



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Integrationsprobleme von jugendlichen
Schlaganfallpatienten

Verfasserin

Kathrin Ressi

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt: Diplomstudium Pädagogik

Betreuer: Univ.-Prof. Dr. Gottfried Biewer

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbständig verfasst habe und ausschließlich die im Literaturverzeichnis angegebenen Quellen verwendet wurden und ich mich sonst keiner unerlaubter Hilfsmittel bedient habe. Diese Arbeit wurde noch in keiner oder ähnlichen Form einer Prüfungsbehörde vorgelegt, noch wurde diese bisher in irgendeiner Weise veröffentlicht.

Wien, September 2012

Unterschrift

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen bedanken, die mich bei der Fertigstellung meiner Diplomarbeit unterstützt haben.

Mein besonderer Dank geht an Herrn Professor Biewer, der mir all die Jahre geduldig beigestanden hat und mir stets mit hilfreichen Anregungen zur Seite gestanden ist.

Im Weiteren möchte ich all jenen Personen meinen Dank aussprechen, die mir bei der Suche nach Interviewpartnern geholfen haben. Vielen lieben Dank auch an meine Interviewpartner selbst, ohne deren freiwillige Unterstützung diese Arbeit nicht zustande gekommen wäre.

Nicht unerwähnt dürfen meine Eltern bleiben, die mit ihrer finanziellen Unterstützung mein Studium in Wien erst ermöglicht haben. Darüber hinaus möchte ich meiner Tante Elfi Danke sagen, die sich immer Zeit für mich genommen hat und mich in unzähligen Gesprächen ermutigte. Ein großes Dankeschön auch an meinen Freund Andreas, der meine Launen über lange Zeit ertragen musste. Ebenso muss ich ein großes Dankeschön an meine Freunde aussprechen, die mich immer wieder ermutigt und motiviert haben nicht aufzugeben.

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit Integrationsproblemen von jugendlichen Schlaganfallpatienten. Ein Schlaganfall kann auf viele zentrale Lebensbereiche eines Menschen Einfluss nehmen, dabei spielt die tatsächliche körperliche als auch geistige Schädigung eine bedeutende Rolle. Gesundheitliche Einschränkungen können sich vor allem auf die berufliche Situation negativ auswirken. Die Situation am allgemeinen Arbeitsmarkt gestaltet sich zunehmend schwieriger. Schlecht Konjunktur, hohe Arbeitslosenzahlen und das oftmals stark variierende Angebot von Arbeitsplätzen macht es nicht leichter, einen passenden Arbeitsplatz zu finden. Gerade am allgemeinen Arbeitsmarkt ist es für Menschen mit einer Behinderung schwer Fuß zu fassen. Kommt es zu einem Scheitern im Arbeitsprozess, kann das einen wesentlichen Einfluss auf die Teilhabe an der Gesellschaft nehmen. Der empirische Teil vorliegender Arbeit beschäftigt sich deshalb mit den Auswirkungen eines Schlaganfalls in Bezug auf Wiedereingliederungsproblematik am allgemeinen Arbeitsmarkt. Zu diesem Zweck wurde mit fünf Schlaganfallpatienten Interviews geführt.

Abstract

This paper deals with the subject of how difficult it is for adolescents to integrate themselves in society after having had a stroke. A stroke can have grave consequences on many aspects of life. Most severe are the effects concerning physical and psychological aspects, which can consequently have an impact on work conditions. The job market is in a difficult situation for many years: Poor economic indicators, high levels of unemployment make it increasingly difficult for people to find a job. People who are physically handicapped have even more difficulties finding their way into the job market. Failing in holding down a job can have drastic implications on being able to integrate oneself in society.

The empirical part of this paper deals with the consequences a stroke can have in regards of reintegration measures concerning the job market. Five interviews have been completed with stroke patients in order to achieve an overview of the respective problems.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	11
1.1	Forschungsinteresse.....	11
1.2	Relevanz des Themas und Annäherung an die Forschungsfrage	12
1.3	Aufbau der Arbeit.....	15
2	Der Schlaganfall	18
2.1	Arten cerebraler Durchblutungsstörungen	18
2.1.1	Transistorische ischämische Attacke (TIA)	19
2.1.2	Kompletter Infarkt	19
2.1.3	Hämorrhagischer Hirninfarkt	19
2.2	Risikofaktoren	20
2.3	Auswirkungen und Störungen nach einem Schlaganfall.....	21
2.4	Plastizität des menschlichen Gehirns	23
2.5	Der Aufbau und die Aufgaben des menschlichen Gehirns	24
2.5.1	Das Großhirn	24
2.5.2	Der Hirnstamm	25
2.5.3	Das Mittelhirn.....	25
2.5.4	Zwischenhirn und limbisches System	26
2.5.5	Das Kleinhirn	26
2.6	Die Bedeutung des Gehirns für die Pädagogik.....	26
3	Behinderung.....	29
3.1	Pädagogischer Behindertenbegriff	29
3.2	Behinderung aus gesetzgeberischen Gesichtspunkten	31
3.3	Behinderung nach dem österreichischen Rechtssystem	32
3.3.1	Behinderteneinstellungsgesetz	34
3.3.1.1	Beschäftigungspflicht.....	34
3.3.1.2	Finanzielle Anreize für den Dienstgeber.....	34
3.3.1.3	Schutzrecht für den Dienstnehmer	35
3.3.2	Bundesbehindertengesetz	35
4	ICF	37

4.1	Entstehung des Konzepts ICF	37
4.2	Modelle der Behinderung.....	39
4.2.1	Medizinisches Klassifikationsmodell.....	40
4.2.2	Bio-psycho-soziales Modell.....	42
4.2.3	Begriff Gesundheit	43
4.3	Konzept der ICF	44
4.3.1	Ebene der Körperfunktion und –struktur	46
4.3.2	Ebene der Aktivität und Partizipation [Teilhabe]	46
4.3.3	Ebene der Kontextfaktoren	46
4.4	Funktionale Gesundheit	47
4.5	Anwendungsbereiche der ICF	48
4.6	ICF-CY.....	49
4.6.1	Jugendalter	50
5	Aktivität und Partizipation	51
5.1	Auswirkungen von Hirnschädigungen auf zentrale Lebensbereiche	52
5.2	Berufliche Teilhabe	55
5.2.1	Arbeit als Integration.....	55
5.2.2	Die Bedeutung von Arbeit	56
5.2.3	Behinderte auf dem Arbeitsmarkt	57
5.2.4	Arbeit und berufliche Eingliederung.....	58
5.2.5	Arbeitsassistenz.....	60
5.2.6	Behinderte Jugendliche auf dem Arbeitsmarkt	62
5.2.6.1	Erstausbildung.....	63
5.2.7	Selbstbestimmung	64
5.2.8	Autonomie und Prinzipien von Selbstbestimmung.....	66
5.2.8.1	Der Autonomiegedanke	66
5.2.8.2	Selbstbestimmungsprinzip	67
5.2.9	Normalisierungsprinzip.....	69
5.2.10	Behinderung und Normalität.....	70
6	Rehabilitation	72
6.1	Medizinische Rehabilitation.....	74
6.2	Soziale Rehabilitation	74
6.2.1	Kinder- und Jugendrehabilitation.....	75

6.2.2	Situation in Österreich.....	76
6.2.3	Kinder und Jugendrehabilitation in Deutschland	77
6.3	Berufliche Rehabilitation.....	79
7	Heilpädagogik.....	82
7.1	Heilpädagogische Anfänge.....	82
7.2	Das heilpädagogische Menschenbild	83
8	Forschungsrahmen – Empirische Untersuchung	86
8.1	Qualitative Forschungsmethoden	86
8.2	Das problemzentrierte Interview (Datenerfassung).....	87
8.2.1	Darstellung des verwendeten Interviewleitfadens.....	88
8.2.2	Durchführung der Interviews	92
8.2.3	Transkription	93
8.3	Merkmalsunterscheidungen von qualitativer und quantitativer Forschung	94
8.3.1	Forschungsmethode und –rahmen.....	96
8.3.2	Grundformen des Interpretierens der Inhaltsanalyse.....	98
8.4	Beispiel einer Reduktion des Textmaterials.....	101
9	Darstellung der Untersuchungsergebnisse.....	103
9.1	Einzelfallanalyse.....	103
9.1.1	Einzelfallanalyse Frau A	103
9.1.2	Einzelfallanalyse Frau B.....	108
9.1.3	Einzelfallanalyse Herr C.....	113
9.1.4	Einzelfallanalyse Frau D	117
9.1.5	Einzelfallanalyse Herr E.....	123
9.2	Generalisierende Analyse.....	129
9.2.1	Rahmenbedingungen und Eckdaten für den Einstieg.....	129
9.2.2	Soziales Umfeld als Unterstützungsfunktion	129
9.2.3	Beeinträchtigungen erschweren berufliche Wiedereingliederung.....	130
9.2.4	Bedeutung von Arbeit.....	132
9.2.5	Behinderung vs. Einschränkungen	133
9.2.6	Unterstützungsleistungen durch Organisationen.....	135
9.2.7	Vorstellungen und Wünsche für die Zukunft	136
10	Resümee.....	138
11	Literatur	141

12 Anhang	155
12.1 Abkürzungsverzeichnis	155
12.2 Interview 1	157
12.3 Interview 2	167
12.4 Interview 3	185
12.5 Interview 4	197
12.6 Interview 5	208
Curriculum Vitae.....	218

1 Einleitung

1.1 Forschungsinteresse

Auch Kinder und Jugendliche kann der Schlag treffen!

Die Idee zu dieser Diplomarbeit entstand aus einem persönlichen Hintergrund heraus. Bereits zu einem frühen Zeitpunkt meines Lebens habe ich mit der Problematik eines Schlaganfalls Bekanntschaft gemacht. Und wer kennt sie nicht, die Menschen von nebenan, aus dem sozialen Umfeld oder manchmal nur von Erzählungen die, wie in der Umgangssprache geläufig, der "Schlag" getroffen hat? Damals war meine Assoziation eines Schlaganfalls mit dem Alt sein verbunden und dies hielt an, bis es auch schließlich eine gute Freundin von mir betraf. Man kann es mit einem quasi Schockzustand vergleichen, denn ich konnte mir bis zu diesem Zeitpunkt nicht vorstellen, dass es auch genauso gut mich hätte treffen können. Die Idee, mich mit dem Thema von jugendlichen Schlaganfallpatienten zu befassen, entstand zum einen durch meine Freundin und zum anderen aus rein persönlichem Interesse. Darüber hinaus hatte ich auch die Möglichkeit während eines berufsbezogenen Praktikums auf einer neurologischen Klinik andere junge Schlaganfallpatienten kennenzulernen. Alle berichteten in etwa das Gleiche. Es würde seitens der öffentlichen Einrichtungen zu wenig Hilfestellung geben, sie fühlten sich einfach mit ihren Problemen allein und im Stich gelassen.

Nachdem ich mich mit der Thematik des jugendlichen Schlaganfalls näher befasst habe, sind mir speziell für jugendliche Schlaganfallpatienten, unzureichend ausgearbeitete Themenbereiche aufgefallen. Gerade in der heilpädagogischen Konzeption, wo es um das Erfassen von Entwicklungsvorgängen und von Behinderungszuständen geht, in der die Entstehung von Benachteiligung innerhalb verschiedener Gesellschaftszusammenhänge thematisiert wird, war ich der Annahme, dass auch der Schlaganfall, ein wesentliches Thema sein müsste.

Der Schlaganfall, als einschneidendes Erlebnis, wirkt sich nicht nur negativ auf körperliche und geistige Funktionen des Menschen aus, vielmehr sind sowohl bedeutende Lebensbereiche wie Freizeitgestaltung, Schul- und Berufsleben als auch familiäre Bereiche betroffen. Besonders die Teilhabe am gesellschaftlichen und sozialen Leben ist für viele Betroffene nach einem Schlaganfall eingeschränkt oder sie geht aus Akzeptanzgründen der anderen verloren.

Neben den Betroffenen ist vor allem auch das familiäre Umfeld mit einer Vielzahl von Einschränkungen konfrontiert. Die bisherige Lebensführung ändert sich von Grund auf und verlangt gerade von näheren Angehörigen hohe Problemlösungskompetenz. Da viele Angehörige mit der Situation überlastet sind, folgt daraus, dass gerade in diesem Bereich eine hohe Unterstützungsbereitschaft von Seiten der Gesellschaft, vor allem aber von sozialen Dienstleistungseinrichtungen gefordert ist. Aufgrund dieser schwierigen Ausgangslage bedarf es eines gut ausgebauten Netzwerkes von Informations- und Hilfsstellen mit geschultem Personal. Es geht um die Erfassung der Gesamtsituation und verlangt eine ganzheitliche Sichtweise auf den Betroffenen, sein Umfeld und mögliche Beeinträchtigungen, die eine spätere berufliche und in weiterer Folge eine gesellschaftliche Teilhabe verunmöglichen können.

1.2 Relevanz des Themas und Annäherung an die Forschungsfrage

Die Zahlen und Fakten der Österreichischen Schlaganfall-Gesellschaft (ÖGSF) belegen, dass derzeit 20.000 Menschen jährlich von einem Schlaganfall betroffen sind. Umgerechnet bedeutet dies in etwa, dass jede 6. Minute ein Österreicher einen Schlaganfall erleidet. Rund 15% der Frauen und 10% der Männer sterben daran. An der Altersverteilung lässt sich erkennen, dass das Schlaganfallrisiko mit dem Älterwerden steigt. Betroffen sind in der Altersgruppe 45 bis 54 Jahre 2% der männlichen und 1% der weiblichen Bevölkerung. Im Alter von 65-74 Jahren sind es bereits 6% und im Altersbereich 75 Jahre und älter sind es bereits 10%. Der zerebrale Insult zählt in Österreich mittlerweile zur dritthäufigsten Todesursache bei älteren Menschen (vgl. <http://www.oegsf.at/aerzte/index.php?page=zahlen-und-fakten-2>). Beim Schlaganfall handelt es sich aber nicht um eine Erkrankung die nur bei älteren Menschen auftritt, denn auch Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene erleiden immer häufiger einen Schlaganfall. Für Österreich konnten keine genauen Zahlen für Kinder und Jugendliche Schlaganfallpatienten eruiert werden, deswegen beziehe ich mich hier auf Hörmann (vgl. 2008, 488) der aus einer Studie des Royal College of Paediatric and Child Health eine Zahl von 2,0 von 100.000 kindlichen Patienten präsentiert.

Die Erkenntnis, dass auch Kinder und Jugendliche von einem Schlaganfall betroffen sein können, hat sich in der Öffentlichkeit und so wie es scheint auch in einigen Fachdisziplinen bisher wenig durchgesetzt bzw. findet nach wie vor kaum Beachtung. Auch Petermann und Daseking (vgl. 2011, 98) führen zu dieser Problematik an, dass Erkenntnisse über

Auswirkungen und langfristige Beeinträchtigungen einer Hirnschädigung im Kindes- und Jugendalter, trotz weltweiter Forschungsinitiativen, im Vergleich zu jenen im Erwachsenenalter unzureichend erforscht sind. Die Zahl der Schlaganfälle steigt und dank der verbesserten Akutversorgung und intensivmedizinischer Betreuung haben Betroffene auch bessere Überlebenschancen. Aber trotz bestmöglicher Versorgung bleiben in den meisten Fällen Störungen, die sich als lebenslange Folgeschäden und Beeinträchtigungen bemerkbar machen, zurück. Diese führen in der Regel zu einer Entwicklungsverzögerung, die sich nicht nur einschneidend auf die Lebensgestaltung der Betroffenen, sondern auch auf deren Familienangehörige auswirken (vgl. ebd.). Diesbezüglich gibt Speck (vgl. 2008, 119) an, ist das Thema Hirnschädigung für die Heilpädagogik dort relevant, wo es Kinder und Jugendliche danach besonders schwer haben, Selbststeuerungsprozesse zu erlernen, welche aber wesentlich sind, das eigene Leben sinnvoll zu gestalten. Neben dieser steht das soziale Umfeld, weil dieses emotionale Sicherheit und Schutz bietet und auf die Weiterentwicklung des Menschen zentralen Einfluss nimmt (vgl. ebd.).

Geyh et al. (vgl. 2002, 282) geben an, dass Beeinträchtigungen nach Hirnverletzungen stets auf verschiedene Lebensbereiche Einfluss nehmen. Neben den physischen und psychischen Störungen wirken sich gerade kognitive Leistungseinbußen auf Betroffene aus, denn gerade diese sind eng mit „Veränderungen in persönlichen, psychosozialen und ökonomischen Bereichen“ verknüpft (ebd.). Die Relevanz dieses Themas ergibt sich aufgrund der oftmals lang anhaltenden Symptomatik und den Störungsbildern eines Schlaganfalls, vor allem, wenn Folgeschäden oder Behinderung zu einer Beeinträchtigung der Entwicklung führen, oder es zu Problemen bei der Berufsausübung und der gesellschaftlichen Teilhabe kommt.

Vor allem in Bezug auf die allgemeine Arbeitsmarktsituation führen Niehaus und Bernhard (vgl. 2011, 132) an, zählen Menschen mit Behinderung zu einer benachteiligten Gruppe. Im Vergleich zur "normalen Bevölkerung" weisen sie eine doppelt so hohe Arbeitslosenquote auf, „was sowohl eine nur geringe Wiedereingliederung nach lang andauernden Gesundheitsproblem bzw. Behinderung als auch ein verhältnismäßig niedriges Bildungs- und Berufsbildungsniveau erkennen lässt“ (ebd.). Neurologische Schädigungen führen zu vielen Defiziten und Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, welche besonders im Arbeitsprozess zu schweren Mängeln führen und dadurch einen Wiedereinstieg ins Berufsleben erschweren (vgl. Siebert 2011, 691). Gerade für Menschen nach erworbener Hirnschädigung ist der Wiedereinstieg ins Berufsleben durch Auswirkungen neurologischer Funktionsstörungen gefährdet (vgl. ebd.). Hierzu führt auch Bradl (vgl. 2011, 155) an, sind Menschen mit

Behinderung aufgrund ihrer niedrigeren Belastungsfähigkeit, ihrer physischen und psychischen Ausprägung häufiger von „Isolierungs-, Stigmatisierungs- und Ausgrenzungsprozessen“ betroffen. Bei der Vermeidung von Ausgrenzung und Verbesserung der Teilhabe hirngeschädigter Menschen nehmen die Maßnahmen der Rehabilitation einen zentralen Stellenwert ein. Gerade für „die berufliche Rehabilitation ergibt sich die Notwendigkeit, einhergehende psychosoziale Beeinträchtigungen zu verringern, alltagspraktische Fertigkeiten, persönliche Interessen und beruflich verwertbare Fähigkeiten auszuloten, verborgene Ressourcen zu entdecken, um auf dieser Basis neue Perspektiven und Lebensziele zu entwickeln“ (Siebert 2011, 691).

Fries (vgl. 2007, 1) führt dazu an, eine rehabilitative Maßnahme sollte so konzipiert sein, dass immer der gesamte Kontext einer Person Beachtung findet. Dabei ist die Biographie und Persönlichkeit des Betroffenen ebenso zu berücksichtigen wie die Einschränkungen auf seine Selbstständigkeit. Alle Parameter können Einfluss auf seine sozialen und auch beruflichen Lebensumstände und im späteren Verlauf auf seine Teilhabemöglichkeiten haben (vgl. ebd.). Aus diesem Grund ist es notwendig, rehabilitative Bemühungen an die vorherrschende Lebenssituationen ihrer Klientel anzupassen (vgl. ebd.). Aus unterschiedlichen Gründen, welche an der Person selbst, oder an der Beeinträchtigung liegen können, findet berufliche Rehabilitation zum Teil gar nicht oder erst sehr verspätet statt. Nach Siebert (vgl. 2011, 694) liegt zwischen der medizinischen und der beruflichen Wiedereingliederung in der Regel ein Zeitraum von 13 bis 60 Monaten. In der Zwischenzeit fehlt es dem Patienten an sinnstiftenden Momenten, wie der sozialen Interaktion oder dem nachgehen einer sinnvollen Tätigkeit (vgl. ebd.). Ebenso zählt Erwerbsarbeit nach Küst und Karbe (vgl. 2004, 41) zu einem zentralen Lebensbereich des Menschen. Sie wirkt identitätsstiftend und fördert die soziale Interaktion innerhalb einer Gesellschaft (vgl. ebd.). Arbeit dient somit der Selbstverwirklichung, wodurch die Autonomie und Selbstbestimmung des einzelnen gefördert werden.

Im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtung des Menschen basieren die Überlegungen folgender Arbeit auf dem Modell der ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*). Die WHO hat zu diesem Zweck ein Konzept entwickelt, das anhand einer Klassifikation Gesundheits- und mit Gesundheit zusammenhängende Zustände beschreibt (vgl. DIMDI 2004, 9). Besonders sollen die Bereiche der Aktivität und Partizipation [Teilhabe] in Bezug zu Schlaganfallpatienten untersucht werden, da eine Schlaganfall und

dessen Auswirkungen gerade in diesen beiden Bereichen zu massiven Beeinträchtigungen führen können.

Anhand vorgestellter Feststellungen in Bezug auf jugendliche Schlaganfallpatienten und Behinderung im Allgemeinen, basierend auf dem Konzept der ICF, hat sich für mich folgende Fragestellung ergeben:

Welche heilpädagogischen Aufgaben ergeben sich bezüglich einer (Wieder-)Eingliederung von jugendlichen Schlaganfallpatienten in die Arbeitswelt?

Die Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe (Partizipation) von jugendlichen Schlaganfallpatienten im Lebensbereich Ausbildung und Einstieg in die Arbeitswelt sollen hier behandelt werden. Als Grundlage dient das ICF Modell.

1.3 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen empirischen Teil. Der theoretische Teil bildet die Grundlage für das Thema „Integrationsprobleme von jugendlichen Schlaganfallpatienten“. Um die Situation von Jugendlichen mit einem Schlaganfall und daraus resultierenden Beeinträchtigungen bestmöglich beschreiben zu können, wurden zur Recherche sowohl Fachliteratur als auch elektronische Datenbanken verwendet. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse wurden nach eigenem Ermessen zu bestimmten Themenbereichen zusammengefasst.

Den Beginn bilden die Darstellung des Forschungsinteresses und die Relevanz des Themas. Das zweite Kapitel beschreibt den anatomischen Aufbau und die Aufgaben des Gehirns und welche hochkomplexen Aktivitäten notwendig sind, um die Vielzahl von motorischen, kognitiven und vegetativen Prozessen zu steuern. Darüber hinaus geht es um die Beschreibung von zerebralen Durchblutungsstörungen und welche Auswirkungen diese auf die betroffenen Personen haben können. Zu guter Letzt wird auf die Bedeutung des Gehirns für die Pädagogik eingegangen und welche Relevanz dieses im erzieherischen Prozess inne hat.

Das Kapitel „Behinderung“ gliedert sich in zwei Teilbereiche. Zum einen geht es um die Darstellung der pädagogischen Sichtweise von Behinderung und zum anderen wird in diesem Abschnitt, der Behindertenbegriff der österreichischen Bundesregierung näher beschrieben.

Ein Schlaganfall kann zu vielerlei Störungen führen, welche sich auf Betroffene unterschiedlich auswirken können. Hierfür bietet die „ICF“ einen standardisierten Rahmen an, der es möglich macht, Störungen und einhergehende Auswirkungen auf die Betroffenen zu beschreiben. Aus diesem Grund wird im Kapitel vier näher auf das ICF Modell eingegangen. Dabei wird sowohl auf die medizinische, als auch bio-psycho-soziale Entstehung von Behinderungszuständen hingewiesen.

Kapitel fünf soll Aufschluss darüber geben, welche Auswirkungen die Störungen eines Schlaganfalls auf die Teilhabe von Menschen allgemein und im speziellen im beruflichen Kontext zur Folge haben können. Zu diesem Zweck wird eine Verbindung vorhandener Störungen in Bezug auf die allgemeine Lebensgestaltung hergestellt und welche Auswirkungen diese auf die berufliche Lage von Schlaganfallpatienten nehmen können. Ebenso wird die Problematik behinderter Menschen am allgemeinen Arbeitsmarkt thematisiert und welche Förderfaktoren diese positiv beeinflussen können. Als wesentliches Kriterium für die Umsetzung von Teilhabe werden immer wieder die Begriffe „Selbstbestimmung“ und „Normalisierung“ genannt. Deshalb werden diese auch in diesem Abschnitt kurz erläutert.

Im sechsten Kapitel wird näher auf den Prozess der Rehabilitation eingegangen. Dies schien naheliegend zu sein, da die Rehabilitation das zentrale Kriterium bei der Behandlung von Schlaganfall darstellt. Die Maßnahmen und Unterstützungsleistungen der Rehabilitation können wesentlichen Einfluss auf den Genesungsprozess nehmen. Zu diesem Zweck wird neben einer allgemeinen auch die medizinische und soziale Rehabilitation beschrieben. Ebenso wird in einem Vergleich zwischen Österreich und Deutschland auf die Kinder und Jugendrehabilitation näher eingegangen. Da sich diese Arbeit mit der Wiedereingliederungsproblematik von jugendlichen Schlaganfallspatienten in die Arbeitswelt beschäftigt, bildet die berufliche Rehabilitation den Abschluss dieses Kapitels.

Das letzte und somit abschließende Kapitel des theoretischen Teils, stellt den Bezug zum Bereich Heilpädagogik her. Da sich der praktische Teil mit der Erforschung

„heilpädagogische Aufgaben“ von jugendlichen Schlaganfallpatienten in die Arbeitswelt widmet, wird in diesem Kapitel ein kurzer Überblick über die heilpädagogischen Anfänge gegeben und anschließend auf praktische Unterstützungsaufgaben heilpädagogischen Handelns detailliert eingegangen.

Im empirischen Teil der vorliegenden Arbeit, wird der forschungsmethodische Rahmen der Untersuchung dargestellt und die Ergebnisse der Untersuchung analysiert und präsentiert.

Während der gesamten Arbeit wurde die männliche Formulierungsform herangezogen, mit Ausnahme wörtlich übernommener Zitate.

2 Der Schlaganfall

Der Schlaganfall, in der einschlägigen medizinischen Fachliteratur auch oft als Hirnschlag oder Insult bezeichnet, ist ein neurologisches Syndrom, dem eine Minderdurchblutung bestimmter Gehirnareale zugrunde liegt. Nach einer Definition der Weltgesundheitsorganisation ist ein Schlaganfall „eine sich rasch entwickelnde Krankheit mit Beschwerden und Befunden, die auf eine umschriebene oder allgemeine Störung des Gehirns zu beziehen sind und entweder länger als 24 Stunden anhalten oder zum Tode führen, ohne daß eine andere Ursache als Durchblutungsstörung ersichtlich ist“ (Krämer 1998, 14).

Bei einem Schlaganfall handelt es sich um eine „akute zerebrovaskuläre Erkrankung [...], die durch eine ischämische oder hämorrhagische Läsion im arteriellen oder venösen Versorgungssystem des menschlichen Gehirns zu einer plötzlichen Sauerstoffmangelversorgung eines bestimmten Hirnbereichs führt“ (Daseking 2005, 11).

2.1 Arten cerebraler Durchblutungsstörungen

Die Gehirnzellen eines Menschen sind so strukturiert, dass sie nur als eine Einheit hoch komplexe Aufgaben erfüllen können. Tritt auf Grund einer Schädigung oder einer Verletzung eine Störung innerhalb der Gehirngebiete auf, können die entsprechenden Funktionen teilweise nur eingeschränkt oder in sehr geringem Ausmaß aufrechterhalten werden.

Der Schlaganfall führt zu einer Zerstörung von Hirngewebe, wobei das Ausmaß und die Auswirkungen maßgeblich von der Zerstörung der im Gehirnareal lokalisierten Funktionen abhängig sind (vgl. Daseking et al. 2003; 1094). Das junge Gehirn verfügt über größere Kompensationsmöglichkeiten als beispielsweise das bereits ausgebildete Gehirn. So kommt es durch Reorganisationsprozesse zu einer „Verlagerung beeinträchtigter Funktionen in nicht geschädigte Bereiche“ (ebd.). Neurologische Ausfälle wie Defizite der Aufmerksamkeit, Sprache oder auch des Gedächtnisses führen zu verschiedenen Störungsbildern, wobei ebenso Kombinationen nicht selten anzutreffen sind (vgl. ebd.).

Eine nähere Beschreibung verschiedenster Ausfälle, Störungen und deren Auswirkungen auf zentrale Lebensbereiche werden in den Kapiteln 2.3 und 5.1 näher beschrieben.

Im Wesentlichen ist das Ausmaß einer neurologischen Störung von den betroffenen Regionen des Gehirns und deren Ausprägung abhängig. Ischämien sind nach Krämer (1998, 22) „mit

einem Anteil von 80% die mit Abstand häufigste Form von Schlaganfällen“ hingegen machen „Blutungen in das Gehirn [...] rund 15 %“ und „der Anteil von Subarachnoidalblutungen liegt bei rund 5 %“.

2.1.1 *Transistorische ischämische Attacke (TIA)*

Eine Ischämische Attacke auch TIA bezeichnet (transistorische ischämische Attacke) stellt eine vorübergehende neurologische Störung dar, die eine meist nicht länger als 24 Stunden andauernde Minderdurchblutung eines bestimmten Gehirngebietes darstellt (vgl. Krämer 1998, 107). Die Beschwerden, die sich beim Betroffenen äußern, können unterschiedlicher Art sein und eine Vielzahl von Bereichen betreffen. So kann es sich „um [...] Schwächegefühle oder Gefühlsstörungen in Armen, Beinen oder im Gesicht handeln, andere Möglichkeiten bestehen zum Beispiel in Sprach- und Sehstörungen“ (ebd.). Gleichgewichtsstörungen können ebenfalls zu den Nebenerscheinungen einer TIA zählen. Symptome wie Taubheitsgefühle in den Armen und Beinen werden von den Betroffenen ebenso falsch gedeutet wie das plötzliche Auftreten von Sprach- und Gleichgewichtsstörungen (vgl. ebd.).

2.1.2 *Kompletter Infarkt*

„Ein kompletter, vollständiger Hirninfarkt ist ein ischämischer Schlaganfall, bei dem die neurologischen Störungen in ihrer gesamten Ausprägung auf einmal auftreten und sich nicht oder nur teilweise wieder zurückbilden. Es bleiben Störungen wie etwa eine Schwäche oder eine Sprachstörung als dauerhafte Folge des Schlaganfalls zurück“ (Krämer 1998, 114).

2.1.3 *Hämorrhagischer Hirninfarkt*

„Eine Hämorrhagie ist eine Blutung, und ein hämorrhagischer Hirninfarkt ist ein Hirninfarkt, in dem es nach einer anfänglichen Minderdurchblutung im weiteren Verlauf eingeblutet hat“ (Krämer 1998, 122).

An dieser Stelle sei erwähnt, dass es noch weitere Durchblutungsstörungen gibt, die in dieser Abhandlung jedoch nicht weiter genannt und beschrieben werden.

2.2 Risikofaktoren

Die Häufigkeit und das Auftreten des Schlaganfalls werden durch bestimmte Faktoren, sogenannte Risikofaktoren begünstigt. So können Risikofaktoren in Kombination einer negativen Lebensführung vor allem im fortgeschrittenen Lebensalter ein erhöhtes Gesundheitsrisiko darstellen (vgl. Daseking 2005, 20). Bei der Berücksichtigung von Risikofaktoren spielt das Alter des Betroffenen eine maßgebliche Rolle. Dabei muss grundsätzlich zwischen den Risikofaktoren von älteren Menschen und denen von Kindern und Jugendlichen unterschieden werden.

Mit zunehmendem Alter führen beispielsweise Bluthochdruck, Rauchen, schlechte Ernährung hauptsächlich in den Industrieländern zu einer Arteriosklerose. Unter einer Arteriosklerose wird eine Degeneration des Arteriensystems verstanden, bei welchem es über Jahre und auch Jahrzehnte zu einer Verdickung und Verhärtung der Gefäße kommt. Symptomerscheinung gibt es zunächst keine, jedoch begünstigen diese den Anstieg des Herzinfarkts- oder aber auch des Schlaganfallrisikos (vgl. Böger/Sydow 2010, 286f).

Typische Risikofaktoren wie im Erwachsenenalter spielen bei jungen Menschen keine maßgebliche Rolle (vgl. Daseking et al. 2003, 1090). Erwähnenswert scheint aber die Tatsache zu sein, dass Rauchen und Drogenkonsum von schwangeren Frauen das Risiko für einen Schlaganfall beim Embryo wesentlich erhöht (ebd.). Bei Jugendlichen steigt das Risiko ca. um das 6,5 fache an (ebd., 1092). Meist spielen diese nur im „Zusammenhang mit anderen Faktoren und systemischen Prozessen eine Rolle“ (Daseking 2005, 20).

Im Unterschied zu einem Schlaganfall im Erwachsenenalter ist bei 50% der Kinder und Jugendlichen der Schlaganfall die Folge einer Grunderkrankung (vgl. Daseking et al. 2003, 1089ff). Vielen Eltern ist eine bestehende Vorerkrankung ihrer Kinder bekannt und sie wissen um die Möglichkeit eines erhöhten Schlaganfallrisikos. Beispielsweise können „Schlaganfälle [...] aufgrund von Gefäßfehlbildungen, Venenthrombosen oder Hirnblutungen schon bei der Geburt auftreten“ (Krämer 1998, 24). „Bei Kindern sind Herzfehler und Bluterkrankungen häufigste Ursache, bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen Herzfehler und Unfälle sowie selten angeborene Besonderheiten des Gefäßsystems, die sich oft erst mit einer gewissen Verzögerung bemerkbar machen“ (Krämer 1998, 24; vgl. Daseking 2005, 30; 36).

Herzerkrankungen, angeboren oder erworben, stellen bei weitem das häufigste Risiko für einen Schlaganfall dar und werden in der Literatur meist mit ca. 20% Erkrankungshäufigkeit angegeben. Bei Herzerkrankungen besteht eine erhöhte Risikorate während und nach einer Operation einen Schlaganfall zu erleiden, der meist durch eine Embolie hervorgerufen wird (vgl. Daseking et al. 2003, 1090; vgl. Hörmann 2008, 488).

Infektionen sind mit ca. 1/3 größter Risikofaktor für einen kindlichen Schlaganfall (vgl. Steinlin 2008, 1226). „Infektionen können aufgrund immunologischer Mechanismen [...] Embolien oder Thrombosen verursachen“ (Daseking 2003, 1092). Ebenso „gelten akute Infektionen und AIDS“ (ebd.) als risikoerhöhender Faktor.

Zu den weiteren Hauptauslösern zählen neben dem Aneurysma, die Neigung zu Bluthochdruck sowie Erbkrankheiten wie Hämophilie und Sichelzellenanämie (ebd., 1093).

Daseking (vgl. 2005, 22f) weist in diesem Zusammenhang auf die Problematik der Datenerfassung von kindlichen und jugendlichen Schlaganfallpatienten hin. Kommt es bei Kindern und Jugendlichen aufgrund einer Vorerkrankung zu einem Schlaganfall, wird dieser in den wenigsten Fällen als solcher statistisch erfasst. Diese Zahlen scheinen in der Statistik nicht auf und können die bisher gemachten Erhebungen verfälschen. Bisher gibt es keine standardisierte Datenerfassung in dieser Patientengruppe (vgl. ebd.)

2.3 Auswirkungen und Störungen nach einem Schlaganfall

Tatsache ist, dass jeder Mensch einen Schlaganfall erleiden kann und dass dieser einen wesentlichen Einfluss auf die weitere Entwicklung und den späteren Lebensverlauf eines Betroffenen nimmt. Zwar tritt ein Schlaganfall bei Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu Erwachsenen viel seltener auf, jedoch zeigen sich in der Symptomatik der kognitiven, emotionalen und auch psychischen Störungen wenig Unterschiede (vgl. Daseking 2005, 1).

Die Auswirkungen und nachfolgende Probleme, die mit einem Schlaganfall bei Kindern und Jugendlichen einhergehen, sind meist weniger schwerwiegend als die Folgen bei einem erwachsenen Patienten (vgl. Holtmann 2008, 65). Grund hierfür wird in der Plastizität des kindlichen oder jugendlichen Gehirns gesehen. Das Gehirn weist in den frühen Jahren der Entwicklung eine hohe Plastizität auf, wodurch besonders in den ersten Lebensjahren Störungen gut kompensiert werden können (vgl. Blankenburg/Aksu 2010, 108). Für den

nachfolgenden Genesungsprozess spielen neben der Plastizität auch die Lokalisation und das Alter des Patienten eine entscheidende Rolle (vgl. Daseking 2003, 1094).

Die häufigsten neuropsychologischen Störungen manifestieren sich im Kindesalter als

- „Umschriebene Entwicklungsstörung motorischer sprachlicher und schulischer Fertigkeiten,
- Konzentrationsprobleme und Aufmerksamkeitsdefizite,
- Gedächtnisstörungen,
- Defizite der räumlichen-konstruktiven Fertigkeiten,
- mentale Retardierung
- Verhaltensauffälligkeiten“ (Holtmann 2008, 64f).

