

Spielt die Förderung der bio-psycho-sozialen Gesundheit eine wichtige Rolle bei der Rehabilitation von Paraplegikern?

Eine ganzheitliche Rehabilitation



Erarbeitet von: Annick Geiger

Studienanfang : Bachelor 08

Unter der Betreuung von : Julian Vomsattel

Danksagung

Hier möchte ich all den Leuten, die mich während dieses Verfassungsprozesses unterstützt und ermutigt haben, danken:

- Meiner Familie für ihr ständiges offenes Ohr.
- Liselotte Nanzer, Physiotherapeutin in Bern, für die unzähligen Fassungen, die sie während des Entwicklungsstadiums dieser Arbeit korrigiert hat.
- Sandy Laping, Physiotherapeutin im Rehabilitationszentrum von Stoke Mandeville (UK), für ihre Verbesserungen und ihre kritische Sicht.
- Alex, für seine umfassende Verbesserung
- Meinem Experten, Herr Erwin Zemp, für seine Offenheit und für die Zeit, die er mir gegeben hat.
- Meinen Interviewpartnern, die ein Stück ihres Lebens mit mir geteilt haben. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.
- Allen Querschnittgelähmten und Behinderten, die ich kenne, die mir, vor und während der Verfassung dieser Arbeit, als Inspirationsquelle gedient haben.
- Meinem begleitenden Dozenten, Herr Julian Vomsattel, für seine Hilfsbereitschaft, seine Interesse und seine neutrale Perspektive.

Eidesstattliche Erklärung¹

„Hiermit versichere ich, dass ich die Bachelor Thesis selbständig verfasst und keine andern als die angegebenen Quellen benutzt habe. Alle Ausführungen, die anderen Texten wörtlich oder sinngemäss entnommen wurden, sind kenntlich gemacht. Die Arbeit war noch nie in gleicher oder ähnlicher Fassung Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung.“

Unterschrift der Verfasserin:

¹ http://cyberlearn.hes-so.ch/file.php/2684/Bachelor_Thesis_Wegleitung.pdf (25.07.10)

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit behandelt die Thematik der Rehabilitation von Paraplegikern, genauer die Wichtigkeit eines bio-psycho-sozialen Arbeitsansatzes.

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit wird das Peer Counselling, eine Beratungsmethode von Betroffenen für Betroffene, welche 2009 im Paraplegikerzentrum Nottwil eingeführt wurde, als zentrales Konzept definiert.

Die empirische Forschung zeigt, dass Peer Counselling und Sport wichtige Förderfaktoren der ganzheitlichen Gesundheit sind. Die Einstellung zur eigenen Behinderung, sowie die Haltung des sozialen Umfelds spielten ebenfalls eine wesentliche Rolle im Rehabilitationsprozess.

In der Schlussfolgerung werden Handlungsvorschläge für die Praxis aufgezeigt, welche zur bio-psycho-sozialen Gesundheit von Paraplegikern und zur Effizienz der Rehabilitation beitragen können. Dieser letzte Teil enthält auch eine persönliche Auseinandersetzung mit der gewählten Thematik.

Schlüsselwörter

Peer Counselling – Autonomie – Rehabilitation – Paraplegie - Sport

Anmerkung

Alle Äusserungen und Stellungnahmen in dieser Arbeit geben ausschliesslich die Meinung der Verfasserin wieder.

Um das Lesen zu vereinfachen wurde in dieser Arbeit eine neutrale oder männliche Form benützt. Selbstverständlich sind beide Geschlechter miteinbezogen.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung	6
1.2 Begründung der Themenwahl	6
1.3 Meine Erfahrung im Rollstuhl	7
1.4 Adressaten	8
1.5 Themeneingrenzung	8
2. Forschungsfragen	9
2.1 Zum Peer Counselling	9
2.2 Zum Einfluss vom Sport	9
2.3 Zur Rehabilitation	9
2.4 Zur Selbstständigkeit	9
3. Hypothesen	10
3.1 Hypothese 1	10
3.1.1 Unterhypothese 1	10
3.2 Hypothese 2	10
3.3 Hypothese 3	10
4. Ziele	11
4.1 Theorieziele	11
4.2 Feldziele	11
4.3 Praxisziele	11
4.4 Persönliche Ziele	11
5. Bezug zur Theorie	12
5.1 Definition der Paraplegie	12
5.2 Verschiedene Behinderungskonzepte	12
5.2.1 Die ICF-Klassifikation	13
5.2.2 „Processus de production du handicap“	13
5.2.3 Ein nicht statischer Begriff	14
5.2.4 Behinderung und Zugehörigkeit	15
5.3 Die Rehabilitation von Querschnittgelähmten	17
5.3.1 Dauer und Inhalt	17
5.3.2 Patientenedukation	18
5.3.3 Rollstuhl	18
5.3.4 Sporttherapie	18
5.4 Autonomie	19
5.4.1 Definitionen	19
5.4.2 Messinstrumente	20

5.4.3	Relevanz für die Arbeit	21
5.5	Das Peer Counselling	22
5.5.1	Geschichte	22
5.5.2	Definition vom Peer Counselling	23
5.5.3	Definition des Peer Counsellors	24
5.5.4	Die Vorbildfunktion des Peer Counsellors	24
5.5.5	Definition vom Klienten	25
5.5.6	Prinzipien	26
5.5.7	Ziele	26
5.5.8	Peer Counselling in Europa	27
5.5.9	Wem nützt das Peer Counselling?	28
5.5.10	Peer Counselling und Therapie	29
5.5.11	Relevanz für die Arbeit	29
5.5.12	Meine persönliche Erfahrung	30
5.6	Sport	31
5.6.1	Verschiedene Auswirkungen	31
5.6.2	Sport und Peer Counselling	32
5.6.3	Sport und berufliche Integration	33
5.7	Auswirkungen der Diskriminierung auf die Gesundheit	34
6.	Methodik	36
6.1	Untersuchungsfeld und Untersuchungsgruppe	36
6.2	Gewählte Methode	36
6.3	Forschungsvorgehen	37
6.4	Erhebungsinstrument	38
6.4.1	Der Interviewleitfaden	39
6.5	Ethische Fragestellungen und Grenzen	39
7.	Resultate, die ich mit den gewählten Methoden zu erhalten denke	40
8.	Datenerhebung	41
8.1	Untersuchungsgruppe	41
9.	Datenauswertung	43
9.1	Auswertung der ersten Hypothese	43
9.1.1	Auswertung der Nebenhypothese	46
9.2	Auswertung der zweiten Hypothese	47
9.3	Auswertung der dritten Hypothese	55
10.	Synthese	59
10.1	Diskussion zur Hypothese 1	59

10.2	Diskussion zur Hypothese 2	61
10.3	Diskussion zur Hypothese 3	63
11.	Schlussfolgerungen	65
11.1	Stellungnahme zur Forschungsfrage	65
11.2	Verbindung mit der beruflichen Praxis der Sozialen Arbeit	69
11.3	Technische Bilanz zur Arbeit	70
11.4	Bilanz des Lernprozesses – Persönliche Bilanz zur Arbeit	70
	QUELLEN	72
	ANHANG	

1. Einleitung

Liebe Leser,
Die folgende Forschung behandelt die Frage:

Spielt die Förderung der bio-psycho-sozialen Gesundheit von Paraplegikern eine wichtige Rolle bei ihrer Rehabilitation?

1.2 Begründung der Themenwahl

Als ich mich für ein Thema aus dem Behindertenbereich interessierte, war mir klar, dass bereits viel zu dieser Thematik geschrieben wurde. Die Behandlung von Themen im Zusammenhang mit Behinderungen und mit dem Behindertensport, stellt einen Trend in den Abschlussarbeiten aus verschiedenen Studiumsstufen dar. Ich wollte eine Thematik finden, die sich von den häufig gewählten Subjekten distanziert. Diese Arbeit erlaubt es mir, etwas Neues und hoffentlich Interessantes in diesem Bereich aufzuzeigen. Sie wird mir die Möglichkeit bieten, meine pragmatische Denkweise, die ich durch meine Praxis erarbeitet habe, zu diesem Thema zu äussern.

Die Idee dieser Arbeit und dieses Themas kommen aus meiner Erfahrung im Behindertensportbereich und dem regelmässigen Zusammenkommen mit Behinderten. Ich bin seit einigen Jahren im Behindertensport aktiv, einerseits als Sportleiterin im Behindertensport Sidors (Rafroball und Schwimmen, hauptsächlich mit Schwerbehinderten) andererseits als Basketballspielerin in der Rollstuhlbasketballmannschaft von Pully (Behindertensport Lausanne, vorwiegend mit Querschnittgelähmten). Als Sportleiterin nehme ich regelmässig an Lagern für behinderte und nicht behinderte Kinder und Jugendliche teil.

Zur Winterzeit arbeite ich als Behindertenski-Lehrerin und Instruktorin zum Dualskibob-Fahren. Im Sommer organisiere ich adaptierte Sportaktivitäten mit unseren Sportgeräten: das Cimgo, ein geführtes Abfahrtsmountainbike, sowie das Explorer II, ein Mountainbike mit drei Rädern, das von selbstständigen Behinderten benutzt wird.

Bei diesen Aktivitäten habe ich festgestellt, dass Rollstuhlfahrer, die mit demselben Problem konfrontiert sind, ganz andere Strategien zur Problemlösung entwickelt haben. Die einen finden in fast allen Problemsituationen eine Lösung, andere bleiben stehen: sie haben genaue Anhaltspunkte in ihrer Umwelt und wissen, dass sie in diesem Rahmen auf keine Hürden treffen werden.

Mit dieser Arbeit möchte ich zeigen, dass Peer Counselling², sowie das Zusammenkommen mit anderen Querschnittgelähmten, ihrer Selbstständigkeit, Integration und Lebensqualität dient; in einem Worte: der bio-psycho-sozialen Gesundheit.

Als angehende Sozialarbeiterin möchte ich zeigen auf welche Weise Menschen mit besonderen funktionellen, motorischen, physischen und emotionalen Bedürfnissen dank Peer Counselling „anders“ beraten und unterstützt werden können.

Zur Veranschaulichung möchte ich hier folgendes Beispiel zitieren: bei einem Behindertenski-Lager, bei dem ich als Skilehrerin tätig war, beobachtete ich die Gruppe. Am Morgen bereiteten sich mehrere langjährige Paraplegiker gleichzeitig vor. Die Geräte waren parat und alle waren individuell betreut. Sie mussten „nur“ noch den Transfer in den Skibob durchführen. Dieser Transfer unterscheidet sich nicht grundsätzlich von anderen

² Im britischen Englisch wird Counselling mit zwei « l » geschrieben. Deshalb habe ich mich entschieden, diese Schreibweise während der ganzen Arbeit zu benutzen.

gewöhnlichen Transfers, wie den Rollstuhl-Bett Transfer, den Rollstuhl-Auto Transfer oder den Rollstuhl-Sofa Transfer. Nur passt sich der Bewegungsablauf am Skigerät an.

Bei dieser Etappe waren einige sehr mutig, obwohl sie es zum ersten Mal machten und fanden selber heraus, welche Technik sie anwenden mussten, um in den Skibob zu sitzen. Andere zögerten und ergriffen später die Initiative, weil sie sich zuerst nach einem Vorbild umschauen mussten, um dieses nachzuahmen.

Dieses Ereignis mag harmlos klingeln, aber dadurch wurde mir klar, wie wichtig, lehr- und hilfreich das Nachahmen eines Vorbildes in gewissen Situationen sein kann.

In meiner Arbeit werde ich das Peer Counselling als Hauptkonzept behandeln, sowie mich mit der Strategien zur Selbstständigkeitsförderung auseinandersetzen.

1.3 Meine Erfahrung im Rollstuhl

Bevor wir in die Arbeit *per se* einsteigen, möchte ich auf meine eigenen Erfahrungen im Bereich „Behinderung“ und speziell im Rollstuhl hinweisen. Dieser Teil sollte meine Themenwahl präziser unterstreichen.

Bereits als Kind interessierte ich mich für behinderte Menschen: mich faszinierten diese „aussergewöhnlichen Menschen“. Erst später fing meine tatsächliche Auseinandersetzung mit dieser „anderen Welt“ an: während drei Jahren bin ich mit einer tauben Kollegin zur Schule gegangen. Mit ihr habe ich teilweise die Gebärdensprache gelernt, sowie die sogenannte ergänzende Lautsprache, welche unsere Kommunikation vereinfachte. Dank unserer guten Beziehung nahm ich an Lagern für schwerhörige und taube Kinder und Jugendliche teil.

Im Jahre 2004, einige Tage bevor ich meine Matura am Kollegium Spiritus Sanctus in Brig abschloss, nahm ich zum ersten Mal an einem Raftball³-Kurs in Siders teil. Ich ging zuerst als Spielerin und spielte Raftball im Rollstuhl, wie es vom Reglement vorgeschrieben ist. Nach kurzer Zeit wurde ich als Begleiterin eingesetzt und absolvierte die Grundausbildung zur Behindertensportleiterin bei Plusport⁴.

Als ich an der Universität Lausanne immatrikuliert war, erfuhr ich, dass der lokale Behindertensportverein eine Rollstuhlbasketball-Mannschaft hatte. Neugierig ging ich eines Tages vorbei, um diese für mich unbekannte Sportart zu beobachten. Die Anwesenden boten mir spontan an, mit ihnen zu spielen. Seitdem bin ich Mitglied dieser Mannschaft, nehme an offiziellen Wettkämpfen teil und spiele selbstverständlich im Rollstuhl. Es handelt sich also um eine „umgekehrte Integration“: in diesem Fall sind es nicht die Behinderten, die sich anpassen müssen, sondern ich, als Nichtbehinderte, die sich in diese Situation hineinversetzt und ihre Mobilität freiwillig einbüsst.

Durch diese „umgekehrte Integration“ lernte ich zum Beispiel auf Hinterrädern zu fahren und entdeckte andere Behindertensportarten, wie das Handbikefahren oder das Sitzskifahren. Dank dem Basketball lernte ich viele Behinderte kennen, mit denen ich mich oft über ihre Erfahrungen unterhalten konnte. Ich stellte fest, dass durch mein Hineinversetzen in „ihre“ Position mein Vermitteln an andere Behinderte erleichtert wurde.

³ Das Raftball ist eine integrative Ballsportart, bei welcher Spieler mit und ohne Behinderung zusammen spielen können. Die Raftball-Spielregeln sind eine Mischung aus den Fussball-, Basketball- und Handballspielregeln. Nicht behinderte müssen im Rollstuhl spielen und Rollstuhlfahrer mit schwerer Behinderung können von einem Helfer gestossen werden, der auch bei der Ballannahme helfen darf.

⁴ Plusport Behindertensport Schweiz, die Dachorganisation des Schweizerischen Behindertensports

Zum Beispiel war es für mich unmöglich, jemandem das Sitzskifahren beizubringen, ohne selber zu wissen, wie man sitzend eine Kurve fährt.

Als nichtbehinderte Begleiterin einerseits wie als nichtbehinderte Teilnehmerin andererseits, verfüge ich über privilegierte Beobachtungsmöglichkeiten, Erfahrungs- und Entdeckungsquellen.

1.4 Adressaten

Diese Forschungsarbeit wendet sich an Menschen, die auf irgendeine Weise von der Problematik der Querschnittlähmung betroffen sind. Darunter zu verstehen sind Querschnittgelähmte selbst, ihre Familien, sowie Therapeuten und Rehabilitationszentren, die für die Rehabilitation der Direktbetroffenen zuständig sind.

Diese Arbeit soll die Wichtigkeit des Erfahrungsaustausches zwischen Querschnittgelähmten aufzeigen. Mir ist bewusst, dass diese Äusserungen nicht unbedingt allgemeingültig sind.

1.5 Themeneingrenzung

In meiner Arbeit konzentriere ich mich vor allem auf Paraplegiker, die sportlich aktiv sind und einen hohen Grad an Selbstständigkeit durch ihre Rehabilitation und persönliche Einstellung erlangt haben.

Es gibt Paraplegiker, die genau wie vor ihrem Unfall denken, Probleme lösen und leben, also sich nicht behindert fühlen und im Alltag auch so handeln. Andere hingegen lassen sich von ihrem Rollstuhl und ihrer Abhängigkeit einschränken und gestalten mit dieser Sichtweise ihren Alltag

Sportlich aktive Paraplegiker, die einen gesunden Umgang mit ihrer Behinderung haben und über relativ grosse Erfahrung mit dem Leben im Rollstuhl verfügen, sind in der Lage andere Paraplegiker zu beraten, sei es beispielsweise spontan beim Beobachten eines falschen und möglicherweise gefährlichen Transfers oder im Gespräch.

So ergeben sich meiner Meinung nach Unterschiede innerhalb einer scheinbar homogenen Gruppe von Leuten mit ähnlichen Ausgangslagen. Der Unterschied liegt in der Einstellung dieser Personen gegenüber ihrer Behinderung.

Meistens sprechen wir von Menschen mit besonderen Bedürfnissen, aber ebenso könnte man von Menschen mit besonderen Ressourcen und Fähigkeiten sprechen, die trotz oder dank ihrer Behinderung innovativ und neugierig sind, denn vielfach sind wir uns nicht bewusst, dass wir nur einen geringen Teil unserer breiten Palette an Fähigkeiten benutzen.

2. Forschungsfragen

Aus meiner Fragestellung:

Die Förderung der bio-psycho-sozialen Gesundheit von Paraplegikern spielt eine wichtige Rolle bei ihrer Rehabilitation.

ergibt sich eine breite Palette an Fragen und weiteren Überlegungen, die mit diesem Thema verwandt sind. Hier sind einige der Fragen, die ich meinem Untersuchungsfeld stellte und die ich durch meine Bachelorarbeit zu beantworten gedenke.

2.1 Zum Peer Counselling

- Ist es ein wichtiger Teil der Rehabilitation?
- Trägt es zur Selbstständigkeitsförderung bei?
- Findet es nur während der Rehabilitation statt?
- Wie wird diese Methode in Paraplegikerzentren eingesetzt?
- Kann es auch informell stattfinden?
- Müssen Peer Counsellors unbedingt ausgebildet sein?
- Welche methodischen Hinweise werden angewendet?

2.2 Zum Einfluss vom Sport

- Ist er ein wichtiger Teil der Rehabilitation?
- Erhöht er die Lebensqualität von Querschnittgelähmten?
- Sind sportliche oder sportlich aktive Querschnittgelähmte autonomer als andere?

2.3 Zur Rehabilitation

- Wie gross ist der persönliche Anteil am Erfolg der Rehabilitation?
- Was machen die Kliniken im Bereich Sport und was bieten sie in diesem Bereich an?
- Werden Paraplegiker effizient rehabilitiert, um ihnen möglichst grosse Autonomie und Integrationschancen zu gewährleisten?

2.4 Zur Selbstständigkeit

- Wie kann ein Paraplegiker seine Selbstständigkeit fördern?
- Von welchen Mitteln kann er profitieren?
- Ist ein Paraplegiker, der vom Peer Counselling profitiert, selbstständiger als einer, der diese Beratung nicht in Anspruch nimmt?

Ich bin mir bewusst, dass ich im Rahmen dieser Arbeit nicht alle Fragen beantworten kann, trotzdem hoffe ich, dass ich den einen oder anderen neuen Zugang finde.

3. Hypothesen

In meiner Hypothesenwahl konzentriere ich mich auf die ganzheitliche Gesundheit und Rehabilitation.

Bei den Hypothesen werde ich zuerst die diesbezüglichen Theorien behandeln, dann die Aussagen der Interviews diskutieren.

Am Schluss der Arbeit werde ich auf mein Hauptpostulat zurückkommen:

Die Förderung der bio-psycho-sozialen Gesundheit spielt eine wichtige Rolle bei der Rehabilitation von Paraplegikern.

Eine ganzheitliche Rehabilitation.

3.1 Hypothese 1

- Die Förderung der biologischen Gesundheit spielt eine wichtige Rolle bei der Rehabilitation von Paraplegikern.

3.1.1 Unterhypothese 1

- Der Sport ist ein wichtiger Bestandteil der Rehabilitation von Paraplegikern

3.2 Hypothese 2

- Die Förderung der psychischen Gesundheit spielt eine wichtige Rolle bei der Rehabilitation von Paraplegikern.

3.3 Hypothese 3

- Die Förderung der sozialen Gesundheit spielt eine wichtige Rolle bei der Rehabilitation von Paraplegikern.

4. Ziele

4.1 Theorieziele

- Definition der Paraplegie
- Erklärung des Peer Counselling Beratungskonzeptes
- Zusammenhang zwischen Peer Counselling und Selbstständigkeit dokumentieren

4.2 Feldziele

- Beobachtung des Einflusses von Peer Counselling und Sport im Leben eines Paraplegikers
- Erforschung des Einflusses von Peer Counselling im Diskriminierungsprozess
- Betroffene aufmuntern, vom Peer Counselling zu profitieren
- Sportangebote für Paraplegiker aufzeigen
- Aufzeigen von Selbstständigkeitsförderfaktoren
- Verschiedene Lebenserfahrungen von Paraplegikern aufzeigen

4.3 Praxisziele

- Handlungsmöglichkeiten zur Förderung der Autonomie von Paraplegikern aufzeigen
- Handlungsvorschläge erarbeiten und formulieren

4.4 Persönliche Ziele

- Gezielte Auseinandersetzung mit dieser Thematik, da ich später in diesem Bereich arbeiten möchte
- Nutzung und Erweiterung meines aktuellen Netzwerkes im Behindertensportbereich

5. Bezug zur Theorie

Aus der Forschungsfrage und den Zielen, die ich mir gesetzt habe, scheint es mir wichtig, verschiedene Hauptbegriffe und Theorien bei dieser Diskussion zu erläutern.

5.1 Definition der Paraplegie

Die Paraplegie⁵ „bezeichnet eine Lähmung beider Beine und von Teilen des Rumpfes; sie ist häufig eine Folge von Rückenmarkschäden, aber auch von Krankheiten des Gehirns, des Hirnstamms, der spinalen Nervenwurzeln oder der peripheren Nerven. Hauptmerkmale der Paraplegie sind: motorische Störungen, Störungen des Muskeltonus und der Muskeleigenreflexe, sensible Störungen, Schmerzen und autonome Funktionsstörungen (Blase, Mastdarm und Sexualfunktion). Paraplegie ist von der Unterbrechung der Leitungsbahnen verursacht und hat für Folgen einen vollständigen Ausfall der Willkürmotorik, der Tiefen- und Oberflächensensibilität unterhalb des Schädigungsortes.“

Innerhalb der Paraplegie wird zusätzlich zwischen einer vollständigen und einer partiellen Querschnittlähmung unterschieden. Wurde das Rückenmark ganz getrennt, handelt es sich um eine vollständige Läsion: der Patient hat keine Erholungschance; wenn das Rückenmark aber eingeklemmt oder nur teilweise getrennt wurde, kann der Patient je nach Schweregrad der Verletzung gewisse Funktionen wiedergewinnen und in gewissen Fällen eine vollständige Genesung anstreben.

Die genaue Unterscheidung zwischen einer kompletten und einer inkompletten Paraplegie ist definiert anhand der Innervation der sakralen Abschnitte S3/4.

Keine Innervation ist eine komplette Querschnittlähmung, Innervation ist eine inkomplette Querschnittlähmung⁶. Das heisst, dass jemand der zwar motorisch komplett scheint, kann trotzdem eine inkomplette Querschnittlähmung haben.

Die Unterscheidung beider Kategorien werden wir nicht näher betrachten, da sie nicht zu dieser Arbeit gehört und detaillierte medizinische Kenntnisse voraussetzt.

5.2 Verschiedene Behinderungskonzepte

Eine Behinderung⁷ ist eine Einschränkung, eine Beeinträchtigung von Funktionen, physischer, psychischer oder sensorischer Art. Sie kann angeboren oder erworben, also durch ein Geburtsgebrechen oder eine Folge einer Krankheit oder eines Unfalls verursacht sein.

Eine Behinderung kann unterschiedlich verstanden und interpretiert werden. Im folgenden Kapitel werden wir uns mit verschiedenen Behinderungskonzepten, die sich im Laufe der Zeit verändert haben, befassen.

⁵ ZÄCH, G., KOCH, H.-G. 2006. S.12

⁶ http://www.asia-spinalinjury.org/publications/59544_sc_Exam_Sheet_r4.pdf (22.05.12). Siehe Anhang A

⁷ Modul E9, Kniel-Fux Lucie, 23.03.10

5.2.1 Die ICF-Klassifikation

Zu Beginn der 19. Jahrhunderts wurde zuerst die Internationale Classification of Diseases (ICD), also die Klassifizierung von Krankheiten, eingeführt; sie beschäftigt sich mit den Krankheitsursachen.

Ab Mitte des 20. Jahrhunderts wurden ergänzende Definitionen der Behinderung erarbeitet. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gibt seit 1980 eine umfassende Definition der Behinderung heraus mit der von ihr entwickelten Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit⁸. Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICIDH) konzentriert sich vor allem auf die Krankheitsfolgen von Behinderungen und ist deshalb defizitorientiert.

Die WHO nuanciert drei Begrifflichkeiten⁹ bei der Definition der Behinderung:

- *„ein dauerhafter gesundheitlicher Schaden entsteht aufgrund einer Erkrankung, angeborenen Schädigung oder eines Unfalls als Ursache - impairment*
- *Der Schaden führt zu einer funktionalen Beeinträchtigung der Fähigkeiten und Aktivitäten des Betroffenen – disability*
- *Die soziale Beeinträchtigung ist Folge des Schadens und äussert sich in persönlichen, familiären und gesellschaftlichen Konsequenzen – handicap“*

Die nächste verarbeitete Version dieser Klassifikation, die International Classification of Functioning (ICF)¹⁰, definiert eine Behinderung aus einer bio-psycho-sozialen Perspektive. Anhand dieser Klassifikation werden nicht nur die Defizite erfasst, sondern auch die Folgen der Einschränkung und die möglichen Ressourcen des Menschen¹¹.

Die Struktur der ICF¹² baut sich auf zwei Themenbereichen auf. Ein erstes Thema umfasst die Funktionsfähigkeit und die Behinderung; die Unterthemen betreffen die Körperfunktion und –strukturen. Ein zweites Thema umfasst Kontextfaktoren: Umwelt- oder personenbezogene Faktoren¹³.

5.2.2 „Processus de production du handicap“

Zwischen 1986 und 1996 vertiefte und verbesserte ein Gremium¹⁴ aus Kanada diese Definition und fügte Umweltfaktoren zu den bereits genannten Faktoren hinzu. 1996 wurde der sogenannte „Processus de production du handicap“¹⁵ veröffentlicht. Diese Theorie sagt aus, dass ein Mensch an sich nicht behindert ist. In diesem Sinne wird er erst durch seine Umwelt behindert. Die Behinderung ist also das Resultat von Wechselwirkungen zwischen endo- und exogenen Faktoren eines Menschen, Risikofaktoren und Lebensgewohnheiten, die sich aus all diesen Variablen ergeben.

In seinem Konzept unterscheidet Patrick Fougeyrollas zwischen drei Hauptbegriffen¹⁶: Schwäche, funktionelle Einschränkung und Behinderung.

Die Schwäche entspricht folgender Diagnose: *„die objektive Dimension einer biologischen Verschiedenheit oder einer Anomalie.“* Die Schwäche sagt eigentlich nichts zur Realität, in welcher die betroffene Person lebt. Sie bildet homogene Kategorien von Menschen, die von der gleichen Schwäche betroffen sind. Diese Kategorisierung kann zur Diskriminierung führen. Bei unserem Thema ist die Schwäche die Paraplegie.

⁸ Zuerst ICIDH, dann ICF ab 1980 auf Englisch abgekürzt.

⁹ <http://www.myhandicap.ch/behinderung-definition-ch.html> (12.09.11)

¹⁰ Vgl. http://www.sfss.ch/dateien/42/2004Bruno_KeelArtikel_ICF_klassifikation.pdf (22.08.10). Siehe Anhang B

¹¹ KNIEL-FUX, Lucie. Modul E9, Behinderung. Siders: HES-SO, 2010.

¹² www.dimdi.de (22.08.10)

¹³ Siehe Anhang B

¹⁴ Comité Québécois sur la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps (CQCIDIH)

¹⁵ Freie Übersetzung: Entstehungsprozess der Behinderung. Auch „PPH“ auf Französisch abgekürzt.

¹⁶ Vgl. <http://id.erudit.org/iderudit/007357ar> (10.10.11). Siehe Anhang C

Die funktionelle Einschränkung der Fähigkeiten stellt den Einfluss einer Schwäche auf die Durchführung von Alltagsaktivitäten dar. Sie variiert je nach Entwicklungs-, sowie Anpassungsfähigkeit des Betroffenen. Die Ursachen der Einschränkung sind vielfältig (u.a. die Schwäche, das Alter, die möglichen Hilfsmittel); sie bestimmen dann sowohl die Einschränkung als auch ihren Grad. Bei der Paraplegie ist die Person beim Laufen oder selbstständigen Stehen eingeschränkt.

Damit die Person eine ressourcenorientierte Sicht einnimmt, muss die Person seine Verschiedenheit aus einer positiven und kreativen Perspektive wahrnehmen, seine Autonomie fördern und ein ganzheitliches Menschenbild von sich haben.

Die Behinderung wird erst in der Interaktion zwischen einem Menschen mit einer Schwäche und seiner Umgebung oder einer sozialen Gruppe sichtbar. Genauer gesagt, wenn die Aussenwelt mit Diskriminierungs-, Ausgrenzungs- oder Stigmatisierungsreaktionen antwortet. Die Behinderung schränkt also die Entfaltung der betroffenen Person und die Förderung ihrer Autonomie ein.

Diese neue und vertiefte Definition erklärt nicht mehr die Behinderung als einfache lineare Ursache-Wirkung Beziehung, sondern als einen Prozess. Eine Person, die auf einen Rollstuhl angewiesen ist, in einer rollstuhlgerechten Wohnung lebt, eine Arbeit hat und gut integriert ist, wird im Alltag von ihrer Behinderung eigentlich nicht eingeschränkt. Sollte der Lift zu seiner Wohnung defekt sein, wird seine Behinderung wieder eine Einschränkung. Wenn diese Person das Treppensteigen während oder nach ihrer Rehabilitation gelernt und geübt hat, wird sie diese Hürde problemlos überwinden und sich zu helfen wissen. Das veranschaulicht die Wichtigkeit des Selbstständigkeitsgrades einer Person.

Dieses analytische, oft kritisierte und polemische Konzept der Behinderung erzeugt also eine neue Benutzung und ein neues Verständnis des Begriffes „behindert“. Eine Behinderung kann jedermann zu jeder Zeit betreffen. Wir als technologieabhängige Menschen, sind auch behindert, wenn unser Auto oder unser Computer nicht mehr funktioniert. Wenn jemand plötzlich einen Gliedbruch erleidet und dann für einige Wochen einen Gips hat, wird er die Erfahrung einer Behinderung erleben und merken, dass er in seiner alltäglichen Aktivitäten eingeschränkt ist.

Wenn wir die von Fougeyrollas entwickelte Theorie des „Processus de production du handicap“ verallgemeinern und extrapolieren, wird sie eine Ideologie. Diese Theorie nimmt den physischen endogenen Faktor (die Querschnittlähmung) wahr, besagt aber, dass ein Mensch durch sein Umfeld behindert werden kann. Wenn ein behinderter Mensch also in einer rollstuhlgerechten und an sich angepassten Umgebung lebt, ist er in seinem Alltag nicht mehr behindert.

Diese Überlegung ist im Grunde genommen nicht falsch, aber überspitzt kann sie auch heissen, dass der Behinderte dazu tendiert, sich eher in diese geborgene, sichere und gut bekannte Umwelt zu begeben. Es könnte dazu führen, dass der Behinderte, sich dann selber begrenzt und behindern lässt, indem er diesen perfekten Mikrokosmos nicht verlässt und sich zunehmend isoliert.

