

AUSGABE 01 | Mai 2019

Stadtpunkte **THEMA**



Informationen zur Gesundheitsförderung



Thema

Inklusion und Gesundheitsförderung

Aus dem Inhalt

Thomas Altgeld
Mittendrin oder
außen vor?
Gesundheitsförderung
inklusiv gestalten

Ingrid Körner
10-jähriges Jubiläum der
UN-Konvention über die
Rechte von Menschen
mit Behinderungen

Birgit Schuhmacher
Inklusion und Gesund-
heitsförderung für Men-
schen mit Demenz



Liebe Leserinnen und Leser,

vor 10 Jahren trat in Deutschland die Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) in Kraft. Sie veranschaulicht bestehende und noch weiter zu entwickelnde Rechte für Menschen mit Behinderungen mit dem klaren Ziel: Chancengleichheit und uneingeschränkte und selbstverständliche Teilhabe in der Gesellschaft für Menschen mit Behinderungen zu fördern. Im Artikel 25 UN-BRK heißt es: „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.“

Wie steht es um den Bedarf und wie weit sind die Anforderungen zur Inklusion umgesetzt? Wie lässt sich Gesundheitsförderung inklusiv gestalten? Wie arbeiten Eingliederungshilfe und Gesundheitsförderung und -versorgung zusammen?

Die HAG hat im Februar dieses Jahres gemeinsam mit ihren Mitgliedsorganisationen Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Evangelische Stiftung Alsterdorf und Leben mit Behinderung diese Fragen für Hamburg im Rahmen einer

Fachtagung unter dem Motto „Gesundheitsförderung inklusiv: partizipativ und sozialräumlich!“ aufgegriffen. Einzelne Beiträge der Veranstaltung sind in dieser Ausgabe veröffentlicht.

Die UN-BRK geht über das enge Verständnis körperlicher, geistiger, mentaler und Sinnes-Beeinträchtigungen (Menschen haben Behinderungen) hinaus, indem sie darauf hinweist, dass alle Barrieren, die an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können, vermieden oder abgebaut werden müssen. Damit sind zum Beispiel technische und räumliche Hürden der Zugänglichkeit (Treppen, Gehweghindernisse) gemeint, aber auch kommunikative Barrieren (Sprache, Text) sowie sozial-kulturelle und einstellungsbedingte Hürden (Diskriminierung, Ausgrenzung).

Diese Ausgabe der Stadtpunkte beleuchtet den Stand der Umsetzung. Fast alle Artikel kommen zu einem übereinstimmenden Fazit: Es wurde und wird viel und Vielfältiges getan, aber das Erreichte ist noch nicht durchgängig zufriedenstellend.

Wir danken allen Autor*innen für die Beteiligung an dieser Ausgabe und wünschen unseren Leser*innen eine anregende und abwechslungsreiche Lektüre.

Petra Hofrichter und Team

Inhalt

- 2 Editorial
- 3 Mittendrin oder außen vor?
Thomas Altgeld
- 4 Das soziale Modell von Behinderung
Frank Martin Brunn
- 5 10-jähriges Jubiläum der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen
Ingrid Körner
- 7 Vom Projekt zur nachhaltigen Teilhabe
Annica Petri, Bärbel Ribbert
- 8 Leichte und einfache Sprache – Ein Beitrag für mehr Chancengerechtigkeit
Maria Gies
- 9 Leichte Sprache
Anja Teufel
- 11 Die GESUND! Werkstatt zu Besuch in Hamburg
Christian Meinhard, Christian Wallner, Theresa Allweiss
- 12 Gesundheit für alle
Birgit Pohler
- 13 Inklusion und Gesundheitsförderung für Menschen mit Demenz
Birgit Schuhmacher
- 14 Das Chancen-Netz Senioren – inklusiv und sozialräumlich
Uta Kampers
- 15 Chancen-Netz Senioren
Mareen Jahnke
- 16 Schneverdingen wird inklusiver Sozialraum
Ulrike Schloo, Oliver Hofmann
- 17 Hamburger Sprachmittlerpool für Menschen mit Behinderung
Ricarda Müller, Mike Mösko
- 18 Inklusion ist keine Ausnahme
Elke Biesel
- 19 Impressum

Bestellen Sie unseren Newsletter „Stadtpunkte AKTUELL“: newsletter@hag-gesundheit.de oder unter www.hag-gesundheit.de. Er informiert Sie sechs Mal im Jahr über Aktivitäten und Veranstaltungen der HAG sowie über gesundheitspolitische Themen und Termine in Hamburg und auf Bundesebene.

Mittendrin oder außen vor?

Gesundheitsförderung inklusiv gestalten

Thomas Altgeld

Während im Bildungsbereich die Inklusionsdebatten schon in die Jahre kommen, fangen sie in der Gesundheitsförderung und -versorgung gerade erst sehr zaghaft an. Obwohl die Datenlage zur gesundheitlichen Situation von Menschen mit Behinderungen nicht zufriedenstellend ist, wurde zum Beispiel im zweiten Teilhabebericht der Bundesregierung 2013 ein deutlich erhöhtes Krankheitsrisiko im Vergleich zur Gesamtbevölkerung festgestellt. Menschen mit Behinderungen sind häufiger (chronisch) krank, haben häufiger Begleiterkrankungen, verzeichnen einen komplizierteren Krankheitsverlauf und sterben früher als Menschen ohne Behinderungen. Gesundheitsförderung wäre also eine sehr naheliegende Handlungsoption. Weil aber Krankheit und Behinderung häufig eh in den Köpfen vieler Menschen in einen Topf geworfen werden und zudem die Behindertenhilfe sowohl in der Sozialgesetzgebung als auch in ihren Angebotsformen in eigenen gesellschaftlichen Substrukturen organisiert ist, standen Menschen mit Behinderungen als relevante Gruppe bislang nicht im Fokus der Gesundheitsförderung.

Definitionen und Zahlen

Behinderungen stellen soziale, historische und kulturelle Konstruktionen dar, die somit auch zeittypischen Wandlungen unterliegen. Das weisen die interdisziplinär angelegten vergleichsweise jungen Disability Studies deutlich nach. Das SGB IX definiert in § 2 Menschen mit Behinderungen als „Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.“ Damit wird zugleich festgehalten, dass Behinderungen nicht als individuelle Störungen und Problemlagen zu begreifen sind, sondern immer in Zusammenhang mit umweltbedingten Faktoren, sogenannten Barrieren, gesehen werden müssen. Der angelsächsische Begriff des „Handicaps“ bezeichnet exakt diese Nachteile für eine Person aus einer Schädigung oder Beeinträchtigung heraus. Zum Jahresende 2017 lebten rund 7,8 Millionen Menschen mit einer staatlich anerkannten Schwerbehinderung in Deutschland.

Die UN-Behindertenrechtskonvention von 2006 konkretisiert bestehende und auszubauende Menschenrechte für Menschen mit Behinderungen mit dem Ziel, Chancengleichheit sowie uneingeschränkte und selbstverständliche Teilhabe in der Gesellschaft zu fördern. Artikel 25 der Konvention beschreibt das Recht von Menschen mit Behinderungen „auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung, auf eine Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard wie sie für andere Menschen zur Verfügung steht ...“ (S.22).

Nicht-barrierefreie Primärversorgung

Da aber nicht mal die Versorgung im Krankheitsfall in Deutschland barrierefrei möglich ist, konzentrieren sich ähnlich wie bei anderen sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen, beispielsweise Menschen mit Migrationshintergrund oder Wohnungslose, die Forderungen im politischen Raum oder von Interessenverbänden von Menschen mit

Behinderungen auf genau diese Sicherstellung einer barrierefreien Gesundheitsversorgung. Wie groß der Bedarf hier ist, zeigt eine Antwort der Bundesregierung aus 2018 auf eine Anfrage der Linken im Bundestag. Der Großteil der rund 100.000 Arztpraxen in Deutschland ist nicht ohne Stufen oder Treppen zu erreichen. Nur jede dritte Praxis (34,4 %) verfügt über mindestens ein Merkmal der Barrierefreiheit. Solche Merkmale sind etwa ein barrierefreier Zugang, barrierefreie Räumlichkeiten oder auch ein Leitsystem für Menschen mit Sehbehinderung.

Inklusive Gesundheitsförderung

An sich sind alle Grundsatzdokumente der Gesundheitsförderung der WHO inklusiv angelegt, zum Beispiel die Ottawa-Charta von 1986 mit ihrer Definition von Gesundheitsförderung als ein „Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“. Auch die etwa zeitgleich entstandene gesundheitsfördernde Settingarbeit ist mit ihrem zentralen Qualitätsmerkmal der Partizipation, das heißt der Teilhabe aller Betroffenen in dem jeweiligen sozialen System, an sich ebenfalls inklusiv. Bislang fehlte jedoch eine inklusive Umsetzungspraxis bei den Gesunden Städten oder Schulen. Das scheitert häufig, wenig verwunderlich, an Barrieren. Zugangsbarrieren etwa. Erfolgreiche Partizipation bei der äußerst heterogenen Gruppe von Menschen mit Behinderungen muss gewollt sein und organisiert werden. Diese Heterogenität fängt bei der Art, Schwere und Dauer der Behinderung selbst an und geht dann über alle Diversitätsdimensionen (zum Beispiel Geschlecht, Religion, Alter oder sexuelle Orientierung) hinweg, das heißt, die Heterogenität schließt körperliche und geistige Dimensionen genauso mit ein wie alle anderen relevanten Diversitätsdimensionen auch. Barrieren können räumliche Barrieren (von Treppen bis zu den Toiletten) sein, etwa in den Orten, in denen Beteiligungsgruppen stattfinden. Aber häufig sind auch Barrieren in der Kommunikation abzubauen, beispielsweise wenn Menschen nicht sehen, hören oder sprechen können. Daher ist Barrierefreiheit, das heißt die Gewährleistung von Kommunikationsmittler*innen, im Rahmen von Veranstaltungen oder Gesundheitszirkeln ein entscheidender

Gelingensfaktor. Auch Kommunikation in leichter Sprache könnte ein neues Qualitätskriterium für erfolgreiche Gesundheitsförderungsarbeit sein. Bisher lassen sich kaum Modelle guter Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention bei Menschen mit Behinderung in Deutschland aber auch international identifizieren, wie Projektrecherchen der BZgA deutlich nachweisen.

Einige neuere Programme fokussieren auf die Erhöhung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Behinderungen, aber sie unterliegen teilweise stereotypisierenden Grundannahmen. Mehr Gesundheitstipps in leichter Sprache machen Menschen mit Behinderungen wahrscheinlich nicht gesünder, sondern mehr gleichberechtigte Teilhabe und die Veränderung von Rahmenbedingungen (Verhältnissen).

„Nichts über uns ohne uns“ lautet eine einprägsame Forderung der Behindertenrechtsbewegung. Eine Forderung, von der die Praxis der Primärprävention in Deutschland mit ihren besserwisserischen (aber nutzlosen) Appellen an Verhaltensänderungen sogar noch etwas lernen könnte. Inklusive Gesundheitsförderung ist also eine Herausforderung der Vielfalt, bei der neue Begegnungen möglich sind. Miteinander lernen statt Belehrungen für neue „Zielgruppen“ zu organisieren, ist dabei eine bleibende, aber vielversprechende Herausforderung.