Die Hemiparese ist die häufigste Störung nach einem Schlaganfall. Sie kann alleine oder mit weiteren Störungen auf der Gefühlsebene sowie mit Ausfällen der Sprach- und Sehfunktion einhergehen (vgl. Krämer 1998, 128). „Die Vorsilbe „Hemi“ bedeutet halbseitig und Parese bedeutet Lähmung“ (ebd.). Die Hemiparese tritt bei 90% aller Kinder als Folge eines ischämischen Insults auf. Beeinträchtigungen durch eine halbseitige Lähmung sind in den meisten Fällen nicht bleibend und ein Großteil der Betroffenen erlangt seine Mobilität zurück. In vielen Fällen bleiben aber Schäden bei der Handmotorik. Beeinträchtigungen zeigen sich vor allem in der Feinmotorik und im Händigkeitswechsel, welche gerade auch in Alltagssituationen beispielsweise beim Anziehen, Essen und auch bei der Körperpflege zu Nachteilen führen (vgl. Daseking 2003, 1093).

Gerade auch auf kognitiver Ebene führen Störungen zu Sprachverlust und Sprachausfällen. Es kommt zu Einschränkungen der Gedächtnisleistung und zu Defiziten in der Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit. Ebenso können diese Auswirkungen auf die Sehfunktion eines Menschen haben und in manchen Fällen Auffälligkeiten im Verhalten zeigen (vgl. Krämer 1998, 103; vgl. Steinlin 2008, 1229).

Anhand eben beschriebener Störungen wird ersichtlich, dass ein Schlaganfall auf unterschiedlichen Ebenen zu Problemen führen kann, was in weiterer Folge eine medizinische und psychologische Betreuung notwendig macht. Um eine optimale Versorgung des Patienten im Genesungsprozess zu garantieren, müssen unterschiedliche Therapieverfahren angewandt

werden. Gerade deshalb sollten für Kinder und Jugendliche Maßnahmen entsprechend der Entwicklung und in Hinblick auf altersbezogene Gegebenheiten Bezug nehmen (vgl. Daseking 2005, 1).

Gerade beim Auftreten eines Schlaganfalls spielt die Versorgung in der Akutphase eine entscheidende Rolle (vgl. Daseking 2005, 2). In erster Linie gilt es die Symptome richtig zu deuten. Die Stabilisierung des Gesundheitszustandes und die Art der Versorgung haben bereits einen entscheidenden Einfluss auf den späteren Krankheitsverlauf. Je eher eine medizinische Behandlung erfolgt, desto eher können Folgeschäden verringert werden. Gerade aber bei einem Schlaganfall im Kindes- und Jugendalter werden die Symptome nicht richtig erkannt, woran eine schnelle Versorgung oft scheitert (vgl. ebd.).

Zu den leichten Anzeichen und Symptomen für einen Schlaganfall von Kindern und Jugendlichen zählen Schmerzen im Kopf, Brechanfälle oder Trübungen des Bewusstseins, bis hin zu schweren Ausfällen wie einer Hemiparese oder einer Dysphasie (vgl. Steinlin 2008, 1224).

Um Schlaganfallpatienten bestmöglich zu versorgen bedarf es spezieller Einrichtungen, sogenannter 'Stroke-Units' (vgl. BMSG 2003, 144). In Österreich wie auch in anderen Ländern steigt deshalb der Bedarf an Standorten von Stroke-Unit-Einrichtungen, denn internationale Erfahrungen haben gezeigt, dass Patienten nach einer Behandlung in Stroke-Units „sowohl hinsichtlich der Mortalität als auch bezüglich bleibender Behinderungen signifikant bessere Ergebnisse als bei der Versorgung auf Allgemeinstationen“ (ebd.) aufweisen.

2.4 Plastizität des menschlichen Gehirns

Läsionen, die bei einem erwachsenen Menschen nach einem Schlaganfall auftreten, sind im Vergleich zu denen von Kindern bis zu einem gewissen Grad vorhersehbar (vgl. Lidzba 2006, 95). Denn in der Regel hängen die Schädigungen bei einem Erwachsenen stark mit der betroffenen Gehirnregion und deren Ausmaß zusammen (vgl. ebd.). Das liegt mitunter daran, dass die Entwicklung des Zentralnervensystems beim erwachsenen Gehirn bereits abgeschlossen ist und Funktionsstörungen nur im geschädigten System auftreten, hingegen unbeschädigte Gehirnareale ohne Funktionsausfälle weiterarbeiten (vgl. ebd.). Den

Betroffenen gelingt es in den meisten Fällen ihre Funktionsstörung zu verbessern, auch wenn selten der Zustand wie vor dem Auftreten des Schlaganfalls erreicht wird.

Bei Jugendlichen und Kindern übernehmen die nicht geschädigten Systeme Aufgabenbereiche, das heißt, es kommt zu einer Kompensation durch funktionsfähige Systeme (vgl. ebd.). Dafür ist die Reorganisationsleistung des Gehirns verantwortlich (vgl. ebd.). Lidzba (ebd., 96) schreibt dazu sinngemäß: „Befindet sich das Gehirn noch in der Phase der Organisation, sind die Möglichkeiten von Modifikationen [...] größer als beim ausgereiften Gehirn“.

2.5 Der Aufbau und die Aufgaben des menschlichen Gehirns

„Das menschliche Gehirn stellt mit seinen über 100 Milliarden Nervenzellen, die jeweils bis zu 10 000 synaptischen Verbindungen haben können, die komplexeste uns bekannte Struktur dar“ (Hülshoff 2000, 23).

2.5.1 Das Großhirn

Das Großhirn macht 80 % des Gesamthirns aus. Als höchstes Integrationszentrum des Zentralnervensystems (ZNS) obliegt ihm die Aufgabe, die gesamten am Prozess beteiligten Teile des ZNS miteinander zu verbinden (vgl. Faller 1999, 540). Erst durch diese komplexe Aufgabenteilung des Großhirns können Qualitäten wie Fühlen, Denken und Wollen gewonnen werden (Tittel 2003, 371 ff). Das Großhirn unterteilt sich in zwei Teile, die linke und die rechte Hemisphäre, welche durch den Balken miteinander verbunden sind. Beide Hemisphären haben unterschiedliche Aufgaben, jedoch übernehmen sie gemeinsam die Steuerung der motorischen und kognitiven Funktionen. Morphologisch gesehen gliedert sich das Gehirn aber in den Stirn- oder Frontallappen, den Scheitellappen, Hinterhauptslappen und den Schläfenlappen (vgl. Krämer 1998, 31).

Im Stirn- oder auch Frontallappen werden verschiedene komplexe Abläufe und Prozesse gesteuert. Der Frontallappen ist beispielsweise „an der motorischen Kontrolle und kognitiven Aktivität wie Planen, Entscheiden und dem Setzen von Zielen“ (Garrig/Zimbardo 2008, 93) beteiligt. Er übernimmt somit die Steuerung sowohl für das Verhalten und den Antrieb als auch von Denkprozessen. Darüber hinaus befindet sich in ihm der Sitz des Sprachzentrums (vgl. ebd.).

Der Scheitellappen übernimmt die Verarbeitung komplexer Informationen. Dabei geht es um das Erfassen von Körperempfindungen, also um Gefühlswahrnehmung und deren Verarbeitung (vgl. Fragile Suisse 2007, 7f; vgl. Krämer 1998, 31).

Der Hinterhauptslappen übernimmt die Speicherung von Sinneseindrücken (vgl. Schaffen/Kieslinger 2010, 24). In ihm befindet sich das Sehzentrum des Menschen, welches nicht nur für das gewinnen von Sinneseindrücken verantwortlich ist, sondern es dient im Weiteren der Erkennung von verschiedenen Reizmustern, wie die Unterscheidung von Farben und Formen. In diesem Zentrum kommt es zu einem Vergleich von Bildern mit früheren Erinnerungen. Vergangene Empfindungen werden mit neuen Eindrücken verglichen (vgl. ebd.).

Tittel (2003, 278) bezeichnet den Schläfenlappen als das „akustische Hörzentrum“. Je nach der Unterscheidung, ob es sich hierbei um einen Links- oder Rechtshänder handelt, befindet sich das akustische Hörzentrum eines Linkshänders im Schläfenlappen auf der rechten Seite und umgekehrt (vgl. ebd.).

2.5.2 *Der Hirnstamm*

Im Hirnstamm werden weitere lebenswichtige Kooperationsleistungen vollzogen. Wichtige Funktionen wie die Fähigkeit der Aufmerksamkeit oder die Kontrolle über den Schlaf-Wachrhythmus werden im Hirnstamm gesteuert (vgl. Gaumann/Sasse 2005, 233). Darüber hinaus werden bedeutende Integrationshandlungen wie „die Haltungs- und Gangmotorik“, „sowie die Koordination von Augen- und Kopfbewegungen“ (Klinke 2001, 655) durchgeführt. Nach Hülshoff (2000, 28) ist der Hirnstamm „die archaischste Struktur unseres Gehirns und enthält Steuer- und Regulationszentren für überlebenswichtige Funktionen, z.B. das Herz- und Kreislaufsystem, die Steuerung der Atmung“ und einiges mehr.

2.5.3 *Das Mittelhirn*

Im Mittelhirn befindet sich das visuelle Zentrum, welches im Besonderen der Blick- und Kopforientierung des Menschen dient (vgl. Gaumann/Sasse 2005, 265). Demnach ist es der Ort, an welchem wichtige visuelle und auditorische Integrationsleistungen vollbracht werden (Hülshoff 2000, 29). In Kooperation mit dem Kleinhirn übernimmt es die Aufgabe der Bewegungskoordination (vgl. ebd.).

2.5.4 Zwischenhirn und limbisches System

Die Bereiche, die im Wesentlichen das Zwischenhirn ausmachen, sind für eine Vielzahl von Koordinationsleistungen verantwortlich. So werden Schmerz, Angst, Lust sowie die Aufrechterhaltung der lebensnotwendigen Körperfunktionen in einer Art Wechselbeziehung aufrechterhalten und kontrolliert (vgl. Tittel 2003, 383).

Die hochkomplexe Informationsverarbeitung auf der subjektiven Seite des Erlebens und Wahrnehmens findet im limbischen System statt. Beispielsweise auf der Ebene der Emotionen und der Lern- und Gedächtnisfunktionen (vgl. ebd.). Alle Handlungen, die von uns vollzogen werden, lösen mit Hilfe des limbischen Systems subjektive Gefühle und Emotionen in uns aus. Dadurch bekommen Bilder, Personen und Gegenstände einen Wiedererkennungswert und Begebenheiten werden sowohl mit negativen als auch mit positiven Assoziationen verbunden (vgl. ebd.).

2.5.5 Das Kleinhirn

Das Kleinhirn weist wie das Großhirn zwei voneinander gegliederte Teile auf, die wie schon in der näheren Beschreibung des Großhirns als Hemisphären bezeichnet werden können. Das Kleinhirn reguliert den kontinuierlichen Muskeltonus und dient ferner als Steuerungszentrale für die Aufrechterhaltung des Gleichgewichtes (vgl. Krämer 1998, 35). Des Weiteren werden in diesem Teil des Gehirns die motorischen Gedächtnisinhalte gespeichert und abgerufen.

2.6 Die Bedeutung des Gehirns für die Pädagogik

Das Gehirn spielt in vielerlei Hinsicht eine entscheidende Rolle in unserem Leben. Lebensnotwendige Prozesse werden im Gehirn vollbracht, die für unser aller Leben von zentraler Bedeutung sind. So werden Prozesse wie willkürliche und unwillkürliche Bewegungsabläufe, Gefühle und Emotionen durch das Gehirn gesteuert. Neue Forschungserkenntnisse erwecken aber auch das Interesse an weiteren Prozessen wie das Denken und auch das Lernen. Denn gerade Denk- und Lernprozesse spielen im Erziehungsprozess eine entscheidende Rolle.

Die Pädagogik hat sich schon immer mit der Entwicklung des Menschen beschäftigt, darum ist es auch notwendig sich mit der Entwicklung des Gehirns näher zu befassen. Thomas Hülshoff (2005, 48) schreibt dazu folgendes: „Für die angewandte Heilpädagogik ist das Wissen um die Entwicklung des menschlichen, insbesondere des kindlichen Gehirns,

mögliche Störungen im Reifungsprozess, die neuronalen Grundlagen der Wahrnehmung, der Motorik, der emotionalen Verarbeitung und Kognition von großer Wichtigkeit“.

Das Gehirn als Teil unseres Zentralnervensystems ist eines der aktivsten Organe unseres Körpers und spielt bei der individuellen Entwicklung des Menschen eine zentrale Rolle. Anpassungsprozesse und die Bewältigung von Lebensaufgaben sind wesentlich von der Funktionsfähigkeit des Gehirns abhängig (vgl. Speck 2003, 137). Gerade kognitive Fähigkeiten sind hierbei von Bedeutung. Die kognitiven Funktionen dienen im Allgemeinen „der Erkenntnis- und Informationsverarbeitung“ (Blankenburg/Aksu 2010, 108). So werden Prozesse wie Lernen, Erinnern, Denken und Handeln durch die kognitive Verarbeitung im Gehirn gesteuert und weiterentwickelt (vgl. ebd.; vgl. Speck 2003, 137).

Nach Hülshoff (vgl. 2005, 299) umfasst der Prozess des „Denkens“ mehrere Aspekte. Beispielsweise geht es um die Erfassung von Problemen oder um die Wahrnehmung äußerer Gegebenheiten. Diesen gilt es in differenzieller Art und Weise zu begegnen, entsprechend zu handeln und darauf zu reagieren (vgl. ebd.). Solche Problemlösungsfähigkeiten entwickeln sich aber erst mit der Leistungssteigerung des Gehirns. Die Kapazität und Leistungsfähigkeit erhöht sich in der Regel mit Zunahme und Reifung des Gehirns, was sich in einer Steigerung des Denkvermögens bemerkbar macht (vgl. ebd.).

Nach Blankenburg und Aksu (vgl. 2010, 111) beginnt sich das Denken im Jugendalter nach allgemeinen Gesetzmäßigkeiten zu richten, d.h. die Problemverarbeitung erfolgt systematisch. Gerade auch für eine zukünftige Lebensgestaltung sind abstraktes Denken und die Lösung komplexer Aufgaben notwendig, wenn es um die Urteilsbildung des Jugendlichen geht. Normentwicklung und soziale Differenzierung führen zu Abgrenzungsprozessen von der Gesellschaft und dem Elternhaus mit Orientierung an Gleichaltrigen. Durch die Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbst, wird die Selbstwahrnehmung und Autonomie des Jugendlichen gefördert (vgl. ebd.). Daneben spielt das Selbstbewusstsein des Menschen eine entscheidende Rolle. „Selbstbewusstsein und Selbstbestimmung sind die Voraussetzung dafür, dass ein Mensch in der Lage ist, seine Lebensaufgaben zu bewältigen, auch in einer sich wandelnden Gesellschaft, und sein Leben an dafür geeigneten Werten und Normen zu orientieren, um vor sich selbst bestehen zu können“ (Speck 2008, 96).

Begriffe wie Selbständigkeit und Selbstbestimmung haben in den letzten Jahren, gerade in der Diskussion von Selbstbestimmungsmöglichkeiten behinderter Menschen, immer mehr an

Bedeutung gewonnen (vgl. Kapitel 5.2.7). Speck (vgl. 2008, 27) konstituiert, dass es zu den Maßstäben einer erfolgreichen Erziehung gehört, Selbstbestimmung im Erziehungsprozess zu erlernen. Grundvoraussetzung bildet dafür das Bewusstsein (vgl. ebd.). „Ich oder Selbst sind selbstverständliche Begriffe menschlicher Kommunikation. Sie drücken das aus, was wir als personale Identität, als eigene Urheberschaft von Handlungen oder als individuelle Kompetenz verstehen“ (vgl. Speck 2008, 27).

In diesem Zusammenhang merkt Speck (2003, 138) an, kann aus „pädagogischer Sicht [...] auf Begriffe, wie das Ich oder Selbst oder das Selbstbewusstsein im Sinne einer das Handeln steuernden und verantwortenden Instanz, nicht verzichtet werden“.

Ebenso wie Speck führen auch Blankenburg und Aksu an, können Autonomie und Selbstbewusstsein mittels Lernprozessen modifiziert und beeinflusst werden (vgl. ebd.; vgl. Blankenburg und Aksu 2010, 111). Grundsätzlich können Selbstbewusstsein und Bewusstsein im Allgemeinen keiner speziellen Gehirnregion zugeordnet werden, jedoch konnten nach Hirnverletzungen, Störungen der selbigen beobachtet werden (vgl. Speck 2003, 138).

Demnach haben Hirnverletzungen nicht nur auf motorische, geistige und emotionale Fähigkeiten und Fertigkeiten Auswirkungen. Schädigungen können wesentlichen Einfluss auf Denk- und Handlungsprozesse nehmen und sich als Störungen der Bewusstseinsbildung manifestieren.

3 Behinderung

Der Begriff „Behinderung“ ist so vielschichtig, dass er in seiner gesamten Dimension in dieser Arbeit nicht behandelt werden kann. Im ersten Schritt, wird das Herangehen an „Behinderung“ aus pädagogischer Sichtweise betrachtet und abschließend die rechtliche Sachlage, nämlich die der österreichischen Bundesregierung, näher erläutert. Auf die mehrdimensionale Sichtweise von Behinderung wird näher im Kapitel 4 vorliegender Arbeit eingegangen.

3.1 Pädagogischer Behindertenbegriff

Der Behindertenbegriff ist nicht per se der Pädagogik zuzuordnen, da eine Behinderung generell nichts über den erzieherischen Sachverhalt aussagt (vgl. Kobi 1993, 98). Eine Behinderung wird demnach für die Pädagogik erst dort relevant, wenn der erzieherische Vorgang beeinträchtigt wird und „der Educandus nicht mehr mit den herkömmlichen Mitteln gefördert werden kann und daher einer besonderen Erziehung bedarf“ (Bleidick 1978, 87).

„Als behindert im pädagogischen Sinne gelten Kinder, Jugendliche und Erwachsene, deren Lernen und deren soziale Eingliederung erschwert sind. Gegenstand [...] ist [...] die soziale Eingliederung angesichts erschwerten Lernens und erschwerter sozialer Eingliederung“ (Bleidick/Hagmeister zit. nach Haerberlin 1996, 16). Er gewinnt für die Pädagogik somit erst dort an Bedeutung, wenn der Mensch auf Grund seiner physischen und psychischen Beeinträchtigung benachteiligt wird, oder in seiner Lebensgestaltung gehemmt ist (vgl. ebd., vgl. Speck 2003, 238).

Hier setzt auch der heilpädagogische Wirkungsbereich an. Dieser umfasst alle Probleme des Erziehungs- und Bildungsbereiches, wo konventionelle Bildungs- und Erziehungsmaßnahmen nicht mehr ausreichen (vgl. Kobi 1993, 18). So schreibt Kobi (ebd., 34) folgendes: „Behindert in einem heilpädagogischen relevanten Sinne ist ein Mensch, der erstrebenswerten Bildungs- und Erziehungsansprüchen nicht in einem erwarteten Maß, nicht in der als üblich vorausgesetzten Art und Weise zu entsprechen vermag“.

Somit findet der Behindertenbegriff dort seine Relevanz, wenn es um das Festlegen des individuell auf den Menschen ausgerichteten Förderbedarfs geht (vgl. Speck 2003, 242). Dabei geht die Heilpädagogik grundsätzlich von einem Werteverständnis aus, dass jeder

Mensch, unabhängig von der Schwere seiner Behinderung erziehungsfähig und bildbar ist (vgl. Haerberlin 1996, 15).

Es ist aus diesem Grund unabdingbar, die Hindernisse, die für eine etwaige Störung des zu Erziehenden verantwortlich sind, festzustellen. Anknüpfungspunkt kann dabei aber nicht der allgemeine Behinderungsbegriff sein, da dieser zu weit und zu allgemein gefasst ist, vielmehr müssen zur Konkretisierung der Erziehungsschwierigkeiten die äußeren Lebensumstände, wie zum Beispiel das Erziehungsumfeld und/oder die persönlichen Faktoren des Menschen herangezogen werden, um Aussagen für heilpädagogisches Handeln treffen zu können (vgl. Speck 2003, 237f).

Erschwerte Lebensbedingungen liegen in der Regel nach Bleidick (vgl. 1978, 74) dann vor, wenn ein Mensch mit körperlichen Einschränkungen Hilfe benötigt um sich frei bewegen zu können, oder wenn zum Beispiel ein hochgradig sehbehinderter Mensch Probleme bei der Orientierung hat. „Die pädagogische Bedeutsamkeit erstreckt sich vornehmlich auf die funktionellen und sozialen Folgebereiche von Schädigung“ (Speck 2003, 197). Speck (ebd., 238) schreibt folgendes: „Eine „Behinderung der Erziehung“ lässt sich nur fassen, wenn auch das zum „Gegenstand“ wird, was „Schädigung“ selber ausmacht, also etwas, was auch in eine außerpädagogische Kompetenz fällt und dort differenziell bestimmbar ist“. Eine Differenzierung von physischen und psychischen Schädigungen oder Funktionsstörungen können beispielsweise nach Kriterien und Maßstäben der Medizin getroffen werden (vgl. ebd., 238). Aus medizinischer Sicht stellt eine Behinderung das bleibende und oftmals auch sichtbare Ergebnis einer vorangegangenen Schädigung dar und führt in vielen Fällen zu einer permanenten Einschränkung der Funktionsfähigkeit auf körperlicher als auch auf geistiger Ebene (vgl. Schramme 2003, 180).

Der Pädagogik geht es vornehmlich nicht um die Schädigung selbst, sondern um die Beeinträchtigung, die durch die Schädigung hervorgerufen wird, das heißt Ausgangspunkt ist eine vorangegangene Schädigung und Resultat die Beeinträchtigung. Die Auswirkungen sind individuell verschieden und gewinnen für die Pädagogik dort an Bedeutung, wo es zu Einschränkungen im sozialen Rollenverhalten führt (vgl. Speck 2003, 196f). Dabei darf die Pädagogik aber die Schädigung als Ursache trotzdem nicht vernachlässigen (ebd., 238).

Kobi (vgl. 1993, 111) spricht in diesem Zusammenhang von „Heilserziehung“. Demnach ist Behinderung kein objektivierbarer und absoluter Begriff, sondern entsteht in Abhängigkeit

von gesellschaftlich-historischen Annahmen und Wertevorstellungen und wird dadurch zu einem Behinderungszustand (vgl. ebd.). So wirkt sich nach Kobi (vgl. ebd., 113) ein Behinderungszustand besonders auf drei Ebenen aus. Eine Beeinträchtigung ist demnach eine „objektive feststellbare Behinderung“ (Objektebene), welche zu „Ausgrenzung führt“ (Normebene), wodurch eine „subjektive Isolation“ (Subjektebene) erlebt wird. Ein „Behinderungszustand ist [...] ein psychosoziales Feld“ (ebd., 115). Dieses setzt sich zusammen aus:

- „dem Fremdbild, in welchem bestimmte Merkmale als behinderungsspezifisch definiert werden,
- dem Selbstbild und der Eigenbefindlichkeit der als behindert definierten Person,
- den Normen und Anforderungsprofilen in einer bestimmten gesellschaftshistorischen Situation,
- sowie den Erleichterungsbemühungen und Hilfen, die dem Behinderten als adäquat erscheinend angeboten werden“ (ebd.).

Demzufolge versteht sich „Behinderung“ als ein Prozessbegriff, der durch entsprechende Hilfemaßnahmen verbessert werden kann, der sich aber auf Grund von Wertevorstellungen und dadurch entstehender Benachteiligungen negativ auf die Lebensweise des Behinderten auswirkt. Ebenso schreibt Brackhane (1996, 40) ist „Behinderung [...] das, was im individuellen Kontext aus einer Schädigung folgt oder folgen kann – und was grundsätzlich beeinflussbar und veränderbar ist“.

3.2 Behinderung aus gesetzgeberischen Gesichtspunkten

Eine genaue Klärung über das Verständnis von Behinderung ist vor allem im Bereich der Gesetzgebung und der Beruflichen Rehabilitation von zentraler Bedeutung. So führt auch Bleidick (1978, 72) an, wird „der Begriff der Behinderung (...) im deutschen Sprachgebrauch in erster Linie unter gesetzgeberischen Gesichtspunkten für die Bereiche der Sozialhilfe und der Arbeitsverwaltung definiert“. Die Regelung des Behindertenbegriffes ist gerade deshalb notwendig, weil behinderte Menschen durch Sozialrechte geschützt sind (vgl. Schuntermann 1999, 3). Beispielsweise das Recht auf normale Lebensführung was die Bestreitung des eigenen Lebensunterhaltes bedeutet (vgl. ebd.).

Als eines der wichtigsten sozialen Rechte gilt das Diskriminierungsverbot. Dieses beinhaltet nach dem Behindertengleichstellungspaket der österreichischen Bundesregierung das Verbot von Diskriminierung im alltäglichen Bereich und das Verbot von Diskriminierung im Arbeitsbereich, welches durch das Behinderteneinstellungsgesetz geregelt wird (vgl. BMSAK 2009, 86). In Anlehnung an die EU und die Beschreibung von Rechten für behinderte Menschen gilt es einen diskriminierungsfreien Zugang zu Bildung, Gesundheit und freien Informationszugang zu gewährleisten (vgl. ebd., 72).

Behinderte Menschen bekommen somit von staatlicher Seite Rechte zugesprochen, die ihnen das Leben erleichtern sollen. Gerade im Arbeitsbereich sollen behinderte Menschen durch den Verlust ihres Arbeitsplatzes und nachfolgender Wiedereingliederung keine Probleme entstehen. Damit aber klare Vorgaben von staatlicher Seite vollzogen und nachvollzogen werden können, ist es von großer Wichtigkeit den Behindertenbegriff so klar und unmissverständlich als möglich festzulegen. Gerade bei der Umsetzung und Überprüfung der rechtlichen Vorgaben sind somit klare Grenzen notwendig.

3.3 Behinderung nach dem österreichischen Rechtssystem

Der Begriff Behinderung fand erst sehr spät Einzug in das österreichische Rechtssystem. Vor allem in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts war das ~~Wort~~ "Gebrechlich" eher für die Beschreibung einer Behinderung gebräuchlich (BMSAK 2009, 2). In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts setzte sich dann allmählich der Begriff "Behindert" durch. Als behindert galten vor allem Kriegsgeschädigte und Menschen, die von Geburt an einen körperlichen Schaden aufwiesen oder blind waren. Für eine Körperbehinderung musste ein objektiv feststellbarer und erkennbarer Schaden ersichtlich sein (BMSAK 2009, 2). Faktisch galten Menschen als nur ~~darf~~ "Behindert", wenn sie eine körperliche Schädigung oder eine Sinnesbeeinträchtigung aufwiesen. Hingegen Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zählten nach dem Gesetz nicht zu dieser Menschengruppe. Der Terminus "Behinderung" wurde erstmals im Schulorganisationsgesetz gebraucht und fand so in finaler Hinsicht Einzug in das Gesetz (vgl. ebd.).

Als wesentliche Einschnitte, sich mit den besonderen Bedürfnissen von Behinderung auseinander zu setzen, galten der erste und der zweite Weltkrieg. Mit der Schaffung des Invalidenentschädigungsgesetzes fanden weitere politische Maßnahmen statt, um die Absicherung von behinderten Arbeitnehmern am allgemeinen Arbeitsmarkt zu sichern.

Bereits in den Jahren 1919 und 1920 wurden rechtliche Bestimmungen hinsichtlich Schutzmaßnahmen zur Kündigung und Vorgaben zur beruflichen Ausbildung festgelegt (vgl. BMSG 2003, 18; vgl. BMSAK 2009, 41). Als wesentlicher Beitrag kann die Vorschreibung einer Ausgleichstaxe angesehen werden, so wurden Betriebe dazu verpflichtet, ab einer bestimmten Anzahl von Arbeitnehmern, einen vorgeschriebenen Teil an Behindertenarbeitsplätzen zu schaffen. Bei Nichterfüllung wurde eine Ausgleichstaxe eingefordert (vgl. BMSG 2003, 18). Diese Bestimmung ist nach wie vor rechtsgültig.

Das Behindertenrecht ist in Österreich auf zahlreiche Bundes- und Landesgesetze aufgeteilt. Somit zählt das österreichische Behindertenrecht zu den sogenannten Querschnittsmaterien (vgl. BMSAK 2009, 4) „Als Querschnittsmaterien werden Aufgabenbereiche bezeichnet, die in finaler und technischer Hinsicht als zusammengehörig verstanden werden, die aber kompetenzmäßig auf verschiedene Zuständigkeiten des Bundes und der Länder verteilt sind“ (Adamovich et al. 2011, 326). Demzufolge liegt dem österreichischen Behindertenrecht keine einheitliche Definition von Behinderung zu Grunde (vgl. BMSAK 2009, 4). Es existiert in Österreich zwar kein allgemeingültiger Behindertenbegriff, jedoch erarbeitete das „österreichische Komitee für Soziale Arbeit“ im Rahmen eines Symposiums zwei Definitionen von Behinderung, die sowohl auf Bundes- wie auch auf Landesebene Gültigkeit haben (vgl. BMAS 1993, 6).

„Behinderte Menschen sind Personen jeglichen Alters, die in einem lebenswichtigen sozialen Beziehungsfeld körperlich, geistig oder seelisch dauernd wesentlich beeinträchtigt sind. Ihnen stehen jene Personen gleich, denen eine solche Beeinträchtigung in absehbarer Zeit droht. Lebenswichtige soziale Beziehungsfelder sind insbesondere die Bereiche Erziehung, Schulbildung, Erwerbstätigkeit, Beschäftigung, Kommunikation, Wohnen und Freizeitgestaltung“ (BMAS 1993, 7).

„Behindert sind jene Menschen, denen es ohne Hilfe nicht möglich ist,

- geregelte soziale Beziehungen zu pflegen,
- sinnvolle Beschäftigung zu erlangen und auszuüben und
- angemessenes und ausreichendes Einkommen zu erzielen“ (ebd.).

Zahlreiche Bundes- und Landesgesetze beinhalten Rechtsnormen, die für behinderte Menschen von Bedeutung sind.

3.3.1 Behinderteneinstellungsgesetz

Als wesentliche Unterstützungsmaßnahme bei der beruflichen Ein- und Wiedereingliederung von beeinträchtigten Menschen gilt das Behinderteneinstellungsgesetz der österreichischen Bundesregierung. Die Zielsetzung beinhaltet Förder- und Schutzbestimmungen, die die Sicherstellung und Erhaltung des Arbeitsplatzes sichern sollen (vgl. BMSG 2003, 106). Das Behinderteneinstellungsgesetz basiert auf 3 Säulen, die im Anschluss noch näher erläutert werden (vgl. ebd.).

3.3.1.1 Beschäftigungspflicht

Die Beschäftigungspflicht verpflichtet jeden Dienstgeber dazu, bei einer Anzahl von 25 Arbeitnehmern einen begünstigt Behinderten einzustellen. Wird dieser vom Gesetz festgelegte Auftrag nicht erfüllt, ist für jeden nicht besetzten Behindertenarbeitsplatz eine Ausgleichstaxe zu entrichten. Derzeit beläuft sich die Ausgleichstaxe auf einen monatlichen Betrag von 213 Euro. Die Berechnung der Ausgleichstaxe erfolgt einmal jährlich durch das Bundessozialamt. Zur Ausgangslage der Vorschreibung dient immer das vergangene Jahr als Berechnungsgrundlage (vgl. BMSAK 2009, 147).

3.3.1.2 Finanzielle Anreize für den Dienstgeber

Zur zweiten Säule des Behinderteneinstellungsgesetzes zählen in Form von finanziellen Anreizen der Lohnkostenzuschuss und Subventionen bei der Arbeitsplatzadaptierung (vgl. ebd.; BMSG 2003, 106). Dem Arbeitgeber kann „Integrationsbeihilfe“ als Lohnkostenzuschuss befristet für 3 Jahre genehmigt werden. Zwei Bedingungen sind für die Genehmigung der Integrationsbeihilfe jedoch von zentraler Bedeutung. Der zu Beschäftigende muss arbeitslos gemeldet sein und die Dauer der Anstellung muss mindestens 3 Jahre betragen. Eine weitere Fördermaßnahme stellt die Adaptierung des Arbeitsplatzes dar. Sofern Einschränkungen bei der Leistung des Beschäftigten entstehen, können Beihilfen zur Arbeitsplatzanpassung beantragt werden (vgl. ebd., 169f). Die Höhe des Betrages ist von

mehreren Parametern, wie dem „Alter, Geschlecht, Dauer der Arbeitslosigkeit, Art des Dienstverhältnisses“ (vgl. ebd., 169), abhängig.

3.3.1.3 Schutzrecht für den Dienstnehmer

Diese dritte und somit letzte Maßnahme schützt den behinderten Arbeitnehmer vor einer Kündigung auf Grund seiner Einschränkungen, Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation oder geplanten Umstrukturierungsmaßnahmen (vgl. BMSAK 2009, 149). Der endgültige Beschluss einer Entlassung unterliegt dem Behindertenausschuss. Eine Kündigung wird unter bestimmten Voraussetzungen erteilt, wenn:

- der Aufgabenbereich des Arbeitnehmers wegfällt, es aber keinen entsprechenden Ersatzarbeitsplatz mehr gibt
- der behinderte Arbeitnehmer nicht mehr fähig ist, seiner Arbeitsleistung laut Arbeitsvertrag nachzukommen und es unabsehbar ist, wann mit einer Wiederaufnahme gerechnet werden kann und sich kein entsprechender Ersatzarbeitsplatz einrichten lässt
- bei grober Pflichtverletzung seitens der behinderten Person und wenn bei einer Weiterbeschäftigung mit arbeitsdisziplinären Folgen gerechnet werden muss (vgl. ebd., 150).

Dieser Kündigungsschutz erhält allerdings erst ab dem 7. Beschäftigungsmonat seine Gültigkeit. Diese Frist soll sowohl als Anreiz dienen, als auch dem Arbeitgeber genügend Zeit verschaffen, sich der Fähigkeiten und der Leistungsbereitschaft des behinderten Arbeitnehmers zu versichern (vgl. Hofer 2007, 2).

3.3.2 Bundesbehindertengesetz

Das Bundesbehindertengesetz (BBG) trat mit 1. Juli 1990 in Kraft (vgl. BMSA 1993, 7) und ist seither grundsätzlich für die Koordination verschiedener Bereiche des Behindertenwesens, welche im Behindertengesetz geregelt werden, zuständig (vgl. BMSAK 2009, 78). Mitunter betrifft dies einen gesetzlich verankerten Rehabilitationsanspruch, welches die Rehabilitationsträger dazu verpflichtet, die notwendigen Maßnahmen eines Rehabilitationsprozesses aufeinander abzustimmen (vgl. ebd.). Ebenso hat das BBG Einfluss

bei der Genehmigung und Bewilligung von finanzieller Unterstützung durch den Unterstützungsfond infolge eingetretener Notlagen in Form von Umbauarbeiten oder wenn es zu Einschränkungen der Mobilität führt (vgl. ebd., 81). Als zentraler Schritt wurde ein auf Bundesebene gültiger Behindertenpass eingeführt. Ausstellungsgrund ist ein Behinderungsgrad von mindestens 50 % und gilt als Nachweis des Behinderungszustandes bei Behörden sowie Inanspruchnahme verschiedenster Begünstigungen (vgl. ebd., 83).

4 ICF

Das ICF Modell (International Classification of Functioning, Disability and Health) zu Deutsch „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ ist eines von mehreren Klassifikationsmodellen, welches von der WHO entwickelt wurde, um den Gesundheitszustand einer Person bis ins Detail zu erfassen. Kennzeichen aller Modelle ist dabei die einheitliche und standardisierte Sprache, um die Kommunikation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen zu erleichtern (vgl. DIMDI 2005, 9).

Ein Austausch über Krankheitsschäden und deren Folgen soll innerhalb der Fachgruppen wie Medizin, Pädagogik und Psychologie vereinheitlicht, aber auch vereinfacht werden. Dabei ist die standardisierte Form der Anwendung klar vorgegeben (vgl. ebd., 9). Die spezielle Klassifikation der mit Gesundheit zusammenhängenden Zustände erleichtert nicht nur die Verständigung innerhalb der Fachdisziplinen, auch die Bedürfnisse und Therapieerfolge können präziser erfasst und dokumentiert werden, was in weiterer Folge eine Verbesserung für den Patienten darstellt (vgl. Ewert/Struck 2007, 955).

4.1 Entstehung des Konzepts ICF

In den letzten Jahren hat sich das Verständnis von Behinderung wesentlich verändert. Wurde früher der Blick auf die Schädigung und Beeinträchtigung gelegt, so sind es heute soziale Aspekte von Behinderung, die immer mehr und mehr in den Blickpunkt rücken (vgl. Theunissen 2002, 7). Forderungen nach Gleichstellung, Autonomie und Selbstbestimmung und die Stärkungen der Rechte für behinderte Menschen wurden zu zentralen Leitthemen gemacht, und kontinuierlich sozialpolitische Veränderungen in der Behindertenhilfe umgesetzt (ebd., 1f). Laut Wüllenweber (2004, 51), wird Behinderung „aufgrund ihrer sozialen Wirkung und gesellschaftlichen Benachteiligung nicht mehr primär als individuelle, sondern als soziale Kategorie gesehen und definiert“.

