MEMO: eine Klinikeinweisung erzielt zum Teil Effekte, die mit Strategieentscheidung nicht intendiert waren. Beispiel: Klinikeinweisung, um Zimmerrenovierung im Heim zu ermöglichen, dann günstige "Nebeneffekte" durch Medi-Umstellung, (MP 4. Runde)*

*CAVE: hier werden Textstellen zugeordnet, die die Strategie / Entscheidung für bzw. gegen eine Klinikeinweisung näher erläutern. Textstellen, in denen Handlungsstrategien während eines stationären Aufenthalts erläutert werden, werden nicht zwangsläufig unter "Krise" kategorisiert, sondern je nach Situation/Bezug (akuter Vorfall (Krise: 9.) versus allgemeinere Strategien für ein gelingendes Miteinander: 1.-8.) eingruppiert.*

● **Krise: 12.4: poststationäres Procedere: Übergang Klinik-Heim gestalten**

## 9.7 Checkliste „SMILE“

**SMILE: Systemisch-inspiriertes Modell für die Interaktion und Lösung von Eskalationsmustern (Wehmeyer, 2019)**

### 1. Hilfreiche Umgangsweisen zwischen einem Helfer und einer Person mit Intelligenzminderung:

	 Stimme zu	 Weiß nicht	 Stimme nicht zu
<b>HALTUNG: ICH &amp; DU</b>			
1. Ich nehme dich ernst, egal, was du denkst, fühlst oder willst. Es ist wichtig, mir bewusst zu machen, dass du erwachsen bist.			
2. Ich denke, dass auch anstrengendes Verhalten Sinn macht. So verstehe ich, dass es sich nicht einfach abstellen lässt.			
3. Ich unterstütze dich in deiner Selbstständigkeit. Aber „Loslassen“ ist kein einfaches Thema.			
4. Ich akzeptiere dich so, wie du bist. Dafür muss ich mich von meinen Erwartungen frei machen.			
<b>KONTAKT: ICH &amp; DU</b>			
5. Ich lasse mir Zeit dafür, mich auf dich einzustimmen. Manchmal muss ich auch Berührungängste überwinden.			
6. Ich nehme mir immer mal wieder Zeit, nur für dich. Aber ich rücke dir nicht auf die Pelle.			
<b>KOMMUNIKATION: ICH &amp; DU</b>			
7. Ich höre dir aufmerksam zu. Wenn das gerade nicht möglich ist, verabreden wir uns für später.			
8. Ich sage und erkläre dir das, was dich betrifft. Aber nicht zu weit im Voraus.			
9. Ich frage dich nach deinen Vorstellungen und lasse dich mitbestimmen. Doch manches müssen wir erst aushandeln.			
10. Ich bin vorsichtig bei sensiblen Themen und bedränge dich nicht. Aber ich zeige mich gesprächsbereit.			
11. Ich gebe dir möglichst viel positive Rückmeldung. Wenn etwas schief läuft, bleibe ich sachlich und schimpfe dich nicht aus.			
<b>KONTEXT: ICH &amp; DU</b>			
12. Ich ermuntere dich zu Beschäftigungen. Aber ich achte ebenso auf Pausen und freie Zeiten.			
13. Ich Sorge dafür, dass du in Kontakt zu anderen bist. Aber ich respektiere auch deine Privatsphäre.			
14. Ich achte auf sinnvolle Strukturen und Regeln. Aber ich ändere Vorgaben, wenn sie nicht (mehr) nützlich sind.			
15. Ich Sorge für Abwechslung und Erholung vom Alltag. Aber ich achte darauf, dass es dir nicht zu viel wird.			
16. Ich unterstütze medikamentöse Maßnahmen. Aber ich achte darauf, dass sie dir nützen und nicht schaden.			