5.2.3 Ein nicht statischer Begriff

Walter Hesbeen¹⁷ postuliert ebenfalls, dass ein Paraplegiker nicht zwangsläufig behindert sei. Seiner Meinung nach lässt der Begriff „behindert“ die Situation fest werden; deshalb sollte er nicht als statischer Begriff benutzt werden. Er bezeichnet diese unzufriedene sprachliche Abkürzung als „*reduzierend und grellend*“¹⁸. Das Individuum steht nicht mehr im

¹⁷ Vgl. HESBEEN, W. 1994. S. 16

¹⁸ Ebenda, S. 21

Zentrum, sondern seine Behinderung; er ist zuerst behindert und dann ein Mensch. „Behindert“ definiert nicht, was die Person ist oder was sie machen kann, sondern verfälscht die Wahrnehmung des Individuums an sich.

Jeder Mensch mit einer Behinderung sollte zuerst als Mensch betrachtet werden. Die humanistische Perspektive ist deshalb wichtig, damit die Menschen nicht definitiv katalogisiert werden.

W. Hesbeen zitiert Pierre Minaire¹⁹ in seinem Buch: *„Rein theoretisch existiert die Behinderung nicht: sie bezieht sich auf bestimmte alltägliche Situationen. [...] Die Behinderung ist nicht immer, was wir sehen können und die Behinderten diejenigen, die wir denken.“*

5.2.4 Behinderung und Zugehörigkeit

Patrick Conrath, Psychologe und Chefredakteur der Zeitschrift „Journal des Psychologues“ formuliert die folgende Frage zur unklaren Definition der Behinderung: *„Wie kann jemand sich selbst Sinn geben, wenn er von einer so unscharfen und allgemeinen Terminologie gekennzeichnet wird?“*²⁰.

Die Behinderung an sich, sowie ihre Definition, werden je länger je mehr thematisiert. Diese Entwicklung der Denkweise (seitens der Wissenschaftler und Forscher) ergibt quasi einen Paradigmenwechsel. Wie der Titel des letzten Buches von Simone Korff-Sausse²¹ es zusammenfassend deutet, werden gewisse Kategorien wieder- oder neugedacht. Die Menschen werden nicht mehr in einem binären System, behindert versus nicht behindert, eingeordnet, wie bei der Erforschung der Geschlechtszugehörigkeit deutlich wurde, dass ein Mensch nicht unbedingt als Frau oder als Mann definiert sein muss. Analog handelt es sich zwischen beiden Kategorien „behindert“ oder „nicht behindert“. Ein „Dazwischensein“ existiert ebenfalls innerhalb dieses Mesosystems.

Simone Leuenberger und Sébastien Kessler liefern uns eine Erklärung des Begriffs „Disability Studies“²²: *„Ähnlich wie die Gender Studies [...] haben auch die Disability Studies politische Wurzeln und basieren auf der Annahme, dass Behinderung einen sozialen Ursprung hat.“*

Folgende Annahmen gehören zu dieser neuen Denkweise der Behinderung:

- *„Behinderung ist kein persönliches Merkmal, sondern eine soziale Konstruktion. Dies kann durch Forschung analysiert und nachgewiesen werden*
- *Menschen mit Behinderung sind somit in erster Linie Angehörige einer unterdrückten Minderheit*
- *Behinderung ist ein zentraler Bestandteil von Gesellschaft und Kultur [...]*
- *Darüber hinaus gehört die Entwicklung einer eigenen Behindertenkultur zum festen Bestandteil von Disability Studies*
- *Analog zu der Behindertenbewegung, die fordert, dass Behindertenpolitik von behinderten Menschen selbst gemacht wird, vertreten Forscherinnen und Forscher der Disability Studies die Ansicht, dass auch die Forschung zum Thema Behinderung nicht allein oder in erster Linie durch nicht-behinderte Forscherinnen und Forscher bestimmt werden soll.*
- *Ziel der Disability Studies ist nicht die Behebung oder Behandlung von Behinderung, sondern die Veränderung der unterdrückenden sozialen, politischen und kulturellen*

¹⁹ Ebenda, S. 23

²⁰ CONRATH, P. Regards actuels sur le handicap. Le Journal des psychologues n° 291, Octobre 2011. S. 16

²¹ KORFF-SAUSSE, S. *Des « gender studies » aux « disability studies : repenser les catégories.*
http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=CPSY_058_0037 (10.10.11)

²² http://archiv.agile.ch/fileadmin/Zeitschrift/agile_4_04_d.doc (20.06.12)

Gegebenheiten und Handlungsweisen. Für den Bereich der Wissenschaft soll dies über eine Reform der Forschung und Lehre erreicht werden.“

Die Disability Studies betrachten die Behinderung nicht mehr aus einem traditionellen Blickwinkel, sondern *„Sie sind daher eine fächerübergreifende Wissenschaft, die Kenntnisse aus den Rechtswissenschaften, den Geschichtswissenschaften, den Politikwissenschaften, den Kulturwissenschaften sowie der Psychologie, der Pädagogik usw. einbezieht.“*

Ein behinderter Mensch befindet sich *per se* ausserhalb der Norm. Georges Canguilhem²³ definiert diese abnormale Eigenart als Abweichung zur Norm²⁴. Korff-Sausse erklärt in diesem Artikel, dass ein behinderter Körper eine Andersheit aufweist und nicht der Norm entspricht. Da die Abnormalität nicht klar definiert ist, ist die Identität der Person bedroht. Der Status dieser „besonderen Fälle“ *„liegt zwischen dem Nicht sein und dem Nirgends“²⁵*. Diese Menschen sind auf der Grenze; sie schweben zwischen zwei Welten und ihr Status bleibt undefinierbar.

Diesen Status könnten wir als „liminal“ bezeichnen. Die Liminalität²⁶ ist ein Begriff, der ursprünglich aus der Ethnologie kommt. 1909 definierte der Ethnologe Arnold Van Gennep diesen Begriff im Rahmen seiner Studien zu den Übergangsriten, um die verschiedenen Etappen auszudifferenzieren. In seinem Hauptwerk²⁷ zeigte er auf, dass sich die Übergangsriten immer in drei Phasen²⁸ aufgliedern, nämlich *„in die Trennungsphase, die vom alten Ort oder Zustand löst, in die ambivalente Schwellen- oder Umwandlungsphase, in der man quasi zwischen zwei Welten schwebt und weder hier noch dort ist, und schliesslich in die Angliederungsphase, die in den neuen Ort oder Zustand integriert“*.

Für einen behinderten Menschen ist der Liminalzustand kein Übergangszustand, wie bei Eingeweihten, sondern er dauert an. Dieser Begriff zeigt uns, dass die Behinderung eigentlich den Anfang eines offenen Prozesses darstellt. Die behinderte Person gehört nicht mehr zur Gruppe der nicht behinderten Menschen, kann aber ihre „neue“ Zugehörigkeit noch nicht einverleiben, da sie sich noch nicht mit dieser Gruppe identifiziert. Der Prozess ist in diesem Sinne offen, da sich die Person nicht in einem Dualsystem positionieren muss, sondern sich bewusst als behindert definiert, oder sich aus diesen klassischen Schemata, die zur Stigmatisierung irreführen, profiliert.

Nach dem Motto: *„Denke nicht an das was du warst, sondern an das was Du bist und zu sein Dich sehnst“²⁹*.

²³ Vgl. KORFF-SAUSSE, S. *Des « gender studies » aux « disability studies : repenser les catégories*. http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=CPSY_058_0037 (10.10.11). S. 29. Im folgenden Teil werde ich mich hauptsächlich auf diesen Artikel beziehen.

²⁴ Hier erlaube ich mich einige Fragen aufzuwerfen und offen zu lassen, da sie von meiner Thematik ausweichen: gehört Oscar Pistorius zur Norm der Beinamputierten? Können sich andere Amputierte mit ihm identifizieren? Ist seine Identität als Athlet in Gefahr gesetzt, da er bei Behindertenwettkämpfen viel zu stark ist und bei „Regelwettkämpfen“ nicht angenommen wird?

²⁵ Vgl. KORFF-SAUSSE, S. 2011, S. 30

²⁶ Liminalität kommt aus dem Lateinischen « limen, minis », die Schwelle. HAU, R., ENDER, A. 2003. S. 513

²⁷ VAN GENNEP, A. *Les Rites de passage*. Paris : 1909, rééd. Picard, 1981.

²⁸ http://journalethnologie.de/Deutsch/Schwerpunktthemen/Schwerpunktthemen_2008/Ethnologische_Theorien/Vaeter_der_Ritualtheorie/index.phtml (11.10.11)

²⁹ Wojtek Czyz, 4 x Gold Paralympics, deutscher Beinamputierte und Leistungssportler. In FIT, Das Wissenschaftsmagazin der Deutschen Sporthochschule Köln, Sport und Behinderung. https://www.dshs-koeln.de/wps/wcm/connect/5cf3d20042e4ec958b72bbd8e926e196/FIT_1_2010.pdf?MOD=AJPERES (12.09.11) S. 12

5.3 Die Rehabilitation von Querschnittgelähmten

5.3.1 Dauer und Inhalt

Die Rehabilitation von Paraplegikern umfasst drei Hauptphasen und dauert je nach Fall zwischen drei und sieben Monaten. Zu Beginn wird der Patient über seine Lage informiert und es wird ihm seine Diagnose mitgeteilt.

Die erste Phase, auch Akutphase genannt, dauert zwischen einer und vier Wochen, diese Dauer ist aber je nach Patient und Situation unterschiedlich. In den meisten Fällen wird das Rückenmark zuerst operativ dekomprimiert und die betroffenen Wirbel stabilisiert. In der Regel erhält ein Patient zwei Therapieeinheiten pro Tag.

Nach dieser Liegezeit folgt die zweite Phase, die Mobilisationsphase, die ungefähr eine Woche dauert. Bei dieser Phase wird der Patient passiv mobilisiert.

Daraufhin durchläuft der Patient das physiotherapeutische Rehabilitationsprogramm, an dem er aktiv teilnimmt. Er wird intensiv therapeutisch betreut und beginnt damit den lebenslangen Prozess der Selbstständigkeitserlangung. In meiner Arbeit beschränke ich mich auf die Rehabilitation von motorisch kompletten Paraplegikern und vor allem auf Menschen mit einer kompletten Paraplegie³⁰.

Die physiotherapeutische Rehabilitation umfasst dann das Wiedererlernen der Sitzbalance, der Bewegungsübergänge und der Transfers. Diese zwei letzten Aspekte werden anhand des Activity of Daily Living-Trainings (ADL-Training) erarbeitet. Diese Methode beinhaltet das Drehen von Rückenlage in Bauchlage und umgekehrt, das Aufsitzen aus der Rückenlage in den Sitz, den Transfer Rollstuhl-Bett/Behandlungsbank und umgekehrt und den Rollstuhl-Boden-Rollstuhl-Transfer.

Die Rehabilitation³¹ erfordert die interdisziplinäre Zusammenarbeit von verschiedenen Fachgebieten. Die pflegerische Betreuung eines Patienten umfasst die Akutphase, die Rehabilitationsphase, sowie die Vorbereitung des Spitalaustritts. Der Pflegebedarf eines querschnittgelähmten Patienten unterscheidet sich je nach Läsionshöhe, demzufolge je nach Selbstständigkeitsgrad: je kaudaler die Läsion ist, desto selbstständiger ist er. So ergibt sich nach der Leistungserfassung der Pflege (LEP)³² bei einem Paraplegiker ein täglicher Pflegeaufwand von 5,7 Stunden. Diese Zeit unterteilt sich vor allem zwischen Tätigkeiten wie Bewegung, Körperpflege, Kleiden, Essen, Trinken und Gespräch.

Ziel der Rehabilitation ist schlussendlich *„das Erreichen der grösstmöglichen Selbstständigkeit und Unabhängigkeit im täglichen Leben“*³³.

In den Rehabilitationszentren findet eine ganzheitliche Übernahme statt. Das Individuum wird als ein Ganzes betrachtet. Parallel zum Spitalaufenthalt wird auch geprüft, ob die Wohnverhältnisse des Betroffenen einem Rollstuhl angepasst sind, oder ob Umbauarbeiten unternommen werden müssen. Dasselbe wird an seinem Arbeitsplatz untersucht: kann er direkt oder ohne grosse Veränderungen seine Arbeit wieder aufnehmen oder muss er sich umschulen lassen? In diesem Zusammenhang setzt zum Beispiel das Rehabilitationszentrum Nottwil drei Hauptmethoden ein: die systemische Arbeit, die prozess- und lösungsorientierte Beratung, sowie das Case Management³⁴.

³⁰ Ich möchte mich hier auf den Unterschied zwischen kompletten und inkompletten Paraplegie nicht ausbreiten, da dieses Thema medizinisch recht kompliziert ist und schwer kurz erklärbar ist.

³¹ Vgl. ZÄCH, G., KOCH, H.-G. Rehabilitationspflege und Physiotherapie. In: *Paraplegie, Ganzheitliche Rehabilitation*. Basel: Karger, 2006. S. 311-338. Siehe auch Anhang D

³² *Diese Methode ist ein Management- und Controllinginstrument für die Führung, die Planung und Optimierung sowie für die Kostenrechnung; es erhebt statistische Daten für die Gesundheit- und Krankenpflege.* (ZÄCH und KOCH, S. 321)

³³ ZÄCH, G., KOCH, H.-G. 2006. S. 332

³⁴ Ebenda, S. 295

5.3.2 Patientenedukation

Auf dem Weg zur Selbstständigkeit und Unabhängigkeit profiliert sich auch die sogenannte „Patientenedukation“³⁵ als wichtiger Bestandteil dieses Prozesses. Der Patient muss seinen Körper kennen lernen, damit er sich selbst helfen und pflegen kann.

Er muss zuerst gewisse Pflegeverfahren erlernen, die er dann im Alltag reproduzieren und einsetzen wird. Beispiele zur Patientenedukation sind unter anderem das Entleeren der Blase durch Katheterismus und die Hautkontrolle zur Dekubitusprophylaxe.

Diese Arbeitsweise verfolgt das gleiche Ziel wie das Empowerment, nämlich die Befähigung und Ressourcennutzung der betroffenen Person. Es gibt kein Patentrezept und keine Verallgemeinerung ist möglich. Jeder Patient hat andere Bedürfnisse und Ressourcen. Diese proaktive Schulung und Haltung ermöglicht dem Betroffenen, sich wichtige Ressourcen und Kompetenzen, sowie Wissen über seine neue Lebenssituation anzueignen.

Diese erworbenen und pragmatischen Werkzeuge kann er dann nach der Rehabilitationsphase im Alltag benützen. So kann er eine effiziente Prophylaxe betreiben. Nur dank seiner alltäglichen Aufmerksamkeit kann er sich langandauernde Spitalaufenthalte ersparen und seine Gesundheits- sowie Lebensqualität aufrechterhalten.

5.3.3 Rollstuhl

Eine weitere Komponente der Rehabilitation steht in Zusammenhang mit der Fortbewegung, also mit der Rollstuhlhandhabung. Ein individuell angepasster Rollstuhl muss zuerst angeschafft werden. In der Therapie üben die Paraplegiker die Positionierung im Rollstuhl, das Öffnen und Lösen der Bremsen, das Vor- und Rückwärtsfahren sowie das Fahren auf den Hinterrädern

Dazu kommt das Überwinden von architektonischen Barrieren, die für Rollstuhlfahrer Hindernisse darstellen, wie Rampen, Trottoirrändern und Treppen. Wenn der Patient in diesem Bereich kompetent ist, wird er diese gleichen Techniken *in vivo* anwenden, indem er z.B. einen Ausflug in die Stadt macht. Dabei wird er auch mit den Blicken der Passanten konfrontiert, vielleicht jemandem um Hilfe bieten müssen und dadurch seine Möglichkeiten und Grenzen kennen lernen.

5.3.4 Sporttherapie

Sir Ludwig Guttmann führte in England bereits nach dem zweiten Weltkrieg Sport als wichtigen Bestandteil der Rehabilitation von Querschnittgelähmten ein.

Sporttherapie³⁶ dient zur Verbesserung und Beschleunigung des Selbstständigkeitserwerbs und der Mobilität. Sport wirkt sich auf mehreren Ebenen positiv aus. Im Rehabilitationszentrum finden zum Beispiel folgende Sporttherapien³⁷ statt: Rollstuhltraining, Konditionstraining, Training im Kraftraum, Bogenschiessen, Schwimmen, Tischtennis und Sportspiele. Dort können die Patienten auch angepasste Sportgeräte ausprobieren, wie z.B. Handbike, Rennrollstuhl, Kanu, Monoskibob und Gerätetauchausrüstung.

Behinderte, die stationär behandelt werden, können durch den Sport die Therapieinhalte praktisch anwenden und sich ihrer Bedeutung bewusst werden. Wenn ein Paraplegiker

³⁵ Vgl. ZÄCH, G., KOCH, H.-G. 2006. S. 314

³⁶ Vgl. ZÄCH, G., KOCH, H.-G. 2006. S. 363

³⁷ Ebenda, S. 364

Basketball im Rollstuhl spielen möchte, muss er zuerst den Transfer Alltagsrollstuhl-Basketballrollstuhl beherrschen. Das Rollstuhlhandhabungstraining ist an sich eine Voraussetzung und Vorphase zum Rollstuhlsport.

Die Sporttherapie ist auch eine Vorbereitungsphase zum Sport nach dem Klinikaustritt: Behinderte können vor ihrer Entlassung ein Beratungsgespräch mit dem Sporttherapeuten führen und sich über mögliche Sportangebote in ihrer Region informieren. Sporttherapie fördert schlussendlich die Körper-, Leistungs- und Sozialerfahrung.

Zusammenfassend dauert die Grundrehabilitation eines Paraplegikers im Ganzen zwischen vier und sechs Monate; sie ist an sich aber nie fertig, denn die Rehabilitation ist ein lebenslanger Prozess. Die ganzheitliche Rehabilitation fängt erst nach dem Spitalaustritt an.

5.4 Autonomie

5.4.1 Definitionen

Rein etymologisch ist „Autonomie“ ein Begriff, der aus der griechischen Sprache stammt: *autos* bedeutet „selbst“ und *nomos* „das Gesetz, die Regel“.

Gemäss dieser Definition bedeutet Autonomie die Fähigkeit, seine eigenen Gesetze und Regeln festzulegen, seine Bedürfnisse selber befriedigen zu können, ohne auf fremde Hilfe angewiesen zu sein.

Immanuel Kant³⁸ übernahm damals ebenfalls diese Definition der Autonomie und bezeichnete jedes Individuum als einzigen Gesetzgeber, welcher über seine Handlungsregeln entscheiden kann und als vernünftiger Verantwortlicher für seine Entscheidungen einstehen kann.

Synonyme zu diesem Wort sind: Unabhängigkeit, Selbstständigkeit und Eigenständigkeit³⁹. Die Definition, die wir der Autonomie geben, variiert je nach Arbeitsfeld, nach Ausbildung oder nach Arbeitsansatz, aber nicht nur: je nach Kultur, Religion, Alter oder Ressourcen einer Person wird die Autonomie anders verstanden. Deshalb möchte ich im Rahmen dieser Arbeit diesen Begriff aus einer sozialen, rehabilitationsmässigen und emanzipatorischen Perspektive betrachten.

Per se kommt jeder Mensch als nicht autonom zur Welt; wir alle sind mindestens im ersten Teil unserer Existenz von anderen Menschen abhängig und dies aus rein biologischen (Überlebens-) Gründen. Die Autonomie ist also nicht angeboren.

Marie-Agnès Hoffmans-Gosset sagt: *„die Autonomie ist eine Eroberung: wir kommen nicht zur Welt als autonomes Wesen; wir gewinnen ständig an Autonomie“*⁴⁰. Die Autonomie bezeichnet nicht nur das Ziel, sondern vielmehr den Weg zum Ziel. Die Autorin geht noch weiter und behauptet, die Autonomie sei die Selbsteroberung.

Ziel der Entwicklung und Erziehung eines Kindes ist schlussendlich, wie bei der Rehabilitation eines Querschnittgelähmten, dass es die grösstmögliche Selbstständigkeit anstrebt. Nach Maria Montessori und Milton Hyland Erickson zeigt sich das Bedürfnis nach Autonomie im Alter von drei Jahren. Es fängt mit ganz einfachen Aufgaben an, wie zum Beispiel sich ohne Hilfe anzuziehen, seine Schuhe selber zu binden, allein zur Schule zu gehen.

³⁸ DUROZOI, G., ROUSSEL, A. 1997. S. 217

³⁹ BLEHER, M. et al. 1995. S. 72

⁴⁰ Ebenda, S. 98

Gerade weil der Weg zur möglichst grössten Autonomie ein quasi unendlicher, ausdauernder und lebenslanger Prozess ist, sollten wir eher, laut Arlette Loher-Goupil, statt Autonomie als Ziel, Begriffe wie „Autonomieförderung“ oder „Autonomisierung“⁴¹ anwenden. Sie betrachtet die Autonomie als systemisches und interdisziplinäres Konzept.

Für Hoffmans-Gosset⁴² ist die Autonomie mit der Unabhängigkeit, mit der Freiheit, mit dem Bewusstsein, mit der Verantwortlichkeit und mit der Sozialität⁴³ verbunden. Sie umfasst diesen Begriff in ihrem Buch als die Tatsache frei zu sein, selber entscheiden zu können und sich den Konsequenzen seines Handelns bewusst zu sein, Initiativen zu ergreifen, spontan zu handeln, kreativ zu sein und die Selbstakzeptanz zu üben.

Die Autonomie ist die Voraussetzung für ein selbstverwirklichendes Leben. Autonom sein heisst unter anderem, sich anpassen, mit seiner Umwelt interagieren und Lösungen für seine Probleme selber herausfinden. Loher-Goupil und Hoffmanns-Gosset bringen die Definition der Autonomie auf einen gemeinsamen Nenner: die Autonomie ist ein Prozess, der sich lebenslang entwickelt.

Die Entwicklung dieser Fähigkeiten verläuft nicht immer linear. Nach einem Unfall muss das Opfer mit einer Querschnittlähmung quasi wieder von Null anfangen, um einen gewissen Grad an Selbstständigkeit wiederzuerlangen. Ein Teil seiner Autonomie wird er während seiner Rehabilitation wiedergewinnen, d.h. wieder selbstständig werden.

5.4.2 Messinstrumente

Das Paraplegikerzentrum Nottwil arbeitet mit einer klinischen Tabelle, die das zu erwartende Selbstständigkeitspotential je nach funktioneller Möglichkeit zusammenfasst⁴⁴. Anhand dieser Unterteilungen, erfahren wir zum Beispiel, dass ein Paraplegiker in der Regel folgendes selbstständig machen kann:

- alle Transfers (Bett-Rollstuhl, WC-Rollstuhl, Auto-Rollstuhl, usw.)
- seine Körperpflege
- sich alleine an- und ausziehen
- Auto fahren
- sich ohne Hilfe in einem manuellen Rollstuhl bewegen

Es gibt weitere Messinstrumente der Selbstständigkeit von Querschnittgelähmten, die vor allem im ergo- und physiotherapeutischen Bereich im Paraplegikerzentrum Nottwil gebraucht werden. Hier einige Beispiele, die ich im Rahmen meiner empirischen Arbeit wahrscheinlich besser kennenlernen werde:

- „Tableau clinique de la paraplégie“, classeur de formation APS, «Potentiel d'autonomie en fonction de la hauteur de la lésion »
- Die funktionelle Autonomie Measurement System (SMAF): Beschreibung und Validierung eines Instruments zur Messung von Nachteilen⁴⁵.
- Die American Spinal Injury Association (ASIA): diese Methode ist die Grundlage der Beurteilung eines querschnittgelähmten Patienten. Mit einer Untersuchung der sensiblen und motorischen Funktionen können Lokalisation und Ausmass der neurologischen Läsion bestimmt werden⁴⁶.

⁴¹ LOHER-GOUPIL, A. 2004. S. 11, „autonomisation“

⁴² HOFFMANS-GOSSET, M.-A. Apprendre l'autonomie, apprendre la socialisation. 5ème édition. Lyon : Chronique Sociale, 2006. S. 24

⁴³ Die Sozialität bezeichnet hier die Gesellschaftlichkeit, die Tatsache als Mensch Teil eines Systems zu sein.

⁴⁴ ZÄCH, G., KOCH, H.-G. 2006. S. 401

⁴⁵ HEBERT, R., CARRIER, R., BILODEAU, A. Département de médecine de famille, Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, Quebec. Age Ageing [online]. 1988 Sep; 17 (5) :293-302. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2976575> (15.06.10)

⁴⁶ ZÄCH, G., KOCH, H.-G. 2006. S. 21

- Die Spinal Cord Independence Measure (SCIM-Test) zur Erfassung der Selbstständigkeit
- Der Functional Independence Measurement⁴⁷ (FIM) ist vergleichbar zum SCIM, ausser dass er nicht nur bei Querschnittgelähmten verwendet wird. Der FIM erfasst die Selbstversorgung, die Blasen- und Darmkontrolle, Transfers, die Fortbewegung, die Kommunikation und die sozialen und kognitiven Fähigkeiten.
- Das Activities of Daily Living (ADL) ist ein Instrument, das die täglichen Aktivitäten in acht Kategorien einordnet:
 - Fähigkeit , ein Telefon benutzen zu können
 - Einkaufen
 - Kochen
 - Haushalt
 - Wäsche
 - Verkehrsmittel
 - Fähigkeit, die Medikamente selber einzunehmen
 - Umgang mit Geld

5.4.3 Relevanz für die Arbeit

Den Begriff der Autonomie möchten wir im Rahmen dieser Arbeit auf die Tatsache überhaupt aktiv zu sein, sich bewegen zu können, eingrenzen. Damit ist auch die Selbstverwirklichung und Selbstentfaltung, die Unabhängigkeit und Selbstständigkeit, die Fähigkeit nicht alltägliche Sachen auszuprobieren und das Konzept des Über-sich-selbst-hinauswachsend gemeint. Je nach Ausmass der vorhandenen Autonomie kann eine behinderte Person am gesellschaftlichen Leben teilnehmen und teilhaben, sich im Arbeitsmarkt integrieren und besser auftreten.

Die Autonomie einer Person beeinflusst also auch ihre Bewegungsfreiheit und Integration.

Die Autonomie hängt von anderen Voraussetzungen ab: zum einen von den Ressourcen und Fähigkeiten über die eine behinderte Person verfügt; zum anderen von den Tipps und Tricks, die sie während ihrer Grundrehabilitation bekommen hat und der Arbeitsweise, die von der Rehabilitationsklinik gezeigt wird. Die Befähigung der Patienten spielt eine wesentliche Rolle im Rehabilitationsprozess.

Was mich bei der Autonomie im spezifischen Bereich der Paraplegie begeistert, ist der Weg zur Autonomie, das von Loher-Goupil und Hoffmanns-Gosset geäusserte Postulat, dass sie eine (Selbst-) Eroberung ist. Mich interessieren vor allem die Strategien, die von den Betroffenen angewendet werden, um im Alltag zurechtzukommen.

Hoffmanns-Gosset schreibt, dass sich die Autonomie durch die Erfahrung entfaltet. Bei der Autonomiegewinnung hat das Experimentieren eine zentrale Rolle. Die Autonomie erhöht und verbessert die Lebensqualität, ist in einer gewissen Situation bedingt messbar.

In dieser Arbeit werden verschiedene Methoden und Wege, die der Autonomieförderung von Paraplegikern dienen, erläutert. Chronologisch gesehen steht die Rehabilitation an erster Stelle. Eine zweite mögliche Strategie werden wir im nächsten Kapitel näher kennen lernen.

⁴⁷ Ebenda S. 419

5.5 Das Peer Counselling

5.5.1 Geschichte

Wir kommen nun zum Kern der vorliegenden Arbeit, nämlich zum Peer Counselling. In den kommenden Abschnitten werde ich mich vor allem auf das von Peter van Kann und Stefan Doose geschriebene Buch⁴⁸ stützen.

Das Peer Counselling⁴⁹ ist ursprünglich in den 60er und 70er Jahren in den USA entstanden: Universitätsprofessoren hatten die Idee einer Patenschaft: „ältere“ Studenten unterstützen und begleiten Neuankömmlinge⁵⁰. Grundidee dieser Methode ist, dass zwei Menschen, die eine ähnliche Lebenssituation erleben, im Rahmen dieser Arbeit zum Beispiel zwei Querschnittgelähmte, sich gegenseitig unterstützten, damit sie ihren Alltag bewältigen können und mit den auftauchenden Problemen umzugehen lernen. Wichtig zu sagen ist hier, dass die Methode zuerst für „gesunde“ Menschen gedacht war und dann erst von Behinderten übernommen wurde.

„Unterstützen“ heisst nach diesem Prinzip nicht Ratschläge austeilern, sondern eher seinen Gegenüber ausreden lassen, aktiv zuhören, um ihm dann ein ressourcenorientiertes Feedback und konkrete Lösungsmöglichkeiten anzubieten. Im Vordergrund steht also das Empowerment: die Befähigung und Förderung eines Individuums, seinen eigenen Weg mittels seiner Ressourcen zu gestalten. In diesem Sinne ist die Autonomie eines Menschen wohl als Selbstbestimmung seiner Handlungen zu verstehen.

Beide Autoren lassen uns erfahren, dass Mitte der sechziger Jahre die ersten Selbstbestimmt-Leben-Bewegungen von behinderten Universitätsstudenten in Amerika gegründet wurden. Sie tauschten sich über ihr Studium aus, über ihre von einer Behinderung beeinflussten Lebensbedingungen und deren alltägliche Folgen. Dieses neue Konzept basierte auf gegenseitigem, abwechselndem Reden und (aktivem) Zuhören; es setzte eine anteilnehmende Unterstützung voraus. Behinderte liessen sich von anderen Minderheitsbefreiungsbewegungen inspirieren und verwendeten verschiedene humanistische Ansätze (Rogers und Co-Counselling). Dies markierte den Anfang der emanzipatorischen Behindertenbewegungen in den USA, die die Befähigung und das selbstbestimmte Leben von Menschen mit besonderen Bedürfnissen als Ziel setzte.

In Deutschland⁵¹ wurde das Peer Counselling in den achtziger Jahren eingeführt, gleichzeitig mit der Entwicklung von Zentren für selbstbestimmtes Leben (ZsL). Seit 1994 werden Weiterbildungen zu diesem Ansatz vom Bildungs- und Forschungsinstitut zum Selbstbestimmten Leben Behinderter (bifos) angeboten.

1995 trafen sich Peer Counsellors aus sechs europäischen Ländern in Deutschland⁵², um das Peer Counselling zu vereinheitlichen. Je nach Land, Politik und Kultur wird dieser Begriff anders verstanden und anders benutzt, weil alle Länder eine unterschiedliche Struktur haben und nach unterschiedlichen sozialen Systemen funktionieren. Demzufolge sehen die Bedürfnisse und die zur Verfügung gestellten Ressourcen und Strategien anders aus. Eine weltweit allgemeingültige Definition ist nicht möglich. Wichtig ist also die individuelle oder systemische Anpassung der Methode.

Johanne Plass erklärt in ihrer Diplomarbeit: *„Im Berufsverband Peer Counseling - BVP e. V. gaben sich die in ihm organisierten Peer CounselorInnen im Juni 1999 eine Berufsordnung,*

⁴⁸ VAN KANN, P., DOOSE, S. 2004. S. 19

⁴⁹ Auch „Peer counseling“ geschrieben.

⁵⁰ LEUENBERGER, Simone. Le „peer counseling“ vers une société sans entraves. Fondation Agile [online]. <http://archiv.agile.ch/index.php?id=349> (23.07.10)

⁵¹ Peer Counselling. http://de.wikipedia.org/wiki/Peer_Counseling (20.10.10)

⁵² VAN KANN, P., DOOSE, S. 2004 S. 15

die die Grundsätze ihrer Beratungstätigkeit festhält. In der Präambel werden Emanzipation und Selbstbestimmung als Grundlage für ein erfülltes Leben genannt und in ihrer konkreten Bedeutung definiert. Die folgenden sechs Grundsätze gelten für die Arbeit der Mitglieder im BVP als verbindlich:

- *Ressourcenorientierung*
- *Ganzheitlichkeit: die Beratung umfasst alle wichtigen Lebensbereiche*
- *Anerkennung der Ratsuchenden als Experten in eigener Sache*
- *Ermächtigung: die Ratsuchenden sollen in ihrem Selbstwertgefühl gestärkt werden, um die Berechtigung ihrer Forderungen wahrnehmen und ihre Ansprüche durchsetzen zu können*
- *Parteilichkeit: die Beratung geht von den Interessen der Peers aus*
- *Unabhängigkeit: die Beratung muss frei sein von persönlichen, sozialen, institutionellen, wirtschaftlichen und politischen Interessen⁵³.*

Das Peer Counselling brauchte etwas mehr Zeit, um in der Schweiz als offizielle Methode anerkannt zu werden: seit 2009 wird diese Beratungsmethode im Paraplegikerzentrum Nottwil benutzt. Es steckt also momentan im Vergleich zu Amerika und Kanada noch in den Kinderschuhen, die bereits eine gewisse Tradition und Erfahrung mit dieser Methode haben. Deshalb wird es auch wahrscheinlich schwierig sein, Studien- oder Diplomarbeiten zu diesem Thema in der Schweiz zu finden, da wir noch nicht genug Erfahrung mit dem Peer Counselling haben, um diese Methode und deren Wirkungen auszuwerten.

