

Schriftenreihe Jugendwerk, Heft 35
Download

Schwenk, Theresa:
Störungen der Exekutivfunktionen nach SHT
Interventionsmöglichkeiten

Gailingen, 2018

Schriftenreihe Jugendwerk

Beiträge zur neurologischen Rehabilitation
von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Störungen der
Exekutivfunktionen
nach SHT

Interventionsmöglichkeiten

Theresa Schwenk

Sozialpädagogik

35

Das Hegau-Jugendwerk in Gailingen ist ein überregionales Rehabilitationszentrum für die Neurologische Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Mit zur Zeit 200 Betten bietet es die ganze Rehabilitationskette von der noch intensivmedizinischen Frührehabilitation über alle Formen medizinischer, sozialer und schulischer Rehabilitation bis hin zur beruflichen Rehabilitation zum Beispiel in Form von Förderlehrgängen.

Die Schriftenreihe Jugendwerk ist ein in erster Linie internes Forum für die fachliche Auseinandersetzung mit den Fragen neurologischer Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die einzelnen Hefte der Schriftenreihe stehen aber auch jederzeit allen externen Interessierten als Download zur Verfügung unter :



Neurologisches Fachkrankenhaus und Rehabilitationszentrum
Hegau-Jugendwerk, Kapellenstr. 31, 78262 Gailingen am Hochrhein

Telefon 07734 / 939 - 0

Telefax Verwaltung 07734 / 939 - 206

Telefax ärztlicher Dienst 07734 / 939 - 277

Telefax Wilhelm-Bläsig-Schule 07734 / 939 - 366

schriftenreihe@hegau-jugendwerk.de

www.hegau-jugendwerk.de

Redaktion der Schriftenreihe:

Jörg Rinninsland, Wilhelm-Bläsig-Schule

Inhalt

1. EXEKUTIVFUNKTIONEN	3
1.1. SYMPTOME VON STÖRUNGEN DER EXEKUTIVFUNKTIONEN.....	4
1.2. FEHLENDE ODER MANGELNDE KRANKHEITSEINSICHT.....	6
1.3. STÖRUNG DER AKTIVITÄTSDEFIZITSMODULATION.....	7
1.4. STÖRUNG DES SOZIALVERHALTENS.....	8
1.5. VERÄNDERUNGEN DER PERSÖNLICHKEIT.....	10
1.6. PRAXISBEISPIEL.....	11
2. MEDIZINISCHE UND PSYCHOLOGISCHE BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN	12
2.1. MEDIKAMENTÖSE BEHANDLUNG.....	13
2.2. RESTITUTIVE THERAPIE.....	14
2.3. KOMPENSATORISCHE THERAPIE.....	15
2.4. SONSTIGE HILFEN.....	16
2.5. ZUSAMMENFASSUNG.....	16
3. AUSGEWÄHLTE INTERVENTIONSMÖGLICHKEITEN DER SOZIALEN ARBEIT	19
3.1. SOZIALE ARBEIT UND GESUNDHEIT.....	19
3.1.1. Definition von Gesundheit.....	19
3.1.2. Soziale Arbeit und die Gesundheitswissenschaften.....	24
3.1.3. Ziele der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen.....	29
3.1.4. Zielsetzung in der Rehabilitation.....	32
3.1.5. Ziele für Menschen mit Störung der Exekutivfunktionen..	33
3.2. AUSGEWÄHLTE INTERVENTIONSMÖGLICHKEITEN.....	34
3.2.1 Beratung von Angehörigen und Betroffenen.....	34
3.2.2. Intensiv-Reintegrations-Programm.....	39
3.2.3. Zukunftswerkstätten nach Rensinghoff (Peer Support) ...	46
3.3 ZUSAMMENFASSUNG.....	52
4. LITERATURVERZEICHNIS	54

1. Exekutivfunktionen

Das Wort Exekutivfunktion kommt ursprünglich aus dem Englischen. Die grobe Übersetzung davon ist Steuerungs- u. Leitungsfunktion (vgl. Müller, 2013, S. 2). Exekutivfunktionen sind einfach gesagt, eine bestimmte Form geistiger Funktionen, genauer definiert eine höhere kognitive Leistung. Der Begriff fasst unter sich sehr verschiedenartige Prozesse zusammen. Viele Spezialisten haben versucht, den Begriff der Exekutivfunktionen zu definieren. Viele dieser Definitionen sind jedoch unvollkommen und substanzlos (vgl. Müller, 2013, S. 3 f.). Eine Expertin auf diesem Gebiet ist Dr. Sandra Verena Müller. Sie ist Leiterin der neuropsychologischen Abteilung einer bayrischen Klinik und ist Professorin an der Ostfalia-Hochschule. Ihre Forschungsschwerpunkte sind die Störungen der Exekutivfunktionen, berufliche Rehabilitation und Demenz bei geistiger Behinderung. Müller versucht auch selbst, den Begriff zu definieren: „Die meisten Autoren gehen letztlich davon aus, dass Exekutivfunktionen ein psychologisches Konstrukt sind, welches verschiedene unabhängige Prozesse umfasst, die selektiv gestört sein können. Die dabei auftretenden klinischen Symptome können sich neben den kognitiven Störungen auch in sehr unterschiedlichen Verhaltensstörungen präsentieren“ (Müller, 2013, S. 4).

Früher wurde die Störung der Exekutivfunktionen auch Frontalhirnschädigung oder Stirnhirnsyndrom genannt. Dieser Begriff war anatomisch geprägt, denn die Exekutivfunktionen befinden sich im Frontalhirn. Im Folgenden wird auch immer wieder aus Büchern zitiert, die die Störung von exekutiven Funktionen noch als Frontalhirnschädigung bezeichnen. Wenn aus diesen Büchern wörtlich zitiert wird, wird der Begriff Frontalhirnschädigung übernommen, ansonsten wird der Begriff Störung von Exekutivfunktionen oder der Begriff dysexekutives Syndrom verwendet. Diese Begriffe wurden ab 1986 vom britischen Psychologen Alan David Baddeley favorisiert, um den veralteten Begriff zu ersetzen. Ziel war es, den anatomisch geprägten Begriff durch eine symptomgeprägte Bezeichnung zu ersetzen. Im Frontalhirn werden vor allem Prozesse gesteuert. Schlüsselfunktionen des Frontalhirns sind die ausführende Komponente des Arbeitsgedächtnismodells oder des Problemlöseprozesses. Vom Neuropsychologen J. Duncan wird vermutet, dass Menschen mit einer Schädigung im Bereich des Frontalhirns zwar Pläne entwickeln

können um Ziele zu verwirklichen, doch während des Ausführungsprozesses das ursprüngliche Ziel aus den Augen verlieren. So entsteht ein Verhalten, das von außen betrachtet planlos und zufällig wirkt (vgl. Evans, 2010, S. 136). Um eine Kategorisierung der exekutiven Funktionen bemühen sich bis heute viele Spezialisten. „Der Begriff Exekutivfunktionen ist häufig als paradox oder rätselhaft beschrieben worden“ (Müller, 2013, S. 7).

Nun möchte ich auf die genauere Bestimmung der Exekutivfunktionen nach Cicerone eingehen. Der erfolgreiche Psychologe, Keith D. Cicerone, hat Exekutivfunktionen mit Hilfe neuroanatomischer Grundlagen definiert. Dies ist möglich, weil die einzelnen Funktionen immer ganz bestimmten Hirnregionen zugeordnet werden können. Dabei wird der Stirnlappen in vier Bereiche aufgeteilt: dorsolateraler präfrontaler Kortex, ventrolateraler präfrontaler Kortex, mediofrontaler Kortex und frontaler Pol. Diese Bereiche sind jeweils speziellen Funktionen zugeteilt. Dies sind die kognitiven exekutiven Funktionen (Bereich des dorsolateralen präfrontalen Kortex), die Selbstregulation (Bereich des ventrolateralen präfrontalen Kortex), die Aktivierung (Bereich des mediofrontalen Kortex) und die meta-kognitiven Prozesse (Bereich frontale Pole). Die kognitiven exekutiven Funktionen sind grundlegende Funktionen, und „an der Kontrolle und Ausrichtung (Planung, Überwachung, Aktivierung, Hemmung, Wechsel) von automatisierten, weiter unten in der Hierarchie angesiedelten Prozessen beteiligt“ (Müller, 2013, S. 6). Die Selbstregulation bzw. die emotionale Verarbeitung ist im ventrolateralen präfrontalen Kortex angesiedelt, welcher mit dem limbischen System zusammen hängt. Dieser Bereich des Gehirns verarbeitet Belohnungen und ist zuständig für Entscheidungen, die nicht mit genügend Sicherheiten getroffen werden, sondern, um es in Umgangssprache auszudrücken, nach „Bauchgefühl“. Der Bereich Aktivierung, angesiedelt im mediofrontalen Kortex, „spielt eine Schlüsselrolle bei der Selbstregulation, indem sie das Verhalten aktiviert und die notwendige Energie dafür zur Verfügung stellt“ (Müller, 2013, S. 6). Der Bereich der frontalen Pole ist zentral in dem Prozess von Verbindung der exekutiven kognitiven Funktionen mit emotionalen oder motivationalen Impulsen, sowie bei der menschlichen Verhaltensteuerung (vgl. Müller, 2013, S. 6). Aspekte der metakognitiven Prozesse sind „Persönlichkeit, soziale Kognition, Selbstbewusstsein sowie Einschätzung der eigenen Fähigkeiten“ (Müller, 2013, S. 6).

1.1. Symptome von Störungen der Exekutivfunktionen

Die Störung von Exekutivfunktion wird auch dysexekutives Syndrom genannt. In dieser Ausführung werden die Begrifflichkeiten gleich verwendet.

Die häufigste Ursache für eine Störung der Exekutivfunktionen ist das Schädel-Hirn-Trauma (SHT). Andere Ursachen dafür können Schlaganfall, Subarachnoidalblutung, Multiple Sklerose, idiopathische Parkinson-Syndrom und fronto-temporale Demenz sein. Zu einer Störung der Exekutivfunktionen kommt es nach einer Läsion im Bereich des präfrontalen Kortex. Dabei ist eine Störung der Exekutivfunktionen nach einer Hirnschädigung nicht selten. Aufgrund der Schwere der Schädigung, bzw. der verschiedenen Grade des Schädel-Hirn-Traumas ergeben sich unterschiedliche und verschieden starke Ausprägungen des Syndroms (vgl. Müller, 2013, S. 10). Das führt auch dazu, dass kein einheitliches Muster von Beeinträchtigungen vorhanden ist, sondern es verschiedene Ausprägungen gibt. Es gibt also nicht ‚das‘ Frontalhirnsyndrom. Die Ausprägung der Symptome ist auch möglich, wenn die Schädigung nicht direkt im Bereich des Frontalhirns ist, der Bereich aber stark mit ihm verbunden ist (vgl. Prosiegel, 1991, S. 139).

Jonathan Evans greift, um das dysexekutive Syndrom zu definieren, anfangs auf eine alte Definition von Baddeley und Wilson von 1988 zurück. Sie beschreiben folgende Auffälligkeiten, wobei sie die Definition von einer Frontalhirnschädigung von 1939 mit aufgreifen: „Die Aufmerksamkeit der Patienten ist beeinträchtigt; es besteht eine leichte Ablenkbarkeit. Die Patienten haben Schwierigkeiten, einen komplizierten Sachverhalt (abstraktes Denken) zu erfassen. Die Patienten haben Probleme mit neuen Situationen, während sie alltägliche Routinearbeiten durchaus bewältigen können“ (Evans, 2010, S. 136). Evans neuere Version beschreibt zusammengefasst Schwierigkeiten in den folgenden Bereichen: „Problemlösung, Planung und Organisation, Selbst-Monitoring, Beginnen von Handlungen, Fehlerkorrektur und Verhaltenssteuerung“ (Evans, 2010, S. 136). Das hat Auswirkungen auf den Alltag der Betroffenen. PatientInnen können impulsive Verhaltensweisen entwickeln, oft resultierend aus fehlender Einsicht und Urteilskraft. In Kontakt- und Kommunikationssituationen können sie taktlos sein. Daraus wird oft von Angehörigen geschlossen, dass vor dem Sprechen oder Handeln nicht nachgedacht wird. Ein adäquater Umgang mit unbekanntem Situationen ist nicht möglich. Genauso wie die Fähigkeit, etwas zu planen oder zu organisieren, ist die Fähigkeit, Konsequenzen zu bedenken, sehr stark eingeschränkt. Betroffene können nicht absehen, welche Folgen ihr Handeln haben wird. Feedback anzunehmen und zu verarbeiten fällt ihnen schwer. Bei schwer betroffenen PatientInnen kann unkontrolliertes Verhalten ein Symptom sein. Darin inbegriffen sind körperliche Aggressionen, verbal unangebrachte Äußerungen, auch mit aggressivem Charakter. Möglich ist außerdem eine sexuelle Distanzlosigkeit (vgl. Evans, 2010, S. 136). Weitere Probleme treten öfters in den Bereichen Motivation und abstraktes Denken auf. Besonders die Motivation des Betroffenen hat großen Einfluss auf den Rehabilita-

tionsverlauf. Bei PatientInnen mit dysexekutivem Syndrom ist die Krankheitseinsicht nur in wenigen Fällen vorhanden. Konkret bedeutet das, den Betroffenen die eigenen Einschränkungen nicht auffallen oder sie diese nicht wahrnehmen. Des Weiteren ist das abstrakte Denken bei Störung der exekutiven Funktionen oft eingeschränkt. Angewendet auf den Alltag bedeutet das beispielsweise, dass Betroffene erlernte Strategien nicht auf neuartige Situationen übertragen können (vgl. Evans, 2010, S. 142).

Diese Auswirkungen stellen die Betroffenen vor allem im sozialen Miteinander immer wieder vor große Herausforderungen, bzw. andersherum betrachtet, führen diese Verhaltensweisen immer wieder zu Problemen. Vor allem das soziale Leben leidet unter diesen Funktionsstörungen. Schwierig gestaltet sich dadurch beispielsweise der Wiedereintritt in den Berufsalltag, die Schule oder auch das Familiensystem. Zwei Experten auf dem Gebiet der Neuropsychologischen Rehabilitation, Crepeau und Scherzer, führten eine Studie zum Wiedereintritt in das Berufsleben durch. Sie fanden heraus, dass das durch die dysexekutive Störung veränderte Sozialverhalten der Hauptgrund für das Scheitern des Wiedereintritts in den Berufsalltag ist (vgl. Evans, 2010, S. 136 f.).

Müller versucht die Störungen knapp zusammen zu fassen. Sie schreibt: "Demnach lassen sich die meisten Schwierigkeiten der Patienten mit dysexekutiven Syndrom durch Störungen a) des Arbeitsgedächtnisses und Monitoring, b) der kognitiven Flexibilität und c) des planerischen und problemlösenden Denkens beschreiben" (Müller, 2013, S. 8). Diese Symptome zeigen sich im Alltag. Betroffene „zeigen ein unangemessenes Sozialverhalten, sie haben Schwierigkeiten Entscheidungen zu fällen, ihnen fällt es schwer Plänen zu folgen oder auch Pläne zu ändern, sie haben Schwierigkeiten im planerischen Denken und Organisieren, sie sind sehr ablenkbar und haben Schwierigkeiten in mehrdeutigen Situationen“ (Müller, 2013, S. 8). Natürlich steht, wie weiter vorn im Text schon beschrieben, die Schwere der Hirnschädigung meist im Verhältnis zur Ausbildung der Symptome. Je stärker die Ausprägung desto schwerwiegender die kognitiven und geistigen Veränderungen, die bis hin zur Verhaltensauffälligkeit führen können (vgl. Müller, 2013, S. 12). Müller unterteilt die Störungen der Exekutivfunktionen in vier Bereiche ein, die im Folgenden beschrieben werden.

1.2. Fehlende oder mangelnde Krankheitseinsicht

Die fehlende Krankheitseinsicht wird auch Unawareness oder als Anosognosie bezeichnet. „Unter Anosognosie versteht man die Unfähigkeit eines Patienten, Beeinträchtigungen, die sich als Folge einer Hirnschädigung ergeben, an sich

selbst wahrzunehmen und die sich daraus ergebenden Konsequenzen realistisch einzuschätzen“ (Müller, 2013, S. 12). Dieses nicht Erkennen der eigenen Einschränkung wird von den Betroffenen nicht absichtlich oder aus Versehen herbeigeführt. Sie können das Auftreten dieses Symptoms nicht beeinflussen. Dieses Symptom geht wahrscheinlich zurück auf das Ausfallen des Kontrollsystems. Informationen können durch einen Ausfall dieses Systems nicht mehr kontrolliert werden. Außerdem ist das Bewusstsein über die eigene Person und die Selbstreflexion im präfrontalen Kortex angesiedelt (vgl. Müller, 2013, S. 12 f.).

Die Wirkung auf Angehörige und Mitmenschen ist sehr negativ. Angehörige vermuten oft Trotz, Gleichgültigkeit oder Gedankenlosigkeit hinter dieser Ausprägung. Es ist jedoch ein Symptom des Syndroms. Besonders die anfängliche Rehabilitationssituation ist schwierig, denn weder die Angehörigen noch der/die PatientIn selbst kennen in den ersten Wochen die Einschränkungen und ihre Auswirkungen genau. Die mangelnde Einsicht zeigt sich in verschiedenen Bereichen. Zum einen werden kognitive Defizite verleugnet, eindeutig unkorrekte Aussage über Zustand und Aufenthaltsort werden erfunden, sowie illusorische Zukunftspläne entworfen. Dieses Symptom erschwert vor allem die verschiedenen Therapien, da die Betroffenen der Meinung sind, sie haben keine Einschränkungen. Die Konfrontation des/der PatientIn mit den Einschränkungen ist schwierig, denn auf Appelle von Angehörigen reagieren Betroffene oft negativ. Konfrontation durch die Nicht-Bewältigung alltäglicher Dinge, führt zu trotzigem bis aggressivem Verhalten, nur die Kritik oder die Anmerkungen anderer PatientInnen können die Betroffenen leichter annehmen. Für das Verhältnis von TherapeutInnen und PatientInnen bedeutet dies, dass eine stabile Beziehung ein wichtiger Grundstein ist. Nur so kann in den Therapien mit den Defiziten gearbeitet werden, ohne negative Reaktionen hervorzurufen (vgl. Müller, 2013, S. 13 f.).

Normalerweise läuft die Krankheitseinsicht in Phasen ab. Ziel ist, dass der/die PatientIn seine eigenen Einschränkungen kennenlernt und diese im Alltag dementsprechend berücksichtigt. Bei Menschen mit einem dysexekutiven Syndrom verändert sich die Krankheitseinsicht mit der Zeit. Häufig vermitteln sie jedoch den Eindruck, die Defizite als Wissen von anderen zu reproduzieren und die Einschränkungen selbst nicht zu spüren (vgl. Müller, 2013, S. 14).

1.3. Störung der Aktivitätsdefizitsmodulation

Mit einer Störung der Aktivitätsdefizitsmodulation ist Antriebsmangel, -schwäche oder ein Aktivitätsdefizit gemeint. In seiner schwersten Form, können PatientInnen keine Aktivität durch Eigeninitiative entstehen lassen, sondern müssen permanent

von außen motiviert werden. „Dieses Aktivitätsdefizit kann sich in Form einer Verlangsamung, einer Initiierungsstörung, verminderter Impulskontrolle, verminderter Konzentrationsfähigkeit und dem Fehlen spontaner Kommunikation oder einer verarmten Sprache zeigen“ (Müller, 2013, S. 16). Genau das Gegenteil kann ein Aktivitätsüberschuss bewirken. Die fehlende Möglichkeit zur Hemmung wirkt sich vor allem auf das Verhalten aus. Folgen sind „Hyperaktivität, Rastlosigkeit, allgemeine(r) Verhaltenseinthemmung, wie z.B. Distanzlosigkeiten, Albernheit, Logorrhoe, impulsivem Verhalten, unangemessene Euphorie, gesteigerte(r) Erregbarkeit und Irritabilität“ (Müller, 2013, S. 17). Außerdem ist das zielgerichtete Arbeiten eingeschränkt (vgl. Müller, 2013, S. 15 ff.).

Wie auch im Bereich der Krankheitseinsicht sind im Bereich der Aktivitätsdefizitsmodulation Aufforderungen von anderen nicht hilfreich, sondern rufen Trotzreaktionen hervor. Die PatientInnen haben keine Möglichkeit den Aktivitätsüberschuss sowie das Aktivitätsdefizit selbstständig zu überwinden. Dies kann nur mit Hilfe von Hilfsmitteln erreicht werden (vgl. Müller, 2013, S. 17).

