



HEALTHY LIFESTYLE

Inklusion und Gesundheitsbildung



Das Titelbild zeigt einzelne Elemente, die für einen gesunden Lebensstil stehen können. Sie setzen sich zu einem Apfel, einem Symbolbild für Gesundheit, zusammen. Wir setzen damit das Thema des letzten Heftes, „Bildung ist die beste Medizin“, fort.
© Nadezda Grapes - 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
Dr. 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

Inklusion und Gesundheitsbildung	2
----------------------------------	---

Schwerpunktthema

Kathrin Römisch / Kerstin Walther: Gesundheitsrisiko Behinderung?!? Herausforderungen an gesundheitsfördernde Erwachsenenbildung	3
Tina Cook u.a.: Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands von Menschen mit Lernschwierigkeiten im Vereinigten Königreich. Erfahrungen bei der Einführung von Jährlichen Vorsorgeuntersuchungen	11
Gabriele Haar: Diversität als Chance für die Gesundheitsbildung	25
Werner Schlummer: Gesundheitsmanagement in Werkstätten – Werkstatträte gestalten mit	32
Vera Tillmann: Der Sport im Dilemma inklusiver Bestrebungen	38
Leichte Sprache: Gesundheit	45

Kontext Erwachsenenbildung

Deutsches Institut für Erwachsenenbildung: Neues aus dem DIE	49
Svenja Eggersmann / Margret Lohmann: Inklusive Erwachsenenbildung in der Großstadt weiterentwickeln. Führende Hamburger Einrichtungen vereinbaren eine Kooperation für inklusive Bildung	52

Literatur – Medien – Veranstaltungen

Neue Literatur zum Thema Erwachsenenbildung und Inklusion	56
Tagungen und Seminare (April – November 2015)	59

GEB – In eigener Sache

25 Jahre GEB – Tagungen und Weiterbildung	61
- Fachtagung „Inklusive Erwachsenenbildung in Öffentlicher Verantwortung“	
- Jubiläumsveranstaltung „Gemeinsam Bildung erleben“	

Inklusion und Gesundheitsbildung

Mit dem Schwerpunktthema „Inklusion und Gesundheitsbildung“ möchten wir direkt an die Inhalte der letzten Ausgabe anknüpfen. Mit weiteren interessanten Beiträgen rund um den „Healthy Lifestyle“ (die gesunde Lebensführung) wird die Vielfältigkeit des Themas, aber auch dessen Relevanz deutlich. „Die Gesundheit ist das höchste Gut“ besagt eine alte Volksweisheit. Auch in der Lebensqualitätsforschung bestätigt sich diese Redewendung immer wieder. Sich gesund und wohl zu fühlen, ist für das allgemeine Wohlbefinden und die eigene Zufriedenheit mit entscheidend. Dafür sind Zugänge zu gesundheitsförderlichen oder -erhaltenden Maßnahmen sinnvoll. Die Teilnahme an Koch- und Ernährungskursen, Sportveranstaltungen oder auch Maßnahmen zur Reduzierung von Belastungen am Arbeitsplatz sind anschauliche Beispiele.

Spätestens mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention besteht auch für Menschen mit Behinderung der gesetzliche Anspruch auf Teilhabe an regulären Angeboten, die einen Beitrag zu einem gesunden Leben leisten können.

In unserer Rubrik „Schwerpunktthema“ werden aus unterschiedlichen Perspektiven Aspekte rund um dieses Thema aufgegriffen. Dabei werden Herausforderungen, ebenso wie Umsetzungsmöglichkeiten, vor dem Hintergrund inklusiver Bestrebungen, diskutiert. *Kathrin Römisch* und *Kerstin Walther* geben zu Beginn einen Überblick, wie Erwachsenenbildung als Ressource für ein gesundes Leben für Menschen mit Beeinträchtigung genutzt werden kann. Mit dem

Beitrag von *Tina Cook* erfolgt ein Einblick in das englische Gesundheitssystem, mit dem Fokus auf die „Alljährlichen Gesundheits-Check-ups“. Diese werden von Menschen mit Beeinträchtigung aktuell noch eher kritisch betrachtet. *Gabriele Haar* legt den Schwerpunkt auf die potenziellen Lerneffekte in einer heterogenen Lerngruppe. Sie veranschaulicht dies anhand des Beispiels „Inklusives Kochen als Methode der Begegnung“. Eine weitere Umsetzungsmöglichkeit für inklusive Gesundheitsbildung beschreibt *Werner Schlummer* anhand eines interaktiven und partizipativ ausgerichteten Projektes mit dem Thema „Gesundheit am Arbeitsplatz“. *Vera Tillmann* befasst sich mit den Herausforderungen für die bestehende Sportstruktur, wenn gemeinsames Sporttreiben von Menschen mit und ohne Behinderung ermöglicht werden soll. Abschließend werden Kernaussagen der einzelnen Beiträge des „Schwerpunktthemas“ von *Vera Tillmann* in Leichter Sprache übertragen.

In der Rubrik „Kontext Erwachsenenbildung“ finden Sie zunächst die Zusammenstellung der aktuellen Arbeiten und Entwicklungen des DIE. *Svenja Eggersmann* und *Margret Lohmann* berichten anschließend von der Zusammenarbeit des Bildungsnetzes Hamburg und der Hamburger Volkshochschule, die das Ziel der inklusiven Erwachsenenbildung in einem Kooperationsvertrag verankert haben.

Wir wünschen Ihnen viel Freude mit der aktuellen Ausgabe unserer Zeitschrift.

Prof. Dr. Karl-Ernst Ackermann
Dr. Eduard Jan Ditschek
Prof. Dr. Reinhard Burtscher
Dr. Vera Tillmann

Kathrin Römisch / Kerstin Walther

Gesundheitsrisiko Behinderung?!? Herausforderungen an gesundheitsfördernde Erwachsenenbildung

1. Einleitung

Ob und inwiefern eine körperliche, psychische oder kognitive Beeinträchtigung Auswirkung auf den Gesundheitszustand eines Menschen hat, ist von vielfältigen Faktoren abhängig. Menschen mit Beeinträchtigungen sind nicht per se krank, aber sie sind sehr wohl eine gesundheitlich vulnerable Gruppe, die zusätzlich zu ihren individuumsbezogenen Dispositionen für Gesundheit aufgrund gesellschaftlich-struktureller Barrieren, Zuschreibungen und Fehleinschätzungen erheblich in der Entfaltung ihrer Gesundheitspotenziale behindert und gesundheitlich eingeschränkt wird. Umso bedauerlicher ist, dass Gesundheitsförderung als ein Prozess, der darauf zielt, Ressourcen für Gesundheit zu stärken und damit Menschen eher in die Lage zu versetzen, ihre eigenen Vorstellungen von gesundem Leben zu verwirklichen (vgl. WHO 1986), in der Vergangenheit kaum in der Arbeit mit beeinträchtigten Menschen Berücksichtigung fand. Die bisher vorherrschende und nach wie vor verbreitete bio-medizinisch orientierte Vorstellung von Gesundheit mit ihrem Fokus auf Normwerte für Entwicklung und körperliche Funktionsfähigkeit hat möglicherweise die Sensibilisierung für Gesundheitsressourcen in dieser Zielgruppe erschwert. Vom Zustand des vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens (vgl. WHO 1946) schienen behinderte Menschen weit entfernt und fielen wohl auch deshalb

in der Vergangenheit aus dem Blickfeld gesundheitsförderlicher Programmatiken und Aktivitäten, etwa nach dem Motto: Wo keine Gesundheit ist, kann auch keine Gesundheit gefördert werden.

Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) bezieht im Hinblick auf Gesundheit eine eindeutige Position: behinderte Menschen haben ein Recht auf Gesundheit und auf gesundheitsfördernde Lebensbedingungen (Artikel 25).

Gesundheitsförderliche Gestaltungspotenziale zu entfalten heißt, sowohl behindernde Barrieren für die Gesundheit von Menschen mit Beeinträchtigungen zu identifizieren, als auch Ressourcen für Gesundheit zu erschließen und einzusetzen. Mit Hilfe eines salutogenetischen, akzeptanzorientierten Gesundheitsverständnisses gelingt die positive Wendung hin zu der Frage: ‚Was hält gesund?‘ (Antonovsky 1997). Ausgangspunkt für unsere Überlegungen ist ein Gesundheitsverständnis, das ein gleichzeitiges Nebeneinander von verschiedenen Zuständen objektiven und subjektiven Wohlbefindens akzeptierend anerkennt und Gesundheit als plurales Phänomen begreift (vgl. Schmidt 2014). Akzeptanz von Differenz sensibilisiert und öffnet den Blick für die unendliche Vielfalt von Gesundheitsvorstellungen und Bedarfen, die Menschen mit Beeinträchtigungen entwickelt haben. Dieses Verständnis versucht rigide Normvorstellungen darüber, wie ein Mensch zu sein und zu leben hat, zu überwinden: „Wirksame Gesundheitsförderung akzeptiert Menschen in

ihrer Vielfalt, statt sie einfältig einer Idealnorm zu unterwerfen. Sie strebt weder den perfekten noch den perfekt funktionierenden Menschen an, sondern stellt lebbare Lösungen bereit, damit unterschiedliche Menschen unterschiedliche Gesundheitspotenziale realisieren können“ (Schmidt 2014, S. 14f).

Der folgende Beitrag verfolgt das Ziel, entlang der Ottawa-Charta (WHO 1986) Anknüpfungspunkte für Erwachsenenbildung zu diskutieren. Bildung soll salutogenetisch orientiert als Ressource für gesundes Leben für Menschen mit Beeinträchtigungen nutzbar gemacht werden.

2. Gesundheit fördern durch Erwachsenenbildung: Entlang der Ottawa-Charta für eine Verbesserung von Gesundheitschancen für Menschen mit Beeinträchtigungen

Die Ottawa-Charta (WHO 1986) bietet seit mehr als einer Dekade einen Orientierungsrahmen für Gesundheitsförderung. Ihre Lebensweltorientierung sowie der auf die Befähigung zur Gestaltung von Lebensverhältnissen, die den eigenen Vorstellungen von Gesundheit entsprechen, gerichtete Fokus haben die Charta bereits für unterschiedliche Praxisbereiche attraktiv werden lassen. Dabei konkretisiert die Charta anhand von fünf Handlungsfeldern, wie Voraussetzungen für Gesundheit geschaffen werden können. Im Folgenden werden für diese fünf Bereiche Anknüpfungspunkte für Erwachsenenbildung diskutiert.

2.1 Handlungsfeld „Gesundheitsförderliche Gesamtpolitik entwickeln“: Ein neues Verständnis von Behinderung als Grundlage für Gesundheitsförderung und Erwachsenenbildung

Mit der Verabschiedung der UN-BRK wurde ein neuer internationaler Konsens zur Behindertenpolitik getroffen. Die Menschenrechte für behinderte Menschen wurden verbindlich festgeschrieben und traditionelle, am medizinischen Modell von Behinderung orientierte Konzepte überdacht. Ausgehend von der Annahme, dass sich das Verständnis von Behinderung ständig weiterentwickelt, entsteht „Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren ..., die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern“ (UN-BRK 2009, Präambel e). Dies lehnt sich eng an das Verständnis der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der WHO (2001) an. Diesem biopsychosozialen Verständnis nach ist zwar der Ausgangspunkt einer Behinderung immer ein Gesundheitsproblem nach dem ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten), es ergibt sich daraus jedoch nicht zwangsläufig eine Behinderung, sondern eine Vielzahl verschiedener Faktoren nimmt darauf Einfluss. Menschen mit Beeinträchtigung haben aufgrund strukturell-gesellschaftlicher Barrieren sowie normativer, biomedizinischer, pathogener Sichtweisen besondere Risiken für weitere gesundheits-schädigende Einflüsse und Krankheiten. Laut ICF können sich diese wiederum auf die Behinderung auswirken und zum Bei-

spiel auf die Körperstrukturen oder auf die Teilhabe Einfluss nehmen und somit Behinderung verstärken (vgl. Schuntermann 2004, S. 11). Hieraus ergibt sich zentral die Bedeutung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik, die nicht nur einzelne Personen in den Blick oder in die Verantwortung nimmt, sondern dafür zuständig ist, gesundheitsförderliche Lebenswelten zu schaffen, da diese im Schema der ICF als zentrale positiv einflussnehmende Umweltfaktoren gewertet werden können. Hierzu zählt auch die Schaffung des Zugangs zur allgemeinen Erwachsenenbildung, die nicht nur traditionell selbstverständlich Gesundheitsthemen auf der Agenda hat, sondern zudem inklusive Lernräume bietet. Auch aus dem Artikel 25 der UN-BRK ergibt sich direkt die Notwendigkeit, auf verschiedensten Ebenen politisch zu handeln. So hat sich beispielsweise die Landesgesundheitskonferenz des Landes NRW positioniert und sieht deutlichen Handlungsbedarf zur Umsetzung der UN-BRK (beispielhaft auf den Ebenen ‚Sicherstellung gleichberechtigter wohnortnaher Zugang‘, ‚Schaffung bedarfs- und bedürfnisgerechter Strukturen‘, ‚Nutzerorientierung und Selbstbestimmung‘) (vgl. LGK NRW 2013).

2.2 Handlungsfeld „Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen“: Neue Freiheiten – neue Risiken

Gesundheitshandeln steht in Abhängigkeit zu den Bedingungen, in denen Menschen leben und arbeiten. Der Settingansatz zur Schaffung gesundheitsförderlicher Lebens- und Arbeitsbedingungen hat in der Vergangenheit erhebliche Erfolge erzielt, Gesundheitsförderung

in unterschiedlichen sozialen Systemen zu etablieren bzw. Institutionen gesundheitsförderlicher zu gestalten (vgl. Conrad 2013). Gesundheit wird in diesem Ansatz als ein wesentlicher Bestandteil des Alltages eines Settings (eines komplexen sozialen Systems) verstanden, nicht als vorrangiges Ziel. Voraussetzung für das Gelingen des Settingansatzes ist die aktive Beteiligung aller Angehörigen in allen Phasen der Prozessgestaltung: von der Definition von Gesundheitsverständnissen, der Festlegung von Gesundheitszielen über die Auswahl und Anwendung von Methoden und Strategien zur Gesundheitsförderung bis zur Feststellung des Erfolges oder Misserfolges der Interventionen. Die in der Ottawa-Charta proklamierten Handlungsstrategien ‚Interessen vertreten, Befähigen und ermöglichen, vermitteln und vernetzen‘ finden im Settingansatz ihre konsequente Anwendung.

Gesundheitsförderung und -bildung kommen nicht ohne eine Lebensweltorientierung aus, denn „Gesundheit entsteht dort, wo die Menschen leben, in ihrer alltäglichen Umwelt, dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“ (WHO 1986, S. 5). Die Lebenswelten behinderter Menschen sind vielfältig und unterliegen in den letzten Jahren einem langsamen, aber steten Wandel. Lebensweltorientierung fordert die Berücksichtigung verschiedener Ausgangsbedingungen, so muss sich Gesundheitsförderung und -bildung in ambulanten oder stationären Settings zwar unterscheiden, zentral ist aber immer die partizipative Prozessgestaltung, insbesondere um eine hohe Akzeptanz zu gewährleisten. Der sich vollziehende Wandel der Deinstitutionalisierung und der Ambulantisierung fördert

in Bezug auf die Gesundheit Chancen, aber auch Risiken zutage (vgl. Haveman & Stöppler 2014, S. 15). So bieten ambulante Wohnformen deutlich mehr Möglichkeiten für individuelle, gesundheitsbezogene Lebensweisen (z.B. vegetarische oder vegane Ernährung), eröffnen aber auch gesundheitliche Risiken, da deutlich höhere Anforderungen an die Selbstverantwortung gestellt werden als in stationären Wohnformen, in denen ggf. die Großküche die Verantwortung für eine ausgewogene Ernährung übernimmt. Es müssen gemeinschaftlich Strukturen geschaffen werden, die es den Einzelnen ermöglichen, eigenverantwortlich und selbstbestimmt gesundheitsförderlich leben zu können. Hier zielt Erwachsenenbildung also inhaltlich auf zwei verschiedene Ebenen: Einerseits auf das Empowerment, also darauf, Menschen dazu zu befähigen, mitzugestalten, andererseits auf die Bewusstwerdung gesundheitsförderlicher Praktiken im Alltag.

2.3 Handlungsfeld „Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen“: Nichts über uns ohne uns

Wie schon beim Settingansatz deutlich wurde, ist die Beteiligung aller Akteurinnen und Akteure zentral, insbesondere um eine hohe Akzeptanz von Veränderungen zu gewährleisten. Alle behindertenpolitischen und -pädagogischen Maßnahmen sollten nicht erst seit der UN-BRK auf Selbstbestimmung, Empowerment und Teilhabe zielen. Der Weg von paternalistischer Fürsorge und Bevormundung hin zu einer selbstbestimmten Lebensführung schließt die Partizipation automatisch ein, was bedeutet, dass Menschen mit Beeinträchtigungen von

Anfang an Prozesse mitgestalten und nach eigenen Vorstellungen (z.B. in Bezug auf eine gesunde Lebensweise) gefragt werden. Gemäß dem Motto „Nichts über uns ohne uns“ gilt es, Menschen mit Beeinträchtigungen in Forschung und Praxis umfassend einzubeziehen sowie an politischen Entscheidungen und Prozessen zu beteiligen. Auch hier ist die Erwachsenenbildung gefordert: Insbesondere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen müssen lernen, mitzugestalten, mitzubestimmen, sind sie dies doch aufgrund ihrer tendenziell fremdbestimmenden Lebenswelten häufig nicht gewohnt.

Dieses gilt nicht allein für politische Aktionen, sondern schließt pragmatisch orientiert eine Verbesserung der Lebensqualität im Alltag durch gemeinschaftlich orientiertes Quartiersmanagement mit ein. Das Ziel von Gemeinwesenarbeit und Quartiersmanagement ist es, Nachbarschaften und Gemeinden so zu gestalten, dass Selbsthilfe und soziale Unterstützung sowie flexible Möglichkeiten der öffentlichen Teilhabe (vgl. WHO 1986) ermöglicht werden. Die Strategie der community-based Rehabilitation (CBR) (vgl. WHO 2004) verfolgt genau diesen Ansatz, die Lebensqualität aller Bewohnerinnen und Bewohner eines Stadtteils durch Teilhabe und gegenseitige Wertschätzung mit Hilfe von Bildung, sozialen Dienstleistungen und durch Ausbildung sowie Erwerbstätigkeit zu erhöhen.

2.4 Handlungsfeld „Persönliche Kompetenzen entwickeln“: Akzeptierende Gesundheitsförderung

Das Ziel von Gesundheitsbildung ist es, erwachsene Menschen in die Lage zu versetzen, Ressourcen zur Verwirkli-

chung der eigenen Gesundheitsvorstellungen zu identifizieren und zu mobilisieren (vgl. Blättner 2010). Im Sinne des lebenslangen Lernens unterstützt Gesundheitsförderung die Entwicklung der Persönlichkeit und der sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten (vgl. WHO 1986). Typische Inhalte von gesundheitsbezogenen Bildungsangeboten sind die Beschäftigung mit Stress und Entspannung, Fragen gesunder Ernährung und Bewegung oder spezifische Präventionsthemen wie z.B. Zahnhygiene, Verhütung von ungewollter Schwangerschaft und STIs (Sexually Transmitted Infections = Sexuell übertragbare Infektionen), Gewalt- oder Suchtprävention sowie Verkehrserziehung/Unfallverhütung etc.

Eine erhebliche Barriere in der Konzeption zielgruppenadäquater Bildungsangebote ist die der ungenauen bzw. fehlenden Daten und Wissensbestände über Gesundheitskonzepte und gesundheitsbezogene Bildungsbedarfe behinderter Menschen. Über lange Zeit lebten, lernten, arbeiteten, litten Menschen mit Beeinträchtigungen in Sonderwelten abseits des gesellschaftlichen Alltages. Es existiert nicht viel gesundheitsbezogene Forschung darüber, wie Menschen mit Beeinträchtigungen Wohlbefinden definieren, welche Gesundheitsvorstellungen sie entwickelt haben bzw. nach welchen Vorstellungen sie gesund leben wollen. Die Forderung nach qualifizierten Daten, einer umfassenderen und differenzierteren Berichterstattung ist nicht neu (vgl. Niehaus 2010, S. 545f.). Auch wenn Statistiken und Informationen über Menschen mit Beeinträchtigungen vorliegen,

sind unter der Überschrift „Gesundheit“ meist krankheitsbezogene Daten zu finden. Der Teilhabebericht der Bundesregierung (BMAS 2013) verweist auf erhebliche Forschungslücken: Es ist nicht klar, ob „5 Obst- und Gemüsestücke“ am Tag gesundheitsförderlich sind oder ob es erst einmal darum geht herauszufinden, was schmeckt. Es ist nicht ausreichend dokumentiert, ob die Arbeitsbedingungen in einer Werkstatt stressfrei sind oder sogar stressauslösend. Es ist nicht klar, ob es beim Thema Bewegung um mehr Mobilität, um Spaß oder um verbessertes Lungenvolumen oder Wettkampfbeteiligung geht. Forschungsansätze, Bühnen, Gremien oder Konzeptentwicklungen, die Menschen mit Beeinträchtigungen selbst über ihre Gesundheitsvorstellungen und Wünsche sprechen lassen, sind noch nicht weit verbreitet und nicht immer angemessen entwickelt.

Unbedingt notwendig ist es außerdem, entsprechende Ressourcen und Informationsmaterialien für Träger der Erwachsenenbildung bzw. zum Selbststudium (beispielsweise durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) bereit zu halten. Informationen sind spärlich barrierefrei erhältlich, selten in einfacher Sprache verfasst oder mit unterstützenden Abbildungen zu finden.

Grundsätzlich bleibt festzuhalten, dass jeder Mensch das Recht darauf hat, ungesund zu leben, auch sich selbst zu schädigen und falsche Entscheidungen zu treffen. Zentral ist aber, auf welcher Grundlage Entscheidungen getroffen werden, nämlich aus Unwissenheit oder in vollem Bewusstsein und mit der Kenntnis über Risiken und Folgen. Im Erwachsenenalter liegt der Schlüssel nicht in erzieherischen Maßnahmen oder Verbo-

ten, sondern in der Bildung. Diese muss einerseits auf die Person individuell abzielen, andererseits aber auch Lebenswelt im Sinne des Settingansatzes einbeziehen, also Gesundheitsförderung zur Gesamtstrategie des Alltags werden lassen. Dazu gehört es selbstverständlich auch, sich unbequemen und ehemaligen Tabu-Themen zu öffnen, wie beispielsweise Möglichkeiten des Auslebens von sexuellen Bedürfnissen, selbstverantworteter Umgang mit Rauschmitteln und Alkohol oder Prävention von sexueller Belästigung und Gewalt (vgl. Gembris-Nübel 2005).

2.5 Handlungsfeld „Gesundheitsdienste neu orientieren“: Behinderte Gesundheitsversorgung

Menschen mit Beeinträchtigungen nutzen gesundheitsbezogene Dienstleistungen häufiger als nicht beeinträchtigte Menschen, haben allerdings ein ungleich höheres Risiko, dass ihren gesundheitsbezogenen Bedarfen nicht entsprochen wird (vgl. WHO 2014). Der Artikel 25 der UN-BRK bezieht sich ausdrücklich auf das Recht auf Gesundheit einschließlich des Anspruchs auf adäquate gesundheitsbezogene Versorgung. Der Schattenbericht der BRK-Allianz (2013) hat erhebliche Mängel in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Beeinträchtigungen benannt. Diese Mängel beziehen sich auf allgemeine Barrieren im Zugang zu Dienstleistungen (z.B. Orientierungshilfen, Recht auf freie Arztwahl), physikalische Barrieren (z.B. Schwellen, fehlende Behindertentoiletten), Kommunikationsbarrieren (z.B. leichte Sprache, Gebärdensprachdolmetscher) bis hin zu einer ablehnenden/defizitorientierten Haltung gegenüber behinderten Per-

sonen (vgl. BRK-Allianz 2013, S. 51ff.). Weitere Barrieren beziehen sich auf fehlende/unzureichende finanzielle Ausgleichs- bzw. angemessene Versicherungsleistungen, unzureichende Qualifikation (Fähigkeiten und Wissen) der professionellen Fachkräfte sowie insbesondere in Deutschland die fehlende Integration von Versorgungsleistungen, die ein angemessenes Management von komplexen Versorgungsbedarfen nahezu unmöglich macht (vgl. WHO 2014).

