

Schulische Rehabilitation und Mitarbeiterqualifizierung

Referent: Dr. Ingo Kretschmer

Einrichtung: Antoniushaus Hochheim, Sonderschule und Berufliche Schulen mit Internaten, Erwachsenenwohnbereich für körper- und mehrfachbehinderte Menschen. Träger: Josefs-Gesellschaft e.V., Köln.

Postanschrift: Antoniushaus Hochheim, Burgeffstr. 42, 65239 Hochheim a.M., Tel. 06146 9080

5 Fachbereiche bilden die zentralen Angebote, nämlich eine Sonderschule mit angeschlossenem Internat, etwa 120 Schulplätze, Berufliche Schulen (kaufmännischer Bereich) mit angeschlossenem Internat, etwa 110 Plätze, sowie ein Erwachsenenwohnbereich mit gut 40 Plätzen. Diese Fachbereiche sind verbunden mit Fachübergreifenden Diensten: Ergo- und Physiotherapie, Medizinischer Dienst, Psychologischer Dienst, Sozialdienst. Die Zuordnung des Sozialdienstes ist gerade in der Entwicklung. Hervorzuheben ist, daß dieser Verbund von verschiedenen Reha-Bereichen m.E. die ideale Struktur für interdisziplinäre Rehabilitation darstellt. Es wird also für jeden Schüler bzw. für jeden Bewohner nur ein Reha-Plan erstellt, in dem aber alle notwendigen Leistungen miteinander verknüpft sind. Diese Entwicklung wurde von unserer Reha-Leitung, Frau Karcher, deutlich vorangebracht.

Psychologische Rehabilitation in der Schulzeit

Überblickt man die gesamte Schulzeit, dann zeichnen sich fünf Phasen ab, in denen gehäuft psychologische Rehabilitation notwendig wird.

1. Das Hessische Schulrecht sieht vor, daß Schüler mit Körperbehinderungen sowohl in Regelschulen als auch in Sonderschulen unterrichtet werden können. Die Entscheidung über den geeigneteren Schultyp hängt nicht selten an psychologischen Aspekten der Belastbarkeit, der Wechselwirkung von Lernklima und spezifischen Behinderungen des Kindes usw.

Somit ergeben sich psychologische Fragestellungen schon in der allerersten Eingliederungsphase: Welcher Schultyp ist geeignet? Wo wird der Schüler eher zurecht kommen? Diese Fragen können zu jedem Zeitpunkt gestellt werden. Wenn eine zuvor leistungsstarke 15jährige Gymnasiastin kurzfristig nach einem

Schädel-Hirn-Trauma nur noch den Unterrichtsstoff der ersten Grundschulklassen beherrschen kann und die weitere Entwicklung nicht prognostizierbar ist, auch dann ist die Frage zu beantworten, welcher Schultyp für dieses Mädchen mit ihrem individuellen Hilfebedarf geeigneter ist.

2. Die zweite große Eingliederungsaufgabe umfaßt die Fragen: WAS kann WIE am besten gefördert werden?

Der Regelfall ist, daß ein Kind mit seiner *körperlichen* Diagnose der Sonderschule zugewiesen wird. Also z.B.: „Extremitätenamputationen nach Meningokokkensepsis in den ersten Lebensmonaten“. Dann steht im Gutachten noch, welche Extremitäten betroffen sind, und vielleicht noch, daß Koordinationsschwierigkeiten vorliegen. Am Ende wird in der Regel noch eine Empfehlung gegeben, nach welchen Rahmenrichtlinien das Kind unterrichtet werden sollte, also z.B. nach den Richtlinien für PB, LB oder Regelunterricht. Das bedeutet im Klartext, daß das psychische Behinderungsbild, welches für eine erfolgreiche schulische Rehabilitation beachtet werden muß, erst noch während der Schulzeit erarbeitet werden muß. Bei dem Beispiel des Jungen mit den Extremitätenamputationen spielten für die Beschulung noch andere Behinderungen eine ganz wesentliche Rolle. Nämlich Wahrnehmungsstörungen, Entwicklungsstörungen in Teilleistungsbereichen, insbesondere im Rechnerischen Bereich, und verfestigte Verhaltensauffälligkeiten im Sozialen Bereich. Das waren die dominanten Hilfebedürftigkeiten, von denen der Schulerfolg abhing.