Vor allem die Antriebsminderung beeinträchtigt laut Müller die Therapien und soziales Leben, wobei auch ein Aktivitätsüberschuss zu Beeinträchtigungen führen kann. Sie beschreibt, dass Antriebsminderung sich auf den Erfolg der Therapie auswirken kann. Um dies zu verhindern, sollte die Antriebsminderung auf jeden Fall mit in die Therapie einbezogen werden, vermehrt Einzeltherapien gemacht werden sowie möglicherweise eine ‚Antriebsgruppe‘ für Motivations- und Strukturhilfe angeboten werden. Eine Antriebsminderung könnte für das soziale Leben als verheerend beschrieben werden. Sie hat Auswirkung auf jegliche Interaktion mit anderen. Von dem geringen Interesse an Gesprächen bis hin zu sexuellen Kontakten sind Einschränkungen zu erkennen. Im schlimmsten Falle führt der Antriebsmangel zur sozialen Isolation (vgl. Müller, 2013, S. 17 f.).

1.4. Störung des Sozialverhaltens

Die Störung des Sozialverhaltens betrifft auch die Störung der sozialen Selbstregulation. Dabei sind bestimmte Fähigkeiten beeinträchtigt, die eine normale soziale Interaktion möglich machen, wie die Initiierung, die Häufigkeit, die Intensität oder die Dauer des sozialen Kontakts. Wenn diese Fähigkeiten geschädigt sind, ist es schwer ein adäquates Sozialverhalten zu zeigen, welches sich in zwei Richtungen entwickeln kann. „Dies kann zu aufdringlichem, distanzlosem Verhalten gegenüber Fremden führen, ebenso wie zu der Unfähigkeit mit vertrauten Personen in Kontakt zu treten“ (Müller, 2013, S. 18). Beispiele hierfür wären das Übergehen

von allgemeingültigen Gesprächsregeln (z.B. Gruß- oder Höflichkeitsformeln), inadäquatem Gesprächsverhalten (z.B. unnormale lange eigene Beiträge, außergewöhnlich hohen Rededrang) oder ähnliches. „Darüber hinaus sind häufig eine unpassende non-verbale oder paraverbale Kommunikation zu beobachten“ (Müller, 2013, S. 18). Auffällig ist außerdem die Unfähigkeit, Humor oder Ironie zu verstehen (vgl. Müller, 2013, S. 18 f.).

Dieses Verhalten resultiert aus den durch die Hirnschädigung entstandenen, veränderten Hemmungs- und Aktivierungsprozessen. In Bezug auf das Sozialverhalten führt das zu Enthemmung, Distanzlosigkeit, Impulsivität und vorschnellem Handeln. Die Inkompetenz in Bezug auf Impulskontrolle resultiert meist aus der Unfähigkeit Frustration auszuhalten oder sich in Situationen angemessen zu verhalten. Ebenso können Betroffene Objekten mit aufforderndem Charakter nicht widerstehen, auch Stimulus-bound-behavior genannt. Hierfür beispielhaft ist das Aufgreifen eines herumliegenden Kugelschreibers, bei welchem dann pausenlos die Miene hinaus- und hineingedrückt wird. Aufhören können PatientInnen erst, wenn ihre Aufmerksamkeit auf etwas anderes gelenkt wird. Genauso typisch ist ein vorschnelles, unüberlegtes Verhalten, beispielsweise übereilt und unbedacht eine Handlung zu beginnen, ohne eine Aufgabe, ein Ziel oder einen Sinn dahinter zu erkennen. Zudem ist meist das Belohnungssystem gestört. Für betroffene Menschen ist es schwer, aus Erfahrungen zu lernen und genug Motivation aufzubringen, um ein Ziel zu erreichen. Sie erkennen risikoreiche Situationen nicht, was sich auf das Entscheidungsverhalten auswirkt. Entscheidungen zu treffen fällt grundsätzlich schwer, wenn jedoch eine getroffen wird, ist sie meist riskant und leichtsinnig getroffen worden (vgl. Müller, 2013, S. 20). „Ein Mangel an Einfühlungsvermögen, häufig auch als emotionale Verflachung oder emotionale Kälte beschrieben, zeigt sich durch fehlende Beachtung der Bedürfnisse und des Befindens anderer Menschen“ (Müller, 2013, S. 20). Betroffene Personen sind nicht in der Lage, die Perspektive zu wechseln, Gefühlsausdrücke anderer richtig zu deuten, und sich sozial angemessen richtig zu verhalten. Oftmals ist auch der Bereich des Planens und Problemlösens betroffen, was allerdings vor allem nur nach einer schweren Beeinträchtigung vorkommt. Müller weist im Laufe ihrer Ausführungen immer wieder auf verschiedene neuropsychologische und neurobiologische Störungstheorien und Modelle hin. Besonders die Theory of Mind (TOM) ist für Menschen mit Einschränkungen im Bereich der Exekutivfunktionen interessant. Denn Probleme im Bereich der TOM haben starke Auswirkungen auf das soziale Leben; durch Störung ist das soziale Leben behindert (vgl. Müller, 2013, S. 20).

1.5. Veränderungen der Persönlichkeit

Die Störung der Exekutivfunktionen kann Persönlichkeitsveränderungen hervorrufen. Besonders oft geschieht das nach einem Schädel-Hirn-Trauma. „Sie können bisher vorhandene Persönlichkeitseigenschaften verstärken (Persönlichkeitsakzentuierung); sie können aber auch bisher charakteristische Eigenschaften des betroffenen Patienten in das Gegenteil verkehren“ (Müller, 2013, S. 22). Oftmals führt ein dysexekutives Syndrom zu geschwächtem Interesse an der örtlichen Umgebung sowie dem sozialem Umfeld, welches die PatientInnen gefühllos wirken lässt. Außerdem gibt es Einschränkungen, die eigenen sowie die Gefühle Fremder richtig wahrzunehmen (vgl. Müller, 2013, S. 22).

Im alltäglichen Umgang bedeutet dies, PatientInnen leiden unter „starken Stimmungsschwankungen, gefühlsmäßiger Unsicherheit, albernem, kindischem Verhalten und Gereiztheit, Wutausbrüchen (bis hin zu aggressivem Verhalten), sozial unangepasstem Verhalten, affektiver Verflachung und ‚emotionaler Kälte‘“ (Müller, 2013, S. 22). Auch die Empathie ist eingeschränkt. Betroffene Menschen können sich nicht in andere hineinversetzen. Besonders die Auswirkung auf Angehörige und Freunde ist groß, wenn Menschen ohne Empathievermögen ihren Alltag oder andere Dinge planen, ohne die Gefühle ihrer Mitmenschen zu beachten, oder sich in die Lage der anderen zu versetzen. Auf Angehörige machen sie den Eindruck gefühllos oder willkürlich zu handeln, da oft die Handlungen von außen nicht nachzuvollziehen sind. Die Persönlichkeitsveränderungen haben große Auswirkungen auf die Partnerschaft, vor allem wenn der gesunde Partner den erkrankten Partner nicht wieder zu erkennen scheint, da dieser plötzlich nur noch veränderte Verhaltensweisen zeigt. Dies senkt die Lebensqualität der Familien beträchtlich (vgl. Müller, 2013, S. 22 f.).

Grundsätzlich ergibt sich aus diesem Überblick, dass es immer Plus- und Minussymptome gibt. Plussymptome führen zu Verstärkungen, beispielsweise in Form einer Störung der Impulskontrolle (z.B. Hyperaktivität). Minussymptome dagegen führen zu Verlangsamung oder Antriebslosigkeit. In den vier aufgezählten Bereichen (Krankheitseinsicht, Aktivitätsdefizitsmodulation, Sozialverhalten und Persönlichkeit) können Störungen mit einer Minus- oder Plusvariante ausgebildet werden (vgl. Prosiogel, 1991, S. 141).

„Die Gesamtheit der Auffälligkeiten im Sozialverhalten wird von den Angehörigen oft als Persönlichkeits- oder Wesensveränderung erlebt und beschrieben“ (Müller, 2013, S. 21). Problematisch ist, dass Angehörige diese Veränderungen oft als schlechte Angewohnheit sehen, dabei ist es die Folge der Hirnschädigung und Symptom des dysexekutiven Syndroms (vgl. Müller, 2013, S. 21).

1.6. Praxisbeispiel

Um die Problematik zu verdeutlichen, möchte ich hier einen Fall darstellen. Die äußeren Rahmenbedingungen, wie beispielsweise die Unterbringung in einer Einrichtung, Therapiemaßnahmen oder vorgenommene Behandlungen werden nicht thematisiert werden. Der Fokus soll auf der Problemdarstellung im Alltag liegen.

Felix S. verunfallte im Sommer 2015. Er stürzte von einem Balkon sechs bis sieben Meter in die Tiefe. Dies geschah, in alkoholisiertem Zustand, bei einer Feier mit KommilitonInnen. Zu diesem Zeitpunkt war F.S. 23 Jahre alt. In der Akutklinik wurde ein Schädel-Hirn-Trauma festgestellt und eine Blutung im frontalen Bereich des Gehirns. Während der Phase der Frührehabilitation wurden die anfänglichen Symptome, wie die Hemiparese (Halbseitenlähmung) und die vegetativen Instabilitäten besser. Es blieben jedoch eine reduzierte Krankheitseinsicht, fehlende Gefahreinschätzung und nur teil-weise bestehende Orientierung. Ansonsten hatte F.S. Probleme mit dem Sprachverständnis und eine Wortfindungsstörung. Trotzdem waren die Einschränkungen auch noch nach der Frührehabilitation immens. In die Rehabilitation begab er sich damals nur sehr widerwillig, auch auf Grund seiner kaum vorhandenen Krankheitseinsicht. F.S. äußert, dass er zum Zeitpunkt seiner Aufnahme keinerlei Einschränkungen an sich selbst erkennen könne. Zu diesem Zeitpunkt, so berichten die Eltern, wären keine körperlichen Defizite mehr zu erkennen, problematisch dagegen seien die Sprache, das Gedächtnis und das Verhalten von F.S. gewesen. Während des Aufnahmegesprächs war F.S. zuerst freundlich, im Laufe des Gespräches veränderte sich seine Haltung und er wirkte unterschwellig leicht aggressiv, wahrscheinlich, weil er sich durch das Gespräch unter Druck gesetzt fühlte. Diagnostiziert wurde eine neuropsychologische Teilleistungsstörung, die Störung von Exekutivfunktionen, wobei besonders das Sozialverhalten beeinträchtigt war, sowie eine aphasische Störung (Störung der Sprache). Bei F.S. äußerte sich dies durch einen gesteigerten Antrieb, die fehlende Orientierung zu Zeit und Ort und durch Probleme bei der kognitiven Verarbeitung von Informationen. Kognitive Einschränkungen waren im Bereich Merkfähigkeit, Handlungsplanung und Strukturierung vorhanden. Ziele der Rehabilitation waren der Gewinn von Krankheitseinsicht, die Steigerung der kognitiven Leistungsfähigkeit und die Verbesserung der Sprachstörung. Im Vordergrund jedoch stand, auch für F.S., die Wiederherstellung der Studierfähigkeit (vgl. Hegau-Jugendwerk, 2017, S.1 ff.)

Zu Beginn der Rehabilitation war F.S. nur in Begleitung seiner Eltern anzutreffen. Diese übernahmen eine engmaschige Betreuung, die F.S. aufgrund seiner Ver-

haltensauffälligkeiten benötigte. Er zeigte Weglauftendenzen, da er selbst keine Störungseinsicht entwickelte und eine Aktivitätssteigerung hatte. In einem Interview beschreibt er, dass es ihm anfänglich nicht möglich war, die eigenen Einschränkungen zu bemerken oder einen Perspektivwechsel zu vollziehen, um diese zu erkennen. Er fragte beispielsweise auch am Aufnahmetag den Fahrer eines Busses, der an der Einrichtung gehalten hatte, wie viel ein Ticket zu ihm nach Hause kosten würde (vgl. Schmidt, 2017, S. 1 f.).

Besonders auffällig waren die Störungen des Sozialverhaltens. F.S. hatte Schwierigkeiten ein normales Nähe-Distanz-Verhältnis einzuhalten. Mit Regeln, festen Abläufen oder Druck von außen kam er nicht zurecht. Wenn F.S. mit einer Situation überfordert war, reagierte er aggressiv oder versuchte die Situation zu bagatelisieren. Das angemessene Verhalten in Gesprächen oder in einer Gemeinschaft war ihm nicht bewusst. Kontakte zu knüpfen war für ihn sehr schwierig. Seine betreuende Sozialpädagogin, beschreibt sein Handeln in einem Interview als sehr selbstbezogen und diskussionsfreudig. Besonders die Regeln der Einrichtung waren für F.S. sehr schwer zu akzeptieren. Die Sozialpädagogin berichtet, dass es häufig Diskussionen gab, in welchen F.S. kein Ende fand. Das Ende musste immer vom Gesprächspartner strikt gesetzt werden. Es gab wiederholt schwierige Situationen mit anderen RehabilitandInnen der Einrichtung. Deren Schwächen und Defizite schienen für F.S. teilweise unbegreiflich und er zeigte darauf negative Reaktionen und Unverständnis (vgl. Zimmermann, 2017, S. 1 ff.; vgl. Hegau-Jugendwerk, 2017).

Herr Schmidt zeigte Störungen im Bereich des Sozialverhaltens und in der Aktivitätsmodulation, außerdem war zu Beginn der Rehabilitation keine Krankheitseinsicht vorhanden. Zum Bereich der Persönlichkeitsveränderung kann leider keine Aussage getätigt werden, da es dazu keine Möglichkeiten des Vergleichs gab. Wenn es möglich ist sollten die MitarbeiterInnen sich dazu mit den Angehörigen verständigen und sich dort Informationen einholen.

2. Medizinische und psychologische Behandlungsmöglichkeiten

Das Behandlungsteam nach einem SHT ist multiprofessionell. In neuropsychologischen Rehabilitationskliniken besteht das therapeutische Team i.d.R. aus ÄrztInnen, PflegerInnen, PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, PsychologInnen, PädagogInnen und SozialarbeiterInnen.

Wie zuvor schon beschrieben ist eine Neubildung von Synapsen möglich. Die in diesem Bereich gemachten Tierexperimente zeigen interessante Ergebnisse. Sie lassen vermuten, dass sich aus neuronalen Stammzellen neue Nervenzellen ent-

wickeln können. Die Behauptung, Nervenzellen könnten sich nicht regenerieren, muss also wenigstens zum Teil überdacht werden. Des Weiteren sollte auf neue Forschungsergebnisse gewartet werden. Grundsätzlich wird in der neurologischen Rehabilitation davon ausgegangen, dass sich Synapsen nach einer Schädigung durch die Therapien und Förderungen neu bilden (vgl. Engelhardt, 2012, S. 13 f.). An dieser Stelle soll angemerkt werden, dass die Therapien für die Behandlung der Störung von exekutiven Funktionen noch nicht durch Studien getestet wurden. Im Folgenden werden trotzdem einige der evidenten Therapien vorgestellt (vgl. Evans, 2010, S. 137).

2.1. Medikamentöse Behandlung

„Einige wenige Studien brachten Hinweise, dass die Gabe von Medikamenten bei der Behandlung von exekutiven Störungen erfolgreich sein könnte“ (Evans, 2010, S. 137). Diese Ergebnisse sind aussichtsreich und werden weiterhin untersucht. Ziel ist, dass die Gabe von Medikamenten, die exekutiven Funktionen nach Hirnschädigung auf einen besseren Stand hebt. Unterstützt werden durch die Gabe der Medikamente das dopaminerge System und das noradrenerge System. Dopaminerg bedeutet, dass das Gehirn mit dem anregenden Neurotransmitter Dopamin angesprochen wird. Dieser Stoff gilt in der Gesellschaft als ‚Glückshormon‘ und wirkt antriebssteigernd und motivierend. Noradrenerg dagegen bedeutet, dass der Neurotransmitter und Hormon Noradrenalin verstärkt wird. Die Wirkung dieses Stoffes ist der Wirkung des bekannten Adrenalins ähnlich. Die Ergebnisse der oben beschriebenen Studien können aber noch nicht als Grundlage gewertet werden. „Daher gehört die Gabe von Medikamenten noch nicht zum Behandlungsstandard“ (Evans, 2010, S. 137). Medikamente, die positive Veränderungen bewirkten sind Methylphenidat, Bromocriptin, Amantadin und Idazoxan. Bromocriptin und Amantadin wirken auf Dopamin ansprechend und verbessern damit die exekutiven Funktionen. Andere Studien zeigen, dass Methylphenidat das Arbeitsgedächtnis und die Planungsfähigkeit von Menschen mit einem Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom verbessern, was auf Menschen mit dysexekutivem Syndrom übertragbar ist. Idazoxan wurde an Menschen mit Demenz getestet. Es sorgte für Leistungssteigerungen im Bereich des Planungsprozesses und des Vorgangs der Problemlösung (vgl. Evans, 2010, S. 137). An diesem Punkt möchte ich noch einmal betonen, dass diese Ergebnisse nicht als allgemeingültig anzusehen sind.

2.2. Restitutive Therapie

Die restitutiven, wiederherstellenden Therapien gehen davon aus, dass einige der kognitiven Funktionen durch Training wieder hergestellt werden können. In den Therapien werden diese Fähigkeiten durch Aufgaben und Übungen stimuliert, um eine Restitution zu erreichen. Durch diese Übungen ist es möglich, die kognitiven Funktionen zum Teil wiederherzustellen (vgl. Evans, 2010, S. 137). Bekannte restitutive Therapien sind die Problemlösetherapie (PST), die Cognitive Remediation Therapie (CRT), das Goal Management Training (GMT) und die Selbst-Monitoring-Therapie (SMT). Näher beschreiben möchte ich hier beispielhaft die Problemlösetherapie und das Goal Management Training.

Die Problemlösetherapie ist ein Ansatz, der von Prof. Dr. med. Detlef-Yves von Cramon 1991 zum ersten Mal beschrieben wurde. Von Cramon hat Medizin studiert, ist inzwischen renommiertes Professor für Psychologie und Experte für kognitive Neurologie und neuropsychologische Rehabilitation. Die Problemlösetherapie baut auf einem 1971 entwickelten Ansatz auf, der für PatientInnen mit psychiatrischen Problemen gedacht war, um ihnen einen besseren Umgang mit Stimmungsschwankungen näher zu bringen. Es ist ein Therapieansatz in Form einer Gruppentherapie mit dem Ziel „die Patienten zu unterstützen, Probleme effektiver zu analysieren und im Gegensatz zu ihrem gewöhnlichen impulsiven Handeln einen langsamen, kontrollierten und schrittweisen Lösungsweg zu entwickeln“ (Evans, 2010, S. 137). Den Betroffenen soll beigebracht werden, wie sie Schritt für Schritt den Problemlöseprozess planen und durchführen. Mögliche Inhalte dieser Therapie sind die Problemorientierung und ein spezifisches Problemlösetraining. Problemorientierung bedeutet, dass Problemlagen wie der emotionale Zustand, Bezug und Umgang mit den persönlichen Problemlagen und die eigene Haltung in der Gruppe besprochen werden. Das spezifische Problemlösetraining beinhaltet die intensive Arbeit mit Problemlöse-schritten und –strategien. In einer Studie konnte bewiesen werden, „dass Patienten, die an der Problemlösetherapie teilnahmen, im Vergleich zu den Kontrollpatienten bessere Leistungen in allgemeinen Intelligenztests und in der Problemlösung [...] erzielten“ (Evans, 2010, S. 138; Auslassung durch die Verfasserin). Schwierig bleibt jedoch auch für die Teilnehmer dieser Therapie, die Übertragung dieser Fähigkeiten auf ungeübte oder nicht bekannte Situationen im Alltag. Darüber hinaus lassen sich eine Verbesserung der Selbstbeurteilung in Bezug auf den Prozess der Problemlösung feststellen, sowie eine Verbesserung der Verarbeitung von Gefühlen und abstraktem Denken. Außerdem können ProbandInnen sich besser auf neuartige Situationen einlassen, wie beispielsweise auf ein Rollenspiel (vgl. Evans, 2010, S. 137 f.).

Das Goal Management Training hat einen anderen Schwerpunkt. Es wurde 1996 von Prof. Ian Roberts entwickelt, geht jedoch auch ursprünglich auf Duncan zurück, der auch die PST entwickelte. Roberts ist internationaler Spezialist für Neurologie. Das Goal Management Training ist eine Einzeltherapie, die sich konkret mit geplanter Aufgabenbewältigung beschäftigt. Hier ist anzumerken, dass Menschen mit einer Störung der Exekutivfunktionen, Schwierigkeiten haben, Ziele zu erreichen. Im Prozess der Zielerreichung gibt es für Betroffene folgende Schwierigkeiten: Teilschritte definieren, das Ziel verfolgen, ohne sich ablenken zu lassen oder vom ursprünglichen Ziel abzuweichen, sowie eine Aufgabe bis zum Ende zu bringen. Das Training umfasst fünf Teilschritte, die der/die PatientIn verinnerlichen sollen, um diese Schwierigkeiten zu umgehen (vgl. Evans, 2010, S. 138). „1. Einen Moment innehalten und überlegen, was man gerade tut. 2. Sich die Aufgabe klarzumachen. 3. Sich die einzelnen Schritte für die Erledigung der Aufgabe überlegen. 4. Die einzelnen Schritte planen. 5. Während der Ausführung der Schritte ist zu prüfen, ob man noch bei der Sache bzw. der beabsichtigten Handlung ist“ (Evans, 2010, S. 138 f.). In der Evaluation wurde eine Verbesserung in theoretischen einfachen Aufgaben festgestellt, jedoch nicht im Alltagsleben (vgl. Evans, 2010, S. 139).