Ruft zwar die Ottawa-Charta zur Neuorientierung der Gesundheitsdienste auf, so ist es nicht notwendiger Anspruch von Erwachsenenbildung, konzeptionell-beratend oder politisch wirksam diesen Neuorientierungsprozess mitzugestalten. Aber Teil der gesundheitsbezogenen Bildung sollte es sein, die Teilnehmenden von Bildungsangeboten für ihre Rechte und Leistungsansprüche zu sensibilisieren. Menschen mit Beeinträchtigungen müssen nicht dankbar sein, wenn ihnen freundlich und angemessen im Gesundheitssystem begegnet wird – es ist ihr Recht, qualitätsvolle, barrierefreie Leistungen ohne Diskriminierungen zu empfangen! Es ist nicht der Fehler, das Unvermögen oder die Komplexität der Bedarfe von Menschen mit Beeinträchtigungen, die dazu führen, dass ggf. gewünschte Wirkungen von gesundheitsbezogenen Interventionen ausbleiben. In den meisten Fällen wurde die Intervention nicht so gestaltet, dass Ratschläge oder Management- und Versorgungspläne sich im Alltag der Leistungsempfangenden umsetzen lassen.

Informationen bezüglich barrierefreier Leistungen oder Kompetenznetzwerken, die Entwicklung von möglichen Kommunikationsstrategien im Arztgespräch oder

vorbereitende Ressourcenbündelung zur Unterstützung eines Arzt-Krankenhaus-Kursbesuchs sind mögliche Inhalte von gesundheitsbezogener Erwachsenenbildung.

3. Fazit

Die gesundheitliche Lage beeinflusst erheblich das Maß an gesellschaftlicher Teilhabe. Menschen mit Beeinträchtigungen haben nicht nur die gleichen gesundheitlichen Bedürfnisse wie alle anderen. Sie haben ein Recht auf den höchstmöglichen erreichbaren Standard an medizinischer Versorgung und auf eine den jeweiligen Bedürfnissen angepasste qualitätsvolle gesundheitsbezogene und -fördernde Leistung. Es ist eine intersektorale, gesamtgesellschaftliche Herausforderung, die UN-BRK umzusetzen und Voraussetzungen für individuelle, selbstbestimmte Lebensentwürfe von behinderten Menschen zu sichern.

Den Blick salutogenetisch orientiert auf Ressourcen und Enabler für ein gesundes, zufriedenes Leben zu richten, anstatt defizitäre Zuschreibungen und ausschließlich von Krankheit und/oder Behinderung geprägte (Be-) Wertungen einer Person zu fokussieren (vgl. Clausen 2014), das könnte der Ansatzpunkt für gesundheitsförderliche Erwachsenenbildung für Menschen mit Beeinträchtigungen sein. Mit der Akzeptanz von Differenz im Hinblick auf vielfältige Gesundheit unterschiedlicher Menschen ist es überhaupt keine Frage, Gesundheitsbildung nun auch für Menschen mit Beeinträchtigungen zu denken und entsprechend bedarfsgerechte Lösungen zu erarbeiten und auszuhandeln. Menschen

mit Beeinträchtigungen gesundheitliche Belastungsfaktoren zu erklären (Verstehbarkeit), mit ihnen gemeinsam Ressourcen zu erschließen, die ihnen helfen, Belastungen zu vermeiden oder besser mit ihnen fertig zu werden (Handhabbarkeit) und die Menschen zur aktiven Bewältigung der Anforderungen zu ermutigen (Sinnhaftigkeit) – das sind zentrale Ziele gesundheitsförderlicher Erwachsenenbildung.

Literatur:

- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen
- Blättner, Beate (2010): Gesundheitsbildung. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Im Internet: www.bzga.de/leitbegriffe/. (Stand: 06.02.2015)
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Bonn
- Clausen, Jens (2014): Behinderte Gesundheit? In: Bettina Schmidt (Hrsg.): Akzeptierende Gesundheitsförderung. Unterstützung zwischen Einmischung und Vernachlässigung. Weinheim und Basel, S. 143-155
- Conrad, Günter (2013): Gesundheitsförderung in Settings und das Gesundheitsfördernde Setting. In: Journal Gesundheitsförderung. H. 1, S. 16-25
- Gembris-Nübel, Roswitha (2005): Gesundheit und Behinderung. Eine empirische Untersuchung zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen bei Fachleuten in der Behindertenhilfe. Frankfurt am Main
- Haveman, Meindert / Stöppler, Reinhilde (2014): Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Stuttgart
- LGK NRW (2013): Von der Integration zur Inklusion: Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen verbessern. Im Internet: www.mgepa.nrw.de

- Niehaus, Mathilde (2011): Lebenswelt und Gesundheit benachteiligter Bevölkerungsgruppen als Public Health-Thema: Behindert sein und behindert werden. In: Thomas Schott / Claudia Hornberg (Hrsg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. Wiesbaden, S. 545-554
- Schmidt, Bettina (2014): Gesundheitsförderung scharf gestellt: Gesundheitsprävention. In: Dies. (Hrsg.): Akzeptierende Gesundheitsförderung: Unterstützung zwischen Einmischung und Vernachlässigung. Weinheim, S. 10-23
- Schuntermann, Michael (2004). Einführung in die ICF der WHO. Ein Grundkurs. Im Internet: www.pulsmesser.ch/wp-content/uploads/2010/11/ICF-Grundkurs.pdf (Stand: 09.02.2015)
- WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Kopenhagen
- WHO (2004): CBR: A strategy for rehabilitation, Equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with Disabilities. Genf
- WHO (2014): Disability and health. Fact sheet Nr.352. Im Internet: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/ (Stand: 26.01.2015)

*Prof. Dr. Kathrin Römisch
Evangelische Fachhochschule R-W-L
Studiengang Heilpädagogik
roemisch@efh-bochum.de*



*Prof. Dr. Kerstin Walther
Evangelische Fachhochschule R-W-L
Gesundheitswissenschaften/ Soziale
Arbeit im Gesundheitswesen
walther@efh-bochum.de*



Tina Cook

in Zusammenarbeit mit der Freien Theatergruppe "Die Rasenmäher" (The Lawnmowers)¹ : Laura Baxendale, Claire Hill-Wilson, Debbie Bell-Hutchinson, Matthew Dennis, Andrew McLeod und Graeme Thompson

Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands von Menschen mit Lernschwierigkeiten im Vereinigten Königreich². Erfahrungen bei der Einführung von Alljährlichen Gesundheits-Check-ups

Dieser Beitrag gibt einen Überblick über die Hintergründe, die für die politische Entscheidung zur Einführung Alljährlicher Gesundheits-Check-ups (Annual Health Checks = AHCs)³ für alle Menschen mit Lernbehinderung/Lernschwierigkeiten⁴ maßgeblich waren. Er stellt vor, was im Zuge nationaler Politik entwickelt wurde und gibt einen Einblick in die Erfahrungen von vier Menschen mit Lernschwierigkeiten im Hinblick auf das Verständnis von und den Zugang zu den Alljährlichen Gesundheits-Check-ups. Die Vier sind Mitglieder der „Lawnmowers Independent Theatre Company“, einer Theatergruppe, die sich zum Ziel gesetzt hat, für Menschen mit Lernbehinderungen eine solide Basis für volle gesellschaftliche Teilhabe zu schaffen, die ihnen erlaubt, ihre Um-

welt zu gestalten und ihre Zukunft selbst in die Hand zu nehmen.

1. Bei den allgemeinen Gesundheitsbedürfnissen ansetzen: die Erfahrungen im Vereinigten Königreich

Wir wissen aus der Literatur, dass im Vereinigten Königreich bei Menschen mit Lernschwierigkeiten die Wahrscheinlichkeit, vor Erreichen des 50. Lebensjahres zu sterben, 58 mal höher ist als in der Gesamtbevölkerung (Disability rights Commission Report 2006). Menschen mit Lernschwierigkeiten haben dieselbe Vielzahl von Gesundheitsproblemen wie die Gesamtbevölkerung, aber bei ihnen wer-

1) Da es sich um einen Eigennamen handelt, verwenden wir im Text meistens die englische Bezeichnung der Theatergruppe: *The Lawnmowers Independent Theatre Company*, oder einfach: „*The Lawnmowers*“ (Anm. d. Übers.).

2) Eigentlich Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland (Anm. d. Übers.)

3) Um die spezielle Maßnahme hervorzuheben, übersetzen wir „Annual Health Checks“ mit „Alljährliche Gesundheits-Check-ups“. Ein „health check“ im allgemeineren Sinn könnte auch einfach mit Vorsorgeuntersuchung übersetzt werden. Im englischen Original wird für Annual Health Checks konsequent die Abkürzung AHC verwendet. In dieser Übersetzung vermeiden wir eine entsprechende Abkürzung und sprechen dort, wo klar ist, dass die AHCs gemeint sind, der besseren Lesbarkeit halber einfach von Gesundheits-Checks (Anm. d. Übers.).

4) Der gängigen Praxis entsprechend, werden die Begriffe Lernbehinderung (*learning disability*) und Lernschwierigkeit (*learning difficulty*) in diesem Beitrag synonym verwendet. Es gibt keinen Unterschied in der Diagnose. „Lernschwierigkeit“ scheint der Begriff zu sein, den die Mitglieder der Freien Theatergruppe „*The Lawnmowers*“ bevorzugen. „Lernbehinderung“ wird häufiger verwendet, wenn Gesundheitsaspekte im Vordergrund stehen (Anm. T. C.).

den Krankheiten und Beschwerden, die bei Menschen ohne Lernschwierigkeiten meist erkannt und auskuriert werden, mit großer Wahrscheinlichkeit nicht behandelt (Lennox u.a. 2003; Felce u.a. 2008). Im Jahr 2007 veröffentlichte Mencap⁵ einen Bericht mit einem schockierenden Fazit: Tod durch Gleichgültigkeit (Mencap 2007). Mit der Präsentation der Geschichten von sechs Personen, die nach Auffassung von Mencap ohne zwingenden Grund gestorben waren, machte der Bericht deutlich, dass das Niveau der Gesundheitsvorsorge, das Menschen mit Lernbehinderung zu Gebote steht, nicht akzeptiert werden kann. Mencap glaubt, dass es im Nationalen Gesundheitsdienst (National Health Service = NHS) institutionelle Diskriminierung gibt, die thematisiert werden muss. Mencap hebt die Notwendigkeit hervor, dass „die Professionellen des Gesundheitswesens die ernsten – ja tödlichen – Folgen ihres mangelhaften Verständnisses erkennen“ (ebd., S. 1).

Als Reaktion auf den Mencap-Bericht setzte die Regierung des Vereinigten Königreichs eine unabhängige Kommission ein, die den Zugang zu Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge für Menschen mit Lernschwierigkeiten untersuchen sollte. Sie wurde von Sir Jonathan Michael geleitet und kam bei der Betrachtung des allgemeinen Gesundheitszustands von Menschen mit Lernschwierigkeiten zu folgenden Ergebnissen:

- Menschen mit Lernbehinderungen haben öfter einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand als andere Menschen.
- Sie empfinden es als viel schwieriger als andere Menschen, Zugang zur Überprüfung und Behandlung allgemeiner Gesundheitsprobleme zu bekommen, die mit ihrer Behinderung nicht direkt etwas zu tun haben.
- Den erforderlichen Vorkehrungen und Anpassungen zur Förderung der Verfügbarkeit gleicher Behandlungsmöglichkeiten für Menschen mit Lernschwierigkeiten wird zu wenig Beachtung geschenkt.
- Eltern und Pflegekräfte von Erwachsenen und Kindern mit Lernschwierigkeiten haben den Eindruck, dass ihre Ansichten und Bemühungen von den Professionellen des Gesundheitssystems oft missachtet werden, obwohl sie die Menschen, denen sie helfen, am besten kennen und verstehen.
- Für Menschen mit Lernschwierigkeiten ist die partnerschaftliche Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den verschiedenen Institutionen, die Gesundheitsleistungen anbieten, schwach entwickelt. Das gilt sowohl zwischen den Diensten für unterschiedliche Altersgruppen als auch für die Zusammenarbeit und Kommunikation über die Grenzen des primären, sekundären und tertiären Bereichs des Gesundheitswesens⁶ hinweg.

5) „Mencap“ ist eine der größten Hilfsorganisationen für Menschen mit geistiger Behinderung im Vereinigten Königreich. Ihr Ziel ist, zusammen mit Menschen mit Lernbehinderungen daran zu arbeiten, die Gesetzeslage zu verändern, Vorurteile abzubauen und diese Menschen so zu unterstützen, dass sie ein Leben ihrer Wahl leben können. Im Internet: www.mencap.org.uk

6) Im Gesundheitswesen spricht man von drei Bereichen, Sektoren oder Säulen: Vorsorgemedizin (Hausarzt), Akutmedizin (Krankenhäuser) und Rehabilitationsmedizin (Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen) (Anm. d. Übers.).

- Die im Gesundheitswesen Beschäftigten, besonders diejenigen, die im allgemeinen Gesundheitswesen tätig sind, haben nur geringes Wissen über Lernbehinderung, und sie haben oft keine Ahnung, welche Hilfestellungen sie geben sollten.

Obwohl Michael auch Beispiele guter Praxis anführt, stellte er fest, dass „die Befragten einige erschreckende Beispiele von Diskriminierung, Missbrauch und Missachtung überall in den verschiedenen Gesundheitsdiensten beschreiben“ (Michael 2008, S. 7). Der Bericht macht deutlich, dass es zwar Beispiele exzellenter Praxis gibt, dass aber in einer Reihe von Schlüsselbereichen gute Praxis nicht die Regel ist. Wo man sie antrifft, erscheint sie eher der Energie von Menschen geschuldet, die gegen Widerstände kämpfen, als einem System, das unter Berücksichtigung von Menschen mit Lernbehinderungen entwickelt wurde. Es ist offensichtlich, dass es „eine tiefe Kluft gibt zwischen politischem Willen und gesetzlichen Vorgaben auf der einen und der Verfügbarkeit wirksamer Gesundheitsdienstleistungen für Menschen mit Lernbehinderungen auf der anderen Seite“ (Michael 2008, S. 53). Beide Berichte, der Mencap-Report und der Michael-Report zusammen genommen, legten den Schluss nahe, dass die Gesundheit der Menschen mit Lernschwierigkeiten nicht länger der Unwägbarkeit lokaler Praxis überantwortet werden sollte. Der Michael-Bericht endete mit einer ganzen Reihe von Empfehlungen zur Verbesserung der

Praxis. Darunter war auch die Empfehlung, dass das Gesundheitsministerium sofort ein Verfahren zur Änderung der Standards für eine bessere Gesundheit (2004) einleiten sollte. Dabei handelt es sich um Standards zur Überprüfung des nationalen Gesundheitsdienstes im Hinblick darauf, ob er die Anforderungen erfüllt, die sich aus der Forderung nach „angemessenen Vorkehrungen“ zur Versorgung gefährdeter Gruppen mit Dienstleistungen ergeben. Insbesondere wurde empfohlen, dass die Erstbehandlungskonsortien (Primary Care Trusts = PCTs)⁷ darauf ausgerichtet werden müssen, allgemeine Gesundheitsdienstleistungen sicherzustellen, die die erforderlichen angemessenen Vorkehrungen für Menschen mit Lernbehinderung durch Gezielt Erweiterte Dienste (Directed Enhanced Service = DES) realisieren. Die Erstbehandlungskonsortien sollten die Erfassung von Daten über die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen durch Menschen mit Lernbehinderung verbessern und dafür sorgen, dass von den Hausärzten (General Practitioners = GPs) regelmäßige Gesundheits-Check-ups durchgeführt werden, die von Weiterbildungsmaßnahmen für Allgemeinmediziner begleitet sind, die mit Menschen mit Lernbehinderungen arbeiten und sich für sie engagieren (NHS Primary Care Contracting 2009).

7) Im Vereinigten Königreich erhalten die Primary Care Trusts Mittel zur Koordinierung und Steuerung der gesundheitlichen Primärversorgung sowie der fachärztlichen Versorgung im Krankenhaus (Anm. d. Übers.).

2. Warum Alljährliche Gesundheits-Check-ups?

Es gab bereits gute Gründe für die Annahme, dass regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen helfen, den Gesundheitszustand zu verbessern (Signposts for Success: NHS Executive 1998; Romeo u.a. 2006). Es hatte sich gezeigt, dass strukturierte Untersuchungen mehr klinisch relevante gesundheitliche Probleme zutage fördern als gelegentliche Arztbesuche (Cooper u.a. 2006; Baxter u. a. 2006). Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen sind das wesentliche Element zur Aufdeckung von Krankheitsanfälligkeit und zur Förderung der Gesundheit. Perry u.a. haben herausgefunden, dass auch dann, wenn Vorsorgeuntersuchungen angeboten werden die Inanspruchnahme extrem variiert. Das ist einer der Hauptgründe, warum Alljährliche Gesundheits-Check-ups als ein zentraler Bestandteil der Politik zur Verbesserung der Gesundheit von Menschen mit Lernbehinderungen angesehen werden.

Die „Lawnmowers Independent Theatre Company“ wurde 1986 als eine von Menschen mit Lernbehinderung geführte Theatergruppe gegründet.⁸ Die Gruppe erprobte kreative und innovative Strategien, um Menschen mit Lernschwierigkeiten zu helfen, ihr Leben zu planen und positive soziale Veränderungen zu erzielen. Und sie entwickelte so für ihre Mitglieder langfristige und sinnvolle kulturelle Angebote. Die Gruppe wendet vor allem Methoden des Forumtheaters und des Legislativen Theaters (Augusto Boal) an, um für Aufführungen und Workshops

zu forschen, sie auszuarbeiten und zu produzieren, die die Anliegen lernbehinderter Menschen zur Sprache bringen. Die Gesundheit von Menschen mit Lernschwierigkeiten ist ein wiederkehrendes Thema, das in Untersuchungen und Aufführungen im Vordergrund stand und die Mitglieder der „Lawnmowers“-Theatergruppe haben umfangreiche Forschungen und Trainings in diesem Bereich durchgeführt. Bei einem kürzlich anberaumten Treffen von 15 Mitgliedern der Theatergruppe diskutierten wir über Alljährliche Gesundheits-Check-ups. Von den 15 Menschen, die an der Diskussion teilnahmen, waren sich nur drei bewusst, dass sie an einem Gesundheits-Check-up teilgenommen hatten, der als solcher bezeichnet wurde. Andere hatten davon gehört, waren aber nicht sicher, wozu die Check-ups gut waren. Nicht wenige gingen davon aus, dass sie zögern würden, an einem Gesundheits-Check-up teilzunehmen, wenn sie dazu eingeladen würden, da sie ohnehin nicht gerne zum Doktor gingen. Die Arbeit, die die Theatergruppe in Bezug auf Gesundheit und Gesundheitsvorsorge geleistet hatte, änderte nichts an dieser Haltung. Wenn eine Gruppe relativ gut informierter und gut unterstützter Menschen die Alljährlichen Gesundheits-Check-ups nicht in Anspruch nimmt, vermittelt das irgendwie einen Eindruck von der Komplexität des Themas.

Von den 15 Personen, die an der Gruppendiskussion teilgenommen hatten, waren vier bereit, uns ihre Erfahrungen mit den Alljährlichen Gesundheits-Check-ups mitzuteilen und für diesen

8) Mehr Informationen über die Theatergruppe „The Lawnmowers“ gibt es im Internet unter: <http://www.thelawnmowers.co.uk/company/info.php>

Beitrag zur Verfügung zu stellen. Als Begründung dafür gaben sie an, dass mehr Menschen über die Wichtigkeit der Alljährlichen Gesundheits-Check-ups Bescheid wissen sollten, aber sie wollten auch dazu beitragen, dass mehr Menschen die Gelegenheit bekommen, an den Alljährlichen Gesundheits-Check-ups teilzunehmen, weil der Zugang dazu immer noch mit Schwierigkeiten verbunden ist. Sie möchten darauf hinweisen, um welche Schwierigkeiten es sich handelt, nicht weil sie den Untersuchungen kritisch gegenüberstehen, sondern weil es der Politik der „Lawnmowers“ entspricht, ganz offen über ihr Leben zu sprechen und wichtige Themen in die Öffentlichkeit zu tragen. Wenn man den Menschen klar macht, dass es da Schwierigkeiten gibt und wenn man diese Schwierigkeiten publik macht, kann das die Aufmerksamkeit erhöhen, die den Themen entgegengebracht wird, und so zu ihrer Klärung beitragen. Die Mitglieder der „Lawnmowers“-Theatergruppe gehen davon aus, dass das Vereinigte Königreich einige gute Ansätze entwickelt hat, um die Gesundheit der Bevölkerung zu unterstützen, aber die Art und Weise, in der diese Ansätze in die Praxis umgesetzt werden, muss verbessert werden.

3. Persönliche Erfahrungen

Matthew, ein zweiundzwanzigjähriger junger Mann, lebt selbstständig zusammen mit anderen in einer Wohngemeinschaft. Er war kürzlich bei einem Alljährlichen Gesundheits-Check-up und äußert sich positiv über seine Erfahrungen. Er ist sich dessen bewusst, warum er den Gesundheits-Check hat machen lassen,

er weiß, dass die regelmäßige Teilnahme an solchen Check-ups wichtig ist und dass solche Untersuchungen besonders hilfreich sein können, wenn man älter wird.

Der letzte Alljährliche Gesundheits-Check-up war vor ein paar Monaten, denke ich. Sie machen die, um meine Größe zu checken, meinen Blutdruck, mein Gewicht und solche Sachen und um zu gucken, ob man gesund ist. Eigentlich ist es wie eine normale Untersuchung. Alljährlich heißt, dass man es ständig macht und so. Ab und zu. Sie bitten dich, hin zu gehen und so. Sie geben dir eine SMS oder einen Brief, oder manchmal rufen sie mich an und erinnern mich daran. Ich weiß nicht, wann ich das nächste Mal hin muss ... Ich finde sie großartig. Weil wenn man alt ist ... fünfzig oder so, dann macht man sich Sorgen um seinen Blutdruck und so. Sie gucken halt, ob du gesund bist und wenn nicht, helfen sie Dir, dich wieder gesund zu machen ... Wenn man nicht zur Untersuchung geht, woher weiß man, dass alles in Ordnung ist? Vielleicht stirbt man oder sonst was.

Matthew hat keine Angst vor den Alljährlichen Gesundheits-Check-ups und sie bereiten ihm keine Sorgen. Er hat erkannt, dass sie nützlich sind. Er ist auch deshalb ohne Sorge, weil er weiß, dass er ausreichend unterstützt wird. Er ist sehr froh darüber, in Begleitung seiner Mutter zum Gesundheitscheck gehen zu können, weil sie – wenn nötig – für ihn „übersetzen“ kann.

Manchmal fragen sie intime Sachen, aber meine Mutter ist da, also können sie vor mir darüber sprechen. Sie berichten ihr, und dann redet sie mit mir darüber. Der Arzt spricht mit meiner

*Mutter, meine Mutter spricht mit mir.
So verstehe ich alles.*

Matthew hofft, dass er, wenn er älter ist und noch mehr dazu gelernt hat, vielleicht mal alleine zu einem Gesundheits-Check-up gehen kann. Aber im Moment findet er, dass er dazu noch nicht in der Lage ist.

Ich denke, ich könnte eines Tages alleine zum Gesundheits-Check-up gehen. Am Anfang wäre es schwierig zu verstehen, was sie sagen wollen, aber vielleicht würde ich mich daran gewöhnen.

Matthew weiß, dass wirklich viele seiner Freunde nicht zu den Alljährlichen Gesundheits-Check-ups gehen. Er macht sich Sorgen, dass seine Freunde die Gesundheits-Check-ups nicht verstehen oder vielleicht nicht die notwendige Unterstützung haben, um hinzugehen. Gleichzeitig denkt er aber auch an die Ärztinnen und Ärzte, die dafür da sind, um Menschen zu helfen. Matthew hält die Alljährlichen Gesundheits-Check-ups für sehr wichtig, um sich bei guter Gesundheit zu halten, und er hat eine gute Meinung von seiner örtlichen Hausarztpraxis. Nicht zu den Alljährlichen Gesundheits-Check-ups zu gehen ist für ihn

... unfreundlich den Ärzten gegenüber, weil sie Leute brauchen und weil sie gucken wollen, wie es denen geht.

Matthews wesentliche Botschaft an die Leser ist, dass die Alljährlichen Gesundheits-Check-ups eine gute Sache sind. Er

legt aber auch Wert darauf zu betonen, dass Menschen (mit Lernschwierigkeiten, d. Übers.) beim Arztbesuch Unterstützung brauchen, damit sie sich sicher fühlen, damit sie wissen, dass sie nicht in Gefahr sind und damit sie den Verlauf und die Ergebnisse des Check-ups verstehen.

