Schaffer RESEARCH

so!ution Sozialforschung & Entwicklung

Endbericht zum Kursprogramm

„Gesundsein. Ein Kurs zur Förderung der Gesundheitskompetenz für Menschen mit Lernschwierigkeiten“

Dr.in Birgit Buchinger

Mag.a Gabi Pöhacker

Mag.a Nicole Schaffer

Sonja Stadler

unter Mitarbeit von Mira Turba

Salzburg/Wien, September 2015

Solution, Sozialforschung & Entwicklung, Ernst-Mach-Str. 10, 5023 Salzburg.
Inhaberin: Dr.in Birgit Buchinger MSc
Info-Line: +43/662/878805. E-Mail: office@solution.co.at
UID Nr.: ATU 64039766. FN 145751s.
Bankverbindung: IBAN: AT48 2040 4020 0020 0303. BIC: SBGSAT2SXXX

Inhaltsverzeichnis

Einleitendes **7**

1. Ausgangssituation **9**
1.1 Auftrag und Ziele **9**
1.2 Das Forschungs- und Entwicklungsteam **12**
1.3 Forschungs- und Entwicklungsmethoden **13**

2. Rahmen für die Gesundheitsförderung für Menschen mit Lernschwierigkeiten: Wissenschaftliche und politische Grundlagen sowie Haltungen **14**
Einleitung **14**
2.1 Wissenschaftliche und politische Grundlagen **16**
2.1.1 Das Selbstbestimmt-Leben-Paradigma/People First 16
2.1.2 Formale Grundlagen zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen 20
2.1.2.1 UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen 20
2.1.2.2 Österreich: Nationaler Aktionsplan Behinderung 2012–2020 22
2.1.3 Verständnis von Gesundheit und Gesundheits-förderung der Weltgesundheitsorganisation 24
2.1.3.1 Zum Gesundheitsförderungsbegriff 24
2.1.3.2 Gesundheitsdeterminanten 25
2.1.4 Gesundheitsförderung in Österreich 28
2.1.4.1 Die Gesundheit Österreich GmbH 30
2.1.4.2 Wiener Gesundheitsförderung – WiG 30
2.1.5 Gesundheitliche Herausforderungen für Menschen mit Lernschwierigkeiten 31
2.1.5.1 Menschen mit Lernschwierigkeiten 31
2.1.5.2 Gesundheiten von Menschen mit Lernschwierigkeiten 33
2.2 Haltungen, Querschnittsthemen und Unterstützungssysteme **37**
Einleitung 37
2.2.1 Haltungen 39
2.2.2 Leichte Sprache und Zeit 43
2.2.3 Querschnittsthemen 43
2.3 Unterstützungssysteme – Der „Zauber der Buchstaben“ und das „Modell der 4 Schachteln“ **48**

3. Projektdesign und Umsetzung **51**
3.1 Entwicklung **51**
3.2 Umsetzung **56**
3.3 Finalisierung **62**

4. Interne Evaluierung **64**
Einleitung **64**
4.1 Auswertung der Dokumentationsbögen **64**
4.2 Auswertung der Workshops mit den TrainerInnen **84**
4.2.1 Der Einführungsworkshop 84
4.2.2 Der Reflexionsworkshop 84
4.3 Reflexionsworkshop mit KursteilnehmerInnen **90**

5. Fazit und Reflexion **95**
Einleitung **95**
5.1 Zielerreichung **96**
5.1.1 Übergeordnete Ziele 96
5.1.2 Ziele auf Seiten der TeilnehmerInnen 100
5.2 Gewählte Strategien **107**
5.3 Einbindung der Zielgruppen **108**
5.4 Hürden **108**
5.5 Prozessablauf/-aufbau **109**

5.6 Nachhaltigkeit 109
5.7 Veränderung im Projektumfeld 111

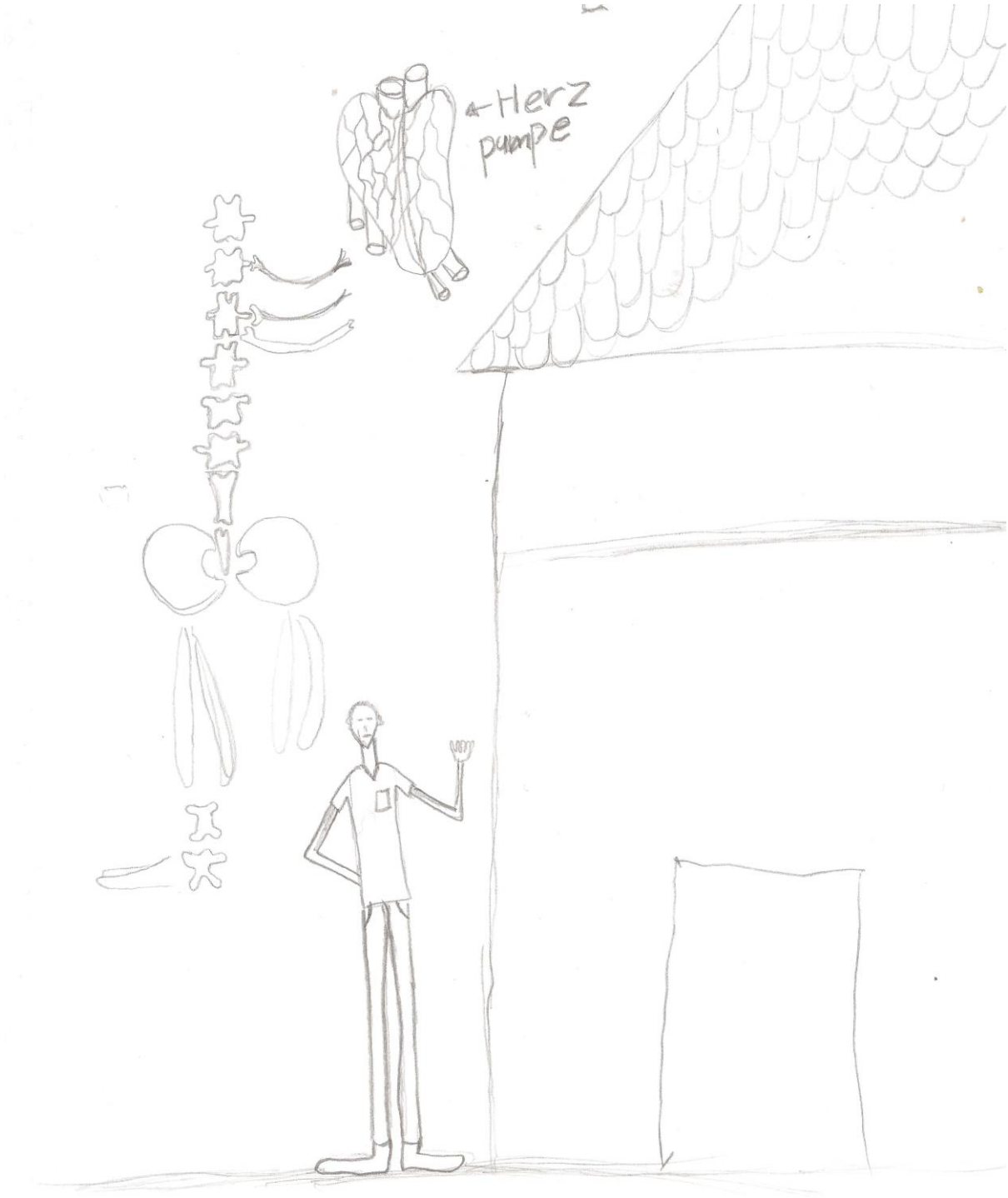
6. Empfehlungen für die Ausrollung von „Gesundsein – Förderung der Gesundheitskompetenz für Menschen mit Lernschwierigkeiten“ 112

Literaturangaben 117

Schlüsseldokumente 121

Broschüren und Folder in Leichter Sprache 123

Anhang 125
1. Überblick über Beratungsstellen in Wien 125
2. Kompendium 131



MenschHerzHaus

TeilnehmerIn „Gesundsein“

Sommer 2015, anonym

„Hör zu…“

Wenn ich Dich bitte, mir zuzuhören
und Du fängst an, mir Rat zu geben, machst du nicht
das, worum ich Dich bat.
Wenn ich Dich bitte, mir zuzuhören
und Du sagst mir, ich sollte so nicht fühlen
trampelst Du auf meinen Gefühlen.
Wenn ich Dich bitte, mir zuzuhören, und Du tust etwas
um meine Probleme zu lösen,
hast Du mich im Stich gelassen, so komisch das klingt.
Hör zu! Alles, worum ich bitte, ist, dass du zuhörst
– nicht sprechen oder machen – horchen!
Rat ist billig, für ne Mark kriege ich in derselben
Zeitung mehrere Ratgebertanten.
Und ich kann selber leben. Ich bin nicht hilflos.
Vielleicht entmutigt und schwankend, aber nicht hilflos.
Tust Du für mich etwas, was ich für mich selbst tun muß
und kann, schürst Du meine Ängste und meine
Unzulänglichkeit.
Nimmst Du einfach hin, dass ich fühle,
wie ich fühle, egal wie unsinnig,
dann kann ich aufhören, Dich überzeugen zu müssen
und kann mich mit dem unsinnigen Gefühl befassen
und was dahinter liegt.
Und wenn das klar ist, sind Antworten offensichtlich
und ich brauche keinen Rat.
Unsinnige Gefühle machen einen Sinn,
wenn wir wissen, was dahintersteckt.
Vielleicht ist das der Grund, warum Gebete helfen
– manchen Menschen, manchmal.
Denn Gotte ist stumm und Er/Sie gibt keinen Rat und
nimmt einem nichts ab.
Also – bitte hör mal zu – lausche.
Und wenn Du reden willst,
warte, bis Du dran bist – und ich höre zu.

(UrheberIn unbekannt)

Einleitendes

Da sich dieses Kursprogramm „Gesundsein“ an Menschen mit Lernschwierigkeiten richtet, war es uns als Team wichtig, als Frauen mit und ohne Behinderung zusammen zu arbeiten. Basis für unsere Arbeit war und ist das Paradigma der Internationalen Selbstbestimmt-Leben-Bewegung (Independent Living Movement). Als Team haben wir uns intensiv damit auseinandergesetzt, inwiefern sich Lebenserfahrungen in privaten und beruflichen Kontexten zwischen Menschen mit und ohne Behinderungen unterscheiden, aber auch damit, wo sich Gemeinsamkeiten zeigen.

Unsere Erkenntnis aus dieser Auseinandersetzung lautet: Menschen mit einer Behinderung haben durch den Umgang mit ihrer eigenen Behinderung vor dem Hintergrund der Internationalen Selbstbestimmt-Leben-Bewegung Wissen und Erfahrungen, die für die Konzeption von Bildungsangeboten wie das vorliegende unverzichtbar sind. Das Verhandeln und Verständlich-Machen der Inhalte und Vorgangsweisen zwischen Forscherinnen mit und ohne Behinderung, die Koordination der unterschiedlichen Geschwindigkeiten sowie die Einbeziehung der notwendigen persönlichen Assistenzleistungen zeichnen die Entstehung dieses Kursprogramms aus und lieferten wertvolle Erkenntnisse für die konkrete Planung und Umsetzung der gesamten Kursreihe „Gesundsein“.

Dieser Bericht fasst im ersten Kapitel die Ausgangssituation, die Projektziele sowie die Forschungs- und Entwicklungsmethoden zusammen. In Kapitel zwei wird das wissenschaftlich fundierte Grundlagenwissen dargestellt, das für die Umsetzung des Kursprogramms „Gesundsein“ Fundament und Rahmen bildet. In Kapitel drei werden der Entwicklungs- und Umsetzungsprozess und das methodische Vorgehen nachvollziehbar gemacht. Die Ergebnisse der internen Evaluierung der Pilotphase finden sich in Kapitel vier. Kapitel fünf widmet sich dem Fazit und der Reflexion des gesamten Projekts; hier erfolgt unter anderem eine Bewertung der Zielerreichung. Empfehlungen für die flächendeckende Ausrollung des Kursprogramms „Gesundsein“ in Wien runden mit Kapitel sechs diesen Bericht ab.

Die verwendeten Fotos von Werken der TeilnehmerInnen wurden von den TrainerInnen in Absprache mit den TeilnehmerInnen anonym für diesen Endbericht zur Verfügung gestellt.

Angaben zu verwendeter Literatur, Schlüsseldokumenten, weiterführenden Links sowie zu Broschüren und Foldern in Leichter Sprache sind am Ende des Berichts zu finden.

Adressen zu Beratungsstellen sowie das Kompendium (TrainerInnen-Handbuch und Kursprogramm) sind Teil des Anhangs, wobei das Kompendium in eigenen Dokumenten zur Verfügung gestellt wird.

An dieser Stelle noch ein großer Dank an die TrainerInnen Elisabeth Chlebecek, Dagmar Forster, Martin Köberl, Elfriede Maria Rauchenwald, Dieter Schmutzer, Brigitte Stöger sowie Melanie Zeller, die sich mit großem Engagement an der Pilotphase dieses Projekts beteiligt haben; ihre konstruktiven Rückmeldungen und Anregungen haben wir bei der Überarbeitung aller Unterlagen berücksichtigt.

Weiters gilt unser Dank für die Unterstützung unseren GesprächspartnerInnen von: Bizeps, Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen, Frauengesundheitszentrum FEM, NINLIL mit Kraftwerk und Zeitlupe sowie Selbstvertretungszentrum People First.

Für die konstruktive Kooperation und Unterstützung gilt unser besonderer Dank der Wiener Gesundheitsförderung WiG, insbesondere der Projektleiterin Heidrun Rader.

Birgit Buchinger, Gabi Pöhacker, Nicole Schaffer, Sonja Stadler

September 2015

1. Ausgangssituation

1.1 Auftrag und Ziele

Ergebnis verschiedener aktueller wissenschaftlicher Arbeiten sowie Positionspapiere von SelbstvertreterInnen und Behinderteneinrichtungen ist, dass Frauen und Männer mit Lernschwierigkeiten bislang von Gesundheitsförderaktivitäten kaum erreicht werden. Mit dem Projekt „Gesundsein. Ein Kurs zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Lernschwierigkeiten“ sollte hier Abhilfe geschaffen werden.

Die inhaltlichen Schwerpunkte und das Format für das Seminarangebot wurden in Zusammenarbeit mit SelbstvertreterInnen, dem Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen und der MA 24 entwickelt und zur Ausschreibung gebracht.

Neben der Entwicklung eines Seminarcurriculums mit der Zielgruppe Frauen und Männer mit Lernschwierigkeiten im Alter von 18 bis 65 Jahren sollten auf Basis der Ergebnisse der Bedarfsanalyse „Förderung von Gesundheitskompetenz von Menschen mit Lernschwierigkeiten“ aus dem Jahr 2014 (diese war der Ausschreibung beigelegt) zu den definierten Themen und Fragestellungen umfassende Informationen auf dem aktuellen Stand der Forschung und gemäß den aktuellen Rahmenbedingungen im Gesundheits- und Sozialwesen aufbereitet werden.

Als übergeordnete Ziele dieses Projekts wurden in der Ausschreibung folgende Punkte definiert:

- Förderung eines umfassenden Verständnisses von Gesundheit (gemäß der WHO-Definition von Gesundheit)
- Stärkung der Rolle als ExpertInnen für die eigene Gesundheit
- Förderung der Entscheidungs- und Problemlösungskompetenz in Bezug auf die eigene Gesundheit
- Stärkung der Fertigkeiten, das Gesundheits- und Sozialwesen bedarfsorientiert und im Einklang mit den eigenen Werten zu nutzen
- Förderung von Selbstbestimmung

Konkret verfolgte dieses Projekt folgende Ziele auf Seiten der TeilnehmerInnen:

- Die TeilnehmerInnen erhalten das für sie relevante Wissen zu den Themen in für sie verständlicher Form und kennen Möglichkeiten, dieses Wissen in ihrem Alltag anzuwenden.

- Die TeilnehmerInnen werden motiviert, sich während der Einheiten und darüber hinaus mit den Themen zu befassen.
- Die TeilnehmerInnen erhalten leicht anwendbare und selbstständig umsetzbare Tipps für ihren Alltag.
- Die TeilnehmerInnen erleben alltagstaugliche Bewegungs- und Genuss-Übungen, etwa mittels Auflockerungsübungen zwischendurch.
- Das attraktive, individuell gestaltbare Skriptum wird von den TeilnehmerInnen auch nach dem Kurs verwendet, was zur Nachhaltigkeit beiträgt.

Weiters definierte die Auftraggeberin qualitative Merkmale des Seminarprogramms:

- Zielgruppenadäquate Reduktion der Dichte der Inhalte
- Zielgruppenadäquater Methodenmix, Schwerpunkt auf interaktiven Methoden
- Praxisnah, handlungsorientiert
- TeilnehmerInnenorientiert (flexible Pausengestaltung, Wiederholungen, Zeit für Fragen und Diskussion)
- Das Seminarprogramm ist mit Hilfe von TrainerInnen-Handbuch und Kompendium umsetzbar für TrainerInnen, die Erfahrung in der Arbeit mit Menschen mit Lernschwierigkeiten haben.

Im Rahmen der Projektdurchführung sollten folgende Produkte erarbeitet werden:

- Konzept
- TrainerInnen-Handbuch (inklusive Stundentafel, Methodenbeschreibungen)
- Schriftliche Arbeitsunterlagen in Leichter Sprache: Präsentationsfolien, Arbeitsblätter, Skriptum für die TeilnehmerInnen

Außerdem waren die Begleitung der ersten Umsetzungsphase und die Überarbeitung zur Qualitätssicherung Teil des Projekts:

- In der ersten Umsetzungsphase war die Durchführung von maximal neun Seminaren in Tagesstrukturen in Wien geplant. Die Suche und Auswahl der TrainerInnen sollte durch die Wiener Gesundheitsförderung (WiG) erfolgen. Die TrainerInnen sollten Erfahrung mit Trainings und Kursen für Menschen mit Lernschwierigkeiten haben.
- Teil des Auftrages war die Begleitung der neun TrainerInnen vor und während der Durchführung der neun Seminare und die anschließende Überarbeitung der Konzepte und Unterlagen gemäß den Erfahrungen aus der ersten Umsetzungsphase.

Als Ziele der Begleitung waren definiert:

1. Die TrainerInnen werden vor und während der Durchführung der Seminare mit fehlenden Informationen versorgt.
2. Fragen der TrainerInnen hinsichtlich der praktischen Umsetzung werden beantwortet.
3. Die Erfahrungen der TrainerInnen werden gesammelt und fließen in die Überarbeitung ein.

Das Ziel der Überarbeitung und Ergänzung nach der ersten Umsetzungsphase des Seminarprogramms waren die Qualitätssicherung und die Sicherstellung der Umsetzbarkeit auf Basis der schriftlich vorhandenen Unterlagen für die TrainerInnen.

Eine schriftliche Darlegung über die umgesetzten Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Entwicklung des Seminarprogramms sollte bei der endgültigen Abnahme vorgelegt werden.

Für interessierte UnterstützerInnen und GruppenbetreuerInnen von Menschen mit Lernschwierigkeiten war ein begleitender Workshop geplant, der folgende Ziele verfolgte:

- Die Teilnehmenden sind für die Themen und Inhalte des Seminarprogramms sensibilisiert.
- Die Teilnehmenden reflektieren zu den Themen und Inhalten des Seminarprogramms in Bezug auf den eigenen Arbeitsalltag und tauschen Erfahrungen aus.
- Die Teilnehmenden sind dazu motiviert, im eigenen Arbeitsalltag auf die Themen des Seminarprogramms einzugehen.

Anhand des Konzepts (inklusive Format, Aufbau, Methodenvorschläge und benötigter Arbeitsmaterialien) soll der Workshop für Seminar-TrainerInnen umsetzbar sein.

Im Jänner 2015 wurden die Unternehmen „Solution, Sozialforschung & Entwicklung“ und „Schaffer Research“ mit der Projektdurchführung beauftragt. Dieses Forschungs- und Entwicklungsprojekt erstreckte sich von Februar bis September 2015.

1.2 Das Forschungs- und Entwicklungsteam

Das Forschungs- und Entwicklungsteam dieses Projekts besteht aus zwei Sozialforscherinnen und Organisationsentwicklerinnen (Birgit Buchinger und Nicole Schaffer) und zwei Expertinnen der Internationalen Selbstbestimmt-Leben-Bewegung (Gabi Pöhacker und Sonja Stadler). Allen vier gemeinsam ist, dass sie in vielfältigen Kontexten in Beratung und Training tätig sind.

Birgit Buchinger und Nicole Schaffer verfügen über jahrelange Erfahrung mit handlungsorientierten Forschungs- und Evaluierungsarbeiten sowie der Begleitung von Organisationsentwicklungsprojekten zu Themen wie Wissenschaft, Gesundheit, Arbeitswelt. Ein wesentlicher Fokus hierbei ist immer die Gender- und Diversitätsgerechtigkeit.

Gabriele Pöhacker, ursprünglich Informatikerin, leitete das Referat für Behindertenpastoral der Erzdiözese Salzburg und setzt sich für die Interessen von Frauen und Männern ein, die verschiedene Behinderungen haben. Sonja Stadler ist eine Lebens- und Sozialberaterin. Sie weiß – ebenso wie Gabi Pöhacker – aus eigener Erfahrung, wie es ist, mit einer Behinderung zu leben. Beide unterstützen und begleiten viele Frauen und Männer mit Behinderungen.

In dieser Zusammensetzung – Forscherinnen und Selbstbestimmt-Leben-Expertinnen als Beraterinnen für Leben mit Behinderungen – ist das Entwicklungsteam zukunftsweisend im Sinne der UN-Konvention und des Nationalen Aktionsplans für Österreich. Die Grundlage bilden dabei der Selbstbestimmt-Leben-Gedanke und die Prinzipien der UN-Konvention, konkret die einschlägigen Artikel über die Rechte von Menschen mit Behinderungen,[1] insbesondere Artikel 17 (Schutz der Unversehrtheit der Person), Artikel 25 (Gesundheit) und Artikel 6 (Frauen mit Behinderung), die Rahmengesundheitsziele Österreichs[2] sowie die Grundsätze von „ziel.sicher.gesund“ der Wiener Gesundheitsförderung.[3]

[1] http://www.sozialministerium.at/site/Soziales/Menschen_mit_Behinderungen/UN_Konvention_ueber_die_Rechte_von_Menschen_mit_Behinderungen/
[2] http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/
[3] http://www.wig.or.at/ziel.sicher.gesund

1.3 Forschungs- und Entwicklungsmethoden

Im Rahmen dieses Forschungs- und Entwicklungsprojekts kam ein vielfältiger Methodenmix aus Recherche, ExpertInneninterviews, qualitativen Workshops inklusive Auswertung nach klassischer Inhaltsanalyse und vieles mehr zum Einsatz. Konkret wurden für die Forschungs- und Entwicklungsarbeit sowie für die interne Evaluierung folgende methodische Schwerpunkte gesetzt (zu Details und Umsetzung siehe Kapitel 3):

- Literaturrecherche und -analyse
- Dokumentenrecherche und -analyse
- Sekundärstatistische Datenrecherche und -analyse
- Onlinerecherche zu Gesundheitswesen und Angebotsstruktur
- Explorative ExpertInneninterviews
- Entwicklung eines Seminarcurriculums
- Entwicklung eines begleitenden TrainerInnen-Handbuchs
- Entwicklung von Produkten für die Öffentlichkeitsarbeit zur Bewerbung des Kursprogramms „Gesundsein“
- Entwicklung und Umsetzung qualitätssichernder Methoden nach innen
    - Regelmäßige Reflexionsklausuren und Abstimmungsprozesse des gesamten Forschungs- und Entwicklungsteams
    - Kontinuierliche Rückkoppelung mit der Auftraggeberin
- Entwicklung und Umsetzung qualitätssichernder Methoden nach außen
    - Entwicklung und Auswertung von Dokumentationstools für die TrainerInnen
    - Entwicklung und Umsetzung qualitativer Workshops mit TrainerInnen
    - Entwicklung und Umsetzung eines qualitativen Workshops mit TeilnehmerInnen am Kursprogramm
    - Entwicklung eines Konzepts für einen Workshop mit UnterstützerInnen
- Überarbeitung aller Kursunterlagen entsprechend den Erfahrungen und Erkenntnissen aus der Pilotphase
- Verfassen eines Endberichts inklusive Evaluierung der Pilotphase und Empfehlungen für die flächendeckende Ausrollung in Wien.

2. Rahmen für die Gesundheitsförderung für Menschen mit Lernschwierigkeiten: Wissenschaftliche und politische Grundlagen sowie Haltungen

Einleitung

Eine grundlegende Herausforderung bei der Entwicklung dieses Kursprogramms „Gesundsein“ ist der Umgang mit den – sehr spärlich – vorhandenen gesicherten wissenschaftlichen Grundlagen im Bereich Gesundheit von Menschen mit Lernschwierigkeiten.

Das Forschungsgeschehen im deutschsprachigen Raum zum Themenkomplex „Behinderung“ im Allgemeinen sowie zu Menschen mit Lernschwierigkeiten und deren Gesundheit im Besonderen war und ist dominiert von Zugängen, denen Behinderung als individuelle, defizitäre Kategorie zugrunde liegen.

Die Kategorisierung ‚ForscherInnen ohne Behinderung – Beforschte mit Behinderung‘ folgt einer langjährigen Tradition in allen Wissenschaftsbereichen, insbesondere in Medizin, Psychologie sowie Sonder- und Heilpädagogik. Menschen mit Behinderungen wurden und werden in dieser wissenschaftlichen Tradition zwar befragt, sie wurden und werden aber an den Forschungsprozessen nicht aktiv beteiligt. „Es ist unerlässlich, immer wieder darauf hinzuweisen, was das (...) traditionelle Paradigma der Forschung zu Behinderung produziert und reproduziert hat: Abhängige, defizitäre Wesen, die es zu rehabilitieren oder auch zu heilen gilt, und wenn dies nicht möglich ist, diese möglichst weit weg vom Rest der Gesellschaft zu platzieren.“ (Naue 2013,173)

Die Erfahrungen und das Wissen der Internationalen Selbstbestimmt-Leben-Bewegung bzw. der People-First-Bewegung fanden demnach bislang kaum Eingang in die universitäre und außeruniversitäre Forschung und damit auch wenig Beachtung oder Resonanz.

Einzig die „Disability Studies“ verstehen sich als emanzipatorische Forschung im Sinne der Internationalen Selbstbestimmt-Leben-Bewegung bzw. der People-First-Bewegung. Diese wurden und werden im deutschsprachigen Raum aber zunehmend von der universitären Forschung vereinnahmt, und so bleibt die Kluft zwischen

Forschenden und AktivistInnen der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung bestehen; den AktivistInnen fehlen häufig die formale Ausbildung, der Auftrag oder die finanziellen Mittel, um ihre eigenen Belange zu erforschen. (Buchner/König 2013, 180)

Die im Jahr 2009 in Österreich gegründete Arbeitsgruppe und Kommunikationsplattform „Disability Studies Austria/Forschung zu Behinderung, Österreich“ (im Folgenden: DiStA)[4] versucht hier einen anderen Weg zu beschreiten. „Im Sinne der Disability Studies zielen wir durch politisches Engagement vor allem auf die Veränderung von Strukturen und gesellschaftlichen Bedingungen sowie auf die Förderung einer positiven Identität von Behinderung ab.“ (DiStA o.J.) Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen stellt für diese Vernetzungsstruktur eine Grundlage für ihr politisches und wissenschaftliches Engagement dar. „Im Gegensatz zur lange Zeit vorherrschenden und immer noch praktizierten Annäherung an Behinderung setzen sich die Disability Studies mit den komplexen Konstitutions-, Benennungs- sowie sozialen Zuweisungs- und Ausgrenzungsprozessen auseinander, die Menschen betreffen, die der Kategorie Behinderung zugeordnet werden. Disability Studies erörtern in diesem Sinne Behinderung gleichermaßen mit den Dimensionen Soziales, Kultur, Psyche, Politik, Recht und Ökonomie.“ (ebd.)

Dieser Vernetzungsplattform gehören Mitglieder aus unterschiedlichsten Disziplinen an. Konstituierend ist, dass es keine kategorischen Zugehörigkeitskriterien gibt, welche wiederum die Gefahr der Ein- bzw. Ausschlüsse mit sich bringen würden: „Wir legten fest, dass persönliche Betroffenheit, politisches Engagement und fachliche Kompetenz die wesentlichen und hinreichenden Voraussetzungen für eine Mitarbeit in der Initiative sein sollten. Zur Vernetzung eingeladen sind von Behinderung Betroffene und Mit-Betroffene sowie Verbündete.“ (ebd.)

Damit leistet DiStA nicht nur einen wesentlichen Beitrag zur Überwindung der Kluft zwischen Forschung und autonomer Behindertenbewegung, sondern vollzieht damit einen grundlegenden Paradigmenwechsel im Verständnis von Wissenschaft und Behinderung entsprechend der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen: „Behindert-sein oder persönliche Betroffenheit ist vor allem eine Frage von Identität und steht im Spannungsfeld von Selbstbild, vermuteter und ‚tatsächlicher‘ Außensicht. Behinderung stellt in diesem Kontext eine zentrale Dimension sozialer Ungleichheit und kollektiver Identitätsbildung dar und ist somit als soziale Kategorie, wie z.B. Klasse, Geschlecht und ethnische Zugehörigkeit, zu verstehen.“ (ebd.)

[4] Für genauere Informationen der DiStA siehe die Website: http://dista.uniability.org (abgefragt am 25.6.2015).

Unser Zugang bei der Entwicklung des Kursprogramms „Gesundsein“ entspricht dem emanzipatorischen Ansatz der Disability Studies und vollzieht im wissenschaftlichen Verständnis sowie im praktischen Tun den Paradigmenwechsel, der durch die UN-Konvention politisch fundiert worden ist: Im TrainerInnen-Handbuch spannen wir im Folgenden den Bogen, der sich von wissenschaftlichen über politische Grundlagen bis hin zu zentralen Haltungen und Querschnittsmaterien spannt. All diese Grundlagen sollen Sie als TrainerInnen in dem Vorhaben, Menschen mit Lernschwierigkeiten ein Stück weit bei der Stärkung ihrer Gesundheitskompetenzen zur Seite zu stehen, unterstützen.

Zu Beginn dieses Kapitels wird die Geschichte der Selbstbestimmt-Leben-/People-First-Bewegung nachgezeichnet. Dabei werden zentrale Aspekte dieser Bewegungen dargestellt. Im Anschluss daran setzen wir uns mit formal-politischen Entwicklungen auseinander: Hier stellt die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen DEN Meilenstein dar. Diesbezüglich werden zunächst die für das Thema Gesundheitsförderung wesentlichen Artikel vorgestellt. Anschließend wird der Nationale Aktionsplan Behinderung präsentiert, durch den Österreich die Umsetzung dieser UN-Konvention verfolgt.

Schließlich widmet sich ein Abschnitt der Geschichte und dem Verständnis von Gesundheitsförderung. Auch hier werden Schlüsseldokumente vorgestellt sowie die aktuelle Situation in Österreich skizziert.

2.1 Wissenschaftliche und politische Grundlagen

2.1.1 Das Selbstbestimmt-Leben-Paradigma/People First[5]

Um die wesentlichen Aspekte des Selbstbestimmt-Leben-Paradigmas nachvollziehbar zu machen, sei hier kurz die Geschichte dieser Bewegung erzählt.

Die Selbstbestimmt-Leben-Bewegung

In den 1960er Jahren gab es in den Vereinigten Staaten eine sehr aktive StudentInnenbewegung, von der viele Impulse zur gesellschaftlichen Veränderung ausgingen. Mehrere junge Menschen mit Behinderungen versuchten damals, ihr Recht auf ein Studium an der University of California in Berkeley durchzusetzen. Sie nahmen sich auch die „Bürgerrechtsbewegung“ zum Vorbild, in der AfroamerikanerInnen für Gleichberechtigung und die Überwindung des Rassismus

[5] Quellen für diesen Abschnitt: Stadler 2013 und 2014.

kämpften. Unter anderem stellte der junge Ed Roberts, der eine eiserne Lunge benötigte, einen Antrag auf einen Studienplatz und wurde in das Campus-Spital eingewiesen, weil er angeblich nur dort ausreichend ‚betreut' werden könnte. Ed Roberts und andere StudentInnen mit Behinderungen versuchten mit Hilfe sehr aktiver StudentInnenvertreterInnen, ihr Recht auf ein selbstbestimmtes Studienleben durchzusetzen und gründeten im Jahr 1972 in Berkeley das erste Selbstbestimmt-Leben-Zentrum.[6]

Gemeinsam formulierten sie erstmals viele heute allgemein gültige Forderungen und entwickelten eigene Instrumentarien zur Förderung von Menschen mit den unterschiedlichsten Behinderungen auf ihrem Weg zur Selbstbestimmung. Schließlich wurde Ed Roberts selbst Chef jener Rehabilitationsbehörde, die ihm einst jegliche Förderung auf seinem Weg zur Selbstbestimmung verwehrt hatte.

Inzwischen gibt es auf der ganzen Welt, auch in Österreich, Selbstbestimmt–Leben-Initiativen und -Zentren, die nach den gleichen Grundprinzipien arbeiten:[7]

Selbstbestimmt-Leben-Initiativen in Österreich:

- 1994 BIZEPS – Wien
- Selbstbestimmtes Leben, SLI Innsbruck
- 1984–1994 SL-Initiativen Linz, Wien, Klagenfurt, Salzburg, Graz, Vorarlberg
- 1994 Gründung des Vereins „Selbstbestimmt-Leben-Initiative Linz" (Umbenennung in SLI OÖ 2007)
- 2001 Selbstbestimmt Leben Österreich

Grundlagen:

Drei-Säulen-Modell von Selbstbestimmt-Leben-Initiativen

- Schulung und Beratung (Empowerment und Peer Counseling)
- Persönliche Assistenz
- Politische Interessenvertretung

Grundsätze der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung:

- Antidiskriminierung und Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen
- Entmedizinisierung von Behinderungen
- Nicht-Aussonderung und größtmögliche Integration in alle Lebensbereiche
- Größtmögliche Kontrolle über die eigenen Organisationen

[6] Genauere Informationen zum Center of Independent Living unter: www.cilberkeley.org/about-us/mission/.
[7] Quelle für den folgenden Abschnitt: www.integra.at/files/Selbsbestimmung.pdf (abgefragt am 05.05.2015).

- Größtmögliche Kontrolle über die Dienstleistungen für Menschen mit Behinderungen durch Menschen mit Behinderungen
- Peer Counseling, Peer Support und Empowerment als Schlüssel zur Ermächtigung

Bedeutung der Selbstbestimmung für Frauen, Männer, Jugendliche und Kinder mit einer Behinderung (Stadler 2013, 2014):

Selbstbestimmung bedeutet, dass Menschen mit Behinderungen – unabhängig von Art und Ausmaß ihrer Behinderung – den eigenen Lebensstil wählen, entwickeln und leben können sowie das uneingeschränkte Recht haben, am öffentlichen Leben teilzunehmen. Den eigenen Lebensstil wählen, entwickeln und leben zu können beinhaltet auch alltägliche Dinge wie Essen und Anziehen. Den eigenen Lebensstil zu leben bringt eine neue Freiheit mit sich. Dadurch ergeben sich aber neue Anforderungen und Aufgaben, welche wiederum in Eigenverantwortung zu lösen sind. Dieser Umstand ist für manche Menschen mit einer Behinderung nicht einfach zu erfassen und verlangt viel Übung von allen beteiligten Personen, die da sind: die Frauen und Männer mit einer Behinderung, die AssistentInnen bzw. UnterstützerInnen und auch die Eltern, falls es sich noch um Kinder und Jugendliche handelt.

Für das Selbstbestimmt-Leben-Paradigma sind in der Praxis folgende Aspekte von großer Bedeutung:

- Ihre/seine Grundbedürfnisse befriedigen zu können
- Im Fühlen und Denken frei zu sein
- Sich selbst zu akzeptieren und zu vertreten
- Sich in der Begegnung mit anderen gleichwertig zu fühlen
- Ihre/seine eigenen Ziele verwirklichen zu können
- Ein eigenverantwortliches Leben zu führen, in dem frau/man sich für die sich daraus ergebenden Konsequenzen entscheiden kann
- In und mit der Gesellschaft zu leben und ein politischer Mensch zu sein

In der Arbeit mit Frauen und Männern mit Lernschwierigkeiten und/oder Mehrfachbehinderungen ist es wesentlich, diese Aufzählung mit alltäglichen Beispielen zu untermauern.

People-First-Bewegung

In den 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts haben sich in den USA Menschen mit Lernschwierigkeiten zu einer Gruppe zusammengetan. Diese dachten

sich den Namen „People First“ für ihre Gruppe aus, zu Deutsch „Zuerst Mensch“. Die Mitglieder wollten und wollen damit zeigen, dass sie zunächst einmal Menschen sind. Inzwischen gibt es auf der ganzen Welt People-First-Gruppen.

1994 fand in Duisburg ein Kongress mit dem Thema „Ich weiß doch selbst, was ich will! – Menschen mit geistiger Behinderung auf dem Weg zu mehr Selbstbestimmung“ statt. Fast 1000 Menschen mit und ohne Behinderungen nahmen daran teil. Das Ergebnis dieses Kongresses war die Duisburger Erklärung (Göbel 1999), die noch heute Gültigkeit hat. Die Menschen mit Lernschwierigkeiten (damals noch Menschen mit „geistiger Behinderung“ genannt) artikulierten ihre Forderungen und Einsichten wie folgt:

- „Wir möchten mehr als bisher unser Leben selbst bestimmen. Dazu brauchen wir andere Menschen. Wir wollen aber nicht nur sagen, was andere tun sollen. Auch wir können etwas tun!
- Wir wollen Verantwortung übernehmen. (Zum Beispiel in der Werkstatt nach der Pause pünktlich mit der Arbeit anfangen.)
- Wir wollen uns auch um schwächere Leute kümmern. Auch schwer behinderte Menschen können sagen, was sie wollen. Vielleicht nicht durch Sprache, aber frau/man kann es im Gesicht sehen oder am Verhalten.
- Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden. (Zum Beispiel soll eine Familie mit behindertem Kind genauso wie andere eine Wohnung mieten können.)
- Alle haben das Recht, am Leben der Gemeinschaft teilzunehmen. (Zum Beispiel ist es nicht in Ordnung, wenn frau/man behinderte Menschen abfüttert oder ihnen sagt, wann sie ins Bett oder zur Toilette gehen sollen.)
- Wenn Politiker/innen von Selbstbestimmung sprechen, heißt das nicht, dass sie damit Geld sparen können. Denn Selbstbestimmung heißt nicht, dass frau/man ohne Hilfe lebt.
- Selbst zu bestimmen heißt, auszuwählen und Entscheidungen zu treffen!
- Jede/r lernt am besten durch eigene Erfahrungen. Involvierte Menschen meinen es oft zu gut. Sie lassen uns nicht selbst probieren. Es ist ja nicht schlimm, wenn frau/man Fehler macht und von vorne anfängt.
- Betreuer/innen sollen uns helfen, dass wir Dinge selbst tun können. Sie sollen sich mit Geduld auf behinderte Menschen einstellen. Wir wollen zusammenarbeiten, wir sind keine Befehlsempfänger/innen. ‚People First‘ bedeutet also, dass immer der Mensch im Mittelpunkt stehen soll und nicht seine Behinderung. Also: Mensch zuerst.“ (ebd., 10–13)

2.1.2 Formale Grundlagen zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen

2.1.2.1 UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (BMASK 2011a) ist der erste universelle Völkerrechtsvertrag, der den anerkannten Katalog der Menschenrechte, wie er in der internationalen Menschenrechtscharta (Vereinte Nationen 1948) zum Ausdruck kommt, auf die Situation von Menschen mit Behinderungen zuschneidet. Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen enthält ähnlich wie andere Menschenrechtsverträge ein Individualbeschwerdeverfahren, mit dem sich Individuen oder Gruppen gegen erlebte Menschenrechtsverletzungen wehren können, und zudem ein besonderes Untersuchungsverfahren für schwerwiegende Menschenrechtsverletzungen. Österreich hat beide Dokumente unterzeichnet.[8] Die UN-Konvention ist in Österreich am 26. Oktober 2008 in Kraft getreten. (BMASK 2012, 3)

Allgemeine Regelungen

Artikel 3

Allgemeine Grundsätze

1) Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit
2) Nichtdiskriminierung
3) Volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in dieselbe
4) Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit
5) Chancengleichheit
6) Zugänglichkeit
7) Gleichberechtigung von Mann und Frau
8) Achtung vor den sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderungen und Achtung ihres Rechts auf Wahrung ihrer Identität.