5.5.2 Definition vom Peer Counseling

Bevor wir diesen Fachbegriff erläutern und uns näher auf die Theorieebene konzentrieren, müssen wir zuerst eine sprachliche Anpassung vornehmen und dieses Wort übersetzen.

Umgangssprachlich verwenden wir bereits den Ausdruck „Peer Group“, wenn wir Gruppen und Gruppierungen von Jugendlichen bezeichnen wollen. Ein „Peer“ definiert sich als jemand, der z.B. gleichaltrig ist, denselben (kulturellen) Hintergrund hat und eine ähnliche Lebenserfahrung erlebt oder durchlaufen hat wie sein Gegenüber. Auf diese voraussetzende Ähnlichkeit werden wir später zurückkommen. „Counseling“ bedeutet Beratung⁵⁴.

Das Peer Counselling lässt sich wörtlich also je nachdem als „Beratung von behinderten Menschen für behinderte Menschen“ oder „Beratung Gleicher oder Ebenbürtiger“⁵⁵ verstehen.

Auf Französisch wird das Wort mit „pairémulation“ übersetzt, was die Nacheiferung durch Seinesgleichen bedeutet.

Die französische Übersetzung ermöglicht uns eine Parallele mit dem Lateinischen zu ziehen und gibt uns dadurch eine etymologische Interpretation vom Peer Counselling: „Peer“ oder „pair“ (auf Französisch) kommt aus dem lateinischen „par“⁵⁶, was „gleich“ bedeutet; die französische „émulation“ heisst auf Lateinisch „aemulatio“⁵⁷ und bedeutet „die Nacheiferung, der Wetteifer“ aber auch „die Eifersucht“.

Das Peer Counselling ist eigentlich eine Gesprächsmethode, welche im sozialen Bereich benutzt wird. Van Kann und Doose definieren es als „aktives Zuhören und die Fähigkeit der Problemlösung einzusetzen, um Menschen zu unterstützen, die uns ähnlich sind. Der Ausdruck „Peer Counseling“ bezieht sich zum einem auf bestimmte Techniken und zum anderen auf einen speziellen Zugang zu den Problemen und Herausforderungen ähnlich

⁵³ <http://www.zsl-mz.de/PC/diplomarbeit/der%20effekt.doc> (20.10.10) S. 49

⁵⁴ BLEHER, M. et al. 1995. S. 150

⁵⁵ www.peer-counseling.org (20.10.10)

⁵⁶ HAU, R., ENDER, A. 2003. S. 636

⁵⁷ Ebenda, S. 26

betroffene Menschen. Erst die Verbindung dieser beiden Aspekte macht das Peer Counseling aus⁵⁸.“

Mathias Rösch⁵⁹, ein deutscher Psychologe, welcher sich mit dieser Thematik auseinandersetzt hat, sagt „*Grundgedanke (des Peer Counsellings) sei, die Fähigkeiten der hilfeschuchenden Person durch die Beratung weiterentwickeln zu helfen, so dass es ihr möglich wird, ihre Probleme selbst zu bewältigen. Dies wird dadurch erleichtert, dass der oder die Berater/in selbst behindert ist, woraus sich eine grössere Vertrauensbasis entwickeln kann und so grundlegende Gegebenheiten, die mit der Behinderung zusammenhängen, nicht grossartig erklärt werden müssen. Ebenso kann eine Modellrolle wahrgenommen werden. Diese Modellrolle kann motivierend zur Bewältigung der eigenen Schwierigkeiten wirken. Dabei nimmt das Peer Counseling Bezug zu der humanistischen Psychologie und wendet unter anderem Methoden an, die der personenzentrierten Gesprächstherapie nach Rogers ähnlich sind (... das aktive Zuhören, das Paraphrasieren, das Spiegeln von Gefühlen, etc).*“

Grundgedanke des Peer Counsellings im Behindertenbereich ist die Erfahrungsvermittlung von Menschen mit einem gewissen Grad an Autonomie, für Menschen auf Autonomiesuche.

5.5.3 Definition des Peer Counsellors

In der Fortsetzung der Arbeit werden wir uns auf spezifische Peer Counselling Situationen konzentrieren und zwar auf diejenige unter Querschnittgelähmten. Demzufolge muss ein Peer Counsellor eine Behinderung haben und zwar wenn möglich (und bei unserer Untersuchung sowieso) die gleiche.

Dazu muss er sich mit seiner eigenen Lebensgeschichte und deren emotionalen Aspekten auseinandergesetzt haben; das heisst, diese Person hat eine positive und gesunde Beziehung zu ihrem Körper und zu ihrer Behinderung: er hat eine widerstandsfähige und stabile Persönlichkeit. Der Trauerprozess, welche er bereits hinter sich hat, ermöglicht ihm seine Gefühle in der Diskussion mit einem Gleichgesinnten angemessen einzubringen.

Es ist wichtig, dass der Peer Counsellor nicht nur über technischen Fähigkeiten verfügt, sondern auch eine gewisse Motivation und Lust hat, mit Menschen zu interagieren.

Wenn ein Peer Counsellor an einem Gespräch teilnimmt, muss er auch dazu bereit sein, als Inspiration für anderen zu dienen, als Vorbild von noch Unerfahrenen anerkannt und angenommen zu werden.

Seine Praxisorientierung und -erfahrung sowie das Expertenniveau, das er mit seinem Körper und seiner Behinderung erlangt hat, legitimieren seine Aussagen; diese sind natürlich auch glaubhafter. Er zeigt einem „neuen“ Querschnittgelähmten, dass das Leben mit diesen Voraussetzungen (noch) möglich ist. Der Peer Counsellor besitzt ein gewisses Charisma oder eine Ausstrahlung in den Augen von „Neulingen“.

5.5.4 Die Vorbildfunktion des Peer Counsellors

Behinderte Menschen werden oft diskriminiert oder unterschätzt; ihnen wird oft im Voraus gesagt, dass sie wegen ihrer Behinderung dieses oder jenes nicht (mehr) machen (werden) können. Statt ihre Ressourcen in Betracht zu ziehen, werden sie aus der Defizitperspektive wahrgenommen; eine mögliche Folge dieser Haltung vonseiten der Professionellen oder der Verwandten kann ein mangelndes Selbstvertrauen sein.

⁵⁸ VAN KANN, P., DOOSE, S. 2004. S. 23

⁵⁹ www.zsl-mz.de/PC/allgemein.htm (20.10.10)

Es ist also wichtig, dass Peer Counsellors, Leute, die bereits eine solche Erfahrung gemacht haben, unerfahrene Behinderte motivieren und ihnen ihre vielleicht unsichtbaren Fähigkeiten zeigen, die an ihren Kompetenzen und Kapazitäten nicht zweifeln; aus dieser Perspektive dienen sie als Vorbild, als Alter Ego. Dieser Austausch wird den Betroffenen beruhigen, indem er sich in dieser Situation nicht mehr alleine fühlt; er ist nicht der Einzige, der so etwas erlebt und er hat jemanden gefunden, der ihn verstehen kann.

Die daraus resultierende Identifikation mit dem Peer Counsellor wird auch noch verstärkt, da das Peer Counselling im Idealfall zwischen gleichgeschlechtlichen Personen passiert: Männer beraten Männer, Frauen beraten Frauen. Eine deutsche Studie zur Wirkung von Peer Counselling zeigte eben, dass „*die Gleichgeschlechtlichkeit in der Beratungssituation einen grossen Einfluss auf die Zufriedenheit (des Klienten) hat*⁶⁰“. So könnten wir diese Voraussetzung verallgemeinern und behaupten, das Peer Counselling sollte soweit wie möglich auch zwischen Gleichaltrigen oder Menschen mit einer gleichen Läsionshöhe stattfinden.

Meiner Meinung nach, muss sich das Peer Counselling nicht unbedingt an solche starren und strengen Regeln halten. Wichtig ist es, einen Peer Counsellor zu finden, dem man vertraut, mit dem man gut auskommt und der die gleiche Wellenlänge hat.

In der Praxis habe ich aber zum Beispiel bemerkt, dass sich Querschnittgelähmte manchmal unverstanden fühlen, wenn sie nicht mit einem Peer, der eine ähnliche Läsionshöhe hat, über ihre Probleme reden können, z.B. wenn es um Gleichgewichtsproblemen geht. Die „Ausrede“ „Aber ich [jemand mit einer relativ hohen Läsion] habe nicht das gleiche Gleichgewicht wie du [jemand mit einer tiefen Läsion, der ein besseres Gleichgewicht hat, da er seine Bauchmuskulatur kontrollieren kann], kommt manchmal heraus, was eigentlich heisst: „Du kannst mich nicht verstehen, du bist ja nicht in der genau gleichen Situation; deshalb bist du auch nicht in der Lage mir etwas zu empfehlen.“

5.5.5 Definition des Klienten

Jemand, der vom Peer Counselling profitiert, ist eine Person, die mit ihrer Situation als Querschnittgelähmte noch unerfahren ist, sich desorientiert fühlt und folglich mit seinen Bedürfnissen nicht zurechtkommt. Seine Motivation, vom Peer Counselling zu profitieren, liegt darin, mit einem Gleichbetroffenen austauschen und von ihm lernen zu können. Er lässt sich also von seinem oder von mehreren Peer Counsellern inspirieren. Dank dieser Methode kann er dann seinen Grad an Autonomie erhöhen.

Sein Rehabilitations- sowie Trauerprozess ist noch nicht abgeschlossen und er ist auf der Suche nach seinem Weg und nach Lösungen, um sein Leben zu gestalten und weiterleben zu können. Er nimmt seinen Peer Counsellor als Verkörperung eines möglichen Lebens im Rollstuhl wahr.

⁶⁰ <http://www.peer-counseling.org/> (20.10.10)

5.5.6 Prinzipien

Van Kann fasst in seinem Buch⁶¹ das Peer Counselling in sieben Hauptprinzipien zusammen:

1. Was man während eines Peer Counsellings über Menschen erfährt, unterliegt der **Schweigepflicht**. Was in einer Gruppe mitgeteilt wird, bleibt in der Gruppe; Ergebnisse einer Paarsitzung bleiben unter den Beteiligten.
2. Die Wünsche, Rechte, Werte und der Glauben von Ratsuchenden werden respektiert. Während der Beratung darf **keine Bewertung** stattfinden.
3. In der Beratung können **Informationen** weitergegeben werden; Ratgeben gehört dagegen nicht in die Beratung.
4. Die Ratsuchenden können jederzeit die Sitzung beenden; sie können es ablehnen, Fragen zu beantworten oder Verantwortung in einer Gruppe zu übernehmen.
5. Peer Counselling basiert auf der Grundlage der **Gleichberechtigung**.
6. Sollte eine Ratsuchende Unterstützung benötigen, die über das Mass vom Peer Counselling hinaus geht, wird sie an eine geeignete Stelle weiter vermittelt.
7. Die Ratsuchenden erhalten zu jeder Zeit klare Informationen über das Peer Counselling und über die Peer Counsellor, sowie über Absichten und Auswirkungen von Techniken bevor diese angewendet werden.

Beim Peer Counselling bekommt der Betroffene Werkzeuge, die er dann in seinem Alltag ausprobieren und einsetzen kann. Die Methode beruht auf Vertrauen, Akzeptanz, Selbstbestimmung und Transparenz. Beide Gesprächspartner interagieren innerhalb einer horizontalen Machtbeziehung. Der Peer Counsellor handelt nicht als allmächtiger und allwissender Mensch, sondern als Teil des interdisziplinären Begleitsystems. Er ist sich seiner Fähigkeiten und Grenzen, sowie die seines Klienten, bewusst.

5.5.7 Ziele

Das Peer Counselling vertritt ein positives und ganzheitliches Menschenbild; es versteht sich als emanzipativ ausgerichtete, nicht aber als direktive Gesprächstherapie.

Denn das Peer Counselling strebt nach dem Empowerment, sowie nach der Befähigung, Entwicklung von Copingstrategien und der Ressourcennutzung des Menschen.

Hauptziel des Peer Counselling ist es, dass die ratsuchenden Personen sich und ihre Möglichkeiten besser kennen lernen, dass sie sich selbst erfahren, kreativ werden und ihnen ihre Gefühle, Bedürfnisse und ihr Körper bewusst werden. Dadurch wird ihnen möglich, ihre eigenen Probleme und Schwierigkeiten selbst zu lösen. Dabei ist es wichtig, *„die Ratsuchenden dort abzuholen, wo sie gerade sind und nicht durch ideologisch begründete Erwartungen zu überfordern“*⁶².

Die Methode bietet dem Klienten eine Inspirationsquelle und ein Modell an; somit ändert sich auch seine Perspektive über seine eigene Lebenssituation.

Beim Peer Counselling sind Berater und Ratsuchende auf einer gleichen Ebene: sie erleben eine horizontale und gleichberechtigte (Macht-)Beziehung, die auf gemeinsame Erfahrungen beruht, nicht aber auf irgendeiner Hierarchie. Ein solcher emanzipatorischer Austausch erhält also per se eine höhere Tragweite als der mit einer Fachperson. Wie bei professionellen Gesprächen wird in diesem Fall die Schweigepflicht gewährt. Die Gespräche müssen möglichst wertfrei sein und finden in einer angenehmen und empathischen Atmosphäre statt.

⁶¹ Ebenda, S.27

⁶² www.zsl-mz.de/PC/allgemein.htm (20.10.10)

Wichtig ist es dabei, dass „die Ratsuchende die Verantwortung dafür trägt, das Beste aus der Peer Counseling Beratung zu machen“⁶³. Die Copingstrategienentwicklung sowie die proaktive Haltung (aktive Teilnahme) der Ratsuchenden stehen im Vordergrund.

5.5.8 Peer Counselling in Europa

Hier möchten wir uns zuerst kurz für das Peer Counselling und seine Struktur in Europa⁶⁴ interessieren. Dann werden wir uns auf das schweizerische Beispiel fokussieren.

In Deutschland werden Peer Counsellors vom BIFOS ausgebildet: die Ausbildung umfasst sechs Praktika von je einer Woche und wird vom Bundesministerium für Gesundheit finanziert. In diesem Rahmen bearbeiten die behinderten Teilnehmer ihre eigene Behinderungssituation und analysieren die Lösungen, die sie für ihre Probleme gefunden haben. Dadurch werden sie sich ihrer Schwachpunkte bewusst.

In Österreich umfasst das Trainingsprogramm zum Peer Counselling folgende Grundthemen⁶⁵:

- „Einführung in Peer Counseling
- Behinderungsbewusstsein
- Selbst-Bewusst-Werden / Bewusstsein
- Die Fähigkeit zuzuhören - Einführung
- Paraphrasieren
- Gefühle spiegeln
- Übung der Techniken
- Spezielle Themen im Counseling
- Spezielle Themen
- Peer Counseling mit BeobachterInnen
- Bewertung des Trainings / Abschluss“

In England sind die Peer Counsellors ebenfalls alle behindert, müssen sich ebenfalls ausbilden lassen, um dann in Zentren für selbstständiges Leben arbeiten zu können.

In Irland existiert die Bewegung zum selbstbestimmten Leben erst seit 1994. Die Ausbildung beinhaltet die Auflistung der Bedürfnisse von behinderten Menschen, Informationen zur Behinderung, Rechtslage, Psychologie, Physiologie, usw. Die ausgebildeten Peer Counsellors erhalten dann ein Diplom.

In Frankreich wurde das Peer Counselling in den 90-er Jahren vom GFPH eingesetzt und ist inzwischen auch regional verankert. Dort werden auch Ausbildungen an zukünftige Peer Counsellors gegeben.

In der Schweiz wurde das Peer Counselling 2009 zuerst im Schweizer Paraplegikerzentrum Nottwil eingeführt. Seitdem profitieren Patienten aus anderen Rehabilitationszentren von dieser Beratungsmethode. In der SUVA Klinik in Sitten gibt es zum Beispiel zwei Peer Counsellors: einen für Paraplegiker und einen für Tetraplegiker. Sie beide sind von dieser spezifischen Thematik betroffen und können über ihre Erfahrung mit Betroffenen reden.

Sie verfügen aber nicht über eine soziale Ausbildung, was eigentlich von grossem Vorteil und Wichtigkeit sein könnte, wenn sie mit Menschen, die gerade behindert worden sind, zusammenarbeiten. Die Rehabilitation ist eine so kritische Lebensphase, dass ein nicht professionell geführtes Peer Counselling ihren Verlauf sowie den Betroffenen selbst negativ beeinflussen kann. Während dieser Zeit hat jedes Wort eine unglaubliche Macht.

⁶³ Ebenda, S.24

⁶⁴ Vgl. Groupement Français des Personnes Handicapées (GFPH), *Historique de la pairémulation*. <http://gfph.dpi-europe.org/> (12.07.11)

⁶⁵ <http://www.reiz.at/peer-counseling.html> (22.08.10), S. 6

Jeder Patient wird während den zwei ersten Monaten seiner Rehabilitation von einem Peer Counsellor besucht; nach diesem ersten Treffen kann der Betroffene frei entscheiden, ob weitere Termine sinnvoll sind oder nicht.

5.5.9 Wem nützt das Peer Counselling?

Man könnte meinen, das Peer Counselling sei nur für den Ratsuchenden wichtig. Eigentlich profitieren von diesem Beratungskonzept auch die Peer Counsellors, die Familie und die Therapeuten, die in ihrer komplexen Arbeit oft an ihre Grenzen stossen.

Wie Amadou Mbaye es im Rahmen seiner Masterarbeit⁶⁶ erforscht hat, kann die Nacheiferung eine wichtige Rolle im Leben einer behinderten Person spielen, sei es während des Trauerprozesses oder später dann bei seiner sozialen Wiedereingliederung. Das Peer Counselling kann unbewusste, versteckte und passive Fähigkeiten beim Betroffenen erwecken und stimulieren; *„es gibt dem Betroffenen konkrete Lösungsvorschläge für konkrete Probleme“*⁶⁷. Die Vertrauensbasis ist von Anfang an unbestritten, da sich beide in der gleichen Situation befinden und wissen, worüber sie reden. Der Betroffene fühlt sich also nicht mehr alleine und unverstanden; statt hilflos zu sein, fängt er an, sich in seiner neuen und noch unbekannteren Situation zu projizieren und an sich zu glauben. Diese positive Dynamik wird ihm dann helfen seine „Andersheit“ und diese neue Realität zu akzeptieren. Das Peer Counselling verhilft ihm zur Entfaltung seiner Persönlichkeit und fördert seine Motivation und den Willen trotz allem weiterzuleben.

Van Kann und Doose fassen den positiven Einfluss vom Peer Counselling in ihrem Buch kurz und prägnant zusammen: *„(...) wenn die Ratsuchenden relevante Auskünfte bekommen, wenn sie inspirierende Geschichten hören und wenn sie auf gute Vorbilder treffen. Die Überzeugung „Ich kann etwas tun“ ersetzt das Gefühl der Hilflosigkeit, Unzulänglichkeit oder Minderwertigkeit. Die grösstmögliche Unabhängigkeit wird zur realen Möglichkeit und bleibt nicht nur ein unerfüllter Traum“*⁶⁸.

Dieses Zitat erinnert mich gerade an einer Adidas Werbung, in welcher ein kanadischer Paraplegiker (Stacy Kohut), mit seinem Rollstuhl unter dem Motto „Nothing is impossible“ Halfpipe fuhr. Vor zirka fünf Jahren schaffte Aaron Fotheringham als Erster einen Rückwärtssalto mit seinem Rollstuhl. Vor Kurzem hat er einen Doppelnrückwärtssalto geschafft.

Diese extremen Beispiele zeigen, dass die Grenzen des Möglichen wohl weitergeschoben werden können. Dies heisst aber nicht, dass alle Menschen im Rollstuhl so etwas wagen sollten. Es zeigt einfach die Vielfalt innerhalb dieser betroffenen Personen. Das olympische Motto „citius, altius, fortius“ ist also in keinem Fall ein Muss. Wichtig ist das Resultat, das auf diese Weise entsteht.

Auch der Peer Counsellor kann einen gewissen Vorteil aus diesen Gesprächen ziehen. Er verfügt bereits über ein relativ breites Spektrum an Wissen über seine Behinderung, lebt gut mit ihr und will seine Erfahrung in den Dienst Gleichbetroffenen stellen. Als bereits autonomer Mensch kann er seine eigenen praktischen „Werkzeuge“ und Tricks weitergeben und Leute zum Empowerment ermutigen. Der gegenseitige Austausch, den er durch das Peer Counselling erlebt, erweitert und verfeinert seine eigenen Möglichkeiten. Dadurch lernt er sich besser kennen und gewinnt an Selbstvertrauen. Er erinnert sich an die Zeit, in der er selber auf der Suche nach Autonomie und Anerkennung war.

Diese neue Lebensetappe darf als Weiterbildung und als Gelegenheit betrachtet werden, sich und seine Lebensgeschichte in Frage zu stellen. Schlussendlich findet eine beidseitige Bereicherung statt.

⁶⁶ MBAYE, A. 2007-2008. S. 100

⁶⁷ Ebenda S. 57

⁶⁸ VAN KANN, P., DOOSE, S. 2004. S.30

Wie der Autor es in seiner Arbeit erwähnt, kann der Peer Counsellor eine Vorbildfunktion sowohl für einen Gleichbetroffenen, als auch für seine Familie, Freunde oder seinen Ehegatte einnehmen. Er zeigt ihnen, dass ein Leben mit einer Querschnittlähmung wertvoll und lebenswert ist und dass ihre Einstellung zur Behinderung auch die Sichtweise ihres Familienmitgliedes oder Freundes beeinflussen kann.

Die Anwendung des Peer Counselling ausserhalb der Institutionen kann auch dazu dienen, die Versicherungskosten zu senken, indem Paraplegiker sich untereinander unterstützen und beraten und aus diesen Beratungen erst noch keine zusätzlichen Kosten entstehen.

Aus all den vorher aufgezählten Gründen wird diese Methode in Amerika vor allem während des Autonomieentwicklungsprozesses eingesetzt, sei es in Rehabilitationszentren oder in Heimen.

5.5.10 Peer Counselling und Therapie

Auch Professionelle aus dem Rehabilitationsbereich können von diesem Konzept profitieren. Das Peer Counselling erzeugt keine Lehrer-Schüler Beziehung, sondern übernimmt die Funktion eines Coachings und der gegenseitigen Hilfe. Therapeuten, die in Rehabilitationskliniken arbeiten und behinderte Leute auf ihrem Weg zur Autonomie begleiten, sind zwar gut ausgebildet, aber meistens nicht als Paraplegiker betroffen.

Ihre Kenntnisse sind trotzdem relativ eingeschränkt, da sie beispielsweise das Fahren auf den Hinterrädern ihren Patienten, soweit sie das selber können, beibringen müssen. Sie haben zwar grundlegende Techniken während ihrer Ausbildung gelernt, können sich in ihr Gegenüber relativ gut hineinversetzen und probieren so gut wie möglich eine Transfertechnik zu demonstrieren. So bleiben sie einerseits Therapeuten mit einer Dozierfunktion, die sich auf Fachwissen und Theorie stützen, andererseits Menschen ohne Behinderung. Deshalb sind Peer Counsellors so wichtig da sie für Therapeuten eine Ressource und so neue Möglichkeiten aufzeigen können.

Dazu sagt Bertaux: *„Der Wissensaustausch scheint hauptsächlich das Know-how und das alltägliche und konkrete Wissen zu entwickeln“*⁶⁹.

5.5.11 Relevanz für die Arbeit

In meiner Arbeit werde ich mich vor allem für das informelle Peer Counselling interessieren, das nach der Rehabilitation stattfindet, wenn „neue“ Paraplegiker im Alltag oder im Rahmen von Sportaktivitäten ältere Paraplegiker treffen. Das sind nämlich Situationen, in denen sie ihre Autonomie auf eine andere Weise und nicht mehr in einem therapeutischen Umfeld fördern. Dieses Zusammenkommen und vielleicht unbewusste Beobachten von Gleichgesinnten ergibt eine Nacheiferung. Sie bemerken langsam, dass jeder seine eigenen Strategien aufgebaut und erfunden hat und sich von ihnen inspirieren lässt.

Wie schon in der Einleitung meiner Arbeit erwähnt, habe ich die positiven Aspekte des Peer Counsellings zuerst unbewusst in Sport- und Alltagssituationen bemerkt: beim Basketballtraining unterhalten sich zwei Querschnittgelähmten über die Anpassung ihres Rollstuhls; beim Skifahren zeigt ein erfahrener Sitzskifahrer einem Anfänger, wie er den Transfer in den Skibob machen kann und wie er dann seine Kurven auslösen kann. Treffen sie z.B. auf Kies, kann der Neue die Technik seines Peers beobachten und dann nachahmen. Ich habe diese Dynamik in unzähligen Beispielen beobachtet. Sie sind bereit an Orte hinzugehen, wo nicht immer alles rollstuhlgängig ist. Sie sind gewöhnt sich anzupassen,

⁶⁹ MAFFESOLI, M., *La connaissance ordinaire. Précis de sociologie compréhensive*, Méridiens, 1985, pp. 223, 184, 222 in Education permanente n° 122/1995-1, S. 76

überall eine Lösung zu finden und sich überraschen zu lassen. Umgekehrt entwickeln manche Paraplegiker eine quasi „autistische“ Haltung oder Lebensweise, indem sie zum Beispiel immer an den gleichen angepassten Ferienort fahren, ins gleiche Restaurant essen gehen und immer am gleichen Ort parkieren, usw. Viele gehen immer von ihrer Behinderung aus und sind der Meinung, dass sie dieses oder jenes nicht machen können, weil sie im Rollstuhl sind. Somit verzichten sie auf viele interessante Sachen, beispielsweise auf Spaziergänge in den Bergen, wo sie Steinböcke beobachten können und eine Treppe hochsteigen können, um dann auf der Terrasse eines Restaurants eine Käseschnitte zu geniessen.

Klar sind nicht alle Querschnittgelähmten Bergfans, aber anhand dieses Beispiels wollte ich nur zeigen, wie sich Leute selber behindern und verhindern. Diese aussergewöhnlichen Ausgänge zeigen ihnen auch, wie viel trotz der Behinderung noch möglich ist. Diese erzwungenen oder erzeugten Konfrontationen mit dem „weniger Möglichen“ ist auch ein Teil ihres Trauer-, Akzeptanz- und Resilienzprozesses. Klar ist dieser Weg je nach Einstellung und Charakter, mehr oder weniger einfach, denn ein Leben im Rollstuhl bedeutet auch auf gewisse Sachen verzichten zu lernen.

Bei einem Spaziergang entlang eines Stausees sagte mir vor kurzem ein französischer Querschnittgelähmter, dass der Berg der einzige Ort sei, wo er wieder laufen können möchte. Nur am Berg fühlt er sich, 20 Jahren nach seinem Unfall, manchmal behindert; dort merkt er, dass ihm etwas fehlt, wenn die Wanderwege nicht immer breit genug für seinen Rollstuhl sind oder wenn die Wände viel zu steil sind. Aber deswegen ist er nicht traurig, sauer oder aufgebracht. Er lebt sein Leben und genießt jeden Augenblick.

Und nach über 20 Jahren im Rollstuhl hat er an diesem Tag etwas Neues durch das Peer Counselling gelernt, nämlich eine Treppe vorwärts hinaufzusteigen und rückwärts hinunterzugehen.

Ich bin der Meinung, dass Peer Counselling nicht nur formell in Rehabilitationskliniken stattfinden sollte, sondern auch informell durch Freunde und Bekannte. Das informelle Peer Counselling ist eine Art Selbsthilfegruppe.

5.5.12 Meine persönliche Erfahrung

Das Peer Counselling kenne ich aus meinem Medizinstudium, wo es uns vom Medizinstudentenverein angeboten wurde, d.h. durch einen Studenten, der im dritten oder vierten Jahr war, begleitet zu werden und schulisch unter seiner Schirmherrschaft zu stehen. Wie ich es schon am Anfang meiner Arbeit erwähnt habe, hatte ich vor einigen Jahren die Idee, meine zweite Praxisausbildungsperiode in einem Rehabilitationszentrum in der Schweiz zu absolvieren. Ich hatte nämlich vor, ein ähnliches Prinzip wie das Peer Counselling zu entwickeln und dies als Praktikumsziel zu nehmen. In der Zeitschrift „Paracontact“ der Schweizer Paraplegikervereinigung⁷⁰ vom März 2010⁷¹ erfuhr ich aber, dass die Vereinigung diese Arbeitsweise gerade eingeführt hatte. Auf ihrer Webseite⁷² wird das Konzept treffend mit dem Motto „Von Betroffenen für Betroffene“ zusammengefasst.

Ich konnte selber von diesem Konzept profitieren. Als Neuankömmling bekam ich hilfreiche Ratschläge und Ermutigungen von Spielkollegen aus meiner Basketballmannschaft im Rollstuhl bezüglich Rollstuhlhandhabung. Aus meiner Erfahrung in diesem Bereich merkte ich auch, wie wichtig unsere Beispiele und Muster sind, aber zugleich, dass sie normabhängig und deshalb relativ subjektiv und manipulierbar sind. Als ich den Behindertensport in Siderns anfang, zielte ich auf die Geschicklichkeit und Geschwindigkeit

⁷⁰ Auch SPV abgekürzt.

⁷¹ SCHMID, E., SILBERSCHMIDT, D. 30 années ASP, qualité et humanité. *Paracontact*, Jg. 28, 2010, Nr. 1, S. 12

⁷² http://www.spv.ch/de/was_wir_tun/lebensberatung/ (20.08.10)

eines Querschnittgelähmten aus dieser regionalen Gruppe hin. Einige Jahre später trat ich in meine aktuelle Basketballmannschaft ein. Dort konnte ich mein Niveau mit den Spielern aus der Schweiz vergleichen. Wiederum änderte sich diese Perspektive, als ein neuer Spieler aus Kanada zu uns kam. Sein Niveau ist hervorragend. Er spielt und handhabt seinen Rollstuhl wie niemand sonst in der Schweiz. Er hat nämlich 15 Jahre in Kanada gespielt, wurde dann Trainer und Spieler der irischen Nationalmannschaft. Seine internationale Erfahrung und die Wettkämpfe mit anderen Behindertensportlern aus aller Welt haben sein Leistungsvermögen noch gesteigert.

5.6 Sport

Neben der Rehabilitation und dem Peer Counselling gibt es noch andere Strategien zur Autonomieentwicklung. Zu diesen zählen vor allem sportliche Aktivitäten. In dieser Arbeit haben wir bereits vom Rollstuhlsport als Teil der Rehabilitation gesprochen. In diesem Teil werden wir uns diesmal für den Sport nach der Rehabilitation interessieren. Denn, wie schon vorher angetönt, kann das Peer Counselling auch informell stattfinden.

5.6.1 Verschiedene Auswirkungen

Die Sporttherapie während des Spitalaufenthaltes ist ein Motivationsfaktor für lebenslange Sportaktivität. Die lateinische Redewendung aus den Satiren von Juvenal, „mens sana in corpore sano“⁷³, fasst die positiven Auswirkungen des Sports bei Paraplegikern und bei der Allgemeinbevölkerung zusammen, die sich auf verschiedenen Ebenen zeigen⁷⁴: Sport verhindert eine Gewichtszunahme, ermöglicht dadurch ein möglichst unabhängiges und ein in der Gesellschaft gut integriertes Leben und stärkt durch kleine Erfolgserlebnisse das Selbstwertgefühl einer Person.