Autor und Literatur: Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. www.gesundheit-nds.de

Das soziale Modell von Behinderung

Der Perspektivwechsel hin zu den Lebensverhältnissen

Frank Martin Brunn

Das Bild von Behinderung ist im Wandel. Nach langer Zeit fürsorglicher Bevormundung ist es gelungen, die grundlegende Bedeutung sozialer Verhältnisse für das Verständnis von Behinderung und die Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderungen aufzuzeigen. Die 2006 von den Vereinten Nationen verabschiedete Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) bietet erstmals eine internationale Rechtsgrundlage für die neue Sicht auf Menschen mit Behinderungen und einen würdigen Umgang mit ihnen.

Wenn wir von „Menschen mit Behinderungen“ sprechen, dann gilt es zu bedenken, dass unser Behinderungsbegriff noch keine hundert Jahre alt ist. Er wurde in den Dekaden nach dem Zweiten Weltkrieg gebildet. Er diente dazu, Stigmatisierungen zu überwinden, die mit bis dahin gebräuchlichen Begriffen wie Krüppel, Idioten und ähnlichem verbunden waren. Außerdem diente er dazu, als Containerbegriff möglichst neutral eine Gruppe von Menschen zusammenfassend zu beschreiben, die Unterstützung benötigte, weil sie auf Grund physischer oder psychischer Einschränkungen nicht ausreichend für sich selbst sorgen konnte. Obwohl sie unter dem Begriff Behinderung vereint werden, sind die darunter gefassten menschlichen Eigenschaften vielfältig und zum Teil sehr unterschiedlich. Im Hintergrund dieses Behinderungsbegriffs steht das medizinische Bild eines Normalmenschen, von dem Menschen mit Behinderungen abweichen. Die Abweichungen werden zweckorientiert kategorisiert gemäß den Möglichkeiten von Behandlung und Fürsorge. Auf diese Weise entsteht ein an Defiziten orientiertes Bild von Menschen mit Behinderungen. Es hat weniger mit der Konstitution und den Fähigkeiten eines einzelnen Menschen zu tun als vielmehr mit sozialen Semantiken. Es leitet die Betroffenen auf Sonderwege in Wohneinrichtungen, Tagesstätten, Sonderkindergärten und -schulen, Fördereinrichtungen und Werkstätten. Die Sonderwege bieten gesellschaftliche Schutzräume und Integration. Wenn sie für die Betroffenen allerdings alternativlos sind, werden sie auf ihnen sozial separiert. Fürsorge zeigt sich hier als soziale Exklusion. Menschen werden durch solche Institutionen der Fürsorge zu Behinderten geformt.

Teilhabe als Leitparadigma

Die Vereinten Nationen läuteten 2006 mit der Verabschiedung der UN-BRK einen Paradigmenwechsel ein. Menschen mit Behinderungen sollen nicht mehr unter dem Aspekt von Defiziten in den Blick genommen werden, sondern unter dem Aspekt von Teilhabechancen. An die Stelle der Fürsorge tritt die Teilhabe als Leitparadigma. Die UN-BRK reflektiert die soziale Dimension von Behinderung. Sie geht von den allgemeinen Menschenrechten aus und begreift Behinderung als Ergebnis des Zusammenspiels individueller Beeinträchtigungen, Fürsorge und gesellschaftlicher Barrieren, die die Betroffenen an der Wahrnehmung ihrer Rechte hindern. Sie zielt nicht mehr auf Fürsorge und Rehabilitationsmaßnahmen für Menschen mit Behinderungen, sondern auf den Abbau sozialer Barrieren und die Ermöglichung selbstbestimmter sozialer Teilhabe. In allen Ländern, in denen die UN-BRK in Kraft getreten ist, gibt es eine rechtliche Verpflichtung, das gesellschaftliche Leben inklusiv zu entwickeln. Inklusion im Sinne der UN-BRK bedeutet, allen Menschen von vornherein die Teilnahme an allen gesellschaftlichen Aktivitäten auf allen Ebenen und in vollem Umfang zu ermöglichen. Behindertenhilfe bedeutet daher nicht mehr, für Menschen mit Behinderung als passive Hilfeempfänger*innen zu sorgen, sondern sie in der Teilhabe an allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens zu unterstützen, also sie in ihrer Aktivität zu fördern.

Wie kann soziale Teilhabe konkret aussehen?

Ein anschauliches Beispiel bietet der in Hamburg lebende Rudertrainer Alexander Donner. Donner ist seit seiner

Jugend aufgrund eines Badeunfalls querschnittsgelähmt. Die Beine kann er gar nicht mehr bewegen, in den Armen hat er Einschränkungen, die auch die Finger betreffen. In der Reha entdeckte er sein Interesse an der Sporttherapie. Heute arbeitet er als Therapeut und Personal Trainer. Er trainiert nicht-behinderte Menschen. Sein Ruderboot ist so ausgestattet, dass er trotz Querschnittslähmung darin sitzen und rudern kann. In einem Interview antwortete er auf die Frage nach den ersten Reaktionen auf einen Trainer, der im Rollstuhl sitze: „Ein, zwei Mal war es schon so, dass die Leute, die ich zum ersten Mal als Personal Trainer getroffen habe, überrascht waren, dass ich im Rollstuhl sitze. Auch beim Rudern schauen einige schon zweimal hin und sagen: Auf den ersten Blick dachte ich, wie will der uns Rudern beibringen. Letztendlich sind sie dann aber sehr zufrieden

und kommen immer wieder zu mir.“ Auf die Nachfrage „Thematisieren Sie ihre Behinderung?“ antwortete er: „Nee, überhaupt nicht. Manchmal fragt jemand, warum ich im Rollstuhl sitze, und dann erzähle ich, was passiert ist. Aber sonst spielt das keine große Rolle.“

Inklusion gelingt, wenn Behinderung im Miteinander nur noch ein Randthema ist. Dafür sind unterstützende Rahmenbedingungen technischer und sozialer Art unabdinglich. Die technische Reduzierung von Barrieren ermöglicht es, gedankliche und soziale Barrieren abzubauen und zu einem möglichst barrierefreien Miteinander zu gelangen.

Autor: PD Dr. Frank Martin Brunn, Arbeitsstelle Kirche und Gemeinwesen am Fachbereich Evangelische Theologie der Universität Hamburg, www.theologie.uni-hamburg.de/kug

10-jähriges Jubiläum der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Ein Grund zum Feiern oder zum Mahnen?

Ingrid Körner

Deutschland hat als eines der ersten Länder am 30. März 2007 die UN-Behindertenrechtskonvention unterzeichnet. Sie trat am 26. März 2009 in Kraft und feierte damit im März dieses Jahres ihren 10-jährigen Geburtstag. Diesen Tag hat Hamburg zum Anlass genommen, um auf das Erreichte hinzuweisen, aber auch deutlich zu machen, dass der Weg zu einer inklusiven Gesellschaft ein langer Weg ist und noch viel getan werden muss. In Hamburg haben sich nach einem Aufruf der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration viele Organisationen mit inklusiven Aktivitäten beteiligt. Darunter waren speziell für diesen Tag konzipierte, aber auch Angebote, die bereits regelhaft zum Beispiel im Programm vieler Sportvereine zu finden sind. Doch wie sieht es außerhalb dieser besonderen Anlässe aus? Ist das Leben von Menschen mit und ohne Behinderung selbstverständlicher geworden? Oder sind tatsächlich erst 5 % erreicht, wie in einer der Jubiläums-Veranstaltungen kritisiert wurde?

Landesaktionsplan für einen dynamischen Prozess

Am 18. Dezember 2012 verabschiedete der Hamburger Senat den Landesaktionsplan (LAP) zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Unter der Federführung der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration wurde der LAP gemeinsam mit der Senatskordinatorin für die Gleichstellung behinderter Menschen, dem Landesbeirat zur Teilhabe behinderter Menschen, der Landesarbeitsgemeinschaft behinderter Menschen, Hamburger Behörden und Bezirken, zahlreichen weiteren Organisationen sowie zusätzlich mit der Zivilbevölkerung im Rahmen eines Fachtages diskutiert und erarbeitet. Die Vorschläge wurden soweit wie möglich in den Aktionsplan mit eingearbeitet. Der LAP galt als Einstieg in einen auf Dauer angelegten dynamischen Prozess. Eine Weiterentwicklung in den Handlungsfeldern und eine Ergänzung dieser wurden bewusst mit eingeplant.

Das Wichtigste: Umfassende Barrierefreiheit

Die wichtigste Voraussetzung für die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in allen Handlungsfeldern ist Barrierefreiheit. Denn nur wenn sie die Möglichkeit haben, uneingeschränkten Zugang zu allen Orten zu bekommen, können

sie sich gleichberechtigt informieren, Entscheidungen treffen, von allen Angeboten profitieren, sich engagieren und dadurch ein weitestgehend selbstbestimmtes Leben führen. Barrierefreiheit ist nicht nur räumlich erforderlich. Sie bezieht sich auch auf die Kommunikation. Hörgeschädigte und gehörlose Menschen benötigen dabei Unterstützung beispielsweise durch Gebärdensprach- oder Schriftdolmetschung. Lernbehinderten Menschen, aber auch Menschen mit Migrationshintergrund oder Seniorinnen und Senioren helfen Informationen in leicht verständlicher Sprache. Blinde und sehbehinderte Menschen benötigen Hilfsmittel bei der Orientierung. In diesen Beispielen sind psychische oder andere Beeinträchtigungen noch gar nicht erwähnt, sie zeigen jedoch die Notwendigkeit auf, sich über die Vielfalt der Menschen Gedanken zu machen und die unterschiedlichen Bedarfe von Anfang an in alle Aktivitäten und Angebote einzubeziehen. Das Handlungsfeld Gesundheit war als eines der ersten in den Hamburger Aktionsplan mit aufgenommen worden. Das Thema ist in Artikel 25 der UN-BRK festgelegt:

„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.“

Doch in der Realität ist auch über sechs Jahre später vieles noch Utopie. Während Menschen ohne Behinderung ohne große Probleme von ihrem Recht auf freie Arztwahl Gebrauch machen können, ist dies für viele Menschen mit Behinderung mangels Barrierefreiheit nicht möglich. Dennoch gibt es Anlass zur Hoffnung. Die Patienten-Initiative e.V. hat, finanziert durch die AOK Rheinland/Hamburg, im November 2015 das Projekt *Barrierefrei „Wir sind dabei“* gestartet. Der Verein berät auf Wunsch Arztpraxen zur Barrierefreiheit. Inzwischen steht dieses Angebot auch Krankenhäusern zur Verfügung. Das Ziel ist die Entwicklung eines Hamburger Stadtplans, der die barrierefreie medizinische Versorgung in der Stadt dokumentiert. Im Augenblick sind 125 Arztpraxen als barrierefrei in einer App gelistet. Eine freie Arztwahl ist damit noch lange nicht möglich, es ist aber ein wichtiger Schritt auf dem Weg dahin gegangen worden.

Die Beratung der Patienten-Initiative führt zusätzlich zu kleinen Initiativen mit großer Wirkung: beispielsweise hat das Katholische Marienkrankenhaus in Hamburg Hohenfelde einen Flyer in Leichter Sprache herausgegeben, der Menschen mit Behinderung, aber auch mit geringen Deutschkenntnissen oder alten Menschen die Aufnahme in das Krankenhaus erleichtern soll und ihnen über diesen Weg viele nützliche Informationen zur Verfügung stellt.