**SMILE: Systemisch-inspiriertes Modell für die Interaktion und Lösung von Eskalationsmustern (Wehmeyer, 2019)**

**2. Hilfreiche Umgangsweisen zwischen Helfern:**

<b>HALTUNG: WIR HELFER</b>			
17. Die Eltern gehören mit ins Boot. Aber nur, soweit es deine Selbstständigkeit nicht behindert.			
18. Entscheidungen orientieren sich an deinem Wohl. Dafür müssen wir uns verständigen, was dein Wohl genau ist.			
19. Wir akzeptieren, dass es Zuhause anders läuft als im Heim oder in der Klinik. Auch wenn wir manche Ansichten nicht teilen.			
20. In anstrengenden Zeiten ermutigen wir uns mit Blick auf das Positive. Dafür müssen wir den Klagemodus bewusst verlassen.			
<b>KONTAKT: WIR HELFER</b>			
21. Wir sorgen dafür, dass wir in Verbindung bleiben. Auch wenn wir uns manchmal lieber aus dem Weg gehen.			
22. Bei Problemen oder Veränderungen setzen wir uns zusammen. Auch wenn wir nicht immer alle Beteiligten an einen Tisch bringen.			
23. In Hol- und Bringe-Situationen reißen wir möglichst keine Probleme an. Doch wenn es daheim Probleme gibt, schließen wir uns kurz.			
<b>KOMMUNIKATION: WIR HELFER</b>			
24. Wir halten uns gegenseitig auf dem Laufenden. Aber wir berichten nicht über jeden kleineren Vorfall.			
25. Wir tauschen unsere Eindrücke und unsere Expertise aus. Aber wir belehren oder bedrängen uns nicht gegenseitig.			
26. Wir klären unsere (gegenseitigen) Wünsche und Anliegen. Aber wir verhandeln auch, inwieweit Erwartungen erfüllbar sind.			
27. Wir stimmen unser Vorgehen auf einen gemeinsamen Nenner ab. Aber wir prüfen von Zeit zu Zeit, ob die Linie noch für alle passt.			
28. Wir äußern unser Missfallen ehrlich und respektvoll. Aber aus Konflikten zwischen anderen Helfern halten wir uns heraus.			
29. In unserem Austausch haben auch private Probleme Platz. Aber wir achten darauf, dass es uns nicht zu viel wird.			
<b>KONTEXT: WIR HELFER</b>			
30. Wir setzen uns für gute Arbeitsbedingungen ein. Wir kritisieren, dass Fachkräftemangel und wirtschaftliche Zwänge bedarfsgerechte Angebote behindern.			

**SMILE: Systemisch-inspiriertes Modell für die Interaktion  
und Lösung von Eskalationsmustern (Wehmeyer, 2019)**

**3. Hilfreiche Umgangsweisen im Fall einer Krise, Schritt für Schritt:**

<b>ESKALATION ABWENDEN</b>			
31. Ich beobachte dich genau und achte auf Krisenanzeichen. Aber ich bleibe gelassen und dramatisiere die Situation nicht.			
32. Ich überlege, was gerade bei dir und bei mir los ist, und spreche mit dir darüber. Aber nur, wenn du nicht zu aufgeregt bist.			
33. Ich biete dir ein Bedarfsmedikament an. Aber ich zögere die Entscheidung nicht zu lange hinaus.			
34. Ich behalte dich im Blick und wahre genügend Abstand. Aber ich gehe dir nicht komplett aus dem Weg.			
<b>ESKALATION ENTSCHÄRFEN</b>			
35. Ich schaffe Rückzugsmöglichkeiten für dich oder für mich. Aber bei extremer Anspannung bleibe ich in deiner Nähe.			
36. Ich biete dir Beruhigungstechniken an. Manchmal muss ich mich auch selbst beruhigen.			
37. Ich schütze dich und dein Umfeld im Notfall mittels Festhalten, Schutzbekleidung oder Fixierung. Aber ein gewaltsamer Freiheitsentzug ist für uns alle belastend.			
<b>ESKALATION AUFARBEITEN</b>			
38. Ich spreche mit dir über den Vorfall. Aber erst, wenn wir uns beide beruhigt haben.			
39. Ich prüfe, welche Konsequenzen dein Verhalten haben soll. Aber ich setze keine sinnlosen Bestrafungen ein.			
40. Ich reflektiere den Vorfall mit anderen Helfern. Aber ich bleibe sachlich und verbreite keine Panikstimmung.			
41. Wir passen Umgangsweisen und Rahmenbedingungen an. Aber wir prüfen, ob sich Einschränkungen mittelfristig wieder lockern lassen.			
42. Wir organisieren oder intensivieren ambulante Maßnahmen. Aber therapeutische Angebote sind rar und erfordern deine Bereitschaft.			
43. Wenn das alles nicht hilft, veranlassen wir eine Klinik-Einweisung. Aber am besten nicht im Alleingang und mit guter Absprache.			
<b>SMILE-Ampel</b>			
Summe der Übereinstimmungen (Grün – Gelb – Rot)			

