



Gesundheit

Bildung ist die beste Medizin



Das Titelbild zeigt eine Tafel mit Begriffen rund um das Thema Gesundheit. Besonders deutlich wird dabei die Vielfalt der Themen.

© Marco2811 - Fotolia.com

Impressum

Die Zeitschrift Erwachsenenbildung und Behinderung erscheint zweimal jährlich und wird herausgegeben von der Gesellschaft Erwachsenenbildung und Behinderung e.V., Deutschland (GEB).

Präsident der GEB, V.i.S.d.P.

Prof. Dr. Karl-Ernst Ackermann
Postfach 870228, 13162 Berlin
E-Mail: ackermann@geseb.de

Internet

Homepage: www.geseb.de
E-Mail: kontakt@geseb.de

Redaktion

Dr. Eduard Jan Ditschek, Berlin
E-Mail: ditschek@geseb.de
Prof. Dr. Karl-Ernst Ackermann, Berlin
E-Mail: ackermann@geseb.de
Vera Tillmann, München
E-Mail: vera.tillmann@lmu.de

Manuskripte

Bitte bei der Redaktion einreichen. Zur Manuskript-erstellung siehe ‚Hinweise‘ auf der Homepage www.geseb.de

Vorbehalte und Rechte

Die in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Alle dadurch begründeten Rechte bleiben erhalten.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge, die nicht ausdrücklich als Stellungnahme des Herausgebers gekennzeichnet sind, stellen die persönliche Meinung des Verfassers dar.

Redaktionsschluss

15. Februar und 15. August und nach Vereinbarung.

Verlag

Gesellschaft Erwachsenenbildung und Behinderung e.V., Deutschland, Postfach 870228, 13162 Berlin

Bankverbindung

Pax-Bank Berlin: BLZ 37060193, Konto-Nr. 6000791014
IBAN: DE02 3706 0193 6000 791014
BIC: GENODEIPAX

Gestaltung und Satz

Klaus Buddeberg

Druck

alsterpaper, Wiesendamm 22a, 22305 Hamburg
www.alsterarbeit.de

Abo, Versand und Anzeigen

Monika Kuta, Postfach 870228, 13162 Berlin
E-Mail: kuta@geseb.de

ISSN 0937-7468

Inhaltsverzeichnis

Editorial

Bildung ist die beste Medizin	2
-------------------------------	---

Schwerpunktthema

Reinhard Burtscher: Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten	4
Stefanie Frings: Du musst dein Ändern leben (können) – das Gesundheitsprogramm Healthy Athletes®	12
Reinhilde Stöppler: Zahngesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung in Zeiten der Inklusion	20
Stefan Schmidt / Sarah Reker: Partizipation und Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung an Gesundheit	26
Vera Tillmann: Gesund sein – Gesund bleiben (Leichte Sprache)	33

Kontext Erwachsenenbildung

Deutsches Institut für Erwachsenenbildung: Neues aus dem DIE	37
Fabian van Essen: Geringe Grundkompetenzen, Familienbildung und Inklusion	40
Werner Schlummer: 25 Jahre Zeitschrift „Erwachsenenbildung und Behinderung“	47

Literatur – Medien – Veranstaltungen

„Erwachsenenbildung reloaded“ – Ein Zwischenruf zum Bildungsbericht 2014	50
Unsere Schwerpunktthemen in der DIE Zeitschrift für Erwachsenenbildung	52
Literatur zum Thema Erwachsenenbildung und Inklusion (2013 – 2014)	53
Tagungen und Seminare (November 2014 – April 2015)	55

In eigener Sache

Fachtagung zum 25-jährigen Bestehen der Gesellschaft Erwachsenenbildung und Behinderung und Band 11 der „Schrägen Reihe“	58
Fortbildung zur Fachpädagogin/zum Fachpädagogen	60

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

unsere Zeitschrift entwickelt sich ständig weiter. Um die Qualität der Beiträge zu sichern und die ehrenamtliche Redaktionsarbeit auf möglichst viele Schultern zu verteilen, haben wir für diese Ausgabe das Redaktionsteam erweitert. Vera Tillmann und Prof. Dr. Reinhard Burtscher sind zwei ausgewiesene Experten auf dem Themenfeld Gesundheitsbildung. Sie haben dieses Mal die Beiträge zu unserem Schwerpunktthema zusammengestellt und geben im Anschluss an diese redaktionellen Vorbemerkungen einen einführenden Überblick dazu.

In dieser Ausgabe werden die wesentlichen Inhalte des Schwerpunktthemas in Leichter Sprache zusammengefasst. Diesen Service wollen wir in den folgenden Ausgaben unserer Zeitschrift beibehalten. Vera Tillmann wird diese Aufgabe also auch in Zukunft übernehmen. Darüber hinaus hat sie sich bereit erklärt, ständiges Mitglied der Redaktion dieser Zeitschrift zu werden. Dafür möchten wir ihr ganz herzlich danken.

In der Rubrik „Kontext Erwachsenenbildung“ drucken wir neben dem inzwischen schon zum Standard gehörenden Rückblick auf die Aktivitäten des DIE (Deutsches Institut für Erwachsenenbildung – Leibniz-Zentrum für Lebenslanges Lernen) und einem kurzen Abriss der Geschichte unserer Zeitschrift „Erwachsenenbildung und Behinderung“ auch einen Text, der eigentlich schon in der vorangegangenen Ausgabe in der Rubrik „Schwerpunktthema Kompetenz“ hätte veröffentlicht werden sollen. Aus Platzgründen mussten wir ihn zurückstellen. Die Not soll in Zukunft zur Tugend werden: In der Rubrik „Kontext Erwach-

senenbildung“ wollen wir immer wieder Texte veröffentlichen, die der Redaktion zugehen, aber nicht sofort aufgenommen werden können. Auf diese Weise möchten wir möglichst vielen Autorinnen und Autoren gerecht werden und gleichzeitig die Basis für Diskussionen im Themenfeld Erwachsenenbildung und Behinderung, die die jeweilige Ausgabe unserer Zeitschrift abdeckt, über das Schwerpunktthema hinaus verbreitern.

Wir freuen uns, Ihnen zusammen mit den beiden Verantwortlichen für das aktuelle Schwerpunktthema wieder eine spannende Ausgabe unserer Zeitschrift präsentieren zu können.

Prof. Dr. Karl-Ernst Ackermann

Dr. Eduard Jan Ditschek

Vorschau auf Heft 1/2015

Im nächsten Heft wollen wir das Thema „Gesundheit“ unter weiteren Aspekten beleuchten. Zu den Themen Vorsorgeuntersuchungen für Menschen mit Lernschwierigkeiten, Sondersysteme im Sport und Gesundheitsprobleme von Eltern mit erwachsenen Kindern mit Behinderung liegen bereits Beiträge vor. Die Redaktion freut sich auf weitere Anregungen und Texteingaben.

Schwerpunktthema: Bildung ist die beste Medizin!

Die Gesundheitsberichterstattung der deutschen Bundesregierung belegt einen engen Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau und dem Gesundheitszustand. Gruppen mit höherer Bildung sind deutlich gesünder als Gruppen mit niedriger Bildung. Wir ergänzen daher die bekannte Redewendung „Arbeit ist die beste Medizin“ mit: „*Bildung ist die beste Medizin*“. Wenn Bildungsangebote verbessert werden, dann zeitigt das eine positive Wirkung auf den Gesundheitszustand aller Menschen. Bildungsangebote können das individuelle Wohlbefinden positiv beeinflussen und Teilhabechancen in jeder Hinsicht erweitern.

Doch wie ist es um den Gesundheitszustand von Menschen mit Behinderung bestellt? Ihre Lebenslage ist gekennzeichnet von zahlreichen Bedingungen, die negative gesundheitliche Folgen haben. Beispielsweise sind Menschen mit Behinderung deutlich öfter arbeitslos als Menschen ohne Behinderung. Sie leben häufiger in Armut oder sind im Vergleich zur Gesamtbevölkerung weniger eingebunden in soziale Netzwerke.

Mit dem Schwerpunkt des vorliegenden Heftes greifen wir das Thema Gesundheit aus unterschiedlichen Perspektiven und Blickwinkeln auf. Zu Beginn befasst sich Reinhard Burtscher mit der Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung bei Menschen mit Lernschwierigkeiten. Er stellt dabei ein Studienkonzept aus dem Bereich der Partizipativen Gesundheitsforschung vor. Stefanie Frings reflektiert sozialpolitische Gesundheitsprogramme kritisch. Aus ihrer Sicht fehlen „bildungsbasierte Formate, die Hand-

lungs- und Lösungskompetenzen im Umgang mit der Angebots- und Informationsvielfalt vermitteln und Lebensumstände angemessen berücksichtigen“. Reinhilde Stöppler richtet den Blick auf die Zahngesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung. Sie benennt einige Probleme und erhebliche Exklusionsrisiken. Gleichzeitig zeigt sie auf, dass durch eine Entwicklung der Kommunikationsfähigkeit von Menschen mit Behinderung die Gesundheitsversorgung wesentlich verbessert werden kann. Stefan Schmidt und Sarah Reker betonen die Etablierung eines bio-psycho-sozialen Gesundheitsverständnisses. Sie sprechen sich für ein „inklusives Gesundheitswesen“ aus, ohne Zugangsbarrieren.

Die Autorinnen und Autoren der Beiträge in der Rubrik „Schwerpunktthema“ versuchen, ihre Aussagen mit Abbildungen zu veranschaulichen. Den Leserinnen und Lesern, die dennoch Schwierigkeiten haben, alles zu verstehen, hilft hoffentlich die Zusammenfassung unseres Schwerpunktthemas in Leichter Sprache.

Die Beiträge zum Schwerpunktthema dieses Heftes machen auf Hindernisse und Risiken aufmerksam, die unser aller Gesundheit, vor allem aber die Gesundheit von Menschen mit Behinderungen beeinträchtigen. Bildung kann helfen, diese Hindernisse und Risiken zu erkennen und wenn möglich zu beseitigen. In diesem Sinne: Alles Gute für Ihre Gesundheit!

Prof. Dr. Reinhard Burtscher

Vera Tillmann

Reinhard Burtscher

Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten

1. Ausgangs- und Rahmenbedingungen

Der letzte Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslage von Menschen mit Beeinträchtigungen (BMAS 2013) beinhaltet ein Kapitel zum Themenfeld Gesundheit. Dabei wird deutlich, dass die gesundheitlichen Risiken bei Menschen mit Behinderung – im Vergleich zur Gesamtbevölkerung – deutlich höher liegen. Der Bericht zeigt auch, dass für Menschen mit Lernschwierigkeiten kaum gesicherte Erkenntnisse über ihre Gesundheitssituation vorliegen. Menschen mit Lernschwierigkeiten zählen in nationalen repräsentativen Befragungen zum sogenannten ‚Stichprobenausfall‘ (Antwortausfall oder non-response). Sie werden mit den bestehenden Untersuchungsmethoden, z. B. in der Gesundheitsbefragung des Robert Koch Instituts „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (Telefonischer Gesundheitssurvey GEDA) oder im Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) nicht erreicht. Fazit: Spezifische Bedürfnisse und Bedarfe der Menschen mit Lernschwierigkeiten bleiben in Strategien zur Gesundheitsförderung unberücksichtigt. Gesundheitsziele auf Bundes- und Landesebene übersehen die besonderen Ausgangsbedingungen und die notwendigen Rahmenbedingungen von Menschen mit Lernschwierigkeiten (vgl. BMG 2014). Dabei haben schon vor über einem Jahrzehnt die Fachverbände der Behindertenhilfe in der Expertise „Gesundheit und Behinderung“ (2001)

auf die Notwendigkeit bedarfsgerechter gesundheitsbezogener Leistungen hingewiesen.

Die besonderen Ausgangs- und notwendigen Rahmenbedingungen für das Gesundheitswesen (vgl. BeB 2001, S. 12, BMAS 2013, S. 190, Taggart/Cousins 2014, S. 9, Haveman/Stöppler 2014, S. 59 f.) ergeben sich bei Menschen mit Lernschwierigkeiten aus verschiedenen Gründen; u.a. sind zu nennen:

- ein erhöhtes Risiko für das Auftreten zusätzlicher Gesundheitsprobleme und Krankheiten als Folge der jeweiligen individuellen Behinderung (z. B. erhöhte Anfälligkeit für Infektionen bei Menschen mit Down-Syndrom oder mangelndes Sättigungsgefühl bei Menschen mit Prader-Willi-Syndrom)
- Beeinträchtigungen in der Wahrnehmungs- und Kommunikationsfähigkeit. Eine beeinträchtigte Schmerzlokalisation oder Schmerzbeschreibung kann z. B. zu mangelhafter Gesundheitsversorgung führen. Erkrankungen werden nicht frühzeitig erkannt oder falsch diagnostiziert
- eingeschränkte Mobilität und physische Barrieren in der Umwelt (z. B. nicht barrierefrei erreichbare Arztpraxen)
- Lebensbedingungen, die von fremdbestimmenden Strukturen und Institutionen geprägt werden (z. B. eine unbefriedigende Beschäftigungs- und Wohnsituation)
- der Zusammenhang von gesundheitlicher Ungleichheit, niedrigem

Bildungsstatus und Armut bzw. Armutsgefährdung. Menschen mit Lernschwierigkeiten haben z. B. häufig Schwierigkeiten, geeignete Informationen zu Gesundheitsaspekten zu finden und zu verstehen (fehlende Informationen in Leichter Sprache). Außerdem können sie sich zusätzliche Gesundheitsangebote finanziell nicht leisten, denn viele Menschen mit Lernschwierigkeiten erhalten lediglich Grundsicherung nach dem Sozialgesetzbuch XII aufgrund voller Erwerbsminderung.

Die Aufzählung verweist auf unterschiedliche Faktoren, die Gesundheit beeinflussen. Ein allgemeines Modell von Einflussfaktoren liefern Dahlgren und Whitehead (1991). Sie beschreiben abgesehen von individuellen Faktoren wie Alter, Geschlecht und Erbanlagen vier Ebenen:

1. Faktoren individueller Lebensweisen:
z. B. Rauchen und Alkoholkonsum, Zufriedenheit, Ernährung, Bewegung, Umgang mit Stress, Zeit (für Erholung),
2. soziale und kommunale Netzwerke:
z. B. Freundschaften, Mitgliedschaft in einer Gruppe, Familienbeziehungen,
3. Lebens- und Arbeitsbedingungen:
z. B. Arbeit, Wohnumfeld, Verkehr, Bildung, Landwirtschaft- und Lebensmittelproduktion, Kultur, Gesundheitsversorgung, medizinische Versorgung und
4. allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt:
z. B. Wirtschaft, Natur, Finanzwesen, Rechtsstaatlichkeit, Lebensräume, Technik, Umweltschutz, Frieden

(Vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit).

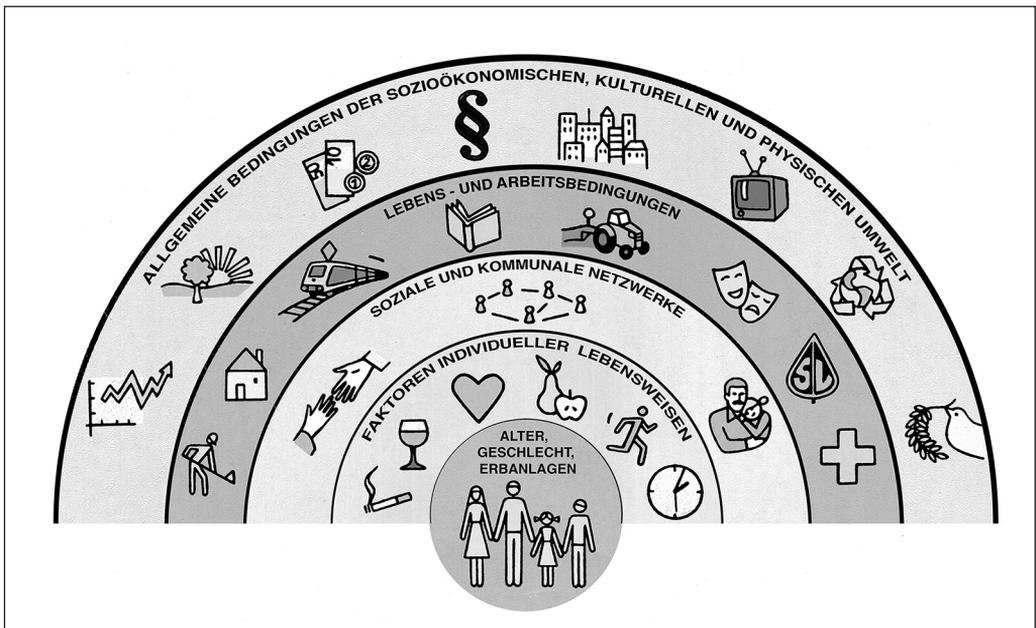


Abb. 1: Einflussfaktoren von Gesundheit: das Regenbogen-Modell nach Whitehead und Dahlgren (1991) in einer Darstellung des Fonds gesundes Österreich

Diese Einflussfaktoren werden im System der Gesundheitsförderung berücksichtigt, um gezielt die Gesundheit von Menschen zu verbessern. Dabei hat die WHO bereits 1986 mit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung wichtige Impulse gesetzt. In dieser Charta heißt es:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten“ (WHO 1986, S. 1).

Die Definition betont einen Ansatz der Befähigung und Ermächtigung. Am Anfang steht das Wahrnehmen von persönlichen Wünschen und Hoffnungen. Gesundheitsbildung kann dabei verborgenes und subjektives Wissen aufdecken. Blättner (2010) veranschaulicht Gesundheitsbildung als organisierten Lern- und Entwicklungsprozess und zeigt drei große Themenbereiche auf. Blättner zufolge will Gesundheitsbildung Einfluss nehmen

„(a) auf Gesundheitsvorstellungen ... und auf die Art der Kommunikation über Gesundheit im sozialen Kontext, (b) auf Gesundheitshandeln und Bewältigungsstrategien sowie (c) auf ... Strategien der Einflussnahme auf Lebensbedingungen“ (Blättner 2010). Gesundheitsbildung fokussiert individuelles Verhalten ebenso wie gesellschaftliche Verhältnisse, die die Gesundheit beeinflussen.

Wie Gesundheitsförderung durch Bildung ausgeübt werden kann, erprobt ein neues Projekt in Berlin. Nachfolgend werden Grundzüge des Projektkonzepts vorgestellt.

2. Konzeption des Projekts GESUND!

Im Rahmen einer Ausschreibung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung zu Forschungsverbänden zur Primärprävention und Gesundheitsförderung erhielt die Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin die Bewilligung für das Verbundprojekt: „Gesunde Kommunen durch integrierte, partizipative Strategien der Gesundheitsförderung (PartKommPlus)“. Integriert meint in diesem Zusammenhang, dass möglichst viele kommunale Akteure zusammenarbeiten, um gesundheitsrelevante Aktivitäten und Angebote aufeinander abzustimmen. Diese Strategien sollen die ganze Lebensspanne von der Geburt bis zum Tod einbeziehen und insbesondere benachteiligte Bevölkerungsgruppen berücksichtigen. In diesem Forschungsverbund ist das Projekt „Menschen mit Lernschwierigkeiten und Gesundheitsförderung“ (GESUND!) als eine Fallstudie verortet. Das Projekt GESUND! bezieht

sich auf den Berliner Bezirk Lichtenberg und verfolgt im Wesentlichen zwei übergeordnete Ziele:

1. Unter Beteiligung von Menschen mit Lernschwierigkeiten sollen neue Erkenntnisse zur Etablierung von kommunalen Strategien zur Gesundheitsförderung entwickelt werden. Dabei werden
 - Methoden erarbeitet, um Menschen mit Lernschwierigkeiten in die Entwicklung und Aufrechterhaltung integrierter kommunaler Strategien zur Gesundheitsförderung einzubeziehen.
 - Faktoren, einer inklusiven Gesundheitsförderung erforscht. (Wie kann die Gesundheit für alle Menschen gestärkt werden?)
 - Einflussfaktoren für eine integrierte kommunale Gesundheitsstrategie ermittelt unter Beteiligung von Menschen mit Lernschwierigkeiten. (Was macht Lichtenberg zu einem gesunden Bezirk?)
2. Im Kontext einer Gesundheitsförderung für alle soll ein Beitrag zur Weiterentwicklung Partizipativer Gesundheitsforschung (PGF) geleistet werden. Es werden
 - unter Beteiligung von Menschen mit Lernschwierigkeiten Qualitätskriterien Partizipativer Gesundheitsforschung identifiziert.
 - die Auswirkungen einer Partizipativen Gesundheitsforschung in Bezug auf Menschen mit Lernschwierigkeiten überprüft.

3. Studiendesign und Arbeitsplanung

Das Studiendesign von GESUND! orientiert sich an der Partizipativen Gesundheitsforschung (vgl. ICPHR 2013). Gemeinsam mit der Zielgruppe sollen neue Erkenntnisse zur Gesundheit, zum Gesundheitsverhalten, zur Gesundheitsförderung und Primärprävention erhoben werden. Ausgangssituation ist dabei das Setting einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) mit 603 Beschäftigten. Der Settingansatz wurde gewählt, um die Beteiligung der Zielgruppe sicherzustellen, denn Menschen mit Lernschwierigkeiten gelten – wie anfangs angeführt – für die Wissenschaft als schwer erreichbare Gruppe. Konkret werden in der WfbM im Rahmen von Bildungskursen Menschen mit Lernschwierigkeiten als „Gesundheitshelfer“ qualifiziert. Der Begriff „Gesundheitshelfer“ ist eine vorläufige Bezeichnung für ein Abschlusszertifikat. Die freiwillig Teilnehmenden mit Lernschwierigkeiten erhalten die Möglichkeit, sich über Gesundheit und gesundheitspezifische Themen zu unterhalten und sich weiter zu qualifizieren. Sie bekommen einen Raum, um über Gesundheitsvorstellungen und über Gesundheit im sozialen Kontext zu sprechen. Es geht um das Bewusstmachen von Lebensstilen, um die Reflexion des eigenen Handelns in Bezug auf Gesundheit und Krankheit, um Bewältigungsstrategien (z. B. Was mache ich bei Schmerzen? Welche Schmerzen habe ich?). Im Zentrum ist das subjektive Wohlbefinden des Einzelnen als wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens (vgl. WHO: Ottawa-Charta 1986). Gleichzeitig sollen in diesem Kursformat bestehende Gesundheitsmodelle vorge-

stellt und diskutiert werden. Gemeinsam wird daran gearbeitet, einen direkten Bezug zum eigenen Leben herzustellen, um konkrete Ansatzpunkte für ein Gesundheitshandeln zu identifizieren. Im weiteren Verlauf werden die Teilnehmenden mit Lernschwierigkeiten unterstützt, eigene Projekte zum Thema betriebliche Gesundheit umzusetzen. Der Kurs, der auf das Zertifikat „Gesundheitshelfer in der WfbM“ vorbereitet, soll sensibilisieren für Gesundheit und Krankheit, er soll gesundheitsrelevantes Basiswissen liefern und neue Handlungsoptionen eröffnen. Die Kursteilnehmenden können die Rolle als Peer Multiplikatoren für Gesundheit in der WfbM einnehmen.