Erforderlich: Konzentriertes Fachwissen

Neben der Barrierefreiheit ist fehlendes Fachwissen von Ärztinnen und Ärzten oft eine große Hürde, zum Beispiel wenn es um geistig und mehrfach behinderte Menschen geht. Auch die Sorge, viel mehr Zeit für die Diagnostik und Behandlung von Menschen mit Behinderung zu benötigen und diese nicht vergütet zu bekommen, ist ein großes Hindernis. In enger Kooperation mit der Gesundheitsbehörde und der Evangelischen Stiftung Alsterdorf konnte vor fast drei Jahren das Sengelmann Institut für Medizin und Inklusion (SIMI) eröffnet werden. Ein interdisziplinäres Team aus ärztlichen und therapeutischen Berufen bietet Diagnostik und Therapie an und kooperiert dabei sehr eng mit dem niedergelassenen ärztlichen Personal, wo die ambulante Versorgung weiter erfolgt. Mit dem Institut ist eine wichtige medizinische Versorgung von erwachsenen Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen erreicht worden.

Die Contergan-Sprechstunde an der Schön-Klinik in Hamburg Eilbek ist gleichfalls ein Spezialangebot. Für Contergan-geschädigte Menschen ist konzentriertes Fachwissen enorm wichtig, da allein das Blutabnehmen oder Blutdruckmessen medizinisches Personal vor enorme Hürden stellen kann und den Patientinnen und Patienten unangenehme Untersu-

chungen bereitet bzw. zu fehlerhafter Diagnostik führen kann.

Weitere Maßnahmen

Der Landesaktionsplan sah aber noch andere Maßnahmen vor:

So sollte beispielsweise die Prävention und Gesundheitsförderung ausgebaut werden, was durch das Präventionsgesetz vom Juli 2015 erfolgte. Die Angebote von Sexual- und Schwangerenberatung sollten Menschen mit Behinderung zugänglich gemacht werden. Bei diesem Thema ist das Familienplanungszentrum Hamburg bereits seit 2008 Vorreiter. Staatlich finanzierte Beratungsstellen haben ihr Angebot ausgebaut.

Im Rahmen der Ausbildung zu Gesundheitsfachberufen wird inzwischen in der Grundausbildung die Sensibilität im Umgang mit Menschen mit Behinderungen aufgenommen. Dies sind nur wenige weitere Beispiele, die zeigen, dass die festgelegten Maßnahmen nach und nach umgesetzt werden. Sie reichen aber noch lange nicht aus, um festzustellen: wir sind im Bereich Gesundheit ein gutes Stück vorangekommen.

Was ist beispielsweise mit dem medizinischen Personal, das bereits in den unterschiedlichen Gesundheitsberufen arbeitet? Was ist mit dem Arzt, der seiner gehörlosen Patientin sagt, er braucht keine Gebärdensprachdolmetschung? Und was ist mit der Ärztin, die an ihrem lerneingeschränkten Patienten vorbei guckt und sich ausschließlich mit seiner Begleitperson unterhält? Bei vielen ist die Vorstellung noch nicht angekommen, Menschen mit Behinderung als gleichberechtigte Partner*innen anzusehen. Das ist nicht nur im medizinischen Bereich so, hat hier aber besonders gravierende Auswirkungen, weil es um das hohe Gut der körperlichen Unversehrtheit geht und das Recht auf selbstbestimmte Entscheidungen.

Eine inklusive Gesellschaft braucht neben dem barrierefreien Zugang als Grundvoraussetzung die Akzeptanz, dass alle Menschen dazu gehören. Bei Menschen mit Behinderung ist vor allem notwendig, den Blickwinkel zu ändern und sie mit ihren Stärken und Fähigkeiten zu sehen. Einen Menschen macht viel mehr aus als nicht zu sehen, nicht zu hören oder nicht laufen zu können. Den Menschen darauf reduzieren zu wollen und ihn als Hilfsbedürftigen anzusehen, schließt ihn aus der Gesellschaft aus. Dieses Umdenken ist für uns alle erforderlich, unabhängig davon, ob wir in einem medizinischen Beruf Verantwortung tragen oder als Nachbarin, Freund oder Kollegin Menschen mit Behinderung begegnen.

Fazit: Einiges ist erreicht, vieles in Bewegung. Die Stadt braucht jedoch viele weitere Akteure, damit der Prozess auf dem Weg in eine inklusive Gesellschaft schneller vorankommt.

Autorin: Ingrid Körner, Freie und Hansestadt Hamburg, Senatskordinatorin für die Gleichstellung behinderter Menschen
www.hamburg.de/skbm/

Vom Projekt zur nachhaltigen Teilhabe

Inklusion im Familienplanungszentrum

Annica Petri, Bärbel Ribbert

Irgendein Donnerstagnachmittag 2019. Die Sprechstunde im Familienplanungszentrum (FPZ) hat begonnen. Der Blick ins Wartezimmer zeigt ein buntes Bild an Ratsuchenden: Mädchen und Frauen – einige Jungen und Männer – unterschiedlichen Alters, allein oder in Begleitung. Kleidung, Hautfarben und Sprachen lassen die Unterschiedlichkeit der Herkunft und Lebensbedingungen der Menschen im Raum erahnen. Unter den Wartenden befinden sich sowohl Menschen mit als auch ohne Beeinträchtigungen. Offen zu sein für alle: Das waren Wunsch und Konzept des FPZs, von Anfang an.

Doch Inklusion funktioniert nicht von allein. Das Team der Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle des FPZ hat in den letzten zehn Jahren viel dafür getan, damit Menschen mit Unterstützungsbedarf den Zugang zu allen Angeboten genauso selbstverständlich nutzen können wie alle anderen Ratsuchenden auch. Ausgehend von einer kurzen Beschreibung unserer Rahmenbedingungen geben wir im Folgenden einen Einblick in eine kleine Auswahl von zurückliegenden Maßnahmen und Entwicklungen und einen Ausblick auf weitere Pläne.

Jährlich kommen rund 7.000 – 8.000 Menschen mit Fragen rund um Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Verhütung, Partnerschaft, Sexualität und sexuelle Bildung in das FPZ. Ein interdisziplinäres 13-köpfiges Team steht den Ratsuchenden mit Beratung und gynäkologischer Versorgung zur Verfügung. Mit seiner niedrigschwelligen Infrastruktur erleichtert das FPZ besonders den Zugang für Menschen, die als sozial benachteiligt oder als schwer erreichbar gelten und den Weg in die Regelversorgung nicht wahrnehmen.

Das Projekt Eigenwillig

Auch Menschen mit Lernschwierigkeiten wandten sich gelegentlich mit Fragen zu Sexuaufklärung und Familienplanung an das FPZ. In Beratungen fehlte es den Beraterinnen aber an zielgruppenspezifischem Fachwissen und an Erfahrungen mit der Einbringung von konkreten Arbeitshilfen, die eine anschauliche Kommunikation ermöglichten. Auch in Fortbildungen für Multiplikator*innen aus der Behindertenhilfe wurden Bedarfe von Menschen mit Lernschwierigkeiten im Zusammenhang mit Themen der Familienplanung deutlich formuliert. Daraus erwuchs im Team der Wunsch, sich in Verbindung mit unseren Aufgabestellungen grundlegend mit dem Thema Behinderung auseinanderzusetzen.

Dank der großzügigen Unterstützung der Aktion Mensch, des Hamburgischen Spendenparlaments und der Andrea-Bruder-müller-Stiftung konnte das zweijährige *Projekt Eigenwillig* 2008 starten. Ziel des Projektes war es, ein qualifiziertes Fachberatungsangebot zu installieren, und zwar zu Fragestellungen rund um die reproduktive Gesundheit, wie im Schwangerschaftskonfliktgesetz verankert: Sexual- und Körperaufklärung, Verhütung und Familienplanung.

Menschen mit Lernschwierigkeiten sollten dahingehend unterstützt werden, ihr Recht auf Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und selbstbestimmter Sexualität zu verwirklichen und

im Familienplanungszentrum Zugang zu Beratung und Information zu erhalten. Zielgruppen des *Projektes Eigenwillig* waren Jugendliche und Erwachsene mit Behinderungen, deren Angehörige sowie Fachkräfte.

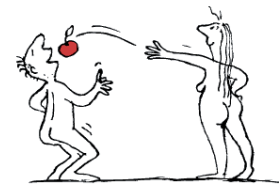
Das Projekt wurde 2011 unter anderem für seine Innovation und Nachhaltigkeit als Good-Practice-Projekt durch den Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit ausgezeichnet – www.gesundheitliche-chancengleichheit.de. 2016 erhielt das FPZ durch die Senatskordinatorin für die Gleichstellung behinderter Menschen die Auszeichnung „Wegbereiter für Inklusion“ im Gesundheitswesen.

Mit Unterstützung von zwei externen Referent*innen überprüfte und verbesserte das Team des FPZ systematisch die Strukturen der Beratungsstelle: Neben der Qualifizierung des Teams, der Umgestaltung von Räumen, Anpassung von Abläufen und Erstellung von zielgruppenspezifischen Arbeitshilfen zählten auch Fortbildungen für Unterstützende in der Behindertenhilfe und in Schulen zum *Projekt Eigenwillig*. Ein wichtiger Teil des Konzeptes war, dass Angehörige Beratungen wahrnahmen. Darüber hinaus wurden Medien und Materialien stetig erprobt und weiterentwickelt. Das FPZ erstellte Flyer in Leichter Sprache und unsere Webseite wurde in Zusammenarbeit mit dem Büro für Leichte Sprache der Lebenshilfe entsprechend übersetzt.

Bewährt, nachhaltig und weiter auf dem Weg

Nach über zehn Jahren Erfahrung sind wir sehr zufrieden, dass uns der Übergang vom Projekt zum nachhaltigen Angebot gut gelungen ist. Waren wir anfangs noch aufgeregt, wenn sich Menschen mit unterschiedlichen Unterstützungsbedarfen für eine Beratung anmeldeten, so ist das heute eine alltägliche Selbstverständlichkeit geworden. Sehr unterstützend in dem Übergang vom Projekt zur Implementierung war, dass die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) nach Auslaufen der Projektmittel eine halbe zusätzliche Personalstelle in den Haushalt des FPZ aufnahm.

Zunehmend gelingt es uns, zielgruppenspezifische Themen auch in weitere Arbeitsfelder zu inkludieren, beispielsweise in sexualpädagogische KITA-Weiterbildungen. Aus dem *Projekt Eigenwillig* entstand der Wunsch ein regionales Netzwerk



**FAMILIEN
PLANUNGS
ZENTRUM**



aus Gesundheitsförderung und Behindertenhilfe aufzubauen. Der Runde Tisch „Behinderung und Sexualität“ wurde etabliert und trifft sich zweimal jährlich, um sich fachlich auszutauschen und sich über aktuelle Entwicklungen zu informieren. Aktuell planen wir als Akteur*innen des Runden Tisches, die Wanderausstellung „Echt Mein Recht“ in Hamburg zu präsentieren. Hier wird Selbstbestimmung und Schutz vor sexualisierter Gewalt für Menschen mit Lernschwierigkeiten anschaulich thematisiert. Neu in 2019 ist die Kooperation mit der Lebenshilfe Hamburg,

um das Angebot für Begleitete Elternschaft in Hamburg zu erweitern.