Artikel betreffend die Förderung der Gesundheitskompetenz

Für die Förderung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Lernschwierigkeiten sind zusätzlich folgende einschlägigen Artikel der UN-Konvention von zentraler Bedeutung: Artikel 5 (Gleichberechtigung und

[8] BGBl. III – ausgegeben am 23. Oktober 2008 – Nr. 155.

Nichtdiskriminierung) sowie Artikel 6 (Frauen mit Behinderung), Artikel 17 (Schutz der Unversehrtheit der Person) und Artikel 25 (Gesundheit).

Im Folgenden stellen wir die für unsere Arbeit handlungsleitenden Artikel der UN-Konvention im Volltext vor:

Artikel 5

Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung

(1) Die Vertragsstaaten anerkennen, dass alle Menschen vor dem Gesetz gleich sind, vom Gesetz gleich zu behandeln sind und ohne Diskriminierung Anspruch auf gleichen Schutz durch das Gesetz und gleiche Vorteile durch das Gesetz haben.

(2) Die Vertragsstaaten verbieten jede Diskriminierung aufgrund von Behinderung und garantieren Menschen mit Behinderungen gleichen und wirksamen rechtlichen Schutz vor Diskriminierung, gleichviel aus welchen Gründen.

(3) Zur Förderung der Gleichberechtigung und zur Beseitigung von Diskriminierung unternehmen die Vertragsstaaten alle geeigneten Schritte, um die Bereitstellung angemessener Vorkehrungen zu gewährleisten.

(4) Besondere Maßnahmen, die zur Beschleunigung oder Herbeiführung der tatsächlichen Gleichberechtigung von Menschen mit Behinderungen erforderlich sind, gelten nicht als Diskriminierung im Sinne dieses Übereinkommens.

Artikel 6

Frauen mit Behinderungen

(1) Die Vertragsstaaten anerkennen, dass Frauen und Mädchen mit Behinderungen mehrfacher Diskriminierung ausgesetzt sind, und ergreifen in dieser Hinsicht Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass sie alle Menschenrechte und Grundfreiheiten voll und gleichberechtigt genießen können.

(2) Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen zur Sicherung der vollen Entfaltung, der Förderung und der Stärkung der Autonomie der Frauen, um zu garantieren, dass sie die in diesem Übereinkommen genannten Menschenrechte und Grundfreiheiten ausüben und genießen können.

Artikel 17

Schutz der Unversehrtheit der Person

Jeder Mensch mit Behinderungen hat gleichberechtigt mit anderen das Recht auf Achtung seiner körperlichen und seelischen Unversehrtheit.

Artikel 25

Gesundheit

Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um zu

gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation, haben. Insbesondere

a) stellen die Vertragsparteien Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung wie anderen Menschen, einschließlich sexual- und fortpflanzungsmedizinischer Gesundheitsleistungen und der Gesamtbevölkerung zur Verfügung stehender Programme des öffentlichen Gesundheitswesens;

b) bieten die Vertragsstaaten die Gesundheitsleistungen an, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden, soweit angebracht, einschließlich Früherkennung und Frühintervention, sowie Leistungen, durch die, auch bei Kindern und älteren Menschen, weitere Behinderungen möglichst gering gehalten oder vermieden werden sollen;

c) bieten die Vertragsstaaten diese Gesundheitsleistungen so gemeindenah wie möglich an, auch in ländlichen Gebieten;

d) erlegen die Vertragsstaaten den Angehörigen der Gesundheitsberufe die Verpflichtung auf, Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angedeihen zu lassen, namentlich auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung, indem sie unter anderem durch Schulungen und den Erlass ethischer Normen für die staatliche und private Gesundheitsversorgung das Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen schärfen;

e) verbieten die Vertragsstaaten die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen in der Krankenversicherung und in der Lebensversicherung, soweit eine solche Versicherung nach innerstaatlichem Recht zulässig ist; solche Versicherungen sind zu fairen und angemessenen Bedingungen anzubieten;

f) verhindern die Vertragsstaaten die diskriminierende Vorenthaltung von Gesundheitsversorgung oder -leistungen oder von Nahrungsmitteln und Flüssigkeiten aufgrund von Behinderung.

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen liegt auch in Leichter Sprache vor.[9]

2.1.2.2 Österreich: Nationaler Aktionsplan Behinderung 2012–2020

Zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention hat das Sozialministerium gemeinsam mit anderen Bundesministerien den Nationalen Aktionsplan 2012–2020 (NAP Behinderung) erarbeitet. (BMASK 2012) „Gemäß dem Untertitel ‚Inklusion als Menschenrecht und Auftrag' soll der NAP Behinderung der Umsetzung der UN-

[9] www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/2/5/8/CH2218/CMS1314697554749/131008_un-konvention_ll-version_kompl1.pdf.

Behindertenrechtskonvention dienen und auch die Zielsetzungen und Inhalte der EU-Behindertenstrategie 2010–2020 unterstützen. (...) Im Sinne des ‚Disability Mainstreaming' sind die Maßnahmen von den einzelnen Bundesministerien je nach ihrer Zuständigkeit ressortverantwortlich wahrzunehmen, denn Behindertenrechte sind Menschenrechte und umfassen alle Lebensbereiche." (ebd., 3)[10,11]

In insgesamt acht Kapiteln (Behindertenpolitik, Diskriminierungsschutz, Barrierefreiheit, Bildung, Beschäftigung, Selbstbestimmtes Leben, Gesundheit und Rehabilitation sowie Bewusstseinsbildung und Information) finden sich im NAP Behinderung insgesamt 245 Maßnahmen zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention.

Exemplarische Beispiele dieser Maßnahmen in Leichter Sprache:

„Es muss öffentlich über die Gewalt gegen Mädchen und Frauen mit Behinderungen gesprochen werden. Das heißt, es muss allen Menschen in unserer Gesellschaft klar werden, was das bedeutet. Den Menschen muss auch klar werden, dass Mädchen und Frauen mit Behinderungen selbstbestimmt leben dürfen. **Niemand darf etwas tun, was sie nicht wollen** (Hervorhebung im Original)**."** (BMASK 2013, 32)

„Menschen in der ‚Beschäftigungs-Therapie' sollen so versichert werden, wie alle anderen Menschen, die einen Arbeitsplatz haben. Manchmal gehen Menschen mit Behinderungen nur für kurze Zeit arbeiten, weil sie ausprobieren wollen, ob das für sie möglich ist. Es darf nicht passieren, dass diese Menschen dabei ihre Geldleistungen verlieren." (ebd., 67)

„Bis zum Jahr 2020 soll es überall im Gesundheitsbereich Barrierefreiheit geben. Das gilt für Krankenhäuser und alle Ordinationen von Ärztinnen und Ärzten." (ebd., 84)

Der NAP Behinderung wurde von der österreichischen Bundesregierung am 24. Juli 2012 beschlossen. Der NAP Behinderung liegt auch in Leichter Sprache vor. (BMASK 2013)

[10] Das Sozialministerium verweist darauf, dass die Erstellung des NAP Behinderung unter Einbindung der Zivilgesellschaft, insbesondere von Organisationen im Bereich der Behindertenarbeit, erfolgt sei. Demgegenüber kritisieren zahlreiche Organisationen die mangelhafte Partizipation von betroffenen Personen bei der Erstellung des NAP Behinderung. Zudem wurden zahlreiche Stellungnahmen zum Entwurf des NAP verfasst, die umfassende Kritik an verschiedenen inhaltlichen Aspekten des NAP Behinderung enthalten. Siehe hierzu etwa die Stellungnahme von BIZEPS vom 17. Februar 2012 unter www.bizeps.or.at/news.php?nr=13017 (abgefragt am 18.03.2015).

[11] Zur EU-Behindertenstrategie siehe genauer unter: ec.europa.eu/news/justice/101115_de.htm (abgefragt am 30.03.2015).

2.1.3 Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation

2.1.3.1 Zum Gesundheitsförderungsbegriff

Ein in Zusammenhang mit Gesundheitsförderung häufig verwendeter Begriff ist jener der Prävention. Nach Glaeske et al. 2003 sind Prävention und Gesundheitsförderung zwei unterschiedliche Ansätze, welche dasselbe Ziel verfolgen: „Das gesundheitliche Wohlbefinden der Gesamtbevölkerung soll gesteigert und Krankheiten sollen verhindert werden. Beide Strategien unterscheiden sich aber in ihren Ansatzpunkten und ihrer Zielrichtung." (ebd., 10) *Prävention* zielt darauf ab, Risikofaktoren für spezifische Erkrankungen zu vermindern und fokussiert auf bereits Erkrankte oder RisikoträgerInnen. Prävention kann primär das Verhalten von Risikogruppen in den Blick nehmen (Verhaltensprävention) oder sich auf Rahmenbedingungen beziehen (Verhältnisprävention). (ebd.)

Gesundheitsförderung setzt breiter an als Prävention, d.h., Einzelpersonen und Gruppen sollen in die Lage versetzt werden, die jeweiligen persönlichen, sozioökonomischen und umweltbezogenen Faktoren positiv für ihre Gesundheit zu beeinflussen. Gesundheitsförderung „ist durch einen partizipativen, ganzheitlichen, intersektoralen und nachhaltigen Ansatz gekennzeichnet". (ebd., 9)

Mit der Strategie der Gesundheitsförderung wird eine Veränderung der öffentlichen Gesundheitspolitik in Richtung einer Querschnittsmaterie angestrebt, in welcher der Fachbereich Gesundheit mit anderen gesellschaftlich und politisch relevanten Sektoren in Beziehung gesetzt wird. Es geht also sowohl um Maßnahmen zur positiven Beeinflussung des individuellen Gesundheitsverhaltens wie auch um Strategien zur Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen von Individuen und Bevölkerungsgruppen.

Salutogenese

Der Begriff Gesundheitsförderung (health promotion) wurde durch die WHO lanciert. Beginnend mit der Ottawa-Charta aus dem Jahr 1986 hat die WHO in den letzten Jahrzehnten in verschiedenen Erklärungen das Verständnis der Gesundheitsförderung konkretisiert und so kontinuierlich weiterentwickelt. Allgemein setzt Gesundheitsförderung bei den gesundheitsrelevanten Ressourcen und Potenzialen der Menschen in allen gesellschaftlichen Schichten an. Wesentlich ist die Abkehr von der vorrangigen Suche nach Risikofaktoren für Krankheiten (Pathogenese) und die Konzentration auf die Frage, wie und wo Gesundheit hergestellt wird (Salutogenese). „Gesundheitsförderung umfasst Maßnahmen, die auf die Veränderung und Förderung sowohl des individuellen und des kollektiven

Gesundheitsverhaltens als auch der Lebensverhältnisse abzielen – der Rahmenbedingungen, die Gesundheit und Gesundheitsverhalten jedes einzelnen und ganzer Bevölkerungsgruppen beeinflussen.“ (Magistrat der Stadt Wien 2001, 54) Kurz gefasst geht es bei Gesundheitsförderung neben der Verhaltensorientierung (meint etwa Bewegung, Ernährung, Rauchen) vor allem um die Verhältnisorientierung (die strukturelle Ebene, etwa krankmachende Arbeitsbedingungen aufgrund ‚schlechter Führung‘).

2.1.3.2 Gesundheitsdeterminanten

Gesundheit und Wohlergehen der Bevölkerung werden von verschiedensten Faktoren beeinflusst. Bildung, Einkommen und soziale Netzwerke tragen ebenso dazu bei wie körperliche Veranlagungen, Alter, Bewegung und Ernährung. Körperliche, psychische und soziale Aspekte in ihrem Wechselspiel und in ihrer gegenseitigen Beeinflussung sind also maßgeblich für die Aufrechterhaltung von Gesundheit und für die Ausbildung von Krankheiten. Wichtig hierbei ist, dass von einer Gleichwertigkeit dieser drei Bereiche auszugehen ist. Schließlich ist von Bedeutung, dass das Gesundheits- oder Krankheitsverständnis sozial geschaffen, normiert (festgeschrieben), von gesellschaftlichen Interessen geleitet und daher veränderbar ist.

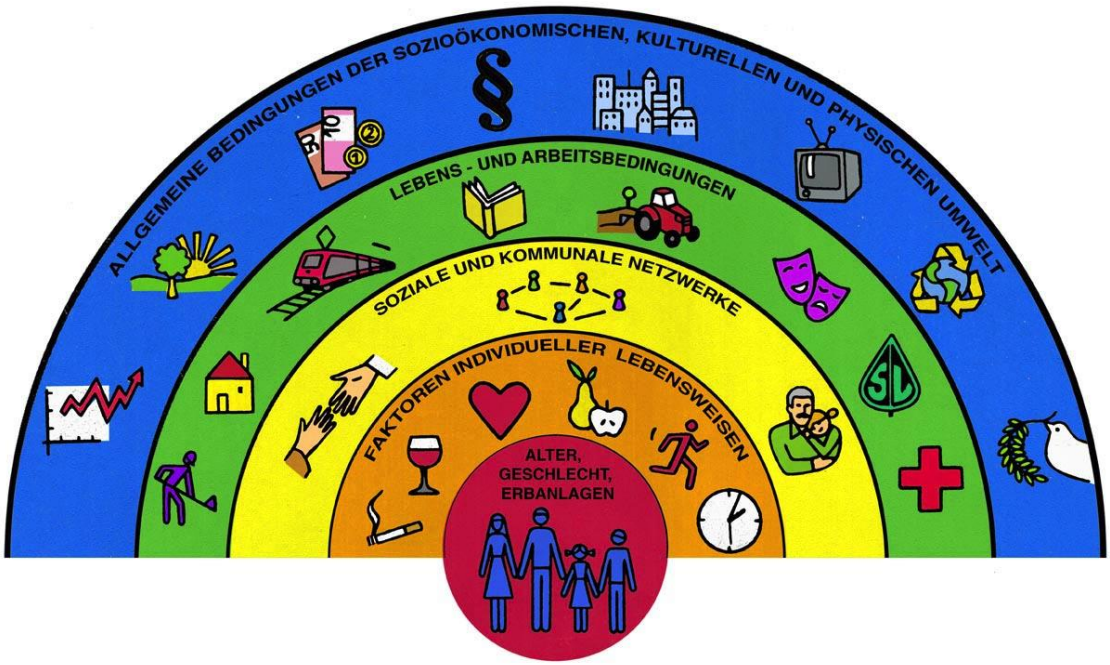
In der Jakarta-Erklärung aus dem Jahr 1997 werden als Grundvoraussetzungen von Gesundheit folgende Determinanten benannt: „Frieden, Unterkunft, Bildung, soziale Sicherheit, soziale Beziehungen, Nahrung, Einkommen, Handlungskompetenzen (empowerment) von Frauen, ein stabiles Ökosystem, nachhaltige Nutzung von Ressourcen, soziale Gerechtigkeit, die Achtung der Menschenrechte und die Chancengleichheit.“ (Jakarta-Erklärung 1997)[12] Armut wird dabei als die größte Bedrohung für die Gesundheit identifiziert.

Die Determinanten der Gesundheit umfassen also sozioökonomische Faktoren und umweltbedingte Verhältnisse, Lebensweisen und Lebensstile ebenso wie individuelle Faktoren (etwa Alter, Geschlecht oder erbliche Faktoren). (FGÖ 2005, o.S.) Diese Determinanten sind die zentralen Ansatzpunkte der Gesundheitsförderung: Sowohl die Verhältnisse, in denen wir leben, können verändert werden, als auch unser individuelles Verhalten.

[12] Jakarta-Erklärung, download unter: www.who-tag.de/2002themen_jakarta.htm.

Insgesamt soll die Orientierung des Gesundheitsförderungskonzepts an den Prinzipien der Salutogenese zur Identifikation und Stärkung von gesundheitsrelevanten Ressourcen und Potenzialen führen – dies sowohl durch die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen als auch durch verbesserte gesundheitsrelevante Lebens- und Arbeitsbedingungen[13].

Die Determinanten der Gesundheit im Überblick



Quelle: www.fgoe.org/hidden/downloads/Determinanten_farbe.jpg (abgefragt am 30.03.2015)

Gesundheitliche Chancengleichheit

Nicht alle Menschen haben gleiche Voraussetzungen und Möglichkeiten, ein gesundes Leben zu führen. Die nachhaltige Stärkung gesundheitlich benachteiligter Bevölkerungsgruppen ist der Gesundheitsförderung daher immer ein zentrales Anliegen. Gesundheitsförderung kann einen Beitrag dazu leisten, dass der Zugang zu Gesundheitswissen und Gesundheitsstrukturen für alle Menschen gleichwertig möglich wird. Sie kann dazu beitragen, dass alle Menschen die gleichen Chancen haben, gesund zu leben und sich wohlzufühlen.

[13] Im Jahr 1997 wurde die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union verabschiedet. Siehe genauer unter: Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union 1997.

Bereits in der Ottawa-Charta wurde die gesundheitliche Chancengleichheit als zentrales Ziel definiert: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen." (Ottawa-Charta 1986) In der Jakarta-Erklärung der vierten Internationalen Konferenz der Gesundheitsförderung von 1997 wurde diese Definition weiterentwickelt: „Ziel ist es, den größtmöglichen Gesundheitsgewinn für die Bevölkerung zu erreichen, maßgeblich zur Verringerung der bestehenden gesundheitlichen Ungleichheiten beizutragen, die Menschenrechte zu stärken und soziale Ressourcen aufzubauen." (Jakarta-Erklärung 1997)[14] Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert", das in der Weltgesundheitserklärung aller WHO-Mitgliedsstaaten im Mai 1998 verabschiedet wurde, definiert als oberstes Ziel, dass das volle gesundheitliche Potenzial für alle zu erreichen sei. (Gesundheit 21, 1998) Gesundheit wird hier wiederum als fundamentales Menschenrecht definiert. (ebd.)

Geschlechtergerechtigkeit

Zahlreiche wissenschaftliche Studien der letzten Jahre und Jahrzehnte belegen, dass Gesundheit und Krankheit umfassende geschlechtsspezifische Ursachen sowie Charakteristika haben: „Männer und Frauen unterscheiden sich im Profil ihrer Krankheiten und Gesundheitsstörungen. (...) Die gesundheitswissenschaftliche Forschung der letzten Jahre hat gezeigt, dass genetische, biologische und physiologische Merkmale mit sozialen und physischen Umweltfaktoren auf das Engste interagieren und die Art und Weise ihrer Interaktion darüber entscheidet, welche Ausprägungen von Gesundheits- und Krankheitsprofilen sich entfalten. (Hurrelmann/Kolip 2002, 9) Dies berücksichtigte auch die WHO und veranstaltete zum Thema Gender Mainstreaming in der Gesundheitspolitik die Konferenz „Gender Mainstreaming Health Policies in Europe" in Madrid im September 2001. Bei dieser Konferenz wurde das Madrid Statement verabschiedet, das besagt, dass das Prinzip Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung und Prävention stärker zu berücksichtigen ist, da dies die effektivste Strategie sei, die gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern zu reduzieren. (Madrid Statement 2001) Die Mitgliedsstaaten wurden aufgefordert, entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Im spezifischen Feld Gesundheitsförderung meint Gender Mainstreaming, „alle Maßnahmen daraufhin zu überprüfen, ob sie die Lebenswelten von Frauen und Männern angemessen berücksichtigen und geschlechteradäquate Zugänge und Methoden integrieren. Zudem gilt es, die spezifischen Präventionspotenziale von Frauen und Männern auszuloten und gezielte Maßnahmen dort zu entwickeln, wo Frauen oder Männer einen ‚Nachholbedarf' haben." (Kolip/Altgeld 2006, 16)

[14] Jakarta-Erklärung, download unter: www.who-tag.de/2002themen_jakarta.htm.

„Health in All Policies“

Ebenfalls bereits in der Ottawa-Charta festgelegt wurde der Grundsatz, dass Gesundheitsförderung eine politische Querschnittsmaterie ist, zu der alle politischen AkteurInnen beizutragen haben: „Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin.“ (Ottawa-Charta 1986)

2.1.4 Gesundheitsförderung in Österreich

In diesem Abschnitt werden wichtige Eckpfeiler des aktuellen österreichischen Gesundheitswesens sowie Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung skizziert.

Für die Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens wurde in Österreich im Rahmen der Gesundheitsreform 2005 die Bundesgesundheitsagentur (BGA)[15] eingerichtet.[16] Als Organe der BGA fungieren die Bundesgesundheitskommission sowie die Bundes-Zielsteuerungskommission. Mit der Gesundheitsreform 2013 wurde ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem eingerichtet, zu dem sich Bund, Länder und Sozialversicherung verpflichten. Oberstes Ziel dieser Gesundheitsreform besteht in einer sektorenübergreifenden Zielsteuerung durch eine bessere Abstimmung zwischen dem Krankenanstaltenbereich und dem niedergelassenen Versorgungsbereich. Der Vertrag zur Zielsteuerung-Gesundheit zwischen Bund und Ländern nach Art. 15a B-VG regelt etwa gesundheitspolitische Grundsätze, Aufbau, Inhalte und Ablauf der Zielsteuerung-Gesundheit sowie die dafür notwendigen Entscheidungsstrukturen auf Bundes- und Landesebene.

Dieser Vertrag orientiert sich an verschiedenen handlungsleitenden Prinzipien, etwa Selbstbestimmung, BürgerInnen- und PatientInnenorientierung, Bekenntnis zur Qualität sowie Orientierung an den Rahmen-Gesundheitszielen.[17]

[15] Der BGA gehören VertreterInnen des Bundes, der Sozialversicherung, aller Länder, der Interessenvertretungen der Städte und Gemeinden, der konfessionellen Krankenanstalten, der PatientInnenvertretungen sowie der Ärztekammer an.

[16] Quelle: Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs: Unser Gesundheitswesen im Überblick – Abschnitt „Steuerorgane des Gesundheitssystems – Zielsteuerung Gesundheit“: www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/DasGesundheitswesenimUeberblicktml_LN.html (abgefragt am 19.03.2015).

[17] Quelle: Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs: Gesundheitsreform 2013 – Zielsteuerung Gesundheit: www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/QualitaetimGesundheitswesen_LN.html (abgefragt am 19.03.2015).

Diese Rahmen-Gesundheitsziele wurden unter Einbindung von dreißig unterschiedlichen Organisationen sowie unter Mitwirkung von rund 4.000 BürgerInnen über eine Internet-Plattform erarbeitet und am 29. Juni 2012 von der österreichischen Bundesregierung beschlossen. Sie sollen für die nächsten zwanzig Jahre gültig sein. „Die zehn definierten Rahmen-Gesundheitsziele sind ein wichtiger erster Schritt in Richtung einer gemeinsamen Strategie ‚Gesundheit für alle'. Sie sollen als Handlungsanleitung dienen und sich in konkreten Maßnahmen der verschiedensten Politik- und Gesellschaftsbereiche niederschlagen." (Stöger 2012, o.S.) Die Verhältnisorientierung stand bei der Formulierung dieser Ziele im Vordergrund: „Die Rahmen-Gesundheitsziele rücken daher jene Faktoren in den Vordergrund, die die Gesundheit entscheidend beeinflussen, wie etwa Bildung, Arbeitssituation, soziale Sicherheit oder Umwelteinflüsse." (Bundesministerium für Gesundheit 2012, V)

Insgesamt dienten acht Grundprinzipien als handlungsleitend, wobei die Determinantenorientierung, der „Health in All Policies"-Ansatz sowie die Förderung von Chancengleichheit von besonderer Bedeutung waren. (ebd., VIf.)

Die zehn Rahmen-Gesundheitsziele im Einzelnen:

„Ziel 1: Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen

Ziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter sorgen

Ziel 3: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken

Ziel 4: Die natürlichen Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern

Ziel 5: Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken

Ziel 6: Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen

Ziel 7: Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen

Ziel 8: Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern

Ziel 9: Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern

Ziel 10: Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen" (ebd., VIIff.)

2.1.4.1 Die Gesundheit Österreich GmbH[18]

Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) wurde am 1. August 2006 per Bundesgesetz errichtet und fungiert als österreichweites Forschungs- und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen; weiters ist die GÖG die Kompetenz- und Förderstelle für die Gesundheitsförderung. Der Bund ist Alleingesellschafter der GÖG, vertreten durch die/den jeweilige/n GesundheitsministerIn. Der GÖG wurden zwei bereits etablierte österreichische Gesundheitseinrichtungen eingegliedert: Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) und der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ). Als dritter Geschäftsbereich wurde im Juli 2007 schließlich das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) gegründet. Diese neue Struktur ermöglicht nun die Abstimmung von Strukturplanung, Gesundheitsförderung und Qualitätssicherung.

2.1.4.2 Wiener Gesundheitsförderung – WiG[19]

Als Ansprech- und Kompetenzstelle für Gesundheitsförderung in Wien wurde im Dezember 2008 die Wiener Gesundheitsförderung – WiG als gemeinnützige Gesellschaft der Stadt Wien gegründet. Aufgabe dieser Organisation sind die Weiterentwicklung und der Ausbau von Gesundheitsförderaktivitäten in Wien. Im März 2009 startete die Wiener Gesundheitsförderung – WiG mit ihren Aktivitäten, wobei sie auch die Gesundheitsförderaktivitäten der Stadt Wien und des Fonds Soziales Wien übernahm.

Das von der WHO in der Ottawa-Charta definierte ganzheitliche Gesundheitsverständnis leitet auch die Arbeit der Wiener Gesundheitsförderung – WiG. In insgesamt drei Schwerpunktfeldern – Gesunde Lebenswelten, gesunder Lebensstil sowie seelische Gesundheit – werden Maßnahmen und Projekte durchgeführt.

Das gegenständliche Projekt „Gesundsein. Ein Kurs zur Förderung der Gesundheitskompetenz für Menschen mit Lernschwierigkeiten“ wird im Rahmen des Projekte „ziel.sicher.gesund. Gesundheitskompetenz für PatientInnen“ der Wiener Gesundheitsförderung vom Team Gesunde Stadt – Selbsthilfe und Empowerment durchgeführt. Finanziert wird dieses Projekt aus Mitteln des Landesgesundheitsförderungsfonds.

[18] Quelle: www.goeg.at/de/Ueber-Uns.html (abgefragt am 20.03.2015).
[19] Quelle: www.wig.or.at/mehr.77.0.html (abgefragt am 20.03.2015).

2.1.5 Gesundheitliche Herausforderungen für Menschen mit Lernschwierigkeiten

2.1.5.1 Menschen mit Lernschwierigkeiten

Prinzipiell handelt es sich bei Menschen mit Lernschwierigkeiten – wie bei Menschen mit und ohne Behinderungen gesamt – um eine sehr heterogene Gruppe. „Das österreichische Behindertenrecht gehört zu den sogenannten Querschnittsmaterien: Über 90 Bundes- und Landesgesetze beinhalten Rechtsnormen, die Menschen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen betreffen. Da diese Gesetze unterschiedliche Zielsetzungen haben, enthalten sie zahlreiche verschiedene Definitionen von Behinderung.“ (Buchinger/Gschwandtner 2008, 18)

Außerdem werden für „Menschen mit Lernschwierigkeiten“ – so die Selbstdefinition laut People First – verschiedene Benennungen verwendet, etwa „dauerhafte geistige Probleme oder Lernprobleme“ (Leitner 2008), „Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung“ (Brehmer-Rinderer/Weber o.J.), „Menschen mit intellektueller Behinderung“ (Kantor 2011), „Frauen mit geistiger Behinderung“ (Hahn 2002), „Menschen mit geistiger Beeinträchtigung“ (Oberngruber 2010) oder „Geistigbehindertsein“ (Wimmler 2010). Auch die Verwendung dieser unterschiedlichen Begrifflichkeiten erschwert, sich ein konkreteres Bild von Menschen mit Lernschwierigkeiten zu machen.

2.1.5.1.1 Zur Datenlage

Vorsichtige Annäherungen an die Quantität von Menschen mit Lernschwierigkeiten in Österreich erlauben die Auswertungen der Mikrozensus-Zusatzfragen zu „Menschen mit Beeinträchtigungen“ aus dem Jahr 2007 der Statistik Austria. (Leitner 2008)[20] Die Autorin weist ausdrücklich darauf hin, dass sich die Befragung ausschließlich auf Personen in Privathaushalten bezog: „Dies hatte zur Folge, dass beeinträchtigte Personen in Anstaltshaushalten in den Ergebnissen nicht enthalten waren und dementsprechend die Anzahl der schwer beeinträchtigten Personen in dieser Befragung unterschätzt wurde.“ (ebd., 1132) Laut dieser Befragung waren 2007 in Österreich rund 85.000 Personen von unterschiedlichen geistigen Problemen oder Lernproblemen betroffen, das war rund ein Prozent der österreichischen Bevölkerung. Frauen und Männer waren annähernd gleich in dieser Gruppe vertreten. (ebd., 1135) Die Lebenshilfe Österreich gibt an, dass in Österreich etwa

[20] Die Autorin verweist in ihren methodischen Anmerkungen auf Folgendes: „Bezugnehmend auf die vorliegende Befragung ist darauf hinzuweisen, dass schwere Beeinträchtigungen wie Blindheit, Gehörlosigkeit oder Stummheit sehr wenige Menschen betreffen. Deshalb ist bei der Interpretation dieser Zahlen zu beachten, dass eine geringe Anzahl von Befragten einen hohen Stichprobenfehler ergibt. Eine Beschreibung dazu ist unter den methodischen Hinweisen zu finden.“ (Leitner 2008, 1132).

50.000 Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung leben, von denen die Einrichtung rund 10.000 in allen möglichen Lebensbereichen begleitet.[21]

2.1.5.1.2 Wissen über Menschen mit Lernschwierigkeiten

Festzuhalten ist vorweg, dass es zu Menschen mit Lernschwierigkeiten in Österreich insgesamt wenig wissenschaftlich fundiertes Wissen gibt: „In Österreich fehlen gesicherte Daten und Statistiken zu sämtlichen Gesundheitsbereichen von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung." (Lebenshilfe Österreich o.J., o.S.) Vereinzelt sind in den letzten Jahren einige Studien sowie wissenschaftliche Arbeiten im universitären Kontext (Diplomarbeiten, Dissertationen) zu Menschen mit Lernschwierigkeiten durchgeführt worden. Diese Arbeiten befassen sich jeweils mit unterschiedlichen thematischen Aspekten: Neben grundsätzlicheren und teilweise historisch ergründenden Arbeiten zum Thema der Selbstbestimmung, Selbstvertretung und politischer Teilhabe von Menschen mit Lernschwierigkeiten (etwa Postek 2009, Vanoli 2009, Erlinger 2004) beschäftigen sich einige dieser Arbeiten mit dem Thema Prekarität und Erwerbsarbeit (etwa Feller 2013, Wögerer 2009). Sexuelle Erfahrungen unter Berücksichtigung einer Einzelfalldarstellung (Hahn 2002) sind ebenfalls zu nennen wie die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema der Elternschaft von „Menschen mit geistiger Behinderung" (Oberngruber 2010).

Gesundheit und Gesundheitsförderung von Menschen mit Lernschwierigkeiten sind explizit Thema nur weniger wissenschaftlicher Arbeiten. Zu nennen sind hier etwa der Bericht des EU-Projekts „POMONA" (Brehmer-Rinderer/Zeilinger/Weber 2009) sowie die Studie von Brehmer-Rinderer/Weber (o.J.), die sich mit Gesundheitsverständnis und Gesundheitsverhalten von „Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung" auseinandersetzen. Eine Diplomarbeit behandelt etwa am Beispiel Ernährung, Mundgesundheit und Schlafverhalten das Gesundheitsverhalten bei Menschen mit „intellektueller Behinderung". (Kantor 2011)

Einen Überblick über diese Arbeiten – und viele weitere fachspezifische Publikationen – sowie einen leichten Zugang zu diesen verdanken wir dem Institut für Erziehungswissenschaft der Universität Innsbruck: Seit einigen Jahren betreibt dieses Institut ein Internet-Projekt zum Thema der integrativen/inklusiven Pädagogik und Disability Studies[22]: „bidok – behinderung inklusion dokumentation".[23] Die Hauptaufgabe dieses Projekts besteht in der Aufarbeitung fachspezifischer Artikel

[21] Quelle: www.lebenshilfe.at/index.php?/de/Ueber-uns/Menschen-in-den-Lebenshilfen/(nl)/1/ (abgefragt am 09.04.2015).
[22] Die Disablity Studies sind in Österreich ein relativ junges Forschungsfeld, Näheres zu Selbstverständnis und methodische Zugänge siehe etwa Hermes/Rohrmann 2006, Loeken 2006, Schönwiese 2006.
[23] Siehe genauer unter: bidok.uibk.ac.at/bibliothek/index.html (abgefragt am 13.04.2015).

aus den Bereichen integrative/inklusive Pädagogik und Disability Studies in der Volltextbibliothek: „Die virtuelle Bibliothek ist insofern einzigartig in ihrem Fachbereich, als bidok vollständige Texte (und nicht nur Titel oder Teilauszüge) im Internet zur Verfügung stellt.“ (ebd.) Dieser Aktivität kommt Vorbildcharakter zu.

Eine jüngst veröffentlichte Studie, die den „Zugang von Frauen mit Behinderungen zu Opferschutz- und Unterstützungseinrichtungen bei Gewalterfahrungen“ (Mandl et al. 2014) in Österreich, Deutschland, Großbritannien und Island untersuchte, kam zu dem Ergebnis, dass Frauen mit Lernschwierigkeiten besonders von Gewalt betroffen sind. Diese reicht von struktureller Gewalt (etwa keine Kommunikation in Leichter Sprache) über Mobbing in Schulen oder Pflegeheimen bis hin zu sexualisierter und sexueller Gewalt. „Die in der Gesellschaft noch immer vorherrschende Sichtweise, dass Mädchen und Frauen mit Behinderungen ‚asexuell‘ sind, begünstigt das Überschreiten von Grenzen und die Ausübung sexueller Gewalt. Des Weiteren kann das Fehlen von Sexualerziehung dazu führen, dass Mädchen und Frauen insbesondere mit Lernschwierigkeiten oft ihre eigenen Grenzen nicht kennen und daher nie gelernt haben, ‚Nein‘ sagen zu dürfen.“ (ebd., 6)

Über Gewalt gegen Männer mit Lernschwierigkeiten liegen keine fundierten wissenschaftlichen Ergebnisse vor. Neben der Betroffenheit von struktureller und institutionalisierter Gewalt ist jedoch aufgrund der Machtverhältnisse davon auszugehen, dass auch Männer Opfer sexualisierter und sexueller Gewalt sind.

2.1.5.2 Gesundheiten von Menschen mit Lernschwierigkeiten

2.1.5.2.1 Status quo

Neben den bereits angeführten wissenschaftlichen Arbeiten sind es vor allem Tagungsberichte bzw. Positionspapiere von Einrichtungen im Bereich der Behindertenhilfe bzw. von SelbstvertreterInnen, die sich mit Gesundheiten von Menschen mit Lernschwierigkeiten auseinandersetzen. Neben Empfehlungen, die allgemein zu Belangen von Menschen mit Lernschwierigkeiten formuliert werden, finden sich auch solche, die spezielle Zielgruppen zum Thema machen: So etwa ein Positionspapier der Lebenshilfe Österreich (2009) zum Thema des Alterns von Menschen mit „intellektueller Behinderung“.

Die in verschiedenen Dokumenten dargelegte Ausgangslage verdeutlicht vor allem eines: Aufgrund umfassender und vielfältiger struktureller Defizite und Barrieren haben Menschen mit Lernschwierigkeiten einen vielfach behinderten Zugang zu Leistungen des Gesundheitswesens. (etwa Caritas der Erzdiözese Wien 2008,

Lebenshilfe Österreich o.J., Arbeitsgruppe Gesundheit o.J.[24]) Österreich wird demnach ein großer Nachholbedarf bei der Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, und hier insbesondere von Menschen mit Lernschwierigkeiten, attestiert.

Im Protokoll des „Unabhängigen Monitoringausschusses zur Umsetzung der UN-Konvention[25] über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 29. Jänner 2014“ zum Thema „Barrierefreie Gesundheitsversorgung“ ist diesbezüglich folgendes Resümee festgehalten: „**‚Stigmatisierende Haltungen‘** (Hervorhebung im Original) sind einer der größten Faktoren in der Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen im Gesundheitswesen. (…) Leider kommt es vor, dass man Menschen mit Behinderungen wenig Zurechnungsfähigkeit zuerkennt. Menschen mit Behinderungen nicht ernst zu nehmen ist eine soziale Barriere. Nicht sicherzustellen, dass man das Pflegepersonal in der Nacht rufen kann, ist eine kommunikative Barriere, die tödlich sein kann. (…) Das hat vor allem mit dem paternalistischen und verqueren Umgang mit Menschen mit Behinderungen durch das medizinische Personal zu tun. Ausländische Untersuchungen, wonach die Lebenserwartung von Menschen mit Lernschwierigkeiten bis zu 16 Jahre verkürzt ist, (…) fehlen in Österreich, aber die strukturellen Probleme bedingt durch zahllose Barrieren, sind evident.“ (Unabhängiger Monitoringausschuss zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, Barrierefreie Gesundheitsversorgung, 29. Jänner 2014, 2f.)

Auch die WHO-Studie „Public Health in Austria“ verweist auf den großen Handlungsbedarf in Österreich: „Membership of a disadvantaged or special needs group frequently brings with it an element of stigma that can have detrimental effects on health and wellbeing. Stigma should be taken very seriously and needs to be addressed.“ (WHO 2011, 295)

2.1.5.2.2 Empfehlungen zur Förderung der Gesundheit von Menschen mit Lernschwierigkeiten

Verschiedene Positionspapiere formulieren Empfehlungen für ein inklusives Gesundheitswesen. So veröffentlichte etwa die Lebenshilfe Österreich unter dem Titel „Türen zum Gesundheitswesen für alle öffnen“ ein 5-Punkte-Programmm (Lebenshilfe Österreich o.J.):

[24] Eine Zusammenfassung der Arbeitsgruppe Gesundheit zu „UN Gleichheit für alle“ siehe unter: www.bizeps.or.at/downloads/ungleichheitfueralle.pdf (Seite 4–5) (abgefragt am 13.04.2015).

[25] Dieser Monitoringausschuss hat sich auf der Grundlage des § 13 des Bundesbehindertengesetzes konstituiert und fungiert als ein unabhängiger Ausschuss, der die Einhaltung der Menschenrechte von Menschen mit Behinderungen durch die öffentliche Verwaltung für den Bereich der Bundeskompetenz überwacht. Siehe genauer unter: monitoringausschuss.at (abgefragt am 13.04.2015).

