

Birgitta Pfeil, Jan Glasenapp & Frank Svoboda\*

Der reißende Strom wird gewalttätig genannt,  
aber das Flussbett, das ihn einengt,  
nennt keiner gewalttätig.  
Berthold Brecht

## 1. Einleitung

Unsere Arbeit für Menschen mit schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten verstehen wir entsprechend der englischen Bezeichnung für Verhaltensauffälligkeiten ‚challenging behavior‘ als Herausforderung an der Grenze zur Überforderung. Diese Herausforderung an der Grenze zur Überforderung gilt für alle Beteiligten: Die Kostenträger müssen Mittel zur Verfügung stellen, die den normalen Rahmen übersteigen. Die Einrichtungen müssen materielle, strukturelle und personelle Maßnahmen ergreifen, die weit über die der Begleitung von Menschen ohne schwerwiegende Verhaltensauffälligkeiten hinaus gehen. Die professionell Tätigen müssen ein Engagement und eine Frustrationstoleranz an der Grenze zur Leidensfähigkeit mitbringen, wie sie entsprechend den tariflichen fixierten Vorgaben nicht vorauszusetzen ist. Die betroffenen Personen selber schließlich erleben sich selbst in einem Grenzbereich, bei dem mitunter das Überleben zu einer täglichen Aufgabe wird.

Sich dieser Herausforderung zu stellen, verlangt von allen Beteiligten ein hohes Maß an Engagement und der Bereitschaft, besondere Wege zu beschreiten. Alle besonderen Maßnahmen führen jedoch dazu, dass die Nutzer dieser Maßnahmen, die Menschen mit schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten, zu einer besonderen Gruppe werden. Je mehr wir nun das Besondere einer Gruppe an Menschen in den Vordergrund stellen, desto eher sind wir in der Lage, auf die besonderen Bedingungen dieser Gruppe einzugehen.

Wenn mit der Bildung besonderer Gruppen besondere Maßnahmen verbunden sind, die eine individuellere Begleitung ermöglichen und sicher stellen, ist dieses Vorhaben unbedingt zu unterstützen. Dann aber, wenn die Gefahr besteht, dass die Verbesonderung einer Gruppe von Menschen später zu ihrer Aussonderung führt, verschärfen sich die Probleme. Menschen mit schwerwiegenden Verhaltensproblemen werden dann zuerst innerhalb einer Wohngruppe zu Außenseitern, später innerhalb von Einrichtungen zu solchen und schließlich besteht die Gefahr, dass sie im doppelten gesellschaftlichen Abseits landen, nämlich nicht nur als Menschen mit geistiger Behinderung, sondern als solche, denen nicht (mehr) zu helfen ist.

Seitdem Menschen mit besonderen Verhaltensweisen im Fokus der Diskussion um Hilfsangebote stehen, wird die Frage, ob Wohngruppen gebildet werden dürfen, in denen ausschließlich Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten leben, oder ob Wohngruppen immer „gemischt“ zusammengesetzt sein müssen, fast schon ideologisch geführt (vgl. hierzu bereits die frühe Diskussion um die Förderung von Menschen mit Autismus in heterogen vs. homogen zusammengesetzten Gruppen, Feuser, 1980). Dabei sind ethische, praktische und ökonomische Argumente abzuwägen. Mit dem Modellversuch „Therapeutische Wohngruppen“ (TWG) wird ein aktueller Beitrag zu dieser wissenschaftlichen Auseinandersetzung geliefert, mit dessen Hilfe die Bedingungen für homogen zusammengesetzte, therapeutische Wohngruppen besser beschrieben werden können.

---

\* Unter Mitarbeit von Daniela Schwitzer, Ursula Werner, Frank Eißmann, Bernhard Schoch und dem Arbeitskreis „Verhaltensauffälligkeiten“ in der Stiftung Haus Lindenhof.

Das einleitende Zitat von Brecht soll auf einen notwendigen Perspektivenwechsel hinweisen – die Sicht der Menschen mit schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten: Warum stoße ich an die Grenzen? Warum ermöglichen mir „normale“ Wohnformen und die angebotenen personellen und strukturellen Hilfen kein „normales“ Leben? Warum werde ich mit meinem Verhalten nicht (aus-) gehalten?

Der folgende Bericht über die Erfahrungen in der Umsetzung der modellhaften Erprobung von TWG in der Stiftung Haus Lindenhof kann und will diese Fragen nicht beantworten. Es soll aber verdeutlicht werden, dass bei der Begleitung von Menschen mit schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten weit mehr Fragen zu stellen sind, als durch die Erfahrungen mit den TWG Antworten gefunden werden konnten.

## 2. Die Umsetzung des Modellversuchs TWG in der Stiftung Haus Lindenhof

### 2.1 Vorbemerkungen und Geschichte

Die Stiftung Haus Lindenhof ist Trägerin von Einrichtungen für alte Menschen und Menschen mit geistiger Behinderung. Zu letzteren gehören Werkstätten, eine Schule sowie der Bereich Wohnen, der seit 1976 besteht. In der Zwischenzeit leben mehr als 350 Menschen mit Behinderungen in fünf Einrichtungen mit mehreren gemeindeintegrierten Wohngruppen im gesamten Ost-Alb-Kreis. Der Hauptstandort in Schwäbisch Gmünd – Bettringen besteht aus zwei Wohnhäusern für erwachsene Menschen und einem Wohnhaus für Kinder und Jugendliche. Hier leben rund 190 Menschen mit geistiger Behinderung zwischen 6 und 71 Jahren.

Die Wohngruppe Raphael 12 wurde 1985 als Projekt für sechs schwer verhaltensauffällige Menschen geschaffen. Gegenüber der Regelgröße einer Gruppe von neun Personen konnte durch die Reduzierung allen ein Einzelzimmer zur Verfügung gestellt werden. Zudem gab es einen wesentlich besseren Personalschlüssel. Die Idee und Konzeption zu dieser Gruppe ergab sich aus den Schwierigkeiten bei der Integration dieses Personenkreises in den üblichen Betreuungsformen. Die Finanzierung der erhöhten personellen und strukturellen Hilfebedarfs erfolgte über einen Mischpflegesatz.

Zur therapeutischen Unterstützung der BewohnerInnen mit schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten wurde zusätzlich zur Gründung der ersten Intensivgruppe das Kompakt-Therapie-Programm (KTP) entwickelt und erfolgreich in den Jahren 1988 bis 1991 durchgeführt (Elbing & Rohmann, 1990; 1992; Elbing & Letzgus, 1995). Das Programm war auf ein Jahr angelegt und beinhaltete neben einer ausführlichen Prozessdiagnostik eine Intensivtherapiephase unter Beteiligung erfahrener Therapeuten und der Bezugsmitarbeiter. An dem Programm nahmen zahlreiche BewohnerInnen mit zusätzlichen psychischen Störungen teil. In der überwiegenden Zahl führte das Programm zu einer deutlichen Reduktion von Verhaltensauffälligkeiten bei gleichzeitiger Zunahme an sozial adäquaten Verhaltensweisen. Psychopharmaka konnten teilweise deutlich reduziert werden - zur Evaluation des Programms vgl. Elbing & Rohmann (1993; 1994a; 1994b). Die im KTP genutzten therapeutischen Interventionen lassen sich in drei Bereiche untergliedern:

a) Störungsspezifische Interventionen zur Symptomreduzierung.

Hierzu zählten vorrangig Strategien der Verstärkung erwünschter, sozial adäquater Verhaltensweisen bzw. Löschung problematischer und dysfunktionaler Verhaltensweisen (vgl. Rohmann & Elbing, 1998, bei selbstverletzendem Verhalten, sowie besonders Elbing, 1996a, zu fremdaggresivem Verhalten).

b) Interventionen zum Aufbau dialogischer Kompetenzen als Basistherapie für alle TeilnehmerInnen des KTP.

Hierzu wurde auf die Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie (Hartmann, 1986) und dabei besonders auf das Spiegeln von Verhaltensweisen zurückgegriffen. Diese Intervention findet sich

mit Erfolg in verschiedenen therapeutischen Schulen und Richtungen, für Menschen mit und ohne geistige Behinderung (Elbing et al., 1999). Ihre Wirkweise lässt sich aus lerntheoretischer, tiefenpsychologischer, transaktionsanalytischer, systemischer und humanistischer Sicht erklären. Das Spiegeln im Rahmen des KTP wurde zusätzlich zur Evaluation der Effekte mit einer Mikroanalyse untersucht (Elbing et al., 2000; Glasenapp et al., 2000). Die Ergebnisse belegen den Aufbau von dialogischen Sequenzen, die eine wesentliche Voraussetzung für weitere therapeutische Veränderungen darstellen.

c) Interventionen mit dem Fokus Edukation und Beratung der beteiligten MitarbeiterInnen. Die Evaluationsstudien zum KTP (vgl. oben) zeigen hinsichtlich der kurzfristigen aber auch langfristigen Folgen der Programms deutliche systemische Effekte. Dies bedeutete, dass kurzfristig und bereits vor Aufnahme der eigentlichen Intensivtherapiephase teilweise deutliche positive Symptomveränderungen statt fanden, die nur mit der veränderten Beteiligung der MitarbeiterInnen erklärt werden können. Ebenso zeigten die Katamnesen, dass Konflikte in den MitarbeiterInnen-Teams die Prognose weiterer Therapiefortschritte deutlich verschlechtert. Aus diesen Ergebnissen wurde die Notwendigkeit einer verbesserten und intensivierten Begleitung der MitarbeiterInnen als Arbeit mit den primären Unterstützersystemen abgeleitet (vgl. auch Schweizer & Glasenapp, 2002; Glasenapp, 2003)