In der zweiten Phase des Projekts beginnt die Ausweitung auf die kommunale Ebene. Im Mittelpunkt steht die kommunale Netzwerkarbeit. Der zweite Kurs (Aufbaukurs) fokussiert daher gesundheitsförderliche Verhältnisse. Die

Kursteilnehmenden sollen weitere Gesundheitskompetenzen erwerben, und sie können sich mit Unterstützung der Projektmitarbeitenden an den kommunalen Aktivitäten zur Entwicklung einer Gesundheitsstrategie beteiligen. Es geht darum, wichtige Akteure zu identifizieren, mit ihnen in einen Dialog einzutreten und auf die spezifischen Anforderungen eines Gesundheitssystems für Menschen mit Lernschwierigkeiten hinzuweisen. Letztlich sollen kommunale Gesundheitsziele für alle entwickelt werden, oder anders formuliert: Eine inklusive Gesundheitsstrategie wird erarbeitet. Die Kursteilnehmenden in der zweiten Phase erhalten nach erfolgreicher Teilnahme ein Zertifikat zum „Gesundheitshelfer in der Kommune“. Sie kennen wichtige lokale Akteure aus dem Gesundheitssektor und sind zu Netzwerknern einer kommunalen Gesundheitsförderung geworden. Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht die

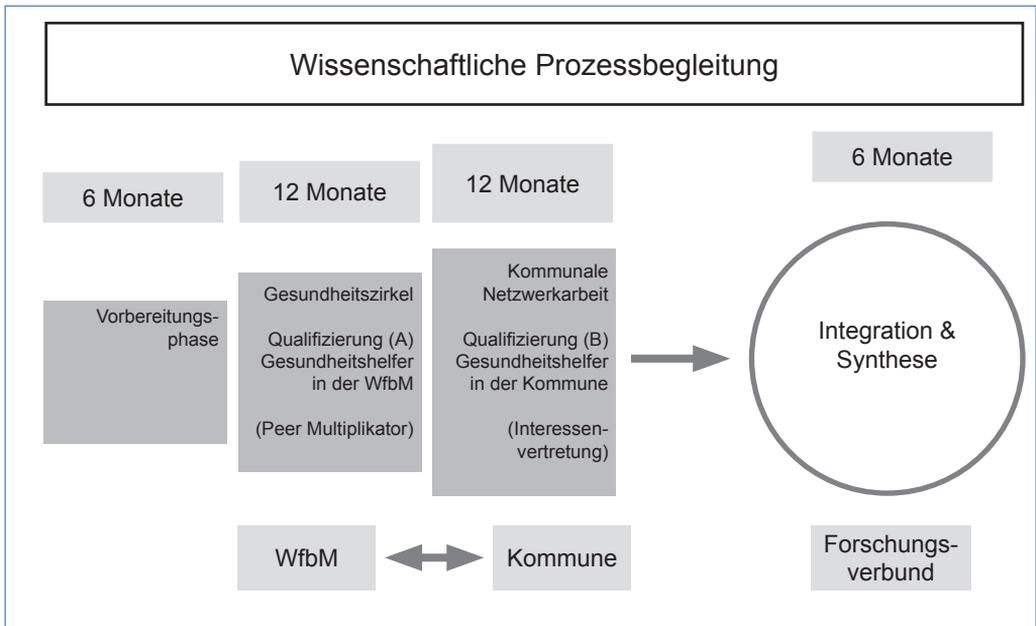


Abb. 2: Phasen des Projekts GESUND!

unterschiedlichen Phasen im Projekt. Die Abschlussphase beinhaltet die Integration und Synthese der Ergebnisse in den Gesamtverbund, um die übergeordneten Ziele des Projekts GESUND! erreichen zu können.

4. Praxisbasierte Evidenz und lokale Theorie

Wright (2006) zeigt auf, dass die „praxisbasierte Evidenz“ ein Kernmerkmal der Partizipativen Gesundheitsforschung darstellt. Durch gemeinsames Lernen und kollektives Handeln entstehen lokale Theorien (vgl. ICPHR 2013, S. 14), die mit den betroffenen Menschen explizit gemacht werden. Die Rolle der Wissenschaft ist in diesem Verständnis eine begleitende und keine bestimmende. Wright schlägt dabei folgende Kriterien vor: „Eine lokale Theorie ist eine durch einen partizipativen Prozess konsensuell formulierte Erklärung eines lokalen Gesundheitsproblems, die (a) die Merkmale des Problems vor Ort konkret beschreibt, (b) lokale Ursachen des Problems erläutert und (c) die Grundzüge für eine Bekämpfung umfasst, die einen unmittelbaren Bezug zum Problem und zu dessen Ursachen herstellt“ (Wright 2006, S. 68). Statt eine allgemeine Theorie festzuschreiben, soll die Wirksamkeit der Praxis im Dialog mit allen Beteiligten kritisch reflektiert werden, um daraus gemeinsame Vorschläge für eine Verbesserung der gegenwärtigen Situation zu formulieren. Üblicherweise wird in der Medizin eine evidenzbasierte Praxis als methodischer Standard eingefordert. Das bedeutet, dass die Wirksamkeit von gesundheitsrelevanten Interventionen in

standardisierten Studiendesigns geprüft wird. Erst wenn ein ausreichender Nachweis (= Evidenz) vorliegt, folgt eine Übertragung in die Praxis.

Partizipative Gesundheitsforschung ist in der Lebenswelt der beteiligten Menschen verortet. Sie sucht nicht nach kontrollierbaren Laborbedingungen, sondern setzt mitten im Lebensumfeld der Beteiligten an. Damit ist Partizipative Gesundheitsforschung zahlreichen unbestimmten Einflüssen ausgesetzt. Eine klassische evidenzbasierte Wirkungsprüfung lässt sich in diesem Setting nicht durchführen und ist auch aus erkenntnistheoretischer und ethischer Sicht wenig sinnvoll. Die Wirkungsprüfung soll vielmehr durch die Begleitung der Praxis bestimmt werden. Wright argumentiert: „Die Kritik am klinischen Versuch als Maßstab für die Wirksamkeit der (lebensweltorientierten) Primärprävention kann unter folgenden Stichworten zusammengefasst werden: die Wirkungsweise dieser Arbeit wird nicht adäquat berücksichtigt, die Übertragbarkeit (externe Validität) jenes Interventionsversuchs wird überschätzt, die zum Teil erheblichen Unterschiede innerhalb der Zielgruppe werden nicht beachtet, die Möglichkeit, Kausalität festzustellen, wird überbewertet und der Aufwand, den solche Versuche verlangen, steht in keinem Verhältnis zum Ergebnis“ (Wright 2006, S. 62).

Das Projekt GESUND! folgt der Logik einer praxisbasierten Evidenz. Durch Gesundheitsbildungskurse erarbeiten sich die Teilnehmerinnen und die Teilnehmer eine spezifische Gesundheitskompetenz, die sie in die Lage versetzen soll, das eigene Gesundheitsverhalten positiv zu beeinflussen. Zudem sollen soziale Determinanten von Gesundheit ausfindig

gemacht werden, die unmittelbar das eigene Leben beeinflussen. Im gemeinsamen Lernen und mit Unterstützung der Wissenschaft können sich die Menschen mit Lernschwierigkeiten an Diskussionen um kommunale Strategien zur Gesundheitsförderung beteiligen. Frings (2014, in diesem Heft) kritisiert zu Recht, wenn die Förderung von Problemlösungskompetenzen auf Seiten der Menschen mit Lernschwierigkeiten vernachlässigt wird und wenn bislang nur die Rolle als Konsument bleibt. Im Gegensatz dazu fußt das Projekt GESUND! auf einem partizipativen Modell, das aus Teilnehmenden kritische Gesundheitsfürsorgerinnen und Gesundheitsfürsorger werden lässt.

5. Fazit

Das Konzept eines partizipativen Forschungsprojekts der Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung erfordert ein erkenntnistheoretisches Modell, das hier mit dem Begriff der „praxisbasierten Evidenz“ definiert ist. Brehmer-Rinderer und Weber (2013) stellen ihrerseits Überlegungen zu einem Gesundheitsmodell für Menschen mit intellektueller Behinderung an, indem sie eine Gesundheitstheorie fordern, „welche die Entstehung oder Veränderung von gesunden bzw. schädlichen Verhaltensweisen bei Personen mit intellektueller Behinderung befriedigend beschreiben“ kann (ebd. S. 153). Ich meine, dass es nicht so sehr einer neuen Gesundheitstheorie für Menschen mit intellektueller Behinderung bedarf; vielmehr sollten die Akteure des Gesundheitssystems Ansätze der Gesundheitsförderung entwickeln, die direkt und unmittelbar Wirkungen auf das persönliche

Wohlbefinden der Betroffenen hervorruhen. Dabei muss in einem gemeinsamen Reflexionsprozess kontinuierlich die Wirkungsweise von angewandten Interventionen kritisch hinterfragt und verbessert werden.

Literatur und Quellen

- BeB – Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe (2001): Gesundheit und Behinderung. Expertise zu bedarfsgerechten gesundheitsbezogenen Leistungen für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung als notwendiger Beitrag zur Verbesserung ihrer Lebensqualität und zur Förderung ihrer Partizipationschancen. 2. Aufl. Reutlingen. Im Internet: www.beb-ev.de/files/pdf/2010/2010-05-08ExpertiseGesundheitundBehinderung2001.pdf
- Blättner, Beate (2010): Gesundheitsbildung. Im Internet: www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsbildung/ (Stand: 04.09.2014)
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Bonn
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2014): Entwicklung nationaler Gesundheitsziele. Im Internet: www.bmg.bund.de/gesundheitssystem/gesundheitsziele.html (Stand: 04.09.2014)
- Brehmer-Rinderer, Barbara / Weber, Germain (2013): Gesundheitsförderung von Menschen mit intellektueller Behinderung. Stand der Forschung und aktuelle Problembereiche. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 21, H. 3, S. 144-156
- Frings, Stefanie (2014): Du musst dein Ändern leben (können) – das Gesundheitsprogramm Healthy Athletes. In: Erwachsenenbildung und Behinderung, H. 2, S. 12-19
- Haveman, Meindert / Stöppler, Reinhilde (2014): Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Stuttgart

- ICPHR – International Collaboration for Participatory Health Research (2013) Position Paper 1: What is Participatory Health Research? Version: Mai 2013. Berlin. Im Internet: www.icphr.org/position-papers/position-paper-no-1 (Stand: 04.09.2014)
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (o.J.): Gesundheitsförderung im Quartier. Aktiv werden für Gesundheit. Arbeitshilfen. Teil 1: Gesunde Lebenswelten schaffen. Kapitel 3 – Welche Faktoren beeinflussen Gesundheit? Im Internet: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen/teil-1-gesunde-lebenswelten-schaffen/welche-faktoren-beeinflussen-gesundheit/ (Stand: 04.09.2014)
- Taggart, Laurence / Cousins, Wendy (Eds.) (2014): Health Promotion for People with Intellectual and Developmental Disabilities. Maidenhead, UK
- Whitehead, Margaret / Dahlgren, Göran / Gilson, Lucy (2001): Developing the Policy Response to Inequities in Health: a Global Perspective. In: Timothy Evans / Margaret Whitehead u.a.: Challenging Inequities in Health: from Ethics to Action. New York, S. 309-322
- WHO – World Health Organization (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Im Internet: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (Stand: 04.09.2014)
- Wright, Michael (2006): Auf dem Weg zu einer theoriegeleiteten, evidenzbasierten, qualitätsgesicherten Primärprävention in Settings. In: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften. 43: Prävention, S. 55-73. Im Internet: www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/?p=163 (Stand: 04.09.2014)

Zusammenfassung

Menschen mit Lernschwierigkeiten sind für das System der Gesundheitswissenschaften eine schwer erreichbare Zielgruppe. Das wird deutlich in repräsentativen Umfragen, bei denen Menschen mit Lernschwierigkeiten nahezu nicht vertreten sind. In der Folge bleiben die spezifischen Bedürfnisse dieser Gruppe in Strategien zur Gesundheitsförderung unberücksichtigt. Dieser Beitrag befasst sich mit der Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten. Der Autor stellt ein Studienkonzept aus dem Bereich der Partizipativen Gesundheitsforschung (PGF) vor und verweist auf den erkenntnistheoretischen Ansatz der „praxisbasierten Evidenz“.

*Prof. Dr. Reinhard Burtscher
Kath. Hochschule für
Sozialwesen Berlin (KHSB)
Studiengang Heilpädagogik
reinhard.burtscher@khsb-berlin.de*



Stefanie Frings

Du musst dein Ändern leben (können) – das Gesundheitsprogramm Healthy Athletes®

1. Prolog – IKEA als Sinnbild sozialpolitischer Gesundheitsprogramme

Obwohl man von der Ausfahrt bis zum Parkplatz 35 Minuten braucht, obwohl man dank gelber Umhängetaschen ver-gessenen Pfadfinderinnen und Pfadfindern ähnelt und obwohl man zum Abschluss einer schier endlosen Odyssee durch das Wegelabyrinth ein Schild mit dem Hinweis vorfindet, dass die Wartezeit zur Kasse ab „hier“ 25 Minuten beträgt, pilgern Hunderte jeden Tag aufs Neue in das gelobte Möbelland. Es sind nicht allein die Preise, die die Kunden locken, sondern die Top 3 der IKEA-Charts: Angebotsreichtum, Individualisierungsmöglichkeiten und die Aussicht auf (handwerkliche) Emanzipation. Der Erfolg der Schweden basiert dabei auf einer konsequenten Idee: Die Kundinnen und Kunden müssen mithelfen. Mit der Umwandlung der Kundinnen und Kunden zu Koproduzentinnen und Koproduzenten und mit dem Inbus-Allzweckschlüssel ausgestattet, holen sie ihre Produkte nicht nur selbst ab, sie übernehmen Teile des Herstellungsprozesses. Wer die generationsübergreifende Erfahrung gemacht hat, Billy-Regal und Co. mit Hilfe von Piktogrammen erfolgreich aufzubauen, dem stehen variantenreiche Gestaltungsmöglichkeiten offen, die flexibel an die jeweilige Lebenssituation angepasst werden können. Wer aber das Abenteuer hin zu Möglichkeiten antritt, dem muss bewusst sein – nein, dem wird schnell be-

wusst werden – dass ein VW Polo trotz durchaus gesundem Pragmatismus kein Raumwunder ist und die vermeintlich einfachen Piktogramme schon so manche Ehekrise heraufbeschworen haben. Es ist die Erkenntnis, dass die Gestaltung der Möglichkeiten vor allem nicht voraussetzungslos ist, die sich IKEA-Abenteurer ebenso wie Personen im Gesundheitswesen teilen: Handlungs- und Lösungskompetenz im Umgang mit Angeboten, Dienstleistungen und Informationen stehen noch vor der Ermächtigung, die Möglichkeiten auch tatsächlich zu nutzen.

Seit der Deklaration von Alma-Ata 1977 der Weltgesundheitsorganisation (WHO = World Health Organization) entwickeln sich die Gesundheitsdienste zu einer Versorgungslandschaft, die über medizinisch-kurative Betreuungsleistungen hinaus unzählige Möglichkeiten zur Stärkung und Gestaltung von Gesundheitsressourcen und -potenzialen schafft. Spätestens seit der Jakarta-Erklärung (WHO 1997) stehen die Befähigung und Ermöglichung (Enabling) im Fokus. Das Ziel ist es, Selbstbestimmung und Kontrolle über die eigene Gesundheit zu gewinnen. Auch hier werden Personen zu Koproduzentinnen und Koproduzenten der eigenen Gesundheit, die sich im Labyrinth der Gesundheitsförderung zunehmend eigenverantwortlich zurechtfinden müssen. Angebote müssen identifiziert, geprüft und mit eigenen Bedürfnissen verglichen werden. Ein Gelingen setzt Souveränität im Umgang mit der Angebotsvielfalt, den dargebotenen Infor-

mationen sowie ein Set an adäquaten Unterstützungsmaßnahmen voraus. Ob bereits alle Menschen auf die Rolle der Koproduzentinnen und Koproduzenten im Gesundheitswesen gleichermaßen gut vorbereitet sind, stellt der Artikel in den Mittelpunkt. Der Blick richtet sich auf solche Personen, die aufgrund ihrer Sozialisation und Lebensumstände über nur wenige Erfahrungen bei der Entwicklung gesundheitsfördernden Verhaltens verfügen. Laut verschiedener Autorengruppen sind hierzu insbesondere Menschen mit einer geistigen Behinderung zu zählen (vgl. Rosenbrock/Kümpers 2006).

Welche Piktogramme ihnen für eine gelingende Ausgestaltung der Rolle als Koproduzentinnen und Koproduzenten zur Verfügung stehen, wie leserlich diese sind und ob es bereits einen „Inbus-Allzweckschlüssel“ gibt, legt der Artikel entlang des „Healthy Athletes® Programms“ dar. Es sollen nicht nur Lücken im Querschnitt von Bildung und Gesundheit, nicht nur Barrieren im Zugang, sondern auch Anknüpfungspunkte für Entwicklungspotenziale aufgezeigt werden.

2. Behinderung im Zeichen der Prävention und Gesundheitsförderung

2.1 Prävention und Gesundheitsförderung – eine Begriffsskizze

Gesundheit gilt als wichtige Ressource des täglichen Lebens. Sie erleichtert die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und trägt zur Lebensqualität bei (vgl. Franzkowiak/Hurrelmann 2004). Krankheit zu vermeiden und Gesundheit zu verbessern, sind als zentrale Aufgaben

der Gesundheitsförderung und Prävention zugeordnet. Beide Begriffe haben ihre Wurzeln in den Debatten der Weltgesundheitsorganisation (WHO ab 1946), in deren Verlauf neben bevölkerungsmedizinischen immer stärker auch ökonomische, politische, kulturelle und soziale Impulse eingingen. Im Unterschied zur (Krankheits-)Prävention, mit ihrer im Vordergrund stehenden Vermeidungsstrategie, geht es bei der Gesundheitsförderung – wie die Ottawa Charta 1986 festlegte – um einen Prozess, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglicht, um sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen (vgl. WHO 2001). Damals wie heute sollen Gesundheitsverhalten und -verhältnisse verbessert werden. Gesundheitsgefährdungen sind demzufolge vor allem in Verhältnissen zu erkennen, wenn sie Chancen, Beteiligung und Gestaltung von Lebensbedingungen einschränken.

2.2 Behinderungen als gesundheitsbezogenes Konstrukt

In Anknüpfung an die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (WHO 2001), spätestens aber seit der Ratifizierung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK), wird Behinderung als das Resultat einer Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren gewertet, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern (vgl. UN-BRK 2009 Präambel, e). Behinderung ist demnach keinesfalls mit einer Krankheit oder schlichten Krankheitsfolge gleichzuset-

zen. Sie entsteht, wenn körperliche, seelische oder geistige Beeinträchtigungen so mit Benachteiligungen einer Person verbunden werden, dass ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft in all ihren Facetten (Bildung, Arbeit, Freizeit, Wohnen, Mobilität usw.) nachhaltig eingeschränkt ist. Menschen mit Behinderung sind in diesem Begriffsverständnis dann gesund, wenn sie den Anforderungen der Alltagsbewältigung gerecht werden. Insofern steht Behinderung – wie Gesundheit – in einem engen Zusammenhang mit sozialen, wirtschaftlichen, physischen und psychischen Faktoren, Verfügbarkeiten und Zugänglichkeiten, die insbesondere in Zusammenspiel mit dem Zugang zu Bildung Ermächtigungspotenziale freilegen und Handlungsspielräumen eröffnen oder limitieren.

2.3 Gesundheit, Behinderung, Bildung – Trias „gesundheitlicher Ungleichheit“*

Wirkungsvolle Maßnahmen und Programme für öffentliche Gesundheit müssen zukünftig Menschen mit Behinderung im Blick haben. Zum einem, weil es sich bei der Personengruppe der Menschen mit Behinderung keinesfalls um eine zu vernachlässigende Größe handelt. In Deutschland leben rund 7 Millionen Menschen, die als schwerbehindert gelten und 17 Millionen Menschen im Alter über 18 Jahren, deren gesundheitliche Beeinträchtigungen oder chronische Krankheiten im täglichen Leben einschränkend wirken (BMAS 2013, S. 7).

Zum anderen zeigen Datenanalysen, dass sowohl subjektiv als auch objektiv Menschen mit Behinderung, trotz immenser Anstrengungen einen Gegentrend zu setzen, noch immer einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand aufweisen. Während 57 Prozent der Menschen ohne Behinderung ihren Gesundheitszustand als „gut“ oder sogar „sehr gut“ wahrnehmen, trifft dies nur auf 11 Prozent der Menschen mit Behinderung zu. Menschen mit Behinderung waren 2009/2010 durchschnittlich 33 Tage im Jahr krank. Auf Seiten der Menschen ohne Behinderung waren es lediglich 8 Tage (BMAS 2013, S. 197). Zudem stellt das BMAS (2013, S. 201-204) fest: Menschen mit Beeinträchtigung rauchen und trinken häufiger als Gleichaltrige ohne Behinderung und legen weniger Wert auf eine gesunde Ernährung.

Besonders brisant scheint die Tatsache dann, wenn man die „Statistik zu Präventionsmaßnahmen für Menschen mit Behinderung“ des Weltberichtes Behinderung 2011 hinzufügt (WHO 2011). Dieser weist auf signifikante Unterschiede in Bezug auf die Inanspruchnahme von Leistungen zwischen behinderten und nicht behinderten Menschen (alle Altersgruppen ab 18 Jahren in Ländern mit hohem Einkommen) hin.

Die Diskrepanz ist mit Blick auf die Personengruppe der Menschen mit geistiger Behinderung besonders prägnant. So haben sie nicht nur ein 40-prozentig höheres Risiko gesundheitlicher Einschränkungen, sondern oft Schwierig-

* In der wissenschaftlichen Diskussion wird der Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Morbidität bzw. Mortalität als gesundheitliche Ungleichheit bezeichnet (u.a. Bauer, U./Bittlingmayer, U.H./Richter, M. (Hrsg.) (2007) *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*, Wiesbaden).

keiten, ihre Gesundheit selbständig zu beurteilen, aktiv zu bewahren und gesundheitsbezogene Angebote wahrzunehmen (ebd.). Die 22. Landesgesundheitskonferenz NRW (LGK 2013) stellt fest, dass es neben einer finanziell ausreichenden Deckung an adäquaten Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten fehle. Als ursächlich hierfür werden Mobilitätsaspekte, vor allem aber die eingeschränkte Angebotsverfügbarkeit und Zugänglichkeit zu Informationen rund um eine gesunde Lebensführung angeführt (vgl. UN-BRK 2009, Art. 25).

Es müssen daher wirksame und geeignete gesundheitsbezogenen Maßnahmen identifiziert werden, um beeinträchtigte Menschen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit sowie die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen (vgl. UN BRK 2009, Art. 26) – Bildung ist hierfür entscheidend, stellt ein Gutachten der Bertelsmann-Stiftung 2012 fest.

3. Inbusschlüssel Bildung? – Fehlkonstruktionen in der Bauanleitung „Ermächtigung“

Bildung entfaltet ihre Wirkungen innerhalb der eigenen Lebensführung auch auf die Bezugsfelder gesunde Lebensweise und gesundheitliches Wohlergehen. Zusammenhänge zwischen dem Bildungsabschluss und der gesundheitlichen Situation sind zwar nicht umstandslos kausal zu interpretieren, da es sich hierbei um komplexe Wechselwirkungen zwischen weiteren Faktoren wie Einkommen, Erwerbsstatus und beruflicher Stellung handelt (vgl. Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2012, S. 208).