1. Ärztliche Versorgung in Reichweite

2. Barrierefreiheit auf allen Ebenen, die beinhaltet: räumliche, kommunikative und soziale Barrierefreiheit

3. Wissen über die eigene Gesundheit

4. Schulungen für medizinische Fachkräfte

5. Gesicherte Datenlage

Das Papier des Unabhängigen Monitoringausschusses zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 29. Jänner 2014 konkretisiert den Handlungsbedarf zur Förderung einer barrierefreien Gesundheitsversorgung im Detail, wobei jeweils auf die entsprechenden Artikel der UN-Konvention verwiesen wird:[26] Beginnend mit der notwendigen Schulung von VertreterInnen medizinischer Berufe und Gesundheitsberufe im Umgang mit Menschen mit Lernschwierigkeiten – hier ist etwa gerade in der Sexual- und Reproduktivmedizin eine barrierefreie Sprache zentral – werden zahlreiche strukturelle Verbesserungen angeregt: Neben gleichberechtigtem Zugang zu allgemeinen Maßnahmen der Gesundheitsversorgung – dies auch im gemeindenahen Bereich – stellt inklusive Bildung (zu Körper etc.) und Empowerment von Menschen mit Lernschwierigkeiten ebenso wie die Verbesserung des Gewaltschutzes[27] ein wesentliches Handlungsfeld zur Förderung ihrer Gesundheit dar, um nur einige zu erwähnen. Dazu gehört weiters die Unterstützung von Entscheidungsfindungsprozessen, denn: *„Es ist ungesund, nicht selbst zu entscheiden.“* (ebd., 3)

2.1.5.2.3 Ausblick – am Beispiel des Wiener Gesundheitswesens[28]

Vor dem in den vorangegangenen Kapiteln skizzierten Hintergrund ist es auch langfristiges Ziel der Wiener Gesundheitspolitik bzw. Wunsch an das Wiener Gesundheitswesen, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten, deren Angehörige und UnterstützerInnen zentrale Anlaufstellen sowie barrierefreie ÄrztInnenpraxen und Spitäler vorfinden, sowohl was räumliche Gegebenheiten als auch die Kommunikation betrifft (Leichte Sprache). Schwierige Rahmenbedingungen, wie sie jetzt in der Praxis der medizinischen Versorgung vorzufinden sind (etwa zu lange Wartezeiten, zu wenig Behandlungs- und Beratungszeit, der Mangel an Gynäkologinnen etc.), sollen Schritt für Schritt verbessert werden.

[26] Quelle für den folgenden Abschnitt: Unabhängiger Monitoringausschuss zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen 29. Jänner 2014, 8–17.

[27] Hier wird explizit darauf hingewiesen, dass zwangsweise Verabreichung, aber auch die Vorenthaltung von Medikamenten und Zwangsernährung Gewalt darstellen.

[28] Der folgenden beispielhaften Darstellung liegen Online-Recherchen und Interviews mit Organisationen und Beratungseinrichtungen (u.a. Dachverband der Sozialeinrichtungen, NINLIL, Kraftwerk und Zeitlupe, Bizeps, People First Vienna) zugrunde.

Um zukünftig eine adäquate Gesundheitsversorgung für alle EinwohnerInnen zu gewährleisten, werden in Wien umfassende Planungsarbeiten und strukturelle Veränderungen vorgenommen. Diese berücksichtigen nach Möglichkeit nicht nur die Krankenversorgung, sondern auch die Gesundheitsförderung und Prävention, die mit den letzten Gesundheitsreformen deutlich an Bedeutung zugenommen haben.[29] Zentrales Element des Gesundheitswesens bleibt aber die Krankenversorgung.

Gemeint sind unter anderen spezifische Spitäler mit adäquat ausgebildeten ÄrztInnen sowie BehindertenpädagogInnen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen bzw. PsychotherapeutInnen, die auf den Umgang mit Menschen mit Behinderungen geschult sowie über spezifische Krankheitsbilder informiert sind. Voraussetzungen, wie sie auch auf der Fachtagung „medINKLUSION – barrierefreie Medizin“ der Lebenshilfe Wien gemeinsam mit der Gesellschaft Very Unequal People (VUP Austria) gefordert worden sind.[30]

Zurzeit ist es noch so, dass sich auch in Wien die gemeindenahen Gesundheitsdienste, etwa niedergelassene Haus- und FachärztInnen, oft als nicht barrierefrei zugänglich erweisen. Dadurch ergibt sich für Menschen mit Lernschwierigkeiten die Notwendigkeit eines Krankenhausbesuchs, auch wenn es sich nur um kleinere gesundheitliche Probleme handelt. Gleichzeitig ist die Zahl der Spitäler, die sich auf die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen bzw. Lernschwierigkeiten eingestellt haben, noch als gering einzustufen. Explizit bietet das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder eine „Mehrfachbehindertenambulanz“ für Menschen mit körperlichen und intellektuellen Beeinträchtigungen, weiters wurde auch das Hanusch-Krankenhaus als behindertengerecht eingestuft.[31] Am Neurologischen Zentrum Rosenhügel gibt es eine neuropsychiatrische Abteilung, in der Menschen mit Behinderungen stationär aufgenommen werden. Zahnbehandlungen wurden bis vor kurzem im Spital Hietzing unter Vollnarkose durchgeführt, gefolgt vom SMZ Ost seit Mai 2014. Die Zahnbehandlungen sind bzw. waren auch in Akutfällen oft mit monatelangen Wartezeiten verbunden.

Die Dramatik der defizitären Situation ist jedoch erkannt worden und parallel zu Initiativen in Gesundheitsförderung, Prävention und Empowerment wird konkret an strukturellen Verbesserungen der medizinischen Versorgung für Menschen mit besonderen Bedürfnissen gearbeitet. So etwa bietet mit April 2015 auch die Danubemed Dentalklinik in Kooperation mit der Stadt Wien und der Wiener Gebietskrankenkasse Zahnbehandlungen unter Vollnarkose für Menschen mit

[29] Einen detailreichen Überblick über das Gesundheitswesen in Österreich und die letzten Gesundheitsreformen bietet Pöttler 2014.
[30] Siehe www.lebenshilfe-wien.at/Fachtagung-medINKLUSION-Bar.988.0.html (abgefragt am 14.03.2015).
[31] Eine Liste von Wiens barrierefreien Spitälern und ÄrztInnen findet sich in der regelmäßig aktualisierten BIZEPS-Broschüre: www.bizeps.or.at/broschueren/krank/.

Behinderungen an. Im Mai 2015 wurde das erste von zwei „Primary Health Care“-Zentren (PHC) als Pilotprojekt in sechsten Wiener Gemeindebezirk Mariahilf eröffnet.[32] Diese Primärversorgungszentren als Beispiel innovativer und moderner Versorgung sollen Recherchen zufolge auch Menschen mit Behinderungen und Lernschwierigkeiten eine adäquate Anlaufstelle bieten.

Weiters wird mittels Datenbanken und Broschüren versucht, das Angebot von ÄrztInnen und TherapeutInnen in Wien in (teils) Leichter Sprache zu vermitteln, etwa seitens von Vereinen und Beratungseinrichtungen[33] wie BIZEPS[34] und NINLIL,[35] aber auch von der Wiener Ärztekammer.[36] Alles in allem aber wird sich die freie Wahl von passenden ÄrztInnen oder TherapeutInnen für Menschen mit Behinderungen und Lernschwierigkeiten auch in naher Zukunft als schwer umsetzbar erweisen.

Ein Umstand, der in der Vermittlung des Kursprogramms „Gesundsein“ zu bedenken ist.

2.2 Haltungen, Querschnittsthemen und Unterstützungssysteme

Einleitung

Die Annäherung an die gestellte Aufgabe, Menschen mit Lernschwierigkeiten in ihren Gesundheitskompetenzen zu stärken, stellte die Forscherinnen sehr schnell vor die Unmöglichkeit einer reinen Wissensvermittlung über Information. Den zu vermittelnden gesundheitsfördernden Informationen wurden also einerseits sozusagen als Trägersubstanz Haltungen und Querschnittsthemen[37] zugrunde gelegt, andererseits wurde ein passgenaues Unterstützungssystem entwickelt und angeregt („Modell der 4 Schachteln“).

Allen Haltungen liegt ein Menschenbild zugrunde, das jede und jeden unabhängig von der körperlichen, psychischen und intellektuellen Ausstattung und Verfasstheit zum Mitmenschen erklärt. Mit-Mensch im Sinn von sie/er ist mit mir Mensch, Mensch wie ich: gleich viel wert und grundsätzlich gleichberechtigt. Und so auch Trägerin und Träger von unveräußerlichen Menschen- und BürgerInnenrechten. So wie ich.

---

[32] Siehe www.wgkk.at.
[33] Eine Liste der Beratungseinrichtungen und Selbstvertretungen in Wien findet sich im Anhang.
[34] In der von BIZEPS veröffentlichten Liste von Wiens barrierefreien Spitälern und ÄrztInnen wird nicht nur Barrierefreiheit, sondern auch „Erfahrung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten“ abgefragt: www.bizeps.or.at/broschueren/krank/.
[35] NINLIL erleichtert Menschen mit Lernschwierigkeiten die Suche nach passenden PsychotherapeutInnen: www.ninlil.at/kraftwerk/drupal/.
[36] Siehe www.arztbarrierefrei.at sowie www.praxisplan.at.
[37] Die sogenannten Querschnittsthemen sind im Anleitungskapitel zum Kursprogramm „Gesundsein“ im Detail angeführt.

Kleiner – aber grundlegender – Exkurs:
Das Menschenbild nach Viktor E. Frankl (Frankl 1987)

In der Begegnung, im Leben mit einem Menschen tritt zuerst einmal in den Vordergrund, wie sie/er körperlich in Erscheinung tritt und wie sie/er sich verhält, kommuniziert. Viktor Frankl spricht hier von einem „Physio-Psychikum (inklusive intellektuellen Fähigkeiten)“, durch das sich jeder Mensch in der Welt, im alltäglichen Dasein ausdrückt. Diese beiden Dimensionen – das „Körperliche“ und das „Psychisch/Intellektuelle“ – sind begrenzt beeinflussbar. Körper werden krank, alt, gefallen nicht, funktionieren nicht. Psychische und intellektuelle Möglichkeiten lassen sich nur in einem gewissen Rahmen verändern.

Auf dieser physo-psychischen Ebene erleben sich Menschen mit Behinderungen/Lernschwierigkeiten häufig als Mangelwesen. Dies spiegelt die Erfahrung wider, die sie in der Begegnung mit anderen Menschen machen.

Menschsein ist aber nun nach Viktor E. Frankl wesentlich mehr, qualitativ mehr, als Körper und Psyche. Da gibt es noch eine – Frankl nennt sie – „geistige Dimension“, eine geistige Person sozusagen, die frei ist von den Bedingtheiten von Körper und Psyche/Intellekt. Diese „geistige Person“ drückt sich bei jedem Menschen auf einzigartige Weise aus, und zwar durch den jeweiligen Körper, die jeweilige Psyche/den jeweiligen Intellekt. Diese „geistige Person“ kann laut Frankl nicht erkranken, also – weiter gedacht – auch nicht behindert oder eingeschränkt sein.

Das genau meinen Menschen mit Behinderungen/Lernschwierigkeiten, wenn sie als Menschen/als Person wahrgenommen werden wollen. Sie drücken es so aus: ‚Bleibt im Kontakt mit uns nicht an unseren Behinderungen/Lernschwierigkeiten hängen. Sucht den Menschen/die Person dahinter. Sie ist vorhanden und fähig, in Beziehung treten.‘

Die grundlegende Anerkennung der Einzigartigkeit jeder Person „jenseits aller Einschränkungen“ führt einerseits zu den Haltungen, um die es für alle in dem Kurs Beteiligten gehen wird, und wird andererseits durch sie erleichtert.

2.2.1 Haltungen

Prozessorienter Zugang: Diese Haltung ermöglicht ein prozessorientiertes Arbeiten, das den Ablauf der einzelnen Module nach den Bedürfnissen der einzelnen Personen wie auch der Gruppe steuert. Nach Bedarf werden Bausteine und Übungen ausgewählt. Hier soll betont werden, dass diese Auswahl und die Zusammenstellungen der Bausteine/Übungen Vorschläge sind. Es liegt in der Verantwortung der TrainerInnen, welche Bausteine und Übungen sie für die jeweiligen Gruppen und Individuen als passend und zielführend erachten. Der Mut zum Weglassen soll hier im Sinne der Prozessorientierung ausdrücklich gestärkt werden!

Personenzentrierter Zugang: Die Personen in ihrer Einzigartigkeit stehen im Mittelpunkt allen Handelns der TrainerInnen und UnterstützerInnen. Hilfreich dabei sind Erkenntnisse, die Carl Rogers[38] in seinem „klientenzentrierten Ansatz der Gesprächsführung“ beschreibt. Folgende Grundbedingungen formuliert er für optimal gelingende Gespräche:

- Offenheit
- Akzeptanz
- Anteilnahme
- Nicht-urteilendes Verstehen
- Empathie

Rogers vertraute darauf, dass jeder Mensch von Grund auf „positiv“ dem Leben und der Umwelt zugewandt ist. Menschen sind wandelbar und können ihr Schicksal selbstverantwortlich in die Hand nehmen.

Die Schweizer Psychotherapeutin Marlis Pörtner baut auf Carl Rogers auf und formuliert – abgeleitet aus ihrer langjährigen Erfahrung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten – Handlungsgrundlagen und Richtlinien für den Alltag. (Pörtner 1996)

„Handlungsgrundlagen

- Gleichgewicht zwischen Rahmen und Spielraum
- Klarheit
- Erleben als zentraler Faktor
- Nicht was fehlt, ist entscheidend, sondern was da ist.[39]

[38] Siehe dazu Federspiel/Lackinger Kager 1996.
[39] Etwa: Vorlesen, Aufschreiben, Informationen heraussuchen, Fahrtendienst anbieten.

Die kleinen Schritte

- Der Weg ist ebenso wichtig wie das Ziel.
- Vertrauen auf Entwicklungsmöglichkeiten
- Selbstverantwortung“ (ebd., 31)

„Richtlinien für den Alltag

- Zuhören
- Ernstnehmen
- Von der ‚Normalsituation‘ ausgehen
- Beim Naheliegenden beginnen
- Erfahrungen ermöglichen
- Auf das Erleben eingehen
- Ermutigen
- Nicht ständig auf das ‚Symptom‘ starren
- Eigenständigkeit unterstützen
- Überschaubare Wahlmöglichkeiten geben
- Stützen für selbstständiges Handeln anbieten
- Klar informieren
- Konkret bleiben
- Die ‚Sprache‘ des Gegenübers finden
- Den eigenen Anteil erkennen
- Die Situation ansprechen“ (ebd., 50)

Beide – Rogers und Pörtner – vertrauen einem Grundsatz, der für die Durchführung der Seminarreihe ermutigend sein kann:

Einfühlendes Verstehen ist die Bereitschaft und der Versuch, sich möglichst genau in das Erleben der jeweiligen Person und ihre Welt hineinzuversetzen. Die Erfahrung, verstanden zu werden, ist an sich schon heilsam und fördert positive Veränderungsprozesse.

Sowohl UnterstützerInnen als auch TrainerInnen sind FreisetzerInnen von innewohnenden Möglichkeiten und Fähigkeiten: Durch dabei seiendes und spürendes Zuhören die je eigenen Möglichkeiten der Frauen und Männer mit Lernschwierigkeiten freisetzen bzw. diesen dabei zu helfen, ist wesentliche Aufgabe von UnterstützerInnen. Im Seminarprogramm „Gesundsein“ ist dies auch die wesentliche Haltung und Aufgabe der TrainerInnen.

Begleiten in den Alltag: Das Seminarprogramm befähigt Frauen und Männer mit Lernschwierigkeiten, dass sie in ihrer Wahrnehmung (mit allen Sinnen) und in ihrer Eigenverantwortung für ihr körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden gestärkt werden. Dies ist Grundlage dafür, dass sie in ihrem jeweiligen Alltag ihren Unterstützungsbedarf besser erkennen, ausdrücken und einfordern können.

Dies beinhaltet, dass TrainerInnen in der Lage sind, individuell auf die Frauen und Männer mit Lernschwierigkeiten einzugehen und die Seminarmodule dementsprechend zu gestalten.

Grundsatz der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung bzw. der People-First-Bewegung: Nicht über uns ohne uns! Also so gut wie irgend möglich Wahlmöglichkeiten (und ihre Folgen) so gut verständlich machen, dass Frauen und Männer ihre eigenen Entscheidungen treffen können – Unterstützung nach „People First“. Dies wird im nächsten Abschnitt genauer dargestellt.

Menschenbilder – Frauen und Männer mit sehr schwierigen kommunikativen Bedingungen als LehrmeisterInnen: Prinzipiell liegen unseren Überlegungen Frauen und Männer mit einem schwerwiegenden sozial ausgrenzenden Behinderungsgrad bzw. mit Mehrfachbehinderungen zugrunde. Beim Entwickeln dieses Seminarprogramms denken wir in Dankbarkeit an sie, die uns im Zusammensein mit ihnen vieles gelehrt haben. In der praktischen Umsetzung gehen wir hier jedoch von Frauen und Männern mit leichteren Betroffenheitsgraden aus.

Der Vielfalt gerecht werden: Frauen, Männer und Transgender-Personen haben verschiedene gesellschaftliche Bedürfnisse. Darüber hinaus sind weitere soziale Merkmale wie Alter, Herkunft oder Bildung wesentlich. Das Seminarprogramm versucht, der Vielfalt der TeilnehmerInnen gerecht zu werden, um sie bestmöglich in ihrer persönlichen Gesundheitskompetenz zu stärken. Gender- und Diversitätskompetenz ist daher eine wesentliche Qualifikation der TrainerInnen.

Diese Haltungen verdeutlichen die großen Herausforderungen an Selbstreflexionsfähigkeit der TrainerInnen.

„Wir sprechen für uns selbst!“

Ein Gedicht

(UrheberIn unbekannt)

Zuallererst bin ich Mensch. An erster Stelle möchte ich als Mensch und Person behandelt werden.

Wir haben eine eigene Identität. Wir sind alle unterschiedlich und unverwechselbar.

Wir haben einen Namen, der Begriff „geistig behindert“ wertet uns ab. Außerdem beschreibt er uns nicht.

Wir haben etwas zu sagen! Ihr müsst uns zuhören, wenn wir uns mitteilen! Wir müssen unsere Entscheidungen selbst treffen.

Wir wissen selbst, was das Beste für uns ist, und wir können selbst auswählen. Anderen darf nicht erlaubt werden, unsere Entscheidungen zu treffen!

Wir wollen unser Risiko selbst tragen und wir haben ein Recht darauf, Fehler zu machen. Indem wir Fehler machen, verbessern wir unsere Fähigkeiten und entwickeln uns weiter.

Betreuer/innen sollen uns helfen, dass wir Dinge selbst tun können. Sie sollen sich mit Geduld auf Menschen mit Behinderung einstellen.

Wir wollen zusammenarbeiten, wir sind keine Befehlsempfänger/innen.

Wir wollen oft mit Menschen mit Behinderung aus anderen Orten sprechen, um zu wissen, wie sie leben. So können wir vergleichen und sagen, was besser werden soll. Wir wollen Gruppen bilden, in denen wir miteinander reden können.

Wir Betroffenen können mit anderen Betroffenen zusammenkommen und uns untereinander austauschen. Wir können uns helfen, Lebensentscheidungen zu treffen. Von der Erfahrung, die andere gemacht haben, können wir lernen.

2.2.2 Leichte Sprache und Zeit

Leichte Sprache

Wesentliche Basis für eine gute Zusammenarbeit von Menschen mit Lernschwierigkeiten ist die Verwendung einer Leichten Sprache, die alle verstehen können.

In Leichter Sprache sprechen heißt:

- Worte suchen und verwenden, die alle verstehen.
- Wenn das nicht gelingt, wird das Wort so lange erklärt, bis alle wissen, was damit gemeint ist.
- Es werden einfache Sätze verwendet. Diese Sätze sind einfach zusammenzubauen. Anstatt von Nebensätzen werden neue Sätze begonnen; bei Leichter Sprache ist ein Satzbeginn mit „Und“ möglich.
- Bilder helfen zu verstehen.

Bei Leichter Sprache geht es darum, dass alle das sagen und ausdrücken können, was sie möchten. So werden alle ermutigt, den anderen klar zu machen, was ihnen wichtig ist.

Zeit

Menschen mit Lernschwierigkeiten und anderen Arten von Behinderungen brauchen mehr Zeit. Die TrainerInnen sind dafür zuständig herauszufinden, wie viel Zeit ihre TeilnehmerInnen jeweils brauchen. Und ihnen diese Zeit auch zu geben.

2.2.3 Querschnittsthemen

Die Querschnittsthemen sind der „Grundlehrplan“ des Kursprogramms „Gesundsein“. Sie werden mit Hilfe der einzelnen Gesundheitsthemen ganz konkret eingeübt und bekommen so Relevanz für den Alltag der TeilnehmerInnen.

Diese Querschnittsthemen sind im Einzelnen:

- **„Was will ich, was will ich nicht?“**

Die TeilnehmerInnen sollen an jeder passenden Stelle dazu angeregt werden, genau nachzudenken, genau nachzuspüren, was sie wollen und was nicht. Dies ist auch die allerbeste Prävention vor Bevormundung und Übergriffen, nämlich ein Gefühl dafür zu bekommen, was für eine/einen selbst in einer Situation passt oder eben nicht und dies klar zu äußern. Die TeilnehmerInnen werden, so oft sich im Verlauf der Module die Möglichkeit dazu bietet, dazu angehalten, ein klares „JA, das will ich“ oder ein

„NEIN, das will ich nicht“ auszusprechen. Dabei werden auch unmissverständliche Körpersprache und kraftvoller Ton geübt.

Die TeilnehmerInnen bekommen so implizit immer wieder „eine Aufforderung von außen“, ihre eigenen Interessen zu vertreten.

- **„Die eigene Meinung – was stimmt für wen?“**

Es ist von grundlegender Bedeutung, eine eigene Meinung zu haben. Erst dadurch werden die TeilnehmerInnen in die Lage versetzt, für sich selbst zu sprechen. Insbesondere Situationen, bei denen alle in einer Gruppe ganz schnell der gleichen Meinung sind, bieten sich als Übungsfeld an. Das Eigene nicht leichtfertig einer Mehrheit zu ‚opfern‘, ist eine große Herausforderung, daher ist jedes kleine Durchhalten, jedes kleine „bei mir darf es anders sein“ ein wesentlicher Erfolg, der die TeilnehmerInnen über den Kurs hinaus stärken wird.

- **Der doppelte Blick**

„Ich kann nicht, aber ich soll/muss“, das ist eine Grunderfahrung, die Menschen mit Behinderungen und so auch Menschen mit Lernschwierigkeiten machen. Sie spüren die Erwartungen von den Personen in ihrem Umfeld und haben sie auch an sich selbst. Es sind häufig Erwartungen, die sie – selbst bei allergrößter Anstrengung – unter den jeweils bestehenden Bedingungen nicht erfüllen können. Das fortgesetzte Gefühl von ‚Vergeblichkeit‘ beeinträchtigt zutiefst das persönliche Wohlbefinden.

Besonders wichtig ist der Blick auf BEIDES und auf den Unterschied: Der Blick also auf strukturelle Gegebenheiten: „Es ist NICHT, weil ich so blöd tue, sondern weil es einfach nicht geht“ UND der Blick auf die eigene Verantwortung. Die Möglichkeit, eine konkret gegebene Situation mit dem „doppelten Blick“ zu betrachten, wurde für die Kursreihe entwickelt, um die TeilnehmerInnen dazu zu ermutigen zu unterscheiden, was sie trotzdem tun können und wie genau. Die Erfahrungen, bei allem Bemühen erfolglos zu bleiben, soll durch Anwendung des „doppelten Blickes“ weniger werden, das Gefühl, „es ist, weil ich so dumm tue“, wird zumindest gleichsam „mit doppeltem Blick“ unter die Lupe genommen.

> **Beispiel**
> Die Kommunikation mit einer Ärztin verläuft wiederholt unbefriedigend. Jedes Mal nach dem Besuch fühlt sich Herr M. entmutigt und traurig. Er hat das Gefühl – wieder einmal – versagt zu haben, weil er nicht besprechen konnte, was er wollte.

Der „doppelte Blick“ auf diese Situation:

- Der Blick auf die konkrete individuelle Möglichkeit
  Was liegt bei mir selbst? Was kann ich ganz konkret tun, um das nächste Mal besser mit der Ärztin sprechen zu können, um besser gehört zu werden?
  Ich bereite mich vor, ich mache mir eine Liste, ich schreibe vorher schon einen Brief, damit sich die Ärztin auf mich einstellen kann. Ich übe, an den richtigen Stellen zu sagen: „Moment bitte, das habe ich nicht verstanden, erklären Sie mir das bitte in leichterer Sprache.“ (Vgl. Übungen besonders im Modul 4 und im Modul 6)

- Der Blick auf strukturelle Gegebenheiten
  Das Gesundheitssystem funktioniert teilweise nach Grundsätzen, die für alle Menschen, besonders aber für Leute mit Behinderungen/Lernschwierigkeiten, unpassend sind. Vor allem, wenn sie sich krank fühlen. Etwa, dass pro PatientIn nur wenig Zeit vorgegeben ist, die Ärztin also unter Zeitdruck arbeitet. Das kann die/der Einzelne nicht so schnell ändern. Und trotzdem ist es gut, das zu wissen. Weil dann auch klar ist, dass es anderen Menschen auch so geht, also „es ist NICHT, weil ich so dumm tue.“ Dann kann ich mich mit anderen Menschen über die Erfahrungen austauschen (was oft schon eine große Erleichterung ist), gegebenenfalls eine Ärztin/einen Arzt finden, die/der sich mehr Zeit nimmt, gemeinsam mit anderen einen Brief formulieren, um das Zeitproblem aufzuzeigen, und diesen wichtigen Personen zuschicken usw. Wichtig ist hier, von der Vereinzelung in ein gemeinschaftlich-solidarisches (politisches) Handeln zu kommen. Dazu bieten sich idealerweise Selbstbestimmt-Leben-Zentren und Selbstvertretungszentren der People-First-Bewegung an, auf die jeweiligen Kontakte zu den Gruppen in Wien kann im Kurs immer wieder hingewiesen werden.

  Anwendung und Einübung des „doppelten Blickes“ auf möglichst viele konkrete Situationen während des Kurses können als Gesundheitshandeln bewertet werden. Sie werden das Wohlbefinden und die Handlungsmächtigkeit der Personen in ihrem Alltag stärken.

- **Die „Nicht-Schokoladenseite der Selbstbestimmung“**

Selbstbestimmt Leben bedeutet jenseits von Rechten, Freiheiten und Autonomie auch die Übernahme von Verpflichtungen und Verantwortung. Das bezeichnen wir als die „Nicht-Schokoladenseite der Selbstbestimmung“.

„Was muss ich tun, obwohl ich es nicht will? Warum? Wer hat was davon?“ Hier ist das Erkennen folgender Unterscheidung wichtig: „Ich will nicht, aber ich soll, weil es MIR nützt“. Und „Ich will nicht und ich bleibe dabei.“ Gerade im Bereich des Gesundheitshandelns ist dies ein wichtiger Zugang.

- **Geschlechter- und Diversitätsgerechtigkeit**

Das soziale Merkmal Behinderung tritt oft dermaßen in den Vordergrund, dass andere soziale Merkmale wie Geschlecht, Alter, sexuelle Orientierungen, soziale Lage und Herkunft völlig außer Acht geraten. Dabei potenzieren manche davon geradezu die Auswirkungen von Behinderung. Etwa über nicht ausreichend finanzielle Mittel (für notwendige Assistenz-/Unterstützungsleistungen) zu verfügen, hat oft für Menschen mit Behinderungen gravierende Auswirkungen. Dazu kommt, dass die Wahrscheinlichkeit, einen existenzsichernden Job zu finden und zu behalten, besonders für Frauen mit Behinderungen ausgesprochen schwierig ist.

Frauen, Männer und Transgender-Personen haben aufgrund der gesellschaftlichen Verhältnisse und Rollenzuschreibungen tendentiell unterschiedliche Bedürfnisse.

Gender- und Diversitätskompetenzen bedeuten, über die sozial konstruierten Geschlechterverhältnisse Bescheid zu wissen; diese beinhalten drei Dimensionen:

Symbolische Dimension

Traditionelle Geschlechterrollenstereotype und Vorurteile gegenüber Frauen und Männern sind beharrlich wirksam – dies, obwohl sich die Realitäten von Frauen- und Männerleben massiv verändert haben. Allgemein etwa prägen Bilder von Männern als „starkes Geschlecht“ und von Frauen als „Expertinnen des Emotionalen und Kommunikativen“ das Alltagsleben in Gesellschaft, Politik und Medien. Betriebliche Kulturen etwa stellen diese Geschlechterhierarchie tagtäglich her und wirken dadurch tendentiell frauenausgrenzend. Transgender-Personen werden per se außerhalb des hegemonialen Zwei-Geschlechter-Konstrukts positioniert und sind daher besonderen Diskriminierungen ausgesetzt.

Strukturelle Dimension

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen, etwa Arbeits- oder Sozialrecht, wirken beharrlich frauenbenachteiligend. Frauen sind – als ein deutliches Zeichen dieser Benachteiligung – im Einkommen diskriminiert.

Individuelle/subjektive Dimension

Frauen- und Männerleben unterscheiden sich aufgrund der unterschiedlichen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und vorherrschenden Weiblichkeits- und Männlichkeitsbilder deutlich: Frauen übernehmen etwa die ihnen gesellschaftlich zugewiesene Rolle der Versorgerin ihrer Familien und trauen sich tendentiell weniger zu (etwa Übernahme von Führungsaufgaben); Männer, die aktiv Väter sein wollen und dafür über einen längeren Zeitraum ihre Arbeitszeit reduzieren, kommen kaum mehr für Karrierefunktionen in Frage – sie entsprechen damit nicht mehr dem traditionellen Männlichkeitsbild. Aufgrund der gesellschaftlichen Nicht-Anerkennung von Transgender-Personen sind diese mit besonderen Herausforderungen in Bezug auf ihre Identitätsentwicklung konfrontiert.

Genderkompetenz bedeutet, über diese gesellschaftlich unterschiedlichen Bedingungen von Frauen, Männern und Transgender-Personen Bescheid zu wissen, die Wirkungen derselben zu erkennen und zu verstehen und in ihrem Handeln zur Förderung der Geschlechtergerechtigkeit beizutragen.

Darüber hinaus sind weitere soziale Merkmale wie Alter, Herkunft, soziale Lage, sexuelle Orientierungen oder Bildung wesentlich. Diversitätskompetenz ist daher eine weitere unabdingbare Qualifikation der TrainerInnen, da das Kursprogramm darauf abzielt, der Vielfalt der TeilnehmerInnen personenzentriert gerecht zu werden, um sie bestmöglich in ihrer persönlichen Gesundheitskompetenz zu stärken.

Dies bedeutet für die TrainerInnen, immer darauf zu achten, wie das jeweilige Thema von weiblichen und männlichen TeilnehmerInnen und gegebenenfalls von Transgender-Personen wahrgenommen wird, ob diese dabei jeweils unterschiedliche Erfahrungen gemacht haben und auch verschiedene Bedürfnisse oder Wünsche artikulieren. Auch die Frage danach, welche Relevanz das Alter oder die jeweilige Herkunft spielen, ist durchgehend zu beachten. Daher ist auch die Verwendung einer geschlechtergerechten Sprache eine durchgehende Anforderung an die TrainerInnen.

2.3 Unterstützungssysteme – Der „Zauber der Buchstaben“ und das „Modell der 4 Schachteln“[40]

Gesund sein und gesund bleiben, das ist eine komplexe Geschichte. Für alle Menschen, für Frauen und Männer mit Lernschwierigkeiten nicht minder. Vermittlung von komplexen Inhalten braucht – auch – Sprache und Schrift. Die Notwendigkeit adäquater Unterstützungsleistungen für Menschen mit Lernschwierigkeiten wird im Umgang mit Sprache und Schrift im vorliegenden Kursprogramm besonders deutlich:

Der Gebrauch von Leichter(er) Sprache ist grundlegend für das Gelingen der Kommunikation zwischen TrainerInnen und TeilnehmerInnen sowie zwischen den TeilnehmerInnen untereinander. Zusätzlich braucht es jedoch Unterstützungsleistungen (Übersetzungsleistungen) für jene, deren Kommunikationssystem nicht oder nur eingeschränkt die Lautsprache ist.

Auf den Gebrauch von geschriebener Sprache wurde bewusst nicht verzichtet! Keinesfalls aber ist Lesen- und Schreibenkönnen eine Voraussetzung für die Teilnahme an diesem Kursprogramm.

Der Zugang zu geschriebenem Wissen ist wesentlich, das Universum, das sich hinter den Buchstaben verbirgt, muss durch passende Unterstützungsleistungen zugänglich gemacht werden.

Eine Frau mit Lernschwierigkeiten formuliert treffend: *„Ich kann Buchstaben erkennen. Sie haben einen Zauber für mich. Weil ich weiß, dass was Interessantes für mich dahinter stecken kann. Und ich frage meine Unterstützerin so lange, bis ich verstehe, was die Buchstaben mir sagen wollen.“*

Selbstbestimmt Leben ist keine Utopie!

Selbstbestimmt ist jedoch NICHT gleich bedeutend mit selbstständig. Selbstbestimmt heißt, eigene Entscheidungen treffen zu können. Dies braucht die je passenden Formen der Unterstützung, wie sie im Folgenden beschrieben werden.

Da es ein grundlegendes Ziel dieses Kurses ist, die TeilnehmerInnen in ihrer Selbstbestimmung zu fordern und zu fördern, zu begleiten und zu unterstützen bedarf es der Kenntnis des Selbstbestimmt-Leben-Paradigmas und der damit verbundenen Untersysteme. Das heißt, es geht um Kenntnis und Verstehen des sogenannten „Modells der 4 Schachteln für Menschen mit den unterschiedlichsten Behinderungen“.

[40] Das „Modell der 4 Schachteln“ wurde von Sonja Stadler entwickelt.

Bevor wir dieses „Modell der 4 Schachteln“ im Folgenden detailliert vorstellen, noch einige wesentliche Anmerkungen: In der praktischen Umsetzung der Kursreihe wird die Notwendigkeit der Kenntnis und des Verstehens des „Modells der 4 Schachteln“ für die TrainerInnen und UnterstützerInnen immer dann sichtbar und spürbar, wenn die TeilnehmerInnen auf Unterstützung angewiesen sind und diese im Laufe der Zeit hoffentlich immer selbstständiger einfordern und anleiten. Um dieses Ziel für die TeilnehmerInnen erreichbar zu machen, ist es für die TrainerInnen sowie die UnterstützerInnen erforderlich, sich eingehend mit dem „Modell der 4 Schachteln“ auseinanderzusetzen. Die personenzentrierte Haltung gegenüber den TeilnehmerInnen zeigt sich unter anderem auch im Verstehen des Selbstbestimmt-Leben-Paradigmas und dem daraus folgenden Umgang mit Gruppenmitgliedern.

Die Erreichung dieses Ziels hängt wesentlich davon ab, ob der richtige Mix aus Unterstützung gefunden und zur Verfügung gestellt wird. Die Umsetzung der den Haltungen innewohnenden Zielvorstellungen bedarf einer passgenauen Art der Unterstützungsleistungen jeder einzelnen Teilnehmerin, jedes einzelnen Teilnehmers.

Wichtig dabei ist, die grundlegend verschiedenen Arten der Unterstützungsleistungen zu verstehen. Um sie genau auseinanderhalten zu können, wurden sie metaphorisch in „Schachteln“ eingeordnet (Schachteln 1 bis 3), um sie für eine bestimmte Person passend zusammenmischen zu können (Schachtel 4).

1. Schachtel: „Persönliche Assistenz“ nach „Selbstbestimmt Leben“

Dabei sucht sie/er selbst die Leute aus und bestimmt selbst, was, wann, wo, wie gemacht wird.

In Wien wird „Persönliche Assistenz“ hauptsächlich über die „Wiener Assistenzgenossenschaft“ abgewickelt. Dort gibt es auch Schulungen für AssistenznehmerInnen.

2. Schachtel: Unterstützung nach „People First“

Diese Unterstützung geht über die Aufgaben von Persönlicher Assistenz hinaus.

Zwei Arten von Unterstützung sind zu unterscheiden:

- Praktische Unterstützung (ähnlich Assistenz)

  Bei der praktischen Unterstützung sagt die betroffene Person, was sie will oder was sie nicht kann. Hier geht es darum „Hände, Füße und Kopf“ für eine Person zu sein:

- Inhaltliche Unterstützung

  Bei der inhaltlichen Unterstützung hat die Unterstützungsperson eine aktivere Rolle. Hier geht es etwa um:

  - Informationsquelle zu sein
  - Aktivitäten unterstützend vor- und nachzubereiten
  - Neutral die Aktivitäten zu reflektieren
  - Sicherheit im Hintergrund zu vermitteln
  - Zu beraten
  - Komplexe Abläufe zu strukturieren
  - An Termine zu erinnern
  - Zu erfragen, welche Hilfen gebraucht werden
  - Ideen und Ratschläge zu geben

Wichtig ist, dass bei alledem die Entscheidungen, was gemacht wird, grundsätzlich bei den betroffenen Personen liegen.

3. Schachtel: Personenzentrierte Betreuung (Carl Rogers, Marlies Pörtner und andere)

BetreuerInnen begleiten Menschen mit Behinderungen, indem sie mit allen Sinnen versuchen festzustellen, welche Art von Unterstützung ein Mensch in der konkreten Lebenssituation möchte oder auch braucht. BetreuerInnen müssen manchmal zugunsten des jeweiligen Menschen auch eigenständige Entscheidungen treffen.

4. Schachtel: Die individuelle Unterstützungsform

Aus den Schachteln 1 bis 3 wird mit der jeweiligen Person das für sie/ihn Passende genommen und zu einem individuellen Unterstützungsmix (Schachtel 4) zusammengestellt. Wesentlich ist, dass allen unterstützenden Personen die verschiedenen Formen klar sind und auch in betreuenden Beziehungen nach den Grundhaltungen von Selbstbestimmt Leben und People First gehandelt wird, soweit wie nur irgendwie möglich.

3. Projektdesign und Umsetzung

Nach der Auftragserteilung im Jänner 2015 erfolgte im Februar 2015 ein Kick-off-Treffen mit der Auftraggeberin, in dem der Zeitplan sowie alle wesentlichen Projektschritte abgestimmt wurden. Diese werden wie folgt differenziert nach den Phasen bzw. Schritten der Entwicklung, der Umsetzung, der Qualitätssicherung sowie der Finalisierung beschrieben. Im Vorfeld werden jeweils die wesentlichen Meilensteine zusammengefasst dargestellt.

3.1 Entwicklung

Entwicklungsphase	
Meilensteine	**Zeitraum/Datum**
Kick-off-Sitzung mit Auftraggeberin WiG	2. Februar 2015
Abstimmungs- und Reflexionstreffen des Forschungs- und Entwicklungsteams	laufend
Recherche und beginnende Analyse von wissenschaftlicher Literatur, Dokumenten und sekundärstatistischen Daten	laufend
Entwicklung von: • Konzept für Struktur und Inhalte des Kursprogramms (Querschnittsthemen sowie sechs Module) • Konzept für TrainerInnen-Handbuch (u.a. gesichertes Grundlagenwissen) • Entwurf für Einladungen von TrainerInnen und TeilnehmerInnen	2. Februar bis 27. Februar 2015
Übergabe der entwickelten Unterlagen an die WiG	27. Februar 2015
Feedback durch WiG	5. März 2015
Weiterentwicklung von Kursprogramm, TrainerInnen-Handbuch	5. März bis 17. April 2015
Übergabe der Pilotversion aller Produkte an die WiG	17. April 2015
2. Sitzung mit Auftraggeberin: Feedback zum Gesamtentwurf	23. April 2015
Überarbeitung aller Produkte für die Pilotphase Entwicklung sonstiger Unterlagen für die Bewerbung des Kurses „Gesundsein“ Entwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen: Konzepte für Workshops für TrainerInnen und UnterstützerInnen; Entwicklung von Dokumentationstools	24. April bis 15. Mai 2015
Abgabe aller Produkte für die Pilotphase an sowie Freigabe durch die WiG: Endversionen der Unterlagen liegen für die Pilotphase der Kurse bereit	15. Mai 2015
Zwischenbericht 1. Quartal	15. Mai 2015

Die Arbeit an der Entwicklung des Kursprogramms erfolgte prozessorientiert. Die zu entwickelnden Dokumente wurden, wie im Kick-off besprochen, jeweils als Entwürfe zeitgerecht an unsere Auftraggeberin übermittelt. Regelmäßig fanden Feedbackschleifen im Rahmen von Klausuren mit der Auftraggeberin sowie per E-Mail oder Telefon statt. Die Anmerkungen, Ergänzungsvorschläge etc. wurden jeweils in die einzelnen Dokumente eingearbeitet.

Die Produkte werden in Folge aufgelistet (mit Zeitpunkt der Abgabe an die Auftraggeberin), im Anschluss werden die einzelnen Entwicklungsschritte im Detail beschrieben.