Die Auswertungen zeigen, dass durch restitutive Therapien bei dysexekutiven Störungen tatsächlich Verbesserungen hervorgerufen werden, da verschiedene Therapieelemente miteinander verknüpft und sich ergänzend angewendet werden. So wird die neuropsychologische kognitive Therapie wie Gedächtnistraining durch andere Elemente wie z.B. der Zielerreichung ergänzt (vgl. Evans, 2010, S. 139).

2.3. Kompensatorische Therapie

Die kompensatorischen Therapien sind ausgleichende Techniken oder interne Strategien. Besonders interessant finde ich die Selbstinstruktionstechnik, die bei einem 20-jährigen Mann zum Erfolg führte. Entworfen wurde die Technik 1987 vom Psychologen Keith Cicerone und J. C. Wood. Der junge Mann wurde von den zwei Autoren gebeten, eine Knobelaufgabe durchzuführen. Er sollte im ersten Durchgang jeden seiner Züge im Voraus durchdenken und laut während der Ausführung aussprechen. Im zweiten Durchgang sollte der Patient seine Handlungen nur noch sehr leise kommentieren. Die letzte und dritte Phase bestand dann darin, den Handlungsablauf nur noch mit zu denken, ohne etwas laut auszusprechen. Das Erlernete konnte der junge Mann auch auf andere Aufgaben übertragen. Die Technik ist allgemein auf jede andere Handlung übertragbar, so kann diese Technik bei theoretischen Aufgaben sowie in Alltagssituationen hilfreich sein. Konkret konnte

bei dem Probanden eine Verbesserung des allgemeinen Sozialverhaltens festgestellt werden (vgl. Evans, 2010, S. 139). „Die simple Selbstinstruktionstechnik half dem Patienten, seine Handlungsschritte zu verlangsamen und anstatt impulsiv zu handeln, über jeden seiner Schritte im Voraus nachzudenken“ (Evans, 2010, S. 139).

2.4. Sonstige Hilfen

Zu den weiteren Hilfen gehören zum einen die externen Hilfen sowie die Umgebungsveränderungen.

Externe Hilfen können z.B. das simple Aufschreiben von Dingen, die nicht vergessen werden dürfen, sein oder zu bestimmten Verhaltensweisen anregen. Auch hilfreich können Checklisten oder ein extra für Menschen mit einem dysexekutiven Syndrom entwickelter Timer, namens ‚NeuroPage‘. Es ist ein einfach programmierbares elektronisches Gerät ähnlich wie ein elektronischer Kalender, in den individuell Termine eingetragen werden können. Der ‚NeuroPage‘ erinnert die PatientInnen an Handlungen oder Termine (vgl. Evans, 2010, S. 140).

„Menschen mit ausgeprägten exekutiven Störungen [...] können weder interne noch externe Hilfen eine Unterstützung bieten. Für die Betroffenen ist es daher notwendig, über eine Änderung einiger Aspekte der physischen und sozialen Umwelt nachzudenken“ (Evans, 2010, S. 141; Auslassung durch die Verfasserin). Hierbei sind zwei Aspekte wichtig: zum einen die Beratung der Angehörigen und zum anderen die Veränderung des Rahmens in eine strukturierte Umgebung mit der Möglichkeit häufiges Feedback zu geben (vgl. Evans, 2010, S. 141 f.).

Im Kapitel 2.4. wurden verschiedene Therapien vorgestellt. Wie auch schon früher angemerkt: „die kognitive Rehabilitationswissenschaft ist jedoch noch nicht so weit, dass sie »Regieanweisungen« für die Therapie einer spezifischen Störung unter spezifischen Bedingungen geben könnte“ (Evans, 2010, S. 142). Für eine gelingende Rehabilitation ist es wichtig, den Fall eines/einer PatientIn ganzheitlich zu betrachten und die Kontextfaktoren (psychologisch, sozial und beruflich) des Individuums mit einzubeziehen (vgl. Evans, 2010, S. 142).

2.5. Zusammenfassung

Ein Schädel-Hirn-Trauma ist eine Hirnschädigung, bei der das Gehirn als Steuerungssystem des Körpers geschädigt wird. Ursache dafür ist meist ein Sturz, ein Schlag oder ein Verkehrsunfall. Das Schädel-Hirn-Trauma wird unterteilt in leicht, mittelschwer und schwer. Typisch für ein schweres Schädel-Hirn-Trauma ist, dass

das Gehirngewebe dabei geschädigt wird. Problematisch ist, dass sich Gehirnzellen, im Gegensatz zu anderen Körperzellen, nicht regenerieren können. Je nach Ausmaß der Schädigung wird das Schädel-Hirn-Trauma in Schweregrade eingeteilt. Diese sind abhängig von der Dauer der Bewusstlosigkeit. Zu beachten ist, dass kein Schädel-Hirn-Trauma dem anderen gleicht. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass je schwerer die Schädigung ist, desto länger die Genesungszeit dauert und desto schlechter die Genesungschancen sind. Durch die Schädigung werden Zellen unwiederbringlich zerstört, trotzdem sind Verbesserungen durch das Prinzip der Plastizität möglich. Das Prinzip ermöglicht gesunden Menschen lebenslanges Lernen und bei schädelhirnverletzten Menschen bedeutet es die Chance auf Genesung. Dem Gehirn ist es möglich neue Synapsen zu bilden und so Neues zu lernen.

Exekutivfunktionen sind höhere kognitive Leistungen. Viele Spezialisten haben versucht den Begriff zu definieren, aber es ist schwierig diesen komplexen Begriff zu beschreiben. Cicerone hat die Exekutivfunktionen mit Hilfe der anatomischen Grundlagen bestimmt. Er teilt sie in vier Aspekte ein: Selbstregulation, Aktivierung, metakognitive Prozesse und die kognitiven Exekutivfunktionen.

Eine Störung der Exekutivfunktionen wird auch dysexekutives Syndrom genannt. Der veraltete Begriff dafür ist ‚Frontalhirnschädigung‘. Dabei wird der präfrontale Kortex geschädigt. Das führt zu Beeinträchtigungen beim Lösen von Problemen, bei Planung und Organisation, bei Selbstmonitoring, in der Eigeninitiative oder der Fehlerkorrektur und kann zu Verhaltensauffälligkeiten führen. Typisch für diese Störung ist, dass die PatientInnen wirken, als seien ihre Handlungen ungeplant, das Verhalten unkontrolliert und die Fähigkeit das Verhalten zu reflektieren nicht vorhanden. Dieses Verhalten verunsichert das soziale Umfeld oft. Für Betroffene bedeutet dies oft große Schwierigkeiten im sozialen Umfeld und beim Wiedereintritt in den Beruf. Sandra Müller ist Spezialistin für Exekutivfunktionen. Sie beschreibt vier Auswirkungen bei einem dysexekutivem Syndrom. Die fehlende oder mangelnde Krankheitseinsicht, die Störung der Aktivitätsmodulation, die Störung des Sozialverhaltens und die Veränderung der Persönlichkeit. Die gestörten Bereiche können sich als Plus- oder Minussymptom, also verstärkend oder vermindert auftreten.

Wie schon weiter vor genannt ist die Plastizität für die Behandlung grundlegend. Um die oben genannten Symptome zu behandeln gibt es verschiedene Möglichkeiten. Die medikamentöse Behandlung, die wiederherstellenden Therapien, die ausgleichenden Therapien, die externen Hilfen sowie die Umgebungsveränderung. Die Gabe von Medikamenten gehört nicht zum Standard der Behandlung, ebenso die Umgebungsveränderung, die nur bei stark verhaltensauffälligen PatientInnen

eingesetzt wird. Die wiederherstellenden, restitutiven Therapien gehen davon aus, dass kognitive Funktionen durch die Therapien wiedergestellt werden können. Diese Therapien arbeiten mit Gruppensettings, in welchen Handlungsplanung geübt wird. Die Gruppe hat zudem eine Feedbackfunktion. Kompensatorische Methoden versuchen die verlorenen Fähigkeiten mit Hilfe anderer Strategien auszugleichen. Externe Hilfen werden auch als Ausgleich fehlender Funktionen eingesetzt.

In diesem Kapitel wurde nun die Ausgangslage der KlientInnen dargestellt und Möglichkeiten zur medizinischen und psychologischen Behandlung gezeigt. Besonders die ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten sind ein großes Problem. Daraus entsteht eine Problemlage, für die es innerhalb des Rehabilitationsteams keine speziellen Interventionsmöglichkeiten gibt. Auch in der Fachliteratur werden vor allem die Möglichkeiten von psychologischen Therapien erläutert. In diesen fehlt jedoch eine ganzheitliche Sichtweise. Für die Betroffenen stellt ein ganzheitlicher Ansatz, der alle Komponenten mit ein bezieht, eine große Chance dar. Die Soziale Arbeit könnte die schon vorhandenen Therapien mit ihren Möglichkeiten unterstützen und erweitern. Nun ist das Gesundheitswesen auch ein Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit und SozialarbeiterInnen sind auch in der Arbeit mit Menschen mit einer Störung der Exekutivfunktionen tätig. Dies ist besonders wichtig, da diese Menschen ohne kompetente Hilfe, in die soziale Isolation rutschen können. Dies muss vermieden werden. Doch wie kann ein Sozialarbeiter in diesem Kontext intervenieren? Im folgenden Kapitel wird nun thematisiert, was im Bezug auf eine Rehabilitation wichtig ist, und welche Handlungsmöglichkeiten die Soziale Arbeit hat um mit Menschen mit einem dysexekutiven Syndrom zu arbeiten.

3. Ausgewählte Interventionsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit

In diesem Kapitel werde ich auf die Möglichkeiten der Sozialen Arbeit eingehen, die sich im Rehabilitationsprozess von Betroffenen mit einem dysexekutivem Syndrom ergeben. Im letzten Teil werden ich dann drei konkrete Konzepte als ausgewählte Interventionsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit vorstellen. Es ist sehr schwierig, diese Interventionsmöglichkeiten auszuwählen, da keine Literatur der Sozialen Arbeit zu dem Thema Störung der Exekutivfunktionen vorhanden ist. Auch die Rehabilitation von hirngeschädigten Menschen wird nur selten in Fachliteratur thematisiert. Trotzdem habe ich drei Konzepte ausgewählt, die in der Arbeit mit Menschen mit Störung der Exekutivfunktionen angewendet werden können. Um diese Konzepte vorstellen zu können, müssen zuerst die Rahmenbedingungen der sozialen Arbeit vorgestellt werden. Wenn in diesem Kontext der Begriff Sozialpädagogik verwendet wird, ist dieser mit dem Begriff Soziale Arbeit gleichbedeutend.

3.1. Soziale Arbeit und Gesundheit

Um die Interventionsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit definieren zu können müssen zuerst die Rahmenbedingungen bestimmt werden. Dazu zählen die Bestimmung der Begriffe Gesundheit, Krankheit und Behinderung. Zusätzlich wird die Stellung der Sozialen Arbeit innerhalb des Gesundheitswesens bestimmt.

3.1.1. Definition von Gesundheit

In diesem Kapitel wird der Begriff Gesundheit definiert. Dazu wird zu allererst ein Gedicht zitiert welches den Titel Gesundheit trägt. Geschrieben wurde dieses Gedicht von einer jungen Frau während der Rehabilitation nach einer schweren Schädel-Hirn-Verletzung.

Gesundheit

Eine Erkrankung, ein Unfall... Dein Leben nahm eine Wende.

Eine Wende, die dein Leben änderte.

Kann dich verstehen. Auch mein Leben nahm eine Wende. Es ist sehr schwer...

Sehnst du dich nach Gesundheit? Wie soll ich es sagen...

Ein neues Leben liegt vor dir.

Ein neues Leben, es wird dein bestes Leben sein. Gib dein Leben nicht auf.

*Du musst dein Vertrauen finden, du musst lernen zu glauben.
Denn jemand liebt dich sehr.
von Margerite M. (M., 2008, S. 59)*

In ihrem Gedicht beschreibt sie, wie sehr sich das eigene Verständnis von Gesundheit verändern kann. Besonders nach einer Hirnschädigung müssen die PatientInnen sich oft an ein anderes, neues Leben gewöhnen, welches sich von ihrem Leben vor der Hirnschädigung unterscheidet. Margerite M. betont, dass dieses neue Leben angenommen und Vertrauen gefunden werden soll. Dieses Gedicht erzählt also davon, wie sehr auch die eigene Auffassung von Gesundheit sich ändern kann und wie wichtig es ist, sich selbst damit auseinander zu setzen und die Veränderung anzunehmen.

In der Gesellschaft haben die Begriffe Gesundheit und Krankheit oft eine andere Bedeutung. Die Forscherin und Autorin Claudine Herzlich hat in einer französischen Untersuchung herausgefunden, dass die Gesellschaft im Jahre 1973 der Meinung war, dass Krankheit den Menschen wegen ungesunder Lebensweise auferlegt wird. Dieses Bild hat sich inzwischen gewandelt und der Fokus liegt stärker auf dem Bereich der Gesundheit, hervorgerufen durch die Diskussion über das Konzept der ‚Salutogenese‘, einem auf den Ursprung von Gesundheit beruhendem Konzept. Die Menschen tauschen sich aus, um herauszufinden, was sie gesund erhält und was im Falle einer Erkrankung zu tun ist. Ärztliche Hilfe wird nur noch bei einem Drittel der Erkrankungen genutzt (vgl. Homfeldt & Sting, 2006, S. 90 ff.).

Biomedizinische Modell

Das inzwischen veraltete und überholte biomedizinische Modell prägt seit etwa 200 Jahren unser Denken im Bezug auf Gesundheit und Krankheit. Dieses Modell vergleicht den menschlichen Körper mit einer Maschine. Wenn etwas nicht mehr richtig funktioniert, also Krankheitssymptome auftreten, gibt es einen bestimmten Defekt im System des Körpers, der für die Fehlfunktion verantwortlich ist. Ein interessanter Punkt ist, dass in diesem Modell davon ausgegangen wird, dass psychische Auffälligkeiten einen organischen Ursprung haben. Wichtige Merkmale dieses Modells sind, dass die Gesundheit als Grundgegebenheit angesehen wird und, wie schon erwähnt, der Mensch als Maschine angesehen wird. Bei Krankheit wird mit einer (meist medikamentösen) Gegenkraft versucht, das System wieder zu heilen. Das biomedizinische Modell ist pathogenetisch, also auf die Ursachen von Krankheit nicht von Gesundheit, fixiert. Dieses Modell hat in den letzten 200 Jahren zu großem Fortschritt geführt, im Bereich der chronischen Erkrankungen ist es jedoch

nicht anzuwenden, deshalb wurde das Modell um das Risikofaktorenmodell erweitert.

„Nach dem Risikofaktorenmodell werden Gesundheit und Krankheit als ein multifaktorielles Geschehen betrachtet, das sich aus Einwirkungen der Erbinformationen, des Gesundheitsverhaltens und der Umwelt zusammensetzt“ (Homfeldt & Sting, 2006, S. 71). Dieses Modell erweitert den rein medizinischen Blick um eine psychische Komponente, den Stress. Dieser Begriff wurde inzwischen ausgeweitet und wird nun biopsychosozialer Spannungszustand genannt. Das Verhältnis von Belastung und Bewältigung nimmt Einfluss auf uns und unsere Gesundheit. Ziel ist es ein Gleichgewicht von Stress- und Bewältigungsfaktoren zu erreichen, um einen ausgeglichenen Gesundheitszustand zu erreichen (vgl. Homfeldt & Sting, 2006, S. 73).

Salutogenese-Modell

Ein weiteres Gesundheitsverständnis ist das Salutogenese-Modell nach Antonovsky. Es wird als das ganzheitlichste Modell beschrieben, denn es werden zum einen emotional-kognitive Aspekte, wie auch die soziale Dimension mit einbezogen. Das Salutogenese-Modell hat einen grundsätzlich positiven Blick auf Gesundheit. Antonovsky versucht den stark defizit- und krankheitsorientierten Blick umzuwandeln, zu einem Modell, das die Gesundheit in den Mittelpunkt stellt. Mit dem Modell der Salutogenese wird seit einigen Jahren im Gesundheitswesen aber auch in der Sozialen Arbeit gearbeitet. „Die Salutogenese – die Bemühung um die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit – soll die etablierte pathogenetische Orientierung der Bekämpfung von Krankheiten und Gesundheitsrisiken nicht ersetzen, sondern als zusätzliches und eigenständiges Element ergänzen“ (Homfeldt & Sting, 2006, S. 77). Antonovsky definiert Gesundheit nicht als statischen Zustand, sondern als dynamisches Geschehen. Für ihn sind Gesundheit und Krankheit keine Gegenpole oder Zustände, die sich gegenseitig abwechseln, Gesundheit und Krankheit befinden sich in einer Beziehung zueinander, die sich ständig verändert. Antonovsky sagt, dass niemand nur krank oder nur gesund sein kann, für ihn ist es ein dynamisches mehr oder weniger an Gesundheit bzw. Krankheit (Gesundheits-Krankheits-Kontinuum). Zentral im Salutogenese-Modell ist der Begriff des Kohärenzgefühls. Diese innerpsychische Größe trägt aktiv zum Erhalt der Gesundheit und des Wohlbefindens bei. Das Kohärenzgefühl hat drei Komponenten, das Gefühl der Verstehbarkeit, das Gefühl der Handhabbarkeit und das Gefühl der Sinnhaftigkeit. Je stärker das Kohärenzgefühl eines Menschen, desto flexibler ist seine Reaktion und desto besser seine Coping-Strategien (Bewältigungsstrategien).

Gebildet wird es während der Entwicklung in Kindheit und Jugend aus den situativen Rahmenbedingungen des Lebens und den persönlichen generalisierten Widerstandsressourcen. Oftmals hat ein Mensch mit ausgeprägtem Kohärenzgefühl ein Bewusstsein für gesundheitsförderndes Verhalten. Antonovsky betont, dass das Kohärenzgefühl direkte Auswirkungen auf die Gesundheit hat, denn es kann Systeme des Körpers beeinflussen und vorhandene Ressourcen mobilisieren (vgl. Homfeldt & Sting, 2006, S. 76 ff.).

Das bio-psycho-soziale-Modell

Das bio-psycho-soziale Modell ist sehr vielschichtig und es ist nicht möglich es mit einfachen Mitteln zu beschreiben, sondern benötigt einen detaillierten Blickwinkel. „Die sozialen Lebensumstände und die dadurch mitbedingte psychische Befindlichkeit und das Verhalten nehmen in bedeutsamem Ausmaß nicht nur auf die psychische, sondern auch auf die körperliche Gesundheit Einfluss“ (Pauls, 2004, S. 78). Es nimmt den Mensch wahr als ein Wesen innerhalb von vielen verschiedenen Systemen. Zu den Risikofaktoren, die schon in alten Gesundheitsmodellen bekannt waren, wurden nun auch soziale und psychologische Faktoren hinzugezählt. Das bio-psycho-soziale Modell geht davon aus, dass die Risikofaktoren aus jedem der drei Bereiche Auswirkungen haben können auf die Gesundheit, sowohl auf die körperliche wie auch die psychische. Dies geschieht auf Grund der Annahme, dass die drei Bereiche in einer wechselseitigen Beziehung stehen und sich gegenseitig beeinflussen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 2001 das ICF-Modell veröffentlicht. Die ‚International Classification of Functioning, Disability and Health‘ gilt länder- und fachübergreifend. Es dient zur Beschreibung „des funktionalen Gesundheitszustands, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person“ (Sünkeler, 2010, S. 58). Da im ICF der Mensch in seiner Umwelt begriffen wird, ist es ein bio-psycho-sozialer Ansatz und es wird auch bio-psycho-soziales Gesundheitsmodell der WHO genannt. Durch das ICF kann der Begriff Gesundheit, Krankheit oder Behinderung differenziert definiert werden. Zur Definition von Behinderung besagt das ICF: „Eine Behinderung (»disability«) liegt dann vor, wenn eine Beeinträchtigung in wenigstens einem Aspekt der funktionalen Gesundheit vorliegt (Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder –strukturen, der Aktivität oder Teilhabe)“ (Sünkeler, 2010, S. 59).