Verschiedene Studien kommen jedoch zu dem Ergebnis, dass mit dem Bildungsniveau die Informiertheit über eine gesunde Lebensweise, gesundheitliche Vorsorge, aber auch über Risiken und Gefährdungen zunimmt (Bertelsmann-Stiftung 2012, S. 24ff.). Analog hierzu weisen die empirischen Befunde darauf hin, dass Gesundheitsrisiken gerade bei jenen Personen am höchsten ausfallen, bei denen sich soziale Nachteile häufen (vgl. GEDA-Studie 2010). Hierzu sind Menschen mit geistiger Behinderung zu zählen (vgl. EU-Kommission 2012, S. 1). Vor allem mit ihrer häufig mangelhaften oder weitgehend ‚erfolglosen‘ Teilhabe an Bildung ist jene Chancenminderung verbunden, die soziale Ausgrenzung in anderen Lebensbereichen – auch in Gesundheit – nach sich zieht. Nichts scheint daher plausibler, als bildungsbasierte Formate zu wählen, die Menschen dazu verhelfen, mehr Kontrolle über ihr eigenes gesundheitliches Befinden zu erlangen, um Mit- und Selbstbestimmung zu realisieren.

In der Praxis der Gesundheitsförderung jedoch zeichnet sich eine Schiefelage ab, weil Präventionsmaßnahmen noch immer vor allem auf das Verhalten der Menschen gerichtet sind (vgl. Bertelsmann-Stiftung 2012, S. 16). Wengleich kein Zweifel daran besteht, dass die Verbesserung des Gesundheitsverhaltens (z. B. kein Rauchen, regelmäßige körperliche Bewegung, gesunde Ernährung) der Gesundheitsförderung dienlich ist, so kann kritisiert werden, dass die Vernachlässigung von relevanten Kontextfaktoren einer Weiterentwicklung im Wege stehen. Insbesondere mit Bezug auf die „gesundheitliche Ungleichheit“ zeigt sich, dass eine einseitige Betonung der Ver-

haltensprävention mit Blick auf ‚Behinderung‘ vielmehr brisant ist. Zum einen wird unterstellt, dass das individuelle Gesundheitsverhalten weitgehend frei gewählt werden kann. Zum anderen besteht die Gefahr, dass die Fokussierung auf das individuelle Verhalten Schuldzuweisungen impliziert, denen Diskriminierungen und damit zusätzliche gesundheitliche Belastungen folgen. Den Partizipationsmöglichkeiten steht somit gleichsam ein Partizipationsdruck gegenüber. Wer sich weigert mitzumachen, wem Informationen fehlen, sieht sich leicht als verantwortungslos oder risikobereit gebrandmarkt – als jemand, der für die eigene „gesundheitliche Ungleichheit“ selbst verantwortlich ist. In anderen Worten: Wer seiner Mitwirkungspflicht nicht nachkommt, der verliert seinen Leistungsanspruch. Hier deutet sich an, dass mit den Ermächtigungskonzepten und -programmen nicht nur ein Mehr an Möglichkeiten, sondern vor allem auch Fallstricke einhergehen, weil die soziale Umwelt noch immer präventive Ideen, gesundheitsfördernde Ansätze und Konzepte in einer Weise selektiert, in der die „Angepasstesten“ überleben (vgl. Kühn/Rosenbrock 2009). Was fehlt, ist ein Inbusschlüssel, der nicht die Lösung von Problemen, sondern die Förderung der Problemlösungskompetenz akzentuiert.

3. Das Healthy Athletes® Programm – Piktogramm für eine bessere Gesundheit?

3.1 Special Olympics Deutschland e.V. – Gesellschaftsakteur für Inklusion

Special Olympics Deutschland e.V. (SOD) versteht sich als eine Organisation, die für Menschen mit geistiger Behinderung inkludierende Angebote im organisierten Sport schafft. Als Bindeglied zwischen den Sportverbänden und -vereinen, Rehabilitationseinrichtungen sowie den Athletinnen und Athleten und ihren Angehörigen arrangiert SOD für mehr als 40.000 Menschen mit geistiger Behinderung in insgesamt 26 Sportarten regelmäßige und leistungsorientierte Wettkämpfe auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene. Dabei richtet sich SOD programmatisch und konzeptionell an den Zielsetzungen der UN-BRK aus (vgl. Frings 2013, S. 85 f.). SOD versteht sich als Alltagsbewegung, die sich die Akzeptanz von Menschen mit geistiger Behinderung in der Gesellschaft und die Stärkung ihrer Kompetenzen zum Ziel setzt. Ein Beispiel dafür ist das Healthy Athletes® Programm.

3.2 Healthy Athletes® – selbstbestimmt gesünder?!

Basierend auf der Erkenntnis, dass Menschen mit geistiger Behinderung ein 40 Prozent höheres Risiko für gesundheitliche Einschränkungen wie Übergewicht, mangelhafte Fitness, falsche Ernährung, Haut- und Nagelerkrankungen, zahnhygienische Probleme, Seh- und Hördefizite tragen (SOD 2014), etablierte Special Olympics Deutschland 2004 das kos-

tenlose Gesundheitsprogramm Healthy Athletes®. Beratungen und Vorsorgeuntersuchungen sind seitdem fester Bestandteil der Nationalen Sommer- und Winterspiele.

Durch die Einbindung von Medizinerinnen und Medizinern, die so praktische Erfahrungen im Umgang mit Menschen mit Behinderung sammeln und Berührungspunkte abbauen können, bietet Healthy Athletes® einerseits die Möglichkeit, über die besonderen Belange von Menschen mit geistiger Behinderung zu informieren und gewonnene Erkenntnisse in disziplinübergreifenden Netzwerken und Kooperationen zu festigen. Andererseits zielen die Healthy Athletes®-Angebote darauf, zielgruppenspezifische Gesundheitsrisiken aufzuzeigen und die Entwicklung einer gesunden Lebensweise zu unterstützen. Das Programm richtet sich an das Gesundheitsverhalten der Athletinnen und Athleten und das Gesundheitsbewusstsein ihres unmittelbaren Bezugsfeldes, um eine nachhaltige Wirkung im täglichen Lebensumfeld zu erreichen. Mit Hilfe des Unterstützungsprogrammes werden hier vor allem Angehörige und Betreuende geschult.

Trotz aller Bekundungen, Bedingungen für eine Bewusstseinsänderung zu schaffen, steht auch in dieser Konzeption die Lösung von Problemen einer mangelnden, wohnortnahen und bedarfsgerechten Versorgung, unzureichender Kenntnisse im Umgang auf Seiten der Professionellen oder fehlenden Transfers in den Alltag im Vordergrund. Die Förderung der Problemlösungskompetenz auf Seiten der Menschen mit geistiger Behinderung – Möglichkeiten zur Wahrnehmung von Gesundheitsrisiken und Strategien zu deren Vermeidung zu

erwerben – ist noch immer eine Randerscheinung in der Bauanleitung für ein „gesundes Leben“. Informations- und Fortbildungsangebote richten sich zu stark auf das Umfeld, anstatt auf die eigentlichen Adressaten, die betroffenen oder teilnehmenden Menschen mit geistiger Behinderung selbst. Ihnen bleibt bislang nur die Rolle der Konsumenten, die ihr Verhalten an normative Vorgaben anpassen müssen.

4. Fazit: Du musst dein Ändern leben (können)

Es wird deutlich, dass Menschen mit geistiger Behinderung zwar eine Vielzahl von Präventions- und Gesundheitsaufklärungsangeboten potenziell zur Verfügung steht. Diese enden aber ohne einen für sie verständlichen Wegweiser zumeist in einem Wegelabyrinth, das aus den Ermächtigungspotenzialen zunehmend eigenverantwortliche Fallstricke werden lässt. So wird für sie das Ensemble gesundheitsproaktiver Faktoren zu einem Anforderungskonstrukt des unternehmerischen Selbst, das sie nicht erfüllen. Wengleich die Akzentuierung von Selbstbestimmung und Teilhabe bei der eigenen Gesundheitsvorsorge erreicht, dass niemand mehr zum passiven Objekt von Hilfsmaßnahmen degradiert wird, bestimmt die Interventionslogik noch immer, wer aktiviert werden soll. Menschen mit geistiger Behinderung bleiben infolgedessen in jener Asymmetrie gefangen, die in Bezug auf das Gesundheitsverhalten viel eher auf Erziehung statt auf Befähigung abzielt.

Mit Healthy Athletes® scheinen zwar mit der Idee, das direkte Umfeld einzu-

beziehen, oder mit der Sensibilisierung Professioneller hinsichtlich bedarfsge-rechter Formate vielversprechende Er-weiterungen auf, die aber in der Summe ebenfalls vor allem auf eine erzieherische Verhaltensverbesserung abzielen. Was offensichtlich fehlt, sind bildungsbasierte Formate – leserliche Piktogramme – die Handlungs- und Lösungskompetenzen im Umgang mit der Angebots- und Infor-mationsvielfalt vermitteln und Lebensum-stände angemessen berücksichtigen.

So geht es den Menschen mit (geis-tiger) Behinderung bisweilen wie vielen IKEA-Abenteurern: Sie werden in die Autonomie entlassen, ob sie wollen oder nicht. Und wenn sie fragen, wie sie da-mit fertig werden sollen, dann verweisen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf den kulturellen Imperativ, der da sagt: Das musst Du selbst wissen. Traum und Trauma der Möglichkeiten gehen unver-sehens ineinander über (in enger Anleh-nung an Luhmann 1995, S. 132).

Literatur

- Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2012): Bildung in Deutschland 2012. Ein indikatoren-gestützter Bericht mit einer Analyse zur kulturellen Bildung im Lebenslauf. Bielefeld
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebens-lagen von Menschen mit Beeinträch-tigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Bonn
- European Commission (2012): Guidance Note for Disability Inclusive Develop-ment Cooperation. Im Internet: <http://capacity4dev.ec.europa.eu/disability-and-development-network/document/guidance-note-disability-inclusive-devel-opment-cooperation> (Stand 30.09.2014)
- Franzkowiak, Peter / Hurrelmann, Klaus (2004): Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a.d. Selz, S. 52-55
- Frings, Stefanie (2013): Raus aus dem Abseits mit Unified Sports!? Inklusionsbe-mühungen versus Exklusionsrealitäten. In: Motorik 36, Nr. 2, S. 85-89
- Kühn, Hagen / Rosenbrock, Rolf (2009): Prä-ventionspolitik und Gesundheitswissen-schaften. Eine Problemskizze. In: Uwe H. Bittlingsmayer / Diana Sahrai / Peter-Ernst Schnabel (Hrsg.): Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesba-den, S. 47-71.
- LGK – Ministerium für Gesundheit, Eman-zipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein Westfalen (2013): 22. Landes-gesundheitskonferenz NRW. „Von der Integration zur Inklusion: Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behin-derungen verbessern“ Im Internet: www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/gesundheit/LGK_2013_Entschliessung.pdf (Stand 30.09.2014)
- Luhmann, Niklas (1995): Soziologische Aufklärung 6. Die Soziologie und der Mensch. Opladen
- Bertelsmann-Stiftung – Mielck, Andreas / Lungen, Markus / Siegel, Martin / Korber, Katharina (2012). Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit. Gutachten im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh
- GEDA- Studie – Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2012): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Beiträge zur Gesundheits-berichterstattung des Bundes (GEDA). Berlin 2012
- Rosenbrock, Rolf (1998): Die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesund-heit und Krankheit. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health. Wissen-schaftszentrum Berlin

- Rosenbrock, Rolf / Kümpers, Susanne (2006): Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: Matthias Richter / Klaus Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit – Grundlage, Probleme. Perspektiven. Wiesbaden, S. 371-388
- SOD – Milles, Dietrich / Meseck, Ullrich (Hrsg) (2010): Inklusion und Empowerment. Wirkungen sportlicher Aktivität für Menschen mit geistiger Behinderung. 4. Wissenschaftlicher Kongress. Special Olympics Deutschland, Universität Bremen, 18.-19. Juni 2010, Bremen. Im Internet: http://specialolympics.de/fileadmin/user_upload/Angebote/SOD_Akademie/SODA_Wissenschaft/2010_Tagungsband_Bremen_-final.pdf#page=214 (Stand 20.08.2014)
- UN-BRK – United Nations (2006): Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Im Internet: <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml> (Stand: 30.08.2014) Deutsch: Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (Hrsg.): Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung. Convention of the United Nations on the rights of persons with disabilities – deutsch, deutsch Schattenübersetzung, englisch. Bonn 2010. Im Internet: www.behindertenbeauftragte.de/DE/Koordinierungsstelle/UNKonvention/UNKonvention_node.html
- Weltgesundheitsorganisation (1997): Die Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert, Hamburg
- WHO – World Health Organization (1978): Declaration of Alma Ata, International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata. USSR. 6.-12. September 1978
- WHO – World Health Organization (2001): International Classification of Functioning Disability and Health. Genf
- WHO – World Health Organization (2011): Weltbericht Behinderung 2011. Genf. Im Internet: <http://behindertenbeauftragter.bremen.de/sixcms/media.php/13/weltbericht-behinderung-2011.pdf> (Stand 20.08.2014)

*Dipl.-Reh.-Päd. Stefanie Frings
Technische Universität München
Lehrstuhl für Diversitätssoziologie
stefanie.frings@tum.de*



Reinhilde Stöppler

Zahngesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung in Zeiten der Inklusion

Bei dem Blick auf gleichberechtigte Teilhabechancen von Menschen mit geistiger Behinderung im Bereich (Zahn-)Gesundheit wird deutlich, dass es für diesen Personenkreis erhebliche Exklusionsrisiken gibt. Im Folgenden werden einige Probleme, aber auch Perspektiven der Zahngesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung aufgezeigt, die in der Erwachsenenbildung thematisiert werden können.

1. Aspekte der Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung

Menschen mit geistiger Behinderung haben häufiger mehrere Erkrankungen und zusätzliche Gesundheitsstörungen als nichtbehinderte Menschen. So leiden sie häufig an unbehandelten spezifischen Gesundheitsproblemen, die im Zusammenhang mit der individuellen Behinderung stehen können, z. B. Demenz bei Menschen mit Down-Syndrom (vgl. Haveman/Stöppler 2014b, S. 69). Zudem weisen sie eine hohe Prävalenzrate von unbehandelten, aber relativ einfach behandelbaren Erkrankungen, wie Hör- und Sehbeeinträchtigungen sowie Schilddrüsen-Erkrankungen, auf (vgl. Lennox/Kerr 1997). Auffällig ist des Weiteren die sehr geringe Teilnahme an allgemeinen Gesundheitschecks (z. B. Blutdruckkontrollen) und an Vorsorgeuntersuchungen. Menschen mit geistiger Behinderung haben im Vergleich zur allgemeinen Bevöl-

kerung einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsvorsorge und Nutzung präventiver Gesundheitsleistungen wie Pap-Abstrich oder Brustkrebs-Screening-Programmen (vgl. Haveman/Stöppler 2014a, S. 42).

2. Zur Problematik der Zahngesundheit

Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung weisen Menschen mit geistiger Behinderung – vor allem im Erwachsenenalter – einen schlechteren Zahngesundheitsstatus auf, und zwar:

- höhere Karieserfahrung,
- niedriger zahnmedizinischer Sanierungsgrad,
- erhöhte Anzahl fehlender Zähne sowie kariöser Defekte (vgl. Schulte 2012, S. 36ff.),
- häufige Gingivitis (vgl. Haveman/Stöppler 2014a, S. 171f.).

Ursachen liegen primär in den fehlenden Fertigkeiten für eine eigenverantwortliche zahnmedizinische Vorsorge, bedingt durch Beeinträchtigungen der Motorik und Kognition, Selbstdiagnose, Vorsorge und Selbstkontrolle sowie in der Kommunikation von Schmerzen (vgl. Gattermann 2009, S. 5).

Daraus resultieren eine erschwerte oder unmöglich selbständige Zahnpflege, mangelhafte Putztechnik, die Übernahme der Zahnpflege durch Eltern oder Betreu-

ungspersonen (vor allem bei schweren Behinderungen) sowie fehlende Einsicht in die Notwendigkeit zahnmedizinischer Kontrollen und Eingriffe, Ängste, die nicht verbalisiert werden können und eine geringe Compliance (vgl. ebd.). Ein notwendiger Behandlungsbedarf wird erst spät erkannt und notwendige Eingriffe verzögern sich, so dass nicht mehr minimalinvasiv behandelt werden kann.

Insgesamt gibt es für Menschen mit geistiger Behinderung vielfältige unterschiedliche (Gesundheits-)Barrieren. Eine zentrale Barriere stellt der erschwerte Zugang zum Gesundheitswesen dar, z. B. durch infrastrukturelle Barrieren (in Arztpraxen, Zahnarztpraxen, Krankenhäusern, Therapieeinrichtungen). Zudem kann der Zutritt zur Praxis aufgrund baulicher Barrieren erschwert sein (vgl. Haveman/Stöppler 2014a, S. 240f.). Die Zugänglichkeit von Arztpraxen lässt sich annäherungsweise mit Hilfe von Strukturdaten der Stiftung Gesundheit beleuchten, die im Rahmen einer ärztlichen Selbstauskunft verschiedene Aspekte der Barrierefreiheit von Arztpraxen erhebt. Der ebenerdige Zugang zur Arztpraxis und die rollstuhlgerechte Gestaltung von Praxisräumen sind keinesfalls durchgängige, aber dennoch die am häufigsten erfüllten Aspekte der Barrierefreiheit in Arztpraxen. Das Bereitstellen von Behindertenparkplätzen und barrierefreien WCs sowie adäquaten Untersuchungs- und Behandlungsmöbeln stellt bereits eine Ausnahme dar (z. B. bei zahnärztlichen oder gynäkologischen Behandlungen). Nur jede fünfte Allgemeinarztpraxis hat rollstuhlgerechte Praxisräume; Zahnarztpraxen erreichen noch eine geringere Quote (vgl. BMAS 2013, S. 200f.). Weitere Kriterien wie die Ausgabe von

Infomaterial oder die Einrichtung einer Homepage in Leichter Sprache, Orientierungshilfen für Sehbehinderte oder die Möglichkeit in Gebärdensprache zu kommunizieren, werden so gut wie gar nicht erfüllt.

Der Arztbesuch von Menschen mit geistiger Behinderung kann zudem einen erhöhten zeitlichen und organisatorischen Aufwand sowohl für die Ärztinnen und Ärzte als auch für Patientinnen und Patienten, Eltern oder Betreuerinnen und Betreuer bedeuten (vgl. Cichon/Donay 2004, S. 9f.).

Menschen mit geistiger Behinderung verfügen oftmals (noch) nicht über eine „Health Literacy“, d. h. über die Fähigkeit, grundlegende Gesundheitsinformationen und -dienste zu erhalten, zu verarbeiten und zu verstehen, um angemessene Gesundheitsentscheidungen zu treffen.

Aber auch auf Seiten der Ärztin/des Arztes und des therapeutischen Personals können zahlreiche Barrieren der gesundheitlichen Versorgung entstehen, z. B. durch den Mangel an Fachwissen über geistige Behinderung oder durch Kommunikations- und Verhaltensprobleme (vgl. Aspray et al. 1999; Lennox/Kerr 1997). Des Weiteren gibt es Arzt-basierte Probleme, z. B. den Mangel an Fachwissen über bestimmte Gesundheitsfragen und den Bedarf an zusätzlicher Zeit und zusätzlichen Ressourcen für viele Patientinnen und Patienten mit geistiger Behinderung (vgl. Chambers et al. 1998; Kerr et al. 1996). Ebenso kann es zu Schwierigkeiten mit Folgekontakten durch Nichterscheinen der Patientin/des Patienten kommen, Probleme können sich ergeben beim Erwerb der persönlichen Zustimmung für Untersuchung und Behandlung, aber auch durch Diskontinuität bei der

Behandlung, indem mehrere Betreuungspersonen, die Patientin/den Patienten unterschiedlich informieren und auf den Arztbesuch vorbereiten (vgl. Cheetham et al. 2007, S. 630).

3. Perspektiven durch (Unterstützte) Kommunikation

Besondere Probleme und Herausforderungen stellen die Kommunikationsbarrieren dar, die den Zugang zum und die Teilhabe am Gesundheitssystem deutlich erschweren (vgl. Haveman/Stöppler 2014a, S. 240f.). Zudem können viele Menschen mit geistiger Behinderung oftmals nicht lautsprachlich kommunizieren. Hier sind Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation notwendig, die den Zahnarzt-Besuch auf beiden Seiten erleichtern können.

Mit Hilfe des Boardmaker-Programms von Mayer-Johnson, das individuell gestaltbar ist, können entsprechende graphische Symbole zusammengestellt werden, so dass Menschen mit geistiger



Abb. 1: Körperteile (Darstellung hergestellt mit dem „Boardmaker-Programm“ von Mayer-Johnson)

Behinderung genau schmerzende Stellen ihres Körpers zeigen und/oder benennen können. Dabei können Tafeln mit Abbildungen von Körperteilen eine wichtige Rolle spielen, besonders dann, wenn die motorischen Fähigkeiten es nicht erlauben, am eigenen Körper einzelne Stellen exakt zu zeigen. Die hier vorgestellte Tafel ist mit Hilfe des Boardmaker-Programms und mit Picture Communication Symbols (PCS) erstellt worden.

Mit der beispielhaften Zusammenstellung von Symbolen für unangenehme körperliche Empfindungen und Erkrankungen können nichtsprechende Menschen verschiedene Gefühle kommunizieren.

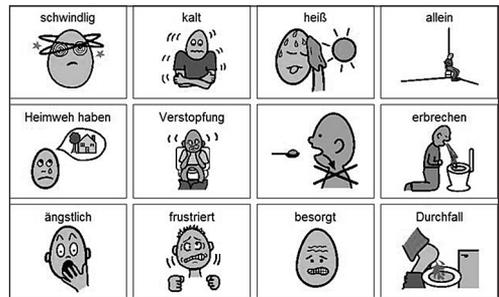


Abb. 2: Gefühle, die sich auf unangenehme körperliche Empfindungen beziehen (Darstellung hergestellt mit dem „Boardmaker-Programm“ von Mayer-Johnson)

Mit Hilfe graphischer Symbole und Gebärden kann die Zahnärztin/der Zahnarzt z. B. den Hinweis auf eine notwendige Zahnfüllung geben.

Schmerzen erkennen

Die Einschätzung von Schmerzen von Menschen mit geistiger Behinderung, die nicht verbal eindeutig kommunizieren, ist auch für erfahrene Pflegekräfte sowie Ärztinnen und Ärzte schwierig. Um Schmerzzustände sicherer erkennen zu können, wurde von Breau et al. eine

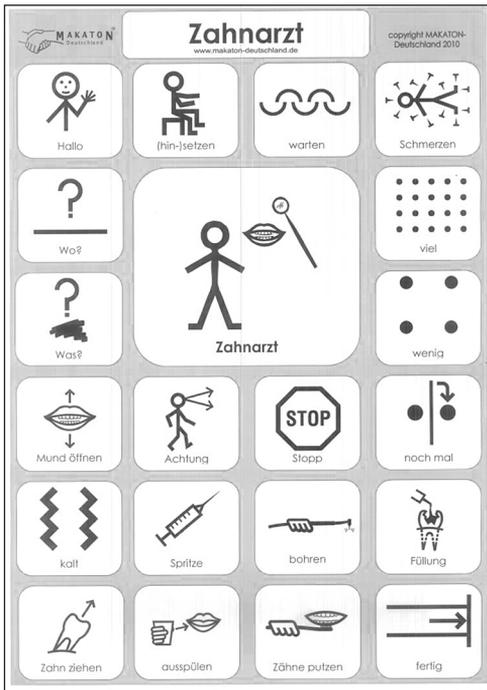


Abb. 3: Zahnarztbilder mit graphischen Symbolen (MAKATON Deutschland)



Abb. 4: Gebärden (MAKATON Deutschland)

„Non-Communicating Childrens's Checklist“ entwickelt, mit deren Hilfe Schmerz-zustände bei kognitiv beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen, die Schmerzen weder verbal noch durch ihre Mimik oder Gestik bewusst und angemessen äußern können, erfasst werden können (vgl. Breau et al. 2002).