Wir haben bereits vieles positiv bewegt, aber es gibt immer noch sehr viel zu tun. Überregional qualifizieren wir uns laufend weiter. Und wir lernen in Beratungen und Fortbildungen mit Menschen mit Behinderung auch selbst hinzu, denn sie sind die Expert*innen in eigener Sache.

Autorinnen: Annica Petri, Bärbel Ribbert, Familienplanungszentrum Hamburg e.V., www.familienplanungszentrum.de

Leichte und einfache Sprache

Ein Beitrag für mehr Chancengerechtigkeit

Maria Gies

Das Thema Leichte Sprache kommt aus der Selbsthilfebewegung und wird weltweit von Menschen mit Lernschwierigkeiten als Expert*innen in eigener Sache vorangetrieben und umgesetzt. Das Recht auf Leichte Sprache ist in der UN-Behindertenrechtskonvention verankert, die Deutschland 2009 unterzeichnet hat.

Das Konzept der Leichten Sprache wurde von der Selbsthilfeorganisation People First in den USA entwickelt. Es wurde 1996 als Idee des Easy Read veröffentlicht. 2001 gründete sich in Deutschland der Verein Mensch Zuerst e.V., der zwei Wörterbücher für Leichte Sprache herausgab und das Thema in Deutschland bis heute vorantreibt. Seit 2006 gibt es das Netzwerk Leichte Sprache e.V. in Deutschland. Das Netzwerk übersetzt und prüft Texte, berät und informiert und hat ein Qualitätssiegel für Leichte Sprache entwickelt. 2009 gründete sich die internationale Organisation Inclusion Europe in Kooperation mit Menschen aus acht Ländern. Die Organisation entwickelte ein umfassendes länderübergreifendes Regelwerk zu Leichter Sprache.

Menschen mit Lernschwierigkeiten haben durch die Verbreitung des Themas Leichte Sprache eine Sensibilisierung für das Thema Kommunikation angestoßen, die sehr weitreichend ist und zeigt, dass sich Barrierefreiheit nicht nur auf physische Barrieren bezieht. Leichte Sprache ist nicht nur eine Technik, sondern fußt vor allem auf einer antidiskriminierenden Haltung. Schwere Sprache schließt Menschen aus, die schwierige Begriffe, Fachausdrücke und Abkürzungen nicht verstehen oder langen und komplizierten Sätzen nicht gut folgen können. Das betrifft nicht nur Menschen mit Lernschwierigkeiten und leistet einen Beitrag für mehr Chancengerechtigkeit.

Einfache Sprache

Aus dieser Erkenntnis hat sich das Konzept der Einfachen Sprache entwickelt, dem kein strenges Regelwerk zugrunde liegt.

Die Einfache Sprache bemüht sich, ausgerichtet an den Adressat*innen, möglichst einfach und verständlich zu kommunizieren. Es geht dabei um die Frage, mit welchem Wortschatz und welcher Art der Kommunikation ich meinem Gegenüber begegne, so dass ein größtmögliches Maß an Verständigung entstehen kann. So erhöht sich die Achtsamkeit, wenn zum Beispiel Menschen aus unterschiedlichen Fachrichtungen oder Arbeitsfeldern miteinander sprechen möchten, wenn Menschen aus unterschiedlichen Herkunftsländern zusammenkommen oder wenn Menschen nicht gut lesen und

schreiben können.

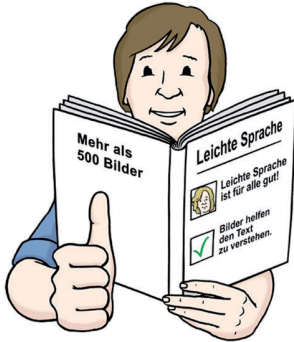
Die Einfache Sprache ist als grundlegendes Prinzip in die Entwicklung des Eltern-Programms Schatzsuche eingeflossen. Schatzsuche wurde von der HAG entwickelt und inzwischen in zehn Bundesländern umgesetzt. Alle Methoden, Medien und Materialien wurden so gestaltet, dass sie sprachlich einfach zu verstehen sind und Eltern auch am Programm teilnehmen können, wenn sie nicht lesen und schreiben können. Vielfach wurde Schriftsprache ganz durch Bilder, Modelle und multisinnliche Methoden ersetzt. Dieses Prinzip hat sich nicht nur hinsichtlich der einfachen Sprache bewährt. Es hat auch dazu geführt, dass die Schatzsuche ein lebendiges und abwechslungsreiches Programm ist, das unterschiedliche Zugangswege ermöglicht. Dies ist sicher einer der Schlüssel für die erfolgreiche Annahme des Programms.

Autorin: Maria Gies, Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG), www.hag-gesundheit.de



Leichte Sprache

Worum geht es bei Leichter Sprache?



Leichte Sprache ist eine leicht verständliche Sprache.

Alle Menschen sollen Informationen gut verstehen.

Dann können die Menschen ihre Meinung sagen.

Das ist wichtig für das eigene Leben.



Viele Texte sind schwer zu verstehen.

Das ist ein Hindernis für viele Menschen.

Aber Informationen sollen ohne Hindernisse sein.

Das heißt auch: barrierefrei.

Leichte Sprache gibt es seit etwa 20 Jahren in Deutschland.

Für wen ist Leichte Sprache?

Leichte Sprache ist für Menschen mit Lern-Schwierigkeiten.

Viele Menschen mit Lern-Schwierigkeiten sagen:

Wir finden die Wörter geistige Behinderung schlecht.

Wir nennen uns Menschen mit Lern-Schwierigkeiten.

Mehr dazu können Sie auf dieser Internet-Seite lesen:

www.menschzuerst.de

Noch mehr Menschen können Leichte Sprache nutzen.

Zum Beispiel:

- Menschen aus anderen Ländern
- Gehörlose Menschen



Was gibt es alles in Leichter Sprache?



Es gibt Texte in Leichter Sprache.

Zum Beispiel: Schreiben vom Amt oder ein Falt-Blatt

Es gibt Internet-Seiten in Leichter Sprache.

Es gibt auch Leichte Sprache bei Veranstaltungen.

Zum Beispiel: Bei einem Vortrag oder einem Gespräch

Die Regeln für Leichte Sprache

Es gibt Regeln für Leichte Sprache

vom Verein Netzwerk Leichte Sprache.

Viele Übersetzungs-Büros benutzen diese Regeln.

Mehr dazu können Sie auf dieser Internet-Seite lesen:

www.leichte-sprache.org

In den Regeln steht:

Was alles wichtig ist bei Leichter Sprache.

- Es gibt Regeln zu Wörtern und Sätzen.
- Es gibt Regeln für das Aussehen vom Text.
- Bilder gehören auch zum Text dazu.



Eine besonders wichtige Regel ist:

Menschen mit Lern-Schwierigkeiten prüfen die Übersetzung.

Prüfen bedeutet: Können sie die Übersetzung gut verstehen?

Erst danach ist eine Übersetzung fertig.

Autorin: Anja Teufel, at@k-produktion.de; Bilder: © Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Bremen e.V., Illustrator Stefan Albers, Atelier Fleetinsel, 2013; © Wort-Bild-Marke „Gute Leichte Sprache“: Netzwerk Leichte Sprache e.V.; © Europäisches Logo für einfaches Lesen: Inclusion Europe. Weitere Informationen unter www.leicht-lesbar.eu; Leichte Sprache: K Produktion, www.k-produktion.de, Prüfung: In Zusammenarbeit mit Elbe-Werkstätten GmbH

Die GESUND! Werkstatt zu Besuch in Hamburg

Christian Meinhard, Christian Wallner, Theresa Allweiss

Wir sind ein inklusives Forschungs-Team. Wir lernen gemeinsam. Unser Schwerpunkt ist Gesundheits-Förderung und Gesundheits-Bildung. Unser Ziel ist es gemeinsam 4 Gesundheits-Seminare zu entwickeln. Die Seminare sollen die Gesundheit von Menschen mit Lernschwierigkeiten fördern. Wir wollen diese Seminare später selber leiten. Unser Projekt geht insgesamt 3 Jahre. Dieser Text ist im inklusiven Team entstanden und daher in einfacher Sprache geschrieben.

Die GESUND! Werkstatt

Das Projekt GESUND! gehört zum Forschungs-Verbund Part-KommPlus und wird zum 2. Mal vom Bundes-Ministerium für Bildung und Forschung gefördert (Förderkennzeichen: O1EL1823A). In der Vorbereitungs-Phase hat das Hochschul-Team ein inklusives Forschungs-Team und eine kommunale Begleit-Gruppe aufgebaut. Im inklusiven Team arbeiten 7 Personen von einer Werkstatt für behinderte Menschen mit 4 Personen von der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin zusammen. Die Beschäftigten der Werkstatt haben an der Hochschule einen Außen-Arbeitsplatz in Teilzeit. Der Leiter des Projekts ist Prof. Dr. Burtscher, die anderen aus dem Team sind (wissenschaftliche) Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Hochschule.



werden können. Die Seminare möchten wir auch nach Ende des GESUND! Projekts halten können. Daher prüfen wir schon jetzt, wie der Übergang in den Arbeits-Alltag (der Transfer in die Praxis) aussehen kann.

Unser Besuch in Hamburg

Unsere Ergebnisse teilen wir mit anderen. Wir schreiben Texte und halten Vorträge. Deshalb waren wir auch bei der Tagung „Gesundheitsförderung inklusiv“ der HAG dabei. Nach dem Mittag-Essen waren wir an der Reihe. Von 13.30 – 14.30 Uhr stellten wir 5 Mal unsere GESUND! Werkstatt vor. Alle 10 Minuten kamen neue Gäste an unseren Stand. Zu dem Format sagt man auch Speed-Dating (sprich: Spied-Däiting). Jede Vorstellung lief etwas anders ab und wir ergänzten uns gegenseitig. Mit jedem Mal wurde es interessanter und besser. Und wir wurden immer sicherer.

So reagierten die Gäste auf uns:

- Die Gäste stellten viele Fragen. Sie waren interessiert.
- Einige Personen gaben uns auch Tipps.
- Wir bekamen viel Lob für unsere Arbeit.
- Gäste fragten, ob wir die Seminare auch außerhalb Berlins anbieten würden. Zwei wollten uns direkt für ein Seminar buchen.
- Einmal dachten Leute, dass wir medizinische Seminare zum Herzen machen. Das war aber ein Missverständnis.

Wir freuen uns, wenn andere von uns lernen können. Aber auch für uns ist es wichtig, von anderen zu lernen und Kontakte zu knüpfen.

Die Tagung war sehr schön, aber anstrengend. Deshalb fuhren wir danach mit der U-Bahn zum Hamburger Hafen. Dort besichtigen wir die Cap San Diego. Das ist ein Museums-Schiff. Am Abend fuhren wir mit dem Zug zurück nach Berlin. Dort vermissten wir sofort die Hamburger Hafen-Luft.