Februar 2015

- Entwurf der Einladungen für MitarbeiterInnen und TeilnehmerInnen
- Dokument zu Struktur und Inhalt der Seminarreihe „Gesundsein“: Darstellung der Querschnittsthemen sowie der sechs Module mit den jeweiligen Kernfragen sowie Hinweis zu Stundentafeln
- Dokument mit dem geplanten Inhaltsverzeichnis des gesamten Kompendiums
- Vorschlag für die Darstellung des Gesundheitswesens in Wien

April 2015

- TrainerInnen-Handbuch (inklusive Grundlagenwissen, Detailkursprogramm aller sechs Module sowie Arbeitsblätter, Merkblätter etc. je Modul)

Mai 2015

- TrainerInnen-Handbuch
- Das Kursprogramm „Gesundsein. Ein Kurs zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Lernschwierigkeiten“ mit folgenden Bestandteilen:
    - Anleitungen für TrainerInnen
    - Modul 1 „Mein Alltag“
    - Modul 2 „Mein Körper und ich“
    - Modul 3 „In Freude leben“
    - Modul 4 „Krank sein“
    - Modul 5 „Sexualitäten“
    - Modul 6 „Gesundsein – persönlicher Wegweiser“
    - Überblick Kursprogramm Leichte Sprache
    - Zertifikat für TeilnehmerInnen des Kurses Leichte Sprache
    - Autorinnenblatt Leichte Sprache
    - Arbeitsblätter alle Module
    - Abschlussblatt alle Module
    - Materialliste
    - Beipacktext für Befüllung der Mappen (TrainerInnen und TeilnehmerInnen)
    - „Gesundsein“-Info für TrainerInnen
    - Beiblatt Abgabe „Gesundsein“ (Erklärungen des Forschungs- und Entwicklungsteams zur Abgabe)
    - Quellen_gesamt_intern (nur für WiG, Kurzfassung im PDF Arbeitsblätter

integriert)
- Konzept TrainerInnen-Workshop
- Konzept UnterstützerInnen-Workshop
- Dokumentationsvorlage für Qualitätssicherung bei der Durchführung des Kursprogramms
- 1. Zwischenbericht (2. Februar bis 15. Mai 2015)
- TeilnehmerInnenbestätigung für TrainerInnen-Workshop

- Literaturrecherche und -analyse

Während des gesamten Forschungs- und Entwicklungsprozesses wurde fortwährend nach relevanter wissenschaftlicher Literatur recherchiert. Die Literaturrecherche und -analyse dienten der Erarbeitung relevanten, wissenschaftlich fundierten Grundlagenwissens zu der zur Debatte stehenden komplexen Materie: Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Gesundheitsförderung, mit Menschen mit Behinderungen – und hier im Besonderen mit Menschen mit Lernschwierigkeiten – sowie mit der Selbstbestimmt-Leben/People-First-Geschichte stellten hierbei Schwerpunkte dar.

Dieses Grundlagenwissen wurde den TrainerInnen in kompakt aufbereiteter Form im TrainerInnen-Handbuch zur Verfügung gestellt. Weiters bilden wesentliche Ergebnisse der Literaturanalyse den Rahmen in diesem Endbericht. Und schließlich bzw. zuallererst diente das generierte Grundlagenwissen als Handlungsanleitung bei der Entwicklung des Seminarcurriculums für Menschen mit Lernschwierigkeiten.

Die gesamte verwendete Literatur ist im Literaturverzeichnis zu finden.

- Dokumentenrecherche und -analyse

In Verbindung mit der Literaturrecherche erfolgte ein weiterer ausführlicher Rechercheprozess, nämlich jener nach wesentlichen politischen Dokumenten. Hierbei wurden Schlüsseldokumente – beginnend mit der UN-Konvention über Rechte von Menschen mit Behinderungen über wesentliche Erklärungen und Chartas der WHO betreffend Gesundheitsförderung bis hin zu den Gesundheitszielen Österreichs – recherchiert und ebenfalls als Grundlagenwissen für die TrainerInnen aufbereitet.

Alle Schlüsseldokumente sind im Anhang des Endberichts sowie im TrainerInnen-Handbuch aufgelistet; Links ermöglichen ein rasches Finden im Internet.

- Sekundärstatistische Datenrecherche und -analyse

Die Recherche nach sekundärstatistischen Daten (bei Statistik Austria sowie bei Einrichtungen im Behindertenwesen Österreichs) sollte weitere Einblicke in Realitäten von Menschen mit Lernschwierigkeiten in Österreich erbringen. Die Ergebnisse dieser Recherche dienen der Situationsbeschreibung der Zielgruppe.

- Onlinerecherche: Gesundheitswesen und Angebotsstruktur in Wien

Wesentlich für Menschen mit Lernschwierigkeiten, deren Angehörige und UnterstützerInnen ist es, zentrale Anlauf- und Beratungsstellen sowie (in Raum und Kommunikation) barrierefreie ÄrztInnenpraxen und Spitäler vorzufinden. Ziel war es daher, mittels Onlinerecherche das Wiener Gesundheitswesen und seine Angebotsstruktur für Menschen mit Lernschwierigkeiten zu erheben, für TrainerInnen aufzubereiten und in die Kursmaterialien einfließen zu lassen. Ein anfangs erstellter Schlagwortkatalog gab der Recherche die notwendige Struktur und thematische Ausrichtung. Die Ergebnisse der Recherchen sind in der Liste der Beratungsstellen für KursteilnehmerInnen und TrainerInnen, in der Kurzdarstellung des Wiener Gesundheitswesens im TrainerInnen-Handbuch (Ausblick), aber vor allem in den Merk- und Arbeitsblättern (z.B. Notfallsnummern, Beispiele für Krankenhäuser und PsychotherapeutInnen, e-card) sowie in den ausgewählten Informationsbroschüren für die KursteilnehmerInnen zu finden (z.B. in Broschüren von Zeitlupe, Kraftwerk, Bizeps).

- Explorative ExpertInneninterviews

Fünf explorative Interviews mit VertreterInnen von Beratungseinrichtungen und Selbstvertretungsorganisationen (Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen, NINLIL gemeinsam mit Kraftwerk und Zeitlupe, Bizeps, Selbstvertretungszentrum, FEM Gesundheitszentrum für Frauen) ergänzten den Recherche- und Entwicklungsprozess. Ziel war es, bisherige Erfahrungen mit zielgruppenspezifischer Gesundheitsförderung und entsprechender Beratungsleistung zu erörtern, die thematische Ausrichtung und die Schwerpunkte des Kursprogramms „Gesundsein“ zu diskutieren sowie Informationen zum und die Orientierung im Gesundheitswesen zu erweitern. Die Ergebnisse fanden wiederum ihren Niederschlag im TrainerInnen-Handbuch und in den Kursmaterialien (s.o.).

Die Erkenntnisse aus diesen Interviews bestätigten das Forschungs- und Entwicklungsteam in den geplanten thematischen Schwerpunktsetzungen des Kursprogramms. Im Besonderen betraf dies die Entscheidung für ein Modul zu verschiedenen psychosozialen Dimensionen (Modul 3: „In Freude leben“ inklusive Trauer, Depression und Gewaltthematik) sowie für ein Modul zum Thema

„Sexualitäten“ (Modul 5). Weiters befürworteten die InterviewpartnerInnen den Fokus, den das Forschungs- und Entwicklungsteam beim Kursprogramm auf Haltungen und Empowerment legte.

Darüber hinaus konnte durch die sowohl persönlich als auch telefonisch geführten Gespräche Öffentlichkeitsarbeit für das Kursprogramm geleistet werden. Außerdem wurden Empfehlungen für Trainer (sic) mit sexualpädagogischen Qualifikationen für das Modul 5 „Sexualitäten“ eingeholt. Hinsichtlich des Gesundheitswesens und der Angebotsstruktur bestätigte sich die Annahme aus der Recherche, dass das Angebot dem Bedarf in der Praxis nicht entspricht und eine Orientierung im Gesundheitssystem umsichtig zu vermitteln ist, um den potenziellen KursteilnehmerInnen weitere Diskriminierungserfahrungen zu ersparen. Auf eine umfassende Darstellung des Gesundheitswesens (die allein quantitativ im Rahmen des Pilotprojekts nicht möglich war) wurde verzichtet, um den Schwerpunkt auf jene Bereiche zu legen, die Menschen mit Lernschwierigkeiten und Behinderungen auch in der Praxis zugänglich sind.

- Entwicklung des Seminarcurriculums

Auf Basis des fundierten ExpertInnenwissens zu den komplexen Thematiken, welche dieses Projekt aufgrund der Aufgabenstellung und der Zielgruppe tangiert, sowie aufbauend auf den Ergebnissen der parallel laufenden methodischen Umsetzungsschritte erarbeitete das Forschungs- und Entwicklungsteam in prozessorientierter Art und Weise die verschiedenen Bestandteile des Seminarcurriculums für den Kurs „Gesundsein. Ein Kurs zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Lernschwierigkeiten.“

Dieser Prozess wurde, wie bereits erwähnt, durch regelmäßige Forschungsklausuren des gesamten Teams ebenso begleitet wie durch kontinuierliche Abstimmungs- und Rückkoppelungsschleifen mit der Auftraggeberin.

Schließlich wurde wie vereinbart am 15. Mai 2015 das gesamte Kompendium – bestehend aus dem Kursprogramm der sechs Module inklusive einer Praxis-Anleitung für die TrainerInnen, Kursunterlagen in Form von Merk- und Arbeitsblättern für die „Gesundheitsmappe“ der KursteilnehmerInnen sowie Broschüren- und Materialienlisten – für die Pilotphase der Umsetzung des Kursprogramms an die WiG abgegeben.

- Entwicklung des TrainerInnen-Handbuchs

Gleichzeitig wurde ein TrainerInnen-Handbuch verfasst, in dem das wissenschaftlich gesicherte notwendige Grundlagenwissen für die Umsetzung des Seminarcurriculums durch die TrainerInnen in kompakter Form verschriftlicht wurde. Wesentlicher Bestandteil des TrainerInnen-Handbuchs ist das Kapitel zu den Haltungen und zum personenzentrierten und prozessorientierten Zugang, dem die TrainerInnen folgen sollten. Das TrainerInnen-Handbuch befindet sich als Teil des Kompendiums im Anhang zu diesem Bericht.

3.2 Umsetzung

Pilotphase der Umsetzung/Qualitätssicherung	
Meilensteine	**Zeitraum/Datum**
Erster TrainerInnen-Workshop: Einführung in Haltungen, Querschnittsthemen und in das Kursprogramm „Gesundsein“	21. Mai 2015
Umsetzung der Pilotphase: Durchführung von insgesamt acht Kursen	26. Mai bis 14. Juli 2015
Inhaltliche, methodische und organisatorische Begleitung der TrainerInnen	26. Mai bis 14. Juli 2015
Zweiter TrainerInnen-Workshop: Reflexion der Pilotphase sowie Diskussion der Ableitungen für die flächendeckende Ausrollung	7. Juli 2015
TeilnehmerInnen-Workshop zur gemeinsamen Reflexion und internen Evaluierung	14. Juli 2015
3. Sitzung mit Auftraggeberin: Abstimmung sowie Planung der Fertigstellung aller Produkte für die Ausrollung	15. Juli 2015

- Entwicklung von Produkten für die Öffentlichkeitsarbeit zur Bewerbung des Kursprogramms „Gesundsein“

Zur Unterstützung der WiG bei der Bewerbung des Kursprogramms „Gesundsein“ wurden vom Forschungs- und Entwicklungsteam verschiedene jeweils zielgruppenadäquate Entwürfe von Öffentlichkeitsarbeitsmaterialien verfasst. Die Einladungen zum Kursprogramm für potenzielle TeilnehmerInnen sowie für die Mitarbeitenden der interessierten Einrichtungen wurden der WiG zum Versand übermittelt.

- Auswahl der Einrichtungen für die Pilotphase des Kursprogramms „Gesundsein“ (erstellt anhand der Prozessbeschreibung von Heidrun Rader, Projektleitung seitens der WiG, 21.7.2015)

Nach der Kontaktaufnahme, Interessenabklärung und Erhebung der Strukturen der am Kursprogramm „Gesundsein“ interessierten Einrichtungen seitens der WiG (Mai bis November 2014) wurde parallel zum Entwicklungsprozess des Curriculums mit sieben Einrichtungen eine Zusammenarbeit vereinbart. Die vom Forschungsteam entworfenen Einladungen für TeilnehmerInnen sowie MitarbeiterInnen der Einrichtungen wurden von der WiG postalisch an die Einrichtungen zur Weitergabe versendet (April 2015). Als Kriterien für die TeilnehmerInnen – jeweils sechs Personen pro Kurs im Geschlechterverhältnis 3:3 oder 2:4 – wurden rudimentäre Lese- und Schreibkompetenzen formuliert. Die Kurse fanden in den Einrichtungen statt; es wurde abgesprochen, dass bei Bedarf eine unterstützende Person bereitgestellt wird. Nachdem TeilnehmerInnen feststanden, wurden Infrastruktur und die benötigten Kursmaterialien geklärt.

Wie mit dem Entwicklungsteam vereinbart, wurde ein Kurs unabhängig von einer Einrichtung mit Unterstützung der Selbstvertretungsorganisationen (Selbstvertretungszentrum, CBMF – Club behinderter Menschen und deren Freunde, Kompetenz-Zentrum Jugend am Werk, SelbstvertreterInnen in der Lebenshilfe, Bizeps) organisiert, Kursstart war am 19. Juni 2015. Nach der Anmeldung von sechs TeilnehmerInnen wurden die weiteren Interessierten über die Ausrollung des Kursprogramms im Herbst 2015 informiert. Die Anmeldungen wurden seitens der WiG bestätigt und an die Trainerin weitergegeben, den TeilnehmerInnen wurde der Kontakt zur Trainerin sowie die Anfahrtsbeschreibung vermittelt. Der freie Kurs fand in der Sargfabrik in 1140 Wien statt.

- Auswahl der TrainerInnen für die Pilotphase des Kursprogramms „Gesundsein“ (erstellt anhand der Prozessbeschreibung von Heidrun Rader, Projektleitung seitens der WiG, 21.7.2015)

Nach der Konzeptionsphase und der ersten Kontaktaufnahme mit potenziellen TrainerInnen im Jahr 2014 wurden die Ausschreibungsunterlagen gemäß dem vom Entwicklungsteam erstellten Anforderungsprofil sowie gemäß der Ausschreibungs- und Vertragsbedingungen der Wiener Gesundheitsförderung im März 2015 erstellt. Die Ausschreibung ging an Einzelpersonen, TrainerInnen-Teams sowie Bildungseinrichtungen. Die insgesamt zwölf positiven Rückmeldungen wurden nach erforderlichen Kompetenzen und Erfahrungen (Erfahrungen in Trainings mit Menschen mit Lernschwierigkeiten, Reflexionsfähigkeit, Genderkompetenz, Erfahrung in Sexualpädagogik etc.), kaufmännischen Aspekten sowie Verfügbarkeit bewertet. Zusätzlich zu den insgesamt sieben TrainerInnen, mit denen eine

Vereinbarung getroffen wurde und die vom Entwicklungsteam in einem Workshop in Kursprogramm und Haltungen eingeführt wurden (s.u.), wurde ein weiterer Trainer für geschlechtergetrennte Gruppensettings in Modul 5 „Sexualitäten“ gefunden.

- Durchführung der Kurse

Insgesamt wurden in der Pilotphase „Gesundsein“ im Zeitraum Mai bis Juli 2015 acht Kurse mit jeweils sechs TeilnehmerInnen durchgeführt. Von den acht Kursen fanden sieben in Einrichtungen statt, ein Kurs wurde als freier Kurs organisiert. Acht TrainerInnen waren dabei im Einsatz (fünf Trainerinnen, drei Trainer). Die TrainerInnen wurden vorab in das Kursprogramm, in die erforderlichen Haltungen sowie in die Kursmaterialien eingeführt. Die TrainerInnen-Mappen mit TrainerInnen-Handbuch, Curriculum sowie Kursunterlagen wurden von der WiG zur Verfügung gestellt. Weiters sorgte die WiG dafür, dass die umfangreiche „Materialienbox“ gemäß der vom Forschungs- und Entwicklungsteam erstellten Materialienliste mit den Gesundheitsmappen für die TeilnehmerInnen (Kursunterlagen), den Broschüren sowie weiteren Materialien wie Plastilin, Flipchart, Moderationsmaterialien etc. in den Einrichtungen zur Verfügung stand.

Qualitätssicherung

- Entwicklung und Umsetzung qualitätssichernder Methoden nach außen

Um alle Erkenntnisse der Pilotphase der Umsetzung des Kursprogramms „Gesundsein“ bestmöglich und gleichzeitig für die TrainerInnen und TeilnehmerInnen ressourcenschonend sammeln und sichern zu können, entwickelte das Forschungs- und Entwicklungsteam ein Set verschiedener qualitätssichernder Tools:

  - Entwicklung und Umsetzung von qualitativen Workshops mit TrainerInnen

Vor Beginn der Kurse diente der erste Workshop für TrainerInnen dazu, sie in das Kursprogramm „Gesundsein“ einzuführen, und ein zweiter Workshop diente der Reflexion über die ersten Kurse.

<u>Erster TrainerInnen-Workshop</u>

Der erste TrainerInnen-Workshop fand am 21. Mai 2015 zwischen 10.00 und 18.00 Uhr statt. Alle sechs zu diesem Zeitpunkt bereits fixierten TrainerInnen, die Kurse leiten sollten, nahmen teil. Lediglich ein Trainer, der in einigen Kursen für das Modul 5 („Sexualitäten“) zuständig sein sollte, war verhindert. Außerdem nahmen seitens der WiG die Projektleiterin sowie die Praktikantin am gesamten Workshop teil.

Das vorab mit der Projektleiterin der WiG abgesprochene Programm des Workshops konnte zur Gänze umgesetzt werden: Die TrainerInnen wurden in das Kursprogramm „Gesundsein“ – Haltungen, Inhalte, Methoden sowie Kursunterlagen – eingeführt und darauf vorbereitet, die insgesamt sechs Module nach den Prinzipien des prozessorientierten und personenzentrierten Arbeitens zu planen und umzusetzen (mit bilateraler Unterstützung des Entwicklungsteams per Telefon und E-Mail).

Zweiter TrainerInnen-Workshop

Der zweite TrainerInnen-Workshop fand am 7. Juli 2015 von 14.00 bis 17.30 Uhr statt. Insgesamt haben sechs TrainerInnen (zwei davon ab 15.30 Uhr) teilgenommen, eine Trainerin und ein Trainer waren urlaubsbedingt entschuldigt. Seitens der WiG haben die Projektleiterin (für eine Stunde) sowie die Praktikantin (durchgängig) an diesem Workshop teilgenommen. Der Workshop diente vor allem der Reflexion der Erfahrungen mit den Kursen sowie der Konkretisierung von allfälligen Veränderungswünschen. Für diesen Workshop entwickelte das Team einen sogenannten „begehbaren Fragebogen“[41]. Die Ergebnisse dieser Workshops flossen in die Überarbeitung der Kursunterlagen, in die interne Evaluierung sowie in die Empfehlungen für die Ausrollung ein.

- Inhaltliche und methodische Begleitung der TrainerInnen während der Pilotphase durch das Forschungs- und Entwicklungsteam

Das Forschungs- und Entwicklungsteam stand den TrainerInnen während der gesamten Pilotphase der Umsetzung des Kursprogramms „Gesundsein“ bei allfälligen Fragen zur Umsetzung des Kursprogramms für eine Beratung zur Verfügung (per Telefon oder per E-Mail).

Zu Beginn der Kurse wurde dieses Angebot von einer Trainerin intensiv in Anspruch genommen, sie konnte mittels E-Mails und Telefonaten durch Sonja Stadler unterstützt werden. Durch den Austausch der Dokumentationsbögen ergab sich eine weitere Möglichkeit der Begleitung der TrainerInnen durch das Entwicklungsteam, mit der vorwiegend organisatorische Fragen geklärt werden konnten (ergänzende Beratungseinrichtungen, Anmeldeprozedere für TeilnehmerInnen, Zertifikate, Fragen zu Kursmaterialien, Fragen zum TrainerInnen-Workshop etc.) Über die insgesamt 40 E-Mails hinaus wurden in Absprache mit der Projektleitung der WiG drei Rundmails an alle acht TrainerInnen versendet, um diese mit aktuellen Informationen zu versorgen.

[41] Auf großen Pinnwänden wurden alle für das Forschungs- und Entwicklungsteam relevanten Fragen notiert, die durch die TeilnehmerInnen schriftlich beantwortet wurden. Im Anschluss wurden alle Pinnwände gemeinsam diskutiert.

Die Erfahrungen und Erkenntnisse aus der Begleitung dienten außerdem auch der internen Evaluierung.

- Entwicklung und Auswertung von Dokumentationsbögen

Das Team entwickelte ein Dokumentationstool, das den TrainerInnen zur Verfügung gestellt wurde, mit der Bitte, den Bogen kontinuierlich (d.h. nach jedem Modul des gesamten Kurses) auszufüllen und zu retournieren. Alle TrainerInnen haben die Dokumentationsbögen wie vereinbart ausgefüllt und an die Entwicklerinnen geschickt. Insgesamt wurden 48 Dokumentationsbögen sowie über 80 Fotos vom Forschungs- und Entwicklungsteam gesammelt und fortlaufend gesichtet. Hinweise, die für die Organisation relevant waren, wurden an die Projektleiterin der WiG weitergeleitet. Hinweise hinsichtlich der Adaptierung des Kursprogramms wurden fortlaufend dokumentiert und an alle Teammitglieder weitergeleitet. Die Dokumentationsbögen haben sich in der Praxis als geeignete Reflexions- und Planungsinstrumente erwiesen, diese sollten daher auch nach der Pilotphase den TrainerInnen zur Verfügung stehen.

- Entwicklung und Umsetzung eines qualitativen Workshops mit TeilnehmerInnen des Kursprogramms „Gesundsein“

Nach Ende der Pilotphase war die Durchführung eines Reflexionsworkshops mit TeilnehmerInnen von „Gesundsein“ geplant. Am 14. Juli 2015 von 13.00 bis 17.00 Uhr konnte dieser Workshop durchgeführt werden. Insgesamt haben elf Personen (sechs Frauen, fünf Männer) teilgenommen. Eine Frau besuchte den offenen Kurs, alle anderen kamen aus insgesamt drei Einrichtungen. Problematisch war jedoch, dass die TeilnehmerInnen teilweise um 16.00 Uhr vom Fahrtendienst abgeholt wurden, obwohl sie selbst noch gerne geblieben wären.

Obwohl nicht alle TeilnehmerInnen über den gesamten Zeitraum anwesend waren – manche kamen später, einige gingen früher – konnten für die Evaluation wesentliche Fragen diskutiert werden. Der TeilnehmerInnen-Workshop lieferte vertiefende Erkenntnisse hinsichtlich der Zielerreichung aus der Zielgruppenperspektive. Die Ergebnisse flossen in die Überarbeitung der Kursunterlagen, in die Entwicklung von Empfehlungen für die Ausrollung sowie in die interne Evaluierung ein.

- Entwicklung eines Konzepts für einen Workshop mit UnterstützerInnen

Das Team entwickelte schließlich ein Konzept für einen Workshop für UnterstützerInnen, der unter anderem folgende Ziele verfolgt: Einführung in das Selbstbestimmt-Leben/People-First-Paradigma, in die Haltung des personenzentrierten und prozessorientierten Unterstützens sowie eine praxisorientierte Sensibilisierung für das Thema der Gesundheitsförderung von Menschen mit Lernschwierigkeiten. Dieser Workshop wurde separat ausgeschrieben und wurde im September 2015 umgesetzt.

- Entwicklung und Umsetzung qualitätssichernder Methoden nach innen

Im Laufe des Forschungs- und Entwicklungsprozesses kamen verschiedene qualitätssichernde Methoden zum Einsatz:

- Regelmäßige Reflexionsklausuren und Abstimmungsprozesse innerhalb des gesamten Forschungs- und Entwicklungsteams

Aufgrund der Verschränktheit der verschiedenen methodischen Schritte sowie aufgrund der unterschiedlichen Expertisen im Forschungs- und Entwicklungsteam und der Herausforderungen dieses inklusiven Projekts selbst kam den regelmäßigen Reflexionsklausuren sowie den laufenden Abstimmungsprozessen im gesamten Team eine zentrale methodische Bedeutung zu.

- Kontinuierliche Rückkoppelung mit der Auftraggeberin

Eine wichtige qualitätssichernde Bedeutung hatte auch die kontinuierliche Rückkoppelung und Abstimmung mit der Auftraggeberin. Diese erfolgte dementsprechend telefonisch, per E-Mail sowie abgestimmt mit dem Prozessverlauf bei insgesamt vier Abstimmungs- und Reflexionstreffen, an denen die Projektleiterin der WiG, die Praktikantin und fallweise weitere Vertreter der WiG sowie alle vier Mitglieder des Forschungs- und Entwicklungsteams teilnahmen.

Die Erkenntnisse und Erfahrungen der Projektleitung der WiG wurden darüber hinaus weiters in einem Interview Anfang August 2015 diskutiert, das sowohl der internen Evaluierung als auch der Entwicklung von Empfehlungen zur Ausrollung der Kursprogramms diente.

3.3 Finalisierung

Fertigstellungsphase	
Meilensteine	**Zeitraum/Datum**
Zwischenbericht 2. Quartal	15. August 2015
Bekanntgabe: Einhaltung des Abgabetermins Endbericht	31. August 2015
Abgabe: Empfehlungen für flächendeckende Ausrollung (inkl. Empfehlungen für UnterstützerInnen und Einrichtungen), aktualisierte Materialienliste	31. August 2015
Übergabe überarbeitete und lektorierte Produkte (Endversionen)	15. September 2015
Feedback seitens WiG	18. September 2015
Finale Abgabe Produkte	23. September 2015
Abgabe lektorierter Endbericht	30. September 2015
Layout (in WiG)	5. Oktober 2015
Freigabe durch GF WiG, Abnahme aller Produkte inkl. Endbericht	15. Oktober 2015
Projektende	KW 43
TrainerInnen-Treffen (WiG)	28. Oktober 2015
Treffen Publikation	November 2015
Zwischenbericht 3. Quartal	15. November 2015

- Überarbeitung aller Kursunterlagen entsprechend den Erfahrungen und Erkenntnissen aus der Pilotphase

Die Unterlagen zum Kursprogramm „Gesundsein“ wurden anhand der Erkenntnisse und Änderungsvorschläge aus der Pilotphase überarbeitet und wie vereinbart der WiG zur Freigabe übergeben. Auch in der zweiten Projektphase hat das Forschungs- und Entwicklungsteam prozessorientiert gearbeitet. Kontinuierliche Reflexionen begleiteten diese Phase, dies teilweise im gesamten Forschungsteam, teilweise bilateral. Die Reflexionen wurden jeweils verschriftlicht und allen Teammitgliedern zur Verfügung gestellt. In Bezug auf die Umsetzung der Kurse in der Pilotphase waren die von den TrainerInnen ausgefüllten Dokumentationsbögen ein wesentlicher Reflexionsgegenstand: So wurden alle Hinweise bzgl. der Umsetzung der Module bzw. der Übungen durch die TrainerInnen im Forschungs- und Entwicklungsteam diskutiert und es wurde gemeinsam entschieden, welche Änderungen in die Überarbeitung von Bausteinen, Übungen sowie Arbeits- und Merkblättern einfließen sollten.

- Abstimmungstreffen mit der Auftraggeberin zur Reflexion der bisherigen Umsetzung sowie Planung der nächsten Projektschritte (Überarbeitung TrainerInnen-Handbuch und Kursprogramm, Berichtslegungen etc.)

Das Abstimmungstreffen mit der WiG fand am 15. Juli 2015 in Wien statt. Neben allen Forschungs- und Entwicklungsteammitgliedern nahmen seitens der WiG der Abteilungsleiter des Teams „Gesunde Stadt – Selbsthilfe und Empowerment“ (für knapp zwei Stunden), die Projektleiterin sowie die Praktikantin an diesem Treffen teil. Neben einem gemeinsamen Rückblick auf die Pilotphase konnten im Rahmen dieser Sitzung wesentliche offene Fragen besprochen sowie erste Empfehlungen für die Ausrollung im Herbst 2015 gemacht werden.

- Abgabe der adaptierten und lektorierten Endfassung des Kompendiums

Die überarbeiteten Kursunterlagen wurden am 15. September 2015 der WiG in lektorierter Form für die flächendeckende Ausrollung in Wien ab Herbst 2015 übergeben.

- Verfassen eines Endberichts inklusive Evaluierung der Pilotphase und Empfehlungen für die flächendeckende Ausrollung

Der hier vorliegende Endbericht zum Projekt „Gesundsein“ enthält neben einer Darstellung des methodischen Vorgehens und der Prozessschritte die Ergebnisse der internen Evaluierung sowie ein Fazit und Empfehlungen für die Ausrollung. Das gesamte Kompendium zum Kurs „Gesundsein“ befindet sich im Anhang dieses Berichts.

4. Interne Evaluierung

Einleitung

Im Rahmen der Projektdurchführung wurden verschiedene Evaluierungsschritte durchgeführt: Neben der Auswertung der von den TrainerInnen fortlaufend ausgefüllten Dokumentationsbögen zu jedem einzelnen Modul des Kursprogramms „Gesundsein“ wurden die Workshops mit den TrainerInnen sowie jener mit den TeilnehmerInnen inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Ergebnisse dieser Auswertungen werden im Folgenden vorgestellt; weiteres fließen sie in die Reflexion des Forschungs- und Entwicklungsprojekts ebenso ein wie in die Empfehlungen für die Ausrollung des Kursprogramms „Gesundsein“.[42]

4.1 Auswertung der Dokumentationsbögen

Insgesamt wurden in der Pilotphase 48 Dokumentationsbögen von den TrainerInnen retourniert, teilweise unterstützt durch Fotomaterial, das zur Veranschaulichung für Evaluierung und Endbericht dient. Die Dokumentationsbögen wurden inhaltsanalytisch ausgewertet, praktische Anregungen wurden dabei unmittelbar in der Adaptierung des Kompendiums bzw. der Materialien-und Broschüren-Liste berücksichtigt (z.B. der Wunsch der TeilnehmerInnen nach größeren Mappen mit Hebelvorrichtung). Da alle Kursmaterialien bei zumindest ein bis zwei Gruppen mit Freude zum Einsatz kamen,[43] blieben alle Merk- und Arbeitsblätter in ihrer Form bestehen, nur die Inhalte wurden auf Anregung der TrainerInnen verändert.

So wurden etwa die Merkblätter 1.3 „Selbstbestimmt Leben“ überarbeitet, da diese nicht allen KursteilnehmerInnen verständlich waren; die Liste der Fach-ÄrztInnen wurden ebenso erweitert (z.B. „Unfall-Chirurg“) wie die Liste der Beratungseinrichtungen; Begrifflichkeiten wurden besser erklärt (z.B. „Männer-Arzt“ oder „Radiologe/Röntgen-Arzt“); missverständliche Grafikelemente wurden ausgetauscht oder mit Fotos ergänzt (z.B. Foto von Ed Roberts). Dem Wunsch nach mehr Bewegungsübungen wurde im TrainerInnen-Handbuch nachgekommen, weiters wurde ein Rezept für eine alternative Knetmasse zum Plastilin aufgenommen, die mit dem Trocken hart wird – d.h., den TeilnehmerInnen wird es so möglich gemacht, ihre Werke mitzunehmen. Aufgrund von Fragestellungen

[42] Für die Empfehlungen für die Ausrollung von „Gesundsein – Förderung der Gesundheitskompetenz für Menschen mit Lernschwierigkeiten“ siehe Kapitel 6 des vorliegenden Berichts.

[43] Die Dokumentationsbögen wurden von allen TrainerInnen ausgefüllt, jedoch in sehr unterschiedlichem Ausmaß. So sind z.B. keine allzu konkreten Aussagen über die Häufigkeit des Einsatzes von bestimmten Merk- und Arbeitsblättern oder Broschüren zu treffen.

hinsichtlich der sehr unterschiedlichen Lese- und Schreibkompetenzen der KursteilnehmerInnen wurde das bereits beschriebene Unterstützungssystem „Modell der 4 Schachteln“ erweitert und um das Kapitel „Zauber der Buchstaben“ ergänzt. Gelungene Umsetzungsbeispiele von TrainerInnen wurden im Programm übernommen (z.B. „Genussschule“, Modul 6, oder die „Notfallskarte für die Brieftasche“, Modul 4). Weiters wurden – aufgrund der Hinweise der TrainerInnen und der TeilnehmerInnen – die Inhalte des Kursprogramms um Themenfelder wie etwa Gesundheit im Kontext von Älterwerden, die Bedeutung der Wechseljahre etc. (in Modul 5) oder das Spannungsfeld „Selbstbestimmung und Selbstständigkeit“ (Modul 1) im adaptierten Programm ergänzt.

Zusätzlich zu den Rückmeldungen, die sofort in der Überarbeitung des Programms bzw. der Unterlagen berücksichtigt werden konnten, wurden vielfältige Erfahrungen und Anregungen mittels Dokumentationsbögen erfasst, die in Folge zusammengefasst dargestellt werden. Viele der Erfahrungen fließen unmittelbar in die Empfehlungen für die weitere Ausrollung des Kursprogramms „Gesundsein“ ein. Da sich die Dokumentationsbögen als geeignetes Instrument für die Gestaltung und Reflexion des Programms herausgestellt haben, lautet eine Empfehlung, diese gesammelt in einem Dokument den zukünftigen TrainerInnen für den internen Gebrauch während der weiteren Umsetzung des Programms zur Verfügung zu stellen.

Kursprogramm, Module und Materialien

Den Rückmeldungen der TrainerInnen zufolge gelingt es mit dem Aufbau des Kursprogramms in sechs Modulen – „Mein Alltag“, „Mein Körper und ich“, „In Freude leben“, „Krank sein“, „Sexualitäten“ und „Gesundsein – persönlicher Wegweiser“ – sowohl Gesundheitswissen bzw. Informationen zum Gesundheitswesen zu vermitteln als auch genügend Raum für Erfahrungsaustausch, eigene Empfindungen und Selbststärkung zu lassen. Auch wenn die unterschiedlich ausgerichteten Module von den heterogenen TeilnehmerInnen laut TrainerInnen durchaus unterschiedlich aufgefasst wurden, gab es keine Rückmeldung, dass ein Modul nicht funktioniert hätte. Die TrainerInnen fühlten sich durch den einführenden Workshop und die zur Verfügung gestellten umfassenden Kursunterlagen (etwa Grundlagenwissen im TrainerInnen-Handbuch) adäquat vorbereitet, die ausführliche Auseinandersetzung mit den Querschnittsmaterien und Haltungen unterstützten die TrainerInnen bestens bei ihrer Aufgabe.

> *„Ich habe mich durch den Seminartag am 21. Mai sehr gut vorbereitet gefühlt. Es hat auch mir große Freude bereitet!“* (TrainerIn Modul 1)[44]

Über die Motivation der Teilnahme seitens der Zielgruppen ist nicht viel bekannt, es kann aber jedenfalls von einer freiwilligen Teilnahme sowie zumindest teilweise von einer Vorauswahl durch die Einrichtungen ausgegangen werden (Menschen mit Seminarerfahrung, Menschen ohne schwerwiegende Beeinträchtigungen etc.).

> *„Positives: Alle Teilnehmerinnen sind völlig freiwillig im Seminar. Zu der Frage, was sie bewogen hatte am Seminar teilzunehmen: ‚Ich will mich besser auskennen.‘ – ‚Ich habe Zucker und will da mehr zum Umgang damit wissen.‘ – ‚Ich bin mitgekommen.‘ – ‚Ich bin gerne in Seminaren.‘ – ‚Gesundheit ist wichtig.‘ – ‚Als Sportler muss ich gesund sein.‘“* (TrainerIn Modul 1)

Alle TrainerInnen berichten von sehr konstruktiven Arbeitsatmosphären und hohen sozialen Kompetenzen in den Gruppen, das gemeinsame Aufstellen der Gruppenregeln und deren Umsetzung haben immer gut funktioniert, was insgesamt die Vermittlung der Kursinhalte und die gemeinsamen Übungen zu einer Freude machte.

> *„Positives: Sehr angenehmes Gruppenklima, große Bereitschaft, aufeinander zu hören und sich zu verstehen, aber auch große Bereitschaft, eigene Wünsche und Befindlichkeit zu äußern.“* (TrainerIn Modul 1)

> *„Grundstimmung: Fast alle haben sich in der Gruppe gekannt. Freundliches, interessiertes und aufmerksames Zuhören und Nachfragen in der ausführlichen ersten Vorstellungsrunde. Bei allen war eine sehr positive Bereitschaft da, sich mit diesen Themen auseinander zu setzen*.“ (TrainerIn Modul 1)

Hier zeigen sich die Vorteile der Kursorganisation über eine Einrichtung, in der die Menschen einander und mit den Räumlichkeiten vertraut sind, Unsicherheiten reduziert werden und Stärken voll zur Geltung kommen. Zu den Nachteilen bzw. generell zur Rolle der Einrichtungen siehe weiter unten.

In Modul 1 „**Mein Alltag**“ ging es nebst Einführung und Kennenlernen von TeilnehmerInnen und TrainerInnen vor allem um „Selbstbestimmt Leben“, wobei sowohl die Geschichte von Ed Roberts, des Begründers der internationalen Independent-Living-Bewegung, als auch die Idee von „Selbstbestimmt Leben“

[44] Die Zitate der TrainerInnen aus den Dokumentationsbögen sind teilweise sprachlich bereinigt worden (Anm. d. Aut.).

besonderen Eindruck hinterließen und zu vielen Diskussionen um eigene Positionen der TeilnehmerInnen und zum Hinterfragen der Haltungen von BetreuerInnen/UnterstützerInnen führte.

> *„Alle TeilnehmerInnen waren sehr beeindruckt von der Bezeichnung ‚Mensch mit Lernschwierigkeiten' und darüber hat sich ein langes Gespräch entwickelt."* (TrainerIn Modul 1)

> *„Eine sehr gute Aufmerksamkeit war beim Block ‚Selbstbestimmt Leben!', dies sowohl beim ‚geschichtlichen' Teil als auch bei den einzelnen Selbstbestimmt-Leben-Paradigmen. Die Teilnehmer suchten eigene Beispiele: Kühlschrankbeispiel (Betreuer schaut in den Kühlschrank, ob etwas fehlt), ob man Unterwäsche trägt, Reiseunterstützung, Fußpflege ..."* (TrainerIn Modul 1)

Die Einführungen wurden insgesamt als sehr positiv beschrieben, die in Modul 1 eingeführten Kursmaterialien wie Ampelsystem, Smileys und Merkblätter wurden gut aufgenommen, insbesondere die Mappen bereiteten sowohl den TeilnehmerInnen als auch den TrainerInnen viel Freude. Ein wesentliches Element war dabei die Eigenverantwortlichkeit der TeilnehmerInnen für die Gestaltung ihrer Gesundheitsmappen, sowohl was das äußere Erscheinungsbild als auch was die inhaltliche Ausrichtung betrifft.

> *„Die Eigenverantwortlichkeit der Mappe sehr positiv aufgenommen."* (TrainerIn Modul 1)

> *„Es war eine Freude mit der Mappe zu arbeiten."* (TrainerIn Modul 1)

Der Verantwortungskartensatz fand in Modul 1 nicht immer Platz, in einigen Gruppen wurde das Kartenspiel in späteren Modulen verwendet. Wenn in Anwendung, brachte das Spiel stets eine freudvolle Auseinandersetzung mit Gesundheitsthemen und der eigenen Verantwortung dabei.

> *„Die Verantwortungskarten hatte ich schon zu Hause ausgeschnitten. Wir zogen abwechselnd Fragen und dann willkürlich eine Antwort dazu, was viel Spaß brachte. Anschließend regte ich die TeilnehmerInnen an, die für sie ‚richtigen' Antworten zu geben."* (TrainerIn Modul 1)

Mit dem Kartensatz wurde aber auch schnell deutlich, dass für Gruppen bzw. für einzelne TeilnehmerInnen mit geringerer Lesekompetenz alternative Lösungen gesucht werden müssen bzw. der Kartensatz nicht zur Anwendung kommen kann.