Nach Zunahme des Bedarfs an Wohnplätzen für Menschen mit schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten kam 1994 die Wohngruppe Raphael 11 mit weiteren sechs BewohnerInnen bei gleicher Konzeption hinzu. In den folgenden Jahren scheiterten unter den vorhandenen Rahmenbedingungen Versuche, einzelne BewohnerInnen in Regelgruppen umziehen zu lassen. Gleichzeitig führten massive personelle Veränderungen zu einer Krisensituation, die 1997 zur Gründung eines seitdem bestehenden Arbeitskreises führte, der sich mit der Gesamtsituation von Menschen mit schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten im Bereich Wohnen beschäftigt. In diesem Zusammenhang und entsprechend den personellen Möglichkeiten wurden die konzeptionellen Grundlagen der beiden Wohngruppen Raphael 11 und 12 stärker auf Dauerwohnen und damit Beheimatung der dort lebenden Menschen ausgerichtet. Dabei wurden die Wohngruppen intensiv durch den Fachdienst unterstützt, die ständige Zusammenarbeit mit einem Diplom Psychologen war gegeben. Dieses Konzept bewährte sich in den vergangenen Jahren, war jedoch finanziell nur möglich durch eine Quersubventionierung von Ressourcen anderer Wohngruppen in die beiden Intensivgruppen. Das Finanzierungsmodell hatte keine Zukunft, weil zum einen die Deckelung der Pflegesätze seit 1993 zu einer Verknappung der Gelder für alle BewohnerInnen geführt hatte und zum zweiten die Neufassung des BSHG/SGB XII das am individuellen Hilfebedarf orientierte individuelle Entgelt verlangt.

So erfolgt die Teilnahme am Modellversuch TWG in bewusster Abkehr von den bisherigen konzeptionellen Grundlagen. Sie geschah vor dem Hintergrund, unter verbesserten Rahmenbedingungen den betroffenen Menschen therapeutische Entwicklungschancen zu bieten, die ihnen langfristig neue Lebensperspektiven in anderen Wohngruppen ermöglichen sollten.

## 2.2 Grundlagen der Konzeption

### 2.2.1 Menschenbild

Die Arbeit für die Menschen mit schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten gründet in unserem christlichen und humanistischen Menschenbild. Jeder Mensch ist gottgewollt und findet seine Einzigartigkeit im individuellen Menschsein. Damit gelten alle Grundaussagen in der Stiftung Haus Lindenhof auch für die Menschen mit schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten.

### 2.2.2 Diagnostische Grundlagen

In der Stiftung Haus Lindenhof wird der Begriff der Verhaltensauffälligkeiten verwendet. Er ist innerhalb des wissenschaftlichen Sprachgebrauchs bekannt und seine Bedeutung ist kommunizierbar. Diese Bedeutung ergibt sich zunächst aus dem Gegenüber eines als verhaltensauffällig genannten Menschen und eines ihn so benennenden Menschen. Die möglichen negativen Folgen, die mit dieser speziellen Beziehung einher gehen können (z.B. Stigmatisierung oder Labeling), werden im professionellen Kontext reflektiert.

Innerhalb dieses benennenden und klassifizierenden Prozesses werden die Kriterien offengelegt. Dabei erfolgt eine Orientierung an der Diskussion um die duale Diagnose (für einen Überblick s. Lingg & Theunissen, 2000). Früher wurden Verhaltensprobleme als Folge und häufig unabänderlicher Teil der Intelligenzminderung gesehen. In dem Konzept der dualen Diagnose werden Verhaltensprobleme als Symptome psychischer Störungen beschrieben und zusätzlich zur Intelligenzminderung erfasst. Dabei wird deutlich, dass Menschen mit geistiger Behinderung Menschen sind, die wie andere auch an psychischen Störungen erkranken können. Die Diagnosestellung erfolgt entsprechend der ICD 10 (WHO, 2001) oder DC-LD (The Royal College of Psychiatrists, 2001).

Die diagnostische Klassifikation in diesem Sinne hat nicht den Anspruch, ein Erklärungsmodell zu liefern. Dieses gilt es in oft mühseliger Kleinarbeit aus der Lebensgeschichte der Betroffenen heraus zu erarbeiten. Hierzu ist ein Vorgehen nötig, wie es Jetter (1994) als „verstehende Diagnostik“ oder Jantzen (1996) als „rehistorisierende Diagnostik“ beschreiben. Neben der Beschreibung der Krankheitsgeschichte ist darüber hinaus eine ressourcenorientierte Sicht notwendig (vgl. das Konzept der Salutogenese von Antonovsky, 1997).

### 2.2.3 therapeutische Grundlagen

Das therapeutische Vorgehen bei Menschen mit schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten steht auf mehreren Säulen:

#### a) Entwicklung von Kommunikation und Dialog

Dieses zentrale Ziel in der Begleitung von Menschen mit schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten ergibt sich aus der Annahme, dass verschiedene Formen von Verhaltensauffälligkeiten innerhalb eines systemischen Zusammenhangs kommunikative Bedeutung haben können. Dies unterstreichen Befunde aus der Psychotherapieforschung, nach denen psychische Störungen immer auch als Beziehungsstörungen anzusehen sind (vgl. Grawe, Donati & Bernauer, 1994, S. 776). Für Menschen mit geistiger Behinderung konnte der negative Zusammenhang zwischen Kommunikationsfähigkeit und Verhaltensauffälligkeiten mehrfach bestätigt werden (z.B. Bird, Dores, Moniz & Robinson, 1989). Hieraus folgt, dass für den therapeutischen Fortschritt die Beziehungsgestaltung mit der Entwicklung von Kommunikation und Dialog eine notwendige und häufig auch hinreichende Bedingung ist.

#### b) Strukturiertes Lernumfeld

Schwerwiegende psychische Störungen können häufig Ausdruck einer instabilen psychischen Repräsentation der äußeren Umwelt sein (vgl. Elbing & Glasenapp, 2005). Diese Instabilität in Wahrnehmung und Verarbeitung führt in der Folge zur emotionalen Verunsicherung. Verhaltensauffälligkeiten werden dann als Versuch angesehen, bekannte und stabile intra- und interpersonale Muster herzustellen. Die therapeutische Veränderung dieser Muster erfordert daher ein behutsames und individuell abgestimmtes Vorgehen, das insbesondere für Veränderungen im Umfeld gilt. Dabei wird die stabilisierende Wirkung von Strukturen, Abläufen und Ritualen genutzt.

#### c) Bewegung

Der Bewegung kommt innerhalb des therapeutischen Vorgehens eine weitere wichtige Rolle zu. Die beschriebene emotionale Anspannung und Verunsicherung führt in der Regel immer auch zu einer körperlichen Anspannung, die häufig in Verhaltensauffälligkeiten abgebaut wird. Bewegung kann somit als ein bedeutsames körperliches Regulativ psychischer Zustände dienen.

#### d) Medikamentöse Therapie

Neben allen psychologischen Erklärungsmodellen gibt es bei vielen psychischen Störungen klare Indizien für neurophysiologische Veränderungen, die sich erfolgreich medikamentös behandeln lassen. Aus diesem Grund ist die enge Zusammenarbeit mit Ärzten mit dem Ziel einer modernen medikamentösen Therapie (Gaedt, 1997) eine weitere wichtige Säule im gesamten therapeutischen Vorgehen.

#### e) Lebensweltorientierung

Die Lebensweltorientierung im therapeutischen Vorgehen ergibt sich aus zahlreichen Untersuchungen zum Zusammenhang von Lebensqualität und Lebensbedingungen. Aus einer ökologischen oder systemischen Perspektive werden psychische Störungen weniger als Merkmal der betreffenden Person verstanden, sondern vielmehr als Ergebnis eines komplexen Wechselspiels unterschiedlicher Ebenen. Entsprechend dem Modell einer Zwiebel, in deren Kern der betreffende Mensch steht, können sich schwerwiegende Verhaltensauffälligkeiten aus der fehlenden Passung zwischen den verschiedenen, ihn umfassenden Umwelt-, 'Schalen' ergeben. Bronfenbrenner (1981) unterscheidet Mikro-, Meso-, Exo- und Makroumweltsysteme. Vor diesem Hintergrund sollen Interventionen möglichst alle Ebenen berücksichtigen und einbinden (vgl. Rohmann & Elbing, 1998).

#### f) Orientierung an den Leitsätzen des Empowerments

Neben den genannten Säulen dienen die Leitsätze des Empowerments (Theunissen, 1999) als weitere Orientierung. Hierzu zählen neben der schon erwähnten kommunikativen Orientierung u.a.: Subjektzentrierung, Individualisierung, eine ganzheitliche Sicht, die entwicklungs- und altersgemäße Orientierung, größtmögliche Selbstbestimmung und Mitsprache im Alltag sowie das Vertrauen in die individuellen Ressourcen der jeweiligen Person.

### 2.3 Die TWG im Bereich Wohnen der Stiftung Haus Lindenhof

Die TWG im Bereich Wohnen der Stiftung Haus Lindenhof haben die Namen Raphael 11 und 12. Sie bilden als kooperierende Wohngruppen eine geschlossene Organisationseinheit in einem Stockwerk im Haus Raphael.

#### 2.3.1 Bewohnerinnen und Bewohner

In den Wohngruppen Raphael 11 und 12 leben jeweils sechs BewohnerInnen, neun Männer und drei Frauen. Alle erfüllen die Voraussetzung für die Teilnahme am Modellversuch TWG. Neben mittelgradigen bis schweren Intelligenzminderungen liegen bei allen psychische Störungen und/oder weitere Erkrankungen vor. Auffällig ist der hohe Anteil an TeilnehmerInnen mit einer autistischen Störung.