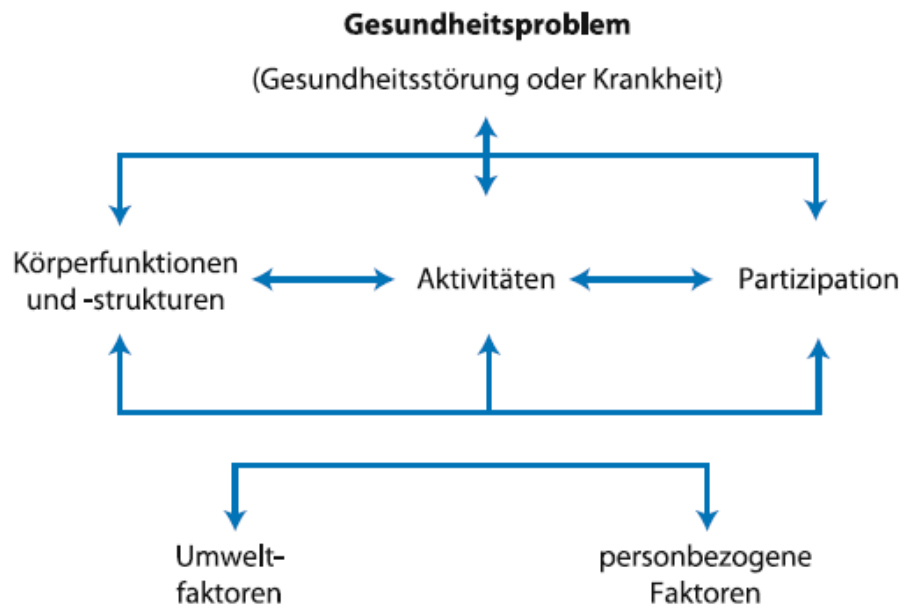


Abbildung 3: ICF-Modell (Frommelt & Grötzbach, 2010, S. 9)

An diesem Modell ist zu erkennen, dass alle Faktoren miteinander in einer Wechselwirkung zueinander stehen. Das Gesundheitsproblem wird immer im Bezug zu persönlichen und sozialen Umweltfaktoren betrachtet. „Die Wechselwirkung besagt, dass auch negative Kontextbedingungen zur Verstärkung von Krankheitsfolgen oder neuen gesundheitlichen Schäden führen können“ (Frommelt & Grötzbach, 2010, S. 9). Zu beachten ist, dass die Pfeile in beide Richtungen zeigen, was bedeutet, dass auch eine eingeschränkte Partizipation zu einer gesundheitlichen Einschränkung führen kann. Das im Schaubild, an oberster Stelle stehende Begriff ist das ‚spezifische Gesundheitsproblem‘. Es steht für die Symptome und Beschwerden einer Krankheit. Der Bereich der Körperfunktionen und -strukturen meint die Schädigung anatomischer Teile des Körpers und die Einschränkung physiologischer und psychologischer Funktionen. Eine bestimmte Handlung durchzuführen oder Aufgabe zu erledigen, wird mit dem Begriff Aktivität beschrieben. Partizipation oder auch Teilhabe ist auf die persönliche Lebenssituation bezogen und definiert den Grad, in wie weit jemand in die Gesellschaft mit einbezogen wird. Umweltfaktoren sind die Faktoren, die das äußere Umfeld bestimmen. Die eigene Person wird mit den personenbezogenen Faktoren beschrie-

ben. Es werden also alle möglichen Faktoren, die wichtig sind für eine Betreuung und Behandlung mit einbezogen.

Das ICF wird nicht nur in speziellen Berufsgruppen angewendet, sondern ist ein Konzept für den ganzen Bereich des Gesundheitswesens. Es soll eine Haltung darstellen oder als gemeinsame Sprache für die verschiedenen Berufsgruppen funktionieren, in der die unterschiedlichen Herangehensweisen von Pädagogen und Medizinern nicht gewertet werden. Trotzdem hat die Einführung für viele ein Umdenken in Gang gesetzt. Das ist einerseits positiv zu sehen, zum anderen bedeutet eine Veränderung auch oft Verunsicherung. Es ist einfach, die defizitorientierte Methode, in der nur Störungen und Defizite definiert werden, weiter zu verfolgen, als sich umzustellen und sich zu überlegen, welche Fähigkeiten durch die Therapie wiedererlangt werden sollen (vgl. Frommelt & Grötzbach, 2010, S. 9). Schlussendlich ist das „ICF [...] eine Art Raster, eine geistige Landkarte, um die Inhalte einer Erzählung zu ordnen“ (Frommelt & Grötzbach, 2010, S. 9; Auslassung durch die Verfasserin).

Abschließend soll Gesundheit in diesem Aufsatz nach der Weltgesundheitsorganisation definiert werden. Diese „definiert Gesundheit als einen Zustand vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens, nicht allein als Abwesenheit von Krankheit“ (Pauls, 2004, S. 77).

3.1.2. Soziale Arbeit und die Gesundheitswissenschaften

Geschichte

Der Grundstein der Sozialen Arbeit liegt in der Armenfürsorge. Damals gab es versorgende, fürsorgende und verwaltende Arbeitsaufgaben, wozu die präventive Gesundheitsvorsorge eindeutig dazugehörte. Inzwischen hat sich die Soziale Arbeit von der früheren mütterlichen Fürsorge, weiterentwickelt zu einem professionalisierten Arbeitszweig. Die Gesundheit ist unterdessen ein wichtiges Gut und obliegt damit der staatlichen Fürsorge sowie wissenschaftlichen Interessen. Dies verändert die Bedeutung der Berufsgruppen und Arbeitsfelder im Bereich des Gesundheitswesens. „Unter der Führung der Medizin, der Klinik und des Arztes bot sich die Sozialarbeit für die nichtmedizinischen Aspekte an – zunächst als ‚Mädchen für alles‘ was nicht in die unmittelbare Zuständigkeit, Kompetenz oder das Interesse des Arztes fiel, also für die fürsorglichen und psychosozialen Belange“ (von Kardorff, 2004, S. 352). Gesundheitliche Fürsorge war lange Zeit die Aufgabe der Mutter, der Fürsorgerin (heute SozialarbeiterIn) und des Arztes. Die Pädago-

gInnen im Gesundheitswesen hatten damals zum einen die Aufgabe der individuellen Fürsorge sowie die Aufgabe für die Ermächtigung zur Selbstverantwortung, was Hygiene und Gesundheitsbewusstsein angeht.

Alte, aber bis heute relevante Bereiche der sozialen Arbeit im Gesundheitswesen sind Krankenhaussozialarbeit wie auch die Arbeit im öffentlichen Gesundheitswesen. Traditionell sind die gesundheitsbezogene Kinder-, Jugend- und Familienarbeit und die Arbeit mit psychisch kranken und alkoholabhängigen Menschen. Neue Arbeitsfelder für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen sind die Drogenhilfe, verschiedene Beratungsstellen, sowie die Arbeit mit engagierten Bürgerzusammenschlüssen und Selbsthilfegruppen. Die Aufgabenbereiche der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen breiten sich immer weiter aus. Durch den Kontakt mit anderen Professionen, wie der Medizin, der Psychologie oder anderen im Gesundheitswesen tätigen Disziplinen, kann die Soziale Arbeit neue Arbeitskonzepte oder Methoden, durch die Erfahrung in anderen Arbeitsfeldern, für das Gesundheitswesen entwickeln, anwenden oder weiterentwickeln (vgl. von Kardorff, 2004, S. 352 f.).

Handlungsfelder und Aufgaben

Die Handlungsfelder und Aufgabenstellungen sind also vor allem durch die historische Entwicklung geprägt. Die Tätigkeiten im Gesundheitswesen sind größtenteils gleich, wie die in anderen Arbeitsfeldern. Die SozialarbeiterInnen haben Aufgaben wie „Soziale Problemdiagnosen stellen, informieren, beraten, begutachten, fördern, dokumentieren, organisieren, Hilfe planen und vermitteln, vernetzen, begleiten, assistieren, befähigen, ermuntern, advokatorisch vertreten usw.“ (von Kardorff, 2004, S. 355). Trotzdem gibt es Besonderheiten der Sozialen Arbeit, die auch dafür sorgen, dass diese eigenständig arbeiten kann und sich von anderen Disziplinen abgrenzt (vgl. von Kardorff, 2004, S. 353 f.).

(1) Das ist zum einen das ganzheitliche, lebenslaufbezogene und lebensweltliche Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Das Verständnis von Krankheit unterscheidet sich stark wie im vorherigen Kapitel schon beschrieben. Dabei bedeutet Gesundheit viel mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Für viele Menschen bringt Gesundheit auch seelisches Wohlbefinden mit sich. Grundsätzlich ist Gesundheit stark positiv besetzt und hat in der Gesellschaft einen hohen Wert. Krankheit und Behinderung haben einschneidende Folgen auf Körper, Geist, Seele und die eigene Identität. Durch das neue Modell der WHO, dem ICF, ist nun der Gesundheitszustand multifaktoriell erklärbar und auch mit der persönlichen Le-

bensweise und der Lebensumgebung in Beziehung zu setzen, woraus sich die Aufgaben der sozialen Arbeit ergeben.

(2) Zum Zweiten analysieren die Sozialarbeiter die spezifische Lebenssituation der erkrankten oder behinderten Personen, woraus sich spezielle Anforderungen und Problemlagen schließen lassen. Soziale Arbeit ist konfrontiert mit vielerlei Problemlagen, wenn es um die Arbeit mit akut krank gewordenen Menschen geht. Die Probleme reichen von drohender Arbeitslosigkeit bis zur Angst vor sozialer Ausgrenzung und sozialem Abstieg. „Soziale Arbeit muss hier in der Betreuung, Begleitung und Intervention auf das zentrale Problem situationsgerechter Bewältigung, etwa einer akuten Krise [...] oder lebenslanger Bewältigungsformen des Lebens mit chronischer Krankheit oder einer dauerhaften Behinderung, reagieren“ (von Kardorff, 2004, S. 355; Auslassung durch die Verfasserin).

(3) Die Konzepte der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen werden ergänzt durch das Wissen anderer Professionen wie der Sozialmedizin, den Pflegewissenschaften oder den Gesundheitswissenschaften. Das Wissen aus diesen Bereichen dient als Grundlage. Die wichtigste Aufgabe der Sozialen Arbeit ist die Hilfe bei der Krankheitsverarbeitung, welche eine große Herausforderung ist. Die Soziale Arbeit hilft dabei, mit der Krankheit umzugehen oder die Behinderung zu akzeptieren und damit im Alltag handlungsfähig zu bleiben. Durch die Soziale Arbeit wird versucht den Anschluss an die Lebenswelt und den Alltag zu sichern.

(4) Zuletzt ist die Soziale Arbeit geprägt durch die speziellen Strukturen im Gesundheitswesen, die den Stellenwert der Sozialen Arbeit und des/der SozialarbeiterIn innerhalb dieses Systems klar definieren. Den äußeren Rahmen stellen sehr klar die Sozialgesetze. Innerhalb dieses Rahmens kommt es jedoch immer wieder zu Unklarheiten, aufgrund unübersichtlicher Zuständigkeit und multiplen Schnittstellen innerhalb der kleinen Systeme wie Rehabilitationseinrichtungen oder größeren Bereichen (vgl. von Kardorff, 2004, S. 354 ff.).

Zusammengefasst bedeutet das, dass die Soziale Arbeit im Bereich des Gesundheitswesens Aufgaben übernimmt im Feld der Prävention, der Kuration, der Rehabilitation und der Habilitation. Konkrete Tätigkeitsfelder sind die gesundheitsbezogene Familienhilfe, die betriebliche Gesundheitssozialarbeit, die Sozialarbeit im medizinischen Akutbereich, mit chronisch kranken Menschen und behinderten Menschen, sowie die Sozialarbeit in der Psychiatrie und dem Suchtbereich (vgl. von Kardorff, 2004, S. 360).

Professionelle Kompetenzen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen

Um als SozialarbeiterIn oder SozialpädagogIn im Gesundheitswesen zu arbeiten, werden bestimmte professionelle Kompetenzen benötigt. Diese können in drei Bereiche aufgeteilt werden:

1. Bei der direkten Arbeit mit kranken Menschen: Hier werden die Kompetenzen zur Gesprächsführung, Wissen über Konzepte der Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung und das Wissen über die verschiedenen Krankheiten, sowie Behinderungen verlangt.
2. Für Prävention und Gesundheitsförderung: Hier wird innerhalb der Politik, meist auf kommunaler Ebene, agiert. Dazu werden Fähigkeiten in den Bereichen der Organisation, Planung und Verhandlung benötigt.
3. Zur Kooperation mit anderen Berufsgruppen: Im Bereich der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit gibt es viele Schnittstellen mit anderen Berufsgruppen. „Dies erfordert eine hohe Kooperationsbereitschaft, Teamfähigkeit und die Offenheit, andere disziplinäre Sichtweisen zunächst erst einmal kennen zu lernen und andere Formen professioneller Routinen zu verstehen“ (von Kardorff, 2004, S. 365). Hier ist ein reflektierter Blick auf die Handlungsweisen der anderen Berufsgruppen von Nöten.

Für verschiedenste Aufgaben, von advokatorischem Handeln für KlientInnen bis zum Bilden von Gesundheitsbewusstsein sind SozialarbeiterInnen im Gesundheitswesen zuständig. Durch die Ziele von Effizienzsteigerung und Kostenreduzierung wird die Soziale Arbeit immer wichtiger. Sie kann Aufgaben übernehmen, die andere Disziplinen nicht als die eigenen ansehen (vgl. von Kardorff, 2004, S.365 f.).

Soziale Arbeit und Gesundheit

„Das Verhältnis von sozialer Arbeit und Gesundheit ist ambivalent“ (Homfeldt & Sting, 2006, S. 9), obwohl erwiesen ist, dass gesundheitliche und soziale Probleme einen Bezug zueinander haben und inzwischen durch das ICF-Modell anerkannt sind. „Gesundheit hat eine starke soziale Komponente, die sozialpolitische und sozialpädagogische Zugänge erforderlich macht“ (Homfeldt & Sting, 2006, S. 9). Immer mehr SozialpädagogInnen und SozialarbeiterInnen arbeiten im Gesundheitswesen, wobei die gegenseitige fachliche Auseinandersetzung mit anderen Disziplinen oft nicht ausreichend geschieht. Die Rede ist sogar von wechselseitiger Ignoranz, wobei durch einen Blick in die Vergangenheit, die ehemals enge Beziehung von Gesundheit und sozialer Arbeit eindeutig hervorgeht. „Beispielsweise

waren für Pestalozzi Ende des 18. Jahrhunderts ein ungepflegtes Erscheinungsbild, Ungezieferbefall und Mangelernährung Indizien für die soziale Vernachlässigung von Kindern“ (Homfeldt & Sting, 2006, S. 10). Johann Pestalozzi war ein Schweizer Pädagoge, der die Sozialpädagogik weiterentwickelte und einen Grundstein für die Bildung für Alle legte. Hans Homfeldt und Stephan Sting sind Experten für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Sie haben Professuren an verschiedenen Universitäten und schrieben 2006 gemeinsam das Buch ‚Soziale Arbeit und Gesundheit‘. Sie erklären, dass die Soziale Arbeit den sozialen Bereich der Medizin internalisiert hätte. So gehören die Bereiche, die die Mediziner selber abstoßend fanden, bald zu den Klientelen Sozialer Arbeit, wie zum Beispiel Suchtkranke oder psychisch kranke Menschen. Begründet wird dies dadurch, dass die Klientele der sozialen Arbeit schon immer ein negatives Bild in der Gesellschaft hatte und so die Mediziner oder andere Berufsgruppen, die Arbeit mit diesen Gruppen mieden (vgl. Homfeldt & Sting, 2006, S. 9 f.).

In der Literatur spielt Soziale Arbeit nur eine kleine Rolle. Festzuhalten ist aber, dass es wichtig ist, der Sozialen Arbeit einen festen Platz in den Gesundheitswissenschaften zu geben, denn die soziale Arbeit hat eine lange Tradition im Gesundheitswesen. Nach Angaben von Homfeldt und Sting sind die SozialarbeiterInnen die zweitgrößte Berufsgruppe im gesamten öffentlichen Gesundheitsdienst nach den ÄrztInnen (vgl. Homfeldt & Sting, 2006, S. 12 f.). 38

Die Soziale Arbeit und die Gesundheitswissenschaften haben inzwischen ein ähnliches Menschenbild, denn sie sehen beide den Menschen als handelndes Subjekt, welcher Verantwortung für seine Gesundheit übernimmt. Eine große Chance für beide Professionen und auch für die PatientInnen wäre es gemeinsam die sich überschneidenden Themengebiete zu bearbeiten. Zum einen können die Gesundheitswissenschaften auch von der Sozialen Arbeit lernen. Beispielsweise wie die Umgehensweise mit sozialen Systemen (einzelnen Menschen, Gruppen, Netzwerken und Gemeinwesen) ist; wie ein Zugang zu einem Menschen gefunden werden kann oder eine Beziehung aufgebaut wird; wie am besten mit verletzten oder verletzlichen Menschen umgegangen wird. Im Gegenzug kann Soziale Arbeit von den Gesundheitswissenschaften lernen: wie kann ich aus dem Einzelfall Bezüge zur Bevölkerung schließen und fallübergreifende Muster erkennen (vgl. Ortmann & Schaub, in Homfeldt & Sting, 2006, S. 13).

Für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen gibt es drei Ansatzpunkte. Zum einen ist das die Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Hiermit sind spezielle Tätigkeitsfelder gemeint wie beispielsweise der „Sozialdienst im Krankenhaus und in der Rehabilitation, Sozialarbeit in Gesundheitsämtern, in der Pflege, in gesundheitsbezo-

genen Beratungsstellen, in der Suchthilfe“ (Homfeldt & Sting, 2006, S. 17). Der zweite Bereich ist die Gesundheitsarbeit im Sozialwesen. Genauer erläutert sind hiermit die schon länger in der Gesellschaft anerkannten Bereiche der Sozialen Arbeit, wie z. B. die Kinder-, Jugend- und Familienhilfe oder die psychosoziale Versorgung, der KlientInnen gemeint. In diesen Bereichen werden gesundheitliche Aspekte mit eingebracht und von den SozialarbeiterInnen gefördert. Im dritten und letzten Bereich wird die Weiterentwicklung thematisiert. Die Sozialpädagogische Gesundheitsförderung kümmert sich um die Entwicklung von neuartigen Konzepten zur Prävention. Diese sollen je nach Bedarf für die Bereiche Schule, Jugendarbeit, Betriebe oder Gemeinwesenarbeit, wie auch viele andere Bereiche, anwendbar sein (vgl. Homfeldt & Sting, 2006, S. 17).

3.1.3. Ziele der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen

Im Folgenden soll ein Rahmenkonzept von Ernst von Kardorff mit Zielen und Handlungsmöglichkeiten der Sozialarbeit im Gesundheitswesen vorgestellt werden. Ernst Kardorff war Professor für Soziologie im Institut für Rehabilitationswissenschaften an der Humboldt Universität in Berlin. Er studierte Psychologie und Soziologie in München. Außerdem veröffentlichte er Bücher oder schrieb Beiträge für Bücher über die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, Rehabilitation oder qualitative Forschung.

Sein Rahmenkonzept basiert auf einem lebensweltlich orientierten Ansatz. Was bedeutet „vorhandene Kompetenzen des Patienten zu nutzen, Ressourcen zu erschließen, Hilfen an individuelle und familiäre Lebenswelten anschlussfähig zu machen und die Kontinuität des Rehabilitationsprozesses unter Bedingungen möglichst großer Wahlfreiheit und subjektiver Lebensqualität und angemessener materieller Bedingungen für ein Leben mit der Krankheit/Behinderung zu sichern“ (von Kardorff, 2004, S. 357). Im Fokus sind also der/die KlientIn und seine/ihre Angehörigen immer im Kontext der persönlichen Rahmenbedingungen. Dabei geht es um die Kombinationen zweier sozialarbeiterischer Aufgabenbereiche. Zum einen die psychosozialen, rehabilitationsfördernden Maßnahmen, zum anderen die organisationsbezogenen, auf Case-Management ausgerichtete Tätigkeit. Das Modell stützt sich auf das bio-psycho-soziale Modell und das salutogenetische Gesundheitsmodell (vgl. von Kardorff, 2004, S. 356 f.). „Der folgende Entwurf für ein Rahmenkonzept folgt einer wertebasierten Strategie, um für die organisations- wie für die handlungs-bezogenen Aspekte einen spezifischen sozialpädagogischen Ansatz zu verdeutlichen, der PatientInnen in den Mittelpunkt stellt, ihre Interessen

advokatorisch vertritt, sie befähigt, ermutigt und ihnen in den verschiedenen Bereichen der Bewältigung von Krisen oder von chronischer Krankheit eigene Handlungsperspektiven eröffnet“ (von Kardorff, 2004, S. 357).

