

Hochschule Merseburg
University of Applied Sciences
Fachbereich Soziale Arbeit. Medien. Kultur

Krisen in stationären Einrichtungen für Menschen mit
geistiger Behinderung

Crises in stationary facilities for mentally handicapped

Bachelorarbeit
im Studiengang Soziale Arbeit

Vorgelegt von: Härter Gregor
Matrikelnummer: 24110
Email-Adresse: gregor.1987@hotmail.de

Erstgutachterin: Prof. Dr. phil. Hancken, Sabrina Amanda,
Zweitgutachter: Prof. Dr. phil. Johannes Herwig-Lempp

Abgabedatum: 10.08.2017

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2 Begriffsbestimmung und Definition.....	3
2.1 Geistige Behinderung	4
2.2 Krisen	6
3 Krisenformen die in stationären Einrichtungen auftreten nach Wüllenweber	8
3.1 Psychiatrische Krise	8
3.2 Psychosoziale Krisen	9
3.2.1 Ereignisbezogene Krisen	9
3.2.2 Entwicklungsbezogenen Krisen	10
3.2.3 Relationale Krisen	11
3.2.4 Pädagogische Situation.....	12
4 Phasen einer Krise	13
4.1 Die Entstehungsphase	13
4.2 Die Bewältigungsphase	14
4.3 Beendigungsphase	15
5 Wohnen.....	16
5.1 Wohnformen heute	16
5.2 Der Wohn- Raum	18
5.3 Merkmale der totalen Institution.....	19
5.4 Die Funktion des Wohnens und die Bedürfnisse der Bewohner_innen.....	20
6 Risikofaktoren die durch Hilfe entstehen.....	22
6.1 Sozialarbeiter zwischen Hilfe und Kontrolle	21
6.2 Overprotection.....	23
6.3 Überforderung und Infantilisierung	23
7 Soziale Arbeit und ihre Handlungsmöglichkeiten.....	25
7.1 Krisen rechtzeitig erkennen und mindern	25
7.1.1 Primäre Prävention	26
7.1.2 Sekundärprevention	27
7.1.3 Tertiärprevention	28

7.2 Krisenintervention	28
7.2.1 Symptombezogene Maßnahmen.....	29
7.2.2 Akutintervention	30
7.2.3 Lebensweltbezogene Maßnahmen.....	31
7.2.4 Ursachenbezogene Maßnahmen	31
7.2.5 Beratung nach Sonneck	32
7.2.6 Kritischer Umgang mit Interventionen.....	34
8 Ergebnis der Arbeit	35
9 Literaturverzeichnis	37
10 Selbstständigkeitserklärung.....	40

1. Einleitung

„Im Jahr 2013 lebten in Deutschland 10,2 Millionen Menschen mit einer amtlich anerkannten Behinderung. [...] Im Durchschnitt war somit gut jeder achte Einwohner (13 %) behindert. Mehr als die Hälfte davon (52 %) waren Männer. Der größte Teil, nämlich rund 7,5 Millionen Menschen, war schwerbehindert, 2,7 Millionen Menschen lebten mit einer leichteren Behinderung. Gegenüber 2009 ist die Zahl der Menschen mit Behinderung um 7 % beziehungsweise 673 000 Personen gestiegen.“ (Marten; 2015; S:1)

Es zeigt sich, dass es zwar einen Zuwachs von Menschen mit Behinderungen gibt, dieser sich jedoch durch den demografischen Wandel und der zunehmenden Wahrscheinlichkeit im Alter von Behinderung betroffen zu sein, begründen lässt.(vgl. Marten; 2015; S:1)

Trescher stellte nach Recherchen fest, dass die Lebensverhältnisse von Menschen mit geistiger Behinderung selten zum Gegenstand kritischer Forschung gemacht werden (vgl. Trescher; 2017; S: 35). Ebenso unzureichend ist die Forschungslage über Krisenanfälligkeit bei Menschen geistiger Behinderung in stationären Wohnformen. Es kommt häufig vor, dass Situationen entstehen, in welchen Bewohner_innen, aufgrund ihrer Lebensumstände, krisenhaftes Verhalten zeigen. Anzunehmen ist, dass ein Grund in der Abhängigkeit von der Hilfe bei der Bewältigung von täglichen Aufgaben liegt oder auch aus dem engen Miteinander von Bewohner_innen und Personal resultiert. Die Arbeit beschäftigt sich mit den drei Bereichen geistige Behinderung, Wohnen und Krise. Hauptaugenmerk der Arbeit sind Menschen, die von einer leichten bis mittelgradigen geistigen Behinderung betroffen sind.

Es werden zunächst die Begriffe geistige Behinderung und Krise genauer beschrieben, um ein besseres Verständnis für die Thematik zu erhalten. Anschließend wird der Krisenprozess betrachtet und die Bedingungen sowie der Anspruch eines menschenwürdigen Wohnens werden aufgezeigt. Der Hauptteil der Arbeit befasst sich mit den Krisen in stationären Wohnformen für Menschen mit geistiger Behinderung und den Möglichkeiten der Krisenvermeidung sowie der Krisenintervention. Die zentrale Fragestellung dieser Arbeit ist, wie und wodurch Krisen in stationären Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung zustande kommen und welche Handlungsmöglichkeiten es für Sozialarbeiter_innen gibt, um den Betroffenen in einer Krise zu helfen.

2 Begriffsbestimmung und Definition

Die Fachliteratur bildet viele Sichtweisen auf die Begriffe geistige Behinderung und Krise ab. Der Arbeit sollen folgende Begriffsbestimmungen zu Grunde liegen.

2.1 Geistige Behinderung

Der Begriff der geistigen Behinderung kam gegen Ende der 1950er in Deutschland auf. Eingeführt wurde er von der Elternvertretung der Lebenshilfe. Er sollte im fachlichen Diskurs Begrifflichkeiten, wie Schwachsinn, Blödsinn, Idiotie und Oligophrenie, ablösen und mit dem Sprachgebrauch im angloamerikanischen Raum gleichziehen. Dort waren „mental retardation“ und „mental handicap“ im Fachjargon geläufig (vgl. Theunissen; 2011; S: 11). Kritik an dem Begriff der geistigen Behinderung kam auf, da es bis dato keine einheitliche Definition von Menschen mit geistiger Behinderung gab und auch heute noch nicht gibt. Zudem wurde der Fachwelt bewusst, dass es schnell zu einer negativen Zuschreibung von Attributen kommt. Dies wird auch von den Betroffenen wahrgenommen (vgl. Theunissen; 2011; S: 11).

Die Definition des Begriffs hängt von der Sichtweise auf geistige Behinderung ab. Eine, unter vielen, ist die aus dem Bereich der Medizin. Jene Sicht, beschreibt im wesentlichen die individuellen Symptome und die deren Ursachen, von geistiger Behinderung. In der Medizin findet man die Formen von geistiger Behinderung im ICD 10 Kapitel 5 (vgl. Mauersberg; 2017). Beschrieben wird „eine sich in der Entwicklung manifestierende, stehen gebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten, die zum Intelligenzniveau beitragen, wie z. B. Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten“ (Dilling; 1993; S: 254). Dies ist eine defizitorientierte Betrachtungsweise auf geistige Behinderung, welche der Einordnung und Kodierung im medizinischen Sektor dient.

Auch die Sichtweise der Heilpädagogik oder Geistigbehindertenpädagogik ist defizitorientiert, da sie vorzugsweise mit negativen Beschreibungen arbeitet. Deutlich wird dies dadurch, dass in diesem Bereich noch Begrifflichkeiten, wie Distanzlosigkeit, mehr oder weniger unfähig und mangelhaft, Anwendung finden (vgl. Theunissen, 2011 S: 12–14).

Hinzu kommt, dass im Wortlaut von Heilpädagogik und Heilerziehungspflege immer Bezug auf Heilung genommen wird. Dies impliziert, dass Behinderung als Krankheit betrachtet wird. „Am 14.7.1933 wurde das ‚Gesetz zur Verhütung von erbkranken Nachwuchses‘ verabschiedet,...“ (Fornfeld; 2004 S: 39). Eine solche Betrachtung zeigt auf wohin im

schlimmsten Fall es führen kann, wenn man Behinderung als Krankheit ansieht. Jedoch fand in der Geistigbehindertenpädagogik eine kritische Auseinandersetzung von Krankheit und Behinderung statt (vgl. Fornefeld; 2013; S: 49ff.).

„In den vergangen zwanzig Jahren hat sich in der Geistigbehindertenpädagogik ein umfassender Paradigmenwechsel vollzogen, der [...] zu mehr Lebensqualität für die Mehrzahl der Menschen mit geistiger Behinderung geführt hat“ (Fornefeld; 2013; S: 56).

Ein Beweis hierfür ist die UN-Behindertenrechtskonvention, die ihre eigene Definition hat, welche sicher nicht jeden theoretischen Aspekt im vollen Umfang einbezieht, dennoch eine Orientierung bietet.

„Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“ (Lachwitz; 2013; S: 68).

Mit dieser Definition wird deutlich auf den Zusammenhang zwischen der Umwelt und den Fähigkeiten der betroffenen Person hingewiesen. Nicht zuletzt liegt die tatsächliche Behinderung erst darin, dass der Mensch auf ein Hindernis trifft, das er nicht überwinden kann ohne Hilfe in Anspruch zu nehmen. Neben körperlichen Beeinträchtigungen führt diese Definition noch seelische und geistige Beeinträchtigung vor Augen, da

... insbesondere Menschen mit psychosozialen Problemen, seelischen Erkrankungen und geistigen Behinderungen in einer ganzen Reihe von Ländern als »krank« eingestuft und als »Patienten« in psychiatrischen Krankenhäusern untergebracht oder in Großeinrichtungen unter Missachtung ihres Rechts auf Achtung der Privatsphäre und ohne Zugang zu Maßnahmen der Bildung und der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft [...] verwahrt werden“ (Lachwitz; 2013; S: 69).

Eine klare Abgrenzung zu der Bezeichnung „krank“ wird auch hier aufgezeigt. Eine allgemeingültige Definition von geistiger Behinderung existiert nicht. „Je nach theoretischer Grundlage gibt es Unterschiede oder verschiedene Akzentuierungen“ (vgl. Fornefeld; 2013; S: 59ff.). Für diese Arbeit soll jedoch nachfolgende Definition ausschlaggebend sein.

„Die geistige Behinderung eines Menschen wird als komplexer Zustand aufgefasst, der sich unter dem vielfältigen Einfluss sozialer Faktoren aus medizinisch beschreibbaren Störungen entwickelt hat. Die diagnostizierbaren prä-, peri-, und postnatalen Schädigungen erlauben keine Aussage zur geistigen Behinderung eines Menschen. Diese bestimmt sich vielmehr aus dem Wechselspiel zwischen seinen potentiellen Fähigkeiten und den Anforderungen seiner konkreten Umwelt“ (Neuhäuser; 2013; S: 16).

Somit soll gelten, dass geistige Behinderung einen Zustand der Überforderung darstellt, die als Folge aus der Wechselwirkung zwischen den Fähigkeiten einer Person und den zu hohen Anforderungen, welche die Umwelt an sie stellt, entsteht. Dispositionen in der Entwicklung sind nicht von sich aus als geistige Behinderung zu begreifen.

2.2 Krisen

„Krise“ ist eine alltägliche und oft verwendete Begrifflichkeit. In den Nachrichten wird von Wirtschaftskrise, Flüchtlingskrise, Vertrauenskrise in die Politik und Krisen in Syrien sowie im Jemen gesprochen. Persönliche Krisen wie Scheidung, der Tod eines geliebten Menschen oder Arbeitslosigkeit spielen im Leben von Menschen eine bedeutende Rolle.

In der alltäglichen Sprache steht sie für viele Ereignisse mit meist negativem Bezug. Das Wort stammt aus dem Griechischen und bedeutet im ursprünglichen Sinne „Entscheidung, entscheidende Wendung“ (Duden; 2017). Der Duden beschreibt den Begriff Krise als „schwierige Lage, Situation, Zeit [die den Höhe- und Wendepunkt einer gefährlichen Entwicklung darstellt]...“ (Duden; 2017). Doch damit ist der Begriff Krise nicht zureichend bestimmt. „Bei einer Krise handelt es sich um eine Problematik, die neu entstanden ist [...] Es hat sich etwas Grundlegendes im Leben verändert. Die neue Situation erfordert erhöhte Aufmerksamkeit. [...] es besteht Handlungsdruck “ (Wüllenweber; 2009; S: 18). Hinzu kommt, dass die Situation als Belastung wahrgenommen wird und bisherige Strategien der Bewältigung nicht ausreichen (vgl. Wüllenweber; 2009; S: 18). Hieraus ergibt sich für Wüllenweber folgende Definition. „Als Krise wird demnach eine neue individuelle, soziale oder gesellschaftliche Problemlage bezeichnet, die als negativ und belastend erlebt wird und deren Lösung nicht mit gewohnten Mustern möglich ist“ (Wüllenweber; 2009: S: 19) Aufgrund der Vielfalt an Arten von Krisen kann in dieser Arbeit nicht jede Form betrachtet werden. Nachfolgend stehen sozialpsychologische Krisen im Fokus. Es ist wichtig, stärker auf die individuelle Wirkung und die Belastungen einzugehen, die der Betroffene erfährt. Von einer Krise ist zuzusprechen „wenn:

- ein Zustand psychischer Belastung eingetreten ist, der sich deutlich von der Normalbefindlichkeit, einschließlich ihrer Schwankungen abhebt, als kaum mehr erträglich empfunden wird und zu einer emotionalen Destabilisierung führt
- die widerfahrenen Ereignisse und Erlebnisse die bisherigen Lebensgewohnheiten und -umstände und die Ziele massiv infrage stellen oder unmöglich machen,
- die veränderte Situation nach Lösungen verlangt, die aber mit den bisher verfügbaren oder selbstverständlichen Möglichkeiten der Problemlösung oder Anpassung nicht bewältigen können “ (Dross; 2001 S: 10).