Tabelle 1: Überblick über Diagnosen, die während des Modellversuchs durch den behandelnden Nervenarzt gestellt wurden

Diagnosen	ICD 10-Schlüssel	Häufigkeit
Kapitel F: Psychische und Verhaltensstörungen		
Mittelgradige Intelligenzminderung	F71.1	3
Schwere Intelligenzminderung	F72.1	9
Organische wahnhaftige Störung	F06.2	1
Schizophrenie	F20	5
Anhaltende wahnhaftige Störungen	F22	1
Nicht näher bezeichnete affektive Störung	F39	1
Essstörungen	F50	1
Störungen der Impulskontrolle	F63	3
Kommunikationsstörungen	F80	9

Frühkindlicher Autismus	F84.0	7
Hyperkinetische Störung	F90	1
Störungen des Sozialverhaltens	F91	9
Enuresis	F98.0	2
Enkopresis	F98.1	1
Kapitel G: Erkrankungen des Nervensystems		
Bewegungsstörungen	G25	9
Epilepsie	G40	4
Schlafstörungen	G47	3
Querschnittslähmung	G82	1
Kapitel Q: angeborene Missbildungen, Deformationen		
Mikrozephalie	Q02	1
Kapitel R: Symptome, nicht andernorts klassifiziert		
Erregungszustände	R45	1

Nur wenige Teilnehmer können mehr als einzelne Worte sprechen. Auch das Sprachverstehen ist bei den meisten stark eingeschränkt. Die fremd- und selbstgefährdenden Verhaltensauffälligkeiten führten in der Vergangenheit immer wieder zu einer stationären psychiatrischen Behandlung. Ihre Eingliederung in übliche Wohnformen war bisher nicht möglich. Die Hälfte der Personen hat bereits in der Vorgeschichte das KTP (s. oben) durchlaufen. Fast alle Teilnehmer werden mit Psychopharmaka behandelt. Alle BewohnerInnen der Wohngruppen besuchen eine Tagesstruktur außerhalb der Wohnung, entweder in der WfbM (2 Personen) oder im Förder- und Betreuungsbereich (10). Die Arbeits- und Beschäftigungszeiten sind individuell geregelt.

### 2.3.2 Räumliche Struktur

Die beiden Wohngruppen sind über eine Schiebetür und den gemeinsamen Eingangsbereich miteinander verbunden. Die Voraussetzungen für geschlossene Unterbringungsformen sind erfüllt. Alle BewohnerInnen verfügen über ein Einzelzimmer. Die Einzelzimmer haben keine Waschgelegenheiten, da Becken und Armaturen eine zu große Gefährdungsquelle für die BewohnerInnen darstellen. Neben den üblichen Räumlichkeiten wie Wohnzimmer, Esszimmer, Küche, Bad, Toiletten sowie Büro verfügt die Wohngruppe Raphael 12 zusätzlich über einen Schutzraum, der von beiden Gruppen benutzt werden kann.

Die gesamten Einrichtungsgegenstände sind an die Belange der BewohnerInnen angepasst. Die Möbel sind in stabiler und belastbarer Ausführung gewählt. Soweit erforderlich wurde Sicherheitsglas eingebaut. Im Badezimmer finden sich teilweise Edelstahlbecken.

Beide Wohngruppen verfügen über einen eigenen Außenbereich. Der gemeinsam genutzte Außenbereich der Wohngruppe Raphael 11 erfüllt die Voraussetzung der Geschlossenheit. Auf dem gleichen Stockwerk stehen zudem ein Matschraum mit Fußbodenheizung sowie ein Rhythmik- und Therapieraum zur Verfügung.

Weitere Räume zur therapeutischen Nutzung (Vestibulärraum, Raum für basale Stimulation mit Wasserklangbett, Musiktherapieraum, Turnhalle, Schwimmbekken) stehen in der Einrichtung zur Verfügung. Ebenso können kurzfristig Fahrzeuge genutzt werden.

### 2.3.3 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Gemäß der Vereinbarung mit dem Kostenträger zum Modellversuch wird in hohem Umfang ausgebildetes und in geringem Umfang in Ausbildung befindliches Fachpersonal eingesetzt. Dabei stehen den Wohngruppen im Tagdienst jeweils mehrere Fachkräfte sowie maximal zwei MitarbeiterInnen in Ausbildung zu. Die jeweiligen MitarbeiterInnen sind entsprechend dem

Bezugspersonensystem einem einzelnen Bewohner fest zugeordnet. Dabei übernehmen sie zeitweise die Aufgabe der Assistenz. Individuelle Assistenz wird stärker als früher von anderen Mitarbeiterfunktionen unterschieden. Sie hat das Ziel, die Sicht der assistierten Person in den Mittelpunkt des gemeinsamen Handelns zu stellen und darüber hinaus ihre Möglichkeiten zu einer selbstbestimmten Lebensführung konsequent auszubauen (vgl. Schweizer & Glasenapp, 2005). Die Leitung der Gruppen ist einem höher qualifiziertem Mitarbeiter (Diplom-Pädagoge) anvertraut. Beide Wohngruppen haben ständig verfügbare Nachtwachen. Zudem ist ein Therapeut dem Stockwerk zugeordnet. Er übernimmt primär die Koordinierung und Durchführung der Einzel- und Gruppentherapie. Darüber hinaus sind anteilig folgende übergreifenden Dienste beteiligt: Arzt und medizinischer Dienst, Diplom Psychologin im Fachdienst sowie externe Supervision.

#### 2.3.4 Tagesstruktur

Die tagesstrukturierenden Angebote werden spätestens mit der ersten Therapiekonferenz (s. unten) entsprechend der individuellen Bedürfnisse festgelegt. Je nach aktueller Verfassung nutzen die BewohnerInnen die Angebote des 2. Lebensbereichs. Hierzu besuchen sie nach individueller Vereinbarung stunden- oder tageweise den Förder- und Betreuungsbereich sowie die Werkstatt. Dabei ist die Begleitung durch BezugsmitarbeiterInnen häufig notwendig. In Krisenzeiten werden die tagesstrukturierenden Angebote ausschließlich in den Räumlichkeiten der Wohngruppe durchgeführt.

#### 2.3.5 Zusammenarbeit mit anderen Bereichen

Ebenso wie im Wohnbereich, sind den Menschen mit schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten im 2. Lebensbereich MitarbeiterInnen in der Funktion von AssistentInnen fest zugeordnet. Die AssistentInnen der beiden Lebensbereiche sind in ständigem Kontakt und Austausch miteinander. Die Besprechungskultur ist folgendermaßen strukturiert:

- a) Visiten mit einem Facharzt für Psychiatrie, die einmal im Monat stattfinden,
- b) Therapiekonferenzen, die den Verlauf der therapeutischen Veränderungen je nach Bedarf begleiten,
- c) AssistentInnentreffen nach Bedarf,
- d) Teamsitzungen im Bereich Wohnen, zu denen die AssistentInnen aus dem 2. Lebensbereich eingeladen werden.

Es finden bereichsübergreifende Projekte statt (regelmäßige Spaziergänge und Landschaftserkundungen in unterschiedlicher Gruppenzusammensetzung), die gemeinsam von MitarbeiterInnen beider Lebensbereiche durchgeführt werden. MitarbeiterInnen beider Lebensbereiche sind an der Formulierung der therapeutischen Ziele beteiligt und werden nach den jeweiligen Möglichkeiten in die Umsetzung miteinbezogen.

### 2.4 Das therapeutische Konzept

Das therapeutische Konzept orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen und Erfordernissen der beteiligten Menschen mit schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten. Neben der individuellen Problemanalyse stehen dabei jeweils angepasste Therapieziele und ein flexibles therapeutisches Vorgehen im Mittelpunkt. Dieses orientiert sich vom Ablauf her an dem in der Stiftung Haus Lindenhof bereits mit Erfolg durchgeführten und evaluierten Kompakt-Therapie-Programm (vgl. oben).

Das Therapieprogramm benötigt zur Umsetzung ein Jahr und ist in mehrere Schritte unterteilt (vgl. zur Veranschaulichung Abbildung 1):

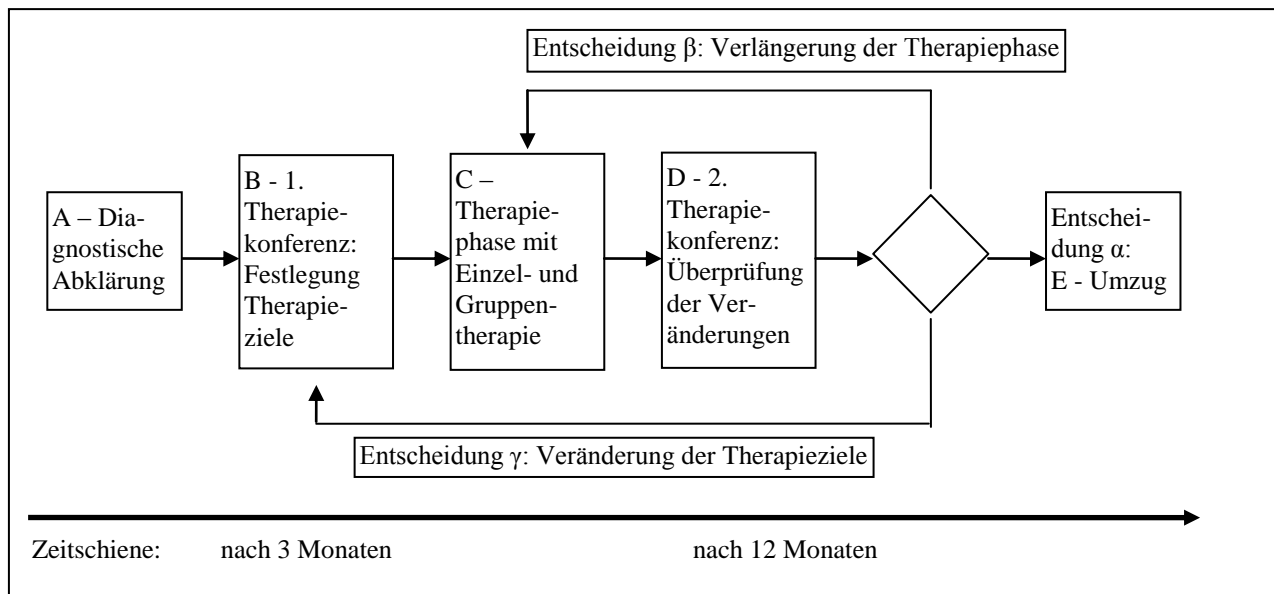


Abbildung 1:  
Ablaufschema des Therapieprogramms

A - Die ersten Monate sind von einer intensiven diagnostischen Abklärung bestimmt. Bei Bedarf kann diese Phase bereits vor Einzug eines neuen Bewohners noch am Herkunftsort beginnen. Die diagnostische Abklärung wird von dem zuständigen Bezugsmitarbeiter der Wohngruppe für den teilnehmenden Bewohner durchgeführt. Falls erforderlich kann diese zur Unterstützung an die Heilpädagogen und Psychologen im Fachdienst einen Auftrag stellen. Zudem wird mit einem Psychiater zusammen gearbeitet.