Eine regelmässige Körperaktivität beeinflusst die Lebensqualität von Querschnittgelähmten⁷⁵. Ein regelmässiges Training beugt Folgeerkrankungen und Komplikationen vor. Das Leben im Rollstuhl und dessen konsekutiver Bewegungsmangel ist ein Risikofaktor für Arteriosklerose (Gefässverkalkung), Thrombosen, Verdauungsprobleme, usw.⁷⁶. Drei bis vier Stunden Training pro Woche bei einer Intensität zwischen 400 und 500kcal/h reduziert dieses Risiko. Sport wirkt sich auch präventiv auf Depressionen und Darmkrebs aus.

Wer Sport treibt, kann sich im Alltag leichter bewegen und fortbewegen, beugt Dekubitus vor, indem er gute „push ups“⁷⁷ und gute Transfers macht.

Behindertensport kann aber auch negative Begleiterscheinungen mit sich bringen. Wer⁷⁸ intensiv Sport treibt, belastet seine Schultern. Es ist also wichtig, dass der Rollstuhlsportler sich nicht verletzt, sonst wird er sich nur noch mit Mühe fortbewegen oder transferieren können. Deshalb sind gewisse Erholungsphasen zu respektieren, da sonst der Organismus überlastet ist. Die Konsequenzen eines Unfalls für einen Rollstuhlfahrer sind sehr schnell gravierender und einschränkender als bei Fussgängern, da er von seinen Armen und Händen im Alltag abhängig ist.

⁷³ „Ein gesunder Geist in einem gesunden Körper“ auf Deutsch.

⁷⁴ Vgl. ZÄCH, G., KOCH, H.-G. 2006. S. 363

⁷⁵ Ebenda, S. 468

⁷⁶ Ebenda, S. 495

⁷⁷ Einen push up zu machen, heisst sein eigenes Körpergewicht in Sitzposition auf die Arme zu übernehmen; diese regelmässige Bewegungen dienen als Dekubitusprophylaxe und entlasten die Risikozonen.

⁷⁸ Hier sind selbstverständlich Querschnittgelähmte gemeint.

Die Macht und Tugend des Sports liegt darin, dass Sport für behinderte Menschen zusätzlich ungewöhnliche Herausforderungen darstellt, Schwierigkeiten kreiert und sie deshalb zwingt, über sich selbst hinauszuwachsen.

Sozial betrachtet kann man sagen, dass Sport die Abhängigkeit und Bewegungseinschränkung von Querschnittgelähmten reduziert. Sie trauen sich an unbekannte Orte zu gehen, auch ohne zu wissen, ob sie dort auf architektonische Barrieren treffen werden. Diese Barrieren sind für sie nicht relevant, da sie sowieso Experten in unerwarteten und aussergewöhnlichen Situationen sind, weniger im Voraus planen müssen und über einen positiven Lebensgenuss verfügen.

5.6.2 Sport und Peer Counselling

Will ein Paraplegiker nach seiner Rehabilitation Sport treiben, wird er sich bei einem Rollstuhlclub⁷⁹ anmelden, um dort an sportlichen und gesellschaftlichen Aktivitäten teilzunehmen.

Körperliche Betätigung hat sicher zuerst einmal positive physische und psychische Auswirkungen, aber auf der anderen Seite fördert sie auch soziale Kontakte, sei es mit Gleichbetroffenen oder innerhalb der Gesellschaft. Die Lebensqualität, die Teilhabe und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, sowie seine Mobilität im Rollstuhl werden deutlich erhöht.

Im Kapitel zum Peer Counselling haben wir schon von der Vielfalt innerhalb der behinderten Menschen und den Grenzen einer Rehabilitation gesprochen. Diese Verschiedenheit von Einstellungen habe ich anhand von Extrembeispielen veranschaulicht.

Ein Zitat aus einer deutschen Studie zur Wirkung vom Sport bei Behinderten fasst die Grundgedanken der Selbstentdeckung durch Sport genau zusammen⁸⁰: *„Sport und körperliche Aktivität sind dabei aktives Erleben von Möglichkeiten und Grenzen des Einzelnen und der Erfahrbarkeit der eigenen Wertigkeit. Im Sport und in der Bewegung entsteht die Möglichkeit, die eigenen Fähigkeiten zu erkennen, auszudifferenzieren und damit Grenzen zu verschieben oder auch zu überwinden. Gleichzeitig vermittelt gesunder Sport und Leistungssport immer die Möglichkeit, Schranken und Grenzen akzeptieren zu lernen“.*

Sport treiben heisst also, sich besser kennen lernen, sich so zu akzeptieren wie man ist und sich selbst herausfordern. Das Zusammenkommen mit Peers in einem Verein ist also wichtig, solange der Betroffene weiss, was er braucht und was er erreichen will.

Je nach Charakter und nach Persönlichkeit wird ein neuer Paraplegiker den Anstoss von bereits erfahrenen Gleichbetroffenen brauchen, um neue Sachen auszuprobieren.

Diese „lebenden Beispiele“ werden ihn ermutigen, mit ihnen Sport zu treiben und verschiedenen Sportarten auszuprobieren. Je nach Vorbild wird der „Neue“ mehr oder weniger gefördert. Entweder treibt er Sport als leichte Freizeitaktivität (Breitensport) oder er trainiert seriös, um dann an Wettkämpfen (Leistungssport) auf nationaler oder internationaler Ebene) teilzunehmen.

In gewissen Strukturen, wie beispielsweise in Sportmannschaften gibt es Paraplegiker, die als Inspiration für andere wenig erfahrene Paraplegiker dienen und sie so zum Sport treiben animieren. Sie haben unzählige Erfahrungen im Sport gesammelt und erbringen nur schwer vorstellbare Leistungen. Sie haben selber unbewusst vor Jahrzehnten vom Peer Counselling profitiert und sich seitdem nicht mehr unbedingt an Beispielen orientiert, sondern werden

⁷⁹ Im Wallis, zum Beispiel beim Rollstuhlclub Oberwallis oder beim Club en fauteuil roulant du Valais Romand.

⁸⁰ https://www.dshs-koeln.de/wps/wcm/connect/5cf3d20042e4ec958b72bbd8e926e196/FIT_1_2010.pdf?MOD=AJPERES (12.09.11). Siehe auch Anhang E

selber als Beispiel angenommen. Sie unternehmen Sachen, die vielleicht ausserhalb der Norm von durchschnittlichen Paraplegikern liegen, glauben aber daran und erreichen ihr Ziel.

Ein Beispiel aus der Realität

Ich nehme hier als Beispiel einen Querschnittgelähmten aus meiner Basketballmannschaft, der seit über dreissig Jahren im Rollstuhl ist. Mit 17 hatte er einen Unfall, wurde dann in Beau-Séjour in Genf rehabilitiert. Nach seinem Austritt traf er auf andere junge Querschnittgelähmten aus seiner Region; sie trieben schon Sport und logischerweise stieg er direkt mit einem Rennrollstuhl in den Leistungssport ein.

Er ist jahrelang weltweit Laufbahnen und Marathons gefahren, war Mitglied der schweizerischen Mannschaft in der Leichtathletik, spielte gleichzeitig Basketball und holte sich 1988 den Schweizermeistertitel im Karting Fahren vor den Fussgängern. Er hat danach die Strecke Sitten-Arolla alleine im Rennrollstuhl zurückgelegt.

2000 hat er wiederum alleine, aber von vielen erstaunten Leuten teilweise begleitet, die Rundfahrt vom Genfersee (177km) im Rennrollstuhl zurückgelegt. Er hat sie in acht Stunden und 48 Minuten geschafft. 2002 hat er dann auf der gleichen Strecke ein Handbikerennen organisiert. Zwischen 2002 und 2007 war er Mitglied der Schweizer Handbike-Mannschaft und nahm an europäischen Wettkämpfen teil. Gleichzeitig hat er sein Unternehmen geführt. Er engagierte sich ebenfalls für den Nachwuchs und trainierte junge Handbiker aus der Westschweiz.

Mit 50 wollte er etwas Neues anfangen. Er öffnete ein Geschäft, in dem Behinderte (seien es selbstständige Paraplegiker oder Mehrfachbehinderte) oder Institutionen Sportgeräte für Behinderte (Handbike, Mountainbike, Handbike, Cimgo, Jölette, Sportrollstühle, Mono- oder Dualskibob, usw. aber auch Alltagsrollstühle und Alltagshiflen) mieten oder kaufen können. Dadurch kann er seine Erfahrung im Rollstuhl, sowie seine positive Einstellung mit anderen Paraplegikern teilen.

Nach über 30 Jahren im Rollstuhl entdeckt er immer wieder neue Fähigkeiten und trifft auf ungewöhnliche Situationen, bei denen er sich anpassen muss. Motorrad oder Mountain Bike fahren? Kein Problem! Holz spalten? Auch nicht!

Dieses Beispiel scheint vielleicht extrem zu sein, aber diese Person zeigt, dass noch vieles im Rollstuhl möglich ist, wenn man den Willen dazu hat. Seine vier Schulteroperationen haben ihn nicht einmal gebremst. Er merkt selber, dass die Rehabilitation sich im Laufe der Zeit verändert hat und dass die Patienten sich schlussendlich selber engagieren müssen.

5.6.3 Sport und berufliche Integration

Wer von einer ganzheitlichen Rehabilitation redet, meint die Wiedereingliederung in die Arbeitswelt. Die Integration in die Arbeitswelt setzt eine umfassende Körperwahrnehmung voraus, eine genügende Rollstuhlhandhabung und psychologische Aspekte. Die Gewichtszunahme ist ebenfalls ein Teufelskreis. Wer sich nicht bewegt, nimmt zu, bewegt sich weniger, sein Dekubitusrisiko steigt und auch sein Harninfektionsrisiko. Als Folge des Bewegungsmangels ergibt sich eine Verschlimmerung seines Gesundheitszustandes.

Eine Arbeit zu finden, bedeutet wie für Nicht-Behinderte, sich verkaufen zu können, unternehmend und offensiv sein. Der Behinderte muss die Ängste seines möglichen zukünftigen Arbeitgeber oder seiner professionellen Umgebung dadurch abbauen dass er eine gewisse Erfahrung mit seinem Körper hat.

Sozial betrachtet kann man sagen, dass Sport die Abhängigkeit und Bewegungseinschränkung von Paraplegikern reduziert.

Es wird oft von der Solidarität zwischen Starken und Schwachen geredet, aber oft vergisst man, dass viele Schwächere ihr Möglichstes tun, damit sie ihre Autonomie wieder erreichen.

Sir Ludwig Guttmann, der Vater der Rehabilitation von Querschnittgelähmten schrieb 1973 zu diesem Thema: *„Jeder Mensch welcher einen schweren Unfall oder eine schwere Krankheit unterlaufen ist, entwickelt gewisse widrige psychologische Reaktionen: er verliert seine Geistesaktivität, sein Selbstvertrauen, seinen Selbstrespekt und seine Selbstwürde. Er tritt sich in seiner Behinderung zurück, konzentriert sich auf sich selbst und wird antisozial. Nichts kann diese widrige psychologische Reaktion verhindern oder entgegenwirken ausser zwei Massnahmen: eine regelmässige Arbeit und Sport⁸¹“.*

5.7 Auswirkungen der Diskriminierung auf die Gesundheit

Behinderte sind täglich mit irgendeiner Form von Diskriminierung konfrontiert. Sie treffen auf architektonische Barrieren in der Stadt, wenn sie zum Beispiel an einen Ort möchten, der nicht rollstuhlgängig ist. Sie können den öffentlichen Verkehr in gewissen Fällen nicht spontan benutzen. Wenn sie Zug fahren möchten, müssen sie sich einen Tag im Voraus anmelden und einen Termin für eine bestimmte Zeit festlegen. Beim Zugeinsteigen sind sie auf die Hilfe eines SBB-Angestellten angewiesen, da sie eine spezielle Plattform benutzen müssen.

Eine Studie des Nationalen Forschungsprogramms⁸² weist verschiedene Aspekte auf, die diese benachteiligende Haltung mit sich trägt: die Stigmatisierung, die Einschränkung von Handlungsraum und Möglichkeiten, gewisse Ungleichheiten, usw.

Die Folgen der Diskriminierung werden je nach Ressourcen und Wertvorstellungen einer Person unterschiedlich empfunden. Sie können sich auf die Lebenszufriedenheit auswirken. Das Erleben und der Umgang mit der Diskriminierung und der Stigmatisierung ist sehr individuell, also subjektiv: nicht jeder Paraplegiker wird sich in einer gegebenen diskriminierenden Situation auf die gleiche Art diskriminiert fühlen.

Eric Zbinden sagt⁸³: *„Sie [die Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen] wirken sich insbesondere auf die Entwicklung ihres Gesundheitszustandes und auf ihre innere Zufriedenheit aus. Falls die Behinderten über ein soziales Unterstützungsnetz verfügen, so ist dieses in der Lage, die Auswirkungen der Erfahrungen abzufedern und kann sogar den subjektiven Gesundheitseindruck und das Mass der inneren Zufriedenheit positiv beeinflussen.“*

[...] Diskriminierung und Stigmatisierung sind alltäglicher Bestandteil ihres Lebens. Je nach Wahrnehmung und Lebensweg machen Behinderte prägendere oder weniger prägende Erfahrungen damit. Insgesamt verschlechtert sich aber die subjektiv wahrgenommene Gesundheit und die Lebenszufriedenheit im Allgemeinen“.

Wir sehen, dass die Lebenseinstellung, sowie Akzeptanz der Behinderung dieses subjektive Empfinden auch stark beeinflussen kann.

Diskriminierung sollte in einer idealen Welt eigentlich nicht existieren, aber jeder Menschen ist von Geburt an mit spezifischen Einheiten, mit individuellen Eigenschaften, Fähigkeiten und Besonderheiten ausgestattet. Jeder einzelne ist also in dem Sinn von Diskriminierung betroffen, da jeder anders ist als der Andere.

⁸¹ https://www.dshs-koeln.de/wps/wcm/connect/5cf3d20042e4ec958b72bbd8e926e196/FIT_1_2010.pdf?MOD=AJPERES (12.09.11)

⁸² www.sozialstaat.ch/global/pdf/tagungen/august/zbinden_d.pdf (13.03.10)

⁸³ http://archiv.agile.ch/fileadmin/Zeitschrift/agile_4_04_d.doc (20.06.12)

Wenn man die Diskriminierung und Stigmatisierung von behinderten Menschen untersucht, fokussieren wir uns auf die negativen Aspekte der Behinderung und deren Folgen. Meiner Meinung nach gibt es auch eine positive Diskriminierung, die sich in Privilegien äussert: je nach Situation sind die Behinderten auch bevorzugt oder haben Sonderbewilligungen (z.B. verfügen über spezielle Plätze bei Konzerten, über Parkplätze, usw.).

Die Diskriminierung kommt aber nicht immer von aussen: eine behinderte Person kann sich selber auch diskriminieren und ihre Fähigkeiten unterschätzen.

6. Methodik

6.1 Untersuchungsfeld und Untersuchungsgruppe

Die Leute, die ich interviewt habe, kommen vor allem aus meinem Bekanntenkreis im Behindertensport. Einige sind Mitglieder meiner Basketballmannschaft und von dem her kenne ich sie persönlich. Andere lernte ich indirekt durch meine Mannschaft und durch Turniere, an denen wir teilnahmen, kennen. Es handelt sich um erwachsene Paraplegiker, die als Folge eines Unfalls vor mindestens drei Jahren behindert wurden. Diese Frist habe ich zurzeit so festgelegt, weil es eine gewisse Zeit braucht, bis jemand überhaupt von seiner Behinderung reden kann, sie akzeptiert und gelernt hat, mit diesen neuen Voraussetzungen zu leben.

Die Unterteilung zwischen kompletter und inkompletter Paraplegie lasse ich frei, da inkomplette Paraplegiker zwar meistens laufen können aber im Sportbereich auf einem Rollstuhl angewiesen sind. Meine Interviewpartner sind sportliche Leute, die entweder Sport in einer Mannschaft treiben oder sich im Privaten trainieren. Es sind also Personen, die Sport auf Wettkampfebene treiben.

Dieses letzte Kriterium ist von Bedeutung, da die Wettkämpfe eine gute Gelegenheit für die Auseinandersetzung mit dem Unbekannten bedeuten und von den Paraplegikern eine grosse Flexibilität verlangen.

Einige Paraplegiker, die ich persönlich kenne, gelten als Sonderfälle und haben besondere Leistungen vollbracht. Einige nahmen an Olympischen Spielen oder an Marathons und Langstreckenläufen im Rennrollstuhl und im Handbike teil. Sie gelten als Phänomene, da sie mit 50 Jahren immer noch an der Spitze sind oder nach mehreren Schulteroperationen immer noch motiviert sind, Sport auf Wettkampfebene zu treiben.

Meine Interviewpartner sind also Leute, die entweder eine Vorbildfunktion für andere Paraplegiker tragen oder Leute, die als „Lehrlinge im Rollstuhl“ von der Erfahrung Gleichbetroffenen profitiert haben, sei es während oder nach ihrer Rehabilitation. Vor dem Verfassen dieser Arbeit habe ich erfahren, dass sie während ihrer Rehabilitation von anderen Paraplegikern gelernt haben, sich mit ihnen austauschten und von ihnen in ihrer Selbstständigkeit positiv beeinflusst wurden.

Durch die Tatsache, dass sie schon relativ lang behindert sind, verfügen sie auch über eine gewisse aber wichtige Distanz, die es ihnen ermöglicht, frei und offen von ihrer Lebensgeschichte zu berichten und ihr „anderes“ Leben zu reflektieren.

Die spannenden Diskussionen, die wir schon lange vor dieser Bachelorarbeit geführt haben, liessen mich entdecken, dass sie auch anhand von Beispielen und Modellen während und nach ihrer Rehabilitation gelernt haben. Eigentlich hatten sie das Peer Counselling Konzept bereits angewendet, ohne es zu wissen. Aus diesen Gründen fand ich es interessant, diese Leute im Rahmen meiner empirischen Arbeit zu befragen.

6.2 Gewählte Methode

Dank meines Netzwerkes im Bereich des Behindertensports in der Schweiz könnte ich relativ viele Paraplegiker erreichen, aber mir war schon im Voraus bewusst, dass nur wenige Paraplegiker in der Schweiz die Bedingungen zur Beantwortung meiner Fragestellung erfüllen würden und deswegen eine quantitative Befragung unmöglich gewesen wäre.

Nach den BT-Unterrichten und nachdem ich verschiedene Arbeiten, die ähnliche Themen behandeln, gelesen habe, habe ich mich für eine qualitative Methode entschieden. Ich habe also hauptsächlich mit Interviews und Leitfadeninterviews gearbeitet.

Mit einer qualitativen Methode konnte ich also eine relativ eingeschränkte Gruppe (Maximum fünf-sechs Personen) erzielen und mich auf diese konzentrieren.

Im Rahmen meiner empirischen Forschung habe ich mit Querschnittgelähmten gearbeitet und die Lebenserfahrung ihrer Behinderung betrachtet.

Die Informationssuche und Perspektivenerweiterung besteht auch aus dem Lesen und Verarbeiten von Fachbüchern, Fachartikeln und Studien zu diesem Thema, sowie aus der weiteren eigenen Auseinandersetzung mit dieser Thematik und dem regelmässigen Zusammentreffen mit dieser Klientel.

6.3 Forschungsvorgehen

Die Portfolioübungen vom BT-1 halfen mir, mein Thema zu präzisieren und dieses genau auszudrücken. Dadurch gewann ich wiederum an Quellenhinweisen für meine Arbeit.

Im Juni 2010 gab ich die erste Skizze dieser Arbeit ab; es folgte dann im September die Einreichung des Projektes, das angenommen wurde und mir erlaubte, am BT-2 Modul teilzunehmen.

Am Anfang vom Modul BT-1 betrachtete ich die Thematik aus einer anderen Perspektive, nämlich der Perspektive der Wichtigkeit von Sport bei der Rehabilitation von Querschnittgelähmten. Ich war aber mit dieser Thematik nicht ganz zufrieden, da ich bereits wusste, dass sehr viel zu diesem Thema schon geschrieben wurde, da die Behinderung quasi zum Trendthema wird bei Abschlussarbeiten. Als ich einen Artikel zur Einführung des Peer Counsellings in Nottwil in der Hand hatte, wurde mir klar, dass DAS Hauptthema war⁸⁴. Bei einem Coachingtermin mit Frau Barbara Waldis merkte sie, dass ich die Dimension „Sport“ in meiner Arbeit doch integrieren wollte. Deshalb enthält diese Arbeit ein Kapitel zum Peer Counselling und Sport.

Vom Beginn an hatte ich eigentlich die Themen, die ich in der Arbeit behandeln wollte, im Kopf. Ich brauchte aber etwas Zeit, bis ich die von mir erwünschte Struktur und Ideengliederung herausfand.

Nachdem mein Theorieteil fast fertig geschrieben war, merkte ich, dass ich zu diesem Zeitpunkt ein Experteninterview brauchte. Diese Fachperson würde mich unter anderem über den Entwicklungsstand vom Peer Counselling in der Schweiz informieren. Die Auswahl eines Experten gestaltete sich schwierig. 2010 war ich eben bei der Planung meines zweiten Praktikums. Ich wollte diese letzte Praxisausbildungsperiode in Kanada absolvieren, da sie in diesem Land im Behindertenbereich relativ weit fortgeschritten sind. Diese Zeit im Ausland betrachtete ich auch als gute Möglichkeit, dort Pioniere des Peer Counsellings interviewen zu können.

Aus organisatorischen Gründen realisierte sich mein Projekt leider nicht. Ich musste also einen Experten hier in der Schweiz finden.

Herr Erwin Zemp, der beim Paraplegikerzentrum für den Bereich „Lebensberatung“ verantwortlich und auch Mitglied der Geschäftsleitung der Schweizer Paraplegiker Vereinigung ist, hat sich freundlicherweise für ein Experteninterview zur Verfügung gestellt⁸⁵. Dank seiner grossen Erfahrung als Rollstuhlfahrer und als Sozialarbeiter, der tagtäglich mit Querschnittgelähmten zu tun hat, konnte er das Experteninterview einerseits mit

⁸⁴ Mehr zur Themenwahl werde ich am Schluss der Arbeit sagen.

⁸⁵ Siehe Anhang G

persönlichen Details, andererseits mit pragmatischen Beispielen aus seinem Arbeitsalltag ergänzen, was sehr interessant war.

Ungefähr zur gleichen Zeit habe ich mit den Betroffeneninterviews angefangen. Ich habe mir eine Liste vom möglichen interessanten Interviewpartnern aufgeschrieben und sie dann direkt kontaktiert, um zu wissen, ob sie an so einer empirischen Arbeit teilnehmen möchten. Glücklicherweise hat keiner meinen Vorschlag abgelehnt. Das Herausfinden eines Erhebungsinstrumentes war eine weitere Schwierigkeit, die ich lösen musste, um diese Interviews durchführen zu können.

6.4 Erhebungsinstrument

Beim BT-2 hatte ich zuerst einen Fragebogen zusammengestellt und getestet, ohne eigentlich zu merken, dass dieser ein zu starrer Rahmen für ein qualitatives Vorgehen war. Unser Dozent, Herr Hans-Peter Von Aarburg, zeigte mir einige Beispiele von Leitfaden, von denen ich mich inspirieren liess.

Bei der Verfassung des theoretischen Teils meiner Arbeit kamen mir immer wieder wichtige Begriffe und Themen in dem Sinne. Diese waren die gleichen, die ebenfalls bei privaten Gesprächen mit Betroffenen auftauchen und thematisiert wurden. Ich basierte mich also auf diese Hauptbegriffe, um meinen Interviewleitfaden auszuarbeiten. Dieser artikuliert sich um die verschiedenen Achsen meiner Arbeit: die Paraplegie, die Rehabilitation, die Autonomieförderung und das Peer Counselling.

Vorteile versus Nachteile⁸⁶ des Leitfadeninterviews

Vorteile	Nachteile
<ul style="list-style-type: none"> - Sicht des Interviewpartners im Zentrum - Zusammenhang von Aussagen ersichtlich - spontane Reaktionen sind möglich und „beobachtbar“ - das Nachfragen, das Präzisieren, sowie die Wiederorientierung sind möglich - dadurch bleiben weniger Fragen unbeantwortet - Missverständnisse sind korrigierbar - Neue Indikatoren oder Perspektiven können während den Gesprächen auftauchen (Flexibilität der Methode) - Auftauchen von „in vivo“ Reaktionen (Emotionen). Dies kann je nachdem ein Vorteil oder ein Nachteil sein) - Authentisch 	<ul style="list-style-type: none"> - wenige Probanden, aber grosser Zeitaufwand - Zeitdruck und keine Zeit zum Überlegen - Einfluss vom Interviewer auf den Probanden, sowie auf seine Antworten - Ehrlichkeit der Probanden - Spontane Aussagen treffen nicht immer zu - Gefahr der Themenabweichung - Subjektivität der Resultate - Die Anonymität ist vielleicht schwerer zu gewährleisten, da der Interviewer seine Probanden regelmässig trifft

⁸⁶ Vgl. KÖPPEL, D. Modul G10, Aktuelle Herausforderungen der sozialen Arbeit. Siders: HES-SO, 2010. Skript *Interviewtechnik*. 22.04.2010. S. 2

6.4.1 Der Interviewleitfaden⁸⁷

Der Interviewleitfaden diente mir als roter Faden, als Kontrolle, um zu wissen, ob alle geplanten und erforschten Themen während der Diskussion behandelt worden waren. Die Struktur des Interviewleitfadens beruht einerseits auf den aufgestellten Hypothesen, andererseits auf den wichtigen Wendepunkten der Lebensgeschichte dieser Leute. Ich begann immer mit einem „Small Talk“: ich dankte der Person für ihre Bereitschaft (wiederum), für die Zeit und erinnerte sie kurz an den Titel der Arbeit.

Beim Interview hatte ich also diesen Routenplaner auf dem Tisch und konsultierte ihn zwischendurch, um die Interviews so spontan wie möglich durchzuführen und meine Interviewpartner so frei wie möglich zählen zu lassen.

6.5 Ethische Fragestellungen und Grenzen

Wie schon vorher erwähnt, wurde bei jedem Gespräch mein Vorgehen wieder erklärt, die Ziele und den Zweck dieser empirischen Arbeit deutlich gemacht. Wie üblich wurde die Anonymität der Teilnehmenden gewahrt.

Um ethische Probleme, Loyalitätskonflikte und Missverständnisse zu vermeiden, haben die Leute, die an meiner empirischen Forschung teilgenommen haben, ein Einwilligungsfeld unterschrieben. Anhand dieses Dokumentes gewährleiste ich die Schweigepflicht und die Anonymisierung der Informationen, die sie mir geliefert haben.

Interviews, die auf Tonband aufgenommen wurden, sowie die daraus resultierenden Transkripte werden nach Abgabe der Arbeit zerstört.

Die folgenden Zeilen dieses Kapitels habe ich vor der eigentlichen Datenanalyse, als Zukunftsvision verfasst; deswegen wurde das Futurum benutzt.

Da ich vor allem Leute befragen werde, die ich relativ gut kenne, hoffe ich, dass dieser Informationsaustausch möglichst kooperativ und offen sein wird. Klar werde ich auch die Grenzen der Person respektieren, wenn sie z.B. über ein gewisses Thema nichts sagen will. Dafür werde ich eine Art Spielregeln für diese Interviews auflisten, damit sich der Interviewte gut und im Vertrauen fühlt.

Zur Machbarkeit der Arbeit, zur Erreichung der Ziele und Antworten auf die festgelegten Hypothesen wird es wahrscheinlich einfacher sein, mit den Betroffenen über ihre Erfahrung auszutauschen, als ein System an sich in Frage zu stellen.

Wie ich es am Anfang dieser Arbeit erwähnt habe, gelten die Meinungen und Erfahrungen, die in dieser Arbeit geschildert sind, nicht als allgemeingültig. Nicht alle Paraplegiker, genau wie alle Menschen, sind gleich. Das bedeutet, dass alle unterschiedliche Fähigkeiten, Bedürfnisse und Erwartungen haben und mit unterschiedlichen Zielen und Herausforderungen leben.

Einige Behinderte, die ich interviewt habe, haben den Vorteil, eine „günstige“ Lähmung zu haben und verfügen deshalb über ein gutes Gleichgewicht, andere hatten den Vorteil, in einer guten Familie aufwachsen zu sein und wurden nach dem Unfall von ihr finanziell und sozial unterstützt. Diese Lebensgeschichten sollten also nicht als Muster dienen, sondern vielmehr als Anreiz, als Motivation für Leute, die neu mit diesem Schicksal umzugehen lernen müssen.

⁸⁷ Ebenda S. 3. Siehe auch Anhang H

7. Resultate, die ich mit den gewählten Methoden zu erhalten denke

Anhand dieser Arbeit möchte ich zeigen, dass das Peer Counselling, der Sport oder im Allgemeinen Freizeitaktivitäten der Selbstständigkeit, der Integration und der Lebensqualität von Querschnittgelähmten dienen. Ich könnte auch erklären, wieso innerhalb einer Gruppe von Leuten mit einer gleichen Ausgangslage oder –diagnose und gleicher Rehabilitation ganz andere Strategien und Lebensstile entwickeln und zu leben wagen.

Am Schluss meiner Arbeit möchte ich auch erwähnen, dass Sport nicht nur bei Paraplegikern einen Mehrwert bedeutet, sondern auch bei Leuten im Allgemeinen, mit oder ohne Behinderung. Aus meiner Erfahrung und aus den Arbeiten, die ich während meiner Ausbildung gelesen oder geschrieben habe, ist herausgekommen, dass Sport positive und integrative Auswirkungen mit sich trägt.

Im Modul E8 hatte ich die Gelegenheit eine Spielerin aus meiner Basketballmannschaft zu interviewen. Sie wurde als Kind an einem Bein amputiert und trieb dann während Jahren Spitzensport. Sie fuhr Marathons im Rennrollstuhl und sie konnte mir auch bestätigen, dass Sport eine wichtige Rolle in ihrem Leben, Akzeptanzprozess und in ihrer Autonomieentwicklung gespielt habe.

Auch bei den Lagern, an denen ich als Sportleiterin teilnehme, und an welchen wir Kinder und Jugendliche mit und ohne Behinderung betreuen, merken wir die integrative und antidiskriminierende Tugend des Sports. Wenn alle zusammen Judo machen, merken wir nicht mehr wer normalerweise im Rollstuhl ist und wer nicht. Die Barrieren fallen und alle sind auf dem gleichen Stand.

Was das Peer Counselling betrifft, ist mir klar, dass es keine neue Methode *per se* ist, denn nur die Begrifflichkeit ist neu und die Methode erst kürzlich in der Rehabilitation offiziell eingeführt worden.

8. Datenerhebung Analyseverfahren, Datenanalyse und -Interpretation

Nachdem ich die Hypothesen und Ziele der vorliegenden Arbeit, sowie den Theorieteil verfasst habe, konnte ich den Leitfaden und den Auswertungsraster vorbereiten. Bei der empirischen Arbeit konnte ich mich auf diesen Leitfaden stützen. Die erhobenen Resultate wurden dann anhand dieses Auswertungsrasters verarbeitet und interpretiert.

Diese Instrumente wurden zuerst mit Freiwilligen getestet, um die Relevanz der formulierten Fragen, sowie die Struktur der Interview zu überprüfen.

Bei den Interviews mit den ausgewählten Querschnittgelähmten fing ich mit einer kleinen Einführung zu meiner Arbeit an. Dann wurden verschiedene Themen diskutiert, die ich im Rahmen der Hypothesenbildung, sowie der Zielsetzung definiert hatte und zentral fand. Wir konzentrierten uns also vor allem auf die Behinderung an sich, ihre Folgen, die Rehabilitation, den Autonomisierungsprozess, das Peer Counselling, sowie ihre Rolle im Leben der Betroffenen, ihre Fähigkeiten.

Da meine Interviewpartner vor allem Leute aus meinem Bekanntenkreis sind, konnte ich sie im Voraus informieren, dass ich sie beim empirischen Teil meiner Arbeit erwähnen würde. Ich bin ihnen dankbar, dass sie bereit waren berührende Auszüge aus ihrem Leben mit mir zu teilen und sich zu öffnen. Dadurch konnte ich sie anders aber auch besser kennenlernen.