Wertebasierte Strategien in der Sozialarbeit im Gesundheitswesen – Ein handlungsorientierter Bezugsrahmen

Die Ziele der Sozialen Arbeit werden auf Grundlage verschiedener Aspekte erarbeitet. Dies sind die kulturellen Hintergrundannahmen einer Gesellschaft, sowie das vorherrschende Menschenbild und die geltenden Gesellschaftsnormen. Es wird davon ausgegangen, dass der gesundheitliche Zustand die soziale Stellung in der Gesellschaft definiert. Die Soziale Arbeit wird verbunden mit gewissen methodischen Standards und bestimmten, aus der Vergangenheit stammenden, Zuschreibungen. Aus diesen bestimmenden Hintergrundaspekten ergeben sich elf Ziele. In dieser Arbeit werde ich die folgenden fünf Zielsetzungen näher beschreiben

- „Re-Sozialisierung, Re-Habilitation, Vermeidung von Leid und Elend, Bewältigung (Coping)
- Integration, Partizipation
- Berufliche Rehabilitation und Integration in Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse [...]
- Unabhängiges Leben [...]
- Lebensqualität, Reform der Lebensbedingungen im öko-sozialen System“
(von Kardorff, 2004, S. 358 f.; Auslassung durch die Verfasserin)

Arbeit, zum einen institutionsgebundene und organisationsbezogene Handlungsstrategien, wie auch die personenbezogenen Handlungsstrategien für die professionellen Helfer.

Die erste der fünf Zielsetzungen, die ich beschreiben möchte, beinhaltet die Teilziele: Re-Sozialisierung, Re-Habilitation, Verminderung von Leid und Elend und Bewältigung (Coping). Um diese Ziele zu erreichen, müssen auf der organisatorischen Ebene reflektierte Angebote gemacht werden. Konkret wird institutionelle Differenzierung und Koordination verlangt sowie die Schaffung funktional verknüpfter Behandlungs- und Unterstützungsangebote. Zudem sollten Institutionen zur Zielerreichung regionale, gemeinwesenorientierte Angebote entwickeln, um die Kontinuität zu sichern, welche Voraussetzung ist für gelungene Integration. Die professionellen Helfer übernehmen die Aufgabe konkret mit den Betroffenen zu arbeiten, sie zu fördern und gewisse Tätigkeiten ein zu üben. Die KlientInnen wer-

den (wieder-) befähigt alltägliche Aufgaben selbstständig zu bewältigen. Wenn dies nicht möglich ist, unterstützen die professionellen Helfer und geben den KlientInnen Hilfestellungen oder entwickeln alternative Bewältigungsstrategien. Mit Hilfe des Sozialarbeiters kann der/die Betroffene auch eine biographische Um- oder Neuorientierung beginnen. Den zweiten Zielaspekt, den ich vorstellen möchte, bezieht sich auf Integration und Partizipation. Für diese Zielerreichung ist es wichtig, sich auf organisatorischer Ebene für eine stärkere Anti-Diskriminierungspolitik einzusetzen. Wichtig sind auch die Umstrukturierung der Infrastrukturen von Schulen und anderen öffentlichen Räumen sowie die Schaffung von Arbeitsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung. Die Sozialraumorientierung sollte dafür nicht die Belange der Menschen mit Behinderung vergessen, sondern genauso mit einbeziehen in Planung und Umsetzung, wie die anderer KlientInnen der Sozialen Arbeit. Die personenbezogenen Handlungsstrategien betreffend, verlangt die Zielerreichung die Entwicklung einer ‚bottom-up‘ Strategie der Partizipation. Die SozialarbeiterInnen sollten mit Empowerment die KlientInnen in Selbsthilfe und Selbstorganisation fördern. Das dritte Ziel ist die berufliche Rehabilitation und die Integration der KlientInnen in Arbeit oder Beschäftigungsverhältnisse. Die KlientInnen werden dafür von den SozialarbeiterInnen grundsätzlich ermutigt und motiviert. Auf der personenbezogenen Ebene ist es wichtig, dass bestimmte Handlungen und Situationen eingeübt werden, und die KlientInnen wieder befähigt werden, die eigene Arbeit zu tun, um das Selbstvertrauen zu sichern. Die professionellen HelferInnen können das Anspruchs- und Leistungsniveau wahrnehmen und in Kooperation mit der/dem KlientIn festlegen. SozialarbeiterInnen können gemeinsam mit dem/der KlientIn Hilfen am Arbeitsplatz entwickeln. Auf der Ebene der organisationsbezogenen Handlungsstrategien steht im Mittelpunkt, Arbeitsmöglichkeiten auf dem ersten, zweiten oder dritten Arbeitsmarkt zu schaffen, sowie Modelle der Arbeitsassistenten zu entwerfen und umzusetzen, ebenso wie Angebote zur beruflichen Bildung anzubieten oder zu vermitteln. Ein weiteres Ziel für die KlientInnen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen ist das unabhängige Leben. Die Sozialarbeiter leisten dazu Case- und Caremanagement. Außerdem werden alltägliche Situationen wie bestimmte Kommunikationsbegebenheiten geübt und soziale Kompetenzen ausgebildet. Wenn bestimmte Aktivitäten überfordernd sind, gibt der/die SozialarbeiterIn dem Betroffenen eine Hilfestellung. Um dieses Ziel auf der Organisationsebene durchzusetzen, muss Diskriminierung und Segregation vorgebeugt werden. Das letzte Ziel, welches hier genannt werden soll, ist die Lebensqualität, was die Reform der Lebensbedingungen im öko-sozialen System mit beinhaltet. Der Sozialarbeiter soll die subjektiven und objektiven Bedürfnisse der KlientInnen erkennen und sie thematisieren, des Weiteren sollen Hindernisse, die

ein individuelles Leben beeinträchtigen, entfernt werden. Möglichkeiten für Arbeit und Einkommen sind was die Lebensqualität betrifft ebenfalls sehr wichtig. Auf der institutionellen Ebene sollen standardisierte Indikatoren für Lebensqualität entwickelt werden, es sollten Wohnraum-, Arbeits- und Beschäftigungsprogramme initiiert werden. In der Politik sollte eine ökonomische Grundsicherung für kranke und behinderte Menschen angestoßen werden, um so die Lebensqualität zu sichern (vgl. von Kardorff, 2004, S. 358 f.).

3.1.4. Zielsetzung in der Rehabilitation

Eine Zielsetzung koordiniert die Arbeit der verschiedenen Berufsgruppen, die innerhalb der Rehabilitation zusammenarbeiten. Bei Menschen mit Hirnschädigungen wird zwischen zwei Arten von Zielen differenziert. Zum einen sind das konkret formulierbare Ziele, wie beispielsweise das Laufen ohne Hilfsmittel, zum anderen die übergeordneten, nur abstrakt formulierbaren Ziele, wie persönliche Wünsche oder Erwartungen an das Leben. Im Aufnahmegespräch wird oft nach den persönlichen Zielen oder der Intension für den Aufenthalt in der Rehabilitationseinrichtung gefragt. Die Antworten der Betroffenen sind individuell. Sie unterscheiden sich je nach der Biographie des Individuums. Im direkten Gespräch sollte deshalb konkret geklärt werden, was die persönlichen Ziele in der Rehabilitation sind. Hier gilt es wieder den Menschen als Individuum und mit einer ganzheitlichen Sichtweise zu betrachten, denn je nach den Vorlieben oder der individuellen Lebensführung, können die persönlichen Ziele unterschiedlich sein (vgl. Frommelt & Grötzbach, 2010, S. 12 f.).

Eine weitere Unterscheidung der Rehabilitationsziele ist die Differenzierung zwischen kurz-, mittel- und langfristigen Zielen. Kurzfristige Ziele sind beispielsweise Ziele, die sich jeden Tag oder jede Woche verändern oder weiterentwickeln. Mittelfristige Ziele sind meist auf eine Zielerreichungsdauer von drei- vier Wochen angesetzt. Inhalt von langfristigen Zielen sind dagegen Wünsche für das Leben, wie beispielsweise Vater zu sein und mit der Familie zusammen in den Urlaub fahren zu können. Die langfristigen Ziele haben meist das übergeordnete Thema der Partizipation oder der Teilhabe. Sie bestimmen den Rahmen der Rehabilitation und damit orientieren sich auch die mittel- und kurzfristigen Ziele an den langfristigen. „Ausgehend von Zielen, die sich auf die Lebenswelt, die Teilhabe am Leben beziehen, werden nachgeordnet Ziele erarbeitet, die sich auf die Aktivitäten und die Funktionen beziehen“ (Frommelt & Grötzbach, 2010, S. 13). Das übergeordnete Ziel der Rehabilitation ist die Teilhabe (vgl. Frommelt & Grötzbach, 2010, S. 12 ff.).

Um die Therapieziele zu erreichen, sollte die Therapie immer individuell auf den Betroffenen, seine Ziele und Möglichkeiten abgestimmt sein. Die Ziele des/der PatientIn sollten in einem Gespräch mit dem/der TherapeutIn zur Sprache gebracht werden. Zu bedenken ist, dass die Motivation und die Bereitschaft für eine Therapie am höchsten ist, wenn der/die RehabilitandIn in die Planung mit einbezogen ist und die Therapie als zielerfüllend identifiziert. Die Planung für eine Therapie sollte deshalb bestenfalls immer in Absprache mit dem/der RehabilitandIn und unter Berücksichtigung der Ziele erfolgen (vgl. Evans, 2010, S. 142).

3.1.5. Ziele für Menschen mit Störung der Exekutivfunktionen

Das Ziel der Rehabilitation ist die Integration. Vom Sozialgesetz wurde die erfolgreiche Wiedereingliederung in den Beruf als objektives Kriterium für erfolgreiche Rehabilitation und somit Integration gesetzt. Besonders Menschen mit einem dys-exekutivem Syndrom brauchen durch ihre speziellen Probleme, Unterstützung bei dieser Zielerreichung. Für niemanden ist die soziale Rehabilitation so schwer wie für hirngeschädigte Menschen mit einer Störung der exekutiven Funktionen, was auch durch Studien nachgewiesen wurde. Schon leichte kognitive Einschränkungen erschweren die Wiedereingliederung. Hirngeschädigte Menschen weisen, je nach Schweregrad und Alter zum Zeitpunkt der Schädigung, oft noch weitere Einschränkungen auf. Oft bleiben einige motorische und kognitive Defizite, welche oft mit sozialen Problemen einhergehen und eine lange Zeit anhalten können. Neuropsychologische Defizite behindern ebenfalls die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit oder die Fortsetzung der Schullaufbahn. Daraus kann geschlossen werden, dass die Prognosen für hirngeschädigte Menschen mit dysexekutivem Syndrom schlecht sind. „Viele Patienten scheitern an der Selbstständigkeit im Alltag oder an der beruflichen Wiedereingliederung, und zwar häufiger an den oft nur minimalen Verhaltensauffälligkeiten oder den Persönlichkeitsveränderungen oder -akzentuierungen als an den verbleibenden kognitiven Defiziten“ (Müller, 2013, S. 12). Dies kann begründet werden durch die lange Genesungszeit nach Hirnverletzungen, welche jedoch oft nicht eingehalten wird, teilweise aus Kostengründen, teils aus Selbst- oder Fremdüberschätzung. Bei der Wiedereingliederung gilt es also dies zu beachten. Betroffene scheitern zum einen oft an dem verfrühten Wiedereintritt in den Beruf, obwohl bekannt ist, dass sich auch lange Zeit nach der Verletzung noch Verbesserungen zeigen. Zum anderen muss explizit auf die Familie geachtet werden. Sie ist das wichtigste Unterstützernetzwerk der RehabilitandInnen. Die Belastung durch die Erkrankung und die daraus resultierenden Folgen

ist jedoch für Partner, Freunde und Familie oft zu hoch, und die unterstützenden Personen könnten allmählich wegfallen. Ganz wichtig, um das Ziel der beruflichen Wiedereingliederung zu erreichen, ist eine ambulante psychotherapeutische Therapie und die weitere neuropsychologische Betreuung nach der stationären Behandlung (vgl. Müller, 2013, S. 12).

Die Exekutivfunktionen sind für die Erlangung der Selbstständigkeit im Alltag und bei der beruflichen Wiedereingliederung von wesentlicher Bedeutung. Den SozialpädagogInnen kommt hier die Aufgabe zu teil, den Betroffenen zu helfen ihre fehlenden Fähigkeiten wieder zu erlernen und dadurch die geschädigten Hirnfunktionen auszugleichen oder zu verbessern (vgl. Engelhardt, 2012, S. 14). Das Ziel der Sozialen Arbeit für Menschen mit einer Störung der Exekutivfunktionen ist ein funktionierendes Unterstützernetzwerk, welches ein befriedigendes Sozialleben und eine Reintegration ermöglicht, so wie eine funktionierende Nachsorge, um ein gelingendes Leben zu ermöglichen.

3.2. Ausgewählte Interventionsmöglichkeiten

In diesem Kapitel werde ich drei verschiedene Interventionsmöglichkeiten für Menschen mit dysexekutivem Syndrom vorstellen. Diese drei verschiedenen Konzepte habe ich gewählt, da sie sehr unterschiedlich sind und verschiedene mögliche Herangehensweisen beleuchten. Ich werde die Interventionsmöglichkeit der Beratung vorstellen und genauer darauf eingehen, was sozialpädagogische Beratung ist und wie Menschen mit einer Störung der Exekutivfunktionen und ebenso die Angehörigen der Betroffenen beraten werden können. Dann werde ich eine Gruppentherapiemethode, genauer gesagt das IRP-Programm vorstellen, die auf Grundlagen des Neurologen G. Prigantano entwickelt worden ist. Und als letztes werde ich die Methode des Peer Supports aufzeigen, welche vorgestellt wird durch ein Konzept von C. Rensinghoff. Um mit Menschen mit dysexekutivem Syndrom zu arbeiten gibt es noch viele weitere Möglichkeiten, alle zu nennen und zu erklären würde den Rahmen dieser Arbeit überschreiten.

3.2.1. Beratung von Angehörigen und Betroffenen

Die Beratung ist eine der Grundsäulen der Sozialen Arbeit, beschrieben durch den deutschen Erziehungs- und Sozialarbeitswissenschaftler Michael Galuske in seinem Buch ‚Methoden der Sozialen Arbeit‘. Beratung wird in vielen Bereichen eingesetzt, auch im Gesundheitswesen. In der Arbeit mit Menschen mit

dysexekutivem Syndrom ist Beratung sehr wichtig. Die Grundlage dafür bildet die Sozialpädagogische Beratung.

Sozialpädagogische Beratung

In jeder Kommunikation ist Beratung enthalten. Es gibt Beratungen durch Bekannte im Alltag sowie professionelle Beratungssettings. Beratung ist eine Interaktion zwischen einem Ratsuchendem und dem/der BeraterIn. Ziel ist eine Lösung zu finden, mehr Lösungskompetenz zu erlangen oder sich einen Überblick über die Problemlage zu verschaffen. Es gilt die Problemlage eines/r KlientIn oder die Problemlage eines Systems zu fokussieren. Die meisten Beratungskontexte spielen sich im privaten Bereich ab, in dem beispielsweise bei Angehörigen ein Rat eingeholt wird. Hans Thiersch, ein renommierter Professor für Erziehungswissenschaft und Sozialpädagogik aus Tübingen, beschreibt drei Merkmale von Beratung: Zum ersten gibt es in der Beratung, wie oben schon beschrieben, denjenigen der Hilfe sucht, bzw. Beratung benötigt und denjenigen, der Beratung, und dadurch auch Veränderung, anbietet. Im privaten Bereich wechseln die verschiedenen Rollen regelmäßig, wobei im Bereich der professionellen Hilfe, die Rollenverteilung klar und unveränderlich ist. Der zweite Punkt ist, dass Beratung immer verbal vermittelt wird. Es geht um einen Kommunikationsprozess, in dem zuerst ein Problem beschrieben wird, um dann durch kommunikative Mittel einen Lösungsprozess in Gang zu setzen. Beratung ist also eine rein verbale Methode der Sozialen Arbeit. Der dritte von Thiersch genannte Punkt bezieht sich auf die Probleme, die innerhalb der Beratung bearbeitet werden. Es handelt sich innerhalb der Beratung immer um Probleme mittleren Grades. Dem Ratsuchendem soll es noch möglich sein, die erarbeiteten Lösungsmöglichkeiten in die Tat umzusetzen.

Diese Beschreibung trifft auf professionelle sowie die Beratung unter Laien zu. Um die professionelle von der unprofessionellen Beratung zu unterscheiden, gibt es für die sozialpädagogische Beratung noch weitere spezifische Merkmale. Die sozialpädagogische Beratung hat einen festgelegten Kompetenzbereich, wie einen bestimmten Stadtteil oder bezieht sich auf eine bestimmte Problemgruppe. Andererseits sind dem Themenspektrum der professionellen Beratung keine Grenzen gesetzt. „Alles, was im Alltag zum Problem werden kann, kann auch zum Thema sozialpädagogischer Beratung werden“ (Galuske, 2013, S. 173). Die sozialpädagogische Beratung ist nicht auf eine bestimmte Angebotsform reduziert, sondern ist offen für die verschiedensten Formen. Am allerwichtigsten ist die Unterscheidung zu anderen professionellen Beratungskontexten, die darin besteht, dass die

sozialpädagogische Beratung immer auch den gesellschaftlichen Kontext mit einbezieht. Die Haltung der Berater/innen ist geprägt durch Persönlichkeits- und Gesellschaftstheorien und eine reflektierte Handlungsweise. So sollen Menschen aus belastenden Zuständen des Unterworfenseins herausgelöst werden können. Was den Bereich der Konzeption und Vorgehensweisen angeht, ist die sozialpädagogischen Beratung sehr offen, denn durch strenge oder akribische Vorgaben, kann der Verlauf der Beratung eingeschränkt werden (vgl. Galuske, 2013, S. 172 ff.).

Sprache

Eine wichtige Voraussetzung für Beratung ist es, die richtigen Worte zu nutzen. Die ‚Sprache‘ der Fachkräfte ist für Betroffene und Angehörige oftmals nicht leicht verständlich. Gleichzeitig werden die Fachausdrücke unter den professionellen Helfern für einen zuverlässigen Austausch benötigt. Es ist also wichtig, im Gespräch aufmerksam und reflektiert mit Wörtern umzugehen. Dabei sollte darauf geachtet werden, die Person nicht zu reduzieren, Bevormundung zu verhindern oder bestimmte ungeeignete Worte nicht zu benutzen. Zur Reduzierung gehört zu allererst die Etikettierung von Personen, mit Ihren Einschränkungen oder Verletzungen wie beispielsweise jemanden als ‚der Frontalhirngeschädigte‘ zu bezeichnen. „Ein Aufkleben einer Etikette (Labeling) führt dazu, dass man Verhalten durch eine bestimmte Brille sieht“ (Frommelt & Grötzbach, 2010, S. 19). Des Weiteren werden Personen reduziert, in dem herablassend mit ihnen gesprochen wird oder Fachbegriffe unbedacht eingesetzt werden. Dementsprechend sollte auf eine Formulierung geachtet werden, die die beeinträchtigte Person wertschätzend mit einbezieht und auf die Wirkung der gesprochenen Wörter achtet. Zudem sollte darauf geachtet werden, Betroffene nicht zu bevormunden. Dies geschieht meist, wenn medizinische Anweisungen nicht Folge geleistet wird. Daraus wird geschlossen, dass der Betroffene nicht motiviert ist oder ‚einfach keine Lust hat‘. Problematisch wird das, wenn von den professionellen BetreuerInnen in solchen Fällen nicht konkret nach den Gründen geforscht wird. Des Weiteren gibt es bestimmte Worte die in Gesprächen mit Betroffenen oder Angehörigen nicht benutzt werden sollen (vgl. Grötzbach & Frommelt, 2010, S. 19 f.).

„Sprachlich achtsam zu sein, kann im Gespräch mit den Rehabilitanden heißen, eine erlebnisnahe, metaphernreiche Sprache zu verwenden, und kann in der Teamarbeit heißen, in sich einer für alle verständlichen Sprache ohne Jargon zu verständigen“ (Frommelt & Grötzbach, 2010, S. 20).

Beratung in der Rehabilitation

Die Autoren Dr. Albert Mühlum, Professor für Sozialpolitik und Sozialarbeitswissenschaften an der Fachhochschule und Norbert Gödecker-Geenen sind Experten für klinische Sozialarbeit. In ihrem Buch ‚Soziale Arbeit in der Rehabilitation‘ beschreiben sie die Beratung in der Rehabilitation am Beispiel der Klinik Königsfeld. Diese Beschreibung wird auch hier exemplarisch wiedergegeben. Die Sozial- und Rehabilitationsberatung ist dort eine kontinuierliche Komponente der Rehabilitation, da neben den medizinischen Gesichtspunkt auch die psycho-sozialen Aspekte auch von wesentlicher Bedeutung sind. Die Zielsetzung der Sozial- und Rehabilitationsberatung beinhaltet, die Erweiterung des Rehabilitationsziel durch soziale und berufliche Aspekte, die Thematisierung und Milderung persönlicher Probleme, geeignete Wiedereingliederungsformen zu finden und für die Unterstützung durch die Kostenträger zu sorgen oder die Prozesse zu unterstützen.