Der sechsendreißigjährige Andrew wohnt bei seinen Eltern. Wie Matthew weiß auch er viel über die Alljährlichen Gesundheits-Check-ups. Er hat an Diskussionsrunden über Gesundheits-Check-ups teilgenommen, die Tina Cook im Auftrag ihrer Universität 2009 mit den „Lawnmowers“ durchgeführt hat. Zudem hat er als Darsteller in einem Film der „Lawnmowers“ mitgewirkt, der das Ziel verfolgte, Menschen über die Alljährlichen Gesundheits-Check-ups zu informieren und aufzuklären.⁹ Zu den Alljährlichen Gesundheits-Check-ups äußert sich Andrew wie folgt:

Ein Alljährlicher Gesundheits-Check-up steht für etwas, was man jährlich macht, und es ist eine Untersuchung, um zu gucken, ob man gesund ist ... Bei der letzten Untersuchung war meine Mutter mit dabei. Sie haben nach meiner Ernährung gefragt und danach, was ich trinke. Dann haben sie meinen Blutdruck gemessen und mein Herz abgehört. Sie haben meine Reflexe überprüft mit dem Ding, das sie dir aufs Knie hauen. Das haben sie gemacht. Danach haben sie nur gesagt, dass ich gesundheitlich okay bin und dass ich mir keine Sorgen machen muss. Sie haben gesagt, dass ich bald wieder zu einer Untersuchung kommen würde. Aber

9) Den Link zum Film finden Sie unter www.geseb.de/ZEuB/links

das habe ich dann doch nie gemacht. Es fühlt sich richtig komisch an, für so was zum Arzt zu gehen. Normalerweise geht man zum Arzt, wenn man krank ist. Ich dachte: „Wozu das Ganze?“ „Werden sie jetzt plötzlich sagen, dass ich krank bin?“ Aber schließlich habe ich verstanden, dass es halt irgendwie gut ist, hinzugehen. Es geht darum, sicherzustellen, dass man auf seine Gesundheit achtet und dass man nicht einfach tot umfallen wird oder sonst was.

Wie andere Menschen mit Lernbehinderung stellt Andrew die Notwendigkeit in Frage, jährlich zu einem Gesundheits-Check zu gehen, wenn man sich nicht krank fühlt. Möglicherweise kommt dabei heraus, dass man gesagt bekommt, dass es einem doch nicht so gut geht. Nachdem er einen Gesundheits-Check hat machen lassen, der sein Gefühl, gesund zu sein, bestätigte, war Andrew von den Alljährlichen Gesundheits-Check-ups angetan. Aber interessanterweise war Andrew, so wie er es einschätzt, seit 1994 bei keinem weiteren Gesundheits-Check-up – und das trotz seines Wissens über die Untersuchungen und obwohl er von seiner Mutter unterstützt wird.

Ich denke, das sind wichtige Sachen, die nicht so gut laufen, wie sie sollten. Mein letzter Alljährlicher Gesundheits-Check-up muss 1994 gewesen sein. Ich weiß nicht, warum ich nicht weitere Untersuchungen gehabt habe. Wir erfahren einfach nicht davon. Wir haben nie irgendwelche Briefe oder Anrufe bekommen, dass wir hingehen sollten. Meine Mutter und mein Vater wissen von den Check-ups, und sie wissen, dass wir sie bekommen sollten, aber in der Regel bekommen wir sie nicht. Ich

habe nie beim Arzt deswegen nachgefragt, weil sie das einem sagen sollten. Ich war wegen anderen Problemen beim Arzt, und sie haben nie gesagt, dass ich einen Gesundheits-Check-up brauche.

Andrew weiß Bescheid über die Gesundheits-Check-ups, er kennt die Bedeutung von „alljährlich“ und die Gründe, warum man die Gesundheits-Check-ups machen lassen sollte. Er kann auch mit ausreichend Unterstützung rechnen. Und trotzdem nutzt er das Angebot nicht, weil er nicht explizit eingeladen wird. Damit stellt sich ganz deutlich die Frage, ob nicht die Arztpraxen eine aktivere Rolle übernehmen sollten, indem sie Menschen wie Andrew gezielt zu Terminen einladen. Wenn Andrew eingeladen worden wäre, hätte er den Termin wahrnehmen wollen und er weiß, dass seine Mutter ihn begleiten würde. Der letzte Punkt ist auf dem Hintergrund von Matthews Aussage, dass er nie alleine in die Arztpraxis gehen würde, von besonderer Bedeutung.

Wenn ich zu einem Gesundheits-Check-up eingeladen würde, würde ich nie alleine hingehen. Ich gehe immer mit meiner Mutter. Ich gehe nicht gern alleine irgendwo rein. Ich finde es schwer, mit den Ärzten zu sprechen. Ich wäre einfach blockiert und würde etwas Falsches sagen. Ohne Hilfe spreche ich nicht gern mit anderen Leuten über meine Gesundheit. Ich denke, ich würde mich wohler fühlen, wenn ich den Alljährlichen Gesundheits-Check-up an einem neutralen Ort machen lassen könnte ... in meinem Haus oder in meinem Wohnzimmer. Es würde mir mit der ganzen Sache besser gehen, und ich würde mir weniger Sorgen darüber machen, was es mit dem Gesundheits-Check-up auf sich hat.

Ebenso wie Matthew findet auch Andrew die Gesundheits-Check-ups gut. Er will jedoch zwei wichtige Aspekte hervorheben, die, wenn sie berücksichtigt würden, dazu beitragen könnten, dass mehr Menschen mit Lernbehinderung das Angebot der Alljährlichen Gesundheits-Check-ups wahrnehmen:

Erstens müssten die Arztpraxen genauer darauf achten, dass die Menschen, die es betrifft, zu Terminen eingeladen werden. Auch wenn er die Gesundheits-Check-ups für wichtig hält, wartet Andrew trotzdem auf ein Anschreiben der Arztpraxis, bevor er hingehet. Auch viele andere Teilnehmende an der Gruppendiskussion waren der Ansicht, dass der Gesundheitssektor Verantwortung dafür übernehmen sollte, dass die Leute ihre Check-up-Termine regelmäßig wahrnehmen. Um einen Termin bitten zu müssen, vermittelte ihnen das Gefühl, dass sie ihrem Arzt bzw. ihrer Ärztin auf die Nerven gehen.

Zweitens wünscht sich Andrew von den Hausärztinnen und Hausärzten mehr Verständnis. Sie sollten einsehen, dass für manche Menschen ein Arztbesuch angstbesetzt ist, weil sie damit den Zustand des Krankseins verbinden. Ein Arztbesuch kann Stress verursachen: „Auch wenn man weiß, dass man nicht krank ist, macht man sich Sorgen, dass die Ärztin/der Arzt das Gegenteil behaupten könnte“. Andere Diskussteilnehmende bekräftigten Andrews Aussage, indem sie von ihren Unsicherheiten gegenüber den Alljährlichen Gesundheits-Check-ups sprachen. Sie fanden es schwierig zu begreifen, warum man ohne Krankheitssymptome einen Arzt aufsuchen sollte. Von der Tatsache ausgehend, dass man mit der Arztpraxis Krank-

heit verbindet, fragte sich Andrew, ob der Check-up nicht auch an einem neutralen Ort stattfinden könnte, wo sich die Leute wohler fühlen.

Graeme ist 24 Jahr alt und wohnt bei seiner Mutter. Im Gegensatz zu Andrew liegt sein letzter Gesundheits-Check-up nicht so weit zurück. Er stimmt mit Andrew überein, dass die Gesundheits-Check-ups einen nervös machen können, vor allem wenn man sich Sorgen macht, dass es dort auch um Intimes gehen könnte.

Sie stellen intime Fragen über Knoten da unten und ... nee, es ist zu intim ...

Graeme stoppte hier – er wollte nichts Genaueres erzählen. Später sagte er:

Normalerweise fragen sie auch, ob du trinkst und rauchst. Stellt euch vor, als sie mir Blut abgenommen haben, bin ich gelb angelaufen. Das passiert mir oft, dass ich wegschummre, so dass ich nichts mehr sehen kann. Bei mir gibt es immer solche Nebenwirkungen.

Abgesehen von der für ihn unangenehmen Blutabnahme hält auch Graeme, ebenso wie Andrew, die Gesundheits-Check-ups für eine gute Sache, und er geht tatsächlich regelmäßig hin.

Du kriegst deine Größe gemessen, dein Gewicht kontrolliert und eine fieße Blutprobe. Es ist einfach eine Vorsorgeuntersuchung einmal im Jahr und ich gehe jedes Jahr mit meiner Mutter.

Graeme plädiert dafür, die Leute über die Alljährlichen Gesundheits-Check-ups besser zu informieren. Weil sie für den Er-

halt der eigenen Gesundheit wichtig sind, ermutigt er auch andere, die Check-ups machen zu lassen, auch wenn es manchmal peinlich oder unbequem sein mag.

Debbie ist 51 Jahre und lebt in einer eigenen Wohnung zusammen mit ihrem Ehemann. Sie hat keine Unterstützung, z. B. von ihren Eltern, bei Arztbesuchen. Auch sie hält die Alljährlichen Gesundheits-Check-ups für sinnvoll und versteht, dass dabei Dinge herauskommen können, die ohne die verschiedenen Tests unerkannt bleiben würden.

Ich denke, dass jeder zum Alljährlichen Gesundheits-Check-up gehen sollte. Man könnte durch viele Sachen gefährdet sein. Du siehst vielleicht gesund aus aber etwas könnte los sein in deinem Körper. Vielleicht denkst du: „Mir geht’s gut, ich brauche das nicht“. Dann messen sie deinen Blutdruck und er ist vielleicht durch die Decke.

Auch Debbie weist darauf hin, dass die Leute unzureichend informiert sind

Sie (die Alljährlichen Gesundheits-Check-ups) sollten etwas sein, wo man jedes Jahr hinget, um seine Gesundheit überprüfen zu lassen. Aber nicht jeder weiß davon ... wenn der Arzt es nicht sagt.

Die folgende Geschichte bezieht sich auf einen Arztbesuch zu einem Zeitpunkt, als Debbie noch nichts von Gesundheits-Check-ups wusste. Das Beispiel zeigt, wie irritierend es sein kann, wenn die allgemeine Gesundheitsvorsorge mit spezifischen gesundheitlichen Problemen vermischt wird. Debbie ging wegen eines bestimmten Problems zum Arzt, und dort

wurde zusätzlich der Alljährliche Gesundheits-Check-up durchgeführt.

Ich habe von diesen Check-ups erfahren, als ich wegen etwas anderem zum Arzt gegangen bin. Die Ärztin sagte zu mir: „Übrigens, aufgrund Ihrer Lernbehinderungen steht Ihnen ein Gesundheits-Check-up zu“. Ich habe nicht verstanden, wozu der gut sein sollte. Es war ein bisschen nervig. Ich dachte, sie wollen meine Fähigkeiten testen, nicht das Blutbild und solche Sachen. Sie haben mich gewogen, meine Größe gemessen, meinen Blutdruck. Ich habe seitdem nichts gehört ... alles ist in Ordnung, denke ich!

Zu diesem Zeitpunkt war bei Debbie noch keine Lernbehinderung diagnostiziert worden, obwohl sie schon ihr ganzes Leben lang Schwierigkeiten mit dem Lernen hatte. Sie hat das Gefühl, dass die fehlende Diagnose sich negativ auf ihr Leben und ihren Anspruch auf Unterstützung für eine selbständige Lebensführung ausgewirkt hat. Es gibt einige schwierige Ereignisse in ihrem Leben, die vielleicht anders gelaufen wären, wenn sie aufgrund einer Diagnose der Lernbehinderung auf Unterstützung hätte zurückgreifen können. Als bei ihr der Gesundheits-Check-up durchgeführt wurde, dachte sie, dass es dabei unter anderem um die Feststellung ihrer Lernschwierigkeiten ginge. Sie war daher besorgt, als sie nach dem Arzttermin keine Rückmeldung bekam. Jetzt hat Debbie eine Diagnose ihrer Lernbehinderung erhalten, was sie nützlich findet. Aber als sie darüber nachdachte, ob sie weitere Gesundheits-Check-ups hat machen lassen, stellte sie fest, dass sie sich dessen nicht richtig bewusst war.

Ich habe schon ewig keinen Gesundheits-Check-up machen lassen. Ich weiß wirklich nicht, wann der letzte Termin war. Ich bekomme keine Briefe oder so. Es ist ein bisschen verwirrend, denn wenn ich zum Arzt gehe, messen sie so oder so Gewicht und Blutdruck. Ist das dann der Alljährliche Gesundheits-Check-up? Man könnte auch denken, dass sie einen an den nächsten Termin erinnern, wenn man zum Doktor geht.

Auch Debbie betont, dass es hilfreich wäre, wenn man einen Brief bezüglich der Alljährlichen Gesundheits-Check-ups erhalten würde. Dann wüsste man, wann ein Termin ansteht und ob man schon bei einem Check-up war oder nicht. Es sei verwirrend, wenn der Check-up einfach mit einem anderen Arzttermin gekoppelt wird, denn manchmal muss auch wegen einer akuten Krankheit eine Blutprobe durchgeführt werden. Deswegen ist Debbie nicht sicher, ob bei ihr in letzter Zeit ein kompletter Gesundheits-Check-up gemacht wurde.

Manchmal mache ich mir Sorgen, dass ich den Alljährlichen Gesundheits-Check-up nicht habe machen lassen. Es nervt, weil sie einmal sagen, dass mir wegen meiner Behinderung ein Alljährlicher Gesundheits-Check-up zusteht, und danach höre ich nichts.

In der Gruppe wurde darüber diskutiert, dass Assistenz sehr wichtig ist, einmal um überhaupt einen Termin beim Arzt wahrzunehmen und zum anderen, um sich dabei wohl zu fühlen. Debbies Geschichte machte die Verwirrung deutlich, die entstehen kann, wenn jemand diesen Prozess alleine bewältigen muss. Unter-

stützung durch Familienmitglieder und Professionelle wurde als ein wichtiger Aspekt hervorgehoben, der dazu beitragen kann, den Alljährlichen Gesundheits-Check-up positiver und zugänglicher zu gestalten. Debbie betont, dass es hilfreich wäre, wenn die Hausärzte die Gesundheits-Check-ups getrennt von anderen Behandlungen durchführen würden. Wenn man sie ausschließlich zu einem Alljährlichen Gesundheits-Check-up einladen würde, könnte sie diese Untersuchung als solches erkennen und würde wissen, warum sie hingehet. Es ist nicht gerade gesundheitsförderlich, sich verwirrt und etwas genervt zu fühlen. Andrews Vorschlag, den Alljährlichen Gesundheits-Check-up an einem Ort stattfinden zu lassen, der nicht mit Krankheit, sondern mit Gesundheit verbunden wird, könnte darüber hinaus nützlich sein, die Unterscheidung zwischen Krank-Sein und Gesundbleiben zu erklären. Möglicherweise würde das dazu führen, dass mehr Menschen sich mit der Idee des Alljährlichen Gesundheits-Check-ups anfreunden könnten.

Allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern an der Gruppendiskussion war klar, dass sie besser in der Lage sein würden, angemessen zu handeln, wenn sie wüssten, was Sache ist. Wenn man etwas nicht richtig versteht, wird man ängstlich, und man ist weniger gewillt, zu einem Alljährlichen Gesundheits-Check-up zu gehen. Neben dem Problem, dass viele nicht genau wissen, wie sie sich einen Alljährlichen Gesundheits-Check-up vorzustellen haben, diskutierte die gesamte Gruppe auch die Fachterminologie, die Wörter, die die Ärzte benutzen. Die Diskussionsteilnehmerinnen und Diskussionsteilnehmer beschrieben ihre

Erfahrungen dahingehend, dass sie sich bei Arztbesuchen und Krankenhausaufenthalten in einer unzugänglichen Welt des medizinischen Jargons befinden. Das erzeugt bei ihnen ein Gefühl von Verwirrung und Ratlosigkeit. Für einige war auch das Wort „annual“ problematisch und irreführend. Sie dachten, es könnte „... ab und an“ heißen oder „... immer dann, wenn man mit dem Arzt in Kontakt kommt“. Andrew meinte, dass es sehr hilfreich wäre, wenn man die „Annual Health Checks“ (also die Alljährlichen Gesundheits-Check-ups) einfach „Yearly Health Checks“ (Jährliche Gesundheits-Check-ups) nennen könnte.¹⁰

4. Zusammenfassung und Schluss

Wenn man sich die Ungleichheit vor Augen führt, mit der sich Menschen mit Lernbehinderungen im Hinblick auf ihre Gesundheit konfrontiert sehen, scheint es von größter Wichtigkeit, dass die Gesundheitsdienste im Vereinigten Königreich sich der Frage widmen, wie der Zugang zu Unterstützungsleistungen zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands dieser Menschen gewährleistet werden könnte. Seit 2008 ist im Vereinigten Königreich viel geschehen, man hat angefangen sich der im Michael-Bericht hervorgehobenen Themen und Anliegen

anzunehmen, aber die Veränderungen gehen beim gegebenen Umfang und wegen der tiefen kulturellen Verwurzelung des Problems nur langsam von statten. Im Jahre 2010 fassten Emmerson und Baines die im Vereinigten Königreich verfügbare Forschungsliteratur, die sich mit dem Gesundheitszustand und den Gesundheitsproblemen von Kindern und Erwachsenen mit Lernbehinderungen beschäftigt, zusammen und wiesen einmal mehr darauf hin, dass die Ungleichheit, mit der sich Menschen mit Lernbehinderungen im Vereinigten Königreich im Hinblick auf ihre Gesundheit konfrontiert sehen, in gewissem Ausmaß darauf zurückzuführen ist, dass „Barrieren ihnen den Zugang zu rechtzeitigen, geeigneten und wirksamen Gesundheitsleistungen versperren“ (Emmerson/Baines 2010, S. 1). In einem weiteren Beitrag stellen Emmerson u.a. fest: „Es ist klar, dass diese Ungleichheit im Hinblick auf die Gesundheit bis zu einem gewissen Grad vermieden werden könnte. Es ist ebenso klar, dass die Art und Weise, wie Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge bereitgestellt werden, unzureichend ist, ungerecht und wahrscheinlich unvereinbar mit den gesetzlichen Vorgaben, die sich ergeben aus dem Gleichstellungsgesetz (Equality Act) von 2010, dem Gesetz über Betreuung, Bevollmächtigung und Patientenverfügung bei eingeschränkten geistigen Fähigkeiten (Mental Capacity Act) von

10) Im Englischen gibt es für „jährlich“ zwei Wörter, „annual“ und „yearly“. Um im Deutschen eine Entsprechung für die beschriebene Schwierigkeit mit dem Wort „annual“ zu finden, müsste man vielleicht von einer „Vorsorgeuntersuchung per annum“ sprechen. Das wäre aber sehr ungewöhnlich. Somit ergibt sich im Deutschen in diesem Fall nicht die gleiche sprachliche Hürde wie im Englischen. Um auch im Deutschen die Hürde etwas höher zu hängen, benutzen wir als deutsche Entsprechung für „annual“ das Wort „alljährlich“ und nicht einfach nur „jährlich“, was auch möglich gewesen wäre. (Anm. d. Übers.)

2005, dem Gesetz über Gesundheit und Pflege (Health and Social Care Act) von 2008, Handlungsanweisungen aus Verwaltungsvorschriften von 2010 und 2005 und aus der UN-Behindertenrechtskonvention“ (Emmerson u.a. 2011, S. 18).

Die Fragen und Anliegen, die von den Mitgliedern der Lawnmowers-Theatergruppe in Bezug auf den Zugang zu Alljährlichen Gesundheits-Check-ups aufgeworfen und vorgebracht wurden, sind einschlägig und sehr relevant. Im Jahre 2010 veröffentlichten Dr. Matt Hoghton und die Königliche Hochschule für Allgemeinmediziner (Royal College of General Practitioners) ein Dokument mit dem Titel: „Eine Schritt-für-Schritt-Anleitung für die allgemeinmedizinische Praxis: Alljährliche Gesundheits-Check-ups für Menschen mit Lernbehinderung“. Dieser Leitfaden stellt Informationen, Ratschläge und Anleitungen bereit, die dem Allgemeinmediziner, den medizinischen Fachangestellten und dem übrigen Personal in den hausärztlichen Praxen helfen sollen, die Prozesse bei der Vorbereitung und Durchführung der Alljährlichen Gesundheits-Check-ups für Menschen mit Lernbehinderung zu optimieren. Der Leitfaden stellt einen detaillierten Prüfplan zur Verfügung, mit dem die Kenntnisse über Menschen mit Lernbehinderung in der ambulanten Praxis ausgebaut werden können, um auf dieser Grundlage deren Bereitschaft zur Teilnahme an Alljährlichen Gesundheits-Check-ups zu fördern. Hier einige Beispiele:

- Die Patienten sollten zum Gesundheits-Check-up eingeladen werden (mit geeigneten Methoden und mit gut verständlichem Informationsmaterial).

- Es wird auch empfohlen, dass die Arztpraxen den vor dem Gesundheits-Check-up auszufüllenden Fragebogen (abrufbar im Internet unter: www.rcgp.org) beilegen, um den Patienten und dem Betreuungspersonal zu helfen, sich auf den Untersuchungstermin vorzubereiten, um Ängste abzubauen und so die Effektivität des Arztbesuchs zu erhöhen.
- Es ist zu überprüfen, ob die Einladung den Empfänger bzw. die Empfängerin erreicht hat.
- Es sollten Wahlmöglichkeiten angeboten und es sollte versucht werden, den Arzttermin für die Zeit und für den Wochentag zu vereinbaren, die sowohl für die zu untersuchende Person und die Betreuenden als auch für die Arztpraxis besonders gut passen. (Vgl. Hoghton u.a. 2010, S. 8)

Der Leitfaden enthält auch Briefformulare, mit denen Menschen in verständlicher und zugänglicher Weise zum Alljährlichen Gesundheits-Check-up eingeladen werden können. Fast alle Themen und Anliegen, die von den Mitgliedern der Lawnmowers-Theatergruppe bezüglich der Alljährlichen Gesundheits-Check-ups angeschnitten und vorgebracht wurden, werden in diesem umfassenden Dokument behandelt. Einige Allgemeinmediziner, wie z.B. Martin und Lindsay, geben ihrer Hoffnung Ausdruck, dass mit der Erweiterung der Dienstleistungen bei der Durchführung der Jährlichen Vorsorgeuntersuchungen die Gesundheit der Menschen mit Lernschwierigkeiten verbessert werden könnte.

„Es ist möglich, dass diese gefährdete Patientengruppe, die Schwierigkeiten hat, Zugang zu Maßnahmen der

Gesundheitsvorsorge zu finden, sich einer besseren Gesundheit erfreuen könnte, wenn der Behandlung zugängliche Krankheitszustände, darunter auch einige Formen von Krebs, früh erkannt würden, weil Zielgerichtet Erweiterte Dienstleistungen (Directed Enhanced Services = DES) in den allgemeinmedizinischen Praxen wirksam und erfolgreich eingesetzt werden“ (Martin/Lindsay 2009, S. 481).

Die Mitglieder der Lawnmowers-Theatergruppe haben jedoch die Erfahrung gemacht, dass es trotz aller Hilfestellungen für die Hausärzte und Allgemeinmediziner bei der Durchführung dieser Arbeit noch eine Kluft gibt zwischen der Politik, den Anleitungen und ihrer praktischen Umsetzung.

Matthew, Andrew, Graeme und Debbie, sie alle denken, das Alljährliche Gesundheits-Check-ups für Menschen mit Lernschwierigkeiten eine gute Sache sind und dass diese Untersuchungen den Menschen helfen können, gesund zu bleiben, weil es Krankheiten gibt, von denen man nicht weiß, dass man sie hat. Wenn solche Krankheiten während eines Alljährlichen Gesundheits-Check-ups erkannt werden, könnten sie behandelt werden und man hat möglicherweise ein längeres gesundes Leben. Die Mitglieder der Freien Theatergruppe „The Lawnmowers“ sind Forscher, Vordenker und Akteure, die sich mit den Ungleichheiten beschäftigen, mit denen sich Menschen mit Lernbehinderungen konfrontiert sehen. Den Zugang zu den Alljährlichen Gesundheits-Check-ups sehen sie weiterhin als schwierig an, obwohl sie diese Untersuchungen generell begrüßen. Sie hoffen, dass der Bericht

über ihre Erfahrungen dazu beiträgt, einige der Schwierigkeiten anzugehen und Menschen mit Lernschwierigkeiten dabei zu unterstützen, besseren Zugang zu Gesundheitsleistungen zu finden. Sie wissen, dass es sehr unglücklich machen kann, nicht gesund zu sein: Die meisten von ihnen haben entsprechende Erfahrungen gemacht, entweder am eigenen Leib oder im näheren Umfeld. Glücklich und gesund zu sein ist für die Mitglieder der Freien Theatergruppe „The Lawnmowers“ ebenso von größter Wichtigkeit wie für ihre Freunde und Familien. Deshalb würden sie gerne dazu beitragen, dass die Alljährlichen Gesundheits-Check-ups funktionieren und ein Erfolg werden.