Leichte Sprache

Durch das Bereitstellen von Informationen in Leichter Sprache kann z. B. die Zahnpflege verständlich erläutert werden.

4. Gesundheitspräventionsprogramme

Im Rahmen der Special Olympics werden kostenlose Untersuchungen für die Athletinnen und Athleten angeboten. Zusätzlich wurde mit finanzieller Unterstützung des Bundesgesundheitsministeriums das Projekt „Selbstbestimmt gesünder“ gestartet. Ziel ist es, in gemeinsamer Zusammenarbeit, Menschen mit geistiger und Mehrfachbehinderung dazu zu befähigen, Gesundheit und umfassendes Wohlbefinden selbstbestimmt zu gestalten und ihre Teilhabe an der Gesundheitsvorsorge zu verbessern. Dabei werden den Menschen Tipps und Ratschläge u.a. zu den Bereichen gesunde Lebensweise und Ernährung, Gewichtsberatung sowie zur richtigen Zahnpflege dargeboten (vgl. Special Olympics o.J.b, o.S.). „Gesundheit – für alle!“ ist ein weiteres Projekt, das vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wird. Durchgeführt vom Verein „Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e. V.“ verfolgt das Projekt das Ziel, den Dialog zwischen

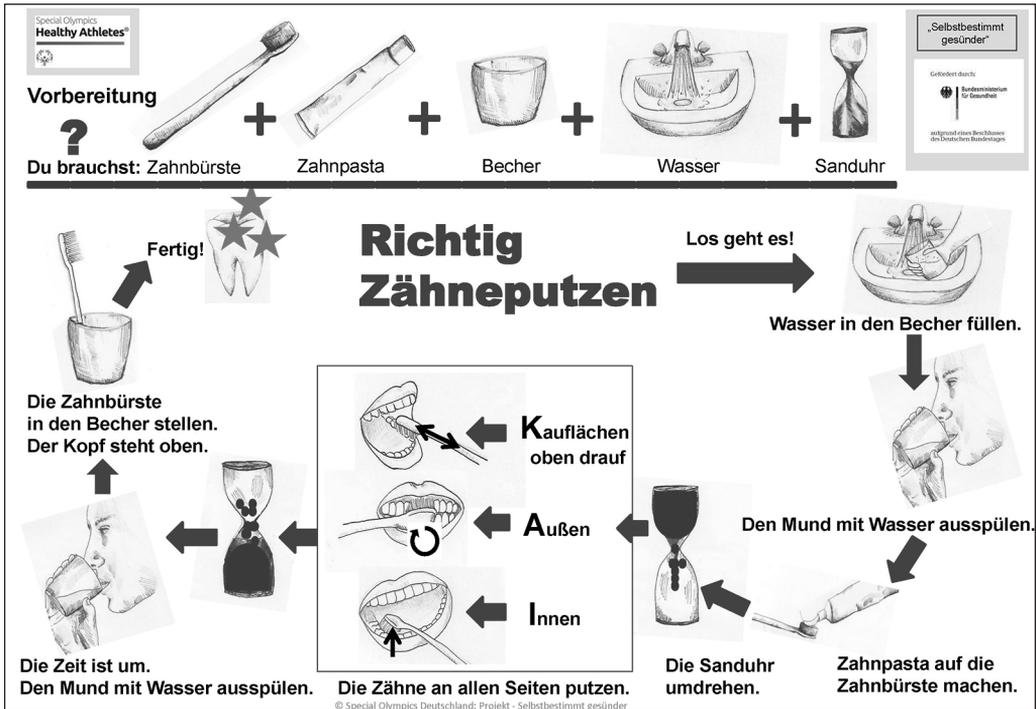


Abb. 5: Richtig Zähneputzen in Leichter Sprache (Special Olympics o.J.a)

Menschen mit geistiger Behinderung und Fachleuten aus dem Gesundheitsbereich herzustellen. Dies geschieht anhand verschiedener Schulungen, zu denen u.a. Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen eingeladen werden (vgl. Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e. V. o.J., o.S.).

Literatur

Aspray, Terence J. / Francis, Roger M. / Tyrer, Stephen P. / Quilliam, Stephen J. (1999): Patients with learning disability in the community. In: British Medical Journal 318, S. 476-477

BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigung.

Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Im Internet: www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-13-teilhabebericht.pdf (Stand: 09.07.2014)

Breau, Lynn M. et al. (2002): Validation of the Non-communicating Children's Pain Checklist Potoperative Version. Anesthesiology 3 (96), S. 528-535

Bruhn, Ramona / Straßer, Benjamin (Hrsg.) (2014): Palliative Care für Menschen mit geistiger Behinderung. Interdisziplinäre Perspektiven für die Begleitung am Lebensende. Stuttgart

Chambers, Ruth / Milsom, Gina / Evans, Neal / Lucking, Ann / Campbell, Ian (1998): The primary care workload and prescribing costs associated with patients with learning disability discharged from long-stay care to the community. In: British Journal of Learning Disabilities 26, S. 9-122

Cheetham, Tom / Lovering, John S. / Telch, Joseph / Telch, Frances / Percy, Maire (2007): Physical health. In: Brown, Ivan,

- Percy, Maire (Hrsg.): A comprehensive guide to intellectual and developmental disabilities. Baltimore, S. 629-643
- Cichon, Peter / Donay, Silke (2004): Entwicklung der Kariesprävalenz bei Patienten mit geistiger und/oder körperlicher Behinderung. Im Internet: www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/presse/sym/cich_hv.pdf (Stand: 09.07.2014)
- Gattermann, K. (2009): ‚Zahn um Zahn‘. Zahngesundheit als Thema der Förderschule Geistige Entwicklung. In: Lernen Konkret 28 (2), S. 5-8
- Haveman, Meindert / Stöppler, Reinhilde (2014a): Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Handbuch für eine inklusive medizinisch-pädagogische Begleitung. Stuttgart
- Haveman, Meindert / Stöppler, Reinhilde (2014b): Wenn Menschen mit geistiger Behinderung altern: Ressourcen und Bedürfnisse. In: Ramona Bruhn / Benjamin Straßer (Hrsg.): Palliative Care für Menschen mit geistiger Behinderung. Interdisziplinäre Perspektiven für die Begleitung am Lebensende. Stuttgart, S. 65-73
- IDZ – Informationsdienst des Instituts der deutschen Zahnärzte (Hrsg.): Zur Mundgesundheit von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen in Deutschland – eine systematische Übersicht (Review) auf der Grundlage aktueller Einzelstudien (2000–2012) 3. Im Internet: [www3.idz-koeln.de/idzpubl3.nsf/30c7ccae1fb54ce8c12573380037acd9/e8c33a79f7d9352ec1257a830043bab6/\\$FILE/IDZ_0312_WEB.pdf](http://www3.idz-koeln.de/idzpubl3.nsf/30c7ccae1fb54ce8c12573380037acd9/e8c33a79f7d9352ec1257a830043bab6/$FILE/IDZ_0312_WEB.pdf) (Stand: 10.07.2014)
- Kerr, Mike P. / Richards, David / Glover, Geraldine (1996): Primary care for people with a learning disability – a Group practice survey. In: Journal of Applied Research of Intellectual Disability 9, S. 347-352
- Lennox, Nicholas G. / Kerr, Mike P. (1997): Primary health care and people with intellectual disabilities: the evidence base. In: Journal of Intellectual Disability Research 41, S. 365-372
- MAKATON Deutschland, Verein zur Förderung der Unterstützten Kommunikation mit Gebärden und Symbolen e. V. Im Internet: www.makaton-deutschland.de
- Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e. V. (o.J.): Unser neues Projekt „Gesundheit – für alle!“ Barrieren für Menschen mit Lernschwierigkeiten abbauen. Im Internet: www.people1.de/was_projekt-gesundheit.html (Stand: 26.08.2014)
- Nitschke, Ina / Hopfenmüller, Julian / Hopfenmüller, Werner / Schulte, Andreas G. (2012): Systematisches Review zur Frage der Mundgesundheit und des zahnmedizinischen Versorgungsgrades bei Menschen mit Behinderungen in Deutschland. In: IDZ – Informationsdienst des Instituts der deutschen Zahnärzte (Hrsg.): Zur Mundgesundheit von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen in Deutschland – eine systematische Übersicht (Review) auf der Grundlage aktueller Einzelstudien (2000–2012) 3, S. 22-43. Im Internet: [http://www3.idz-koeln.de/idzpubl3.nsf/30c7ccae1fb54ce8c12573380037acd9/e8c33a79f7d9352ec1257a830043bab6/\\$FILE/IDZ_0312_WEB.pdf](http://www3.idz-koeln.de/idzpubl3.nsf/30c7ccae1fb54ce8c12573380037acd9/e8c33a79f7d9352ec1257a830043bab6/$FILE/IDZ_0312_WEB.pdf) (Stand: 10.07.2014)
- Special Olympics (o.J.a): Special Smiles – Gesund im Mund. Information in leichter Sprache: Richtig Zähne putzen. Im Internet: http://specialolympics.de/fileadmin/user_upload/Downloadcenter/Healthy_Athletes/Vorlage_Zahnpflege_mit_BMG_und_Einfache_Sprache_Logo.pdf (Stand: 26.08.2014)
- Special Olympics (o.J.b): BMG Projekt – Selbstbestimmt gesünder. „Selbstbestimmt gesünder II – Gesundheitskompetenzen für Menschen mit geistiger und Mehrfachbehinderung“. Im Internet: <http://specialolympics.de/sport-angebote/healthy-athletesR/selbstbestimmt-gesuender/> (Stand: 26.08.2014)

*Prof. Dr. Reinhilde Stöppler
Justus Liebig Universität Gießen
Lehrstuhl für Erziehungswissenschaft mdS
Geistigbehindertenpädagogik
reinhilde.stoeppler@erziehung.uni-giessen.de*



Stefan Schmidt / Sarah Reker

Partizipation und Teilhabe an Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung

Teilhabe an Gesundheit bedeutet nicht nur längere Abwesenheit von Krankheit und Beeinträchtigung, sondern auch chancengerechte Zugänge zu schaffen, Barrierefreiheit zu ermöglichen, sowie selbstbestimmtes Wunsch- und Wahlrecht zu gewährleisten. Daher ist es notwendig ein Gesundheitsverständnis zu etablieren, welches dem bio-psycho-sozialen Modell der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) gerecht wird und dabei personen- sowie umweltbezogene Faktoren bei der Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung an Gesundheit berücksichtigt. Welche Anforderungen dieses Verständnis an die Gesundheitsversorgung von Menschen mit geistiger Behinderung stellt, versucht dieser Artikel zu klären.

1. Behinderung und Gesundheit?

Über sieben Millionen Menschen besitzen laut Teilhabebericht 2013 in Deutschland einen Schwerbehindertenstatus und rund 17 Millionen Menschen (Alter über 18 Jahre) leben mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder chronischen Krankheiten, die sie in ihrer Teilhabe im täglichen Leben einschränken (vgl. BMAS 2013, S.7). Behinderungen treten meist krankheitsbedingt auf, so wird in 83,4 Prozent der statistisch festgehaltenen Fälle eine Behinderung durch eine Krankheit verursacht (vgl. Statistisches Bundesamt 2014, S. 5). Was aber macht

eine Behinderung aus? Was unterscheidet sie von Krankheit? Welche Gesundheitsversorgung ist vorhanden?

Ob Beeinträchtigungen in der Gesundheit und die damit verbundenen Folgen zu einer Behinderung in der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben führen, hängt von mehreren Faktoren ab. Die internationale Auseinandersetzung mit dem mehrdeutigen, sehr unterschiedlich definierten und in der Gesellschaft oft negativ behafteten Behinderungsbegriff hat dazu geführt, dass sich die Perspektive auf Krankheit und Gesundheit in den letzten Jahrzehnten grundlegend gewandelt hat.

Antriebskraft für diese Veränderungen bot die 2001 durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedete ICF, die ein differenziertes Verständnis von Behinderung und Gesundheit aufweist und dabei ausdrücklich eine Abkehr von der Defizitorientierung vertritt (vgl. Metzler/Wacker 2005, S. 128-131). Im Fokus steht neben der Teilhabe an der Gesellschaft (Partizipation) auch der Einfluss von Kontextfaktoren. Im bio-psycho-sozialen Modell der ICF wird Behinderung in der Wechselwirkung von körperlichen, geistigen oder seelischen Voraussetzungen und kontextbedingten Barrieren verstanden. Entscheidend sind demnach die Folgen und nicht die Tatsache einer Störung oder Schädigung körperlicher, psychischer und kognitiver Funktionen oder Strukturen (vgl. BMAS 2013, S. 30).

Diese Definition greift auch die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)

auf (UN-BRK Art. 1 Abs. 2). Behinderung kann sich durch Entfaltung personaler Ressourcen sowie gelingende Interaktion zwischen dem Individuum sowie seiner materiellen und sozialen Umwelt verstärken oder kompensieren (vgl. Abbildung 1).

Hierzu ein Beispiel: Ein genetischer Defekt (z. B. Trisomie 21), also eine medizinisch anerkannte geistige oder kognitive Beeinträchtigung, manifestiert sich auf der Ebene der Funktionen und der Strukturen. Diese führt in unterschiedlichem Maße zu einer verzögerten kognitiven und körperlichen Entwicklung. Darüber hinaus können viele Funktionen und Strukturen durch Folgeerkrankungen beeinträchtigt sein (Störungen von mentalen Funktionen, innere Krankheiten) (vgl. Seidel 2004, S. 15-17). Auf der Ebene der Tätigkeiten (Aktivitäten) einer Person wird das Ausmaß der bestehenden Funktionsstörungen bzw. Aktivitätseinschränkungen beschrieben. Bei Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung können sich Einschränkungen der Aktivitäten ergeben, z. B. im Bereich körperlicher Belastungsfähigkeit, bei der Fortbewegung, auf der Ebene der komplexen Aufgabenbewältigung am Arbeitsplatz (u. a. Umgang mit Stress/Zeitdruck) oder im Bereich der Krankheitsverarbeitung (fehlende Akzeptanz der Erkrankung oder Mitwirkung bei medizinischen Maßnahmen) (vgl. ebd., S. 15). Die soziale Beeinträchtigung, die daraus resultieren kann, wird in der ICF mit der Beeinträchtigung an der Teilhabe (Partizipation) an Lebensbereichen dargestellt. Hier kann es zu Benachteiligungen bei der Schulausbildung, im Arbeitsalltag oder in der Freizeit kommen, die zu interpersoneller und sozialer Isolierung bzw. zu Stigmatisierung führen können. Inwiefern diese

Beeinträchtigung den Alltag tatsächlich beeinflusst, hängt sowohl von den persönlichen Eigenschaften (personenbezogenen Faktoren) als auch von den Menschen und den Bedingungen in dem Umfeld sowie den gesellschaftlichen Normen ab. In Bezug auf die Gesundheit wären hier das soziale Netz sowie die Familie oder organisatorische und strukturelle Bedingungen der Gesundheitsversorgung zu nennen.

Gesundheit, Beeinträchtigung und Behinderung sind damit eng miteinander verbunden und werden in diesem Kontext auch immer gemeinsam berücksichtigt (vgl. WHO 2013). Gesundheit kann als eine der wichtigsten Voraussetzungen und Ressourcen für die Teilhabe von Menschen mit Behinderung am Leben in der Gesellschaft gesehen werden. Für den Personenkreis der Menschen mit einer geistigen Behinderung ergeben sich,

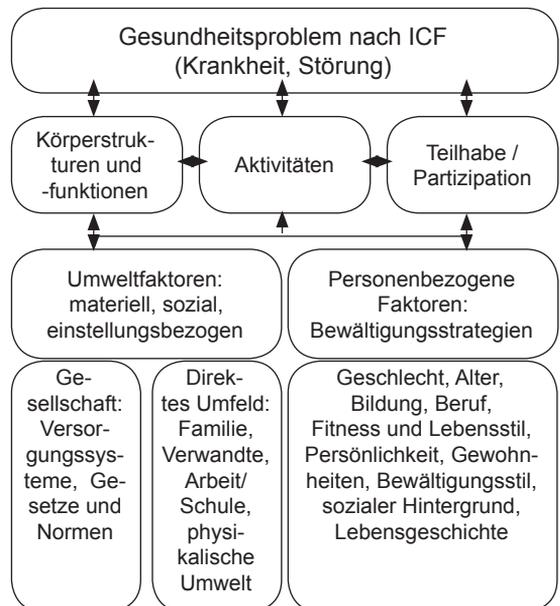


Abb. 1: Aufbau der ICF (in Anlehnung an WHO 2001; Cloerkes 2007, Köhncke 2009, eigene Darstellung)

wie im Beispiel angeführt, wesentliche Exklusionsrisiken, wenn es um die Gesundheitsversorgung und -bildung geht (vgl. Stöppler 2014, S. 129). So kann die geringe Teilhabe an allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen auf die fehlenden barrierefreien Informationen zurückgeführt werden, um nur eine mögliche Informationsbarriere zu nennen. Daraus kann ein fehlendes Gesundheitsverständnis resultieren, das mit fehlendem Wissen zum Beispiel über eine ausgewogene Ernährung, über bestimmte Krankheits-symptome oder über präventive Maßnahmen einhergeht. Hinzu kommen fehlende Sozialkontakte oder geringe körperliche Aktivität (vgl. Melville et. al 2007, S. 223ff.). Das Fehlen dieser notwendigen Kenntnisse, um relevante Entscheidungen zum Thema Gesundheit zu treffen, wird auch als unzureichende „Health Literacy“, die Fähigkeit grundlegende Gesundheitsinformationen und -dienste zu erhalten, zu verstehen und zu verarbeiten, verstanden (vgl. Stöppler 2014, S. 133). Das Exklusionsrisiko für Menschen mit einer geistigen Behinderung kann zudem durch fehlendes Verständnis für den eigenen Körper oder für Krankheiten erhöht werden. Hier sind geeignete Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und -bildung (z. B. Verbesserung der Körperwahrnehmung, Vorsorgeuntersuchungen in Leichter Sprache, Kochkurse und Ernährungsberatung, sowie barrierefreie Informationen zu Volkskrankheiten, wie Adipositas, Krebs oder Suchterkrankungen) als Beispiele zur Verbesserung der Teilhabechancen zu nennen. Inwiefern diese individuellen und personellen Barrieren auch in der Struktur des Gesundheitswesens verankert sind, zeigt sich bei einem Blick auf die Gesundheitsver-

sorgung von Menschen mit Behinderung allgemein.

2. UN-BRK und Gesundheitsversorgung

Im Artikel 25 der UN-BRK heißt es, dass der Zugang zu Gesundheitsdiensten unentgeltlich und erschwinglich ermöglicht und die „Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung“ gestellt werden soll, wie bei anderen Menschen (UN-BRK Art. 25 a). Das Angebot von Gesundheitsleistungen, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden, z. B. Früherkennung, ist sicherzustellen (vgl. ebd. Art. 25 b, Art. 26 a). Des Weiteren wird ein Höchstmaß an Unabhängigkeit durch frühestmögliche, multidisziplinäre und gemeindenahere Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme gefordert. Für die momentane Situation kennzeichnend sind drei Feststellungen des Deutschen Ärztetages zur medizinischen Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung, die:

- von einem Mangel an gut vorbereiteten Krankenhäusern, Ärzten, Therapeuten sowie Angehörigen der Gesundheitsfachberufe,
- über Probleme z. B. bei Symptomererkennung und Diagnosestellung, bei Umgang und Kommunikation, beim Thema Barrierefreiheit
- und über die wegbrechende Versorgung bei Eintritt ins Erwachsenenalter (für Kinder und Jugendliche gibt es spezialisierte Sozialpädiatrische Zentren)

berichten (vgl. DKI 2011, S. 5).

Ergänzend kann aus dem Entwurf eines Aktionsplans der WHO (2014-2021) ein Versorgungsdreieck (Recht, Dienstleistung, Handlungskonzepte und -strategien) abgeleitet werden, in dem auch die Thesen des Ärztetages zugeordnet werden können (vgl. WHO 2013). Konkret können durch unzureichende rechtliche Vorschriften Zugänge zu Gesundheitsdienstleistungen eingeschränkt werden. Zudem kann ein Mangel an qualifiziertem Personal die Dienstleistungserbringung beeinträchtigen. Fehlende Handlungskonzepte und -strategien können zu uneindeutigen Zuständigkeiten in der Finanzierung(sunterstützung) führen.

Hinzu kommt, dass es kaum wissenschaftlich fundierte Ergebnisse zur medizinischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung gibt, die einen Überblick über die Gesundheitssituation dieser Personengruppe ermöglichen. Eine erste explorative Studie des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) in ausgewählten Hamburger Bezirken von 2011 ergab, dass die genannten Probleme für Menschen mit geistiger Behinderung mit den Problemen anderer Patienten vielfach vergleichbar sind. So sind z. B. Informationsdefizite und unzureichende Kommunikation, fehlende Zuwendung und Empathie, Probleme bei der Arztsuche oder Schnittstellenprobleme zwischen Leistungssektoren Themen, die bei Menschen mit geistiger Behinderung größere Folgen haben können (vgl. DKI 2011, S. 40). Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung war bis Ende der 1980er Jahre vor allem dadurch gekennzeichnet, dass viele dieser Menschen in Einrichtungen, das heißt in Behindertenheimen lebten und dort speziell versorgt wurden. Erst in den 1990er

Jahren mit Reformen der Regionalisierung (z. B. „ambulant vor stationär“) waren die Änderungen nicht nur in der Finanzierung der Gesundheitsversorgung grundlegend, sondern auch auf struktureller Ebene deutlich (vgl. Schmidt-Ohlemann 2014, S. 27). Die Gesetzliche Krankenversicherung übernahm die allgemeine vertragsärztliche Versorgung, mit der Folge, dass Menschen mit geistiger Behinderung nicht länger durch spezialisierte Zentren betreut, sondern von niedergelassenen Vertragsärzten behandelt wurden. Von der Spezialisierung hin zur Regionalisierung und Dezentralisierung der gesundheitlichen Versorgung für Menschen mit Behinderung hieß das Credo. In der Diskussion um Fachärztemangel und zunehmende Lücken und Leistungsdefizite im Regelsystem geriet diese Reform bei den Fachverbänden für Menschen mit Behinderung neu in die Diskussion (vgl. Brühl 2009, S. 5). Erste Zweifel wurden geäußert, ob die teilweise benötigte fachspezifische Versorgung in Form von heterogenen Anforderungen im Gesundheitsverhalten (inkl. Prävention, Vorsorgeuntersuchungen) und in der Compliance sowie der daraus resultierende erhöhte Unterstützungsbedarf, durch die niedergelassenen Vertragsärzte ausreichend sicherzustellen sei (vgl. Bundesärztekammer 2009). Außerdem weisen die Fachverbände darauf hin, dass neben der Gesundheitspflege eine Gesundheitsförderung notwendig ist, um die Teilhabe zu unterstützen. Sie schlagen dafür eine teilhabeorientierte, gestufte Gesundheitspflege vor. Neben der bereits bestehenden hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung, soll zur Ergänzung ein spezialisiertes Versorgungsangebot eingerichtet werden (vgl.