B - Nach Fertigstellung der umfassenden diagnostischen Abklärung wird spätestens nach drei Monaten eine erste Therapiekonferenz einberufen. Auf dieser werden die spezifischen und individuell angepassten Therapieziele formuliert.

C - Anschließend beginnt die Therapiephase, die sechs bis neun Monate dauert und einen Umfang von mindestens 1,5 Stunden Einzeltherapie pro BewohnerIn und Woche beinhaltet (zuzüglich 1 Stunde individuelle Vor- und Nachbereitung des Therapeuten). Sofern möglich nimmt der Assistent an der Einzeltherapie teil. Gegebenenfalls können im Verlauf der Therapie Einzeltherapiestunden verschiedener Bewohner zu einem Gruppensetting zusammen gefasst werden.

D - Spätestens ein Jahr nach Einzug bzw. neun Monate nach der ersten Therapiekonferenz und Abschluss der Therapiephase wird eine erneute Therapiekonferenz einberufen, in der die Zielerreichung überprüft wird. Gegebenenfalls wird hier bei erfolgreicher Zielerreichung mit der Planung des Umzugs des Bewohners begonnen. Sofern die Ziele noch nicht erreicht wurden, wird eine weitere Therapiephase von sechs Monaten beschlossen, die nach Abschluss zu einer erneuten Therapiekonferenz führt. Gegebenenfalls werden die Ziele modifiziert und angepasst.

E - Sofern die Entscheidung für den Umzug erfolgte, endet das individuelle Therapieprogramm und es wird mit der Planung und Vorbereitung des Umzugs begonnen.

Die Umzugsphase erfolgt über einen Zeitraum von ca. 6 Monaten und beinhaltet verschiedene Formen der Begleitung (vgl. zur Veranschaulichung Abbildung 2).



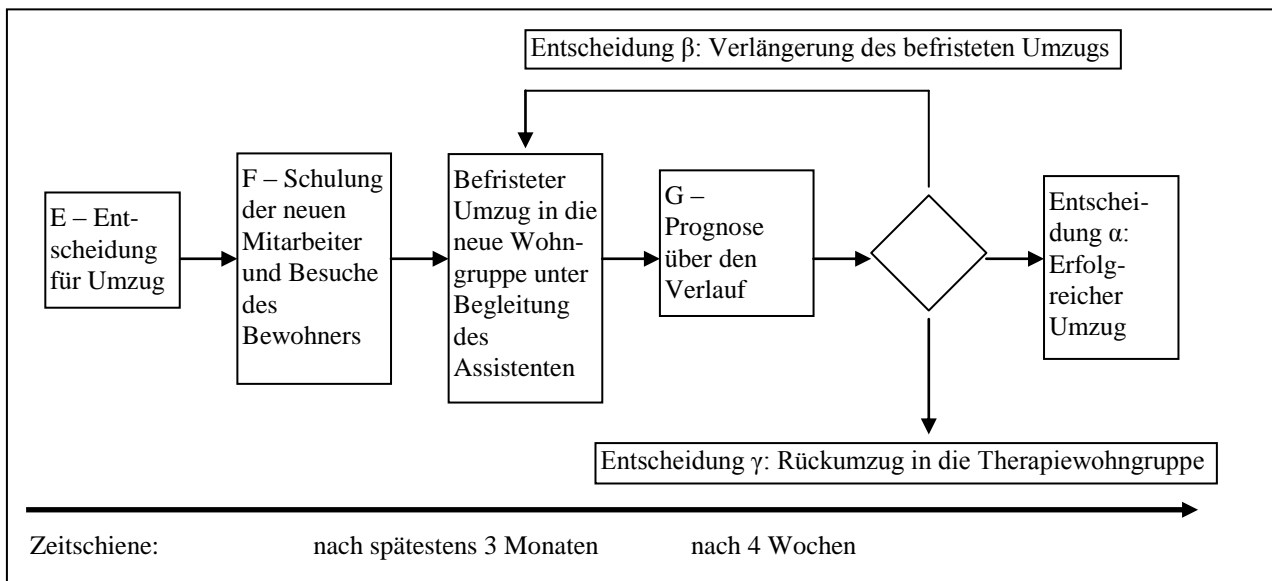


Abbildung 2:  
Ablaufschema der Umzugsphase

F - Neben der intensiven Schulung der MitarbeiterInnen der neuen Wohngruppe, finden Besuche des Bewohners in der neuen Wohngruppe statt, die bei planmäßigem Verlauf nach spätestens drei Monaten zum befristeten Umzug führen.

G - Nach vier Wochen des befristeten Umzuges wird eine erste Prognose gestellt. Fällt sie positiv aus, wird der Therapieplatz nach besetzt, fällt sie negativ aus, wird nach weiteren vier Wochen eine erneute Prognose gestellt. Fällt sie wiederum negativ aus, muss der Bewohner in die Therapiegruppe zurück ziehen.

H - In der Zeit des befristeten Umzuges wird der Bewohner von dem Assistenten der Therapiegruppe begleitet. Nach erfolgreicher Integration reduziert der Assistent schrittweise den regelmäßigen Kontakt zur neuen Wohngruppe.

## 2.5 Umgang mit Krisen

Krisen bestimmen immer wieder den Alltag in der Begleitung von Menschen mit schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten. In diesen Phasen benötigen diese Menschen, aber auch die sie begleitenden MitarbeiterInnen besondere Unterstützung. Hierzu besteht ein einrichtungsinterner Krisendienst, der vom medizinischen Dienst, dem Arzt sowie den PsychologInnen im Fachdienst übernommen wird.

In der Regel ist werktags zwischen 09:00 und 16:00 Uhr immer der Arzt und ein Psychologe kurzfristig erreichbar. Für Wochenenden und Feiertage gibt es eine Notfallregelung.

Die Verfahrenswege im Umgang mit Krisen macht für den gesamten Bereich Wohnen ein so genanntes Ampelprogramm transparent (s. dazu Glasenapp, Schwitzer & Hönig, 2004). Der besondere Fokus liegt dabei auf der Phase „Gelb“: Bereits bevor es zu einem schwerwiegenden Notfall kommt, der eine Krisenintervention im engen Sinne erforderlich macht (Phase „Rot“), werden MitarbeiterInnen sensibilisiert, mögliche Frühwarnzeichen einer Krise richtig zu interpretieren und sich beschriebene Hilfen zu organisieren, z.B. Teambesprechung, vertiefte Diagnostik oder Arztvisite. Das Ziel ist dabei, durch den Ausbau präventiver Hilfen im Alltag die Häufigkeit und Intensität von Krisen insgesamt zu reduzieren.

Über die regelmäßig monatliche psychiatrische Visite vor Ort besteht in Krisenfällen eine gute Zusammenarbeit mit ambulant tätigen Psychiatern sowie den zuständigen Psychiatrien.

## 2.6 Kooperation in der Region

Die Kooperation in der Region Ostwürttemberg befindet sich noch im Aufbau. Durch die Einrichtung einer Beratungsstelle für Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen wurde ein niederschwelliges Angebot geschaffen, das allen betroffenen Personen in der Region und nicht nur Nutzern der Stiftung Haus Lindenhof offen steht (vgl. Betsch & Stelzer, 2005). Die Stiftung arbeitet eng über einen Kooperationsvertrag mit dem Caritasverband Stuttgart zusammen. Darüber hinaus gibt es enge Kontakte zu Einrichtungen der Lebenshilfe im Ostalbkreis. In regelmäßigen, trägerübergreifenden Treffen auf Leitungsebene („Arbeitskreis von Institutionen der Behindertenhilfe im Ostalbkreis“) werden weitere Formen der Zusammenarbeit, auch für die Personengruppe der Menschen mit schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten ausgelotet. Ein wichtiger Schritt ist dabei die Initiierung eines trägerübergreifenden Fortbildungsangebots für MitarbeiterInnen. Über die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen der Behindertenhilfe hinaus werden für die Menschen mit schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten die Kontakte zu niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten gesucht und auf notwendige Behandlungsangebote hingewiesen. Dennoch fehlt eine ernsthafte und notwendige Vernetzung der Angebote für Menschen mit schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten und der zunehmende Wettbewerb zwischen Trägern von Einrichtungen erschwert dabei immer wieder eine engere Kooperation.