Technisch betrachtet, habe ich alle Interviews auf Tonband aufgenommen, da wie Bertaux⁸⁸ es formuliert: „*die Kommunikation verläuft gleichzeitig auf drei Kanälen: auf der non-verbale Kommunikation (Gestik, Augenbewegungen, Mimik), auf dem Tonfall und auf die Wörter an sich*“. Gleichzeitig habe ich mir Notizen in einem Heft gemacht, um spannende Eckpunkte der Diskussion und soziodemographische Daten zu jedem Interviewpartner festzuhalten, sowie non-verbale Ergänzungen zu präzisieren.

8.1 Untersuchungsgruppe

▪ Zu den Interviewpartnern

Meine sechs Interviewpartner (Interviewpartner „A“ bis „F“) sind seit 10 oder über 30 Jahren querschnittgelähmt; d.h. die meisten haben zum heutigen Zeitpunkt mehr als 2/3 bis 3/4 ihres Lebens im Rollstuhl verbracht. Sie treiben alle Sport oder haben zu mindest in ihrem Leben Sport getrieben. Alle haben eine Ausbildung hinter sich und arbeiten im tertiären Bereich und dies mit unterschiedlichen Arbeitspensen. Vier von ihnen arbeiten im Behindertenbereich.

Sie sind alle Mitglied eines Rollstuhlklubs, sei es eines aus der Deutschschweiz oder aus der Westschweiz und kommen deshalb regelmässig mit anderen Rollstuhlfahrern zusammen.

Die Betroffeneninterviews haben entweder direkt bei ihnen zu Hause oder an ihrem jeweiligen Arbeitsplatz stattgefunden. Die Atmosphäre war immer locker und die Interviewten offen, spontan und interessiert für die Thematik.

Die Spontaneität der Äusserung wurde wahrscheinlich dadurch unterstützt, dass ich die Interviews mit den deutschsprachigen Betroffenen auf Mundart durchgeführt habe. Ich bin der Meinung, dass der Austausch so authentischer wäre. Ich habe die Interviews dann so gut wie möglich auf Hochdeutsch transkribiert. Einige Ausdrücke habe ich trotzdem in der Originalsprache behalten.

⁸⁸ BERTAUX, D. 2010. S.73

Da ich meine Interviewpartner selber aussuchte und die Studie, die ich durchführte qualitativ ist, ist diese Untersuchungsgruppe nicht repräsentativ. Es wäre wahrscheinlich interessant gewesen, Leute die weniger erfahren oder abhängiger sind zu interviewen. Leider hätte die Zeit für eine solche umfangreiche Studie nicht gereicht.

- **Zu den Institutionen**

Im Rahmen meiner empirischen Forschung habe ich ebenfalls eine kleine Befragung auf Anfrage meines BT-Betreuers mit den schweizerischen Rehabilitationszentren durchgeführt und sie gefragt, wie wichtig die Komponente „Sport“ bei der Rehabilitation von Querschnittgelähmten sei. Ich habe also fünf Zentren per Mail kontaktiert und habe eine Rückmeldung von vier erhalten.

9. Datenauswertung

Nachdem ich alle Interviews durchgeführt und sie transkribiert habe, müssen wir uns an das Anfangspostulat dieser Arbeit erinnern. Dieser lautete: Die Förderung der bio-psycho-sozialen Gesundheit bei der Rehabilitation von Querschnittgelähmten ist wichtig.

Nun können wir die vor einigen Monaten aufgestellten Hypothesen mit den Ergebnissen der empirischen Arbeit vergleichen. Je nachdem werden wir dann die Hypothesen belegen oder widerlegen. Aus diesen Gesprächen konnte ich mehr zur Einstellung dieser Menschen zum Leben und vor allem zur Querschnittlähmung erfahren.

9.1 Auswertung der ersten Hypothese

Die Förderung der biologischen Gesundheit spielt eine wesentliche Rolle bei der Rehabilitation von Querschnittgelähmten.

Indikatoren	Rehabilitation Selbstständigkeitsförderung Wirkung von Sport auf die Gesundheit
Theorien	ICF Bio-psycho-sozialer Ansatz

Hier handelt es sich um die Effizienz und Effektivität der Rehabilitation und deren ganzheitliche Sicht. Ein Querschnittgelähmter, der während seiner Rehabilitation therapeutisch angepasst betreut wird und schon zu diesem Zeitpunkt diverse Sportarten ausprobieren kann, wird wahrscheinlich nach seiner Entlassung aus der Rehabilitation selbstständig sein, weiter Sport treiben und sich motivieren.

Ziel der Rehabilitation ist schlussendlich die Erlangung der grösstmöglichen Autonomie.

▪ Indikator: Rehabilitation

Die Rehabilitation war für alle Gesprächspartner der Anfang eines neuen Lebens nach einem tiefgreifenden Eingriff, welcher zur Querschnittlähmung führte. Nach einem kurzen Aufenthalt auf der Intensivstation starteten sie die Rehabilitation an sich, was der Interviewpartner A mit der Rekrutenschule verglich:

Interview A (#00:09:32-4#, S. 1)	<i>„Wir lernten dort alles, was ein Querschnittgelähmter sich in seinem neuen Zustand aneignen sollte. Es ging drum, sich eine körperliche Selbstständigkeit anzueignen, vor der Rollstuhlhandhabung fing es schon mit der Entwicklung des grösstmöglichen Gleichgewichts, [...] dann die Transfers, seine Kraft zu trainieren und erst dann die Rollstuhlhandhabung. Das war also sehr auf die Technik bezogen.“</i>
-------------------------------------	---

Alle sind sich einig, dass die Rehabilitation „damals“ strenger war, dass sie mehr gefordert waren, dass sie mehr Therapiestunden hatten als heute.

Alle Interviewpartner schätzen die Phase als positiv und pragmatisch ein:

Interview A (S.1)	„Das Personal war jung, voller Enthusiasmus und aufmunternd“ „ [Die Rehabilitation war] global betrachtet nützlich und konkret“
Interview E (#00:18:19-5#, S. 4)	„... und für mich eine echte Freude“

▪ **Indikator: Selbstständigkeitsförderung**

Wesentlich schien ihnen, dass sie so früh wie möglich mit der Aussenwelt konfrontiert wurden, ausgegangen sind, um das Gelernte „in vivo“ umzusetzen.

Interview A (S. 1)	„...den Paraplegiker so schnell wie möglich mit Realsituationen konfrontieren. Ich erinnere mich, dass die erste [Realsituation] war ins Restaurant, das neben dem Zentrum lag, essen zu gehen.“ „Die Reha war die Grundbasis; dann kamen die Perfektionierung und die Besserung in konkreten Situationen“
-----------------------	---

Ihrer Meinung nach, mussten sie auch mehr Verantwortung übernehmen, probierten soweit es möglich war, selbstständig zu sein.

Interview E (00:02 :55-7, S.1)	„Du bist zu sechs im Zimmer und der eine hat etwas vergessen. Du kannst die Krankenschwester schon rufen, dein Nachbar sagt „Steh mal wieder auf und hol es ab! Das nächste Mal vergisst du’s sicher nicht!““
-----------------------------------	---

▪ **Indikator: Wirkung von Sport auf die Gesundheit**

Alle stellen fest, dass Sport sich positiv auf die Gesundheit, sowie auf die Lebensqualität von Querschnittgelähmten auswirkt. Eine gesunde Lebenshygiene scheint auch bei Querschnittgelähmten das A und O zu sein, ob man es will oder nicht.

Interview A (#00:35:27-3#, S. 6)	„man muss eine angepasste Lebenshygiene haben und mit der Zeit wird es zur Lebensweise, aber der Vorteil ist nicht spezifisch für Menschen mit einer Behinderung, aber ich denke, dass Behinderte mehr davon profitieren, weil die Gefahr des körperlichen Abbaus schlimmere Auswirkungen bei einer behinderten Person hat. Es folgt dann direkt ein Selbstständigkeitsverlust [...],
-------------------------------------	---

	<i>während ein Behinderter seine Transfers nicht mehr machen könnte.“</i>
<p>Interview B (#01:13:06-9# , S. 14)</p> <p>(#01:17:21-8# , S. 15)</p> <p>(#01:20:09-4# , S. 15)</p>	<p><i>„Und in jedem Rehasentrum ist Sport ein sehr wichtiges Element. [...] Aber wenn du Sport machst, trinkst du weniger, du rauchst weniger, oder gar nicht, du kannst dein Gewicht behalten, du kannst Kraft erhalten und das ist eben Lebensqualität.“</i></p> <p><i>„Und Sport hat den riesigen Vorteil: du hast Kraft, du kannst sie ausbauen, du kannst deine Beweglichkeit, Transfer ist alles besser, Kontrolle, Haltung... das ist natürlich ein Riesenvorteil, plus Herzkreislauf, das weiss man natürlich, dass man Herzkreislaufkrankheiten vorbeugen kann. Die Fitness kannst du nur haben mit Sport“.</i></p> <p><i>„...die Leute, die ein bisschen Sport machen, Leute im Rollstuhl, die mit 70 noch Sport machen sind top fit, sie sind selbstständig. Aber wenn jemand die Möglichkeit hat, Sport zu machen, dann ist es ein riesiger Sprung von Lebensqualität, habe ich das Gefühl. Aber er muss Freude an dem haben.“</i></p>
<p>Interview C (#00:10:19-4# , S. 2)</p> <p>(#00:07:52-1# , S.2)</p> <p>(#00:07:52-1# , S. 2)</p>	<p><i>„Vielleicht [ist meine Querschnittlähmung] auch darum in den Hintergrund gerückt, weil ich 33 Jahre lang nie einen Tag zurück ins Spital musste, zum irgendwie ein Risiko auszuhalten; ein Unglück, das mir hätte passieren können; ein paraplegie-spezifisches Problem, das aufgetreten wäre, das mich zurückgeschmissen hätte.“</i></p> <p><i>„Ich denke für mich: ich habe mit dem Sportgerät und mit dem Sporttreiben ein Instrument gefunden, um Brücken zu bauen, um mich wieder zu integrieren, um auch meine Lebensqualität und meine Selbstständigkeit zu verbessern“.</i></p> <p><i>„Das meiste, das ich nach wie vor generiert habe, ist für mich selber eine Höhe an Lebensqualität zu gewinnen. Es geht auch drum, dass ich die dank Sport erhalten kann, aber es muss nicht immer Leistungssport und Spitzensport sein, sondern eigentlich wird mir sportliche Bewegung auch helfen, wenn ich älter werde. Wenn ich gesund bleibe, kann ich hoffentlich noch lang von dieser Lebensqualität profitieren, von dieser Selbstständigkeit“.</i></p>
<p>Interview E (#00:23:13-3# , S. 5)</p> <p>(#01:59:20-9# , S. 18)</p> <p>(#02:02:25-3# , S. 19)</p>	<p><i>« Und das Material : mein erster Rollstuhl war 25kg schwer, heute ist er weniger als 10kg. Also ich denke damals merkten wir bald, dass Fitness gleich Selbstständigkeit war. “</i></p> <p><i>« Direkt nach der Rehabilitation verfügte ich über ein Minimum an Selbstständigkeit, aber ich habe sie durch die Erfahrung und den Sport gefördert“</i></p> <p><i>« Den Nicht-Behinderten wird Sport geratet; bei uns ist es ein Muss. »</i></p>

Interview F (#01:18:09-9#, S. 25)	<i>„Nach einem solchen Unfall, wenn du keine Muskeln hast, keine Kraft hast, kannst du keine Transfers machen“</i>
(#01:13:23-8#, S. 24)	<i>« Ich habe nie irgendeine Infektion gehabt und ich denke schon, dass der Sport dazu viel beigetragen hat »</i>

Die Mehrheit meiner Interviewpartner trieben schon vor dem Unfall Sport und wussten deshalb, dass Sport etwas Gesundes und Wichtiges ist.

9.1.1 Auswertung der Nebenhypothese

Wie schon vorher erwähnt, haben wir uns (mein Bachelorarbeitbetreuer, Herr Julian Vomsattel und ich) im Laufe dieser empirischen Arbeit entschieden, den Standpunkt der Institutionen, der Rehabilitationszentren zur Wichtigkeit vom Sport im Rehabilitationsprozess zu befragen. Ich habe also fünf Schweizer Zentren per Mail kontaktiert. Von vier habe ich eine Rückmeldung bekommen.

Alle sind sich einig: der Sport wird während der Rehabilitation von Querschnittgelähmten eingesetzt, sobald die Patienten dazu medizinisch bereit sind. Der Sport wird in diesem Rahmen als Therapie, sowie als Freizeitaktivität angeboten.

Folgende Aussagen kamen aus ihren Antworten:

Rehazentrum A	<i>„Bei uns hat der Sport eine recht grosse Bedeutung. Unser Sportgruppenangebot ist doch recht umfangreich (siehe beigelegter Stundenplan). Es nehmen nicht nur stationäre PatientInnen am Angebot teil, sondern auch ambulante.“</i>
Rehazentrum C	<i>„Wir ermutigen unsere Patienten zum Sport, zuerst als Breitensport, dann selektiv als Spitzensport je nach vorherigem Sportniveau. Es gibt Rollstuhlgruppen im Rahmen der Physiotherapie, einen wöchentlichen Sportkurs, sowie das Aquagym. Bei uns ist das Peer Counselling wichtig und wir haben zwei Personen, die es systematisch machen; einer der von der Klinik angestellt ist, der andere welcher extern ist und von der SPV angestellt ist, sowie ehemalige sportliche Patienten auf Anfrage.“</i>

9.2 Auswertung der zweiten Hypothese

Die Förderung der psychischen Gesundheit spielt eine wesentliche Rolle bei der Rehabilitation von Querschnittgelähmten.

Indikatoren	Peer Counselling Trauerprozess, Resilienz und Akzeptanz Einstellung und Charakter
Theorien	Peer Counselling Bio-psycho-sozialer Ansatz Systemtheorie Ressourcenorientierung

Bei dieser Hypothese handelt es sich um den Verarbeitungsprozess, den ein Betroffener durchlaufen sollte, um seine neue Situation akzeptieren zu können. Nicht nur der Körper wurde vom Unfall betroffen und muss sich an seinem neuen Zustand anpassen, sondern auch die Seele, seine Psyche.

Die eher psychologischen Indikatoren „Trauerprozess, Resilienz und Akzeptanz“ haben wir nicht als solche im Theorieteil definiert und thematisiert, denn es hätte den Rahmen dieser Arbeit gesprengt und wäre an sich das Thema einer anderen Bachelorarbeit gewesen. Deswegen gebe ich hier eine kurze Definition dieser Begriffe.

Im Theorieteil⁸⁹ haben wir bereits gelesen, dass Arnold Van Gennep die Übergangsriten in drei Phasen unterteilt, nämlich in die Trennungsphase, die ambivalente Schwellen- oder Umwandlungsphase (Liminalzustand) und die Angliederungsphase. Verena Kast⁹⁰ hingegen definierte vier Phasen des Trauerprozesses: die erste Phase als „Nichtwahrhaben-Wollen“, die zweite als die Phase der aufbrechenden Emotionen, die dritte Phase als „Suchen, finden, sich trennen“ und die letzte als „Neuer Selbst- und Weltbezug“.

Klaus Fröhlich-Gildhoff und Maike Rönna-Böse definieren Resilienz als einen *„dynamischen oder kompensatorischen Prozess positiver Anpassung bei ungünstigen Entwicklungsbedingungen und dem Auftreten von Belastungsfaktoren“*⁹¹.

Die Akzeptanz wird im Duden definiert als *„Bereitschaft, etwas zu akzeptieren“*⁹². Bei dieser Arbeit geht es also um die Fähigkeit, seine neue Situation und seine neue Identität zu akzeptieren, also sich selbst zu akzeptieren, wie man ist. In diesem Fall können wir also von Selbstakzeptanz sprechen, als *„Annahme der eigenen Person“*.

▪ Indikator: Peer Counselling

Alle meine Interviewpartner haben sich während und nach der Rehabilitation an Beispielen orientiert. Alle haben bestätigt, dass es sehr positiv ist, von der Erfahrung anderer profitieren zu können. Dieses Zusammentreffen ermutigte sie weiterzuleben, Sachen auszuprobieren, ihre Situation aus einer anderen Perspektive wahrzunehmen.

⁸⁹ Vgl. S.16

⁹⁰ <http://www.hoelperl-bestattungen.de/trauerphasen.pdf> (15.05.12)

⁹¹ <http://www.socialnet.de/rezensionen/8004.php> (15.05.12)

⁹² <http://www.duden.de/suchen/dudenonline/akzeptanz> (15.05.12)

Interview A (#00:09:32-4#, S. 1)	« ...ein konkretes Beispiel dazu: ich hatte Angst, eine Treppe rückwärts herunterzufahren [...] ich war in der Nationalmannschaft, wir waren in London für ein Turnier und mussten die U-Bahn benutzen [...] Mein Kollege sagte mir: „Du hast keine Wahl, komm mal, ich zeige dir wie...“
-------------------------------------	---

Anhand dieses Beispiels merken wir auch die Vertrauensbasis, die zwischen zwei Gleichgesinnten fast per se gegeben ist. Ziel des Austausches ist nicht, den anderen zu verunsichern, sondern ihn zu ermutigen, etwas Neues und Ungewöhnliches zu wagen.

Die nächsten Zitate zeigen ebenfalls auf, wie konkret das Peer Counselling sein kann, wie wichtig es ist und wie die horizontale Beziehung, welche zwischen beiden Austauschpartner existiert, geschätzt wird.

Interview C (#00:28:53-6#, S. 5)	„Also damals schon habe ich von länger betroffenen Rollstuhlfahrern viel profitieren können. Sprich schon nur ausswärts in der Turnhalle, in der Garderobe, sitzend Kleider zu wechseln und vielleicht noch auswärts zu duschen. Das habe nie gelernt mich sitzend anzuziehen. Einfach die erfahrene Rollifahrer, die da Tipps und Tricks gefunden haben und so gewisse Sachen vereinfacht vollbringen.“
Interview D (#00:35:56-7#, S. 7)	« Mit 15 habe ich jemanden [einen Rollstuhlfahrer] getroffen und das war etwas Entscheidendes für mich“
Interview E (#00:23:13-3#, S. 5) (#00:24:46-4#, S. 5) (#00:25:13-9#, S. 6)	« Bei meiner Rehabilitation war ich mit zwei anderen Querschnittgelähmten im Zimmer: einer, der schon seit 15 oder 18 Jahren im Rollstuhl war, der andere seit 30 Jahren. Der älteste ermutigte mich, ihm Fragen zu stellen, von dieser Gelegenheit zu profitieren. Ich konnte ihn wann auch immer, Tag und Nacht, Sachen fragen und eine direkte Antwort bekommen“ « Nach einem Jahr musste ich zurück ins Spital und ich habe mich um die „Neuen“ gekümmert“ « Damals wusste ich nicht, dass das Peer Counselling ist. Ich merkte einfach wie lehrreich und bereichernd dieser Austausch war. Ich war erleichtert, Antworten von erfahrenen Betroffenen auf meine Fragen zu kriegen“
Interview F (#00:04:53-7#, S.1) (#00:41:40-4#, S. 16) (#00:37:43-1#, S. 15)	„Und als ich sie machen sah, dachte ich, es sei vielleicht nicht so schwierig“. « Die Beispiele sind sehr wichtig; einfach, dass andere [Rollstuhl-] Sportler dort sind, jeder hat seine Tricks, man kann sehr viel davon lernen ». „Ich denke, dass die Tatsache selber im Rollstuhl zu sein von

(ebenda)	<i>Vorteil ist, ein Vorzug ist, vor allem mit der Erfahrung“. „Es wirkt überzeugender und tragender“</i>
----------	--

Der Interviewpartner F unterscheidet zwischen dem formellen und informellen Peer Counselling und hat selber bemerkt, dass die effiziente Methode, seiner Meinung nach, das informelle Peer Counselling ist, das manchmal unbewollt und spontan, sei es während eines Gespräches oder ganz einfach durch die Beobachtung, stattfindet.

Interview A (#01:09:07-8#, S. 11)	<i>« Es kommen immer Anekdoten vor im Gespräch, manchmal bekommst du so Antworten auf Fragen, die du dir gerade gestellt hast oder bevor du überhaupt daran gedacht hast [...]. Das werde ich mir merken“</i>
Interview D (#00:29:22-4#, S. 6) (#00:30:21-4#, S. 6)	<i>« Ich sah ihn [jemanden im Rollstuhl] mit seiner Freundin und sah, dass Liebesbeziehungen möglich waren“ « Ich habe seine Entwicklung beobachtet, gesehen, dass er Kinder hat und fand toll, dass er Vater sein konnte. [...] Alle hatten eine Lebenspartnerin oder einen Lebenspartner, ein Familienleben, einen Beruf, sie waren keine IV-Rentner, sie waren alle aktiv“</i>
Interview F (#00:58:35-5#, S. 20)	<i>„Es ist eine Art vom Peer Counselling, es ist Peer Counselling aber ungewollt, aber es ist das Beste“.</i>

Der Interviewpartner F betont die Spezifität der Arbeitsmethode, welche auf der Verletzungshöhe beruht.

Interview F (#01:00:37-6#, S. 21)	<i>« Es bräuchte quasi einen Peer Counsellor pro Verletzungshöhe, da [...] ein T4 einen T12 nicht beraten kann und umgekehrt auch nicht, weil du diese Erfahrung nicht hast; es wird sehr kompliziert“</i>
--------------------------------------	--

Mein erster Interviewpartner sieht den Sport als Möglichkeit auf der eher positiven Seite, als Möglichkeit Betroffene zu treffen, zugleich sich mit Schwierigkeiten zu konfrontieren, mit der Rivalität, mit dem Erfolg und dem Misserfolg, usw.

Interview A (#00:35:27-3#, S. 6)	<i>« Sport treiben geht auch darum, sich mit Schwierigkeiten zu konfrontieren, es gibt Wettkämpfe, du erlebst die Rivalität, Erfolge und Misserfolge; leider können Behinderten solchen Erfahrungen vorenthalten werden».</i>
-------------------------------------	---

▪ **Indikator: Trauerprozess, Resilienz, Akzeptanz**

Die Resultate aus meiner empirischen Studie zeigen, dass die Rehabilitation, wie im ersten Teil der vorliegenden Arbeit postuliert, etwas Prozesshaftes ist und an sich nie wirklich fertig ist. Die Rehabilitation an sich findet nämlich im Alltag statt, nach der „offiziellen“ Rehabilitation in einem Zentrum.

Interview F (#00:41:45-6#, S. 16)	« <i>Wir lernen es in der Praxis... »</i>
(#00:41:50-9#, S. 16)	« <i>Wir lernen jeden Tag ».</i>
(#01:08:18-5#, S. 23)	« <i>Das Ziel liegt in der Akzeptanz. Wer seine neue Situation nicht akzeptiert, wird seriöse Probleme haben, aber sobald er sie akzeptiert hat, wird es immer noch mühsame Sachen geben, das ist klar, aber man gleicht es anders aus“</i>
(#01:21:50-6#, S. 26)	« <i>[Die Behinderung] hat mich nicht gehindert irgendwelche Sachen zu machen, die ich machen wollte ».</i>
(#01:22:05-9#, S. 26)	„ <i>Ab und zu denke ich nicht mehr daran... Ich muss einfach meinen Rollstuhl nicht vergessen.“</i>

Die Akzeptanz scheint ein zentralen Begriff zu sein, denn wer nicht akzeptiert, hört auf zu leben. Nach den Aussagen vom Interviewpartner C kommt klar heraus, dass er seine Behinderung „integriert“ hat, dass er nicht unbedingt noch daran denkt.

Das Alter zum Zeitpunkt des Unfalls scheint für den Interviewpartner A eine Rolle im Verarbeitungsprozess gespielt zu haben:

Interview A (#00:56:15-1#, S. 9)	« <i>Als Kind ist es viel einfacher, als wenn man schon erwachsen ist [zu akzeptieren]. Denn wir haben unser Leben noch nicht im Voraus gedacht, kennen uns noch wenig, haben weniger Vergangenheit, wir projizieren uns viel weniger in die Zukunft. Die Gnade der Kindheit ist quasi, dass wir das Schicksal einfacher akzeptieren können, da unser Leben ein noch unbeschriebenes Blatt ist“.</i>
(#00:57:24-4#, S. 9-10)	„ <i>Die direkten und körperlichen Folgen des Unfalls sind verheerend; die existentielle Anpassung hingegen ist unglaublich klein. Es ist keine Sackgasse.“</i>

Als er damals gelähmt wurde, veränderte sich sein Leben eher wenig; es ging nur um eine kleine Winkeländerung. Er entwickelte sich weiter und wuchs mit seiner Behinderung auf. Mit elf wusste er nämlich noch nicht, was er später für einen Beruf machen wollte und hatte sein Leben vor sich. Alle Richtungen standen ihm offen.

Zum Akzeptanzprozess an sich machen alle Interviewpartner prägnante Aussagen. Alle haben diese Etappe hinter sich, haben aber diese Stufen ganz anders erlebt:

<p>Interview A (#01:03:10-0#, S. 10)</p> <p>(#01:03:54-7#, S. 10)</p>	<p>«Zum Akzeptanzprozess gehört auch die Tatsache, beobachtet, angestarrt zu werden, was die Leute von uns denken zu fühlen, usw. zu akzeptieren. Wir entwickeln dadurch auch eine gewisse Sicherheit und Relativität.</p> <p>« Ich brauchte ca. ein Jahr bis ich meine Behinderung akzeptiert habe. [...] Ich hatte die Tendenz mich von der Aussenwelt auszuschliessen.“</p>
<p>Interview C (#00:06:13-9#, S. 1)</p> <p>(#00:10:19-4#, S. 2)</p> <p>(#00:11:32-4# , S. 3)</p> <p>(#00:13:24-5#, S. 3)</p> <p>(#00:25:59-3#, S. 5)</p>	<p>„Und dann genau beim Sporttreiben habe ich den Unfall erlitten und das hat mir schon vermeintlich sehr viel gestohlen, geraubt. [...] im Prinzip habe ich nur vermisst, was ich vermeintlich nicht mehr machen konnte, zuerst. Und das hat den Schock fast ein bisschen verstärkt, weil ich befürchtet habe, ich müsste das Leben leben praktisch ohne sportliche Betätigung, ohne Bewegung. „</p> <p>„Nach dem Unfall habe ich wirklich eine zeitlang den Eindruck gehabt "Es ist nicht mehr möglich" und bin natürlich nur traurig gewesen, wenn ich heimgekommen bin und im Keller mein Rennvelo gesehen habe und ich habe irgendwie gewusst und realisiert "Auf das Velo kannst du nie mehr sitzen und nie mehr irgendwie durch die Landschaft fahren". [...] Ein Überbleibsel ist übrig geblieben, an einer Zeit, die toll gewesen ist, aber von der du weisst, sie kommt nie mehr retour. Und das hat schon viel mit Trauer, mit Wut vielleicht auch zu tun und das hat zu Unzufriedenheiten geführt, zu Unausgeglichenheiten und so.“</p> <p>„Du musst mit dem weiterleben, du kannst es nicht zurückdrehen; wenn du ihn ignorierst, wenn ein gewisser Fatalismus eintritt, dann hast du irgendwo schon verloren, habe ich das Gefühl.“</p> <p>„Eingestehen, was man nicht kann, aber vielleicht gibt es Sachen, die man kann, die man vielleicht sogar besser als andere kann und seine neuen Möglichkeiten dadurch ausloten oder generell seine Möglichkeiten als Mensch ausloten. Das wäre fast ein Lebensziel, für jeden von uns, ob behindert oder nicht behindert.“</p> <p>„Ich denke, ich habe Sachen erlebt, die ich sonst gar nie erlebt hätte. Ich bin auf der Welt herumgekommen, wie ich sonst nie herumgekommen wäre. [...] Erfahrungen die, so glaube ich, ein Fussgänger vielleicht gar nie machen kann.“</p>
<p>Interview E (#00:53:52-2#, S. 11)</p>	<p>« Die Behinderung hat mir ermöglicht, mich zu reflektieren, mich mit meiner Persönlichkeit auseinanderzusetzen. Durch sie konnte ich neue Welten entdecken, neue Erlebnisse, neue Therapien, usw. die ich als Fussgänger nie gemacht hätte. Für mich ist meine Behinderung ein Wörterbuch. Ich sage immer, dass meine Behinderung, mein Unfall, wie ein Wörterbuch sind.“</p>

--	--

Die Zitate des Interviewpartners C beschreiben die verschiedenen Etappen, die er durchgelaufen ist, sowie die Gefühle, die mit denen eng verbunden sind: zuerst der Unfall und der Schock, die vor allem Angst bei ihm ausgelöst haben, dann die Trauer und die Wut, die er empfunden hat, als er seine nicht mehr brauchbaren Sportgeräten anstarrte und dann die letzte Etappe, die zur Akzeptanz führt.

Der Akzeptanzprozess ist laut der durchgeführten Interviews eng mit existentiellen Fragestellungen verbunden: „Will ich weiterleben oder nicht?“, „Lasse ich mich auf die Knie sinken oder will ich kämpfen und vorankommen?“.

Beim letzten Zitat kommt auch heraus, dass eine ressourcenorientierte Haltung und die Kenntnis von sich selbst von Bedeutung sind.

Die drei letzten Zitate zeigen uns, was die Behinderung diesen Menschen gegeben hat, wie sie sie fast wie bereichert hat.

Der dritte Interviewpartner macht ebenfalls eine wichtige Bemerkung zum Peer Counselling, zum Zusammentreffen mit Gleichbetroffenen, nämlich zur Gruppenzugehörigkeit.

Interview C (#00:28:53-6#, S. 5)	<i>„am Anfang war es ein bisschen schwierig, als ich noch nicht parat war, dass ich einer Randgruppe angehörte. [...] Ich habe vermeintlich noch tolle Bekanntschaften gemacht mit Gleichbetroffenen und ich dachte: "Es geht irgendwie weiter" „</i>
-------------------------------------	---

▪ **Indikator: Einstellung und Charakter**

Alle Interviewpartner sind der Meinung, dass die Einstellung und der Charakter der betroffenen Person eine wichtige Rolle im Akzeptanzprozess, in ihrer Selbstständigkeitsentwicklung und in ihrem Leben gespielt hat. Anhand dieser Zitate merken wir, dass es fast um ein Überleben geht.

Interview A (#01:00:14-2#, S. 10)	<i>« [dank meiner Behinderung] konnte ich meinen Willen stärken, den ich sonst nie so entwickelt hätte. [...] Es hat meine Reflexions-, Meditations- und Introspektionsfähigkeit entwickelt. [...] Ich konnte auch gegen die Niedergeschlagenheit widerstandsfähig werden. Die Fähigkeit, der Schwierigkeit nicht zu erliegen, entwickelt gewisse psychologische Ressourcen“</i>
Interview F (#00:05:32-5#, S. 1) (#00:10:35-4#, S. 5)	<i>« es war eine Willens- und Charakterfrage. »</i> <i>„Klar gibt es Personen, die viel mehr Mühe haben [die Behinderung] zu akzeptieren. Ich persönlich habe einen relativ starken Charakter und das hat mir vielleicht geholfen diesen Prozess durchzulaufen, fast ohne es zu merken“.</i>

Die Spontaneität und die Kreativität scheinen wesentliche Fähigkeiten zu sein, um so frei und flexibel wie möglich zu sein und zu leben.

Interview C (#00:14:24-8#, S. 3)	<i>„[...] aber durch das wird man auch spontan, man lernt improvisieren und mit der Spontaneität und der Improvisation lernt man manchmal ganz spannende und lustige Sachen kennen.“</i>
#00:16:43-1#, S. 4	<i>„[...] ich glaube auch, dass zum Leben auch ein gewisses Risiko gehört. Und wir alle stellen irgendwie fest, wer auch immer, dass das Leben grundsätzlich lebensgefährlich ist. [...] Ich denke, dass eine gewisse Risikobereitschaft zum Leben gehört. [...] es gibt ein Herantasten an seine Möglichkeiten in gewissen Bereichen, die wir alle machen müssen.“</i>
(#00:40:17-2# , S. 8)	<i>„Oft musste ich irgendwie improvisieren. [...] Du möchtest spontan und flexibel bleiben und auch mal improvisieren müssen; es ist so. Und wenn du improvisieren kannst, wenn du die körperlichen Voraussetzungen geschafft hast, bist du dann erst bereit, um solche mutigen Sachen zu unternehmen und sonst lässt du es sein und du verpasst etwas, im Prinzip.“</i>
Interview F (#00:36:15-4#, S. 15)	« <i>Wir müssen auch erfinderisch sein</i> ».