„Hier bin ich noch beim Überlegen, wie ich die Karten bei Lese- und Sehschwäche einsetzen kann. Ich werde einmal ein Set mit Symbolen für das nächste Modul vorbereiten.“ (TrainerIn Modul 1)

Mit der Herausforderung, welche die heterogene Zielgruppe für die TrainerInnen diesbezüglich mit sich brachte, zeigte sich die Stärke des Programms mit den variablen Bausteinen und Übungen. Auch wenn viele Arbeiten schrift- oder gesprächsorientiert entwickelt wurden, stehen doch Alternativen in Form von Bewegungsübungen, Bastel- oder Collagearbeiten zur Auswahl zur Verfügung, die einen personenorientierten Zugang zu allen TeilnehmerInnen bieten konnten.

„Bei der Collagearbeit hatte ich gute Gelegenheit, mit den TeilnehmerInnen in Kontakt zu kommen, auch nonverbal mehr über sie zu erfahren. Das scheint mir sehr wichtig. Dadurch konnte ich eine Person auch besser verstehen, die zu Beginn kaum verständlich gesprochen hat.“ (TrainerIn Modul 1)

Um die zukünftigen TrainerInnen in ihrem Selbstverständnis zu unterstützen, sich nicht zu sehr auf den Programmablauf zu fokussieren, sondern eine personenzentrierte Auswahl an Bausteinen und Übungen zu treffen, wurde das Merkblatt „Wichtiges zu Beginn“ entwickelt, das dem Kursprogramm als Präambel vor Modul 1 hinzugefügt wurde (siehe Ende dieses Kapitels).

Darüber hinaus wurde auf Anregung der TrainerInnen der Fundus an Bewegungs- und Sinnesübungen im Kursprogramm erweitert. Zugleich wird mit dem neuen Kapitel „Der Zauber der Buchstaben“ deutlich darauf hingewiesen, dass auch für Menschen, die nicht lesen oder schreiben können, die Welt der Buchstaben wichtig ist, sie sollen dafür Unterstützung einfordern.

Modul 2 „**Mein Körper und ich**“ wurde von einigen Gruppen als sehr arbeitsintensiv erlebt, andere TeilnehmerInnen hingegen konnten mit ihrem vorhandenen Körperwissen punkten und forderten die TrainerInnen mit ihrem Wunsch nach mehr Informationen. Die Arbeits- und Merkblätter dienten dabei als – den TrainerInnen zufolge – gute Basis.

„Die Arbeitsblätter werden SEHR GUT ANGENOMMEN! Mir erscheinen die jeweiligen Fragen sehr passend: Herz – da wird auch Herzanfall genannt und Überlegungen, was dem Herzen gut tun könnte. Leber – diverse Alkoholerfahrungen und wer wegen diverser Medikamente keinen Alkohol mehr trinkt. Magen – was hält wer für gesund, was schmeckt. Niere – wer trinkt was und wie viel. Lunge – da ein Raucher heute nicht da ist und wir schon darüber gesprochen hatten, wird das wenig eingebracht. Die Diskussion geht mehr in die Richtung: Was tut der Lunge gut? Wer geht gerne an die frische Luft? Hirn – worüber denken einzelne gerne nach? Knochen – es gibt

wenig Gipserfahrung. Muskeln – da geht das Gespräch mehr in Richtung Sport.“ (TrainerIn Modul 2)

Auch hier gilt es, die TrainerInnen darin zu unterstützen, das Programm selbstverständlich personenzentriert und wenn notwendig über das Kursprogramm hinausgehend zu gestalten, indem weitere Quellen, etwa zu Körperwissen, herangezogen werden.



Körperwissen aus Modul 2 „Mein Körper und ich“[45]

Es ist klar, dass in einem Halbtagesmodul nicht der gesamte innere und äußere Körper erforscht und der Umgang mit diesem diskutiert werden kann – zu diesem Zwecke wurden unter anderem Websites (www.unserkoerper.de) sowie Broschüren in Leichter Sprache empfohlen (siehe Broschürenliste), die von einigen Gruppen sehr gut angenommen wurden.

„Broschüren Ernährung c, k, l, m, o, p wurden mit großem Interesse aufgenommen und diskutiert.“ (TrainerIn Modul 2)

[45] Die verwendeten Fotos von Werken der TeilnehmerInnen wurden von den TrainerInnen in Absprache mit den TeilnehmerInnen anonym für den Endbericht zur Verfügung gestellt.

> *„Besondere Freude hatten die TeilnehmerInnen, die nach wie vor an den Heften (o, c, p) hoch interessiert sind, da sie mehr ihrem Wissensstand entsprechen. Wir haben so gut wie jede Seite besprochen und sogar ein paar Turn- und Atemübungen ausprobiert.“* (TrainerIn Modul 2)

> *„Es sind sehr, sehr viele Folder, die man sich gemeinsam anschauen kann. Das Interesse ist sehr groß, sich die Folder zu Hause nochmals anzuschauen.“* (TrainerIn Modul 2)

Darüber hinaus zahlt sich der große Aufwand der Broschürenbeschaffung, die in der Pilotphase die WiG übernommen hat, insofern aus, als im Kurs der aktive Umgang mit Informationsmaterial geübt werden kann. Damit wird die Chance erhöht, dass die TeilnehmerInnen auch außerhalb des Kurses auf Broschüren zurückgreifen. Die Kompetenz zur selbstständigen Informationsbeschaffung über Broschüren kann als wesentliche Transferleistung des Kursprogramms in den Alltag der TeilnehmerInnen bewertet werden. Dies sollte durch Beschaffung von Broschüren auch in der Ausrollungsphase unbedingt gewährleistet sein. Wenn die WiG nicht mehr wie bisher als Schnittstelle fungieren wird, könnten die Trägereinrichtungen selbst mehr in den Prozess der Broschüren- und Materialbeschaffung eingebunden werden und so als Informations-Plattformen fungieren. Weiters könnten Selbstvertretungszentren sowie Selbstbestimmt-Leben-Zentren als Informations-Plattformen aufgebaut werden, dies vor allem auch für freie Kurse, die unabhängig von Einrichtungen organisiert werden.

Die Körperübungen bildeten wesentliche Bestandteile des Moduls bzw. überhaupt des gesamten Kursprogramms. Diese boten einen nonverbalen Zugang zu Körperwissen und konnten so das Interesse am eigenen Körper wecken und im besten Fall Körper- und Selbstbewusstsein stärken.

> *„Ich berühre mich: Körpergrenzen, sich wahrnehmen und spüren war wichtig. Ich werde diese Übung wahrscheinlich wiederholen!“* (TrainerIn Modul 2)

> *„Das Modul hat bei den TeilnehmerInnen spürbar Interesse am eigenen Körper geweckt. Ich habe den Eindruck, dass in dieser Gruppe die sinnliche Erfassung wichtiger ist. So war die Übung ‚ich berühre meinen Körper‘ sehr gut. Auch die inneren Organe haben wir an unseren Körpern erforscht, das Herz gefühlt, die Lunge beatmet usw. Das war gut. Die TeilnehmerInnen hatten die Wahl zwischen mehr Organwissen oder Pflege und haben sich noch sehr für Organe interessiert.“* (TrainerIn Modul 2)

Die Auswahl an Körper- und Sinnesübungen wurde auf Wunsch der TrainerInnen im adaptierten Kursprogramm vergrößert.

Modul 3 „**In Freude leben**“ war von Anfang an ein besonderes Modul, da es die psychosozialen Dimensionen eines guten Lebens in den Vordergrund rückt, für deren Bedeutung für die Gesundheit teilweise erst Bewusstsein geschaffen werden muss. Dabei galt es, die Balance zwischen Wissensvermittlung und persönlichem Erfahrungsaustausch zu finden, zwischen Freude, Glück, Trauer und Angst, außerdem Nein sagen zu üben und dabei das schwierige, aber notwendige Thema Gewalt zu integrieren. Zusammengefasst kann gesagt werden, dass es den Kompetenzen und dem Engagement den TrainerInnen zu verdanken ist, dass es in diesem zeitlich so begrenzten Rahmen gelingen konnte, die „Message“ des Moduls zu vermitteln und gleichzeitig Raum für die mannigfaltigen leidvollen Erfahrungen der TeilnehmerInnen zu lassen.

> *„In dieser Gruppe sind mehrere TeilnehmerInnen emotional instabil bzw. in psychiatrischer Behandlung, die Lernschwierigkeiten sind kaum bemerkbar. Deshalb habe ich – vor allem nach der schwermütigen Stunde zum Thema ‚In Freude leben‘– bewusst Übungen eingebaut, die Zuversicht und Integration von Schwierigkeiten zum Thema hatten, das ist sehr gut angekommen.“*
> (TrainerIn Modul 3)



„Die Glücksblume“
Modul 3 „In Freude leben“

„Freude ist hier sehr gemischt mit leidvollen Erfahrungen, es kommt klar heraus, dass schwierige Erlebnisse zum Leben dazugehören, dass es auch ok ist, wie es ist. Trotzdem wird sichtbar, dass Freude im Leben etwas ist, das ich mir selber auch mit kleinen Alltagserlebnissen bereiten kann." (TrainerIn Modul 3)

„Diese Gruppe ist wieder ganz anders, einige TeilnehmerInnen haben Erfahrung mit Depression und sehr schwierigen Lebenssituationen, die sie täglich belasten. Trotzdem habe ich den Eindruck, dass die Idee verstanden wurde." (TrainerIn Modul 3)

Auch wenn es ein gewisses Risiko für die Kursatmosphäre bedeutete, die Freude zu trüben, indem man sich bewusst mit Gewalt und Übergriffen auseinandersetzt, war dies eine notwendige Überlegung und Übung. Die dazu zur Verfügung gestellte Geschichte „Das will ich nicht" diente dabei als Ausgangspunkt.

„Die Übung ‚Nein sagen' und das Gespräch über die Möglichkeiten, mit Schwierigkeiten mit anderen Menschen umzugehen, waren bewegend." (TrainerIn Modul 3)

Wesentlich dabei war, den TeilnehmerInnen zu vermitteln, dass sie mit ihren Problemen und Herausforderungen nicht alleine sein müssen, dass sie sich Unterstützung holen können. Dazu dienten die Merkblätter zu z.B. Psychotherapie oder Beratungseinrichtungen, als geeignete Zusatzmaterialien erwiesen sich aber auch die Folder und Broschüren der Einrichtungen NINLIL (Zeitlupe/Kraftwerk) und Bizeps.

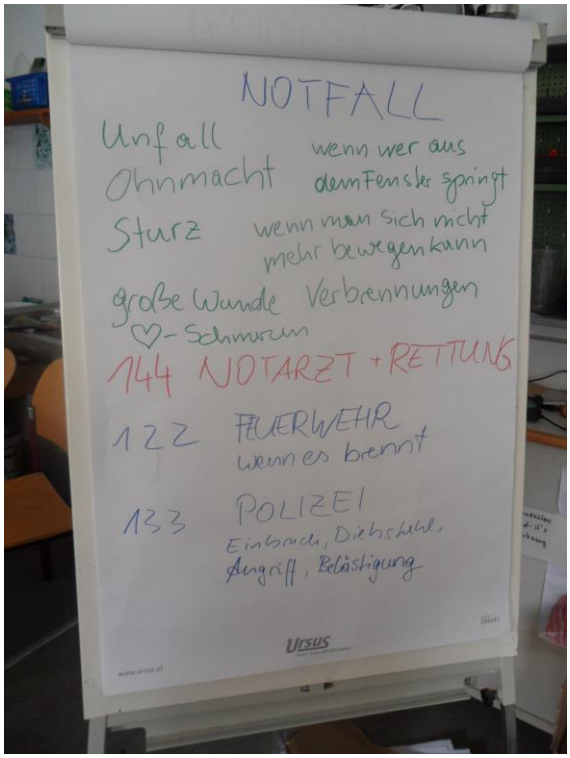
„Broschüren von Zeitlupe/Kraftwerk und Bizeps ausgeteilt und besprochen, auch die Männer wollten die NINLIL Folder haben. Die Bildergeschichte war für alle gut verständlich, es entstand eine lebhafte Diskussion. Hier wäre ein Folder eventuell von der Männerberatung bzw. von MEN angebracht (Folder ist einfach griffiger als die Adresse in der Liste von Modul 6). Ich habe aber ausführlich mit Männern und Frauen besprochen, wie sie Hilfe bekommen können. Ich habe auch darauf hingewiesen, dass auch Männer bei NINLIL anrufen können, weil sie dort auch gut weitergeleitet werden können." (TrainerIn Modul 3)

Wie in Modul 5 „Sexualitäten" zeigt sich auch hier, dass das Informations- und Beratungsangebot für Männer – aber auch das Bewusstsein darüber – in geringerem Ausmaß zur Verfügung steht als für Frauen.

Ebenso wie die Broschüren sollten zukünftig Informations- und Kontaktfolder von wesentlichen Einrichtungen wie NINLIL mit Zeitlupe und Kraftwerk sowie Bizeps

weiterhin zur Verfügung gestellt werden (die Liste der Einrichtungen wurde um das Gesundheitszentrum MEN erweitert). Diese Aufgabe könnte sowohl von den TrainerInnen als auch von organisierenden Einrichtungen übernommen werden.

Modul 4 „**Krank sein**“ beschäftigt sich einerseits mit sehr praktischen Angelegenheiten wie dem Gesundheitswesen, FachärztInnen, der e-card, Vorgehensweisen bei Notfällen u.v.m., andererseits geht es natürlich um das persönliche Kranksein und darum, wie damit umgegangen werden kann.



„Notfall“ aus Modul 4 „Krank sein“

Die Arbeits- und Merkblätter in Modul 4 bieten ebenso wie Rollenspiele viele Möglichkeiten der Wissensvermittlung und der Reflexion, die bedarfsorientiert sehr unterschiedlich genutzt wurden. Einigkeit herrscht darüber, dass das Modul sehr dicht ist, aber auf das Interesse der TeilnehmerInnen stößt, obwohl der Titel – wenig überraschend – auch negative Assoziationen hervorgerufen hat.

> *„Zu Beginn kam die Meldung: ‚Oje, nun reden wir über das Kranksein.‘ Am Ende des Vormittages war sich die Gruppe einig, dass es lustvoll war und Spaß gemacht hatte. JedeR nennt das Rollenspiel als Lieblingsübung des heutigen Vormittags.“* (TrainerIn Modul 4)

> *„Das Modul war heute aus Sicht der TeilnehmerInnen ‚viel Arbeit‘, aber sie waren sehr präsent und interessiert.“* (TrainerIn Modul 4)

Die Merkblätter wurden je nach (zeitlichen) Möglichkeiten verwendet, für viele der TeilnehmerInnen, die sehr viel Erfahrung mit dem Gesundheitswesen haben, hatten die Informationen keinen großen Neuigkeitswert – der persönliche Erfahrungsaustausch rückte damit in den Vordergrund.

„Beispiele, die aus der Gruppe kommen:

- *Migräne/Kopfweh – wer kennt das? und was hilft bei Dir? – Dunkelheit, sich hinlegen/was trinken, Tabletten/kenne ich nicht/hinlegen*
- *psychische Erkrankung – z.B. arge Wutanfälle, bekommt eine Depotspritze/kenne ich von anderen – was tue ich, wenn jemand einen psychotischen Schub hat? Erkenne ich das? Unterschiedliches Verhalten bei Bekannten und Unbekannten/große Ängste – Tabletten nehmen; Psychotherapie*
- *Ohrenschmerzen – zur Ärztin gehen; Ohrenarzt und HNO-Arzt > Erfahrungsaustausch zu Ohrenschmerzen*
- *Grippe – wie fühlt sich das an? Was kann ich tun?*
- *Bluthochdruck – was muss ich tun? was kann ich sonst noch tun?*
- *Zucker – was ist das? Was muss ich tun? Wie messe ich?“* (TrainerIn Modul 4)

„Die Arbeitsblätter haben wir der Reihe nach durchgearbeitet. Für die TeilnehmerInnen war aber kaum Neues dabei. Sie wurden aber weiter zum Erzählen angeregt, was sie immer besonders gern tun. Im Zusammenhang mit der e-card zog ich meine hervor und wurde prompt von der Gruppe darauf aufmerksam gemacht, dass sie bald abläuft.“ (TrainerIn Modul 4)

In einer anderen Gruppe sprachen die TeilnehmerInnen von sich aus an, dass „*eine Behinderung zu haben nicht krank sein bedeutet*“, worauf ein Erfahrungsaustausch zu diskriminierenden und behindertenfeindlichen Aussagen/Erlebnissen folgte und über mögliche Abwehrstrategien und passende Antworten diskutiert wurde (TrainerIn Modul 4).

In Modul 5 „**Sexualitäten**“ hat sich die abwechselnde Umsetzung in der gesamten Gruppe und in geschlechtshomogenen Kleingruppen bewährt, die auch in der weiteren Umsetzung des Kursprogramms nach Möglichkeit so beibehalten werden sollte.

„Das Setting mit einem Männerberater und einer Frauenberaterin hat sich, wie immer, sehr bewährt. Dadurch hatten in der Frauengruppe neben sehr erfreulichen Aspekten der Sexualität auch die sehr heftigen Gewalterfahrungen der Frauen Platz.“ (TrainerIn Modul 5)

Gleichzeitig konnte festgestellt werden, dass die neue Trainerin bzw. der neue Trainer auch Irritationen auslösen kann.

„Obwohl das Modul mit zwei TrainerInnen als gemischtgeschlechtliche AnsprechpartnerInnen sehr vorteilhaft sein kann, hat es anfängliche Skepsis gegeben, sich der neu hinzugekommenen Person anzuvertrauen. (Vor allem bei einer Teilnehmerin.)“ (TrainerIn Modul 5)

Eine Gruppe wollte nicht in Kleingruppen geteilt werden, ansonsten wurde die Vorgehensweise von den TeilnehmerInnen geschätzt oder zumindest akzeptiert. Nicht unerwähnt bleiben sollten die zahlreichen Anmerkungen der TrainerInnen zum außergewöhnlichen Zusammenhalt in der Gruppe, was gerade bei sensiblen Themen wie Sexualitäten von unschätzbarem Wert ist.

„Die derzeitige Gruppe hat enorme soziale Kompetenzen, jeder achtet auf den/die Andere, was ich so noch nicht erlebt habe.“ (TrainerIn Modul 5)

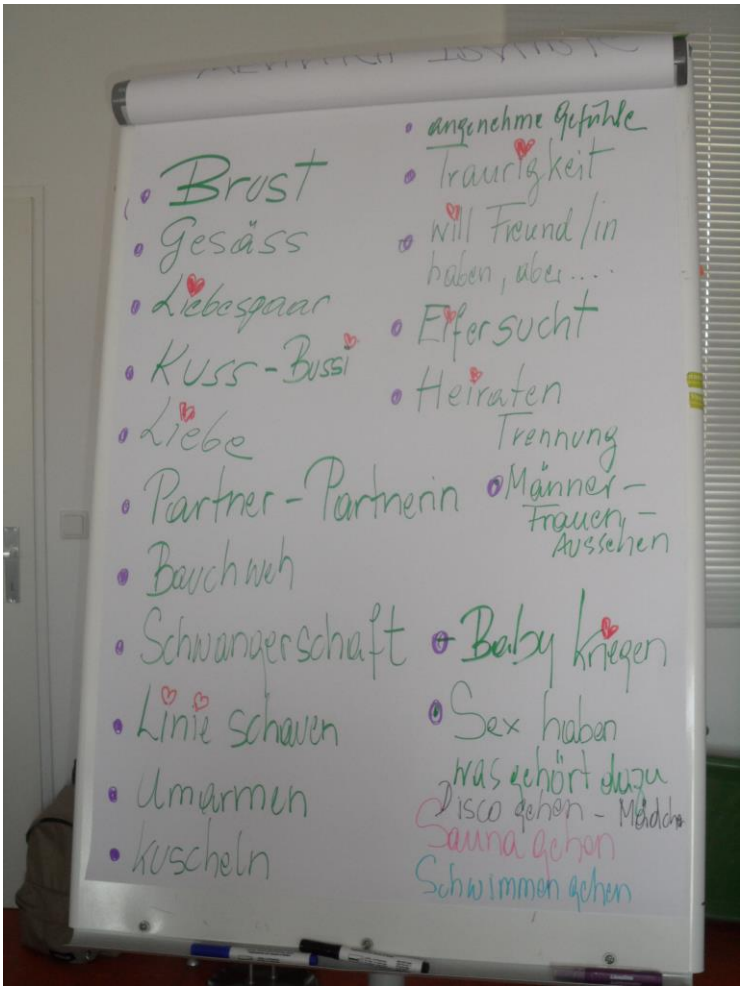
Aufgrund der Hinweise der TrainerInnen wurde im Kursprogramm ergänzt, dass von den TrainerInnen darauf zu achten ist, ob eine Einführung des zweiten Trainers bzw. der zweiten Trainerin schon vor Modul 5 notwendig sein könnte, um mögliche Irritationen so gering wie möglich zu halten. Natürlich bleibt es trotzdem eine Herausforderung, die sehr persönlichen Themen in diesem begrenzten Zeitrahmen zu bearbeiten – aber allein das Interesse der TeilnehmerInnen macht Bedarf und Notwendigkeit deutlich.

„Dieses Thema braucht viel Zeit, hier können Themen eigentlich nur kurz angesprochen werden. Insgesamt aber großes Interesse, auch an Gesprächen und Austausch untereinander.“ (TrainerIn Modul 5)

„In diesem Fall eine sehr interessierte Gruppe, viele Fragen, rege Diskussion; große Offenheit in der Kleingruppe; man konnte sich auch gut an die ‚Vorlagen‘ halten.“ (TrainerIn Modul 5)

„Weiterhin möchte ich aus meinen Gruppenerfahrungen darauf hinweisen, dass ich das Modul hervorragend vorbereitet finde, aber es könnte für Menschen mit schwereren geistigen Beeinträchtigungen quantitativ zu dicht sein.“ (TrainerIn Modul 5)

Mit einer Mischung aus Information, Erfahrungsaustausch und sinnlich-künstlerischen Übungen konnten nicht nur sonst tabuisierte Themen wie Sexualität, Selbstbefriedigung, Verhütung, Geschlechtskrankheiten, Schwangerschaft, Kinder bekommen, Arztbesuche und vieles mehr mit Selbstverständlichkeit thematisiert werden, es konnte auch mehr Bewusstsein über den Zusammenhang von Sexualität und Gesundheit geschaffen werden.



Themensammlung Modul 5 „Sexualitäten“

„Das Modul verdeutlicht nochmals den Zusammenhang zwischen Selbstbestimmtheit, Körperlichkeit und Wohl-Lust-fühlen sowie Gesundheit.“ (TrainerIn Modul 5)






Plastilinarbeiten aus Modul 5 „Sexualitäten“

Nebst den künstlerischen Plastilinarbeiten wurden besonders die zusätzlichen Materialien aus dem Fundus der SexualpädagogInnen (Bilder, Modelle von Geschlechtsorganen etc.) geschätzt, was ebenso als nützlicher Hinweis in das Kursprogramm aufgenommen wurde.

> *„Habe einige Folien sowie Modell der Geschlechtsmerkmale aus meinem Fundus mitgenommen – kommt sehr gut an.“* (TrainerIn Modul 5)

Wie auch schon vom Forschungs- und Entwicklungsteam festgestellt wurde, lässt auch in den Augen der TrainerInnen (einfach bzw. kostengünstig zu beschaffendes) Informationsmaterial für Männer in Leichter Sprache zu wünschen übrig.

> *„Leicht verständliche Broschüre für Männer wäre sinnvoll, gibt’s nur leider nicht.“* (TrainerIn Modul 5)

Modul 6 „**Gesundsein – persönlicher Wegweiser**“ diente der Wiederholung und Zusammenführung aller Themen, die in den ersten fünf Modulen bearbeitet wurden. Bis zu Modul 6 hatte sich mit den Merk- und Arbeitsblättern, Broschüren und persönlichen Notizen/Zeichnungen/Ausdrucken sehr viel Material angesammelt, was für die Verwendungen von größeren Mappen für die TeilnehmerInnen spricht.

> *„Die Gesundheitsmappe ist jetzt randvoll und es ist sehr schwer, mit ihr umzugehen. Bitte größere Mappen mit Hebelvorrichtung zum Öffnen, wenn möglich!“* (TrainerIn Modul 6)

Die Materialliste wurde entsprechend adaptiert.

Das letzte Modul bot die Gelegenheit, die Gesundheitsmappe noch einmal zu ordnen und mit verschiedenen Übungen das persönlich Wichtigste zu reflektieren. Die schriftlichen „Übungen zum Mitnehmen“ wurden allgemein nicht so gut angenommen, das „Medikamentenblatt“ wurde noch eher verwendet als der „Brief an die Ärztin“. Das wurde unter anderem mit geringen Schreibkompetenzen und damit geringer Motivation begründet, sich (außerhalb des Kurses) mit Verschriftlichung zu befassen. Einige der TeilnehmerInnen fühlen sich laut TrainerInnen darüber hinaus geübt im Umgang mit ÄrztInnen und ziehen einen mündlichen Erfahrungsaustausch vor. Auch auf die Abschlussblätter reagierten die TeilnehmerInnen je nach Kompetenzen sehr unterschiedlich.

> *„Viel Papierarbeit, bis alle Blätter ausgeteilt und eigenständig eingeordnet sind. Sehr positiv, dass jeder Frage (Papier)raum gegeben wird!!! Nachdenkprozesse werden in Gang gesetzt!“* (TrainerIn Modul 6)

> *„Ich bespreche die Blätter, doch die Teilnehmerinnen wollen teilweise lieber daheim etwas machen. Mündliche Abschlussrunde.“* (TrainerIn Modul 6)

Wesentlich ist, dass die Materialien bei einigen Gruppen Reflexionsprozesse initiieren, auch wenn der Transfer in den Alltag nicht so einfach läuft wie gewünscht.

Abgeschlossen wurde das Kursprogramm mit einer Zertifikatsverleihung und einer gemeinsamen Jause, die in einem Fall sogar in eine „Genussschule“ umgewandelt wurde. Das Zertifikat und die „offizielle“ Verleihung waren den meisten TeilnehmerInnen sehr wichtig.

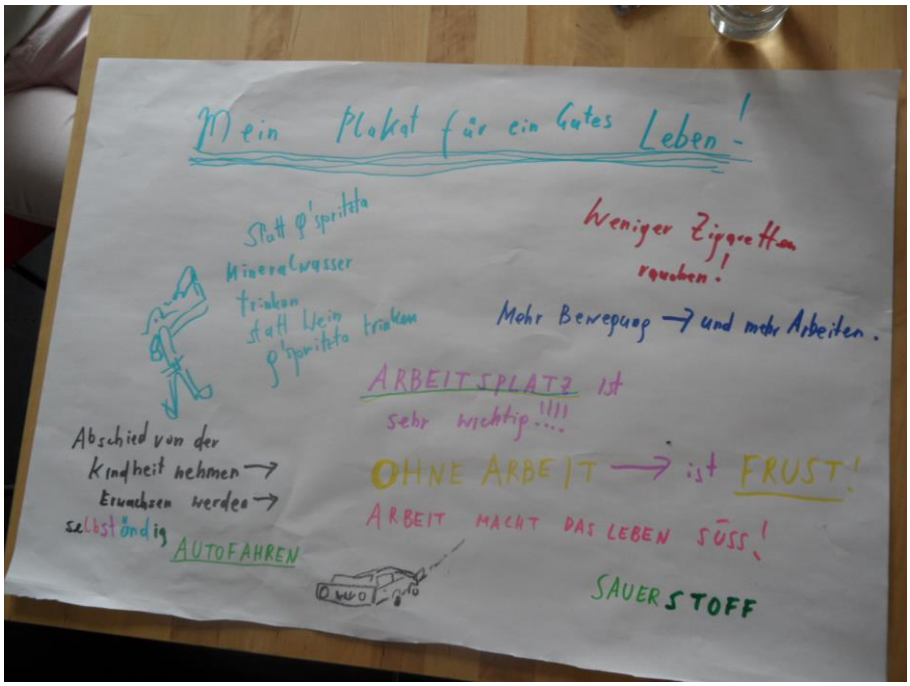
> *„Jubelstraße – Die Zertifikatsempfängerin/der Empfänger geht durch ein Spalier von Jubelnden, die für sie applaudieren. Und nimmt das Zertifikat entgegen.“* (TrainerIn Modul 6)

> *„Zertifikat war allen TeilnehmerInnen außer einer Person sehr wichtig.“* (TrainerIn Modul 6)

> *„Die Gruppe wünscht sich eine ‚offizielle‘ Person für die Zertifikatsverteilung, die sich gerne bereit erklärt.“* (TrainerIn Modul 6)

Um die Arbeit der KursteilnehmerInnen gebührend wert zu schätzen, sollte auch künftig die Zertifikatsverleihung beibehalten und die vom Entwicklungsteam entworfene Zertifikatsvorlage als Word-Dokument zur Verfügung gestellt werden.

Abschließend einige zusammenfassende Eindrücke der TrainerInnen vom gesamten Kursprogramm, die unter anderem auch auf einen möglichen Transfer der Kursthemen, Gruppen- und Selbsterfahrungen in den Alltag schließen lassen. Empowerment, (Selbst-)Vertrauen entwickeln, das Bilden einer eigenen Meinung, Verantwortung übernehmen, ... all das führt nicht nur zu einem besseren Leben(sgefühl), sondern mobilisiert auch vorhandenes Wissen und stärkt im Umgang mit dem Gesundheitswesen.



„Mein Plakat für ein gutes Leben“
aus Modul 6 „Gesundsein – persönlicher Wegweiser“

„Heute war eine starke Empowerment-Stimmung im Raum, die Formulierung ‚wie komme ich mit mir in meinem Leben gut zurecht‘ entstand eigentlich aus der Frage (bezugnehmend auch auf die Alltagsgeschichte, wie sage ich wem anderen meine Behinderung): ‚Wie komme ich mit meiner Behinderung zurecht?‘ und aus der Umformulierung entstand ein sehr belebtes Gespräch über Fähigkeiten, worauf ich stolz bin, was ich sehr gut kann ...“ (TrainerIn Modul 6)

„In dieser Gruppe waren Vertrauensaufbau und gemeinsames Finden von Kommunikationswegen langsam und wichtig. Verbales Verstehen der Kursinhalte kam immer dann, wenn eine Übung wirklich Spaß gemacht hat, und das war dann, wenn sie sinnlich war und sehr praktisch. Vor allem Spiele, das Rollenspiel, Tanzen waren sehr gut. Mobilisieren von schon vorhandenem Wissen war hier wichtiger und dürfte die Idee der Selbstwirksamkeit mehr mobilisiert haben als neues Wissen.“ (TrainerIn Modul 6)

„Inwieweit hier wirklich das Ziel des Kurses ‚Gesundsein‘ inhaltlich gelandet ist, kann ich nicht beurteilen, aber für diese Gruppe war es etwas ganz besonderes, sechs Wochen lang so einen Kurs besuchen zu können.“ (TrainerIn Modul 6)

„Wichtig war auch das NEIN und JA sagen, sowie das Mobilisieren und Anerkennen der Verschiedenheit, da leicht eine ‚Gruppenmeinung‘ gesucht wurde. Die Nicht-Schoko-Seite kam auch immer wieder als Thema auf. Auch

der doppelte Blick: ‚Was kann ich tun, damit ich besser vom Arzt gehört werde? Was ist für alle so...' war spürbar gelandet. Oft kam das Feedback in Pausengesprächen, nicht wirklich so leicht dokumentierbar ...“ (TrainerIn Modul 6)

Rolle der Einrichtung/Organisation freier Kurse

Sieben der acht durchgeführten Kurse wurden über Einrichtungen organisiert, die die Räumlichkeiten und die Organisation der TeilnehmerInnen übernahmen. Ein Kurs wurde unabhängig von Einrichtungen mit Unterstützung der SelbstvertreterInnen umgesetzt. Im Folgenden wird versucht, die Vor- und Nachteile der Kursorganisation über die Einrichtungen zu erfassen.

Wie bereits beschrieben, besteht ein Vorteil der Umsetzung über eine Einrichtung in der konstruktiven Gruppenatmosphäre, da die Menschen einander vertraut waren und die Räumlichkeiten gut kannten, womit Eingewöhnungsphasen und Unsicherheiten minimiert werden konnten. In diesem Fall wurden die TeilnehmerInnen von den Organisationen gut auf das Kursprogramm vorbereitet und die Einrichtungen zeigten in den meisten Fällen größte Offenheit und Hilfsbereitschaft.

„Der Kurs war von der Einrichtung sehr gut vorbereitet, es gab einen angenehmen Raum, Pausensnacks, alle Materialien waren vorhanden. Die TeilnehmerInnen kennen einander sehr gut, da alle in derselben Werkstattgruppe arbeiten. Dadurch war eine sehr natürliche Atmosphäre, gegenseitige Unterstützung wird gelebt.“ (TrainerIn Modul 1)

Andererseits bot sich hier die Schwierigkeit, dass sich die TeilnehmerInnen zu sehr nach ihren üblichen Tagesabläufen orientierten und erst nach weiteren Absprachen mit den TeilnehmerInnen dem Kursprogramm ein eigenständiger Ablauf und genügend Zeitressourcen zugebilligt wurden.

„Problematisches: Da der Kurs in den Räumen einer Werkstatt stattgefunden hat, war es schwierig, die übliche Tagesstruktur umzugestalten. Dadurch ist relativ wenig Arbeitszeit geblieben (vorne und hinten je eine halbe Stunde Verkürzung, trotzdem insgesamt noch 45 Minuten Pause dazwischen). Zum Ende des Moduls habe ich die Gruppe angesprochen, wie sie beim nächsten Modul gerne damit umgehen möchte, weil es eben auch in ihrer Verantwortung ist, zu entscheiden, ob die langen Pausen und ein verspäteter Kursanfang und ein frühes Kursende mit Abstrichen in den Kursinhalten wirklich ihr Wunsch ist. Die Gruppe hat entschieden, dass das nächste Mal versuchsweise die Mittagspause um eine halbe Stunde verschoben und in der

Früh pünktlicher begonnen wird, damit mehr Arbeitszeit bleibt.“ (TrainerIn Modul 1)

Einen weiteren wesentlichen Diskussionspunkt stellt die Auswahl der TeilnehmerInnen dar, die, nach Absprache mit der WiG, über die Einrichtungen gelaufen ist. Zukünftiges Ziel muss es sein, dass das Kursprogramm allen Interessierten, also auch Menschen mit schwerwiegenden Beeinträchtigungen, offensteht.

„Kursteilnehmer wurden von Trägerorganisation gut vorbereitet, waren sehr motiviert, es kam leise Kritik der Organisation, dass auch andere Menschen mit etwas größerer kognitiver Beeinträchtigung teilnehmen wollten.“ (TrainerIn Modul 1)

Der letzte Punkt gestaltete sich beim freien Kurs anders, wiewohl hier die Teilnahme sehr von den SelbstvertreterInnen geprägt war. Die Organisation gestaltete sich ohne Trägerorganisation etwas schwieriger, insbesondere für die Trainerin, vor allem bis sich eine fixe TeilnehmerInnenschaft eingestellt hatte.

„Es kamen nicht alle und eine Frau kam unerwartet (stand nicht auf der TeilnehmerInnen-Liste). Anmeldeprozedere – bekommen die angemeldeten Personen eine schriftliche Info betreffend Anmeldebestätigung und Ort? Wird die Telefonnummer der Trainerin weitergegeben?“ (TrainerIn Modul 1)

Trotz der Anfangsschwierigkeiten sollte das Angebot freier Kurse mit offenen Gruppen im Sinne eines inklusiven und selbstbestimmten Lebens Schwerpunkt in der weiteren Umsetzung des Kursprogramms bleiben, wie dies auch von TrainerInnen dokumentiert wurde.

„Reflexion mit Frau xy von der Einrichtung z: Eine offene Gruppe für TeilnehmerInnen unabhängig von Betreuungsorganisationen findet sie sehr spannend. Sie könnte sich vorstellen, dass das auch für ihre Zielgruppe möglich wäre, wenn allerdings die Anmeldung über das Büro von ihrer Einrichtung abgewickelt werden könnte. Dann gäbe es gemischte Gruppen.“ (TrainerIn Modul 1)

Die Umsetzung der Kurse über Einrichtungen hat sich als vorteilhaft herausgestellt, auch für die Einrichtungen selbst, die gleichzeitig mit den TeilnehmerInnen von den neuen Ansätzen, die „Gesundsein“ im Sinne von Selbstbestimmt Leben zu transportieren versucht, profitieren (können). Die Rolle der Einrichtungen sollte dabei gemeinsam mit den wesentlichen AkteurInnen in einem offenen Diskurs reflektiert und mit der Einführung innovativer Unterstützungsmodelle (People First) unterstützt werden. Parallel dazu sollten in der Ausrollung des Kursprogramms in Wien freie

Kurse mit offenen Gruppen angeboten werden. So werden Inklusion und Selbstbestimmt Leben weiter in die Tat umgesetzt.

Heterogenität der TeilnehmerInnen/Unterstützungsbedarf

> *„Eine Teilnehmerin sagt: ‚Wir sind alle Elefanten!' -> wir sind sozial, hartnäckig, geduldig, mitfühlend, NetzwerkerInnen."* (TrainerIn Modul 2)

Bereits in den Rückmeldungen zum ersten Modul wurde offensichtlich, dass es sich bei den TeilnehmerInnen um sehr heterogene Zielgruppen handelt, deren Bedarf nach Empowerment, Informationen und Übungen sich je nach Gruppe sehr unterschiedlich gestaltete. Auch von den Altersgruppen her waren die TeilnehmerInnen sehr unterschiedlich zusammengesetzt, in einem Kurs stellte sich nach einer Altersaufstellung heraus, dass die Altersspanne der TeilnehmerInnen von 36 bis 62 Jahre reichte.

Folgende Zitate veranschaulichen die Herausforderungen für die TrainerInnen, ohne weitere Unterstützungspersonen ein personenzentriertes Kursprogramm zu gestalten.

> *„Die Gruppe war sehr vielfältig, es war nicht leicht, den langsameren und den schnelleren gleichzeitig gerecht zu werden, ich hatte dabei den Eindruck, dass es für die schnellste Person auch wieder frustrierend war, sich an das Tempo der anderen anpassen zu müssen, auch dadurch unterfordert zu werden. Allerdings war insgesamt eine Zufriedenheit am Ende des Kurses spürbar."* (TrainerIn Modul 1)

> *„(...) alle TeilnehmerInnen haben Seminarerfahrung. Sie sind Haussprecherin, Gruppensprecher, Gruppensprecherstellvertreter, ein ehemaliger Klassensprecher; bis auf einen Teilnehmer sind alle AnalphabetInnen oder können einzelne Begriffe erkennen."* (TrainerIn Modul 1)

> *„In diesem Modul benötige ich als Trainerin mit der Gruppe viel Zeit zum Kennenlernen nach dem Motto weniger ist mehr und Langsamkeit."* (TrainerIn Modul 1)

> *„Die TeilnehmerInnen legen von sich aus ein hohes Tempo vor. Wir konnten nur 20 Minuten Pause machen, mehr hätten sie nicht gewollt. Sie sind unglaublich wissbegierig. Sie sind außerdem offensichtlich sehr geübt darin, um Unterstützung zu bitten und einzufordern, was sie wollen."* (TrainerIn Modul 1)

> *„Diese Gruppe ist sehr aktiv, alle können lesen und schreiben, hier ist eine völlig andere Dynamik entstanden, die Gespräche waren sehr persönlich und intensiv.“* (TrainerIn Modul 1)

In keinem Kurs waren UnterstützerInnen anwesend – die Abwesenheit notwendiger Unterstützung zeigte sich vor allem bei schriftlichen Arbeiten oder Einzelarbeiten.