Ähnlich wie sich die Sichtweise von Behinderung änderte, so entwickelte sich zugleich das Konzept der ICF als Nachfolgemodell der ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps), übersetzt 'Internationale Klassifikation der Schädigung, Fähigkeitsstörung und Beeinträchtigung', weiter. Grundsätzlich war auch schon die ICIDH auf das dreidimensionale Modell aufgebaut, welches eine Krankheit und die mit

ihr einhergehenden Gesundheitsfolgen dazustellen versuchte, jedoch ging es vielmehr um die Beschreibung der negativen Auswirkungen von Krankheiten, als um die Folgen einer Krankheit für die Person in ihren aktuellen Lebensvollzug (vgl. Ewert/Stucki 2007, 953).

Nach der dreidimensionalen Konzeption der ICDH manifestiert sich eine Gesundheitsstörung als

1. 'Impairment' - Schädigung
2. 'Disability' – Fähigkeitsstörung
3. 'Handicap' – Beeinträchtigung (vgl. Jochheim/Matthesius 1995, 5).

Die Dimensionsebene der Schädigung 'impairment' befasst sich ausschließlich mit dem augenblicklichen Krankheitszustand. Das Krankheitsbild kann dabei von kurzfristiger Dauer sein, oder als bleibender und unveränderlicher Schaden bestehen bleiben. Die Schädigung basiert dabei auf einer Struktur- oder Funktionsstörung und kann dabei die Entwicklung teilweise oder im Ganzen beeinträchtigen.

Unter einer Fähigkeitsstörung/Behinderung 'disability' wird der normabweichende Zustand beschrieben. Der Betroffene erfährt Einschränkungen, die ihn im Vergleich zu Menschen selbigen Alters, Kulturkreises und Geschlechts in der Verrichtung alltäglicher Aktivitäten beeinträchtigt.

Die dritte Ebene 'handicap' befasst sich mit der Beeinträchtigung/Benachteiligung von sozialen Lebens- und Gesellschaftsbereichen wie der Wohn-, Arbeits- und Freizeitgestaltung. Aufgrund einer Schädigung und nachfolgender Behinderung kann der betroffene Mensch sowohl auf persönlicher Ebene (körperlicher und geistiger) als auch auf sozialer Ebene (beruflicher und gesellschaftlicher) benachteiligt sein (vgl. Jochheim/Matthesius 1995, 5ff).

Wie hier ersichtlich wird, war die ICDH zwar schon darauf bedacht, die gesundheitlichen Folgen und negativen Begleiterscheinungen einer Gesundheitsstörung in Betracht zu ziehen, jedoch sehr Individuums bezogen. Aufgrund der defizitorientierten Sichtweise der ICDH wurde das Modell „als medizinisches Modell von den internationalen Behindertenverbänden kritisiert, da sie zu sehr und einseitig auf Defizite abgestellt war und die Fähigkeiten behinderter Menschen ausblendete“ (Speck 2003, 197). Ebenso wie Speck merken Ewert und

Stucki (2007, 953) an, war die ICIDH „mehr oder weniger als kausales Krankheitsmodell konzipiert“.

Die Konsequenz dessen war, dass das Konzept der ICIDH in Kooperation von Fachleuten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz überarbeitet und erweitert wurde und in einem Revisionsprozess im Mai 2001 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedet wurde (vgl. DIMDI 2005, 4). Grund für eine Ergänzung waren die Überlegungen hinsichtlich des Einbezogeneins einer Person in ihre Umwelt. Die Vervollständigung war notwendig, um alle Kontextfaktoren zu berücksichtigen, welche mit einer Person und ihrem Lebenshintergrund zusammen hängen (vgl. ebd.).

Die ICF kann somit als das erweiterte und vervollständigte Modell der ICIDH angesehen werden. „Das bio-psycho-soziale Modell, auf dem die ICIDH in Ansätzen basiert, wurde mit der ICF erheblich erweitert und damit der Lebenswirklichkeit Betroffener besser angepasst“ (Schuntermann 2007, 12).

4.2 Modelle der Behinderung

Der Mensch als bio-psycho-soziale Einheit. Im Konzept der ICF stehen sich zwei Modelle gegenüber. Zum einen das medizinische und zum zweiten das soziale Modell von Behinderung.

Der Ansatz des medizinischen Modells sieht Behinderung als einen regelwidrigen Zustand an, welcher durch ein vorangegangenes Gesundheitsproblem verursacht wurde und somit zu einer Schädigung geführt hat. Eine Behinderung aus medizinischer Sicht ist somit das bleibende und oftmals auch sichtbare Ergebnis einer vorangegangenen Schädigung und führt in vielen Fällen zu einer permanenten Einschränkung der Funktionsfähigkeit auf körperlicher als auch auf geistiger Ebene (vgl. Schramme 2003, 180). Sie kann „vorübergehend oder dauerhaft, [...] geringfügig oder schwerwiegend und zeitlichen Schwankungen unterworfen sein“ (Schuntermann 2007, 41). Nach Schramme (vgl. 2003, 180) muss aber eine körperliche oder geistige Schädigung der Funktionsfähigkeit nicht unmittelbar mit einer Beeinträchtigung des Wohlbefindens eines Menschen zusammenhängen. So ist es auch für Menschen mit Behinderung möglich, trotz Einschränkungen ein normales Leben zu führen, ohne dadurch beeinträchtigt zu sein (vgl. ebd.).

Das soziale Modell hingegen betrachtet Behinderung als ein gesellschaftlich verursachtes Problem (vgl. Schuntermann 2007, 29f). Demzufolge wird Behinderung nicht durch eine Schädigung des physischen und psychischen Organismus hervorgerufen, sondern entwickelt sich innerhalb gesellschaftlicher Prozesse. „Die Ursache einer Behinderung liegt demnach weder in der betreffenden Person selbst oder ihrer Eigenschaften noch in ihrer biologischen bzw. körperlichen Verfassung, sondern im Prozess der Interaktion bzw. in den Zuschreibungen, die sich etwa in gesetzlichen oder baulichen Barrieren manifestieren“ (Dannenbeck 2007, 105).

Ebenso meint Rentsch (vgl. 2006, 31), ist Behinderung nicht ein persönliches Problem eines Menschen, sondern entsteht in einem Wechselwirkungsprozess vorherrschender Bedingungen. Demzufolge „erfordert die Handhabung dieses Problems soziales Handeln, und es gehört zu der gemeinschaftlichen Verantwortung der Gesellschaft in ihrer Gesamtheit, die Umwelt so zu gestalten, wie es für eine volle Partizipation des Menschen mit Behinderung an allen Bereichen des sozialen Lebens erforderlich ist“ (ebd.).

Daraus resultierend kann ein Behinderungszustand durch Barrieren und Förderfaktoren von Seiten der Gesellschaft hervorgerufen, aber auch begünstigt und dadurch positiv verändert werden. So werden Beeinträchtigungen und Einschränkungen durch das Umfeld mitbestimmt. Das Verändern von Gegebenheiten, beispielsweise durch Hilfsmittel und Unterstützungsleistungen, als positive Faktoren, können die Lebenssituation des Geschädigten wesentlich verbessern.

4.2.1 Medizinisches Klassifikationsmodell

Das Modell der ICF gehört, wie bereits angemerkt, zu einer Reihe von Klassifikationsmodellen der WHO und beschreibt und untersucht Gesundheit und mit ihr zusammenhängende Aspekte als Ergänzung zum Modell der Krankheiten – der ICD-10 (vgl. Schuntermann 2007, 12).

Die ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) befasst sich ausschließlich mit der Erfassung von Krankheiten und damit verbundenen Gesundheitsstörungen (vgl. Jochheim/Matthesius 1995, 5ff). Grundlage hierfür ist das biomedizinische Modell. Aus Sicht des medizinischen Modells wird „eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit als ein Problem einer Person“ gesehen, „welches unmittelbar von

einer Krankheit, einem Trauma oder einem anderen Gesundheitsproblem verursacht wird, das der medizinischen Versorgung bedarf, etwa in Form individueller Behandlung durch Fachleute“ (Schuntermann 2007, 29; vgl. DIMDI 2005, 14; 25). Hülshoff (2005, 42f) liefert folgende Erklärung: „Ein klassisch-medizinisches vorwiegend naturwissenschaftlich orientiertes Krankheitsmodell definiert Krankheit als einen regelwidrigen Funktionszustand körperlicher Organe, der eine spezifische Ursache, bestimmte Grundstörungen, typische Symptome und eine beschreibbare Prognose aufweist“.

Speziell dieses Konzept fand vor allem im Gesundheitsbereich Einzug, da es eine genaue Klassifizierung von Krankheiten und deren Auswirkungen ermöglicht. Wie allen Klassifikationsmodellen der WHO liegt auch der ICD eine einheitliche und normierte Gliederung vor, was die Beschreibung von Krankheit und Krankheitszuständen wesentlich erleichtert. So dient die ICD mit ihrer standardisierten Beschreibung von Krankheiten unterschiedlichen Berufsgruppen des Gesundheitswesens als Grundlage für die übergreifende Kommunikation (vgl. Schuntermann 2007, 13).

Die ICD und die ICF stehen sich als Komplementärklassifikationen gegenüber und sollten immer beide gleichzeitig angewandt werden. Da die ICD rein die Problembeschreibung in Bezug auf ein Gesundheitsproblem einer Person liefert, stößt die ICD als Klassifikationsmodell der Krankheiten auf Grenzen, wenn über Gesundheitszustände und ihre Auswirkungen und nicht über Krankheit selbst gesprochen wird (Ewert/Stucki 2007, 953). Ebenso führen Nürnberg et al. (vgl. 2010, 254) an, ist die ICD auch im Bereich der Rehabilitation unzureichend anwendbar. Zwar werden Krankheiten und daraus unmittelbar resultierende Beeinträchtigungen beschrieben, jedoch wird zu wenig Augenmerk auf die Lebenssituation der Betroffenen gelegt (vgl. ebd.).

Abschließend kann festgehalten werden: Die Betrachtung liegt hauptsächlich auf der krankheitsbezogenen Sichtweise. Eine Behinderung wird als Defizit der Person verstanden, welches durch eine entsprechende Versorgung beseitigt werden kann (vgl. Stadler 1993, 167). Schädigungen, seien sie nun körperlicher oder seelischer Art, bedürfen einer raschen Versorgung und Behandlung durch qualifizierte Fachleute um Spätfolgen zu vermeiden. Dieses Modell ermöglicht zwar eine bessere Beschreibung von Krankheit und den mit ihr einhergehenden Ursachen und Verläufen, womit der Behandlungserfolg besser bestimmt und überprüft werden kann, hingegen werden Einflussfaktoren wenig berücksichtigt (vgl.

Hüslhoff 2005, 43). Vor allem positive Einflussfaktoren wie pädagogische oder psychologische Unterstützungsleistungen, oder das eigene persönliche Potential finden in diesem Modell wenig Berücksichtigung (vgl. ebd.).

Der ICF kommt eine ergänzende Position im Vergleich zur ICD zu. Die ICD übernimmt allein die Beschreibung und Diagnose von Krankheiten. So liefert zum Beispiel die ICD die genaue Beschreibung eines Schlaganfalls. Das „zunächst eine auf die Person bezogene Ursachenanalyse der Schädigung vornimmt (Anamnese), dann auf dieser beruhende, isolierbare Maßnahmen (Therapie) vorsieht und schließlich eine Gesundung, zumindest Besserung oder Kompensation feststellt. Dieser Dreierschnitt gilt als Voraussetzung für eine berufliche bzw. soziale (Wieder-)Eingliederung“ (Biermann 2008, 18f). Welche Auswirkungen dieser auf den Betroffenen hat, kann nur durch die Einteilung der ICF nachvollzogen werden. (vgl. Nüchtern/Mohrmann 2006, 12).

Ähnlich wie in der Behindertenarbeit, herrschte auch in der Medizin das medizinische Denkmodell lange Zeit vor. Jedoch hat im Laufe der Jahre hinsichtlich der Schädigungen und daraus resultierenden Beeinträchtigungen ein Umdenken stattgefunden, wonach Behinderung mehr nach sozialen Gesichtspunkten, als nach Ursachenanalyse der körperlichen und geistigen Schädigung Beachtung findet.

4.2.2 *Bio-psycho-soziales Modell*

Die ICF vereint in ihrem biopsychosozialen Ansatz sowohl das medizinische als auch das soziale Modell von Behinderung in integrierender Weise (vgl. DIMDI 2005, 25). Wie auch im Wechselwirkungsprozess (Abb. 1) ersichtlich, entsteht eine Behinderung aus einer Kombination mehrerer Faktoren. „Die ICF versucht eine Synthese zu erreichen, die eine kohärente Sicht der verschiedenen Perspektiven von Gesundheit auf biologischer, individueller und sozialer Ebenen ermöglicht“ (Rentsch 2006, 31).

Resultierend daraus entsteht eine Behinderung in der Interaktion zwischen dem Gesundheitsproblem einer Person und im Kontext der äußeren Einflüssen auf ihre Lebenssituation (vgl. ebd., 170).

Der ICF liegt kein allgemeingültiger Behindertenbegriff zugrunde. Vielmehr verwendet die ICF 'Behinderung' für die Beschreibung des mehrdimensionalen Phänomens, welches aus der

Interaktion von Menschen mit ihrer Umwelt resultiert (vgl. DIMDI 2005, 170; vgl. DIMDI 2011, 308). Deshalb geht es ICF als Klassifikationsmodell nicht um die Festlegung eines quasi allgemeingültigen Behindertenbegriffes, sondern sie versucht die Merkmalsentstehung von Behinderung als Prozess aufzuzeigen (vgl. ebd.).

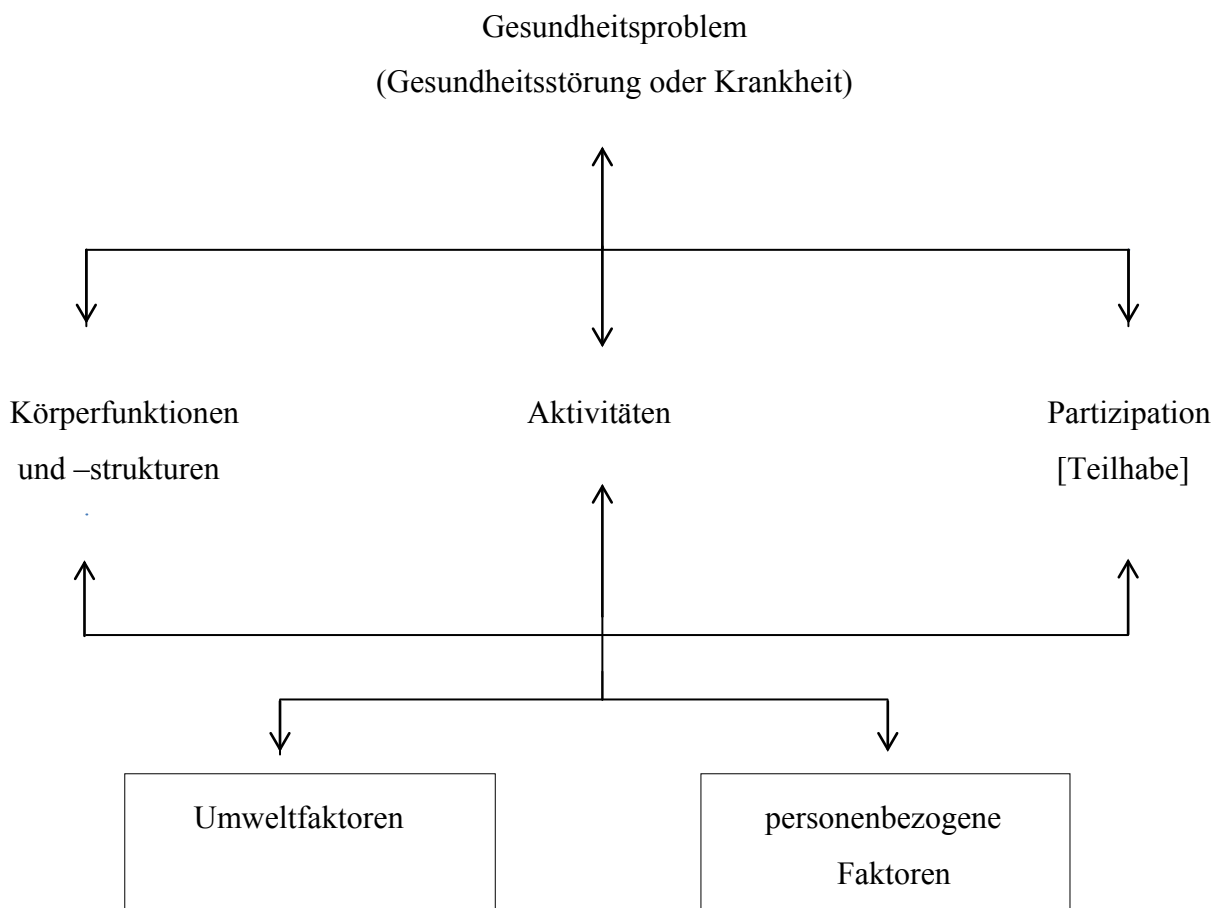


Abbildung 1: Wechselwirkungsprozess zwischen den Komponenten der ICF (DIMDI 2011, 46)

4.2.3 Begriff Gesundheit

Den Ausführungen von Krebs (1996, 46) zufolge handelt es sich bei Gesundheit um einen Zustand, der sich nach der Befindlichkeit einer Person richtet, aber als solcher nicht genau festgestellt werden kann. Die allgemeine Vorstellung von Gesundheit bezieht „sich überwiegend auf körperliche (somatische) Intaktheit, Schönheit und Fitness, gesellschaftlich

erfolgreiche Leistungsfähigkeit und Leidvermeidung“ (ebd.). Wie im Behindertenkonzept der österreichischen Bundesregierung, in Anlehnung an die WHO, beschrieben, handelt es sich bei Gesundheit um einen Zustand des körperlichen, geistigen und des sozialen Wohlbefindens (BMAS 1993, 40).

In den aktuellen Beschreibungen der WHO geht es nicht mehr um Beschreibung von Gesundheit alleine, vielmehr richtet sich das Verständnis nach der ganzheitlichen Sichtweise eines Gesundheitszustandes und dem Wohlbefinden eines Betroffenen. Rückschlüsse auf einen Gesundheitszustand lassen sich demnach nur innerhalb der Domänen feststellen (vgl. DIMDI 2005, 144).

4.3 Konzept der ICF

Wie in Abb. 2 ersichtlich ist, gliedert sich das Konzept der ICF in zwei Teile, die wiederum in jeweils zwei weitere Komponenten unterteilt werden:

Teil 1: Funktionsfähigkeit und Behinderung

- a) Körperfunktionen und –strukturen
- b) Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]

Teil 2: Kontextfaktoren

- c) Umweltfaktoren
- d) Personenbezogene Faktoren

Die eben aufgezählten Komponenten werden aufgeteilt in mehrere Domänen, die sich sowohl positiv als auch negativ auf den Gesundheitszustand eines Menschen auswirken können, beschrieben.

Eine geschädigte Person kann in jedem dieser vier Bereiche beeinträchtigt sein oder von der Gesellschaft beeinträchtigt werden. (vgl. DIMDI 2005, 9).

	Teil 1: Funktionsfähigkeit und Behinderung		Teil 2: Kontextfaktoren	
Komponenten	Körperfunktionen und -strukturen	Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]	Umweltfaktoren	personenbezogene Faktoren
Domänen	Körperfunktionen, Körperstrukturen	Lebensbereiche (Aufgaben, Handlungen)	Äußere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung	Innere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung
Konstrukte	Veränderung in Körperfunktionen (anatomisch) Veränderung in Körperstrukturen (anatomisch)	Leistungsfähigkeit (Durchführung von Aufgaben in einer standardisierten Umwelt) Leistung (Durchführung von Aufgaben in der gegenwärtigen, tatsächlichen Umwelt)	fördernde oder beeinträchtigende Einflüsse von Merkmalen der materiellen, sozialen und einstellungsbezogenen Welt	Einflüsse von Merkmalen der Person
positiver Aspekt	Funktionale und strukturelle Integrität		positiv wirkende Faktoren	nicht anwendbar
	Aktivität Partizipation [Teilhabe] Funktionsfähigkeit			
negativer Aspekt	Schädigung		negativ wirkende Faktoren (Barrieren, Hindernisse)	nicht anwendbar
	Beeinträchtigung der Aktivität Beeinträchtigung der Partizipation [Teilhabe] Behinderung			

Abb. 2: Überblick über die ICF (DIMDI 2005, 17)

4.3.1 Ebene der Körperfunktion und –struktur

Die Ebene der Körperfunktion befasst sich in der Gesamtheit mit den im Menschen ablaufenden Funktionssystemen. Dabei finden sowohl die psychologischen als auch die physiologischen Funktionen in gleicher Weise Beachtung. Darüber hinaus beinhaltet diese Komponente eine detaillierte Klassifizierung der Sinnesfunktionen.

Die Sektion der Körperstruktur liefert eine Beschreibung über anatomische Teile des menschlichen Körpers wie beispielsweise Organe oder Gliedmaßen (vgl. DIMDI 2005, 17; DIMDI 2011, 38; vgl. Ewert/Stucki 2007, 954).

4.3.2 Ebene der Aktivität und Partizipation [Teilhabe]

Die Komponente der Aktivität und Partizipation umfasst die Beschreibung von wichtigen Lebensbereichen inklusive Beeinträchtigungen, denen ein Mensch auf Grund einer persönlichen Einschränkung, als auch innerhalb von Beziehungssystemen, ausgesetzt ist. Die Aktivität beschreibt dabei die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung und die Partizipation das Eingebundensein eines Menschen in eine Lebenssituation (vgl. DIMDI 2005, 19; vgl. DIMDI 2011, 41).

Da sich die Diplomarbeit näher mit den Einschränkungen und Beeinträchtigungen von jugendlichen Schlaganfallpatienten vor allem in den Bereichen der Aktivität und Partizipation beschäftigt, wird noch im Kapitel 5 näher darauf eingegangen.

4.3.3 Ebene der Kontextfaktoren

Der Bereich der Kontextfaktoren gliedert sich in Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren, wobei diese Komponenten den gesamten Lebenshintergrund einer Person abbilden. Die Umweltfaktoren sind in einer eigenen Komponente der ICF abgebildet und beschreiben „die vom Menschen geschaffene materielle Welt, andere Menschen in verschiedenen Beziehungen und Rollen, Einstellungen und Werte, Sozialsysteme und Dienste sowie Handlungsansätze, Regeln und Gesetze“ (DIMDI 2011, 276). Die Umweltfaktoren umfassen dabei externe Gegebenheiten wie die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt. Extern bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Person selbst keinen Einfluss auf diese Faktoren hat und sie außerhalb des individuellen Einflussbereichs liegen. Darunter fallen

beispielsweise gesellschaftliche Strukturen wie Organisationen, soziale Netzwerke, gesetzliche Vorgaben oder aber auch Einstellungen und kulturspezifische Weltanschauungen. Obgleich diese Faktoren nicht individuell beeinflussbar sind, können diese die Leistungsfähigkeit einer Person sowohl positiv als auch negativ beeinflussen.

„Typische Barrieren können mangelnde bauliche Anpassung [...] oder aber auch gesellschaftliche Vorurteile gegenüber Erkrankungen sein“ (Ewert/Stucki 2007, 954).

Die personenbezogenen Faktoren bilden den Lebenshintergrund, also die unmittelbare persönliche Umwelt, einer Person ab. Darunter fallen die Attribute und Eigenschaften einer Person wie auch die persönliche Umwelt etwa Familie, Peergroups, Schule oder Arbeitsplatz. Personenbezogene Faktoren umfassen grundsätzlich Gegebenheiten, die aber nicht Teil des Gesundheitsproblems einer Person sind. Demnach bilden die Kontextfaktoren eine notwendige Grundlage für die Beschreibung und Klassifizierung des Gesundheitszustandes einer Person.

Wie in Abb. 1 ersichtlich, werden die personenbezogenen Faktoren als eigene Komponente aufgelistet, jedoch wurden diese von der WHO in der ICF noch nicht klassifiziert (vgl. DIMDI 2005, 21 & 22; vgl. DIMDI 2011, 44 & 276; vgl. Schuntermann 2007, 20 & 23).

4.4 Funktionale Gesundheit

In der Beschreibung der funktionalen Gesundheit werden alle wichtigen Lebensbereiche hervorgehoben, in welchen der behinderte Mensch Einschränkungen erfahren kann. Gleichsam kann eine Schädigung der Körperfunktion sowohl zu einer Beeinträchtigung im Bereich der Aktivität, als auch in weiterer Folge zu Problemen bei der Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen führen. Ein Vergleich der funktionalen Gesundheit wird dabei an der Lebensweise von „normalen Menschen“ gezogen. Die Darstellung der funktionalen Gesundheit kann nicht mit einer Begriffsdefinition gleichgesetzt werden, jedoch hat sich diese Beschreibung des Gesundheitszustandes in der Kommunikation als nützlich erwiesen (vgl. Schuntermann 2007, 19).

„Eine Person ist funktional gesund, wenn – vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren-

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und –strukturen),
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder –strukturen oder der Aktivität erwartet wird (Konzept der Partizipation [Teilhabe] an Lebensbereichen“ (DIMDI 2005, 4; vgl. Schuntermann 2007, 19).

Ein Bezug zum Begriff „Behinderung“ wird in dieser Beschreibung nicht explizit hergestellt und auch nicht näher beschrieben, da Einschränkungen auf den Ebenen der Körperstruktur/Körperfunktion, Aktivität und Partizipation unter Einbezug der Umweltbedingungen, eine Person in den meisten Fällen in ihrer Lebenssituation behindern. Einschränkungen können im Bereich „des Körpers, des Individuums und der Gesellschaft“ (vgl. DIMDI 2005, 9) passieren.

4.5 Anwendungsbereiche der ICF

Ausgehend von einem Paradigmenwechsel in der Behindertenarbeit, welche nicht mehr von einer personenbezogenen und damit defizitären, sondern von einer gesellschaftlich bedingten Ursache von Behinderung ausgeht, gewinnt das ICF Modell auch für Politik und Gesetzgebung immer mehr an Bedeutung. In der österreichischen Gesetzgebung findet die ICF vor allem bei der Beschreibung von Behinderung Einzug. Ebenso wie in Österreich wurden entsprechend der Vorgaben des ICF Modells in Deutschland die Leistungen zur Teilhabe im neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) bestimmt. Darüber hinaus werden relevante Punkte zur Rehabilitation durch die ICF beschrieben (vgl. Ewert/Struck 2007, 958). Gerade auch für den Bereich der Rehabilitation ist die Feststellung des Gesundheitszustandes und etwaiger zurückbleibender Schäden und möglichen Auswirkungen auf den weiteren Lebensvollzug von enormer Bedeutung. Insbesondere für die gesetzliche Versicherung zur Gewährleistung einer Rehabilitation (vgl. DIMDI 2005, 11). Beispielsweise dient die genaue und einheitliche Zuordnung und Klassifizierung von Gesundheitsschäden der gesetzlichen

Krankenkasse, wenn es darum geht Fördermaßnahmen und Hilfeleistungen festzulegen (vgl. Ewert/Stucki 2007, 958). Je nach Schweregrad, werden rehabilitative Maßnahmen und Therapien angewendet, um die Gesundheitsstörung der betroffenen Person soweit als möglich zu beseitigen (vgl. ebd.), mit dem Ziel den Gesundheitszustand wiederherzustellen, damit der Mensch an der Gesellschaft partizipieren kann und eine berufliche (Wieder-)Eingliederung zu gewährleisten (vgl. Nürnberg et al. 2010, 254).

4.6 ICF-CY

Die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit für Kinder und Jugendliche“ entspricht dem allgemeinen Modell der ICF in Aufbau, Struktur und Anwendung. Jedoch wurde dieses entsprechend den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen unter Berücksichtigung ihres Entwicklungsstandes in verschiedenen Punkten erweitert und vervollständigt (vgl. DIMDI 2011, 9). Die Items wurden in den Komponenten erweitert und modifiziert, Inhalte neu konzipiert und nicht verwendeten Codes zugeordnet (vgl. ebd., 11). Die Ausrichtung der ICF-CY Version ist vor allem in den Sektoren Gesundheit, Bildung und Sozialwesen speziell für Kinder und Jugendliche entwickelt worden (vgl. ebd., 9). Da sich die Ausprägung einer Behinderung oder einer chronischen Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen anders entwickelt als vergleichsweise bei Erwachsenen, müssen die Unterschiede entsprechend der Altersentwicklung Berücksichtigung erfahren (vgl. ebd., 9f).

Zu den Besonderheiten der ICF-CY zählt wohl der Einbezug des familiären Umfeldes (vgl. DIMDI 2011, 15). Den familiären und unmittelbaren Bezugspersonen wie Eltern, Großeltern, Freunden, Verwandten und Bekannten kommt eine wesentliche Bedeutung bei Krankheitsbewältigungsprozessen zu. Für Kinder und Jugendliche sind Unterstützungsleistungen aus der unmittelbaren Umwelt, für den Genesungsprozess von entscheidender Bedeutung. Hierzu steht in der ICF-CY (vgl. DIMDI 2011, 15) wird das Kindes- und Jugendalter von Veränderungen und dem Rückhalt der Familien und den Bezugspersonen bestimmt. Gerade das Jugendalter oder Adoleszenz ist durchwachsen mit der Abgrenzung zur eigenen Persönlichkeit und der Abhängigkeit von Bezugspersonen und dem Eingebunden sein in familiäre Prozesse. „Der Einfluss der familiären Interaktion auf die

Funktionsfähigkeit des Kindes ist in dieser Phase der Entwicklung größer als zu irgendeinem späteren Zeitpunkt seiner Lebensspanne“ (vgl. ebd.).

4.6.1 Jugendalter

Das Jugendalter ist keine genau definierbare Altersspanne, welches sich nach bestimmten Jahren diagnostizieren lässt. Vielmehr kann dieses erst an bestimmten biologischen und persönlichen Faktoren und damit einhergehenden Veränderungen festgestellt werden, wobei Übergänge zwischen den Individuen variieren. Petermann (vgl. 2003, 65) beschreibt das Jugendalter allgemein hin als schwierige Lebensphase, bei welcher es zu vielen Veränderungen auf körperlicher, geistiger aber auch sozialer Ebene kommt und das das Finden der eigenen Identität kennzeichnend für diesen Altersabschnitt ist (vgl. ebd.). Hagen und Schwarz (vgl. 2009, 47) hingegen grenzen den Bereich zwischen 12 und 18 Jahren ein, weisen im Zuge dessen aber darauf hin, dass das Jugendalter mit der Geschlechtsreife beginnt und ein Übertritt ins Erwachsenenalter mit der Übernahme einer eigenverantwortlichen Lebensführung erkannt wird. Hagen und Schwarz (ebd.) schreiben folgendes dazu: „So wird die psycho-sexuelle Reife immer früher erreicht, während sich Auszug und Unabhängigkeit deutlich nach hinten verschoben haben, infolge verlängerter Ausbildungszeiten und Schwierigkeiten beim Berufseinstieg“.

Das Jugendalter kennzeichnet somit einen Lebensabschnitt, das mit hohen Anforderungsleistungen einhergeht. „Jugendliche stehen vor der Herausforderung, die schnelle Veränderung von Körpermerkmalen zu verarbeiten und zugleich soziokulturelle Anpassungs- und sozioökonomische Qualifizierungsleistungen zu erfüllen“ (Hurrelmann 2007, 157).

Behinderung bei Kindern und Jugendlichen zu kodieren, erfordert nach der ICF-CY (vgl. 2011, 19) besonderes Wissen und Kenntnisse von Entwicklungszusammenhängen und Entwicklungsprozessen. Da sich die Entwicklung eines Kindes oder Jugendlichen nicht nach vorgefertigten Mustern entwickelt, müssen die Unterschiede zwischen den normalen und den untypischen Entwicklungsverläufen erkannt werden. Es gilt zu bedenken, „dass „Normalität“ altersabhängig und „normale Funktionsfähigkeit“ gemäß dem jeweiligen Alter und seiner vermittelnden Rolle gegenüber der Umwelt von Kindern und Jugendlichen zu verstehen ist“ (ebd.).

5 Aktivität und Partizipation

In diesem Teil der Arbeit werden zunächst die Auswirkungen einer Hirnschädigung, vor allem für den beruflichen Bereich näher erläutert und dargestellt. Anschließend wird auf die Partizipation [Teilhabe] von Menschen mit Behinderung in Bezug auf Erwerbstätigkeit eingegangen.

Wie bereits im Kapitel 2.3 aufgezeigt wurde, kann eine Schädigung des Gehirns zu einem Verlust von vielerlei spezifischen Fertigkeiten und Fähigkeiten führen und sich als Störungen auf der körperlichen, geistigen und der emotionalen Ebene manifestieren. Besonders wirkt sich aber nach Rentsch (vgl. 2006, 50) eine Hirnschädigung auf die Aktivitäts- und die Partizipationsebene aus, vor allem aber auf bedeutende Lebensbereiche wie Erziehung und Bildung, Arbeit und Beschäftigung, wirtschaftliches Leben und Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben (vgl. ebd. 2006, 50ff).

Im ICF Modell werden diese in den Komponenten der Aktivität und Partizipation [Teilhabe], auch als Domänen bezeichnet, wie nachfolgend dargestellt. Diese sind gebündelt in einer einzigen Liste beschrieben (vgl. DIMDI 2011, 41).

1. Lernen und Wissensanwendung
2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
3. Kommunikation
4. Mobilität
5. Selbstversorgung
6. Häusliches Leben
7. Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
8. Bedeutende Lebensbereiche
9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

Die Beschreibung der einzelnen Domänen umfasst dabei personenrelevante und grundlegende Lebensbereiche zum einen und zum anderen auch den Bereich der zwischenmenschlichen Interaktionen (vgl. ebd.). Anhand der Auflistung wird ersichtlich, dass auf alle zentralen Lebensbereiche einer Person Bezug genommen wird. Obwohl genannte Domänen in einer

Ebene enthalten sind, sollte grundsätzlich zwischen der Aktivitäts- und der Partizipationsebene unterschieden werden. Hierzu dienen die Begriffsbestimmungen und Definitionen der ICF. Demnach wird unter dem Begriff „Aktivität“ die „Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch einen Menschen“ (DIMDI 2005, 16) verstanden. Zu einer Beeinträchtigung der selbigen kommt es, wenn ein Mensch bei der Durchführung von Aufgaben und Handlungen Schwierigkeiten hat (vgl. ebd.).

Unter dem Begriff „Partizipation“ oder auch „Teilhabe“ wird das Einbezogen sein einer Person in eine Lebenssituation verstanden. Hat ein Mensch im Hinblick auf das Einbezogen sein in eine Lebenssituation Schwierigkeiten und Probleme, dann werden diese als Beeinträchtigung der Partizipation [Teilhabe] verstanden (vgl. ebd.)

5.1 Auswirkungen von Hirnschädigungen auf zentrale Lebensbereiche

Eine Behinderung, resultierend und ausgelöst durch einen Schlaganfall, hat zumeist Auswirkungen auf Bereiche der Mobilität und der Selbstversorgung. Gerade Beeinträchtigungen auf der Aktivitätsebene führen zu Problemen bei der selbständigen Lebensführung, da bestimmte Tätigkeiten oft nur durch Hilfsmittel oder mit personaler Unterstützung durchgeführt werden können.

Rentsch (vgl. 2006, 51) gibt an, dass die Wiedererreichung der Selbständigkeit bei schweren Schädigungen nach einem Schlaganfall sehr gering ist, denn besonders Störungen auf der Bewusstseinssebene haben Auswirkungen auf komplexe Fähigkeiten, die oft die Basis für die Wiedererlangung beispielsweise für eine berufliche Tätigkeit bilden. Patienten mit kognitiven Einschränkungen sind weniger stressresistent und psychischen Anforderungen weniger gewachsen. Probleme können schon bei einfachen Aufgaben und Handlungen auftreten (vgl. Rentsch 2006, 48). Selbiges gilt, wenn Menschen vorhandenes Wissen nicht mehr abrufen können, beziehungsweise auf Grund von Aufmerksamkeitsdefiziten Probleme bei der Fokussierung von Handlungsabläufen und zielgerichteten Tätigkeiten bekommen (vgl. ebd.).

Grundsätzlich bilden sich nach Rentsch (vgl. ebd.) funktionelle Schädigungen in der Regel zurück, auch wenn in den meisten Fällen nicht mit einer vollen Funktionserreichung gerechnet werden kann. Es muss damit gerechnet werden, dass ca. ein Drittel der Schlaganfallpatienten mit zurückbleibenden Einschränkungen leben muss (vgl. ebd.). Darunter fallen beispielsweise kognitive Einschränkungen, Bewusstseinsstörungen, sensomotorische und sensorische Störungen, Ausfälle in der Fein- und Grobmotorik,

reduzierte Belastbarkeit oder Ermüdungserscheinungen (vgl. Schubert/Lalouschek 2011, 348; vgl. Rentsch 2006, 48ff).