*Die dargestellten Handlungsstrategien basieren auf den Ergebnissen einer Langzeitstudie, die im Rahmen des Praxisforschungs-Projekts SYMPA-GB durchgeführt wurde. Studienleitung Dipl. Psych. Meike Wehmeyer. (Projektleitung: Prof. Jochen Schweitzer-Rothers, Universitätsklinikum Heidelberg, Dr. Franziska Gaese, Isar-Amper-Klinikum München-Ost)*

## 9.8 Checkliste „SMILE“ in leichter Sprache

### SMILE: So kommen wir gut miteinander klar

In dieser Liste geht es um dich und deine Helfer.

„Helfer“ heißt:

- deine Familie und dein gesetzlicher Betreuer,
- deine Betreuer im Heim,
- die Mitarbeiter in der Klinik.

Bitte prüfe genau:



Welche Aussage findest du **richtig**?



Welche Aussage findest du **falsch**?

Was ich denke:		
1. Helfer sollen mich ernst nehmen. Ich bin schließlich erwachsen.		
2. Mein Verhalten ist manchmal anstrengend. Aber das passiert nicht ohne Grund.		
3. Ich will selbstständig werden. Dafür brauche ich Unterstützung.		
4. Ich bin so, wie ich bin. Helfer sollen das verstehen.		
Wie wir uns begegnen:		
5. Es dauert eine Weile, bis Betreuer mich gut kennen und ich sie. Betreuer sollen keine Angst haben vor mir.		
6. Betreuer sollen sich Zeit nehmen, nur für mich. Manchmal sollen Betreuer mich auch in Ruhe lassen.		

<b>Wie wir miteinander reden:</b>		
7. Helfer sollen mir gut zuhören. Aber dafür ist nicht immer Zeit.		
8. Helfer sollen mir alles sagen und erklären, was wichtig ist für mich.		
9. Helfer sollen nicht alleine über mich bestimmen. Ich will mit-bestimmen.		
10. Über manche Dinge rede ich nicht gerne. Das sollen Helfer verstehen.		
11. Helfer sollen nicht schimpfen. Sie sollen lieber sagen: ‚Das machst du gut!‘		
<b>Was noch wichtig ist:</b>		
12. Ich will mit-arbeiten und mit-helfen. Aber ich brauche Pausen.		
13. Ich will Leute treffen: meine Familie und meine Freunde. Doch manchmal will ich alleine sein.		
14. Gute Regeln helfen mir. Wenn Regeln nichts nützen, müssen wir sie ändern.		
15. Ich will nicht jeden Tag das-selbe erleben. Ich brauche auch Abwechslung und Urlaub. Aber das darf kein Stress sein.		
16. Ich nehme Medikamente, wenn sie mir helfen.		

<b>Wenn ich sehr aufgeregt bin:</b>		
17. Helfer sollen gut auf mich aufpassen. Aber sie sollen ruhig bleiben.		
18. Helfer sollen mich fragen, was los ist. Und sie sollen mir gut zuhören.		
19. Manchmal brauche ich Bedarfs-Medizin. Das entscheide ich selbst.		
20. Helfer sollen in meiner Nähe sein. Aber sie sollen mir nicht zu nah kommen.		
<b>Wenn ich fast ausraste:</b>		
21. Wenn ich kurz vorm Platzen bin, gehe ich auf mein Zimmer. Wenn es ganz schlimm ist, soll ein Helfer bei mir bleiben.		
22. Ich übe, mich zu beruhigen. Auch Helfer müssen sich beruhigen.		
23. Wenn ich mir oder anderen weh tue, kriege ich Helm und Handschuhe. Aber Festbinden hasse ich.		
<b>Wenn die Aufregung vorbei ist:</b>		
24. Wir sprechen über das, was passiert ist.		
25. Ich will die Sache wieder-gut-machen. Helfer sollen mich nicht bestrafen.		
26. Ich rede mit einem Arzt oder mit einer Therapeutin.		
27. Vielleicht muss ich in die Klinik. Das besprechen wir in Ruhe.		
<b>Ergebnis</b>		
Anzahl Übereinstimmungen Nummer 1 – 27		

