

Gesundheit und gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Lernschwierigkeiten

Einleitung

Gesundheit und gesellschaftliche Teilhabe stehen in engem Bezug zueinander. Wer sich gesund fühlt, ist eher bereit, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen oder sich zu engagieren. Zwar ist Gesundheit keine Voraussetzung für Teilhabe und Partizipation, aber sie beeinflusst die Art und Weise des Eingebundenseins wesentlich. Erkrankungen und insbesondere chronische Erkrankungen können möglicherweise mit medizinischen und medikamentösen Behandlungen stabilisiert oder verbessert werden, so dass einer Teilhabe nichts mehr im Wege steht. Aber tendenziell ziehen sich Menschen zurück, wenn sie sich nicht wohl fühlen oder krank sind.

Eine Auseinandersetzung um „volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft“ (Artikel 3c, Allgemeine Grundsätze der UN-Behindertenrechtskonvention) sollte daher Fragen der Gesundheit und Gesundheitsförderung berücksichtigen. Im vorliegenden Beitrag stehen Menschen mit Lernschwierigkeiten (synonym: Menschen mit geistiger Behinderung) im Fokus. Die Ausführungen beinhalten 1. Hinweise zur gesundheitlichen Lage der hier ausgewählten Adressatengruppe, 2. die Vorstellung eines Beispiels guter Praxis zur partizipativen Gesundheitsforschung und 3. Handlungsempfehlungen für Akteure im Gesundheitssystem.

1. Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Lernschwierigkeiten

Der letzte Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslage von Menschen mit Beeinträchtigungen (2013) zeigt, dass wenig Wissen zur Gesundheitssituation von Menschen mit Lernschwierigkeiten vorhanden ist. Menschen mit Lernschwierigkeiten kommen in nationalen und repräsentativen Untersuchungen kaum vor, da sie bislang mit standardisierten Befragungen nicht erreicht werden. Das lückenhafte Wissen um die Adressatengruppe spiegelt sich in einer mangelhaften Berücksichtigung in den Gesundheitsstrategien und nationalen Gesundheitszielen wider. Dennoch lassen sich mit Blick auf internationale Untersuchungen und die wenigen deutschen Studien einige Besonderheiten benennen, die für Menschen mit Lernschwierigkeiten ein deutlich erhöhtes Krankheitsrisiko im Vergleich zur Gesamtbevölkerung begründen (vgl. BMAS 2013, S. 190). Beispielsweise ist das allgemeine Infektionsrisiko bei Menschen mit Down-Syndrom erhöht (vgl.

Chicoine, McGuire 2013, S. 56). Menschen mit Lernschwierigkeiten, die in betreuten Wohnformen leben, erhalten vielfach mehr Psychopharmaka als andere Menschen (vgl. Seidel 2011, S. 12 ff). Die Einnahme der Medikamente führt zu unerwünschten Nebenwirkungen und Sekundärerkrankungen wie etwa Übergewicht und Bluthochdruck. Neben den individuellen Risikofaktoren spielen soziale Einflussfaktoren eine wichtige Rolle. Ein geringes Sozialkapital (vgl. Hartung 2014, S. 57 ff) und ein niedriger sozioökonomischer Status führen zu gesundheitlicher Ungleichheit mit erhöhter Krankheitshäufigkeit (Morbidität) und Sterblichkeit (Mortalität). Als knappes Resümee kann hier festgehalten werden, dass es um die gesundheitliche Lage von Menschen mit Lernschwierigkeiten im Vergleich zur Gesamtbevölkerung deutlich schlechter bestellt ist.

2. Ein Beispiel guter Praxis: das Projekt GESUND!

Im Rahmen des Forschungsverbunds: „PartKommPlus – Forschungsverbund für gesunde Kommunen“ ist das Teilprojekt „Menschen mit Lernschwierigkeiten und Gesundheitsförderung (GESUND!)“ angesiedelt¹. GESUND! befindet sich in der ersten Phase einer dreijährigen Laufzeit. Seit September 2015 realisiert ein Projektteam der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (Theresa Allweiss, Merlin Perowanowitsch, Reinhard Burtscher) im Setting einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) einen Bildungskurs mit 12 Menschen mit Lernschwierigkeiten (9 Frauen, 3 Männer). Dieser Kurs mit dem Titel „Gesundheitsforscherin/ Gesundheitsforscher in der Werkstatt für behinderte Menschen“ beinhaltet fachlich aufbereitete Gesundheitsinformationen für die Adressatengruppe. Die Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer lernen, ihre gesundheitsspezifischen Anliegen wahrzunehmen, zu formulieren, zu vertreten und möglichst durchzusetzen. Sie eignen sich spezifische Gesundheitskompetenz an und entwickeln als Peer-Multiplikatoren die Betriebliche Gesundheitsförderung in der Werkstatt weiter.