Für Personen mit eingeschränkter Mobilität, können Probleme beispielsweise bei der selbständigen Haushalts- und Lebensführung entstehen. An diesem Punkt gilt es noch anzumerken, wird unter die Mobilitätsebene nicht nur der Bereich des Gehens und der allgemeinen Fortbewegung, sondern auch Störungen und Ausfälle der Feinmotorik subsumiert (vgl. Rentsch 2006, 48f). Sprachstörungen werden im Umfeld oft falsch gedeutet und mit Denkstörungen gleichgesetzt.

Gerade bei Hirnschädigungen wird das Ausmaß einer Schädigung oftmals erst bei Anforderungen an den Betroffenen bemerkbar (vgl. Rentsch 2006, 54; vgl. Siebert 2011, 691). Beispielsweise sind viele Störungen für einen Außenstehenden nicht sichtbar oder auf den ersten Blick erkennbar. In der Fachzeitschrift *Fragile Suisse* (vgl. 2007, 29) werden diese Schädigungen als „unsichtbare Behinderungen“ bezeichnet. In Hinblick auf die Berufsausübung können sich besonders „unsichtbaren Behinderungen“ nach einer Hirnverletzung belastend auf den Arbeitsverlauf auswirken und dabei verschiedenste Bereiche betreffen. Der Wiedereinstieg ins Erwerbsleben gestaltet sich für viele Menschen nach einer Hirnschädigung problematisch, da Betroffene den Anforderungen am Arbeitsplatz nicht mehr gerecht werden, Konzentrationsschwierigkeiten und eine verminderte Belastbarkeit aufweisen (vgl. ebd.). „Als Folge der verminderten Belastbarkeit brauchen die meisten Menschen mit Hirnverletzungen deutlich mehr Schlaf, von wenigen Stunden bist doppelt soviel wie vorher und müssen sich auch tagsüber regelmäßig für eine Pause hinlegen oder leiden umgekehrt an massiven Schlafstörungen“ (ebd., 29). Gerade im Erwerbsprozess haben Menschen mit Hirnstörungen enorme Probleme, da sie Aufgaben in dem gestellten Ausmaß teilweise nicht mehr erfüllen können, oder Betroffene haben immense Schwierigkeiten Abläufe zu koordinieren. Funktionsausfälle führen zu Problemen beim Denken und beeinträchtigen die Gedächtnisleistung, was auch ein vermindertes Lernvermögen und Probleme der Informationsverarbeitung zur Folge hat (vgl. ebd. 30). Am häufigsten tritt die Aufmerksamkeitsstörung neben der Gedächtnisstörung auf (vgl. *Fragile Suisse* 2008, 11). Gemäß Gauggel (2011, 278) bezeichnet „Aufmerksamkeit die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung eines Aktivierungszustandes, um relevante Informationen registrieren und verarbeiten zu können [...] und zum anderen die Fähigkeit, Informationen für die bewusste

Verarbeitung und für die Planung und Durchführung von Handlungen auszuwählen“. Gauggel (vgl. ebd.) gibt weiter an, wirken sich diese Störungen massiv auf die Lebensumstände des Patienten aus. Es fehlt ihnen an Kompetenz ihr Leben zu organisieren. Dabei haben sie Probleme sowohl beim Planen und beim Lösen von Aufgaben. Ihnen fehlt es oft aufgrund schwerer Defizite Zusammenhänge in der richtigen Art und Weise zu verstehen und entsprechend danach zu handeln (vgl. ebd.).

Insbesondere Verhaltensänderungen haben nach einem Schlaganfall oder einer Hirnverletzung Auswirkungen auf die berufliche Tätigkeit, wodurch soziale Interaktion erschwert wird, und damit eine vollwertige Teilhabe an der Gesellschaft gefährdet ist.

Anhand beschriebener Störungsbilder wird ersichtlich, dass sich die Integration hirngeschädigter Menschen besonders am beruflichen Sektor als schwierig erweist. Betroffene können aufgrund ihrer Schädigungen nicht die benötigten beruflichen Fähigkeiten und Qualifikationen aufweisen, um einen Arbeitsplatz auf lange Sicht ohne Fremdunterstützung zu behalten.

Laut Rentsch (vgl. 2006, 92) gibt es derzeit kaum repräsentative Studien über die Wiedereingliederung von Menschen mit Hirnschädigungen. Diese zeigen eine hohe Diskrepanz zwischen den untersuchten Personen. Studien erfassen demnach entweder Menschen, die zu einer Vollbeschäftigung am regulären Arbeitsmarkt gelangen, andere hingegen erfassen neben Vollbeschäftigung auch Teilzeitkräfte, geschützte Arbeitsplätze aber auch Hausarbeit wird in manchen Studien für eine Tätigkeit herangezogen. Aus diesem Grund ist es schwierig eine Prognose über den tatsächlichen Reintegrationsprozess in die Erwerbsarbeit wiederzugeben (vgl. ebd.).

In der Regel lässt sich allerdings feststellen, dass sich berufliche Wiedereingliederung meist an Arbeitsplätzen vollzieht, die ein niedrigeres Arbeitsniveau aufweisen (vgl. ebd.). Genannte Arbeitsplätze weisen zumeist eine niedrigere Leistungsanforderung auf und sind oftmals mit „Teil- und Vollrente“ verbunden (vgl. ebd.). Ebenso geben Küst und Karbe (vgl. 2004, 41) hierzu an, gibt es am Arbeitsmarkt immer weniger Arbeitsstellen, die auf eine niedrigere physische und psychische Leistungsfähigkeit Betroffener Rücksicht nehmen. Erkennbar ist dies an den hohen Arbeitslosenzahlen behinderter Erwerbsfähiger, die aufgrund der steigenden Anforderungen am allgemeinen Arbeitsmarkt von Ausschluss und Ausgrenzung betroffen sind (vgl. ebd.). Gerade für jüngere Patienten im erwerbsfähigen Alter führt die berufliche Reintegration zu einer höheren Lebenszufriedenheit (vgl. Rentsch 2006, 90). Im

Vergleich zu jenen, die aufgrund ihrer Schädigung in geschützten Werkstätten zu arbeiten beginnen, oder in die Rente gehen (vgl. ebd.).

Berufliche Wiedereingliederungsmaßnahmen sollten demnach immer der Gesamtsituation Rechnung tragen, und dürfen die Bedingungen und Forderungen am allgemeinen Arbeitsmarkt nicht außer Acht lassen (vgl. Küst/Karbe 2004, 41).

5.2 Berufliche Teilhabe

Die Arbeitsmarktsituation gestaltet sich für Menschen mit einer Behinderung immer noch sehr schwierig. So sind behinderte Menschen häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen wie nichtbehinderte Mitbürger. Schäfers et al. (vgl. 2005, 81) weisen in diesem Zusammenhang kritisch darauf hin, dass die berufliche Rehabilitation auf bestehende Entwicklungen am Arbeitsmarkt eingeht, aber es dadurch vermehrt zu einem Ausbau von „(Sonder-) Einrichtungen“ kommt, die viel eher Ausgrenzung als Integration schaffen. Demnach kann Erwerbsarbeit, sofern sie nicht am allgemeinen Arbeitsmarkt vollzogen wird, auch nicht als Zugang für gesellschaftliche Teilhabe angesehen werden.

5.2.1 Arbeit als Integration

Im Behindertenkonzept von 1992 wurde die Integration als zu erreichendes Ziel für behinderte Menschen festgelegt (vgl. BMSAK 2009, 41). Integration sei als gesellschaftliche Aufgabe zu betrachten und fordert eine „umfassende Eingliederung behinderter Menschen in möglichst alle Lebensbereiche“ (BMSAK 2009, 41). Heute beschäftigt sich die österreichische Behindertenpolitik vor allem mit „den Grundsätzen der Teilhabe, [...] Selbstbestimmung, [...] Prävention und dem Vorrang mobiler und ambulanter Hilfen“ (BMSAK 2010, 2). Nicht nur für die Politik, sondern auch für die Pädagogik und die Medizin ist die Teilhabe von Menschen mit Behinderung an der Gesellschaft vorrangiges Ziel geworden. Eine umfassende Teilhabe bedeutet unter anderem die Möglichkeit, individuelle Vorstellungen zu verwirklichen und zudem die Sicherstellung der eigenständigen Lebensführung. Als zentraler Schritt für das Erreichen einer vollwertigen Teilhabe an der Gesellschaft kann die Erwerbstätigkeit angesehen werden.

5.2.2 *Die Bedeutung von Arbeit*

Im Laufe der Jahrhunderte hat sich die Bedeutung von Arbeit wesentlich verändert. Demnach stellte Arbeit aus historischer Sicht eine „Mühe, Last, Fluch, Qual, Buße für menschliche Sündhaftigkeit“ dar und war gekennzeichnet durch eine „fremdbestimmte Existenzform“ (Bieker 2005, 13) und auf der anderen Seite galt Arbeit als „Quelle von Eigentum, Reichtum, Bürgerrechten, Selbstverwirklichung und Lebenssinn“ (ebd.). So beschreibt auch Zwierlein (1997, 18) Arbeit „als Fluch und Segen, als Lust und Last, als Mühsal oder Glück“. Er weist in diesem Zusammenhang auch auf die Doppeldeutigkeit von Arbeit hin (vgl. ebd.). Arbeit wird demnach als ein Prozess des Schaffens und der Entfaltung von eigener Leistung gesehen und zum anderen als Zwang und Belastung (vgl. ebd.).

In der industriellen Gesellschaft bedeutet eine Erwerbstätigkeit wesentlich mehr als ein Nachgehen einer notwendigen Tätigkeit, welche durch ein monatliches Einkommen honoriert wird, denn Industrialisierung und Kommerz haben in den letzten beiden Jahrhunderten zunehmend das Verständnis von Arbeit verändert. Demnach geht eine arbeitende Person nicht nur einer bestimmten Tätigkeit nach und ist somit beschäftigt, sondern erwerbstätig (vgl. Bieker 2005, 12). „Entsprechend ist auch Arbeitslosigkeit nicht durch den Mangel an sinnvoller und zufrieden stellender Betätigung definiert, sondern durch das Fehlen von Erwerbsarbeit“ (ebd.). Erwerbsarbeit meint damit eine zielgerichtete Tätigkeit und dient im Allgemeinen der Güterproduktion (vgl. ebd.). Ein Arbeitsverhältnis sichert die Grundlage der eigenen Existenz und ermöglicht jedem Menschen seinen Beitrag am gesellschaftlichen Leben zu leisten. Erwerbsarbeit erfüllt aber wesentlich mehr Funktionen in unserem Leben. So nehmen Bieker (vgl. 2005, 14f) und Doose (2007, 65f) auf Jahoda Bezug, die in ihrer Arbeit auf zwei Zugangspunkte, nämlich der latenten und der manifesten Funktion von Erwerbsarbeit eingeht. Die latente Funktion der Erwerbsarbeit dient der eigenen Befriedigung persönlicher Bedürfnisse und die manifeste Funktion kann als Dienstleistung für die Produktionsherstellung betrachtet werden.

Die latente Funktion hat für den Menschen folgende Ziele:

- Materielle Absicherung der Lebensbereiche
- Soziale Sicherheit durch Versicherungsschutz
- Strukturbildenden Charakter, wegen wechselndem Tages-, Wochen- und Monatsrhythmus, Trennung von Arbeit und Freizeit

- Erwerbsarbeit ist identitätsstiftend und fördert soziale Kommunikation
- Förderung der Aktivität des Einzelnen durch Aufrechterhaltung bestimmter Anforderungen (vgl. ebd.).

Ein Arbeitsverhältnis dient somit nicht nur der eigenen ökonomischen Absicherung, sie fördert vielmehr den sozialen Kontakt zu den Mitmenschen.

5.2.3 Behinderte auf dem Arbeitsmarkt

Die Zeiten, für einen Arbeitslosen Arbeit zu finden, gestalten sich zunehmend schwieriger. Seit vielen Jahren herrscht ein „Überangebot an Arbeitskräften“ (Montada 1997, 7). Diese Tatsache macht es Arbeitgebern sehr leicht, die bestqualifizierten Arbeitssuchenden aufzunehmen und zu beschäftigen (vgl. ebd., 7f). Konstellationen, wie eine schlechte Konjunktur und hohe Arbeitslosenzahlen, stellen eine zusätzliche Barriere für erwerbslose Menschen mit Behinderung dar. Neben diesen herrschen oft „Zweifel an der Leistungsfähigkeit und -motivation, an der Flexibilität, der Verfügbarkeit“ (vgl. ebd., 7) von behinderten Arbeitnehmern, weshalb es vornehmlich bei diesen Arbeitssuchenden zu weniger Einstellungen kommt (vgl. ebd.). Auf Grund ihrer Beeinträchtigung weisen behinderte Menschen in vielen Fällen auch eine geringere Berufsqualifikation auf, weshalb sie auf dem regulären Arbeitsmarkt schlecht Fuß fassen (vgl. BMSG 2003, 16).

Die Bedenken über die Leitungsmotivation einerseits und das tatsächliche Können andererseits stellen aber nur einen Teil an Barrieren für behinderte Arbeitnehmer dar. Aus diesem Grund wurden zur Absicherung von Behinderten entsprechende Gesetze gebildet, die den Erhalt eines Arbeitsplatzes sichern sollen. Speziell für den Arbeitsmarkt in Österreich wurden Schutzgesetze (vgl. dazu Kapitel 3.3.1) von der Bundesregierung beschlossen, um in wirtschaftlich schwierigen Zeiten, behinderte Arbeitnehmer abzusichern (BMSAK 2009, 149).

Diese besonderen Schutzmaßnahmen wirken sich aber nicht nur positiv bei der Suche nach einem geeigneten Arbeitsplatz aus. Der erhöhte Kündigungsschutz, welcher es einem Arbeitgeber erschwert, den Behinderten zu kündigen, wirkt sich oftmals kontraproduktiv bei einer Stellensuche aus. Beispielsweise können der Zusatzurlaub und der Wegfall von Mehrarbeit eine Einstellung verhindern (vgl. Montada, 1997, 7; vgl. Niehaus 1997, 42). So hat sich die Situation trotz zusätzlicher Sicherungsmaßnahmen, wie Kündigungsschutz, Diskriminierungsverbot und Zahlung einer verpflichtenden Ausgleichstaxe nicht verbessert.

Die Arbeitgeber wägen den Nutzen einer Einstellung gegen die Kosten eines Beschäftigungsverhältnisses ab und in vielen Fällen sind das Ausschließungsgründe, die gegen ein Arbeitsverhältnis sprechen (vgl. ebd.).

Negative Einstellungen gegenüber Behinderten und die mögliche Scheu zusätzlicher Aufwendung für Arbeitsplatzangleichung sind gerade auch für jugendliche Auszubildende eine schier unüberwindbare Barriere. Gerade mehr Ausbildungsbereitschaft von Seiten der Arbeitgeber könnte sich auf eine Weiterbeschäftigung und Übernahme der Betroffenen positiv auswirken (vgl. Bieker 2005, 8).

Anders verhält sich die Situation wenn bereits Erwerbstätige auf Grund von Schädigung oder Krankheit während der Arbeitszeit den Status eines Behinderten erhalten, denn diese sind weitestgehend von Kündigung nicht betroffen (vgl. Niehaus 1997, 42).

5.2.4 Arbeit und berufliche Eingliederung

Da behinderte Menschen auf Grund ihrer Beeinträchtigung zu einer schwer zu vermittelnden Gruppe von Personen auf dem freien Arbeitsmarkt zählen (vgl. BMSG 2003, 13), aber auch diesen eine gleichwertige Chance auf einen Arbeitsplatz zusteht, wendet das österreichische Arbeitsmarktservice (AMS) einen erweiterten Behindertenbegriff an (vgl. ebd.). „Zu den „behinderten“ KlientInnen des AMS werden neben der relativ kleinen Gruppe der „begünstigt“ Behinderten nach den Bestimmungen des Behinderteneinstellungsgesetzes [...], auch Personen mit physischen, psychischen oder geistigen Einschränkungen (unabhängig vom Grad ihrer Behinderung), [...] als behindert definiert“ (ebd.).

Behinderte Menschen sind im Vergleich zu nichtbehinderten Menschen häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen (vgl. ebd., 14). Nach einem Grundsatz des BMSG (vgl. ebd., 32), soll Integration von Menschen mit Behinderung durch eine bessere Qualifizierung der Berufsausbildung und Erwerbstätigkeit erreicht werden. Aus diesem Grund wird für behinderte Menschen ein freier Zugang zu Ausbildungsmöglichkeiten angestrebt. Des Weiteren ist der Eingliederung am Arbeitsmarkt „Vorrang vor Sondereinrichtungen“ (ebd.) zu geben. Dieser Vorsatz ist zwar wünschenswert, doch fehlen konkrete Angaben, die zur Überwindung dieses Problems von arbeitslosen behinderten Menschen führen sollen.

So beschreibt auch Heinz (1995, 87), stellt die „berufliche Eingliederung [...] den wesentlichen Faktor zur Verhinderung von Isolation und Ausgrenzung von Menschen mit Behinderungen dar“. „Eine dauerhafte Teilhabe am Arbeitsleben ist sowohl für jüngere als

auch für ältere behinderte Menschen von elementarer Bedeutung. Die berufliche Eingliederung verschafft behinderten Menschen weit mehr als nur eine gesicherte finanzielle Lebensgrundlage; sie gibt Selbstvertrauen und schafft die Grundlage für eine selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ (Deutscher Bundestag zit. nach Biermann 2007, 9). Gerade für behinderte Menschen ist der Eintritt in das Berufsleben eine besondere Hürde, denn die Anforderungen an einen Erwerbstätigen haben sich in diesem Jahrhundert massiv gesteigert (vgl. Baudisch 2002, 19) und in vielfacher Weise haben beeinträchtigte Menschen dem nichts entgegen zu setzen.

Um eine vollwertige Teilhabe von allen Menschen an der Gesellschaft umzusetzen, gilt es noch eine Menge Faktoren zu berücksichtigen. „Zukunftsfähige Dienstleistungen zur beruflichen Rehabilitation und Teilhabe, welche ihren gesellschaftlichen Inklusionsauftrag ernst nehmen, müssen an diesen Ausgrenzungsmechanismen und Zugangsbarrieren ansetzen und individuelle Begleitung und Unterstützung „nach Maß“ anbieten, welche die Zugangschancen zum allgemeinen Arbeitsmarkt erhöhen und langfristig sichern“ (Schäfers et al. 2005, 81).

Beispielsweise wurde in Deutschland zur Absicherung von Behinderten Menschen im neunten Sozialgesetzbuch „Leistungen zur Teilhabe“ formuliert, die ihnen eine gleichwertige und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und vor allem die Teilhabe am Arbeitsleben zusichern soll. Die Regelung der Hilfen nach § 1 des neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) besagt, dass Menschen, behindert oder von Behinderung bedroht, im Sinne der Selbstbestimmung einen Rechtsanspruch auf Leistungen haben, um „gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern“ und „Benachteiligung zu vermeiden“ (SGB IX, § 1).

Nach § 4 (1) SGB IX umfassen Leistungen zur Teilhabe „notwendige Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern [...]
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit [...] zu vermeiden, zu überwinden [...]
3. die Teilhabe entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder

4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern“

Nach Haines (vgl. 2005, 44) sollen demnach alle Menschen unabhängig vom Grad ihrer Behinderung, Rechtsanspruch auf Hilfen und Sozialleistungen haben, wenn dadurch ihre Teilhabe am Arbeitsleben und in weiterer Folge die Teilhabe an der Gesellschaft gesichert wird. Die im SGB IX § 4 formulierten „Leistungen zur Teilhabe“ sollen den Erhalt eines bestehenden Beschäftigungsverhältnisses sichern und dabei unterstützen, vorhandene Barrieren abzubauen, um berufliche Integration zu ermöglichen (vgl. Niehaus/Bernhard 2011, 137).

Ungeachtet der großen Bemühungen vieler Personen, die an der Verbesserung der Situation von Menschen mit Behinderung arbeiten, kommt es aber nach wie vor zu massiven Benachteiligungen. Um den Vermittlungsschwierigkeiten von behinderten Menschen am allgemeinen Arbeitsmarkt entgegen zu wirken, bietet vor allem die Arbeitsassistenz diverse Unterstützungsangebote (vgl. BMSG 2003, 12).

5.2.5 *Arbeitsassistenz*

Als wesentliches Kriterium, zur Sicherstellung einer Erwerbsarbeit am allgemeinen Arbeitsmarkt, kann die Arbeitsassistenz angesehen werden.

Ende der 70er Jahre des 19. Jahrhunderts wurden in den USA Programme entwickelt, um die Integration von behinderten Menschen vor allem im beruflichen Bereich zu fördern (vgl. Schartmann 2005, 258). Mit dem Konzept „Supported Employment“ oder wie in den deutschsprachigen Ländern ebenso geläufig „Unterstützte Beschäftigung“ wurde darauf aufmerksam gemacht, dass auch behinderte Arbeitnehmer problemlos einer beruflichen Tätigkeit nachgehen können, wenn bestimmte Voraussetzungen am Arbeitsplatz gegeben sind, und dass sie mit entsprechender Hilfe und Unterstützung am allgemeinen Arbeitsmarkt bestehen können (vgl. ebd.).

Die Maßnahme Arbeitsassistenz, Pendant zur unterstützten Beschäftigung, wurde in Österreich als finanziell geförderte Unterstützung am 01. Jänner 1999 im Beinst.G gesetzlich verankert, mit dem Ziel der beruflichen Integration von behinderten Menschen am

allgemeinen Arbeitsmarkt (vgl. Fasching/Niehaus 2004, 2). Der in Österreich verwendete Begriff von Arbeitsassistenz weist im Vergleich zu anderen Ländern Unterschiede hinsichtlich der Arbeitsanforderung auf. Kritik wird aus diesem Grund seitens Blesinger (vgl. 2005, 283) geübt, die darauf verweist, dass der Begriff Arbeitsassistenz oft fälschlich verwendet wird und dass es grundsätzliche Unterschiede zwischen tatsächlicher Arbeitsassistenz, Integrationsfachdiensten (IFD) oder Job Coaching zu beachten gibt (vgl. ebd.). So schreibt Blesinger (ebd.): „Arbeitsassistentinnen erstellen im Unterschied zu anderen Dienstleistern [...] keine Fähigkeitsprofile; sie suchen nicht nach geeigneten Arbeitsstellen oder Praktikumsplätzen für behinderte Menschen; ebenso wenig leisten sie bei der Einarbeitung an einem neuen Arbeitsplatz oder nach einer innerbetrieblichen Umsetzung fachliche Unterstützung bei der Bewältigung neuer Anforderungen“. Die Arbeitsassistenz kann als persönliche Unterstützungsleistung in Anspruch genommen werden, wenn Arbeitnehmer auf Grund ihrer Behinderung Erfordernissen am Arbeitsplatz nicht selbständig oder nur ungenügend nachgehen können (vgl. ebd., 284).

Das in Österreich Verwendung findende Konzept der Arbeitsassistenz ähnelt in diesem Fall jener in Deutschland angebotenen Integrationsfachdienste, welche sich in Arbeitsweise und Arbeitsanforderungen gleichen. Speziell für Österreich handelt es sich um eine zumeist regionale Dienstleistung, die behinderten Arbeitssuchenden mit professioneller Unterstützung bei der Erlangung und Erhaltung des Arbeitsplatzes Hilfestellung bietet (vgl. Fasching/Niehaus 2004, 2). Die Arbeitsassistenz übernimmt dabei die Vermittlungstätigkeit zwischen dem Arbeitgeber und dem behinderten Arbeitnehmer, dabei spielt die Vermittlungsfunktion oftmals eine entscheidende Rolle wenn es darum geht, ein längeres Beschäftigungsverhältnis für einen Menschen mit Behinderung zu erhalten (vgl. ebd.). In erster Linie stellt die Arbeitsassistenz eine Unterstützungsmaßnahme für den behinderten Arbeitnehmer dar (vgl. ebd.).

Nachfolgend soll zur besseren Veranschaulichung eine Auflistung der Aufgaben von Einrichtungen der Arbeitsassistenz gegeben werden. Diese umfassen

- die Unterstützung von behinderten Menschen beim Erwerb und in weiterer Folge den Erhalt des Arbeitsplatzes,
- Hilfestellung bei der Entscheidungsfindung und Orientierung,
- Informationen über Maßnahmen zur beruflichen Integration,
- die Beratung von Arbeitgebern,

- die Zusammenarbeit mit Behörden und
- die Suche nach Institutionen, die den Verlust des Arbeitsplatzes abwenden können (vgl. ebd.)

Die Erwerbsarbeit bedeutet einen wesentlichen Schritt hin zur Integration von Menschen mit Behinderung und somit auch Teilhabe an der Gesellschaft (vgl. ebd.). Die Arbeitsassistenten übernehmen mit ihren Angeboten und Aufgaben, gerade bei der Jobfindung für arbeitslose behinderte Menschen eine zentrale Aufgabe für die Eingliederung in die Gesellschaft.

Einrichtungen der Arbeitsassistenten gibt es inzwischen in jedem Bundesland (vgl. BMSG 2003, 129), wodurch eine flächendeckende Versorgung gewährleistet ist. Menschen mit Behinderung sollen gemäß ihrer Talente und Fertigkeiten an dem für sie passenden Arbeitsplatz eingeschult und unterstützt werden (vgl. ebd.). Die Arbeitsassistenten sind auf die besonderen Bedürfnisse ihrer Klienten geschult und können mit ihrer Tätigkeit für eine gute Versorgung von Menschen mit Behinderung auf dem Arbeitsmarkt sorgen.

5.2.6 Behinderte Jugendliche auf dem Arbeitsmarkt

Die Chancen für Jugendliche, einen guten Ausbildungsplatz zu finden, sind in den letzten Jahren stetig gesunken. Zum einen liegt es daran, dass immer weniger Betriebe die Ausbildung übernehmen wollen und zum anderen gibt es große Schwankungen hinsichtlich der regionalen Angebote. Gerade für behinderte Jugendliche ist die Situation noch schwieriger, einen adäquaten Ausbildungsplatz zu erhalten. Insbesondere für diese Zielgruppe ist deshalb der Erwerb von Kenntnissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten die Voraussetzung für den Erhalt eines Arbeits- oder Ausbildungsplatzes.

„Globalisierung und technischer Fortschritt haben zu steigenden Anforderungen an Schulabgänger geführt“ (Neumann et al. 2010, 8). Das macht das Erlernen von beruflichen Qualifikationen heutzutage wichtiger denn je. Ein stetiger Anstieg von Anforderungen und das oftmals stark variierende Ausbildungsangebot macht es deshalb für die Zielgruppe von behinderten Jugendlichen besonders wichtig, einen Schulabschluss auf einer allgemeinbildenden Schule zu erlangen. Ein erfolgreicher Schulabschluss und nachfolgende abgeschlossene Berufsausbildung sind eine wesentliche Voraussetzung für den Erhalt eines Arbeitsplatzes und erhöhen die Erwerbschancen am Arbeitsmarkt (vgl. Biermann 2005, 167). Je besser die Ausbildung, desto leichter wird die Eingliederung in den Arbeitsmarkt möglich sein. Auf der Negativseite wären „aus individueller Perspektive häufiger wiederkehrende

Phasen von Arbeitslosigkeit, niedrigere Erwerbsbeteiligung, geringeres Einkommen und aus volkswirtschaftlicher Perspektive ein Verlust an Wertschöpfung und damit verbunden auch größere Belastung für den Sozialstaat“ (Neumann et al. 2010, 8), die Folge.

5.2.6.1 Erstausbildung

Gerade für behinderte Schulabgänger ist es besonders wichtig sich auf die Anforderungen am allgemeinen Arbeitsmarkt vorzubereiten. Eine gute Berufsvorbereitung mit anschließender Berufsausbildung zielt darauf ab, behinderte Jugendliche für den allgemeinen Arbeitsmarkt zu qualifizieren (vgl. Hinz/Boban 2001, 17). Zur Umsetzung stehen den Betroffenen zahlreiche Eingliederungshilfen zur Verfügung.

In Österreich wurden im Berufsausbildungsgesetz (BAG) entsprechende gesetzliche Vorgaben festgelegt. Unter Berücksichtigung der Interessen behinderter Jugendlicher, geht es vornehmlich darum, Benachteiligungen zu vermeiden (vgl. BMSAK 2009, 142). Die „integrative Berufsvorbereitung“ beinhaltet Maßnahmen und Unterstützungsleistungen für zum Teil Lernbehinderte oder Jugendliche, die auf Grund ihrer Behinderung nur schwer eine Ausbildungsstelle erhalten (vgl. ebd.). Zu den Unterstützungsleistungen der Berufsausbildungsassistenz zählen die Begleitung der Jugendlichen und die Koordination der Bildungsaufgaben im Lehrbetrieb. Sie sichert die laufende Kooperation zwischen den Beteiligten, darunter zählen auch der Einbezug von Familie, Berufsschule und alle notwendigen Vorkehrungen für einen problemlosen Ablauf bei der Ausbildung (vgl. ebd., 142f).

Neben der Berufsausbildungsassistenz gibt es noch das Clearingteam welches die Aufgabe hat, die Fertigkeiten und Fähigkeiten von behinderten Jugendlichen zu überprüfen. Anhand der vorhandenen Fähigkeiten können diese, individuell zugeschnittene Förderpakete in Anspruch nehmen. Diese Maßnahme erhöht die Chance auf eine Vermittlung am Arbeitsmarkt wesentlich (vgl. BMSG 2003, 102 & 171f). Förderpakete dieser Art umfassen Maßnahmen wie die Arbeitsassistenz für Jugendliche sowie Nachreifungs- und Qualifizierungsprojekte (vgl. ebd., 102). Viele Kinder und Jugendliche mit Behinderung weisen eine Verzögerung im Reifungsprozess auf, wofür diverse Gründe verantwortlich sein können. Beispielsweise der fehlende Kontakt zu Gleichaltrigen, mögliche

Krankenhausaufenthalte oder Kinder, die aus sozialschwachen Familien kommen zählen zu benachteiligten Gruppen. Aus diesem Grund setzen sich Maßnahmen wie Nachreifungs- und Qualifizierungsprojekte „die Vermittlung von Kulturtechniken, das Erlernen sozialer Kompetenzen und Hilfen zur selbständigen Lebensführung“ zum Ziel (BMSG 2003, 121). Die Altersgrenze für Kinder und Jugendliche, die entsprechende Eingliederungsmaßnahmen erhalten, wurde von der österreichischen Bundesregierung zwischen 13 und 24 Jahren festgelegt (vgl. BMSG 2003, 120). Die von der österreichischen Bundesregierung geschaffenen Maßnahmen sollen Jugendliche dabei unterstützen, am allgemeinen Arbeitsmarkt Fuß zu fassen und nach Möglichkeit den Arbeitsplatz zu behalten.

Ähnlich sieht es Herrmann (vgl. 1996, 16), der die Erstausbildung auch als „Habitationsprozess“ versteht. Zur Voraussetzung einen Arbeitsplatz zu bekommen, zählt nach Herrmann (vgl. ebd.) der Erwerb von Kenntnissen, Fertigkeiten und arbeitspraktischen Fähigkeiten. Das Erlernen beruflicher Qualifikationen innerhalb der Erstausbildung soll sich positiv auf die berufliche Integration auswirken und damit Sozialisationsprozesse ermöglichen (vgl. ebd.).

5.2.7 Selbstbestimmung

Der Begriff „Selbstbestimmung“ oder vielmehr die Aussagekraft die hinter diesem Begriff steht, kann als zentrales Kriterium für Teilhabe angesehen werden. In der gegenwärtigen Behindertendiskussion ist der Begriff Selbstbestimmung zu einem quasi Schlüsselbegriff von Politik, Pädagogik, Behindertenverbänden und –organisation avanciert. Er steht meist „als Synonym für Eigenverantwortlichkeit, Unabhängigkeit, Freiheit, Autonomie und Emanzipation“ (Waldschmidt 2012, 11).

Die Grundsätze des Konzeptes „Selbstbestimmung“ orientieren sich an der Gleichstellung aller und der Anerkennung von Autonomie behinderter Menschen. Allen Menschen, „normal“ wie „behindert“, stehen dieselben Rechte auf eine eigene Meinungsäußerung und Eigenkompetenz zu. Das Konzept der Selbstbestimmung sieht es als ein notwendiges Prinzip an, jedem Einzelnen seine Menschenwürde und Menschenrechte zuzusprechen.

Für behinderte Menschen sind die ersten Schritte für eine gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft auf das Konzept der 'Selbstbestimmt-Leben-Bewegung' oder wie im amerikanischen Raum als 'Independent-Living-Bewegung' zurückzuführen (vgl. Doose 2007,

53). In den späten 60er Jahren wurde dieses Konzept in den USA von hauptsächlich körperbehinderten Menschen ins Leben gerufen (vgl. Ziemer 2003, 4). Die Anfänge dieser Bewegung wurden durch Ed Roberts geprägt, der selbst schwerstbehindert war und trotz seiner massiven Einschränkungen, die Aufnahme auf eine Universität schaffte (vgl. Doose 2007, 53). Weitestgehend wird eine Autonomie der Menschen eingefordert und richtet sich dabei gegen Fremdbestimmung, Bevormundung und Benachteiligung von behinderten Menschen (vgl. Ziemer 2003, 5).

Von dem Grundgedanken ausgehend, dass jeder Mensch unabhängig von Behinderung oder Merkmalsausprägung, mit der richtigen Unterstützung leben, wohnen oder arbeiten kann, waren Bewegungen gegen Aussondern aber für Selbstbestimmung und Integration maßgeblich an einer neuen Sichtweise von Behinderung beteiligt. Dies führte zu einem Paradigmenwechsel, wonach Behinderung nicht mehr als medizinisches Phänomen, sondern als sozial verursachtes Problem angesehen wurde (vgl. Doose 2007, 56).

Dazu merkt Theunissen (2002, 8) an, wurden behinderte Menschen früher als sogenannte "Mängelwesen" betrachtet, welche versorgt, geschützt und kontrolliert werden mussten. Heute geht man jedoch von dem Verständnis aus, dass jeder Mensch „empowered person“ ist. Das bedeutet, dass man es mit Personen zu tun hat, die für sich selbstfähig und selbstbestimmt wissen, was das Beste für sie ist. Das impliziert weiter, dass jede Person seine eigenen Interessen artikulieren und in eigenständiger und selbstverantwortlicher Weise persönliche Entscheidungen für sich treffen kann. Rechtliche Entwicklungen und soziale Aspekte rücken demnach mehr in den Blickwinkel, ohne jedoch die Schädigung, Störung oder Beeinträchtigung außer Acht zu lassen (vgl. ebd.).

Baudisch (vgl. 2004, 22ff) merkt in diesem Zusammenhang an, dass die Forderung nach Selbstbestimmung auch mit der Forderung nach humanen Rechten gleichzusetzen ist, welche aber in Abhängigkeit zu den sozialen, kulturellen aber auch ökonomischen Ressourcen stehen und demnach kritisch beurteilt werden muss. Das Konzept der Selbstbestimmung kann demnach nie frei von politischen Errungenschaften und Vorgaben sein. Nach Baudisch (vgl. ebd.) stehen sich in diesem Konzept zwei konkurrierende Vorstellungen von menschlicher Identität gegenüber. Das sind zum einen die personenbezogene und zum zweiten die

sozialbestimmte Identität, welche aber miteinander in Beziehung stehen und deshalb nie einzeln betrachtet werden können (vgl. ebd.).

In der Diskussion um Selbstbestimmung wird immer auch der Begriff 'Empowerment' genannt. 'Empowerment' kann mit 'Selbst-Ermächtigung' oder auch 'Selbst-Bemächtigung' gleichgesetzt werden. Theunissen (vgl. 2002, 8) merkt dazu an, dass darunter auch eine neue Philosophie des Helfens verstanden wird, nämlich im Sinne der Emanzipation. Seine Wurzeln liegen in der Bürger- und Selbsthilfebewegung der Sozialarbeiter Amerikas (vgl. ebd.) „Betroffene sind "Experten in eigener Sache" und wenden sich gegen Diskriminierung, Aussonderung, Verdinglichung, mit dem Ziel, ihr Leben zu gestalten und sich selbst zu bestimmen“ (ebd.).

Die Durchsetzung von 'Empowerment-Prozessen' vollzieht sich dabei auf zwei Ebenen. Die Mikroebene bezeichnet die persönliche und individuelle Ebene und betrifft die Stärken, Kompetenzen und Alltagsbewältigung einer Person. Die Makroebene welcher der privaten und individuellen Ebene gegenübersteht, befasst sich ausschließlich mit kollektiven Unternehmungen. Diese inkludiert institutionelle, politische und gesetzliche Vorgaben und Rahmenbedingungen und fordert mehr Gerechtigkeit, Chancengleichheit und Demokratie (vgl. Theunissen 2002, 8; vgl. Ziemer 2003, 5; vgl. Theunissen & Garlipp 1999, 2).