In Bezug auf Dross wird eine Abhebung von der Normalbefindlichkeit genannt, da die Krise als Gegenstück zur Normalität verstanden werden kann. Jedoch ist hier nicht eine allgemeingültige Vorstellung von Normalität gemeint, vielmehr geht es um den individuellen Normalzustand einer Person.

Zur Vervollständigung einer Definition muss der zeitliche Rahmen mitbedacht werden. Die Dauer ist variabel. Es gibt keine Krisen, die nur wenige Stunden anhalten und keine, die ein Leben lang andauern (vgl. Wüllenweber; 2009; S: 26f). „Die Zeit während einer Krise ist somit als kurz-, mittel-, oder langfristige kritische Periode zu definieren“ (Wüllenweber; 2009; S: 27).

Krisen können aber auch als Chance der Veränderung oder als Lernchance angesehen werden. Dies hängt allerdings vom Ausgang einer Krise und deren Bewertung ab. Hinzu kommt das subjektive Erleben während der belastenden Situation und die Einstellung zur Krise (vgl. Wüllenweber; 2009; S: 27ff.).

Konflikte und Krisen kommen im normalen Sprachgebrauch, wie auch im wissenschaftlichen Kontext, häufig vor und werden gelegentlich als Synonym verwendet. „Konflikte sind zumeist Ausdruck gegensätzlicher Interessen, Bedürfnisse, unterschiedlicher Werte, Ziele, Bedeutungen und Deutungen. Gleichwohl bilden sie ein konstitutives Element individueller und gesellschaftlicher Entwicklung“ (Stövesand; Röh; 2015; S: 10). Welche Bedeutung ein Konflikt hat, hängt mit der Art, der Qualität, der Form der Austragung, den Anlässen und den Folgen des Konfliktes zusammen (vgl. Stövesand; Röh; 2015; S: 10).

„Während eine Krise definitionsgemäß immer eine schwerwiegende Problematik beschreibt, können Konflikte sowohl von geringer Bedeutung als auch lebensbedrohend sein. Zudem ist eine Krise weder als kurzfristige noch als andauerndes, sondern als vorübergehendes Geschehen charakterisiert. Hingegen sind Konflikte sehr kurzfristig, aber können auch lebenslang bestehen“ (Wüllenweber; 2009; S: 30).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass bei einer Krise ein akutes, außergewöhnliches, emotionales Ereignis oder eine starke Veränderung im Leben der Betroffenen eintritt. Die Muster zur Lösung des Problems reichen nicht aus, um dieses Ereignis zu bewältigen. Die Zeitspanne einer solchen Krise ist begrenzt. Zudem unterliegt sie einem Bewertungsprozess und stellt somit ein subjektives Erleben dar.

3 Krisenformen die in stationären Einrichtungen auftreten nach Wüllenweber

„Alle Menschen werden in ihrem Leben mit alltäglichen und komplexen Problemsituationen konfrontiert. Neben den alltäglichen Problemen, wie z.B. bei der Organisation des Tagesablaufs, müssen sich Menschen auch mit komplexeren Problemlagen, [...] auseinandersetzen. Diese Feststellung trifft auch auf behinderte Menschen zu“ (Wüllenweber; 2009; S: 122).

Eine Problemsituation ist nach Wüllenweber „...die Diskrepanz zwischen einem Ist-Zustand und einer Erwartung bzw. einem Soll-Zustand...“ (Wüllenweber; 2009; S: 123). Anzumerken ist, dass dies noch keine Krise darstellt. Es kann aber zu einer werden, sobald der Ist-Zustand als belastend und unüberwindbar wahrgenommen wird.

Die Fähigkeiten problematische Situationen zu überwinden, kann laut des Autors, bei Menschen mit geistiger Behinderung aus folgenden Gründen eingeschränkt sein: Es werden meist nur Teilaspekte erfasst, das Lösen von neuen oder ungewöhnlichen Problematiken fällt den Betroffenen schwer und geplantes wie auch koordiniertes Handeln ist nicht im vollem Umfang möglich. Oft sind Menschen mit geistiger Behinderung auch nur bedingt in der Lage, sich auf frühere Erfahrungen zu berufen. Grundfertigkeiten, welche zu einer Lösung gebraucht werden, sind gemindert, wie am Beispiel der Einteilung eines zeitlich geordneten Problemaufbaus oder der Trennung von wesentlichen und unwesentlichen Aspekten in der Problemsituation. Hinzu kommt eine verstärkte emotionale Besetzung der Situation, wie Wut oder Angst, die der Lösung im Wege steht (vgl. Wüllenweber; 2009; S: 123f.). Dies muss in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung und bei der Betrachtung von Krisen zusätzlich bedacht werden.

3.1 Psychiatrische Krise

Ernst Wüllenweber identifiziert in seiner Studie zwei Typen von Krisen, zum einen die psychiatrische Krise und zum anderen die psychosoziale Krise. „Ein solcher Zugang wurde [...] in dieser Studie gewählt, da sich im Verlauf der Untersuchung zeigt, dass die vorgefundene Vielfalt der Erscheinungsformen von Krisen ohne eine Typisierung nicht sinnvoll zu untersuchen ist“ (Wüllenweber; 2009; S:108). Dies geschah, da sich Krisen nicht immer auf Lebensereignisse, wie Umzug, Verluste oder Probleme mit anderen Personen bezogen. So „...zeigten sich auch Krisen, die nicht durch solche Lebensereignisse, sondern nur im Zusammenhang mit einer bestehenden psychischen Störung bzw. Erkrankung

verstehbar wurden“ (Wüllenweber; 2009; S:108f). Erkrankungen und psychische Störungsbilder sind demnach die Ursachen der psychiatrischen Krise. Dieser Typ soll in der Arbeit nicht weiter bearbeitet werden, da er vornehmlich im Gebiet der Psychiatrie und Pharmakologie behandelt wird.

3.2 Psychosoziale Krisen

Krisen werden häufig, wenn auch nicht ausschließlich, durch Faktoren in sozialen Konstellationen ausgelöst und wirken sich negativ auf die psychische Stabilität der Betroffenen aus (vgl. Sonneck; 2000; S32). Sonneck bezeichnet die psychosoziale Krise als „... den Verlust des seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen oder Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie von der Art und vom Ausmaß her seine durch frühere Erfahrungen erworbenen Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordert“ (Sonneck; 2000; S32). Die Einteilung nach Wüllenweber, der psychosozialen Krisen erleichtert die Betrachtung. Er geht auf die Entstehung und die Ursachen ein. Benannt wird die ereignisbezogene Krise, die entwicklungsbezogene Krise, die rationale Krise und die Pädagogische Situation als sonder Fall.

3.2.1 Ereignisbezogene Krisen

Bei der Ereignisbezogenen Krise resultiert die Krise aus alltäglichen Gegebenheiten, aus Lebensveränderungen oder kritischen Lebensereignissen. Alltägliche Geschehnisse wie „der eigene Geburtstag, Reisen, Weihnachten, Besuch der Eltern, Arztbesuche“ (Wüllenweber; 2009; S: 148) werden als Belastung wahrgenommen. Deutlich wird es bei „einem Bewohner, der zu Weihnachten immer in eine Depression verfällt“ (ebd.; S: 148) und „einer Bewohnerin, die vor und nach dem Besuch ihrer Eltern tagelang laut schreit“ (Wüllenweber; 2009; S: 148). Auch ein Arztbesuch kann derart belastend sein, dass selbst die örtliche Nähe einer Arztpraxis, schon Angstzustände oder Krisen auslöst. (vgl. ebd.; S: 148f.).

Lebensveränderungen, die Krisen auslösen, sind für alle Menschen existent. Für Menschen in stationären Wohnformen sind Ereignisse, wie Einzug oder Umzug, Betreuer_inwechsel, der Einzug neuer Mitbewohner sowie auch ein Wechsel des Arbeitsplatzes zu nennen. Diese harten Einschnitte in die Lebenswelt der Bewohner_innen gehen mit hohen emotionalen

Belastungen für die Betroffenen einher. Neben der Veränderung der Personen-Umwelt-Beziehung gibt es noch weitere Gründe für die erhöhte Belastung. Zum einen entziehen sich die Veränderungen dem Einfluss der Betroffenen und nehmen nur bedingt auf ihre Wünsche Rücksicht. Zum anderen sind die Folgen für den Betroffenen nicht abzuschätzen und diese Unsicherheit drückt sich in negativen Verhaltensweisen aus. Jedoch führen nicht grundsätzlich alle Lebensveränderung zu Krisen (vgl. Wüllenweber; 2009; S: 149ff.).

„Geistig Behinderte können wie alle Menschen [...] von kritischen Lebensereignissen betroffen sein sein. Zum Beispiel: Diagnose bzw. Eintreten einer schweren Krankheit, Tod eines Angehörigen, Arbeitslosigkeit, Beendigung einer Partnerschaft“ (vgl. ebd.; S: 153). Diese Krisen können bei Menschen mit und ohne Behinderung eintreffen. Reaktionen auf diese Ereignisse sind unterschiedlich, oft wird eine Bearbeitung dieser Themen gemieden um die Betroffenen zu schützen. Jedoch lässt man sie damit allein.

„Menschen mit geistiger Behinderung werden zuwenig[!], nicht selten sogar überhaupt nicht, auf den Tod von Angehörigen vorbereitet. Man will sie anscheinend vor der Wahrheit so lange wie möglich schützen. Hierdurch werden sie jedoch durch den Tod völlig überrascht, und sie können von den Angehörigen keinen Abschied nehmen“ (Wüllenweber; 2009; S: 154).

3.2.2 Entwicklungsbezogenen Krisen

Im Gegensatz zu den ereignisbezogenen Krisen, sind entwicklungsbezogene Krisen, jene die durch die Formung der Persönlichkeit entstehen. Es wird somit eine Beziehung zwischen Krisentheorie und Entwicklungstheorie hergestellt.

„Danach resultieren entwicklungsbezogene Krisen aus einer Störung der Person-Umwelt-Passung aufgrund von Problemen in der individuellen Entwicklung. Das Individuum kann erwartete Entwicklungsschritte nicht vollziehen oder hat sich in seinen Wünschen, Bedürfnissen oder seinem Verhalten so verändert, dass das Verhältnis zur Umwelt in bedeutsamer Weise gestört ist“ (Wüllenweber; 2009; S: 154).

Dosen schrieb dazu, dass die „... physiologischen und psychologischen Entwicklungsprozesse, die bei geistig behinderten Menschen einen unterschiedlichen zeitlichen Verlauf und unterschiedliche Ausformungen annehmen können...“ (Dosen; 1993; S 92) zu einer Veränderung von Persönlichkeitsmerkmalen führen. Bezogen auf Menschen die nicht von Behinderungen betroffen sind und Menschen mit geistiger Behinderung, lassen sich unterschiedliche Entwicklungsschritte feststellen (vgl. Dosen; 1993; S 92). Die Umwelt nimmt oft nur das Krisenverhalten wahr, ist sich aber der verlangsamten Entwicklung nicht bewusst. Als weitere Verknüpfung von Krisentheorie und Entwicklungstheorie nennt Dosen

noch das Stufenmodell der kognitiven Entwicklung von Jean Piaget¹. Hiernach zeigen sich Krisenperioden bei den Übergängen der einzelnen Entwicklungsstufen (vgl. Dosen; 1993; S 92). Eine Krise entsteht, wenn der Betroffene in seiner Entwicklung stagniert. Weiter kann eine Krise den Betroffenen daran hindern den nächsten Entwicklungsschritt zu vollziehen. Laut Dosen sind auch Rückschritte in Bereichen der Persönlichkeit oder dem Verhalten möglich (vgl. Dosen; 1993; S 92ff.).

Krisen zeigen sich durch Störungen im Verhalten. Die Lösung vom Elternhaus, welche ein Entwicklungsschritt hin zu mehr Autonomie ist, wäre beispielsweise eine solche entwicklungsbezogene Krise. Dieser Ablösungsprozess ist schwer, sowohl für die Eltern als auch für deren Kinder, da die Kinder eine starke Beziehung zu ihren Eltern aufgebaut haben. Denn gerade Kinder mit Behinderungen benötigen intensivere Pflege und Betreuung. „Mit dem Auszug aus dem Elternhaus stehen Menschen mit geistiger Behinderung nicht nur vor der Aufgabe, sich von den Eltern zu lösen und in einem völlig neuen sozialen Gefüge zu orientieren, sondern sie müssen sich auf eine Beziehung zu den Wohnbetreuern einlassen“ (Wüllenweber; 2009; S: 160). Ernst Wüllenweber meint, dass die Situation als sehr belastend von den betroffenen Personen wahrgenommen wird. Verhaltensweisen können auftreten, die noch nie zu beobachten waren, da ein solcher Schritt in der Entwicklung große Spannungszustände auslöst. Die Eltern wiederum verlieren einen zentralen Lebensinhalt (vgl. ebd.; S: 158ff.)