## 2.7 Evaluation und Dokumentation

Der Bereich Wohnen überprüft seine Angebote und Prozesse regelmäßig im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems. Hierzu setzen die MitarbeiterInnen der Wohngruppen, aber auch der Fachdienst, Verfahren der Selbstevaluation ein. Das Qualitätsmanagementsystem ermöglicht durch integrierte Rückmeldeschleifen, dass über die übliche Alltagsdokumentierung hinaus alle relevanten Entscheidungen und ihre Folgen (z.B. Diagnosen, Therapieziele, Verlaufsbeobachtungen, Krisen etc.) in die kontinuierliche Weiterentwicklung der entsprechenden Prozesse einfließen (Schweizer und Glasenapp, 2002).

## 2.8 Erfahrungen und Auswirkungen

Die vorgestellten Erfahrungen und Auswirkungen aus dem Modellversuch TWG ergänzen die empirisch-quantitative Evaluation (vgl. Dieckmann & Giovis, Kap. X) durch die Sammlung und Zusammenfassung vieler personenspezifischer Erfahrungen und Rückmeldungen (qualitativer Zugang).

### 2.8.1 Direkte Auswirkungen in Bezug auf die Zielsetzung

Zunächst sollen die Erfahrungen hinsichtlich der direkten Zielsetzung der Wiedereingliederung von Menschen mit schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten in „allgemeine Betreuungsformen“, vorgestellt werden.

Alle Personen konnten innerhalb des therapeutischen Vorgehens teilweise deutliche, überprüfbare Entwicklungsfortschritte machen. Insbesondere die selbstbestimmte Lebensführung sowie Kommunikationsfähigkeiten konnten im Rahmen dieser Möglichkeiten erweitert werden. Alle Personen konnten regelmäßig die tagesstrukturierenden und therapeutischen Angebote nutzen und die Nutzungsmöglichkeiten ausweiten. Für keine der teilnehmenden Personen war während des Zeitraums des Modellversuchs eine stationäre psychiatrische Behandlung notwendig. Für sieben von 12 Personen konnten deutliche Verbesserungen der Lebensqualität verzeichnet werden. Alle wünschenswerten, positiven Veränderungen unterliegen jedoch Schwankungen über die Zeit. Neben oft anfänglichen Erfolgen bzw. erfreulichen Besserungen gehören Krisen und Rückschläge zu jeder

Form von menschlichen Veränderungsprozessen, so dass die Stabilisierung von erfolgreichen Veränderungen einen wesentlichen Inhalt therapeutischer Arbeit darstellt. Diese Beobachtung deckt sich mit Erkenntnissen aus der therapeutischen Arbeit mit traumatisierten Menschen ohne geistige Behinderung, in der immer wieder die große Bedeutung der Stabilisierung betont wird (vgl. Reddemann, 2001).

Nur zwei von insgesamt 12 TeilnehmerInnen am Modellprojekt konnten innerhalb des vorgegebenen Zeitraums umziehen. Die Umzüge verliefen erfolgreich. Für weitere zwei Personen waren zum Ende der Modellphase die Voraussetzungen für einen Umzug geschaffen. Die Wirksamkeit der vorgestellten Konzeption hinsichtlich der therapeutischen Elemente sowie der strukturellen und personellen Rahmenbedingungen wird dabei grundsätzlich bestätigt. Dennoch war nur ein geringer Outcome im Sinne der Zielsetzung zu verzeichnen. Dies wird unterschiedlich begründet. Einerseits wurde versucht, durch eine möglichst lange Teilnahme am Modellprojekt den TeilnehmerInnen eine möglichst große Entwicklungschance zu bieten. Dies führte dann aber zu einer Häufung der geplanten Umzüge am Ende der Modellphase, die trotz intensiver Vorbereitung nicht ausreichend vom übernehmenden Wohnbereich durch entsprechende Angebote bedient werden konnte. Denn trotz erfolgreicher therapeutischer Veränderung sind an die „allgemeinen Betreuungsformen“ spezielle Anforderungen zu stellen (insbesondere Einzelzimmer, überschaubare Gruppengröße, entsprechend qualifiziertes Personal mit hinreichenden Ressourcen, um sich auf die neue Person einzulassen). Von den durch Auszüge und Todesfälle frei werdenden Wohnplätzen im Erwachsenenbereich erfüllte nur ein geringer Teil die beschriebenen Anforderungen. In einem zum Modellversuch zeitlich parallelen und anhaltenden Prozess der generellen Deinstitutionalisierung (vgl. zum Überblick Dörner, 1999) im Wohnbereich der Stiftung Haus Lindenhof werden dezentrale, gemeindeintegrierte Wohneinheiten im gesamten Ostalbkreis geschaffen. Gleichzeitig beinhaltet dieser Prozess die Verbesserung der Lebensqualität in den bestehenden Wohngruppen am Hauptstandort u. a. durch die Reduzierung der Gruppengröße sowie die Schaffung von Einzelzimmern auf der Basis einer veränderten pädagogisch-konzeptionellen Grundlage (Pfeil, 2005). Entgegen der ursprünglichen Planung, konnten durch diesen Prozess bis zum Ende des Modellversuchs TWG keine zusätzlichen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, was sich jedoch in Zukunft ändern wird. Insgesamt zeigen diese Entwicklungen, wie wichtig bereits die frühzeitige Einbindung des Regelwohnbereichs in die konzeptionelle Ausgestaltung von TWG ist. Als wesentliche Erfahrung aus dem Modellversuch bleibt somit zurück, dass trotz intensiver Bemühungen nicht alle teilnehmenden Personen so von dem therapeutischen Setting profitieren konnten, dass mittel- und langfristig ein Umzug vorstellbar war – dies weniger wegen der Personen und ihrer Verhaltensweisen, als vielmehr, weil selbst mit den speziell ausgestatteten „allgemeinen Betreuungsformen“ keine ausreichende Passung zwischen den personellen Bedürfnissen auf der einen Seite und strukturellen Ressourcen auf der anderen Seite hergestellt werden konnten. Als Merkmale einer ungünstigen Prognose für einen Umzug wurden vorrangig ein bereits lang bestehender, chronischer Zustand von schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten sowie die Kombination dieser mit zusätzlichen körperlichen Beeinträchtigungen, die eine zusätzliche intensive Pflege erforderlich machen, genannt.

### 2.8.2 Indirekte Auswirkungen

Neben den direkten Effekten auf die beschriebene Zielsetzung hat der Modellversuch TWG jedoch zahlreiche weitere, indirekte Effekte gehabt, z.B.:

a) Durch verbesserte Ressourcen konnte eine intensive Diagnostik betrieben werden, durch die alte Diagnosen, die teilweise noch aus der Zeit der Aufnahme der BewohnerInnen in den späten 70er Jahren stammten, überprüft und neu gestellt werden konnten. Darüber hinaus gelang es in allen Fällen, unter Rückgriff auf die Lebensgeschichte ein jeweils individuelles und genaueres Modell über die Entstehung der Störung aufzustellen. Dieses Wissen eröffnet Ansatzpunkte für therapeutische Veränderungen und floss darüber hinaus in die Konkretisierung der Hilfeplanung ein.

b) Die verbesserte medizinische Begleitung durch einen Facharzt für Psychiatrie führte in Einzelfällen zu einer Überprüfung und sinnvollen Umstellung der Medikation.

c) Die Kompetenzerweiterung der MitarbeiterInnen. Diese erlebten sich während und über den Abschluss des Modellversuchs hinaus als kompetenter im Umgang mit schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten. Neben der intensivierten Arbeit (stärkere Zielorientierung, längere Assistenzzeiten) basiert dies auf einer Verbesserung der Schulungsangebote, der Kommunikation unter den Mitarbeitern eines Teams und mit den KollegInnen aus anderen Bereichen. Entscheidungskompetenzen wurden auf die Mitarbeiter vor Ort verlagert, die dadurch in höherem Maße ihre Verantwortung gegenüber den Teilnehmern mit schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten erlebten. Die subjektiv wahrgenommene Arbeitszufriedenheit konnte in den drei Jahren stabil gehalten werden. Als bedeutsam ist dabei herauszustellen, dass es bei den Fachkräften während des Zeitraums des Modellversuchs keine Personalfluktuaton gab. Dies widerspricht der oft geäußerten Erfahrung, dass das Personal auf sog. Intensivgruppen starker Fluktuaton unterliegt. Durch die Kontinuität auf Seiten der MitarbeiterInnen konnte erst die Voraussetzung geschaffen werden für ein auf Beziehungsgestaltung basierendes therapeutisches Vorgehen. Personelle Veränderungen gab es lediglich bei den MitarbeiterInnen in Ausbildung, der Gruppenleitung und dem Therapeuten. Als notwendige Kernkompetenzen in der Arbeit für Menschen mit schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten geben die MitarbeiterInnen an: Akzeptanz den Verhaltensauffälligkeiten gegenüber, Zuverlässigkeit, Geduld, Gelassenheit, Deeskalationsfähigkeiten auch in körperlichen Auseinandersetzungen, Teamfähigkeit, Belastbarkeit und Fachwissen.

### 3. Fallvignetten als exemplarische Darstellung unterschiedlicher Entwicklungsverläufe\*

Die Fallvignetten geben einen exemplarischen und konkreteren Einblick in den Veränderungsprozess einzelner TeilnehmerInnen. Wie oft bei Beschreibungen durch MitarbeiterInnen sind auch diese Beschreibungen der einzelnen Menschen Ausdruck einer individuellen Beziehung, die von hoher Wertschätzung geprägt ist. Dabei können die wahrgenommenen und beschriebenen Stärken der Person soweit im Vordergrund stehen, dass sich ein völlig anderes Bild einer Person gegenüber ihrer Beschreibung anhand der Auflistung von Diagnosen im Abschnitt 2.3.1 ergibt. So kann beispielsweise aus schwer-fremdverletzenden Verhalten die „mangelnde Koordination seiner Körperkraft“ werden. Diese positive Sicht auf die Menschen mit schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten ist sehr zu begrüßen und oftmals erst die Grundlage eines positiven Veränderungsprozesses. Sie kann aber auch zu Missverständnissen führen.