Der Interviewpartner A merkt, dass seine eigene Einstellung auf die Wahrnehmung der anderen eine gewisse Wirkung hat. Dieser Aspekt ist zwar schwer von der dritten und sozialen Hypothese zu trennen, gehört meiner Meinung nach eher zur zweiten, eher zur Betroffenen-zentrierten Hypothese (psychische Gesundheit). Die Persönlichkeit des Betroffenen spiegelt sich in seinem Gegenüber und er merkt dadurch, wie er nach aussen wirkt.

Dieses Zitat ist auch eng mit dem Akzeptanzprozess in Verbindung zu setzen. Hier nehme ich das Zitat bewusst nicht auseinander, damit die Kohärenz zum Text besteht.

Interview A (#00:39:52-8#, S. 7)	<i>« Wenn wir Erfolge erleben, tut es uns gut, es stärkt unser Vertrauen und wir befinden uns dann in einer positiven Aufwärtsdynamik, in welcher die Behinderung an sich nicht mehr oder viel weniger zum Thema wird. Die Behinderung wird nicht mehr als Begrenzung, als Entzug wahrgenommen. Es gibt auch die positive Einschätzung, die die Leute über mich machen. Regelmässig höre ich: „Es inspiriert mich, sie dienen als Vorbild, es ermöglicht uns zu relativieren“. Die Tatsache eher bewundert als bemitleidet zu werden ist auch etwas Positives“</i>
-------------------------------------	--

Weiter im Interview erklärt er, dass ein Teil der Akzeptanz auch darin besteht, Hilfe anzunehmen, bzw. zu wissen, wie man um Hilfe bitten kann:

Interview A (#00:12:50-3#, S. 2)	<i>« Etwas, das ich auch gelernt und entwickelt habe, ist um Hilfe zu bitten, nicht mehr zu verweigern; wenn du merkst: ich kann 80% vom Ziel selber erreichen aber für die restlichen 20% brauche ich Unterstützung; entweder bitte ich um Hilfe oder ich erreiche mein Ziel nicht. Es gibt auch eine gewisse Form, um Hilfe ohne Hemmung zu bitten; ansonsten wirkt es eher hemmend.“</i>
-------------------------------------	---

(#00:13:46-7#, S. 2)	<i>« Wenn du aber nicht akzeptierst auf Hilfe angewiesen zu sein und verweigerst, wirst du eine Last. Anstatt etwas mit deiner Freundin oder mit deiner Familie zu unternehmen, machst du halt nichts. »</i>
----------------------	--

9.3 Auswertung der dritten Hypothese

Die Förderung der sozialen Gesundheit spielt eine wesentliche Rolle bei der Rehabilitation von Querschnittgelähmten.

Indikatoren	Haltung und Einfluss des Umfelds auf den Prozess Freizeitgestaltung (u.a. Sport) Partnerschaft
Theorien	ICF Bio-psycho-sozialer Ansatz Normalisierungsprinzip Systemtheorie Peer Counselling

Wer von einer ganzheitlichen Rehabilitation redet, betrachtet das Individuum ebenfalls als Teil eines Systems, eines sozialen Umfelds. Bei der dritten Hypothese wird das soziale Leben des Betroffenen Thema sein.

Hier möchte ich betonen, dass die psychischen und sozialen Aspekte schwer auszudifferenzieren und auseinanderzuhalten sind, deswegen war es schwierig, die Resultate der einen oder anderen Hypothese zuzuordnen.

▪ **Indikator: Haltung und Einfluss des Umfelds auf den Prozess**

In diesem Teil wird als Prozess, sowohl der Akzeptanzprozess, als auch der Rehabilitationsprozess und die Selbstständigkeitsförderung, verstanden.

Das System (hier ist die Familie, der Freundeskreis, aber auch die therapeutische Betreuung während der Rehabilitation gemeint, sowie deren Strukturen) an sich kann diese Entwicklung positiv oder negativ beeinflussen.

Interview A (#00:35:27-3#, S. 6)	<i>«Wenn wir zu behütet sind, erleben wir nur Erfolge, aber wir müssen uns auch keine Herausforderungen mehr stellen».</i>
Interview C (#00:38:17-5# , S. 7)	<i>„[es ist auch wichtig] gewisse Hilfe abzulehnen. Es wäre auch noch heute so: meine Mutter würde mir auch immer noch alles machen. [...] Du musst dich auch lösen können.“</i>

Das zweite Zitat zeigt sehr klar, dass der „frische“ und unerfahrene Querschnittgelähmte einen gewissen Ehrgeiz aufzeigen muss, um sich quasi zu befreien und „auf eigenen Füßen zu stehen“ (Interview C, #00:38:17-5# , S. 7).

Die Interviewpartner A und F erklären, dass sie nicht unbedingt von angepassten Infrastrukturen bei der Rückkehr nach Hause profitiert haben und davon auch nicht profitieren wollten. Beim Interviewpartner A sind es die Eltern, die es gewünscht haben (er war beim Unfallereignis nämlich erst 11 Jahre alt) und ihm dann diese Einstellung quasi

weitergegeben haben; der Interviewpartner F, welcher mit 16 querschnittgelähmt wurde, diktierte es selber.

Interview A (#00:20:09-8#, S. 3)	« Beim Schuleingang gab es drei Treppenstufen, ich brauchte also Unterstützung, um hinaufzusteigen, lernte aber die drei Treppenstufen selbstständig herunterzufahren“
Interview C (#00:50:25-9#, S. 10)	„Natürlich aufgrund von der Lokalität vom Zentrum, mit der Infrastruktur, mit der Rollstuhlgängigkeit, mit der Einfachheit für jemand der da ist, da zu leben als Rollstuhlfahrer, da ist natürlich auch der Warnfinger aufzuhaben und aufzuzeigen: draussen, in der Gesellschaft ist es noch nicht so wunderbar oder, in Sachen Rollstuhlgängigkeit, Selbstständigkeit. Das Leben muss sich draussen ein bisschen einrichten auf dem Rollstuhl. Ich muss mich anpassen, nicht die Umwelt passt sich mir an, ich meine die ist vielleicht gar nicht parat allenfalls draussen für mich.“
Interview F (#00:13:13-6#, S. 7)	« Ich wollte nicht, dass sie [seine Eltern] irgendwelchen Umbauarbeiten durchführen. Ich habe also mein Zimmer im ersten Stock behalten und ging die Treppe hoch auf dem Hintern während Jahren.“

Das zweite Zitat macht uns auf die Tatsache aufmerksam, dass ein Rehabilitationszentrum wie ein luftleerer Raum oder ein Vakuum ist, ein geschütztes Umfeld, welches nicht der Realität entspricht. Die Patienten müssen sich also dementsprechend einstellen und gewarnt sein, dass es „draussen“ anders laufen wird.

Die Interviewpartner A und E weisen auf den Einfluss der Eltern und der Erziehung hin:

Interview A (#00:21:25-1#, S. 4)	« Keine Schutzpolitik [...] Die Idee war : eine normale Schulung, eine normales Leben, mit den nötigen Anpassungen, aber es ging nicht darum abzuweichen und ein sub-normales Lebensprogramm zu entwickeln“
Interview E (#00:23:13-3#, S. 5)	„Als Kind hatte ich die unglaubliche Chance, dass mich meine Eltern zum Sport motiviert haben. [...] aber das hat mich motiviert, voran zu gehen.“

▪ **Indikator: Freizeitgestaltung (u.a. Sport)**

Der dritte Interviewpartner bringt ans Licht, dass die Integration nicht unbedingt innerhalb des „Behindertenmesosystems“ stattfinden kann. Bei ihm verlief dies ganz anders, da er seine neue Identität noch nicht akzeptiert hatte, sich noch nicht als behindert definierte.

Interview C (#00:28:53-6#, S. 5)	„Ahah, ich bin kein Rollstuhlfahrer“ und habe die Szene
-------------------------------------	---

	<i>angefangen zu meiden und mich gar nicht hindrehen lassen. Und das ist vielleicht eine gute Integrationschance, mich in meine Dorfgemeinschaft, wieder dort zu integrieren und mit Kollegen, Sportklubs. Aber am Anfang hat es ein bisschen verhindert, dass ich schnell zu der Rollstuhlsportszene gekommen bin.“</i>
--	--

Der Sport ist wiederum ein Mittel, um sich wieder zu integrieren, Sachen mit Nicht-Behinderten zu unternehmen, am sozialen Leben teilzunehmen und teilzuhaben.

Interview E (#00:23:13-3#, S. 5)	<i>« [...] es war nicht wirklich wie skifahren, aber wir fuhren die Pisten rassig hinunter und nahmen am Winter teil, wie alle, anders, aber wie jeder andere.“</i>
(#01:59:20-9#, S. 18)	<i>« [...] Sportaktivitäten, Leute wieder zu treffen, Leute aus anderen Kantonen zu treffen, aus anderen Rollstuhlklubs und dadurch entwickelt sich deine Selbstständigkeit.“</i>
(#02:02:25-3#, S. 19)	<i>« Ich habe bemerkt, dass wenn man Sport treibt, du trainierst am Abend, versetzt deine Grenzen, es erlaubt dir an Aktivitäten teilzunehmen, ein Leben ausserhalb des Berufes zu haben. Wir sehen, dass Leute, die Sport treiben am Abend in den Ausgang, ins Kino und ins Konzert gehen. Sie nehmen teil und sind aktiver.“</i>
Interview F (#00:20:46-5#, S. 10)	<i>« Nach meinem Austritt habe ich angefangen [Rollstuhl-] Sport zu treiben, mit Kollegen, die ich während der Reha getroffen hatte. [...] Ich habe sehr viel trainiert, nahm an unzähligen Wettkämpfen teil, an den Paralympics. [...] Dadurch konnte ich viele Menschen, sei es im Rollstuhl oder nicht, treffen“</i>
(#01:21:50-6#, S. 26)	<i>« Die Behinderung hat nie verhindert, den Kontakt mit Leuten zu haben, mit Freunden und Freundinnen. »</i>

▪ **Indikator: Partnerschaft**

Nach einem mehr oder weniger langen Akzeptanzprozess kann erst dann die Beziehung zum Thema werden. Der Interviewpartner C unterstreicht die Rolle des Selbstvertrauens in dieser Lebensetappe.

Interview C (#00:20:18-7#, S. 4)	<i>„Und das Selbstwertgefühl führt erst dazu, dass ich vielleicht mich zutraue beziehungsfähig zu sein.“</i>
(#00:20:18-7#, S. 4)	<i>„Und ich glaube, dort ist es auch entscheidend, dass du zuerst mit dir und deinem Körper im Reinen bist und ein bisschen aufgeräumt hast und mit deinen Möglichkeiten Pfade findest, damit du das Thema angehen kannst. Mit dem nötigen Selbstwertgefühl kannst du "hinfahren", sage ich jetzt mal und das Gefühl haben "Ich bin auch attraktiv, ich habe meine Fähigkeiten" Und das kann sicher auf das Vis-à-vis wirken, um eine Beziehung aufzunehmen und</i>

	<i>vielleicht sogar eine Familie zu gründen.“</i>
--	---

10. Synthese

Nachdem wir die Ergebnisse aus der Interviewanalyse angeschaut haben, können wir nun die Resultate dem Theorieteil gegenüberstellen, die Hypothesen diskutieren und schlussendlich belegen oder widerlegen.

In diesem Teil werde ich einzelne interessante Auszüge aus den Interviews, sowie aus dem Theorieteil zitieren, um die Gegenüberstellung zu präzisieren.

10.1 Diskussion zur Hypothese 1

Die Förderung der biologischen Gesundheit spielt eine wichtige Rolle bei der Rehabilitation von Paraplegikern.

Die biologische Gesundheit scheint bei meinen Interviewpartnern eine zentrale Voraussetzung zu sein, um eine möglichst gute Lebensqualität zu erhalten.

Die Rehabilitation bildet die erste Etappe zur Erreichung einer biologischen Gesundheit. Dann wird den Betroffenen die Verantwortung weitergegeben, nämlich die Eigenverantwortung zum eigenen Körper. Durch die Patientenedukation haben sie gelernt, auf was sie als Querschnittgelähmte besonders aufpassen, was sie im Alltag für Pflegeverfahren absolvieren müssen, usw. Das Empowerment und die Befähigung stehen im Vordergrund während dieser Anfangsphase. Das Gelernte wird dann „in vivo“, nach dem Spitalaustritt, eingesetzt.

Zur biologischen Gesundheit gehört einerseits die Pflege, andererseits die Bewegung und Körperaktivität, denn der Sport fördert die biologische Gesundheit, die Selbstständigkeit und die Lebensqualität. Bei den Interviews habe ich festgestellt, dass der Aspekt „Pflege“ selten zum Thema wurde: es ging eher um die Bedeutung und den Einfluss vom Sport auf die Mobilität und die Gesundheit. Diese Tatsache begründet sich vielleicht dadurch, dass meine Interviewpartner schon relativ lange mit ihrer Behinderung leben, sich daran gewöhnt haben und diese an sich nur noch selten thematisieren.

Die Rehabilitation wurde auch unter dem Blickwinkel „Physiotherapie und Selbstständigkeitsförderung“ von ihnen beschrieben. Rein biologische oder medizinische Aspekte standen während den Gesprächen überhaupt nicht im Vordergrund.

Die inhaltlichen Ergebnisse zu dieser Hypothese hätten wahrscheinlich anders ausgesehen, wenn ich z.B. querschnittgelähmte Ärzte interviewt hätte.

Meinen Interviewpartnern war klar, dass unvermeidliche Folgen auftreten könnten, wenn sie auf ihre biologische Gesundheit nicht aufpassen: Gewichtszunahme, Selbstständigkeitsverlust, medizinische Auswirkungen, usw.

Dazu zitiere ich hier die Ergebnisse einer Studie zum Einfluss von Bewegung und Sport auf die Lebensqualität bei einer Querschnittlähmung:

„Sportlich aktive Personen mit erworbener Querschnittlähmung unterscheiden sich von sportlich inaktiven, sie berichten von einer vergleichsweise besseren gesundheitsbezogenen Lebensqualität [...].

In der Literatur konnten in diversen Reviews und Metaanalysen die vielfältigen Wirkungen von sportlicher Aktivität bei Fussgängern belegt werden: Neben den funktionellen Wirkungen wie Steigerung der Ausdauerleistungsfähigkeit, der Beweglichkeit, der Koordination etc. konnten auch soziale und psychische aufgezeigt werden, wie die Steigerung des Selbstbewusstseins, des Selbstkonzeptes oder der Befindlichkeit (Knoll et Al. 2006; Schlicht

et Al. 2003; Rittner et Al. 2000). Diese Erkenntnisse können vorliegend für Menschen mit erworbener Querschnittlähmung bestätigt werden.

Unter dem Gesichtspunkt der Prävention und der lebenslangen Rehabilitation bei Querschnittlähmung führen die Ergebnisse zu dem Schluss, dass die Hinführung zu Sport und Bewegung möglichst früh in den Rehabilitationsprozess integriert werden müssen⁹³.

Das folgende Zitat illustriert diese Diskussion zusammenfassend: *„Ich denke für mich: ich habe mit dem Sportgerät und mit dem Sporttreiben ein Instrument gefunden, [...] um auch meine Lebensqualität und meine Selbstständigkeit zu verbessern“⁹⁴.*

Die Datenanalyse nach den drei Indikatoren:

- Rehabilitation
- Selbstständigkeitsförderung
- Wirkung von Sport auf die Gesundheit

kann somit die Hypothese 1 „Die Förderung der biologischen Gesundheit spielt eine wichtige Rolle bei der Rehabilitation von Paraplegikern“ belegen.

⁹³ https://www.dshs-koeln.de/wps/wcm/connect/5cf3d20042e4ec958b72bbd8e926e196/FIT_1_2010.pdf?MOD=AJPERES (12.09.11). Siehe auch Anhang E

⁹⁴ Interview C (#00:07:52-1# , S.2)

10.2 Diskussion zur Hypothese 2

Die Förderung der psychischen Gesundheit spielt eine wichtige Rolle bei der Rehabilitation von Paraplegikern.

Aus den Interviews mit meinem Interviewpartner kam heraus, dass die Gesundheit eine wichtige Komponente ihrer Rehabilitation gewesen ist. Denn wie schon gesagt, wurde nebst der Soma auch die Psyche vom Unfall betroffen. Die Rehabilitation spielt sich also nicht nur im Körper, sondern auch im Kopf ab, wie wir es schon von Sir Ludwig Guttman im Theorieteil erfahren haben: *„Jeder Mensch welcher einen schweren Unfall oder eine schwere Krankheit unterlaufen ist, entwickelt gewisse widrige psychologische Reaktionen: er verliert seine Geistesaktivität, sein Selbstvertrauen, seinen Selbstrespekt und seine Selbstwürde. Er tritt sich in seiner Behinderung zurück, konzentriert sich auf sich selbst und wird antisozial.“*

Der Spitalaufenthalt und später der Austritt ermöglichte ihnen verschiedene Etappen zu durchlaufen: sie erfuhren zuerst, dass ihr Leben nie mehr wie früher sein würde, trafen dann auf andere Rollstuhlfahrer, setzten sich mit ihrem Schicksal auseinander und fanden schlussendlich einen Weg aus dieser Sackgasse.

Psychologisch gesehen haben sie alle die Rehabilitation prozesshaft erlebt und sind verschiedene Etappen durchgelaufen.

Einige Gesprächspartner beschrieben, dass sie ihre Behinderung nicht direkt akzeptiert haben, dass es Zeit brauchte, um einem Rollstuhlklub beizutreten, sich zu dieser Gruppe zugehörig zu fühlen. Diese Etappe hatten wir im Theorieteil als „Liminalzustand“ bezeichnet.

Schlussendlich haben sie heute ein Stadium erreicht, wo sie ihre Behinderung völlig akzeptiert haben, resilient sind und mit ihrem Leben zufrieden sind, so Interview F: *„Ab und zu denke ich nicht mehr daran...“* und Interview A: *„Die direkten körperlichen Folgen des Unfalls sind verheerend; die existentielle Anpassung hingegen unglaublich klein“.*

Dieses letzte Zitat verweist auf das Resilienzkonzept, denn wie Mbaye es in seiner Masterarbeit zur Wichtigkeit vom Peer Counselling im Resilienzprozess sagt⁹⁵, ist die Resilienz bei behinderten Subjekten von der Bedürfnisbefriedigung abhängig, welche dann ihre Lebensqualität und soziale Teilnahme fördert.

Alle befragten Betroffenen konnten irgendeinmal vom Peer Counselling profitieren. Dieses Treffen erlebten sie alle als Erleichterung, dass ein Leben in diesem Zustand noch möglich war und zugleich als Bereicherung, als Wegweiser. Manche kannten aber die Begrifflichkeit nicht unbedingt⁹⁶, redeten aber vom Kontakt, vom Austausch mit Gleichbetroffenen, mit anderen Menschen im Rollstuhl.

Mehrheitlich fand das Treffen mit anderen Querschnittgelähmten beim Sporttreiben statt. *„Denn Erfolge im Umgang mit dem Rollstuhl erhöhen das Selbstbewusstsein und die Motivation, sich auch den neuen Herausforderungen im Bereich von Sport und Bewegung zu stellen“*⁹⁷.

Bei der Informationssuche ging es um Tipps und Tricks im Bereich der Rollstuhlhandhabung, der Transfermethoden, der Autoanpassung, usw., also vor allem um pragmatische Themen.

Aus den Interviews kam ebenfalls heraus, dass das Peer Counselling, wie schon im Theorieteil erwähnt, nicht nur etwas Positives für den Betroffenen selbst ist, sondern auch für seine ganze Umgebung; hier meinten sie u. a. für die Therapeuten und für ihre Familie.

⁹⁵ MBAYE, A. 2007-2008. S. 100

⁹⁶ Sei es zum Zeitpunkt der Rehabilitation oder der Interviews.

⁹⁷ Ebenda

Aus den Interviews wird ersichtlich, dass die eigene Einstellung zur Behinderung eine wichtige Rolle in der Selbstständigkeitsförderung spielt: wer als Rollstuhlfahrer „normal“ lebt, sich von seiner Behinderung nicht behindern lässt und spontan (re-) agieren kann, fixiert sich weniger auf die Konsequenzen seiner Lähmung.

Anhand dieser empirischen Studie konnten wir also feststellen, dass der Rehabilitationsprozess etwas Offenes ist und dass er in die Hände der Betroffenen ist: nur sie haben die Fähigkeit ihr Leben in ihre eigene Hände zu nehmen und etwas daraus zu machen. Die Ressourcennutzung, das Empowerment, sowie die Verantwortung sind also wesentliche Instrumente zur Förderung der psychologischen Gesundheit.

Die Gesundheit einer Person wird ebenfalls von ihren sozialen Kontakten beeinflusst. Aus dem Austausch kommt klar heraus, dass das Zusammentreffen mit Gleichgesinnten von Bedeutung in ihrem Rehabilitationsprozess gewesen ist, dies aus einem ganz einfachen Grund: die gemeinsame Erfahrung der Behinderung.

Die Datenanalyse nach den drei Indikatoren:

- Peer Counselling
- Trauerprozess, Resilienz, Akzeptanz
- Einstellung und Charakter

kann somit die Hypothese 2 „Die Förderung der psychischen Gesundheit spielt eine wichtige Rolle bei der Rehabilitation von Paraplegikern“ belegen.

10.3 Diskussion zur Hypothese 3

Die Förderung der sozialen Gesundheit spielt eine wichtige Rolle bei der Rehabilitation von Paraplegikern.

Die Hypothesen 1 und 2 bilden die Voraussetzungen zur 3. Hypothese: wer körperlich gesund ist, sich selbst akzeptiert, wird von den anderen akzeptiert. Zuerst muss sich die Person an seinem neuen Zustand anpassen, um dann beziehungsfähig zu werden.

Denn die soziale Umgebung der Interviewten schien sehr wichtig zu sein: das alltägliche Leben ermöglichte ihnen wieder Fuss in der Realität zu fassen, soziale Kontakt zu haben, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen und teilzuhaben, usw. Die WHO definiert die Gesundheit als bio-psycho-soziale Gesundheit. In meiner Arbeit strengte ich mich ständig an, die Bevölkerung „Querschnittgelähmten“ aus einer ganzheitlichen Perspektive zu betrachten: jemand ist gesund und „korrekt“ erst rehabilitiert, wenn er medizinisch gesund ist, selbstständig leben kann, resilient und sozial gut vernetzt ist, was bei meinen Interviewpartnern der Fall ist. Diese dritte Hypothese gilt also quasi als Fazit der ganzen Arbeit.

Der Rehabilitationsprozess betrifft nämlich den Betroffenen selbst. Es sind aber mehrere Akteure in diesem Prozess involviert: das Rehabilitationszentrum, die Familie, der Freundeskreis und die Umwelt, in der der Querschnittgelähmte lebt.

Einige Interviewpartner sagten, dass sie nicht unbedingt in einem vollkommen rollstuhlgängigen Haus lebten, dass sie sich oft anpassen mussten und dass sie nicht speziell wegen ihrer Behinderung „geschützt“ wurden, also immer relativ flexibel waren.

Zur sozialen Gesundheit hatte ich ursprünglich auch die berufliche Zukunft als möglichen Indikator definiert. Schlussendlich entschied ich mich im Rahmen der Analyse auf diesen Indikator zu verzichten, da ich keine relevanten Aussagen zu diesem Thema einfügen konnte.

Dazu möchte ich trotzdem ein Zitat anführen: *„Die Ergebnisse im Bereich Erwerbstätigkeit spiegeln positive Wirkungen des Sporttreibens auf das Berufsleben wider. Die positiven Effekte einer Erwerbstätigkeit auf die Lebensqualität (Sörensen et Al. 2008; Hess et Al. 2004; Evans et Al. 1993) können durch den Sport verstärkt werden, in dem die körperliche Belastbarkeit verbessert sowie das Selbstbewusstsein und die Energie gesteigert werden⁹⁸.“*

Das Postulat von Sir Ludwig Guttmann zur Wichtigkeit von Bewegung und beruflicher Aktivität: *„[...] Nichts kann diese widrige psychologische Reaktion verhindern oder entgegenwirken ausser zwei Massnahmen: eine regelmässige Arbeit und Sport.“* Dies trifft immer noch zu und wurde auch von meinen Interviewpartnern bestätigt.

Um zurück auf die Definition der Behinderung laut der ICF zu kommen, möchten wir hier zuerst die Definition von Bleidick anschauen⁹⁹: *„Ein Mensch kann, infolge einer Schädigung oder Beeinträchtigung körperliche, seelische oder geistige Funktionen, seine Lebensverrichtungen nicht mehr selbständig ausführen oder seine Teilnahme am Leben der Gesellschaft ist erschwert.“*

Wir vergleichen nun die Indikatoren der vorliegenden empirischen Studie mit den Faktoren, die laut der ICF, die Behinderung bedingen¹⁰⁰: *„Im Sinne der ICF ist eine Behinderung das Ergebnis einer negativen Wechselwirkung zwischen einer Person, Gesundheitsproblemen, Funktionen des Organismus, die Aktivität, bzw. die Einschränkung der Aktivität und die*

⁹⁸ https://www.dshs-koeln.de/wps/wcm/connect/5cf3d20042e4ec958b72bbd8e926e196/FIT_1_2010.pdf?MOD=AJPERES (12.09.11)

⁹⁹ <http://campus.ph.fhnw.ch/pub/PVHP/LernGruppeFruehling09/RepetitionsfragenBehinderung.pdf> (16.05.12)

¹⁰⁰ Ebenda

Partizipation. Nicht zu vergessen sind aber auch die Umweltfaktoren, wie auch das persönliche Umfeld der Person.“

Genau diese Themen und Aussagen sind bei den Gesprächen herausgekommen. Der Mensch ist immer Teil eines Systems. Wir können ihn also nicht einzeln betrachten und rehabilitieren, sondern wir sollten immer einen Bezug zur Ausserwelt, zum System in Betracht ziehen. Denn, wie Bateson es ausformuliert hat: *„Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile¹⁰¹“*. Und ein Autor hat ergänzt: *Und ein Teil ist mehr als nur ein Teil vom Ganzen.“*

Die Datenanalyse nach den drei Indikatoren:

- Haltung und Einfluss des Umfelds auf den Prozess
- Freizeitgestaltung
- Partnerschaft

kann somit die Hypothese 3 „Die Förderung der sozialen Gesundheit spielt eine wichtige Rolle bei der Rehabilitation von Paraplegikern“ belegen.

¹⁰¹ <http://www.bibliothek-digital.de/static/content/utb/20081119/978-3-8252-2996-2/v978-3-8252-2996-2.pdf> (15.05.12)

11. Schlussfolgerungen

Im letzten Kapitel, werde ich meine eigene Stellungnahme zum Studienthema, sowie zu den Resultaten dieser Bachelorarbeit äussern. Ich werde ebenfalls diese Arbeit in Verbindung mit der beruflichen Praxis der Sozialen Arbeit setzen. *In fine* werde ich eine technische sowie persönliche Reflexion zum Entstehungsprozess der vorliegenden Bachelorarbeit ziehen.

Zusammenfassend wurde anhand dieser Arbeit klar, dass die Rehabilitation die Gesundheit von Querschnittgelähmten drei Ebenen fördern sollte, nämlich die biologische, die psychische und die soziale Gesundheit. Aus diesem Grund ist eine ganzheitliche Betrachtung von Bedeutung. Dr. Guido Zäch weist im Vorwort seines Buches „Paraplegie, ganzheitliche Rehabilitation“ darauf hin: *„Eine Querschnittlähmung [...] trifft die leidende Person bis ins Mark. Mit einem Schlag ist alles anders: Die persönliche Integrität, das körperliche Wohlbefinden, die Integration in Familie, Beruf und Gesellschaft, sogar die Selbstständigkeit – alles ist in Frage gestellt. In dieser Situation sind umfassendes Denken und ganzheitliches Handeln Voraussetzung für das Wiedererlangen der vollen Teilhabe an unserer Gesellschaft und für die Chancengleichheit von Mitmenschen im Rollstuhl¹⁰².“*

Jeder Schritt in die Richtung einer Verbesserung des bio-psycho-sozialen Gesundheitszustandes ist ein Baustein des ganzheitlichen Rehabilitationsprozesses.

11.1 Stellungnahme zur Forschungsfrage

Zur Rehabilitation

In den letzten dreissig Jahren wurden relativ wenige Fortschritte in der medizinischen Behandlung und Übernahme von Querschnittlähmung gemacht: in den 60er-70er Jahren war das Ziel der Medizin die Läsion, sowie die Nieren-, Lungen- und Harnfunktionen zu stabilisieren und die Dekubitusproblematik zu vermeiden. Heute sind wir zu einem beinahe Optimum gekommen, aber der zentrale Aspekt der Behinderung, nämlich die resultierende Lähmung an sich, bleibt immer noch ungelöst. Sicher kann man die Umgebung beliebig anpassen aber diese geht manchmal so weit, dass sich aus dieser Handlung dann ein Paradox der Anpassung ergibt und eher kontraproduktiv wirkt. Rehabilitationskliniken verfügen über ein Monopol und ein Subsidiaritätsprinzip in Sachen Rehabilitation von Querschnittgelähmten und verteidigen diese beiden Prinzipien auch; sie entwickeln sich auch zu „Betrieben“ in diesem Bereich, hinterfragen aber auf der anderen Seite ihre Handlungen, Methoden und Ergebnisse wenig. Solche Institutionen tendieren dazu die Behinderungen wahren zu wollen und die Unterschiede, die ihre Arbeit bestätigen, zu unterstreichen.

Ich bin schon Menschen begegnet, die aus einem Rehabilitationszentrum herauskamen und sich dann nach dieser Rehabilitation als vollkommen „behindert“ fühlten und die in der Praxis keine genügende Autonomie hatten, um risikofrei wieder nach Hause gehen zu können. Ich merkte zum Beispiel, dass sie einerseits nicht genug Kraft im Oberkörper hatten, um gute Transfers machen zu können, was dann einen negativen Beitrag für ihre Dekubitusprophylaxe bedeutete und andererseits auch während der Rehabilitation mit Angst vor Verletzungen rehabilitiert wurden¹⁰³.

Die überentwickelte und weit ausgebreitete Zugängigkeit kann künstlich wirken: zum Beispiel im Paraplegikerzentrum Nottwil und in seiner Umgebung wurde quasi alles angepasst,

¹⁰² ZÄCH, G., KOCH, H.-G. 2006

¹⁰³ Es ist aber zu erwähnen, dass die Prävalenz u.a. von speziellen Schulterproblemen sehr hoch ist. Deswegen wird in der Akutphase vorsichtig vorgegangen.

rollstuhlgängig auf- und umgebaut. Diese angepasste, aber ghettoähnliche Umgebung kann dazu führen, dass die Patienten immer weniger machen und ihre Ressourcen nicht zu nutzen brauchen. Man muss auch hier wissen, dass der Mensch seine Intelligenz dazu braucht, damit er am wenigsten machen muss.

Rein geschichtlich gesehen ist ebenfalls ein Wandel der Rehabilitationszentren und eine Monopolentwicklung auf dieser Ebene bemerkbar. Bis vor einigen Jahren führten die welschen Querschnittgelähmten ihre Rehabilitation in Genf im Rehabilitationszentrum „Beau Séjour“ durch: das Zentrum war in der Stadt gelegen und während ihren Ausgängen waren sie direkt mit architektonischen Barrieren konfrontiert. Die Stadt war für sie nicht angepasst, sondern sie mussten sich an diesen Voraussetzungen anpassen und diese Hürden überwinden.

Vor 20 Jahren profilierte sich dann das Zentrum von Nottwil als europäischer Führer im Bereich der Rehabilitation von Querschnittgelähmten aller Grade. Deswegen wurde das Zentrum, zwangsläufig sowie ihre Umgebung, gründlich rollstuhlgängig aufgebaut. Hier stellt sich die Frage der axiologischen Neutralität. Das Zusammenleben von Menschen mit ganz unterschiedlichen Bedürfnissen ergibt eine neue Problematik: ein Tetraplegiker, der seinen Rollstuhl mittels seines Mundes führt und ein Paraplegiker, der seine Arme und Hände völlig normal benutzen kann, brauchen nicht die gleichen Anpassungen. Für den ersten sind automatische Türen unbedingt notwendig, während die Behinderung des zweiten dagegen diese Bequemlichkeit nicht erfordert. Diese Problematik kann dazu führen, dass ein Teil der Rehabilitationsbevölkerung von diesen Luxuseinrichtungen profitiert und zugleich zur Unterforderung gezwungen wird.