Literatur

- Baxter, Helen Ann / Lowe, Katherine / Houston, Helen Louise Ann / Jones, Glyn / Felce, David John / Kerr, Michael Patrick (2006): Previously unidentified morbidity in patients with intellectual disability. In: British Journal of General Practice. 56 (523), pp. 93-98
- Cooper, Sally-Ann / Morrison, Jill / Melville, Craig / Finlayson, Janet / Allan, Linda / Martin, Graham / Robinson, Nicola (2006): Improving the health of people with intellectual disabilities: Outcomes of a health screening programme after 1 year. Journal of Intellectual Disability Research. 50 (9), pp. 667-677
- Department of Health (2004): Standards for Better Health. London (HMSO)
- Disability Rights Commission (2006): Equal Treatment: Closing the Gap. A formal investigation into physical health inequalities experienced by people with learning disabilities and/or mental health problems. London
- Emerson, Eric / Baines, Susannah / Allerton, Lindsay / Welch, Vicki (2011): Health Inequalities & People with Learning Disabilities in the UK. Learning Disability Observatory. London

Emerson, Eric / Baines, Susannah (2010) Health Inequalities & People with Learning Disabilities in the UK. Learning Disability Observatory. London

Felce, David / Baxter, Helen / Lowe, Kathy / Dunstan, Frank / Houston, Helen / Jones, Glyn / Felce, Janet / Kerr, Michael (2008): The impact of repeated health checks for adults with learning disabilities. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. 21 (6), pp. 585-596

Hoghton, Matt and the Royal College of General Practitioners (2010): A Step by Step Guide for GP Practices: Annual Health Checks for People with a Learning Disability Royal College of General Practitioners. London

Lennox, Tasmin N / Nadkarni, Joanne / Moffat, Peter / Robertson, Caroline (2003): Access to Services and Meeting the Needs of People with Learning Disabilities. Journal of Intellectual Disabilities. 7 (1), pp. 34-50

Martin, Graham / Lindsay, Peter (2009): Dying and living with a learning disability: Will health checks for adults improve their quality of life? British Journal of General Practice. 59 (564), pp. 480-481

Michael, Jonathan. (2008): Healthcare for All: Report of the independent inquiry into access to healthcare for people with learning disabilities. London (HMSO)

NHS Primary Care Contracting (2009): Directed Enhanced Service for annual health checks for people with learning disabilities. Im Internet: http://www.pcc.nhs.uk/uploads/primary_care_service_frameworks/2009/directed_enhanced_services_for_annual_health_checks_for_people_with_learning_disabilities_faqs_feb09.pdf Accessed July 20th 2009

Perry, Jonathan / Kerr, Mike / Felce, David / Bartley, Stuart / Tomlinson, Judith (2008): Monitoring the public health impact of health checks for adults with a learning disability in Wales. First report of the joint NPHS/WCLD project group

Romeo, Renee / Knapp, Martin / Morrison, Jill / Melville, Craig / Allan, Linda / Finlayson, Janet / Cooper, Sally-Ann (2009): Cost estimation of a health-check intervention for adults with intellectual disabilities in the UK. Journal of Intellectual Disability Research. 53 (5), pp. 426-439

The Lawnmowers



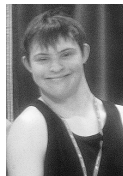
Graeme Thompson



Debbie Bell-Hutchinson



Andrew Mcleod



Matthew Dennis

*Übersetzung aus dem Englischen von
Eduard Jan Ditschek und Emma Fawcett.*

*Der englische Originaltext wird auf der
Homepage der GEB veröffentlicht:
www.geseb.de*

*Dr. Tina Cook
Department of Social Work and
Communities
Faculty of Health and Life Sciences
Northumbria University
Newcastle upon Tyne
tina.cook@northumbria.ac.uk*



Gabriele Haar

Diversität als Chance für die Gesundheitsbildung

Prolog

Eines meiner nachhaltigsten Erlebnisse hatte ich in einem inklusiven Tanzangebot. Ich durfte mich mit geschlossenen Augen von einer blinden Frau durch den Raum führen lassen. Die Erfahrung glich einer Metapher: Man muss den Weg nicht sehen, um ihn zu finden – durch verfeinertes Spüren, lässt sich der Raum nach und nach erschließen. Es fühlte sich spannend und schön an. Die Eindrücke waren völlig anders, als die bislang visuell wahrgenommenen. Hinzu kam eine Erkenntnis, die mich froh stimmte, Tanz ist auf sehr unterschiedliche Weise möglich und somit nicht von einzelnen Körperfunktionen abhängig. Für eine leidenschaftliche Tänzerin, wie mich, eine wunderbare Aussicht!

1. Einführung

Gesundheit ist nicht lehrbar, sondern nur durch Erleben erfahrbar (Blättner 1998). Auf der Grundlage dieser Erkenntnis ist es Aufgabe von Gesundheitsbildung, das „Erleben“ von Gesundheit zu fördern. „Gesundheitsbildung bezeichnet organisierte Lern- und Entwicklungsprozesse, die Menschen ermöglichen, gezielt Einfluss auf die Faktoren zu nehmen, die ihre Gesundheit bestimmen, d. h. auf Lebensbedingungen und auf Gesundheitshandeln. Gesundheitsbildung will Einfluss auf Gesundheitsvorstellungen nehmen und auf die Art der Kommunikation über Gesundheit...“ (Blättner/Waller 2011, S. 206). Da Gesundheitserleben und Gesundheitsempfinden an positive Gefühle geknüpft sind, steht die Frage nach der Entstehung von Gesundheit im Zentrum von Gesundheitsbildung. Subjektives körperliches, mentales und soziales Wohlbefinden müssen als Maßstab berücksichtigt werden. Dies öffnet die Wahrnehmung dafür, dass sich auch Menschen mit besonderen körperlichen und geistigen Voraussetzungen / Einschränkungen sowie chronisch erkrankte

Menschen, durchaus gesund fühlen können. Die größte Herausforderung liegt darin, nicht Krankheit zu denken um Gesundheit zu beschreiben.

Im Kontext der europäischen Gesundheitsziele berücksichtigt inklusive Gesundheitsbildung auch die gesellschaftlichen Bedingungen. Das Rahmenkonzept der Europäischen Union proklamiert: „Gesellschaften, die sämtliche Bürger einbeziehen und es ihnen ermöglichen, eine aus sozialer, wirtschaftlicher und kultureller Sicht sinnvolle Rolle spielen zu können, (werden) gesünder sein als diejenigen Gesellschaften, in denen die Menschen mit Unsicherheit, sozialer Ausgrenzung und Deprivation konfrontiert sind.“ (Gesundheit 21, S.16). Die Einbeziehung von Menschen mit Beeinträchtigungen im Rahmen von inklusiver Gesundheitsbildung beinhaltet weitaus mehr als die Möglichkeit der Teilnahme an Angeboten. Sie umfasst den Abbau von Barrieren auf unterschiedlichen Ebenen. Die aktive Gestaltung von Zugängen wird Aufgabe des Qualitätsmanagements eines Anbieters. Die Berücksichtigung von Diversitäten in Bezug auf Bedürfnis- und Bedarfsermittlung, Kommunikation,

Lehr-Lern-Prozess sowie Raummanagement sind dafür notwendig (Haar 2014).

Durch die Normalisierung der Begegnung von Menschen mit und ohne Beeinträchtigung können darüber hinaus gesellschaftliche Veränderungsprozesse in Gang gesetzt werden, die sich positiv auf die Lebensqualität aller Beteiligten auswirken. Die Dimension von Bildung beinhaltet in diesem Prozess sowohl eine formelle als auch eine informelle Ebene. Inklusive Gesundheitsbildung geht damit deutlich über den Ansatz der Selbstoptimierung hinaus. Wohlbefinden als Maßstab für gesundheitsbezogene Lebensqualität ist somit nicht ausschließlich auf ein Gesundheitsangebot bezogen, es impliziert auch ein grundsätzliches Zugehörigkeitsgefühl in gesellschaftliche Prozesse und in soziale Gruppen. So kann sich gesundheitsförderliches Verhalten auch auf Zugehörigkeit begründen.

2. Bedürfnisse und Lernmotivation

Wie lassen sich Bedürfnisse von Lerngruppen mit großer Diversität erfassen? Welche Motive können Menschen zum gemeinsamen Lernen zusammenbringen? Und wie kann eine Bedürfnisbefriedigung aller Teilnehmenden erreicht werden? Dies sind zentrale Fragestellungen für die Planung und Gestaltung von inklusiven Gesundheitsangeboten.

Schneider (2013, S.70) geht davon aus, dass die Motivation zur Bedürfnisbefriedigung immer vorhanden ist und es deshalb unmöglich ist, Ziele der Gesundheitsbildung gegen die Bedürfnislage der Angesprochenen durchzusetzen. Er beschreibt in seinem 6-Stufen-Modell

die Zusammenhänge von Bedürfnisstruktur und deren Wirkungen im pädagogischen Prozess. Die Erfüllung von physiologischen Bedürfnissen wird als Ausgangsbasis für die pädagogische Arbeit gewertet, angenehme Umgebung, sinnvolle Pausen und gutes Raumklima werden von ihm benannt. Durch gute Orientierungsmöglichkeit, Vertrautheit und transparente Gruppenregeln kann das nachfolgende Bedürfnis nach Sicherheit erfüllt werden. Den Wunsch nach Anerkennung und liebevoller Geborgenheit sieht er durch das Ermöglichen von Nähe und das Schaffen eines Erlebnisraumes befriedigt. Wertschätzung und Geltung in der Gruppe können u. a. durch das Akzeptieren von Stärken und Schwächen erreicht werden. Die zweithöchste Bedürfnisstufe mündet in der Selbstverwirklichung. Diese kann durch Kreativität provoziert werden. Transzendenz, Sinnfindung und Freiheitsstreben als oberste Bedürfnisstufe, können u. a. durch die Möglichkeit von Besinnung, Meditation und Metakommunikation gestärkt werden (Schneider 2013, S.69).

Die aufgewiesenen Bezüge zwischen Grundbedürfnissen und pädagogischem Handeln sind meines Erachtens eine gute Grundlage, um inklusive Gesundheitsangebote teilnehmerorientiert auszurichten. Allerdings sind barrierefreie Zugänge als Ausgangsbasis zu ergänzen. Die temporären zentralen Bedürfnisse, die zu einer Teilnahme an einer Veranstaltung der inklusiven Gesundheitsbildung führen, sind ein wichtiger Faktor für die Lernmotivation und den Kontaktaufbau der Teilnehmenden im Lernprozess. In der bisherigen inklusiven Bildungsarbeit der VHS Osterholz-Scharmbeck ist deutlich geworden, dass ein gutes Lernklima nur

herzustellen ist, wenn die Bedürfnisse der Teilnehmenden nicht zu sehr voneinander abweichen. Ansonsten kommt es zu Frustrationen. Bedürfnisse von potentiellen Teilnehmenden wahrzunehmen und sie zu bündeln ist ein wichtiger Schritt bei der inklusiven Angebotsplanung. So ist z. B. in einem traditionellen Yoga-Kurs (Lerninhalt) das Bedürfnis nach einer ruhigen Kursatmosphäre ein verbindendes Element. Dieses Bedürfnis kann nur erfüllt werden, wenn die anwesenden Teilnehmenden die Fähigkeit haben, sich auf sich selbst zu beziehen. Dies sollte bei der Ankündigung bzw. Beratung der Teilnehmenden klar kommuniziert werden.

Ein Beispiel für einen Ausschreibungstext in Leichter Sprache (VHS Osterholz-Scharmbeck, 2015, S. 29):

Durchatmen mit Yoga-Übungen – Für Menschen, die lieber langsam lernen

Yoga-Übungen sind ähnlich wie Gymnastik.

Sie lernen verschiedene Dehn-Übungen.

Dabei atmen Sie auf eine bestimmte Weise.

Dadurch wird Ihr Körper gut mit Atem-Luft versorgt.

Sie konzentrieren sich auf Ihren Körper.

Dabei können Sie belastende Gedanken los lassen.

Yoga wirkt auf den Körper belebend und auf den Geist entspannend.

Das stärkt Ihre Gesundheit.

Das Zusammenspiel von übereinstimmenden Lernbedürfnissen, persönlichen Voraussetzungen und vorhandenen Kompetenzen wirkt sich neben dem Lerninhalt unmittelbar auf den Lernprozess im inklusiven Setting aus. Idealerweise

können die Teilnehmenden an Ihren vorhandenen Kompetenzen anknüpfen, beispielsweise an der bildlichen Vorstellungskraft bei Phantasie Reisen oder an ihrer Vorerfahrung mit Gewürzen beim Kochen. Im inklusiven Lernprozess ist ein Rückkopplungseffekt durchaus erwünscht: neue Bedürfnisse entstehen, die Wahrnehmung der eignen Voraussetzungen erweitert sich und persönliche Kompetenzen können ausgebaut werden. Auch der Lerninhalt bleibt nicht statisch, er wird durch den Gruppenprozess ständig moduliert.

3. Parameter für eine inklusive Gesundheitspädagogik

3.1. Wertschätzung und Empathie als didaktische Grundlage für Begegnung

Gute zwischenmenschliche Beziehungen sind ein starker Schutzfaktor für die Gesundheit (WHO 2004). So lange aber Menschen mit Beeinträchtigung sich selbst in Lernsituationen vor allem als bedürftig oder unfähig wahrnehmen und erleben, werden sie ihre Fähigkeiten schwerlich erweitern können. Aus diesem Grund sind Konzepte notwendig, in denen das Erleben und die Weitergabe der eigenen Fähigkeiten und Wahrnehmung inhaltliches Ziel sind. Menschen ohne Beeinträchtigungen erhalten dadurch die Chance, Kontakte in einem normalen Kontext herzustellen und können Vorabannahmen reflektieren. Die Begegnung auf Augenhöhe zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen ist nicht Zufall sondern didaktisches Ziel. Wichtigste Voraussetzung dabei ist eine grundsätzliche gegenseitige Wert-

schätzung. Für Kursleitende bedeutet dies eine weniger bewertende, viel mehr eine beschreibende Vorgehensweise. Beispielsweise geht es bei einer Körperübung um die Idee einer Form, nicht um das Leistungsziel, diese perfekt zu erreichen. Im Vordergrund steht das Empfinden für sich selbst, um im zweiten Schritt, die eigene Wahrnehmung zu erweitern. Wettkampf und Konkurrenz passen aus diesem Grund nicht zur inklusiven Gesundheitspädagogik.

3.2. Das Prinzip des Lernens vom Anderen

Wenn Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen ohne gegenseitige Vorbehalte gemeinsam Gesundheit erleben, können neue Einsichten, Empfindungen, Handlungen oder auch Produkte entstehen, welche nicht vorhersehbar sind. Stuber beschreibt dies im Zusammenhang mit Diversity Management als „Potentialprinzip“, welches durch bewusst positive Beachtung und aktive Einbeziehung systematisch zum Vorteil aller Beteiligten genutzt werden kann (Stuber, 2008, S.15).

Was kann ich von anderen Teilnehmenden über deren Gesundheitserleben lernen? Welchen Zugewinn habe ich durch die unterschiedlichen Perspektiven auf Gesundheit? Dies sind Leitfragen, die geistig und körperlich thematisiert werden können. Dabei ist das Lösen von Aufgaben ein kreativer Akt. Menschen mit unterschiedlichen Voraussetzungen können ihre Vorgehensweise einbringen. Während des Lernprozesses werden die unterschiedlichen Herangehensweisen zum „Vorgehenswissen“ der gesamten Gruppe. Je vielfältiger die Gruppe ist, umso reichhaltiger wird das Vorgehenswissen. Methodisch geht es darum, die

Neugierde auf das Vorgehen der Anderen zu wecken. Das Empfinden eines Lernzugewinns ist meiner Meinung nach ein spannender Moment im Prozess einer inklusiven Lerngruppe. Wird dieser als deutlich und bemerkenswert beurteilt, ist eine Offenheit für weitere inklusive Lernangebote zu erwarten.

3.3. Konstruieren und gestalten lassen

Gesundheitsbildung soll Menschen ermöglichen, ihren Alltag gesundheitsfördernder zu gestalten (Blättner/Waller 2011). Das Individuum wird dadurch tätig und nimmt aktiv Einfluss auf seine Lebenswelt. Gesundheitslernen in einer Gruppe bedeutet, sich der eigenen und der fremden Ressourcen bewusst zu werden und diese gemeinsam zu nutzen. Durch systemisch-konstruktivistische Kurskonzepte können die vielfältigen Ressourcen aller Teilnehmenden deutlicher und nutzbarer werden. In seinem Entwurf einer „Typologie vernetzten Lernens“ (Siebert, 2007, S.55) fächert Siebert die Vielfalt in Bezug auf Vernetzungsmöglichkeiten im Lernprozess auf. Perspektivenverschränkung, Biografisches Lernen, Vernetzung multipler Kompetenzen und Lernaktivitäten, Kreativität durch vernetztes Lernen und Vernetzung von Emotion und Kognition sind Vernetzungstypen, die für eine inklusive Gesundheitsbildung von hoher Bedeutung sind. Den Kursteilnehmenden wird es auf diese Weise möglich, auch von besonderen Voraussetzungen zu profitieren, die nicht unmittelbar im Zusammenhang mit dem vordergründigen Lerninhalt stehen. Beispielsweise können gehörlose Teilnehmende herausragende Fähigkeiten im Bereich Körperkommunikation

einbringen. Die Selbstbefähigung erfolgt entlang der vorhandenen Kompetenzen innerhalb der Gruppe und wird sukzessiv weiterentwickelt. Methodisch rückt das kreative Handeln in den Vordergrund. Dies lässt allen Teilnehmenden den Freiraum, sich auf ihre Weise einzubringen.

3.4. Vielfältige Kommunikationswege nutzen

Um den Austausch gelingen zu lassen, benötigen inklusive Lernsituationen ein besonderes Augenmerk auf die Kommunikationsmöglichkeiten und -wege der Teilnehmenden. Eine davon ist die Leichte Sprache. Die Kontaktaufnahme zu schwer-/mehrfachbeeinträchtigten Teilnehmenden stellt eine besondere Herausforderung dar. Neben Begleitpersonen als vermittelnde Assistenzen sind neue Elemente in den Ablauf einzubeziehen. Visuelle Symbole können hilfreich sein, um Gefühle auszudrücken. Materialien aus dem Kreativbereich, wie beispielsweise Knete, können als Ausdrucksmittel genutzt werden. Berührung, Mimik und Gestik gewinnen an Bedeutung. Bilder und Symbole können genutzt, Licht- und Klangsignale eingesetzt werden. Von der Erweiterung der Kommunikationswege profitieren alle Teilnehmenden, weil auf diese Weise auch die verschiedenen Lerntypen berücksichtigt werden.

3.5. Sinnesorientierung in der gesamten Methodik

Inklusive Gesundheitsbildung ermöglicht eine Erweiterung der individuellen Wahrnehmung und sollte deshalb sinnesorientiert sein. Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen können sich in dieser Hinsicht gegenseitig anregen; besonders wenn die Lebenswirklichkeiten sehr stark

differieren. Beispielsweise im Umgang mit dem Thema Zeit. Motorisch eingeschränkte Menschen müssen sich meist mehr Zeit zur Körperbewegung nehmen. Die Verlangsamung löst eine verfeinerte bzw. differenzierte Wahrnehmung aus. Werden in einem Kursangebot Übungen von einem mobilitätseingeschränkten Teilnehmenden vor gemacht, können Teilnehmende ohne Beeinträchtigung ihrer eigenen Körperbewegung bewusster nachspüren. Darüber hinaus birgt das Vorgehen die Chance, sich weg von Stereotypen zu bewegen. Ein Rollstuhlfahrer kann eine tänzerische Bewegungsform einbringen, ein Gehörloser kann Geschichten erzählen und ein Teilnehmer mit Lerneinschränkung kann eine Entspannungsmethode anwenden. Die Voraussetzung für gelungenes Lernen ist eine Ermöglichungsdidaktik.

4. Thematische Bereiche der inklusiven Gesundheitsbildung

Die klassischen, vordringlichen Bereiche der Gesundheitsförderung sind Hygiene/ Infektionsschutz, Bewegung, Entspannung/Stressbewältigung sowie Ernährung. Diese Themen basieren auf einer Gesundheitsforschung, die überwiegend kausal entlang von Risikofaktoren stattfindet (Schneider, 2013). Spiritualität als Basisressource (Steinmann, 2008, S.70) findet kaum Beachtung. Die grundsätzlichen Bedürfnisse nach Selbstverwirklichung und Sinnfrage sind aber unmittelbar mit den Motiven für Gesundheitshandeln verknüpft. Achtsamkeit durch Verlangsamung, Meditation und Rituale können der Spiritualität einen Raum geben. Sie provozieren gerade in

von Diversität geprägten Lerngruppen ganz neue Antworten bei der Sinnsuche. Die Betrachtung und das Erspüren der anderen Lebenswirklichkeiten können helfen, die eigene Welt neu zu bewerten; Neuausrichtung und Haltungsänderung werden dadurch ermöglicht.

Kreative Angebote, die aus der kulturellen Bildung kommen, wie Malen, Formen, Tanzen, Musizieren, Singen oder Kochen, bieten für inklusive Gesundheitsbildung eine lockere, spielerische Plattform. Sie bringen damit eine entlastende Leichtigkeit in die Begegnung von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen. Kombinierte Konzepte, wie Malen und Entspannen oder Singen und Bewegen bieten durch die mehrdimensionalen Zugänge die Chance einer gelungenen Kopplung von Bedürfnisbefriedigung und Gesundheitshandeln.

Ein Angebotsbeispiel: *Kochen ohne Rezept – nach dem Konzept „Inklusives Kochen als Methode der Begegnung“* (Haar, 2013).

Die konzeptionelle Ausrichtung enthält eine Verlangsamung der Methode Kochen. Intensive Sinneserfahrungen und dialogischer Austausch der Teilnehmenden münden in einem kreativen Akt der Zubereitung einer neuen Speise. Grundlage des Konzeptes ist die Annahme, dass in einem Kochangebot die Möglichkeit einer ernsthaften Auseinandersetzung und Annäherung nicht ausgeschöpft ist, solange nur reproduziert wird. Gesundheitswissenschaftliche Aspekte werden in diesem Konzept vor allem durch die Auswahl der Lebensmittel sowie durch die gegenseitige Befähigung zum Kochen berücksichtigt. Im Zentrum des methodischen Verlaufes steht der

Dialog durch zielgerichtete Reibung und Einigung. Gegenseitige Wertschätzung ist dabei eine wichtige Voraussetzung. Durch die Betrachtung der eigenen und der fremden Kochkultur können sich die Teilnehmenden mit ihren vorherrschenden Grenzen auseinandersetzen. Der kreative Raum lässt es zu, gemeinsam Neues zu schaffen; dabei finden sich alle Beteiligten wieder und der soziale Annäherungsprozess wird befeuert.

Im Rahmen von Kleingruppen wird je ein neues Gericht entwickelt. Hierzu wählt jede Person eine Zutat aus. Es erfolgt ein Erfahrungsaustausch dazu. Dies kann sprachlich/auditiv oder visuell mit Hilfe von Fotos oder Bildkarten geschehen. Die Gruppe einigt sich auf eine Vorgehensweise, wie die ausgewählten Zutaten verarbeitet werden sollen, dabei sind gesundheitliche Einschränkungen und Nahrungstabus zu berücksichtigen. Gemeinsam wird der Entwurf bearbeitet und weiter entwickelt. Es können beliebig viele Zutaten hinzugenommen werden. Die Frage der Gewürze spielt in diesem Zusammenhang eine bedeutsame Rolle, weil sie den Kern kultureller Unterschiedlichkeit durch die Geschmacksvorlieben darstellt. Wiederkehrend werden „Einigungsstunden“ durchgeführt, d. h. ehe etwas zugefügt werden kann, kosten und entscheiden alle Gruppenmitglieder.