„Erst die umfassende Betrachtung des Patienten in seiner oft verwickelten Lebens- und Krankheitssituation ermöglicht eine ganzheitliche Wiedereingliederung“ (Mühlum & Gödecker-Geenen, 2003, S. 117). Gründe für das Aufsuchen der Beratung sind „Arbeitsunfähigkeit eines Patienten, Fragestellungen im Hinblick auf die berufliche Reintegration, Fragen zur wirtschaftlichen Absicherung, Pflegebedürftigkeit, Probleme bei der häuslichen Versorgung, Suchtproblematiken und sonstige soziale Fragestellungen“ (Layer & Mühlum, 2003, in Mühlum & Gödecker-Geenen, 2003, S. 117). Auf die Bitte nach einem Gespräch wird ein erster Einzelberatungstermin vereinbart. In diesem Erstkontakt steht die Anamnese im Vordergrund. In der Sozial- und Rehabilitationsberatung ist es eine Sozial- und Berufsanamnese, dabei geht es um eine ausführliche Bestandsaufnahme der Stärken und Schwächen, sowie der persönlichen individuellen Situation, denn „nicht die Orientierung an Krankheitsbildern legt die Inhalte der Beratung fest, sondern die individuelle Lebenssituation“ (Mühlum & Gödecker-Geenen, 2003, S. 117). Im Erstgespräch wird versucht eine Vertrauensbasis aufzubauen, erste Fragen zu klären und die hemmenden Faktoren zu bestimmen. Gemeinsam werden Lösungsschritte für die Probleme erarbeitet und damit der weitere Rehabilitationsverlauf überdacht und besprochen. Im interdisziplinären Team werden dann Ideen und Möglichkeiten besprochen, um die weitere Vorgehensweise zu entwickeln. Darauf folgen weitere Beratungsgespräche. Gemeinsam mit den RehabilitandInnen reflektieren und überarbeiten die SozialarbeiterInnen den Rehabilitationsverlauf und die Rehabilitationsziele. Dabei wird der Schwerpunkt auf die Ressourcen gelegt. In der ‚Interventionsphase‘ werden die gemeinsam erarbeiteten Schritte umgesetzt. Dafür wird zum einen die Motivation der RehabilitandInnen benötigt, sowie der aktive Einsatz

durch die SozialarbeiterInnen. Der Soziale Dienst geht in den Kontakt mit anderen Einrichtungen oder Dienstleistern und plant, organisiert und versucht die vereinbarten Maßnahmen umzusetzen. „Im Rahmen eines Abschlussgespräches wird der Rehabilitationsverlauf ausgewertet“ (Mühlum & Gödecker-Geenen, 2003), wobei die im Erstgespräch erfragten psycho-sozialen Aspekte wieder beachtet werden. Durch das Abschlussgespräch können rückwirkend noch Fehler ermittelt werden oder nachträglich Korrekturen vorgenommen werden (vgl. Mühlum & Gödecker-Geenen, 2003, S. 115 ff.).

Die Autoren betonen im Anschluss an Ihre Ausführungen des Beratungsablaufes die Wichtigkeit einer ausführlichen und zuverlässigen Dokumentation und die Sinnhaftigkeit der interdisziplinären Arbeit, denn „ein hohes Maß an Interdisziplinarität verbessert Effektivität und Effizienz aller Prozesse in der Rehabilitationsklinik“ (Mühlum & Gödecker-Geenen, 2003, S. 119).

Eine andere Art der Beratung innerhalb der Rehabilitation beleuchtet die Diplom Sozialpädagogin Dr. Renate Zwicker-Pelzer. Sie hat zusätzliche Ausbildungen zur Familien- und systemischen Beraterin, zur Ehe- und Familienberaterin und Supervisorin. Sie hat ein Buch zu Beratung in der Sozialen Arbeit geschrieben. Sie beschreibt Beratung als eine Teilleistung von Pflege, Betreuung und Versorgung und spricht damit vor allem die Pflegeberufe an, aber bezieht sich auch auf die Soziale Arbeit als betreuende Arbeitskraft. „Viele Begegnungen in der Pflege und Betreuung sind Tür- und Angelgespräche, sie sind kurze meist heftige Begegnungen voller Sorge, voller Fragen und manchmal Gesprächsfetzen mit viel Betroffenheit. In der aufsuchenden Sozialen Arbeit ist es sehr ähnlich“ (Zwicker-Pelzer, 2010, S. 84). Es ist möglich das Beratung in solchen kurzen Gesprächen stattfindet und es noch andere Rollen gibt, die in der Rolle als SozialarbeiterInnen ausgefüllt werden. Beratung ist also nur eine ‚Teilleistung‘ neben anderen Aufgaben und Leistungen. „Für die Professionellen bedeutet dies, den Rollenhut „Beratung“ eindeutig neben den vielen anderen Tätigkeiten jeweils neu auf- und abzusetzen“ (Zwicker-Pelzer, 2010, S. 84). Um diese verschiedenen Rollen ausfüllen zu können, sollten diese stark voneinander getrennt werden. Zum einen ist das möglich durch eine räumliche oder strukturelle Trennung, in dem eine klare Umgebung geschaffen wird, in der die Beratung stattfindet, wie bestimmte Zeiten oder ein bestimmter Ort. Zum anderen ist dies möglich durch die thematische und inhaltliche Trennung, denn Themen aus der Beratung dürfen, auf Grund der Schweigepflicht nicht nach außen getragen werden. Beratung geschieht freiwillig, da nur so das notwendige Vertrauen aufgebaut werden kann (vgl. Zwicker-Pelzer, 2010, S. 84 ff.).

Es ist also zum einen die Beratung im geschützten Rahmen einer Einzelberatung, genauso wie die Beratung im Rahmen von Tür- und Angelgesprächen möglich.

3.2.2. Intensiv-Reintegrations-Programm

Durch die Recherchen im Internet wurde ich auf das Intensiv-Reintegrations-Programm aufmerksam. Es ist eine Gruppentherapie, speziell für Menschen mit einer Schädel-Hirn-Verletzung und einem daraus resultierenden auffälligen Verhalten. Die Überschneidungen mit den Symptomen bei einer Störung der Exekutivfunktionen waren sehr hoch. Deshalb wird diese Interventionsmöglichkeit nun im Folgenden Kapitel vorgestellt.

Gruppentherapie nach Prigantano

Georg P. Prigantano lehrt Klinische Neuropsychologie am ‚Barrow Neurological Institute, St. Josephs Hospital and Medical Center‘ in Arizona. Er entwickelte ein Rehabilitationsprogramm für hirngeschädigte Menschen. Für seine Arbeiten als Dozent, Professor und Wissenschaftler wurde er vielfach ausgezeichnet. Prigantano betont in seinen Ausführungen vor allem das Symptom der Persönlichkeitsveränderung nach einer Hirnverletzung. Er beschreibt, dass die ersten Rehabilitationsprogramme für Schädel-Hirn-Verletzte Menschen Ende der 70iger Jahre entwickelt wurden. Durch die gesammelten Erfahrungen, die gemacht wurden, wurde ein Programm entwickelt, dass sich nicht auf das Training von Funktionen, sondern auf das Training von Fähigkeiten konzentriert. Im Jahr 1995 war Prigantano davon überzeugt, dass die „neurologische Rehabilitation postakuter SHT-Patienten, die mittelgradige bis schwere kognitive und Persönlichkeitsdefizite aufwiesen, [...] miteinander verbundene Aktivitäten“ (Prigantano, 2004, S. 140; Auslassung durch die Verfasserin) beinhalten sollten. Dies waren „kognitive Förderung oder kognitives Training, Psychotherapie, Aufbau einer therapeutischen Gemeinschaft oder eines therapeutischen Milieus, geschützte Arbeitsversuche, aktive Unterstützung und Einbeziehung sowie Schulungen von Familienmitgliedern“ (Prigantano, 2004, S. 140). Das zu erreichende Ziel ist, den RehabilitandInnen mehr Unabhängigkeit und Produktivität zu ermöglichen und deren soziale Kompetenzen zu fördern, damit sie die genannten Ziele auch im Alltag umsetzen können. Die soziale Umwelt kann in diesem Falle entweder hilfreich sein oder sogar schädigend. Sie muss die TeilnehmerInnen der Rehabilitation unterstützen und sollte

durch ihre Strukturen nicht dämpfend wirken. Das gleiche gilt für das therapeutische Milieu. Dieses sollte anregend sein und Integration und Antizipation fördern. Innerhalb des kognitiven Trainings machen die RehabilitandInnen Lernerfahrungen, um die Funktionen des Gehirns zu verbessern oder wiederherzustellen. Die Arbeit in Kleingruppen kann dabei helfen, die individuellen Stärken und Schwächen kennen zu lernen. „Eine weitere Therapieform mit dem Fokus auf kognitiven Defiziten ist die kognitive Gruppentherapie“ (Prigantano, 2004, S. 143). Dabei wird auch die Kommunikationsfähigkeit gefördert. Übergeordnete Ziele des kognitiven Trainings sind „Verbesserung der Verbalisationsfähigkeiten sowie Identifizierung und Benennung des eigenen Fortschritts in der Rehabilitation“ (Prigantano, 2004, S. 143; vgl. Prigantano, 2004, S. 140 ff.).

Die Psychotherapie gewinnt immer mehr an Anerkennung in der Rehabilitation. PatientInnen können sich hier ihren persönlichen bedrückenden Fragen widmen. Viele haben Schwierigkeiten ihre neue Situation anzunehmen und zu verarbeiten. Die Psychotherapie hilft bei der Aufarbeitung der Schädigung, hilft dabei Selbstvertrauen zu gewinnen, um nicht in die soziale Isolation zu rutschen.

Die Einbindung von Familie und Angehörigen in den Rehabilitationsprozess kann eine große Hilfe sein. Dazu gehört ein offener Austausch über Fortschritte des/der PatientIn sowie die gemeinsamen Therapiebesuche von RehabilitandInnen zusammen mit den Angehörigen. Hier sind feste Termine oft hilfreich, um den Austausch zu garantieren. Ein geschützter Arbeitsversuch ist aus zwei Gründen wichtig, „(e)rstens kann beobachtet werden, wie Patienten an die Arbeit herangehen und was sie außerhalb der Therapien leisten können, zweitens ergeben sich aus den Schwierigkeiten bei der Arbeit wichtige Hinweise für die weiteren Schwerpunkte der Rehabilitation“ (Prigantano, 2004, S. 147). Die Möglichkeit von Arbeitsversuchen fördert die Integration und unterstützt bei der beruflichen Wiedereingliederung. Wichtig ist hierbei, dass die Arbeit für den/die RehabilitandIn Sinn macht und danach gemeinsam mit Therapeuten und Arbeitgeber eine Auswertung vorgenommen wird (vgl. Prigantano, 2004, S. 140 ff.).

Allgemeines zum Intensiv-Rehabilitations-Programm

Auf den Grundlagen dieser Arbeit entwickelte Wolfgang Kühne das Intensiv-Reintegrations-Programm, welches in der Asklepios Klinik in Schaufling in Bayern durchgeführt wird. Er ist klinischer Neuropsychologe und psychologischer Psychotherapeut. Das Intensiv-Reintegrations-Programm, kurz IRP, beginnt dreimal im Jahr und dauert zwölf Wochen. Die Gruppen bestehen dabei aus jeweils acht Re-

habilitandInnen. In das IRP aufgenommen werden Menschen mit verschiedensten Hirnverletzungen, vor allem wird das Programm von Menschen nach einem Schädel-Hirn-Trauma genutzt. Die anfängliche Rehabilitation sollte abgeschlossen sein. Ausschlusskriterien sind anhaltende Sprachstörungen, da eine funktionierende Kommunikation für das Programm von Nöten ist, genauso wie Sehstörungen und eingeschränkte Handmotorik die Teilnahme am Programm verhindern, da uneingeschränktes Arbeiten am Computer möglich sein sollte. Eine weitestgehende Selbstversorgung in pflegerischen und versorgenden Tätigkeiten sollte vorhanden sein. Der akute Missbrauch von Alkohol und Drogen stellt ein Ausschlusskriterium dar, genauso wie extreme Verhaltensauffälligkeiten, die in der Gruppe nicht behandelbar sind.

Die „Grundvoraussetzung ist eine zumindest beginnende Einsicht des Rehabilitanden, dass er sein Leben so, wie es vor dem Unfall/ der Erkrankung geführt hat, nicht unverändert fortsetzen kann“ (Asklepios Klinik Schaufling, o.J., S. 3). Eine weitere Voraussetzung ist die Bereitschaft an sich zu arbeiten und die eigenen Defizite und Ressourcen in der Gruppe zu zeigen. Hilfreich dabei ist, dass der/die RehabilitandIn in alltäglichen Situationen, beispielsweise in Beruf oder Familienalltag, bemerkt hat, dass bestimmte Funktionen nicht mehr in gewohnter Weise abgerufen und durchgeführt werden können. Dies hilft dabei, die Einsicht der Betroffenen für eine Rehabilitation zu fördern und die Motivation zu steigern. Die Rehabilitation im Rahmen des IRP's kann sehr fordernd und anstrengend sein. „Deshalb ist es eine wichtige Voraussetzung, dass er oder sie bereit ist, einzeln und in der Gruppe intensiv an sich zu arbeiten, sich mit den Unfallfolgen auseinanderzusetzen und sich für neue Perspektiven zu öffnen (vgl. Asklepios Klinik Schaufling, o.J., S. 3).

Die Unterbringung erfolgt, wie schon erwähnt, in der Asklepios Klinik in Schaufling. Die Teilnehmer sind in einer Station untergebracht, die ausgelegt ist für RehabilitandInnen, die kaum noch pflegerische Hilfe benötigen. Hier mischen sich die Teilnehmer der verschiedenen Rehabilitationsprogramme (vgl. Kühne, 2017, S. 1). Die Teilnehmer des IRP Programms sind in Einzelzimmern unterbracht. Der Versuch mit Doppelzimmern endete problematisch. Die Therapieräume sind jedoch getrennt von den anderen Therapien in einem separaten Flur. Indem dort ein eigener kleiner Bereich geschaffen wird, herrscht dort praktisch eine Privatsphäre. Auch das Mittagessen nehmen die IRP-TeilnehmerInnen immer gemeinsam ein (vgl. Kühne, 2017, S. 1).

Zugrunde liegt dem IRP-Programm die Überlegung, dass 300.000 Menschen pro Jahr in Deutschland eine Hirnverletzung erleiden. Durch die Erfahrungen der letz-

ten Jahre zeigt sich, dass die langfristigen kognitiven Schäden der Hirnverletzung stärker die Teilnahme beeinträchtigen, als die körperlichen Schäden, wie Knochenbrüche oder Lähmungserscheinungen. Besonders betroffen sind die „Konzentration, Merkfähigkeit, Problem-lösen, Fühlen und Handeln, Umgang mit Stress und Konflikten“ (Asklepios Klinik Schaufling, o.J., S. 4). Die erworbene Hirnverletzung führt zu Einschnitten im Lebensweg. Je nach Schwere der Verletzung und der daraus resultierenden Einschränkungen variieren die Veränderungen. Lebensziele, Wünsche und Erwartungen verändern sich. „Für eine erfolgreiche Rehabilitation ist die schrittweise wachsende Einsicht in die längerfristigen Verletzungsfolgen ebenso wichtig wie die präzise Erfahrung eigener Fähigkeiten und persönlicher Stärken als Basis der Zukunftsplanung“ (Asklepios Klinik Schaufling, o.J., S. 4). Das Ziel ist Lebenszufriedenheit und Teilhabe zu erreichen. Um dies zu erreichen muss meist ein neuer Platz in der Gesellschaft und im Beruf gefunden werden. Dazu muss die eigene Rolle gefunden sowie die eigenen Fähigkeiten und Defizite erkannt werden. Besonders schwierig ist es für Betroffene die Defizite anzuerkennen und mit diesen wieder zurück in den öffentlichen Raum zu gehen, FreundInnen zu treffen und dem kritischen Blick der anderen zu trotzen. Das fällt vielen Betroffenen schwer, und sie scheitern an diesem Schritt, woraus sich eine soziale Isolation ergibt. Besonders die kognitiven Störungen, wie die Störung der Exekutivfunktionen, kann einem/r Betroffenen nicht von außen angesehen werden. Betroffene versuchen die Störung im Alltag zu vertuschen oder zu verheimlichen und bauen sich eine schützende Fassade auf, meist voll von Lügen, da die Defizite für die Betroffenen besonders belastend und peinlich sind. Aus dieser Situation resultieren dann meist Stress und Überforderung und daraufhin ergibt sich eine völlige Erschöpfung. Die Betroffenen werden wieder zu einem ‚kranken Menschen‘ und werden zurück in eine Sonderrolle gesteckt und rutschen so mehr und mehr in die Sackgasse der sozialen Isolation (vgl. Asklepios Klinik Schaufling, o.J., S. 4). Das IRP-Programm soll Menschen vor solchen Situationen bewahren oder wieder aus diesen Situationen herausholen. Denn „(i)n der Regel kann man nicht mit einer vollständigen Ausheilung rechnen“ (Asklepios Klinik Schaufling, o.J., S. 6), sondern die Leistungsfähigkeit der Betroffenen bleibt verringert und diese „Bedingungen erfordern eine sorgfältige individuelle Anpassung im beruflichen und privaten Alltag“ (Asklepios Klinik Schaufling, o.J., S. 6). Um der facettenreichen Problemlage der Betroffenen gerecht zu werden, wird ein ganzheitlicher Therapieansatz benötigt. Das IRP-Programm stellt diesen ganzheitlichen Ansatz dar, konzipiert auf der Grundlage des weiter vorn beschriebenen Ansatzes von Prigantano (vgl. Asklepios Klinik Schaufling, o.J., S. 6).

Ziele und Inhalte des Intensiv-Rehabilitations-Programms

Das oberste Ziel des IRP's ist es, für die RehabilitandInnen eine umsetzbare und wünschenswerte zu erarbeiten und somit Integration zu ermöglichen. „Zusammen mit dem Rehabilitanden soll ein Weg gefunden werden, der zwischen seinen Schwierigkeiten und seinen persönlichen Zielen eine Brücke schlägt“ (Asklepios Klinik Schaufling, o.J., S. 6). Dafür werden die Einschränkungen genau untersucht, denn „(j)eder Teilnehmer soll ein Experte für seine aktuelle Situation werden“ (Asklepios Klinik Schaufling, o.J., S. 6). Um diese Ziele zu erreichen, werden fünf Schwerpunkte gesetzt. Der erste ist das Erforschen der eigenen Einschränkungen im sozialen, emotionalen und kognitiven Bereich, um diese Einschränkungen kennen zu lernen und anzunehmen. Zweitens werden die Fähigkeiten und Kompetenzen der Betroffenen durch Therapieinhalte gestärkt und hervorgehoben. Des Weiteren sollen die Betroffenen sich mit Ihrem Zustand auseinandersetzen und nicht kopflos daran verzweifeln. Als vierter Schwerpunkt werden den TeilnehmerInnen soziale und kognitive Fähigkeiten vermittelt, mit deren Hilfe sie ihre Einschränkungen ausgleichen können. Der letzte Schwerpunkt liegt auf der Verhaltenstherapie. Diese soll Fähigkeiten fördern, die wichtig sind, für familiäre, gesellschaftliche und berufliche Wiedereingliederung.

Der Stundenplan sieht eine Arbeitswoche mit fünf Arbeitstagen vor. Das IRP-Programm beschränkt sich in der Regel auf die Zeit von 10.00 Uhr bis 14.00 Uhr. Außerhalb dieser festen Zeiten kann die freie Zeit genutzt werden für Zusatztherapien, wie Sport, Logopädie, Physiotherapie oder ähnliches. Besonders die sportlichen Aktivitäten sind für den Ausgleich sehr wichtig, betont der Leiter des Programms.