## 10 DANKSAGUNG

„Jetzt mach da mal keine Doktorarbeit raus!“ Das raten Menschen einander, wenn sie befürchten, dass das Engagement für eine Sache nicht nützlich oder lohnenswert sein könnte. Nichtsdestotrotz: jetzt liegt sie vor, die Dissertation. Über ein Thema, dem bisher wenig Beachtung geschenkt wurde: „Systemische Psychiatrie bei Menschen mit geistiger Behinderung.“ Und ja: die Sache hat sich gelohnt für mich; in vielfältiger Weise und in Zusammenarbeit mit so vielen engagierten Menschen, dass die Befürchtung besteht, selbst die Danksagung könnte nun zur nächsten Doktorarbeit geraten...

Zunächst zu den Studienteilnehmern und -teilnehmerinnen: Ich habe im Forschungszeitraum viele interessante Menschen getroffen und facettenreiche, persönliche Geschichten erfahren, die mich sehr berührt haben. Mein erster Dank gilt allen Interviewpartnern für ihre großzügige Bereitschaft, mir von ihren persönlichen Schicksalen, von Erfolgen und Niederlagen zu berichten und mir vor Augen zu führen, dass man auch mit Behinderung und trotz psychiatrischer Diagnosen ein erfülltes, ‚normales‘ Leben führen kann.

Gleichzeitig ermöglichte mir die Forschungsarbeit einen Blick hinter die Türen der geschlossenen Psychiatrie. Dort habe ich Patienten angetroffen, die trotz all ihrer kleinen und großen Krisen für mich doch immer eines blieben: menschlich. Ihre Offenherzigkeit hat es mir leicht gemacht, ihnen mit Neugier zu begegnen und meine eigenen Befremdlichkeiten abzulegen. Außerdem habe ich in der Klinik fabelhafte Kolleginnen und Kollegen kennen gelernt, die eine herausragende Arbeit leisten auf einem Gebiet, das leider nach wie vor von professionellen Helfern eher gemieden wird. In der Spezialabteilung war spürbar, dass das Arbeiten mit intellektuell beeinträchtigten Menschen für Ärzte, Pflegekräfte und Therapeutinnen eine Herzensangelegenheit darstellt. Ihre Begeisterung hat auf mich abgefärbt – ein ganz besonderer Dank geht an Josefa Fenzl, Katharina Distlberger, Sabine Winter, Christoph Stabe, Georg Fischbäck, Susi Scherneck, Jeannette Hofmann und Kordula Kraus. Auch der Oberärztin Dr. Franziska Gaese danke ich für die überaus wertschätzende Anerkennung meiner Tätigkeit und die Bereitschaft, mich in allen Belangen der Doktorarbeit zu unterstützen.

In 2017 bot sich mir die Gelegenheit, über den deutschen Tellerrand hinaus zu blicken und systemtherapeutische Kolleginnen und Kollegen in England kennenzulernen. Ein gemeinsamer Fachtag sowie viele anregende Diskussionen wirkten nachhaltig als kräftiger Rückenwind für meine Arbeit. Dafür danke ich Sandra Baum, Dr. Henrik Lynggaard, Dr. Glenda Fredman sowie Prof. Dr. Katrina Scior und Rory Sheehan von ganzem Herzen.

All diese Begegnungen und Erfahrungen wären nicht möglich gewesen, hätte ich nicht einen Doktorvater gehabt, den man sich nicht besser hätte vorstellen können! In seiner wertschätzenden, unterstützenden und inspirierenden Art war er für meine Tätigkeit eine überaus große Bereicherung und wird es hoffentlich auch über den Abschluss der Promotion hinaus bleiben. Von seiner Begeisterung und Expertise hinsichtlich qualitativer Forschung und systemtherapeutischen Handelns habe ich sehr profitiert. Mein größter Dank gilt Prof. Dr. Jochen Schweitzer-Rothers.