Es ist fachlich und rechtlich geboten, die Diagnosen der psychischen Beeinträchtigungen den körperlichen Diagnosen in der Reha-Dokumentation anzufügen. §93 BSHG sieht nur für solche Behinderungen Eingliederungshilfen vor, die länger als 6 Monate bestehen. Und solche psychischen Beeinträchtigungen können in erster Linie nur von uns fachgerecht diagnostiziert werden.

3. Psychologische Aspekte der dritten Eingliederungsphase (3.-5. Schuljahr) werden durch Fragen wie diese deutlich: Wie soll es weitergehen, wenn die Kulturtechniken voraussichtlich nicht hinreichend für die Mittelstufe angeeignet werden können?

Gibt es nicht doch noch Fördermöglichkeiten? Wie kann mit den Eltern gearbeitet werden, die solche Grenzen ihrer Kinder nicht akzeptieren können, z.B. aus tiefen Ängsten heraus?

4. Die vierte Eingliederungsphase (8.-10. Schuljahr) erfordert oft weitere psychologische Hilfen: Welche Wege sollen beschritten werden, wenn der

„qualifizierte Lernbehindertenabschluß“ gefährdet ist? In dieser Zeit nimmt die Bearbeitung von Verhaltensauffälligkeiten deutlich zu.

5. Die fünfte Eingliederungsphase betrifft die Anschlußschulen (BGJ/BVJ/BFS): Wie kann diagnostiziert und entschieden werden, ob ein Schüler oder eine Schülerin „endgültig“ nicht ausbildungsfähig ist oder ob nicht doch psychogene Blockaden die mangelnde Leistungsfähigkeit verursachen? Und wie kann das Trauma des Scheiterns einer Berufsausbildung psychisch so verarbeitet werden, daß sich ein neuer Weg jenseits von Schule und Ausbildung öffnet und dann mit Erfolg angegangen werden kann?

FOLIE:

**Psycholog. Rehabilitation
in der Schulzeit**



Sonderschule oder Regelschule ?



WAS WIE am besten fördern ?



Geht es in die Mittelstufe ?



Der Schulabschluß ist gefährdet !



Berufsausbildung oder andere Lebenswege ?

**Aufträge des Hilfesystems Schule an den
Psychologischen Dienst**

In den zwölf Jahren von 1987 bis 1998 besuchten insgesamt 790 SchülerInnen die Schulen im Antoniushaus. Etwa ein Viertel davon benötigte in diesem Zeitraum Psychologische Rehabilitation. Bei dieser Gruppe haben wir genauer untersucht, mit welchen Aufträgen die schulischen Hilfesysteme psychologische Unterstützung angefordert haben.

Es sind insgesamt 24 deutlich unterscheidbare Aufgabenstellungen, die an den Psychologischen Dienst herangetragen wurden.

FOLIE

1. Behinderungsbedingte psychosoziale Belastungen bewältigen	61%
2. Hilfen für Angehörige oder Fachleute zur Förderung und Betreuung	61 %
3. Auffälligkeiten / Störungen der Emotionen behandeln	39%
4. Aggressionsprobleme lösen	33%
5. Andere psychosoziale Belastungen bewältigen	29%
6. Wechsel von Reha-Maßnahmen begutachten, einleiten	26%
7. Kritik- und Konfliktverhalten weiterentwickeln, trainieren	23%
8. Konzentration und Handlungsorientierung für Schulleistungen und Werktätigkeit untersuchen und fördern	21%
9. Akute und latente Suizidalität behandeln	21%
10. Kognitive Leistungsmöglichkeiten untersuchen, fördern	18%
11. Entwicklungsstörungen o. –verzögerungen diagnostizieren, fördern	18%
12. Probleme der Bindungs- und Beziehungsfähigkeiten untersuchen, behandeln	14%
13. Behinderungsbedingte Selbst- und Fremdgefährdungen abklären, geeignete Maßnahmen entwickeln	13%
14. Antriebsschwäche, Erschöpfungssyndrome, besondere Motivationsprobleme behandeln	10%
15. gravierende Traumatisierungen i.e.S. behandeln	10%
16. Psychische Erkrankungen bewältigen	9%
17. Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom, Hyperkinesen etc. untersuchen, Behandlungspläne entwickeln, umsetzen	9%
18. Drogen- oder Medikamentenmißbrauch behandeln	9%
19. Hirnorganisch bedingte psychische Beeinträchtigungen näher abklären, Fördermöglichkeiten entwickeln, Bewältigungshilfen geben	6%