Fachverbände 2011; vgl. Bundesärztekammer 2009).

3. Maßnahmen und Umsetzung

Die UN-BRK liefert mit Artikel 25 die Grundlage für die Neugestaltung der Gesundheitsversorgung von Menschen mit geistiger Behinderung. Hier heißt es, dass Gesundheitsleistungen angeboten werden sollen, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden, und zwar so gemeindenah wie möglich. Dass diese Forderung ein Fundament bekommt, belegt nicht nur auf internationaler Ebene der Entwurf des Aktionsplans der WHO (2013), sondern auch der Koalitionsvertrag der Bundesregierung vom 27.11.2013. Hier wird auf die besonderen Bedarfe dieser Personengruppe reagiert und eine gesetzliche Grundlage für Medizinische Behandlungszentren für erwachsene Menschen mit geistiger und schwerer Mehrfachbehinderung geschaffen (vgl. Schmidt-Ohlemann 2014, S. 26). Das Ziel dieser Zentren soll es sein, auf die speziellen Versorgungsbedarfe und Lücken im Regelsystem zu reagieren. Wie die DKI-Studie zeigt, sind es vor allem fehlende Barrierefreiheit (z. B. Räumlichkeiten, Sprache) sowie fehlende flächendeckende Angebote an Leistungserbringern (Haus- und Fachärzte, Krankenhäuser etc.) mit Erfahrung im Umgang mit oder medizinischem „Know-how“ für die Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung (sie werden weniger als gleichberechtigte Partner wahrgenommen), die eine ausreichende interdisziplinäre Versorgung und die Teilhabe an Gesundheit behindern (vgl. DKI

2011, S. 41). Die Gründung eines Gesundheitszentrums hätte ebenfalls den Vorteil, dass hier nicht nur auf spezielle Bedarfe von Menschen mit geistiger Behinderung Rücksicht genommen werden könnte, sondern auch auf die Folgen des demografischen Wandels und der Vielfaltsgesellschaft Deutschlands.

Ein „Design für alle“, wie es in Artikel zwei und neun der UN-BRK gefordert wird, würde nicht nur einer bestimmten Personengruppe gerecht werden, sondern auch den Diversitätsgedanken berücksichtigen und einer breiten Bevölkerung zugutekommen (vgl. UN-BRK, Art. 2, Art. 9). So profitieren z. B. Menschen mit Beeinträchtigungen von der Barrierefreiheit einer Arztpraxis (leichte Sprache, optische und akustische Signale, schwellenfreier Zugang etc.) ebenso wie Kinder, Eltern mit Kinderwagen, ältere Menschen oder Menschen, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, von diesen Änderungen. Die Etablierung spezialisierter Gesundheitszentren wäre demnach eine Möglichkeit, gesundheitsfördernde Maßnahmen für eine große Bevölkerungsgruppe anzubieten. Die Zentren würden nicht nur zur Vermeidung von Beeinträchtigungen führen, sondern auch für eine Verbesserung der Teilhabe sorgen, auch im Hinblick auf die zugrundeliegende Behinderung und nicht nur in Bezug auf die aktuelle Krankheit. Auch hier zeigen die Ergebnisse der DKI-Studie, dass neben mehr Gesundheitszentren vor Ort, die nicht nur Menschen mit geistiger Behinderung behandeln, auch Anlaufstellen, die ausschließlich auf Menschen mit geistiger und mit körperlicher Behinderung ausgerichtet sind, diesen twin-track-approach bestätigen. Die Fachverbände der Behindertenhilfe sprechen sich in die-

sem Zusammenhang für zielgruppenorientierte Ambulanzen zur Ergänzung des Regelsystems aus (vgl. Brühl 2009, S. 5).

Zudem könnten Fortbildungen für alle niedergelassenen Ärzte und eine inhaltliche Berücksichtigung im Medizinstudium dafür sorgen, dass eine gemeindenahere Versorgung erhalten bleibt (vgl. WHO 2013). Im Sinne der ICF und des vorgestellten Gesundheitsverständnisses, ist eine ganzheitliche Betrachtung des Menschen in seinem Lebensumfeld besonders zu berücksichtigen. Eine Einbindung der Familie oder des sozialen Netzes von Menschen mit geistiger Behinderung kann zum verbesserten Verständnis und zu mehr Vertrauen führen. Bessere Informationen durch die Ärzte (z. B. in Leichter Sprache, vor allem wenn spezielle Probleme oder Fragen auftauchen) und eine angepasste leichtere Versorgung mit Hilfsmitteln würde dieses Vertrauen noch verstärken (vgl. WHO 2013).

4. Fazit

Der Bedarf an den vorgestellten Zentren und die Etablierung eines bio-psycho-sozialen Verständnisses von Gesundheit scheinen unstrittig zu sein. Jedoch tauchen auch hier Ungewissheiten auf, die abschließend noch zu klären sind. Die Einrichtung spezialisierter medizinischer Zentren führt einerseits zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung für Menschen mit geistiger Behinderung, birgt aber auch die Gefahr, dass diese Gruppe gewissermaßen von vornherein an solche Zentren verwiesen wird und der Ausbau und die Qualifizierung der regulären Angebote und Strukturen vernachlässigt wird. Zudem würden Gesundheitszent-

ren eine Segregation darstellen, anstatt, wie in der UN-BRK gefordert, einen allgemeinen diskriminierungsfreien Zugang zu allen Gesundheitsdienstleistungen zu ermöglichen. Menschen mit geistigen Behinderungen würden „wieder“ in ein Sondersystem verwiesen werden, die Folge wäre Exklusion. Die Lösung wäre demnach ein inklusives Gesundheitswesen, welches einen Zugang für alle schaffen würde. Eine Kombination aus qualifizierten Ärzten und bereits existierenden Gesundheitszentren, die den Anforderungen vielfältiger Beeinträchtigungen gerecht werden, könnte den Schlüssel für die geforderte und benötigte Versorgung darstellen. Somit wäre eine adäquate, bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung Voraussetzung für die Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung. Diese Ausgestaltung hätte dann einen Wert für die gesamte Gesellschaft und würde auf eine breite Vielfalt reagieren können und der Satzung der WHO gerecht werden, wonach eine gute Gesundheit durch den Zugang zu rechtzeitiger, akzeptabler und bezahlbarer Gesundheitsversorgung in angemessener Qualität als Grundrecht jedes Menschen zu gewährleisten ist (vgl. WHO 2013).

Literatur

- BMAS - Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2013): Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Berlin
- Brühl, Peter (2009): Gesundheitsversorgung bei Menschen mit geistiger Behinderung. Vortrag beim Landesverband von Eltern-, Angehörigen- und Betreuerberäten in Werkstätten und Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung

- in NRW, 07.03.2009. Im Internet: www.lveb-nrw.de/Prof_Bruehl_Gesundheitsversorgung.pdf (Stand: 23.07.2014)
- Bundesärztekammer (2009): Gesundheit und soziale Teilhabe von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung in unserer Gesellschaft. Beschlussprotokoll 2009, Punkt IV, Gesundheit und soziale Teilhabe. Im Internet: www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.23.7184.7297.7298 (Stand: 29.07.2014)
- Cloerkes, Günter (2007): Soziologie der Behinderten: Eine Einführung. Heidelberg.
- DKI - Deutsches Krankheitsinstitut (2011): Die wohnortnahe medizinische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung in zwei Hamburger Bezirken. Kurzfassung der Ergebnisse der Pilotstudie im Auftrag der Ev. Stiftung Alsterdorf. Im Internet: www.dki.de/sites/default/files/downloads/kurzfassung_medizinischeversorgung-von-menschen-mit-behinderung.pdf (Stand: 29.07.2014)
- Fachverbände für Menschen mit Behinderung (2011): Konzept Gesundheitsversorgung. Gemeindenahe Gesundheitsversorgung für Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung. Im Internet: www.lebenshilfe.de/de/themen-fachliches/artikel/Gemeindenahe_Gesundheitsversorgung.php (Stand: 26.07.2014)
- Köhncke, Ylva (2009): Alt und behindert. Wie sich der demografische Wandel auf das Leben von Menschen mit Behinderung auswirkt. Berlin
- Melville, Craig A. / Hamilton, Sarah / Hankey, Catherine R. / Miller, Susan / Boyle, Susan (2007): The prevalence and determinants of obesity in adults with intellectual disabilities. In: *Obesity Reviews*, 8, 3, 223-230
- Metzler, Heidrun / Wacker, Elisabeth (2005): „Behinderung“. In: Otto, Hans-Uwe / Thiersch, Hans (Hrsg.): *Handbuch Sozialarbeit, Sozialpädagogik*. München, S. 118-139
- Schmidt-Ohlemann, Matthias (2014): Medizinische Zentren für erwachsene Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung – ein neues Element der Gesundheitsversorgung im Koalitionsvertrag. In: *Recht & Praxis*, H. 2, S. 26-39
- Seidel, Michael (2004): Vortrag - Qualifizierte Gesundheitsversorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung als Beitrag zur Förderung ihrer sozialen Teilhabe unter dem Aspekt der Zahn- und Mundgesundheit. Tagung: „Menschen mit Behinderungen – Stiefkinder der medizinischen Versorgung?“ 23. und 24. April in Berlin. Im Internet: www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/presse/sym/seid_pp.pdf. (Stand: 29.07.2014).
- Stöppler, Reinhilde (2014): Einführung in die Pädagogik bei geistiger Behinderung. München.
- UN-BRK – United Nations (2006): Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Deutsch: Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (Hrsg.): Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung. Convention of the United Nations on the rights of persons with disabilities – deutsch, deutsch Schattenübersetzung, englisch. Bonn 2010. Im Internet: www.behindertenbeauftragte.de/DE/Koordinierungsstelle/UNKonvention/UNKonvention_node.html (Stand: Stand: 06.10.2014)
- WHO (Hrsg.) (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Genf
- WHO (Hrsg.) (2013): Entwurf Aktionsplan 2014–2021 „Bessere Gesundheit für Menschen mit Behinderungen“. Im Internet: www.dvfr.de/fileadmin/download/Aktuelles/disability_action_plan_german.pdf (Stand: 04.09.2014)

*M.A. Stefan Schmidt
Technische Universität München
Lehrstuhl für Diversitätssoziologie
st.schmidt@tum.de*



*M.A. Sarah Reker
Technische Universität München
Lehrstuhl für Diversitätssoziologie
sarah.reker@tum.de*



Vera Tillmann

Gesund sein – gesund bleiben



In dem Heft geht es um Gesundheit.

„Gesundheit bedeutet, dass man sich körperlich, geistig und sozial wohl fühlt.“

Den Satz hat Hubert Raunjak geschrieben.

Für viele Menschen ist Gesundheit sehr wichtig.



Sie können Ihre Gesundheit fördern.

Zum Beispiel:

Überlegen: Was tut mir gut?

Sie können gesunde Lebens-mittel essen.

Sie können Sport machen.

Sie können Ihre Zähne putzen.

Die Beispiele hat „Mensch zuerst“ geschrieben.



Reinhilde Stöppler schreibt in diesem Heft über Zahn-Gesundheit:

Für Menschen mit Lernschwierigkeiten ist Zähne putzen manchmal schwierig.

Manchmal gibt es Barrieren.

Zum Beispiel:

Die Bewegungen beim Zähne putzen sind alleine schwer.

Auch die Zahnarzt-Praxis ist manchmal nicht barriere-frei.

Oder der Zahnarzt oder die Zahnärztin reden in schwerer Sprache.

Helfen können hier Bilder.

Oder Leichte Sprache.



Ärzte und Ärztinnen brauchen dafür Hilfe.

„Mensch zuerst“ hat dazu ein Projekt gemacht.

Das Projekt heißt „Gesundheit – leicht gemacht“



Es sind Schulungen mit Ärzten und Ärztinnen gemacht worden.

Damit wissen sie, was Menschen mit Lernschwierigkeiten wichtig ist.



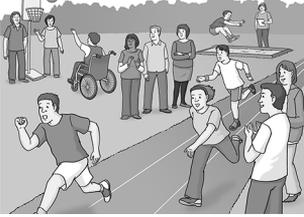
Reinhard Burtscher macht auch ein Projekt.

Das Projekt heißt GESUND!.

Damit sollen Menschen mit Lernschwierigkeiten Gesundheits-Helfer werden.

Sie können dann anderen Menschen mit Lernschwierigkeiten helfen.

Später können sie auch andere Menschen in ihrer Stadt helfen.



Selber für die Gesundheit zu sorgen, ist manchmal schwierig.

Das schreibt zum Beispiel Stefanie Frings.

Sie schreibt auch über „Healthy Athletes®“.

Das ist ein Programm von Special Olympics.

Das Programm hilft mehr Unterstützenden.

Nicht direkt Menschen mit Lernschwierigkeiten.

Stefanie Frings möchte, dass das anders wird.



Stefan Schmidt und Sarah Reker schreiben in diesem Heft über das Gesundheits-System.

Alle Menschen sollen daran teil-haben.

Besondere Arzt-Praxen für Menschen mit Lernschwierigkeiten möchten sie nicht.

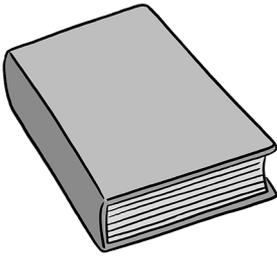
Sie möchten aber eine gute Versorgung.

Das sollen lieber alle Ärzte und Ärztinnen machen.

Für den Artikel habe ich Texte benutzt:

Burtscher, Reinhard (2014):

Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten. In: Erwachsenenbildung und Behinderung, H. 2, S. 4-11



Frings, Stefanie (2014): Du musst dein Ändern leben (können) – das Gesundheitsprogramm Healthy Athletes®. In: Erwachsenenbildung und Behinderung, H. 2, S. 12-19

Mensch zuerst (2012): Gesundheit – leicht gemacht. Im Internet:
<http://bidok.uibk.ac.at/library/menschzuerst-gesundheit-l.html>, (Stand 12.09.2014).

Raunjak, Hubert (2014): Im Internet: www.ichkann.cc/ueber-uns/ (Stand: 13.09.2014)

Schmidt, Stefan / Reker, Sarah (2014): Partizipation und Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung an Gesundheit. In: Erwachsenenbildung und Behinderung, H. 2, S. 26-32

Stöppler, Reinhilde (2014): Zahngesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung in Zeiten der Inklusion. In: Erwachsenenbildung und Behinderung, H. 2, S. 20-25

Die Bilder sind von:

© Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Bremen e.V.
Illustrator Stefan Albers, Atelier Fleetinsel, 2013

Vera Tillmann, Dipl.-Päd.
Ludwig Maximilians Universität München
Pädagogik bei geistiger Behinderung
und Verhaltensstörungen
vera.tillmann@lmu.de



Neues aus dem DIE

DIE-Forum kulturelle Bildung

Am 1. und 2. Dezember 2014 wird in Bonn das 17. DIE-Forum Weiterbildung mit dem Themenschwerpunkt »Kulturelle Bildung« ausgerichtet. In mehreren Vorträgen und Arbeitsgruppen kann sich das Fachpublikum in einem Diskurs über Kulturelle Bildung austauschen. Am ersten Tag wird Prof. Eckart Liebau (Institut für Pädagogik der Universität Erlangen-Nürnberg; UNESCO-Lehrstuhl für Kulturelle Bildung und Schirmherr des diesjährigen Innovationspreises) das Forum mit einem Vortrag zum Thema »Anthropologische Zugänge« eröffnen. Prof. Wiltrud Gieseke (Humboldt-Universität Berlin) wird in Ihrem Vortrag auf die Bedeutung sowie das Selbst- und Bildungsverständnis kultureller Erwachsenenbildung eingehen. Am zweiten Tag schließt Prof. Max Fuchs (ehem. Bundesakademie Remscheid) mit einem Vortrag zu den »Politischen Rahmenbedingungen der kulturellen Erwachsenenbildung« an. Mit dem »Preis für Innovation in der Erwachsenenbildung« werden im Rahmen des Forums drei Projekte der kulturellen Bildung prämiert. Sie spiegeln die verschiedenen Bereiche der Bildenden Kunst, der Darstellenden Kunst und der Musik wider. Die Gewinner/innen präsentieren auf der Preisverleihung ihre innovativen und nachhaltigen Angebote aus der Praxis der Erwachsenenbildung. Die Gewinnerprojekte erhalten ein vom W. Bertelsmann Verlag gesponsertes Preisgeld von 1000 Euro, zudem werden zwei Sonderpreise vergeben. Anmeldungen sind bis zum 14. November möglich über rishmawi@die-bonn.de.

Studie zu den Arbeitsbedingungen in der Weiterbildung – Umfrage des wb-personalmonitors abgeschlossen

Das Personal in der Weiterbildung spielt eine entscheidende Rolle dafür, dass lebenslanges Lernen gelingen kann. Über dessen Arbeitsbedingung ist jedoch nur wenig bekannt. Die Erhebung des wb-personalmonitors will Licht ins Dunkel bringen. Ziel ist es, transparent zu machen, wer in der Weiterbildung arbeitet und wie viele Menschen dort beschäftigt sind, wie ihre Tätigkeitsfelder und Arbeitsbedingungen aussehen, was ihre Aufgaben sind und welche Qualifikationen sie dafür mitbringen.

Um aussagekräftige Daten zu erhalten, waren alle Weiterbildungsanbieter und Beschäftigte bis August aufgerufen, sich an der Großerhebung zu beteiligen. Die Umfrage richtete sich an alle, die haupt- oder nebenberuflich in der Weiterbildung arbeiten. Über Hintergrund, Herausforderungen und Ziele der Personalstudie berichten die Projektleiter im Interview mit der „DIE Zeitschrift für Erwachsenenbildung“ www.diezeitschrift.de/32014/personal-01.pdf. Zudem wird das Projekt in einem Kurzfilm erläutert: <http://youtu.be/JE5c-PLpOXg>.

Die Befragung wird von Forscher/inne/n des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung – Leibniz-Zentrum für Lebenslanges Lernen e.V. (DIE), des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) und der Universität Duisburg-Essen (UDE) umgesetzt. Finan-

ziert wird das Forschungsprojekt vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Ergebnisse werden voraussichtlich im Sommer 2015 vorliegen. Weitere Informationen im Internet: www.wbpersonalmonitor.de.

wb.web kommt: Bertelsmann Stiftung und DIE vereinbaren Kooperation

Mitte 2015 werden die ersten Inhalte eines neuartigen Informationsportals für Praktiker zugänglich sein, das den Titel wb.web tragen wird. wb.web richtet sich an alle Lehrkräfte in der Erwachsenen- und Weiterbildung, und damit an eine Zielgruppe von geschätzt rund 400.000 Personen in Deutschland: Trainer/innen, Dozent/inn/en, Kursleitende, Teamer/innen oder Lernbegleiter/innen. Diese finden in wb.web Materialien zu allen Handlungsanforderungen von der Planung über die Durchführung bis zur Evaluation von Lehr/Lernprozessen. Zudem können sie sich miteinander vernetzen und zu fachlichen Fragen erwachsenenpädagogischen Handelns austauschen. Mit den Funktionen der Information und der Vernetzung sollen entsprechende Interessen der Zielgruppe befriedigt werden, wie sie in einer vorgeschalteten Bedarfserhebung ermittelt wurden (siehe den Beitrag von Sabine Digel in der „DIE Zeitschrift für Erwachsenenbildung“, H. 4/2014, S. 6). Die Inhalte des Portals sollen gebührenfrei zugänglich sein und stammen zu Teilen aus dem DIE, werden aus bereits bestehenden Angeboten Dritter eingebunden oder werden von den Nutzer/inne/n generiert. Das Portal stärkt somit die Verbreitung und Nutzung von Open Educational Resources im Bereich der Erwachsenenbildung.

wb.web ist ein Kooperationsvorhaben von DIE und Bertelsmann Stiftung, das später in den Regelbetrieb des DIE übergehen wird. Beide Organisationen haben sich in der Zielstellung getroffen, Qualität und Professionalität der Weiterbildung durch die Kompetenzentwicklung von Lehrenden zu stärken. Diese Zielgruppe hat zu Unrecht oft nicht im Fokus von Projekten zur Professionalisierung gestanden.

DIE gewinnt Esther Winther als zweite wissenschaftliche Direktorin – Erweiterung des Institutsvorstands auf drei Köpfe

Das Deutsche Institut für Erwachsenenbildung hat ab dem 1. Oktober 2014 mit Prof. Dr. Esther Winther eine weitere wissenschaftliche Direktorin. Prof. Winther erweitert den zukünftig dreiköpfigen Vorstand des Instituts mit dem wissenschaftlichen Direktor Prof. Dr. Josef Schrader und der kaufmännischen Direktorin Bettina Pröger. Mit der Besetzung einer weiteren wissenschaftlichen Leitungsstelle folgt das DIE einer Empfehlung des Senatsausschusses Evaluierung der Leibniz-Gemeinschaft aus dem Jahre 2012. Diese Empfehlung deckt sich mit dem Leitbild des Instituts, Serviceleistungen



Prof. Dr. Esther Winther

für Politik und Praxis der Erwachsenenbildung wissenschaftlich zu fundieren. Prof. Winther wird zugleich eine Professur für Erwachsenenbildung an der Kooperations-Universität Duisburg-Essen übernehmen.

Prof. Esther Winther kommt von der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Paderborn, wo sie seit 2010 den Lehrstuhl für Wirtschaftspädagogik innehatte. Sie studierte an der Georg-August-Universität Göttingen Wirtschaftspädagogik und wurde dort im Jahr 2005 promoviert. In den Jahren 2008 und 2009 forschte sie als Research Scholar an der School of Education der Stanford University, USA. 2009 wechselte sie als Assistant Professor an die Graduate School of Education der University of California in Berkeley (USA). Parallel dazu betreute sie für die Universität Göttingen das DFG-Projekt »Kompetenzorientierte Assessments in der kaufmännischen Berufsbildung«, das die in den PISA-Studien angewandten Methoden und Auswertungsstandards auf den Bereich der beruflichen Ausbildung übertragen sollte. 2010 habilitierte Esther Winther an der Philosophischen Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin zum Thema »Kompetenzmodellierung und Kompetenzmessung in der beruflichen Bildung« und erhielt die Venia legendi für das Fach Erziehungswissenschaften mit dem Schwerpunkt Wirtschaftspädagogik. Im gleichen Jahr übernahm sie die Professur für Wirtschaftspädagogik an der Universität Paderborn. Prof. Winther hat Forschungsschwerpunkte u.a. in der empirischen Lehr-Lernforschung sowie in der Modellierung, Messung und Förderung berufsrelevanter Kompetenzen. Sie legt großen Wert auf die Anwendungsrelevanz ihrer Arbeiten. Dies kommt u.a. in der Entwicklung von Lehr-Lern-Umgebungen zum Ausdruck, die individuelle Voraussetzungen und Interessen der Lernenden berücksichtigen, bzw. von Trainings- und Mentoringprogrammen für pädagogische Praktiker.