Auch meinem Kollegen Dr. Ede Nagy gilt ein spezieller Dank für seine bedingungslose Hilfsbereitschaft in allen Prozessen der Promotionsarbeit. Seine ausgezeichnete Forschungsexpertise sowie seine praxisnahen Tipps waren Gold wert. In Ede habe ich nicht nur einen unterstützenden Teamplayer, sondern auch einen anregenden Diskussionspartner gefunden,

mit dem das Debattieren über systemische und psychodynamische Behandlungsansätze viel Freude gemacht hat.

Ein wichtiger Wegbegleiter und Freund ist mir auch mein ehemaliger Lehrer und Supervisor Gerd Müller geworden. In zahlreichen Gesprächen haben wir uns gegenseitig geradezu beflügelt mit systemischen Erfahrungen und Ideen und ich bin stolz, dass ich eine brillante systemtherapeutische Ausbildung, die ich an seinem Institut genießen durfte, nun mit einer systemisch ausgerichteten Promotion krönen kann.

Dass mir die Lust und Kreativität beim Schreiben auch über die lange Zeit nicht verloren ging, dafür sorgte meine gute Fee Andrea Kubitzka. Sie begleitete mich von Woche zu Woche durch sämtliche Höhen und Tiefen meiner Arbeit und fieberte mit mir auf den Schlusspunkt hin. Danke, Andrea, dass du zu jedem Zeitpunkt so unerschütterlich an mich geglaubt hast!

Für das akribische Korrekturlesen der Arbeit danke ich Tina Landwehr-Rödde von ganzem Herzen, ihre Beiträge trugen doch so manches Mal zur Verständlichkeit und Lesefreundlichkeit des Textes bei.

Ein ganz besonderer Dank gilt meiner Familie: allen voran meinem Mann und meinen zwei Töchtern, die mich nicht nur emotional, sondern auch praktisch beim Verfassen der Dissertation unterstützt haben. Sie haben mir den Rücken freigehalten für stundenlanges Schreiben und tagelange Dienstreisen, haben sich bereitwillig – zumindest mit einem Ohr – angehört, welche Nüsse ich gerade zu knacken hatte, und milde gelächelt, wenn ich mal wieder die alltäglichen Dinge durcheinander gebracht habe. Ein ganz besonderer Dank an dich, Uwe, dass du die Sinnhaftigkeit und Selbstverständlichkeit meines Promotions-Projekts trotz der langwierigen und teils stressigen Arbeit nie in Frage gestellt hast!

Meinen Eltern danke ich von Herzen dafür, dass sie in den vergangenen Jahren mit Stolz und Interesse den Verlauf meiner Promotion verfolgt und mahnend darüber gewacht haben, dass meine Gesundheit bei allem Tun nicht auf der Strecke blieb.

Zu guter Letzt noch ein großes Dankeschön an Hendrik, Manuela, Tina und Ute und alle Angehörigen und Freunde, die mir den Rücken gestärkt sowie meine wochen- bis monatelange Funkstille wohlwollend respektiert haben und sich nun mit mir gemeinsam auf den Abschluss freuen!



## 11 EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG

1. Bei der eingereichten Dissertation zu dem Thema „Menschen mit Intelligenzminderung und psychischer Störung: Qualitative Studie zur Überwindung von Spannungsfeldern zwischen Familie, Heim und Psychiatrie“ handelt es sich um meine eigenständig erbrachte Leistung.
2. Ich habe nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich keiner unzulässigen Hilfe Dritter bedient. Insbesondere habe ich wörtlich oder sinngemäß aus anderen Werken übernommene Inhalte als solche kenntlich gemacht.
3. Die Arbeit oder Teile davon habe ich bislang nicht an einer Hochschule des In- oder Auslands als Bestandteil einer Prüfungs- oder Qualifikationsleistung vorgelegt.
4. Die Richtigkeit der vorstehenden Erklärungen bestätige ich.
5. Die Bedeutung der eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unrichtigen oder unvollständigen eidesstattlichen Versicherung sind mir bekannt. Ich versichere an Eides statt, dass ich nach bestem Wissen die reine Wahrheit erkläre und nichts verschwiegen habe.

Dachau, 22.10.2019