5.2.8 *Autonomie und Prinzipien von Selbstbestimmung*

Das Konzept der Selbstbestimmung fordert weitestgehend Unabhängigkeit von Menschen mit Behinderung, das inkludiert auch, sich der eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten bewusst zu werden. Die Autonomie der einzelnen sollte nach Möglichkeit mit Unterstützungsleistungen gefördert und auch umgesetzt werden. Vorsätze dieser Art beziehen sich dabei vor allem auf Lebensbereiche wie Schule, Arbeit, Freizeitbereich und vor allem auch auf das Gesundheitswesen.

5.2.8.1 Der Autonomiegedanke

Die Autonomie und das Anrecht auf selbstbestimmte Lebensführung kann längst nicht nur mehr als Anrecht, sondern muss quasi schon als Gebot angesehen werden (vgl. Waldschmidt 2012, 12). War es früher „ein Konzept der bürgerlichen Eliten“, umfasst es in der Gegenwart

alle Menschen. Der Autonomiegedanke hat besonders im Gesundheitswesen einen zentralen Stellenwert angenommen. Der Anspruch auf umfassende Information von Versorgung und Behandlung und das Recht jedes Patienten, geplante Interventionen abzulehnen, fußt auf dem Recht der Autonomie. Waren es zunächst hauptsächlich körperbehinderte Menschen, die das Recht auf selbstbestimmte Lebensführungen beanspruchten, gewinnt dieses Prinzip auch für psychisch und geistig behinderte Menschen immer mehr an Bedeutung (vgl. ebd., 13).

Die Motivation zum Selbstmanagement sollte für alle Menschen in gleicher Weise umgesetzt werden. Diesbezüglich schreibt Wansing (2005, 136) wurden behinderte Menschen davon „lange Zeit bis in die Gegenwart hinein entbunden, indem man sie im Rahmen eines rund-um-versorgenden Hilffsystems strukturell entmündigte“. Funktionsbeeinträchtigte Menschen wurden zwar umfassend versorgt, aber die Selbstbestimmung und Autonomie über ihr eigenes Leben zu entscheiden fand weitestgehend zu wenig Spielraum (vgl. ebd.).

Ebenso sieht Oberholzer (vgl. 2011, 110), sollte die grundsätzliche Aufgabe der Behindertenhilfe darin bestehen, Angebote und Dienstleistungen entsprechend der Beeinträchtigungsproblematik ihres Klientel anzupassen. Ähnlich wie in der freien Wirtschaft sollten sich Dienstleistungen nach „Angebot und Nachfrage“ der Benutzer orientieren, unabhängig ob es sich um eine finanzielle oder allgemeine und somit persönliche Unterstützungsleistung handelt (vgl. ebd.). Oberholzer (ebd.) weist aber auch auf die Diskrepanz der Behindertenorganisationen hin, die „gleichzeitig mit ‚ der Lösung‘ und ‚ der Bearbeitung‘ von gesellschaftlichen, gemeinschaftlichen oder individuellen Problemen betraut“ [wurden], wobei sie wiederum gleichzeitig aktuellen wie auch historischen Zweckbestimmungen unterworfen sind“. Behindertenorganisationen befinden sich nach Oberholzer (ebd., 112) in einem „Spannungsverhältnis von Anspruch und Realität“ und dem Anspruch auf Partizipation und Normalisierung“.

5.2.8.2 Selbstbestimmungsprinzip

Wie bereits in diesem Abschnitt der Diplomarbeit erläutert wurde, stammen die Ideen und Vorstellungen von Selbstbestimmung aus den Vereinigten Staaten. An diesem Punkt sei jedoch angemerkt, wird in den USA Selbstbestimmung als Teil der Normalisierungsbewegung angesehen und grundsätzlich nach fünf Gesichtspunkten diskutiert. Lindmeier & Lindmeier (2002, 2) beziehen sich in der Beschreibung der fünf Gesichtspunkte von Selbstbestimmung auf Huges & Agran, die wie folgt lauten:

1. „Selbstbestimmung als Bündel von Fähigkeiten und Fertigkeiten bzw. Kompetenzen, die gelernt werden können – und gelernt werden müssen;
2. Selbstbestimmung als innerer Antrieb zu autonomen, selbstgesteuerten und selbstbewusstem Verhalten (im Sinne von „Empowerment“ und „sich seiner selbst bewusst sein“);
3. Selbstbestimmung als Form menschlicher Selbstgestaltung, die sich nur im Rahmen kommunikativer und sozialer Beziehungen vollzieht;
4. Selbstbestimmung als ein politisches Recht, als Bürgerrecht, das jedem Menschen unabhängig vom Grad seiner Behinderung zusteht;
5. Selbstbestimmung als Aufforderung zur Veränderung des Systems der Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung“.

Eine ähnliche Beschreibung liefert Baudisch (vgl. 2004, 26). Diese im Anschluss erläuterten Thesen sind im Vergleich zu Lindmeier und Lindmeier eher Individuums bezogen. Baudisch bezieht sich in diesem Zusammenhang auf Ochel, der Selbstbestimmung als dynamischen Prozess bezeichnet, indem sich Individualisierung gegen Fremdbestimmung und Abhängigkeit stellt. Ochel beschreibt dazu 5 Thesen, die ebenfalls auf dem Gedanken von Selbstbestimmung beruhen.

1. These: Freiheit im Fühlen und Denken
2. These: Akzeptanz der eigenen Person und die Möglichkeit sich selbst zu vertreten
3. These: Gleichwertigkeit in der Begegnung mit anderen Menschen
4. These: Eigenverantwortliche Entscheidungen treffen zu können und mit den Konsequenzen leben zu können
5. These: Mit und in einer Gemeinschaft zu leben (vgl. ebd.).

Autonomie und Selbstbestimmung müssen aber auch kritisch betrachtet werden. Waldschmid (2012, 13) schreibt dazu folgendes: „Statt ein fest gefügtes, präzise definiertes Grundrecht darzustellen, scheint es sich eher um ein formales Konstrukt zu handeln, dessen konkrete, inhaltliche Bedeutung sich nur in Operationalisierungen verschließt, in Bezug auf die jeweilige Praxis, die sich aus ihm ergibt, die wiederum abhängig ist von gesellschaftlichen und institutionellen Kontexten“.

Hierzu merken Theunissen und Garlipp (vgl. 1999, 2) an, soll es nicht um eine Entwertung sozialer Hilfen gehen, vielmehr sollte im professionellen Handeln und Praxis eine Umorientierung stattfinden, sodass die Rechte von Betroffenen ernster genommen werden und vor allem mehr Berücksichtigung erfahren.

Für die Umsetzung des Selbstbestimmungsgedankens, um in weiterer Folge Integration zu erreichen, müssen gesetzliche Rahmenbedingungen geschaffen und notwendige Inhalte der Hilfestellungen und Hilfeleistungen für Betroffene genauer aufbereitet werden. Es gilt die Betroffenen in ihrer Selbständigkeit und Eigenaktivität zu bestärken und zu animieren. Da gerade diese Eigenschaften im beruflichen Alltag bedeutend sind gilt es diese zu forcieren. Behinderte Personen sollen mittels Ausübung eines Berufes die Möglichkeit erhalten, ein selbständiges Leben zu führen und den Lebensalltag in selbständiger Form zu sichern und zu gestalten (vgl. Haines 2005, 44f), also so normal leben wie jeder andere auch.

5.2.9 Normalisierungsprinzip

Jeder Mensch hat Persönlichkeit! Sowohl Menschen mit Behinderung und nichtbehinderte Menschen, kurzum wir alle haben Stärken und Schwächen und niemand sollte auf seine Persönlichkeitsmerkmale reduziert oder gar abgestempelt werden (vgl. BMSG 2003, 33).

Der Grundgedanke von Normalisierung entstand in den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts. Ausschlaggebend waren die Kritiken zur Anstaltsunterbringung von geistig behinderten Menschen (vgl. Bundschuh et al. 2007, 201). Die Situation in diesen Anstalten war gekennzeichnet durch Massenunterbringung, geringe Abwechslung im Alltag, totale Versorgung und führte so zu einer sozialen Isolation und Separierung von der allgemeinen Gesellschaft (vgl. Speck 2003, 402). Niels Erik Bank-Mikkelsen, Jurist aus Dänemark und Bengt Nirje aus Schweden begründeten die Idee des Normalisierungsprinzips (vgl. Bundschuh et al. 2007, 201). Gefordert wurden gleiche Lebensstandards und Lebensbedingungen, die nicht von denen der "normalen" Bevölkerung abweichen (vgl. Speck 2003, 402). Speck merkt in diesem Zusammenhang an, die Gedanken der Normalisierung waren hauptsächlich auf Menschen mit geistiger Behinderung gerichtet, jedoch sind die Vorstellungen des Normalisierungsprinzips für alle Menschen mit Behinderung anwendbar (vgl. ebd.).

Vor dem Hintergrund die Situation in Anstalten zu reformieren und der „Normalbevölkerung“ ähnliche Lebensbedingungen zu schaffen, wurden von Benjt Nirje acht Kategorien entwickelt, um die Lebenssituation in Behinderteneinrichtungen zu verändern:

1. Normaler Tagesablauf: Anpassung der Tagesstruktur an die "Normalbevölkerung", was auch einen Wechsel zwischen Arbeits- und Freizeitbereich impliziert
2. Normaler Wochenrhythmus: Klare Trennung der einzelnen Bereiche von Arbeit und Wohnen, was auch einen Ortswechsel beinhaltet
3. Normaler Jahresrhythmus: Aspekt der wiederkehrenden Ereignisse innerhalb eines Jahreszyklus
4. Normale Erfahrungen im Ablauf des Lebenszyklus: Unterbreitung von Angeboten entsprechend des Entwicklungsstandes
5. Respekt vor dem Individuum: Entscheidungsfreiheit, Selbstbestimmung und das Recht auf freie Willensäußerung
6. Recht auf sexuelle Erfahrung: Ermöglichung von geschlechtlichen Kontakten
7. Normale ökonomische Lebensmuster und Rechte: bedeutet die Sicherstellung eines wirtschaftlichen Standards.
8. Schaffung normaler Lebens- und Wohnstandards: Anpassung der Wohneinrichtungen an das Klientel und Zugangsmöglichkeiten zum Gemeinwesen, also der Gesellschaft (vgl. Haeberlin 1996, 50ff; vgl. Bundschuh et al. 2007, 201).

5.2.10 Behinderung und Normalität

Betrachtungsweisen spielen in jeder Gesellschaft eine zentrale Rolle, vor allem wenn es um die Festlegung von Behinderung und Normalität geht. „Das Behindertsein hängt somit entscheidend davon ab, welche gesellschaftliche Erwartungshaltung gegenüber dem Behinderten erhoben und welche Hilfen ihm gegeben werden, diesen Erwartungsvorstellungen zu entsprechen“ (Bleidick 1978, 74). Nach Schiller (vgl. 1996, 78) ist Behinderung aber nur eine andere Ausprägung menschlicher Existenz und in diesem Sinne als normal anzusehen. Demnach muss sich nicht der behinderte Mensch an die Gesellschaft anpassen, sondern die Lebensbedingungen innerhalb einer Gesellschaft müssen so gestaltet sein, dass sie sich dem Behinderten anpassen (vgl. Speck 2003, 402f). Eigenständige

Entscheidungen und Anliegen der Menschen mit Behinderung sollen von der Gesellschaft akzeptiert und angenommen werden.

Beim Gedanken der Normalisierung geht es nicht darum, Menschen in unterschiedliche Kategorien einzuteilen, denn alle Menschen sind Teil der Gesellschaft. Aus diesem Grund soll jedem Menschen die Möglichkeit geboten werden, so normal wie möglich, an allen Bereichen der Gesellschaft Anteil zu nehmen. "Normal" bedeutet in diesem Sinn, ein Leben zu führen, das denen im selben Land lebenden Menschen ähnlich ist (vgl. Haeblerlin 1996, 48).

Normalität oder dem Verständnis von Normalität liegen nach Beck (vgl. 1999, 23f) zwei Dimensionen zugrunde. Zum einen geht es um die Ermöglichung eines Lebensstandards, das der der nichtbehinderten Bevölkerung entspricht. Gemessen an der gesellschaftlichen Normalität impliziert das weitestgehend die Forderung nach Teilhabe. Die zweite Dimension befasst sich mit den Werten einer Gesellschaft, die sich sowohl förderlich als auch negativ auf die Teilhabe auswirken können (vgl. Speck 2003, 402).

Diese Beschreibung macht deutlich, dass das Verständnis von Normalität und Behinderung in vielfacher Weise von den gesellschaftlichen Sichtweisen abhängig ist.

Das bedeutet aber auch weiter, dass die Gesellschaft Hilfen und Ressourcen zur Verfügung stellen muss, die es behinderten Menschen ermöglicht, am gesellschaftlichen Leben zu partizipieren

Hilfen können beispielsweise nach Düe (1996, 136) das Mobilitäts- und Bewegungstraining sein. Diese können kompensatorisch die Lebensgestaltung erleichtern und mit Hilfe dieser „schrittweise die Lebensbedingungen behinderter Menschen so gestaltet werden, daß ihr soziales Ansehen sowie ihre Fähigkeiten gefördert werden, sich möglichst selbständig mit den Lebensbedingungen auseinanderzusetzen“ (ebd.). Ebenso gilt es einen barrierefreien Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln und öffentlichen Einrichtungen zu schaffen (vgl. Speck 2003, 403).

6 Rehabilitation

Eine zentrale Aufgabe der österreichischen Sozialpolitik ist, dafür Sorge zu tragen, behinderte Menschen wieder in Beruf und Gesellschaft einzugliedern, unabhängig von der Entstehung der Behinderung (vgl. BMSAK 2009, 37). Als wesentliche Maßnahme zur (Wieder-)Eingliederung für behinderte Menschen gelten die Rehabilitationsbemühungen von Medizin, Psychologie, Pädagogik und auch Politik (vgl. ebd.). Der Terminus „Rehabilitation“ wird vorwiegend in der einschlägigen Fachliteratur als Kategorienbegriff verwendet, da die Rehabilitation als Prozess verstanden werden kann und mehrere Ansätze ineinander vereint. „Rehabilitation ist ein kontinuierlicher Prozeß, der auf dem koordinierten Zusammenwirken medizinischer, psychologischer, heil- und berufspädagogischer sowie sozialer Maßnahmen beruht“ (Seifert 1977, 31). Ferner wird der Rehabilitationsbegriff in den meisten Fällen synonym verwendet.

Die Rehabilitation gilt als notwendige Maßnahme wenn es darum geht Behinderung oder Beeinträchtigung zu vermeiden (vgl. BMSG 2003, 23). Nach Groß (zit. nach Speck 2003, 56) ist sie „die Gesamtheit der medizinischen, pädagogischen, beruflichen und sozialen Maßnahmen, die – [...] dazu dienen soll, eine drohende Behinderung zu verhüten [...] oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und dabei dem Behinderten die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern“. Das Gelingen einer Rehabilitation zur Erreichung der vollwertigen Teilhabe ist nur dann möglich, wenn alle Prozesse übergangslos in einander greifen.

Unabhängig von der Art der Rehabilitation, haben doch alle die Ein- respektive Wiedereingliederung von Menschen mit Behinderung in Lebensbereiche wie Gesellschaft, Schule oder das Berufsleben zum Ziel. Die verschiedenen Ansätze der medizinischen, sozialen und auch der beruflichen Rehabilitation werden im Anschluss noch näher erläutert. Ergänzend zum Themenschwerpunkt „Integration von Jugendlichen“ gibt dieses Kapitel einen Überblick über die in Österreich vorhandenen rehabilitativen Einrichtungen der Kinder- und Jugendrehabilitation. Wegen des umfangreichen Themas der Rehabilitation möchte sich die Verfasserin vorab entschuldigen, da mit Sicherheit nicht alle Themenbereiche in ausführlicher Form beschrieben worden sind und nur zum Teil bruchstückhaft wiedergegeben werden konnten.

Der Begriff der Rehabilitation hat sich seit den sechziger Jahren allgemein durchgesetzt (vgl. Speck 2003, 55) und richtet sich nach der Vorstellung des von der Weltgesundheitsorganisation entwickelten biopsychosozialen Modells (vgl. Koch/Bengl 2000, 7). Wie im Kapitel 4.2.2 bereits erläutert, beschäftigt sich dieses Modell mit den Folgen und Auswirkungen von Krankheit und Schädigung und deren Einfluss auf die soziale und individuelle Ebene einer Person (vgl. ebd.). In Zusammenarbeit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) wurde nachfolgende Definition von Rehabilitation erarbeitet. Gemäß dieser wird unter Rehabilitation eine Summe von Maßnahmen verstanden, „die darauf gerichtet sind, körperlich, geistig und/oder seelisch Behinderte bis zum höchsten individuell erreichbaren Grad geistiger, sozialer, beruflicher und wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit herzustellen oder wiederherzustellen, damit sie einen angemessenen Platz in der Gemeinschaft finden“ (BMSAK 2009, 37).

Allgemeingültiges Ziel ist „die Wiederherstellung oder Verbesserung der Teilhabe an Lebensbereichen bzw. die Beseitigung der Bedrohung einer Beeinträchtigung der Teilhabe“ (Schuntermann 2007, 63). Die Maßnahmen der Rehabilitation bezwecken, „dass der Rehabilitand wieder ein unabhängiges, selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Leben [...] führen“ kann (ebd.). Neben der Ganzheitlichkeit gilt die Rehabilitation als übergeordnete und interdisziplinäre Maßnahme, welche entscheidend für den Erfolg einer Integration von beeinträchtigten Menschen anzusehen ist.

Nach Rentsch (vgl. 2006, 32) stützt sich ein Rehabilitationskonzept auf drei wesentliche aufeinander abgestimmte Prozesse, die jetzt im Anschluss an das allgemeine Kapitel von Rehabilitation näher beschrieben werden

1. Zuerst erfolgt eine medizinische Erstversorgung und Behandlung,
2. um nachfolgend eine Funktionsverbesserung durch rehabilitative Maßnahmen zu erreichen, mit anschließendem Aufzeigen von Kompensationsmöglichkeiten um behinderungsspezifische Einschränkungen abzubauen,
3. um in letzter Konsequenz in die Gesellschaft integriert zu werden.

6.1 Medizinische Rehabilitation

Die Notwendigkeit einer medizinischen Rehabilitation ist dann gegeben, wenn einem Menschen die Erwerbsunfähigkeit auf Grund einer vorangegangenen Krankheit (vgl. Korsukéwitz/Irle 2010, 1219), mit möglichem chronischem Verlauf, droht. Es gilt weitestgehend eine Verschlechterung des Krankheitszustandes zu vermeiden und Gesundheitsmaßnahmen zu fördern (vgl. Slesina 2007, 46f). Krankheitsaufklärung, Motivationsmaßnahmen sowie das Erlernen von Fertigkeiten und Techniken zur Funktionssteigerung sollen langfristig eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Betroffenen bewirken (vgl. ebd.). Die „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind vor allem auf nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen alltagsrelevanter Aktivitäten und auf drohende oder schon eingetretene Beeinträchtigungen der Teilhabe ausgerichtet“ (Nüchtern/Mohrmann 2006, 12). Die Intention ist, „den Gesundheitszustand der betroffenen Person soweit wieder herzustellen, dass sie in der Lage ist, in der Gemeinschaft einen angemessenen Platz möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einzunehmen“ (BMSAK 2009, 277). Neben der medizinischen Grundversorgung werden in diesem Zusammenhang Therapien zur Funktionsverbesserung eingesetzt, damit „Funktionsstörungen nicht zu einer dauerhaften Einschränkung“ (Koch/Bengl 2000, 12) führen. Eine Behandlung der geschädigten Personen soll sicherstellen, dass Folgeschäden so weit als möglich gering gehalten werden (vgl. Weis 2000, 124f). Somit liegt das Ziel der medizinischen Rehabilitation einerseits in der Schadensbegrenzung und Milderung der Beschwerden und andererseits in der Verhütung von Folgeschäden. Geeignete Trainingsverfahren sollen dem Geschädigten helfen, Alltagskompetenzen wieder zu erlangen um eine Rückkehr in das soziale und auch berufliche Leben sicherzustellen.

6.2 Soziale Rehabilitation

Die soziale Rehabilitation hat die Integration von behinderten Personen in die Gesellschaft zum Ziel (vgl. Buchka 1997, 21). Wünschenswert wäre dabei eine möglichst weitreichende Teilhabe einer behinderten Person am Leben in der Gemeinschaft zu erreichen. Das Umfeld eines beeinträchtigten oder behinderten Menschen muss demnach so strukturiert sein, dass er ohne Hilfe den Zugang zu allen Lebensbereichen bekommt und diese ohne Fremdbestimmung selbst gestalten kann (vgl. Biermann 2008, 16). Dies sollte im Sinne der Integration ohne

Hindernis möglich sein. Eine Behinderung entsteht immer in einer Wechselbeziehung zwischen dem Individuum und seiner Umwelt (vgl. Brackhane 1996, 44). Die Beseitigung oder Verbesserung dieser Störungen können durch Maßnahmen der Rehabilitation grundsätzlich von zwei Seiten angestrebt werden.

- der Individuums bezogenen Seite: Dem betroffenen Menschen werden spezielle Hilfsmittel zur Verfügung gestellt und Methoden gezeigt, etwa durch besondere Trainings, damit er trotz seiner Schädigung problemlos leben kann.
- der Umwelt bezogenen Seite: Die Umwelt wird so gestaltet und geschaffen, dass auch ein Mensch mit Behinderung darin leben kann. Das impliziert, dass auch technische und organisatorische Maßnahmen zur Verfügung gestellt werden (vgl. ebd.).

Die Rehabilitation beinhaltet somit Maßnahmen und Hilfen die für eine Ein- und Wiedereingliederung von Menschen mit Behinderung in die Gesellschaft von Bedeutung sind (vgl. Baudisch 2004, 9f) und die in weiterer Folge „das Ziel haben, negative Wirkungen jener Bedingungen abzuschwächen, die zu Aktivitätsstörungen oder Partizipationsstörungen führen, und die hilfreich oder notwendig sind, um Personen mit Aktivitäts- und Partizipationsstörungen zu befähigen, soziale Integration zu erreichen“ (Baudisch 2004, 10; zit. nach Schuntermann).

6.2.1 Kinder- und Jugendrehabilitation

Da sich diese Diplomarbeit mit den Auswirkungen und Folgen eines Schlaganfalls auf das Leben von Jugendlichen befasst, scheint es notwendig, auch den Bereich der in Österreich vorherrschenden Kinder- und Jugendrehabilitation näher zu beschreiben. Nach Durchsicht der einschlägigen medizinischen als auch pädagogischen Fachliteratur ist der Verfasserin aufgefallen, dass kein besonderes Augenmerk auf die Rehabilitation von Jugendlichen und deren Bedürfnisse gelegt wird.

Mit der zentralen Funktion Behinderung zu verhüten und Erwerbsunfähigkeit zu verhindern, um in letzter Konsequenz die Teilhabe an der Gesellschaft zu sichern (vgl. Sperl et al. 2011, 618), sollten die Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche ebenso wie jene in der Erwachsenenrehabilitation so konzipiert sein, dass diese auf die speziellen Bedürfnisse eingehen. Bereits Kinder und Jugendliche können von chronischen Erkrankungen betroffen

sein und der stetige Anstieg der selbigen macht es aus diesem Grund auch notwendig, Rehabilitationsangebote für diese spezifische Altersgruppe unter Berücksichtigung ihres Entwicklungsstandes zu schaffen (vgl. Petermann/Bauer 2011, 482). Auf Grund des länger anhaltenden Zeitraums der Krankheitsbeschwerden, bei welchem sich der Gesundheitszustand oftmals gar nicht verbessert, können diese zu schwerwiegenden psychosozialen Folgen führen (vgl. Waschburger 2009, 27). So schreiben Hagen und Schwarz (2009, 49), dass eine chronische Erkrankung „die Bewältigung der jugendtypischen Herausforderungen deutlich erschweren“ kann (Hagen/Schwarz 2009, 49).

Das Anliegen, die Kinder und Jugendrehabilitation entsprechend des Entwicklungsabschnittes anzupassen, ist daher von großer Wichtigkeit, da sich der Verlauf von chronischen Krankheiten bis ins Erwachsenenalter hinziehen können und sich die Entwicklung des Betroffenen bei unzureichender Behandlung verschlechtern und im späteren Berufsleben zu einer Beeinträchtigung führen kann (vgl. Petermann/Bauer 2011, 482). „Eine (frühzeitige) Zuweisung zur Rehabilitation kann entscheidend zur Bewältigung der Krankheit beitragen und sicherstellen, dass früh erworbene Verhaltensstrategien und gesundheitsförderliche Verhaltensweisen langfristig beibehalten werden“ (ebd.). Ein zentraler Punkt für die Kinder- und Jugendrehabilitation ist der Einbezug der betroffenen Eltern in den Rehabilitationsablauf, da diese entscheidend auf die Motivationslage des Kindes Einfluss nehmen können (vgl. Petermann/Bauer 2011, 482). Das Gelingen einer rehabilitativen Maßnahme kann maßgeblich davon abhängen. Sperl et al. (vgl. 2011, 618) weist ebenso wie Petermann und Bauer auf die enorme Bedeutung hin, Eltern in die professionelle Begleitung miteinzubeziehen.

6.2.2 *Situation in Österreich*

In Österreich existieren nicht genügend Einrichtungen, die sich auf Kinder- und Jugendliche spezialisieren, darüber hinaus fehlt es an der genauen Regelung der Angebote, wie beispielsweise in der Erwachsenenrehabilitation (vgl. Sperl et al. 2011, 618). Sperl et al. (vgl. ebd.) weist in diesem Zusammenhang auf die unzureichende Regelung und sich häufig überschneidende Zuständigkeitsverteilung hin. Die Verantwortlichkeit der Rehabilitation wird zwischen folgenden Institutionen geregelt:

1. „Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als koordinierte Stelle für Maßnahmen im Gesundheitsbereich,

2. Pensionsversicherungsanstalt (PVA) als Hauptverantwortliche für den Bereich Rehabilitation,
3. Hauptverband (HV) der Sozialversicherungen (SV) als Dachverband der SV,
4. Sozialversicherungen/Krankenversicherungen (KV) als mögliche Kostenträger,
5. Allgemeine Unfallversicherung (AUVA) als für die Rehabilitation nach Unfällen zuständiger Kostenträger, und
6. Bundesländer (BL) als für alle angeborenen Erkrankungen/Behinderungen zuständige Stelle“ (Sperl 2011, 620)

Dies ist aber nur ein Problem der Rechtslage, denn Angebote für eine umfassende Rehabilitationsbehandlung sind in Österreich nur teilweise vorhanden oder werden nicht ganz ausgeschöpft, „Kapazitäten fehlen sowohl bezüglich der Akut- als auch der weiterführenden stationären als auch ambulanten Rehabilitation (Sperl 2011, 620).

Die Kinder- und Jugendrehabilitation scheint in Österreich noch nicht so weit fortgeschritten zu sein, wie der anschließende Vergleich in Bezug auf rehabilitative Maßnahmen in Deutschland zeigen wird.

6.2.3 Kinder und Jugendrehabilitation in Deutschland

Im Vergleich zu Österreich ist die Kinder- und Jugendrehabilitation in Deutschland klar geregelt und basiert ebenso wie die allgemeine Rehabilitation auf den Grundsätzen der ICF. Verankert wurden die Leistungen in den mehrbändigen Sozialgesetzbüchern (vgl. Sperl et al. 2011, 625). Die Zuständigkeit für Kinder- und Jugendrehabilitation liegt gleichwertig sowohl bei der Kranken- als auch der Rentenversicherung. Leistungen werden immer von der ersten Antragsstelle übernommen (vgl. Nürnberg et al. 2010, 256), hingegen Kosten für einen stationären Aufenthalt werden ausschließlich von der Rentenversicherung getragen (vgl. ebd.).

Bradl (vgl. 2001, 149) gibt an, dass speziell für chronisch erkrankte Kinder und Jugendliche die Krankheitsbewältigung eine entscheidende Rolle spielt um Entwicklungsverzögerungen vorzubeugen und vorhandene Fertigkeiten und Fähigkeiten weiter auszubauen bzw. zu verbessern. Neben diesen führen körperliche und auch psychische Einschränkungen in vielen Fällen zu Ausgrenzungen, wobei oft typische Erfahrungen zu Gleichaltrigen auf der Strecke bleiben oder zum Teil ganz verlorengehen. Lange Rehabilitations- und

Krankenhausaufenthalte, fehlende soziale Kontakte, häufige Trennungen von der Familie und mögliche Schulprobleme sind ein paar nennenswerte Bereiche (vgl. ebd.). Genannte Kriterien können zum Ausschluss aus der sozialen Umwelt führen und sich dabei nachteilig auf die spätere Lebensentwicklung auswirken.

Aus diesem Grund hat die Rentenversicherung für die stationäre Kinder und Jugendrehabilitation folgende zu erreichende Ziele festgelegt und definiert (Bullinger et al. 2000, 313).

1. „Beseitigung von Leistungseinschränkungen und Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit durch Verbesserung des Gesundheitszustandes und der physischen und psychischen Gesamtsituation, Kompensation von Funktionsstörungen und Verbesserung von funktionsbezogenen Parametern.
2. Erlangung maximaler Selbständigkeit im Krankheitsmanagement sowohl individuell als auch innerhalb der Familie und in Abhängigkeit vom Alter.
3. Reintegration in Schule, Beruf, Familie und Gesellschaft durch eine Beratung für die spätere berufliche Tätigkeit.
4. Steigerung der Leistungsqualität durch eine verstärkte Auseinandersetzung mit der Erkrankung, durch Ermöglichung größerer Freiräume und durch Förderung von Belastbarkeit, Selbstsicherheit und Selbstvertrauen sowie Steigerung des Körperbewusstseins und des Selbstbewusstseins.
5. Minimierung der Krankheitsfolgen für Patient, Familie und Gesellschaft durch das Erkennen und Vermeiden von Folgeerkrankungen und durch das Erlernen sozialer Kompetenzen.
6. Erlernen von Krankheitsbewältigungsstrategien, Stressbewältigung sowie Akzeptanz der Krankheit.
7. Management von Sekundärkomplikationen zur Prävention von Sekundärprozessen und Verbesserung der Langzeitprognose“

Um die eben aufgezählten Ziele zu erreichen werden von der Rentenversicherung für den Rehabilitationsprozess spezifische Leistungen zur Verfügung gestellt unter Einbeziehung der persönlichen Ressourcen des Rehabilitanden (vgl. ebd.). Damit ist gemeint, dass die Eigenkapazität des Rehabilitanden gefördert wird. Speziell bei Kindern und Jugendlichen

spielt das familiäre Umfeld eine enorme Rolle. Aus diesem Grund ist es von besonderer Bedeutung Elternberatungen durchzuführen und diese auf die besonderen Bedürfnisse ihrer Kinder zu schulen (vgl. ebd.). Es gilt weitestgehend das Selbstmanagement der Kinder und Eltern zu fördern um langfristig einen Rehabilitationserfolg zu sichern (vgl. ebd., 315).

6.3 Berufliche Rehabilitation

Die berufliche Rehabilitation stellt nur einen Teilbereich des Systems des Rehabilitationsprozesses dar (vgl. Hinz, Boban 2001, 17). Im Vordergrund einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme stehen die Ein- und Wiedereingliederung von beeinträchtigten Menschen in das Erwerbsleben, unabhängig von einer bereits vorhandenen oder erst während des Arbeitsvollzugs eingetretenen Schädigung. Diese Maßnahmen umfassen nicht nur die Umschulung und Weiterbildung sondern auch bei „Ungelernten“ eine nachträgliche Erstausbildung (vgl. Herrmann 1996,16).

Die Schwerpunkte der beruflichen Rehabilitation liegen in der Sicherstellung des Arbeitsplatzes und in der Erhaltung der Erwerbstätigkeit der geschädigten Person (vgl. Biermann, 2008, 7). Die Intention liegt in der Verbesserung der Funktionstüchtigkeit, um eine möglichst weitreichende Teilhabe an Lebensbereichen in der Gesellschaft zu erlangen (vgl. ebd.). Neben der sozialen und medizinischen Rehabilitation hat die berufliche Rehabilitation den Auftrag, die Erwerbstätigkeit des Beeinträchtigten zu sichern.

Eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme kommt immer dann zum Tragen, wenn es durch die Einwirkung einer Schädigung oder chronischen Krankheit zu einer Behinderung kommt und es dem Rehabilitanden nicht mehr möglich ist, im Arbeitsleben ohne weitere Unterstützung und Förderung Fuß zu fassen. Da Behinderung oft mit einem regelwidrigen Zustand gleichgesetzt wird, hat sie es also mit dem vom Normalzustand Abweichendem zu tun. Bei der Ein- und Wiedereingliederung ist der Zeitpunkt und Eintritt des Behinderungszustandes von zentraler Bedeutung (vgl. Seifert 1977, 226). Handelt es sich um einen Menschen, der bereits seit früher Kindheit an einer Behinderung leidet, oder ist die Schädigung erst nach Eintritt ins Erwerbsleben aufgetreten (vgl. ebd.). In Abhängigkeit zur Ausgangssituation lassen sich zwei Ziele formulieren:

1. „Die Wiederherstellung bzw. Herstellung der physischen und/oder psychischen Leistungsfähigkeit,

2. die soziale und berufliche Integration bzw. Reintegration“ (Seifert 1977, 629).

Nach Seifert (vgl. ebd., 672ff) erlangt berufliche Rehabilitation aus mehreren Gründen seine Relevanz:

- Aus ökonomischer Sicht erreicht der Rehabilitand durch seine Erwerbstätigkeit wirtschaftliche Unabhängigkeit. Durch die selbständige Erhaltung seines Lebensunterhaltes hat er die Möglichkeit, ein gleichwertiges Leben wie das der „normalen Bevölkerung“ zu führen.
- Die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit sichert ihm seinen sozialen Status, ein ordentliches Mitglied der Gesellschaft zu sein. Erwerbsfähigkeit und Berufsausübung hängen wesentlich mit der Anerkennung und dem gesellschaftlichen Ansehen zusammen.
- Das Nachgehen eines Arbeitsverhältnisses fördert den Kontakt zu Mitmenschen und Arbeitskollegen und wirkt somit sozialer Isolation entgegen.
- Arbeit und/oder Berufsausübung haben sinnvollen Gehalt. Die Sinnhaftigkeit beruflicher Beschäftigung hat sowohl persönlichen als auch gesellschaftlichen Nutzen (vgl. ebd.).

Berufliche Rehabilitation hat immer eine soziale Integration im Blick, wenn es darum geht, den beeinträchtigten Personen die Partizipation am gesellschaftlichen Leben so „normal“ wie möglich zu gestalten. Darüber hinaus bezieht sich soziale Integration auf eine Teilnahme und Teilhabe von Menschen und auf das Einbezogen sein einer Person in einer Gesellschaft (vgl. Firlinger 2003, 56). Grundvoraussetzungen wie eine schulische und später folgende berufliche Ausbildung sind nur ein paar wenige Aspekte der sozialen Integration (vgl. ebd.). Da berufliche Integration ohne gesellschaftliche Teilhabe nicht umgesetzt werden kann, benötigen behinderte Menschen bei der beruflichen Qualifizierung und Erhaltung oder Wiedererlangung ihres Arbeitsplatzes Unterstützung (vgl. Biermann 2008, 9).

Zwei Institutionen der beruflichen Rehabilitation seien an dieser Stelle noch genannt. Diese werden aber in dieser Diplomarbeit nicht näher beschrieben.

- das Berufsbildungswerk, wo es vornehmlich um die Erstausbildung von Jugendlichen geht

- beziehungsweise die Berufsförderungswerke, diese dienen der Umschulung von bereits Erwerbstätigen (vgl. Brackhane 1996, 73, vgl. Seifert 1977, 702)

Die Wiedereingliederung von beeinträchtigten Personen nach vorheriger Erkrankung kann sehr belastend für den Arbeitnehmer sein (vgl. Schartmann 2005, 275). Dabei spielen Ängste den Anforderungen am Arbeitsplatz nicht mehr gewachsen zu sein eine enorme Rolle (vgl. ebd.). Aus diesem Grund schlägt Schartmann (vgl. ebd.) eine „stufenweise Wiedereingliederung“ vor. Dabei wird ein Wiedereinstieg am alten Arbeitsplatz mit geringerem Stundenkontingent vollzogen, wobei nach Bedarfslage die Stundenanzahl kontinuierlich gesteigert werden kann, bis schließlich die reguläre Arbeitszeit und damit eine Vollbeschäftigung erreicht wird (vgl. ebd.). Durch die sukzessive Steigerung wird eine Überforderung des Betroffenen am Arbeitsplatz vermieden und der Arbeitgeber hat genügend Zeit, sich einen Überblick über die Leistungsfähigkeit der behinderten Person zu verschaffen (vgl. ebd.).