3.2.3 Relationale Krisen

„Relational bedeutet, dass die Krise in der Spezifik der Lebenssituation, im Verhältnis der Elemente, Strukturen und Personen zueinander begründet ist“ (Wüllenweber; 2009; S: 163). Hierbei wird die spezifische Situation betrachtet. Wechselwirkungen zwischen den Betroffenen und den Verhältnissen, in denen sie sich befinden werden analysiert. Einzelne Elemente der Situation sind harmlos oder wenig bedenklich, jedoch sorgt die Kumulation dieser für die Belastung (vgl. Wüllenweber; 2009; S: 166). Diese Belastung entsteht also nicht durch ein Ereignis allein. Die Krise bezieht sich auf ein Aufeinandertreffen von Strukturen oder Verhältnissen und involvierten Personen.

„Relationale Krisen können auch durch strukturelle Probleme in der Betreuungssituation von Betroffenen bedingt sein“ (Wüllenweber ; 2009; S: 167). Es gibt in einem Wohnheim zwei sich aufeinander beziehende Gruppen. Die Gruppe der Betreuer und die der Bewohner. Beide

¹ s.a. Kohler; 2008; S:55ff.

agieren nicht losgelöst voneinander. Spannungen im Team des Personals werden von den Bewohnern registriert. Werden sie Zeuge von Streitigkeiten oder bemerken sie, dass schlecht über andere gesprochen wird, tritt eine belastende Situation für die Bewohner_innen ein. Studien über diese Wirkung gibt es nicht, aber es ist zu beobachten, dass bei Problemen im Team die Menschen mit Behinderungen oft anhänglicher und unselbständiger werden. Auch Probleme zwischen der Leitung einer Einrichtung und den Betreuern der Wohngruppe führen zu angespannten Situationen. Gerade hier stehen die Bewohner als Druckmittel im Mittelpunkt (vgl. Wüllenweber; 2009; S: 169). Diese Spannungen in der Situation spiegeln sich oft in der psychischen Reaktion der Bewohner wider, was sich durch Änderungen im Verhalten äußert. Auch eine Störung im Miteinander von Betreuern und Angehörigen wirkt sich negativ auf die Bewohner_innen aus. Wenn Betreuer_innen und Angehörige gegeneinander arbeiten, ist der Mensch, welcher in einer stationären Einrichtung lebt, hin- und hergerissen zwischen zwei Positionen, welche einen hohen Einfluss auf sein Leben haben. Personen können so destabilisiert werden (vgl. Wüllenweber; 2009; S: 168 f.). Ernst Wüllenweber schreibt, dass es aber an einer spezielle Datenerhebung fehle. Doch die Berufspraxis weist auf diese Zusammenhänge hin. (vgl. ebd.; S: 168.)

3.2.4 Pädagogische Situation

„Eine pädagogische Situation wird im Hinblick auf die Lern- und Entwicklungschancen eines Klienten durch einen pädagogisch tätigen Helfer bewusst herbeigeführt“ (Wüllenweber; 2009; S: 169). Die künstliche Erzeugung einer Situation ist Bestandteil in der pädagogischen Arbeit mit Menschen, welche von geistiger Behinderung betroffen sind. „Die Helfer versuchen, die Betreuung so zu gestalten, dass sie Entwicklungs- und Lernchancen für die Bewohner befördert“ (ebd.; S: 169). Aus der Gestaltung der Betreuung und den Zielen, die der Helfende verfolgt, können sich selbst geschaffene Krisen ergeben. Ziele, welche nicht von beiden als erstrebenswert angesehen werden, führen zu Spannungen. Allgemeine Problematiken, wie eine anhaltende Überforderung sowie pädagogische Konzepte lösen in manchen Fällen bei Menschen mit geistiger Behinderung Krisenverhalten aus. Die Haltung der Betreuer kann mit als Ursache einer Krise gesehen werden. Ist sie sehr rigide, kommt es schnell zu einer Störung der Beziehung zwischen dem Helfenden und dem Bewohnenden. Ist die Haltung der Betreuer_innen sehr Laissez -faire, bekommen Bewohner_innen schnell das Gefühl, dass ihre Grundbedürfnisse nicht beachtet werden. (vgl. Wüllenweber; 2009; S: 169ff.)

Zusammenfassend gibt es nach Wüllenweber vier Arten von psychosozialen Krisen bei Menschen mit geistiger Behinderung, die im Kontext der stationären Wohnform auftreten können. Obwohl sich diese an mancher Stelle überschneiden, ist es für das Verstehen der Krise wichtig zu wissen, warum sich die Verhaltensweisen von Bewohner_innen in der jeweiligen Situation ändern. Die Rationale Krise wie auch die Pädagogische Krise sind typische Formen von Krisen, die aufgrund der Situation der Betreuung entstehen können, aber auch in nicht stationären Kontexten möglich sind. Ihr Erkennen und Vermeiden ist daher ein Schritt zur Verringerung der Krisenanfälligkeit von Menschen mit Behinderungen. Weiter ist es wichtig zu wissen, wie ein Krisenprozess ablaufen kann.

4 Phasen einer Krise

Die Recherche zum Thema zeigt, dass es über den Verlauf von Krisen keine einheitliche Meinung gibt. Hierzu existieren verschiedene Theorien. Nennenswert sind die sechs Phasen der Veränderungskrise nach Caplan, die vier Phasen der traumatischen Krise nach Cullberg (vgl. Sonneck; 2000; S:57) und das acht Spiralphasen Modell der Krisenverarbeitung als Lernprozess nach Schuchardt. (Schuchardt; 2013; S: 57) Im Rahmen seiner Untersuchungen gliederte Wüllenweber den Ablauf einer Krise in „Entstehungs-, Bewältigungs-, und Beendigungsphase“ (Wüllenweber; 2009; S: 180f.). Wüllenweber bezieht sich auf Menschen mit geistiger Behinderung bei der Beschreibung des Krisenprozesses, daher wurde in der vorliegenden Arbeit sein Phasenmodell gewählt. Auf Grund der Einfachheit dieses Phasen Modells, eignet es sich gut für Menschen mit geistiger Behinderung, da sie so auch die Möglichkeit erhalten sich selbst einzuordnen.

4.1 Die Entstehungsphase

In der Phase der Entstehung ist die Form der Krise von Bedeutung.. Hier spricht Wüllenweber von drei Formen, die erste ist die „...abrupt entstandene Krise“ (Wüllenweber; 2009; S: 181.) welche unerwartet auftritt. Eine anbahnende Entwicklung oder Zeichen für eine Früherkennung gibt es nicht. Deutlich wird es am Beispiel der Trennung der Eltern. Der Mensch hat keine Probleme im Leben, doch durch die Trennung gerät er oder sie in eine belastende Situation

Weiter nennt Wüllenweber noch „ Die eskalierende Krise“ (Wüllenweber; 2009; S: 181.) Hier steigert sich die Belastung. Dies kann der Konflikt zwischen Mitbewohnern oder Bewohner und Betreuer sein.

Und als dritte wird „ Die Krise infolge [der] Belastungskumulation“ aufgeführt (ebd.; S: 181.). Die Krise kommt zum Ausbruch, nach dem mehrere problematische Ereignisse aufgetreten sind, die sich wiederum in Wechselwirkung zueinander verstärken oder ungünstig beeinflussen. Dies können auch vorangegangenen Krisen sein. (vgl. Wüllenweber; 2009; S: 181.) Ein solcher Fall wäre so zum Beispiel:

„Herr C wurde zunächst arbeitslos, verlor darauf hin seine Sozialkontakte und bekam zusätzlich Probleme im Umgang mit Alkohol. Die letzte Steigerung seiner Belastung hin zu einer Krise resultierte aus dem Verlust seiner selbständigen Wohnform bzw. dem Umzug in eine betreute Wohnform“ (ebd.; S: 181).

Die Entstehungsphase bietet ein Betrachtung auf die anfängliche Situation oder das Ereignis. Hieraus lassen sich Rückschlüsse auf die Art der Krise ziehen, wodurch diese besser eingeschätzt werden kann.

4.2 Die Bewältigungsphase

Die genaue zeitliche Einteilung der Bewältigungsphase ist nicht möglich, da es schon schwierig ist den Beginn und das Ende einer Krise zu benennen. Um sie einzuordnen kann man die Belastung als Maß nehmen. Diese steigt anfänglich stark an und fällt nach der Bewältigungsphase, gegen Ende der Krise, wieder. Jedoch kann die Intensität der Belastung nicht als Übergangspunkt genutzt werden, ab wann eine Belastung zu einer Krise wird, da es nicht möglich ist, subjektive Belastungen von außen zu beobachten (vgl. Wüllenweber; 2009; S: 181f.).

In der Phase der Bewältigung treten akute Perioden auf. „Der Verlauf der Bewältigungsphase zeigt häufig eine deutliche Diskontinuität, nämlich heftige Zuspitzung und Zeiten der Beruhigung. Zeiten der besonderen Erregung und Anspannung sollen als Akutperiode bezeichnet werden“ (Wüllenweber; 2009; S: 182). Ein Sinnbild hierfür ist der Fall von Frau J.

„Frau J sitzt an manchen Tagen träumend im Park der Einrichtung, an anderen Tagen wirkt sie extrem angespannt, aggressiv oder droht mit Selbstmord. Dieser Wechsel zwischen beruhigenden und kritischen Perioden innerhalb der Bewältigungsphase schien nicht durch äußere Ereignisse erklärbar“ (ebd.; S: 184).

Aufgrund der Verhaltensstörungen, die bei Menschen mit Behinderungen vorhanden sein können, sind die Erscheinungsbilder einer Akutperiode in der Krise, nur sehr schwer zu unterscheiden von kurzzeitigen Erregungszuständen oder Verhaltensweisen in

Auseinandersetzungen sowie Verhaltensweisen, welche auf ein anderes Problem zurückzuführen sind. (vgl. Wüllenweber; 2009; S: 184)

„Kennzeichen dieser Akutperioden sind:

- Heftige, teilweise extreme Verhaltensprobleme
- Starke Belastung des sozialen Umfeldes durch die Verhaltensprobleme
- Eingeschränkte, mitunter keinerlei Verständigung mit den Betroffenen
- Verlust der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit des Betroffenen
- Notwendigkeit von (zumeist) sofortigen Interventionsmaßnahmen“ (ebd.; S: 184).

Eine Akutperiode in der Bewältigungsphase muss nicht immer auftreten. Mehrere, auch zum Teil identische Akutperioden können sich mitunter zeigen. Es gibt starke Unterschiede in den Krisenverläufen. Individuelle Besonderheiten der Personen müssen in die Betrachtung immer mit einbezogen werden. (vgl. Wüllenweber; 2009; S: 183).

4.3 Beendigungsphase

Krisen weisen drei Verlaufsformen in der Phase der Beendigung von Wüllenweber auf, welche an je einem Beispiel erläutert werden. Die Erste ist die abrupt beendete Krise. Die Eltern von Frau F haben sich getrennt. Frau F lebt weiter bei ihrer Mutter die den Kontakt zu ihrem Exmann nicht mehr will. (vgl. Wüllenweber; 2009; S: 78) „Frau F ging es wieder besser, nachdem sie die neue Lebensperspektive der Mutter für sich übernommen hatte“ (Wüllenweber; 2009; S: 185). Demnach war die Krise beendet, als Frau F entschied sie wolle auch nichts mehr von ihrem Vater wissen. (ebd.; 79 u.185) Eine solche Krise wird meist von den Betroffenen selbst beendet.

Die zweite Verlaufsform ist die langsam abklingende Krise. „Nachdem die Probleme mit dem neuen Betreuer erkannt waren und dieser sein Verhalten ihr gegenüber änderte, dauerte es dennoch einige Zeit, bis es Frau H deutlich besser ging“ (Wüllenweber; 2009; S: 185). Hier halten nach Wirkungen noch eine bestimmte Zeit an.

Die letzte Form nach Wüllenweber ist die Verringerung der Belastungskumulation.

„Durch seinen Umzug in eine betreute Wohnform fielen zunächst die Probleme mit der Hygiene und der sozialen Isolation weg. Zudem konnte erreicht werden, dass Herr C eine Arbeit in einer Behindertenwerkstatt aufnahm. Schließlich wurde sogar noch eine selbstständigere Wohnperspektive entwickelt und realisiert“ (Wüllenweber; 2009; S: 185).

Bei der Beendigung einer Krise sind drei Varianten möglich. Die positive Lebensveränderung tritt ein. Es ist eine „Entwicklung zu einer neuen Situation, die sich in wesentlichen Aspekten

von der Situation vor dem Beginn der Krise unterscheidet“ (ebd.; S: 28) Es kann aber auch zur „Wiederherstellung der Situation vor der Krise“ kommen. (ebd.; S: 28) Möglich ist auch eine negative Veränderung oder Fehlentwicklung. Es kann zu einer dauerhaften Instabilität oder einem Zusammenbruch führen (vgl. Wüllenweber; 2009; S: 28 u. 186) Je nach Beendigung der Krise kommt es zu einer positiven Entwicklung, einer negativen Entwicklung oder es findet keine Veränderung, im Vergleich zu der Zeit vor der Krise statt.

Die Phasen des Krisenprozesses können helfen Verhaltensauffälligkeiten verstehbar zu machen und geben die Möglichkeit Geschehnisse einzuordnen. Hiernach kann ein Reflexion für Betreuer und Betroffenen ermöglicht werden.