20. Sexuelle Verhaltensprobleme lösen, Schutzmöglichkeiten entwickeln, Grenzverletzungen aufarbeiten	6%
21. Psychosexuelle Entwicklung fördern	6%
22. Eßstörungen behandeln, gravierende Diätprobleme lösen	6%
23. Spezielle körperliche Symptome mit psychischer Verursachung behandeln (Schlaflosigkeit, Schmerzerleben,...)	6%
24. neurotische Zwangsgedanken und –handlungen therapieren	3%

Tabelle 1: Häufigkeitsverteilung von Aufträgen der genannten Hilfesysteme. Sie beziehen sich auf eine Stichprobe von 125 RehabilitandInnen im Zeitraum von 12 Jahren, für die psychologische Beratungs- oder Therapieprozesse notwendig wurden. In der Regel wurden von bzw. für jede Person mehrere konkrete Aufträge erteilt.

Zum ersten Auftrag muß ich in diesem Kreis nicht viel sagen. Dazu gehört z.B. die Meldung von Lehrern und der beteiligten Krankengymnastin, daß ein 16jähriger Junge mit Spina bifida nicht ins Stehbrett geht. Die Kollegen hatten vieles versucht, um die medizinisch dringende Verordnung in der Schule und im Internat durchzusetzen. Die psychologische Lösung des Problems lag u.a. in der Bearbeitung des schambedingten Widerstandes des Jugendlichen, der sich nicht mit dem deutlich sichtbaren Windelpaket öffentlich stellen wollte.

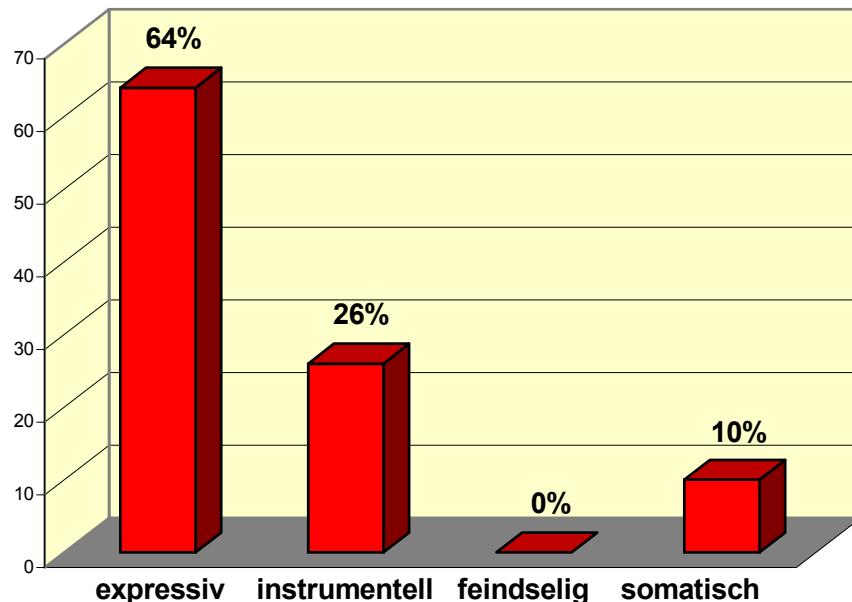
Es ist Zufall, daß die Hilfegesuche von Angehörigen und MitarbeiterInnen prozentual genau den individuellen Aufträgen für SchülerInnen gleichen. Diese beiden Auftragsarten hängen zwar oft zusammen. Aber es gibt auch Hilfebedarf nur von Mitarbeiterinnen oder Angehörigen. Z.B. wenn MitarbeiterInnen eine Arbeitsweise entwickeln wollen, wie sie mit der Nahrungsverweigerung einer schwer geistig behinderten Schülerin besser umgehen können.

Ich möchte hier die Aufträge der Kategorie 4 exemplarisch hervorheben. Über den Zeitraum von 12 Jahren ist jeder zehnte Rehabilitationsverlauf zum mindest phasenweise durch erhebliche

Aggressionen zwischen SchülerInnen, oder Eltern und ihrem behinderten Kind, oder zwischen SchülerInnen und MitarbeiterInnen oder Schule oder des Internates belastet.

Bei der psychologischen Bearbeitung dieser Aggressionsprobleme finden wir folgende Verteilung von Aggressionsformen nach der Einteilung von Selg (Selg,H. et al., Psychologie der Aggressivität, Göttingen,1997).