Die Kursleitung übernimmt hauptsächlich eine moderierende Rolle, indem sie Wissen und Können der Teilnehmenden zusammenführt und nutzbar macht. Durch die Entschleunigung wird ein bewusstes Nachspüren möglich. Das Kochen nimmt bestenfalls einen meditativen Charakter an. Die Speise entwickelt sich langsam Schritt für Schritt und wird mit dem Einverständnis aller vollendet. Die

gegenseitige Präsentation der Kleingruppenergebnisse mündet in einem gemeinsamen Essen. Anerkennung und Wertschätzung sind abschließender Teil des Tischgespräches.

5. Schlussbemerkung

Durch die gezielte Nutzung der Diversität einer Lerngruppe, können neue Dimensionen von Gesundheitserleben eröffnet werden. Inklusive Gesundheitsbildung trägt somit einen Zugewinn für alle Teilnehmenden in sich. Die individuelle Handlungsfähigkeit kann erweitert und ein gesellschaftlicher Prozess in Gang gesetzt werden.

Literatur:

Blättner, Beate (1998): Gesundheit läßt sich nicht lehren: professionelles Handeln von KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung aus systemisch-konstruktivistischer Sicht. Bad Heilbrunn

Blättner, Beate / Waller, Heiko (2011): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung. Stuttgart

Gesundheit 21: Eine Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO; Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ Nr. 5

Haar, Gabriele. (2013): Voneinander Lernen – Kochen als inklusive Methode der Begegnung. In: Agentur für Erwachsenen- und Weiterbildung (Hrsg.): Das Fortbildungsprogramm für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der niedersächsischen Erwachsenen- und Weiterbildung 2013/2014. Hannover

Haar, Gabriele. (2014): Erfahrungen im Kontext Qualitätsmanagement - Inklusion in der Einrichtung umsetzen. In: DIE Zeitschrift für Erwachsenenbildung. H. 4, S. 46-48

Schneider, Volker (2013): Gesundheitspädagogik. Einführung in Theorie und Praxis. Freiburg

Siebert, Horst (2007): Vernetztes Lernen. Systemisch-konstruktivistische Methoden der Bildungsarbeit. 2. überarbeitete Auflage. Augsburg

Steinmann, Ralph Marc (2008): Spiritualität – die vierte Dimension von Gesundheit. Eine Einführung aus der Sicht von Gesundheitsförderung und Prävention. Berlin

Stuber, Michael (2009): Diversity: Ressourcen aktivieren – Zusammenarbeit gestalten. Köln

Volkshochschule Osterholz-Scharmbeck/Hambergen/Schwanewede: Programmheft Frühjahr/Sommer 2015.

WHO – World Health Organization (2004): Soziale Determinanten von Gesundheit: die Fakten. Zweite Ausgabe.

*Dipl. oec. troph. Gabriele Haar
Fachbereichsleitung für Gesundheit,
Sprachen und Kultur
Volkshochschule Osterholz-Scharm-
beck/Hambergen/Schwanewede
gh@vhs-osterholz-scharmbeck.de*



Werner Schlummer

Gesundheitsmanagement in Werkstätten – Werkstatträte gestalten mit

Eventuell denkt man eher an „erzieherische Maßnahmen“, wenn es um Vorstellungen rund um Gesundheitsprogramme oder Gesundheitsmanagement in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) geht. „Erzieherisch“ in dem Sinne, dass die Verantwortlichen anstreben, die beschäftigten Menschen mit Behinderung von ungesunder Ernährung wegzubringen und zu einem gesundheitsbewussten Leben zu führen. „Salat statt Pommes“ oder „Obst statt Cola“ könnten Assoziationen sein, die einem zum Stichwort „Gesundheit am Arbeitsplatz“ vor allem einfallen. Weit gefehlt, schaut man auf ein Projekt in einer nordrhein-westfälischen WfbM. Hier hatte die Werkstattleitung beschlossen, ein Gesundheitsprogramm zu starten, das in enger Kooperation mit dem Werkstattrat konzipiert und durchgeführt werden sollte. Und dabei passierte in der Tat, was einem fachlich versierten Beobachter dann durchaus gar nicht befremdlich erscheinen mag: Die Mitglieder des Werkstatrates setzten im Entwicklungsprozess der Gesundheitskampagne ihre eigenen Akzente. Der folgende Beitrag skizziert das Projekt, einzelne Aspekte und Sichtweisen der beteiligten Akteure sowie grundlegende Gesichtspunkte zum Thema Gesundheitsmanagement.

1. Ein Gesundheits-Projekt entsteht

Für den Startschuss hatten sich Verantwortliche der Werkstatt das Naheliegen-

de überlegt: Um das Projekt „Gesundheit am Arbeitsplatz“ umzusetzen, sollten verschiedene wichtige Personen bzw. Personengruppen zusammenkommen. In diesem Fall war das neben Verantwortlichen aus verschiedenen Bereichen der Werkstatt und Mitarbeitern der zuständigen Berufsgenossenschaft bzw. Unfallkasse auch der Werkstattrat, der als Vertretung der Beschäftigten mit seinem Erfahrungshintergrund das Projekt mitgestalten sollte. Und erstaunlicherweise ging es dem Werkstattrat nur ansatzweise um gesunde Ernährung oder bewegungsorientierte Angebote in der WfbM. Die Mitglieder des Werkstatrates legten vielmehr ein besonderes Augenmerk auf vielfältige Belastungssituationen am Arbeitsplatz bzw. darauf, wie Beschäftigte am Arbeitsplatz gesehen und behandelt werden wollen.

Ihre Interessen brachten die Mitglieder des Werkstatrates in einem mehrteiligen Workshop zum Ausdruck. In einzelnen Zwischenschritten bewegten sie sich von einer ersten Ideensammlung über Konkretisierungen rund um den Begriff Gesundheit schließlich auf eine klare Systematik zu (siehe Abb. 1), die das ganzheitliche Gesundheitsverständnis dieses WfbM-Gremiums verdeutlichte. Die Workshops waren mit ihrem Projekt-Charakter auch als Bildungsmaßnahmen angelegt, bei denen die Teilnehmer/-innen insgesamt das „gemeinsame Lernen“ zum obersten Prinzip erhoben hatten.



Abb. 1: Zentrale Aspekte eines Gesundheitsprojektes in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)

Es waren klassische Workshop-Treffen, in denen aus gesammelten Ideen und Themen schließlich Strategien zur Umsetzung eines Gesundheitsprojektes entwickelt wurden. Eine der ausgetauschten Ideen bestand darin, über die Einbeziehung des Werkstattrates mit seiner Stellvertreteraufgabe hinaus die Beschäftigten in der Werkstatt selbst nach ihrer Sicht zu befragen. Vor allem ihre Einschätzung zur Zufriedenheit mit ihrer Arbeit bzw. mit der WfbM insgesamt sollte erhoben werden. Dabei nahm man an, dass Zufriedenheit am Arbeitsplatz besonders eng verknüpft ist mit Gesundheit am Arbeitsplatz. Gemeinsam mit

den anderen Workshop-Teilnehmern (zu denen auch der Autor dieses Beitrags als häufiger Referent von Fortbildungen dieses Werkstattrates gehörte) entwickelten die Mitglieder des Werkstattrates aus einer ersten Stichwortsammlung schließlich einen Fragenkatalog, der in die Form eines Fragebogens gebracht wurde. Mit diesem Fragebogen, der als Computerversion umgesetzt wurde und bei dem die Antworten gleich am Computer erfasst werden konnten, befragten acht Studierende der Universität zu Köln als Interviewer/-innen insgesamt 129 Beschäftigte in den drei folgenden Arbeitsbereichen der Werkstatt: Holzverarbei-

tung, Verpackung / Lager sowie Küche / Hauswirtschaft. Als Vorbereitung dieser Zufriedenheits-Befragung diente ein Informationsfilm. Diesen realisierten die Mitglieder des Werkstattrates und weitere ausgewählte Beschäftigte aus den Zweigwerkstätten des Unternehmens als Video-Film. In dem etwa dreieinhalbminütigen Film erklären die Mitglieder des Werkstattrates bzw. ausgewählte Beschäftigte in unterschiedlichen Arbeitssituationen kurz ihre Sicht von Gesundheit bzw. Sicherheit am Arbeitsplatz (siehe Abb. 2). Diese Statements wurden im Workshop entwickelt und vereinbart. Der Video-Film wurde vor der Befragung eine Woche lang im Eingangsbereich der Werkstatt als Information für alle Beschäftigten auf Monitoren gezeigt und diente somit der Vorbereitung bzw. Einstimmung auf die Befragung.

2. Betriebliches Gesundheitsmanagement

Sucht man z. B. im Internetportal der Rehadat nach einer Antwort auf die Frage „Was ist Betriebliche Gesundheitsförderung?“, stößt man auf das Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung. Dort ist Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) beschrieben als „eine moderne Unternehmensstrategie zur Verbesserung der Gesundheit am Arbeitsplatz. Sie umfasst die Optimierung der Arbeitsorganisation und Arbeitsumgebung, die Förderung aktiver Teilnahme aller Beteiligten sowie die Unterstützung der Personalentwicklung bei der Realisierung dieser Ziele. BGF zielt sowohl auf eine gesundheitliche Gestaltung der Arbeitsabläufe als auch auf Anreize für ein gesundheitsbewusstes Verhalten der Beschäftigten. Alle Gesundheitspotenti-

Sicherheit am Arbeitsplatz	Team und Zusammenarbeit	Arbeitsbelastung	Weitere Themen
Sicherer Arbeitsplatz ist für mich...	Gesundes Arbeiten heißt für mich...	Die Arbeit macht mir Spaß...	Zum gesunden Arbeiten gehört für mich auch...
...wenn ich in Ruhe an der Maschine arbeiten kann, ...wenn ich mich gegen Lärm schützen kann, ...wenn ich nicht über die Gabel vom Stapler stolpere, ...wenn nicht alles rumliegt.	...dass ich mich in der Gruppe wohl fühle, ...dass man sich gegenseitig zuhört, ...dass alle an einem Strang ziehen, ...dass ich mich auf den nächsten Arbeitstag in der Werkstatt freue.	...wenn ich eins nach dem anderen machen kann, ...wenn nicht alles hoppla hopp sein muss, ...wenn ich kein Roboter bin, ...wenn ich genug Zeit zur Entspannung habe.	...wenn ich was neues lernen kann, ...wenn ich gelobt werde, ...wenn ich Verantwortung übernehmen kann, ...wenn ich mich ausgewogen ernähren kann, ...wenn ich mich erholen kann.

Abb. 2: Erklärungen von Beschäftigten im Video-Film zu Gesundheit am Arbeitsplatz

ale in Unternehmen und Organisationen werden so gestärkt“ (Rehadat 2014). Der als gleichwertig anzusehende Begriff „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ ist in Unternehmen eine gebräuchliche Bezeichnung und bezieht den Aspekt Arbeitssicherheit als wesentlich mit ein. Aber auch hier geht es um ein umfassendes Verständnis von Gesundheit am Arbeitsplatz, so wie es die am Projekt beteiligte Unfallgenossenschaft in einer Grafik darstellt (siehe Abb. 3).

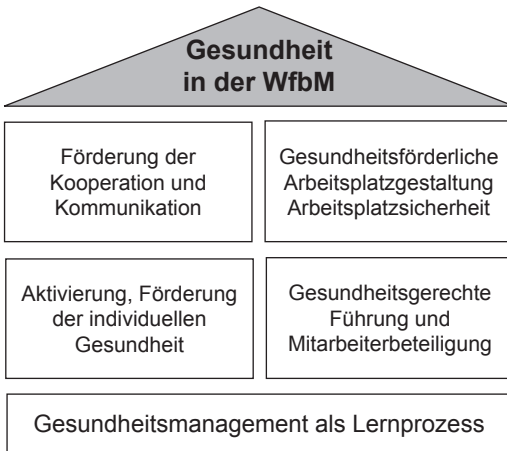


Abb. 3: Betriebliches Gesundheitsmanagement mit Bezug zur Werkstatt für behinderte Menschen

3. Ergebnisse des WfbM-Projektes

Der fertige Fragebogen enthielt schließlich 19 Fragen und Gesichtspunkte zum Thema „Gesundheit am Arbeitsplatz“. Die am Projekt Beteiligten wollten damit einen Überblick darüber gewinnen, was bei den befragten Beschäftigten (insgesamt 129 Befragte) gut oder weniger gut angesehen ist. Insgesamt fühlen sich die befragten Menschen mit Behinderung an ihrem Arbeitsplatz wohl. Dennoch gibt es Antworten,

die nachdenklich machen und die im weiteren Verlauf des Gesundheits-Projektes bearbeitet werden sollten. Einige Auffälligkeiten sollen hier kurz beschrieben werden.

Zur Frage „Was stört Sie an Ihrem Arbeitsplatz? (hier waren mehrere Antworten möglich) gaben zwar 33% der Befragten (57 Personen) an: „nichts“. Allerdings wurden auch folgende Störungen genannt (Häufigkeiten der Nennungen in Prozent): Temperatur (15%), Lärm (14%), Gerüche (9%), Körperhaltungen bei der Arbeit (6%) sowie Sonstiges (23%).

Hinsichtlich der Arbeit in Werkstätten für behinderte Menschen wird gerne von Eintönigkeit und fehlender Abwechslung gesprochen. Zu diesem gängigen Vorurteil stehen die Antworten der Beschäftigten scheinbar im Widerspruch. Zumindest kann man es so interpretieren, wenn man sich die Antworten ansieht auf die Frage „Ist Ihre Arbeit interessant?“ Hier antworteten 88% (von 127 Befragten) „ja“ bzw. „eher ja“, lediglich 9% antworteten mit „eher nein“ und „nein“. Dem steht allerdings ein geringer Spielraum hinsichtlich der Gestaltung der Arbeitsabläufe gegenüber. Auf die Frage „Dürfen Sie entscheiden, wie Sie Ihre Arbeit machen?“ antworteten nämlich 41% (von 128 Befragten) mit „nein“ (weitere 12% mit „eher nein“) und lediglich 31% mit „ja“ (weitere 9% „eher ja“).

Auch ein Blick auf das Thema Zeit vermittelt ein zwiespältiges Ergebnis. Die Frage „Haben Sie bei Ihrer Arbeit Zeitdruck?“ beantworteten 41% (von 128 Befragten) mit „nein“ (weitere 13% mit „eher nein“) und 20% mit „ja“ sowie weitere 23% mit „eher ja“.

Eindeutig positive Signale im Hinblick auf bereits umgesetzte gesundheitsförder-

liche Maßnahmen gab es auf zwei Fragen. Die Frage „Hilft Ihre Gruppenleitung Ihnen, wenn Sie Fragen haben?“ beantworteten 86% (von 128 Befragten) mit „ja“. Auch die Antwort auf die Frage „Lobt Ihre Gruppenleitung Sie, wenn Sie Ihre Arbeit gut machen“ fiel mit 73% „ja“-Antworten (bei 128 Befragten) positiv aus. Ein durchaus eher „fürsorgliches Moment“ auf Seiten der direkten Vorgesetzten (Gruppenleiter) in der WfbM scheint darauf hinzuweisen, dass die Beschäftigten an ihrem Arbeitsplatz zufrieden sind. So sagten 71% (von 127 Befragten), dass „die Gruppenleitung aufpasst, dass sie alles schaffen können“. 6% der Antworten entfielen auf „eher nein“ und „nein“ – eine eher zu vernachlässigende Größenordnung. Ebenfalls 6% der Befragten gaben keine Antwort.

In das Spannungsfeld von realistischer Selbsteinschätzung, Herausforderung und Überforderung passt die Frage „Können Sie das bei der Arbeit machen, was Sie gut können?“ Hier antworteten knapp zwei Drittel (62% von 126 Befragten) mit einem eindeutigen „ja“; noch weitere 21% mit „eher ja“. Lediglich 14% antworteten mit „eher nein“ und „nein“ (bei 3% ohne Angaben). Auch ein gutes kollegiales Verhältnis spricht für ein hohes Maß an Zufriedenheit am Arbeitsplatz. Auf die Frage „Helfen Ihre Kollegen/Kolleginnen Ihnen, wenn Sie Fragen haben?“ antworteten 80% (von 127 Befragten) mit „ja“, lediglich 12% mit „nein“. Auch die Einschätzung zum Sichwohlfühlen in der Arbeitsgruppe fiel ähnlich positiv aus, und das verweist einmal mehr auf Zufriedenheit am Arbeitsplatz: 84% antworteten mit „ja“, 8% antworteten mit „eher nein“ und „nein“.

4. Zufriedenheit am Arbeitsplatz

Die insgesamt in eine deutlich positive Richtung von Zufriedenheit am „Arbeitsplatz WfbM“ zeigenden Ergebnisse dieser nicht-repräsentativen Untersuchung in einer Werkstatt für behinderte Menschen können nichts darüber aussagen, wie es diesen Menschen mit Behinderung evtl. an Arbeitsplätzen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ergehen würde. Einen allgemeinen subjektiven Vergleich zwischen Arbeitnehmern mit und ohne Behinderung gibt es im ersten Teilhaberbericht der Bundesregierung (2013): „Als ein subjektiver Indikator gibt die Zufriedenheit mit der Arbeit einen Eindruck davon, ob Arbeitsumwelt oder Arbeitsinhalte den Wünschen und Bedürfnissen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer entsprechen. ... Menschen mit Beeinträchtigungen (gelingt es) (Einfügung W.S.) deutlich seltener ..., eine den eigenen Wünschen und Bedürfnissen entsprechende Arbeit auszuüben. 52 Prozent von ihnen geben auf einer 10er-Skala einen der vier höchsten Zufriedenheitswerte an. Der Anteil liegt bei Menschen ohne Beeinträchtigungen mit 67 Prozent deutlich höher“ (BMAS 2013, S. 138f.). Das Thema „Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz Werkstatt“ beschäftigt die Verantwortlichen in Werkstätten schon seit vielen Jahren (vgl. auch BAG WfbM 2006). Etliche Projekte haben dieses Thema bereits aufgegriffen; hilfreich sind dafür auch Materialien, wie sie jetzt von der Bundesvereinigung Lebenshilfe im Internet zur Verfügung gestellt wurden (BVLH 2014). Die Thematik ist durchaus als ein Schlüsselproblem zu verstehen, das im Rahmen von Organisationsentwicklung,

Qualitätsmanagement und Personalentwicklung in Werkstätten zu behandeln ist. Dabei den Blick auf Gesundheitsaspekte zu legen, ist wichtig. Reine Information und Vermittlung von Fakten reicht aber nicht aus. Vielmehr stellt sich die Herausforderung, das Thema mit seinem hohen Maß an Selbstreflexion für alle Beteiligten in den Zusammenhang von Bildung, Qualifizierung und Kompetenzerwerb zu stellen und damit in ein Konzept des lebenslangen Lernens zu integrieren. Der Werkstattrat hat dabei – wie zuvor beschrieben – die Aufgabe, die Werkstatt kritisch zu unterstützen, damit diese den gesetzlichen Auftrag der WfbM beachtet und in den Arbeitsfeldern den Bedürfnissen und der Zufriedenheit der Beschäftigten und somit wesentlichen Aspekten von Gesundheit Rechnung trägt.

Literatur

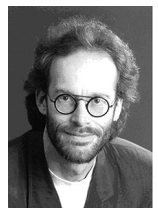
BAG WfbM – Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V. (Hrsg.) (2006): Projektbericht Kundenzufriedenheit. Internetportal der BAG WfbM. Archiv-Nachricht vom 16.04.2006. Im Internet: www.bagwfbm.de/archive/ (Stand: 28.12.2014)

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

BVLH – Bundesvereinigung Lebenshilfe (2014): Werkzeugkoffer für Betriebliches Gesundheitsmanagement. Werkstätten gehen mit gutem Beispiel voran. Im Internet: www.lebenshilfe.de/de/themen-recht/artikel/Werkzeugkoffer_Gesundheitsmanagement.php (Stand: 28.12.2014)

Rehadat (Hrsg.) (2014): Weiterbildung im Arbeitsbereich der WfbM. Im Internet: www.rehadat-bildung.de/de/angebote/weiterbildung-arbeitsbereich-WfbM/ (Stand: 28.12.2014)

*Dr. Werner Schlummer
Universität zu Köln
Wissenschaftlicher Mitarbeiter im
Arbeitsbereich Geistigbehinderten-
pädagogik
werner.schlummer@uni-koeln.de*



Vera Tillmann

Der Sport im Dilemma inklusiver Bestrebungen

1. Einleitung

Im Folgenden soll der Sport als ein Bereich aus dem weitläufigen Themenfeld Gesundheit vor dem Hintergrund des Strebens nach Inklusion näher betrachtet werden. Sport selbst ist ein facettenreiches Thema; es umfasst die einzelnen Sportarten und Bewegungsfelder in privaten Formen, aber auch die organisierte Verbandsebene. Sport als Tätigkeitsfeld lässt sich grob unterteilen in Gesundheits-, Breiten- und Leistungssport. Entsprechend vielfältig sind hier die Ansatzpunkte für die Diskussion um „Inklusion im Sport“. Bei Lauftreffs, Wanderungen, aber auch bei den Trendsportarten wie „Parkour“ oder „Cross Golf“ gibt es dazu interessante Beispiele. Auf der Ebene des Verbandssports wiederum verläuft die Auseinandersetzung vorwiegend vor dem Hintergrund aktueller Strukturen und Organisationen. Da hier nicht die ganze Vielfältigkeit des Sports in den Blick genommen werden kann, konzentriert sich dieser Beitrag auf die Vereins- und Verbandsebene und damit auf die Struktur des deutschen Sportsystems.

Vor dem Hintergrund soll ein Dilemma des Sports näher betrachtet werden, das aufgrund der Bestrebungen nach inklusiver Ausrichtung besteht. Es stellt sich die Frage, wie weit Inklusion im Sport gehen kann und soll. Betrachten wir z.B. den Leistungssport: Dieser ist gekennzeichnet durch Zugangsbeschränkungen, d.h. Zugangsvoraussetzung sind bestimmte Leistungen, die nicht von vielen Menschen erreicht werden (vgl. Gül-

lich/Krüger 2013, S. 531). Hier wäre es ebenso diskriminierend, Personen den Zugang aufgrund einer zugeschriebenen Behinderung zu gewährleisten, wie sie kategorisch aufgrund der Behinderung auszuschließen. Dieses bewusst überspitzt formulierte Beispiel zeigt genau das Dilemma, das mit Inklusion im Sport einhergeht.

Einerseits geht es darum, Strukturen zu schaffen, die möglichst vielen Menschen den chancengerechten Zugang zum Sport in Vereinen und auch außerhalb ermöglichen. Dazu gehört es auch, dass Menschen mit einer Beeinträchtigung sportbezogene Aktivitäten im ganzen Facettenreichtum des Sports durchführen können. Die Kategorie „Behinderung“ darf entsprechend kein alleiniges Ausschlusskriterium sein. Zum anderen ist in den Blick zu nehmen was den Sport im Allgemeinen charakterisiert und was in der Sportpsychologie anhand der Motive für sportliche Betätigung verdeutlicht wird. Gabler (2004, S. 198) zeigt auf, dass die häufigsten Antworten auf die Frage, warum jemand Sport treibt u.a. sind:

- Freude an bestimmten Bewegungsformen,
- Lust an der Bewegung schlechthin,
- Suche nach Selbsterfahrung, körperlicher Herausforderung und Selbstüberwindung,
- Streben nach Leistung zur Selbstbestätigung und sozialen Anerkennung,
- Präsentation und Erreichen von Prestige,
- Streben nach Gesundheit, Abwechslung, Kontakt oder Geselligkeit.

Die Herausforderung besteht vor diesem Hintergrund darin, allen interessierten Personen chancengerechte Zugänge zu sportlichen Aktivitäten zu gewährleisten, ohne das zu verlieren, was den Sport ausmacht und warum Menschen überhaupt motiviert sind, Sport zu treiben.

2. Der inklusive Sport

Die Unklarheit darüber, welche Zugänge Menschen mit Beeinträchtigung zum (Leistungs-)Sport haben, ist im letzten Jahr beispielhaft deutlich geworden. Erinnern wir uns an den Weitspringer Markus Rehm. Er ist Leichtathlet, trägt eine Unterschenkelprothese und hat 2014 bei den Deutschen Meisterschaften mit einer Weite von 8,24 m die Goldmedaille im Weitsprung gewonnen. Damit hat er nicht nur als Sportler mit Beeinträchtigung einen nationalen Titel bei einem Wettkampf für nichtbeeinträchtigte Menschen gewonnen, sondern auch die Norm von 8,05 m für die Europameisterschaft erreicht.