5 Wohnen

Die Terminologie des Wortes „wohnen“ bedeutet so viel wie „sich aufhalten, bleiben; gewohnt sein“ (Wahrig; 1984; S: 770). Erlangt hat es diese Bedeutung aus dem altdeutschen Wort „wonen“ , dessen Grundbedeutung „zufrieden sein“ ist (Wahrig; 1984; S: 770). „Ausreichender Wohnraum und eine gute Wohnqualität gehören zu den menschlichen Grundbedürfnissen und sind eine Voraussetzung für eine individuelle und selbstbestimmte Lebensgestaltung. Die Wohnung ist einerseits ein Ort der sozialen Kontakte und des gemeinschaftlichen Lebens, andererseits aber auch eine Möglichkeit für einen Rückzug in die Privatsphäre. Menschen mit Beeinträchtigungen müssen ihren Wohn- und Lebensraum ihren Bedürfnissen entsprechend gestalten können“ (Engels; 2016; S: 252). Dies stellte Engels 2016 im Bundesteilhabereport fest. Nun zeigt dies exemplarisch die vielfältigen Assoziationen mit dem Wort Wohnen. Es geht also um mehr als den einfachen Verbleib an einem Ort.

5.1 Wohnformen heute

Im Wesentlichen gibt es derzeit zwei Wohnformen für Menschen mit Behinderungen . Zum einen die stationäre und zum anderen die ambulante Wohnform (Engels; 2016; S:254ff.).

„Die Zahl der Leistungsbeziehenden des stationären Wohnens ist von 167.161 im Jahr 2008 um 16% auf 193.770 Personen im Jahr 2014 gestiegen [...]. Die Zahl der Leistungsbeziehenden des ambulant betreuten Wohnens hat sich in diesem Zeitraum fast verdoppelt, sie ist von 83.023 Personen (2008) um 95% auf 161.896 Personen (2014) gestiegen“ (Engels; 2016; S: 255).

Demnach gibt es einen steigenden Unterstützungsbedarf im Bereich des Wohnens.

„Von den Bewohnern stationärer Einrichtungen haben 64% eine geistige Beeinträchtigung, 27% eine psychische und 9% eine körperliche Beeinträchtigung. [...] Leistungen des ambulant betreuten Wohnens beziehen hingegen zu 25% Menschen mit geistiger Beeinträchtigung, zu 70% Menschen mit psychischer und zu 4% Menschen mit körperlicher Beeinträchtigung“ (Engels; 2016; S: 256).

Diese Arbeit soll sich vorrangig mit der stationären Wohnform für Menschen mit einer geistigen Behinderung auseinandersetzen. Hierbei soll das Augenmerk auf Krisen liegen, welche sich durch Strukturen in der Behindertenhilfe ergeben.

„Darüber, inwiefern Menschen mit Beeinträchtigungen ihren Wohnort entsprechend ihrer persönlichen Wohnwünsche frei wählen können, liegen derzeit keine repräsentativen Daten vor. Einige Gruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen wie z.B. Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen leben zu höheren Anteilen in stationären Wohnformen als andere. Dies entspricht nicht immer den Wohnpräferenzen von Menschen mit Beeinträchtigungen, von denen viele die ambulant betreute Wohnformen dem Leben in stationären Einrichtungen vorziehen“ (Engels; 2016; S: 276f).

Über 90 Prozent der Menschen mit geistiger Behinderung wohnen in stationären Einrichtungen. (vgl. Seifert; 2006; S: 377)

„56% der geistig behinderten Menschen, die einen Wohnplatz der Behindertenhilfe in Anspruch nehmen, leben in großen Einrichtungen mit 100 bis 500 Plätzen (davon 25% mit 300 bis über 500 Plätzen). Dabei handelt es sich i.d.R. um Komplexeinrichtungen mit integrierten Arbeits-, Beschäftigungs- und Freizeitangeboten sowie medizinischen, therapeutischen und sozialpädagogischen Fachdiensten. Etwa ein Viertel lebt in Wohnheimen mit weniger als 50 Plätzen [...] 18 % wohnen in Einrichtungen mit 50-99 Plätzen“ (Seifert; 2006; S: 379).²

Die Bewohner_innen leben in Wohngruppen „ Ein Drittel der Gruppen umfasst mehr als 11 Plätze [...] In 30% der Gruppen leben 8-11 Personen zusammen. 28% haben eine Gruppengröße von 4-7 Plätzen, in 10 % der Gruppen wohnen weniger als 4 Personen.“(Seifert; 2006; S: 379) Jedoch haben die Bewohner_innen keinen Einfluss auf die Wahl ihrer Mitbewohner_innen. Das Angebot von Einzelzimmern oder Mehrbettzimmern hängt von den Gegebenheiten der Wohneinrichtung ab.

Sie haben weder Einfluss auf die Wahl des Gruppenpersonals noch auf die Organisation des Wohnalltags, da dieser von personellen oder institutionellen Faktoren bestimmt wird. Regelungen zum Zusammenleben sind oft bereits vorgegeben und werden nur selten mit den Bewohnern entwickelt. (vgl. Seifert; 2006; S: 379f) Gemäß des Forschungsergebnisses von Michalek halten „82.6% der MitarbeiterInnen die Unterbringung der Bewohner für optimal,

2 s.a. Wacker,1998

dagegen empfinden es die Betroffenen selbst [...] nur zu 47,8%“ (Michalek; 2000; S: 161) Im Rahmen dieser Untersuchung stellte sich heraus, dass ein hoher Teil der Bewohner_innen unzufrieden mit ihrer Wohnsituation sind. Dies lag weniger an den räumlichen Gegebenheiten als vielmehr an der isolierenden Wohngruppenzusammensetzung. Das Ergebnis von Michalek war, dass eine heterogene Zusammensetzung nach unterschiedlichen Behinderungsgraden zu kommunikativen Isolierung führen kann. (vgl. Michalek; 2000; S: 162) Zur weiteren Annäherung an das Thema Wohnen werden Überlegungen zum Wohnraum und der Funktion des Wohnens angestellt.

5.2 Der Wohn- Raum

„Der Begriff wohnen ist sehr eng verbunden mit den Begriffen Raum und Räumlichkeit“ (Thesing; 2009; S: 26). Es gibt einen Bezug zum Raum als Wahrnehmungsgröße oder Perspektive. „Der Raum der Wohnenden ist ein Raum des Menschen, der seine Welt aus der Situation seines Lebens erlebt, entfaltet und gestaltet“ (Hasse; 2009; S: 21). Herausgelöst betrachtet wird hier das Erleben, welches den Raum als Ort des Wohnens, aber auch als Ort des Erfahrens und Fühlen beschreibt. Dieser Ort ist somit ein Teil des Lebens desjenigen, der dort wohnt und in welchem der Mensch bestimmte Erfahrungen sammelt und geprägt wird. Zudem wird die Entfaltung als wichtige Funktion des Wohnens genannt. „Im Wohnen drückt sich [...] vor allem die Situation eigenen Lebens aus.“ (ebd.; S: 21)

Die Möglichkeit der Entfaltung wird beim Wohnen durch die Situation des Lebens beeinflusst und spiegelt sowohl eigene Verhältnisse wie auch gesellschaftliche Gegebenheiten wieder. „Wohnen ist nicht eine beliebige Tätigkeit, sondern ist eine Wesensbestimmung des Menschen und bedeutet u.a. die Gestaltung seines Verhältnisses zur Welt.“ (Thesing; 2009 S: 30) Auch hier wird die Wohnraumgestaltung eines jeden Einzelnen in den Fokus gestellt, was die Notwendigkeit einer aktiven Mitwirkung beim Wohnen verdeutlicht. Wohnen meint also nicht nur den bloßen Ort an dem eine Person lebt, sondern geht von Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung aus.

Wohnen als Begrifflichkeit ist eine Tätigkeit und bezieht sich auf Räume, in welchen sich der Mensch aufhält. Gemeint sind neben der Wohnung und der Umgebung, auch das Land, sowie die Erde selbst. Mit Umgebung ist der, „... Bereich alltäglicher Bewegung...“ gemeint (Hasse; 2009; S: 22). Je größer der Raum, desto abstrakter lässt sich die Wirkung der Räume auf das Leben des Menschen beschreiben³.

3 s.a. Bollnow; 2010

5.3 Merkmale der totalen Institution

In seinem 1973 veröffentlichten Werk *Asyle* prägte Erving Goffman den Begriff der Totalen Institution, welcher für Einrichtungen steht, die besondere Merkmale des Zusammenlebens aufweisen.

„1. Alle Angelegenheiten des Lebens finden an ein und derselben Stelle, unter ein und derselben Autorität statt. 2. Die Mitglieder der Institution führen alle Phasen ihrer täglichen Arbeit in unmittelbarer Gesellschaft einer großen Gruppe von Schicksalsgenossen aus, wobei allen die gleiche Behandlung zuteilwird und alle die gleiche Tätigkeit gemeinsam verrichten müssen. 3. Alle Phasen des Arbeitstages sind exakt geplant, eine geht zu einem vorher bestimmten Zeitpunkt in die nächste über, und die ganze Folge der Tätigkeiten wird von oben durch ein System expliziter formaler Regeln und durch einen Stab von Funktionären vorgeschrieben. 4. Die verschiedenen erzwungenen Tätigkeiten werden in einem einzigen rationalen Plan vereinigt, der angeblich dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen“ (Goffman 1973, S. 17).

Er teilte die totalen Institutionen in fünf Gruppen ein, welche nach Zweck und Funktion geordnet sind.

- (a) zum Zweck der Fürsorge für Menschen, die stark hilfebedürftig sind,
- (b) zum Schutz der Gesellschaft vor unselbstständigen Personen
- (c) zum Schutz der Gesellschaft vor Personen, von denen eine Gefahr ausgeht und die nicht zu ihrem Wohle dort interniert werden
- (d) zu arbeitsähnlichen Zielen oder
- (e) als religiöse Ausbildungsstätten oder Zufluchtsorte (Goffman 1973, S. 16).

Trescher weist auf Parallelen zu heutigen Wohneinrichtungen hin. Er schreibt, dass stationäre Einrichtungen diesen Merkmalen zum Teil gerecht werden und sich in die Gruppe (a) und (b) einordnen lassen. (Trescher; 2017; S:29ff) Er weist aber auch darauf hin, dass Untersuchungen auf Grundlage von Goffman sehr stark nach Gemeinsamkeiten dieser vermeintlich totalen Institutionen suchen und eine Differenzierung kaum vorgenommen wird (vgl. Trescher 2015, S. 260). Zu Menschen mit geistiger Behinderung, die in stationären Einrichtungen leben, schrieb er ergänzend, dass „Eine solche Analyse der Lebenssituation in Institutionen des (stationären) Wohnens von Menschen mit geistiger Behinderung ist bislang als Leerstelle auszumachen“ ist (Trescher; 2017; S:33).

Es ist also anzumerken, dass die Merkmale der Totalen Institution zwar zutreffend können, allerdings liegen keine aktuellen Forschungsergebnisse über die genauen Lebensverhältnisse der Bewohner_innen vor. Somit wäre es eine teilweise hypothetische Annahme, wenn man von der totalen Institution, bei Menschen mit geistiger Behinderung in stationären Wohnformen spricht.

5.4 Die Funktion des Wohnens und die Bedürfnisse der Bewohner_innen

Das Wohnen ist an die Bedürfnisse der Wohnenden gebunden und erfüllt somit für diese eine bestimmte Funktion, welche am Beispiel der Wohnung, als dem wohl persönlichsten Raum, beschrieben werden soll. Die Wohnung dient als zentrale Verortung. Sie ist ein fester Bezug zu den anderen Lebensräumen einer Person. „Der Mensch braucht im Raum einen Bezugspunkt, eine Basis, einen Ort mit dem er verwurzelt sein kann. Von diesem Punkt aus kann er weitere Beziehungen zum Raum aufnehmen“ (Thesing 2009 S: 28). Die Wohnung dient in ihrer ersten Funktion „... als Raum für Geborgenheit, Schutz und Sicherheit“ (ebd.; S: 34). Sie „... ist [...] der Ort, von dem der Mensch sich entfernen und an den er zurückkehren kann. Diese Möglichkeit des Verlassens, des Loslassens und Zurückkehrens, um sich neu zu binden, [...] vermittelt ihm Sicherheit und Halt“ (Thesing; 2009; S: 34). Der Rückzugsraum ist wichtig, um sich dem öffentlichen Druck zu entziehen und autonom zu leben. Weiter dient sie auch dem Schutz vor elementaren Dingen, wie beispielsweise Kälte, Hitze und einem Eindringen in die Privatsphäre (vgl. Thesing; 2009; S: 34f).

Zudem fungiert die Wohnung „als Raum für Beständigkeit und Vertrautheit“ (ebd.; S: 35) Durch das Wiedererleben von schönen Momenten werden positive Erfahrungen mit Personen und Dingen gesammelt, was dazu führt, dass man Vertrauen zu sich und der Umwelt aufbaut. Abbrüche von Beziehungen, sowohl zu Personen als auch zu lieb gewordenen Gegenständen können sich negativ auf die Bildung einer Identität auswirken. Durch einen ständigen Wechsel der Wohnung geht der Bezug zu lieb gewordenem in die Brüche. Die Beziehungsfähigkeit sowie die psychische Stabilität können negativ beeinflusst werden (vgl. Thesing; 2009; S: 35f).