Die Woche im IRP-Programm beginnt mit einer Wochenplanung. In dieser Wochenplanung werden zwei bis drei Wochenziele für jede/n RehabilitandIn erarbeitet und schriftlich festgehalten. Für manche TeilnehmerInnen kann dies sein, die Namen der anderen TeilnehmerInnen zu lernen, bei den Therapien pünktlich zu sein oder ähnliches. Diese Ziele sollten konkret formuliert werden, umsetzbar und überprüfbar sein (vgl. Kühne, 2017, S. 3). Das Ziel dieser Wochenplanung liegt darin, die eigenen Fähigkeiten besser einschätzen zu können. Danach, von 11.00 Uhr bis 12.00 Uhr, findet eine Gruppe statt, in der das Leben mit einer Hirnschädigung thematisiert wird. In dieser Gruppe werden Themen besprochen, die Menschen mit Hirnschädigung im Alltag betreffen. Beispiele sind „Müdigkeit, Wirkung von Alkohol auf ein geschädigtes Gehirn,[...] der Umgang mit Stimmungsschwankungen und Belastungssituationen“ (Asklepios Klinik Schaufling, o.J., S. 7; Auslassung durch die Verfasserin) oder ähnliches (vgl. Asklepios Klinik Schaufling, o.J., S. 7). Auf

diesen Programmpunkt folgt das gemeinsame Mittagessen. „Die IRP Gruppe hat im Speisesaal einen eigenen Tisch. In der Regel gucken wir immer, dass wir das eben immer an einem Tisch zusammenbringen, für den Kontakt untereinander“ (Kühne, 2017, S. 1) sagt Kühne im Interview. Am Nachmittag findet das neuropsychologische Training am PC statt. In dieser Therapie werden genauso wie in der kognitiven neuropsychologischen Therapie, die Dienstag- bis Donnerstagmorgen stattfindet, Basisfähigkeiten aus dem Bereich der Aufmerksamkeit eingeübt. „Dabei gilt es, zunächst die Qualität, erst anschließend das Tempo zu steigern“ (Asklepios Klinik Schaufling, o.J., S. 7). Die Inhalte der Therapie werden individuell auf die Fähigkeiten und Defizite der/des Betroffenen angepasst. Inhalte können sein „Rechenfähigkeiten, das Herausfiltern der wichtigen Informationen aus schriftlichen und mündlichen Mitteilungen, das möglichst effektive Führen eines persönlichen Notizbuches als Gedächtnisstütze, Planungs- und Problemlösefähigkeiten“ (Asklepios Klinik Schaufling, o.J., S. 7). Auf die kognitive neuropsychologische Therapie folgt das soziale Kompetenztraining. „Hier werden u.a. effektive Kommunikation, die Beachtung nonverbaler Signale sowie das Geben und Akzeptieren von klaren Rückmeldungen geübt“ (Asklepios Klinik Schaufling, o.J., S. 7). In den Therapieeinheiten steht immer eine/r der TeilnehmerInnen im Mittelpunkt. Dieser hält entweder einen Vortrag zu seiner Person, stellt zwei Eigenschaften vor, die ihm/ihr geholfen haben mit der problematischen Situation der Erkrankung zurechtzukommen, anderen TeilnehmerInnen positive Rückmeldung zu geben oder Rollspiele, in denen der Umgang mit problematischen Situationen geübt wird. Nach diesen Beiträgen geben die anderen ProgrammteilnehmerInnen Rückmeldung an den agierenden Teilnehmer. Mit Hilfe von Postern werden Defizite und Fähigkeiten definiert und auf Papier gebracht. Auf den Postern werden auch „Vorschläge oder Empfehlungen zur Veränderung von problematischen Verhaltensweisen“ (Asklepios Klinik Schaufling, o.J., S. 7) festgehalten. Möglich sind nach dem Kernprogramm auch noch individuelle Therapien oder Einzelgespräche. Die Einzelgespräche werden mit dem hauptsächlich betreuenden, sogenannten Bezugstherapeuten durchgeführt. Sie dienen dazu persönliche Probleme anzusprechen und können den persönlich-emotionalen Bereich behandeln und dienen dem Programm als Ergänzung zur Gruppentherapie. Die Woche wird abgeschlossen mit dem Wochenrückblick, in welchem die Ziele der Wochenplanung überprüft werden, und für das Wochenende neu definiert werden. Innerhalb des IRP-Programms hat die Angehörigen-Arbeit einen hohen Stellenwert.

Alle vier Wochen finden Freitagnachmittag Angehörigenseminare statt. „Dort informieren wir die Angehörigen eingehend über die vielfältigen Konsequenzen einer Hirnschädigung, den Verlauf des Trainings und besprechen alle aktuell auftretenden“

den Fragen und Probleme“ (Asklepios Klinik Schaufling, o.J., S. 8). Wie schon erwähnt hat die Angehörigenarbeit eine hohe Relevanz bei der Arbeit mit Menschen mit einer Störung der Exekutivfunktionen. Im IRP wird sie als Grundlage für einen langfristigen Erfolg der Therapie bezeichnet (vgl. Asklepios Klinik Schaufling, o.J., S. 6 ff.).

Evaluation des Programms

Im Rahmen der Recherche für diese Arbeit stieß ich auf das IRP-Programm. Um besseren Einblick zu bekommen, führte ich ein Interview mit dem Leiter des Programms, Wolfgang Kühne. In diesem Interview kamen wir auch auf die Evaluation und die Langzeitauswirkungen des Programms zu sprechen. Diese Äußerungen werden hier dargestellt.

Im Interview mit Herrn Kühne äußert er, das Wunschziel wäre, eine Verhaltensänderung bei den RehabilitandInnen zu erreichen, besonders bei TeilnehmerInnen mit Problemen im Bereich der Impulskontrolle oder Aggressivität. Dies kann jedoch nicht immer erreicht werden. Für Ihn ist es wichtig, dass die Teilnehmer nach dem Programm mit Ihrem Verhalten bewusster umgehen, und es sich dadurch verändert. Wenn also eine Verhaltensänderung nicht zu erreichen ist, ist das Ziel ein reflektierter Umgang mit dem eigenen Verhalten. Bei der Frage nach der Erfolgsquote des Programms, antwortet er, dass es darauf ankäme, wie Erfolg definiert wird. Ein Viertel der Teilnehmer schaffen es, wieder erwerbstätig zu sein nach dem Absolvieren des Programms. Die meisten jedoch äußern, dass es vor allem im Bereich der Teilhabe im sozialen und familiären Bereich auffallend positive Veränderungen nach dem Programm gab. Herr Kühne betont, dass dies ein äußerst gutes Ergebnis ist, das kaum zu verbessern sei, da das IRP-Programm vor allem mit ‚schwierigen‘ Fällen arbeite. Die Kostenträger dagegen, wünschen eine höhere Erfolgsquote was die berufliche Teilhabe betreffe. Bei Personen mit schwerwiegender Hirnschädigung und dadurch auftretenden gravierenden Verhaltens- und Wesensveränderungen, kann auch das IRP-Programm nichts verändern. Vielen Teilnehmern helfe das Programm, den Alltag wieder besser zu strukturieren und sich mit der Familie oder dem/der PartnerIn zu verständigen. Grundlage für die Veränderung sei jedoch immer die Motivation. Diese müsse von dem/der RehabilitandIn selbst ausgehen und nicht von Angehörigen oder PartnerInnen, ansonsten sei die Wirkung des Programms fraglich. Schlussendlich erzählt der Leiter des Programms, dass es eines gibt, das alle Teilnehmer der IRP's mitnehmen: die Versöhnung mit den eigenen Einschränkungen und somit mehr Lebensmut. Die-

sen Kampf auszutragen, so sagt er, wäre in der Gruppe einfacher als alleine (vgl. Kühne, 2017, S. 5 ff.).

3.2.3. Zukunftswerkstätten nach Rensinghoff (Peer Support)

In diesem Kapitel werde ich die Methode des Peer Supports vorstellen. Der betroffene Carsten Rensinghoff hatte selbst eine Hirnverletzung im Alter von zwölf Jahren erlitten. Inzwischen hat er promoviert und schon mehrere Bücher veröffentlicht. Er kennt die Folgen der Gehirnschädigung, weiß wie sich diese Erfahrung anfühlt und kann aus seiner einzigartigen Sichtweise erzählen. Er favorisiert in einem seiner Bücher die Methode des Peer Supports. Diese Methode ist eine Methode, die allgemein für Menschen mit Behinderung möglich ist, jedoch auch für Menschen mit Störung der Exekutivfunktionen umsetzbar ist.

Ausgangssituation für Peer Support

Rensinghoff bezeichnet die Hirnschädigung als einschneidendes Erlebnis, das nicht schleichend kommt, sondern überraschend und schnell. Als Folge der Hirnschädigung betont er vor allem die soziale Ausgrenzung, die er sogar mit den Worten „soziale Euthanasie“ (Rensinghoff, 2004, S. 21) bezeichnet. Für ihn ist das definierte Ziel, behinderten Menschen ihre Ressourcen aufzuzeigen und ihnen einen Platz in der Gemeinschaft zu sichern, nicht ausreichend (vgl. Rensinghoff, 2004, S. 17 ff.). Dabei ist die Rückkehr in das Arbeitsleben mehr als die Möglichkeit, den eigenen Unterhalt zu verdienen, sondern schützt vielmehr vor sozialer Ausgrenzung und schafft Integration und Teilhabe. Dabei ist die berufliche (Wieder-)Eingliederung von hirnverletzten Jugendlichen sehr schwer. Den Arbeitgebern muss klar sein, was sie beachten müssen und, dass hirnverletzte Menschen eine andere Begleitung im Arbeitsleben brauchen. Dabei haben behinderte Menschen ein natürliches Interesse auch am Arbeitsmarkt teilzunehmen, gleich wie jeder andere Mensch. Dies wird durch die gesetzlich vorgeschriebene Gleichstellung unterstützt (Rensinghoff, 2004, S. 61 ff.). Dies ist die Ausgangssituation für Menschen mit einer Hirnverletzung, die Rensinghoff beschreibt.

Allgemeines zu Peer Support

„Die Experten in eigener Sache sind diejenigen, welche aus ihrer eigenen Betroffenheit berichten und ihre Erfahrungen an andere gleichartige Betroffene weiterge-

ben, um so dann gemeinsam Lösungsstrategien für bestimmte Probleme zu entwickeln“ (Rensinghoff, 2004, S. 81).

Wird der Begriff Peer Support vom Englischen ins Deutsche übersetzt, ergibt sich daraus der Begriff der Unterstützung von Gleichgestellten oder Ebenbürtigen. Peer bedeutet übersetzt KameradIn oder Gleichgestellter, Support hat die Bedeutung von Unterstützung und Förderung. Im Deutschen ist der Begriff Peer Support geläufig, im Englischen wird der aus Amerika stammende Begriff Peer Counseling verwendet (vgl. Miles-Paul, 1992, S. 20 f.). Die Definition, welche für die folgenden Ausführungen grundlegend ist, lautet: „Peer Support ist die Hilfe, die von einer behinderten Person zur Verfügung gestellt wird, die über behinderungsbedingter Erfahrungen und Kenntnissen sowie über Fähigkeiten, mit der eigenen Behinderung umzugehen, verfügt. Sie assistiert anderen behinderten Individuen und entscheidenden anderen Personen im Umgang mit ihren behinderungsspezifischen Erfahrungen“ (Study Group on Peer Counseling as a rehabilitation resource, 1981, S.1, in Miles-Paul, 1992, S. 22). In engem Zusammenhang mit Peer Support steht die Bewegung Independent Living, denn die Grundsätze dieser Bewegung prägten Peer Support. Beim Independent Living geht es um selbstbestimmtes Leben für Menschen mit Behinderung. Besonders relevant ist der Grundsatz, dass behinderte Menschen die gleichen Rechte haben sollten wie Menschen ohne Behinderung. Die Bewegung kämpft ebenfalls für Antidiskriminierungsgesetze und –vorschriften (vgl. Miles-Paul, 1992, S. 18 f.).

Resultierend aus dieser Bewegung entstanden verschiedene Programme und Angebote des Peer Supports in verschiedenen Bereichen der Behindertenhilfe wie zum Beispiel der beruflichen und medizinischen Rehabilitation, der Sehbehindertenhilfe oder der Unterstützung für StudentInnen mit Behinderung. Im Bereich der beruflichen Rehabilitation begann der Peer Support, damit, „daß ehemalige KundInnen der Rehabilitationsbehörde gelegentlich darum gebeten wurden, ihre Erfahrungen der Rehabilitationsbehörde gelegentlich darum gebeten wurden, ihre Erfahrungen hinsichtlich der Berufsanforderungen und der Vorstellungsgespräche an neue KundInnen weiterzugeben“ (Miles-Paul, 1992, S. 36). Dieser Austausch fand auf formloser Ebene statt. Peer Support entwickelte sich zu einem essenziellen Bestandteile bei der beruflichen Rehabilitation und wurde so auch bei Behörden und Dienstleistern mit der Zeit Teil der Dienstleistungspalette. In der medizinischen Rehabilitation gibt es nur wenig Anwendung des Peer Supports, obwohl vor allem im medizinischen Bereich der Umgang mit Behinderung kritisch ist. Peer Support, kann in Kliniken für Betroffenen und Angehörige, von behinderten Menschen geleitet oder von nicht behinderten Mitarbeitern organisiert werden (vgl. Miles-Paul, 1992, S. 34 ff.).

Themen von Peer Support

Themen, die im Peer Support behandelt werden, sind außerordentlich vielfältig, „da das Vorhandensein von Behinderung und besonders der gesellschaftliche Umgang mit diesen eine Vielzahl von Bereichen des täglichen Lebens berührt“ (Miles-Paul, 1992, S. 39). Innerhalb des Gespräches kann alles behandelt werden, was die Betroffenen beschäftigt und Problematiken thematisiert werden, die die verschiedenste Bereiche des Lebens berühren. Beispielhaft ist die Behandlung dieser Bereiche: „die Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung, das Erlernen von sozialen Fähigkeiten, Selbstbehauptung, die Erfüllung der Grundbedürfnisse, die Organisation der persönlichen Assistenz, Behinderung und Familie, sowie Sexualität und Partnerschaft“ (Miles-Paul, 1992, S. 39). Im Bezug auf Menschen mit einer Störung der Exekutivfunktionen sind dies die Bereiche des Erlernens von sozialen Fähigkeiten und die Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung. Am Anfang der Behinderung gibt es immer einen Verarbeitungsprozess - der Mensch setzt sich darin mit sich und seiner Behinderung auseinander. In der Öffentlichkeit ist der Begriff Behinderung immer noch sehr negativ behaftet, umso wichtiger ist es, dass sich Menschen ungestört über ihre Defizite und Ressourcen klar werden können. Der Peer Support hilft dabei sich klar zu werden: über sich selbst, die Rolle, die innerhalb der Gesellschaft eingenommen wird und die eigene Position zu Themen, die Behinderung oder behinderte Menschen betreffen. Das Erlernen sozialer Fähigkeiten ist auch wichtig für Menschen mit Behinderung. Für behinderte Menschen ergeben sich in der Sozialisation gewisse Hürden. „Doch auch für diejenigen, die ihre Behinderung später im Leben erlangt haben, ergeben sich oft viele Schwierigkeiten im Umgang mit ihrer Behinderung in sozialen Situationen, wie z.B. der Umgang mit FreundInnen, die sie noch aus der Zeit kennen, bevor sie die Behinderung erlangten und mit denen noch keine befriedigende Auseinandersetzung über die Veränderung, die sich aufgrund der Behinderung ergeben hat, stattgefunden hat“ (Miles-Paul, 1992, S. 40 f.). Zu Anfang herrscht Unklarheit, was die Betroffenen können und wo und wie sie Unterstützung von Angehörigen benötigen (vgl. Miles-Paul, 1992, S. 39 ff.).

Zukunftswerkstatt nach Rensinghoff

Carsten Rensinghoff bezieht die Methode des Peer Supports auf Menschen mit einer Hirnverletzung. Diese „ist die Hilfe, die von einer hirnverletzten Person zur Verfügung ge-stellt wird, die über – durch die Hirnverletzung hervorgerufene – behinderungsbedingte Erfahrung und Kenntnisse sowie über Fähigkeiten mit der im Lebenslauf erworbenen Behinderung umzugehen, verfügt. Sie assistiert anderen hirnverletzten Menschen mit ihren – aus der Hirnverletzung resultierenden – behinderungsspezifischen Erfahrungen“ (Rensinghoff, 2000b, in: Rensinghoff, 2004, S. 90). Er erweitert damit die oben schon ge-nannte Definition um den Aspekt der Hirnverletzung.

Rensinghoff nennt die Zukunftswerkstatt eine soziale Problemlösemethode für Peer Support-Gruppen. In einer Zukunftswerkstatt wird eine wünschenswerte Perspektive thematisiert, um eine befürchtete nicht gewünschte Zukunft zu umgehen. In der Zukunftswerkstatt werden Handlungsmöglichkeiten entworfen, wie der/die Betroffene die gewünschte Zukunft erreichen kann. Innerhalb der Zukunftswerkstatt wird kreativ in der Gruppe gearbeitet, der Prozess wird dabei von der Gruppe gestaltet. Die Arbeit in der Gruppe ist deshalb von Vorteil, da sich die Defizite in der Regel gegenseitig ausgleichen, und keines besonders auffällt.

Die Zukunftswerkstatt gliedert sich in drei Phasen: die Beschwerde- und Kritikphase, die Phantasie- und Utopiephase und die Verwirklichungs- und Praxisphase. „In der Beschwerde- und Kritikphase wird der Ist-Zustand bestimmt“ (Rensinghoff, 2004, S. 102). Durch eine kritische Diskussion wird eine Problemdefinition angestrebt. Die Phantasie- und Utopiephase wird mit der Kreativität der Gruppe gestaltet. Gemeinsam werden Wünsche entwickelt und somit über den belastenden Ist-Zustand triumphiert. In der Verwirklichungs- und Praxisphase verdichten sich die Wünsche zu konkreten Handlungsansätzen. Hier wird abgeklärt, welche Wünsche sich umsetzen lassen und welche nicht (vgl. Rensinghoff, 2004, S. 101 f.).

Rensinghoff kombinierte als erster die Methode der Zukunftswerkstatt mit Peer Support und den hirngeschädigten Betroffenen. Beate Kuhnt und Norbert Müller haben die Zukunftswerkstätten entwickelt. Sie arbeiten schon seit den 70iger Jahren an der (Weiter-) Entwicklung von Zukunftswerkstätten. Rensinghoff bediente sich an der von ihnen entwickelten Kurzwerkstatt, eine gekürzte Form der Zukunftswerkstatt. Diese Kurzform der Zukunftswerkstatt wird innerhalb von drei Stunden durchgeführt. Diese Form wurde von Rensinghoff gewählt, da Menschen mit Schädel-Hirn-Verletzungen, oft nach einiger Zeit in ihrer Konzentration ermüden und die Aufmerksamkeitsspanne nicht ausreicht, für einen langen Workshop.

Die Strukturierung der Workshops ist stark an die genannten Entwickler, Kuhnt und Müller, angelehnt (vgl. Rensinghoff, 2004, S. 106 ff.).

Die Einladung zur Werkstatt kann verschieden gestaltet werden. Teilweise werden die Betroffenen persönlich durch einen Brief kontaktiert, teilweise ist die Zukunftswerkstatt eingebunden in einen Kurs oder ein Programm oder wurde durch Ankündigungen von Bildungseinrichtungen oder Zentren für Menschen mit Schädel-Hirn-Verletzungen veröffentlicht. Die Einladungen präsentieren immer das Thema der Veranstaltung. Ein Beispiel dafür wäre: „Berufliche Situation von Menschen mit einer Hirnverletzung“ (Rensinghoff, 2004, S. 194) oder „Was kommt nach der Reha?“ (Rensinghoff, 2004, S. 178). In den Einladungen werden ebenfalls Ort, Zeit und Dauer der Veranstaltung vorgestellt. In der Einladung wird knapp dargestellt, was innerhalb der Werkstatt thematisiert wird, wie die Zukunftswerkstatt funktioniert und was die Teilnehmer dort erwartet. Rensinghoff beschreibt, dass gemeinsam als Gruppe während drei aufeinander folgenden Phasen durch die eigene Kreativität Lösungen für Probleme erarbeitet werden. Möglich ist schon innerhalb der Einladung um eine Anmeldung zu bitten, wozu Rensinghoff jedoch nur gelegentlich auffordert. Der Vorteil einer verbindlichen Anmeldung ist, die genaue Teilnehmerzahl im Voraus zu kennen. Die von Rensinghoff verfassten Einladungen sind alles sehr persönlich, sprechen einen direkt an und haben eine positive Grundstimmung in der Formulierung (vgl. Rensinghoff, 2004, S. 173 ff.).

In der Zukunftswerkstatt gibt es eine Vorstellungsrunde, je nach dem Rahmen der Veranstaltung unterscheidet sich dieser. Wenn sich die TeilnehmerInnen kennen ist eine kurze Runde ausreichend, in der die Namen genannt werden und die Ursache der Hirnverletzung geschildert wird. Wenn sich die TeilnehmerInnen unbekannt sind, sollte sie den Namen, das Alter, den schulische oder beruflichen Hintergrund, die Ursache der Hirnverletzung und ihre momentane Situation äußern. In den Aufzeichnungen von Rensinghoff handelt es sich, in den von ihm durchgeführten Zukunftswerkstätten, um TeilnehmerInnen im Alter zwischen 17 und 52. Die meisten dieser TeilnehmerInnen sind auf Grund ihrer Schädigung vom Arbeitsleben ausgeschlossen, sie befinden sich jedoch „in den besten Jahren und können dem Arbeitsmarkt normalerweise noch lange Zeit zur Verfügung stehen“ (Rensinghoff, 2004, S. 197).