#### 3.1 Herr Maier, ein ‚Gewinner‘

Herr Maier ist 44 Jahre alt. Seit seinem 4. Lebensjahr ist er in stationären Einrichtungen untergebracht. Er hat eine geistige Behinderung mittelschweren Grades. Als auffallende Verhaltensweisen sind zu nennen: Massive Distanzlosigkeit MitarbeiterInnen gegenüber, Vergesslichkeit, Zerstreuung und Orientierungslosigkeit. Herr Maier „reguliert“ seine MitbewohnerInnen, indem er schimpft, sie zur Seite schiebt, sie kneift, sie schlägt etc. Auffallend ist außerdem die mangelnde Koordination seiner Körperkraft. Er kann Grenzsetzungen (z.B. beim Herumalbern) schwer erkennen und einhalten. Dies äußert sich beispielsweise in plötzlichen Umklammerungen von hinten, wobei er MitarbeiterInnen die Hände um den Hals legt und sie würgt. Bemerkenswert sind noch seine Trägheit und sein großes Schlafbedürfnis. Seine Stimmung

---

\* Namen geändert.

kann von eher euphorisch, freundlich bis hin zu affektiv ausgeglichen und unauffällig beschrieben werden. Besonders positiv hervorzuheben ist Herrn Maiers Fähigkeit, Bedürfnisse verbal zu äußern, d.h. in Alltagssituationen auf die MitarbeiterInnen aktiv zuzugehen und Sprache und Gestik adäquat einzusetzen. Diese Fähigkeit half ihm, soziale Kontakte innerhalb seines Arbeitsfeldes aufzubauen und zu pflegen, Die kontaktierten Personen gehen auch aktiv auf ihn zu und halten so die Beziehung aufrecht.

Während des Modellversuches wurden unterschiedliche Ziele in der Therapie verfolgt. Ein wichtiger Punkt war die Fähigkeiten zu erhalten, die zu Beginn des Projektes vorhanden waren. Es bestand nämlich der Verdacht auf einen dementiellen Abbauprozess. Des Weiteren sollte im lebenspraktischen Bereich die Erweiterung der momentanen Lebensqualität durch Schaffen neuer Freiräume gewährleistet werden. Im therapeutischen Setting stand die Wahrnehmung der eigenen Grenzen, das Setzen und Vermitteln eigener Grenzen, sowie das Respektieren der Grenzen anderer im Mittelpunkt. Vor allem körperorientierte Verfahren waren hier Interventionen der Wahl. Aus den therapeutischen Situationen ergaben sich unterschiedliche Hypothesen: Herr Maier zeigte überdurchschnittlich viel fehlangepasstes Verhalten. Im Bezug auf eigene Grenzerfahrungen bedeutet dies, dass er sich MitarbeiterInnen gegenüber selten wehrt, gegenüber anderen Menschen mit Behinderung jedoch durchaus regelmäßig und heftig. Gleichbleibende Strukturen über einen langen Zeitraum hinweg benötigte er nicht. Herr Maier wurde umso passiver, je mehr Ansprache, Aufforderung oder Anleitung er erhielt.

Im Verlauf des Modellversuchs wurde deutlich, dass Herr Maier in der Lage ist, Erfahrungen aus der Einzeltherapie in den Alltag zu übertragen. Positiv zu bemerken ist an dieser Stelle, dass er im Alltag diesbezüglich differenzierte Übungsfelder vorfand, entsprechend seiner sozialen Fähigkeiten. Seine distanzlosen Verhaltensweisen und gewaltsamen Übergriffe konnten reduziert werden, so dass er erfolgreich in eine Regelgruppe umziehen konnte. Bei diesem Prozess war eine intensive Zusammenarbeit der Teams der beteiligten Wohngemeinschaften zentrales Element. Vor allem der Austausch über Rahmenbedingungen, die Eskalationen begünstigen oder verhindern bzw. die Anwendung von Deeskalationsstrategien erleichtern oder erschweren, erwies sich als wichtig. Der Austausch eröffnete die Möglichkeit, die Struktur der potentiellen neuen Wohngruppe kritisch und gemeinsam vor dem Hintergrund der in der TWG gemachten Erfahrungen zu reflektieren, ohne die Sicht auf Veränderungen und die damit verbundenen Chancen für Herrn Maier zu vernachlässigen. Im Verlauf dieses Prozesses trafen sich beide Teams in regelmäßigen Abständen und bei Bedarf zusätzlich zwischendurch. Durch das Bezugspersonensystem, d.h. die Zuständigkeit eines Mitarbeiters für Herrn Maier, konnten die Kontakte der WG-Teams auf einzelne MitarbeiterInnen reduziert werden.

### 3.2 Herr Schmitt, ein ‚Noch-nicht-Gewinner‘

Herr Schmitt ist 42 Jahre alt. Seit seinem 8. Lebensjahr ist er in einer stationären Einrichtung untergebracht. Er hat eine geistige Behinderung mittelschweren bis schweren Grades. Ebenso ist ein autistisches Syndrom im Rahmen einer komplexen Behinderung diagnostiziert, was vor allem in seinen geringen sozialen Kompetenzen deutlich wird. Bemerkenswert ist seine extreme Außenirritierbarkeit mit hoher psychischer Vulnerabilität. Herr Schmitt braucht in seinem Umfeld einen klaren, strukturierten Rahmen. Die Schaffung eines solchen Rahmens war während des Modellversuchs ein zentrales Element. Interessant ist die Tatsache, dass Herr Schmitt wiederholt angebotene Situationen zunehmend selbständig für sich strukturieren konnte (z.B. eine Malsituation in einem bestimmten Setting). Um seine Impulse zu Eigenaktivität zu unterstützen machte es Sinn, in diesen Situationen eine tendenziell passive Haltung gegenüber Herrn Schmitt einzunehmen, wodurch er eigene Impulse wahrnehmen konnte und so die Entwicklung von eignen Handlungs- und Lösungsstrategien ermöglicht wurde. Ein weiteres zentrales Element in der therapeutischen Begleitung war die Installierung des TEACCH-Modells im Wohngruppenalltag (vgl. Mesibov, Shea

& Schopler, 2005). Dieses Modell sollte Herrn Schmitt zusätzliche Sicherheit in der Tagesstruktur bieten. Mittel- und langfristig diente es zur Initiierung von alternativen und neuen Verhaltensweisen im Alltag.

Die veränderte medikamentöse Therapie führte schon zu Beginn des Modellversuches zu einer Stabilisierung seiner Situation. In den Visiten mit dem behandelnden Psychiater standen vor allem Aspekte seiner zwanghaften Verhaltensweisen sowie aggressive Übergriffe im Mittelpunkt des Veränderungsprozesses. Die aggressiven Übergriffe nahmen im Verlauf des Modellversuchs deutlich ab und konnten zuletzt kaum noch beobachtet werden. In Bezug auf die zwanghaften Verhaltensweisen mussten unterschiedliche therapeutische Strategien gewählt werden. Neben der alltäglichen Beobachtung der Rituale und Rhythmen von Herrn Schmitt galt es in Abhängigkeit von seiner aktuellen Motivationslage Rituale zu verhindern, sie zu ignorieren, die Rituale spielerisch umzulenken, Herrn Schmitt Grenzen zu setzen, seine Rituale zu kommentieren etc. Erst in der aktiven Auseinandersetzung mit Herrn Schmitt wurde die jeweilige Motivation, welche hinter seinem Verhalten steckt, deutlicher. Im Verlauf zeigte sich, dass kleine Lernerfolge sehr viel Zeit benötigen.

Insgesamt ist festzustellen, dass sich das Zusammenwirken der verschiedenen Elemente des Modellversuchs positiv auf die Stabilisierung von Herrn Schmitts Psyche ausgewirkt hat. Um eine weitere Stabilisierung als Voraussetzung für einen Umzug zu gewährleisten, müsste das therapeutische Milieu, welches an den Modellversuch geknüpft war, weiterhin aufrechterhalten werden.

### 3.3 Frau Bürger, eine ‚Vielleicht-nie-Gewinnerin‘

Frau Bürger ist eine Frau im Alter von 40 Jahren und lebt seit ihrer Kindheit in Institutionen für Menschen mit geistiger Behinderung. Sie selbst hat eine geistige Behinderung schweren Grades. Eine umfassende psychiatrische Diagnostik war bis zum Beginn der Therapiephase nicht durchgeführt worden. Vielmehr wurden ihre Diagnosen zusammengefasst und beschrieben als „komplexe psychische Behinderung schweren Grades und eine geistige Behinderung schweren Grades“. Es sind massive Verhaltensauffälligkeiten zu beobachten, die in ihrer Intensität und Auswirkung variieren. Im Vordergrund stehen Fremd- und Autoaggressionen erheblichen Ausmaßes mit Beißen und Übergriffen auf die MitarbeiterInnen, erhebliche verbale und nonverbale Agitationen mit Schreien, Kotschmierern, nächtlichem Einnässen, massiven phobischen Zuständen sowie paranoides Verhalten mit vermutlich wahnhafter Realitätsverarbeitung.