Fabian van Essen

Geringe Grundkompetenzen, Familienbildung und Inklusion

1. Einleitung

Mit dem *Programme for the International Assessment of Adult Competencies* (PIAAC) hat die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) diejenigen Kompetenzen Erwachsener untersucht, von denen angenommen wird, dass sie „für die erfolgreiche Teilhabe an der heutigen Gesellschaft von zentraler Bedeutung sind“ (PIAAC 2012, S.3). Darunter fassen die Autorinnen und Autoren die Lesekompetenz, die alltagsmathematische Kompetenz und technologiebasiertes Problemlösen. Personen, die keinen bzw. maximal einen Hauptschulabschluss vorweisen können, erzielten im PIAAC-Test im Durchschnitt sehr niedrige Lese- und alltagsmathematische Kompetenzwerte. Diese geringen Grundkompetenzen und niedrigen Bildungsabschlüsse tragen nach den PIAAC-Autorinnen und -Autoren zu einem Teufelskreis bei, mit dem eine benachteiligte Position auf dem Arbeitsmarkt sowie eingeschränkte Möglichkeiten des Lernens und des Kompetenzerwerbs auf dem Arbeitsmarkt einhergehen (vgl. PIAAC 2012, S. 16). Dieser Befund deckt sich mit zahlreichen Forschungsergebnissen zum Zusammenhang von formaler Bildung und Teilnahme am Arbeitsmarkt. Menschen mit niedrigen Bildungsabschlüssen sind im EU-Vergleich in Deutschland ganz besonders beim Zugang zum Arbeitsmarkt benachteiligt (vgl. Statistisches Bundesamt 2006, o.S.).

Im Rahmen der „leo. – Level-One Studie“ wurde festgestellt, dass in Deutschland 7,5 Millionen Erwachsene funktionale Analphabetinnen und Analphabeten sind. Sie können einfache Texte kaum lesen oder schreiben (vgl. Buddeberg/Euringer 2014, S. 21). Nach der PIAAC-Logik bedeutet dies, dass diese Menschen hinsichtlich einer gelingenden gesellschaftlichen Teilhabe erheblich gefährdet sind. Zudem heißt das: Geringe Grundkompetenzen sind kein Randthema, sondern ein zentrales gesellschaftliches Phänomen.

Ausgehend von diesen Befunden wird im Folgenden der Zusammenhang zwischen geringen Grundkompetenzen und gesellschaftlicher Teilhabe an der Nahtstelle des Übergangs von der Schule in den Beruf beleuchtet und Schlussfolgerungen für die Eltern- und Familienbildung als ein wichtiges Handlungsfeld werden in diesem Kontext dargestellt.

2. Gesellschaftliche Teilhabe aus der Perspektive ‚Lernbehinderter‘

Die Wahrscheinlichkeit, dass ein erheblicher Anteil der Gruppe der 7,5 Millionen funktionalen Analphabetinnen und Analphabeten ehemalige Schülerinnen und Schüler der Förderschule Lernen (so genannte ‚Lernbehinderte‘) sind, ist groß. 56,5 Prozent der Schulabgängerinnen und -abgänger ohne Hauptschulabschluss stammten im Jahr 2012 aus

Förderschulen, wobei der Großteil davon dem zahlenmäßig größten Förderschwerpunkt Lernen zuzuordnen ist (vgl. Bildungsbericht 2014, S. 92 und Web-Tabelle D7-2A). Die Gruppe der Hauptschulabschluss- und Ausbildungslosen ist in den letzten Jahren in der öffentlichen Wahrnehmung mehr und mehr in den Fokus gerückt; dass es sich dabei zu einem Großteil um ehemalige Schülerinnen und Schüler der Förderschule Lernen handelt, wird dabei allerdings selten ins Feld geführt.

Die Familien von 80-90 Prozent der Schülerinnen und Schüler mit dem Förderschwerpunkt Lernen gehören den unteren sozialen Milieus an (vgl. Wocken 2005). Es ist mittlerweile in der Fachdiskussion unumstritten, dass die Zuschreibung einer ‚Lernbehinderung‘ vor allem auf soziale Benachteiligungen, nicht jedoch auf angeborene Persönlichkeitsmerkmale zurückzuführen ist. ‚Lernbehinderung‘ wird deshalb als „sonderpädagogisches Fehlkonstrukt“ (Wüllenweber 2004, S. 77) bezeichnet. Im Kontext des Übergangs von der Schule in den Beruf greifen mit Blick auf diese Personengruppe *Benachteiligungsmechanismen auf mindestens drei Ebenen*: Ein Förderbedarf im Förderschwerpunkt Lernen bzw. eine ‚Lernbehinderung‘ verlieren mit dem letzten Schultag der Förderschule Lernen ihre Gültigkeit – die damit verbundenen Unterstützungssysteme fallen weg. Das bedeutet, dass Abgängerinnen und Abgänger der Förderschule Lernen im Wettstreit um Ausbildungs- und Arbeitsplätze zunächst in Konkurrenz zu den Ehemaligen aller anderen Schulformen treten – und zwar im *Besitz extrem niedrigwertigen Bildungskapitals*. Solchermaßen geringqualifiziert treffen sie auf einen

mehr und mehr *wissensfokussierten Arbeitsmarkt*. Einfache Tätigkeiten werden zunehmend in Billiglohnländer ausgelagert oder von Maschinen bzw. Computern durchgeführt (vgl. Biermann 2008). Für Menschen mit geringer Grundbildung führt dies zu massiven Zugangsschwierigkeiten trotz eines Mangels an Arbeitskräften in bestimmten Segmenten der Arbeitswelt. So werden auf der einen Seite derzeit Fachkräfte dringend gesucht und auf der anderen Seite finden arbeitssuchende junge Menschen mit geringer Grundbildung keinen Platz auf dem ersten Arbeitsmarkt. Drittens betreffen auch die *steigenden Individualisierungsaufforderungen* die Geringqualifizierten, gelten Biographien doch verstärkt als selbstkonstruiert bzw. selbstverschuldet: „Die andere Seite des ‚positiven Individualismus‘ jubilierender Selbstverwirklichung ist der ‚negative Individualismus‘ gnadenloser Selbstzurechnung“ (Bude 2008, S. 255). Misserfolge auf dem Ausbildungs- und auf dem Arbeitsmarkt führen zu Selbstverurteilungen, die letztlich mit einer Akzeptanz der benachteiligten Position einhergehen können – obwohl sich die vertikalen Ungleichheitsstrukturen und somit die milieuspezifischen Möglichkeitsräume in den letzten Jahrzehnten nicht verändert haben (vgl. Geißler 2009, S. 247).

Dieser Zusammenhang zwischen niedrigem Bildungskapital, wissensfokussiertem Arbeitsmarkt sowie zunehmenden Individualisierungsaufforderungen verdichtet sich zu einer Gesamtsituation, im Rahmen derer gesellschaftliche Teilhabe massiv eingeschränkt ist und Enttäuschungen vorprogrammiert sind. Interviews mit jungen Männern sechs bis acht Jahre nach dem Verlassen einer

Förderschule Lernen im Ruhrgebiet bestätigen dies (vgl. van Essen 2013). Es wurden ausschließlich Männer befragt, da der im Feld etablierte Gotthilf Hiller mit Blick auf die Beforschung der Werdegänge ehemaliger Förderschülerinnen und Förderschüler aufgrund der jeweiligen Besonderheiten Regionalbezug und Genderdifferenzierung empfiehlt (vgl. Hiller 2004, S. 116). Die Werdegänge der befragten jungen Männer auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt waren vor allem diskontinuierlich und lassen sich durch die Teilnahme am Übergangssystem (weitestgehend nicht erfolgreich vermittelt in den ersten Arbeitsmarkt), kurzzeitiges Jobben (häufig über Zeitarbeitsfirmen) sowie Phasen der Arbeitslosigkeit kennzeichnen. Der klassische Werdegang Schule-Ausbildung-Beruf ist für diese ehemaligen Förderschüler kaum zu erreichen. Im deutlichen Gegensatz dazu sind ihre Wünsche für die Zukunft stark geprägt von Merkmalen eines Lebens in bürgerlichem Zuschnitt. Eine Feststellung, solide Wohnverhältnisse, ein harmonisches Familienleben, bescheidene, geordnete, klare und gesicherte Lebensverhältnisse sind der Traum der jungen Männer – ein Gegenentwurf zu den prekären und unsicheren Lebensverhältnissen, die sie fast alle kennen. Die ehemaligen Förderschüler wollen keine außergewöhnliche soziale Positionierung, sondern vor allem nichts anderes außer gewöhnlich sein. Für diesen Entwurf sind sie bereit, Anstrengungen auf sich zu nehmen. Sechs bis acht Jahre nach ihrer Schulzeit ist das Erreichen bürgerlicher Lebensverhältnisse allerdings bei den meisten der jungen Männer stark gefährdet. Einen Grund dafür sehen viele der Interviewten in der rigiden Zerti-

fikatsfixierung im Kontext des Übergangs von der Schule in den Beruf. Der Vorwurf lautet: Wir erhalten gar nicht erst die Chance, uns *zu beweisen* – unabhängig von unseren Schulabschlüssen. Dabei ist den jungen Männern klar, welche Rolle eine abgeschlossene Berufsausbildung hinsichtlich der Möglichkeiten für eine selbstbestimmte Gestaltung des eigenen Lebens innehat. Sie ist „eine Perspektive für das Leben“, so formuliert es der ehemalige Förderschüler Marcel (Name geändert) (vgl. van Essen 2013, S. 214). Eine solche Perspektive fehlt den meisten der befragten Förderschüler. Sie fühlen sich abgeschnitten von den Möglichkeiten, die sie sich für ihr Leben erhofft haben:

„Und da fühl ich mich so außerhalb, weil man halt nicht viel Geld hat, (...), man kämpft zwar, also ich zumindest kämpfe, aber man kommt da nicht gegen an, richtig. Ist wie so eine Wand, finde ich, weil man halt, äh, immer ausgeschlossen ist, so ein bisschen. Man kann sich nicht mal, äh, ins Café setzen, das ist ja schon Teilhabe (...). Da fühlt man sich ausgeschlossen, und ich finde einfach, äh, das ist traurig und das ist einfach nicht schön. Da kann man nicht an der Gesell-, das ist keine Teilhabe an Gesellschaft, find ich, obwohl das im Grundgesetz halt so drin steht. Das Sozialgesetz sagt, das Leute halt am Leben teilnehmen sollen, und das ist ja überhaupt nicht mehr möglich“ (Interview 14, Zeile 862 ff.; vgl. van Essen 2013, S. 240).

Stephane (Name geändert) beschreibt einen Widerspruch zwischen rechtlich verankertem Teilhabeversprechen sowie

faktischen Teilhabemöglichkeiten, die vor allem auf ökonomischem Kapital fußen.

3. BRK und PIAAC: unterschiedliche Teilhabeverständnisse

Dieser Widerspruch lässt sich übertragen auf die Semantiken der UN-Behindertenrechtskonvention und solcher Vergleichsstudien wie PISA und PIAAC. Auf der einen Seite steht ein menschenrechtliches Verständnis von Teilhabe (UN-Behindertenrechtskonvention) und auf der anderen Seite ein gesellschaftlich-wirtschaftliches Teilhabeverständnis (PISA, PIAAC) (vgl. Basendowski 2014, S. 194). Auf der einen Seite wird das uneingeschränkte *Recht* auf Teilhabe deklariert, auf der anderen Seite werden Teilhabe*chancen* prognostiziert. Während in der UN-Konvention die „volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft“ (UN-Konvention, Artikel 3c) ein allgemeiner menschenrechtlicher Grundsatz ist, ist bei PIAAC eine erfolgreiche gesellschaftliche Teilhabe *voraussetzungsreich* (aufgrund der Notwendigkeit des Erreichens bestimmter Kompetenzniveaus). Mit den Grundsätzen der UN-Konvention ist die von PIAAC ausgehende Verengung der Auseinandersetzung mit Grundkompetenzen auf eine marktökonomische Perspektive nicht vereinbar. Gesellschaftliche Teilhabe dürfte demnach nicht abhängig vom Erreichen bestimmter Kompetenzniveaus sein, die mit zertifizierten Bildungsabschlüssen honoriert werden. Gerade mit Blick auf den Übergang von der Schule in den Beruf lässt sich eine solche Zertifikatsfokussierung aus inklusiver

Perspektive kritisieren: „Unter Inklusion müssten (...) Barrieren fallen, die durch fehlende Abschlüsse in der Gesellschaft gegenwärtig bestehen“ (Basendowski 2014, S. 195).

Dieser Widerspruch zwischen menschenrechtlichem sowie gesellschaftlich-wirtschaftlichem Teilhabeverständnis ist Ausdruck für ein zentrales Spannungsverhältnis, das sich zu Ungunsten inklusionsorientierter Transformationsprozesse auswirken könnte: „Wenn Schulen und Lehrkräfte allein gelassen werden und sich gesellschaftlich ein eher neoliberales Konzept von Schule durchsetzt, dann wird Inklusion ebenfalls sehr schnell als Überforderung empfunden. Die Furcht vor einem schlechten Abschneiden bei Vergleichsarbeiten führt auch hierzulande zu einem zunehmenden Druck auf die Schulen, der dazu führt, dass inklusive Werte als nicht realisierbar angesehen werden“ (Werning 2010, S. 287). Eine solche Outcome-Steuerung stabilisiert weiter den engen Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft und Bildungserfolg. Sie ist Ausdruck dafür, dass „Bildung mehr und mehr auf den Erwerb von marktgängigen Qualifikationen (...) und zugleich als ‚Bringschuld‘ betrachtet [wird]“ (Kronauer 2010, S. 16). Im Nachteil sind dabei diejenigen, die aufgrund ihrer familiären Sozialisation weniger voraussetzungsreich als ihre Mitschülerinnen und Mitschüler an Schule teilnehmen und deshalb einer solchen ‚Bringschuld‘ weniger gut entsprechen können. Sozialer Vererbung wird damit Vorschub geleistet. Auch im Rahmen der PIAAC-Studie wurde festgestellt, „dass besonders in Deutschland das Kompetenzniveau auch im Erwachsenenalter noch stark vom elterlichen Bildungshintergrund geprägt ist“

(PIAAC 2012, S. 16). Diesen Zusammenhang zu durchbrechen und soziale Mobilität zu ermöglichen, ist ein wesentliches Ziel von Inklusion.

4. Eltern- und Familienbildung als inklusionsförderliche Prävention

Welchen Beitrag kann die Erwachsenenbildung mit Blick auf Inklusion und im Besonderen mit Blick auf die Ergebnisse der PIAAC-Studie leisten? Für die Erwachsenenbildung bedeutet die Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention wie für andere Bildungsbereiche auch die Aufforderung, allen Menschen den gleichberechtigten Zugang zu den Bildungsangeboten zu ermöglichen. Auch für die Erwachsenenbildung gilt, dass sich dies „nur im Rahmen eines umfassenden Organisationsentwicklungsprozesses umsetzen lässt“ (Ditschek/Meisel 2012, S. 31). Dabei geht es vor allem um die Ermöglichung der Teilnahme an Erwachsenenbildung *für alle* sowie um die Entwicklung inklusiver Bildungsformate. Inklusionsförderliches Präventionspotential birgt ein Bereich der Erwachsenenbildung, der in der Inklusionsdebatte bislang weniger stark in den Fokus gerückt ist: die Eltern- und Familienbildung. Der frühkindlichen Bildung wird mehr und mehr ein hoher Stellenwert beigemessen, denn in den ersten Lebensjahren finden Entwicklungs- und Lernprozesse statt, die Bildungsbiographien nachhaltig beeinflussen. Zentraler Entwicklungs- und Lernort ist dabei die Familie: „Insbesondere in der frühen Kindheit lernen Kinder spielerisch in alltäglichen Situationen durch die Auseinandersetzung mit ihrer

Umwelt. Dabei ist die Familie der Ort, an dem Kinder üblicherweise nicht nur ihre ersten, sondern auch ungemein viele elementare Bildungserfahrungen machen. Diese frühen Lernerfahrungen wirken sich langfristig auf ihre Bildungsmotivation und Entwicklungschancen aus“ (Bildungsbericht 2014, S. 46). Insofern könnte die Eltern- und Familienbildung einen Beitrag dazu leisten, das Bedingungsgefüge von sozialer Herkunft, formalem Bildungserfolg und Möglichkeitsspielräumen auf dem Arbeitsmarkt zu entkräften. So haben z. B. bezeichnenderweise diejenigen befragten ehemaligen Förderschüler subjektiv zufriedenstellende Werdegänge auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt durchlaufen, die als einzige in der Befragungsgruppe von stabilen, wertschätzenden und förderlichen Familienzusammenhängen berichtet haben.

Allerdings ist hinsichtlich der Eltern- und Familienbildung ein „Präventionsdilemma“ zu konstatieren: „Allgemeines Kennzeichen dieses sozialen Dilemmas der Elternbildung ist, dass gerade Eltern, die einen erhöhten Bedarf an Begleitung und Beratung in Erziehungsfragen haben, durch bestehende Elternbildungsangebote kaum oder schwer zu erreichen sind“ (Bittlingmayer/Bauer 2005, S. 273). Im Gegensatz dazu werden die Angebote der Eltern- und Familienbildung vor allem von Menschen aus den mittleren und oberen sozialen Milieus in Anspruch genommen. Dies ist auch eine Folge der Bemühungen um möglichst universelle Angebote im Bereich der Eltern- und Familienbildung. Daraus resultiert ein breites Angebot für Eltern und Familien, deren Unterstützungsbedarf vergleichsweise gering ist, sowie ein knappes Angebot für die Familien aus den unteren

sozialen Milieus. Was muss hinsichtlich dieser Familien beachtet werden? Eine solchermaßen milieuspezifische Eltern- und Familienbildung sollte *aufsuchende Bildungsarbeit* sein. Die persönliche Ansprache durch vertraute Personen ist gerade bei denjenigen, die selbst schlechte Erfahrungen mit den Institutionen des Bildungssystems gesammelt haben, erfolgsversprechender als bspw. Hochglanzbroschüren. Dementsprechend stellt gelingende *Beziehungsarbeit* einen wichtigen Erfolgsfaktor dar. Bei der Anbahnung von Angeboten sowie der Gewinnung von Eltern und Familien gilt es, Schlüsselpersonen und Schlüsselinstitutionen im Stadtteil, die die Lebenswelt der Zielgruppe kennen und dort akzeptiert sind, als Fürsprecherinnen und Fürsprecher zu gewinnen (vgl. Bremer/Kleeman-Göhring 2012, S. 23 ff.). Weiter sind *an der Lebenswelt orientierte Lernorte* zu berücksichtigen, die die Teilnahme-Schwelle organisatorisch und motivational möglichst niedrig halten. Was das konkret bedeutet, kann sich von Stadt zu Stadt, von Viertel zu Viertel oder gar von Straßenzug zu Straßenzug voneinander unterscheiden. Ein ganz zentraler Punkt für das Gelingen einer so verstandenen Bildungsarbeit ist die Professionalität der handelnden Pädagoginnen und Pädagogen. Sie muss vor allem geprägt sein von *pädagogischer Reflexivität*. „Das bedeutet, dass es im Sinne pädagogischer Professionalität nötig ist, die eigene Milieuzugehörigkeit bzw. den eigenen ‚Habitus‘ zu reflektieren“ (Bremer/Kleeman-Göhring 2012, S. 23). Die möglichen *Inhalte* von Eltern- und Familienbildung sind vielfältig, bereitet sie doch „auf Phasen und Situationen in der Familienentwicklung durch Information und Erwei-

terung von Handlungskompetenzen vor“ (Pettinger/Rollik 2005, S. 14).

5. Fazit

Mit Blick auf die entscheidende Funktion der Familie im Zusammenhang mit frühkindlichen Lern- und Entwicklungsprozessen sollte die Stärkung der Eltern in ihrer Rolle als ständige Lern- und Entwicklungsbegleiterinnen und -begleiter im Alltag einen zentralen Aspekt in der Eltern- und Familienbildung darstellen (wie z. B. im Rahmen der Angebote ‚family-Programm‘ oder ‚HIPPY‘). Eine so verstandene und milieuspezifisch ausgerichtete Eltern- und Familienbildung kann einen wichtigen Beitrag leisten zur Förderung von Bildungsgerechtigkeit, zur Inklusion und zum Abbau sozialer Ungleichheit. Allerdings sind starke bildungspolitische Impulse notwendig, um den Stellenwert sowie die Möglichkeiten von Eltern- und Familienbildung substantiell zu befördern.

Literatur

- Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2014): Bildung in Deutschland 2014. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zur Bildung von Menschen mit Behinderungen. Bielefeld
- Basendowski, Sven (2014): Grundbildung – Ein Konzept für alle in einem inklusivem Bildungssystem? Erste Befunde und Schlussfolgerungen. In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete. H. 3, S. 191-204
- Bauer, Ullrich / Bittlingmayer, Uwe H. (2005): Wer profitiert von Elternbildung? In: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation. H. 3, S. 263-280

- Biermann, Horst (2008): Pädagogik der beruflichen Rehabilitation. Eine Einführung. Stuttgart
- Bremer, Helmut / Kleemann-Göhring, Mark (2012): Familienbildung, Grundschule und Milieu. Eine Expertise im Rahmen des Projekts: Familienbildung während der Grundschulzeit. Sorgsame Elternschaft „fünf bis elf“. Im Internet: www.familienbildung-in-nrw.de/content/projekte/familienbildung__schule/broschueren/ (Stand 15.08.2014)
- Buddeberg, Klaus / Euringer, Caroline (2014): Kompetenzforschung zur Grundbildung Erwachsener. In: Erwachsenenbildung und Behinderung. H. 1, S. 19-24
- Bude, Heinz (2008): Das Phänomen der Exklusion. Der Widerstreit zwischen gesellschaftlicher Erfahrung und soziologischer Rekonstruktion. In: Heinz Bude / Andreas Willisch (Hrsg.): Exklusion. Die Debatte über die „Überflüssigen“. Frankfurt am Main, S. 246-260
- Ditschek, Eduard Jan / Meisel, Klaus (2012): Inklusion als Herausforderung für die Organisation. Auf dem Weg zur inklusiven Erwachsenenbildung, Teil I. In: DIE Zeitschrift für Erwachsenenbildung. H. 2, S. 30-33
- familY-Programm. Im Internet: www.buddy-ev.de
- Geißler, Rainer (2009): Kein Abschied von Klasse und Schicht. Ideologische Gefahren der deutschen Sozialstrukturanalyse. In: Heike Solga / Justin Powell / Peter A. Berger (Hrsg.): Soziale Ungleichheit. Klassische Texte zur Sozialstrukturanalyse. Frankfurt am Main/New York, S. 239-249
- Hiller, G. (2004): Riskante Lebenslagen und Lebensverläufe junger Menschen als Bildungsschicksale begreifen und aktiv mitgestalten. In: Annette Schavan (Hrsg.): Bildung und Erziehung. Perspektiven auf die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen. Frankfurt am Main, S. 105-130
- Hippy. Im Internet: www.hippy-deutschland.de
- Kronauer, Martin (2010): Einleitung – Oder warum Inklusion und Exklusion wichtige Themen für die Weiterbildung sind. In: Kronauer, Martin (Hrsg.): Inklusion und Weiterbildung. Reflexionen zur gesellschaftlichen Teilhabe in der Gegenwart. Bielefeld, S. 9-24
- Pettinger, Rudolf / Rollik, Heribert (2005): Familienbildung als Angebot der Jugendhilfe. Rechtliche Grundlagen - familiäre Problemlagen - Innovationen. Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin/Bonn
- Rammstedt, Beatrice u.a. (2013): PIAAC 2012: Die wichtigsten Ergebnisse im Überblick. Im Internet: www.gesis.org/fileadmin/piaac/Downloadbereich/PIAAC_Zusammenfassung.pdf (Stand 15.08.2014)
- Statistisches Bundesamt (2006): Niedriger Bildungsabschluss verringert Berufschancen. Pressemitteilung Nr. 384 vom 15.09.2006. Wiesbaden
- van Essen, Fabian (2013): Soziale Ungleichheit, Bildung und Habitus. Möglichkeitsräume ehemaliger Förderschüler. Wiesbaden
- Werning, Rolf (2010): Inklusion zwischen Innovation und Überforderung. In: Zeitschrift für Heilpädagogik. H. 8, S. 284-292
- Wocken, Hans (2005): Andere Länder, andere Schüler? Vergleichende Untersuchungen von Förderschülern in den Bundesländern Brandenburg, Hamburg und Niedersachsen (Forschungsbericht). Mai 2005. Im Internet: bidok.uibk.ac.at/download/wocken-forschungsbericht.pdf (Stand: 15.08.2014)
- Wüllenweber, Ernst (2004): Lernbehinderung – zwischen Realität und Konstrukt. In: Winfried Baudisch / Marion Schulze / Ernst Wüllenweber (Hrsg.): Einführung in die Rehabilitationspädagogik. Stuttgart, S. 76-104

*Dr. Fabian van Essen
Leitung familY-Programm
buddY E.V. –
Forum Neue Lernkultur
fabian.vanessen@buddy-ev.de*



Werner Schlummer

Als Instrument der Geschichte den Zeitgeist widerspiegeln 25 Jahre Zeitschrift „Erwachsenenbildung und Behinderung“

Die Zeitschrift „Erwachsenenbildung und Behinderung“ (ZEuB) spiegelt den jeweils gegenwärtigen Zeitgeist wider – und indem sie als „Zeit-Schrift“ das Phänomen der Veränderung aufgreift, wird sie selbst zu einem Instrument der Geschichte. Zu dieser Einschätzung kommt eine wissenschaftliche Arbeit, die alle Ausgaben der ZEuB – seit ihrem ersten Erscheinen 1990 bis zu den beiden Heften des Jahrgangs 2013 – untersucht hat. Die beiden Autorinnen Carolin Schmiedeberg und Daniela Weber haben sich der Thematik im Rahmen ihrer Examensarbeit im Lehramtsstudiengang Sonderpädagogik an der Universität zu Köln gewidmet. Ausgerichtet haben sie ihre qualitative Analyse des Organs der Gesellschaft Erwachsenenbildung und Behinderung (GEB) auf die umfassende Thematik „Erwachsenenbildung für Menschen mit geistiger Behinderung im historischen Wandel“.