Diesem Zentrum wird manchmal von „älteren“ Querschnittgelähmten, die damals in „Beau-Séjour“ (Genf) rehabilitiert wurden, vorgeworfen, dass die Patienten während ihrer Rehabilitation nicht genug von den Therapeuten gefordert werden. Es wurde schon mal *in vivo* im Therapieraum beobachtet, dass die Paraplegie Betroffenen erlaubt, „nichts“ zu machen oder ihre Rehabilitation zu verlangsamen.

Einerseits gibt die Allgemeinbevölkerung Millionen für Rehasentren aus und es kommt vor, dass Therapeuten ihren Patienten erlauben, ihre Behandlungszeit zu verlängern und dadurch mehr Kosten zu generieren¹⁰⁴. Sind die Steuerzahler darüber informiert? Falls ja, würden sie eine solche Situation akzeptieren und für solche Patienten weiterzahlen? Die Rehabilitation auf einer bewussten Weise zu versäumen ist niederträchtig. Klar handelt es sich hier nicht um die Mehrheit der Patienten, aber diese Feststellung bringt solche Strukturen in Verruf.

Paradoxerweise wurde andererseits festgestellt, dass: *„Aufgrund verkürzter Liege- und Behandlungszeiten während der Erstrehabilitation liegen jedoch häufig Defizite in der individuellen Anbahnung und Vermittlung von bewegungs- und sportspezifischen Fertigkeiten vor. Dem Entdecken von Bewegungspotentialen, der Förderung individueller Neigungen und der Vermittlung externer Anlaufstellen im Bereich des Rehabilitations- oder Vereinssports kommt dabei eine wesentliche Bedeutung zu, um eine ausserklinische Fortsetzung von sportlichen Aktivitäten sicher zu stellen“*¹⁰⁵.

Ich habe schon mehrmals von Paraplegikern gehört, dass sie sich nach der Rehabilitation völlig behindert fühlten, da sie *„das Notwendige während der Rehabilitation nicht gelernt hatten, um dann beim Wiedereinstieg in den Alltag autonom zu sein“*. Ein Betroffener zeigte aber Verständnis und fügte empathisch hinzu: *„Sie [die Therapeuten] sind nicht schuld; sie dürfen kein Risiko eingehen. Wenn ein Patient mit seinem Rollstuhl stürzt, müssen sie einen Rapport verfassen.“*

¹⁰⁴ Hier spreche ich nicht von Patienten mit medizinischen Komplikationen oder psychischen Störungen.

¹⁰⁵ https://www.dshs-koeln.de/wps/wcm/connect/5cf3d20042e4ec958b72bbd8e926e196/FIT_1_2010.pdf?MOD=AJPERES (12.09.11)

Deswegen müssen die Patienten während des Stadttrainings ein Antikippgrad hinten auf ihrem Rollstuhl haben, was völlig kontraproduktiv ist. Die Person kann so nicht mehr auf den Hinterrädern fahren, was eigentlich dazu dient, Hindernisse (Trottoir, Kies oder Pflastersteine) zu passieren.

Es ist zu betonen, dass die Therapeuten ein doppeltes Mandat haben, nämlich das der Versicherungen und das der Betroffenen.

In meiner Arbeit möchte ich die Sachdienlichkeit und Objektivität einer Fachperson keineswegs in Zweifel ziehen; ich behaupte einfach, dass ein Diskurs eine ganz andere und glaubwürdigere Dimension und Tragweite erzielt, wenn er aus dem Munde eines direkten und erfahrenen Betroffenen kommt, welcher über ein praxisorientiertes und pragmatisches Wissen verfügt. Deswegen lautete der Titel eines Abschnitts „Peer Counselling und Therapie“ und nicht „Peer Counselling versus Therapie“; beide Perspektiven sollen sich ergänzen und übereinstimmen, denn das Wohl des Patienten und der Erfolg seiner Rehabilitation stehen im Zentrum der interdisziplinären Zusammenarbeit.

Was die Selbstständigkeit betrifft, teile ich die Meinung von Loher-Goupil und Hoffmanns-Gosset, die behaupten, die Selbstständigkeit sei eine Eroberung und entwickle sich lebenslang.

In dieser Arbeit hat sich herauskristallisiert, dass die Rehabilitation, sowie die Selbstständigkeitsentwicklung prozesshaft verlaufen und an sich nie abgeschlossen sind. Aus dieser Sicht ist also nicht nur die Erreichung des Ziels von Bedeutung, sondern viel mehr der Weg zum Ziel, sowie die Strategien zum Erhalt und zur Verbesserung vom erreichten Zustandes. Das sind wichtige Themen, die ich im Rahmen der empirischen Studie angesprochen habe.

Hier erlaube ich mir, ein Zitat zu diesem Denkprozess und zu dieser Denkweise einzufügen:

„Wer glaubt, etwas zu sein, hat aufgehört, etwas zu werden“¹⁰⁶.

Die gegebenen Definitionen der Behinderung, die wir im Theorieteil angeschaut haben, finde ich vor allem interessant nicht nur für die allgemeine Bevölkerung, sondern auch vielmehr für die Betroffenen selber. Im ersten Teil meiner Arbeit habe ich nämlich von „kulturellen Unterschieden“¹⁰⁷ gesprochen, denn meine eigene Definition der Behinderung nähert sich ebenfalls der der ICF, als die Wirkung aus bio-psycho-sozialen Faktoren. Ein Teil der Querschnittgelähmten, die ich kenne, würde ich aus diesem Grund nicht als behindert definieren.

Hat ein Querschnittgelähmter eine andere Denkweise als ein Nicht-Querschnittgelähmter? Haben alle Querschnittgelähmte die gleiche Denkweise?

Bei der Rehabilitation werden sie „schulbladiert“ und ihnen wird eine gewisse Mentalität beigebracht. Es ergibt sich dann, dass manche als Behinderte nachdenken, andere hingegen „immer noch“ und trotz ihrer Behinderung als Menschen oder Nicht-Behinderte denken. Diese Kategorisierung führt per se zu einer „Ideenkontamination“. Die Behinderung ist eigentlich nichts anderes als eine Schwierigkeit, die man unter anderen Schwierigkeiten in Betracht ziehen muss.

Ich merke und staune immer wieder, wie sportliche Querschnittgelähmte ihre Behinderung selten thematisieren. Obwohl die Behinderung ein Teil von ihnen ist, spielt sie in ihrer Lebensgeschichte keine zentrale Rolle. Sie fühlen sich gegenüber anderen nicht benachteiligt oder sehen sich nicht als Opfer des Schicksals.

¹⁰⁶ Philip Rosenthal <http://zitate.net/ziele:4.html> (16.05.12)

¹⁰⁷ Kapitel 1.5

Hier wiederum können wir festlegen, dass die Behinderung kein fixierter Status ist, wie Van Genep es postuliert, sondern vielmehr ein Echo zur Aussenwelt: ist die Umwelt an die Person gut angepasst, ist ihre Behinderung vielleicht weniger sichtbar und schockierend.

Ich bin überzeugt, dass die positive Einstellung eines behinderten Menschen, sowie seine eigene Definition der Behinderung den Verlauf ihres Autonomisierungsprozesses und seines Lebens positiv beeinflusst. Je nach Einstellung wird er auch anders wahrgenommen: es gibt nämlich einen grossen Unterschied zwischen „behindert sein“ und „eine Behinderung haben“, sowie zwischen „behindert sein“ und „behindert werden“.

Beim dritten Interview kam folgende Aussage heraus¹⁰⁸: „*Ich muss mich anpassen, nicht die Umwelt passt sich mir an [...]*“.

Die Tatsache, sich als Querschnittgelähmter Herausforderungen zu stellen, finde ich ebenfalls als wichtigen Motivationsfaktor. Diese Einstellung zur eigenen Behinderung geht wiederum in die positive Richtung, sich nicht behindern zu lassen. Hermann Hesse¹⁰⁹ und Herbert von Karajan¹¹⁰ sagen treffend dazu:

„*Man muss das Unmögliche versuchen, um das Mögliche zu erreichen.*“

„*Wer all seine Ziele erreicht hat, hat sie sich als zu niedrig ausgewählt.*“

Zum Peer Counselling

Wie schon vorher angetönt, ist das Peer Counselling keine neue Methode an sich und wurde schon in anderen Bereichen angewandt, wie z.B. bei den Anonymen Alkoholikern. Ihre Grundlagen wurden mit der Zeit aber offiziell definiert. Bei Querschnittgelähmten beruht die Praxis auf einem gemeinsamen Bedürfnis nach Austausch zwischen einer Person auf der Suche nach Selbstständigkeit und einem erfahrenen Gleichgesinnten, der über seine Erfahrung berichten kann.

Was mich eigentlich beim Experteninterview überrascht und fast enttäuscht hat, ist die Tatsache dass sie in der Schweiz frisch eingesetzt wurde und dass die Querschnittlähmung quasi die einzige Voraussetzung ist, um das Peer Counselling anzuwenden. Klar muss die Person sozial offen und bereit sein, anderen Menschen in einer ähnlichen Situation zuzuhören und sie zu orientieren, aber mir scheint genauso wichtig, dass die Peer Counsellors, welche in Rehabilitationszentren intervenieren, eine spezifische Ausbildung zum Peer Counsellor bekommen, in welcher u.a. Aspekte zum humanistischen Ansatz, zur Gesprächsführung, zur Konfliktlösung, zur Psychologie, zu Versicherungen, zur Systemtheorie und zum Empowerment behandelt werden.

Ein Teil der Ausbildung welche in Europa gültig ist, umfasst nicht nur die oben genannten Aspekte, sondern auch die Auseinandersetzung mit ihrer eigenen Geschichte, mit ihrem Prozess und mit den Gründen, die sie zum Peer Counselling bewegen. Dadurch wird auch das Unbewusste sondiert.

Die Rehabilitation ist eine so kritische Lebensphase, dass ein nicht professionell geführtes Peer Counselling ihren Verlauf sowie den Betroffenen selbst negativ beeinflussen kann. Während dieser Zeit hat jedes Wort eine unglaubliche Macht.

Klar muss nicht jeder Querschnittgelähmter eine solche Ausbildung abschliessen, damit er einem Gleichgesinnten Tipps und Tricks weitergeben darf, denn beim spontanen, nicht offiziellen und nicht professionellen Peer Counselling genügt wohl die eigene Erfahrung, da die Person sich nicht mehr direkt im „Gefahrenzustand“ befindet und deshalb in der Lage ist, zu entscheiden, an wen und wann sie sich wenden möchte.

¹⁰⁸ Interview C, #00:50:25-9#, S. 12

¹⁰⁹ Zitate. <http://zitate.net/ziele:2.html> (16.05.12)

¹¹⁰ Zitate. <http://zitate.net/ziele.html> (16.05.12)

Das Peer Counselling ist also für Rollstuhlfahrer bedingt möglich. Meiner Meinung nach sollte die Querschnittlähmung nicht das entscheidende Kriterium sein, um als Peer Counsellor zu arbeiten. In der Tat wäre der Lebenspartner oder der Ehemann einer querschnittgelähmten Person ebenso fähig jemandem im Rollstuhl u.a. Tipps und Tricks oder Informationen zu den Versicherungen zu geben. Wenn jemand im Alltag mit einem Rollstuhlfahrer lebt, verfügt er über ein pragmatisches und umfassendes Wissen im Bezug auf diese Situation.

Gehen wir davon aus, dass der Ratsuchende weiss, dass der Lebenspartner seines Gesprächspartners ebenfalls querschnittgelähmt ist, erhält das Gesagte eine andere Gewichtung und wird durch diese gemeinsame Erfahrung anerkannt.

Es wäre also vielleicht sinnvoll diese Beratungsmethode den Lebenspartnern von Querschnittgelähmten anzubieten, denn sie sind von der Querschnittlähmung ebenfalls betroffen. Das Motto „Von Betroffenen für Betroffene“ könnte also behalten werden.

11.2 Verbindung mit der beruflichen Praxis der Sozialen Arbeit

Anhand dieser Arbeit möchte ich zeigen, wie wichtig eine ganzheitliche Rehabilitation bei Querschnittgelähmten ist. Jemand, der körperlich völlig gesund und selbstständig aus dem Rehabilitationszentrum austritt, kann sich dann sozial gut integrieren, ins Berufsleben wiedereinsteigen und dadurch keine zusätzlichen Kosten für die Gesellschaft bedeuten.

Das informelle Peer Counselling kann auch zur Kostensenkung beitragen, indem ein Querschnittgelähmter sich eher an einen Betroffenen wendet, wenn er auf Probleme jeglicher Art trifft und nicht zum Psychologen gehen möchte. In diesem Sinn spielt diese Interventionsmethode eine wesentliche Rolle im Leben von behinderten Menschen und deren Umgebung. Es ist keine Zaubermethode, sondern auch eine Methode mit gewissen Grenzen.

Die Effizienz der Rehabilitation stösst auch an zeitliche und finanzielle Grenzen. Die Versicherungen setzen immer mehr Druck aus, so dass die Patienten so kurz wie möglich hospitalisiert sind und so schnell wie möglich rehabilitiert werden. Da beide Ziele nicht unbedingt in die gleiche Richtung gehen und quasi qualitativ kontraproduktiv gegeneinander wirken, stimmt etwas im System nicht. Der erste Betroffene dieser hektischen und produktivitätsorientierten Denkweise ist der Patient.

Es wäre also vielleicht sinnvoll, die Erwartungen und Ziele beider Mandatsträger (die Versicherung und das Rehabilitationszentrum) zum Wohl des Patienten auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen.

Die Ausbildung und Arbeitsweise von Physiotherapeuten und Peer Counsellors könnte dementsprechend angepasst werden, damit einerseits die Qualität und die Effizienz gleichzeitig gewährleistet sind, andererseits eine enge und bereichernde Zusammenarbeit möglich ist.

Eine geförderte interdisziplinäre Zusammenarbeit würde auch eine bessere Integration und eine bessere Kenntnis des Peer Counsellings ermöglichen.

Die systemische Arbeitsweise ist sehr wichtig und könnte noch verstärkt werden, denn wie vorhin angetönt, wird nicht nur der Querschnittgelähmte selbst von seiner Behinderung betroffen, sondern auch seine Bekannten. Deswegen müssen sie in diesen Prozess auch einbegriffen sein.

Meiner Meinung nach wäre es auch sinnvoll, die Rehabilitationszentren je nach Behinderung anzupassen, z.B. den Tetraplegikern, die es nötig haben, den Zugang für automatische Türen technisch mit Hilfe einer Fernbedienung zu ermöglichen, so dass diejenigen, die es selber schaffen können eine Tür selber aufzumachen, dies auch ausüben können und sich

nicht an Luxuseinrichtungen gewöhnen. Von solchen hoch angepassten Hilfsmitteln werden sie in der Realität wahrscheinlich nicht profitieren.

In den Interviews wurde mehrmals betont, dass die Rehabilitation früher härter und körperlich anstrengender war. So wird heute oft von aussen wahrgenommen, dass die Patienten eher wenig Therapiestunden haben und weniger gefordert und gefördert werden als früher.

Die Bedeutung des Sports zur Erhöhung der Lebensqualität, Förderfaktor der bio-psycho-sozialen Gesundheit und zur Selbstständigkeitsförderung wurde von meinen Interviewpartnern immer wieder betont.

11.3 Technische Bilanz zur Arbeit

Nachdem ich noch während der Ausbildung an dieser Arbeit schreiben konnte, folgte dann meine letzte Praxisausbildungsperiode, während der ich in dieses Forschungsprojekt weniger investieren konnte. Ich bin dann direkt in die Arbeitswelt eingestiegen, konnte aber noch einige Stunden pro Woche meiner Bachelorarbeit widmen.

Im November konnte ich also zuerst das Experteninterview, dann die Interviews mit Betroffenen durchführen. Bei jedem Gespräch habe ich mir Notizen zur Atmosphäre und zum Inhalt gemacht, die ich dann bei der Analyse als Anhaltspunkte und Ergänzung anwenden konnte. Im Winter musste nochmals eine Pause aufgrund meines Arbeitspensum einlegen.

Im Frühling 2012 startete ich wieder voller Motivation mit dem Transkribieren und mit der Analyse. Bei der Datenanalyse habe ich zuerst alle Interviews wieder durchgelesen und am Rand kommentiert. Dieser erste Durchgang ermöglichte mir, wichtige Themen aus diesen Diskussionen in Erinnerung zu rufen und die Analyse an sich zu strukturieren und vorzubereiten. Ich fing dann mit der Einfügung der Daten in Analyserastern an. Dann folgte die schriftliche Analyse und der Abschluss der Arbeit.

Dieses Zeitprogramm liess mir noch einige Zeit, um die letzte Fassung der Arbeit korrigieren zu lassen und sie schlussendlich zu drucken und zu binden.

Inhaltlich merkte ich bald, dass meine Vorstellung dieser Arbeit viel zu vertieft war. Ich wollte nämlich ursprünglich noch Experten zu jedem einzelnen Thema befragen, Besuche von Rehabilitationszentren durchführen, sowie einen Vergleich des Rehabilitationsprozesses zwischen der Schweiz und Kanada machen. Es wurde also fast frustrierend, diese „ganzheitliche“ Forschungsarbeit nicht machen zu dürfen, aber ein Muss, um die Fristen einhalten zu können.

Was die Quellen betrifft, muss ich zugeben, dass ich bereits vor dem Bachelorstudium schon sehr viel Material zur Querschnittlähmung gesammelt hatte und mich damals schon sehr fest für dieses Thema interessierte. Ich erlebte aber eine Phase des Zweifels als ich auf der Suche nach wissenschaftlichen Quellen zum Peer Counselling war, denn ich fand in der Schweiz keine Arbeit zu diesem Thema und wenige, aber qualitativ interessante Masterarbeiten zum Peer Counselling vor allem in Deutschland und in Frankreich.

11.4 Bilanz des Lernprozesses – Persönliche Bilanz zur Arbeit

Diese Bachelorarbeit hat mir ermöglicht, mich vertieft mit dem Inhalt der BT-Module auseinanderzusetzen, sowie den Punkt 11 meines Kompetenzprofils zu ergänzen.

Die Vorarbeit, das Verfassen und schlussendlich die Verteidigung gelten wiederum als Prozess. Ich musste zuerst ein Thema auswählen, ja einen Anfangspunkt festlegen, verschiedene wissenschaftliche Quellen recherchieren (dadurch habe ich z.B. meine Such- und Leseeffizienz wieder aktiviert), Hypothesen und Ziele formulieren, dann den Theorieteil an sich verfassen, das empirische Vorgehen planen und umsetzen, die Datenerhebung, -analyse, und -interpretation durchführen, den definierten berufsethischen Rahmen respektieren, zusammenfassend: eine Forschungsarbeit und ihre Resultate in eine entsprechende Form bringen.

Nach diesem schriftlichen Teil wird noch die mündliche Verteidigung folgen und so den Prozess „Bachelorarbeit“ an sich abschliessen.

Ich merke aber, dass mein Interesse und meine Motivation für dieses Thema sich mit der Zeit verstärkt hat, denn ich war immer auf der Suche nach Informationen, bin immer wieder auf interessierte Betroffene getroffen, konnte mit ihnen zu diesem Thema austauschen, fand Ressourcenpersonen bei der Verfassung dieser Arbeit (sei es was die Form oder den Inhalt betrifft). Dadurch entstand eine positive Dynamik. Mich begleitet noch heute ein Arbeitsheft, in welchem ich Tag und Nacht meine auftauchenden Ideen festhalten konnte.

Professionell hat sich meine Arbeitsweise durch diese Arbeit geändert. Ich arbeite nämlich seit Juni 2011 im Bereich des behinderten und adaptierten Sports, sowie der Alltagshilfen; folglich habe ich fast täglich mit behinderten Menschen zu tun. Diesen Winter war ich zum Beispiel mehrmals pro Woche mit meinem Arbeitskollegen, welcher querschnittgelähmt ist und mit welchem ich (ausserdem) Skikurse für selbstständige und nicht selbstständige (Behinderten-) Skifahrer gebe, mit Klienten auf der Piste. Unsere Arbeitsweise richtet sich also stark nach dem Peer Counselling und nach der Förderung der individuell grösstmöglichen Selbstständigkeit.

Bei Lektionen mit einem querschnittgelähmten Klienten zeigt ihm zuerst mein Arbeitskollege den Transfer in den Skibob. Dazu gibt er ihm gewisse Tricks. Auf den Pisten gilt er als Beispiel für den Anfänger, ich dann als „Verbesserungs- sowie Unterstützungsinstrument“¹¹¹. Bei Lektionen mit Personen, die nicht ganz selbstständig skifahren können, probiere ich als Pilot, die Person so weit wie möglich, beim Fahren aktiv zu machen und sie die Kurven selber steuern zu lassen. Je nach Ressourcen kann die Person zum Beispiel die Kurve mit einer leichten Seitenbewegung des Kopfes, oder mit einer Arm- oder Handbewegung auslösen.

Als Behindertensportbetreuerin in einem integrativen Sportkurs, in dem Kinder und Jugendliche mit und ohne Behinderung zusammen Sport treiben können, probiere ich Aktivitäten und Spiele, die beide heterogene „Klienten“ interessant finden und gern haben. In diesem Rahmen geht es auch darum, die Selbstständigkeit, sowie die Teilnahme und Teilhabe der Sportler am Kurs zu fördern. Im Behindertensportbereich merke ich auch, dass ich mich stark an Beispielen, an Peers orientiert habe und ab und zu immer noch orientiere. Ich bin also von dieser partizipativen Haltung und Arbeitsweise geprägt.

Ich möchte nur kurz erwähnen, dass es meiner Meinung nach mehr integrative (Sport-) Angebote geben sollte, denn der Austausch, der daraus resultiert ist bereichernd und reisst Barrieren der Gettoisierung nieder.

¹¹¹ Ich füge hier hinzu, dass ich selber Mono- und Dualskibob selbstständig fahren kann; nur so kann ich die Bewegungen und Haltungen der Lehrlingen verbessern.

QUELLEN

Bücher

- BERTAUX, D. *L'enquête et ses méthodes. Le récit de vie*. 3^{ème} Edition. Paris : Armand Colin, 2010.
- BLEHER, M. et all. *Langenscheidts Handwörterbuch Französisch, Teil I, Französisch-Deutsch*. Völlige Neubearbeitung. Berlin : Langenscheidt-Redaktion, 1995.
- DUROZOI, Gérard, ROUSSEL, André. *Dictionnaire de philosophie*. Paris: Nathan, 1997.
- HAU, R., ENDER, A. *Pons, Wörterbuch für Schule und Studium, Latein-Deutsch*. Vollständige Neubearbeitung. Stuttgart: Ernst Klett Sprachen, 2003.
- HESBEEN, Walter. *La réadaptation. Du concept au soin*. Paris: Editions Lamarre, 1994.
- HOFFMANS-GOSSET, M.-A. *Apprendre l'autonomie, apprendre la socialisation*. 5^{ème} édition. Lyon : Chronique Sociale, 2006.
- LOHER-GOUPIL, Arlette. *Autonomie et handicap moteur. Représentations et accompagnements*. Lyon: Chronique Sociale, 2004.
- MAFFESOLI, M. *La Connaissance ordinaire. Précis de sociologie compréhensive*. Paris : Librairie des Méridiens, 1985. Neuauflage: Paris: Klincksieck, 2007.
- VAN GENNEP, A. *Les Rites de passage*. Paris : 1909, rééd. Picard, 1981.
- VAN KAN, Peter, DOOSE, Stefan. *Zukunftsweisend. Peer Counseling & Persönliche Zukunftsplanung*. 3. Auflage. Kassel: bifos Schriften Reihe, 2004.
- ZÄCH, Guido A., KOCH, Hans Georg (Hrsg.) *Paraplegie, ganzheitliche Rehabilitation* : Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil. Basel: Karger, 2006.

Zeitschriftenartikeln

- CONRATH, P. *Regards actuels sur le handicap*. Le Journal des psychologues n° 291, Octobre 2011. S. 16
- KORFF-SAUSSE, S. *Le sujet handicapé : un sujet « hors norme » ?* Le Journal des psychologues n° 291, Octobre 2011. S. 29-33
- SCHMID, E., SILBERSCHMIDT, D. 30 années ASP, qualité et humanité. Paracontact, Jg. 28, 2010, Nr. 1, S. 12

Elektronische Quellen

- Akzeptanz
<http://www.duden.de/suchen/dudenonline/akzeptanz> [online] (15.05.12)
- Behinderung laut der ICF
<http://campus.ph.fhnw.ch/pub/PVHP/LernGruppeFruehling09/RepetitionsfragenBehinderung.pdf> [online] (16.05.12)
- Definition von Behinderung nach der Weltgesundheitsorganisation
<http://www.myhandicap.ch/behinderung-definition-ch.html> [online] (12.09.11)
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2002.
www.dimdi.de [online] (22.08.10)
- Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und ihre Bedeutung für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen.
http://www.sfss.ch/dateien/42/2004Bruno_KeelArtikel_ICF_klassifikation.pdf [online] (22.08.10)
- FIT, Das Wissenschaftsmagazin der Deutschen Sporthochschule Köln, Sport und Behinderung.
https://www.dshs-koeln.de/wps/wcm/connect/5cf3d20042e4ec958b72bbd8e926e196/FIT_1_2010.pdf?MOD=AJPERES [online] (12.09.11)
- FOUGEYROLLAS, P. Processus de production du handicap et lutte pour l'autonomie des personnes handicapées.
<http://id.erudit.org/iderudit/007357ar> [online] (10.10.11)
- FOUGEYROLLAS, P., ROY, K. Regard sur la notion de rôles sociaux. Réflexion conceptuelle sur les rôles en lien avec la problématique du processus de production du handicap.
<http://id.erudit.org/iderudit/706736ar> [online] (11.10.11)
- Groupement Français des Personnes Handicapées
<http://gfph.dpi-europe.org/> [online] (12.07.11)
- HEBERT, R., CARRIER, R., BILODEAU, A. Département de médecine de famille, Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, Quebec. *Age Ageing* [online]. 1988 Sep; 17 (5) :293-302. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2976575> (15.06.10)
- Kurzfassung der Ergebnisse des Projekts im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms 45 „Probleme des Sozialstaats“.
www.sozialstaat.ch/global/pdf/tagungen/august/zbinden_d.pdf [online] (13.03.10)
http://archiv.agile.ch/fileadmin/Zeitschrift/agile_4_04_d.doc [online] (20.06.12)
- KORFF-SAUSSE, S. Des « gender studies » aux « disability studies : repenser les catégories. http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=CPSY_058_0037 [online] (10.10.11)
- LEUENBERGER, Simone. Le „peer counseling“ vers une société sans entraves. *Fondation Agile* [online]. <http://archiv.agile.ch/index.php?id=349> [online] (23.07.10)

- Paraplegie, das Magazin der Gönner-Vereinigung der Schweizer Paraplegiker-Stiftung
http://www.paranet.ch/files/pdf1/Paraplegie_Nr_134_2010_de.pdf [online] (13.07.11)
- Peer Counselling
<http://www.reiz.at/peer-counseling.html> [online] (22.08.10)
- Peer Counselling
http://de.wikipedia.org/wiki/Peer_Counseling [online] (20.10.10)
- Peer-Counseling.org
<http://www.zsl-mz.de/PC/allgemein.htm> [online] (20.10.10)
- PLASS, J. *Der Effekt einer Peer Counseling-Weiterbildung auf das Selbstkonzept der körperbehinderten Teilnehmer Evaluation der Peer Counseling-Weiterbildung des Bildungs- und Forschungsinstitutes zum selbstbestimmten Leben Behinderter e. V.* <http://www.zsl-mz.de/PC/diplomarbeit/der%20effekt.doc> [online] (20.10.10)
- Prof. Dr. SACHSE, R. „Klassische“ Klientenzentrierte Psychotherapie. IPP 2001. [online] http://www.ipp-bochum.de/downloads/1_klassische-klientenzentrierte-psychotherapie.pdf (12.08.10)
- Querschnitt, komplett oder inkomplett
http://www.asia-spinalinjury.org/publications/59544_sc_Exam_Sheet_r4.pdf [online] (22.05.12)
- Resilienz, nach Klaus Fröhlich
<http://www.socialnet.de/rezensionen/8004.php> [online] (15.05.12)
- RIPPH-Réseau international sur le Processus de production du handicap. PPH.
<http://www.ripph.qc.ca/?rub2=2&rub=6&lang=fr> [online] (22.08.10)
- RÖSCH, M. www.zsl-mz.de/PC/allgemein.htm [online] (20.10.10)
- Schweizer Paraplegikervereinigung
http://www.spv.ch/de/was_wir_tun/lebensberatung/ [online] (20.08.10)
- STOHRER, U. Väter der Ritualtheorie
http://journaethnologie.de/Deutsch/Schwerpunktthemen/Schwerpunktthemen_2008/Ethnologische_Theorien/Vaeter_der_Ritualtheorie/index.phtml [online] (11.10.11)
- Systemtheorie nach Simmen
<http://www.bibliothek-digital.de/static/content/utb/20081119/978-3-8252-2996-2/v978-3-8252-2996-2.pdf> [online] (15.05.12)
- Titelbild
<http://www.google.ch/imgres?q=wheelchair+sport&start=342&hl=fr&gbv=2&biw=1024&bih=637&tbm=isch&tbnid=aye7YsgJWcJAjM:&imgrefurl=http://santaclaritacitybriefs.com/tag/wheelchair-sports-clinic/&docid=i3E08DuZCAuNEM&imgurl=http://santaclaritacitybriefs.files.wordpress.com/2012/05/triumph-wheelchair-sports-clinic-flyer-pics.jpg&w=1125&h=730&ei=UazhT8vTHMGR-waW7qybAw&zoom=1&iact=rc&dur=343&sig=102633270612265311904&page=1>

8&tbnh=144&tbnw=191&ndsp=20&ved=1t:429,r:8,s:342,i:231&tx=140&ty=112
[online] (25.06.12)

- Trauerprozess, Verena Kast
<http://www.hoelperl-bestattungen.de/trauerphasen.pdf> [online] (15.05.12)
- Wegleitung für die Erstellung, Präsentation und Evaluation der BT für den Erhalt des Bachelor of Arts HES SO in Sozialer Arbeit
http://cyberlearn.hes-so.ch/file.php/2684/Bachelor_Thesis_Wegleitung.pdf [online] (25.07.10)
- WOLFF, E.W., WINDISCH, M. Untersuchung zur Wirkung von Peer-Counseling. Freiburg, 15.Juni 2000. <http://www.peer-counseling.org/> [online] (20.10.10)
- ZBINDEN, E., GOERG, D., GARIN, C., BETRISEY, C. Diskriminierung und Stigmatisierung Behinderter: Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche. [online] www.sozialstaat.ch/global/projects/results/fischer_kurzfassung.pdf (24.06.10)
- Zitate
<http://zitate.net/ziele:4.html> [online] (16.05.12)

Diplomarbeit

- MBAYE, Amadou. *Le rôle de la pairémulation ou échange d'expériences dans le processus de déclenchement et d'accompagnement de la résilience chez les personnes en situation de handicap*. Lyon : Université Lumière, Lyon 2, 2007-2008.

Sonstiges

- KNIEL-FUX, L. Modul E9, Behinderung. Siders: HES-SO, 2010.
- KÖPPEL, D. Modul G10, Aktuelle Herausforderungen der sozialen Arbeit. Siders: HES-SO, 2010.