Selbstverwirklichung und Selbstverfügung sind ebenfalls zentrale Funktionen der Wohnung. Aufgrund der vielen Normen im gesellschaftlichen Leben und im Arbeitsbereich ist der Wunsch der Selbstverwirklichung im privaten Wohnraum recht groß. Es gibt unzählige Möglichkeiten sich einzurichten und das Gefühl, selbst etwas zu verändern, ist wichtig für die eigene Autonomie. Michalek benennt zudem starre institutionelle Abläufe, welche der Selbstbestimmung gegenüberstehen. Daneben verweist sie auf Regelungen, denen sich alle in der Gruppe unterwerfen müssen, wenngleich diese Maßnahmen nur für einen Bewohnenden gelten (vgl. Michalek; 2000; S: 164). Ein völliges Fehlen von Selbstverwirklichung und Selbstverfügung löst ein Gefühl von Hilflosigkeit aus, was sich nachteilig in der Entwicklung des Menschen widerspiegelt (vgl. Thesing; 2009; S: 37f).

„Die Wohnung als Raum für Kommunikation und Zusammenleben“ (ebd.; S: 35) ist eine wichtige Funktion. Kommunikation findet nur da statt, wo ein Zusammensein mit anderen Lebewesen möglich ist. Bei einer Wohnung steht das Bedürfnis nach Kommunikation in Wechselwirkung zum Schutzbedürfnis. Zu viel Schutz mindert die Kommunikationsmöglichkeiten. Dies kann zum Rückzug, bis hin zur Selbstisolation führen. Michalek schildert wie einige Bewohner_innen, sich in ihren Wohngruppen deplatziert fühlen, da sie in ihren kommunikativen Fähigkeiten unterfordert sind. Die Autorin zeigt dies durch Befragungen der Bewohner_innen. Mitarbeiter_innen beschreiben ihr auch, dass es für einige Bewohner_innen kaum Möglichkeiten gibt, ihr Kommunikationsbedürfnis durch andere Mitbewohner_innen zu befriedigen. Das Personal wird hier zur einzigen Quelle eines sprachlichen Austauschs (vgl Michalek; 2000; S: 158ff). Der ausbalancierte Umgang mit dem Bedürfnis nach Kommunikation und der Möglichkeit des Rückzuges ist wichtig (vgl. Thesing; 2009; S: 39f.).

Die letzte Funktion laut Thesing dient der „... Selbstdarstellung und Demonstration von sozialem Status“ (ebd.; S: 41). Die Wohnung zeigt, neben den ökonomischen Verhältnissen, auch Interessen und Wertvorstellungen. Die Wohnatmosphäre wird zu einem Statussymbol. (vgl. ebd.; S: 41f.). Personen mit oder ohne geistige Behinderungen haben die gleichen Bedürfnisse beim Bewohnen ihrer Lebensräume. Bei Menschen mit geistiger Behinderung muss allerdings beachtet werden, dass Wohnbedürfnisse nicht oder nur bedingt benannt oder artikuliert werden können. Diese Wohnbedürfnisse werden jedoch oft nur von den Mitmenschen vermutet und am eigenen Anspruch eines humanen Wohnens interpretiert (vgl. Thesing; 2009; S: 30ff.).

Die genannten Kriterien über Funktion und Bedürfnis des Wohnens sind immer mitzubedenken, um nicht zu sehr die eigenen Werte als Grundlage zu nehmen. Zusammengefasst sind, Schutz, Beständigkeit, Selbstdarstellung und Selbstverwirklichung sowie das Bedürfnis nach Kommunikation die zentralen Bedürfnisse und Funktionen, wenn es um das Leben und die Gestaltung eines eigenen Wohnraumes geht. Wohnen ist also ein komplexes Zusammenspiel von Bedürfnissen, Funktionen und Gegebenheiten. Brigitte Kendel verweist noch darauf, dass die Lebensbedingungen normalisiert werden müssen und die Gesellschaft sich den Lebensmustern der Menschen mit geistiger Behinderung öffnen muss (vgl, Kendel;2004; S193ff.). Menschen mit geistiger Behinderung stellen die gleichen Anforderungen an ihren Wohnraum, wie alle anderen Menschen auch. Sie sind aber zum Teil auf Unterstützung im Lebensbereich Wohnen angewiesen. Diese Unterstützung wird von den Bewohner_innen nicht immer als wirkliche Hilfe empfunden.

6 Risikofaktoren die durch Hilfe entstehen

„Betreuung ist nicht nur als helfende und unterstützende Begleitung zu verstehen. Sie kann auch Quelle für Belastungen der betreuten Menschen mit geistiger Behinderung sein“ (Wüllenweber; 2009; S:141). Ernst Wüllenweber erkennt Risikofaktoren für eine Krise in der Betreuungssituation bei Menschen mit geistiger Behinderung. Er vermerkt zudem, dass die Lebensbedingungen in stationären Institutionen der Behindertenhilfe einen besonderen Anpassungsdruck auf die dort lebenden Menschen ausübt. Daraus resultierend können negative und wenig beachtete Belastungsfolgen entstehen. „Menschen mit geistiger Behinderung müssen sich weitgehend anpassungsfähig an ein institutionell vorgeprägtes Betreuungsangebot zeigen, ihre individuellen Bedürfnisse und Entwicklungschancen werden zu wenig beachtet. Dies kann im Einzelfall zuviel [!], zuwenig [!] oder schlichtweg eine unpassende Hilfe beinhalten, denn der Hilfebedarf ist immer eine individuell bestimmte Größe“ (Wüllenweber; 2009; S:141). Belastungsfolgen durch Hilfe, wären neben Verhaltensauffälligkeiten auch Entwicklung von Ängsten, psychosomatische und körperliche Symptome (vgl. ebd.; S: 187ff.).

6.1 Sozialarbeiter zwischen Hilfe und Kontrolle

Ein zentrales Problem von professionellem Handeln besteht darin, dass Fachkräfte geneigt sind die Entscheidungsfreiräume der Adressaten mit dem Verweis auf Sicherheitsaspekte zu beschneiden. Gerade wenn Mitarbeiter_innen juristisch oder institutionell belangt werden können, kommt es häufig vor, dass die Entscheidungsfreiräume der Bewohner_innen beschränkt werden (vgl. Rock; 2001; S:177). Somit ist es ein Selbstschutz der Fachkraft, welcher mit dem Vermeiden von Risikofaktoren der Adressaten gerechtfertigt wird. (vgl. Rock; S:154) „Als Heimbewohner ist ein Mensch grundsätzlich einer weitaus stärkeren Kontrolle durch Professionelle ausgesetzt als jemand, der in einer eigenen Wohnung lebt“ (Weinbach; 2016; S:164). Beispielsweise kommt es vor, dass verschiedene Regelungen über Menge und Art der Ernährung eingeführt werden, mit dem Verweis auf gesundheitliche Folgen. Menschen, die nicht im Betreuungskontext leben, erfahren diese Form der Kontrolle bei der Art und Weise ihrer Ernährung nicht. Die beschriebenen Ambivalenzen verdeutlichen, dass sich Spannungen zwischen der Selbstbestimmung bei den Bewohner_innen und der Kontrolle bei professionellen Helfern entstehen (vgl. Weinbach; 2016; S:164f).

6.2 Overprotection

Der Begriff Overprotection, welcher zu viel Schutz oder überbehütet werden bedeutet, wird von Wüllenweber als ungeeignete Hilfe genannt. Er nutzt dieses Wort, um das fehlende Vertrauen in die Fähigkeiten von Menschen mit Behinderungen bei der Erledigung ihrer alltäglichen Aufgaben, zu beschreiben. Regelmäßig werden diese von ihren Aufgaben befreit, obwohl sie ausgeführt oder erlernt werden könnten. Daraus kann ein Überfürsorge resultieren. Menschen, welche von Overprotection betroffen sind, haben oft ein vermindertes Selbstbewusstsein und können durch ein hohes Maß an Kontrolle oder Beeinflussung eigene Ressourcen weniger entfalten. Dies kann zur Folge haben, dass deren Belastbarkeit sinkt und sich somit die Krisenanfälligkeit erhöht (vgl. Wüllenweber; 2009; S: 142). Auch Lingg und Theunissen verweisen auf ein fehlendes Vertrauen in die Fähigkeiten der Betroffenen. „Dazu gehört ein mangelndes Vertrauen in die Ressourcen der behinderten Menschen, das für Overprotection und eine restriktive Pädagogik typisch ist, weiter eine subtile Überwachung, die alle Lebensbereiche durchdringt und keinen Raum läßt [!] für Intimität und Privatsphäre.“ (Lingg; Theunissen; 1994; S: 95) Die Autoren verdeutlichen es an einem Beispiel, in dem Bewohner die Schlüssel für den Schrank und ihr Zimmer nicht gegeben werden, mit der Begründung sie wären nicht fähig auf diesen zu achten.(vgl. Lingg; Theunissen; 1994; S: 95) Diese Form der Überbehütung zeigt, wie stark in der Behindertenhilfe in die individuellen Lebensmuster von Adressaten eingegriffen wird.

6.3 Überforderung und Infantilisierung

In bestimmten Situationen kommt es hingegen zu einer Überforderung der auf Hilfe angewiesenen Menschen, die das Gegenteil der overprotection ist. Lingg und Theunissen (1994) sowie Wüllenweber beschreiben beispielsweise die unabsehbaren Folgen des Personalwechsels auf die psychosoziale Entwicklung von Menschen mit Behinderungen. Die Betreuung ist ein alltäglicher Bestandteil des Lebens der Betroffenen. Beziehungsabbrüche sind Lebensveränderungen, welche zu Krisen führen können. (vgl. Wüllenweber; 2009; S:142) Die Autoren Lingg sowie Theunissen schreiben „Die plötzlichen Beziehungsabbrüche, denen das alltägliche Leben geistig behinderter Menschen, die einer intensiven Betreuung oder ständigen Begleitung bedürfen unterliegt, werden kritische Phänomene oft übersehen und ihrer Bedeutung für die psychosoziale Entwicklung unterschätzt“ (Lingg; Theunissen, 1994; S: 95). Somit sind Beziehungsabbrüche ein gutes Beispiel für Ereignisbezogene Krisen.

Ein weiteres Beispiel für eine Überforderung, die zu Krisen führen kann, ist der Wechsel der Erziehungsstile oder Betreuungsstile der Helfer. Die Schwierigkeit besteht darin, dass sich nicht alle Betreuer an getroffene Absprachen halten, da diese konträr zu individuellen Ansichten stehen können, aber dennoch durch Teamentscheidungen umgesetzt werden müssen. Auf Grund der Vielzahl von Absprachen im Team besteht zudem die Möglichkeit, dass diese schlichtweg im Alltagsgeschehen untergehe beziehungsweise vergessen werden. Wüllenwebers erstes Beispiel bezieht sich auf eine Regelung im Umgang mit Telefonaten zwischen einem Bewohner und der Mutter. Diese Regel wurde mit allen Beteiligten getroffen. (vgl. Wüllenwerber; 2009; S:144) „Es stellt sich jedoch immer wieder heraus, dass manche Betreuer dies genau einhalten, andere jedoch nicht“ (Wüllenweber; 2009; S:144) Weitere Beispiele zeigen unterschiedliche Verhaltensweisen, wenn sich eine Bewohnerin bei Konflikten in ihr Zimmer zurückzieht sowie die Reaktion auf das wiederholte Zuspätkommen eines Bewohners. (vgl. Wüllenwerber; 2009; S:144) Diese Anpassungsanforderungen benötigen eine hohe soziale Kompetenz. Neben Anpassungen an die Betreuer_innen müssen sich die Menschen in stationären Einrichtungen auch an unterschiedliche Betreuungskonzepte und Betreuungsangebote anpassen. (vgl. Lingg; Theunssen; 1994; S:90f).

Wüllenweber zeigt, dass Hilfe für Menschen auch als Belastung empfunden werden kann und spricht in diesem Zuge von einer „Infantilisierung der geistig behinderten Erwachsenen“. (Wüllenweber; 2009; S:145) Die Betreuer_innen behandeln die erwachsenen Adressat_innen so als wäre ihr allgemeines mentales Niveau auf einer kindlichen Entwicklungsstufe stehen geblieben. Die Haltung der Betreuer_innen gegen über den Adressat_innen kommt hierin zum Ausdruck. „In der Behindertenhilfe ist die Haltung und die Kommunikation der Helfer in bezug [!] auf die Bewohner auch heute noch durch eine teilweise direkte oder indirekte Infantilisierung geprägt.“ (Wüllenweber; 2009;S:145) Er bezieht sie hier auf ein Interview, in welchem von Bewohnern als „die Kleinen“ gesprochen wird.

Die Bewohner stationärer Einrichtungen sind besonderen Problematiken im Bezug auf Hilfe ausgesetzt. Hilfe und Kontrolle verweist hier auf die Widersprüchlichkeit von Schutzbedürfnissen und Selbstbestimmung. Die Belastung der Betroffenen durch Hilfsangebote sowie durch Helfenden selbst wurde aufgezeigt. In der Folge können sich Krisen aus diesen Spannungen ergeben. Der kritische Umgang mit diesem Paradoxon ermöglicht eine zielorientierte Überlegung über geeignete Hilfen. Die Haltung der Betreuer zu ihren Adressat_innen sowie das Einfühlen in die individuellen Lebenslagen sind essentiell, um geeignete Angebote zu finden.