> *„Gemeinsam als Gruppe gemachte Aufgaben gehen gut, weil die TeilnehmerInnen gewohnt sind, untereinander ihre Stärken zu nützen und einzusetzen, Einzelarbeiten sind ohne zusätzliche UnterstützerInnen sehr schwierig. Langsam beginnen einzelne TeilnehmerInnen konkreten Unterstützungsbedarf zu formulieren.“* (TrainerIn Modul 3)

> *„Abschlussblatt: Es war viel Unterstützung nötig beim Ausfüllen, da vier TeilnehmerInnen kaum schreiben können. Aus Mangel an Unterstützungspersonen bin ich reihum gegangen.“* (TrainerIn Modul 1)

> *„In dieser Gruppe ist die Arbeit mit geschriebenem Material sehr schwierig, obwohl hier auch TeilnehmerInnen sind, die lesen können, dafür aber verbal Ausdrucksschwierigkeiten haben.“ (TrainerIn Modul 6)*

Der Ansatz, ein breites Angebot an Bausteinen, Übungen und Kursmaterialien zur Verfügung zu stellen, aus dem personen- bzw. gruppenorientiert gewählt werden soll, wurde durch das Feedback der TrainerInnen bestätigt. Um dies noch einmal deutlich hervorzuheben, wurde für die weitere Ausrollung des Kursprogramms ein Merkblatt mit entsprechenden Hinweisen in die TrainerInnen-Mappe integriert (s. unten „Wichtiges zu Beginn“), das im Kursprogramm als Präambel vor Modul 1 integriert wurde.

Es zeigte sich aber auch, dass weitere Unterstützung notwendig wäre, um weniger lese- und schreibgeübten TeilnehmerInnen die Welt der Buchstaben zu öffnen und das Kursangebot generell Menschen mit schwerwiegenden Beeinträchtigungen zugänglich zu machen.

Um dieses Ziel erreichen zu können, wird Support in Form einer zweiten Trainerin bzw. eines zweiten Trainers oder von UnterstützerInnen empfohlen. Unterstützungsmodelle im Sinne von People First/Selbstbestimmt Leben wurden in der Pilotphase entwickelt und können in Form von Workshops angeboten werden.

4.2 Auswertung der Workshops mit den TrainerInnen

4.2.1 Der Einführungsworkshop

Kurz vor Beginn der Pilotphase fand der erste ganztägige Workshop mit den TrainerInnen am 21. Mai 2015 (10.00 bis 18.00 Uhr) statt. Neben dem gesamten Forschungs- und Entwicklungsteam und VertreterInnen der WiG (Projektleiterin, Praktikantin) haben auch sechs der bis dato fixierten sieben TrainerInnen (fünf Frauen, ein Mann), die Kurse leiten sollten, teilgenommen. Lediglich ein Trainer, der in einigen Kursen für das Modul 5 „Sexualitäten“ zuständig sein sollte, war verhindert. Die Quellenberufe der TrainerInnen reichten von diplomierter Gesundheits- und Krankenpflegerin, diplomierter Sozialarbeiterin, systemischer Lebens- und Sozialberaterin über Sozialpädagogin, systemische Supervisorin und Coach bis hin zu klinischer und Gesundheitspsychologin, Soziologin sowie Philosoph und Pädagoge. Weiters waren einige ausgebildete SexualtherapeutInnen bzw. SexualpädagogInnen. Alle TrainerInnen hatten vielfältige Trainingserfahrung, dies auch mit Menschen mit Lernschwierigkeiten.

Das vorab mit der Projektleiterin der WiG abgesprochene Programm des Workshops konnte zur Gänze umgesetzt werden: Die TrainerInnen wurden in das Kursprogramm „Gesundsein“ – Haltungen, Inhalte, Methoden – sowie in die Kursunterlagen eingeführt und darauf vorbereitet, die insgesamt sechs Module nach den Prinzipien des prozessorientierten und personenzentrierten Arbeitens zu planen und umzusetzen. Besondere Bedeutung kam den Querschnittsthemen zu.

In der abschließenden Feedbackrunde betonten die TrainerInnen, sich gut auf die Kurse „Gesundsein“ vorbereitet zu fühlen. Alle artikulierten Vorfreude auf diese Arbeit mit Menschen mit Lernschwierigkeiten.

4.2.2 Der Reflexionsworkshop

Der zweite TrainerInnen-Workshop, welcher der Reflexion über die Durchführung des Kursprogramms „Gesundsein“ diente, fand am 7. Juli 2015 von 14.00 bis 17.30 Uhr statt. Zu diesem Zeitpunkt war der Großteil der Kurse der Pilotphase bereits abgeschlossen. Insgesamt haben sechs TrainerInnen (zwei davon ab 15.30 Uhr) teilgenommen; eine Trainerin und ein Trainer waren urlaubsbedingt entschuldigt. Seitens der WiG haben die Projektleiterin (für eine Stunde) sowie die Praktikantin (durchgängig) an diesem Workshop teilgenommen. Auch an diesem Workshop beteiligten sich die TrainerInnen höchst engagiert; alle für die Evaluation wichtigen Fragen konnten bearbeitet und beantwortet werden.

Einstiegsrunde

In der Einstiegsrunde betonten alle TrainerInnen, dass die *„Vorbereitung hervorragend und bemerkenswert“* gewesen sei, dadurch sei der eigene Aufwand gering gewesen. Hervorgehoben wurde die Heterogenität der KursteilnehmerInnen. Das Verständnis, welches das Forschungs- und Entwicklungsteam im TrainerInnen-Handbuch, in den diversen Anleitungen sowie im Einführungsworkshop vermittelt hatte, wurde als sehr unterstützend und hilfreich beschrieben. Der personenzentrierte und prozessorientierte Zugang in den Kursen ist zentral. Alle TrainerInnen haben entsprechend ihren jeweiligen Gruppen das Kursprogramm adaptiert. Insgesamt, so das Resümee der TrainerInnen, eignet sich das Kursprogramm sehr gut für Menschen mit leichteren Beeinträchtigungen. In einigen Gruppen waren die TeilnehmerInnen wenig beeinträchtigt, teilweise sehr seminarerfahren – sogenannte „Seminarhopper“ –, die bereits über viel (Vor-)Wissen verfügt haben. Hier seien alle schriftlichen Unterlagen inklusive der Broschüren durchgearbeitet worden. *„Teilweise hätte man ein Arzt sein müssen, um die Fragen zu beantworten.“* Einige Einrichtungen hätten eine *„Vorauswahl von guten TeilnehmerInnen“* getroffen, jedoch mit dem Hinweis, dass das Programm künftig auch für Menschen mit schweren Beeinträchtigungen zugänglich sein sollte.

In anderen Gruppen hingegen mussten viele Bausteine ausgelassen werden, um die TeilnehmerInnen nicht zu überfordern. *„Die Module funktionieren von den TeilnehmerInnen her sehr unterschiedlich. Teilweise habe ich das Programm deutlich reduziert und viel mehr mit Musik und Körperübungen gearbeitet. Man muss vom Programm abweichen können, was mit einer Expertise möglich ist. Für Menschen, deren Beeinträchtigungen schwerer sind, muss das Programm entsprechend erweitert werden (im Sinne von Körper- und Sinnesübungen).“* Diese Trainerin hat insgesamt mit drei Gruppen gearbeitet und daher die Unterschiedlichkeit der TeilnehmerInnen sehr deutlich miterleben können. Gerade bei Menschen, die *„fast nonverbal sind und auch mit Symbolen wenig anfangen“* können, sei das schriftliche Material wenig einsetzbar gewesen. *„Diese Gruppe brauchte viel mehr Zeit. Ich habe da wenig vom schriftlichen Programm gemacht, stattdessen zum Beispiel Rollenspiele. (...) Dennoch hat der Kurs in Bezug auf die Selbstwirksamkeit das Ziel erreicht. In der anderen Gruppe waren psychisch erkrankte Personen ohne Lernbehinderung. Diese TeilnehmerInnen waren begeistert von Lesen und Schreiben, auch von den Abschlussblättern. Diese Gruppe hat am meisten mit den schriftlichen Materialen anfangen können.“*

Der begehbare Fragebogen

Dazu, die Erfahrungen der TrainerInnen detailliert einholen zu können, diente im Anschluss an die Einstiegsrunde ein begehbarer Fragebogen, der für diesen Workshop entwickelt worden ist.

Bedeutung der qualitätssichernden Maßnahmen in der Pilotphase

Die im Rahmen der Projektumsetzung eingesetzten qualitätssichernden Maßnahmen für TrainerInnen wurden von diesen insgesamt als sehr produktiv und unterstützend bewertet. So hat der Einführungsworkshop wesentlich zum Verinnerlichen der Querschnittsthemen, zur Förderung des Engagements sowie durch praktische Beispiele zum Klarheitsgewinn über die Zielsetzungen des Programms beigetragen. Sollte solch ein Workshop für neue TrainerInnen nicht mehr möglich sein, müsste das Anliegen der Entwicklerinnen – Personenzentrierung und Prozessorientierung – in den schriftlichen Unterlagen noch deutlicher hervorgestrichen werden. Hier verwiesen die TrainerInnen vor allem auf ein wesentliches Verständnis für die Umsetzung: den „Mut zur Lücke."

Die Möglichkeit, auf inhaltliche und methodische Beratung durch die Entwicklerinnen zurückgreifen zu können, wird ebenfalls als positiv bewertet. Dadurch seien Reflexionen und Unterstützung beim Verständnis der Ziele des Kursprogramms ermöglicht worden. Außerdem war die Beratung in besonderen Situationen – so eine Trainerin – sehr hilfreich. Alle TrainerInnen betonten, dass diese begleitende Beratung sinnvoll sei und Sicherheit gebe, auch wenn sie schließlich nicht in Anspruch genommen wird. Vor allem durch die Vielzahl von beteiligten Institutionen und AkteurInnen – Einrichtungen, Auftraggeberin, Forschungs- und Entwicklungsteam – sei die Möglichkeit zu einem konkreten Kontakt sehr hilfreich.

Die Dokumentationsbögen, die in erster Linie für die Qualitätssicherung gedacht und entwickelt worden sind, haben für die TrainerInnen selbst jedoch auch eine große positive Wirkung mit sich gebracht: Durch das regelmäßige Ausfüllen dieser Bögen nach jedem Modul seien sie in Reflexionsprozessen sowie beim Erinnern unterstützt worden, was für die Vorbereitung der nächsten Kurs-Module als hilfreich erlebt wurde. Auch die Unterschiedlichkeit der Gruppen sei durch das Ausfüllen der Dokumentationsbögen sehr bewusst geworden.

Herausforderungen für die TrainerInnen

Als herausfordernd erlebten die TrainerInnen im Rahmen der Kurse Verschiedenes: Bei sehr inhomogen zusammengesetzten Gruppen musste intensiv darauf geachtet werden, dass sich die „Schnellen" nicht unterfordert fühlten. Auch bei sehr unterschiedlichen Erfahrungen (etwa im Bereich Sexualitäten) wurde es als

Herausforderung empfunden, *„für alle Teilnehmer gleichermaßen etwas zu bieten“*, wie es ein Trainer formulierte. An Grenzen stießen die TrainerInnen, wenn plötzlich bei den TeilnehmerInnen in der Gruppe psychische Verletzungen auftauchten.

Normativ argumentierende TeilnehmerInnen forderten die TrainerInnen ebenfalls heraus. So hat etwa ein Kursteilnehmer behauptet, nur *„eine Partnerin ohne Behinderung zu wollen“*. Mit diesem Statement konnte eine Teilnehmerin nicht umgehen. Es war möglicherweise der Grund für ihr künftiges Fernbleiben vom Kurs. „Wie viel bin ich wert?“, das sei das grundlegendste Thema, das sich für Frauen und Männer mit Behinderungen stelle, für Frauen jedoch anders als für Männer. Hier ginge es darum, unterschiedliche Standpunkte gemeinsam auszuhalten, ohne dass es die TeilnehmerInnen persönlich nehmen.

In der Diskussion wurde betont, dass diese Aspekte nicht nur Menschen mit Behinderungen betreffen, sondern alle heterogenen Gruppen. Speziell seien jedoch Gruppen mit geringer verbaler Ausdrucksfähigkeit: Hier bestehe die Herausforderung darin, durch Verschriftlichung oder Zeichnung für die TeilnehmerInnen etwas festzuhalten, ohne sie dabei damit zu konfrontieren, „dass sie etwas nicht können“. Denn genau damit würden sie im Alltag ständig konfrontiert. *„In dem Fall muss man sich als TrainerIn darauf verlassen, dass die Verinnerlichung bei den TeilnehmerInnen stattfindet. Personenzentriert und ‚persönlich‘ ist dabei ganz ernst zu nehmen: Auch wenn keine Blätter in der Gesundheitsmappe sind, ist es die Mappe der TeilnehmerInnen.“* Hingewiesen wird weiters darauf, dass es, auch wenn Lesen und Schreiben nicht möglich sind, im Sinne der Inklusion darum geht, zu vermitteln, dass Buchstaben etwas Interessantes sind: Hier solle man sich Unterstützung holen, bis man den Sinn der Buchstaben versteht.

<u>Sinnvolle zusätzliche Unterstützung der TrainerInnen</u>

Verschiedene Fragen des begehbaren Fragebogens im Reflexionsworkshop betrafen Aspekte zusätzlich sinnvoller Unterstützung der TrainerInnen bei der Kursdurchführung.

Eine Frage lautete konkret, ob dieses Kursprogramm als TrainerIn allein, d.h. ohne Co-TrainerIn – bis auf das Modul 5 „Sexualitäten“ –, durchführbar sei. Dies sei prinzipiell möglich, so die TrainerInnen, wobei sie hier verschiedene Einschränkungen festhielten: Eine Trainerin/ein Trainer genügten, wenn die TeilnehmerInnen nur leichtere Lernschwierigkeiten haben und über Seminarerfahrung verfügen, so wie dies bei einigen Gruppen der Fall war. Hilfreich hier sei auch gewesen, dass sich in diesen Gruppen alle TeilnehmerInnen gekannt haben.

Bei Menschen mit schwereren Beeinträchtigungen müsste viel vom Kursprogramm ausgelassen werden, auch Verschriftlichungen seien dann nicht möglich. Bei diesen Menschen bzw. wenn TeilnehmerInnen weitere Beeinträchtigungen (etwa Sinnesbeeinträchtigungen wie Blindheit oder psychischen Behinderungen) hätten, sei das Leiten eines Kurses ohne Unterstützung – durch eine/n weitere/n TrainerIn sowie durch UnterstützerInnen – nicht möglich. Wünschenswert wäre insgesamt, wenn SelbstvertreterInnen mit TrainerInnenkompetenz (hierfür sollte es Schulungen geben) für eine Co-Leitung engagiert werden könnten.

Notwendige Unterstützung der TeilnehmerInnen nach People First

Aus ihrer Erfahrung berichteten die TrainerInnen über vielfältige Situationen im Kurs, in denen die TeilnehmerInnen Unterstützung benötigt haben: Unterstützung beim Schreiben und Zeichnen, beim Entwickeln von Antworten bei Einzelarbeiten mit Symbolen und Bildern oder beim „Verwalten“ und dem Handling der Gesundheitsmappe. Hier wären eine zweite Trainingsperson sowie UnterstützerInnen im Kurs sehr hilfreich gewesen. Je länger die Kurse gedauert haben, umso mehr hätten nämlich die TeilnehmerInen begonnen, von ihren TrainerInnen aktiv Unterstützung einzufordern.

Zur Förderung der Nachhaltigkeit sei es notwendig, Betreuungspersonen zu schulen, um eine Möglichkeit zur Nachbearbeitung außerhalb der Kurse zu schaffen sowie insgesamt die Themen auch im Alltag präsent zu halten (vor allem auch das Thema Sexualität).

Außerdem sollte es im Vorfeld der Kurse noch mehr Ermutigung für Menschen geben, die aus Angst keine Kurse besuchen wollen würden, obwohl sie prinzipiell Interesse daran hätten. Das sollte durch die Bewerbung bzw. durch Gespräche mit Betreuungspersonen aktiv angegangen werden. *„Es braucht eine ermutigende Bewerbung des Programms, etwa dass Gesundheit etwas mit einem guten Leben zu tun hat, nicht mit Verboten. Ein potenzieller Teilnehmer beispielsweise hatte Angst davor, kein Bier mehr trinken zu dürfen, wenn er diesen Kurs besuche. Daher hat er sich nicht angemeldet.“*

Um künftig bei der Ausrollung des Kursprogramms „Gesundsein“ mehr Menschen mit Lernschwierigkeiten – dies auch außerhalb der Einrichtungen – erreichen zu können, schlugen die TrainerInnen folgende Aktivitäten vor: Bewerbung des Kursprogramms im Wohnbereich (etwa in Wohngemeinschaften gehen), bei ÄrztInnen, bei Elternvereinen sowie in den Abschlussklassen der Sozial-Pädagogischen Zentren. Außerdem sollten jene Einrichtungen, die bereits in der Pilotphase mitgemacht haben, nochmals gezielt angesprochen/angeschrieben werden, dies versehen mit Erkenntnissen aus der Pilotphase. Weiters sollten regionale Kursorte, etwa auch in

Niederösterreich, ebenso überlegt werden wie beispielsweise eine kürzere Moduldauer (z.B. 2,5 Stunden).

Förderung von Gesundheitskompetenz bei den TeilnehmerInnen

Insgesamt betonen die TrainerInnen, dass die Gesundheitskompetenz der TeilnehmerInnen durch das Kursprogramm gestärkt werden konnte. Dies wurde auf vielfältige Art und Weise spür- und wahrnehmbar, etwa durch: Gegenseitige Sensibilisierung der TeilnehmerInnen (Selbstregulation in der Gruppe zu gesteigertem Körperbewusstsein); mehr Wissen über und Bewusstsein vom eigenen Körper; eine ganzheitliche Sicht auf „mich" – die Querverbindungen der Themen wurden selbst angesprochen; Einfordern von Unterstützung mit klaren Anleitungen; Wiedererinnern von Wissen und Ideen sammeln für die Umsetzung. *„Generell waren die TeilnehmerInnen zum Teil sehr ‚stolz' darauf, was sie wissen und was sie erreicht haben (Aufwertung der Kompetenz durch Lehrgang)."*

Bereits während des Kurses haben die TeilnehmerInnen vielfältige Ideen für den Transfer in den Alltag entwickelt. So etwa berichtete eine Trainerin von einer Erkenntnis, zu der die TeilnehmerInnen gekommen sind. Anstelle der Frage „Wie kann ich mit einer Behinderung gut leben?" formulierten sie folgende Frage: „Wie kann ich mit mir und meinem Leben gut leben?"

Um die Nachhaltigkeit des Kursprogramms zu sichern und zu verstärken, sollte es nach längerer Zeit eine Wiederholung bzw. ein follow-up geben. Und künftig sollten – wie bei anderen Fortbildungen auch – bereits während des Kurses Peer-Gruppen zum Üben gebildet werden, die sich dann als selbstorganisierte Gruppen nach Ende des Kurses weiter treffen und einander stärken könnten.

Ein Vorschlag der TrainerInnen – den Wohnbereich einzubinden – wurde im Reflexionsworkshop intensiv diskutiert. Für den Transfer in den Alltag spricht einiges dafür, jedoch könnte es für die Menschen mit Lernschwierigkeiten auch schwierig werden, da im Kurs sehr persönliche Themen angesprochen werden – der „gläserne Mensch" sei ein Risiko. Auf alle Fälle müssten die UnterstützerInnen entsprechend dem Paradigma von Selbstbestimmt Leben geschult werden. Und zuallererst sollten die TeilnehmerInnen danach gefragt werden, was und wie sie das selbst haben und handhaben möchten.

4.3 Reflexionsworkshop mit KursteilnehmerInnen

Für den Reflexionsworkshop mit KursteilnehmerInnen sollten auf freiwilliger Basis je Kurs eine Frau und ein Mann teilnehmen; aber es hätten auch zwei Frauen oder zwei Männer je Kurs teilnehmen können. Die TrainerInnen bewarben während der Kursdurchführung diesen Reflexionsworkshop; das Forschungs- und Entwicklungsteam hatte dafür eine eigene Einladung erstellt:

> *„Wir von der WiG freuen uns sehr, dass Sie beim Kurs Gesundsein mitmachen! So wie die anderen Frauen und Männer aus den acht Kurs-Gruppen von Gesundsein. Wir hoffen, dass der Kurs für Sie ein gutes Erlebnis ist. Sie viel über sich selbst, Ihren Körper und Ihre Gesundheit erfahren. Uns ist es wichtig, dass der Kurs Gesundsein in Zukunft auch für andere Menschen weiter gehen kann. Deshalb laden wir eine Frau und einen Mann aus Ihrem Kurs und aus den anderen Kursen zu einem Treffen ein. Da können Sie die 4 Frauen, die den Kurs entwickelt haben, kennen lernen. Und können erzählen, wie der Kurs für Sie war. Was Ihnen gefallen hat. Und was nicht. Und was wir beim nächsten Mal anders machen sollen.“* (Auszug aus dem Einladungstext für den TeilnehmerInnenworkshop)

Eine Woche vor dem Workshop hatte sich erst eine Frau angemeldet. Bei der Rückfrage im Rahmen des zweiten TrainerInnen-Workshops stellte sich heraus, dass sich in verschiedenen Kursen Menschen für diesen Workshop interessiert hätten, ein Kurs wollte sogar gesamt kommen. Die ungeklärte Finanzierung der Fahrtkosten dürfte – so die TrainerInnen – ein wesentlicher Hinderungsgrund für die Anmeldungen an diesem Workshop gewesen sein. Da es seitens der WiG in der Kürze der Zeit nicht möglich war, eine Entscheidung über die Übernahme der Fahrtkosten zu fällen, bot die Auftragnehmerin an, diese selbst zu übernehmen, auch wenn die WiG sie später nicht refundieren würde.[46] Dies hat zu einem merklich größeren Anmeldeverhalten geführt. Der Workshop mit TeilnehmerInnen der Pilotphase konnte schließlich am 14. Juli 2015 von 13.00 bis 17.00 Uhr mit elf Personen (sechs Frauen, fünf Männer) aus drei verschiedenen Einrichtungen sowie aus dem frei fluktuierenden Kurs durchgeführt werden. Problematisch war jedoch, dass die TeilnehmerInnen teilweise um 16.00 Uhr vom Fahrtendienst abgeholt wurden, obwohl sie selbst noch gerne geblieben wären. Obwohl nicht alle TeilnehmerInnen über den gesamten Zeitraum anwesend waren – manche kamen auch später –, konnten die für die Evaluation wesentlichen Fragen diskutiert werden.

[46] Im August 2015 konnte die Projektleiterin klären, dass die WiG allfällige Fahrtkosten übernimmt.

Im Reflexionsworkshop mit den TeilnehmerInnen wurde personenzentriert und prozessorientiert gearbeitet. Dies bedeutet, die Themen, die von den TeilnehmerInnen eingebracht worden sind, aufzunehmen und durch Nachfragen zu konkretisieren bzw. zu vertiefen.

Als spannend haben die TeilnehmerInnen im Kurs „Gesundsein“ Verschiedenes erlebt, damit begannen sie selbst:

> „*Viel von uns gelernt, von dem Körper: Wir haben gesehen, wie Gefäße entstehen: Niere, Leber, Herz, wie das Gehirn ausschaut.*“ (Teilnehmerin)
>
> *„Das mit dem Plastilin machen, das war lustig.“* (Teilnehmer)
>
> *„Die Seele tut weh – Schmetterlinge im Bauch – und Sex war auch dabei.“* (Teilnehmerin)
>
> *„Der Mann mit Sexualkunde, das war lustig, aber ich habe das alles schon gewusst.“* (Teilnehmer)
>
> *„Mir hat am besten gefallen das Kinderkriegen, das habe ich im Buch gesehen. Wenn ich eine Freundin finde, dann will ich Kinder haben.“* (Teilnehmer)
>
> *„Gefallen: Viel reden. Habe Kollegen gehabt, mit denen ich gut reden konnte.“* (Teilnehmer)

Ein Teilnehmer verwies darauf, dass er bereits alles gewusst habe, was im Rahmen des Kursprogramms gelehrt wurde. „*Das war für mich so wie ein Anfängerkurs. Das war das gleiche, was man in der Schule lernt. Aufklärung hat man auch in der Schule. War fast schon gleich wie in der Schule. Nur die Zetteln und die Mappe, das war nicht gleich; aber das alles habe ich schon gewusst.“* Eine Kollegin sprach diesen Teilnehmer an: *„Und da bist du trotzdem sechs Mal gekommen?“* *„Ja, ich habe mit dem Handy gespielt.“* (Teilnehmer)

Einige TeilnehmerInnen kamen im Laufe des Workshops auf ihre eigenen Erkrankungen zu sprechen. Dies verbanden sie mit Inhalten, die sie im Kursprogramm bearbeitet haben.

> *„Bei mir ist das so: Ich habe Blutdruck und Zucker – und Schädelbasisbruch. Da muss man aufpassen. Es ist richtig: Man muss Nein sagen. Und man soll eine Rettung rufen, wenn man hinfällt. Wenn einer wirklich eine Rettung braucht – 144 ist die Nummer – und die kommen dann auch.“* (Teilnehmer)
>
> *„Mir fehlt eine Niere. Ich weiß nicht, wie man so ein Spenderorgan bekommt.“* (Teilnehmerin)

Im Zuge des Workshops wurden verschiedene Übungen bzw. Arbeits- und Merkblätter besprochen, die von den TeilnehmerInnen als hilfreich und unterstützend beschrieben wurden. So etwa die „Stopp-Tafel“: *„‚Das will ich nicht.‘ Das war auch im Kurs. Und wir haben auch die Okay-Tafel gehabt. Und das hat funktioniert.“* (Teilnehmer)

Auch die Anleitungen für den Alltag sind wichtig gewesen. *„Wenn man auf der Straße in Gefahr kommt, soll man Feuer rufen.“* (Teilnehmer)

Besondere Bedeutung maßen die TeilnehmerInnen ihren persönlichen Gesundheitsmappen bei, einige hatten diese auch zum Workshop mitgebracht und zeigten sie den anderen TeilnehmerInnen.

In Bezug auf das eigene Leben verwiesen verschiedene TeilnehmerInnen auf positive Effekte, die durch den Kurs „Gesundsein“ ausgelöst worden waren: *„Mir hat der Kurs irrsinnig gut getan: Ich weiß, wie gesund ich leben, wie man das machen kann. Wie ich mit Menschen reden kann, die mich nicht so richtig verstehen, dass ich langsamer reden muss.“* (Teilnehmerin) *„Die Module haben mir geholfen, beziehungsmäßig und arbeitsmäßig weiterzukommen, dass ich nicht ausraste: Ich habe Feuer am Hintern, das hat mir sehr gut geholfen, das Modul ‚Krank sein‘.“* (Teilnehmer) *„Im Kurs haben wir viel gelernt zu Ernährung, Vitamine essen. Ich muss abnehmen: Vitamine sind gesund und Gemüse.“* (Teilnehmer)

Im Rahmen des Workshops wurde auch die Arbeit, welche die TeilnehmerInnen in den Einrichtungen leisten, thematisiert und problematisiert: *„Für die Behinderten wird gar nichts gemacht, wie müssen hart arbeiten und kriegen nur Taschengeld.“* (Teilnehmerin) Dieses Statement löste eine Diskussion über Arbeit aus. Einige TeilnehmerInnen haben reguläre Arbeitsverträge mit Urlaubsanspruch und Lohn: *„Es kommt darauf an, in welcher Einrichtung man ist. Was wir arbeiten? Verpacken etc., wir machen auch kreative Arbeit. Das war auch im Fernsehen – eine Dokumentation.“* (Teilnehmerin) *„Taschengeld im Monat ist für das, was wir leisten, zu wenig.“* (Teilnehmerin)

Jene TeilnehmerInnen, die sich an diesem Gespräch nicht beteiligt hatten, wurden nun von der Moderatorin gefragt, ob sie verstanden hätten, was besprochen wurde: Einige sagten, dass sie nichts verstanden hätten: *„Die haben alle durcheinander geredet.“* Eine weitere Teilnehmerin meldete sich zu Wort: *„Ich habe es schon verstanden. Weil es geht ja um uns Menschen. Wir Behinderten werden vernachlässigt im Leben.“* (Teilnehmerin)

Für die TeilnehmerInnen war die Geschichte von Ed Roberts sehr beeindruckend und kraftgebend. *„Bei Ed Roberts ist es um Entscheidungen gegangen, wo er nur ja oder nein sagen konnte. Und die haben nicht auf ihn gehört. Der hat sich da schon tapfer*

raus gekämpft. Ich bin ja auch gelähmt gewesen.“ (Teilnehmer) Auf Anregung einer Trainerin holten mehrere TeilnehmerInnen das Foto von Ed Roberts aus ihren Gesundheitsmappen und ließen es in der Gruppe herum gehen. Fast alle TeilnehmerInnen schauten das Foto mit spürbarem Interesse an.

„Und der Ed Roberts hat weltweit eine Bewegung gegründet, People First – auch in Wien. Die sind in der Schöngasse im 2. Bezirk. Bizeps ist das erste Selbstbestimmt-Leben-Zentrum.“ (Teilnehmer) *„Dass er sich selber durch das Leben gepackt hat und sich nicht aufgegeben hat. Der war ein Star, hat was geleistet mit den minimalen Möglichkeiten, die er gehabt hat. Und wir regen uns da manchmal auf wegen dem schlechten Wetter.“* (Teilnehmer) *„Ich habe das noch nie gehört von Ed Roberts – der war sicher zu 95 Prozent behindert. Was der aus seinem Leben gemacht hat. Ich weiß schon, dass jeder Mensch ein Recht darauf hat, zu entscheiden zwischen ja und nein, ob er etwas will oder nicht. Aber man bekommt jeden Tag Antibiotikum – da hat man sehr schwer die Möglichkeit, dass man das abgesetzt bekommt.“* (Teilnehmer)

Der Umstand, dass es insgesamt acht Kurse „Gesundsein“ gegeben hat, beeindruckte die TeilnehmerInnen an diesem Workshop. Hierin wurde ein großes Potenzial für Selbstbestimmt Leben erkannt, wie es ein Teilnehmer formulierte: *„Wir müssen politisch Druck aufbauen. Das ist wie eine Pflanze, die muss zu wachsen beginnen – dann wird es ein Baum. Es ist gut, dass es acht Kurse gegeben hat. Mehr Selbstbewusstsein, mehr gesundes Leben.“* (Teilnehmer)

Zum Abschluss des Workshops wollten die Moderatorinnen von den TeilnehmerInnen wissen, was ihnen jetzt im Rückblick besonders wichtig beim Kurs „Gesundsein“ gewesen ist.

„Worte können auch wehtun.“ (Teilnehmer)

„Dass wir ein Zertifikat bekommen haben.“ (Teilnehmerin)

„Mir hat der Kurs über die Gesundheit sehr gut gefallen. Besonders das über Glücklich- und Traurigsein. Es war nichts Blödes dabei. Es war lustig.“ (Teilnehmer)

„Der Kurs war interessant, ich habe viel dazu gelernt – sehr spannend, sehr lehrreich, man kann es an andere weitergeben. Es sollen mehr Leute den Kurs machen können.“ (Teilnehmerin)

„Ich habe viele Ratschläge bekommen.“ (Teilnehmer)

Und es sollte Kurse zu speziellen Themen geben: über Alkohol- und Drogensucht, Spenderorgane oder über Gesundheit, wenn man älter wird. *„Ich hätte gerne Kurse*

über Krankheiten, die man nicht heilen kann, etwa Krebs, Demenz, Schlaganfall, Herzinfarkt.“ (Teilnehmerin)

Einige TeilnehmerInnen verwiesen darauf, dass es ihnen sehr geholfen habe, dass sie sich schon gut gekannt haben. *„Wir haben aufeinander aufgepasst.“* (Teilnehmerin)

> *„Es hat mir gut getan, über gesundheitliche Themen mit der Trainerin reden zu können.“* (Teilnehmerin)

Insgesamt artikulierten mehrere TeilnehmerInnen die Hoffnung, dass viele andere Menschen dieses Kursprogramm besuchen können – „*Es darf halt nichts kosten“* – und dass es für sie selbst eine Fortsetzung gibt.

Anmerkungen zum Reflexionsworkshop mit den TeilnehmerInnen

Dieser Workshop vermittelte in verdichteter Form sowohl die Herausforderungen als auch die besondere Atmosphäre der Kursreihe „Gesundsein“. Das Kommunikationsverhalten – und wohl auch die verbalen Ausdrucksmöglichkeiten – der einzelnen TeilnehmerInnen waren extrem unterschiedlich. Während einige TeilnehmerInnen sehr viel und ausführlich von ihren Erfahrungen berichteten, saßen andere eher still im Kreis, signalisierten aber meist auf direktes Ansprechen hin auf ihre je eigene Weise Zustimmung oder Ablehnung. Beeindruckend waren die Art und Weise, wie einige Teilnehmerinnen einander gegenseitig unterstützten, sowie die Spontaneität und Bereitschaft, die jeweils brennenden Themen zu Gehör zu bringen (zu wenig Lohn für die Arbeit, fehlende Unterstützung, fehlende AnsprechpartnerInnen im Bereich Gesundheit).

In diesem Workshop war schnell klar, dass es hauptsächlich darum ging, den Teilnehmerinnen ausreichend Raum und Zeit zu verschaffen, ihre Erfahrungen ausdrücken zu können. Es entstand eine dichte Atmosphäre des Hinhörens und Gehörtwerdens. Dies kann als ausgesprochen positives Ergebnis des Kursgeschehens gewertet werden.

Als ein Beispiel sei folgendes genannt: Bei der Abschlussrunde (mit Redestab) wartete die ganze Runde lange völlig still, bis ein Teilnehmer seine Worte formulieren konnte.

5. Fazit und Reflexion

Einleitung

Vorweg ist festzuhalten, dass der Zugang bei der Entwicklung des Kursprogramms „Gesundsein“ dem emanzipatorischen Ansatz der Disability Studies und der internationalen Selbstbestimmt-Leben-Bewegung entspricht und im wissenschaftlichen Verständnis sowie im praktischen Tun den Paradigmenwechsel, der durch die UN-Konvention politisch fundiert worden ist, vollzieht. Das für die Durchführung des Kursprogramms notwendige und gesicherte Grundlagenwissen wird den TrainerInnen im TrainerInnen-Handbuch zur Verfügung gestellt. Dieses Wissen umfasst wissenschaftliche und politische Grundlagen ebenso wie zentrale Haltungen und Querschnittsmaterien. Im Einzelnen sind dies die Geschichte der Selbstbestimmt-Leben/People-First-Bewegung; formal-politische Grundlagen wie die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen; wesentliche Grundlagen der Gesundheitsförderung allgemein sowie konkret für Menschen mit Lernschwierigkeiten; eine Auseinandersetzung mit den gesundheitlichen Herausforderungen, mit denen Menschen mit Lernschwierigkeiten konfrontiert werden; das Verständnis und die Haltungen, die für die Durchführung dieses Kursprogramms notwendig sind. Hinzuweisen ist darauf, dass es wenig gesichertes Wissen zu Menschen mit Lernschwierigkeiten gibt; hier ist ein großer Forschungsbedarf zu identifizieren.

Zu Beginn jedes Moduls benennen wir das jeweilige für dieses Modul wesentliche Grundlagenwissen mit Verweisen, wo sich dieses befindet. Weiterführende Literatur, Verweise auf Methoden sowie Broschüren in Leichter Sprache, die wir für das jeweilige Modul vorschlagen, runden diese Einleitungstexte der Module ab. Das Paradigma von Selbstbestimmt Leben/People First ist für alle Module zentral.

In diesem Kapitel erfolgt nun die Überprüfung der übergeordneten Projektziele sowie der Ziele auf Seiten der TeilnehmerInnen. Des Weiteren erfolgt eine reflektierende Auseinandersetzung mit den gewählten Strategien, mit der Einbindung der Zielgruppen, mit allfälligen Hürden sowie mit der Nachhaltigkeit und mit Veränderungen im Projektumfeld.

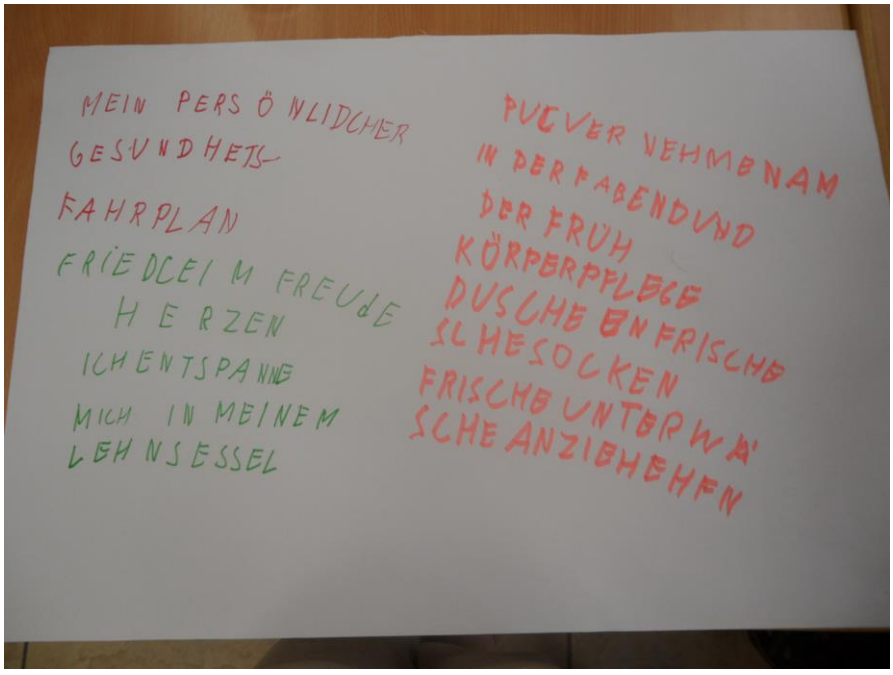
5.1 Zielerreichung

5.1.1 Übergeordnete Ziele

Zunächst geht es um die Überprüfung der Zielerreichung der in der Ausschreibung formulierten übergeordneten Ziele.

Ad Förderung eines umfassenden Verständnisses von Gesundheit (gemäß der WHO-Definition von Gesundheit)

Im TrainerInnen-Handbuch sowie in den Kursunterlagen zu den sechs Modulen „Mein Alltag“, „Mein Körper und ich“, „In Freude leben“, „Krank sein“, „Sexualitäten“ sowie „Gesundsein – persönlicher Wegweiser“ wird das WHO-Verständnis von Gesundheiten und Gesundheitsförderung ausführlich thematisiert und mit Belegen und weiterführenden Links unterlegt. Im Rahmen der Reflexionsworkshops mit TrainerInnen und TeilnehmerInnen wurde deutlich, dass sowohl die verschiedenen Gesundheitsdeterminanten wie auch die Komplexität des Gesundheitsverständnisses ausführlich behandelt worden waren. Die TeilnehmerInnen bezogen sich auf psychosoziale Aspekte ebenso wie auf psychische und physische, die ihre Gesundheit wesentlich positiv oder negativ beeinflussen.