7 Heilpädagogik

Die heilpädagogische Theorie und auch das heilpädagogische Handeln befassen sich seit ihren Anfängen mit der theoretischen und auch praktischen Erziehung und Entwicklung von behinderten Kindern (vgl. Speck 2003, 46). Hanselmann (Haeberlin 1996, 13, zit. nach Hanselmann 1976, 12) bezeichnet die Heilpädagogik als „die Lehre vom Unterricht, von der Erziehung und Fürsorge aller jener Kinder, deren körperlich-seelische Entwicklung dauernd durch individuelle und soziale Faktoren gehemmt ist“.

Anhand dieser Definition wird ersichtlich, dass sich heilpädagogisches Handeln sowohl mit dem theoretischen als auch den praktischen Folgen einer Entwicklungsverzögerung oder vorhandenen Behinderung beschäftigt. Dabei ist es wichtig, behinderte Menschen in ihrer Entwicklung zu unterstützen und sie während ihres Entwicklungsprozesses bei erschwerten Bedingungen zu begleiten.

7.1 Heilpädagogische Anfänge

Der Begriff „Heilpädagogik“ wurde von Georgens und Deinhard erstmals im 19. Jahrhundert verwendet (Haeberlin 1996, 23, vgl. Bleidick 1987, 14, 20 ,22; vgl. Speck 2003, 46). Die Schriften von Georgens und Deinhardt galten als erster konkreter Ansatz zur Erziehung von Kindern und Jugendlichen unter besonderer Berücksichtigung ihrer speziellen Erfordernisse (vgl. Speck 2003, 46). Mit der klaren Unterscheidung einer besonderen Erziehung wurde zwar eine Abgrenzung zur allgemeinen Pädagogik geschaffen, ohne jedoch an Wertigkeit für diese zu verlieren (vgl. ebd.).

Die Heilpädagogik wurde in ihren Anfängen von drei relevanten Ansätzen beeinflusst.

- Heilende Erziehung,
- Medico-Pädagogik und die
- Heilserziehung (vgl. Haeberlin 1996, 23; vgl. Speck 1991a)

Die Ansichten und Gedanken über die Erziehung stammen aus der Epoche der Aufklärung (vgl. Haeberlin 1996, 23) und waren auf die Schwierigkeiten der kindlichen Erziehung gerichtet (vgl. Bleidick 1978, 15). Zu jener Zeit ging man davon aus, dass sogenannte „Kindsfehler“ durch falsche Erziehung auftreten (vgl. Speck 2003, 48).

„Kindsfehler seien wie Krankheiten, die durch eine Kur zu heilen seien“ (Bleidick 1978, 16). Ein Großteil der Pädagogen griff im 19. Jahrhundert das Thema mit den sogenannten Kindsfehlern auf (vgl. Haeblerlin 1996, 23; vgl. ebd.). Darunter zwei namhafte Pädagogen wie Herbart und Niemeyer, die sich beispielsweise mit der „Fehlerlehre“ der Kinder beschäftigt und auseinandergesetzt haben (vgl. Bleidick, 1978, 16).

Entscheidend für die spätere Lokalisierung und Begriffsbestimmung von Heilpädagogik war das Erziehungskundelehrbuch, verfasst Anfang des 19. Jahrhunderts von Vincenz Eduard Milde (vgl. ebd., 17). Dieses Werk, gegliedert in vier Bände, beschrieb verschiedenste Bereiche des Seelenlebens, wie „die physischen Anlagen, die intellektuellen Anlagen, die Gefühls-Anlagen und das Begehrungsvermögen“ (ebd.). Jedes dieser vier Werke wurde wiederum in Teilbereiche wie „Diätetik (Gesundheitslehre), Bildungslehre, Heilkunde und Anleitung zur Selbstbildung“ (ebd.) gegliedert.

Es wurde schon früh erkannt, dass Bildungsziele bei behinderten Kindern und Jugendlichen mit der üblichen Erziehung und Förderung nicht erreicht werden konnten und dass sie aus diesem Grund eine auf ihre Bedürfnisse ausgerichtete spezielle Unterrichtsform benötigten.

Heute befasst sich die Heilpädagogik „mit der Theorie und der theoriegeleitenden Reflexion der Praxis der Erziehung und Bildung sowie der Hilfen und Unterstützungssysteme in beeinträchtigten und beeinträchtigenden Beziehungs-, Lern- und Lebensverhältnissen“ (Dederich 2012, 91).

7.2 Das heilpädagogische Menschenbild

Wie es bereits in diesem Kapitel beschrieben wurde, umfassen die Aufgaben der Heilpädagogik die Erziehung und die Unterstützung bei der Entwicklung von behinderten oder auffälligen Kindern und Jugendlichen. Hierbei geht es der Heilpädagogik nicht nur um die wissenschaftliche Ergründung von Erziehungsschwierigkeiten und Entwicklung unter erschwerten Bedingungen, sie schließt auch die praktische Arbeit mit ein. Wenn in diesem Zusammenhang von Erziehung gesprochen wird, meint das nicht unbedingt das Erziehen von Kindern durch Eltern, Kindergartenpädagogen oder Lehrer im allgemeinen Sprachgebrauch, vielmehr meint es auch eine Erziehung mit Orientierung am festgestellten Schaden eines Kindes oder Jugendlichen und wie diesen mit bestmöglicher Hilfe und umfassender Unterstützung eine normale Lebensführung gelingen kann (vgl. Speck 2003, 243). Deshalb ist

es notwendig, den Ansatz und die Bemühungen pädagogischer Handlungen immer nach dem Subjekt, also nach dem/der Menschen und seinen Bedürfnissen zu richten (vgl. Kobi 1993, 17).

Ein elementarer Gedanke der Heilpädagogik ist der Begriff der Ganzheitlichkeit (vgl. Speck 2003, 58f). Das heilpädagogische Menschenbild entspricht dem eines Menschen, der aufgrund seiner Beeinträchtigung auf eine besondere Art von Hilfestellung angewiesen ist. So richtet sich der Blick der Heilpädagogik auf Menschen, die auf Grund einer vorangegangenen oder angeborenen Schädigung in bestimmten Situationen und Beziehungen benachteiligt sind. Dabei befasst sich das ganzheitliche Denken nicht nur mit der Behinderung eines Menschen, sondern schließt auch Aspekte des sozialen Bereiches und Benachteiligungen mit ein (vgl. Haerberlin 1996, 13).

Unter Berücksichtigung aller Faktoren, wird in der Heilpädagogik von einem ganzheitlichen Grundgedanken ausgegangen. Der Mensch wird als eine bio-psycho-soziale Einheit verstanden, ebenso wie es auch im Erklärungsmodell von Behinderung, dem WHO Modell „ICF“, beschrieben wird. Das heilpädagogische Menschenbild bezieht sich dabei auf ein humanistisches Gesamtbild, nämlich der Mensch als Einheit und schließt dabei sowohl förderliche als auch negative Folgen bei der Betrachtung mit ein. Da eine Behinderung auf mehreren Ebenen zu Problemen führen kann, bedarf es auch einer gesamtgesellschaftlichen Sichtweise auf den Menschen selbst. Wie bereits im Kapitel 3.1 beschrieben, handelt es sich beim Begriff der Behinderung nicht ursprünglich um einen pädagogischen Terminus. Vielmehr hatten und haben gesellschaftliche Entwicklungen wesentlichen Einfluss darauf, was als Behinderung wahrgenommen wird oder zu gelten hat (vgl. Kobi, 1993, 98). Kobi (ebd.) schreibt daher: „Behindert ist, wer an [...] gesellschaftlichen Aktivitäten nicht oder nur mangelhaft partizipieren kann, und behindert ist, wer sich gegenüber gesellschaftlich als wesentlich geltenden Bestrebungen als hinderlich erweist“. Eine Behinderung ist stets was Außergewöhnliches und entspricht nach gesellschaftlicher Vorstellung selten der Norm. Unterscheidungen werden aber auch immer nach Grad und Schwere der Behinderung getroffen. Der Rückschluss auf den Grad einer Behinderung wird gemessen an Beeinträchtigungen in den wichtigsten Lebensbereichen eines Menschen, in welchen dieser Einschränkungen erfährt (vgl. Bleidick 1978, 75).

Entscheidend für das behindert werden oder das behindert sein, sind gesellschaftliche Erwartungen in Anhängigkeit der Hilfen die dem Behinderten entgegengebracht werden, um die gesellschaftlichen Erwartungsvorstellungen zu erfüllen (vgl. Bleidick 1978, 74).

Laut Haerberlin (1996, 61) betrifft „das Problem mit welchem nun die Heilpädagogik konfrontiert wird, [...] die bereits – in uns verankerte Typologisierung nämlich eine behindertenspezifische Typologisierung, welche nach der Einteilung von "Normalität" und "Nicht-Normalität" unterscheidet“. Demzufolge hängt eine Behinderung oder das Behindert sein stets mit einem Werteverständnis zusammen, dass in der Regel mit einer quasi nicht der Norm entsprechenden Sichtweise einhergeht. Der Defekt oder das Krankheitsbild stehen im Vordergrund, wodurch der Mensch durch die Gesellschaft eine Abwertung erfährt (vgl. Kobi 1993, 98f).

Die Heilpädagogik kann somit „verstanden werden als eine spezialisierte Pädagogik, die von einer Bedrohung durch personale und soziale Desintegration ausgeht, und bei der es im Besonderen um die Herstellung oder Wiederherstellung der Bedingungen für eigene Selbstverwirklichung und Zugehörigkeit, für den Erwerb von Kompetenz und Lebenssinn [geht], also um ein Ganz-werden [...], soweit es dazu spezieller Hilfe bedarf“ (Speck 2003, 59). Die Betrachtung des Menschen mit seinen Fähigkeiten, Problemen und Ressourcen sind somit bestimmend für das Menschenbild der Heilpädagogik.

8 Forschungsrahmen – Empirische Untersuchung

Dieses Kapitel soll darüber Aufschluss geben, welche Untersuchung in vorliegender Arbeit verwendet wird. Da für den empirischen Teil der qualitative Forschungszugang gewählt wurde, wird dieser näher erläutert und beschrieben. Ein weiterer Schritt liegt in der Erklärung des Leitfadens Interviews, der Erläuterung der Transkription und der näheren Ausformulierung der angewendeten Analyse.

8.1 Qualitative Forschungsmethoden

Mayring (vgl. 2010, 17) und Terhart (vgl. 1997, 27) geben an, dass sich in den letzten Jahren ein verstärkter Trend von qualitativen Forschungsmethoden im Bereich der Sozialwissenschaften erkennen lässt. „Die Gründe für das immer deutlicher erkennbare Bedürfnis nach sozialwissenschaftlichen Analysen unserer Welt können darin gesehen werden, daß die gesellschaftlichen Strukturen, insbesondere der modernen industriellen bzw. nachindustriellen Gesellschaft immer komplexer werden, der soziale Wandel, mitbedingt durch den rapiden wissenschaftlich-technischen Fortschritt zusehends unüberschaubarer wird“ (Blässer 1987, 9). Qualitative Forschung orientiert sich nach Terhart (1997, 27) „am Ziel einer möglichst gegenstandsnahen Erfassung der ganzheitlichen, kontextgebundenen Eigenschaften sozialer Felder“. Das impliziert, dass es um die Erforschung der sozialen Wirklichkeit geht. Blässer (vgl. 1987, 9) weist in diesem Zusammenhang auf zusätzliche Kriterien sozialwissenschaftlicher Forschung hin und beschreibt weiter, dass sich qualitative Analyse am Gegenstand orientiert (vgl. ebd.). Zum Gegenstand kann einerseits das Individuum und seine Handlungsintention in sozialen Beziehungsverhältnissen werden, wie andererseits bereits angemerkt gesamtgesellschaftliche Prozesse, die sich in verschiedene Subsysteme unterteilen können beispielsweise Organisationsstrukturen wie Schule, Betriebe, Vereine usw. (ebd.).

Neben der qualitativen findet noch die quantitative Sozialforschung ihre Bedeutung. Terhart (vgl. 1997, 28) gibt an, dass diese beiden unterschiedlichen Methoden nicht in Konkurrenz zueinander stehen, sondern sich im Forschungsprozess vielmehr ergänzen müssen.

8.2 Das problemzentrierte Interview (Datenerfassung)

Für die Befragung wurde das problemzentrierte Interview gewählt. Der Fokus des problemzentrierten Interviews liegt in der Behandlung und Erforschung gesellschaftlicher Realitäten, die mit Hilfe diverser Methoden ermittelt werden kann (vgl. Lamnek 1995, 74). Grundsätzlich sollte diesem Verfahren kein vorentwickeltes wissenschaftliches Konzept zu Grunde liegen, jedoch kann nach Lamnek (vgl. ebd.) ein bereits bestehendes Konzept während des Interviewverlaufs einer Änderung unterliegen. Das bedeutet, dass der Problembereich nach relevanten Gesichtspunkten gefiltert wird, wodurch man ggf. zu einer Änderung des theoretischen Konzeptes gelangt (vgl. ebd., 75). „Dieses Vorgehen wird damit begründet, daß der Forscher eben nicht eine tabularasa sein kann, daß er sich nicht völlig theorie- und konzeptionslos in das soziale Feld begibt und er immer schon entsprechende theoretische Ideen und Gedanken (mindestens implizit) entwickelt hat“ (ebd.).

Die Datenerfassung sollte nach Lamnek (vgl. 1995, 77) in möglichst umfassender Weise erfolgen. Als Hilfestellung dienen dem Forscher vier verschiedene Techniken (ebd.).

1. Der *Kurzfragebogen* dient dem zwanglosen Einstieg in das Gespräch. Dadurch erhält der Forscher bereits einen Überblick des zu Interviewenden. Seinen Werdegang, aber auch über sein soziales Umfeld. Unter Umständen kann sich bereits zu diesem Zeitpunkt herauskristallisieren, welche Themenbereiche für den Befragten relevant sind, wodurch bestimmte Fragen des Leitfadens nochmals zu modifizieren sind (vgl. Friebertshäuser 1997, 380).
2. Der *Leitfaden* dient dem Forscher als Hilfsmittel, um die Problembehandlung des zuvor überlegten Bereichs einzugrenzen. Kennzeichen dieser Interviewmethode ist, dass sie einen offenen Charakter besitzt. Diese Art der Befragungsmethode ermöglicht es dem Befragten, das Gespräch bis zu einem gewissen Grad zu regulieren wobei es unter Umständen durch diese Befragungstechnik während des Gesprächsverlaufes zu einer Abweichung von der Reihenfolge der zuvor festgelegten Themenbereiche kommen kann (vgl. Blässer 1987, 45). Um ein zu großes Abweichen zu vermeiden, wurde zur Unterstützung ein zuvor entwickelter Leitfaden zur Hilfe genommen. Diese Art und Form der Befragung soll sicherstellen, dass alle notwendigen Informationen besprochen werden, jedoch der Interviewte in kein starres Korsett gezwängt wird.

Außerdem lässt die offene Befragung zu, durch näheres Nachfragen weitere Aussagen und Antworten zu erhalten (vgl. ebd.). Durch den offenen Gesprächsverlauf soll der Interviewte ermutigt werden, frei zu einem Sachverhalt Stellung zu beziehen. Darüber hinaus dient diese Befragungsart der Aufrechterhaltung einer zwanglosen und somit freien Gesprächsatmosphäre (vgl. ebd.).

3. Um anschließend eine bessere Dokumentation der Gesprächsatmosphäre zu erhalten, ist es dienlich, das Interview unter Zuhilfenahme eines Datenträgers aufzuzeichnen. Relevante Inhalte könnten mittels handschriftlicher Aufzeichnungen verloren gehen. Das Aufnahmegerät dient im wesentlichen dem vierten und somit letzten Schritt (vgl. Lamnek 1995, 77).
4. Beim letzten Schritt handelt es sich um die Dokumentation des Gesprächsverlaufes. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass alle auch die nonverbalen Sequenzen zu Papier gebracht werden. Ebenso sollten auch Angaben gemacht werden, die nicht nur auf die Interviewsituation bezogen sind, sondern auch solche, die vor und nach der Aufnahme mittels Tonbandgerät aufgetreten sind.

8.2.1 Darstellung des verwendeten Interviewleitfadens

A: Demographische Daten

A1: Wie alt sind sie?

A2: Wo sind sie geboren und aufgewachsen?

A3: Wie ist ihr derzeitiger Familienstand?

A4: Wohnen sie derzeit alleine, bei ihrer Familie oder in einer WG?

(**A4a:** Wohnen sie in einer speziellen Wohneinrichtung? – z.B. Unterstütztes wohnen?)

A5: Was ist ihre höchste abgeschlossene Schulausbildung?

A6: Haben sie eine Lehre abgeschlossen und einen Beruf erlernt?

(**A6a:** Um welchen Beruf handelt es sich?)

A7: Welchen Beruf üben sie derzeit aus?

A8: Haben sie einen Behindertenausweis?

A9: Welchen Grad der Behinderung haben sie?

B: Berufliche Situation

B1: Konnten sie nach Auftreten des Schlaganfalls ihren Beruf, Lehre, Schulausbildung fortführen?

Zu ja: Nach welchem Zeitraum konnten sie wieder in den Arbeitsverlauf (Schule) eintreten?

Zu nein: Weshalb konnten sie diese nicht fortführen oder fertigstellen?

B2: Brauchten sie (unmittelbar nach ihrem Schlaganfall eine Hilfestellung an Schule, Lehre, Arbeitsplatz?

(B2a: Haben sie Erfahrungen mit der Arbeitsassistenten gemacht?)

Zu ja1: Wie sind sie auf diese Art der Hilfsmaßnahme gekommen?

Zu ja2: Wie konnte ihnen die Maßnahme der Arbeitsassistenten behilflich sein?

- Unterstützung bei der Bewerbung
- Unterstützung beim Arbeitgeber und Adaptierung am Arbeitsplatz

B3: Sind sie immer noch am selben Arbeitsplatz und in der derselben Firma tätig wie vor ihrem Schlaganfall?

Zu nein: Haben sie ihren Arbeitsplatz von sich aus gewechselt?

Wurde ihnen ein anderer Arbeitsbereich durch ihren Vorgesetzten zugeteilt? Warum glauben sie ist es dazu gekommen? Gefällt ihnen ihre derzeitige berufliche Tätigkeit? Haben sie die Lehrstelle gewechselt oder eine Umschulung gemacht?

B4: Was ist ihre derzeitige berufliche Tätigkeit, können sie sie ein wenig beschreiben?

B5: Mussten Anpassungen des Arbeitsplatzes auf Grund ihrer Beeinträchtigung durchgeführt werden?

Zu ja: Welche Maßnahmen wurden durchgeführt?

Zu nein: Konnten sie ihre berufliche Tätigkeit auch ohne spezielle Maßnahmen weiterführen?

B6: War ihr Wiedereinstieg in Schule, Lehre oder Beruf mit Ängsten verbunden?

- den Anforderungen nicht mehr gerecht werden
- Aufgaben nicht mehr entsprechend ausführen zu können

B6a: Wie fühlen sie sich in ihrer jetzigen Arbeitsstelle?

B6b: Wie viele Wochenstunden umfasst ihre momentane Arbeitsstelle?

B7: Wie ist das Verhältnis zu ihren Arbeitskollegen und zu ihrem Vorgesetzten?

B7a: Wissen ihre Kollegen und ihr Vorgesetzter/e von ihrer Behinderung?

B7b: Wie gehen sie damit um?

B8: Sind ihre persönlichen beruflichen Vorstellungen (in Bezug auf den Schlaganfall) und ihres beruflichen Wiedereinstiegs erfüllt worden?

Zu nein: Weshalb? Was hätten sie sich gewünscht?

C: Auftreten des Schlaganfalls

C1: Wie alt waren sie als sie einen Schlaganfall hatten?

C1a: Wissen Sie welcher Art ihr Schlaganfall war?

C2: Wann ist ihr Schlaganfall aufgetreten?

C2a: In welcher Situation haben sie sich befunden?

C2b: Waren sie in diesem Moment alleine?

C2c: Wer hat für sie Hilfe geholt?

C3: In welchem Zeitraum fand die medizinische Versorgung nach dem Schlaganfall statt?

C4: Welche Art(en) von Störung(en) wurden bei ihnen diagnostiziert?

C5: Haben sie gleich nach dem Krankenhausaufenthalt eine Rehabilitation zur Verbesserung ihrer Funktionsstörung(en) gemacht?

(**C5a:** In welchem Zeitraum nach Auftreten des Schlaganfalls haben sie dann die Rehabilitation gemacht?)

C6: Hat ihnen die Therapie geholfen und konnten sie ihre Fertigkeiten wieder verbessern?

D: Situationsverarbeitung nach dem Schlaganfall

D1: Wie sind sie in den darauffolgenden Monaten mit ihrer Beeinträchtigung umgegangen?

D2: Waren sie auf familiäre Unterstützung, Hilfe angewiesen?

Zu ja: In welcher Form wurden sie von ihrer Familie unterstützt?

D3: Bekamen sie auch Beistand von ihren Freunden und Bekannten?

Zu ja: Wie sah dieser aus?

Zu nein: Was hätten sie sich von ihren Freunden gewünscht?

E: Zur Behinderung/Beeinträchtigung

E1: Wie sehr schätzen sie persönlich ihre Einschränkungen als Behinderung ein?

E2: Wie reagierte(n)

- a) ihre Familie
- b) ihre Freunde

auf ihre Behinderung?

E3: Inwieweit bemerken sie situationsbedingte Unterschiede bei Ihrer Beeinträchtigung? (Hobby und alltägliches Leben)

E4: Inwiefern haben sie Probleme mit ihrer Beeinträchtigung (Behinderung) bei ihrem Arbeitsprozess?

(E4a: Bei welchen Arbeiten haben sie jetzt Schwierigkeiten? Welche können Sie nur mit Unterstützung erledigen?)

(E4b: Bei welcher Tätigkeit schränkt sie ihre Beeinträchtigung (Behinderung) nicht ein?)

E5: Wie sind sie vor ihrem Schlaganfall in die Arbeit/Schule gekommen? Wie kommen sie in die Arbeit? (Bus, Bahn, Auto,...)

(E5a: Gibt es jetzt nach ihrem Schlaganfall Einschränkungen?)

F: Institutionen

F1: Wurde ihnen Unterstützung seitens öffentlicher Institutionen angeboten? (Krankenkassen, AMS)

Zu nein: Hätten sie von diesen Unterstützung benötigt und welche Unterstützung hätten sie sich gewünscht?

Zu ja1: Zu welchem Zeitpunkt ist man an sie herangetreten?

Zu ja2: In welcher Form wurde ihnen Hilfe angeboten?

F2: Was würden sie sich als (junger) Schlaganfallpatient von öffentlichen Institutionen und Hilfseinrichtungen wünschen?

F3: Welche Hilfestellung hätten sie sich von öffentlichen Einrichtungen gewünscht?

F4: Wo fehlen Unterstützungsmaßnahmen ihrer Meinung nach?

F5: Fühlen sie sich auf Grund ihrer Behinderung in einigen Situationen mehr beeinträchtigt als in anderen?

(F5a: Können sie diese bitte näher beschreiben?)

G: Sonstige Anmerkungen

G1: Gibt es noch Punkte, die nicht erwähnt wurden und die ihrer Meinung nach noch angesprochen werden müssen?

Zu ja: Welche?

8.2.2 Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden mit fünf Schlaganfallpatienten durchgeführt. Die Altersspanne zum Zeitpunkt und Auftreten ihres Schlaganfalls betrug zwischen 17 – 19 Jahren. Die Interviews fanden innerhalb eines dreiviertel Jahres statt. Der doch relativ lange Zeitraum ist dadurch entstanden, dass sich die Kontaktaufnahme sehr schwierig gestaltete. Nach unzähligen Telefonaten und Anfragen per Mail an Organisationen, Rehabilitationseinrichtungen und Selbsthilfegruppen, stellte sich bald heraus, dass es von Seitens der Organisation nur wenig Hilfsbereitschaft gab, mir bei der Kontaktherstellung zu entsprechenden Personen zu helfen. Ausnahme waren zwei Ärzte, die sich nach einem kurzen persönlichen Gespräch, in welchem sie über die Inhalte des zu führenden Interviews aufgeklärt wurden, bereit erklärten, mir bei der Suche zu helfen. Im Zuge dessen wurden Personen über jene Institutionen angeschrieben bzw. telefonisch kontaktiert. Dieses Vorgehen war allerdings nicht sehr ergiebig und es meldeten sich nur 2 Personen. Die restlichen drei Personen, mit denen das Gespräch geführt wurde, entwickelten sich über Mundpropaganda innerhalb des Freundeskreises. Ein weiteres kritisches Moment der zu Untersuchenden liegt in der Zeitspanne des Schlaganfalls. Da sich nur wenig für ein Interview bereit erklärten, fand ein Gespräch, bereits relativ kurz nach dem Schlaganfall statt, weshalb ein wichtiger Themenbereich wie beispielsweise jener der Arbeit, nicht abgeklärt werden konnte. Bei einem weiteren Interviewpartner stellte sich während des Gesprächs heraus, dass dieser einen Schlaganfall aufgrund eines zu vor erlittenem Schädelhirntrauma hatte. Dieses Interview wurde trotzdem in die Auswertung miteinbezogen, da wie bereits im Theorieteil vorliegender Arbeit angemerkt, ein Schlaganfall aufgrund von Schädelhirntraumata entstehen kann.

Die Interviews selbst wurden an unterschiedlichen Orten innerhalb von Österreich geführt. Ein Interview fand in einer öffentlichen Einrichtung statt, nachdem geklärt wurde, dass wir einen Raum nutzen können, in welchem wir das Gespräch ungestört durchführen konnten. Obwohl mir der Treffpunkt als nicht so vorteilhaft erschien, war die Atmosphäre sehr

angenehm und entspannt. Die anderen vier Interviewpartner erklären sich bereit, sich mit mir in einem Kaffee zu treffen.

Nach vorab geklärten Formalitäten und der Absicherung der Anonymisierung, wurden alle gefragt, ob ich das Gespräch mit einem digitalen Aufnahmegerät aufzeichnen kann, wozu sich auch alle bereit erklärten. Die Gesprächspartner erhielten vorab nur einen kurzen Überblick über den zu untersuchenden Gesprächsinhalt. Alle Interviewpartner zeigten sich gesprächsbereit und erzählten sehr frei und flüssig. Die Dauer der einzelnen Interviews betrug zwischen 55 Minuten bis über eine Stunde.

8.2.3 Transkription

Die vorliegenden Interviews wurden ohne Beibehaltung des Dialektes transkribiert. Dieses geschah aus mehreren relevanten Gründen. Zum einen dient dies der besseren Verständlichkeit, außerdem sollte aufgrund der Anonymisierung kein Rückschluss auf die interviewten Personen geschlossen werden können. Außerdem wurden Orts- und Ortsangaben, Namen von Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und Namen von Ärzten aus Anonymitätsgründen verschleiert. Ortsnamen werden in der Transkription in Klammer gesetzt wie z.B. für „Ort“ (O) oder (genauere Ortsangabe). Benennungen von Personen während des Interviews werden in der Transkription mit einem einzelnen Buchstaben versehen, beispielsweise Herr „A“ oder Frau „B“. Angaben zu öffentlichen Einrichtungen, die explizit in der Befragungssituation benannt wurden, scheinen in der schriftlichen Widergabe des Interviews ebenso nur mit einem Großbuchstaben auf. Da während der Interviews zum Teil persönliche Angaben über den Krankheitsverlauf und einhergehende Behandlungsmaßnahmen gemacht wurden, wird aus Anonymitätsgründen der Befragten auf jedwede Art der Beschreibung verzichtet. Aus diesem Grund werden die Interviewten im Transskript als „Herr A“, „Frau B“ usw. angegeben.

Um auch nonverbale Äußerungen der Interviewpartner zu protokollieren wurden für die vorliegende Arbeit folgende Transkriptionskriterien verwendet:

_____	wenn Textstellen besonders betont wurden
>...<	schnelle Textpassagen
<...>	langsame Textpassagen

(...)	unverständliche Textstellen
(())	nonverbale Äußerungen
/	ein Wort unverständlich
//	zwei Wörter unverständlich
(1)	Pausenintervall
(?...?)	vermuteter Wortlaut

Diese wurden in Anlehnung an Seltinger (vgl. in etwa 2009, 364-369) erstellt.

8.3 Merkmalsunterscheidungen von qualitativer und quantitativer Forschung

Wie bereits angemerkt bilden die quantitativen Untersuchungsmethoden den Gegensatz zur qualitativen Forschung. Will die qualitative Analyse „die volle Komplexität ihrer Gegenstände erfassen“, streben hingegen quantitative Forschungsansätze auf die „Zerlegung des Gegenstandes“ hin (Mayring 2000, 18). Das Methodenverständnis einer quantitativen Studie orientiert sich an einem stark theoriegeleiteten Verständnis und ist grundsätzlich auf Hypothesen aufgebaut (vgl. Atteslander 2000, 77). „Die quantitative Sozialforschung bezieht sich weitgehend auf [...] das Postulat der Werturteilsfreiheit wissenschaftlicher Aussagen, die Trennung von Entdeckungs- und Begründungszusammenhängen und Theorieprüfung“ (ebd.) Daraus ergibt sich, dass nicht der Gegenstand zum Untersuchungsobjekt wird, sondern dass es vielmehr um die Erforschung von Zusammenhängen sozialer Realität geht, welche nach zuvor festgelegten Methoden und Kriterien untersucht wird (vgl. ebd.). Der Gegenstand verliert somit an Bedeutung, wobei subjektive Sichtweisen verloren gehen können und somit den Forschungsbereich womöglich eingrenzen.

Nach Mayring (vgl. 2000, 19) beinhaltet ein forschungsmethodisches Vorgehen sowohl qualitative als auch quantitative Aspekte. Der Beginn eines analytischen Vorhabens beinhaltet immer einen qualitativen Schritt. Dieser stellt die Voraussetzung wissenschaftlichen Arbeitens dar. Hierbei geht es um das Festlegen des zu untersuchenden Materials, welches benannt und näher beschrieben werden soll.

Als weiteren zentralen Punkt wissenschaftlichen Vorgehens nennt Mayring (ebd.) „die Anwendung eines Kategoriensystems“. Ausgangspunkt bildet hierfür das zu untersuchende Material. Die Erarbeitung der Kategorien erfolgt am Material selbst und sollte ständig wieder

überprüft werden (vgl. ebd.). Kritik wird Seitens Mayring geübt, dass oftmals „quantitative Analysen [...] angewandt werden, übernommen werden, ohne deren Voraussetzung zu überprüfen“ (ebd.). Das quantitative Vorgehen dient als Unterstützungsfunktion, um zu „Aussagen über den Gegenstand“ zu gelangen (ebd.).

Den letzten Schritt bildet die Interpretation der Ergebnisse in Hinblick auf die zuvor festgelegte Fragestellung (vgl. ebd.).

Den eben beschriebenen Aufbau einer qualitativen Analyse gibt Mayring (vgl. ebd. 20) in einem Phasenmodell wieder.

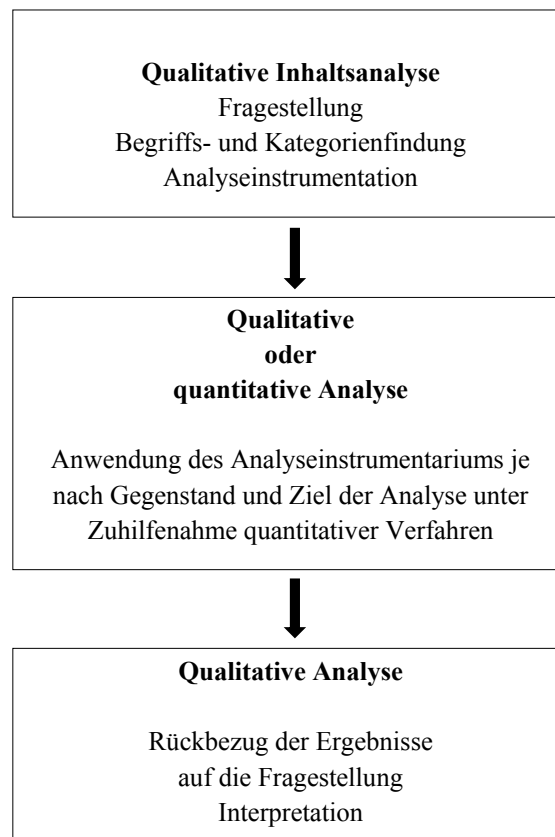


Abb. 3: Phasenmodell zum Verhältnis qualitativer und quantitativer Analyse nach Mayring (2000, 20)

8.3.1 Forschungsmethode und –rahmen

Die Auswertung des zugrundeliegenden Materials wurde in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse von Mayring durchgeführt. Dabei wird die Technik, wie von Mayring beschrieben herangezogen. Hierbei wird sowohl auf den theoretischen Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse, als auch auf die praktische Durchführung der vorliegenden Untersuchung Bezug genommen. Zu Beginn erfolgt immer die theoretische Erklärung der Vorgehensweise der Anwendung, um dann anschließend den praktischen Bezugsrahmen des vorliegenden Materials zu beschreiben.

In Bezug auf die qualitative Inhaltsanalyse von Mayring beschreibt Lamnek (vgl. 1995, 207-215) ein in neun Schritte unterteiltes Ablaufmodell.

1. Festlegung des Materials

Beim ersten Schritt geht es um die Festlegung des Materials welches, für die Analyse herangezogen werden soll. Hierbei werden alle relevanten Ausschnitte aus der Interviewtranskription herausgefiltert, die für die Beantwortung der Forschungsfrage in Betracht kommen.

2. Analyse der Entstehungssituation

Im zweiten Schritt geht es um die Beschreibung der Entstehungssituation des Interviewprotokolls. Hierzu wird die Interviewsituation näher geschildert. Das inkludiert zum einen, dass anwesende Personen während der Gesprächssituation beschrieben werden und im Weiteren relevante Hintergründe der Befragten.

3. Formale Charakterisierung des Materials

Dieser Schritt verfolgt die Beschreibung des vorliegenden Materials, welches in der Transkription zum besseren Verständnis für den Leser mit Merkmalen versehen wird. Dazu gehören das Angeben von Pausen, Wortunterbrechungen, Betonungen von Textbestandteilen wie auch die Sprechgeschwindigkeit oder Änderungen in der Stimmlage der Befragten.

4. Richtung der Analyse

Diese Phase beschäftigt sich mit der Auswertung des Materials und was aus diesem herausinterpretiert werden soll. Demnach kann sich die Ausrichtung sowohl auf den Gegenstand, also das Thema beziehen, aber auch auf die Befindlichkeiten des Interviewten.

5. Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung

Im Zentrum dieses Schrittes geht es darum festzustellen, ob die Fragestellung für die zugrundeliegende Analyse vorab geklärt wurde. Obwohl das eigentlich dem qualitativen Paradigma widerspricht, spiegelt die Forschungsfrage nicht die empirische Wirklichkeit wieder und es ist somit zulässig, diese vorab zu formulieren.

6. Bestimmung der Analysetechnik

Ziel des sechsten Schrittes ist es, eine Auswahl für die Interpretation des zugrundeliegenden Materials zu treffen. Hierbei unterscheidet Mayring drei unterschiedliche Typen, wie Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung (vgl. Mayring 2000, 58).

7. Definition der Analyseeinheit

Beim siebenten Schritt werden die zu verwendenden Textstellen, welche als Ausgangspunkt für die Analyse dienen, festgelegt. Hierzu werden bestimmte Merkmale eines Textes herangezogen, welche mit Hilfe eines Kodiersystems zu einzelnen Kategorien zusammengefasst werden. Diese Kategorien werden am Protokoll ermittelt und dienen im Wesentlichen dazu, den Text besser beschreiben zu können.

8. Analyse des Materials

Das Material sollte wie bereits in Punkt sechs näher erläutert zusammengefasst werden. Die Reduzierung des Materials hat zum einen den wesentlichen Aspekt, zentrale Inhalte aus dem eigentlichen Text zu extrahieren, um in dadurch überschaubarer zu machen. Jedoch sollten darauf geachtet werden, dass die Grundstruktur des Materials nicht verloren geht. Außerdem dient die Abstraktion des Textes der Festlegung von Kategorien. Diese stellen einen wesentlichen Schritt für inhaltsanalytisches Vorgehen dar und dienen der besseren Beschreibung des Einzelfalls.

9. Interpretation

Im letzten und somit abschließenden Schritt wird das analytische Material hinsichtlich der Fragestellung interpretiert.

8.3.2 Grundformen des Interpretierens der Inhaltsanalyse

Mayring (vgl. 2000, 58-99) unterscheidet in diesem Zusammenhang drei Formen einer Textinterpretation (vgl. Lamnek 1995, 209- 215).

Bei der Form der *zusammenfassenden Inhaltsanalyse* geht es um die Reduzierung des zugrundeliegenden Textes, wobei unwichtige Textpassagen gestrichen und relevante Ausschnitte des Materials erhalten bleiben. Dabei kommt es zu einer Bündelung der wesentlichen Textteile. Dieser Schritt ist notwendig, um die zentralen Inhalte für die Analyse herauszufiltern.