7 Soziale Arbeit und ihre Handlungsmöglichkeiten

In der Sozialen Arbeit gibt es viele Theoretiker_innen, die sich mit der Lebenswelt der Adressaten befassen. Für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen in stationären Wohnformen ist einer der wichtigsten Vertreter Hans Thiersch. Über den Begriff Lebenswelt schreibt Thiersch, „Menschen werden nicht abstrakt, z.B. in Eigenschaften oder als Repräsentanten gegebener struktureller (!) Verhältnisse oder als Funktionsträger innerhalb eines Systems, sondern in ihrer konkreten, alltäglichen Verhältnisse gesehen, ... (Thiersch; 1998; S: 289) Er geht auch auf Verhältnisse im übergeordneten Sinn ein, gemeint sind hierbei materielle, wie beispielsweise finanzielle Mittel, und nicht materielle Voraussetzungen, wie der Zugang zu Bildung. Diese schaffen ungleiche Möglichkeiten bei der Gestaltung des Lebens. Sein lebensweltorientierter Ansatz verweist auf einen gelingenderen Alltag, da der gelungene Alltag ein Idealzustand ist, welcher meist nie erreicht wird. Er orientiert sich an der individuellen Alltagsbewältigung der Adressat_innen und deren Möglichkeiten. Diese sind an vielen Stellen im Leben begrenzt und dessen ist sich Thiersch bewusst. Der Ansatz zielt auf Selbsttätigkeit ab. Er versetzt die Sozialarbeiter_innen in eine unterstützende und beratende Rolle. (vgl. Lambers; 2016; S:99) Laut Thiersch ergeben sich Forderungen, wie Dezentralisierung, Sozialraumorientierung und Normalisierung der Lebensverhältnisse. Der Adressat soll ganzheitlich wahrgenommen werden in all seinen lebensweltlichen Bezügen. Zudem sind Partizipation, Demokratisierung, Alltagsorientierung und Situationsbezogenheit zentrale Elemente in seinem Ansatz. Sozialarbeiter_innen sind, seiner Ansicht nach, Vermittler von Interessen und Zielen, gegenüber Adressaten und anderen Systemen, wie Politik und Gesellschaft⁴ (Thiersch; 1995, S:235-249;).

7.1 Krisen rechtzeitig erkennen und mindern

Jede Krise, die auftritt, sollte gezielt bearbeitet werden. Um ein geeignetes Vorgehen zu entwickeln, ist es wichtig zu wissen, welche Schritte unternommen werden müssen. Ziel einer Bearbeitung ist es, dass der Betroffene aus der Situation der Machtlosigkeit herausgelöst wird. Dies ist möglich durch präventive Maßnahmen oder einem Intervenieren in der Krisensituation. „Krisenintervention ist also [...] im Normalfall in erster Linie ein klientenorientierter Klärungsprozess, der vorhandene Selbsthilfemöglichkeiten aktiviert.“ (Dross; 2001; S: 36) Im Folgenden soll auf die Krisenintervention von psychosozialen Krisen

4 s.a. Thiersch;1998; 287-304

eingegangen werden. Bei der Bearbeitung von psychiatrischen Krisen, wie Psychosen oder Verhaltensauffälligkeiten in Folge von Intoxikationen, bedarf es immer der Einbeziehung von psychiatrischen Disziplinen. (vgl. Sonneck; 2000; S:61ff)

Krisen lassen sich nicht immer vermeiden. Dennoch sollte die Vermeidung von Krisen Ziel einer jeden Prävention sein. Zudem ist eine Vorbereitungen der Mitarbeiter_innen auf Problemlagen unerlässlich, um die Krisenanfälligkeit zu reduzieren. Ernst Wüllenweber übernimmt die Differenzierung der Präventionsarten von Caplan (1964), welche in Primärprävention, Sekundärprävention und Tertiärprävention unterteilt werden.

7.1.1 Primäre Prävention

Die „Primäre Prävention zielt auf eine Verringerung der Anzahl neuer Fälle bei bekannten Problemen in der Bevölkerung [...] ab, [...]. Sie bezieht sich auf Interventionen, die vor dem eigentlichen Beginn einer Störung einsetzen.“(Behrendt; 2013; S:1) Hierzu nimmt Wüllenweber eine spezifischere Unterteilung der Maßnahmen in ereignisbezogene, personenbezogene und kontextbezogene Maßnahmen vor.

Mit ergebnisbezogene Maßnahmen sind jene Präventionen gemeint, die der Betroffenen auf das Krisengeschehen gedanklich vorbereiten. Es werden bereits im Vorfeld der Krise Maßnahmen oder Angebotsformen erarbeitet und besprochen. Dies ist möglich bei Lebensveränderungen von Menschen mit geistiger Behinderung, welche mit hoher Wahrscheinlichkeit eintreten und vorhersehbar sind, wie Umzug, Verlassen des Elternhauses und der Beziehungsaufbau zu Helfern. Beispielsweise könnte der Auszug aus dem Elternhaus mit Urlaub in der neuen Wohngruppe oder mehreren Treffen in angenehmer Atmosphäre vorbereitet werden. So kann der Übergang weicher und sukzessiver gestaltet werden. (vgl. Wüllenweber; 2009; S:301).

Nach der Auffassung von Wüllenweber sind Personenbezogene Maßnahmen, Formen der Unterstützung um die Widerstandsfähigkeit zu stärken. Im Aufbau eines Sozialen Netzwerkes und die Bildung einer pädagogischen Beziehung über Einzelkontakte besteht die Möglichkeit der Erweiterung von Kompetenzen, welche eine bessere Bewältigung von Krisen ermöglichen. (vgl. Wüllenweber; Theunissen ; 2001; S:24) Auch Brigitte Kendel verweist auf die Möglichkeit der „Bezugsbetreuerschaft“ (Kendel; 2004; S: 199). Da Menschen mit hoher Krisenanfälligkeit Probleme haben, diese zu benennen, besteht durch regelmäßigen Einzelkontakt die Möglichkeit, frühzeitig die Belastung zu erkennen und geeignete Angebote zur Linderung zu entwickeln. Diese sollen sich nach den Bedürfnissen der Betroffenen

richten. Hinsichtlich der Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen ist ein pädagogisches Vorgehen von großer Bedeutung. Einzelgespräche oder Unternehmungen sind mögliche Formen von Personenbezogenen Maßnahmen⁵ (vgl. Kendel; 2004; S:198f).

Wiederum Kontextbezogene Maßnahmen „... zielen auf Veränderungen in der sozialen Welt der Bewohner, insbesondere auf die Betreuungssituation.“ ab (Wüllenweber; 2009; S:303). Wüllenweber benennt als Beispiele die Änderungen der Haltung des Helfers und dem Krisenverständnis. Weiterhin sind die Anpassung der Konzepte der Einrichtung sowie Angebote zur spezifischen Erweiterung von Kompetenzen der Betreuer als Maßnahmen zu erwähnen. Er schreibt von flexibleren Möglichkeiten der Dienstleistung um die notwendige Betreuungsarbeit zu gewährleisten. Fachberatungen und Supervisionen sind für ihn von hoher Bedeutung⁶ (vgl. Wüllenweber; 2009; S:303f).

Alle diese Maßnahmen oder Angebote können noch vor dem Eintreten des krisenhaften Ereignisses getroffen werden um so gut wie möglich der Entstehung dieser auslösenden Gegebenheiten entgegenzuwirken. Somit entfaltet die Primärprävention ihre Wirkung noch vor der Entstehungsphase einer Krise.

7.1.2 Sekundärprävention

„Sekundäre Prävention versucht die Anzahl bestehender Fälle zu verringern, indem zwar nach der Problementstehung, aber vor seiner vollen Entwicklung gehandelt wird.“(Behrendt; 2013; S:1) Es wird versucht, so früh wie möglich mit dafür geeigneten Angeboten einer Krise, entgegen zu wirken⁷. Ziel ist es, bereits in der Entstehungsphase einer Krise, eine weitere Entwicklung zu stoppen. Der Übergang von einer Prävention zu einer Intervention ist fließend. (vgl. Wüllenweber; 2009; S:305) Hierzu bieten sich Beratungen, Gespräche, körperbezogene Maßnahmen, zu denen zum Beispiel Entspannungsübungen zählen, autogenes Training oder kreative Maßnahmen, wie beispielsweise Rollenspiele, an. (vgl. Wüllenweber; 2009; S: 290ff) Auch Erlebnispädagogische Angebote und Bewegungserziehung können geeignet sein (vgl. Theunissen; 2005; S:165ff.).

5 s.a. Wüllenweber; 2009; S: 302

6 s.a.Kendel; 2004; S: 197f.

7 s.a. ebd.; S: 205ff.

7.1.3 Tertiärprevention

„Die tertiäre Prävention zielt auf die Nachsorge und damit auf die Vermeidung von Chronifizierung und Rückfälle.“ (Wüllenweber; 2009; S:305) Diese Nachsorge besteht aus zwei Säulen, den Betroffenen und den Helfenden. Nach der Beendigung einer Krise soll ein erneutes Auftreten für die Betroffenen vermieden und eine nachhaltige Stabilisierung angestrebt werden. Dies geschieht einerseits durch pädagogische Maßnahmen, wie beispielsweise einer psychosoziale Beratung, Beziehungsarbeit, die Regulierung von Konflikten sowie eine Änderung der Freizeitangebote, und andererseits durch verschiedene psychotherapeutische Ansätze. Um eine Stabilisierung auch wirklich zu erreichen, muss den Betroffenen die Möglichkeit gegeben werden sich bei dem Vorhaben einzubringen. (ebd.; S:305)

Zudem sollte die Nachsorge für die Betreuer_innen nicht außer Acht gelassen werden. „Mögliche Schuldgefühle oder Ängste sollten von allen Beteiligten ernst genommen werden, vor allem bei denjenigen, die persönlich von einem Geschehen, z.B. einem Angriff, betroffen waren.“ (Wüllenweber; 2009; S:306) Ziel ist es, aus einer distanzierten Position das Krisengeschehen zu reflektieren. Die Bedürfnisse der Wohnbetreuer_innen und die Einschätzungen hinsichtlich ihres Umgangs mit der Situation, sollten mit der Leitung, den Pädagog_innen oder Psycholog_innen besprochen werden.(vgl. ebd.; S:305f)

Die drei Formen der Prävention sind wichtige Kriterien um die Krisenanfälligkeit der Bewohner zu mindern. Die Analyse einer Krise im Umgang mit Bewohner_innen und ihren Problematiken kann Möglichkeiten zur Verminderung von Belastungssituationen aufzeigen. Diese Möglichkeiten können dann als Prävention genutzt werden. Sollte es sich jedoch nicht vermeiden lassen, wird intervenierendes Handeln nötig.

7.2 Krisenintervention

„Das Ziel der Krisenintervention ist die Unterstützung der eigenen Fähigkeiten des Betroffenen und seiner Umgebung, sich selbst zu helfen.“ (Sonneck; 2000; S:62) Sonneck schreibt weiterhin dazu „Krisenintervention ist jene Form psychosozialer Betreuung und Behandlung, die sich mit Symptomen, Krankheiten und Fehlhaltungen befasst, deren Auftreten in engerem Zusammenhang mit Krisen steht.“(Sonneck; 2000; S:61),„Das geschieht in erster Linie dadurch, dass oft nur unklar angedachte Problemlösungen und befürchtete

Entwicklungen zu Ende phantasiert und zu Ende gedacht werden.“(Dross; 2001; S: 36) Laut Wüllenweber muss sich die Intervention immer an den Lebenslagen der Bewohner_innen orientieren. Er übt Kritik an der Sichtweise, dass der geistig behinderte Mensch Objekt der Intervention sei. „Auch im Rahmen von Krisenintervention sollten jedoch behinderte Menschen als Individuen gesehen werden, die Interventionen nicht nur zulassen, sondern diese selbstständig entdecken und mitgestalten.“ (Wüllenweber; 2009; S:281) Seiner Ansicht nach wird der Mensch erst so zum Subjekt seiner Lebensgestaltung.

Wüllenweber beschreibt verschiedene Maßnahmen der behindertenpädagogischen Krisenintervention. Ziel dieser Maßnahmen ist, dass die Betroffenen bei der Bewältigung ihrer Lebenslagen unterstützt werden, die soziale Umwelt und die Helfer entlastet werden und die Einweisung in eine psychiatrische Einrichtung vermieden werden kann. (vgl. Wüllenweber; 2009; S:283)

7.2.1 Symptombezogene Maßnahmen

Verhaltensauffälligkeiten, die auftreten, werden zum Gegenstand der Intervention. Jene ist eine Gratwanderung zwischen dem Zulassen von Verhalten, mit der Gefahr der Eskalation, und dem Einschreiten, bei dem sich der Betroffene missverstanden fühlen kann. Eine Handlungsmöglichkeit bei Verhaltensauffälligkeiten besteht darin, die Folgen dieser zu besprechen. Hierbei wird der Mensch mit den Problemen, die sich aus dem Verhalten ergeben, konfrontiert. Somit erhält er die Möglichkeit, Angebote zur Änderung des Verhalten mitzugestalten (vgl. Wüllenweber; 2009; S:286). Die Beherrschung von Wut und Aggression hebt der Autor Wüllenweber hervor und verweist darauf, dass Menschen mit geistiger Behinderung nicht aggressiver sind, sondern Einschränkungen in der Selbststeuerung haben. Gerade das Ausleben lassen von Aggressionen, wie beispielsweise bei Schlägen gegen Objekte, kann bewirken, dass sich ungewollte Verhaltensweisen manifestieren. Die Bestärkung bei alternativen Handlungen oder dem Versuch der Unterdrückung der physischen Gewalt sollte mehr Beachtung finden. Denn Menschen mit geistiger Behinderung versuchen sich selbst zu steuern, allerdings ist diese Kompetenz meist wenig ausgeprägt.