Auf die Vorstellung folgt eine Einführung in den Ablauf der Zukunftswerkstatt und das Thema. Dabei werden die TeilnehmerInnen zuallererst auf die folgenden Arbeitsschritte vorbereitet, in dem ihnen das Programm und die Teilschritte vorgestellt werden. Die erste Phase ist die Beschwerde- und Kritikphase, die zweite Phase nennt sich Phantasie- und Utopiephase, die letzte Phase ist die Verwirklichungs- und Praxisphase.

In der ersten Phase „sollen die WerkstattteilnehmerInnen eine kritische Bestandsaufnahme der gegenwärtigen Situation vollziehen“ (Rensinghoff, 2004, S. 197). Die, in dieser Phase gesammelten Stichworte sind die Grundlage für den restlichen Verlauf der Zukunftswerkstatt. „Hierfür sind alle Ängste, Sorgen, Befürchtungen, Probleme, Kritiken etc. auf den Tisch zu legen“ (Rensinghoff, 2004, S. 198). Zu beachten sind die von Kuhnt und Müller entwickelten ‚Achtungszeichen‘: „-Diskussionsverzicht im Plenum - Beispielhaftigkeit - weg von Abstraktionen und Überbegriffen - Themenbezug ein MUSS - Visualisieren aller Äußerungen“ (Kuhnt & Müller, 1996, S.198, in Rensinghoff, 2004, S. 198).

Jede/r TeilnehmerIn schreibt kurze Sätze oder Stichworte auf Papier, welche nach einigen Minuten eingesammelt und für alle TeilnehmerInnen sichtbar ausgelegt werden. Durch Punktvergabe kristallisieren sich die zentralen Probleme der TeilnehmerInnen heraus. Genannt werden zum Beispiel, das Problem keinen Arbeitsplatz zu haben/ zu finden, Probleme in der Schule zu haben, als Mensch mit Behinderung zu wenig Verantwortung am Arbeitsplatz zu haben oder Arbeitgeber Angst haben Menschen mit Behinderung zu beschäftigen. Die Betroffenen fühlen Überforderung und wünschen sich in die Zeit vor der Erkrankung zurück. Die genannten Stichworte müssen nun von den TeilnehmerInnen rubriziert werden, in dem ähnliche Punkte zu einer Rubrik zusammengefasst wird (vgl. Rensinghoff, 2004, S. 173 ff.).

Darauf folgt die Phantasie- und Utopiephase. Darin soll von den negativen Stichworten der Kritikphase Abstand genommen werden. „Dies geschieht durch Positiv- und Bildlichwerden, Phantasieren und Ausspinnen von Utopien, um auf diese Weise auf neue, verrückte und wilde Ideen zu kommen“ (Rensinghoff, 2004, S. 227). Dabei gelten die ‚Achtungszeichen‘: „-Freies Ideenspiel: alles ist möglich, alles geht, alles ist erlaubt -offen sein: alles aufgreifen und weiterspinnen -Positiv sein: Geld und Macht spielen keine Rolle -Themenbezug: ein KANN“ (Kuhnt & Müllert, 1996, S. 198, in Rensinghoff, 2004, S. 227).

Durch freies Assoziieren werden Ideen gesammelt, die jeweils zu den einzelnen Rubriken passen. Hier werden die Träume und Wünsche der TeilnehmerInnen deutlich. Aus den Ideen werden von der Gruppe bedeutungsähnliche Paare gebildet, welche darauf in Rubriken unterteilt werden. Themen sind hier oft eine traumhafte Zukunft in der von Gesundheit und Reichtum die Rede ist. Weitere Themen sind Akzeptanz in der Gesellschaft und die Akzeptanz von sich selbst, sowie ein/e Lebensgefährtn oder ein Arbeitsplatz. Spätestens im Anschluss auf diese Phase sollte eine Pause gemacht werden (vgl. Rensinghoff, 2004, S. 173 ff.).

Im letzten Schritt, der Verwirklichungs- und Praxisphase, werden die TeilnehmerInnen zurück in die Realität geführt und sollen machbare Schritte zur Zielerrei-

chung erarbeiten. Dafür gilt: „-Alles visualisieren -sich kurzfassen -Themenbezug: ein MUSS -Konkret werden“ (Kuhnt & Müllert, 1996, S. 198, in Rensinghoff, 2004, S. 202).

„Im Plenum werden die Phantasieideen übersetzt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden aufgefordert, Deutungen, andere Ausdrücke, ja Übersetzungen für die Ideen zu nennen“ (Rensinghoff, 2004, S. 202). Daraus entwickeln Kleingruppen konkrete Forderung. Beispiele sind: „Sport treiben, geistig fit bleiben [...], immer positiv denken“ (Rensinghoff, 2004, S. 188; Auslassung durch die Verfasserin), sowie „Uni/Professoren anregen! [...] Recht auf Praktikumsplatz in einem Betrieb => Übernahme in den Betrieb => Chancengleichheit“ (Rensinghoff, 2004, S. 203; Auslassung durch die Verfasserin). Im letzten Schritt werden zu den Forderungen Projektumrisse entworfen, in dem die genauen Umsetzungsschritte erarbeitet werden. Die W-Fragen (Was? Wo? Wie? Wer mit wem? Wann?) werden beantwortet und konkretisieren dadurch, wie die Forderungen in der Praxis umgesetzt werden können (vgl. Rensinghoff, 2004, S. 173 ff.).

Zum Abschluss können die TeilnehmerInnen mit Hilfe einer Blitzlicht-Runde ihre Stimmung, Gefühle, Meinung oder ähnliches äußern. Diese Methode hilft dabei ein spontanes Feedback der Gruppe einzufangen (vgl. Rensinghoff, 2004, S. 106 ff.).

3.3. Zusammenfassung

Im dritten Kapitel wurde der Frage nachgegangen, welche Rolle die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen hat, welche Ziele durch die Soziale Arbeit erreicht werden und was konkret für Menschen mit einer Störung der Exekutivfunktionen innerhalb des Rehabilitationsprozesses getan werden kann.

Jeder Mensch hat eine eigene Auffassung von Gesundheit, welche sich durch die Einwirkung verschiedener Faktoren verändern kann. Als Grundlage wird Gesundheit definiert als „Zustand vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens, nicht allein als Abwesenheit von Krankheit“ (Pauls, 2004, S. 28). Große Bedeutung hat auch das Salutogenese-Modell von Antonovsky, welche den pathologisch geprägten Krankheitsbegriff durch eine ressourcenorientierte Sichtweise erweitert. Als Grundlage gilt außerdem das ICF-Modell, welches von der WHO entwickelt wurde. Es dient vielen verschiedenen Berufsgruppen als Grundlage in der Arbeit mit kranken oder verletzten Menschen. Das ganzheitliche Gesundheitsmodell beschreibt zusätzlich zu den Krankheitssymptomen auch äußere Faktoren.

Die Soziale Arbeit hat sich aus der Armenfürsorge entwickelt und hat inzwischen Handlungsfelder in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens. Die Beson-

derheiten der Sozialen Arbeit sind das ganzheitliche Verständnis von Gesundheit und Krankheit, den Einbezug des Wissens anderer Disziplinen und die umfassende Analyse der sozialen Problemlagen. Ihr Verhältnis zu anderen Disziplinen, besonders zur Medizin, ist ambivalent.

Ein spezielles Arbeitsfeld hat die Soziale Arbeit in der Rehabilitation. Rehabilitation bedeutet so viel wie ‚Wiedereingliederung‘ und ist rechtlich verankert im SGB I und SGB IX. Früher war die Rehabilitation nur die Vorsetzung einer medizinischen Behandlung. Durch das ICF-Modell ist die Rehabilitation nun ganzheitlich ausgerichtet. Für die Soziale Arbeit stehen hier lebensweltlich orientierte Ansätze im Vordergrund. Ernst von Kardorff hat hierzu ein Rahmenkonzept für Ziele und Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen entwickelt. Es ist ein sozialpädagogischer Ansatz, „der PatientInnen in den Mittelpunkt stellt, ihre Interessen advokatorisch vertritt, sie befähigt, ermutigt und ihnen in den verschiedenen Bereichen der Bewältigung von Krisen oder von chronischer Krankheit eigene Handlungsperspektiven eröffnet“ (von Kardorff, 2004, S. 357). Das übergeordnete Ziel der Rehabilitation ist Integration, also vor allem die Wiedereingliederung in den Beruf. Dies gilt auch für Menschen mit Störung der Exekutivfunktionen. Wenn diese Intension mit der ganzheitlichen Ansicht der Sozialen Arbeit modifiziert wird, entsteht daraus das Ziel, für Menschen mit Störung der Exekutivfunktionen ein funktionierendes Unterstützernetzwerk zu schaffen, welches ein befriedigendes Sozialleben und eine Reintegration ermöglicht, sowie eine funktionierende Nachsorge, um ein zufrieden-stellendes Leben zu ermöglichen.

Auf dieser Grundlage wurden die drei vorgestellten Interventionsmöglichkeiten ausgewählt. Vorgestellt wurde das Konzept der ‚Beratung‘, das ‚Intensiv-Reintegrations-Programm‘ und die ‚Zukunftswerkstätten‘ nach Rensinghoff.

Beratung ist ein Konzept, das in vielen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit umgesetzt wird. Die Grundlage dafür ist die Sozialpädagogische Beratung. Ziel der sozialpädagogischen Beratung ist, dass der/die KlientIn Lösungskompetenz erlangt. Für Beratung gibt es zwei verschiedene Umsetzungsmöglichkeiten. Zum einen ist dies die Beratung in geregelten Einzelberatungs-Settings, zum anderen ist es die Beratung innerhalb von Tür- und Angelgesprächen. In der Arbeit mit erkrankten Menschen ist es wichtig mit Sprache reflektiert und vorsichtig umzugehen.

Das Intensiv-Reintegrations-Programm wurde auf der Grundlage der Überlegungen von Georg P. Prigantano entwickelt. Er entwickelte ein Programm für die Therapie von Menschen mit Schädel-Hirn-Verletzungen. Darin stand vor allem die Persönlichkeitsveränderung durch Schädel-Hirn-Trauma im Vordergrund. Auf dieser Grundlage wurde das IRP entwickelt. Das IRP ist für Menschen nach einer neurologischen Erkrankungen oder Verletzungen. Innerhalb des IRP soll eine um-

setzbare und wünschenswerte Zukunftsperspektive erarbeitet werden. Durch intensive Arbeit in der Gruppe werden die kognitiven und sozialen Fähigkeiten trainiert. Ein Drittel der RehabilitandInnen hat nach dem Programm wieder eine feste Arbeitsstelle. Was jedoch die meisten ‚mitnehmen‘ ist die Versöhnung mit den eigenen Einschränkungen und die Entwicklung von neuem Lebensmut.

Den als letztes vorgestellten Zukunftswerkstätten von Rensinghoff liegt das Konzept des Peer Support zugrunde. Inhalt des Peer Supports ist, dass Betroffenen bzw. Menschen mit Behinderung sich gegenseitig helfen, unterstützen und beraten. Dieses Konzept wurde ursprünglich in Amerika entwickelt. Die Themen von Peer Support werden von den TeilnehmerInnen bestimmt, denn alles was sie beschäftigt oder bewegt kann Teil dieser speziellen Form von Gruppentherapie werden. Rensinghoff hat dieses Konzept weiterentwickelt und für Menschen mit einer Schädel-Hirn-Verletzung spezialisiert. Die Zukunftswerkstatt wird von ihm als soziale Problemlösemethode beschrieben. Sie besteht aus drei Phasen. In der ersten Phase werden Probleme definiert, in der zweiten Phase werden Phantasievorstellungen ausgetauscht und Wünsche konkretisiert. In der dritten Phase geht es darum, die formulierten Wünsche umsetzbar zu machen. Ziel ist es den Betroffenen neuen Mut zu geben und Möglichkeiten zur Verbesserung ihre Situation zu erarbeiten.

4. Literaturverzeichnis

Asklepios Klinik Schaufling. (o.J.). Intensiv-Reintegrations-Programm IRP Infomappe: Asklepios Klinik Schaufling. Abgerufen am 27. März 2017 von Asklepios Klinik Schaufling-Website: <https://www.asklepios.com/schaufling/>

Deppe, W. (2010). Neurorehabilitation im Kindes- und Jugendalter. In P. Frommelt & H. Lösslein, Neuro- Rehabilitation - Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams (S. 581- 613). Berlin Heidelberg: Springer Verlag.

Engelhardt, A. (2012). Medizinische Grundlagen/Einleitung zur Problematik "Erworbene Hirnschädigung". In G. C. Schulze & A. Zieger, Erworbene Hirnschädigung - Neue Anforderungen an eine interdisziplinäre Rehabilitationspädagogik (S. 13-39). Kempten: Julius Klinkhardt.

Evans, J. J. (2010). Rehabilitation von Störungen der Exekutivfunktionen. In P. Frommelt & H. Lösslein, Neuro- Rehabilitation - Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams (S. 135- 144). Berlin- Heidelberg: Springer Verlag.

Frommelt, P. & Grötzbach, H. (2010). Kontextsensitive Neurorehabilitation: Einführung in die klinische Neurorehabilitation. In H. Lösslein & P. Lösslein, Neuro-Rehabilitation - ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams (S. 3-21). Berlin- Heidelberg: Springer Verlag.

Galuske, M. (2013). Methoden der Sozialen Arbeit - Eine Einführung. Auflage 10, Weinheim & Basel: Beltz Juventa Verlag.

Gérard, C., Lipinski, C. G. & Decker, W. (1996). Schädel-Hirn-Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Hasseler, M. (2012). Menschen mit einer erworbenener Hirnschädigung - eine gemeinsame Aufgabe für die Pflege und Rehabilitationspädagogik. In G. Schulze & A. Zieger, Erworbene Hirnschädigungen - Neue Anforderungen an eine interdisziplinäre Rehabilitationspädagogik (S. 65-80). Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt Verlag. Hegau-Jugendwerk. (20. April 2017). Akte Felix Schmidt. Gailingen.

Homfeldt, H. G. & Sting, S. (2006). Soziale Arbeit und Gesundheit - eine Einführung. München: Ernst Reinhardt Verlag. 82

<http://www.br.de/telekolleg/faecher/biologie/biologie-03-gehirn102.html>. (kein Datum). BR: Fächer - Biologie. Abgerufen am 22. Mai 2017

Kühne, W. (31. März 2017). Intensiv-Reintegrations-Programm. (T. Schwenk, Interviewer)

M., M. (2008). Ich habe vom Himmel geträumt. (T. Welte, Hrsg.) Vechta-Langförden: Geest-Verlag.

Miles-Paul, O. (1992). "Wir sind nicht mehr aufzuhalten" Beratung von Behinderten durch Behinderte - Vergleich zwischen den USA und der Bundesrepublik. München: AG SPAK Bücher.

Mühlum, A. & Gödecker-Geenen, N. (2003). Soziale Arbeit in der Rehabilitation. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Müller, S. V. (2013). Störungen der Exekutivfunktionen (Bd. 13). (A. Thöne-Otto, H. Flor, S. Gauggel, S. Lautenbacher & H. Niemann, Hrsg.) Göttingen: Hogrefe Verlag.

Pauls, H. (2004). Klinische Sozialarbeit - Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Prigantano, G. P. (2004). Neuropsychologische Rehabilitation. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Prosiegel, M. (1991). Neuropsychologische Störungen und ihre Rehabilitation. München: Pflaum Verlag.

Rensinghoff, C. (2004). Peer Support in der beruflichen Habilitation schwer hirnerkrankter Jugendlicher und junger Erwachsener. Butzbach-Griedel: Afra Verlag.

Sarajuuri, J. & Koskinen, S. (2010). Prinzipien der neuropsychologischen Rehabilitation. In P. Frommelt & H. Lösslein, NeuroRehabilitation - Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams (H. Dr. Lösslein, Übers., S. 115-123). Berlin Heidelberg: Springer Verlag.

Schmidt, F. (13. April 2017). Interview zum Rehabilitationsverlauf nach SHT. (T. Schwenk, Interviewer)

Sünkeler, I. (2010). Epidemiologie neurologisch bedingter Behinderung. In P. Frommelt, & H. Lösslein, Neuro-Rehabilitation - ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams (S. 57-6). Berlin-Heidelberg: Springer Verlag. 83

von Kardorff, E. (2004). Soziale Arbeit und Soziale Dienste im Gesundheitswesen. In K. A. Chassé & H.-J. von Wensierski, Praxisfelder der Sozialen Arbeit - Eine Einführung (S. 352-369). Weinheim und München: Juventa Verlag.

Zieger, A. (2012). Kooperation von Medizin (Neurowissenschaften) und Rehabilitationspädagogik - Entwicklung neuer Aufgabenfelder im Querschnitt. In G. C. Schulze & A. Zieger, Erworbenere Hirnschädigungen - Neue Anforderungen an eine interdisziplinäre Rehabilitationspädagogik (S. 40-51). Kempten: Verlag Julius Klinkhardt.

Zimmermann, M. (17. April 2017). Fallbeschreibung. (T. Schwenk, Interviewer)

Zwicker-Pelzer, R. (2010). Beratung in der sozialen Arbeit. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt Verlag-

In der Schriftenreihe Jugendwerk bisher vorgelegt:

Nr.	Bereich	Autoren	Thema
1	Sonderpädagogik	Edith Döhla Mona Kern	Die schulische Beurteilung kognitiv stark beeinträchtigter Rehabilitanden - ein Leitfaden
2	Sonderpädagogik	Jörg Rinninsland	Kunst und Rehabilitation
3	Sonderpädagogik	Manfred Bürkle	Rückkehr in die Regelschule - Interviews mit Rehabilitanden 7 Jahre nach ihrer Entlassung
4	Medizin	Paul Diesener	nach schweren Hirnverletzungen: Vegetative Instabilität / Der Umgang mit Schluckstörungen
5	Sozialpädagogik	Bernd Sommer	Pädagogik und Neurologische Rehabilitation hirngeschädigter Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsener - Versuch einer Standortbestimmung
6	Sozialpädagogik	Christoph Kuonath Bernd Sommer	Biographie und Behinderung Teil 1 Subjektive Deutungen und Bewältigungsstrategien von Krankheit und Behinderung
7	Physiotherapie	Norbert Schreiber	Rollstuhlversorgung - mehr als ein technischer Vorgang
8	Unterstützte Kommunikation	Hans-Georg Lauer Martin Loew Karin Hahn	Unterstützte Kommunikation - Aspekte eines Arbeitsbereiches
9	Neurologische Rehabilitation		Das Hegau-Jugendwerk Ein Überblick über Arbeitsbereiche und inhaltliche Schwerpunkte der Einrichtung
10	Sozialpädagogik	Bernd Sommer Christoph Kuonath	Biographie und Behinderung Teil 2 Lebenslauf, Krankheitsverarbeitung und Rehabilitation
11	Sonderpädagogik	Jörg Rinninsland (Hrsg.)	Die Wilhelm-Bläsig-Schule Die Krankenhausschule in der Neurologischen Rehabilitation

12	Unterstützte Kommunikation	Gabi Schlicht-Steiner	Chancen und Grenzen einer elektronischen Kommunikationshilfe - ein Fallbeispiel
13	Logopädie	Armin Wieland Christina Möhrle Martin Loew	Jugendliche Aphasiker
14	Medien-Pädagogik	Dieter Kiebel	Cloos-Hejuga – Das Internet-Café im Hegau-Jugendwerk
15	Krankenpflege	Ulla Schüllli-Pohl	Die Krankenpflege in der Neurologischen Rehabilitation
16	Sonderpädagogik	Volker Waller	Aspekte des Computereinsatzes in der Behindertenpädagogik / Manual OMMLET
17	Kultur im Krankenhaus	Frank Keller	„Lachen ist die beste Medizin!“ Bedeutung und Anwendung von Humor in der Neurologischen Rehabilitation
18	Logopädie	Martin Loew Katja Böhringer	Kindliche Aphasie
19	Sonderpädagogik	Cornelia Wegner Nicole Graf	Der Schulkindergarten
20	Kultur im Krankenhaus	Jane Keller-Pracht	Clownvisiten
21	Tanztherapie	Gisèle Marti	Ich liebe den Tanz, denn er befreit den Menschen - ein tanztherapeutischer Erfahrungsbericht aus der Neurolog. Rehabilitation
22	Sonderpädagogik	Bettina Jooss	Aphasie und Krankheitsverarbeitung Fallbeispiel einer jugendlichen Aphasikerin
23	Sonderpädagogik	Jörg Rinninsland	Aus der Traum !? RehabilitandInnen schreiben in der Patientenzeitung PATZ
24	Medizin	Paul Diesener	Kostaufbau und Kommunikation

				unter intensivmedizinischen Bedingungen
25	Berufstherapie	Michael u.a.	Heßler	Aspekte und Möglichkeiten der berufstherapeutischen Rehabilitation - Die Berufstherapie im Hegau- Jugendwerk