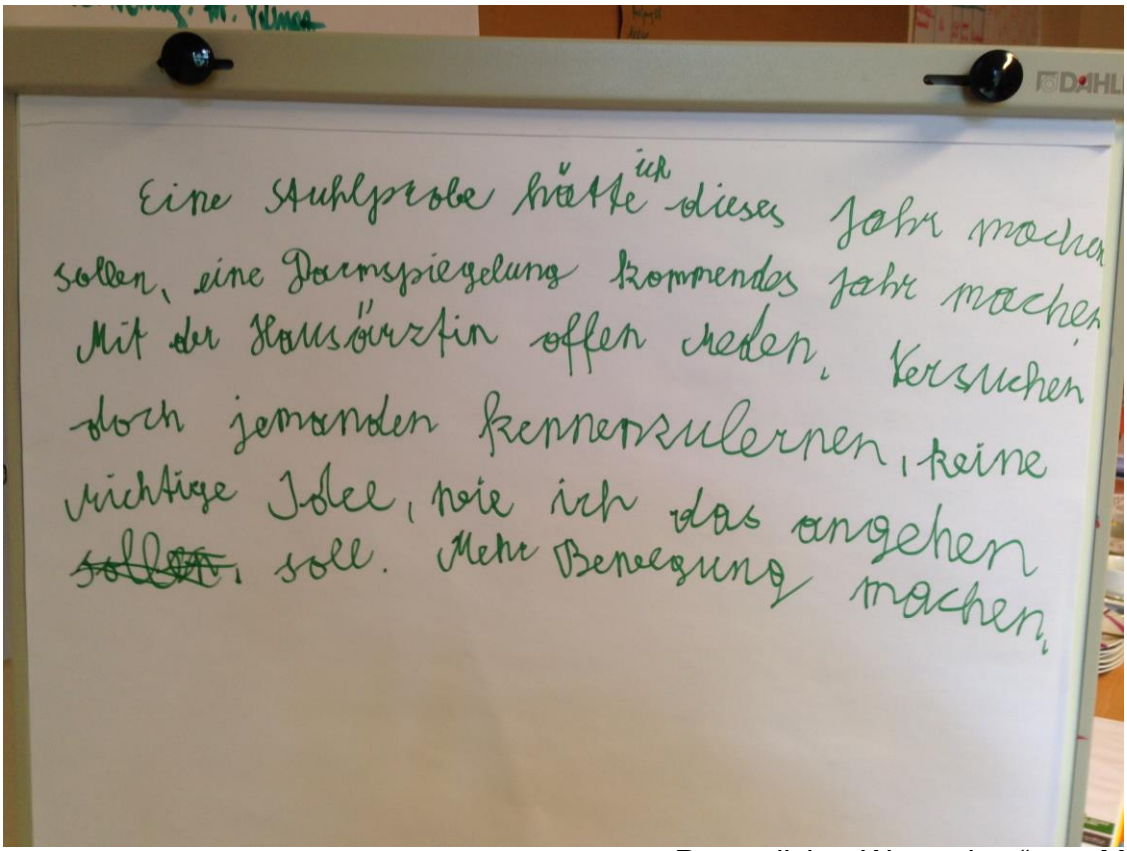


„Gesundheitsfahrplan“ aus Modul 6 „Gesundsein – persönlicher Wegweiser“

Insbesondere die in der Entwicklungsphase viel diskutierten Module 3 und 5, „In Freude leben“ sowie „Sexualitäten“, konnten zum verstärkten Aufbau des ganzheitlichen Selbstverständnisses von Gesundheit beitragen, da diese die psychosozialen Dimensionen eines guten Lebens in den Vordergrund rücken, für deren Bedeutung für die Gesundheit teilweise erst Bewusstsein geschaffen werden musste. Mit einer Mischung aus Information, Erfahrungsaustausch und sinnlich-künstlerischen Übungen wurden nicht nur sonst tabuisierte Themen wie Sexualität, Geschlechtskrankheiten, Kinder bekommen, Gewalt und vieles mehr mit Selbstverständlichkeit thematisiert, es wurde auch mehr Bewusstsein über den Zusammenhang von Selbstbestimmtheit, Körperlichkeit, Sexualität und Gesundheit geschaffen.

Ad Stärkung der Rolle als ExpertInnen für die eigene Gesundheit

Nebst der Vermittlung von Körper- und Gesundheitswissen lag ein weiterer Schwerpunkt von „Gesundsein“ auf der Steigerung des Selbst- und Körperbewusstseins der KursteilnehmerInnen. Diese gewannen darüber hinaus mehr Orientierung im bzw. Übung mit dem Gesundheitssystem und wurden in ihrer Rolle als (potenzielle) PatientInnen gestärkt, z.B. im Umgang mit ÄrztInnen oder Medikamenten.



„Persönlicher Wegweiser“ aus Modul 6

Auch die im Rahmen des Projekts entwickelten und auf die Zielgruppe hin adaptierten Querschnittsthemen zielen genau darauf ab, die TeilnehmerInnen in ihrer ExpertInnenrolle für die eigene Gesundheit zu stärken. Dank der qualitätsvollen Arbeit der TrainerInnen ist es in der Pilotphase gelungen, folgende Themen als Querschnittsmaterie in die Kursinhalte zu integrieren:

- „Was will ich, was will ich nicht?“
- „Die eigene Meinung – was stimmt für wen?“
- Der doppelte Blick
- Die „Nicht-Schokoladenseite der Selbstbestimmung“
- Geschlechter- und Diversitätsgerechtigkeit

Ad Förderung der Entscheidungs- und Problemlösungskompetenz in Bezug auf die eigene Gesundheit

Wesentliche Grundlage des Kursprogramms „Gesundsein“ sind die Paradigmen von Selbstbestimmt Leben und People First. Aus den Dokumentationen der TrainerInnen zu den einzelnen Kursen geht klar hervor, dass die TeilnehmerInnen sukzessive mehr Unterstützung eingefordert haben. Dies ist ein deutlicher Hinweis auf das Erstarken ihrer Entscheidungs- und Problemlösungskompetenzen.

Zentral ist hier auch, dass TrainerInnen und UnterstützerInnen umfassend über die unterschiedlichen Unterstützungs- und Assistenzmodelle Bescheid wissen sollten, um so die Zielgruppen bestmöglich in ihren Kompetenzen unterstützen zu können. Diese sind im sogenannten „Modell der 4 Schachteln der Unterstützung“ für dieses Projekt zusammengefasst und handhabbar gemacht worden.

Konkret auf die Themenbereiche Gesund- und Kranksein bezogen war es vor allem die Möglichkeit zu gezielter Diskussion und persönlichem Erfahrungsaustausch, wodurch Problemlösungskompetenzen geübt und die TeilnehmerInnen so in ihrer Rolle als ExpertInnen für die eigene Gesundheit gestärkt werden konnten, wie das folgende Zitat einer Trainerin veranschaulichen soll.

„Beispiele, die aus der Gruppe kommen:

- *Migräne/Kopfweh – wer kennt das? und was hilft bei Dir? – Dunkelheit, sich hinlegen / was trinken, Tabletten / kenne ich nicht / hinlegen*
- *Psychische Erkrankung – z.B. arge Wutanfälle, bekommt eine Depotspritze / kenne ich von anderen – was tue ich, wenn jemand einen psychotischen Schub hat? Erkenne ich das? Unterschiedliches Verhalten bei Bekannten und Unbekannten / große Ängste – Tabletten nehmen; Psychotherapie*

- *Ohrenschmerzen – zur Ärztin gehen; Ohrenarzt und HNO-Arzt > Erfahrungsaustausch zu Ohrenschmerzen*
- *Grippe – wie fühlt sich das an? Was kann ich tun?*
- *Bluthochdruck – was muss ich tun? was kann ich sonst noch tun?*
- *Zucker – was ist das? Was muss ich tun? Wie messe ich?“* (Trainerin)

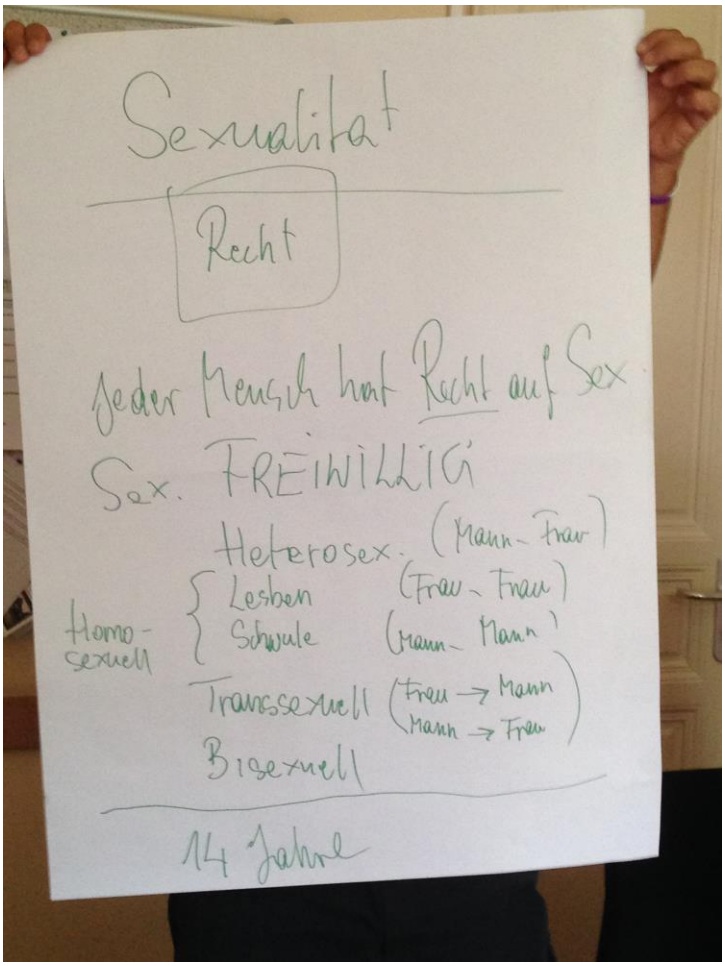
Ad Stärkung der Fertigkeiten, das Gesundheits- und Sozialwesen bedarfsorientiert und im Einklang mit den eigenen Werten zu nutzen

In verschiedenen Modulen des Kursprogramms stand die Thematisierung des Gesundheits- und Sozialwesens auf der Tagesordnung. Diverse Übungen (etwa Rollenspiel: „Besuch bei der Ärztin“) sowie Merk- und Arbeitsblätter (etwa Notfallkarte, „Mein Medikamentenblatt“) und Broschüren (Frauenärztin, Männergesundheit) unterstützen die TeilnehmerInnen dabei, eigene Fragen zu entwickeln bzw. ihre Bedürfnisse hinsichtlich der gesundheitlichen Dienstleistungen zu konkretisieren. Besonders wertvoll erwies sich der Erfahrungsaustausch unter den TeilnehmerInnen zur Inanspruchnahme von Beratungseinrichtungen, ZahnärztInnen oder zu Krankenhausaufenthalten. An dieser Stelle muss jedoch noch einmal darauf hingewiesen werden, dass das Gesundheitswesen noch nicht darauf abgestellt ist, von Menschen mit Lernschwierigkeiten bedarfsorientiert und im Einklang mit den eigenen Werten in genutzt zu werden (siehe dazu Kapitel 2, insbesondere 2.1.5 Gesundheitliche Herausforderungen für Menschen mit Lernschwierigkeiten).

Ein wesentliches Element des Kursprogramms bleibt natürlich, den TeilnehmerInnen über Merkblätter, Broschüren und Folder, jeweils in Leichter Sprache, zu vermitteln, dass sie trotz manchmal ungeeigneter Rahmenbedingungen mit ihren Problemen und Herausforderungen nicht alleine sein müssen, dass sie sich Unterstützung bei ExpertInnen und Beratungseinrichtungen holen können.

Ad Förderung von Selbstbestimmung

Das gesamte Kursprogramm zielt auf Förderung der Selbstbestimmung der TeilnehmerInnen ab. Dies wurde von den TeilnehmerInnen sehr bewusst wahrgenommen. So etwa wurde die Geschichte von Ed Roberts als äußerst inspirierend und mutmachend erlebt, wie die TrainerInnen dies in den Dokumentationsbögen vermerkten. Auch beim Reflexionsworkshop mit den KursteilnehmerInnen wurde das Selbstbestimmt-Leben/People-First-Paradigma als besonders wichtig betont; ein Foto von Ed Roberts wurde von einem Teilnehmer diesbezüglich in die Runde gereicht.



„Jeder Mensch hat Recht auf Sex“ aus Modul 5 „Sexualitäten“

Ein wesentlicher Punkt bleibt dabei, dass Einrichtungen, TrainerInnen und UnterstützerInnen umfassend über die unterschiedlichen Unterstützungs- und Assistenzmodelle Bescheid wissen, um so die Zielgruppen bestmöglich in ihren Selbstbestimmt-Leben-Kompetenzen zu unterstützen.

5.1.2 Ziele auf Seiten der TeilnehmerInnen

Konkret verfolgte dieses Projekt folgende **Ziele auf Seiten der TeilnehmerInnen**:

Ad Ziel: Die TeilnehmerInnen erhalten das für sie relevante Wissen zu den Themen in für sie verständlicher Form und kennen Möglichkeiten, dieses Wissen in ihrem Alltag anzuwenden.

Die einzelnen Kursgruppen waren sehr heterogen zusammengesetzt. Mittels des personenzentrierten und prozessorientierten Zugangs – dies sowohl hinsichtlich Struktur und Aufbau des gesamten Kursprogramms und der zur Verfügung gestellten Bausteine als auch durch das entsprechende Verständnis der TrainerInnen – ist es gelungen, das entsprechende Wissen alltagsrelevant zu vermitteln.

Im Reflexionsworkshop mit den TeilnehmerInnen wurden von diesen Themen aus allen Modulen benannt, die für sie jeweils nicht nur spannend, sondern auch unterstützend für ihren Alltag (etwa Umgang mit Krankheiten oder mit besonderen Lebenslagen) erlebt worden sind. Mehr über den Körper (etwa innere und äußere Landkarte) zu wissen, sich vertiefend über die Bedeutung gesunder Ernährung und Bewegung auseinanderzusetzen oder sich spielerisch mit dem Gesundheitssystem (etwa Rollenspiele zu Besuch bei ÄrztInnen) zu befassen, all dies wurde von den TeilnehmerInnen als wertvoll und stärkend bewertet.

Auch jene Module, die schwierige Themen – Trauer oder Gewalt in Modul 3 – oder sonst oftmals tabuisierte Themen – etwa das Modul 5 zu Sexualitäten – zum Gegenstand hatten, wurden von den TeilnehmerInnen positiv und unterstützend für ihr Alltagsleben erlebt.

Große Bedeutung kommt den Querschnittsmaterien und dem Selbstbestimmt-Leben-Paradigma zu: So etwa vermerkten wie erwähnt einige TrainerInnen in den Dokumentationsbögen, dass die TeilnehmerInnen im Laufe des Kursprogramms zunehmend aktiv Unterstützung einforderten. Die Begeisterung über Ed Roberts und seine Geschichte, die im Reflexionsworkshop spürbar geworden ist, verdeutlicht die große Vorbildwirkung, welche die Selbstbestimmt-Leben-Geschichte in Modul 1 für die TeilnehmerInnen hat, dies auch über das Kursprogramm hinaus: *„Der* (Ed Roberts, Anm. d. Aut.) *war ein Star.“* (Teilnehmer, Reflexionsworkshop) Auch die Auseinandersetzung mit *„Was will ich? Was will ich nicht?“* hat den TeilnehmerInnen vielfältige neue Gestaltungsräume für ein wachsendes selbstbestimmtes Alltagsleben eröffnet.

Erwartungsgemäß und bezweckterweise (im Sinne von „Mut zur Lücke“) wurden in den Kursen selten alle Bausteine Gegenstand der Auseinandersetzung, wie auch nicht alle Übungen oder Arbeits- und Merkblätter zum Einsatz kamen. Anzumerken ist hier jedoch, dass gerade bei TeilnehmerInnen mit schwerwiegenderen Beeinträchtigungen und/oder Mehrfachbehinderungen eine zweite Trainerin/ein zweiter Trainer, auf jeden Fall jedoch entsprechende UnterstützerInnen (nach People First) es ermöglicht hätten, vertiefender in die Materien einzusteigen. Auch entsprechend unterstützte Peer-Gruppen wären hier hilfreich gewesen.

Insgesamt ist festzuhalten, dass die TeilnehmerInnen der acht Kurse in der Pilotphase das für sie jeweils relevante Wissen in für sie verständlicher Form erhalten haben und Möglichkeiten kennen gelernt bzw. selbst entwickelt haben, dieses Wissen in ihrem Alltag anzuwenden. Dieser Erfolg ist nicht zuletzt den hoch professionellen und sehr engagierten TrainerInnen der Pilotphase geschuldet. Bei den Interviews, welche die Projektleiterin nach der Pilotphase mit den beteiligten Einrichtungen geführt hat, wurde die positive Wirkung der Kurse bestätigt, wie einige

Zitate belegen: *„Kurs hat den TeilnehmerInnen gut gefallen.“*, *„Grundsätzlich sehr positiv“*, *„Wir möchten wieder Kurse haben.“*

Ad Ziel: Die TeilnehmerInnen werden motiviert, sich während der Kurseinheiten und darüber hinaus mit den Themen zu befassen.

Bereits in den Pausen haben sich die TeilnehmerInnen intensiv über Kursthemen miteinander ausgetauscht. Auch wenn das Abschlussblatt oftmals nicht oder nur mit geringer Freude ausgefüllt worden ist, so zeigen die Rückmeldungen der TrainerInnen, dass sich die TeilnehmerInnen über die einzelnen Module in ihrem privaten oder Arbeitsumfeld unterhalten haben.

Im Reflexionsworkshop formulierten verschiedene TeilnehmerInnen, dass sie sich Gedanken über ihr Gesundheitsverhalten machen würden: Dies betrifft ihre Ernährung, ihre körperliche Fitness ebenso wie auch, dass sie sich zurückziehen, wenn ihnen etwas zu viel wird.

Zugleich ist es durch das Kursprogramm „Gesundsein“ auch gelungen, die TeilnehmerInnen für Aspekte der psychosozialen Gesundheit und für die Verhältnisorientierung von Gesundheitsförderung zu sensibilisieren. Wie sehr etwa die TeilnehmerInnen darin bestärkt worden sind, sich als AkteurInnen ihrer Leben zu begreifen und zu spüren, hat unter anderem die Sequenz im Reflexionsworkshop verdeutlicht, in der sie sich miteinander über die Diskriminierung ausgetauscht haben, die sie in dem Umstand erkennen, für ihre Arbeit, die sie in einigen Einrichtungen leisten, keine reguläre Entlohnung, sondern lediglich ein Taschengeld zu bekommen. Hier wurde auch deutlich, dass der Selbstbestimmt-Leben-Gedanke von großer Wichtigkeit dafür ist, sich als Teil eines politischen Kollektivs zu erkennen, oder wie es ein Teilnehmer des Reflexionsworkshops formulierte: *„Wir müssen politisch Druck aufbauen. Das ist wie eine Pflanze, die muss zu wachsen beginnen – dann wird es ein Baum. Es ist gut, dass es acht Kurse gegeben hat. Mehr Selbstbewusstsein, mehr gesundes Leben.“* (Teilnehmer, Reflexionsworkshop)

Schließlich artikulierten die TeilnehmerInnen im Reflexionsworkshop ihr großes Interesse an der Fortsetzung des Kursprogramms bzw. nach Seminaren zu speziellen Gesundheitsthemen (etwa zu Organspenden, Sucht, verschiedenen Krankheiten).

All dies verdeutlicht, dass es gelungen ist, die einzelnen TeilnehmerInnen des Kurses „Gesundsein“ zu motivieren, sich während der Einheiten und darüber hinaus mit den Themen des Programms, die für sie individuell wichtig sind, weiter zu befassen.

Ad Ziel: Die TeilnehmerInnen erhalten leicht anwendbare und selbstständig umsetzbare Tipps für ihren Alltag.

Das gesamte Kursprogramm ist alltagsbezogen aufgebaut. Verschiedene Informationen der TrainerInnen in den Dokumentationsbögen verdeutlichen, dass die TeilnehmerInnen nicht nur vielfältige Anleitungen und Tipps für den Alltag erhalten haben, sondern diese auch – je nach Bedarf – konkret anwenden. Sei dies die Karte mit den Notfallnummern, die als Plakat in der Wohngemeinschaft aufgehängt wird; sei dies die im Kurs eingeführte „Stopp-Tafel“, die etwa auch während des Reflexionsworkshops von einem Teilnehmer unaufgefordert verwendet wurde, um sich Gehör zu verschaffen. Oder sei dies der „Brief an die praktische Ärztin“: Um diesen Brief auszufüllen, suchte eine Teilnehmerin des Reflexionsworkshops noch Unterstützung, wie sie schilderte. Oder auch die Liste mit Beratungseinrichtungen, die in den Kursen mehrmals besprochen worden ist und von den TeilnehmerInnen aktiv erinnert wird, wie sie im Reflexionsworkshop bekundeten.

All dies deutet darauf hin, dass die vielfältigen Tipps (in Form von Arbeits- und Merkblättern, durch Broschüren und Folder jeweils in Leichter Sprache etc.) entsprechend den Bedürfnissen der TeilnehmerInnen in ihren Alltag transferiert werden.

Ad Ziel: Die TeilnehmerInnen erleben alltagstaugliche Bewegungs- und Sinnesübungen etwa mittels Auflockerungsübungen zwischendurch.

Bereits in der Pilotphase wurden im Kursprogramm Bewegungs- und Sinnesübungen angeboten. Die TrainerInnen haben diese Übungen ebenso angewendet, wie sie neue Übungen (etwa Bewegung mit Tüchern oder die „Genussschule“) entwickelt haben. Auch die Rollenspiele wurden von den TeilnehmerInnen als auflockernd und lustig erlebt.

Für die Ausrollung des Kursprogramms „Gesundsein“ wurden vom Forschungs- und Entwicklungsteam zusätzliche Bewegungs- und Sinnesübungen entwickelt bzw. jene Übungen mit aufgenommen, die in den Kursen der Pilotphase entwickelt worden sind.

Ad Ziel: Das attraktive, individuell gestaltbare Skriptum wird von den TeilnehmerInnen auch nach dem Kurs verwendet, was zur Nachhaltigkeit beiträgt.

Die Gesundheitsmappen wurden von den TeilnehmerInnen individuell gestaltet; so etwa zierte Hansi Hinterseer bei zwei Mappen das Cover. Auch die Inhalte haben die TeilnehmerInnen selbst gewählt. Zum Reflexionsworkshop hatten einige TeilnehmerInnen ihre Gesundheitsmappen mitgebracht, die sie der Runde stolz – gemeinsam mit dem Zertifikat – präsentierten.

Beim Workshop danach befragt, ob sie die Gesundheitsmappen auch nach Ende des Kursprogramms benützen würden, bejahte der Großteil dies. Die Gesundheitsmappen werden überwiegend in den Werkstätten aufbewahrt. Nachgeblättert werden etwa die Geschichte von Ed Roberts, die innere Landkarte des Körpers oder einzelne Arbeits- und Merkblätter.





Beispiele Gesundheitsmappen „Gesundsein“

Weiters definierte die Auftraggeberin **qualitative Merkmale des Seminarprogramms**:

- **Zielgruppenadäquate Reduktion der Dichte der Inhalte**

  Hier ist festzuhalten, dass bei der Entwicklung des Kursprogramms ein gegensätzlicher Weg beschritten worden ist. Anstelle einer Reduktion von vornherein war es dem Forschungs- und Entwicklungsteam wichtig, das Programm so zu gestalten, dass eine Fülle an Bausteinen, Inhalten, Übungen, Merk- und Arbeitsblättern sowie Broschüren zur Verfügung steht. Durch diesen Zugang war und ist es den TrainerInnen möglich, das personenzentrierte Arbeiten in der Gruppe tatsächlich umzusetzen. Dies ist umfassend gelungen. Dadurch konnte mit der großen Heterogenität der TeilnehmerInnen konstruktiv umgegangen werden.

  Um zu verdeutlichen, dass Geschriebenes durchaus auch für Menschen, die nicht oder kaum lesen und schreiben können, wichtig und bedeutungsvoll ist, wurde bei der Adaptierung der Kursprogramms für die Ausrollung ein neues Kapitel „Vom Zauber der Buchstaben“ verfasst. Darin wird dargelegt, wie wichtig es ist, die TeilnehmerInnen darauf hinzuweisen, dass sie bei allem

Geschriebenen Unterstützung einfordern sollen, und dies so lange, bis sie verstanden haben, was das Geschriebene ihnen sagen will.

- **Zielgruppenadäquater Methodenmix, Schwerpunkt auf interaktiven Methoden**

  Das gesamte Kursprogramm basiert auf einem Mix unterschiedlicher Methoden, wie etwa die einzelnen Übungen, Arbeits- und Merkblätter in Leichter Sprache etc. verdeutlichen. Neben Einzelarbeit, die teilweise intensive Unterstützung durch die TrainerInnen nötig macht, sind interaktive Übungen – etwa kreative Übungen, Geschichten, Rollenspiele etc. – durchgängig ein wesentlicher Bestandteil der angebotenen Methoden je Modul.

  Dies wurde auch in der Umsetzung von den TrainerInnen in diesem Mix verwendet, jeweils personenzentriert und prozessorientiert.

  Die Gestaltung der je persönlichen Gesundheitsmappe wurde als Methode für die Zielgruppe entwickelt. Sie wurde gut angenommen. Die Gesundheitsmappen dienten auch als Gesprächsbasis untereinander.

- **Praxisnah, handlungsorientiert**
  Wie bereits ausführlich dargelegt, zeichnet sich das gesamte Kursprogramm „Gesundsein“ durch Praxisnähe und Handlungsorientierung aus. Besonders hervorzuheben sind hier – neben dem wissenschaftlich fundierten Grundlagenwissen – vor allem die Anleitungen, die für die TrainerInnen entwickelt worden sind: Neben einem eigenen Anleitungskapitel, in dem wesentliche Grundsätze des Kursprogramms dargelegt werden, finden sich am Beginn jedes Moduls klärende Einführungen zu Zielen, Beachtenswertem etc. dieses Moduls. Außerdem sind in den einzelnen Bausteinen nochmals konkrete Anleitungen, die den Sinn und Zweck von Bausteinen und Übungen konkretisieren sowie – falls nötig – darauf hinweisen, worauf die TrainerInnen hier besonders zu achten haben.

- **TeilnehmerInnenorientiert** (flexible Pausengestaltung, Wiederholungen, Zeit für Fragen und Diskussion)
  Die personenzentrierte und prozessorientierte Grundlage und Ausgestaltung des Kursprogramms gewährleistet die TeilnehmerInnenorientierung umfassend. So wurde etwa auf Ablaufpläne und Zeitvorgaben bei den Modulen bewusst verzichtet. Wie den Dokumentationsbögen zu entnehmen ist, haben die TrainerInnen dies auch durch flexible Pausengestaltung (außer übliche Modalitäten in Einrichtungen verhinderten dies anfänglich) oder durch

Wiederholungen – etwa von Übungen in mehreren Modulen – umgesetzt. Die TrainerInnen werden in den Anleitungen immer wieder daran erinnert, die TeilnehmerInnen dazu einzuladen, das Erfahrene und Erlebte zu besprechen und gemeinsam mit den UnterstützerInnen oder sonstigen vertrauten Personen weiter darüber nachzudenken. Zeit für Fragen und Diskussion war selbstverständlich ein durchgehendes Element der Kurse, und sie wurde auch in allen Modulen intensiv genutzt.

Wenngleich das vom Forschungs- und Entwicklungsteam entwickelte „Abschlussblatt“ nicht in jeder Gruppe bzw. nicht von allen TeilnehmerInnen ausgefüllt wurde, war es zumindest Grundlage für die mündliche Bearbeitung und somit für Wiederholungen des Gelernten.

- **Das Seminarprogramm ist mit Hilfe von TrainerInnen-Handbuch und Kompendium umsetzbar für TrainerInnen, die Erfahrung in der Arbeit mit Menschen mit Lernschwierigkeiten haben.**

  Es wird empfohlen, dass alle TrainerInnen des Kursprogramms „Gesundsein“ einen Trainingstag absolvieren. Besonders zu empfehlen ist, dass jene TrainerInnen, welche die Kurse bereits umgesetzt haben, oder Mitglieder des Forschungs- und Entwicklungsteams von „Gesundsein“ die Train-the-Trainer-Workshops leiten.

  Auf jeden Fall müssen die LeiterInnen eines Train-the-Trainer-Workshops folgende Qualifikationen aufweisen:

  - Vertrautsein mit dem Kursprogramm „Gesundsein“ und Mittragen der Grundintentionen desselben
  - Ausgewiesene Kompetenz in Selbstreflexion sowie in der Arbeit mit Frauen und Männern mit Lernschwierigkeiten
  - Vertrautsein mit dem Selbstbestimmt-Leben/People-First-Gedanken
  - Wenn möglich leben die TrainerInnen selbst mit Behinderung.
  - Gesundheitsförderungskompetenz (nach WHO-Kriterien)
  - Gender- und Diversitätskompetenz

Im Rahmen der Projektdurchführung sollten folgende **Produkte** erarbeitet werden:

- Konzept
- TrainerInnen-Handbuch (inklusive Stundentafel, Methodenbeschreibungen)
- Schriftliche Arbeitsunterlagen in Leichter Sprache: Präsentationsfolien, Arbeitsblätter, Skriptum für die TeilnehmerInnen

All diese Produkte – und noch viele mehr (siehe dazu Kapitel 3 des vorliegenden

Berichts) – wurden im Rahmen dieses Projekts entwickelt, mittels verschiedener Methoden der Qualitätssicherung überprüft und stehen nun in adaptierter Form für eine Ausrollung zur Verfügung.

Hinsichtlich der angefragten Präsentationsfolien ist anzumerken, dass die Arbeits- und Merkblätter als PDFs zur Verfügung stehen und projektionsfähig sind. Es wurde jedoch davon Abstand genommen, Folien zu produzieren, da diese TrainerInnen zu Frontalunterricht verleiten könnten, was einem personenzentrierten Ansatz entgegenlaufen würde.

5.2 Gewählte Strategien

Die Vorgehensweise, als vielfältig kompetentes Forschungs- und Entwicklungsteam in enger Zusammenarbeit und Reflexion mit der Auftrag gebenden Institution, mit wesentlichen Beratungseinrichtungen, mit erfahrenen TrainerInnen sowie mit motivierten TeilnehmerInnen ein Kursprogramm zu entwickeln und umzusetzen, das Gesundheitsthemen auf Basis der Haltungen von Selbstbestimmt Leben und People First transportiert, hat sich bewährt. Mit dem innovativen Kursprogramm, das sich durch die prozessorientierte und partizipative Entwicklung und Umsetzung (in der Pilotphase) von der klassischen Erwachsenenbildung abgrenzt, wird nicht nur Gesundheitswissen vermittelt, sondern vor allem Empowerment gestärkt. Zu diesem Zwecke wurden neue Unterstützungssysteme eingeführt, die dem Paradigmenwechsel hin zu der Selbstbestimmt-Leben-Haltung entsprechen und so einen Beitrag leisten, die Forderung der UN-Konvention nach einem inklusiven Leben umzusetzen.

Hier zeigen sich auch die Vorteile der Strategie, die Umsetzung des Kursprogramms parallel über Einrichtungen sowie frei zu organisieren. Die Kursorganisation über eine Einrichtung, in der die Menschen und die Räumlichkeiten einander vertraut sind, reduziert Unsicherheiten seitens der TeilnehmerInnen, womit deren Stärken voll zur Geltung kommen können. Gleichzeitig setzen sich auch die Einrichtungen im besten Fall vermehrt mit adäquaten Unterstützungssystemen auseinander.

Die Organisation der freien Kurse, zu denen sich TeilnehmerInnen nach Bedarf und Interesse anmelden können, erfordert sicherlich mehr Aufwand und noch einige Erfahrungsprozesse, trägt aber direkt zur Umsetzung des Inklusionsanspruchs bei.

Zusammenfassend lässt sich auch sagen, dass ohne das Engagement der WiG als zentraler Schnittstelle zwischen Einrichtungen und TrainerInnen die Umsetzung des innovativen Pilotprojekts in dieser Form nicht möglich gewesen wäre.

5.3 Einbindung der Zielgruppen

Die Einbindung der Zielgruppen wurde von Anfang an insofern bedacht, als dass bereits die Zusammenstellung des Forschungs- und Entwicklungsteams die erforderliche Erfahrung in Selbstbestimmt-Leben/People-First-Zusammenhängen sowie in der praktischen Zusammenarbeit mit Menschen mit Lernschwierigkeiten/Behinderungen gewährleistete. In der Anfangsphase wurden zusätzlich zur wissenschaftlichen Forschungsarbeit explorative Interviews mit Beratungseinrichtungen und SelbstvertreterInnen geführt, die ebenso in die Entwicklung der Modulbausteine, der Übungen sowie der Merk- und Arbeitsblätter einflossen. In der Umsetzungsphase wurden die Wünsche der KursteilnehmerInnen über das Feedback der TrainerInnen einbezogen. Ein wesentlicher Bestandteil der Qualitätssicherung war darüber hinaus der Reflexionsworkshop mit den KursteilnehmerInnen selbst.

5.4 Hürden

Hier kann weniger von Hürden als von Herausforderungen die Rede sein. Wie bereits beschrieben, stellte der ambitionierte Zeitplan alle Beteiligten vor große Herausforderungen, die von in mehrerlei Hinsicht unerwartetem Aufwand verstärkt wurden.

So ist die für Abstimmungen und Berichtspflichten notwendige Zeit deutlich unterschätzt worden, unter anderem da das Forschungs- und Entwicklungsteam vielfach andere Vorstellungen hatte, als dies auf Seiten der WiG zunächst der Fall war. Es waren viele Diskussionen zu führen, um zu Kompromissen zu finden, die sowohl den Intentionen des Forschungs- und Entwicklungsteams Genüge zu tun versprachen als auch den Möglichkeiten der WiG entsprachen (dies betraf zum Beispiel die Notwendigkeit von zwei TrainerInnen, dies zumindest im Modul „Sexualitäten“; die Übernahme der Fahrtkosten der Workshop-TeilnehmerInnen; die Beschaffung von Material und Broschüren etc.). Schließlich ist die Zusammenarbeit und Kommunikation des Forschungs- und Entwicklungsteams mit der Auftraggeberin als sehr positiv und produktiv zu beschreiben, was unter anderem der Projektleiterin zu verdanken ist, die sich hier außerordentlich bemühte, gangbare Wege für alle zu beschreiten.

Aufgrund des prinzipiellen Zugangs des Forschungs- und Entwicklungsteams, die personenzentrierte Arbeit mit den TeilnehmerInnen stets gewährleisten zu wollen, wurde je Modul eine Fülle an Bausteinen, Übungen, Merk- und Arbeitsblättern etc. entwickelt. Dies war Voraussetzung dafür, dass die TrainerInnen wirklich entsprechend den Bedürfnissen, Interessen und Fähigkeiten der sehr heterogenen

TeilnehmerInnen auswählen konnten, was auch sehr erfolgreich umgesetzt wurde. Zugleich bedeutete dies für das Forschungs- und Entwicklungsteam einen sehr großen Arbeitsaufwand, der in diesem Umfang ebenfalls nicht kalkuliert worden war. An dieser Stelle ist zu vermerken, dass die Entwicklung des Kursprogramms „Gesundsein“ im besten Sinne des Wortes ein Innovationsprojekt ist, das den Intentionen der UN-Konvention der Rechte von Menschen mit Behinderungen in allen Prozessphasen sowie mit allen Produkten folgt und diese in die Realität transferiert. Da der Paradigmenwechsel, der durch die UN-Konvention politisch-theoretisch vollzogen worden ist, in der Realität von Wissenschaft und Erwachsenenbildung jedoch noch kaum angekommen ist, bedeutete dies für das Forschungs- und Entwicklungsteam, dass wesentliche Grundlagen (etwa Haltungen, Querschnittsthemen, Unterstützungssysteme nach People First) erst entwickelt, erarbeitet und verschriftlicht werden mussten. Auch dies kostete viel Zeit.

Resümierend kann festgehalten werden, dass qualitätsgesicherte Inklusionsprojekte dieser Art nicht mit den allgemein üblichen Maßstäben für Projektarbeit geplant, umgesetzt und bewertet werden können – im Grunde genommen ist das Doppelte an Zeit und Budget notwendig.

5.5 Prozessablauf/-aufbau

Wiewohl der sehr ambitionierte Zeitplan alle Beteiligten streckenweise vor große Herausforderungen stellte, hat sich das Projektdesign bewährt – insgesamt sind alle Projektschritte der Entwicklungs-, Umsetzungs- und Finalisierungsphase des Pilotprojekts „Gesundsein“ wie geplant und zeitgerecht umgesetzt worden. Projektdesign, Ablauf und die einzelnen methodischen Schritte sind in Kapitel 3 im Detail beschrieben.

5.6 Nachhaltigkeit

Soweit dies zum jetzigen Zeitpunkt mit den vorhandenen Informationen beurteilt werden kann, hat das Kursprogramm „Gesundsein“ zum Aufbau bzw. zur Verinnerlichung von Gesundheitswissen und zur Stärkung von Selbst- und Körperbewusstsein auf Seiten der KursteilnehmerInnen beigetragen sowie Reflexionsprozesse über das selbstbestimmte Leben von Menschen mit Lernschwierigkeiten initiiert – und zwar bei allen beteiligten AkteurInnen.

Die dazu erarbeiteten TrainerInnen-Unterlagen und Kursmaterialien stehen zur selbstständigen Verwendung in der weiteren Ausrollung zur Verfügung, zu den Empfehlungen zur weiteren Umsetzung siehe das entsprechende Kapitel 6.

Die Nachhaltigkeit der vermittelten Inhalte wurde beispielsweise auch insofern gefördert, als im Kurs der aktive Umgang mit Informationsmaterial geübt wurde, sodass die TeilnehmerInnen auch unabhängig von Kursangeboten z.B. auf Broschüren zurückgreifen können bzw. möchten. Die Kompetenz zur selbstständigen Informationsbeschaffung kann als wesentliche Transferleistung des Kursprogramms in den Alltag der TeilnehmerInnen bewertet werden. Wenn die WiG in der Ausrollungsphase des Programms nicht mehr wie bisher als Schnittstelle fungieren wird, könnten die Trägereinrichtungen selbst sowie Selbstvertretungszentren oder Selbstbestimmt-Leben-Gruppen als Informations-Plattformen aufgebaut werden, dies vor allem auch für freie Kurse, die unabhängig von Einrichtungen organisiert werden.

Weiters trägt der Aufbau des TrainerInnen-Pools zur nachhaltigen Umsetzung des Programms bei, mit dem Vorteil, dass auch die TrainerInnen unter sich eine neue Form von Netzwerk schaffen konnten. Für die potenziellen UnterstützerInnen nach People First wäre eine ähnliche Basis noch zu schaffen.

Abschließend seien einige zusammenfassende Eindrücke der TrainerInnen vom gesamten Kursprogramm wiedergegeben, die unter anderem auch auf einen möglichen Transfer der Kursthemen, Gruppen- und Selbsterfahrungen in den Alltag schließen lassen. Empowerment, (Selbst-)Vertrauen entwickeln, das Bilden einer eigenen Meinung, Verantwortung übernehmen, ... all das führt nicht nur zu einem besseren Leben(sgefühl), sondern mobilisiert auch vorhandenes Wissen und stärkt im Umgang mit dem Gesundheitswesen.

> *„Heute war eine starke Empowerment-Stimmung im Raum, die Formulierung ‚wie komme ich mit mir in meinem Leben gut zurecht' entstand eigentlich aus der Frage ‚Wie komme ich mit meiner Behinderung zurecht?' und aus der Umformulierung entstand ein sehr belebtes Gespräch über Fähigkeiten, worauf ich stolz bin, was ich sehr gut kann ..."* (TrainerIn)

> *„In dieser Gruppe waren Vertrauensaufbau und gemeinsames Finden von Kommunikationswegen langsam und wichtig. (...) Mobilisieren von schon vorhandenem Wissen war hier wichtiger und dürfte die Idee der Selbstwirksamkeit mehr mobilisiert haben als neues Wissen."* (TrainerIn)

> *„Wichtig war auch das NEIN und JA sagen sowie das Mobilisieren und Anerkennen der Verschiedenheit, da leicht eine ‚Gruppenmeinung' gesucht wurde. Die Nicht-Schoko-Seite kam auch immer wieder als Thema auf. Auch der doppelte Blick: ‚Was kann ich tun, damit ich besser vom Arzt gehört werde?' war spürbar gelandet."* (TrainerIn)

5.7 Veränderung im Projektumfeld

Die Umsetzung der Kurse über Einrichtungen hat sich als vorteilhaft herausgestellt, auch für die Einrichtungen selbst, die gleichzeitig mit den TeilnehmerInnen von den neuen Ansätzen, die „Gesundsein“ im Sinne von Selbstbestimmt Leben und People First zu transportieren versucht, profitieren (können). Die Rolle der Einrichtungen sollte dabei gemeinsam mit den wesentlichen AkteurInnen in einem offenen Diskurs reflektiert und mit der Einführung innovativer Unterstützungsmodelle (People First) unterstützt werden. Parallel dazu sollten in der Ausrollung des Kursprogramms in Wien freie Kurse mit offenen Gruppen angeboten werden. So werden Inklusion und Selbstbestimmt Leben weiter in die Tat umgesetzt.