Wüllenweber benennt zudem noch Maßnahmen, wie die Verstärkung der Beaufsichtigung und freiheitsentziehende Handlungen, welche das Symptom, also die Verhaltensauffälligkeit, unterdrücken sollen. Er verweist auch auf die rechtlichen, wie auch belastenden Folgen. Da es aber in der Praxis Anwendung findet, ist dies mit zu benennen. Die Reflexion aller Maßnahmen ist daher sehr wichtig. (vgl. Wüllenweber; 2009; S:286)

7.2.2 Akutintervention

Krisen können in der Bewältigungsphase akute Perioden haben. Ein geplantes Handeln ist hier sehr schwer, da meist unverzüglich interveniert werden muss. Wüllenweber schreibt, dass „... Krisenintervention häufig ausschließlich im Hinblick auf die Intervention von solchen Notfällen verstanden“ wird (Wüllenweber; 2009; S: 293). Der Meinung des Autors nach, ist diese Sicht unzureichend, dennoch gehört die Akutintervention zu der Bewältigungsphase.

Bei einer Fremd- oder Eigengefährdung müssen Helfer_innen diese sofort unterbinden. Dross nennt als Beispiel die Suizidgefahr bei der ein sofortiges Handeln nötig ist (Dross; 2001 S: 33). Viele werden darauf nur unzureichend vorbereitet. Maßnahmen, die ergriffen werden, sind nicht selten von physischer Natur. Jedoch gibt es auch andere Möglichkeiten der Intervention. Das Menschenbild und die Haltung der Helfer spielen dabei eine wichtige Rolle. (vgl. Wüllenweber; 2009; S: 294)

Das Herbeirufen anderer Betreuer ist ein wichtiger Schritt, auch wenn dies, aufgrund des Personalschlüssels, nicht immer möglich ist. Neben der Verteilung der Aufgaben kann auch ein kurzer Austausch eine Milderung der Maßnahmen herbeiführen (vgl. Wüllenweber; 2009; S: 295). Außerdem ist das Hinzuziehen von Psychologen oder Einrichtungsleitern sinnvoll, da über das weitere Vorgehen beraten und Fragen der rechtlichen und formalen Anforderungen geklärt werden können. Dies gibt auch den Helfenden das Gefühl von Sicherheit. Die Schilderung einer solchen Situation hat bereits eine reflektierende Wirkung und beeinflusst das Vorgehen (Wüllenweber; 2009; S: 295f). Bei manchen akuten Perioden kommt es zu einer Einweisung in die Psychiatrie (vgl. Dross; 2001 S: 33). „Dieser Weg erscheint wegen extremer Erregung, aber vor allem wegen akuter Fremd- oder Selbstgefährdung unvermeidlich, auch wenn hier nochmals betont werden muss, dass dies nur als letzte Möglichkeit ergriffen werden sollte.“(Wüllenweber; 2009; S: 296) Jede akute Periode sollte im Anschluss genau dokumentiert werden. Dies dient nicht nur der rechtlichen Absicherung, vielmehr erlaubt sie eine faktenorientierte Reflexion. (vgl. Wüllenweber; 2009; S: 295)

Diese Form der Intervention ist mit hohen Unsicherheiten in Bezug auf Maßnahmen und rechtlichen Regelungen verbunden. Es wird den Betreuer_innen viel abverlangt und es gibt nur wenige Möglichkeiten der Vorbereitung. Daher ist eine ausführliche Reflexion essentiell. Wüllenweber verweist auf die Grundrechte und macht so deutlich voran Interventionen gemessen werden, auch Haltung und Menschenbild muss immer mit bedacht werden (vgl. Wüllenweber; 2009; S: 295).

7.2.3 Lebensweltbezogene Maßnahmen

„Durch den Lebensweltbegriff wird in den Sozialwissenschaften das Wechselwirkungsverhältnis zwischen Individuum und sozialer Umwelt bezeichnet.“ (Wüllenweber; 2009; S:287)⁸

Zu Menschen mit geistiger Behinderung findet sich nicht immer ein geeigneter Zugang, um Probleme zu lösen. Sei es durch kognitive Eigenschaften oder Probleme bei der Verständigung. Die hier vorgestellten Maßnahmen sollen Möglichkeiten zeigen, wie und in welchem Umfang Einfluss auf die Bewältigung der Krise genommen werden kann.

Soziale Netzwerke, wie Partnerschaften, Freunde und kollegiale Beziehungen, wirken stützend bei der Bewältigung. Ihre Einbeziehung ist daher eine große Ressource. Verfügen Menschen mit geringer geistiger Behinderung über große Netzwerke aus Freund_innen, Partnerschaften und Familien, haben Menschen mit schweren Formen der geistigen Behinderungen oft wenige Bekanntschaften und ihr soziales Gefüge beschränkt sich meist nur auf die Betreuer_innen (vgl. Wüllenweber; 2009; S:287f.). Unterstützend wirkt soziales Kompetenztraining mit dem Ziel der Stärkung von sozialen Fähigkeiten und eine Mediation, in welcher Beziehungsmisstände geklärt werden können (vgl. Theunissen; 2005; S:185ff.).

Auch Veränderungen der alltäglichen Gegebenheiten, sei es der routinierte Tagesablauf, die wiederkehrenden Abläufe und Aufgaben, die ein Bewohner bewältigen muss oder gar ein Wechsel des Milieus, bieten Möglichkeiten Spannungen abzubauen. „Für einige Betroffene kann es hilfreich sein, in einer festen zeitlichen Alltagsstruktur zu leben. [...] Bei der Alltagsstrukturierung muss berücksichtigt werden, dass sie sich an den Bedürfnissen und Problemen des Betroffenen orientiert.“ (Wüllenweber; 2009; S:288f)

Der Autor verweist auf die Möglichkeit des Rückzuges. Allerdings ist es nicht immer gegeben, dass es geistig behinderte Menschen von sich aus schaffen. Der Helfer muss hier unterstützend tätig werden, um ihn vor Reizen, die zur Überforderung führen, zu schützen. (vgl. Wüllenweber; 2009; S:288f)

7.2.4 Ursachenbezogene Maßnahmen

„Krisenintervention zielt auf die Identifizierung verursachender oder auslösender Faktoren für eine Krise. Dabei sollten die Helfer in ihrem Erklärungsmodell die komplexen Ursachenzusammenhänge für psychosoziale Krisen nicht auf monokausale Interpretationen einengen“ (Wüllenweber; 2009; S:289). Es sollen alle Aspekte bei der Betrachtung einer

⁸ s.a Thiersch ; 1998; S:288ff.

Krise einfließen, nicht nur dispanierte, sondern auch stabilisierende. (vgl. Wüllenweber; 2009; S:289)

Einige Ursachen lassen sich nicht von dem Betroffenen selbst beheben, obwohl die Problematik bekannt ist. Hier ist es, laut Wüllenweber, vertretbar, dass stellvertretend ein_e Helfer_in tätig wird (vgl. Wüllenweber; 2009; S:289f). Er zeigt es am Beispiel einer Gruppe in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen. „So wurde bei einem Betroffenen, der mit einem neuen Kollegen in der Werkstatt einfach nicht zurechtkam, von den Wohnbetreuern erreicht, dass die beiden Männer nicht mehr in einer Gruppe arbeiten müssten.“ (Wüllenweber; 2009; S:290) Dieses Aushandeln zwischen den Interessen der Adressaten und den Gegebenheiten, zeigt was Thiersch verdeutlicht.

„Lebensweltorientierte Soziale Arbeit agiert in der gegebenen Vielfältigkeit von Situationen und Konstellationen flexibel und offen.[...] Ein solches - weitverstandenes [!] - Aushandeln ist nur möglich im Respekt vor den Deutungs- und Handlungsmöglichkeiten der AdressatInnen; was als ihr Problem erscheint, ...“ (Thiersch, 1998; S:294)

Im Rahmen der Ursachenbezogenen Maßnahmen gehört nach Wüllenweber die Beratung als zentrales Element dazu. Die Beratung muss im Zusammenhang mit einer Intervention bei einer Krise flexibel sein und ein starres Setting soll vermieden werden. Der Berater soll zuhören und dabei helfen, die Probleme sowie Emotionen einzuordnen, zu strukturieren und die nächsten geeigneten Schritte mit dem Betroffenen zu ordnen⁹. (vgl. Wüllenweber; 2009; S:290)

7.2.5 Beratung nach Sonneck

Wüllenweber schreibt über Beratung. „Während einige Betroffene keinerlei Möglichkeiten zu Beratungsgesprächen haben, werden in anderen Einrichtungen den Betroffenen regelmäßige Beratungsgespräche angeboten. Mitunter können die Betroffenen sogar den Beratungspartner selbst wählen.“ (Wüllenweber; 2009; S: 227) Beratung als eine Form der Krisenintervention „... muss als pädagogische Beratung fokussiert sein auf die Bewältigung der anstehenden (Teil-) Probleme der Krise und ist daher eng auf das Erleben und die aktuelle Lebenslage des Betroffenen bezogen.“ Wüllenweber; 2001; S:149) Einen Leitfaden für eine einfache Beratung in einer Krisensituation entwickelte Sonneck.

Das BELLA- System nach Sonneck ist ein Kriseninterventionskonzept, welches eine gute Form der Beratung darstellt. Die fünf Schwerpunkte sind, Beziehung aufbauen, Erfassen der

9 s.a Sonneck; 2000; S:68

Situation, Lindern der Symptome, Leute einbeziehen, die unterstützen und Ansatz zu Problembewältigung.

(B) Beziehung aufbauen ist der Anfang einer jeden guten Krisenintervention. „Wir versuchen, eine Beziehung zum Klienten aufzubauen, indem wir ihm aufmerksam und einfühlsam zuhören und ihm vermitteln, dass wir ihn ernst nehmen und uns seiner Schwierigkeiten bewusst sind.“ (Sonneck; 2000; S:78)

(E) Beim Erfassen der Situation soll sich mit den Gründen des Aufsuchens der Hilfe befasst werden. Der Hilfesuchende soll sich äußern können über den Anlass der Krise und wer noch von ihr unmittelbar betroffen ist. Die Lebenssituation vor und während der Krisensituation soll ebenfalls beschrieben werden. Mögliche Veränderungen, die sich durch die Situation zeigen, können so erkannt werden (vgl. Sonneck; 2000; S:98).

(L) Zur Linderung der schweren Symptomatik ist es wichtig auf die emotionale Situation einzugehen. „Wir gehen auf die emotionale Situation des Klienten und die körperliche Begleitsymptomatik ein, schätzen das Ausmaß von Panik oder Depression ein sowie deren mögliche Konsequenz, ...“ ein (Sonneck; 2000; S:78). Um eine Linderung zu erreichen, sollen angepasste Angebote vermittelt oder vorgestellt werden. Entlastung kann durch das Äußern von Gefühlen oder dem gezielten Herbeiführen von Entspannung vermittelt werden. Auch das Ordnen der meist chaotischen Zusammenhänge ist dienlich. Sollte die Notwendigkeit bestehen, kann zudem an eine medikamentöse Unterstützung gedacht werden. Hierzu sollte ein Facharzt hinzugezogen werden (vgl. Sonneck; 2000; S:78 u. 98).

(L) Leute einbeziehen, die unterstützen, dient dem kenntlich machen von sozialen Ressourcen. Bestehende Hilfesysteme in Form von Angehörigen oder Freunden lassen sich gut einbeziehen. Möglich ist auch, dass weitere problembezogene Hilfesysteme angeboten werden, wie Selbsthilfegruppen oder Institutionen (vgl. Sonneck; 2000; S:99).

(A) Jetzt kann der Ansatz zur Problembewältigung gefunden werden. Dieser Schritt dient dazu, „das eigentliche Problem zu definieren“ (Sonneck; 2000; S:99) und „Widersprüchlichkeiten zu sehen“. (Sonneck; 2000; S:99) Ziel ist es, die emotionale und wirkliche Bedeutung der Problematik zu erfassen und sie zu benennen. Somit erhält der Betroffene die Möglichkeit, sich für die Veränderung zu entscheiden.