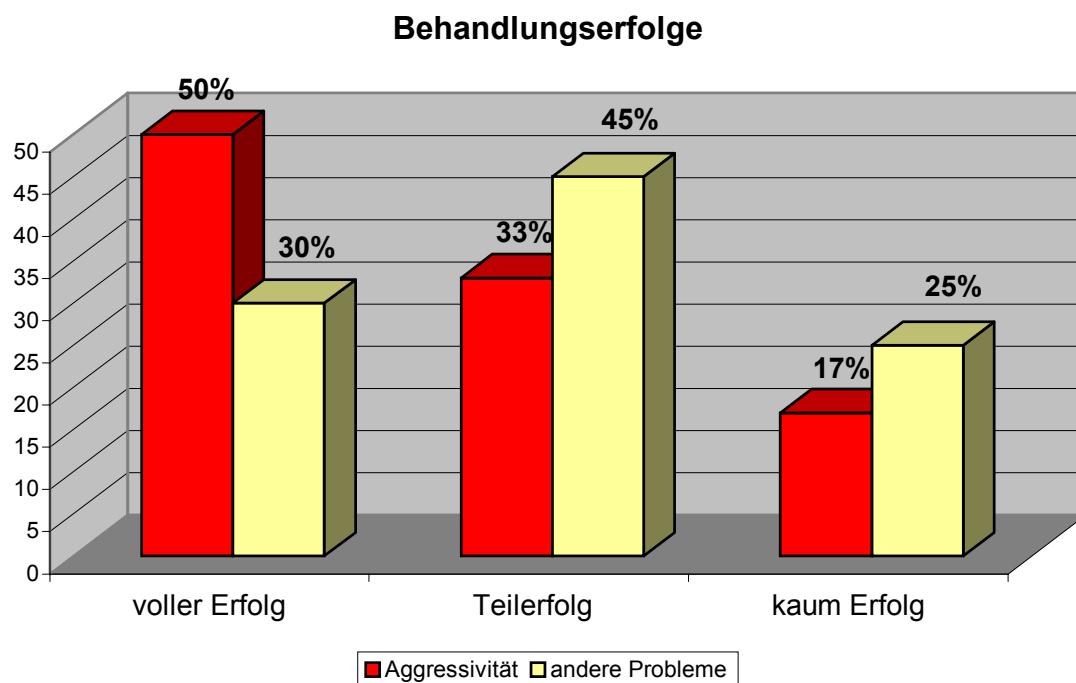
Häufigkeiten gravierender Aggressionsformen



Die expressiven Aggressionen sind ganz wesentlich geprägt von starken inneren Konflikten. Ein häufig vorfindbarer Konflikttypus ist der sogenannte Entwicklungskonflikt. Wenn chronisch zu hohe Entwicklungserwartungen formuliert werden, die nicht den Fähigkeiten und Grenzen der SchülerInnen entsprechen, dann ist mit Aggressionen zu rechnen. Deswegen sind Reha-Pläne gefordert, die den realen psychischen Entwicklungsmöglichkeiten Rechnung tragen.

Dies ist ein Arbeitsgebiet, in dem der Psychologische Dienst erfolgreich mitarbeiten kann. Das gleiche gilt für die Veränderungen gravierender instrumenteller oder somatischer Aggressivität durch systemische Interventionen. Das nächste Diagramm zeigt, wie sehr es

sich lohnt, gerade die schweren Aggressionsprobleme mit psychologischen Methoden anzugehen: Die Erfolgsrate ist bei diesem eher unbeliebten Aufgabenfeld besonders hoch!



Mit der Kategorie „andere Probleme“ sind psychologische Aufträge gemeint, bei denen Aggressivität keine Rolle spielt, also bestimmte Formen von sozialer Isolierung, unerfüllte Partnerwünsche, Antriebsschwäche usw.

Individueller psychologischer Hilfebedarf

Neben dem eben skizzierten systemischen Hilfebedarf muß der Psychologische Dienst natürlich auch den im engeren Sinne individuellen psychologischen Hilfebedarf beachten und behandeln. Eine derzeit fachlich anerkannte Methode für die Feststellung dieses Hilfebedarfs ist die ICD-10. Dieses diagnostische Inventar ist rechtsverbindlich zum 1.1.2000 in das deutsche Gesundheitswesen eingeführt worden. Es spielt auch für die Rehabilitation eine vorrangige Rolle, weil es breit angelegt ist und ein sehr weites Spektrum von individuellen Formen psychischer Störungen, Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsprobleme zu umschreiben versucht.