Seit Oktober 2018 treffen wir uns jeden Mittwoch an der Hochschule, um Gesundheits-Seminare zu entwickeln. Wir arbeiten nach dem Regenbogen-Modell von DAHLGREN und WHITEHEAD (siehe Abb.). Das Modell zeigt, was die Gesundheit beeinflusst. Sehr viele Bereiche unseres Lebens wirken sich auf unsere Gesundheit aus: Zum Beispiel das eigene Verhalten oder die Umgebung, in der wir leben. Zu den 4 ersten Ebenen des Regenbogen-Modells wollen wir Seminare erarbeiten. Gerade arbeiten wir am ersten Seminar. Es geht um das Herz und die Frage: Was stärkt das Herz? In der GESUND! Werkstatt haben wir bis jetzt viel über das Herz gelernt. Dafür haben wir auch ein Interview mit einer Herz-Spezialistin geführt. Wir entwickeln Seminar-Material in einfacher Sprache und drehen Erklär-Videos. Wir halten Probe-Seminare und werten diese aus. Außerdem lernen wir Kursleiter und Kursleiterinnen zu sein. Dafür haben wir zum Beispiel einen Rhetorik-Kurs besucht. Rhetorik ist die Kunst des guten Redens. Die Begleit-Gruppe besteht aus dem Hochschul-Team, unseren Projekt-Partnern und anderen interessierten Praktikern und Praktikerinnen. Wir treffen uns 2 Mal im Jahr. Wir sprechen vor allem darüber, wo und wie unsere Seminare später angeboten

Autor*innen: Christian Meinhard, Christian Wallner, Theresa Allweiss, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin
 Institut für soziale Gesundheit
www.partkommplus.de/teilprojekte/gesund/

Gesundheit für alle

Birgit Pohler

Menschen mit komplexer Behinderung haben das Recht auf medizinische Versorgung wie alle anderen Menschen auch. Aber die Realität sieht in Deutschland oft so aus: Schmerzen und Krankheiten werden bei Menschen mit komplexen Behinderungen häufig nicht rechtzeitig erkannt und angemessen behandelt. Seit langem setzt sich die Evangelische Stiftung Alsterdorf deshalb für eine bessere gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung ein. So bietet zum Beispiel das Sengelmann Institut für Medizin und Inklusion (SIMI) – ergänzend zur ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzt*innen – interdisziplinäre Diagnostik und Therapieempfehlungen. Damit es zukünftig auch wohnortnah bessere Angebote gibt, hat die Evangelische Stiftung Alsterdorf 2016 das Projekt Gesundheit 25* initiiert. Das Projekt wird mit einer dreijährigen Laufzeit von Aktion Mensch unterstützt.

Gesundheit 25* unterstützt Lösungen vor Ort

Gesundheit 25* ist ein bundesweit einzigartiges Projekt, mit dem sich die Evangelische Stiftung Alsterdorf dafür einsetzt, die wohnortnahe gesundheitliche Versorgung von Menschen mit komplexen Behinderungen in Hamburg zu verbessern. Die verschiedenen Ausgangslagen in den drei Modellquartieren Altona, Bergedorf und Barmbek erfordern dabei auch unterschiedliche Lösungen.

Am Anfang steht in jedem Quartier eine fundierte Bestands- und Potenzialanalyse: Welche Ärzt*innen gibt es? Wo fehlt die Barrierefreiheit? In Interviews und Gesprächen mit Trägervertreter*innen der Eingliederungshilfe, mit Klient*innen und Angehörigen, mit Assistent*innen und anderen Akteuren auf Quartiersebene werden die jeweiligen Perspektiven und Interessen erfasst. Hierzu zählen auch Gespräche mit Fach- und Hausärzt*innen sowie den Fachkräften in den Krankenhäusern. Danach entwickelt Gesundheit 25* zusammen mit Fachkräften und Menschen mit komplexen Behinderungen Lösungen, die für das Thema Gesundheit sensibilisieren, das Verständnis füreinander stärken und die Zusammenarbeit ausbauen. Gesundheit 25* wirkt dabei als Katalysator: Es beteiligt Menschen mit Behinderung, bringt Fachkräfte in den Austausch, unterstützt die inhaltliche Entwicklung von Lösungen und wirkt daran mit, Strukturen der Zusammenarbeit langfristig zu verbessern.

Zum Beispiel Altona

In Altona gibt es viele niedergelassene Ärzt*innen. Für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf ist es aber schwierig, die*den Richtige*n zu finden. Nicht alle Praxen sind behindertengerecht oder aufgeschlossen für die Bedürfnisse der Patient*innen. Im Quartier gibt es daher Bestrebungen, die Gesundheitsangebote bekannter und sichtbarer zu machen. Auch über barrierefreie Praxen soll besser informiert werden.

Zum Beispiel Bergedorf

In Bergedorf haben sich als Schwerpunkte für künftige Innovationen die Themen Gesundheitsförderung und Prävention herauskristallisiert. Beispielhaft dafür steht die Entwicklung von FiT (Fit im Team). Das Programm wurde von Gesundheit 25* initiiert und wird in enger Kooperation mit Leben mit Behinderung umgesetzt.

Ziel ist es, erwachsene Menschen mit komplexen Behin-

dungen und ihre Assistent*innen für Gesundheit im Setting Tagesförderstätte zu sensibilisieren. Hierzu haben beispielsweise Workshops stattgefunden, bei denen Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf und Fachkräfte sich gemeinsam fortbilden. Solche Angebote gab es bisher nicht. Die Erprobungsphase von FiT wird durch Gelder der HAG Projektförderung finanziert.



Zum Beispiel Barmbek

Wenn ein Mensch mit komplexer Behinderung ins Krankenhaus muss, kommt es oft zu Schwierigkeiten bei der Aufnahme in die Klinik und der Entlassung in die Häuslichkeit. In Barmbek soll deshalb das sogenannte Überleitungsmanagement für Menschen mit Behinderung beispielhaft verbessert werden. An einem „Runden Tisch“ zum Thema tauschten sich Mitarbeitende aus Eingliederungshilfe und Medizin aus. Unter anderem ging es um die bessere Vermittlung notwendiger Informationen oder frühzeitige Absprachen bei Entlassungen. Zukünftig werden Menschen mit Behinderungen besser dabei begleitet, alle Beteiligten erfahren mehr über die besonderen Bedürfnisse und Anforderungen.

Ein weiterer Schwerpunkt in Barmbek ist die Sensibilisierung der Betroffenen für das Thema Gesundheit. Gesundheit 25* produziert dafür leicht verständliche Videos in einfacher Sprache in Zusammenarbeit mit Menschen mit Behinderungen.

Das Zusammenspiel verbessern

Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit komplexen Behinderungen ist eine Herausforderung. Fehlendes Fachwissen,

Vorurteile und Berührungsängste auf allen Seiten tragen zu den Problemen bei.

Gesundheit 25* will das ändern und setzt bei den Beteiligten vor Ort an. Deshalb werden Ärzt*innen und Fachkräfte der Eingliederungshilfe unterstützt, Verständnis füreinander zu entwickeln und besser zusammenzuarbeiten. Langfristig sollen sich so Strukturen der Zusammenarbeit verändern. Beispielhaft sollen Eingliederungshilfe und Medizin in einzelnen Quartieren kooperieren. Die Beteiligung von Menschen mit komplexer Behinderung spielt bei der Entwicklung und Umsetzung von neuen Ideen eine zentrale Rolle.

Dabei wird es zukünftig auch weiter um den Einfluss auf politische Entscheidungen gehen. Außerdem wird es ent-

scheidend sein, viele Beteiligte zu einer offeneren Haltung gegenüber diesem herausfordernden Handlungsfeld zu gewinnen. Insofern geht es bei der Umsetzung der nächsten Schritte immer auch um die Sensibilisierung und das Aufbereiten bzw. Weitergeben von Informationen. Aus den bisher gemachten Erfahrungen sollen später auch andere Quartiere lernen können. Auf dem Weg zur inklusiven Gesundheitsversorgung braucht es langfristig andere Strukturen der Zusammenarbeit und gleichzeitig Lösungen im Quartier.

Autorin: Birgit Pohler, Evangelische Stiftung Alsterdorf
www.q-acht.net

Inklusion und Gesundheitsförderung für Menschen mit Demenz

Birgit Schuhmacher

Menschen mit Demenz stehen bisher nicht im Zentrum des Inklusionsdiskurses, sind aber von spezifischen gesundheitsrelevanten Exklusionsrisiken betroffen. Als Inhaber*innen von Rechten im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) profitieren sie von inklusiven Angeboten der Gesundheitsförderung.

Demenz – Pflegebedarf oder Behinderung?

Inklusion im Sinne der UN-BRK wird aktuell vorrangig für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Beeinträchtigung diskutiert und umgesetzt. Im Kontext älterer, demenzkranker Personen sind dagegen Versorgungs-, Belastungs- und Schutzdiskurse relevant. Die Artikulation der Interessen und Rechte dieser Zielgruppe bzw. ihr Empowerment spielen eine untergeordnete Rolle (Bartlett 2000).

Inwieweit kann also im Zusammenhang von Menschen mit Demenz überhaupt von Inklusion gesprochen werden? Inklusion im Sinne der UN-BRK bedeutet, dass Menschen mit Beeinträchtigung als Träger*innen von Rechten volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft erfahren (Art. 3 UN-BRK). Dies meint nicht etwa eine unmittelbare Zugehörigkeit, da Teilhabe immer über komplexe Rollenzuschreibungen vermittelt ist (Schuhmacher 2018, 287f.). Vielmehr ist ein Umbau von Infrastrukturen, Organisationen, Regelwerken und Haltungen erforderlich (Wansing 2012, 99). „Inklusion“ und „Teilhabe“ unterscheiden sich insofern, als Inklusion eher die rechthebasierten Zugehörigkeitsansprüche benennt, während Teilhabe die konkrete Umsetzung dieser Ansprüche in verschiedenen sozialen Feldern betrifft (Wansing 2012, 96). Im Kontext von Pflege und Altenhilfe hat sich der Begriff der Teilhabe etabliert, so dass ältere unterstützungsbedürftige Menschen eher weniger als Inhaber*innen von Rechten in den Blick treten. Unstrittig ist aber, dass Menschen mit Demenz zu den Anspruchsberechtigten der UN-BRK gehören: Demnach ist eine Behinderung zu verstehen als ein Teilhabedefizit, das in der Wechselwirkung von langfristigen körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht (Art. 1 und Präambel e, UN-BRK) – was ohne Zweifel für das Leben mit Demenz zutrifft.

Die im Leistungsumfang begrenzte Berücksichtigung von Demenzen als Pflegebedarf nach SGB XI dagegen ist fiskalisch begründet (Graumann 2011, 43). Inklusion über die gesamte Lebensspanne hinweg und auch für Menschen mit Demenz zu denken, ist aber notwendig und berechtigt.

Aktuell leben ca. 1,7 Mill. Menschen mit Demenz in Deutschland, deren Anzahl bis 2050 aufgrund des Altersstrukturwandels der Bevölkerung auf ca. 3 Mill. ansteigen wird, falls keine wirksame Therapie entwickelt wird (Bickel 2018). Etwa 2/3 der Betroffenen sind an Alzheimer erkrankt, weitere 15 % an zerebrovaskulären Demenzen (Jahn, Werheid 2014). Symptome dieser Demenzen sind neben dem kognitiven Leistungsverlust auch psychische Störungen wie Angst- und Wahnzustände und mit fortschreitendem Krankheitsverlauf erhebliche, körperliche Funktionseinschränkungen (Förstl et al. 2011). Leicht und mittelschwer Erkrankte leben überwiegend in der eigenen Häuslichkeit, Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz dagegen häufiger in Pflegeeinrichtungen (Bickel 2012, 25).