Das Pilotprojekt „Gesundsein“ ist ein Innovationsprojekt und war somit ein Lernfeld für alle Beteiligten, die sich je nach Erfahrungsbasis auf neue pädagogische Ansätze und Unterstützungssysteme, neue Zielgruppen oder die unerwartet stark ausgeprägte Heterogenität der Zielgruppen einlassen mussten. In diesem Sinne kann davon ausgegangen werden, dass durch die Entwicklungs- und Reflexionsprozesse das gesamte Projektumfeld in die Veränderungsprozesse miteinbezogen wurde: die Auftraggeberin, kooperierende Einrichtungen, die TrainerInnen, die KursteilnehmerInnen und nicht zuletzt das Forschungs- und Entwicklungsteam selbst.

6. Empfehlungen für die Ausrollung von „Gesundsein – Förderung der Gesundheitskompetenz für Menschen mit Lernschwierigkeiten“

Zum Abschluss des Berichts stellen wir nun die Empfehlungen für die Ausrollung des Kursprogramms „Gesundsein“ vor. Diese Empfehlungen basieren auf den Erfahrungen und Erkenntnissen der Pilotphase des Kursprogramms, die mittels verschiedener Evaluierungs- und Reflexions- sowie diverser Abstimmungsprozesse generiert werden konnten.

Kompendium „Gesundsein – Förderung der Gesundheitskompetenz für Menschen mit Lernschwierigkeiten“ – Online Version

Allen Interessierten werden die im Rahmen dieses Projektes entwickelten Unterlagen und Materialien auf der WiG-Website leicht zugänglich zur Verfügung gestellt. Dabei handelt es sich um folgende Grundlagen und Materialien:

- TrainerInnen-Handbuch und Kursprogramm (Anleitung sowie Module) als PDF zum Download; das Kursprogramm enthält eine Liste der für die Umsetzung notwendigen Materialien und Broschüren sowie ein Merkblatt mit wesentlichen Hinweisen für den Beginn
- Inhalte der Gesundheitsmappe (Merk- und Arbeitsblätter sowie Programm-Überblick und Info über das Entwicklungsteam) ebenso wie die Info für die TrainerInnen im PDF-Format zum Download
- Dokumentationsbögen als Planungs- und Reflexionsinstrument für TrainerInnen für den internen Gebrauch (Word-Dokument);
- Zertifikatsvorlage als Word-Dokument

Es empfiehlt sich, die Qualifikationskriterien für die TrainerInnen, die Möglichkeiten von TrainerInnen-Workshops und UnterstützerInnen-Workshops sowie die Kontakte der TrainerInnen aus der Pilotphase zu veröffentlichen. Dabei sollte festgehalten werden, dass für das Modul „Sexualitäten“ eine zweite Trainingsperson für die geschlechtshomogenen Kleingruppen als notwendig erachtet wird.

Informationsmappe „Gesundsein“

Die von der WiG zusammenzustellende Informationsmappe zum Kursprogramm „Gesundsein“ sollte jedenfalls die Basisinformationen zum Kursprogramm (Ziele, Zielgruppen, Kursinformation in Leichter Sprache) und zur Umsetzung (TrainerInnen-Qualifikationen, Materialien- und Broschürenliste) enthalten.

- Die wesentlichen Elemente der Umsetzung sollten kurz und bündig vermittelt werden: Kursprogramm für sechs TeilnehmerInnen; TrainerInnenkompetenzen; zwei TrainerInnen für das Modul „Sexualitäten“; wesentliche Anleitungen für TrainerInnen (Haltungen, Querschnittsthemen). Für Zielgruppen mit schwerwiegenden Beeinträchtigungen empfehlen sich ein/e zweite/r TrainerIn oder geeignete UnterstützerInnen (s.u.).
- Sinnvoll scheint es auch, die notwendigen Rahmenbedingungen für die Durchführung der Kursreihe „Gesundsein“ zu vermitteln: Raumbeschaffung (ruhige, störungsfreie Seminarräume; Pausenverpflegung); Organisation von Equipment und Materialien sowie ausreichend Zeit für die Organisation.

Beschaffung von Broschüren, Foldern und Materialien

- Für die Ausrollung des Kurses empfiehlt sich, die Trägereinrichtungen mehr in den Prozess der Broschüren- und Materialbeschaffung (Moderationskoffer etc.) einzubinden, weil sie damit als Informations-Plattformen fungieren könnten. Weitere wesentliche Anlaufstellen sind Selbstvertretungszentren oder Selbstbestimmt-Leben-Zentren (insbesondere für freie Kurse).
- Ebenso wie die Broschüren sollten Informations- und Kontaktfolder von wesentlichen Einrichtungen wie NINLIL (Zeitlupe/Kraftwerk) sowie Bizeps oder Gesundheitszentrum MEN den KursteilnehmerInnen zur Verfügung stehen. Diese Aufgabe könnte sowohl von den TrainerInnen als auch von organisierenden Einrichtungen, von Selbstvertretungszentren oder von Selbstbestimmt-Leben-Zentren übernommen werden.

Ausrollung über Einrichtungen UND freie Kurse

Die Umsetzung ist für die Einrichtungen selbst als vorteilhaft zu bewerten: Gleichzeitig mit den TeilnehmerInnen profitieren die Einrichtungen von den neuen Ansätzen, die das Kursprogramm „Gesundsein“ im Sinne von People First/Selbstbestimmt Leben transportiert. Die Rolle der Einrichtungen sollte dabei gemeinsam mit den wesentlichen AkteurInnen in einem offenen Diskurs reflektiert und mit der Einführung innovativer Unterstützungsmodelle (persönliche Assistenz, Unterstützung nach People First) begleitet werden.

Parallel zu den Kursen in Einrichtungen ist die Ausrollung des Kursprogramms in freien Kursen mit offenen Gruppen ganz wesentlich. So werden Inklusion und Selbstbestimmt Leben weiter in die Tat umgesetzt.

Training für die TrainerInnen – Train-the-Trainer Workshops

Es wird empfohlen, dass alle TrainerInnen des Kursprogramms „Gesundsein“ einen Trainingstag absolvieren. Besonders zu empfehlen ist, dass jene TrainerInnen,

welche die Kurse bereits umgesetzt haben, oder Mitglieder des Forschungs- und Entwicklungsteams von „Gesundsein“ die Train-the-Trainer Workshops leiten.

Auf jeden Fall müssen die LeiterInnen eines Train-the-Trainer Workshops folgende Qualifikationen aufweisen:

- Vertrautsein mit dem Kursprogramm „Gesundsein“ und Mittragen der Grundintentionen desselben
- Ausgewiesene Kompetenz in Selbstreflexion sowie in der Arbeit mit Frauen und Männern mit Lernschwierigkeiten
- Vertrautsein mit dem Selbstbestimmt-Leben/People-First-Gedanken
- Wenn möglich leben die TrainerInnen selbst mit Behinderung.
- Gesundheitsförderungskompetenz (nach WHO-Kriterien)
- Gender- und Diversitätskompetenz

UnterstützerInnen

Um das Kursangebot generell Menschen mit schwerwiegenden Beeinträchtigungen zugänglich zu machen, wird Support in Form einer zweiten Trainerin bzw. eines zweiten Trainers, jedenfalls aber durch geeignete UnterstützerInnen (People First) empfohlen. Letztere sind auch unabdinglich, um für nicht lesende und nicht schreibende TeilnehmerInnen die Welt der Buchstaben zu öffnen.

- Die UnterstützerInnen werden vor der Teilnahme im UnterstützerInnen-Workshop (Anlehnung an das Konzept von Sonja Stadler) ausgebildet. In diesem UnterstützerInnen-Workshop sollte es – neben der Auseinandersetzung mit Gesundheitsförderung – primär um das Selbstbestimmt-Leben-Paradigma und das People-First-Paradigma gehen, darin enthalten ist die Unterstützung nach People First.
- So keine Möglichkeit zur Fortbildung besteht, empfiehlt es sich, externe UnterstützerInnen von bestehenden People-First-Gruppen mit einzubeziehen. Falls dies nicht möglich ist, erscheint ein Gespräch der UnterstützerInnen mit entsprechend qualifizierten TrainerInnen über People-First/Selbstbestimmt-Leben-Haltungen zweckdienlich.
- Die Einbeziehung von BetreuerInnen aus dem Wohnbereich/Arbeitsbereich in die Inhalte des Kurses ist vorab mit den TeilnehmerInnen zu klären.
- Alle BetreuerInnen und UnterstützerInnen sollten in den Haltungen und Querschnittsthemen des Kursprogramms „Gesundsein – Förderung der Gesundheitskompetenz für Menschen mit Lernschwierigkeiten“ ausgebildet sein.

Einrichtungen

In jenen Einrichtungen, die sich für das Kursprogramm „Gesundsein“ interessieren bzw. es durchführen, empfiehlt sich vorweg ein zweistündiger Einführungs-Workshop.

- Zielgruppe dieses Workshops sind die Leitung sowie Schlüsselpersonen der Einrichtung, insbesondere jene UnterstützerInnen, die während des Kursprogramms für Unterstützungsleistungen für die KursteilnehmerInnen vorgesehen sind.
- Zielführend erscheint, dass dieser zweistündige Workshop von TrainerInnen durchgeführt wird, die das Kursprogramm „Gesundsein“ bereits umgesetzt haben.
- Inhaltlich geht es bei diesem Einführungsworkshop schwerpunktmäßig um die Präsentation und Diskussion der Themen der Informationsmappe „Gesundsein“: Basisinformationen zum Kursprogramm (Ziele, Zielgruppen, Kursinformation in Leichter Sprache) und zur Umsetzung (TrainerInnen-Qualifikationen, Materialien- und Broschürenliste). Diese Auseinandersetzung mit den wesentlichen Grundlagen (u.a. mit Unterstützung nach People First, mit Haltungen und Querschnittsthemen) unterstützt die Durchführung der Kursreihe „Gesundsein“ bestmöglich.

Förderung der Nachhaltigkeit

- Bei den Kursen „Gesundsein“ ist anzuraten, Peer-Groups, die durch entsprechend kompetente UnterstützerInnen begleitet werden, zu gründen, damit sich die TeilnehmerInnen zwischen den einzelnen Modulen über Inhalte, Erfahrungen etc. austauschen können. Diese Peer-Groups sollten auch nach dem Ende des Kursprogramms weiterbestehen können; allfälliger Unterstützungsbedarf ist hier während der Kursdurchführung zu eruieren. Selbstvertretungszentren und Selbstbestimmt-Leben-Zentren können hier eine wichtige Koordinationsfunktion übernehmen.
- Bei zukünftigen Veranstaltungen der WiG sollten die TeilnehmerInnen von „Gesundsein“ gezielt eingeladen werden. Um sicher zu gehen, dass alle Interessierten auch die Möglichkeit haben, bei diesen Veranstaltungen teilzunehmen, ist teilweise eine Übernahme der Fahrtkosten notwendig. Außerdem kann bei Veranstaltungen, die länger als bis 16.00 Uhr dauern, gegebenenfalls eine Abstimmung mit den Fahrtdiensten erforderlich sein. Insgesamt setzt dies voraus, dass diese Veranstaltungen für die Zielgruppe, Menschen mit Lernschwierigkeiten, barrierefrei organisiert und durchgeführt werden (insbesondere Leichte Sprache). Bei der Bewerbung der Veranstaltungen ist dies klar kommunizieren: „Menschen mit Lernschwierigkeiten sind herzlich eingeladen.“

- Außerdem könnten gemeinsame Veranstaltungen für alle TeilnehmerInnen am Programm „Gesundsein“ angeboten werden. Neben vertiefender inhaltlicher Auseinandersetzung (etwa zu Sucht, Krankheiten etc.) würde dies wesentliche Vernetzungsmöglichkeiten schaffen.
- Für Einrichtungen im Behinderten-, Gesundheits- und Sozialwesen sollten von der WiG in Kooperation mit anderen Organisationen Veranstaltungen organisiert werden, um den Selbstbestimmt-Leben- sowie People-First-Gedanken sukzessive in diesen Einrichtungen zu verankern.
- Zum Abschluss des Programms „ziel.sicher.gesund“ könnte eine internationale Tagung im Herbst 2016 veranstaltet werden. Neben fachspezifischen nationalen und internationalen Inputs zum Thema „Gesundheitsförderung für Frauen und Männer mit Lernschwierigkeiten“ könnte diese Tagung eine Plattform zum Austausch der Einrichtungen darüber darstellen, was der Kurs „Gesundsein“ in den Einrichtungen bewirkt hat. Außerdem könnten die TeilnehmerInnen des Programms „Gesundsein“ ihre Erfahrungen präsentieren und miteinander austauschen.
- Um die Nachhaltigkeit über das Projekt „ziel.sicher.gesund“ hinaus zu gewährleisten, sind strukturelle Vorsorgen zu treffen. Eine systematische Koordination und ein regelmäßiges Update der Unterlagen sind beispielsweise dringend anzuraten. Zugleich könnte eine Ex-post-Evaluierung des gesamten Umsetzungsprojekts „Gesundsein“ wichtige Ergebnisse in Hinblick auf weitere Adaptionen des Programms liefern.

Abschließende Anmerkung

Aufgrund der Erfahrungen mit dem Projekt „Gesundsein“ ist anzuregen, dass LeiterInnen von inklusiven Innovationsprojekten in der WiG künftig über ein eigenes Budget verfügen können.

Literaturangaben

Arbeitsgruppe Gesundheit (o.J.), Abschlussbericht UN Gleichheit für alle der Arbeitsgruppe Gesundheit. Diese Gruppe bestand aus Vertreterinnen und Vertretern von Interessenvertretung – Menschen mit Mobilitäts- und Sinnesbehinderung sowie mit Lernschwierigkeiten mit Unterstützerin, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Organisationen, der Behindertenhilfe – Werkstätten und Wohnplätze – und der Verwaltung (MA 24, FSW). Dieser Bericht richtet sich an die Steuergruppe des Projektes „UN Gleichheit für ALLE“ sowie an die amtsführende Stadträtin für Gesundheit, Frau Sonja Wehsely, unveröffentlichtes Dokument, o.O.

Brehmer-Rinderer, Barbara/Germain Weber (o.J.), Gesundheitsverständnis und Gesundheitsverhalten. Eine Befragung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, MitarbeiterInnen im Behindertenwesen und der Allgemeinbevölkerung, Universität Wien und Initiativkolleg „Empowerment through Human Rights“, Wien

Brehmer, Barbara/Elisabeth Zeilinger/Germain Weber (2009), Die Gesundheit von erwachsenen Menschen mit intellektueller Behinderung. Abschlussbericht des POMONA II-Projekts (2005–2008). Das dreijährige POMONA II-Projekt (2005–2008) wurde von der Europäischen Kommission (Generaldirektion für Gesundheit und Konsumentenschutz) finanziert und in 14 Mitgliedsländern der Europäischen Union durchgeführt, o.O.

Buchinger, Birgit/Ulrike Gschwandtner (2008), Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen am Salzburger Arbeitsmarkt. Eine qualitative Studie, hrsg. vom Territorialen Beschäftigungspakt Salzburg, Salzburg

Buchner, Tobias/Oliver König (2013), Von einem, der Wege geebnet hat, In: Flieger/Plangger 2013, 175–182

Caritas der Erzdiözese Wien (Hg.in) (2008), „Behinderte Medizin? Intellektuelle Behinderung als Barriere für medizinische Versorgung“. 23. Oktober 2008, Tagungsbericht der Fachtagung des Bereiches Behinderteneinrichtungen der Caritas Wien in Kooperation mit dem Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen, Redaktion: Caritas Behinderteneinrichtungen, Wien

DiStA (o.J.), Wer ist DiStA? Online unter: http://dista.uniability.org (abgefragt am 25.06.2015)

Erlinger, Gudrun (2004), Selbstbestimmung und Selbstvertretung von Menschen mit Lernschwierigkeiten, Diplomarbeit, Leopold-Franzens-Universität Innsbruck, Innsbruck

Federspiel, Krista/Ingeborg Lackinger Karger (1996), Kursbuch Seele. Was tun bei psychischen Problemen? Beratung, Selbsthilfe, Medikamente. 120 Psychotherapien auf dem Prüfstand, Heidelberg

Feller, Julia (2013), Die prekäre Lebenssituation von Menschen mit Lernschwierigkeiten bedingt durch die systematische Exklusion am ersten Arbeitsmarkt. Eine empirische Untersuchung der gefühlten Prekarität, Masterarbeit, Leopold-Franzens-Universität Innsbruck, Innsbruck

Flieger, Petra/Sascha Plangger (Hg.Innen) (2013), Aus der Nähe. Zum wissenschaftlichen und behindertenpolitischen Wirken von Volker Schönwiese, Neu Ulm

FGÖ (2005), Determinanten der Gesundheit, www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/begriffe-und-theorien/determinanten-der-gesundheit (abgefragt am 30.03.2015)

Frankl, Viktor E. (1987), Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse, Frankfurt/Main

Glaeske, Gerd/Robert Francke/Klaus Kirschner/Petra Kolip/Sonja Mühlenbruch (2003), Prävention und Gesundheitsförderung stärken und ausbauen. Diskussionspapier im Auftrag des Gesprächskreises Arbeit und Soziales der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn

Göbel, Susanne (1999), Wir vertreten uns selbst. Arbeitsbuch zum Aufbau von Selbsthilfegruppen für Menschen mit Lernschwierigkeiten. Bifos-Schriftenreihe zum Selbstbestimmten Leben Behinderter, Band 5, Kassel

Hahn, Heidemarie (2002), Sexuelle Erfahrungen von Frauen mit geistiger Behinderung unter besonderer Berücksichtigung einer Einzelfalldarstellung, Diplomarbeit, Universität Wien, Wien

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2013), Kompetent als Patientin und Patient, Gut informiert entscheiden, Wien

Hauser, Mirjam/Daniela Tenger (2015), Menschen mit Behinderung in der Welt 2035. Wie technologische und gesellschaftliche Trends den Alltag verändern, hrsg. vom GDI Gottlieb Duttweiler Institute, Rüschlikon/Zürich

Hermes, Gisela/Eckhard Rohrmann (Hg.Innen) (2006), „Nichts über uns – ohne uns!“ Disability Studies als neuer Ansatz emanzipatorischer und interdisziplinärer Forschung über Behinderung, Neu Ulm

Hurrelmann, Klaus/Petra Kolip (Hg.Innen), Geschlecht, Gesundheit und Krankheit, Männer und Frauen im Vergleich, Bern

Kantor, Viktoria (2011), Gesundheitsverhalten bei Menschen mit intellektueller Behinderung: Ernährung, Mundgesundheit und Schlafverhalten, Diplomarbeit, Universität Wien, Wien

Kolip, Petra/Thomas Altgeld (Hg.Innen) (2006), Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis, Weinheim/München

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (Hg.in) (2015), Nebenher oder mittendrin? Inklusive Gesundheitsförderung mit Menschen mit Behinderungen, Impulse für Gesundheitsförderung Nr. 87, 2. Quartal, Juni 2015, Hannover

Lebenshilfe Österreich (2009), Altern mit intellektueller Behinderung, Positionen und Empfehlungen der Lebenshilfe Österreich, Wien

dies. (o.J.), Empfehlungen für ein inklusives Gesundheitswesen, o.O. Download unter: www.lebenshilfe.at/index.php?/de/Themen/Gesundheit-leicht-gemacht/Empfehlungen-fuer-ein-inklusives-Gesundheitswesen (abgefragt am 13.04.2015)

Leitner, Barbara (2008), Menschen mit Beeinträchtigungen. Ergebnisse der Mikrozensus-Zusatzfragen im 4. Quartal 2007, Statistische Nachrichten 12/2008, hrsg. von der STATISTIK AUSTRIA, Wien

Loeken, Hiltrud (2006), Disability Studies – Impulse für die Soziale Arbeit mit behinderten Menschen und die Sonderpädagogik, In: Hermes/Rohrmann 2006, 234–247

Magistrat der Stadt Wien (2001), Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement Gesundheitsberichterstattung (Hg.) (2001), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, Studie S1/2001, Wien

Mandl, Sabine/Anna Schachner/Claudia Sprenger/Julia Planitzer (2014), Zugang von Frauen mit Behinderungen zu Opferschutz- und Unterstützungseinrichtungen bei Gewalterfahrungen. Deutschland, Großbritannien, Island und Österreich. Abschließender Projektbericht, Ludwig-Boltzmann-Institut für Menschenrechte und queraum. kultur- und sozialforschung, Wien

Naue, Ursula (2013), Ein konstruktiver Kritiker, In: Flieger/Plangger 2013, 169–174

Oberngruber, Petra (2010), Elternschaft von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung in Oberösterreich. Eine Bedarfserhebung institutioneller Begleitung, Diplomarbeit, Fachhochschule Oberösterreich, Traun

Pörtner, Marlis (1996), Ernstnehmen – Zutrauen – Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen, Stuttgart

Pöttler, Gerhard (2014), Gesundheitswesen in Österreich – Organisationen, Leistungen, Finanzierung und Reformen übersichtlich dargestellt, Wien

Postek, Natalia (2009), Politische Teilhabe von Menschen mit Lernschwierigkeiten am Beispiel der Demokratiewerkstatt in Wien, Diplomarbeit, Universität Wien, Wien

Schönwiese, Volker (2006), Das gesellschaftliche Bild behinderter Menschen, In: Hermes/Rohrmann 2006, 159–172

Stadler, Sonja (2014), Das große Lesebuch über unser selbstbestimmtes Leben, unveröffentlichtes Manuskript, Salzburg

dies. (2013), AUF DU UND DU MIT ED ROBERTS. Ein Rendezvous mit dem Selbstbestimmt-Leben-Gedanken, 2. erweiterte Auflage, Auftraggeber: Caritas Vorarlberg, Fachbereich Menschen mit Behinderung, Bregenz/Salzburg

Stöger, Alois (2012), Vorwort, In: Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2012), Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich, Langfassung, Wien, o.S.

Unabhängiger Monitoringausschuss zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen 29. Jänner 2014, Barrierefreie Gesundheitsversorgung, unveröffentlichtes Dokument, o.O.

Vanoli, Eléonore (2009), Von der Verwahrung zur Selbstermächtigung. Perspektiven der Erwachsenenbildung von und für Menschen mit geistiger Behinderung, Diplomarbeit, Otto-Friedrich-Universität Bamberg, Bamberg

WHO (2011), Public Health in Austria. An Analysis of the status of public health, Observatory Studies Series 24, United Kingdom

Wimmler, Lisa (2010), Die Institution Geistigbehindertsein verstehen, Diplomarbeit, Leopold-Franzens-Universität Innsbruck, Innsbruck

Wögerer, Hermann (2009), Integration von Menschen mit Lernschwierigkeiten in den allgemeinen Arbeitsmarkt Oberösterreichs 1945 bis heute unter besonderer Berücksichtigung der Sicht der Arbeitgeber im Handwerk, Gewerbe und in der Industrie, Dissertation, Johannes-Kepler-Universität Linz, Linz

Schlüsseldokumente

Vereinte Nationen (1948), **Allgemeine Erklärung der Menschenrechte**, A/RES/217 A (III) (Download unter: http://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf) (abgefragt am 30.03.2015)

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2012), **Rahmen-Gesundheitsziele, Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich**, Langfassung, Wien

BMASK (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz) (Hg.) (2013), **Nationaler Aktionsplan Behinderung 2012–2020 zur Umsetzung der UNO-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen**, Kurzfassung in Leicht-Lesen, Wien (Download unter: http://www.hrweb.at/wp-content/uploads/2013/09/nap_ll_2013.pdf) (abgefragt am 18.03.2015)

dass. (Hg.) (2012), **Nationaler Aktionsplan Behinderung 2012–2020, Strategie der österreichischen Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention**, Inklusion als Menschenrecht und Auftrag, Wien (Download unter: http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/7/7/8/CH2477/CMS1332494355998/nap_web.pdf) (abgefragt am 18.03.2015)

dass. (Hg.) (2011a), **UN-Konvention, Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und Fakultativprotokoll** (= BGBl. III – ausgegeben am 23. Oktober 2008 – Nr. 155), Wien (Download unter: http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/2/5/8/CH2218/CMS1314697554749/un-konvention_inkl._fakultativprotokoll,_de.pdf) (abgefragt am 18.03.2015)

dass. (Hg.) (2011b), **UN-Konvention, Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen**, erklärt in Leichter Sprache, Wien (Download unter: http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/2/5/8/CH2218/CMS1314697554749/131008_un-konvention_ll-version_kompl1.pdf) (abgefragt am 18.03.2015)

„Gesundheit 21“ (1998), Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert, Eine Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO, Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Bd. 5, hrsg. von der WHO – Regionalbüro für Europa, Kopenhagen (Download unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/109761/EHFA5-G.pdf) (abgefragt am 20.03.2015)

Jakarta-Erklärung (1997), verfasst auf der 4. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung „Neue Akteure für eine neue Ära. Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert“, vom 21. bis 25. Juli 1997 in Jakarta (Download unter: http://www.who-tag.de/2002themen_jakarta.htm) (abgefragt am 18.03.2015)

Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union (1997), verfasst vom Europäischen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung ENWHP, Luxemburg (Download unter: http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/content/contentWindow?contentid=10008.571226&action=b&cacheability=PAGE&version=1391192956) (abgefragt am 18.03.2015)

Madrid Statement (2001), Mainstreaming gender equity in health, The need to move forward, hrsg. von der WHO, Gender Mainstreaming Programme, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen (Download unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/76508/A75328.pdf) (abgefragt am 18.03.2015)

Ottawa-Charta (1986), Erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO, Ottawa (Download unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1 (abgefragt am 18.03.2015)

Broschüren und Folder in Leichter Sprache

Die folgenden hier angegebenen Broschüren in Leichter Sprache wurden für die Kursreihe „Gesundsein“ ausgewählt:

a. Apothekerverband Köln e.V. (o.J.), **Der richtige Umgang mit Medikamenten**. Ratgeber Leichter Sprache, Bayental
b. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.in) (2002), **Wie geht’s, wie steht’s?!?** Wissenswertes für Jungen und Männer, Köln
c. Jäckle, Anna-Katharina/Anika Sing/Josephin Meder (o.J.), **Gesunde Ernährung** – Eine Broschüre in leicht verständlicher Sprache, o.O.
d. Leben mit Handicaps e.V. (2011), **Weg-Weiser Familien-Planung**. Hinweise in Leichter Sprache. Ein Rat-Geber für behinderte und chronisch kranke Eltern, Sachsen
e. Leben mit Handicaps e.V. (2010), **Weg-Weiser Schwangerschaft**. Hinweise in Leichter Sprache. Ein Rat-Geber für behinderte und chronisch kranke Eltern, Sachsen
f. Leben mit Handicaps e.V. (2013), **Weg-Weiser Die Geburt**. Hinweise in Leichter Sprache. Ein Rat-Geber für behinderte und chronisch kranke Eltern, Sachsen
g. NÖ Gesundheits- und Sozialfonds (o.J.), **Kompetent als Patientin und Patient – Informations-Broschüre für Menschen mit Behinderung**, Krems
h. pro familia – Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V., Bundesverband (2013), **Sexualität – was sind unsere Rechte?** In Leichter Sprache, Frankfurt/Main
i. Sächsische Krebsgesellschaft (Hg.in) (2009), **Brustkrebs** – Ein Patientenheft in Leichter Sprache, Zwickau
j. Sächsische Krebsgesellschaft (Hg.in) (2010), **Prostatakrebs** – Ein Patientenheft in Leichter Sprache, Zwickau
k. Special Olympics Deutschland e.V. , Projekt – Selbstbestimmt gesünder (o.J.), **Richtig Zähne putzen**, Berlin
l. Special Olympics Deutschland e.V., Projekt – Selbstbestimmt gesünder (o.J.), **Fitte Füße**, Berlin
m. Special Olympics Deutschland e.V., Projekt – Selbstbestimmt gesünder (o.J.), Gesunde Lebensweise – **Rauchen ist ungesund**, Berlin
n. Wiener Frauengesundheitsprogramm (2007), **Besuch bei der Frauen-Ärztin**. Fragen und Antworten in Leichter Sprache, Wien
o. Wiener Gesundheitsförderung gemeinnützige GmbH – WiG (2012), **Gesunde Ernährung schmeckt**. Tipps für Ihr persönliches Wohlbefinden, Wien
p. Wiener Gesundheitsförderung gemeinnützige GmbH – WiG (2012), **Bewegung im Alltag wirkt**. Tipps für Ihr persönliches Wohlbefinden, Wien
q. NINLIL (2014), Gewalt – was kann ich tun? Infos für Frauen mit Behinderungen, Wien

PDF: Geschichte „Nein, das will ich nicht“ in Leichter Sprache

Auszug aus der Broschüre „Nein, das will ich nicht“, zur Verfügung gestellt von der Frauenberatung sexuelle Gewalt in Zürich (Original 2002).
www.frauenberatung.ch

Weiterführende Links

ARGE Selbsthilfe Österreich
www.selbsthilfe-oesterreich.at

Arbeiterkammer, Konsumentenschutz
www.arbeiterkammer.at

bidok - behinderung inklusion dokumentation
http://bidok.uibk.ac.at/bibliothek/index.html

Bundesministerium für Gesundheit
www.bmg.gv.at

Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen
www.dachverband.at

„Disability Studies Austria/Forschung zu Behinderung, Österreich“ (DiStA)
http://dista.uniability.org

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
www.hauptverband.at

Konsumentenportal des BMASK
www.konsumentenfragen.at

Öffentliches Gesundheitsportal Österreich
www.gesundheit.gv.at

Sozialministeriumsservice (ehemals Bundessozialamt)
www.sozialministeriumservice.at

Sozialministerium
www.sozialministerium.at/site/Soziales

Wiener Gesundheitsförderung
www.wig.or.at

Anhang

1. Überblick über Beratungsstellen in Wien

Überblick über Beratungsstellen und Selbstvertretungszentren für Menschen mit Behinderungen und/oder Lernschwierigkeiten mit Standort Wien sowie weiterführende Links. In alphabethischer Reihenfolge und ohne Anspruch auf Vollständigkeit!

ASSIST. Sozialwirtschaftliche Dienstleistungen für Menschen mit Behinderung

Assist unterstützt Autonomie und Selbstorganisation von Menschen mit Behinderung. Schwerpunkte: Arbeitswelt, Wohnwelt, Bewegungswelt und Mobilität. Mit Sportangeboten und psychologischer Beratung.

Adresse: Schweglerstraße 33 (Hütteldorfer Straße 57), 1150 Wien

Telefon: 01/786 62 33

E-Mail: info@assist.or.at

www.assist4you.at

BALANCE – Leben ohne Barrieren

Förderung von Menschen mit körperlichen Behinderungen, sozialen sowie psychischen Beeinträchtigungen und Lernschwierigkeiten. Schwerpunkte: unterstütztes Wohnen und Tagesstruktur mit Handwerk, Dienstleistung, Kunst

Adresse: Hochheimgasse 1, 1130 Wien

Telefon: 01/804 87 33-0

E-Mail: info@balance.at

www.balance.at

BIZEPS – Beratung für Behinderte und Angehörige, Zentrum für Selbstbestimmtes Leben

Peer-Beratungsstelle: Beratung für behinderte Menschen durch Betroffene

Adresse: Schönngasse 15–17/4, 1020 Wien

Telefon: 01/523 89 21

E-Mail: office@bizeps.or.at

www.bizeps.at

Caritas Wien – Menschen mit Behinderung

Beratung und Unterstützung. Schwerpunkte: Wohnen, Beruf, sozialpsychiatrische Angebote, Selbstbestimmt Leben

Adresse: Albrechtskreithgasse 19–21, 1160 Wien

Telefon: Otto Lambauer 01/878/123 33

E-Mail: office@caritas-wien.at

www.caritas-wien.at

Fonds Soziales Wien – Beratungszentrum Behindertenhilfe

Beratung, Begleitung, Unterstützung, Tagesstrukturen, Förderung für Menschen mit Behinderung und Angehörige

Adresse: Guglgasse 7–9, 1030 Wien

Telefon: 01/24 5 24 (täglich, auch am Wochenende!)

E-Mail: post-bzbh@fsw.at

www.fsw.at ODER behinderung.fsw.at

Jugend am Werk. Begleitung von Menschen mit Behinderung GmbH

Projekte zur beruflichen Integration, Berufsausbildungsassistenz, individuelle Förderung und Begleitung in Werkstätten und Tagesstrukturen, Angebote für vollbetreutes und teilbetreutes Wohnen

Adresse: Thaliastraße 85, 1160 Wien

Telefon: 01/405 02 86

E-Mail: office@jaw.at

www.jaw.at

Jugend am Werk unterstützt **Vienna People First** – die unabhängige Selbstvertretung von Menschen mit einer Lernbehinderung.

E-Mail: oswald.foellerer@viennapeoplefirst-gaw.at (Vorsitz)

www.viennapeoplefirst-gaw.at

Lebenshilfe Wien

Interessenvertretung und Beratungsstelle für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und Angehörige. Schwerpunkte u.a.: Arbeit und Wohnen, aber auch Schwangerschaft und Geburt; Selbstvertretungsgruppe

Adresse: Schönbrunner Straße 179, 1120 Wien

Telefon: 01/812 26 35

E-Mail: office@lebenshilfe-wien.at

www.dielebenshilfe.at

Kraftwerk

Empowerment und Beratung gegen sexuelle Gewalt für Frauen mit Lernschwierigkeiten, Frauengruppe, Seminare, Vernetzung (Teil von NINLIL)

Adresse: Hauffgasse 3–5, 4. Stock, 1110 Wien

Telefon: 01/714 39 39

E-Mail: kraftwerk@ninlil.at

www.ninlil.at/kraftwerk/index.html

MA 40 – **Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht (MA 40)**

Information, Beratung und Hilfestellung zu Sozial- und Gesundheitsrecht sowie Mindestsicherung und e-card

Adresse: Thomas-Klestil-Platz 8, 5. Stock, Top 16.512, 1030 Wien

Telefon: 01/4000-80 40

E-Mail: servicestelle@ma40.wien.gv.at

www.wien.gv.at/gesundheit/sozialabteilung

MEN – Gesundheitszentrum für Männer und Burschen

Persönliche Beratung, psychologische Beratung, Gruppenangebote und gesundheitsfördernde Projekte insbesondere für sozial benachteiligte Männer

Sozialmedizinisches Zentrum Süd – Kaiser-Franz-Josef-Spital

Adresse: Kundratstraße 3, 1100 Wien

Telefon: 01/60 191-5454
E-Mail: kfj.men@wienkav.at

www.men-center.at

MEN ist ein Teil von **FEM**, dem **Institut für Frauen- und Männergesundheit**: www.fem.at

NINLIL

Empowerment, Beratung und Vernetzung für Frauen mit Behinderung – siehe auch Kraftwerk und Zeitlupe

Adresse: Hauffgasse 3–5, 4. Stock, 1110 Wien

Telefon: 01/714 39 39

E-Mail: office@ninlil.at

ww.ninlil.at

Österreichisches Institut für Sexualpädagogik und Sexualtherapien – ISP

Beratung und Begleitung zu den Themen Sexualität und Beziehung, auch für Menschen mit Lernschwierigkeiten

Adresse: Cobenzlgasse 42 (Eingang Krapfenwaldgasse), 1190 Wien

Mobiltelefon: 0676/940 75 07 (Mag. Wolfgang Kostenwein) oder 0676/359 07 71 (Bettina Weidinger)

E-Mail: team@sexualpaedagogik.at

www.sexualpaedagogik.at

Österreichische Gesellschaft für Familienplanung (ÖGF)

Beratung und Information zu Verhütung, Schwangerschaft und Sexualität mit verschiedenen Beratungsstellen:

ÖGF-Beratungsstelle AKH für Frauen und Männer mit Behinderungen

Jeden 1., 2. und 3. Dienstag im Monat 16–19 Uhr

Adresse: Währinger Gürtel 18–20, Univ. Frauenklinik, Ebene 8, 1090 Wien

Telefon: 01/40400-285 20

ÖGF-Beratungsstelle Hanusch-Krankenhaus:

Beratung und Untersuchung für Menschen mit besonderen Bedürfnissen, Schwerpunkte: Familienplanung, First Love

Jeden 1. und 3. Mittwoch im Monat 14–18 Uhr

Adresse: Heinrich-Collin-Straße 30 (Hanusch-Krankenhaus), Pavillon 2, Erdgeschoß, 1140 Wien

Mobiltelefon: 06991/57 72 518

E-Mail: buero@oegf.at

www.oegf.at

Rainman's Home – Verein zur Integration und Rehabilitation autistisch und anders behinderter Menschen

Beschäftigungstherapie und Kommunikationsförderung, kognitive Förderung, lebenspraktisches Training, Erlebnispädagogik

Adresse: Semperstraße 20/Tür 2–6, 1180 Wien

Telefon: 01/478 64 34

E-Mail: rainmans.home@aon.at

www.rainman.at

Selbstvertretungs-Zentrum Wien People First – Unabhängige Selbstvertretung von Menschen mit einer Lernbehinderung

Selbstvertretungs-Zentrum für Menschen mit Lernschwierigkeiten oder Selbstvertretungs-Gruppen in Wien und Österreich: Vernetzung, Austausch, Beratung und Information

Adresse: Währinger Straße 59/Stiege 5, 1090 Wien

Mobiltelefon: 0699/140 121-82 (Günther Leitner, Selbstvertretung) ODER 0699/140 121-83 (Oswald Föllerer, Selbstvertretung)

E-Mail: selbstvertretungszentrum@wuk.at

www.selbstvertretungszentrum.wien

WAG Assistenzgenossenschaft – Selbstbestimmt Leben durch Persönliche Assistenz

WAG unterstützt Menschen mit Behinderungen dabei, Persönliche Assistenz zu organisieren

Adresse: Modecenterstraße 14/A/EG, 1030 Wien, Eingang: Döblerhofstraße 9

Telefon: 01/798 53 55

E-Mail: office@wag.or.at

www.wag.or.at

Wiener Gebietskrankenkasse: Gesundheitszentren, Kundencenter, Ombudsstelle der WGKK

Die Gesundheitszentren der WGKK können von Versicherten aller gesetzlichen Krankenversicherungen sowie von Angehörigen in Anspruch genommen werden. Die Kundencenter bieten Information und Beratung zu allem, was zu Versicherung und Gesundheitswesen gehört, zum Beispiel: Mitversicherung, e-card etc.

Die Ombudsstelle der WGKK ist die zentrale Anlaufstelle für Fragen, Anregungen und Beschwerden:

Adresse: Wienerbergstraße 15–19, 11. Stock, 1103 Wien

Telefon: 01/601 22-21 31

E-Mail: ombudsstelle@wgkk.at

www.wgkk.at

Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft (WPPA)

Die WPPA unterstützt bei der Durchsetzung von Patientenrechten im Gesundheits- und Pflegebereich. Die unabhängige PatientInnen-Informationsstelle **UPI** führt durch das Gesundheitswesen.

Adresse: Schönbrunner Straße 108, 1050 Wien

Telefon: 01/587 12 04; kostenlose Pflegehotline: 0800/20 31 31

UPI: 01/544 22 66

E-Mail: post@wpa.wien.gv.at

www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/patientenanwaltschaft/

Zeitlupe – Peer-Beratung für Frauen mit Behinderung

Beratung zu Persönliche Assistenz, Wohnen, Frausein mit Behinderung, Körper und Sexualität (Teil von NINLIL)

Adresse: Hauffgasse 3–5, 4. Stock, 1110 Wien

Telefon: 01/236 17 79

E-Mail: zeitlupe@ninlil.at

www.ninlil.at/zeitlupe/index.html

2. Kompendium

Das Kompendium zu „Gesundsein. Ein Kurs zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Lernschwierigkeiten“ umfasst das TrainerInnen-Handbuch und das Kursprogramm, die als jeweils eigene Dokumente Teil dieses Endberichts sind.