Mit Hilfe der Forschungsmethode der qualitativen Inhaltsanalyse gehen die beiden Autorinnen der Frage nach, inwieweit die Zeitschrift den historischen Wandel der Erwachsenenbildung für Menschen mit einer geistigen Behinderung widerspiegelt oder wo sie bisher noch zurückhaltend informiert hat. Als Grundlage der präzisen Untersuchung dient den beiden ehemaligen Kölner Studierenden das von ihnen entwickelte Kategoriensystem, in dem sie den sechs Hauptkategorien (Beruf, Bildung, Freizeit, Inklusion/Integration, Medien/Multimedia und Politik) insgesamt 42 Unterkategorien zuordnen. Mit dieser Methode untergliedern sie das

breite Themenspektrum der Zeitschrift und ermöglichen gleichzeitig einen umfassenden Überblick über die verschiedenen Facetten der Erwachsenenbildung. Diese Systematik verdeutlicht ferner, wie der gesamte historische Wandel betrachtet wird – und nicht nur der gegenwärtige Standpunkt. Durch das forschende Vorgehen der Autorinnen wird ebenfalls deutlich, wie Zeit sich als eine sich verändernde Größe präsentiert. Zeit bleibt auch im Kontext von Erwachsenenbildung nicht stehen; vielmehr beschreibt sie einen Veränderungsprozess, der vielfältige Aspekte des Wandels widerspiegelt. Für die Kölner Forscherinnen ist es somit sinnvoll, einen Blick in die Vergangenheit der Erwachsenenbildung zu riskieren, um die Gegenwart besser zu verstehen und gegebenenfalls daraus auch Konsequenzen für die Zukunft abzuleiten.

Für die theoretische Fundierung ihrer Analyse nutzen die Autorinnen ein Gerüst, in das sie Erläuterungen zu relevanten und zentralen Begriffen im Kontext von Erwachsenenbildung integrieren: Von A wie Assistenz bis P wie Persönliches Budget. Zu den insgesamt elf sinnvoll ausgewählten Begriffen erläutern sie bedeutsame Teilaspekte; die einzelnen Begriffsklärungen schließen sie jeweils mit einem kurzen Fazit ab.

1. Appelle an die GEB

Neben vielen Detailhinweisen und -informationen zu einzelnen Begriffen und Kategorien, die sie anhand der Zeitschriftenanalyse unter die Lupe genommen haben, äußern sich die Kölner Sonderpädagoginnen auch grundsätzlich zum Engagement der GEB. In Bezug auf aktuelle bildungspolitische Diskussionen und Forderungen nach inklusiver Bildung im Kontext der UN-Behindertenrechtskonvention sprechen Schmiedeberg und Weber der GEB eine bedeutende Rolle zu, indem sie in ihrem Diskussionskapitel formulieren: „Gerade im Zuge der Öffentlichkeitsarbeit zeigt sich, dass im Bereich der schulischen Bildung ein hohes Maß an Informationen vorhanden ist, dass jedoch der Bereich Erwachsenenbildung noch kaum Resonanz in der öffentlichen Diskussion gefunden hat. (...) Hier zeigt sich ein deutlicher Handlungsbedarf, der viele offene Fragen mit sich bringt. Beispielsweise ist es fraglich, inwieweit es Aufgabe der GEB ist, im Zuge ihrer Öffentlichkeitsarbeit auch Menschen außerhalb der Geistigbehindertenpädagogik darüber aufzuklären, dass inklusive Erwachsenenbildung die Zukunft darstellt, rechtlich geregelt ist und wie sich diese im Einzelnen gestalten kann.“ Im Zusammenhang mit der Bedeutung der Didaktik weisen die beiden Forscherinnen darauf hin, dass diese gerade im Bereich Erwachsenenbildung für Menschen mit geistiger Behinderung kaum vorhanden sei, obwohl sie ein grundlegendes Instrument der Bildungsangebote darstelle. „Auch wenn die Hauptverantwortung zu dieser Thematik nicht bei der GEB liegt“, so die Autorinnen, „wäre es wünschenswert, mit konkreten didaktischen

Modellen auf potenzielle Erwachsenenbildner an der VHS zuzugehen. Dies würde eventuelle Barrieren auf Seiten der Kursleiter, welche bisher noch keine Berührungspunkte mit Menschen mit Behinderungen hatten, abbauen und so die Bereitschaft, ein Kursangebot zu leiten, erhöhen.“

In Bezug auf die Leserschaft der ZEuB merken Schmiedeberg und Weber kritisch an, dass Menschen mit Behinderung zwar auch Mitglieder der GEB werden könnten und dann die Zeitschrift erhielten, dass jedoch überwiegend die einzelnen Beiträge sehr wissenschaftlich aufgebaut seien und dadurch ihre Verständlichkeit erschwert werde. Die Autorinnen verweisen aber auch auf die Tatsache, dass vereinzelt Beiträge in Leichte Sprache übersetzt wurden; dies zeige, dass die GEB diese Problematik erkannt habe, eine kontinuierliche Umsetzung jedoch offensichtlich nicht geleistet werden könne. Hier sehen sie allerdings in Verbindung mit dem Anspruch auf eine barrierefreie Sprache eine aktuelle Brisanz und einen entsprechenden Handlungsbedarf.

2. Einzelergebnisse

Bezogen auf die sechs Hauptkategorien präsentieren Schmiedeberg und Weber folgendes Fazit:

- Anhand der Kategorie „Beruf“ wird deutlich, dass die GEB die berufliche Lebenswelt von Menschen mit Behinderung thematisiert; berufliche Bildung stellt aber nur einen Teilaspekt dar, dem eine Art Überleitungsfunktion zu dem breiten Spektrum des Weiterbildungssektors zukommt.

- Die Analyse der Kategorie „Bildung“ zeigt eine gute Verteilung zwischen Fortbildung und Qualifikation von Kursleitenden und Menschen mit Behinderung. Hier wird im Rückblick auf den historischen Kontext das veränderte Verständnis von Kompetenzen deutlich. Verwunderlich bleibt allerdings die geringe Trefferquote des Begriffs „Lebenslanges Lernen“, da im Zusammenhang mit Erwachsenenbildung diese Forderung eine der wichtigsten Kriterien darstellt.
- Ein historischer Wandel ist in der Kategorie „Freizeit“ besonders erkennbar: die Tendenz von rein musisch-therapeutischen Angeboten geht hin zu einer aktiven inklusiven Freizeitgestaltung. Dabei wird deutlich, dass Freizeit durchaus einen Aspekt der Weiterbildung darstellt. Jedoch thematisiert die ZEuB in erster Linie die Forderung nach Inklusion in diesem Bereich, anstatt ein Spektrum an Angeboten aufzuzeigen oder didaktische Möglichkeiten zu eröffnen.
- Eine historische Betrachtung ist besonders ergiebig bei der Kategorie „Inklusion/Integration“. Viele der in der Analyse ausgewerteten Diagramme veranschaulichen den Weg von der Normalisierung über die Integration hin zur Inklusion. An dieser Kategorie zeigt sich das besondere Interesse der GEB an inklusiver Bildung. Beiträge mit internationalen Bezügen eröffnen zudem neue Blickwinkel.
- Als „Randthema“ kann die Kategorie „Medien/Multimedia“ bezeichnet werden. Doch auch hier ist der historische Wandel erkennbar – besonders im aktuellen Heft von 2013. Die Analysen der Diagramme deuten auf ein zunehmendes Interesse an der Thematik hin, welches in den nächs-

ten Ausgaben eventuell Berücksichtigung findet.

- Bei der Kategorie „Politik“ zeigt sich, dass die GEB sich für eine politische Bildung für Menschen mit geistiger Behinderung einsetzt. Hervorzuheben sind hier Beiräte von und mit Menschen mit Behinderung, die dazu beitragen, politische Mitwirkung zu erfahren durch das Eintreten für eigene Interessen zu gestalten.

Literatur

Schmiedeberg, Carolin / Weber, Daniela (2014): Erwachsenenbildung für Menschen mit geistiger Behinderung im historischen Wandel – Betrachtung anhand einer qualitativen Zeitschriftenanalyse. Unveröffentl. Examensarbeit, Humanwissenschaftl. Fakultät der Universität zu Köln

*Dr. phil. Werner Schlummer
Wissenschaftl. Mitarbeiter
Universität zu Köln
Arbeitsbereich
Geistigbehindertenpädagogik
werner.schlummer@uni-koeln.de*



„Erwachsenenbildung reloaded!“

Ein Zwischenruf zum Bericht „Bildung in Deutschland 2014“

Wussten Sie, dass im neuesten Bildungsbericht des Bundesministeriums für Bildung und Forschung: „Bildung in Deutschland 2014“, der Begriff „Erwachsenenbildung“ nur vier Mal verwendet wird, davon zwei Mal in der Nennung des Namens des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung (DIE), ein Mal im Zusammenhang der PIAAC-Ergebnisse als „Erwachsenenbildungsdiskussion“ (S. 149) und ein weiteres Mal „zur Qualitätskontrolle von Erwachsenenbildungsinstitutionen“ (S. 156)?

Fazit: Erwachsenenbildung ist unzeitgemäß, antiquiert und von gestern.

Wussten Sie, dass dagegen der Begriff „Weiterbildung“ im Bildungsbericht 2014 insgesamt 513 Mal vorkommt? Das gibt uns zu Denken.

Im Unterschied zur Erwachsenenbildung, die alle Formen des organisierten Lernens von erwachsenen Menschen einschließt (inkl. berufliche Bildung und das Nachholen von schulischer Bildung bzw. von schulischen Abschlüssen) rückt der Begriff Weiterbildung das Lernen von Erwachsenen immer und unweigerlich in die Nähe der beruflichen Weiterqualifizierung. Bildung soll sich vor allem monetär auszahlen. Aber Vorsicht: Der Slogan: „Bildung zahlt sich aus“, kann auch anders gelesen werden. Wer trotz Weiterbildung „ausgezahlt“ wird, kann nach Hause gehen. Er wird nicht mehr gebraucht.

In der Literatur werden die Begriffe Erwachsenenbildung und Weiterbildung in der Regel additiv gebraucht und dann als Schrägstrichvariante geschrieben: „Erwachsenenbildung / Weiterbildung“



(vgl. Online-Wörterbuch Erwachsenenbildung 2010; Tippelt/Hippel 2011). Der Bildungsbericht der Bundesregierung meint auf solche Differenzierung verzichten zu können. Das habe schon seine Ordnung, könnte man meinen. Dann werden die beiden Begriffe Erwachsenenbildung und Weiterbildung eben synonym gebraucht. Doch dem ist mitnichten so. Vielmehr erfolgt eine Verengung des Blickwinkels auf beruflich verwertbare Bildung. Das ist insofern fatal, weil es neben dem „Bildungsbericht“ noch den „Berufsbildungsbericht“ gibt, die Schwerpunktsetzung im allgemeinen Bildungsbericht also gerade in die andere Richtung gehen müsste. Es handelt sich somit keineswegs um einen rein theoretischen Streit um Begriffe, sondern um eine, wie wir meinen, fatale Tendenz, die sich in der Bildungsforschung

breit macht, weil sie unser gesamtes Bildungswesen durchzieht.

Welche gravierenden Folgen eine solche Tendenz zeitigt, wird im „Bildungsbericht 2014“ besonders deutlich, wenn in dem Teil „Menschen mit Behinderung im Bildungssystem“ auf 46 Seiten zwar viel von Diagnostik, Rehabilitation, von Übergängen in Berufsausbildung und Studium, aber fast überhaupt nicht von öffentlich verantworteter Erwachsenenbildung die Rede ist. Als symptomatisch für diese Art der Berichterstattung greifen wir folgenden Satz heraus:

„Angebote in der Weiterbildung für Menschen mit Behinderungen existieren außerhalb der für Erwachsene prinzipiell zugänglichen Weiterbildungsangebote privater und öffentlicher Träger am ehesten im Bereich beruflicher Rehabilitation“ (Bildungsbericht, S. 174).

Mehr Geringschätzung der „für Erwachsene prinzipiell zugänglichen Weiterbildungsangebote“, die dann mit dem Begriff Erwachsenenbildung zu fassen wären, geht nicht. Dabei sind gerade diese Angebote, die zwar im Prinzip auch für alle Menschen mit Behinderung zugänglich sind, bei denen sich aber bei genauem Hinsehen nicht selten unüberwindliche Barrieren auftun, für viele Menschen mit Behinderung besonders wichtig.

Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen, die im Auftrag der Regierung einen Bildungsbericht mit dem Schwerpunkt Menschen mit Behinderung zusammenstellen, sollten sich der Bildungsbedürfnisse dieser Menschen bewusst sein. Die Rede von der Weiterbildung, die sich angeblich für alle und jeden „auszahlt“, ist aber inzwischen so dominant geworden, dass man über andere Funktionen von Bildung offensichtlich gar nicht mehr

nachzudenken wagt. In diesem Sinne plädieren wir dafür, dass der Begriff Weiterbildung in seiner Bedeutung wieder auf das beschränkt wird, was er tatsächlich meint, nämlich berufliche Weiterbildung und dass Erwachsenenbildung sich von der Vereinnahmung durch Weiterbildung emanzipiert. Wir brauchen ein neues Denken, eine neue Kampagne in der Bildungsforschung – eine Art „Erwachsenenbildung 2.0“. Entsprechend brauchen wir eine Bildungsberichterstattung, die die beanspruchte „Leitidee der Bildung im Lebenslauf“ (ebd. S. 2) ernst nimmt und sich bei der Auswahl ihrer Indikatoren nicht nur an empirischer Messbarkeit, sondern eben auch an dieser Leitidee orientiert. In diesem Sinne: „Erwachsenenbildung releoded!“

Literatur

- Arnold, Rolf / Nolda, Sigrid / Nuissl, Ekkehard (Hrsg.) (2010): Wörterbuch Erwachsenenbildung. 2., überarb. Aufl. Bad Heilbrunn. Im Internet: www.wb-erwachsenenbildung.de/online-woerterbuch (Stand: 12.10.2014)
- Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2014): Bildung in Deutschland 2014. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zur Bildung von Menschen mit Behinderung. Bielefeld. Im Internet: www.bildungsbericht.de/daten2014/bb_2014.pdf (Stand: 09.10.2014)
- Tippelt, Rudolf / Hippel, Aiga von (Hrsg.) (2011): Handbuch Erwachsenenbildung/ Weiterbildung. 5. Aufl. Wiesbaden

Berlin, im September 2014

*Karl-Ernst Ackermann
Reinhard Burtscher
Eduard Jan Ditschek*

Unsere Schwerpunktthemen in der „DIE Zeitschrift für Erwachsenenbildung“

Jährlich werden zwei Schwerpunktthemen in der vom Deutschen Institut für Erwachsenenbildung – Leibniz-Zentrum für Lebenslanges Lernen (DIE) herausgegebenen „DIE – Zeitschrift für Erwachsenenbildung“ und in der von der Gesellschaft Erwachsenenbildung und Behinderung e.V., Deutschland (GEB) herausgegebenen Zeitschrift „Erwachsenenbildung und Behinderung“ parallel bearbeitet.

DIE Zeitschrift für Erwachsenenbildung, Themenheft „Gesundheit“. 21/2014, H. 2

Aus dem Stichwort: „Gesundheit“

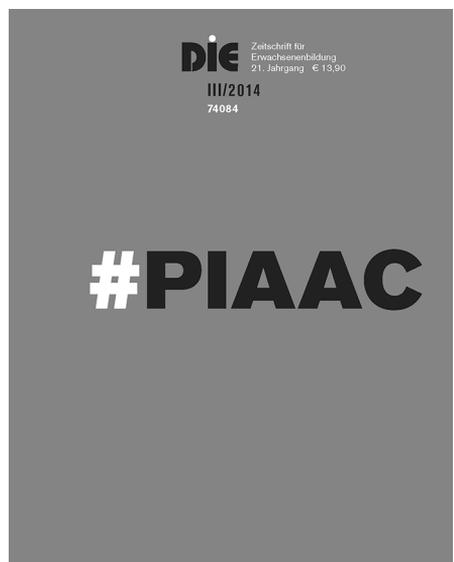
... Gesundheitskompetenz ... umfasst die kognitiven Fähigkeiten und sozialen Fertigkeiten eines Individuums, sich Zugang zu Informationen zu verschaffen und sie so verstehen und nutzen zu können, dass sie zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit beitragen. ... Sie schließt die Fähigkeit ein, Gesundheit im täglichen Leben zu managen, tragfähige gesundheitliche Entscheidungen zu treffen, Gesundheitsbelange zu kommunizieren und sich so im Gesundheitssystem zu bewegen, dass es bestmöglich genutzt werden kann. ... (*Peter Brandt*)



DIE Zeitschrift für Erwachsenenbildung, Themenheft „PIAAC“. 21/2014, H. 3.

Aus dem Stichwort: „Kompetenzen“

Der moderne Begriff Kompetenz wird seit den sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts benutzt, um die selbstorganisierte, kreative Handlungsfähigkeit von Individuen oder kollektiven Subjekten, insbesondere die Kernkompetenzen von Unternehmen und Organisationen, zu kennzeichnen. ... Man kann ohne Übertreibung von einem Siegeszug des Kompetenzdenkens sprechen. Hinter diesem Siegeszug des Kompetenzdenkens in Pädagogik, Ökonomie und Politik verbirgt sich nicht weniger als ein grundlegender Wandel des Weltbilds im letzten Viertel des 20. Jahrhunderts, der weit in die Zukunft reichen wird. ... (*John Erpenbeck*)



Literatur (2013 – 2014)

Die Literaturliste zum Thema Erwachsenenbildung und Inklusion wurde von der Bibliothek des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung – Leibniz-Zentrum für Lebenslanges Lernen e.V. (DIE) für diese Zeitschrift zusammengestellt.