Das Projektteam an der Hochschule suchte über einen längeren Zeitraum nach einem passenden Titel für den Kurs. Der schließlich ausgewählte Begriff „Gesundheitsforscherin/ Gesundheitsforscher“ soll an drei Bezugsebenen anknüpfen. Die erste Ebene umfasst die Erforschung des eigenen Wohlbefindens und der eigenen Gesundheit der Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer. Im Kurs sollen Rückbezüge zum eigenen Körper und zur eigenen Lebensgeschichte hergestellt werden. Fragen wie „Was tut mir gut/ nicht gut? Wann fühle ich mich wohl/ unwohl? Was hält mich gesund/ was macht mich krank? Was motiviert mich/ was frustriert?“ bilden die Rahmung. Auf der zweiten Ebene wird die betriebliche Situation in der WfbM erforscht. Gesundheitsbezogene Bedarfe von Kolleginnen und Kollegen sollen von den Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmern erhoben werden. Sie erhalten die Gelegenheit, selbstgewählte Gesundheitsprojekte in der Werkstatt zu planen und zu verwirklichen. Das Hochschulteam unterstützt und begleitet diese Vorhaben unmittelbar. Die dritte Bezugsebene zielt auf das Grundverständnis und das Gesamtkonzept als partizipatives Forschungsprojekt. Dabei wird die partizipative Gesundheitsforschung als Ansatz im Bereich der Gesundheitsförderung weiterentwickelt (vgl. ICPHR 2013).

¹ finanziert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung, Förderkennzeichen 01EL1423A bis 01EL1423H

Inzwischen sind acht Kurstermine zu je vier Zeitstunden realisiert und erste Erfahrungen gemacht worden. Im Hinblick auf die Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer erlebt das Hochschulteam ein sehr großes Interesse an gesundheitsspezifischen Informationen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zeigen seit Projektbeginn eine hohe Motivation und einen starken Wissensdrang. Sie wollen gesundheitliche Zusammenhänge verstehen lernen und sich mit menschlichen Körperfunktionen auseinandersetzen. Erste Lernerfolge werden in einer neuen Sensibilität für Gesundheitsthemen sichtbar. Beispielsweise berichtet ein Werkstatt-Mitarbeiter nach einer Kurseinheit zum Thema „Winterzeit – Erkältungszeit“ folgende Begegnung. Er wurde von einem Kursteilnehmer mit den Worten begrüßt: „Ich bin erkältet und möchte dir deshalb nicht die Hand reichen.“ Zwei andere Kursteilnehmerinnen meinten nach einer Einheit zum Thema „Bewegung“: Sie melden sich jetzt für den neuen Sportkurs in der Werkstatt an.

Neben den Erfahrungen mit der Gruppe wächst beim Hochschulteam die Erfahrung mit dem didaktischen Prinzip der Teilnehmerorientierung. Ausgangspunkt didaktischer Planung ist dabei nicht ein abstrakter Lernstoff, sondern die Bedürfnisse und subjektiven Interessen der Lernenden (vgl. Holm 2012, S. 4). Das Hochschulteam stellt zudem fest: kleine Lerngruppen, Lernen an Stationen und der Einsatz von abwechslungsreichen Methoden wie z. B. Lernquiz, Gesundheitsmemories oder gesundheitsspezifische Brett- und Bingo-Spiele kommen gut an. Die inhaltliche Zusammenfassung des jeweiligen Kurses erfolgt in Form von selbst produzierten Videoclips (Rollenspiel mit Interview). Die ergänzenden schriftlichen Unterlagen nach jeder Kurseinheit sichern die Lernergebnisse und werden als bedeutsame Kursbestandteile von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wertgeschätzt.