Die *Explikation* dient der näheren Beschreibung einzelner Textstellen. Wodurch unter Zuhilfenahme zusätzliches Material herangezogen werden kann, um unverständliche Passagen eines Textes besser erläutern zu können. Dieser Schritt dient im Speziellen der Verständniserweiterung. Mayring unterscheidet zwei Formen der Explikation. Bei der *engen Kontextanalyse* kann als Hilfestellung für eine nähere Erläuterung, der Gesamtkontext des Textes herangezogen werden. Die *weite Kontextanalyse* sammelt darüber hinaus zugängliches Material welches der Beschreibung einzelner Textpassagen dienen soll.

Den letzten Schritt bildet die *strukturierende Inhaltsanalyse*. Hierbei werden wichtige und zentrale Aspekte aus dem vorhandenen Material gewonnen, welche nach zuvor festgelegten Kriterien aus dem Text abstrahiert wurden. Es geht um die Herausarbeitung von ähnlichen Strukturen. Dabei wird das Material nach gleichen inhaltlichen oder formalen Gesichtspunkten durchsucht und verglichen.

Für die Bearbeitung des zugrundeliegenden Themas, scheint nach Meinung der Verfasserin, die strukturierende Inhaltsanalyse die am besten geeignete Variante zu sein. Mayring (vgl. 2000, 82f) beschreibt diese als wohl zentralste Technik einer inhaltsanalytischen Auswertung. Dabei gliedert sich der Prozess in drei Phasen:

1. Aus dem Material soll eine bestimmte Struktur gewonnen werden, welche dann in ein Kategoriensystem übernommen wird. Die einzelnen Kategorien gilt es in einem weiteren Schritt zu definieren. Dabei sollte explizit dargestellt werden, welche Bestandteile des Textes in eine Kategorie fallen.
2. Aus den konkreten Textstellen, die einer bestimmten Kategorie zugewiesen wurden, ergeben sich nach der Bearbeitung sogenannte Ankerbeispiele.
3. Um eine bestmögliche Zuordnung innerhalb der Kategorien zu schaffen und um Abgrenzungsprobleme zu vermeiden, werden Kodierregeln formuliert.

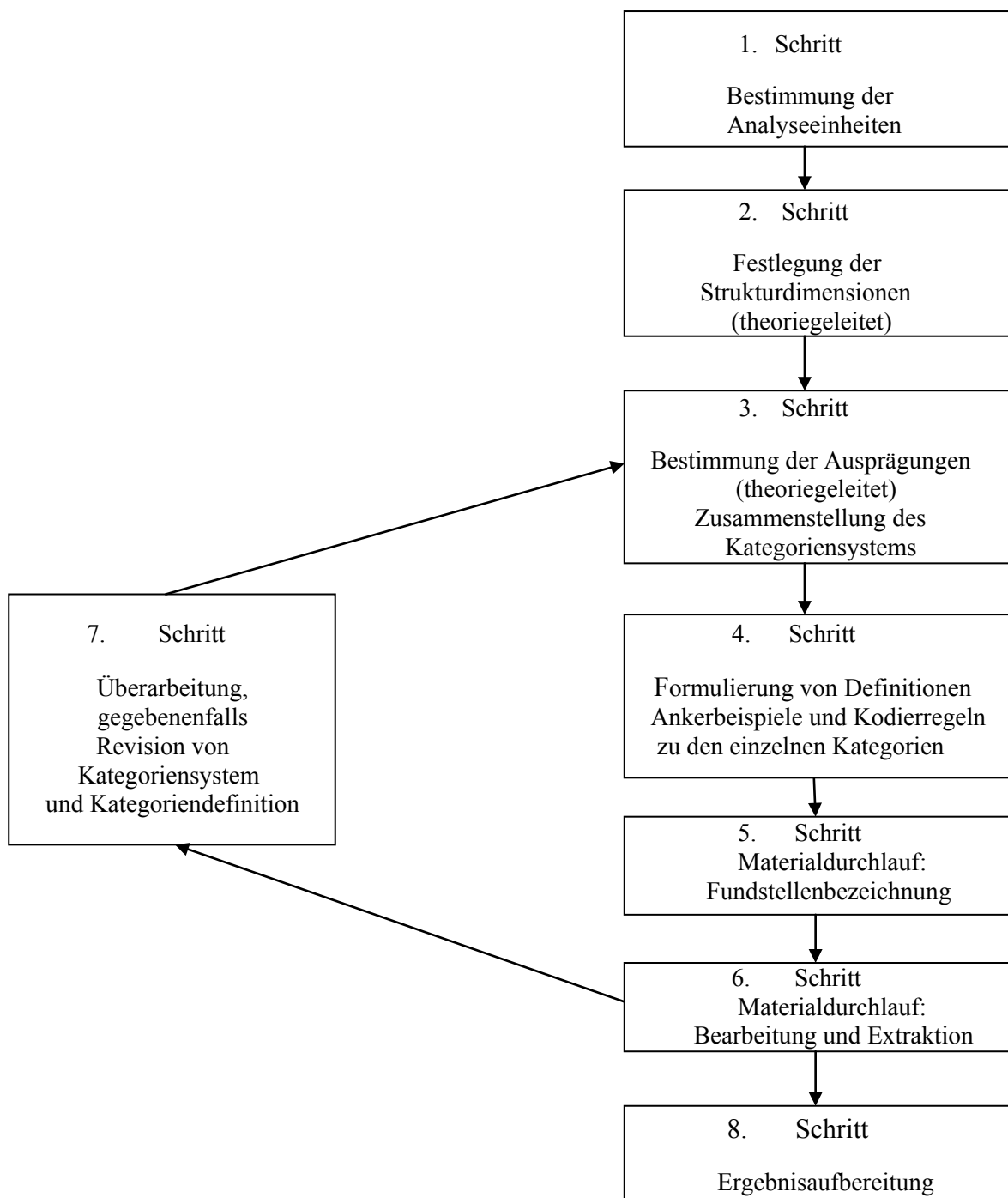


Abb. 4: Ablaufmodell strukturierender Inhaltsanalyse (allgemein) (vgl. Mayring 2000, 84)

8.4 Beispiel einer Reduktion des Textmaterials

Die folgende graphische Darstellung soll den Vorgang der Auswertungstechnik nach Mayring beispielhaft erläutern. Der „Fall“ gibt an, welcher Interviewte für diese Auswertung herangezogen wurde. „S“ steht für die Seite der zugrundeliegenden Transkription. „Nr.“ gibt Aufschluss darüber, welche Zeile im Transskript verwendet worden ist. Die Paraphrase dient der sinngemäßen Zusammenfassung der getätigten Aussagen. In der Generalisierung wird die Paraphrase in verallgemeinerter Form dargestellt. Ist man nun bei diesem Schritt angelangt, dann können aus den gesammelten Informationen Einheiten gebildet werden, welche in gekürzter Form dargestellt, als Kategorien für das gesamte Textmaterial Verwendung finden (vgl. Mayring 2002, 62).

Reduktionsbeispiel:

Fall	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Beeinträchtigungen erschweren berufliche Wiedereingliederung					
B5	208	29-30	Eine Beendigung der Lehre war wegen der Einschränkungen nicht mehr möglich.	Kein Lehrabschluss wegen vorhandener Einschränkungen.	K1: Erschwerte Arbeitsbedingungen wegen - körperlicher - geistiger Beeinträchtigung
B5	208	33-34	Schwierigkeiten bei der Fortbewegung und beim Schreiben	Arbeitsprozess gestört	
B5	208	35	Defizite in der Gedächtnisleistung	Arbeitsprozess beeinträchtigt	
B5	208	30-31	Arbeitgeber hat ihm geraten einen neue Beschäftigung zu suchen	Fortführung des Dienstverhältnisses nicht mehr vorstellbar	K2: fehlende Sozialkompetenz
B5	208	37	Eine Begründung wegen Beendigung des Lehrverhältnisses wurde von Seiten des Arbeitgebers nicht abgegeben.	Kündigung der Lehre vom Arbeitgeber nicht begründet	

Nach eben beschriebenem Schema wurde das gesamte Textmaterial durchgearbeitet, wobei einzelne Aussagen der Interviewten zu folgenden Bereichen zusammengefasst und ausgearbeitet wurden:

- Soziales Umfeld als Stützfunktion
- Beeinträchtigungen erschweren eine berufliche Wiedereingliederung
- Bedeutung von Arbeit
- Behinderung vs. Einschränkungen
- Unterstützung durch Organisationen
- Vorstellungen und Wünsche

9 Darstellung der Untersuchungsergebnisse

Der praktische Teil dieser Arbeit beschäftigt sich mit der Darstellung der einzelnen Untersuchungsergebnisse. Dabei werden die einzelnen Interviews nach den Kriterien der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring dargestellt. Diese wurden bereits im Kapitel 8 beschrieben und erläutert. Zu Beginn wird eine Analyse der einzelnen Interviews in Form von Einzelfallbeschreibungen durchgeführt. Abschließend erfolgt die vergleichende Analyse.

9.1 Einzelfallanalyse

Die Einzelfallanalyse dient dazu, Besonderheiten aus den Interviews hervorzuheben. Dabei wird „eine Charakteristik des jeweiligen Interviews als Verknüpfung der wörtlichen Passagen des Interview bzw. der sinngemäßen Antworten mit den Wertungen und Beurteilungen des Forschers, die sich auf die Besonderheiten und das Allgemeine des Interviews beziehen“ (vgl. Lamnek 1995, 109) erstellt.

9.1.1 Einzelfallanalyse Frau A

Das Interview mit Frau A wurde am 15.05.2012 in einer Rehabilitationsklinik durchgeführt. Die Gesprächsatmosphäre war sehr angenehm, obwohl anfangs Bedenken bezüglich der Räumlichkeiten bestanden. Zu Beginn wirkte die Interviewte recht zögerlich und zurückhaltend, was sich jedoch während des Interviews zunehmend änderte. Die Befragte zeigte sich sehr interessiert am Thema meiner Diplomarbeit und hat mir vorab versichert, über alles was ihr einfällt, zu erzählen. Hierzu muss allerdings noch angemerkt werden, dass der Schlaganfall der Interviewten erst ein paar Monate vor dem Interview passiert war, weshalb Fragen bezüglich der beruflichen Wiedereingliederung nicht abgehandelt werden konnten. Frau A ist 17 Jahre alt und lebt seit ihrer Geburt bei ihren Eltern am Land. Das Verhältnis zu ihrer Familie ist sehr gut.

Soziales Umfeld als Stützfunktion: „Die Mama hat mir wirklich am meisten Kraft von allen gegeben ...“

Gerade nach dem Schlaganfall gibt Frau A an, war ihre Familie eine besondere Stütze. Vor allem, so geht es aus dem Gespräch hervor, unterstützte sie ihre Mutter. „Also meine Mama

sehr. Die war immer da. Die Mama hat mir wirklich am meisten Kraft von allen gegeben ((weint))“ (162, Z. 248-249). „Ich hab von meiner Mama so eine Art Adventskalender bekommen. So für jede Woche ein Sackerl, mit irgendeinem Spruch oder Bildchen, so als Motivation. So dass ich weiß, dass sie alle für mich da sind“ (161, Z. 254-256). Trotz dem sie andere Familienmitglieder nicht explizit erwähnt, scheinen doch alle für sie da gewesen zu sein: „... sie haben mich immer wieder aufgebaut...“ (162, Z. 250-251).

Gerade für Frau A war die Unterstützung ihrer Freundin für den Weg, zurück in die Gesellschaft, entscheidend. Wie aus dem Gespräch hervorgeht scheint sich die Interviewte für ihre Beeinträchtigung zu schämen, vor allem will sie sich nicht in der Öffentlichkeit zeigen, aus Angst als Behinderte wahrgenommen zu werden. Da Frau A immer eine gesellige junge Frau war und sie immer gerne ausgegangen ist, ist es ihr besonders schwer gefallen, sich mit ihrer Einschränkung nach draußen zu wagen. Erst auf die Bitte ihrer Freundin hin, hat sie es dann doch versucht. „>Und sie hat immer gesagt, geh doch mal unter die Leute, dann wirst schon sehen wie es dir gefällt<“ (162, Z. 220-221). „weil, weil ohne die hätt ich mich nicht getraut“ (162, Z. 225). Ihr ist es auf jeden Fall wichtig, auch weiterhin den Kontakt zu ihren Freunden aufrecht zu halten. Im Gegensatz zur Freundin von Frau A hat ihr Freund die Selbständigkeit der Interviewten wenig forciert. Dies geschah jedoch nicht aus Unmut über die Behinderung, sondern vielmehr aus Angst, dass sie sich den Blicken anderer aussetzen muss. Demnach musste sich auch ihr Freund mit dem Umstand ihrer Selbständigkeit auseinandersetzen. „Weil der hat es am Anfang so viel Angst gehabt, wenn ich alleine wo gegangen bin. Und jetzt lässt er mich auch schon und sagt auch schon nichts mehr ((lacht))“ (163, Z. 268-270).

Beeinträchtigungen erschweren eine berufliche Wiedereingliederung: „... du kannst ja kein schweres Kasterl mit einer Hand tragen.“

Der Schlaganfall ereignete sich in ihrem 2. Lehrjahr, weshalb sie die begonnen Tischlerlehre auch auf unbestimmte Zeit abbrechen musste. Aufgrund ihrer Einschränkungen ist es noch relativ unklar, ob überhaupt mit einer Weiterführung des Arbeitsverhältnisses gerechnet werden kann, wessen sie sich auch bewusst ist. „Aber Tischlerberuf werde ich dann nicht mehr ausüben können. <Ich meine>, du kannst ja kein schweres Kasterl mit einer Hand tragen. Das geht ja nicht“ (164, Z. 323-325). Daraus wird ersichtlich, dass sich Frau A bereits eingehend mit ihrer Beeinträchtigung auseinandergesetzt hat und die Problematik einer

Weiterführung ihres Berufes, auch in Bezug zu ihren Einschränkungen reflektiert. „<Weil (1) mit einer Hand, das bringt nicht viel. Ich muss erst schauen, was mit der Hand wird, und weil (1) das erst halt war, muss man schauen was noch daraus wird“ (158, Z. 50-52).

Aus dem Gespräch geht immer wieder hervor, dass die Beziehung zu ihren Arbeitgebern sehr gut ist. Diese wollen Frau A trotz ihrer Behinderung wieder in den Betrieb aufnehmen: „... ja die wollen, dass ich unbedingt weiterarbeite und sie haben gesagt, wenn es auch zwei Jahre dauert, dann warten sie auch zwei Jahre auf mich“ (158, Z. 47-48). „Die warten noch auf mich und haben mich noch nicht abgemeldet. Die warten so lange es halt dauert“ (159, Z. 87-88). Das Verständnis für Frau A Seitens der Arbeitgeber könnte darin liegen, dass auch ihr Chef, wie sie ihn immer nennt, aufgrund einer Erkrankung ebenso ein Problem mit dem Gehen hatte und sich deshalb gut in die Situation der Interviewten hineinversetzen kann. Sie ist nach wie vor gut in die Firma integriert, wie sie sagt: „...die lassen mich nicht im Stich und die besuchen mich auch voll oft“ (158, Z. 43). „...letztens haben sie eine Firmenfeier gehabt und da haben sie mich eingeladen“ (158, Z. 46-47).

Bedeutung von Arbeit: „... ich bin ein Mensch der eine Arbeit braucht ...“

Frau A ist es sehr wichtig, nach der Rehabilitation wieder arbeiten zu gehen. Sie begründet das damit, dass sie nicht alleine zuhause bleiben möchte: „... dann fällt mir allein die Decke am Schädel“ (164, Z. 320-321). Da alle Familienmitglieder berufstätig sind würde sie sich zuhause nur langweilen. Allerdings kann sie sich nicht vorstellen, keinen handwerklichen Beruf mehr auszuüben. „Weil ich bin ein Mensch der eine Arbeit braucht und was sich bewegen muss“ (164, Z. 203-304). Deshalb kommt für sie ein Bürojob nicht in Frage. „Im Büro, das halt ich nicht aus da werde ich deppert. Das ist nichts für mich“ (164, Z. 302-303). Obwohl sich Frau A ihrer Einschränkungen bewusst ist, hatte man während des Gespräches das Gefühl, dass sie noch die Hoffnung hat, dass sich ihre Beeinträchtigung soweit verbessern wird, dass sie wieder dem Tischlerberuf nachgehen kann.

Behinderung vs. Einschränkungen: „... ich brauche da einfach wen“

Wie Frau A erzählt, war sie immer eine sehr lebenslustige und kontaktfreudige Person. Dieser Umstand hat sich aufgrund ihres Schlaganfalls geändert. Sie hat sich zunehmend aus der Öffentlichkeit zurückgezogen, da sie wegen ihrer Einschränkungen von anderen Mitmenschen keine Missachtung erfahren wollte: „Nein, ich wollt am Anfang überhaupt nicht mehr raus“

(162, Z. 218). Sie fürchtete sich wegen der Blicke der anderen Menschen wie sie sagt: „... drehen sich sogar noch um. Das ärgert mich wirklich. Darum fürchte ich mich auch wenn ich mal fort gehe und so. Dass mich halt jeder blöd anschaut“ (166, Z. 393-394). „>Und ich hab mich immer so gefürchtet<, dass mich <alle blöd anschauen>. Weil ich ja trotzdem ein bisschen einen Gangfehler hab. Das fällt ja Jedem auf“ (162, Z. 221-223). Frau A äußert weiter, dass sie in der Zeit vor ihrem Schlaganfall „ziemlich überdreht“ (162, Z. 211) war, was sich jedoch komplett ins Gegenteil gewendet hat. Aufgrund ihrer eingeschränkten Mobilität kann sie nicht mehr alle Tätigkeiten durchführen, die sie gerne machen möchte. Sie war immer sehr stolz auf ihre uneingeschränkte Mobilität. „Wenn ich heimgekommen bin, dann bin ich immer schnell wo hingefahren. Dann hab ich mich auf das Moped gesetzt und bin noch schnell zur Freundin gefahren“ (162, Z. 212-214). „Ja! ((lacht)) Ich war gerne unterwegs“ (162, Z. 216).

Bei der Frage nach ihren Beeinträchtigungen und wo sie diese am meisten stören gibt Frau A an, dass sie Aktivitäten wie Einkaufen gehen nicht mehr oder nur begrenzt durchführen kann: „... da ist halt das Problem wegen dem langen stehen und schauen ...“ (163, Z. 280-281). Ebenso benötigt sie Hilfestellung beim Anprobieren von Kleidern: „... ich brauche da einfach wen“ (163, Z. 283) „und das wird sehr mühselig dann.“ (163, Z. 284). Die Einschränkungen mit dem Gehen, aber besonders die ihrer Hand, erschweren alltägliche Hausarbeiten wie beispielsweise das Staubsaugen. Auf die Frage welche Hobbies sie im Vergleich zu früher nicht mehr ausüben kann, fällt Frau A im ersten Moment wenig ein. Sie sagt im Gegenteil: „<Nein eigentlich nicht>“ (163, Z. 286). Allerdings revidiert sie diese Aussage mit dem: „Früher bin ich mit dem Rad gern ein Stück gefahren oder so. Aber daheim setz ich mich auf den Hometrainer rauf“ (163, Z. 287-288). „Oder was ich auch viel tu ist spazieren gehen“ (163, Z. 290). Nachdem die Aufzeichnung des Interviews beendet war, hat sich gezeigt, dass Frau A sehr vielen Hobbies nicht mehr in dem gewünschten Ausmaß nachgehen kann, was sie mit ein wenig Wehmut nach Beendigung der Aufnahme erzählt. So gibt sie beispielsweise an, ist sie immer gerne mit ihrem Vater Skifahren und auch Schwimmen gegangen.

Unterstützung durch Organisationen: „... da hab ich alles selber erkämpfen müssen, da klärt dich keiner auf“

Aus dem Interview geht hervor, dass die Unterstützungsleistung Seitens verschiedener Organisationen schlecht bis gar nicht koordiniert ist. Diese Tatsache wird dadurch ersichtlich,

dass Frau A sich alles selbst organisieren musste: „... *da hab ich alles selber erkämpfen müssen, da klärt dich keiner auf*“ (165, Z. 343). Einzig ein Informationsschreiben mit ambulanten Therapeuten wurden Frau A von der Klinik während des stationären Krankenhausaufenthaltes mitgegeben. „... *weil in der Reha in (V.) haben sie uns vier Din-A4 Zettel gegeben, hinten und vorne bedruckt mit Therapeuten*“ (161, Z. 168-169). Ebenso wurde Frau A darauf aufmerksam gemacht, dass sie sich bezüglich einer weiterführenden Rehabilitation an den Hausarzt wenden kann, der alles weitere mit der Krankenkasse in die Wege leitet. Wie aus dem Interview hervorgeht, ist es für einen Schlaganfallpatienten nicht leicht, an entsprechende Informationen zu gelangen. Für jede weiterführende Rehabilitation muss extra angesucht werden, was natürlich einen immensen Zeitaufwand bedeutet: „... *weil für (V.) haben wir auch ansuchen müssen und das ist uns halt auch bewilligt worden und dann haben wir gleich, also haben wir gleich nach der Reha für die nächste Rehabilitation ansuchen müssen*“ (160, Z. 157-160). Geht es einem Betroffenen wie Frau A, dann ist dieser in vielfacher Weise auf die Unterstützungsleistung anderer angewiesen. „*Und man hat mich immer hinfahren müssen, weil es sind nur ein paar mit Hausbesuchen und so*“ (165, Z. 350-351). Kritik übt Frau A auch an der Tatsache, dass es nicht möglich scheint, Patienten über vorhandene Leistungen zu informieren: „*Da hat keiner gesagt, dass ich auf die Gebietskrankenkasse eigentlich auch hin gehen kann*“ (160, Z. 171-172). „*Eigentlich ist es traurig aber wahr. Das was man braucht ist nicht da*“ (161, Z. 188-189).

Vorstellungen und Wünsche: „Also dass du mehr aufgeklärt wirst ...“

Auf die Frage, welche Wünsche oder Verbesserungsvorschläge Interviewpartnerin A hätte, gibt sie an, dass sie mit der Betreuung im Krankenhaus und während der Rehabilitation zufrieden war. Vor allem die Hilfe der Psychologin spricht sie dabei an. Daraus kann geschlossen werden, dass vor allem eine psychologische Beratung der Betroffenen selbst, einschließlich der näheren Angehörigen sehr wichtig ist. Hingegen spricht sie auch an, dass es einen immensen Zeitaufwand bedeutet alle Maßnahmen zu koordinieren. „*Ja, weil irgendwann wird es schon mühselig. Wenn man immer allem nachrennen muss*“ (165, Z. 357-358). In diesem Zusammenhang spricht sie auch von ihrer eingeschränkten Mobilität. „*Das ist am Land ohne Fahrzeug natürlich schwierig*“ (165, Z. 365). Wo es auf jeden Fall aus der Sicht von Frau A Handlungsbedarf geben würde, ist die fehlende Aufklärung und Informationsleistung. „*Also dass du mehr aufgeklärt wirst, wo du überall hingehen kannst, und <so überhaupt> wie es dann später mal weiter gehen kann*“ (165, Z. 374-375). Sie sieht

es als großes Problem, wenn keine Unterstützung zur Verfügung steht. *„Es gibt ja wirklich Leute die haben keinen, die sind ganz alleine. So ein altes Mutterl, die kann sich ja nicht helfen die kann nicht zu den ganzen Ämtern hingehen“* (165, Z. 377-379).

9.1.2 Einzelfallanalyse Frau B

Das Interview mit Frau B fand am 08. Juni 2012 in einem gemütlichen Gasthaus statt. Die Dauer der Aufnahme betrug 1 Stunde und 21 Minuten. Nachdem ich kurz mit dem Lokalbesitzer über mein Anliegen gesprochen habe, wurde uns sogleich ein abgeschiedener Raum zugewiesen. Bevor wir mit dem Gespräch anfangen, bekam Frau B überblicksmäßig Informationen zu meinem Thema und was ich gerne behandeln möchte. Das Interview selbst verlief störungsfrei. Frau B erzählte sehr flüssig, wodurch das Gespräch nie ins Stocken geriet.

Frau B lebt bei ihrer Mutter in der Wohnung. Sie hat noch eine größere Schwester, die aber schon ausgezogen ist. Den Vater erwähnt sie während des Gespräches nur einmal. Daraus kann geschlossen werden, dass ihre Mutter ihre hauptsächliche Bezugsperson ist. Es hat aber trotz dem den Anschein, dass sich die Interviewte von beiden unterstützen und helfen lässt. Das wird daraus ersichtlich, dass sich die Interviewte weder positiv noch negativ zu ihrem Vater ausspricht. Der Schlaganfall von Frau B ereignete sich im 2. Lehrjahr ihrer Fotografenlehre. Sie war zum damaligen Zeitpunkt 17 Jahre alt.

Soziales Umfeld als Stützfunktion: „Es hat keinen Tag gegeben wo er nicht gekommen ist.“

Die Unterstützung ihrer Familie während ihres Krankenhausaufenthaltes hat Frau B sehr viel Kraft gegeben. Sie war gut behütet und umsorgt. Am bedeutendsten scheint der Interviewten jedoch ihr damaliger Freund in Erinnerung geblieben zu sein: *„Er ist jeden Tag bei mir gewesen ...“* (180, Z. 575). Sie hebt besonders die Tatsache hervor, dass er sie trotz ihres Schlaganfalls und gegen die Ratschläge seiner Freunde, nicht im Stich gelassen hat. Egal zu welcher Tages und auch Nachtzeit sie die Unterstützung ihrer Familie brauchte, waren sie für sie da. Aus dem Gespräch geht hervor, dass sie um die Bedeutung ihrer Familie Bescheid weiß und dass es nicht selbstverständlich ist, dass man immer jemanden zur Seite hat.

Die Reaktionen aus dem Umfeld von Frau B hinsichtlich ihres Schlaganfalls fielen sehr unterschiedlich aus. Besonders ihre besten Freundinnen so gibt sie an, sind mit der neuen Aufmerksamkeit, die der Interviewten zuteil geworden ist, nicht zurechtgekommen: *„Meine Freundinnen sind mehr die Zicken geworden in der Zeit. Weil jeder hat über den Schlaganfall mit mir geredet“* (175, Z. 355-356). *„Da habe ich meine Freundinnen total verloren“* (175, Z. 358). Obwohl sie weiter angibt, dass ihr diese auch nicht mehr so wichtig sind, hat man den Eindruck, dass sie diese Tatsache doch sehr beschäftigt. Sie spricht davon, dass sie kein Mensch ist, der gerne im Mittelpunkt steht, es aber nun mal der Fall war, dass sich alle in ihrem persönlichen Umfeld für die neue Situation der Interviewten interessiert haben. Es sind ihr nur vereinzelt Freunde geblieben, mit denen sie immer ihre Zeit verbracht hat: *„Einen Kollegen habe ich noch“*(175, Z. 361). Dieser ist ihr bis heute eine wichtige Bezugsperson, denn: *„mit dem kann ich über alles reden. Das ist mein absolut bester Freund“* (175, Z. 362-363). Er sei *„einer von den Einzigen der mich verstanden hat. Der einfach auf meine Krankheit Rücksicht genommen hat“* (178, Z. 478-479).

Der Schlaganfall hatte auch Auswirkungen auf die Beziehung von Frau B. Sie schildert, dass ihr Freund sich in dieser Zeit verändert habe: *„Er ist dann zu sensibel geworden“* (176, Z. 428). *„Der hat so getan als ob er mein Papa jetzt sein muss. Und hat mich überverhätschelt ...“* (176, Z. 429). Sie ist sich der Tatsache bewusst, dass es ihr Freund nur gut meinte mit ihr, jedoch die Bevormundung seinerseits hätte ihr nicht gut getan. Sie fühlte sich eingeschränkt in ihrer Lebensweise, quasi nicht fähig eigenständige Entscheidungen für sich zu treffen.

Beeinträchtigungen erschweren berufliche Wiedereingliederung: „Er hat einfach ganz normal getan mit mir.“

Der Wiedereinstieg ins Berufsleben war für Frau B sehr schwierig. Da sich nach ihrem Schlaganfall die Störungsbilder schnell zurückbildeten, wurde sie schon quasi gezwungen, mehr oder weniger voll in ihrer Lehrstelle weiterzuarbeiten: *„... ich hätte eigentlich länger in Krankenstand gehen können. „Ein halbes Jahr wäre mir sogar zugestanden danach, einfach als Rehabilitation“* (175, Z. 376-378). Obgleich sie sich der Tatsache bewusst war, dass sie aufgrund ihrer Einschränkungen Probleme im Berufsalltag haben könnte, hat sie sich dazu entschlossen, die Lehre nach dem Klinikaufenthalt gleich fortzusetzen. Als Grund für den doch relativ schnellen Wiedereinstieg gibt sie an, dass ihr Arbeitgeber das unbedingt wollte. *„Er hat so blöd getan, dass ich im Jänner nach Silvester schon wieder Arbeiten gegangen bin“* (175, Z. 379-380). Auf die Frage, ob ihre Einschränkungen nicht so gravierend waren

antwortete sie: „*Natürlich war ich eingeschränkt bei manchen Sachen*“ (175-167, Z. 282-283). Ihr Arbeitgeber hingegen, hat ihre Einschränkungen einfach ignoriert: „*Er hat einfach so getan, als ob nie etwas gewesen wäre*“ (175, Z. 381-382). „*Er hat einfach ganz normal getan mit mir*“ (175, Z. 385). Zu diesem Zeitpunkt hatte Frau B noch große Schwierigkeiten mit dem Gehen, welche jedoch der Arbeitgeber umging oder nicht wahrhaben wollte. So berichtet Frau B, hat sie ihr Chef immer die Stiegen im Geschäft: „*... hinaufgejagt wenn oben jemand hineingekommen ist*“ (175, Z. 385-386). Dabei ist sie dann „*...immer die Stiegen hinaufgeflogen wie eine Wahnsinnige. Weil ich natürlich den Fuß vergessen habe. Da hat er mich noch blöd angemotzt: Kannst du nicht normal rauf laufen?*“ (175, Z. 388-389). Neben der körperlichen Einschränkung mit dem Gehen, so gibt Frau B an, hatte sie nach dem Auftreten des Schlaganfalls Probleme beim Rechnen: „*Ich war früher schon nicht gut im Kopfrechnen und durch den Schlaganfall bin ich noch langsamer jetzt geworden*“ (176, Z. 391-392). Gerade diesen Umstand nützte ihr Chef aus, um sie vor der Kundschaft bloßzustellen, wie sie angibt: „*Du wie viel ist das, plus das mal dem minus?*“ (176, Z. 390-391). Sie weiß um ihre Schwächen Bescheid, aber diese Art des Umgangs durch ihren Arbeitgeber ist ihr sehr schwer gefallen. Ihr Arbeitgeber hat wie sie schildert „*auch noch voll beschimpft, wie ich dumm bin und alles so Sachen*“ (177, Z. 426-427). Allem Anschein nach, hat ihr Chef keine Gelegenheit verstreichen lassen, um sie zu schikanieren oder sie bloßzustellen.

Neben den körperlichen Einschränkungen beim Gehen und der Beeinträchtigung der Handmotorik hat sich bei Frau B nach dem Schlaganfall das taktile Empfinden verschlechtert. Dies äußert sich bei der Interviewten in der Form, dass sie Schwierigkeiten beim Erkennen von heißen oder kalten Gegenständen hat. So gibt Frau B an, haben sie diese Störungen beim Fotografieren von Babys massiv behindert: „*Bei den Babyshootings, habe ich die Babys immer föhnen müssen, wenn sie zu kalt gehabt haben*“ (179, Z. 533-534). Ebenso die „*Lenkung*“, welche sie mit ihrer geschädigten Hand durchführen musste, waren enorme Behinderungen im Arbeitsprozess: „*das ist für mich total schwierig*“ (179, Z. 538). Darüber äußerte sie noch, dass sie seit dem Auftreten ihres Schlaganfalls eine Konzentrationsschwäche habe, wenn sie zeitgleich mehrere Aufgaben zu erledigen habe: „*also wenn ich mich auf zwei Sachen konzentriere, tu ich mir immer so schwer*“ (179, Z. 538-539).

Frau B berichtete, das sich das Lehrverhältnis erst nach dem Schlaganfall massiv geändert hat. Vorher, so beschreibt sie, war sie „*sein Liebling*“ (176, Z. 403). Die Interviewte war voll integriert in der Firma. Ihr Arbeitgeber hätte sie zu allen möglichen Veranstaltungen mitgenommen und ihr bereitwillig alles gezeigt. Nach dem Schlaganfall hat er sie nur noch „*Passfotos machen lassen. Er hat mich nichts anderes mehr machen lassen*“ (176, Z. 406-407). Zu diesem Zeitpunkt war Frau B schon im 3. Lehrjahr, weshalb es die Aufgabe des Arbeitgebers gewesen wäre, sie auch noch Kenntnisse über verschiedene Fotografie Techniken zu lehren. Als Begründung, warum er sie auf diverse Fototermine nicht mitnehmen wollte, gibt sie an: „*er mag mich nicht mitnehmen, er hat Angst, dass ich einen zweiten Schlaganfall bei ihm bekomme*“ (176, Z. 411-412).

Während der Erzählungen über ihre Arbeitssituation wirkte Frau B sehr emotional und aufgewühlt. Man hat das Gefühl, dass sie immer noch über die Geschehnisse nachdenkt und diese noch nicht verarbeitet hat. Sie gibt auch zu, dass sie sich von ihrem Arbeitgeber im Stich gelassen gefühlt hat: „*Er hat mich total hängen lassen*“ (176, Z. 413). „*Das hat mir schon grausig getan. Das tut mir immer noch echt nicht gut*“ (177, Z. 429). Frau B hat keinerlei Unterstützung von ihrem Arbeitgeber bekommen, obwohl dieser über ihre Störung Bescheid wusste. Die Interviewte berichtet im weiteren Gespräch, diese Problematik habe sich auf einer anderen Arbeitsstelle wiederholt. Trotz dem der Arbeitgeber über die Störungen seiner Angestellten informiert war, hat er diese nicht zur Kenntnis genommen: „*Zum Beispiel hab ich in meiner letzten Arbeitsstelle nicht sitzen dürfen, obwohl ich gesagt habe, ich muss sitzen*“ (183, Z. 680-682). Die Problematik wiederholte sich: „*Die waren einfach richtig ungut. Es ist wirklich erschreckend*“ (183, Z. 682).

Bedeutung von Arbeit: „Ich hab es nicht anders gelernt“

Berufstätigkeit gehört für Frau B zum Leben dazu. Sie gibt an, dass es für sie unbedingt notwendig ist arbeiten zu gehen: „*... ich kann doch nicht nur auf der faulen Haut liegen ...*“ (168, Z. 41). Schon in ihrem jungen Alter vertritt sie Meinung, dass es wichtig ist, berufstätig zu sein. „*Also in meinem Alter sollte man, sollte man schon berufstätig sein ...*“ (168, Z. 42-43). Ihre Eltern haben ihr das so vorgelebt: „*... alle in meiner Familie arbeiten ...*“; Arbeit gehört zum Leben einfach dazu: „*Ich hab es nicht anders gelernt*“ (168, Z. 46). Vor allem, so gibt Frau B an, würde es ihr alleine zuhause nicht gefallen: „*Alleine daheim, das gefällt mir nicht*“ (168, Z. 47).

Behinderung vs. Einschränkungen: „Es ist einfach nur, weil man es nicht sieht“

Frau B ist sich ihrer Einschränkungen bewusst und es wird auch während des Interviews ersichtlich, dass sie sich mit ihrer „Behinderung“ auseinandergesetzt hat: *„Ich würde schon sagen, dass ich eine Behinderung habe. Also nicht so behindert, dass ich nichts mehr auf die Reihe bekomme. Ich kann mit dem leben. Ich weiß wie ich mit meinem Körper umgehen soll“* (183, Z. 868-670). In diesem Zusammenhang spricht Frau B auf die Problematik an, dass ihre Einschränkungen nicht für jedermann sichtbar sind und deshalb die Reaktionen im Umfeld falsch wahrgenommen oder auch gedeutet werden: *„Also ich bin schon froh das man es mir nicht ansieht, aber wenn ich gerade humpeln täte oder eine Narbe im Gesicht hätte, dann täten es die Leute sehen, dass ich was habe“* (180, Z. 551-553). Wie auch im Kapitel 5.1 beschrieben wurde, sind es vor allem die sogenannten „unsichtbaren Behinderungen“ welche einem Schlaganfallbetroffenen Schwierigkeiten bereiten. Frau B sieht ein, dass sie eine Behinderung hat, allerdings beschreibt sie sich eher als: *„ganz normaler Mensch mit halt ein paar Defiziten, was andere Leute auch haben. Makel sozusagen“* (168, Z. 59-60). Da man der Interviewten ihre Beeinträchtigung nicht auf den ersten Blick ansieht, hat sie auch schon mit dem Gedanken gespielt, sich einen Behindertenausweis machen zu lassen. Dieser würde quasi als sichtbarer Beweis ihre Einschränkungen bestätigen. Obwohl sie sich mit dieser Thematik auseinandersetzt, hat sie sich noch nicht durchgerungen, diesen letzten Schritt, zur Anerkennung ihrer Behinderung zu gehen.