Im Verlauf des Modellprojekts wurde die therapeutische Arbeit mit Frau Bürger intensiviert. Sie wurde in ihrer Selbständigkeit gefördert, wobei besonders Entspannungsangebote unter psychoedukativen und heilpädagogischen Gesichtspunkten zum Einsatz kamen. Im Umgang mit den auffallenden Verhaltensweisen bewährten sich auf Seiten der MitarbeiterInnen unterschiedliche Methoden, die flexibel eingesetzt werden mussten. Zur Unterbrechung in Eskalationen wurden paradoxe Interventionsformen in unterschiedlichen Variationen eingesetzt, wobei mögliche Gefahren dieser Interventionsform kritisch reflektiert wurden. Die Qualität der Beziehungen zwischen Frau Bürger und den sie begleitenden MitarbeiterInnen stellte einen zentralen Faktor in der Arbeit dar. Dabei ist als wesentlich die Grundstimmung der MitarbeiterInnen zu nennen, da sich Frau Bürger äußerst kompetent in der Antizipation von Gefühlszuständen zeigte. Unsicherheiten der MitarbeiterInnen übertrugen sich so sehr schnell auf Frau Bürger und führten zu negativen Kreisläufen. Solche Übertragungsphänomene waren und sind immer wieder in der Arbeit zu beobachten.

Problematisch im Umgang mit Frau Bürger zeigten sich die oft kaum erkennbaren Auslöser ihrer Verhaltensweisen, d.h. es waren für die MitarbeiterInnen keine kausalen Zusammenhänge erkennbar. Gleichzeitig hatten sich die Handlungsmöglichkeiten der MitarbeiterInnen eingeschränkt bzw. es entstanden starre Interaktionsmuster. Dabei forderte Frau Bürger durch ihr Verhalten

bestimmte einschränkende und Halt gebende Reaktionen der MitarbeiterInnen ein, wobei die MitarbeiterInnen diese Reaktionen schon zeigten, bevor es zu entsprechendem Verhalten durch Frau Bürger kam. So mussten stabile Muster im pädagogischen Handeln immer wieder neu überprüft werden.

Insgesamt sind die auffallenden Verhaltensweisen von Frau Bürger auch nach dem Modellprojekt in ihrer Häufigkeit und Intensität unverändert zu beobachten. Die Hypothese diesbezüglich besteht in der Annahme, dass sich im Laufe der Jahre ihre Lernerfahrungen auf dem Nährboden ungünstiger Entwicklungsmöglichkeiten zu so stabilen Verhaltensmustern geführt haben, das bei deren Modifizierung jedes therapeutische Setting an seine Grenzen stößt.

#### 4. Diskussion und Ausblick

Die TWG im Modellversuch sind konzipiert worden als therapeutische Settings mit dem expliziten Ziel der Integration der teilnehmenden Personen in „allgemeine Betreuungsformen“. Sie tragen damit den Fortschritten in der Entwicklung therapeutischer Ansätze für Menschen mit geistiger Behinderung in den 1980er und 1990er Jahren Rechnung (vgl. beispielsweise zum Überblick Lotz, Koch und Stahl, 1994; Lotz, Stahl und Irblich, 1996). TWG sind die Voraussetzung für die konsequente Umsetzung der Erkenntnisse im Bereich der stationären Behindertenhilfe. Dort treffen diese Voraussetzungen auf eine gute pädagogische Grundlage. Die erforderlichen Ressourcen werden da eingesetzt, wo die Probleme entstehen, zumal die Zielgruppe der Menschen mit schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten als Folge der Psychiatrie-Enquete der 70er Jahre vorrangig in diesen Einrichtungen lebt. Davon unberührt bleibt selbstverständlich die weitergehende Forderung, Ressourcen auch in andere Richtungen zu senden, zunächst in die oftmals völlig überforderten Herkunftsfamilien dieser Menschen sowie in die in der Behandlung von Menschen mit schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten oft noch unerfahrenen weiteren Hilfesysteme wie Psychiatrien oder ambulant tätige ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen.

Die modellhafte Erprobung der TWG in den zurückliegenden drei Jahren führte zusammengefasst für den Großteil der in der Stiftung Haus Lindenhof teilnehmenden Personen zu einer deutlichen Verbesserung ihrer Lebensqualität, sowie eine Kompetenzerweiterung bei den beteiligten MitarbeiterInnen. Stationäre Psychiatrieaufenthalte ließen sich verhindern. Dieses Ergebnis ist umso bemerkenswerter, als dass angesichts der Diagnosen der TeilnehmerInnen diese in der Regel unter schweren und chronifizierten Störungen litten und in den vergangenen Jahren zum überwiegenden Teil schon differenzierte therapeutische Hilfen, wie z.B. durch das KTP, erfahren hatten. Für zwei Personen waren die Verbesserungen in den drei Jahren so weitgehend, dass eine Integration in eine Regelwohngruppe ermöglicht wurde, für weitere zwei Personen war die Voraussetzung für einen Umzug mit dem Auslaufen des Modellprojektes geschaffen. Die durch die Ressourcen im Modellversuch verbesserten Möglichkeiten der Begleitung von Menschen mit schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten bieten diesem Personenkreis neue Entwicklungschancen. Ein Teil der Teilnehmer konnte diese Gruppe innerhalb des vorgegebenen Zeitraums so für sich nutzen, so dass es zu einem Umzug in eine Regelgruppe kam oder in absehbarer Zeit kommen könnte. Das dem Modellversuch zugrunde liegende Konzept ist somit ausdrücklich zu begrüßen.

Kritisch zu reflektieren bleiben aus unserer Sicht folgende zwei Aspekte:

a) Der mit dem therapeutischen Ansatz verbundene Druck zur Veränderung kann kontraproduktive Auswirkungen auf die MitarbeiterInnen und damit auf die beteiligten Personen haben.

Therapeutische Veränderungsprozesse verlaufen oft nach einem immanenten Tempo, das sich in der Regel nicht durch äußeren Druck verändern lässt. Je tiefer eine dysfunktionale Verhaltensweise mit der Biografie eines Menschen und damit seiner Persönlichkeitsentwicklung verwoben ist – und bei Menschen mit geistiger Behinderung muss von einer entsprechend früh beginnenden Störung ausgegangen werden, desto höher ist in der Regel sein Bedarf an kontinuierlicher therapeutischer

Beziehungserfahrung und therapeutischen Wiederholungen. Rahmenvorgaben für Hilfeangebote – die sicherlich innerhalb eines ökonomisch bestimmten Verwaltungsgeschehens ihre Berechtigung haben – führen dazu, dass nur ein Teil der Nutzer dieses Angebotes innerhalb der vorgegebenen Zeit hinreichend für sich nutzen kann, ein Problem, das z.B. auch für NutzerInnen ambulanter Psychotherapien gilt, die in ihrem Umfang unabhängig von der individuellen Bedürftigkeit begrenzt sind.

b) Das entscheidende Problem bei der Ausgestaltung von Hilfen ist nicht die therapeutische Veränderung selbst, für die es mittlerweile erfreulich gute Konzepte gibt, sondern die Frage, was danach kommt. Diese Frage kann eindeutig günstig für diejenigen – nennen wir sie die ‚Gewinner‘ – beantwortet werden, die innerhalb des vorgegebenen Zeitraums umziehen konnten und ihre neue Lebensperspektive annehmen und integrieren konnten.

Es bleiben jedoch zwei Subgruppen zurück, die ‚Noch-nicht-Gewinner‘ und die ‚Vielleicht-nie-Gewinner‘. Für Erstere gilt, dass bei konsequenter Weiterführung der im Modellversuch gegebenen Rahmenbedingungen bei einer überschaubaren mittelfristigen Perspektive die individuellen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Integration geschaffen werden können, sofern die übernehmenden Regelwohngruppen notwendige Mindeststandards erfüllen können. Die Subgruppe der ‚Vielleicht-nie-Gewinner‘ wird auch über absehbare Zeit hinaus einen Bedarf an personeller und struktureller Hilfe haben, wie er in Regelwohngruppen zur Zeit nicht realisiert werden kann. Hier zeigt sich, wie wichtig es ist, bereits bei der Gründung von TWG konzeptionelle Überlegungen anzustellen, welche Konsequenzen sich für den nicht-therapeutischen Wohnbereich ergeben. Nur darauf zu vertrauen, dass „natürliche“ Veränderungen durch Um- und Auszüge die Grundlage schaffen, um Personen den Umzug aus einer TWG zu ermöglichen, reicht nicht aus. Gleichzeitig sollte die konzeptionelle Ausgestaltung von TWG in die weiteren Diskussionen um die stationäre Behindertenhilfe und dort insbesondere der Entwicklung neuer Wohnformen eingebettet werden. Durch Konzepte wie Deinstitutionalisierung (vgl. Dörner, 1999) werden Freiräume geschaffen, die auch Menschen mit schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten zur Verfügung stehen müssen. Der Aufbau eines „Sonderbereichs“ für Menschen mit schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten führt vor diesem Hintergrund in eine Sackgasse.

Dennoch ist am Ende des Modellversuchs die bedeutsamste Frage nicht, was mit denen passiert, die profitiert haben, sondern was mit denen passiert, die (noch) nicht profitieren konnten. Die Stiftung Haus Lindenhof hat sich in dieser Frage so positioniert, dass sie Personen den Zugang zum Modellversuch TWG ermöglichte, die überwiegend bereits therapeutische Programme durchlaufen hatten, ohne dass es zu einer gelungen Integration in eine Regelwohngruppe gekommen war. Die Prognose musste daher als ungünstig angesehen werden. Umso erfreulicher sind somit die berichteten Fortschritte.

Für die Zukunft hat die Stiftung Haus Lindenhof aus den Erfahrungen mit dem Modellversuch Konsequenzen gezogen und wird ihr Konzept für die Arbeit mit verhaltensauffälligen Menschen komplettieren. Neben der TWG soll es als Angebot ein Beratungsteam geben, das sich an den Konsulententeams (vgl. Kapitel X) orientiert, sowie eine intensiv betreute Heilpädagogische Wohngruppe.