Spezifische Exklusionsrisiken bei Demenz

Die gesundheitliche Versorgung und Vorsorge birgt spezifische Exklusionsrisiken für Menschen mit Demenz. So sind demenzkranke Bewohner*innen in Pflegeheimen weniger häufig in fachärztlicher Behandlung (Zahnarzt, Augenärztin, HNO oder andere Fachrichtungen) als nicht demenziell erkrankte Bewohner*innen und erhalten signifikant weniger Schmerzmedikamente (Schäufele 2009, 199). Schmerzen aufgrund organischer Erkrankungen können eine Ursache für das Auftreten von sogenannten herausforderndem Verhalten sein (Wandern oder Rufen). Diese Symptome werden mit Neuroleptika behandelt, die knapp zwei Fünftel der Pflegeheimbewohner*innen erhalten (ebd.). Neuroleptika wirken unter anderem sedierend

und erschweren es so, Aktivitäten und Kontakte aufrechtzuerhalten. Von freiheitsentziehenden Maßnahmen, wie beispielsweise Bettgittern oder festangebrachten Therapietischen am Rollstuhl, sind 39,5 % der Menschen mit Demenz im Pflegeheim betroffen (Meyer et al. 2009, 986). Sie wirken nicht nur direkt exkludierend, sondern stellen selbst Gesundheitsrisiken dar, indem sie durch eine Schwächung der Muskulatur das Sturzrisiko erhöhen (Bredthauer 2006).

Angehörige und Fachkräfte haben häufig Sorge um die Sicherheit von Menschen mit Demenz, so dass diese vergleichsweise seltener von gesundheitsförderlicher Bewegung im öffentlichen Raum (Spaziergänge, Radfahren) profitieren. Es fehlt an ausreichenden Ressourcen für die Begleitung und häufig auch an der Bereitschaft von Angehörigen und Pflegekräften, das Restrisiko (allgemeines Lebensrisiko) zuzulassen, das bei der eigenständigen Bewältigung von Wegen im vertrauten Nahraum dennoch besteht (Klie et al. 2006; Klie et al. 2013).

Wie können Menschen mit Demenz von inklusiver Gesundheitsförderung profitieren?

Inklusive Gesundheitsförderung für Menschen mit Demenz erfordert ein umfassendes Konzept von Barrierefreiheit, das nicht nur physische, sondern auch kognitive Barrieren im öffentlichen Raum reduziert. Leichte Sprache und Nutzerfreundlichkeit, beispielsweise bei Fahrkartenautomaten oder Informationstafeln, fördern die Orientierung. Nutzungskonflikte im öffentlichen Raum müssen im Einzelfall gelöst werden: so

können etwa die in den Gehweg eingelassenen Blindenleitsysteme demenzkranke Menschen irritieren.

Menschen mit Demenz in der privaten Häuslichkeit profitieren von Entlastungsangeboten für ihre pflegenden Angehörigen, da so dysfunktionale Verhaltensweisen wie Ungeduld oder Empathielosigkeit reduziert werden können. Wohnformen für Menschen mit Demenz sollten grundsätzlich teilhabeorientiert ausgerichtet sein. Wohn-Pflege-Gemeinschaften ermöglichen es zum Beispiel im vertrauten Stadtteil zu verbleiben und ein möglichst selbstständiges Leben zu führen. In geteilter Verantwortung fördern professionelle Fachkräfte, Angehörige und Ehrenamtliche Kontakte, Aktivitäten und Bewegung. Die Mahlzeiten werden individuell und mit Hilfe der Bewohner*inneneingekauft und zubereitet.

Inklusion und Gesundheitsförderung für Menschen mit Demenz verwirklicht sich insbesondere dann, wenn Sport- oder Musikvereine, Gottesdienste oder Veranstaltungen durch veränderte Strukturen, Prozesse und Praktiken den Betroffenen auch nach ihrer Demenzdiagnose eine aktive Teilhabe im vertrauten sozialen Umfeld ermöglichen. Dies erfordert allerdings, Abschied zu nehmen von einem reinen Versorgungs- und Schutzdenken in Bezug auf Menschen mit Demenz.

Autorin und Literatur: Prof. Dr. Birgit Schuhmacher
Evangelische Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe
Fachbereich Heilpädagogik und Pflege, Bochum
www.evh-bochum.de

Das Chancen-Netz Senioren – inklusiv und sozialräumlich

Uta Kampers



In der allgemeinen Demografie-Diskussion ist eine wachsende Zielgruppe bisher untergegangen: Menschen mit Behinderung im Seniorenalter. Das Chancen-Netz Senioren Projekt nimmt diese Zielgruppe in den Blick und ausgehend von den Bedürfnissen der Senior*innen wird der Sozialraum erschlossen. Das Ziel des Projektes ist die Teilhabe von Senior*innen mit Behinderung, damit sie zukünftig so lange wie möglich selbstbestimmt leben können. Das Chancen-Netz Senioren erschließt für Senior*innen mit Behinderung Sozialräume mit ihren Angeboten und Netzwerken, unter anderem in der Verzahnung von Altenhilfe und Eingliederungshilfe. Das Projekt arbeitet inklusiv, das heißt, Senior*innen mit Behinderung sind Teil des Projektteams.

Chancen-Netz Senioren erobert den Sozialraum

Das Projekt ist in den Modellregionen Altona, Barmbek/Winterhude, Bergedorf und Harburg tätig. In jedem der genannten Stadtteile ist ein*e Koordinator*in vor Ort, die*der das Thema Teilhabe von Senior*innen mit Behinderung voranbringt, Menschen miteinander verbindet, Ansprechpartner*in ist, Angebote identifiziert und sich in Gremien engagiert.

Das Besondere an dem Projekt ist zum einen der sozialräumliche Ansatz, der alle Akteure im Sozialraum mit ihren Bedarfen und Bedürfnissen in den Blick nimmt, um die Bedarfe von Senior*innen mit Behinderung abdecken zu können.

Zum anderen wird im Chancen-Netz Senioren in einem echten inklusiven Projektteam gearbeitet, ein besonderes Modell, das wissenschaftlich begleitet wird. Die Arbeitsweise geht dabei über die selbstverständliche Einbeziehung der Senior*innen

mit Behinderung hinaus: die Senior*innen mit Behinderung sind nicht nur Expert*innen in eigener Sache, sondern entwickeln Lösungen und Maßnahmen im und mit dem gesamten Projektteam.

Individuelle Wünsche im Alter: so weiter wie gewohnt oder was ganz Neues

Im Rahmen des Projektes werden neue Netzwerke aufgebaut, damit zukünftig Senior*innen mit Behinderung von Sozialraumangeboten profitieren und somit so selbstständig und unabhängig wie möglich leben können. Dafür müssen die spezifischen Bedarfe der Senior*innen mit Behinderung bekannt sein, denn der Sozialraum wird ausgehend vom Individuum erschlossen.

Dafür wurde in Begleitung durch die HAG eine Bedarfserhebung

ausgeführt und in Einzelinterviews mit Senior*innen mit Behinderung einzelne Lebensbereiche beleuchtet. Herausgeschält haben sich besonders die Bereiche Mobilität und Freizeitgestaltung und sich im Kern die folgenden Fragestellungen für das Projekt ergeben:

- Wie stellen wir her, dass Senior*innen mit Behinderung Angebote erreichen können (Mobilität)?
- Welche Bausteine im Sozialraum gibt es, um eine Tages- und/oder Wochenstruktur aufzubauen?
- Wie kann ein individuelles soziales Netz aufgebaut werden, das den Interessen der Senior*innen mit Behinderung entspricht?
- Welche Kompetenzen brauchen Senior*innen mit Behinderung, um ihren Sozialraum bestmöglich zu nutzen?

Chancen-Netz Senioren ist ein Modell-Projekt von Leben mit Behinderung Sozialeinrichtungen gGmbH, eine Tochtergesellschaft des Elternvereins. Hier bieten wir Menschen mit Behinderung Arbeit, Wohnmöglichkeiten und Freizeit- und Bildungsangebote. Die Teilhabe am Leben unserer Stadt ist unser Ziel. Das Projekt wird gefördert durch die Heinrich Leszczynski Stiftung und von der HAG wissenschaftlich begleitet.

Um Antworten im Sozialraum auf diese Fragen zu finden, braucht es eine Sensibilisierung für die Zielgruppe der Senior*innen mit Behinderung. So gibt es viele und gute Angebote für Senior*innen, diese sind aber nicht unbedingt inklusiv ausgelegt und teilweise auch nicht bekannt.

In Arbeitsgruppen, geführt von den Koordinator*innen und zusammengesetzt aus den verschiedenen Akteuren im Sozialraum, werden konkrete Maßnahmen entwickelt, um Barrieren und auch manchmal Berührungspunkte abzubauen. In dieser Netzwerkarbeit entstehen neue Kooperationen, neue Angebote und Konzepte, die allen nutzen und niedrigschwellig zu

Erfahrungen mit der Zielgruppe Senior*innen mit Behinderungen führen.

Bausteine zusammensetzen, Übergänge gestalten

Entlang der Lebensphasen im Alter ergeben sich noch andere Fragestellungen, die in den Fokus gerückt werden müssen.

- Welche Vorbereitung braucht es für den Übergang vom Arbeitsleben in die Rente?
- Wie sieht das individuelle Wohlbefinden aus?
- Wie kann Gesundheit trotz Alter erhalten werden?
- Was unterstützt die Alltagsbewältigung und das Lernen im Alter?
- Welche Möglichkeiten gibt es oder müssen aufgebaut werden, um sich mit der eigenen Vergänglichkeit, der Trauer und dem Sterben auseinanderzusetzen?

Auch hierfür wird interdisziplinär zusammengearbeitet, um Senior*innen mit Behinderung im Alter zu stärken. Und auch hier gibt es bereits viele Angebote, die die Reise bis an das Lebensende unterstützen und begleiten können. Das Projekt setzt mit dem Blick auf die Senior*innen mit Behinderungen diese einzelnen Bausteine zusammen, schärft den Fokus und lässt auch Neues dabei entstehen.

Älter werden ist schön?!

Das Projekt ist mit der erst einmal provokanten Aussage gestartet, dass Altern einmalig schön ist. Provokant insofern, als dass der defizitäre Blick auf Senior*innen in unserer Gesellschaft für Menschen mit Behinderung doppelt gilt. Der Mensch ist nicht nur alt, sondern auch noch behindert. Hier bedarf es einer neuen und geschärften Sensibilisierung für diese Zielgruppe, einer Sensibilisierung, von der alle profitieren werden. Denn die Fragestellungen, die Senior*innen mit Behinderung teilweise verschärft begleiten, werden uns alle im Alter begleiten. Und wenn Zugangsbarrieren abgebaut werden, so werden sie für alle abgebaut.

Autorin: Uta Kampers, Leben mit Behinderung Sozialeinrichtungen gGmbH, www.lmbhh.de

Chancen-Netz Senioren

Wissenschaftliche Begleitung des Projektvorhabens

Mareen Jahnke

Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation in den unterschiedlichen Phasen des Projektes Chancen-Netz Senioren erfolgt über die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) durch Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert (Projektleitung) und Mareen Jahnke (wissenschaftliche Mitarbeiterin). Das Projekt knüpft an die Ziele der HAG, wie die Schaffung gesünderer Lebensverhältnisse, die Förderung von Gesundheits- und Teilhabechancen im Sozialraum und die Stärkung der Partizipation an.