Beratung für Menschen mit geistiger Behinderung gibt es in einigen Einrichtungen. Ernst Wüllenweber merkt jedoch unter einer Überschrift an, dass „Der Krisenbetroffene als Objekt von Krisenintervention“gesehen wird (Wüllenweber; 2009; S: 240). „Geistig behinderte

Menschen werden kaum Fähigkeiten zur Krisenbewältigung zugetraut und zugestanden. Manche Helfer sind vielleicht noch nie auf die Idee gekommen, Menschen mit geistiger Behinderung zu beteiligen.“ (Wüllenweber ; 2009; S: 241) Daher ist eine aktiv gestaltete Mitarbeit in der Beratung wichtig. Die Art und Form der Beratung hängt aber auch von den Möglichkeiten des Betroffenen ab. Anpassungen müssen im Vorfeld einer jeden Beratung vollzogen werden. (s.a Wüllenweber; 2001; S152)

7.2.6 Kritischer Umgang mit Interventionen

Die im Vorfeld besprochenen Maßnahmen haben eines gemeinsam, sie zielen auf eine Veränderung der Person im Bezug auf ihr Verhalten ab. Bei einer Intervention besteht die Gefahr , ...wie bei jeder Einmischung, daß [!] wir den vor uns stehenden Menschen in seinem So-sein negieren und ihn in diesem Sinne bzgl. seines Lebensrechtes, seiner Normangepaßtheit [!], seines Willkommens in der Welt in Frage stellen.“(Fröhlich, Laubenstein; 2000; S:896) Fröhlich und Laubenstein geben somit zu bedenken, dass Interventionen den Mensch in seiner persönlichen Entfaltung bewerten und beschränken. Die Autoren verweisen weiter auf die Entstehung von Machtsystemen durch das Intervenieren. „Auf dieser Grundlage legen Interventionen bereits die Fähigkeiten und Bedürfnisse des betroffenen Individuums fest und bestimmen die [...] Grenzen für die Person mit einer geistigen Behinderung.“(Fröhlich, Laubenstein; 2000; S:898) Laut der Autoren soll es nicht darum gehen das Interventionen abgeschafft werden, sondern mit ihnen muss immer kritisch und reflektiert umgegangen werden (vgl Fröhlich, Laubenstein; 2000; S:898f)

All diese Maßnahmen haben gemeinsam, dass sie je nach Situation und Bewohnenden eingesetzt werden können. Die Betroffenen sollen wählen, da meist mehrere Maßnahmen möglich sind. Kombinationen oder weitere Angebote sind hilfreich, wenn es der oder die Betroffene will. Rücksprachen im Team der Betreuer_innen sind auch nötig, da gerade das Umsetzen neuer Tagesstrukturen besprochen werden müssen. Auch die Reflexion über getroffene Maßnahmen und umgesetzte Angebote ist für den Umgang mit Krisen von hoher Bedeutung

8 Ergebnis der Arbeit

In dieser Arbeit wurde die Wohnsituation von Menschen mit geistiger Behinderung so weit es der Forschungsstand ermöglichte abgebildet. Die Lebensbedingungen, sowie die komplexen Probleme bei der Betreuung wurden herausgearbeitet. Die Recherche ergab, dass der Literaturbestand zu den Lebensbedingungen, sowie zu Krisen in stationären Einrichtungen sehr gering ist. Die zur Verfügung stehende Literatur bildet zwar Einzelbeispiele in Form von Fallrekonstruktionen ab, aber sie spiegelt meist nur eine Interpretation, der Situation durch Wohnbetreuer_innen wieder. Krisen in stationären Wohnformen werden nur selten im Zusammenhang mit geistiger Behinderung gebracht und als zum Gegenstand einer Forschung gemacht. Dies liegt sicher daran, dass Menschen mit geistiger Behinderung nur schwer in explizite Forschungsgruppen eingeteilt werden können, da unterschiedliche kognitive Voraussetzungen, auch Begleitsymptomatiken und psychische Störungsbilder sowie alterstypische Erscheinungen bedacht werden müssen. In den Vorhandenen Studien geben meist Helfer ihre Sicht der Verhaltensauffälligkeiten bei Krisen wieder. Menschen mit geistiger Behinderung kommen nur selten zu Wort. Die Zentrale Frage der Arbeit konnte nicht in Gänze beantwortet werden. Aber Anhaltspunkte wurden gefunden, um den Ursachen der Krisenentstehung in stationären Einrichtungen näher zu kommen.

Bestimmte Krisenformen, die in stationären Wohnformen auftreten wurden vorgestellt. Hieraus lässt sich ablesen wo sich Problemsituationen aufbauen. Weiter wurde der Krisenprozess vorgestellt. Dieser kann genutzt werden um Krisen genauer zu betrachten und Handlungsschritte für ein Beenden der Krise zu entwickeln.

Durch die Auseinandersetzung mit den Risiken bei der Hilfe und den daraus resultierenden Problemen, wurde die Situation der Bewohner_innen verdeutlicht. Sie leben in einem Abhängigkeitsverhältnis von den Betreuer_innen und befinden sich in einer von Kontrolle und Fremdbestimmten geprägten Umgebung. Jedoch ist dies Unumgänglich, aber ein kritischer Umgang mit diesen Gegebenheiten ist Voraussetzung, um Machtstrukturen die zu Krisen führen zu mindern.

Für Sozialarbeiter_innen und Betreuer_innen wurden Angebote und Maßnahmen vorgestellt, wie sie eine krisenhafte Situation verhindern oder entschärfen können. Durch eine hohe Anzahl an Möglichkeiten der Krisenentstehung braucht man ein flexibleres Angebot der Krisenintervention. Möglich wäre auch ein Krisenberater für die Einrichtung. Diese kann im Fall einer Krise beratend und unterstützend tätig werden. Er sollte speziell auf Menschen mit geistiger Behinderung und den damit verbundenen Besonderheiten im Bezug auf Krisen

geschult sein. Außerdem sollte jede Einrichtung ein Konzept entwickeln für den Umgang mit Krisen, um eine Orientierung für die professionellen Helfer_innen zu haben.

Eine bessere Auseinandersetzung mit den aktuellen Lebensbedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung ist notwendig. Hierbei muss auf das Spannungsfeld von institutionellen Strukturen und den individuellen Bedürfnissen der Bewohner_innen eingegangen werden. Soziale Arbeit kann hier noch viel in Erfahrung bringen. Sie muss sich mehr mit den aktuellen Gegebenheiten auseinandersetzen. Wichtig ist, dass Soziale Arbeit die Menschen mit geistiger Behinderung als eines ihrer Arbeitsfelder ernst nimmt und sich nicht über sie hinwegsetzt. Somit kann sie geeignete Hilfen, in Krisensituationen für Menschen mit geistiger Behinderung entwickeln.

9 Literaturverzeichnis

- Duden | Krise | Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Synonyme, Herkunft (2017). Online verfügbar unter <http://www.duden.de/rechtschreibung/Krise>, zuletzt aktualisiert am 23.06.2017, zuletzt geprüft am 23.06.2017.
- Behrendt, Daniel (2013): Definitionen Prävention. Online verfügbar unter http://www.frueherziehung.ch/uploads/1/7/9/4/17948117/def__prvention_bvf-ag-03_10.pdf, zuletzt geprüft am 18.07.2017.
- Bollnow, Otto Friedrich (2010): Mensch und Raum. 11. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Caplan, Gerald (Hg.) (1964): PRINCIPLES OF PREVENTIVE PSYCHIATRY, New York: Basic Books.
- Dilling, Horst (Hg.) (1993): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) ; klinisch-diagnostische Leitlinien. 2.Auflage Bern: Huber.
- Dosen, Anton (1993): Diagnostische und Therapeutische Problem, in : Gaedt, Christian (Hg.): Psychisch krank und geistig behindert. Regionale Angebote für psychisch kranke Menschen mit geistiger Behinderung ; Vorträge der internationalen Arbeitstagung vom 6. und 7. März 1992 in Braunschweig/Königsutter. Dortmund: Verl. Modernes Lernen.
- Dross, Margret (2001): Krisenintervention. Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie.
- Engels, Ditrich,(2016): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen,ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH, Online verfügbar unter: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDFPressemitteilungen/2017/zweiterteilhabebericht.pdf;jsessionid=E4E57CC717F288D38543E19D6FAE3F0C?__blob=publicationFile&v=7, zuletzt geprüft am 19.06.2017, um 12:30 Uhr.
- Fornefeld, Barbara (2004): Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik. Mit 5 Tabellen und 59 Übungsaufgaben. 3.Auflage, München, Basel: Reinhardt.
- Fornefeld, Barbara (2013): Grundwissen Geistigbehindertenpädagogik. Mit 14 Tabellen und 69 Übungsaufgaben. 5.Auflage. München u.a.: Reinhardt.
- Fröhlich, Andreas, Laubenstein, Desiree (2000): Geistige Behinderung, in: Borchert, Johann (Hg.):Handbuch der Sonderpädagogischen Psychologie, Göttingen: Hogrefe- Verlag GmbH
- Goffman, Erving (1973): Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. 1. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hasse, Jürgen (2009): Unbedachtes Wohnen. Lebensformen an verdeckten Rändern der Gesellschaft Bielefeld: transcript

- Kendel, Brigitte (2004): Zur Bedeutung der zwischenmenschlichen Beziehung als Entwicklungsfaktor und Ressource in kritischen Entwicklungsphasen, in Wüllenweber, Ernst und Georg Theunissen (Hrsg.): Handbuch Krisenintervention Band II, Stuttgart: Kohlhammer GmbH
- Kohler, Richard (2008) Jean Piaget, 1. Auflage, Stuttgart: UTB GmbH.
- Lachwitz, Klaus (2013) Erläuterungen der Regelung und Anwendungsgebiete, Zweck, in: Kreuz, Marcus; Lachwitz, Klaus; Trenk-Hinterberger, Peter : Die UN-Behindertenrechtskonvention in der Praxis. Erläuterungen der Regelung und Anwendungsgebiete. Köln: Luchterhand.
- Lambers, Helmut (2016): Theorien der Sozialen Arbeit. Ein Kompendium und Vergleich. 3. Auflage Opladen, Toronto: Barbara Budrich
- Lingg, Albert; Theunissen, Georg (1994): Psychische Störungen bei geistig Behinderten. Erscheinungsformen, Ursachen und Handlungsmöglichkeiten aus pädagogischer und psychiatrischer Sicht. 2. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Marten (2015): Über 10 Millionen behinderte Menschen im Jahr 2013. Pressemitteilung. In: *Sttistisches Bundesamt*. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen2015/05/PD15_168_122pdf.pdf;jsessionid=2284FE16F197BBB8D4EEE58E9C411224.cae3?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 20.06.2017, um 15:35 Uhr.
- Mauersberg, (2017), ICD-10-GM deutsche Version 2017: Kapitel V. Online verfügbar unter: <https://www.praxis-wiesbaden.de/icd10-gm-diagnosen/chapter-v.php>, zuletzt geprüft am 21.06.2017.
- Michalek, Sabine (2000). Gewalt- und Konflikterfahrung von Menschen mit geistiger Behinderung im Lebenskontext Heim. Dortmund: Univ., Diss.,
- Neuhäuser, Gerhard (Hg.) (2013): Geistige Behinderung. Grundlagen, Erscheinungsformen und klinische Probleme, Behandlung, Rehabilitation und rechtliche Aspekte, 4. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer.
- Rock, Kerstin (2001): Sonderpädagogische Professionalität unter der Leitidee der Selbstbestimmung, Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- Schuchardt, Erika (2013): Warum gerade ich ...? Leben lernen in Krisen ; Leiden und Glaube- Fazit aus Lebensgeschichten eines Jahrhunderts: Der Komplementär-Spiralweg Krisenverarbeitung. 13. Auflage, Göttingen: Vandenhoeck Ruprecht.
- Seifert, Monika (2006): Pädagogik im Bereich des Wohnens. In: Ernst Wüllenweber, Georg Theunissen und Heinz Mühl (Hg.): Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer
- Sonneck, Gernot (2000): Krisenintervention und Suizidverhütung. 5. Auflage, Hg. v. Gernot Sonneck. Wien: Facultas-Univ.-Verlag

- Stövesand, Sabine; Röh, Dieter (Hg.) (2015): Konflikte - theoretische und praktische Herausforderungen für die Soziale Arbeit. Leverkusen-Oplad: Budrich, Barbara
- Thesing, Theodor (2009): Betreute Wohngruppen und Wohngemeinschaften für Menschen mit geistiger Behinderung. 4. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Theunissen, Georg (2005): Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. Ein Kompendium für die Praxis. 4. Auflage, Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- Theunissen, Georg (2011): Geistige Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. Ein Lehrbuch für die Schule, Heilpädagogik und außerschulische Behindertenhilfe. 5. Auflage. Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- Thiersch; Hans; (1998): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit; in: Wöhrle, Armin (Hg.): Profession und Wissenschaft sozialer Arbeit. Positionen in einer Phase der generellen Neuverortung und Spezifika in den neuen Bundesländern. Pfaffenweiler: Centaurus-Verlag
- Trescher, Hendrik (2017): Wohnräume als pädagogische Herausforderung. Lebenslagen institutionalisiert lebender Menschen mit Behinderung. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Wacker, Elisabeth (1998): Leben im Heim. Angebotsstrukturen und Chancen selbständiger Lebensführung in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe ; Bericht zu einer bundesweiten Untersuchung im Forschungsprojekt "Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen". Baden-Baden: Nomos-Verlag.
- Wahrig, Gerhard (Hg.) (1984): Brockhaus Wahrig. Dt. Wörterbuch ; in 6 Bd. Wiesbaden, Stuttgart: Brockhaus; Deutsche Verlags-Anstalt.
- Weinbach, Hanna (2015): Soziale Arbeit mit Menschen mit Behinderungen. Dissertation. Weinheim, Basel, Beltz Juventa.
- Wüllenweber, Ernst; Theunissen, Georg (Hg.) (2001): Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung ; Theorie, Praxis, Vernetzung.
- Wüllenweber, Ernst und Georg Theunissen (Hg.) (2004) Handbuch Krisenintervention Band II, Stuttgart: Kohlhammer GmbH
- Wüllenweber, Ernst (2009): Krisen und Behinderung. Entwicklung einer praxisbezogenen Theorie zum Verstehen von Krisen und eines Handlungskonzeptes für die Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung und bei Autismus. 3. Auflage. Hamburg: Elbe-Werkstätten.

10 Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre mich hiermit, dass die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Titel: **Krisen in stationären Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung**, selbstständig verfasst und ohne fremde Hilfe angefertigt. Ich habe mich keiner anderen als der im beigefügten Verzeichnis angegebenen Hilfsmittel bedient. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus der Veröffentlichungen und anderen Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Leipzig 10.08.2017

Härter Gregor