Nach der Auswertung biomechanischer Messungen während der Deutschen Meisterschaft kam der Deutsche Leichtathletik Verband (DLV) zu dem Schluss, dass ein Vorteil durch die Prothese nicht auszuschließen ist und Markus Rehm daher nicht an der Europameisterschaft in Zürich 2014 teilnehmen darf (vgl. Zeit Online 2014). Den Titel Deutscher Meister im Weitsprung darf er jedoch behalten, da ein Vorteil nicht ausgeschlossen, aber eben auch nicht eindeutig nachgewiesen werden kann.

Die Diskussion um biomechanische Messungen und mögliche Vorteile durch eine Prothese muss an anderer Stelle geführt werden. Das Beispiel zeigt je-

doch die bis dato bestehende Diskrepanz zwischen dem postulierten Anspruch von Inklusion im Sport und deren Umsetzung in der Realität.

2.1 Strukturen des Sports in Deutschland

In Deutschland stellen die Sportvereine und ihre übergeordneten Verbände die organisatorische Basis des Sports dar. Knapp 28 Mio. Menschen sind Mitglieder in ca. 90.000 Sportvereinen, die damit zu den mitgliederstärksten und aktivsten bürgerschaftlichen Organisationen zählen (vgl. Krüger/Emrich/Meier/Daumann 2013, S. 360). Dachverband ist der Deutsche Olympische Sportbund (DOSB), dem in vier Kategorien weitere Verbände zugeordnet sind:

- 34 olympische Spitzenverbände,
- 28 nichtolympische Spitzenverbände,
- 16 Landessportbünde,
- 20 Verbände mit besonderen Aufgaben

Die olympischen Spitzenverbände setzen sich aus den sportartenbezogenen Verbänden, wie z.B. dem Deutschen Fußball-Bund (DFB) oder Deutschen Turner-Bund (DTB), zusammen. Zu den nichtolympischen Spitzenverbänden gehören u.a. auch der Deutsche Behindertensportverband (DBS) und der Deutsche Gehörlosen-Sportverband (DGS). Während die Landessportbünde übergeordnete Verbände auf Landesebene darstellen, wird Special Olympics Deutschland (SOD) als „Verband mit besonderen Aufgaben“ kategorisiert. In diesen Bereich gehören u.a. auch der Allgemeine Deutsche Hochschulsportverband und der Deutsche Betriebssportverband. Die Basis der Verbände bilden die bereits

erwähnten ca. 90.000 Sportvereine (vgl. Doll-Tepper 2012, S. 84).

Es zeigt sich, dass die Organisationsstruktur des Sports in Deutschland nicht nur von den Sportarten, wie z.B. Fußball, Handball oder Schwimmen, bestimmt wird, Vereine und Verbände definieren sich auch über andere Kriterien, wie z.B. über eine Behinderung ihrer aktiven Mitglieder. Es bestehen parallele Strukturen und Sportangebote, so z.B. Fußball in Vereinen unter dem Dach des DFB, aber auch des DBS und der Special Olympics. Unter der Maßgabe von Inklusion stellt sich nun die Frage, welchem Zweck die differenzierte Struktur dient und inwiefern sie noch eine Daseinsberechtigung hat.

2.2 Inklusiver Sport aus Sicht der UN-BRK

Der Sport in Deutschland ist geprägt durch eine starke organisatorische Ausdifferenzierung. Es gibt die Aufteilung in einzelne Sportarten aber auch die Differenzierung nach unterschiedlichen Leistungsniveaus. Darauf basieren z.B. die einzelnen Fußball- oder Handballligen. Aber auch im Breiten- und Freizeitsport gibt es die Unterteilung in Trainingsangebote für Anfängerinnen und Anfänger sowie Angebote für fortgeschrittene Sportlerinnen und Sportler. Angesichts dieser Vielfalt und unter der Maßgabe von Inklusion im Sport lässt sich die Frage stellen, inwiefern die Zuteilung zum ‚Behindertensport‘/‚nicht Behindertensport‘ überhaupt erfolgen muss. Wenn überall im Sport die Anpassung an unterschiedliche Interessen und Leistungsniveaus erfolgt, sind dann in dieser bereits stark selektierenden Struktur parallele Organisationen wie z.B. der DBS oder die Special Olympics überhaupt noch zu rechtfertigen?

Betrachten wir die Frage vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), so erscheint die Antwort zunächst recht einfach. Artikel 30 (Abs. 5b) verpflichtet die Vertragsstaaten dazu, sicherzustellen, dass „Menschen mit Behinderung die Möglichkeit haben, behinderungsspezifische Sport- und Erholungsaktivitäten zu organisieren, zu entwickeln und an solchen teilzunehmen ...“. Die Ressourcen und Rahmenbedingungen dafür sind entsprechend zu gewährleisten. Der DBS oder auch die Special Olympics sind mit den Forderungen der UN-BRK also auf den ersten Blick gut zu vereinbaren.

Ganz so einfach ist die Beantwortung der Frage nach der Existenzberechtigung von Sonderorganisationen für Menschen mit Behinderung jedoch nicht. In Artikel 30 wird immerhin auch auf die Weiterentwicklung eingegangen: Die Vertragsstaaten sind aufgefordert, Maßnahmen zur Sicherung der „gleichberechtigten Teilnahme an Erholungs-, Freizeit- und Sportaktivitäten ...“ zu treffen und die gleichberechtigte Teilnahme an „breitensportlichen Aktivitäten auf allen Ebenen“ zu fördern.

Aus Artikel 30 der UN-BRK lässt sich also zum einen die Rechtfertigung der Aufrechterhaltung des DBS und der Special Olympics ableiten, aber zum anderen auch der Auftrag, die gleichberechtigte Teilnahme an allen Sportaktivitäten zu ermöglichen.

Darüber hinaus kann auch die übergeordnete Forderung nach Bewusstseinsbildung in Artikel 8 der UN-BRK eine Begründung für Veränderungen darstellen. Sportvereine sind dafür prädestiniert, eine Vorreiterrolle im Umgang mit Vielfalt zu spielen. Im Breitensport besteht kein

formeller Zwang mit menschlicher Vielfalt umzugehen, wie z.B. in der Schule, aufgrund bildungspolitischer Entscheidungen. Die sportliche Betätigung auf unterschiedlichsten Leistungsniveaus, je nach Wunsch als Individualsport oder in einer Mannschaft, ist hier besonders gut und frei von vielen Obligationen zu bewältigen (vgl. DOSB 2015, S. 6).

3. Wie weit darf und soll Inklusion im Sport gehen?

Angestoßen durch die Ratifizierung der UN-BRK finden Umstrukturierungen statt und gibt es Bemühungen, inklusive Konzepte und Strukturen zu entwickeln. Allein seit 2013 sind eine Anzahl von Informations-, Positions- und Strategiepapieren zur Inklusion im und durch Sport sowie der „Index der Inklusion im Sport“ durch den DOSB, in Zusammenarbeit mit dem DBS und den Special Olympics, erarbeitet und verabschiedet worden.

Die Special Olympics haben das bereits vielfältig diskutierte Konzept des Unified Sports® etabliert (vgl. u.a. Curdt/Schuppner 2012, S. 169ff.; Frings 2013, S. 85ff.; Ackermann 2009, S. 22ff.) und bieten darüber hinaus das ‚wettbewerbsfreie Angebot‘ an, welches für alle offene Zugänge zu sportartenunabhängigen Aktivitäten und Wettkämpfen ermöglicht (vgl. SOD 2012). Im Deutschen Behindertensportverband werden stetige Vernetzungen und Kooperationen mit den Spitzenverbänden angestrebt und ausgebaut, wie jüngst in der Kooperationsvereinbarung zwischen dem DBS und dem Deutschen Karate Verband geschehen. Seit Januar 2015 gibt es im DBS zudem ein eigenes Referat mit dem Themen-

schwerpunkt Inklusion (vgl. DBS 2015).

Die Ausarbeitungen zeigen die Bestrebungen, inklusive Sportangebote konzeptuell und strukturell zu ermöglichen. Sie zeigen jedoch auch die Erhaltung paralleler Sondersysteme. Im DBS und bei den Special Olympics sind Menschen mit Beeinträchtigung unter sich. In diesem Sinn sind diese Verbände nicht inklusiv. Andererseits wird durch die spezialisierten Verbände sichergestellt, dass Menschen mit Beeinträchtigungen an sportlichen Aktivitäten teilnehmen können.

Über die im Sinne des Artikel 30 (5b) hinausgehenden behinderungsspezifischen Angebote, ist jedoch zu gewährleisten, dass ein chancengerechter Zugang auch zu anderen Sportaktivitäten und -vereinen besteht. Eine zugeschriebene Behinderung sollte im Sinne der UN-BRK kein Ausschlusskriterium sein. Dennoch lässt sich die Frage stellen, inwieweit denn eine gewisse motorische Leistungsfähigkeit Voraussetzung sein darf, um z.B. in einer Hobbygruppe Volleyball zu spielen.

Bei der Beantwortung der Frage zeigt sich das bereits angesprochene Dilemma: Wenn eine Sportart bestimmte Bewegungsanforderungen stellt, werden von vornherein alle Personen ausgeschlossen, die diese Anforderungen nicht erfüllen, und zwar unabhängig von einer diagnostizierbaren Beeinträchtigung. Gleichzeitig sollen Angebote geschaffen werden, die auch für Gruppen mit unterschiedlichen Voraussetzungen gemeinsame Sporterlebnisse ermöglichen (vgl. DOSB 2015, S. 8f.). Nach dem erweiterten Sportverständnis von Sowa (1999, S. 11ff.) können hier sportartenunabhängige oder sportartenmodifizierte Aktivitäten

durchgeführt werden. Deutlich wird die Herausforderung, vor der die Sportentwicklung steht, wenn die Motive sportlicher Betätigung hinzugezogen werden (vgl. Gabler 2002). Auch im Breitensport stellen das Erlernen einer bestimmten Sportart mit allen Regeln, technischen und motorischen Anforderungen sowie dem Anspruch, diese auf einem bestimmten Level auszuüben, Motive sportlicher Aktivität dar.

Ein Gedankenspiel zur Sportentwicklung

Aus der Perspektive der Ansprüche an Sport unter Berücksichtigung der Motive für sportliche Aktivitäten ließe sich in einem Gedankenspiel für die Sportentwicklung Folgendes ableiten: Zum einen kann der Zugang zum Vereinssport über sportliche Zugangskriterien erfolgen, die abhängig vom Sportangebot sind. Im Leistungssportbereich können dies bestimmte Normwerte sein, die zwar eine hohe Exklusivität erzeugen, die aber auch dazu dienen, dem Sport den eigenen Charakter und die Besonderheit eines Wettkampfes zu erhalten. Ausgeschlossen sind eben alle Personen, die diese Normwerte nicht erreichen, was unabhängig von einer zugeschriebenen Behinderung ist.

Im Breitensport definiert das Sportangebot mit den damit verknüpften Anforderungen den Zugang. Auch hier können, wie bei den Special Olympics praktiziert, durch unterschiedliche Fähigkeitslevel, weitere Sportgruppen zusammengestellt werden. Das beinhaltet auch, das zu ermöglichen, was den Reiz des Sports ausmachen kann und was somit auch zu Sportaktivitäten motiviert: Die Forderung einer bestimmten Leistung, diese

zu erbringen oder auch zu scheitern, sowie sich mit individuellen Ansprüchen und auch mit anderen Sportlerinnen und Sportlern zu messen. Dies ist nicht personenorientiert gedacht, da auch Menschen mit Beeinträchtigung ein Recht darauf haben, dass von ihnen Leistung gefordert wird, sie diese erbringen oder daran scheitern dürfen; ebenso haben sie das Recht, sich den eigenen Anforderungen sowie dem Vergleich mit anderen zu stellen. Wird dies im Bemühen um inklusiven Sport weitgehend ausgeschlossen, stellt sich die Frage nach den Intentionen und Zielstellungen und inwiefern sich das Sportsystem als politisches Instrument zur Umsetzung von Menschenrechten definiert, worauf GÜldenpfennig (2012, S. 60ff.) näher eingeht.

Gleichzeitig muss die Gesamtpalette an Sportangeboten (auch in Vereinen) so gestaltet sein, dass sie den Wünschen der Sportlerinnen und Sportler gerecht werden kann. Dazu gehört es ebenso Personen adäquate Sportmöglichkeiten bereit zu stellen, die nicht durch bestimmte Leistungsanforderungen und Bewegungsnormen charakterisiert sind und die dennoch den individuellen Motiven, Sport zu treiben, gerecht werden. Integrierte und inklusive Angebote haben sich dazu bereits zahlreich entwickelt. Neben vielfältigen regionalen Aktivitäten kann als Beispiel u.a. der „Tag des Sportabzeichens 2012“ in Niedersachsen aufgeführt werden, der als Sportfest für Kinder und Jugendliche aus Förder- und Regelschulen gestaltet worden ist. In gemeinsamen Riegen haben sie das Deutsche Sportabzeichen abgelegt.

Ein weiteres Beispiel stellt der (mittlerweile) inklusiv ausgerichtete „Laufclub 21“ dar, der aus der 2007 gegründeten

Down Syndrom Marathonstaffel entstanden ist. Der „Laufclub“ ist ein Beweis dafür, wie die Teilnahme an Sportveranstaltungen gelingen kann, wenn Regeln modifiziert werden. Die Marathonstrecke wird dabei nicht von einer Person bewältigt, sondern auf die gesamte Mannschaft verteilt. Die Entwicklung der Laufgruppe ist beachtlich, da – angestoßen durch den Marathonläufer mit Trisomie 21 Simon Beresford – sich mittlerweile auch aus dem „Laufclub“ weitere Läufer mit Trisomie 21 hervorgerufen haben, die die gesamte Marathondistanz zurücklegen (vgl. Kinle 2008, S. 6f).

Die Frage ist also, ob es nicht einen Sportverband geben müsste, der eine so vielfältige Angebotspalette bietet, dass niemand rein kategorisch (z.B. aufgrund einer zugeschriebenen Behinderung) ausgeschlossen wird, ein Sportverband also, der den gesamten Facettenreichtum des Sports mit sportartenorientierten, -modifizierten und unabhängigen Angeboten auf den Ebenen des Gesundheits-, Breiten- und Leistungssports einschließt.

4. Fazit

Das Dilemma der Sportorganisationen besteht in dem eigenen Anspruch einer inklusiven Ausrichtung und dem gleichzeitigen Erhalt des „kulturellen Eigen sinns des Sports“ (vgl. Güldenpfennig 2012, S. 61), der eng verknüpft ist mit den Motiven sportlicher Betätigung.

Wie dargestellt worden ist, zeigen sich Bestrebungen seitens der Dachverbände, die Sportstruktur so weiterzuentwickeln, dass sie Zugänge für alle Menschen zulässt. Neben der steigenden Möglichkeit, sportlich aktiv zu sein, lässt

sich diese Entwicklung auf Vereinsebene auch aus der Perspektive der eher übergeordneten Funktionen von (Sport-)Vereinen betrachten. Nach Baur und Braun (2003, S. 11f.) und Güldenpfennig (2012, S. 360) „gelten Sportvereine als Schulen der Demokratie, die letztlich politisch und sozial kompetentere Bürger hervorbringen“. Vereine bieten dementsprechend nicht nur die Rahmenbedingungen für sportliche Aktivität, sondern sie haben auch soziale Funktionen. Angesprochen werden hier also auch Sportmotive, die losgelöst von individuellen Bestrebungen sind und die sich auf Geselligkeit und soziale Interaktion beziehen (vgl. Gabler 2002, S. 17ff.). Das übliche Vereinsleben beinhaltet z.B. auch Feste oder gemeinsame Aktivitäten über den Sport hinaus. Darin zeigt sich die soziale Relevanz, Menschen mit Beeinträchtigungen die Zugänge zu Sportvereinen, auch außerhalb des DBS und der Special Olympics, zu ermöglichen. Inwiefern dies bereits schon geschieht, ist anhand von Zahlen nicht zu belegen, da nicht bekannt ist, in welchen Vereinen Menschen mit Beeinträchtigung bereits Mitglieder sind.

In diesem Beitrag eher vernachlässigt wurden die Fragen nach Barrierefreiheit von Sportstätten, die Modifizierung von Regelwerken und die Auswirkungen auf die Ausbildung von Übungsleiterinnen und Übungsleitern. Auch die Frage, inwiefern die separaten Strukturen des DBS und der Special Olympics nicht nur dazu beitragen, für Menschen mit (kognitiver) Beeinträchtigung sportliche Aktivitäten zu ermöglichen, sondern ob die separaten Strukturen, (unter konstruktivistischen Gesichtspunkten betrachtet) nicht auch Behinderung mit konstruieren und erhalten, bleibt an dieser Stelle of-

fen. Die genannten Themenbereiche zeigen wiederum die Komplexität und Anschlussfähigkeit vielfältiger Inhalte in der Auseinandersetzung mit einer inklusiven Entwicklung des Sports.

Literatur

- Ackermann, Karl-Ernst (2009): Special Olympics und Teilhabe – Überlegungen zur Umsetzung pädagogischer Leitvorstellungen. In: Manfred Wegner / Hans-Jürgen Schulke (Hrsg.): Behinderung, Bewegung, Befreiung. Ressourcen und Kompetenzen von Menschen mit geistiger Behinderung. Berlin, S. 22-29
- Baur, Jürgen / Braun, Sebastian (Hrsg.) (2003). Integrationsleistungen von Sportvereinen als Freiwilligenorganisationen. Aachen
- Curd, Wiebke / Schuppner, Saskia (2012): Integrative Erfahrungen und inklusive Perspektiven am Beispiel von Special Olympics Unified Sports®. In: Kiuppis/Kurzke-Maasmeier (Hrsg.), a.a.O., S. 162-180
- DBS (2015): Themenfeld Inklusion wird eigenständiges Referat. Im Internet: www.dbs-npc.de/inklusion-nachrichten/items/themenfeld-inklusion-wird-eigenstaendiges-referat-4613.html (Stand: 09.03.2015)
- Doll-Tepper, Gudrun (2012). Inklusiver Sport – Wege zu einer langfristigen Sicherung von Teilhabechancen. In: Kiuppis/Kurzke-Maasmeier (Hrsg.), a.a.O., S. 80-90
- DOSB (2015): Situationsanalyse „Inklusion im und durch Sport“. Frankfurt am Main. Im Internet: www.dosb.de/fileadmin/fm-dosb/arbeitsfelder/Breitensport/Inklusion/Downloads/DOSB_Strategiekonzept.pdf (Stand: 16.02.2015)
- Frings, Stefanie (2013). Raus aus dem Abseits mit Unified Sports!?. Inklusionsbemühungen versus Exklusionsrealitäten. In: Motorik, H. 2, S. 85-89
- Gabler, Hartmut (2002): Motive im Sport: Motivationspsychologische Analysen und empirische Studien. Schorndorf
- Gabler, Hartmut (2004): Motivationale Aspekte sportlicher Handlungen. In: Hartmut Gabler / Jürgen R. Nitsch / Roland Singer (Hrsg.): Einführung in die Sportpsychologie. , 4. unveränd. Aufl., Schorndorf, S. 197-245
- Güldenpfennig, Sven (2012): Sport als Mittel einer Politik der Menschenrechte. In: Kiuppis/Kurzke-Maasmeier (Hrsg.), a.a.O., S. 60-79
- Güllich, Arne / Krüger, Michael (2013): Leistung und Wettkampf. In: Güllich/Krüger (Hrsg.), a.a.O., S. 530-548
- Güllich, Arne / Krüger, Michael (Hrsg.) (2013): Sport: Das Lehrbuch für das Sportstudium (Bachelor). Berlin, Heidelberg
- Kinle, Anita (2008): Die Down-Syndrom-Marathonstaffel. Ein außergewöhnliches Sportprojekt. In: Leben mit Down-Syndrom. H. 57, S. 6-7
- Kiuppis, Florian / Kurzke-Maasmeier, Stefan (Hrsg.) (2012): Sport im Spiegel der UN-Behindertenrechtskonvention. Interdisziplinäre Zugänge und politische Positionen. Stuttgart
- Krüger, Michael / Emrich, Eike / Meier, Henk Erik / Daumann, Frank (2013): Bewegung, Spiel und Sport in Kultur und Gesellschaft – Sozialwissenschaften des Sports. In: Kiuppis/Kurzke-Maasmeier (Hrsg.), a.a.O., S. 337-393
- Sowa, Martin (1999): Sport, Spiel, Spannung, Spaß. Praxisbuch zum Sport für alle in Schule und Verein. Marburg
- Special Olympics Deutschland (2012): Das Wettbewerbsfreie Angebot. Im Internet: http://specialolympics.de/fileadmin/user_upload/Sport/Regelwerke/WBFA_Konzept.pdf (Stand: 16.02.2015)
- Zeit Online (2014): Weitspringer Markus Rehm darf nicht an Leichtathletik-EM teilnehmen. Im Internet: www.zeit.de/sport/2014-07/rehm-nicht-zu-leichtathletik-em-zugelassen-prothese (Stand: 13.02.2015)

*Dr. Vera Tillmann
Ludwig-Maximilians-Universität
München
Pädagogik bei geistiger Behinderung
und Verhaltensstörungen
vera.tillmann@lmu.de*



Vera Tillmann

Gesundheit und Inklusion



Gesundheit ist für viele Menschen wichtig.

Sie möchten sich wohl fühlen.

Wir können dafür viel zusammen machen.

Zum Beispiel:

Wir können Sport machen.

Wir können Koch-Kurse besuchen.

Wir können zusammen lernen.

Dazu steht mehr in diesem Heft.



Gabriele Haar schreibt über Inklusion beim Lernen.

Wichtig ist, das gleiche Ziel zu haben.

Dann kann man besser zusammen lernen.

Man kann dabei auch von anderen lernen.

Zum Beispiel in einem Koch-Kurs ohne Rezepte.



Kathrin Römisch und Kerstin Walther schreiben über Gesundheits-Förderung.

Dabei kann man lernen, gesund zu bleiben.

Und man kann lernen, womit man sich am wohlsten fühlt.

Das ist bei allen Menschen anders.

Das Gesundheits-System muss sich daran anpassen.



Tina Cook schreibt über Gesundheits-Vorsorge.

In England findet jedes Jahr eine Untersuchung statt.

Menschen mit Beeinträchtigung haben ein Recht darauf.



Das finden viele Menschen mit Beeinträchtigung gut. Aber es gibt auch Probleme.

Manche haben Angst vor der Untersuchung.

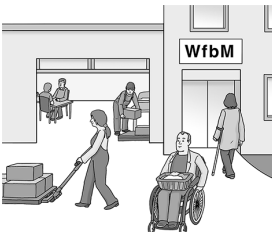


Viele Ärztinnen und Ärzte sprechen in schwerer Sprache.

Viele brauchen dann Unterstützung.

Die Probleme haben Mitglieder einer Theatergruppe aufgezählt.

Sie beschäftigen sich viel mit den Untersuchungen.



Werner Schlummer erzählt von einem Projekt.

Das findet in einer Werkstatt statt.

Dadurch sollen sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wohler fühlen.

Der Werkstatttrat ist besonders gegen zu hohe Belastungen bei der Arbeit.

Die sollen weniger werden.

Es werden auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter befragt.

Sie können sagen, was sie ändern möchten.

Das möchten dann alle zusammen ändern.





Vera Tillmann schreibt über Sport.

Sie schreibt über ein Problem.

Alle Menschen sollen zusammen Sport machen dürfen.

Sport-Vereine sollen keinen ausgrenzen.

Aber Sport soll vielen Menschen Spaß machen.

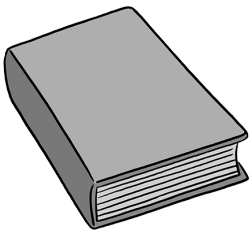
Was Spaß macht, ist bei allen anders.

Manche möchten sich einfach bewegen. Oder mit anderen zusammen Sport machen.

Manche möchten bei Wettkämpfen gewinnen. Und Leistungs-Ziele erreichen.

Dann können nicht alle zusammen Sport machen.

Vera Tillmann sagt, das ist in Ordnung.