Anhang

A. ASIA-Klassifikation¹

Patient Name _____
 Examiner Name _____ Date/Time of Exam _____

ASIA INTERNATIONAL STANDARDS FOR NEUROLOGICAL CLASSIFICATION OF SPINAL CORD INJURY **ISCOS**

MOTOR
 KEY MUSCLES (scoring on reverse side)

	R	L	
C5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elbow flexors
C6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wrist extensors
C7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elbow extensors
C8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Finger flexors (distal phalanx of middle finger)
T1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Finger abductors (little finger)
UPPER LIMB TOTAL (MAXIMUM)		<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> = <input type="checkbox"/>	(25) (25) (50)

Comments: _____

MOTOR

	R	L	
L2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hip flexors
L3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Knee extensors
L4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ankle dorsiflexors
L5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Long toe extensors
S1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ankle plantar flexors
(VAC) Voluntary anal contraction (Yes/No)		<input type="checkbox"/>	
LOWER LIMB TOTAL (MAXIMUM)		<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> = <input type="checkbox"/>	(25) (25) (50)

SENSORY
 KEY SENSORY POINTS

0 = absent
 1 = altered
 2 = normal
 NT = not testable

Diagram of human body with key sensory points marked: C2-C8, T1-T12, L1-L5, S1-S5. Includes diagrams for Pain, Dorsum, and Soleus.

SENSORY

	R	L	
C2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S4-5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TOTALS (MAXIMUM)		<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> = <input type="checkbox"/>	(56) (56) (112)

(DAP) Deep anal pressure (yes/No)
 PIN PRICK SCORE (max: 112)
 LIGHT TOUCH SCORE (max: 112)

NEUROLOGICAL LEVEL
 The most caudal segment with normal function

SINGLE NEUROLOGICAL LEVEL

COMPLETE OR INCOMPLETE?
 Incomplete = Any sensory or motor function in S4-S5

ASIA IMPAIRMENT SCALE (AIS)

ZONE OF PARTIAL PRESERVATION
 Most caudal level with any preservation

SENSORY MOTOR

	R	L
SENSORY	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MOTOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

This form may be copied freely but should not be altered without permission from the American Spinal Injury Association. REV 04/11

¹ http://www.asia-spinalinjury.org/publications/59544_sc_Exam_Sheet_r4.pdf [online] (01.06.12)

Muscle Function Grading

0 = total paralysis

1 = palpable or visible contraction

2 = active movement, full range of motion (ROM) with gravity eliminated

3 = active movement, full ROM against gravity

4 = active movement, full ROM against gravity and moderate resistance in a muscle specific position.

5 = (normal) active movement, full ROM against gravity and full resistance in a muscle specific position expected from an otherwise unimpaired person.

5* = (normal) active movement, full ROM against gravity and sufficient resistance to be considered normal if identified inhibiting factors (i.e. pain, disuse) were not present.

NT = not testable (i.e. due to immobilization, severe pain such that the patient cannot be graded, amputation of limb, or contracture of >50% of the range of motion).

ASIA Impairment (AIS) Scale

- A = Complete.** No sensory or motor function is preserved in the sacral segments S4-S5.
- B = Sensory Incomplete.** Sensory but not motor function is preserved below the neurological level and includes the sacral segments S4-S5 (light touch, pin prick at S4-S5; or deep anal pressure (DAP)), AND no motor function is preserved more than three levels below the motor level on either side of the body.
- C = Motor Incomplete.** Motor function is preserved below the neurological level**, and more than half of key muscle functions below the single neurological level of injury (NLI) have a muscle grade less than 3 (Grades 0-2).
- D = Motor Incomplete.** Motor function is preserved below the neurological level**, and at least half (half or more) of key muscle functions below the NLI have a muscle grade ≥ 3 .
- E = Normal.** If sensation and motor function as tested with the ISNCSCI are graded as normal in all segments, and the patient had prior deficits, then the AIS grade is E. Someone without an initial SCI does not receive an AIS grade.

**For an individual to receive a grade of C or D, i.e. motor incomplete status, they must have either (1) voluntary anal sphincter contraction or (2) sacral sensory sparing with sparing of motor function more than three levels below the motor level for that side of the body. The Standards at this time allows even non-key muscle function more than 3 levels below the motor level to be used in determining motor incomplete status (AIS B versus C).

NOTE: When assessing the extent of motor sparing below the level for distinguishing between AIS B and C, the motor level on each side is used; whereas to differentiate between AIS C and D (based on proportion of key muscle functions with strength grade 3 or greater) the single neurological level is used.

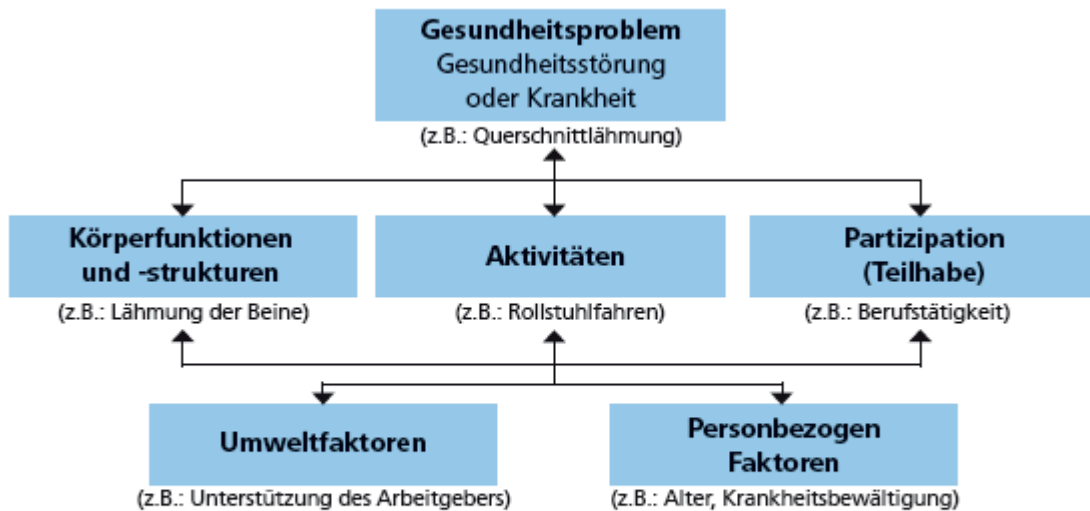
Steps in Classification

The following order is recommended in determining the classification of individuals with SCI.

- Determine sensory levels for right and left sides.
- Determine motor levels for right and left sides.
Note: in regions where there is no myotome to test, the motor level is presumed to be the same as the sensory level, if testable motor function above that level is also normal.
- Determine the single neurological level.
This is the lowest segment where motor and sensory function is normal on both sides, and is the most cephalad of the sensory and motor levels determined in steps 1 and 2.
- Determine whether the injury is Complete or Incomplete. (i.e. absence or presence of sacral sparing)
If voluntary anal contraction = No AND all S4-S5 sensory scores = 0 AND deep anal pressure = No, then injury is COMPLETE. Otherwise, injury is incomplete.
- Determine ASIA Impairment Scale (AIS) Grade:
Is injury Complete? If YES, AIS=A and can record ZPP (lowest dermatome or myotome on each side with some preservation)
Is injury motor Incomplete? If NO, AIS=B (Yes=voluntary anal contraction OR motor function more than three levels below the motor level on a given side, if the patient has sensory incomplete classification)
Are at least half of the key muscles below the single neurological level graded 3 or better?
NO → AIS=C YES → AIS=D

If sensation and motor function is normal in all segments, AIS=E
Note: AIS E is used in follow-up testing when an individual with a documented SCI has recovered normal function. If at initial testing no deficits are found, the individual is neurologically intact; the ASIA Impairment Scale does not apply.

B. Struktur der ICF²

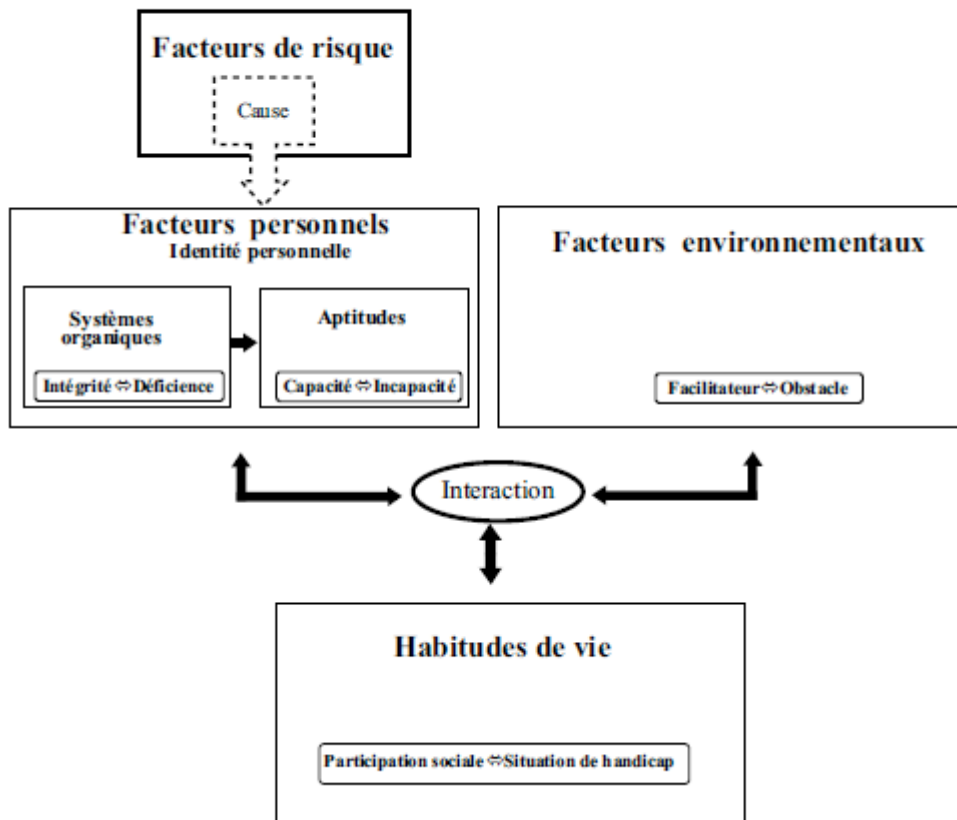


Komplex. Das integrative bio-psycho-soziale Modell der Funktionsfähigkeit und Behinderung der ICF zeigt, dass das Ausmass der Teilhabe nicht nur von der Schwere des Gesundheitsproblems, sondern auch von mehreren anderen Faktoren beeinflusst wird.

² Ebenda, S.10

C. Processus de production du handicap nach Fougeyrollas³

Le processus de production du handicap : modèle explicatif des causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres troubles



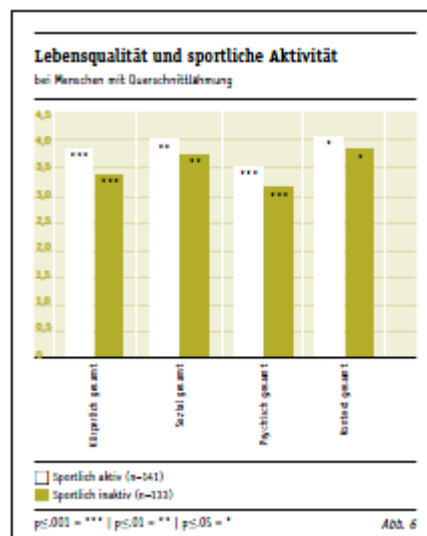
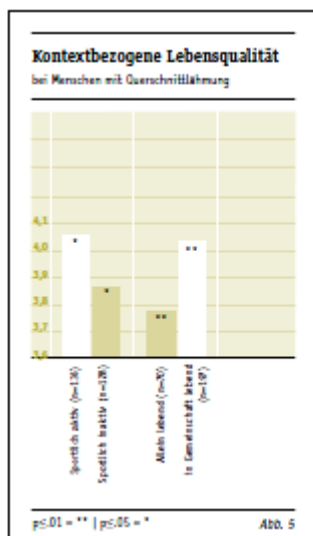
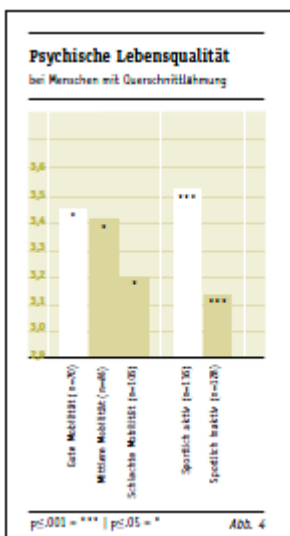
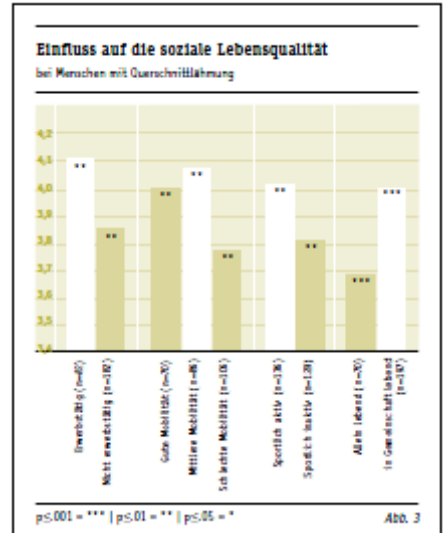
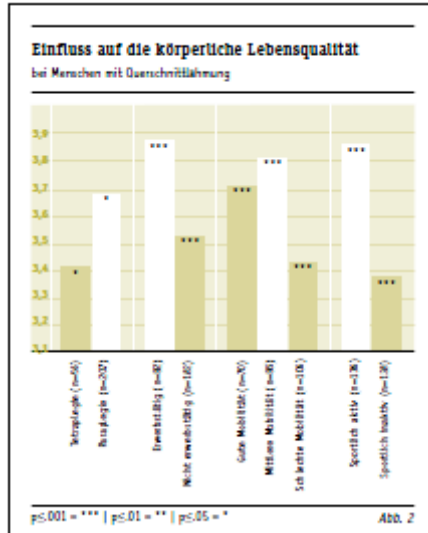
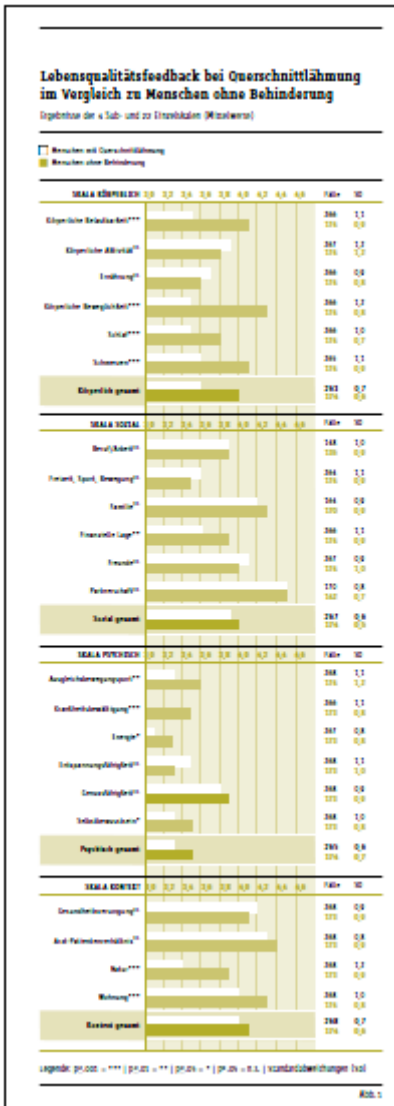
D. Netzwerk der Rehabilitation⁴



³ <http://id.erudit.org/iderudit/706736ar> [online] (11.10.11)

⁴ http://www.paranet.ch/files/pdf1/Paraplegie_Nr_134_2010_de.pdf [online] (13.07.11)

E. Sport und Paraplegie⁵



⁵https://www.dshs-koeln.de/wps/wcm/connect/5cf3d20042e4ec958b72bbd8e926e196/FIT_1_2010.pdf?MOD=AJPERES [online] (12.09.11)

Schlussfolgerungen

Sportlich aktive Personen mit erworbener Querschnittlähmung unterscheiden sich von sportlich inaktiven, sie berichten von einer vergleichsweise besseren gesundheitsbezogenen Lebensqualität in allen vier übergeordneten Bereichen.

In der Literatur konnten in diversen Reviews und Metaanalysen die vielfältigen Wirkungen von sportlicher Aktivität bei Fußgängern belegt werden: Neben den funktionellen Wirkungen wie Steigerung der Ausdauerleistungsfähigkeit, der Beweglichkeit, der Koordination etc. konnten auch soziale und psychische aufgezeigt werden, wie die Steigerung des Selbstbewusstseins, des Selbstkonzeptes oder der Befindlichkeit (*Knoll et Al. 2006; Schlicht et Al. 2003; Rittner et Al. 2000*). Diese Erkenntnisse können vorliegend für Menschen mit erworbener Querschnittlähmung bestätigt werden.

Die Ergebnisse im Bereich Erwerbstätigkeit spiegeln positive Wirkungen des Sporttreibens auf das Berufsleben wider. Die positiven Effekte einer Erwerbstätigkeit auf die Lebensqualität (*Sørensen et Al. 2008; Hess et Al. 2004; Evans et Al. 1993*) können durch den Sport verstärkt werden, in dem die körperliche Belastbarkeit verbessert sowie das Selbstbewusstsein und die Energie gesteigert werden.

Unter dem Gesichtspunkt der Prävention und der lebenslangen Rehabilitation bei Querschnittlähmung führen die Ergebnisse zu dem Schluss, dass die Hinführung zu Sport und Bewegung möglichst früh in

den Rehabilitationsprozess integriert werden müssen. Aufgrund verkürzter Liege- und Behandlungszeiten während der Erstrehabilitation liegen jedoch häufig Defizite in der individuellen Anbahnung und Vermittlung von bewegungs- und sportspezifischen Fertigkeiten vor. Dem Entdecken von Bewegungspotentialen, der Förderung individueller Neigungen und der Vermittlung externer Anlaufstellen im Bereich des Rehabilitations- oder Vereinssports kommt dabei eine wesentliche Bedeutung zu, um eine außerklinische Fortsetzung von sportlichen Aktivitäten sicher zu stellen.

Voraussetzung für die Teilnahme an bewegungsorientierten Angeboten in der Klinik oder zum eigenverantwortlichen Sporttreiben in der poststationären Freizeit ist ein frühzeitig installiertes Rollstuhl-mobilitätstraining. Denn Erfolge im Umgang mit dem Rollstuhl erhöhen das Selbstbewusstsein und die Motivation, sich auch den neuen Herausforderungen im Bereich von Sport und Bewegung zu stellen. Personen, die trotz aller Bemühungen keinen Zugang zum Sport finden, sollten daher lebenslang die Möglichkeit erhalten, an Rollstuhlmobilitätskursen teilzunehmen. Dies schafft die grundsätzlichen Voraussetzungen zu einer besseren Alltagsbewältigung und kann dadurch einen wichtigen Beitrag zu einer besseren Lebensqualität liefern. ◊

Literatur bei den Autoren.

F. Einige Freizeitgeräte für Paraplegiker



Uniski und Duaski « Loisir » - Scarver (Wettkampfgerät)⁶



Mountainbike-handbike Explorer II⁷



Motorrad Canam Spyder⁸



⁶ www.dualski.com [online] (12.10.11)

⁷ Ebenda

⁸ Fotos von der Firma Défisport in Siders

G. Zusammenfassung des Experteninterviews

Beim Experteninterview erklärte mir Herr Erwin Zemp, Leiter der Lebensberatung in Nottwil, wie seinen Dienst funktioniert, was die Geschichte vom Peer Counselling ist und wie wichtig Sport bei der Rehabilitation von Querschnittgelähmten sei.

Peer Counselling

Das Peer Counselling ist ein neues Wort aber es ist eine Methode, eine Arbeitsweise, die schon seit langem existiert: „von Betroffenen zu Betroffenen“.

Beim Peer Counseling handelt es sich um eine individuelle Methode. Ziel des Gesprächs ist dem Patienten „eine Palette von Möglichkeiten aufzuzeigen, aber für was er sich entscheidest, muss er selber machen⁹.“

Experteninterview #00:38:52-0#, S. 8	„Ich denke, das Peer Counselling ist auch soviel Unterstützung wie nötig, also nicht mehr als nötig. [...] Aber da ist auch die Gefahr, dass man den Menschen alles abnimmt. [...] Wir schauen auch, dass sie ein selbstbestimmtes, selbstständiges Leben und eben auch ein eigenverantwortiges Leben führen.“
---	--

Bei einer Peer Counselling Beratung geht es also darum, die Leute zu befähigen, zu ermutigen, sie bei gewissen Prozessen zu unterstützen, denn nur sie können ihre neue Lebenssituation annehmen. Die Vereinigung gilt dazu als Informationsquelle und als Anlaufstelle. Die Betroffenen, welche als Peer Counsellors arbeiten, gelten als Motivationsfaktor, zeigen den „Neulingen“ durch ihre eigene Betroffenheit, was alles noch möglich ist.

Peer Counselling in der Schweiz

Vor dreissig Jahren wurde die Paraplegikervereinigung gegründet und damals wurde der Aussendienst aufgebaut. Die Paraplegikervereinigung wird in fünf verschiedene Abteilungen unterteilt: Sport, Rechtsdienst, ein Institut für hindernisfreies Bauen, Kultur, Freizeit und die Lebensberatung. Diese letzte Abteilung wird von Herrn Zemp geleitet.

Das Peer Counselling wurde erst 2009 eingesetzt. Inzwischen arbeiten zwei Peer Counsellor in der Westschweiz, einer im Tessin und vier in Nottwil. Sie beraten ca. 150-200 Klienten pro Jahr. Ihre Dienstleistungen werden zur Hälfte vom Bundesamt für Sozialversicherungen und zur Hälfte von der Schweizer Paraplegiker Stiftung finanziert.

Die Peer Counsellors der Paraplegikervereinigung besuchen alle Patienten während der Erstrehabilitation, ca. ab Mitte des Spitalaufenthalts.

Konkret dauert die Peer Counselling Beratung insgesamt ca. fünf Stunden pro Person. Bei Personen, die eine aufwändige Begleitung benötigen, müssen manchmal zuerst Abklärungen und Besichtigungen gemacht werden; in diesen Fällen kann die Beratung bis 15-20 Stunden umfassen.

⁹ #00:23:39-1#, S. 6

Die Themen, die am meisten behandelt werden, sind vor allem:

- Die Mobilität
- Die Reintegration im Beruf
- Die Freizeit (Ferien, Sport, usw)
- Die Sozialversicherungen (Existenzfragen)
- Die Vorstellung der Dienstleistungen der SPV
- Die Informationen für Betroffene in Sachen Vergünstigungen, Begleitausweis, Parkkarte, usw.
- Bei Themen wie Blase-, Darm-Management oder Sexualität muss zuerst ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden. Diese Themen werden aber manchmal trotzdem bereits beim ersten Kontakt behandelt.

Als Peer Counsellors gehen sie schon in der Akutphase vorbei. Sie begleiten die Patienten auf Anfrage während der ganzen Rehabilitation, sowie nach dem Spitalaustritt. Die Vereinigung bietet eine lebenslange Betreuung an.

Das Ziel für die nächsten Jahren wäre Peer Counsellors früher und ganz gezielt einzusetzen.

Anforderungen an Peer Counsellors

Die Vereinigung wählt die Peer Counsellors aus. Voraussetzungen dazu sind: sie müssen eine gewisse Erfahrung haben, selber im Rollstuhl sein, gewisse Jahre schon im Rollstuhl sein, mindestens 5-6 Jahre. Herr Zemp möchte eigentlich gerne, dass sie eine Sozialarbeiterausbildung haben. Die Peer Counsellors müssen ein gutes Verhältnis, eine Vertrauensbasis zum Betroffenen aufbauen können. Humanistische Kompetenzen spielen eine wesentliche Rolle beim Peer Counselling:

Experteninterview #00:44:04-4#, S. 9	<i>„Das ist eigentlich noch gut, dass man ehrlich, glaubwürdig und kompetent ist. Aber um arbeiten zu können, ich glaube als Peer Counsellor, muss man die Leute gerne haben, man muss auch akzeptieren, dass es so unterschiedliche Menschen gibt: es gibt schwierige, einfache, komplizierte, es gibt unzuverlässige,... Man muss auch abgrenzen können.“</i>
#00:58:53-0#, S. 12	<i>„Da braucht es manchmal auch viel Geduld und vielleicht eine Offenheit für die Andersartigkeit.“</i>

Informelles Peer Counselling

Nicht nur die Peer Counsellors gelten als offenes Ohr bei der Rehabilitation:

Experteninterview #00:31:40-1#, S. 7	<i>„[...] viele bieten eine Begleitung an, wenn man anschaut, der Patient hat Physiotherapie, vielleicht einen guten Draht zum Physiotherapeuten, ein paar gute Pflegepersonen, vielleicht ein paar gute Leute am Stammtisch; das ist eigentlich ein grosses Puzzle. Es gibt auch den Sozialdienst, aber die Leute gehen vielleicht nicht so gerne zum Sozialdienst. Wir sind vielleicht niederschwelliger. Die Hemmungsschwelle ein bisschen grösser wenn sie ein Problem haben und zum Psychologen zum Psychiater, oder zum Sozialdienst gehen sollten.“</i>
---	--

#00:31:40-1#, S. 7	<i>„da hat es nicht nur Leute, die die Erstrehabilitation machen, es gibt Leute, die eine Operation haben, die dort sind, die zur Re-Reha kommen. Solche Leute sind auch im Zimmer, gemischt untereinander: eine Erstreha und einer, der schon 20 Jahr im Rollstuhl ist, können im gleichen Zimmer sein. Da kann die Person, die wegen einer Schulteroperation da ist, das heisst einen Spitalaufenthalt von 10 Wochen hat, während der ganzen Rehabilitation fast die beste Person sein“</i>
#00:32:22-0#, S. 7	<i>„Informelles Peer Counselling gibt es sehr viel.“</i>

Herr Zemp ist der Meinung, dass die Rollstuhlklubs zur Zeit seiner eigenen Rehabilitation auch gute Peer Counsellors waren:

Experteninterview #00:02:34-3#, S. 1	<i>„[...] deswegen waren Klubs ein sehr gutes Gefäss, um dort hinzugehen und austauschen zu können, um Tipps und Tricks und solche Sachen zu geben. Und heute ist es weniger so, weil die Leute heute rehabilitiert werden und dann zurückkehren, woher sie herkommen, in ihre Gemeinde, in ihr Dorf, in ihre Stadt und verkehren eigentlich praktisch nur mit Fussgängern. Die Rollstuhlfahrer im Rehabilitationsprozess einzubeziehen; diese Erkenntnis hat ein bisschen zugenommen.“</i>
---	---

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Zum Peer Counselling gibt es verschiedene Modelle. Es gibt Spitäler, welche Peer Counsellor selber anstellen, d.h. die angestellten Peer Counsellor müssen die Politik des Spitals vertreten, was in etwa der Spitalphilosophie entspricht.

Die Lebensberatung versteht sich also als ein Element des Netzwerks, eines des tragenden Dreiecks.

Experteninterview #00:51:51-5#, S. 10	<i>„Dass sie [die Therapeuten] uns manchmal einbeziehen und sagen "Wir möchten mal ein Boden-Rollstuhl Transfer sehen oder ein Autotransfer sehen" Da sind wir auch daran, nicht dass wenn einer mich fragt, einfach zu zeigen, wie ich ins Auto einsteige, würde ich es nicht unbedingt so zeigen, von vornherein nur so. Ich würde sagen "Doch ich zeige dir's gerne, aber nimm deine Ergotherapeutin mit und wir machen es zusammen." So sieht die Ergotherapeutin wie ich es mache: ist es richtig oder nicht. Und die Ergotherapeutin kann auch etwas lernen und der Patient kann lernen.“</i>
--	---

Herr Zemp möchte diese enge Zusammenarbeit fördern. Wenn die Leute der Lebensberatung Patienten in einem Rehabilitationszentrum besuchen, wissen sie, was sie vermitteln und was das Zentrum vermittelt. Die Aufgaben sind klar verteilt.

Diese Koordination ist wichtig, da sie sich schützen und abgrenzen müssen. Es gibt nämlich Klienten, welche die Institutionen gegeneinander ausspielen.

Gleichzeitig merkt er aber, dass das Netz, das sich um einen Patienten kümmert, immer grösser geworden ist, was zur Konsequenz hat, dass die Anzahl Therapiestunden reduziert wurden. Herr Zemp ist der Meinung, dass früher von ihnen mehr verlangt wurde; hingegen seien die Patienten heute fast ein bisschen verwöhnt.

Sport

Laut Herr Zemp ist jedem Rehabilitationszentrum in der Schweiz Sport ein sehr wichtiges Element. Folgende positive Aspekte nannte er beim Experteninterview:

Experteninterview #01:17:21-8#, S. 15	<i>„Also für die Tagesstruktur, für die Wochenstruktur ist natürlich Sport und dazu mal, noch wichtiger, der Kontakt mit anderen Sportler, dass ich mit einem Kolleg ins Ausland für ein Sporttreffen ging, vielleicht etwas ausserhalb meines Arbeitsplatz zu unternehmen und von meiner Wohnung. Und Sport hat den riesigen Vorteil: du hast Kraft, du kannst sie ausbauen, du kannst deine Beweglichkeit, Transfer ist alles besser, Kontrolle, Haltung... das ist natürlich ein riesigen Vorteil, plus Herzkreislauf, das weiss man natürlich, dass man Herzkreislaufkrankheiten vorbeugen kann.“</i>
#01:20:09-4#, S. 15	<i>„Ich merke, es ist unwahrscheinlich; die Leute, die ein bisschen Sport machen, Leute im Rollstuhl, die mit 70 noch Sport machen sind top fit, sie sind selbstständig. Aber wenn jemand die Möglichkeit hat Sport zu machen, denn ist es ein riesiger Sprung von Lebensqualität, habe ich das Gefühl. Aber er muss Freude an dem haben.“</i>

H. Interviewleitfaden

Beschreibung der Forschung

Erklären, wieso ich diese Person ausgewählt habe (Erfahrung mit Peer Counselling, Selbstständigkeit)

Behinderung

Zur Behinderung (Läsion, Unfall, Rehabilitation : wo und wann, Dauer ?)

Wie ist es passiert ?

Hat dir deine Behinderung etwas gebracht ?

Siehst du etwas Positives daran ?

Hast dadurch viele Peers getroffen (Peers mit mehr oder weniger Erfahrung) ?

In welchem Rahmen (Sport, Arbeit)?

Ist dir bewusst, dass du manchmal als Vorbild geltest ?

Über welchen Themen redest du mit Gleichbetroffenen? (Rehabilitation, pragmatische Themen)

Einschätzung der Rehabilitation ? (Vergleich zwischen früher und heute)

Selbstständigkeit und Rehabilitation

Fühlten Sie sich genug selbstständig gerade nach Ihrer Rehabilitation?

Haben Sie angepasste/nützliche Tipps während Ihrer Rehabilitation erhalten?

Peer Counseling (unterscheiden zw. eigener Erfahrung als Patient oder als Berater/Peer Counselor)

Sagen, wieso ich diese Person ausgewählt habe (weil sie eine Vorbildfunktion hat, neue Paraplegiker aufmuntert, usw)

Hast du Erfahrung mit dem Peer Counselling ? Hast du schon mal einen Betroffenen beraten?

Hat dich diesen Kontakt mit Gleichbetroffenen selbstständiger gemacht? Hast du dadurch deine Rehabilitation ergänzt?

Sport

Treibst du Sport?

Wenn ja welcher/welche?

Auf Wettkampfebene?

Sport schon in der Rehabilitation?

Wie bist du zum Sport gekommen?

Memo

Umstände des Interviews

Umstände des Interviews

Wie habe ich die Person getroffen?

Wie hat die Diskussion geendet?

Wie war die Atmosphäre, die Stimmung?

Meine Beschreibungen

Welches Handlungsmuster lässt sich erkennen bei diesen Menschen?

Wie gehen sie mit ihren Erinnerungen, mit den Lebensereignissen um?

Ist dieses Interview wichtig für meine Studie oder nicht?

Persönliche Angaben (dann anonymisiert) = soziodemographische Eckdaten

Name, Vorname:

Geschlecht:

Wohnort:

Jahrgang:

Familie/Zivilstand/Kinder:

Beruf:

Arbeitspensum:

War eine Umschulung nach dem Unfall notwendig?

Wenn ja, von welchem Beruf nach welchem?

Zusammenfassung und Globalanalyse

Beim Transkribieren

- Interview
- Umstände
- Zusammenfassung der Intervieweckdaten (persönliche Angaben)
- Transkript