Bei Verwendung der ICD-10 haben wir folgendes Ergebnis erhalten. Es bezieht sich auf 125 betreute Menschen, größtenteils SchülerInnen, die im Antoniushaus die Beratungs- oder Therapieprozesse benötigt haben.

FOLIE

F 06/07	Psychische Störungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Schädigung, Funktionsstörung oder Erkrankung des Gehirns. F07.2 organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma	12 %
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. F10.1 schädlicher Gebrauch von Alkohol	4 %
F2	Schizophrenie, schizotypen und wahnhafte Störungen. F23.0 akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie.	1 %
F3	Affektive Störungen. F32.1 mittelgradige depressive Episode	1 %
F4	Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen. F43.25 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten	28 %
F5	Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren. F50.4 Eßattacken bei sonstigen psychischen Störungen	6 %
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. F68.0 Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen	5 %
F7	Intelligenzminderung. F71.1 Mittelgradige Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensauffälligkeit, die Beobachtung oder Behandlung erfordert.	16 %
F 8	Entwicklungsstörungen. F 81.3 kombinierte Störung schulischer Fertigkeiten (Lese-, Rechtschreib-, Rechenstörungen)	12 %
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend. F90.1 hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens.	15 %

Tabelle 1: Die Häufigkeitsverteilung der F-Diagnosen in der Stichprobe. In dem kleineren Buchstabenformat ist jeweils eines von vielen konkreten Beispielen angegeben.

Dieser nachweisbare Bedarf an psychologischer Rehabilitation muß u.E. fachgerecht in den Leistungsvereinbarungen zur Umsetzung des §93 BSHG aufgeführt werden, sonst werden wir vielen Menschen mit ihren multiplen Beeinträchtigungen nicht gerecht. Falsch verstandene oder unfachlich gedeutete Entwicklungsstörungen oder Schädel-Hirn-Traumata usw. führen zu Fehlrehabilitationen der betroffenen Menschen.

Manche KollegInnen meinen, die ICD-10 Diagnosen seien in erster Linie medizinische Diagnosen. Das ist sachlich falsch.

Rehabilitationsbeispiel: Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens

Wir hatten im vergangenen Jahr eine Klasse mit drei Schülern, die diesen Hilfebedarf hatten. In dem Fall haben wir das Programm von PETERMANN und PETERMANN durchgeführt. Das dauert mindestens ein halbes Jahr und ist eine Kooperation von LehrerInnen, den betroffenen Eltern und dem Psychologischen Dienst. Der Psychologe führt die Übungsbehandlungen ein, die dann von Eltern und LehrerInnen in ihrem eigenen Kontext weitergeführt werden können. Wer das PETERMANN Programm nicht kennt, dem möchte ich hier nur zwei Mosaiksteine illustrieren.

Das sind zum einen Trainings für die Veränderung aggressiver Verhaltensmuster.

FOLIE

Von solchen Bildimpulsen ausgehend werden unbrauchbare Handlungsweisen beobachtbar und kontrollierbar gemacht, und es werden bessere entwickelt und eingeübt.

Ein zweites wichtiges Element ist das Training von Selbstinstruktionen, mit denen die körperliche Unruhe reduziert werden soll. PETERMANN startet diese Kompetenzentwicklung von einer Art Autogenem Training aus, daß ganz schön und kindgerecht gemacht ist. Wer mit dem Programm schon gearbeitet hat, wir aber auch erfahren haben, daß es für Sonderschülerrettungslos überladen ist. Mann kann die einzelnen Stundenplanungen ohne weiteres auf ein Drittel kürzen, wenn man mit 10-11jährigen lernbehinderten Kindern arbeitet.

Weiterqualifizierung von MitarbeiterInnen

Die Förderung von Menschen mit Behinderungen gehört zu den anspruchsvollsten Tätigkeiten, die es auf unserer Welt gibt.

Wichtige Qualifikationen dafür erwirbt man nicht an Ausbildungstischen mit Papier und Bleistift. Sondern wesentliche Kompetenzen dafür muß man sich aneignen in der Zusammenarbeit mit den Menschen, die ureigene Hilfen zum Leben, Lernen und Arbeiten brauchen.