Autorengruppe Bildungsberichterstattung: Bildung in Deutschland 2014. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zur Bildung von Menschen mit Behinderungen. Bielefeld 2014, XII, 342 Seiten

Bremer, Helmut: Inklusive Bildung. Ein neues Konzept in langer Tradition. In: Bildungsforschung 2020 – Herausforderungen und Perspektiven. Dokumentation der Tagung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung vom 29.-30. März 2012. Berlin 2014, S. 290-294

Biermann, Horst / Fischer, Erhard / Heimlich, Ulrich / Kahlert, Joachim / Lelgemann, Reinhard (Hrsg.): Inklusion im Beruf. Stuttgart 2014, 230 Seiten

Bundesarbeitskreis Arbeit und Leben: Benachteiligungen abbauen – auf dem Weg zu einer sozial gerechten Welt. Jahrbuch 2013: politische Jugendbildung von Arbeit und Leben gegen Diskriminierung und soziale Spaltung. Wuppertal 2014, 79 Seiten

Ditschek, Eduard Jan / Weiland, Meike: Barrierefreie Weiterbildung – Standards und Defizite. In: Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.): Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2013. Informationen und Analysen zur Entwicklung der beruflichen Bildung. Bonn 2013, S. 322-327

Döling, Katja: Inklusion beim Übergang von der Schule in den Beruf. Personenbezogene Planung und Selbstbestimmung. Hamburg 2014, 329 Seiten

Fediuk, Friedhold: Etwas wagen und verantworten. Inklusive Ansätze im Klettern. In: Erleben und lernen, 22/2014, Heft 2, S. 8-12

Gag, Maren / Voges, Franziska (Hrsg.): Inklusion auf Raten. Zur Teilhabe von Flüchtlingen an Ausbildung und Arbeit. Münster [u.a.] 2014, 302 Seiten

Geiger, Gunter / Lengsfeld, Michaela (Hrsg.): Inklusion – ein Menschenrecht. Was hat sich getan, was kann man tun? Leverkusen 2014, 240 Seiten

Hensen, Gregor / Küstermann, Burkhard / Maykus, Stephan / Riecken, Andrea / Schinnenburg, Heike / Wiedebusch, Silvia (Hrsg.): Inklusive Bildung. Organisations- und professionsbezogene Aspekte eines sozialen Programms, Weinheim [u.a.] 2014, 328 Seiten

Hinrichs, Anke: Inklusion durch Herausforderung – am Beispiel von gemeinsamen Segeltörns auf einem Großsegler. In: Erleben und lernen, 22/2014, Heft 2, S. 13-17

Imort, Peter / Niesyto, Horst (Hrsg.): Grundbildung Medien in pädagogischen Studiengängen. München 2014, 370 Seiten

Kastner, Monika / Bock, Marion: Kompetenzfeststellung in Sozialen Integrationsunternehmen: Das Projekt KOMKOM. Stärkung der Lernvoraussetzungen und Chance für (Höher-)Qualifizierung. In: Magazin Erwachsenenbildung.at, 2014, Heft 21, S. 10-17

Kuhlmann, Julia (2013): Ein sprachwissenschaftlicher Blick auf das Konzept der ‚Leichten Sprache‘ (Master-Arbeit). Münster (Im Internet: www.alpha-archiv.de/fileadmin/PDFs/Qualifizierungsarbeiten/Masterarbeit_Kuhlmann_Copy.pdf, Stand: 09.10.2014)

Kuhlmann, Julia (2013): Zum Konzept der Leichten Sprache. Erkenntnisse aus der Verständlichkeitsforschung. In: Alfa-Forum, H. 84, S. 11-15

Noack, Winfried: Inklusion und Exklusion in der funktional differenzierten und globalisierten Gesellschaft. Berlin 2014, 382 Seiten

Schattenmann, Eva: Inklusion und Bewusstseinsbildung. Die Notwendigkeit bewusstseinsbildender Maßnahmen zur Verwirklichung von Inklusion in Deutschland. Oberhausen 2014, 224 Seiten

Schlucher, Jan-René: Medien, Bildung und Inklusion. (Rahmen) Curriculare Perspektiven für die Lehrerbildung. In: Peter Imort / Horst Niesyto (Hrsg.): Grundbildung Medien in pädagogischen Studiengängen. München 2014, S. 351-364

Schuppener, Saskia / Bernhardt, Nora / Hauser, Mandy / Poppe, Frederik (Hrsg.): Inklusion und Chancengleichheit. Diversity im Spiegel von Bildung und Didaktik. Bad Heilbrunn 2014, 356 Seiten

Szabadi-Heine, Andrea: Mittendrin statt nur dabei. Erlebnisorientierte Angebote als Beitrag zur Inklusion. In: Erleben und Lernen, 22/2014, Heft 2, S. 18-20

Tiemann, Heike: Inklusion in der Erlebnispädagogik. Eine einführende Betrachtung. In: Erleben und lernen, 22/2014, Heft 2, S. 4-7

van Essen, Fabian (2013): Soziale Ungleichheit, Bildung und Habitus. Möglichkeitsräume ehemaliger Förderschüler. Wiesbaden

Wansing, Gudrun / Westphal, Manuela (Hrsg.): Behinderung und Migration: Inklusion, Diversität, Intersektionalität. Wiesbaden 2014, 361 Seiten

Wemßen, Fabian: Das persönliche Budget. Entwicklungsstand in Deutschland und im europäischen Ausland. In: Sozial extra, 38/2014, Heft 3, S. 6-9

Wolters, Minka: Besonders normal: Wie Inklusion gelebt werden kann. Berlin 2014, 200 Seiten

Tagungen (Oktober 2014 – Mai 2015)

Inklusion braucht Rehabilitation

Kongress der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR)

23. – 24. Oktober 2014, Berlin

www.dvfr.de/index.php?id=1972#c4021

12. Gesundheitspflege-Kongress

24. – 25. Oktober 2014, Hamburg

www.heilberufe-online.de/kongress/veranstaltungen/hamburg2014/programm.php

Invest in Future - Zukunftskongress für Bildung und Betreuung

27. – 28. Oktober 2014, Stuttgart

www.invest-in-future.de

9. bundesweite Fachtagung des Berufsverband Heilerziehungspflege

27. – 29. Oktober 2014, Bonn

www.berufsverband-hep.de

Aktionsplan erstellen leicht gemacht! – Umsetzung der BRK vor Ort

Tagesworkshop des Bundesverbandes evangelische Behindertenhilfe (BeB)

28. Oktober 2014, Kassel-Wilhelmshöhe, Haus der Kirche

www.beb-ev.de/inhalt/tagesworkshop-aktionsplan-erstellen-leicht-gemacht

Perspektive Didaktik - Bildung in erweiterten Lernwelten

10. wbv Fachtagung mit integriertem BarCamp

29. – 30. Oktober 2014, Bielefeld, Ravensberger Spinnerei

www.die-bonn.de/weiterbildung/veranstaltungskalender

Work-Life-Balance

Selbstmanagement und Selfcare

29. – 30. Oktober 2014, Berlin

www.sfb.berlin-brandenburg.de

Worlddidac Basel 2014 / Didacta Schweiz

29. – 31. Oktober 2014, Basel

www.worlddidacbasel.com/en-US.aspx

29. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Funktionelle Entspannung A.F.E.

07. – 09. November 2014, Rothenburg ob der Tauber

www.afe-deutschland.de

Auf dem Weg zu einer „Musikschule für Alle“

Verband deutscher Musikschulen

7. – 9. November 2014, Loccum

www.musikschulen.de

XIV. Interdisziplinäre Fachtagung Legasthenie und Dyskalkulie

Motto: Erfolgreich fördern mit Mut und Kompetenz

08. November 2014, Gießen

www.lvl-hessen.de

Kunst- und Kulturvermittlung in Europa

3. Treffen des Netzwerks Kulturelle Bildung und Integration
10. – 11. November 2014, Genshagen, Stiftung Genshagen
www.stiftung-genshagen.de/home.html

Digital und vernetzt – Gestaltung von Lernumgebungen mit digitalen Medien unter entgrenzten Bedingungen

DGfE – Herbsttagung der Sektion Medienpädagogik
13. – 14. November 2014, Augsburg, Neue Stadtbücherei
herbsttagung-mp-dgfe14.phil.uni-augsburg.de

Diversity Konferenz 2014

13. – 14. November 2014, Berlin
www.diversity-konferenz.de

Interpädagogica

Bildungsfachmesse für Lehrmittel, Ausstattung, Kultur und Sport - von der Kleinkindpädagogik bis hin zum kreativen, lebensbegleitenden Lernen
13. – 15. November 2014, Wien
www.interpaedagogica.at

Global Education Week (GEW)

Motto: Ernährungssicherheit – Lebensmittelverschwendung
15. – 23. November 2014, Wiesbaden
www.wusgermany.de/index.php?id=24&L=0

Fachtagung Alphabetisierung

19. November 2014, München
Information: roswitha.siegl@vhs-bayern.de

Interkulturelle Kompetenz und Toleranz im Engagement

Stiftung Mitarbeit
28. – 29. November 2014, Bielefeld
www.mitarbeit.de/interkult_kompetenz_2014.html

DGPPN Kongress 2014

Motto: Von der Therapie zur Prävention
27. – 30. November 2014, Berlin
www.dgppn.de/dgppn-kongress2013.html

Kulturelle Bildung

17. DIE-Forum Weiterbildung
01. – 2. Dezember 2014, Bonn
www.die-bonn.de/weiterbildung/veranstaltungskalender

Inklusion 2025 – Zukunftskongress der Aktion Mensch

2. – 3. Dezember 2014, Berlin
www.aktion-mensch.de/presse/termine/detail.php?id=906

Mehr Teilhabechancen für Menschen mit geistiger Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf – Anforderungen an die Reform der Eingliederungshilfe

Gemeinsame Fachtagung der Deutschen Heilpädagogischen Gesellschaft (DHG) und der Deutschen Gesellschaft für Seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB)

29. – 30. Januar 2015, Berlin

www.dhg-kontakt.de/pdf/DHG-DGSGB-Tagung_Ankuendigungstext.pdf

Werkstatt Forschungsmethoden in der Erwachsenenbildung/Weiterbildung 2015

13. Workshop der „AG Weiterbildungsforschung“ der Sektion Erwachsenenbildung der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGfE) in Kooperation mit dem Deutschen Institut für Erwachsenenbildung (DIE)

17. – 18. Februar 2015, Wiesbaden, Wilhelm-Kempf-Haus

www.die-bonn.de/weiterbildung/veranstaltungskalender

didacta – die Bildungsmesse 2015

24. – 28. Februar 2015, Hannover

www.didacta-hannover.de

Kongress Armut und Gesundheit

Motto: Gesundheit gemeinsam verantworten

05. – 06. März 2015, Berlin, Technische Universität (TU)

www.armut-und-gesundheit.de

Tag der Logopädie 2015 und Symposion zum Tag der Logopädie 2015

06. – 07. März 2015, Salzburg

www.logopaediaustria.at

Werkstätten:Messe 2015

Motto: Inklusion und Netzwerk für Menschen mit Behinderung

12. – 15. März 2015, Nürnberg

www.werkstaettenmesse.de

Die 66 - Deutschlands größte 50plus Messe!

17. – 19. April 2015, München

www.die-66.de

REHAB - 18. Internationale Fachmesse für Rehabilitation, Therapie und Prävention

23. – 25. April 2015, Karlsruhe

www.rehab-karlsruhe.de

Internationaler Kongress „Lernen in der Praxis“

04. – 06. Mai 2015, Brugg-Windisch, Schweiz

www.lernen-in-der-praxis-2015.ch

Jubiläums-Auftakt in Heidelberg

Mit einem festlichen Auftakt im Senatsaal der Pädagogischen Hochschule (PH) Heidelberg begann am 26. April 2014 das 25-Jahre-Jubiläum der GEB. Der Einladung an die PH Heidelberg, dem Wirkungsort des GEB-Gründungspräsidenten Prof. Herbert Höss (1922-2011), waren mehr als dreißig Mitglieder gefolgt, von denen einige bereits bei der Gründung der GEB im Mai 1989 in Hamburg mit dabei waren. Dr. Maria Bruckmüller aus Wien, Vizepräsidentin des Gründungs-Präsidiums, konnte zwar nicht anreisen, übermittelte jedoch ein Grußwort, das die Jubiläumsgäste begeistert aufnahmen. Nach der Begrüßung durch Gastgeber Prof. Dr. Theo Klauß (PH Heidelberg) und nach einführenden Worten von Prof. Dr. Harald Goll und Dr. Hans Furrer entstand zwischen den versammelten Mitgliedern – unter ihnen die ehemaligen GEB-Präsidentinnen Erdmute Baumgart-Höss, Anna Rieg-Pelz und Gaby Kagemann-Harnack sowie der ehemalige Präsident Werner Ludwigs-Dalkner – ein intensives Gespräch, in dem nicht nur wesentliche Aspekte aus der Geschichte der GEB gemeinsam erinnert, sondern auch künftige Aufgabenstellungen – insbesondere im Blick auf die Herausforderungen inklusiver Erwachsenenbildung – diskutiert wurden.

Das Ergebnis dieses Treffens wurde von Dr. Werner Schlummer in einer Pressemitteilung (siehe unten) zusammengefasst, die geringfügig verändert in der Zeitschrift des Deutschen Institutes für Erwachsenenbildung („DIE Zeitschrift für Erwachsenenbildung“, 2014 Heft III, Seite 12) und auch in der Fachzeitschrift der Lebenshilfe „Teilhabe“ (2014 Heft 4) veröffentlicht wurde (siehe auch unsere Homepage: www.geseb.de).

Wir danken Frau Prof. Dr. Karin Terfloth und Herrn Prof. Dr. Theo Klauß von der PH Heidelberg, dass wir in Kooperation mit ihnen an diesem Ort tagen konnten, von dem so nachhaltige Impulse zur Entwicklung der GEB ausgingen und auch weiterhin ausgehen.

Pressemitteilung: Inklusive Erwachsenenbildung in öffentlicher Verantwortung. Forderungen und Aktivitäten der GEB

Jeder Mensch hat das Recht auf Bildung und lebenslanges Lernen. Daraus ergibt sich ein Anspruch, der die Erwachsenenbildung in ihren vielfältigen Bereichen und Aktivitäten seit langem prägt und fordert. Die UN-Behindertenrechtskonvention hat dieses Recht für erwachsene Menschen mit Behinderung durch den Artikel 24 ausdrücklich festgestellt und bestätigt. Die UN-BRK verpflichtet die Unterzeichnerstaaten – und Deutschland hat



von links nach rechts: (1) Prof. Dr. Theo Klauß und GEB-Präsident Prof. Dr. Karl-Ernst Ackermann; (2) Bernhard Frei, Erdmute Baumgart-Höss, Gaby Kagemann-Harnack und Dr. Hans Furrer; (3) Werner und Dörte Ludwigs-Dalkner; (4) Prof. Dr. Harald Goll, Dr. Werner Schlummer, Dr. Eduard Jan Ditschek (Fotos: Anna Rieg-Pelz)

die Konvention 2009 mit der Ratifizierung zu geltendem Recht gemacht – ein inklusives Bildungssystem aufzubauen. Auch für Menschen mit Behinderung ist ein freier Zugang zum Bildungssystem zu gewährleisten.

Von der Realisierung eines Systems inklusiver Erwachsenenbildung ist die konkrete Bildungslandschaft in Deutschland allerdings weit entfernt. Das Ergebnis einer wbmonitor-Umfrage von 2012 – durchgeführt vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) und dem Deutschen Institut für Erwachsenenbildung (DIE) – verweist darauf, dass Menschen mit Behinderungen, die über 15 Jahre alt sind, in den Einrichtungen der Erwachsenenbildung unterrepräsentiert sind (wbmonitor 2013).

Mit dieser Einschätzung, den damit verbundenen Schwierigkeiten und entsprechenden Konsequenzen daraus hat sich die „Gesellschaft Erwachsenenbildung und Behinderung“ (GEB) auf ihrem Treffen Ende April in Heidelberg befasst. Dieses Treffen fand anlässlich des 25-jährigen Bestehens der GEB in Kooperation mit der Pädagogischen Hochschule Heidelberg statt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer setzten sich mit den für eine inklusive Erwachsenenbildung erforderlichen organisatorischen Rahmenbedingungen und Kompetenzen auseinander und forderten eine flächendeckende Realisierung des Rechts auf lebenslanges Lernen auch für Menschen mit Behinderung.

Seit ihrer Gründung 1989 setzt sich die GEB für Zielsetzungen ein, wie sie sich heute in der UN-BRK widerspiegeln. Die GEB hat in der Vergangenheit ihr Engagement, ihre Positionen und Ziele im Rahmen von Fachtagungen und Positionspapieren bzw. durch die eigene Zeitschrift „Erwachsenenbildung und Behinderung“ zum Ausdruck gebracht. Beispielhaft seien hier das „Berliner Manifest“ oder die Schrift „Grundsätze und Standpunkte der GEB“ genannt. Zentrale Botschaft dieser Publikationen, vor allem aber auch der vielen von der GEB organisierten und durchgeführten Fachtagungen, ist die Betonung der Bildungsfähigkeit aller Menschen und die Notwendigkeit, Bildungsprozesse zu realisieren, die der Tatsache Rechnung tragen, dass Bildung auch für Menschen mit Behinderung als zentraler Sinn des Lebens und zugleich als Motor kultureller Entwicklung anzusehen ist. Dieser Aufgabenstellung und Selbstverpflich-

tung entsprechend, verdeutlichten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Heidelberger Veranstaltung wesentliche Aktivitäten und Forderungen:

- Weiterbildungsgesetze der Bundesländer müssen die Vorgaben der UN-BRK berücksichtigen und „angemessene Vorkehrungen“ für die Realisierung eines inklusiven Systems der Erwachsenenbildung schaffen.
- Die Volkshochschulen als Hauptträger der Erwachsenenbildung in öffentlicher Verantwortung müssen die Umsetzung inklusiver Erwachsenenbildung flächendeckend in Angriff nehmen, und die Volkshochschulverbände müssen dafür entsprechende Richtlinien und Hilfen bereitstellen.
- Die GEB bringt ihr umfassendes Know-how in die Beratung von Bildungsträgern und Verbänden ein, um die Gestaltung eines inklusiven Systems der Erwachsenenbildung zu begleiten.
- Die GEB schafft durch Veranstaltungen (Fachtagungen) und Publikationen ein Forum zum innovativen Austausch über Erfahrungen mit inklusiver Erwachsenenbildung.

In der UN-BRK als einer rechtlich verbindlichen Vereinbarung wird die Bedeutung der Bildung gerade für Menschen mit Behinderung besonders hervorgehoben. Die Fragen, die sich daraus für die allgemeine Erwachsenenbildung in öffentlicher Verantwortung ergeben, greift die GEB bei ihrer nächsten Fachtagung auf, die vom 10. – 11. Juli 2015 im Münchner Kultur- und Bildungszentrum Gasteig stattfinden wird. Die Veranstaltung widmet sich der Thematik: „Inklusive Erwachsenenbildung in öffentlicher Verantwortung“ und wird gemeinsam mit den Kooperationspartnern Münchner Volkshochschule GmbH und Ludwig-Maximilians-Universität München durchgeführt. Unter anderem werden Veranstalter aus unterschiedlichen Erwachsenenbildungskontexten Beispiele inklusiver Bildungsveranstaltungen präsentieren. Informationen zur Fachtagung stellt die GEB auf ihrem Internetportal (www.geseb.de) bereit. Noch in diesem Jahr, dem Jubiläumsjahr der Gesellschaft Erwachsenenbildung und Behinderung, präsentiert die GEB als Band 11 ihrer „Schrägen Reihe“ eine Jubiläumsschrift, die Historisches, Konzeptionelles und Perspektivisches zur Thematik Erwachsenenbildung und Behinderung zusammenstellt.

Neues Fortbildungsangebot der GEB

Endlich ist es soweit! Im März 2015 startet das neue Fortbildungsangebot „Dozent/Dozentin für inklusive Erwachsenenbildung“, das die GEB in Kooperation mit dem VIA-Qualifizierungszentrum in Berlin durchführt.

Diese Fortbildung richtet sich an Interessenten aus Einrichtungen der Behindertenhilfe und aus der allgemeinen Erwachsenenbildung, die sich für die Dozententätigkeit in inklusiver Erwachsenenbildung qualifizieren wollen. Die Fortbildung ist in Module gegliedert, die von erfahrenen Referenten gestaltet werden. Bestandteil der Fortbildung sind Hospitationen in Kursen der Erwachsenenbildung. Die Fortbildung wird mit einer Facharbeit und deren Präsentation in dem dreitägigen Kolloquium abgeschlossen. Die Fortbildung besteht aus folgenden Modulen:

1. Theoretische Kompetenz (16.03.-20.03.2015)
2. Personale Kompetenz (09.11.-13.11.2015)
3. Methodisch-didaktische Kompetenz (29.02.-04.03.2016)
4. Organisationskompetenz – Bildungs- und Sozialmanagement (19.09.-23.09.2016)
5. Kolloquium (25.01.-27.01.2017)

Mit diesen Modulen wird in wesentliche Grundlagen für erwachsenenbildnerische Professionalität eingeführt. An unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen (Haltungen, Behinderung, Übergang in den Ruhestand, berufliche Bildung, Biografiearbeit usw.) werden entscheidende Handlungskompetenzen exemplarisch vermittelt. Der Lernprozess in den Modulen wird durch Selbstlernprozesse und Reflexion von Praxiserfahrungen in regionalen Arbeitsgruppen ergänzt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer schließen die Fortbildung mit einem Projekt ab, das dokumentiert und in dem abschließenden Kolloquium präsentiert wird.

Die GEB hat das vorliegende Fortbildungsangebot konzipiert und ist für die curriculare und inhaltliche Seite sowie für die Referierenden zuständig. VIA übernimmt die kaufmännische Geschäftsführung, Organisation und Durchführung der Fortbildung. Die Lehrgänge finden in den Seminarräumen des VIA-Qualifikationszentrums statt.

Teilnahmegebühr: 2.350.- € inkl. MwSt. (Ratenzahlung und Rabatt möglich).
1.710.- € für Kost und Logis im direkt daneben befindlichen Pfefferbett-Hostel (www.pfefferbett.de). Unterkunft kann auch bei Pfefferbett-Apartments (www.pfefferbett-apartments.de) gebucht werden.

Eine erste Informationsveranstaltung für Interessenten findet am 13.11.2014 um 18 Uhr im VIA-Qualifizierungszentrum (Schönhauser Allee 175, 10119 Berlin) statt. Information und Anmeldung erfolgt bei Frau Annika Nytz (VIA),
Tel.: 030 44354-825, qualifizierung@via-berlin.de

Mitgliedschaft

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Gesellschaft
Erwachsenenbildung und Behinderung e.V., Deutschland.

Jahresbeiträge:

- 40,00 Euro für Einzelpersonen
- 90,00 Euro für Institutionen,
- 24,00 Euro für Studenten
- 11,00 Euro für Menschen mit Behinderungen
- Ich zahle freiwillig einen höheren Jahresbeitrag in Höhe von ____ Euro

Im Beitrag ist das Abonnement der Zeitschrift „Erwachsenenbildung und Behinderung“ enthalten.

Name (bzw. Name der Institution):

Vorname:

Straße:

PLZ:

Ort:

Beruf:

Telefon:

E-Mail:

Unterschrift:

Bitte "Mitgliedschaft" oder "Abo-Bestellung" einsenden an:

Gesellschaft Erwachsenenbildung
und Behinderung e.V., Deutschland
Postfach 870228 – 13162 Berlin

Mitgliedschaft bzw. Abonnement können auch auf der Homepage
www.geseb.de eingegeben werden.

Abo-Bestellung

Hiermit bestelle ich die Zeitschrift „Erwachsenenbildung und Behinderung“
im Abonnement. Preis: € 16,00 (zuzüglich Porto und Versandkosten)

Name (bzw. Name der Institution):

Vorname:

Straße:

PLZ:

Ort:

Telefon:

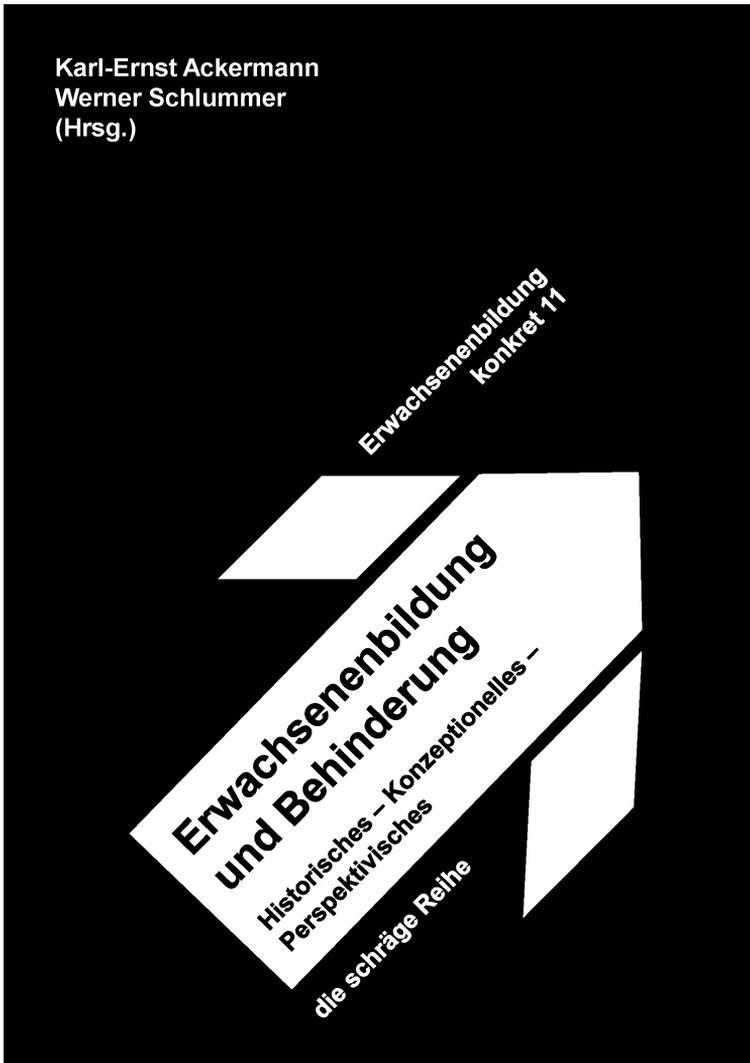
E-Mail:

Unterschrift:

Karl-Ernst Ackermann
Werner Schlummer
(Hrsg.)

Erscheint
demnächst

**Band 11 der
Schrägen Reihe**



Erwachsenenbildung und Behinderung

Historisches – Konzeptionelles – Perspektivisches

ca. 120 Seiten, ca. 12,50 Euro

Bestellungen an:

Gesellschaft Erwachsenenbildung und Behinderung
Postfach 870228
13162 Berlin

oder per E-Mail: bestellung@geseb.de