Der Gesundheitskurs im Setting der WfbM erfolgt über einen Zeitraum von neun Monaten. Anschließend soll das gesundheitsspezifische Engagement ausgeweitet und kommunale Fragestellungen zum Thema Gesundheit mit der Adressatengruppe der Menschen mit Lernschwierigkeiten bearbeitet werden. Das übergeordnete Projektziel ist eine integrierte kommunale Strategie (IKS) der Gesundheitsförderung für alle Menschen mit und ohne Behinderung.

3. Handlungsempfehlungen für Akteure im Gesundheitssystem

Die Gesundheitsförderung von Menschen mit Lernschwierigkeiten ist in Deutschland ein wenig beachtetes Handlungsfeld – Gesundheitsförderung wird aber zunehmend zu einer wichtigen Aufgabe für diese Adressatengruppe. Das Phänomen der gesundheitlichen Ungleichheit verlangt neben individuellen Maßnahmen vor allem auch soziale und strukturelle Interventionen. Vielleicht lassen sich mit Hilfe des neuen Präventionsgesetzes (PrävG) und des neuen GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (siehe § 119c SGB V) Anreize und Impulse setzen.

Auf dem Hintergrund von Literaturrecherchen in der Phase der Projektkonzeption von GESUND! und Erfahrungen im Kurs können die folgenden ersten Handlungsempfehlungen für Akteure im Gesundheits- und Behindertensystem formuliert werden:

- Entwickeln und realisieren Sie Angebote der Gesundheitsbildung und partizipativen Gesundheitsförderung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten. Der Bedarf und das Interesse sind bei der Adressatengruppe vorhanden.
- Gesundheit für alle bedeutet kommunale und nationale Gesundheitsstrategien zu entwickeln, die der Leitidee der Inklusion folgen. Die UN-Behindertenrechtskonvention gibt nicht nur Rückenwind für diese Aufgaben, sondern verpflichtet geradezu die nationalen und länderspezifischen Aktionspläne dahingehend auszurichten.

Quellenverzeichnis

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

Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hrsg.): Eine behinderte Medizin?! Zur medizinischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung. Das Buch zur Kassler Medizintagung 2001. Lebenshilfe-Verlag, Marburg 2002

Chicoine Brian, McGuire Dennis: Gesundheit für Jugendliche und Erwachsene mit Down-Syndrom. Ein medizinischer Ratgeber. Edition 21 im G & S Verlag, Zirndorf 2013

Hartung Susanne: Sozialkapital und gesundheitliche Ungleichheit. Analyse des elterlichen Sozialkapitals in der schulischen Gesundheitsförderung. Springer VS, Wiesbaden 2014

Havemann Meindert, Stöppler Reinhilde: Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Kohlhammer, Stuttgart 2014

Holm Ute: Teilnehmerorientierung als didaktisches Prinzip der Erwachsenenbildung – aktuelle Bedeutungsfacetten. DIE 2012.

Online: <http://www.die-bonn.de/doks/2012-teilnehmerorientierung-01.pdf>

(Abrufdatum: 7. Nov. 2015)

ICPHR – International Collaboration for Participatory Health Research: Position Paper 1: What is Participatory Health Research? Version: Mai 2013.

Online: <http://www.icphr.org/position-papers> (Abrufdatum: 7. Nov. 2015)

Seidel Michael: Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung – Erfüllte und unerfüllte Versprechen. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGb. Materialien der DGSGb 24, Berlin 2011.

Online: <http://www.dgsgb.de/index.php?section=Materialien>

(Abrufdatum: 7. Nov. 2015)

Autor:

Reinhard Burtscher (Prof. Dr.) ist Professor für Heilpädagogik an der Kath. Hochschule für Sozialwesen Berlin. Er leitet das Teilprojekt „Menschen mit Lernschwierigkeiten und Gesundheitsförderung (GESUND!)“ im Rahmen des Forschungsverbunds „PartKommPlus“. PartKommPlus ist ein Projekt des Netzwerks für Partizipative Gesundheitsforschung (PartNet) und wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert (Förderkennzeichen 01EL1423A bis 01EL1423H).

Kontakt: reinhard.burtscher@khsb-berlin.de

Weitere Informationen: <http://partkommplus.de/teilprojekte/gesund/>

Redaktion:

BBE-Newsletter für Engagement und Partizipation in Deutschland

Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement (BBE)

- Geschäftsstelle -

Michaelkirchstr. 17-18

10179 Berlin-Mitte

+49 (0) 30 6 29 80-11 5

newsletter(at)b-b-e.de

www.b-b-e.de