Und es macht einen Riesenunterschied, ob man gelegentlich oder nur phasenweise mit behinderten Menschen zusammenarbeitet, oder ob dies jeden Tag, Sommer wie Winter, Jahr für Jahr der Fall ist.

Aus diesen besonderen Anforderungssituationen leitet sich der Fortbildungs- und Weiterqualifizierungsbedarf von MitarbeiterInnen ab. Übrigens haben wir sehr interessante Erfahrungen damit gemacht, ob und welche Fortbildungen gemeinsam mit betreuten Menschen durchgeführt werden. Bei der Weiterbildung unter dem Thema „Wie kann ich in Konflikten weiterkommen“ war dies beispielsweise sehr ertragreich.

Wenn Fortbildungen durchgeführt werden, dann sind die TeilnehmerInnen erfahrungsgemäß zufrieden, wenn drei Aspekte drangekommen sind:

- Habe ich neues Wissen bekommen, das mich in meiner Arbeit weiterführt ?
- Habe ich neues Handwerkszeug erhalten, das für mich praktikabel ist, und mit dem ich meine beruflichen Aufgaben besser lösen kann?
- Bin ich selbst ein Stückchen gewachsen: fühle ich mich sicherer, einfühlsamer, weiser oder lebendiger in meiner Arbeit?

Es ist klar, daß die Weiterqualifizierungen in allen Bereichen der Rehabilitationsarbeit gewünscht und erforderlich sind. Hier möchte ich nur einige Richtungen skizzieren, die psychologisches Know How betreffen.

Übliche pädagogische und pflegerische Arbeitsweisen sind für die Förderung von Menschen mit komplexen Behinderungen eindeutig nicht ausreichend. MitarbeiterInnen mit pädagogischen und pflegerischen Aufgaben benötigen eine Reihe von Arbeitsweisen, die üblicherweise in therapeutischen Berufen vermittelt und praktiziert werden.

Dazu zähle ich ganz willkürlich einige auf:

Beratungsgespräche führen über psychosoziale Entwicklungsmöglichkeiten und Förderungen, mit den betroffenen Personen selber, aber auch mit ihren Angehörigen oder Familien.

„Arbeit mit Widerstand“: Professioneller Umgang mit Widerstand, der nichts mit Aufsässigkeit zu tun hat, sondern eher damit, daß der persönlich angemessene Weg mit dieser individuellen Behinderung noch nicht richtig gefunden worden ist.

„Trauerarbeit“: Die richtige Begleitung bei unrealistischen Hoffnungen anbieten. Den passenden Halt bei Verzweiflungsgefühlen geben, die selber kaum auszuhalten sind.

„Angstarbeit“: Sich den Ängsten anderer stellen und sie wandeln können: Wie sollen Ängste aufgegriffen und besprechbar gemacht werden? Was ist mit den bedrückenden Dingen, die von den Beteiligten, häufig sind es die Eltern der behinderten Menschen, tabuisiert werden? Wie können geistig beeinträchtigte Menschen angeleitet werden, ihre Ängste besser beruhigen zu können?

„Ambivalenzarbeit“: Wie soll man vorgehen, wenn eine Person in ihrem Reha-Prozeß stehen bleibt, in dem sie hin- und hergerissen ist zwischen Möglichkeiten, die sie im Moment nicht wählen kann oder will?

Diese Stichworte genügen, um aufzuzeigen, daß viel psychologisches Wissen und therapeutische Handlungsweisen in der Alltagsbewältigung von Rehabilitationsprozessen gefordert sind. Damit ist ausdrücklich nicht gemeint, daß die MitarbeiterInnen Therapeutenrollen und Therapieziele übernehmen sollen. Komplexe berufliche Beziehungssituationen erfordern ein erweitertes Handlungsrepertoire in der fördernden Kooperation.

Es ist m.E. ein guter Weg, für diese besonderen Qualifikationen die vorhandenen Ressourcen der Reha-Einrichtungen so weit wie möglich zu nutzen. Viele MitarbeiterInnen, die auf ihren Gebieten versiert sind, können das an KollegInnen und Einsteiger weitergeben.

Zum Schluß paßt deswegen für mich der besondere Dank an betreute Menschen, an KollegInnen und LeiterInnen, die in dieser Gemeinschaft ganz wesentlich die derzeitige Qualität von Rehabilitation geschaffen haben.