Das interdisziplinäre Beratungsteam besteht aus FachdienstmitarbeiterInnen der Stiftung und aus einzelnen ausgebildeten MitarbeiterInnen der TWG. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit speziell ausgebildeten, niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten. Das Angebot richtet sich an Wohngruppen innerhalb der Stiftung Haus Lindenhof, an regionale Wohngemeinschaften, an Wohngruppen anderer Träger sowie an Familien mit Menschen mit Behinderung, die nicht in einer stationären Einrichtung leben. Das Konzept sieht in erster Linie aufsuchende, beratende Tätigkeiten vor (vgl. zur Entwicklung der beratenden Funktion des Fachdienstes Elbing, 1996b; Schweizer und Glasenapp, 2002). Vielfach kann fachliche Beratung und gezielte therapeutische Intervention im Herkunftssystem die Manifestierung einer schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeit



verhindern bzw. deren Ausprägung abmildern. Das zeigen auch die Ergebnisse in anderen europäischen Ländern (vgl. Kap. X in diesem Buch).

In der intensiv betreuten Heilpädagogischen Wohngruppe leben die Personen, die zu den „Nicht-Gewinnern“ oder auch zu den „Vielleicht-nie-Gewinnern“ gehören. Für die erste Gruppe wird die gezielte (heil-)pädagogische Begleitung und Förderung ähnlich wie in der TWG fortgesetzt. Ziel ist eine weitere Verbesserung der Verhaltensproblematik und letztlich die mittelfristig mögliche Integration in eine Regelwohngruppe. Für die zweite Gruppe gilt es unter den Bedingungen der ganz individuellen Begleitung eine möglichst weitgehend normale Lebensgestaltung zu erreichen und die Teilhabe am Leben der Gemeinschaft in und außerhalb der Einrichtung zu sichern.

Abschließend ergibt sich somit für die Fortsetzung der wissenschaftlichen Diskussion ein weiterer Klärungsbedarf: Aus unserer Sicht gilt es dabei, Konzepte für eine dauerhaft intensive und damit auf Stabilität beruhende Begleitung dieser Menschen wissenschaftlich weiterzuentwickeln, inhaltliche und strukturelle Standards dieser Arbeit zu definieren, Instrumente zur objektiven Erfassung des dauerhaft erhöhten Bedarfs dieser Menschen zu entwickeln und schließlich, in einem zweiten Schritt, die Erfüllung dieses Bedarfs auch sozialrechtlich durchzusetzen.

#### 4. Literaturhinweise

Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit (dt. erweiterte Herausgabe von A. Franke). Tübingen: dgvt.

Betsch, A. & Stelzer, S. (2005). „Ambulantisierung“ in der Stiftung Haus Lindenhof. In: B. Pfeil u.a. (Hrsg.). Ich diene mir selbst, S. 71-92. Freiburg: Lambertus.

Bird, F., Dores, P.A., Moniz, D. & Robinson, J. (1989). Reducing severe aggressive and self-injurious behaviors with functional communication training. *American Journal on Mental Retardation*, 94, 37-48.

Bronfenbrenner, U. (1981). Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta.

Dörner, K. (1999). Ende der Enthospitalisierung?, *Geistige Behinderung*, 38, 311-318.

Elbing, U. (1996a). Nichts passiert aus heiterem Himmel.es sei denn, man kennt das Wetter nicht - Transaktionsanalyse, *Geistige Behinderung und sogenannte Verhaltensstörungen*. Dortmund: modernes lernen.

Elbing, U. (1996b). Der begleitende Dienst als Spiegel und Motor der Heimentwicklung. In: G. Letzgus (Hrsg.). *Blauer Mond. Behinderten- und Altenhilfe in der Stiftung Haus Lindenhof*, S. 40-56. Freiburg: Lambertus.

Elbing, U. & Glasenapp, J. (2005). Persönlichkeits-, Beziehungs- und systemische Diagnostik. In: B. Stahl & D. Irblich (Hrsg.). *Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein interdisziplinäres Handbuch*, S. 91-112. Göttingen: Hogrefe.

Elbing, U., Glasenapp, J., Moschner, B. & Rohmann U.H. (1999). Spiegeln als Mittel der Beziehungsgestaltung in der Therapie für Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Überblick. *Geistige Behinderung*, 38, 338-347.

Elbing, U., Glasenapp, J., Moschner, B. & Rohmann, U.H. (2000). Mikroanalyse wechselseitiger Nachahmungsprozesse in der Therapie von Menschen mit geistiger Behinderung. *Heilpädagogische Forschung*, 26, 58-67.

Elbing, U. & Letzgus, G. (1995). Kompakt-Therapie-Programm für verhaltensgestörte Geistigbehinderte. *Jugendwohl*, 76, 327-337.

Elbing, U. & Rohmann, U.H. (1990). Die Klinik im Heim: Das Kompakt-Therapie-Programm zur Behandlung autistischer Behinderter mit schweren Verhaltensstörungen. In: S. Dzikowski & C. Arens (Hrsg.), *Autismus heute*. Band 2. (S. 103-115). Dortmund: modernes lernen.

- Elbing, U. & Rohmann, U.H. (1992). Das Kompakt-Therapie-Programm zur Behandlung autistisch und geistig Behinderter mit schweren Verhaltensstörungen im vollstationären Bereich. In: Lebenshilfe (Hrsg.), Annehmen und Verstehen – Förderung von Menschen mit sehr schweren Behinderungen. Band 2. (S. 328-337). Hürth: Lebenshilfe.
- Elbing, U. & Rohmann, U.H. (1993). Evaluation eines Intensivtherapie-Programms zur Behandlung schwerer Verhaltensstörungen bei geistig Behinderten mit autistischen oder psychotischen Verhaltensweisen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 42, 248-260.
- Elbing, U. & Rohmann, U.H. (1994a). Wechselseitige Imitations- und Modellierungsprozesse in der Behandlung von schweren Verhaltensstörungen bei geistig Behinderten. Heilpädagogische Forschung, 20, 118-126.
- Elbing, U. & Rohmann, U.H. (1994b). Auswirkungen eines Intensivtherapieprogramms für verhaltensgestörte Geistigbehinderte auf ihre Bezugspersonen im Heim. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 43, 90-97.
- Feuser, G. (1980). Wie sollen autistische Kinder institutionell gefördert werden? - Eine Kontroverse. In: G. Feuser (Hrsg.). Autistische Kinder, S. 98-132. Solms-Oberbiel: Jarick.
- Gaedt, C. (1997). Psychopharmakotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. Anhang in: A. Dosen. Psychische Störungen bei geistig behinderten Menschen. Stuttgart: G. Fischer.
- Glasenapp, J. (2003). Wenn die Beziehung ins Wanken gerät. Orientierung, 3/2003, 19-21.
- Glasenapp, J., Elbing, U., Moschner, B. & Rohmann U.H. (2000). Explorative Mikroanalyse von Prozessen der Beziehungsgestaltung in der Therapie für Menschen mit geistiger Behinderung. Heilpädagogische Forschung, 26. 132-142.
- Glasenapp, J., Schwitzer, D. & Hönig, T. (2004). "Ampelprogramm für Schwierigkeiten im Umgang mit Bewohnerinnen und Bewohnern". Ein Beispiel für eine einrichtungsinterne Krisenintervention aus der Stiftung Haus Lindenhof, Schwäbisch Gmünd. In: E. Wüllenweber & G. Theunissen (Hrsg.). Handbuch Krisenintervention, Band II: Methoden und Konzepte bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Praxisbegleiter (S. 255-262). Stuttgart: Kohlhammer.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
- Hartmann, H. (1986). Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie mit psychotischen Kindern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 35, 242-247.
- Jantzen, W. (1996). Diagnostik, Dialog und Rehistorisierung: Methodologische Bemerkungen zum Zusammenhang von Erklären und Verstehen im diagnostischen Prozeß. In W. Jantzen & W. Lanwer-Koppelin (Hrsg.), Diagnostik als Rehistorisierung. Methodologie und Praxis einer verstehenden Diagnostik am Beispiel schwer behinderter Menschen (S. 9-31). Berlin: Marhold.
- Jetter, K. (1994). "Verstehende Diagnostik". Geistige Behinderung, 33, 297-307.
- Lingg, A. & Theunissen, G. (2000). Psychische Störungen und Geistige Behinderung. Freiburg: Lambertus.
- Lotz, W., Koch, U. & Stahl, B. (Hrsg.). (1994). Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen. Bern: Huber.
- Lotz, W., Stahl, B. & Irblich, D. (Hrsg.). (1996). Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung. Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung. Bern: Huber.
- Mesibov, G.B., Shea, V. & Schopler, E. (2005): The TEACCH Approach to Autism Spectrum Disorders, North Carolina: Autism Society.
- Reddemann, L. (2001). Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Pfeiffer.
- Rohmann, U. H. & Elbing, U. (1998). Selbstverletzendes Verhalten. Überlegungen, Fragen und Antworten. Dortmund: modernes lernen.
- Schweizer, A. & Glasenapp, J. (2002). Lebens- (Qualitäts-) Management. In: A. Lenz & W. Stark (Hrsg.). Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation (S. 203-212). Tübingen: dgvt-Verlag.

Schweizer, A. & Glasenapp, J. (2005). Lebensqualität, Selbstbestimmung und Assistenz. In: B. Pfeil u.a. (Hrsg.). Ich diene mir selbst, S. 38-48. Freiburg: Lambertus.

The Royal College of Psychiatrists (2001). DC-LD [Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation]. London: Gaskell.

Theunissen, G. (1999). Wege aus der Hospitalisierung. Empowerment in der Arbeit mit schwerstbehinderten Menschen (4., völlig neubearbeitete und erweiterte Auflage). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

WHO (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. WHO