Ziele der wissenschaftlichen Begleitung sind:

- die Durchführung einer Bestandsaufnahme sowie Bedarfs- und Bedürfnisanalyse der Ist-Situation mit Akteuren (extern/intern) und Senior*innen mit kognitiven Beeinträchtigungen sowie
- das Erfassen der Akzeptanz und Zufriedenheit der

Senior*innen und Akteure für neu entwickelte Maßnahmen/Strukturen.

Die Evaluation des Projektes Chancen-Netz Senioren erfolgt formativ. Eine Einteilung in Strukturanalyse, Prozess- und Ergebnisevaluation strukturiert die Evaluation in unterschiedliche Prozess- und Arbeitsschritte. Es werden regelmäßig



Zwischenergebnisse erstellt, um Empfehlungen für die laufende Intervention zu geben. Zur Erhebung der Daten werden qualitative und quantitative Forschungsmethoden (Mixed-Methods-Ansatz) angewandt. Die Strukturanalyse beinhaltet eine Bestandsaufnahme der Ist-Situation und eine Bedarfs- und Bedürfnisanalyse und Bewertung der Ist-Situation mit relevanten Stakeholdern der jeweiligen Standorte und Senior*innen. Die Strukturanalyse wurde in 2018 abgeschlossen. In der Prozess- und Ergebnisevaluation erfolgt die Untersuchung der Umsetzung und Akzeptanz des Projektes Chancen-Netz Senioren und es werden quantitative und qualitative Befragungen zu Teilhabe- und Partizipationsindikatoren mit Stakeholdern und Senior*innen durchgeführt. Das methodische Vorgehen wird laufend mit dem Projektteam der Leben mit Behinderung Hamburg Sozialeinrichtungen gGmbH (LmBH) geplant und die Ergebnisse der Erhebungsphasen

in Projektsitzungen reflektiert.

Die Informationen und Ergebnisse des Projektes werden der Öffentlichkeit im Rahmen von Fachveranstaltungen und wissenschaftlichen Publikationen zugänglich gemacht. Eine Beschreibung des Projektes Chancen-Netz Senioren und der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation ist der Öffentlichkeit auf der HAG-Webseite zugänglich. Durch die Anbindung des Projektes Chancen-Netz Senioren an die HAG sowie die Aufnahme der LmBH als Mitglied der HAG wird eine Stärkung der Vernetzung des Projektes und der LmBH mit Akteuren aus unterschiedlichen Sektoren und Arbeitsgebieten im Querschnittsbereich Gesundheitsförderung angestrebt.

Autorin: Mareen Jahnke, HAG e.V.

www.hag-gesundheit.de/lebenswelt/soziale-lage/praxisforschung/chancen-netz-senioren

Schneverdingen wird inklusiver Sozialraum Fünfjähriges Projekt ist im Juli 2018 gestartet

Ulrike Schloo, Oliver Hofmann

Im Jahr 2016 rief die Stiftung Aktion Mensch dazu auf, sich für eine Förderung im Projekt Kommune Inklusiv zu bewerben. 129 soziale Einrichtungen mit den dazugehörigen Kommunen meldeten sich daraufhin mit Konzeptideen und Interessensbekundungen. Am Ende wurden fünf Sozialräume ausgewählt. Neben der Verbandsgemeinde Nieder-Olm, Rostock, Erlangen und Schwäbisch Gmünd hat auch Schneverdingen den Zuschlag erhalten und darf sich seit Juli 2018 für fünf Jahre um die Erarbeitung eines inklusiven Sozialraums kümmern.

Doch schon die Vorarbeit hatte es in sich. Rund ein Jahr wurde von Ulrike Schloo und Oliver Hofmann, die sich die Projektleitung teilen, an einem Antrag geschrieben, der im Laufe der ersten Jahreshälfte von den zuständigen Gremien bei Aktion Mensch auf Herz und Nieren geprüft wurde. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf die Nachhaltigkeit gelegt. „Bislang wurden von Aktion Mensch in erster Linie Projekte gefördert, die tolle Ideen beinhalteten, aber nur von kurzer Dauer waren“, erklärt Hofmann und fügt das Beispiel eines Aktionstages an. „Nach der Förderung, nach dem Aktionstag verpufft die Wirkung und alles bewegt sich wieder in alten Bahnen.“ Ulrike Schloo beschreibt die Vorgehensweise im Projekt Kommune Inklusiv: „Wir haben jetzt die Aufgabe, bei jeder Maßnahme, die wir uns überlegen, einen höheren Wirkungsgrad zu erzielen. Wir wollen die Lebensumstände unserer Zielgruppen auf lange Zeit hin positiv verändern, mehr Teilhabe erreichen.“

Schneverdingen für alle

Das, so Hofmann weiter, gelinge aber nicht, wenn man sich nur auf die Zielgruppen fokussiere. „Es ist so, als würde man ein Saatkorn auf eine asphaltierte Straße werfen. Wenn man Glück hat, wird es in eine Ecke mit etwas Erde geweht und es entwickelt sich etwas. In unserem Projekt wollen wir die Asphaltdecke aufbrechen und fruchtbar machen, also den gesamten Sozialraum für den Inklusionsgedanken sensibilisieren.“ So haben die Macher*innen in Schneverdingen auch die Hand-

lungsfelder bestimmt. Nun gibt es Arbeitsgruppen für Arbeit mit den Zielgruppen Menschen mit Behinderung und Geflüchtete, für Freizeit mit den Zielgruppen Menschen mit Behinderung und ältere Menschen, Bildung mit der Zielgruppe Kinder und Jugendliche mit Förderbedarf sowie die Arbeitsgruppe „Schneverdingen für alle“, in der sich die Teilnehmer*innen um ein erhöhtes Inklusionsbewusstsein in der Bevölkerung kümmern wollen.

Viel ehrenamtliches Engagement

Besonders bemerkenswert im Sozialraum Schneverdingen ist der Anteil an ehrenamtlich geleisteter Arbeit. So basiert auch die Durchführung des Projektes Kommune Inklusiv auf einer aktiven Mitarbeit der Bevölkerung. In den Arbeitsgruppen engagieren sich die Bürgerinnen und Bürger, bringen Ideen ein und erarbeiten umsetzbare Konzepte. „Diese Handlungsweise hat in Schneverdingen mittlerweile Tradition“, erläutert Hofmann. Nicht nur die vielfältige Vereinswelt mit über 130 eingetragenen Vereinen zeugt von überdurchschnittlichem freiwilligen Engagement. Auch die Stadtentwicklung liegt in Form des sogenannten Cittaslow-Prozesses zu einem Großteil in der Hand der Schneverdingerinnen und Schneverdinger. „Entwicklungen, die aus einer breiten Basis heraus angeschoben werden, sind natürlich wesentlich nachhaltiger und erfreuen sich einer höheren Akzeptanz. Allerdings ist Ehrenamt auch nicht unendlich vorhanden. Da muss man aufpassen, dass man die Aktiven nicht über Gebühr beansprucht.“

Seit sechs Monaten sind die Schneverdingerinnen und Schneverdinger im Gestaltungsprozess aktiv und haben schon etliches in den Handlungsfeldern Freizeit, Bildung und Arbeit sowie dem übergreifenden Thema Inklusionsbewusstsein auf den Weg gebracht. Dazu war es notwendig, eine Organisationsstruktur zu etablieren. „In unseren Arbeitsgruppen dürfen sich alle Bürgerinnen und Bürger beteiligen, Ideen einbringen, Unmut äußern oder sich einfach informieren lassen. Hier geben wir die Richtung in den einzelnen Handlungsfeldern vor, priorisieren die Maßnahmen und nutzen die sogenannte Schwarmintelligenz“, beschreibt Schloo die Arbeitsweise. Nach der Priorisierung kristallisieren sich dann aus den Teilnehmer*innen die Projektgruppen heraus, die sich um die Umsetzung kümmern. Den Überblick über den gesamten Prozess hat dann neben der Projektleitung eine Steuerungsgruppe.



Ein Inklusionssong für die Heideblütenstadt

Mittlerweile stehen zwölf Projektgruppen auf der Agenda. Die Maßnahmen, die hier bearbeitet werden, sind so vielfältig wie das Thema Inklusion an sich. Im Bereich Bildung arbeiten gleich mehrere Projektgruppen daran, Abläufe im Bereich

der Kitas und Schulen zu durchleuchten und gegebenenfalls zu verbessern. Dazu soll ein Schneverdinger übergreifendes und aktiv zu nutzendes Netzwerk zwischen den Kitas und Schulen entstehen.

Im Handlungsfeld Freizeit hat sich schnell herausgestellt, dass bei den Anbietern vieles nicht umgesetzt werden kann, weil das Personal fehlt. Hier wurde als Lösungsansatz die Einrichtung einer Freiwilligenbörse benannt, deren Konzept auch schon geschrieben wurde, und zusammen mit Politik, Verwaltung und der Vereinswelt wird nun an Wegen der Realisierung gearbeitet.

Kernstück des Projektes ist das Handlungsfeld Inklusionsbewusstsein, das auch schon den Beinamen „Schneverdinger für alle“ bekommen hat. Hier wird ganz schnell klar, dass man nur über die Haltung der Bürgerinnen und Bürger zu Inklusion einen nachhaltigen Erfolg möglich machen kann. „Wenn alle inklusiver denken, dann funktioniert der Rest nahezu von alleine“, mutmaßt Oliver Hofmann. Die Richtung in diesem Themenfeld ist auch bereits eingeschlagen. „Kultur, Wissensvermittlung und Kontaktmöglichkeiten zwischen unseren Zielgruppen und der Mehrheitsgesellschaft sind unsere Mittel der Wahl. Und natürlich ganz viel Öffentlichkeitsarbeit.“ Die ersten Filme hierfür wurden bereits gedreht, die Homepage soll demnächst folgen und sogar ein eigener Inklusionssong für die Heideblütenstadt ist angedacht.

„Natürlich wissen wir nicht, was wir nach diesen fünf Jahren am Ende erreicht haben werden. Und vor allem, ob es sich mit unseren Plänen deckt. Aber wir sind uns sicher, dass es sich lohnt, für Inklusion und für eine bunte Gesellschaft zu kämpfen, in der jede*r willkommen ist“, fassen die beiden Projektleitenden zusammen. Ein interessanter Weg wird es in jedem Fall.

Autor*in: Ulrike Schloo, Oliver Hofmann, Lebenshilfe Soltau e.V.
www.lebenshilfe-soltau.de

Hamburger Sprachmittlerpool für Menschen mit Behinderung

Bundesweites Modellprojekt

Ricarda Müller, Mike Mösko

Menschen mit Behinderung, die nach Hamburg geflüchtet oder migriert sind, stellen eine besonders vulnerable Patient*innengruppe dar. Viele dieser Menschen sind aufgrund ihrer zum Teil sehr eingeschränkten Deutschkenntnisse nur bedingt in der Lage, ihre Bedürfnisse sprachlich zu artikulieren. Da das Hilfesystem in der BRD der offiziellen Amtssprache Deutsch unterliegt, hat diese Personengruppe im Gegensatz zu gehörlosen Menschen kein Anrecht auf eine qualifizierte Sprachmittlung.