Für den Artikel habe ich Texte benutzt:

Cook, Tina (2015): Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands von Menschen mit Lernschwierigkeiten im Vereinigten Königreich. Erfahrungen bei der Einführung von jährlichen Vorsorgeuntersuchungen. In: Erwachsenenbildung und Behinderung, H.1, S. 11-24

Haar, Gabriele (2015): Diversität als Chance für die Gesundheitsbildung. In: Erwachsenenbildung und Behinderung, H.1, S. 25-31

Römisch, Kathrin / Walther, Kerstin (2015):
Gesundheitsrisiko Behinderung?!?
Herausforderungen an gesundheitsfördernde
Erwachsenenbildung. In:
Erwachsenenbildung und Behinderung, H.1,
S. 3-10

Schlummer, Werner (2015):
Gesundheitsmanagement in Werkstätten
– Werkstattträte gestalten mit. In:
Erwachsenenbildung und Behinderung, H.1,
S. 32-37

Tillmann, Vera (2015): Der Sport im
Dilemma inklusiver Bestrebungen. In:
Erwachsenenbildung und Behinderung, H.1,
S. 38-44

Die Bilder sind von:

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

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



Neues aus dem DIE

Kompetenzen von Lehrenden in der Erwachsenenbildung sichtbar machen – DIE startet BMBF-Projekt mit acht Bundesverbänden

Seit Jahren ist es im Gespräch – jetzt werden die schon lange geforderten, ersten Schritte getan: Ähnlich wie in Österreich und in der Schweiz kann es bald auch in Deutschland eine bundesweite, trägerübergreifende Anerkennung der Kompetenzen von Erwachsenen- und Weiterbildnern geben.

Mit dem Projekt GRETA des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung (DIE) – Leibniz-Institut für Lebenslanges Lernen¹ wird der Grundstein für eine mehrjährige Entwicklungsphase gelegt. Im Projekt werden Verfahren und Instrumente entwickelt und vereinbart, die non-formal und informell erworbene Kompetenzen von Lehrenden in der Erwachsenen-/Weiterbildung sichtbar machen und validieren, so dass sie später in ein berufsqualifizierendes Zertifikat münden können. Durch die enge Kooperation mit acht Dachverbänden aus allen wichtigen Feldern der Erwachsenen- und Weiterbildung entsteht eine neue Dynamik für die Professionalitätsentwicklung im Feld.

Mit den Lehrkräften werden Akteure in den Fokus gerückt, die – je nach Handlungsfeld – als Trainer/-innen, Dozent/inn/en, Kursleitende oder Lernbegleiter/-innen bezeichnet werden und die mit mindestens 400.000 Personen eine sehr große Berufsgruppe darstellen. Für die Teilnehmenden sind sie das Aushängeschild der Weiterbildung und für die Qualität der Lehr-/Lernprozesse verantwortlich.

Ansprechpartner im DIE: Dr. Peter Brandt (brandt@die-bonn.de) und Dr. Anne Strauch (strauch@die-bonn.de).

Impulse für die kulturelle Erwachsenenbildung – DIE-Forum Weiterbildung setzt ein Ausrufezeichen für einen Bildungsbereich mit beeindruckender Vielfalt und verleiht für ungewöhnliche Zugänge zur Kultur den Preis für Innovation in der Erwachsenenbildung

„Kulturelle Bildung“ war das Thema des diesjährigen 17. DIE-Forum Weiterbildung des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung – Leibniz-Zentrum für Lebenslanges Ler-

1) GRETA steht für „Grundlagen für die Entwicklung eines trägerübergreifenden Anerkennungsverfahrens für die Kompetenzen Lehrender in der Erwachsenen- und Weiterbildung“ und wird für drei Jahre mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) finanziert. Projektpartner sind:

- Arbeitskreis deutscher Bildungsstätten e.V. (AdB)
- Bundesarbeitskreis Arbeit und Leben (AuL)
- Bundesverband der Träger beruflicher Bildung e.V. (BBB)
- Deutsche Evangelische Arbeitsgemeinschaft für Erwachsenenbildung (DEAE)
- Deutsche Gesellschaft für wissenschaftliche Weiterbildung und Fernstudium e.V. (DGWF)
- Deutscher Volkshochschul-Verband e. V. (DVV)
- Dachverband der Weiterbildungsorganisationen e.V. (DVWO)
- Verband Deutscher Privatschulverbände e.V. (VDP)

nen e.V. (DIE) am 1. Dezember in Bonn. Mit diesem Forum brachte das DIE seine Wertschätzung für einen (Bildungs-)Bereich zum Ausdruck, der ein unverzichtbarer Teil des lebenslangen Lernens ist.

Über 100 Vertreter/-innen aus Wissenschaft und Praxis der kulturellen Erwachsenenbildung sowie der kulturpolitischen Organisationen diskutierten wissenschaftliche und praxisorientierte Beiträge und setzten gemeinsam ein Ausrufezeichen für die kulturelle Bildung. Konsens bestand bei der Forderung, der kulturellen Erwachsenenbildung möge sowohl wirtschaftlich als auch politisch mehr Anerkennung entgegen gebracht werden. Die kulturelle Bildung hat sich über vier Jahrzehnte eine professionelle und konzeptionelle Identität erarbeitet und sich als Angebotsbereich in allen großen und vielen kleineren Bildungseinrichtungen etabliert – Kunst und Kultur sind ein unverzichtbarer Teil des lebenslangen Lernens und der lebenslangen Bildung. Sie haben nicht nur einen Eigenwert, sondern fördern darüber hinaus die grundlegende Fähigkeit, sich selbst, die Gesellschaft und die Welt zu verstehen.

Im Rahmen des DIE-Forums wurden auch die Preisträger des diesjährigen „Preis für Innovation in der Erwachsenenbildung“, der alle zwei Jahre vergeben wird, zum Thema „Kulturelle Bildung“ ausgezeichnet. Viele der eingereichten Projekte sind im allerbesten Sinne innovative Konzepte und eröffnen ungewöhnliche Zugänge zur Kultur, die jeder und jedem Teilnehmenden andere Lernerfahrung ermöglichen. Sie machen die kulturelle Vielfalt und die unterschiedlichen Zugänge dazu deutlich.“

Erster Preisträger war das Projekt „Hörpfade“, in dem Kursteilnehmende in bayerischen Volkshochschulen persönliche Audioguides über die Region, in der sie leben, produzieren und so eine „klingende Landkarte“ Bayerns auf www.hoerpfade.de entstehen lassen.

Auch um das Hören ging es beim „Ich-kann-nicht-singen-Chor“ der Urania Berlin e.V., der mit dem Vorurteil aufräumen will, dass die meisten Menschen nicht singen können. Das Bildungsangebot lädt alle ein, die sich bisher nicht getraut haben mit anderen zusammen zu singen.

Die Volkshochschule Arnstadt-Ilmenau hingegen widmet sich auf ihren jährlichen internationalen Kunstsymposien der bildenden Kunst, die einen dauerhaften Platz am Kunstwanderweg Kleinbreitenbach findet. Ein Angebot der kulturellen Bildung, das alle Bevölkerungsgruppen der Region einlädt und integriert.

Weitere Informationen und die Dokumentationen zu beiden Veranstaltungen: www.die-bonn.de/institut/innovationspreis und www.die-forum.de.

REPORT wird Open-Access-Zeitschrift

Der „REPORT. Zeitschrift für Weiterbildungsforschung“ wird ab diesem Jahr eine neue Verlagsheimat haben, den Wissenschaftsverlag Springer VS. Die peer-reviewte Zeitschrift wird künftig als Open-Access-Journal unter dem Titel „Zeitschrift für Weiterbildungsforschung“ zunächst auf dem Portal SpringerLink (<http://link.springer.com/>) kostenfrei verfügbar sein und damit die internationale Sichtbarkeit der Forschung zur

Erwachsenen- und Weiterbildung erhöhen. Die erste Ausgabe wird im April 2015 erscheinen. Zusätzlich wird eine Print-on-Demand-Ausgabe weiterhin im Abonnement und als Einzelheft angeboten.

Damit vollziehen das DIE und die Herausgeber einen wichtigen Schritt in Richtung des „Goldenen Wegs“, wie der kostenfreie öffentliche Zugang zu Forschungsergebnissen bezeichnet wird. Zugleich steht der REPORT, der damit eine der ersten Open-Access-Zeitschriften im Feld der Erwachsenenbildung sein wird, im Einklang mit den Zielen der Leibniz-Gemeinschaft, die den Open-Access-Gedanken schon lange aktiv unterstützt und vorantreibt. Zudem wurde der Beirat der Zeitschrift auf zwölf national und international renommierte Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler erweitert.

Die Themenschwerpunkte der „Zeitschrift für Weiterbildungsforschung“ (ZfW) im Jahr 2015

Die ZfW widmet sich jährlich drei Schwerpunktthemen, die auf der Höhe des aktuellen Forschungsstands Fragestellungen und Resultate der Weiterbildungsforschung diskutieren und Horizonte für künftige Forschungen eröffnen. Das führende Wissenschaftsjournal der Forschung zur Erwachsenenbildung lädt alle an Erwachsenenbildung interessierten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler ein, Beiträge einzureichen.

Im Fokus der ersten Ausgabe 2015 der ZfW steht das Verhältnis von Biografie und Lebenslauf in Bezug auf das Lernen Erwachsener. Der Band „Lernen im Kontext von Biografie und Lebenslauf“ widmet sich aktuellen Forschungsmethoden und -ergebnissen der auf die Erwachsenenbildung gerichteten Biografieforschung. Gastherausgeber sind Jochen Kade und Sigrid Nolda. Das Heft erscheint am 1. April 2015.

Das zweite Themenheft dieses Jahres „Beratung und Regulation“ versammelt verschiedene theoretische und empirische Studien über die Anforderungen an Beratung in der Weiterbildung und die tatsächlichen Beratungsprozesse und soll klären, wie zukünftig Beratungsforschung in der Weiterbildung aussehen müsste. Der von Gastherausgeber Bernd Käßplinger betreute Band erscheint am 1. August 2015.

Das letzte Heft des Jahres 2015 „Opening Up Higher Education“ knüpft an das Heft 4/2014 „Opening Higher Education to Adult Learners – Concepts and Research Results“ an und wird von DIE-Mitarbeiterin Karin Dollhausen herausgegeben. Thema ist die Öffnung der Hochschulen für erwachsene Lerner/-innen und so genannte „nicht-traditionelle“ Studierende. Das Heft 3/2015 stellt weitere theoretische und/oder empirisch erprobte Modelle vor, die es ermöglichen, dieses Ziel zu erreichen. Es erscheint am 1. Dezember 2015.

Svenja Eggersmann, Margret Lohmann

Inklusive Erwachsenenbildung in der Großstadt weiterentwickeln

Führende Hamburger Einrichtungen vereinbaren eine Kooperation für Inklusive Bildung

Zwei wichtige Akteure in der Erwachsenenbildung in Hamburg rücken in Zukunft enger zusammen: Das Bildungsnetz Hamburg und die Hamburger Volkshochschule haben eine Kooperation vereinbart. Hinter dem Bildungsnetz Hamburg (ehemals Koordinationsrunde Erwachsenenbildung Hamburg) stehen sechs Träger der Eingliederungshilfe, die sich seit 25 Jahren für Bildungsangebote für Menschen mit Behinderungen einsetzen: alsterdorf assistenz ost und alsterdorf assistenz west, BHH Sozialkontor, das Rauhe Haus, Leben mit Behinderung Hamburg und Lebenshilfe Landesverband Hamburg. Auch die Hamburger Volkshochschule hat unter ihrem Motto „Bildung für alle“ vielfältige Erfahrungen gesammelt, wie Erwachsene mit unterschiedlichen Lernvoraussetzungen in heterogenen Gruppen zusammen lernen. Als größte Weiterbildungseinrichtung der Stadt ist die Volkshochschule mit ganz praktischen Alltagsthemen wie der Zugänglichkeit von Unterrichtsräumen oder der Verständlichkeit von Kursbeschreibungen seit Jahren vertraut. So bedeutet es stets einen Balanceakt, den Anspruch der Bildung für alle und die realen Ressourcen und Voraussetzungen dafür in Einklang zu bringen.

Die Kooperation zwischen der Volkshochschule und dem Bildungsnetz Hamburg hat einen gemeinsamen Ausgangspunkt. Denn beide Einrichtungen empfinden das Ziel, Menschen mit und

ohne Behinderung in gemeinsamen Bildungsangeboten zu erreichen, als große Herausforderung. Das Ziel wurde bekanntlich 2006 in der UN-Behindertenrechtskonvention formuliert, die anschließend durch die Bundesrepublik Deutschland ratifiziert wurde. Gerade aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung in der Praxis der Erwachsenenbildung können beide Partner die weite Strecke des Weges zur Erreichung des in der UN-BRK formulierten Zieles gut einschätzen. Die Kooperation gründet sich deshalb auf das Vorhaben, die Kräfte auf diesem Weg zu bündeln und sich gegenseitig zu unterstützen, um bei der inklusiven Erwachsenenbildung in Hamburg gemeinsam weiterzukommen.

Ein konkretes Anliegen der Zusammenarbeit besteht darin, neue Formen der Erwachsenenbildung zu entwickeln, die Vielfalt und gemeinsames Lernen ermöglichen. Hierzu gehört ebenso die Fortbildung der Kursleitenden. Neben der Sensibilisierung für inklusive Bildung geht es um Qualifizierung bei der didaktischen und methodischen Gestaltung von Lernprozessen in heterogenen Gruppen. Die Partner wollen sich außerdem gegenseitig Räume zur Verfügung stellen. So können beide ein vergrößertes Angebot von Räumen nutzen, von der Barrierefreiheit profitieren und Begegnungen von Menschen mit und ohne Behinderungen fördern. Neue Impulse versprechen sich die Akteure von der Kooperation bei

der Öffentlichkeitsarbeit, um der inklusiven Erwachsenenbildung eine kräftigere Stimme in der Stadt zu verleihen. Längst findet man Links und Veranstaltungen der Partner auf den Webseiten und gegenseitige Hinweise in den Programmheften. Nun wollen beide Partner daran arbeiten, Teilnehmer für inklusive Kurse zu gewinnen. Ziel ist es, allen Menschen Weiterbildungsmöglichkeiten zu eröffnen und speziell Menschen mit Behinderungen die Teilhabe zu ermöglichen.

Zum festen Bestandteil der Kooperation sind die regelmäßigen Arbeitstreffen der Akteure geworden. Hier tauscht man sich aus, hält sich über Aktuelles auf dem Laufenden und stößt Neues an. So zum Beispiel pflegt man auch gemeinsam Kontakt zur Universität Hamburg, um Theorie und Praxis inklusiver Erwachsenenbildung in Hamburg ins Gespräch zu bringen. Regelmäßig treffen sich die Partner auch beim Runden Tisch inklusive Erwachsenenbildung in Hamburg, der

vom Bildungsnetz Hamburg angestoßen und vom Inklusionsbüro der Senatsbeauftragten für die Gleichstellung behinderter Menschen 2013 ins Leben gerufen wurde.

Das Lernfest ist ein gelungenes, in der Stadt sichtbares Ergebnis der neuen Kooperation. Bereits zum zweiten Mal fand es im Mai im VHS Zentrum im Stadtteil Farmsen statt. Bei strahlendem Sonnenschein kamen viele Menschen und probierten kreative Mitmachangebote in der großen Veranstaltungshalle aus, um Kursinhalte kennen zu lernen. Bei knackigen Würstchen und leckerem Kuchen wurde der Auftritt der inklusiven Trommelgruppe bewundert, die die ganze Veranstaltung zum Beben brachte. Viele Gäste, Experten und Interessierte nutzten die Gelegenheit zum Netzwerken.

Offizieller Höhepunkt des Lernfests im Mai 2014 war die feierliche Unterzeichnung des Kooperationsvertrags, die selbstverständlich simultan in Ge-



Der Kooperationsvertrag ist unterzeichnet! Ingrid Körner, Senatskoordinatorin für die Gleichstellung Behinderter (2. von links), feiert mit den Partnern. Foto: Mathias Will.



Die Trommlerinnen und Trommler begeisterten die Besucher beim Hamburger Lernfest 2014 mit den kraftvollen Rhythmen einer starken Gruppe. Foto: Mathias Will

bärdensprache übersetzt wurde. Ingrid Körner, die Senatskordinatorin für die Gleichstellung behinderter Menschen, unterstützt die neue Partnerschaft: „In Hamburg arbeiten wichtige Akteure der inklusiven Erwachsenenbildung jetzt enger zusammen mit dem Ziel, mehr Lernmöglichkeiten für alle Menschen zu eröffnen. Die UN-Behindertenrechtskonvention wird hier umgesetzt – das ist für die Erwachsenenbildung in Hamburg ein guter Schritt“. Das Lernfest 2015 ist bereits in Planung und etabliert sich als unterhaltsamer Treffpunkt für alle, die inklusive Erwachsenenbildung erleben oder für die Zukunft gestalten wollen.

*Svenja Eggersmann
Für das Bildungsnetz Hamburg
Leben mit Behinderung Hamburg
svenja.eggersmann@lmbhh.de*



*Dr. Margret Lohmann
Hamburger Volkshochschule
Ansprechpartnerin ab 1.4.2015:
Anette Borkel
a.borkel@vhs-hamburg.de*



Teilhabe!

Mit den Publikationen der Lebenshilfe

Die **Fachzeitschrift *Teilhabe*** bietet Ihnen viermal im Jahr in den Rubriken *Wissenschaft und Forschung*, *Praxis und Management* sowie *Infothek*

- Beiträge aus Pädagogik, Psychologie, Soziologie und Medizin
- Anregungen für die Praxis
- Strategien der Verbands- und Organisationsentwicklung
- Besprechungen von Fachbüchern und Veranstaltungshinweise

Der **Rechtsdienst der Lebenshilfe** wendet sich an Jurist(inn)en, Behörden und Gerichte sowie beratende Mitarbeitende in Behindertenorganisationen, Sozial- und Wohlfahrtsverbänden.

Er informiert über aktuelle Entwicklungen in der Sozialpolitik und über die Menschen mit Behinderung betreffende Rechtsprechung.

ISSN 1867-3031 Postvertriebsstück 4x4 79086



Teilhabe

DI E FACHZEITSCHRIFT DER LEBENSHILFE

IN DIESEM HEFT

WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG

*Interviewtechniken:
Befragung von Menschen
mit Lernschwierigkeiten*
Berufliche Qualifizierung

INFOTHEK

Leseforum
Buchbesprechungen
Bibliografie
Veranstaltungen

ISSN 0846-0379 Postvertriebsstück 8x1 3201 P



Rechtsdienst der Lebenshilfe

WWW.LEBENSHILFE.DE

EDITORIAL:

Endlich: Medizinische Behandlungszentren für erwachsene Menschen mit Behinderung sollen auf den Weg gebracht werden

Das Bundesministerium für Gesundheit hat am 21. Oktober den Bundesentwurf für das GKV-Versorgungsplankompetenzgesetz (GKV-VSG) vorgelegt. Ein neuer § 136 SGB V sieht die Einrichtung von medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZZE) zur näheren Behandlung vor.

Ergänzung der Regelversorgung

Die MZZE sollen u. a. die Versorgung im Anschluss an die ambulante Behandlung von behinderten Kindern und Jugendlichen in spezialisierten Zentren übernehmen. Einen Behandlungsanspruch haben alle Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung, deren medizinische Versorgung im bestehenden Gesundheitssystem nicht ausreichend sichergestellt werden kann.

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung setzen sich seit vielen Jahren für diese Ergänzung des medizinischen Regelversorgungssystems ein (www.fachverbände.de).

AUS DEM INHALT

Rechts- und Sozialpolitik

Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit und eine Lohnersatzung – Die Höhe der Bundesregierung zur Verantwortlichkeit von Beruf, Familie und Pflege

Weiterentwicklung der Leistungsform Persönliche Budget im Licht eines künftigen Bundeserbschaftgesetzes

Rechtspflege

Kritik Anspruch auf Vorstandsprüfung im Ausland

Blickwinklige Präsentation des Inkrafttretens eines Schiedsgerichts

Leben im Heim kann unannehmer sein

Merksätze II bei Kindern



Lebenshilfe

www.lebenshilfe.de

Zu bestellen unter Fax: 0 64 21/491-623
E-Mail: Aboverwaltung@Lebenshilfe.de
Oder ganz einfach QR-Code einscannen



Neue Literatur zum Thema Erwachsenenbildung und Inklusion

Die Literaturliste wurde von der Bibliothek des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung – Leibniz-Zentrum für Lebenslanges Lernen e.V. (DIE) für diese Zeitschrift zusammengestellt. Beiträge aus dieser Zeitschrift werden nicht noch einmal aufgeführt.

Affolderbach, Friedemann (2014): Zur Frage von Bildung und „geistiger Behinderung“ – die Praxisreflexion eines medienpädagogischen Projektes mit theoriegestützten Impulsen. In: Widersprüche. Heft 133, S. 75 – 91

Aleksandrovich, Maria / Seebauer, Renate / Zoglowek, Herbert (2014): Diversity in education in Europe – insights from pedagogy and psychology. Wien u.a., 369 Seiten

Bisovsky, Gerhard (2014): Wie soll es nach PIAAC weitergehen? Strukturen schaffen, Projekte initiieren und Programme entwickeln. In: Magazin Erwachsenenbildung.at. Heft 23, S. 02-1-12

Blanck, Bettina (2012): Vielfaltsbewusste Pädagogik und Denken in Möglichkeiten – theoretische Grundlagen und Handlungsperspektiven. Stuttgart, 407 Seiten

Blossfeld, Hans-Peter u.a. (Hrsg.) (2014): Adult Learning in Modern Societies. Cheltenham, UK u.a., 387 Seiten

Dämmrich, Johanna / Vilhena, Daniela Vono de / Reichart, Elisabeth (2014): Participation in Adult Learning in Europe – the Impact of Country-Level and Individual Characteristics. In: Blossfeld u.a. (Hrsg.), a.a.O., S. 29-55

Decker, Irmgard / Krusche, Hella / Laszlo, Gabriel (2014): Volkshochschule barrierefrei. Bausteine zum gemeinsamen Lernen In: Dis.kurs. Heft 3, S. 18-19

Deutscher Volkshochschul-Verband (Hrsg.) (2012): Mitmischen! Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an der Programmgestaltung von Jungen Volkshochschulen Red.: Helle Becker, Lisa Freigang. Bonn, 90 Seiten

Deutscher Volkshochschul-Verband (Hrsg.) (2012): Partizipation, Respekt, Demokratie, Integration – aktuelle Beispiele politischer Jugendbildung in Volkshochschulen. Red.: Lisa Freigang, Anna Grüner, Johannes Schillo. Bonn 120 Seiten

Elman, Cheryl / Weiss, Felix (2014): Adult Educational Participation and Implications for Employment in the US Context. In: Blossfeld u.a. (Hrsg.), a.a.O., S. 79-97

Füssel, Hans-Peter / Hasselhorn, Marcus / Werning, Rolf (2014): Schwerpunktthema 2014: Zur Bildung von Menschen mit Behinderungen. In: DJI-Impulse. Heft 3, S. 334-38

Gouw, Paula / Greef, Maurice De / Brand-Gruwel, Saskia (2014): PIAAC results – need for new approaches in improving adult literacy. In: Lifelong learning in Europe [Elektronische Ressource]. Heft 1

Greef, Maurice De (2013): “I am not deaf anymore” – outcomes of migrant language courses. In: Lifelong learning in Europe [Elektronische Ressource]. Heft 3