Sprachbarrieren erschweren Zugang zu fachgerechter Beratung

Aufgrund dieser Sprachbarrieren ist es bislang kaum möglich, Zugang zu fachgerechter Beratung und ambulanter medizinischer Versorgung zu erhalten. In der Regel übernehmen Freund*innen, Familienmitglieder oder gar Kinder die Funktion der sprachlichen Vermittlung. Dies führt nicht selten zum

Auslassen oder Hinzufügen wichtiger Übersetzungsinhalte, zu Loyalitätskonflikten und schließlich zur Überforderung der betreffenden Person sowie zu qualitativen Einschränkungen der Arbeit bei Berater*innen oder Behandler*innen. Das bundesweit erste regionale Modellprojekt „Hamburger Sprachmittlerpool für Menschen mit Behinderung“ stärkt die Chancen der Betroffenen auf eine gesellschaftliche Teilhabe



und ermöglicht die Verbesserung der ambulanten Gesundheitsversorgung durch die Zugänglichkeit für die Betroffenen zum bestehenden Regelsystemen.



Professionelle Sprachmittler*innen für Beratung und Behandlung

Das Modellprojekt wurde in Kooperation mit der Hamburger Ärztekammer und der Lebenshilfe Hamburg initiiert von dem gemeinnützigen Verein „SEGEMI – Seelische Gesundheit Migration und Flucht e.V.“, einer Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Seelischen Gesundheit von Migrant*innen und Flüchtlingen in der Metropolregion Hamburg.

Finanziert wird das Modellprojekt durch die Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI) der Freien und Hansestadt Hamburg. Der Hamburger Sprachmittlerpool für Menschen mit Behinderung kann zum Beispiel von niedergelassenen Ärzt*innen, Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen oder Mit-

arbeiter*innen in Beratungsstellen, Kindertagesstätten, Kindergärten oder Schulen angefordert werden.

Diese erhalten unbürokratisch und qualitätsgesichert Zugang zu professionellen Sprachmittler*innen für die Beratung und Behandlung ihrer Klient*innen oder Patient*innen (aller Altersgruppen). Koordiniert wird der Sprachmittlerpool durch das Psychosoziale Beratungs- und Koordinierungszentrum SEGEMI. SEGEMI übernimmt im Rahmen des Projekts die Vermittlung und die Bezahlung der Arbeit der Sprachmittler*innen. Darüber hinaus wird den Sprachmittler*innen eine monatliche kostenlose Supervision sowie regelmäßige Fortbildungen angeboten, um eine qualitativ hochwertige Arbeit in diesem sensiblen Aufgabenfeld zu gewährleisten.

Der Sprachmittlerpool ist derzeit auf über 80 Sprachmittler*innen angewachsen und bietet Sprachmittler*innen in 42 Sprachen und Dialekten an. Wenn ein*e Sprachmittler*in benötigt wird, stellen die oben genannte Personengruppen einen Antrag. (www.segemi.org/sprachmittlerpool.html.) Die Koordinatorinnen überprüfen diese und koordinieren die Einsätze. Die Zahl der Anträge ist seit der Gründung des Sprachmittlerpools für Menschen mit Behinderungen im Juni 2018 stetig gewachsen. Im letzten Quartal wurden allein 266 Anträge vermittelt. Die Finanzierung des Hamburger Sprachmittlerpools für Menschen mit Behinderungen ist bis Juni 2020 gesichert.

Mit dem Abbau der sprachlichen Zugangsbarrieren wird ein wichtiger Beitrag zur Inklusion der Menschen mit Behinderung, die nach Hamburg geflüchtet oder migriert sind, geleistet.

Autor*in: Ricarda Müller, Dr. Mike Mösko, SEGEMI Seelische Gesundheit. Migration und Flucht e.V., Hamburg
www.segemi.org

Inklusion ist keine Ausnahme

Die Aktionspläne der gesetzlichen Unfallversicherung zur Umsetzung der UN BRK

Elke Biesel

„Der Mensch steht im Mittelpunkt.“ Diesem Leitbild ist die gesetzliche Unfallversicherung seit ihrer Gründung verpflichtet. Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) beschreibt, welche Bedingungen erfüllt sein müssen, um die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in der Gesellschaft zu gewährleisten. Sie spricht damit auch die Versicherten der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen an: Menschen, die bei einem Arbeitsunfall verletzt wurden oder die von einer Berufskrankheit betroffen sind.

Aktionspläne bauen aufeinander auf

Wie können die Menschenrechte für Menschen mit Behinderungen konkret im Alltag der gesetzlichen Unfallversicherung gewährleistet werden? Um Antworten auf diese Frage zu finden, haben Berufsgenossenschaften, Unfallkassen und ihr Spitzenverband, die DGUV, von 2012 bis 2017 zwei Aktionspläne erarbeitet und umgesetzt.

Der erste Aktionsplan umfasste fünf Handlungsfelder, 12 Ziele und mehr als 70 Maßnahmen und Aktionen. Alle Arbeitsbereiche in der gesetzlichen Unfallversicherung wurden einbezogen: von Prävention und Rehabilitation bis zu Kommunika-

tion und Bildung. Im Lenkungsgremium begleiteten Menschen mit Behinderung die Arbeit. Der Aktionsplan diente dazu, Inhalte der UN-Konvention für die Praxis der gesetzlichen Unfallversicherung handhabbar zu machen. Dazu wurden Checklisten, Leitlinien und Fortbildungsmodul entwickelt. Darunter zum Beispiel ein „Leitfaden barrierefreie Arbeitsgestaltung“, ein Wörterbuch „Leichte Sprache“ oder ein Modul zur Schulung von Führungspersonal. Einen besonderen Beitrag zur Bewusstseinsbildung leistete der von der Unfallversicherung initiierte Dokumentarfilm „Gold – Du kannst mehr als Du denkst“. Er begleitete drei paralympische Sportlerinnen

und Sportler auf ihrem Weg zu den paralympischen Spielen in London. Nach seiner Kinopräsenz 2013 erlebt der Film eine zweite Karriere: Viele Bundesländer setzen ihn heute in Schulen ein, um das Thema Inklusion im Unterricht anzusprechen. Der zweite Aktionsplan baute ab 2015 auf dem ersten auf. Sein Ziel war es, die Selbstverständlichkeit des Themas Inklusion innerhalb der gesamten Unfallversicherung und bei ihren Partnern weiter zu erhöhen. Die Ergebnisse des ersten Aktionsplans sollten verstetigt werden. Der zweite Aktionsplan konzentrierte sich deshalb auf drei Handlungsfelder: Bewusstseinsbildung, Partizipation und Inklusion.

Wegweiser Partizipation

Ein besonderes Augenmerk wurde in dieser Phase darauf gelenkt, die Umsetzung der UN BRK als Führungsaufgabe in den Gremien der gesetzlichen Unfallversicherung zu verankern.



Zur Unterstützung der Führungskräfte wurde auch ein „Wegweiser Partizipation“ konzipiert. Darin werden 5 Schritte zur Beteiligung von Menschen mit Behinderung in der gesetzlichen Unfallversicherung erläutert. Eine Übertragung auf andere Branchen ist mit kleinen Anpassungen leicht möglich. Den Wegweiser gibt es auch in Leichter Sprache. Beispielhaft für die Beteiligung von Menschen mit Behinderung ist auch das in dieser Phase vorangetriebene „Peer Projekt“.

Darin beraten Menschen, die selbst eine Unfallverletzung erlitten haben, frisch Verunfallte ergänzend zu deren medizinischer Rehabilitation. Wie fällt das Fazit nach zwei Aktionsplänen aus? Ein Großteil der Beschäftigten, aber auch viele Partner der gesetzlichen Unfallversicherung konnten durch die Maßnahmen für die Belange von Menschen mit Behinderung sensibilisiert werden. An vielen Stellen sind sie mit ihrem Recht auf Barrierefreiheit und Partizipation jetzt in der täglichen Arbeit der Unfallversicherung sichtbar. Aber Bewusstseinsbildung ist eine dauerhafte Aufgabe ebenso wie die Inklusion selbst. Die gesetzliche Unfallversicherung hat deshalb 2018 eine „Strategie UN BRK 2025“ beschlossen. Darin setzt sie sich Ziele als „inklusive Dienstleister“ ebenso wie als „inklusive Arbeitgeber“. So bleibt das Thema als dauerhafte Anforderung auf der Agenda.

Weiterführende Informationen:

<https://www.dguv.de/barrierefrei/grundlagen/wandel/dguv-aktionsplan/index.jsp>

In den Grundsätzen der Strategie 2025 heißt es dazu: „In der gesetzlichen Unfallversicherung wird Inklusion im Sinne eines „selbsttragenden Bewusstseins“ immer mitgedacht und ins alltägliche Handeln selbstverständlich integriert. Inklusion ist keine Ausnahme, sie ist die Regel.“

Autorin: Elke Biesel, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV), www.dguv.de

Impressum

Herausgeberin

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG)

Hammerbrookstraße 73 | 20097 Hamburg

Telefon: 040 2880364 0 | Fax: 040 2880364 29

E-Mail: buero@hag-gesundheit.de

Internet: www.hag-gesundheit.de

V.i.S.d.P.: Petra Hofrichter



Redaktion: Silke Bornhöft | Claudia Duwe | Dörte Frevel
Maria Gies | Josephine Göldner | Birgit Höldke | Petra Hofrichter | Lena Jacobi | Mareen Jahnke | Katharina Mayer
Christine Ort | Svenja Rostosky

Beiträge: Theresa Allweiss | Thomas Altgeld | Elke Biesel
Dr. Frank Martin Brunn | Maria Gies | Oliver Hofmann
Mareen Jahnke | Uta Kampers | Ingrid Körner | Christian Meinhard | Ricarda Müller | Mike Mösko | Annica Petri
Birgit Pohler | Bärbel Ribbert | Ulrike Schloo
Prof. Dr. Birgit Schuhmacher | Anja Teufel | Christian Wallner

Koordination: Dörte Frevel

Satzerstellung: Christine Ort

Druck: Drucktechnik

Auflage: 2500

ISSN: 1860-7276

Erscheinungsweise: 2 x jährlich (Mai und November)

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die Meinung des*der Autor*in wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

Fotos/Grafiken: S. 3: GKV-Spitzenverband; S. 9-10: siehe Seite 10;

S. 11 links: Jens Hannewald; S. 11 rechts: ©vdek/Jörg Hafemeister;

S. 12: Evangelische Stiftung Alsterdorf; S. 14: Leben mit Behinderung, Sozialeinrichtungen gGmbH; S. 17 oben: Jennifer Rumbach, Aktion Mensch;

S. 17 unten: SEGEMI Seelische Gesundheit Migration und Flucht e.V.;

S. 18: Heike Günther; S. 18: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

**Sie können StadtpunkteThema kostenlos bestellen:
per Telefon, Fax oder E-Mail.**

In Hamburg aktiv und gesund

Die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) macht sich für soziallyagenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten stark. Sie arbeitet auf Grundlage der Ottawa Charta. Ihr Ziel ist, das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden der Hamburger Bevölkerung zu stärken.

Als landesweites Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung organisiert sie Netzwerke, koordiniert fachlichen Austausch, berät Institutionen, Einrichtungen und Initiati-

ven, bietet Qualifizierungsangebote, unterstützt Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung, informiert zu aktuellen Fragen und fördert Projekte von Dritten.

Die HAG ist unabhängig und gemeinnützig. Ihre Arbeit wird finanziert aus Mitteln der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) sowie aus Projektmitteln von Krankenkassen (GKV) und anderen Trägern.

www.hag-gesundheit.de