- Haar, Gabriele (2014): Inklusion in der Einrichtung umsetzen : Erfahrungen im Kontext Qualitätsmanagement. In: DIE Zeitschrift für Erwachsenenbildung. Heft 4, S. 46-48
- Heisler, Dietmar / Mannhaupt, Gerd (Hrsg.) (2014): Analphabetismus und Alphabetisierung in der Arbeitswelt. Befunde und aktuelle Entwicklungen. Frankfurt am Main u.a. 191 Seiten
- Herre, Petra (2013): Inclusive education and intercultural opening. In: Lifelong learning in Europe [Elektronische Ressource]. Heft 3
- Jenkins, Andrew / Chandola, Tarani (2014): How adult learning can reduce health inequalities. In: Adults Learning. Heft 3, S. 20-21
- Junge, Fabian / Schwarze, Antje (2014): Mehr verstehen, besser zusammenleben. Sprach- und Integrationsmittler sorgen für Qualität in der interkulturellen Kommunikation im Alltag der Institutionen. In: Sozial extra. Heft 6, S. 33-37
- Kiuppis, Florian (2014): Heterogene Inklusivität, inklusive Heterogenität. Fallstudie über den Bedeutungswandel imaginierter pädagogischer Konzepte im Kontext Internationaler Organisationen. Münster u.a., 244 Seiten
- Klein, Rosemarie / Reutter, Gerhard / Schwarz, Sabine (2014): Facetten arbeitsorientierter Grundbildung. Verständnis, Zielgruppen, Bedarfe. In: Alfa-Forum. Heft 86, S. 46-50
- Knopp, Reinhold / Nell, Karin (Hrsg.) (2014): Keywork4 – ein Konzept zur Förderung von Partizipation und Selbstorganisation in der Kultur-, Sozial- und Bildungsarbeit. Bielefeld, 348 Seiten
- Korntheuer, Annette / Anderson, Philip (2014): Zwischen Inklusion und Exklusion - die Rolle der Sozialen Arbeit in Bildungsprozessen junger Flüchtlinge. In: Migration und soziale Arbeit. Heft 4, S. 320-327
- Kukovetz, Brigitte / Sadjed, Ariane / Sprung, Annette (2014): (K)ein Hindernis!? Fachkräfte mit Migrationsgeschichte in der Erwachsenenbildung. Wien, 301 Seiten
- Kunze, Axel Bernd (2014): Kulturelle und soziale Partizipation durch ein Lebenslanges Recht auf Bildung / Axel Bernd Kunze. In: Bildung und Erziehung. Heft 3, S. 265-282
- Liechti, Lena (2014): Die Entwicklung bildungsspezifischer Ungleichheiten in der Arbeitsmarktpartizipation von Müttern in der Schweiz zwischen 1970 und 2010. In: Zeitschrift für Soziologie. Heft 5, S. 361-378
- Mania, Ewelina / Tröster, Monika (2014): Finanzielle Grundbildung – ein Kompetenzmodell entsteht. In: Hessische Blätter für Volksbildung. Heft 2, S. 136-145
- Nienkemper, Barbara / Heinemann, Alisha / Grotlüschen, Anke (2014): Stärken zweier Leitstudien für die Weiterbildung: PIAAC und leo. Level-One Studie im Vergleich. In: Report. Heft 3, S. 29-37
- Otman, Alp (2014): Integration braucht qualifizierte Vermittlung. Notwendigkeit des Einsatzes von professionellen und qualifizierten Vermittlungskräften zur Gewährleistung von Versorgungsgerechtigkeit. In: Sozial extra. Heft 6, S. 19-23
- Pfahl, Lisa / Köbsell, Swantje (2014): Was sind eigentlich Disability Studies? : Wechselspiel von Beeinträchtigung und Barrieren. In: Forschung & Lehre. Heft 7, S. 554-555

- Rohling, Steffi / Wolk-Pöhlmann, Dirk (2014): Grundbildung für alle!? Was wir von der Zielgruppe her leisten müssen versus was wir von Förderlogiken her leisten können – Ansprüche und Realitäten. In: Hessische Blätter für Volksbildung. Heft 2, S. 146-149
- Rohrmann, Albrecht (2014): Inklusion als Anspruch und Gestaltungsauftrag – ein kritischer Blick auf die Soziale Arbeit. In: Neue Praxis. Heft 3, S. 240-251
- Rosen, Lisa (2014): Wenn Identität zum Problem (gemacht) wird. Identitätskonstruktionen von Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland. In: Außerschulische Bildung. Heft 3, S. 238-243
- Salzbrunn, Monika (2014): Vielfalt – Diversität. Bielefeld. 171 Seiten
- Scherr, Albert (Hrsg.) (2015) Diskriminierung migrantischer Jugendlicher in der beruflichen Bildung. Stand der Forschung, Kontroversen, Forschungsbedarf. Weinheim, 284 Seiten
- Schleicher, Andreas (2014): Bessere Kompetenzen, besserer Job, besseres Leben. Internationale Befunde und Konsequenzen aus PIAAC für die Bildungspolitik. Bilanzziehung aus Sicht der OECD. In: Magazin Erwachsenenbildung.at. Heft 23, S. 04-1-9
- Schnell, Irmtraud: Herausforderung Inklusion. Theoriebildung und Praxis. Bad Heilbrunn 2015, 444 Seiten
- Schwarz-Boenneke, Bernadette (Hrsg.) / Stephanie Hohn, Stephanie (Mitarb.) (2014): Ankommen in einer Gesellschaft der Vielfalt – eine Querschnittsaufgabe für Bildung, Kultur und Integration. 17. Konferenz „Dialog der Kulturen“. Freiburg im Breisgau u.a., 151 Seiten
- Sinclair, Howard (2014): Homeless people need better skills opportunities. In: Adults Learning. Heft 4, S. 40-43
- Sokolovsky, Tomas (2013): Corporate social responsibility and employing the disabled – marketing, PR or untapped reserve? In: Lifelong learning in Europe [Elektronische Ressource]. Heft 2
- Sokolovsky, Tomas (2013): Teaching for diversity. In: Lifelong learning in Europe [Elektronische Ressource]. Heft 3
- Stamov-Roßnagel, Christian / West, Klaus-W. (2014): Altersgemäß Lernen. Die Rolle von Lernfitnessstraining. In: WSI-Mitteilungen. Heft 6, S. 486-490
- Steuten, Ulrich (2014): Literalität und Stigma In: Hessische Blätter für Volksbildung. Heft 2, S. 125-135
- Voigts, Gunda (2014): Inklusion als Auftrag. Eine Standortbestimmung von Kinder- und Jugendarbeit auf dem Weg zu inklusiven Gestaltungsprinzipien. In: Neue Praxis. Heft 2, S. 140-149
- Wevelsiep, Christian (2014): Pädagogik bei emotional-sozialen Entwicklungsstörungen : ein „besonderes“ Arbeitsbündnis. In: Neue Praxis. Heft 4, S. 378-390
- Winkler, Michael (2014): Inklusion – Nachdenkliches zum Verhältnis pädagogischer Professionalität und politischer Utopie. In: Neue Praxis, Heft 2, S. 108-123
- Winkler, Michael (2014): Kritik der Inklusion – oder: über die Unvermeidlichkeit von Dialektik in der Pädagogik – ein Essay. In: Widersprüche. Heft 133, S. 25 – 29

Tagungen und Seminare (April – Oktober 2015)

Leichte Sprache – Kommunikation barrierefrei gestalten!

Eine Basis-Qualifikation zum Konzept Leichte Sprache und zur Umsetzung in Diensten und Einrichtungen

21. – 22. April 2015, Berlin

www.lebenshilfe.de (Stichwort: Fortbildung Leichte Sprache)

Corporate Health meets PERSONAL2015

Gut vernetzt ist halb gesund? Betriebliches Gesundheitsmanagement von morgen

06. – 07. Mai 2015, Hamburg

www.personal-nord.com (Stichwort: Gut vernetzt)

Inklusion 2015: Die Jugend- und Erlebnismesse

erleben – unterhalten – informieren

veranstaltet von Partizip e.V.

11. – 13. Mai 2015, Hannover, Messepavillion

www.inklusion-erlebnismesse.de

Zugangsbarrieren abbauen – Interkulturelle Öffnung initiieren – kultursensibles Vorgehen entwickeln

Seminar zum Thema Migration und Behinderung

18. – 19. Mai 2015, Marburg, Institut inForm der Lebenshilfe

www.lebenshilfe.de (Stichwort: Fortbildung/Veranstaltungen)

Aktionsbündnis Teilhabeforschung startet

Initiatoren sind die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR), die Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW), die Fachverbände für Menschen mit Behinderung, der Deutsche Behindertenrat und die Arbeitsgemeinschaft Disability Studies in Deutschland.

12. Juni 2015, Berlin

www.kobinet-nachrichten.org (Stichwort: Aktionsbündnis Teilhabeforschung)

Schwere Behinderung und Inklusion

Facetten einer nicht ausgrenzenden Pädagogik – Fachtagung

20. Juni 2015, Dortmund, Technische Universität

www.zhb.tu-dortmund.de

Bodenseekongress 2015: Teilhabe und Bildung

Lebenslange Bildungsprozesse für Menschen mit Behinderungen – Unterstützen – Qualifizieren – Zertifizieren – Vernetzen

Die Initiative „Lebenslanges Lernen – Bodenseekongress 2015“ ist ein Zusammenschluss von verschiedenen Selbsthilfe- und Fachverbänden, Sozialdienstleistern, des Kultusministeriums Baden-Württemberg und der Staatlichen Seminare für Didaktik und Lehrerbildung.

25. – 26. Juni 2015, Friedrichshafen, Kultur- und Kongresszentrum

www.vds-baden-wuerttemberg.de/index.php/einladung

Die UN-BRK umsetzen! – Handlungsbedarf in Bund und Ländern nach Abschluss der Staatenberichtsprüfung durch den UN-Fachausschuss

24. Juni 2015, Berlin, dbb Forum

www.dvfr.de/servicebereich/veranstaltungskalender/150624-die-un-brk-umsetzen

Bildungsnetz Hamburg: Lernfest 2015

27. Juni 2015, Hamburg, Volkshochschule Farmsen

www.lebenshilfe-hamburg.de/27_juni_lernfest_2015_de_2072.html

„Ins Spiel kommen“ –

Inklusion und öffentlich verantwortete Erwachsenenbildung

Münchener Volkshochschule GmbH in Kooperation mit der Gesellschaft Erwachsenenbildung und Behinderung e.V., Deutschland (GEB), der Ludwig-Maximilians-Universität München und dem Bayerischen Volkshochschulverband e.V.

10. – 11. Juli 2015, München, Gasteig

www.mvhs.de (Stichwort: Ins Spiel kommen) (siehe auch in diesem Heft, S. 62)

Lernräume gestalten – Kongress der Österreichischen Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Bildungswesen (ÖFEB)

30. August – 01. September 2015, Klagenfurt, Alpen-Adria-Universität

<http://ius.aau.at/misc/oefeb2015>

Zugangsbarrieren erkennen – Teilhabe ermöglichen

Fachtagung zum Thema Migration und Behinderung

29. – 30. September 2015, Marburg, Institut inForm der Lebenshilfe

www.lebenshilfe.de (Stichwort: Fortbildung/Veranstaltungen)

Differente Lernkulturen – regionale, nationale, transnational

Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaft.

Jahrestagung der Sektion Erwachsenenbildung

29. September – 01. Oktober 2015, Hannover, Leibniz-Universität

www.dgfe.de (Sektion 9 – Erwachsenenbildung/Tagungen)

Individualisierung von Unterricht. Transformation – Wirkungen – Reflexionen

Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaft.

Jahrestagung der Sektion Schulpädagogik

28. – 30. September 2015, Göttingen, Georg-August-Universität

www.dgfe.de (Sektion 5 – Schulpädagogik/Jahrestagung)

25 Jahre GEB – Jubiläumstagung

Gemeinsam Bildung erleben

Perspektiven für eine zukunftsfähige Erwachsenenbildung

Gesellschaft Erwachsenenbildung und Behinderung e.V., Deutschland

30.10. – 01.11.2015, Rothenburg o.d.T., Evangelische Tagungsstätte Wildbad

www.geseb.de (siehe auch in diesem Heft, S. 63)

Bildungspolitisches Forum

Leibniz-Forschungsverbund Bildungspotenziale

01. Oktober 2015, Berlin

www.leibniz-bildungspotenziale.de

25 Jahre GEB – Tagungen und Weiterbildung

Aufmerksamen Lesern unserer Rubrik „GEB - In eigener Sache“ ist sicher aufgefallen, dass wir zum Ausklang unseres 25 jährigen Jubiläums eine Fachtagung für das Frühjahr 2015 angekündigt haben (in Heft 1 von 2014), die nun jedoch im Sommer 2015 stattfinden wird (wie in Heft 2 von 2014 berichtet). Und unser Jubiläum wird erst mit einer Tagung im Herbst 2015 abgeschlossen!

In diesen Veränderungen bildet sich jene Dynamik ab, die mit der Umsetzung von Inklusion einhergeht: Die Diskussionen in Fachgruppen, die bislang wenig Berührungspunkte hatten, nun jedoch miteinander in Verbindung kommen und gemeinsame Sache machen, werden mittlerweile umfangreicher und vielfältiger, es zeichnen sich unterschiedliche Interessen und Strömungen hinsichtlich der gemeinsamen Ziele und Intentionen ab.

So auch bei uns: Unsere ursprünglich für April 2015 geplante Fachtagung kollidierte mit Terminen anderer wichtiger Tagungen der allgemeinen Erwachsenenbildung, deshalb haben wir sie auf den Sommer 2015 verschoben. Sie findet unter dem Titel „Ins Spiel kommen – Inklusion und öffentlich verantwortete Erwachsenenbildung“ vom 10. bis 11. Juli in der Münchner Volkshochschule statt (siehe nächste Seite). Wir freuen uns, dass sich auf Initiative der GEB verschiedene Kooperationspartner zusammengefunden haben und diese Fachtagung durchführen, die sich ganz im Sinne von Inklusion natürlich nicht nur an Erwachsenenbildner und -bildnerinnen in der Behindertenhilfe wendet, sondern ganz besonders auch an Leitung sowie Mitarbeiter- und Dozenten-schaft von Einrichtungen der allgemeinen Erwachsenenbildung bzw. von Volkshochschulen. Von dieser Münchner Tagung dürften nachhaltige Impulse und Signale zur Umsetzung des Gedankens der Inklusion in der allgemeinen Erwachsenenbildung ausgehen.

Darüber hinaus wollen wir auch allen unseren Mitgliedern ein Forum bieten, um über die bisherige Entwicklung der GEB und über kommende Herausforderungen nachzudenken. Deshalb führen wir eine weitere Tagung vom 30. Oktober bis 1. November 2015 im Tagungshaus Wildbad in Rothenburg a.d.T. durch (Programm siehe S. 63). Im Anschluss an diese GEB-Jubiläumstagung steht die 18. Mitgliederversammlung mit Neuwahlen des Präsidiums an (siehe Einladung auf der letzten Umschlagseite).

Um Ihnen die Wahl zu erleichtern, ob Sie an beiden Tagungen oder nur an einer – und dann an welcher Tagung – teilnehmen sollen, geben wir Ihnen im Folgenden einen kurzen Programm-Überblick.

Vorab jedoch noch ein weiterer wichtiger Hinweis in eigener Sache! Wir werden in Zukunft einen Schwerpunkt unserer Arbeit auf die Beratung von regionalen Initiativen legen, die für Erwachsenenbildung im Sinne eines „inkluisiven Bildungssystems“ eine Vernetzung zwischen Einrichtungen der allgemeinen Erwachsenenbildung und der Behindertenhilfe anstreben. Dieses Beratungskonzept stellt eine notwendige Ergänzung zu der bisherigen Fortbildungsarbeit der GEB dar. Unser aktuelles Fortbildungsangebot wurde offensichtlich nicht genügend wahrgenommen, es kam deshalb nicht zur Umsetzung. Wir empfehlen daher allen Interessenten an einer Ausbildung in Fachpädagogik für Erwachsenenbildung, sich beim Institut inForm der Bundesvereinigung Lebenshilfe über unser nächstes Weiterbildungsangebot zu informieren (siehe Anzeige auf Seite 64).

„Ins Spiel kommen“ –

Inklusion und öffentlich verantwortete Erwachsenenbildung

Fachtagung vom 10. bis 11. Juli 2015 in der Münchner Volkshochschule (Gasteig, Rosenheimer Str. 5, 81667 München). Veranstalter: Gesellschaft Erwachsenenbildung und Behinderung e.V., Münchner Volkshochschule, Ludwig-Maximilians-Universität München, Bayerischer Volkshochschulverband e.V.

Der Bereich der Erwachsenenbildung blieb in der bildungspolitischen Diskussion zur Umsetzung von Inklusion bislang weitgehend ausgeblendet. Gleichwohl sind in der Praxis unterschiedliche Projekte und Modelle entstanden, die sich auf verschiedenen Ebenen der Herausforderung stellen, die Erwachsenenbildung inklusiv auszurichten. Diese Fachtagung bietet ein Forum, diese Ansätze zu diskutieren und so die Erwachsenenbildung an die inklusionpolitische Debatte anzuschließen.

Die Tagung beginnt am Freitag, 10. Juli 2015 um 12:30 Uhr. In seinem Eröffnungsvortrag wird Professor Dr. Heiner Bielefeldt (Universität Erlangen-Nürnberg) über Innovationsgehalt und Umsetzungsperspektiven der UN-Behindertenrechtskonvention sprechen.

Am Freitagnachmittag (15 -18 Uhr) und am Samstagvormittag (9-12 Uhr) werden Modelle und Projekte einer inklusiv ausgerichteten Erwachsenenbildung unter zwei Schwerpunktsetzungen vorgestellt. In einem Forum mit dem Themenschwerpunkt „Entwicklung von Professionalität für eine inklusive Erwachsenenbildung“ berichten das Projekt „ERW-IN“ aus Berlin über „Bildung in leichter Sprache“, die Integrierte VHS Vinschgau über inklusive Erwachsenenbildung im ländlichen Raum, die VHS Osterholz-Scharmbeck über die Implementierung des Inklusionsgedankens in der VHS und die GEB über Dozentenfortbildung.

In einem zweiten Forum mit dem Themenschwerpunkt „Programmentwicklung für eine inklusive Erwachsenenbildung“ wird informiert über „Bildung in leichter Sprache“ (VHS Berlin), über das Projekt inklusive VHS (Münchner VHS sowie Bildungszentrum Nürnberg), über ein Kompetenz- und ressourcenorientiertes Didaktikmodell (Berner Modell) und über die Sommervolkshochschule (VHS Ulm).

Am Samstag, 11. Juli 2015, wird ab 13 Uhr in einem Podiumsgespräch mit Vertretern aus Bildungspolitik, Erwachsenenbildung und Behindertenhilfe das Fazit der Tagung gezogen.

Die gesamte Fachtagung wird von dem Ohrenkuss-Team (Zeitschrift Ohrenkuss) begleitet. Die Kommentare dieses Teams sowie Einwürfe aus den Foren werden in der Abschlussrunde von Prof. Dr. Meisel (Managementdirektor der Münchner VHS) moderiert und zusammengefasst.

Am Freitagabend findet von 19 bis 20 Uhr eine Lesung mit dem Team Ohrenkuss statt. Am Samstagabend (19 Uhr) führt die Theatergruppe AbArt das Stück „Hommage à Laban“ auf.

Die Tagungsgebühr beträgt 50.- Euro (ermäßigt 30.-). Die Anmeldung erfolgt über das Anmeldeformular im Tagungsflyer, der auf der Homepage der GEB (www.geseb.de) oder der Münchner VHS (www.mvhs.de) abgerufen werden kann.

„Gemeinsam Bildung erleben“ – Jubiläumstagung 25 Jahre GEB

30.10. - 01.11.2015 in der evangelischen Tagungsstätte Wildbad in Rothenburg o.d.T.

Während Erwachsenenbildungsangebote für Menschen mit Behinderungen bis vor kurzem fast ausschließlich in der Behindertenhilfe bereitgehalten wurden, gibt es heute in der allgemeinen Erwachsenenbildung ein vergleichsweise großes Angebot an inklusiven Kursen. Laut **wbmonitor** 2012 gibt die Hälfte aller Weiterbildungseinrichtungen an, dass Menschen mit Behinderungen an ihren Angeboten teilnehmen, am häufigsten an allgemeinen, nicht speziellen Bildungsangeboten (vgl. BIBB/DIE **wbmonitor** 2012).

Das liest sich gut, aber sind auch Menschen mit Lernbeeinträchtigungen in großer Zahl vertreten? Nutzen Menschen mit schweren Behinderungen die Bildungsangebote? Wer sitzt in einem inklusiven Kurs? Nehmen Menschen mit Behinderungen wirklich selbstverständlich an Kursen teil? Haben Sie schon mal in einem inklusiven Kurs gelernt? Haben Sie als Kursleitung bereits einen inklusiven Kurs geleitet?

Auf der Jubiläumstagung der GEB wollen wir über unsere Erfahrungen als Teilnehmende und Kursleitende sprechen, danach fragen, wie die Inklusionsdebatte die Bildungsarbeit verändert, ein Forum für Austausch und Vernetzung vor allem für Fachpädagoginnen und Fachpädagogen in der Erwachsenenbildung bieten und inklusive Kurskonzepte von erfahrenen Kursleiterinnen und Kursleitern ausprobieren und reflektieren – ganz im Sinne des Tagungsmottos „Gemeinsam Bildung erleben“.

Folgende Programmbeiträge erwarten uns: Anke Dreesbach von der Agentur Bildung für Europa mit dem Thema *Bildungsprogramm Erasmus*, Ulrike Eickhoff, die die Förderprogramme von Aktion Mensch vorstellt. Gerald Holzapfel von der Band *Heartworker* bietet einen Musikworkshop an und Guido Meyer (Schauspieler) und Diana Rosendahl (Theaterpädagogin) veranstalten einen Theaterworkshop.

Am Samstagabend möchten wir mit allen Beteiligten das Jubiläum *25 Jahre GEB* feiern. Seit 1989 setzt sich die GEB für Ziele ein, wie sie sich heute in der UN-BRK widerspiegeln. Immer wieder wurde in der Vergangenheit auf die Bildungsfähigkeit aller Menschen und damit einhergehend auf die Notwendigkeit von Bildungsangeboten für Alle hingewiesen. Heute haben wir mit der UN-BRK die rechtliche Grundlage für inklusive Bildung. Es wurde in der Erwachsenenbildungslandschaft schon einiges erreicht. Daran war auch die GEB beteiligt. Aber von einer echten inklusiven Bildungslandschaft sind wir noch weit entfernt. Auch in Zukunft bleibt noch viel zu tun. Inklusion kann zwar rechtlich verankert, aber nicht verordnet werden. Sie kann nur gelingen, wenn wir alle mitmachen und Bildung gemeinsam erleben (wollen und können).

Deshalb laden wir Sie ganz herzlich zur Teilnahme an unserer Jubiläumstagung *Gemeinsam Bildung erleben* ein und freuen uns, Sie in Rothenburg ob der Tauber begrüßen zu dürfen. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Tagungsflyer oder unserer Internetseite www.geseb.de. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an: Kathrin Krüger, Tel.-Nr. 04541 866 8789, mittwochs 16 bis 19 Uhr.

Kalte Füße beim Thema Inklusion?



Nicht bei unserem Qualifizierungsangebot:

**Weiterbildung zur Fachpädagogin/ zum Fachpädagogen für
Erwachsenenbildung – auch von Menschen mit (geistiger)
Behinderung**

Der nächste Kurs beginnt am 16. November 2015!

Und noch eine gute Nachricht: Dieser Kurs findet in gemeinsamer Trägerschaft der Gesellschaft Erwachsenenbildung und Behinderung und der Lebenshilfe (Bundesvereinigung, Bildungsinstitut inForm und Landesverband Rheinland-Pfalz) statt.



Lebenshilfe



Gesellschaft Erwachsenenbildung und
Behinderung e.V., Deutschland

Bitte fordern Sie zu dieser Weiterbildung die Ausschreibungsunterlagen an beim Bildungsinstitut inForm der Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.
institut-inform@lebenshilfe.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:

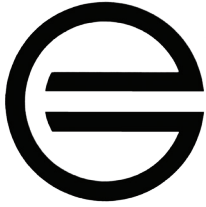
PLZ:

Ort:

Telefon:

E-Mail:

Unterschrift:



Gesellschaft Erwachsenenbildung und Behinderung e.V., Deutschland

Einladung

zur 18. ordentlichen Mitgliederversammlung

der Gesellschaft Erwachsenenbildung und Behinderung e.V., Deutschland

Liebe Mitglieder,

hiermit laden wir Sie sehr herzlich zu unserer 18. Mitgliederversammlung am Sonntag, den **01. November 2015**, um 11.15 Uhr ein. Sie wird in Rothenburg ob der Tauber in der Evangelischen Tagungsstätte Wildbad (www.wildbad.de) stattfinden.

Tagesordnung Mitgliederversammlung

1. Begrüßung, Tagesordnung und Wahl des Versammlungsleiters
2. Genehmigung des Protokolls der letzten Mitgliederversammlung
3. Geschäftsbericht Präsidium
4. Bericht Kassenprüfer
5. Aussprache
6. Entlastung des Präsidiums
7. Neuwahlen zum Präsidium
8. Anträge, Aussprache und Beschlüsse
9. Verschiedenes

Wünschen Sie weitere Tagesordnungspunkte? Haben Sie Anträge für die Mitgliederversammlung oder Wahlvorschläge für die Ämter des Präsidiums? Senden Sie diese bitte bis zum 30.09.2015 an die Geschäftsstelle der Gesellschaft Erwachsenenbildung und Behinderung e.V., Deutschland, Postfach 870228, 13162 Berlin, oder per Mail an kontakt@geseb.de

Die Mitgliederversammlung findet im Rahmen unserer Jubiläumstagung „Gemeinsam Bildung erleben“ statt, zu der Sie ebenfalls herzlich eingeladen sind. Weitere Informationen zur Tagung finden Sie unter www.geseb.de