Unterstützungen durch Organisationen: „Mir ist eigentlich nie Hilfe angeboten worden.“

Auf die Frage, welche Unterstützung sich Frau B in ihrer Situation gewünscht hätte gibt sie an, dass ihr *„eigentlich nie Hilfe angeboten worden“* (181, Z. 599) ist. Diese hätte sie sich vor allem im Arbeitsalltag gewünscht, da sie aufgrund ihrer körperlichen Einschränkungen gehandicapt war. Ebenso wird an Hand der Schilderungen von Frau B ersichtlich, dass es notwendig gewesen wäre, wenn ihr jemand hinsichtlich ihres Arbeitgebers zur Seite gestanden wäre: *„Einfach das er mich nicht in den stressigen Alltag Reinhaut“* (181, Z. 609). Obwohl ihre Mutter wie sie angibt, einen Versuch unternommen hat ihren Arbeitgeber auf die Störungsbilder eines Schlaganfalls aufmerksam zu machen, hätte dieses wenig gebracht: *„Das hat aber auch nichts geholfen“* (183, Z. 693).

In ähnlicher Weise verhielt es sich, nachdem Frau B eine mobile Rehabilitation machen musste und deshalb ständig ein bis zwei Nachmittage während der Arbeitszeit fehlte. Diese Arbeitsausfälle führten jedoch zu Unmut beim Arbeitgeber, weshalb Frau B diese nicht

weiterführte. Stattdessen musste sie sich „*Privatunterricht nehmen*“ (177, Z. 488) wie sie sagt. Dieser sei jedoch „*schweineteuer*“ (177, Z. 488), wobei die Krankenkasse nur einen kleinen Teil der Kosten übernimmt. Der Hauptteil der Kosten würde allerdings bei Frau B bzw. bei ihrer Mutter hängen bleiben. Obwohl sich Frau B diesbezüglich an die Krankenkasse gewandt hat, wurden ihr weder ein Kostenzuschuss gewährt, noch eine andere Rehabilitation angeboten. Mit der Frage: „... *du kannst auch so gehen, oder?*“ (177, Z. 450), war für die Krankenkasse der Fall erledigt. Im Gegenteil hat es: „*einfach geheißten, es soll die Mama zahlen*“ (177, Z. 456-457).

Vorstellungen und Wünsche: „Es ist total traurig, weil jeder meint, das ist ja nichts gewesen.“

Auf die Frage welche Wünsche sie als jugendlicher Schlaganfallpatient hätte, gibt sie an, dass es ihrer Meinung nach notwendig wäre, eine Selbsthilfegruppe zu haben. Sie sieht zwar die Problematik darin, dass es nur sehr wenige Betroffene geben würde, aber dass es sehr wichtig wäre, wenn man seine Erfahrungen untereinander austauschen könnte. Ebenso wünscht sie sich mehr Aufklärungsarbeit: „*Schulungen oder etwas, dass die Leute einfach wissen was das ist*“ (184, Z. 750-751).

9.1.3 Einzelfallanalyse Herr C

Das Interview wurde mit Herrn C am 19. Dezember in einem Landgasthaus durchgeführt. Die Dauer der Aufnahme betrug 1 Stunde und 8 Minuten. Die Interviewsituation war sehr angenehm und entspannt. Nach einem kurzen Gespräch mit dem Lokalbesitzer wurde uns ein ruhiger Raum zur Verfügung gestellt, in welchem wir ohne Unterbrechung das Interview durchführen konnten.

Herr C lebt seit der Trennung seiner Eltern bei seinem Vater. Die Scheidung war sehr schwierig für ihn. Er wirkte sehr unentschlossen, ob er nun zu seinem Vater oder zu seiner Mutter ziehen sollte. Dies äußerte er damit: „*Ich war immer der, der das nicht wollen hat*“ (185, Z. 9). „*Ich war mehr auf der Seite meiner Mama*“ (185, Z. 10). Es hatte vielmehr den Anschein, dass er lieber bei seiner Mutter aufgewachsen wäre. Als jedoch beide Geschwister den Entschluss fassten zu seinem Vater zu ziehen, hat er es ihnen einfach nachgemacht:

„Dann geh ich auch zu meinem Vater“ (185, Z. 15). Besonders die weiblichen Familienmitglieder scheinen für Herrn C zu seinen unmittelbaren Bezugspersonen zu gehören. Er gibt an, dass er diese sehr gern habe und ihm gerade auch seine Tante einiges beigebracht hätte. Dazu zählt er beispielsweise das Tanzen. Ebenso hätte sie ihm gezeigt, wie er sein Bett macht. Das Verhältnis zu seinem Vater scheint sehr ambivalent zu sein. Die Erzählungen von Herrn C schwanken zwischen Bewunderung und Nichtbeachtung. So scheint sein Vater nicht zu jenen Personen zu gehören, über die Herr C gerne spricht. Er erwähnt diesen zwar öfters während des Interviews, jedoch in der Regel eher beiläufig.

Soziales Umfeld als Stützfunktion: „Du kannst das eh nicht!

Das Umfeld von Herrn C biete ihm wenig Unterstützung. Herr C scheint nicht in der Lage zu sein, für sich alleine den Schritt Richtung Erwerbstätigkeit zu suchen. Es fehlt Herrn C an Mitteln und Unterstützung aus seiner momentanen Situation ausbrechen könnte man sagen. Er scheint nicht die Kraft zu besitzen, sich aus dieser Situation selbst zu befreien und Unterstützung durch seine Eltern oder auch von öffentlicher Seite scheint es keine zu geben. Als Beispiel gibt Herr C an, dass sich seine Mutter nicht vorstellen kann, dass er wieder arbeiten geht: „Du kannst das eh nicht! Wie willst denn du wieder was arbeiten, wenn du nach drei Stunden schon müde bist? Weist was das heißt, arbeiten?“ (194, Z. 422-424).

Beeinträchtigungen erschweren berufliche Wiedereingliederung: „Jetzt geh ich mit meinem Hund spazieren.“

Auf die Frage, welcher beruflichen Tätigkeit Herr C jetzt nachginge antwortete er: „Jetzt geh ich mit meinem Hund spazieren. Jetzt schau ich auf meinen Hund“ (186, Z. 51). Herr C war es aufgrund seiner körperlichen aber auch geistigen Beeinträchtigungen nicht mehr möglich, in seinen Lehrberuf wieder einzusteigen. Er leidet schnell unter Übermüdung und hat Schwierigkeiten sich längere Zeit auf etwas zu konzentrieren. Aus diesem Grund wurde er vorzeitig pensioniert.

Bedeutung von Arbeit: „Ich habe alles gegeben für meinen Beruf ...“

Als Herr C über seine Lehrstelle zu sprechen beginnt, wirkt er sehr leidenschaftlich und sehr aufgeregt. Man erkennt sofort, dass er seinen „Beruf mit Leidenschaft gemacht“ (187, Z. 94). hat. Er sagt auch: „Ich habe alles gegeben für meinen Beruf und ich hab fast jeden Tag Überstunden gemacht“ (187, Z. 95-96). Im Vergleich zu seinen Arbeitskollegen habe er alles

getan, um sich beweisen zu können. Obwohl er einen längeren Nachhauseweg hatte als die anderen, war es ihm egal ob er Überstunden machen musste oder nicht.

Einer Arbeit oder vielmehr einer sinnvollen Tätigkeiten nachzugehen vermisst Herr C sehr. So gibt er an: „*Ja, ich will was machen, ich will für etwas da sein*“ (194, Z. 408). Herr C befindet sich seit seinem Unfall in Pension. Es fehlt ihm an sinnstiftenden Momenten in seinem Leben, obwohl er angibt: „*Ich lieg jetzt nicht den ganzen Tag im Bett*“ (195, Z. 426-427). Als Ausgleich geht er gerne mit dem Hund spazieren oder fährt im Sommer mit einem extra umgebauten Fahrrad: „*... hab ich so ein Radl bekommen, ein Dreirad, was für mich hergestellt worden ist. Dann dreh ich immer eine Runde da*“ (192-193, Z. 338-340). Obwohl Herr C angibt, dass er seine Zeit nicht untätig verbringt, scheint er mit seiner Situation unzufrieden zu sein. Der Interviewte gibt an, dass sein Opa für ihn ein Vorbild wäre: „So möchte ich auch sein!“ (194, Z. 419). Dieser habe bis kurz vor seinem Tod immer gearbeitet: „*Also der war immer aktiv. Der war mit 70, war der unterwegs*“ (194, Z. 416-417). Besonders scheint für ihn die Tatsache zu sein, dass sein Opa für jedermann da war: „*Hat er für den was geholt, für den was geschaut ...*“ (194, Z. 417-418) Sein Großvater war für jeden der ihn gebraucht hat da und er möchte auch so eine Person sein: „Ich möchte gebraucht werden, verstehst?“ (194, Z. 420).

An einer anderen Stelle des Interviews wird dies auch ersichtlich, indem Herr C angibt, dass es ihm egal wäre, welcher Tätigkeit er nachgehen würde. „*Zum Beispiel so, (4) und wenn es nur ist, dass ich Kindern Geschichten vorlese. Das kann ich auch*“ (195, Z. 435-436), oder: „*Zum Beispiel mit Tieren, das wäre zum Beispiel was für mich. Alles was da so anfällt. Ich würd das sogar freiwillig machen. So Benefiz oder wie sagt man das*“ (195, Z. 438-440). Anhand dieser beiden Beispiele tritt klar zu Tage, dass ihm eine sinnvolle Beschäftigung fehlt.

Nachdem Herr C gleich nach der Rehabilitation in die Invalidenpension gegangen ist, fehlt ihm nicht nur eine sinnvolle Beschäftigung, ebenso leidet Herr C an der Einsamkeit. Um überhaupt Kontakt zu anderen Menschen zu bekommen, geht er gerne ins Fitnesscenter wie er sagt: „*Ich mein, ich geh dreimal die Woche rauf ins Fitness Center*“ (190, Z. 237-238). Dabei geht es ihm nicht primär darum körperlich fit zu bleiben. „*Ich kann ja sagen, ich gehe ins Fitnesscenter und machen sind zwei verschiedene Paar Schuhe. Ich sag aber auf jeden Fall, ich gehe ins Fitnesscenter, ob ich dann wirklich etwas mache, ist meine Sache ((lacht))*“ (194, Z. 389-391). Auf die Frage, warum er denn gerne ins Fitnesscenter geht, antwortete er: „*Ja, man kann reden, man kann Kaffee trinken, man kann dies und das machen*“ (194, Z. 393-

394). Herr C hat für sich das Fitnessstudio entdeckt, um überhaupt in Kontakt mit anderen Menschen treten zu können: „*Kontakte, einfach Kontakte zu knüpfen*“ (194, Z. 398). Obwohl er auch Übungen macht, hat man den Eindruck, dass er hauptsächlich wegen der Gespräche das Fitnesscenter aufsucht.

Der Wunsch nach gesellschaftlichem Umgang lässt sich dadurch erklären, dass Herr C kaum noch Freunde hat, wie er berichtet: „... *die sind alle abgesprungen. Jetzt hab ich noch eine Hand voll. Die wollten nichts mehr wissen*“ (193, Z. 366-367). Er hat erkennen müssen, dass Freunde nicht gleich Freunde sind. Früher so erzählt er, hätte er viele Freunde gehabt. Dies lag seiner Ansicht nach daran, dass er einer der Ersten in seinem Alter war, der selbständig sein eigenes Geld verdiente. „*Ich war der Erste der was Arbeiten gegangen ist. Der Geld gehabt hat und ein Auto gehabt hat. Ich bin mit denen überall hingefahren*“ (193, Z. 370-371). Seinen Schilderungen zu Folge hadert er mit seinem Schicksal. Obwohl er es nicht explizit erwähnt, hat es den Anschein, dass er sich verlassen fühlt. Einfacher scheint es für ihn, diese Situation zu ignorieren: „*Da hab ich mir gedacht Okay*“ (193, Z. 374).

Behinderung vs. Einschränkungen: „Ich hab kein Auto, ich kann nirgendwo hinfahren.“

Während des Gesprächs hatte man immer wieder den Eindruck, dass er seine Behinderungen herabspielt. In einem Moment hat man das Gefühl, dass sich der Interviewte seiner Einschränkungen bewusst ist: „... *es ist eine Behinderung da, aber ich probiere eh*“ (193, Z. 342-343) und zum anderen macht er sich wieder über seine derzeitige Situation lustig. Beispielsweise antwortete Herr C auf die Frage ob er einen Behindertenausweis hätte: „*Ja. Aber der zählt nicht so viel*“ (186, Z. 69). „*Ich bin 100 Prozent. Da sagt man immer ich bin Invalide*“ (186, Z. 71). Er ist mit seiner derzeitigen Situation unzufrieden, weiß aber nicht, wie er diese ändern soll. So verdrängt er lieber seinen Zustand und spielt diesen mit Humor herunter.

Herr C gibt an, dass er aufgrund seiner Behinderungen nicht mehr so mobil wäre. Er vermisst es einen Führerschein zu besitzen und nicht mehr mit dem Auto fahren zu können. „*Also (...). Ich hab kein Auto, ich kann nirgendwo hinfahren*“ (190, Z. 250). Er hat zwar die Möglichkeit mit seinem Rad oder mit dem Zug zu fahren, beides scheint für ihn aber nicht so bedeutend zu sein. Das Auto bzw. den Führerschein verbindet er mit Mobilität und Unabhängigkeit. Auf die Frage, ob er seinen Führerschein nachmachen wolle gibt er an: „*Ja jetzt schon, aber Vater hat gesagt: mit einer Hand lassen sie dich nicht mehr fahren!*“ (191, Z. 262-262). Herr C wird

sehr stark durch seine Familie beeinflusst, wodurch ihm sehr viele Möglichkeiten entgehen. So möchte er es lieber aus eigener Kraft schaffen.

Unterstützung durch Organisationen: „Ich weiß nicht was die machen“

Unterstützung von öffentlichen Institutionen, so gibt Herr C an, hätte er keine bekommen. Es fehlt ihm allerdings auch an Information, welche Möglichkeiten und Maßnahmen er diesbezüglich nützen könnte: *„Ich weiß nicht was die machen“* (195, Z. 463). Solange er keine Arbeitsstelle findet, bei welcher er mehr als 300 Euro bekommt, würde er sein Geld von der Pensionskasse bekommen. Während des Gespräches gibt der Interviewte an, dass in schon einmal ein Arzt darauf aufmerksam gemacht habe, dass sein Berufswunsch als Automechaniker nicht mehr durchführbar wäre und er sich deshalb etwas anders suchen sollte: *„Er hat gesagt, du musst dir um eine Umschulung schauen“* (189, Z. 168-169). Leichter scheint es für Herrn C zu sein, Vorschläge nicht zu beachten. Auf die Frage, ob er diesen Ratschlag weiterverfolgt hätte gibt der Interviewte an: *„Nein ich wollte nicht. Ich hab mir gedacht, ich will es denen zeigen, liegen alle falsch“* (189, Z. 174-175). Da Herr C keine direkten Kontaktadressen von Organisationen bekommen hat, hat er sich auch nicht weiter darum bemüht.

Wünsche und Vorstellungen: „Auf Autos herumschrauben!“

Auf die Frage, ob Herr C noch Wünsche hätte, fällt ihm nichts mehr ein. Das einzige was ihn wichtig erscheint, ist es seinen alten Beruf wieder ausüben zu können. Er beruft sich immer wieder darauf, dass für ihn nur Automechaniker in Frage kommen würde: *„Ich hab das schon seit meinem dreizehnten oder vierzehnten Lebensjahr können. Auf Autos herumschrauben!“* (196, Z. 467-468). Er ist sich der Tatsache bewusst, dass der Beruf des Automechanikers aufgrund seiner Einschränkungen nicht mehr möglich sein wird, jedoch scheint er dies zu ignorieren.

9.1.4 Einzelfallanalyse Frau D

Das Interview mit Frau D fand am 17.06.2012 statt. Die Aufnahmedauer betrug 1 Stunde und 3 Minuten. Die Kontaktdaten von Frau D wurden mir durch einen Bekannten vermittelt. Nach einem kurzen Telefonat haben wir uns in einem Kaffee, in der Nähe ihres Wohnortes

verabredet. Die Interviewpartnerin habe ich als sehr selbstbewusste junge Frau kennengelernt. Nach einer Kurzbeschreibung meines Forschungsvorhabens und Abklärung der einzelnen Formalitäten haben wir gleich mit dem Interview begonnen. Bereits zu Beginn der Aufnahme wurde schnell ersichtlich, dass sie aus dem Gesundheitsbereich kommt. Aufgrund ihres persönlichen aber auch beruflichen Zugangs, ist ihr die Thematik des Schlaganfalls bekannt. Dies fließt auch immer wieder in das Interview ein. Da sie selbst aus dem sozialen Bereich kommt, weiß sie um die Bedeutung einer guten Versorgung Bescheid, welches sie auch kundtut. Das Gespräch geriet nie ins Stocken. Sie erzählte sehr frei und flüssig.

Geboren und aufgewachsen ist Frau D in einer ländlichen Gegend. Sie wohnt immer noch im Elternhaus ihrer Mutter. Wie sie nach der Aufnahme erzählte, hat sie noch eine jüngere Schwester. Ihr Vater war schon zum Zeitpunkt ihres Schlaganfalls verstorben, was auch erklärt, weshalb sie ihn auch während des Interviews nicht erwähnte.

Soziales Umfeld als Stützfunktion: „... nach ein paar Monaten ist dann keiner mehr gekommen ...“

Frau D gibt an, dass ihr vor allem die Unterstützung durch ihre Familie geholfen habe. Diese sei von Anfang bis zum Schluss für sie dagewesen. Problematischer gestaltete sich die Situation ihrer Freunde: „... weil am Anfang da sind sie alle gekommen“ (205, Z. 339-340) und „nach ein paar Monaten ist dann keiner mehr gekommen“ (205, Z. 342-343). Sie gibt an, dass ihr die Aufmerksamkeit von ihren Freunden und Arbeitskollegen gleich nach dem Schlaganfall oft zu viel war und dass sie die ganzen Besuche sehr angesträngt hätten, welches sich jedoch mit der Zeit änderte. Man hatte den Eindruck, dass sie sich zusehends von ihren Freunden im Stich gelassen fühlte. Da sie aufgrund der vielen freien Zeit, neben den Therapien, zum Nachdenken kam, wurde ihr so richtig bewusst was es heißt eine Familie zu haben: „... so weist auch wo die Freundschaft und deine Familie ist“ (205, Z. 353).

Kraft und Abwechslung zum Klinikalltag hat Frau D vor allem durch ihre Freunde aus ihrem Chor bekommen. Die Interviewte ist eine leidenschaftliche Sängerin und die ständigen Besuche und Proben hätten ihr zum einen geholfen, ihr Gedächtnis zu trainieren: „Weil du eben auf die Melodie und auf den Gesang selber und auf den Text und das alles schauen musst“ (199, Z. 122-123). Man hat aber eher den Eindruck, dass Frau D aus den Besuchen auch Kraft schöpfte. Sie sich der Unterstützung ihrer Freunde gar nicht so bewusst ist: „die

sind hinaufgekommen zum mir, das war echt cool und dann haben wir ein Klavier bekommen“ (200, Z. 128-129).

Beeinträchtigungen erschweren berufliche Wiedereingliederung: „Ich bin irgendwie immer so ein rotes Tuch gewesen für alle.“

Frau D gab an, dass sie am meisten Schwierigkeiten wegen ihrer Konzentrationsschwäche hatte. Besonders während der Arbeit auf einer Station kann diese Einschränkung zu vielen Problemen führen. So gibt die Interviewte an, sei es nicht mehr gegangen ihren normalen Dienst zu verrichten. *„Beim Schichtdienst ist halt gar nichts mehr gegangen. Weil Konzentrationsschwächen eben waren und dann zwölf Stunden Dienst eben. Das war zu lang“* (198, Z. 47-59). Deshalb musste sie ihre Arbeitsstunden kürzen: *„... ich hab nicht mehr meinen Dienst machen können“* (198, Z. 56-57). Sie berichtet weiter: *„es war extrem, extreme Anspannung den ganzen Tag“* (198, Z. 73-74). Hatte Frau D vor dem Schlaganfall keine Probleme zum Teil einfache Tätigkeiten zu verrichten, so müsse sie sich jetzt *„immer voll konzentrieren“* (198, Z.75). Somit gestaltete sich der Wiedereinstieg einigermaßen schwierig. Aus dem Gespräch geht hervor, dass Frau D zu diesem Zeitpunkt sehr verzweifelt war. Sie konnte sich nicht sicher sein, ob ihre Einschränkungen bestehen bleiben und ob eine Weiterführung ihrer beruflichen Tätigkeit möglich sein würde: *„Ich war nur froh, dass (...) das bei mir nur mein Kurzzeitgedächtnis war, eben die Aussetzer immer, was ich gehabt hab. Und beim Langzeitgedächtnis, also das was ich in der Ausbildung gelernt hab, war Gott sei Dank da“* (200, Z. 135-138).

Frau D gibt an, dass sich nach ihrem Schlaganfall die Beziehung zu ihren Arbeitskollegen wesentlich verschlechtert hat: *„... im Team war schon, also war es schon hart sich wieder einzugliedern“* (200, Z. 138-139). *„Ich bin irgendwie immer so ein rotes Tuch gewesen für alle“* (200, Z. 139-140). Frau D erzählt während des Interviews, dass sie sich der Tatsache bewusst war, dass ihre Kollegen mehr Aufgaben übernehmen mussten und auch ihren Unmut verstehen kann: *„Ich mein nach einiger Zeit habe ich schon verstanden, dass die auch einen Schleim bekommen, dass gewisse Dinge mehr zu machen waren und das“* (200, Z. 164-166). Die Interviewte war sich ihrer Einschränkungen bewusst und tat dies auch offen kund, was zu weiterem Unmut im Team sorgte: *„Es war, sie haben gedacht, ich bin da weist eh, >irgendwie mehr bevorzugt< bei gewissen Sachen. Und da war die Eifersucht leider in meinem Beruf, war recht extrem“* (200, Z. 142-144).

Man hat den Eindruck, dass die Interviewte schon oft über diese Situation nachgedacht hat und sie diese Tatsache bis heute noch sehr beschäftigt. *„Aber ich wäre nicht extra, weißt eh, ich werde nicht sagen, ich kann etwas, wenn ich es nicht kann. Es geht doch um Menschenleben, das ist ein bisschen (...)“* (200-201, Z. 166-168). Gerade wegen der Tatsache, dass es in ihrem Beruf um Menschenleben geht, hoffte Frau D auf mehr Verständnis von Seiten ihrer Arbeitskollegen. Vielmehr wurde sie aufgrund ihrer Einschränkungen aus dem Team ausgegrenzt: *„Also da war ein Team und ich bin nicht mehr so richtig ins Team aufgenommen worden“* (200, Z. 147-148). Diese Tatsache bestärkte Frau D in ihren Bemühungen, die Station zu wechseln.

Durch den Stationswechsel lösten sich zwar die Probleme hinsichtlich ihrer Arbeitskollegen: *„... da hat keiner irgendwie Eifersucht haben können“* (200, Z. 152-153), jedoch die Problematik ihrer Konzentrationsschwäche behinderte die Interviewte auch in der neuen Abteilung: *„Bei mir war <das halt so>, dass ich gewisse Sachen halt nicht so schnell erlernt hab“* (200, Z. 156-157). Frau D wurde quasi ins kalte Wasser geworfen: *„Ich bin mitgelaufen. Ich war im Stand drinnen. Bin ich mitgelaufen. War, keine volle Kraft in dem Sinn gewesen“* (200, Z. 161-162). Obwohl Frau D beim Stationswechsel mit vielen, für sie schwierigen Aufgaben, konfrontiert war, bezeichnet sie diesen als *„Neubeginn“* (200, Z. 236). Dieser hätte ihr neue Kraft gegeben: *„Das war wirklich ein fester Halt“* (201, Z. 207).

Bedeutung von Arbeit: „... ich hab so viel gelernt dafür ...“

Für Frau A ist es sehr wichtig einer geregelten Beschäftigung nachzugehen. Sie würde sich ohne eine berufliche Tätigkeit sinnlos fühlen und wüsste nicht, was sie sonst machen sollte. Arbeit bedeutet für sie finanzielle Absicherung: *„Außerdem brauch ich doch das Geld ...“* (198, Z. 48-49). Darüber hinaus gibt sie an, dass sie für ihre Ausbildung sehr viel Zeit investieren musste. *„Ich mein, ich hab so viel gelernt dafür“* (198, Z. 46). Über ihre berufliche Tätigkeit wird ihr die Möglichkeit geboten, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, darüber hinaus bietet er *„immer eine Abwechslung“* (198, Z. 48). Aus diesem Grund so gibt sie an, hätte sie sich auch für den Beruf der Krankenschwester entschlossen. Arbeit schein ihr insbesondere deshalb wichtig zu sein, da sie viele kennt, die derzeit ohne Beruf dastehen: *„Also ich kenn viele, die jetzt keine Arbeit mehr haben. Denen geht es, na ja, denen geht es überhaupt nicht gut“* (198, Z. 52-53).

Behinderung vs. Einschränkungen: „... weil sie gedacht haben, ich höre nicht richtig zu ...“

Wie bereits erwähnt wurde, leidet Frau D seit ihrem Schlaganfall an einer Konzentrationsschwäche. Auf diese wird auch näher im Kapitel 5.1 eingegangen. Diese kann zu vielen Problemen, sowohl im privaten als auch beruflichen Bereich, führen.

Aufgrund ihrer Konzentrationsschwäche, so gibt Frau D an, habe sie sich mehr und mehr zurückgezogen: „... *ich bin nur zum Chor gegangen aber sonst wollte ich nicht mehr unter Leute gehen*“ (205, Z. 368). Sie gibt an, dass es für sie extrem schwierig war, sich auf Gespräche zu konzentrieren, vor allem wenn die Umgebung sehr laut war und mehrere Personen zeitgleich gesprochen haben. „*Wenn mehrere Personen geredet haben, dann habe ich nicht können, ähm gecheckt*“ (205, Z. 370-371). Ihre Konzentrationsschwäche wurde falsch aufgenommen: „*Es hat da auch der Bekanntschaftskreis, hat da abgenommen, weil sie gedacht haben, ich höre nicht richtig zu ...*“ (205, Z. 373-375). Da sich Frau D nicht jedem erklären wollte, haben die anderen auch keine Rücksicht auf sie genommen. Für die Interviewte wurden gesellschaftliche Anlässe zur Qual, da sie ab einem bestimmten Zeitpunkt nicht mehr den Gesprächen folgen konnte: „*Weil ich das einfach nicht mehr können hab*“ (306, Z. 384). Neben der Aufmerksamkeitsstörung litt Frau D noch unter einer Sprachstörung. Sie gibt an, dass sie diese zwar nicht wesentlich behindert hätte, jedoch in manchen Situationen einschränkte, vor allem wenn sie etwas erklären wollte und ihr die Wörter nicht mehr einfielen. Erleichternd war es für Frau D zu erkennen, dass ihre Einschränkungen nicht von anhaltender Dauer waren und sich diese alsbald verbesserten.

Unterstützung durch Organisationen: „... hab mich ausgekannt wen ich alles kontaktieren soll ...“

Wie bereits angemerkt wurde, ist Frau D selbst im Gesundheitsbereich tätig. Als Diplomierte Krankenschwester, so gibt sie an, habe sie den Vorteil, dass sie über Unterstützungsleistungen und weiterführenden Maßnahmen Bescheid weiß. Dieses habe sie aufgrund ihres beruflichen Hintergrundwissens. Sie sieht es als Vorteil an, dass sie in einem Krankenhaus arbeitet. „*Ich hab mich ausgekannt wen ich alles kontaktieren soll und so weiter. Aber auch nur deswegen weil ich Krankenschwester bin. Wo ich was beantragen kann und so*“ (306, Z. 397-399). Ebenso gibt die Interviewte während des Gespräches an, dass sie sehr gut von ihren Arbeitgebern unterstützt worden ist, was sie sehr freute: „*Also das war echt sehr schön*“ (198, Z. 92-93). Man hatte den Eindruck, dass sich Frau D der Unterstützung durch ihren

Arbeitgeber nicht von vornherein sicher war. Es war wohl mehr eine Annahme, dass sie Hilfestellung bekommen würde, jedoch sicher sein konnte sie sich nicht. Das wird daran ersichtlich, als sie erwähnt: „... *das war eigentlich nur Freundschaftsdienst von meiner Arbeit her*“ (206, Z. 389). Sie ist aber auch der Meinung, „*wenn die nicht von der ganzen Situation Gebrauch machen um mir zu helfen, wer dann? Also wenn die wissen was zu tun ist um mir zu helfen*“ (202, Z. 237-239).

Beispielsweise gibt Frau D an, dass sie nach ihrer Operation in Wien, längere Zeit auf einen Rehabilitationsplatz warten musste. Es war sehr schwer für sie ganz alleine, ohne Familie und Freunde in einer fremden Stadt. Ein Wechsel in eine Klinik, die näher an ihrem Heimatort lag, war nicht möglich. Frau D gibt an, dass sie ohne die Unterstützung der Ärzte den Wechsel hätte nicht durchführen können, vor allem weil die Kosten für den Transport viel zu hoch gewesen wären und „... *die Krankenkassa dann nicht mitgespielt hätte ...*“ (204, Z. 313). Nachdem sich die Ärzte dafür ausgesprochen haben, dass es für sie eine unzumutbare Situation wäre, in Wien zu bleiben, wurde eine Überstellung in ein anderes Krankenhaus möglich gemacht. Alleine und ohne eine Hilfestellung von Seiten der Ärzte hätte sie die bürokratischen Angelegenheiten nie bewältigen können: „... *die haben lang, die haben lang herum, mit den Rechtsanwälten und die Dings von der Krankenkassa und die Versicherungen und hin und her...*“ (204, Z. 319-321).

Bezüglich ihres beruflichen Alltags gibt Frau D an, hätte sie allerdings keine zusätzliche Hilfestellung am Arbeitsplatz benötigt: „... *Unterstützung und so, habe ich nicht gebraucht*“ (206, Z. 390). Es sei ihr auch keine angeboten worden: „... *angeboten ist mir auch irgendwie nichts geworden*“ (206, Z. 390-391). Jedoch ist Frau D während der Rehabilitation geraten worden, sich einen Behindertenausweis ausstellen zu lassen. Wie sie sagt: „... *als Absicherung bei meinem Arbeitgeber ...*“ (197, Z. 28).

Vorstellungen und Wünsche: „... nur die Eingliederung in die Arbeit wieder zu finden.“

Auf die Frage was sich Frau D für die Zukunft, hinsichtlich der Situation eines jugendlichen Schlaganfallpatienten wünschen würde gibt sie an, dass es auf jeden Fall notwendig wäre nach der Rehabilitation weiterführende Maßnahmen zur Verfügung zu stellen. So meinte sie nur: „*Irgendwie, nach der Reha war gar nichts mehr*“ (206, Z. 396-397). Dabei spricht sie auch auf die fehlende Informationsleistung an: „... *für manche, die sich wirklich nicht auskennen was es gibt, da sagt dir keiner irgendetwas*“ (206, Z. 399-400). Sie spricht dabei die Problematik an, dass es keine Ansprechpersonen gibt, um weiterführende Maßnahmen zu

beantragen. „*Das du nur da rüber gehst und die dir einfach dann sagen können, was du noch nutzen kannst oder sonst irgendetwas*“ (206, Z. 418-420). Dabei geht es ihr vornehmlich um die Integration in den Arbeitsmarkt: „... *einfach nur, nur die Eingliederung in die Arbeit wieder zu finden. Das wäre das Wichtigste*“ (207, Z. 425-426). Als Betroffene, die selbst aus den sozialen Bereich kommt, weiß sie über Institutionen und weiterführende Maßnahmen Bescheid. „*Ich mein, gewisse Stellen gibt es ja schon, aber ja, so richtig Informationen selber*“ (207, Z. 420-421). Viele andere Betroffene wären jedoch mit der Situation überfordert. Diese wüssten nicht, an wen sie sich wenden können. Dabei spricht sie von einigen Personen aus dem Bekanntenkreis, die aufgrund ihrer Einschränkungen nicht mehr in den Arbeitsmarkt integriert worden sind: „*Weil ich hab ja noch mit gewissen anderen geredet, die dann einen Einzug in die Arbeit wollten machen. Nach der Reha und das alles. Also gewisse Sparten, also wie soll ich sagen, Privatwirtschaft und so, da hat fast keiner mehr irgendjemanden genommen*“ (202, Z. 241-244). Sie führt an, dass aufgrund dieser Tatsache viele die Motivation verlieren würden: „*Da fehlt dir die Motivation dann wirklich zum Leben*“ (207, Z. 430). Aus diesem Grund würde sie sich wünschen, wenn es mehr Stellen für Menschen mit einer Behinderung geben würde, die sie als Anlaufstelle nutzen könnten, um eine vorzeitige Pensionierung zu verhindern.

9.1.5 Einzelfallanalyse Herr E

Das Interview mit Herrn E fand am 28.08.2012 in einem kleinen ruhigen Kaffeehaus statt. Da wir uns bereits am Vormittag zum Gespräch verabredet hatten, war das Café noch wenig besucht und wir konnten uns in ruhiger Atmosphäre unterhalten. Der Interviewpartner wirkte am Anfang aufgeregt und wenig erzählfreudig. Bevor wir mit dem Interview begonnen haben, klärten wir alle Formalitäten wie die Anonymität seiner Person und ich erzählte ihm grob von meinem Forschungsinteresse. Da ich seine Kontaktdaten über einen gemeinsamen Bekannten bekommen hatte, wusste er bislang nur, dass ich eine Diplomarbeit über jugendliche Schlaganfallpatienten schreibe.

Herr E ist 21 Jahre alt. Wohnt und lebt in einer mittelgroßen Stadt in der gemeinsamen Wohnung seiner Eltern. Obwohl der Interviewpartner seine Eltern während des Gespräches selten erwähnt, scheint er doch ein sehr gutes Verhältnis zu ihnen zu haben.

Soziales Umfeld als Stützfunktion: „Gott sei Dank habe ich eine tolle Familie.“

Gerade in der Zeit nach dem Schlaganfall waren diese eine besondere Stütze für ihn. Nachdem er den Schlaganfall hatte war Herr E „... *ziemlich down*“ (214, Z. 261) und schockiert, dass er in seinem Alter einen Schlaganfall erlitten hatte. Vor allem machten ihm seine Beeinträchtigungen große Sorgen. „... *das wird nicht wieder*“ (214, Z. 262). Er erzählt weiter: „*Gott sei Dank habe ich eine tolle Familie. Die was mich auch unterstützt hat und meine Freunde haben das eigentlich auch alle ganz gut gemacht*“ (214, Z. 266-268). Auf näheres Nachfragen, wie denn die Unterstützung Seitens der Familie und Freunde ausgesehen habe, meinte er: „*>wenn ich mir was nicht gemerkt habe, dann haben sie mir es öfter gesagt<. Oder beziehungsweise sie haben mich eigentlich als normalen Menschen behandelt. Also nicht irgendwie, der ist jetzt irgendwie behindert oder so. Oder haben sich irgendwie geekelt von mir*“ (214, Z. 274-277). Anhand folgender Beschreibung wird ersichtlich, dass sich Herr E viele Gedanken bezüglich seiner weiteren Beeinträchtigungen gemacht hat, bzw. ob sich ihr Verhalten ihm gegenüber verändern könnte. Ohne sie hätte der Interviewer wie er sagt, die Situation nicht durchgestanden. „*Ich wüsste nicht, wie ich das ohne die überstanden hätte*“ (214, Z. 280-281).

Beeinträchtigungen erschweren berufliche Wiedereingliederung: „... ich soll mir etwas anderes suchen“

Der Wiedereinstieg ins Berufsleben gestaltete sich für Herrn E sehr schwierig. Gerade seine Störungen waren ausschlaggebend dafür, dass er seine begonnene Lehre nicht mehr beenden konnte: „... *also ich wollte die Lehre weiter machen, aber es ist Aufgrund meiner Einschränkungen (I) dann °irgendwie nicht möglich gewesen°* (208, Z. 29-30). Er begründet das damit: „*Weil ich einfach Probleme habe mit dem Gehen und mit den Händen. Mit dem Schreiben (I) ist es nicht mehr so gut gegangen und ich vergiss halt ziemlich viele Sachen. Ich hab mir einfach ziemlich viele Sachen nicht merken können, was der Chef mir gesagt hat*“ (208, Z. 33-36). Folgt man dem Gespräch von Herrn E, dann waren es besonders die Einschränkungen seiner rechten Hand und die vorhandene Aufmerksamkeitsstörung, welche ihn im Arbeitsprozess am meisten behinderten.

Allerdings kristallisierte sich während des Interviews heraus, dass nicht der Interviewte selbst sein Lehrverhältnis aufgrund seiner Funktionsbeeinträchtigungen beendet hat, sondern das Lehrverhältnis aus Sicht seines Arbeitgebers nicht mehr tragbar war. So wurde ihm

unmissverständlich nahe gelegt, sich eine andere Lehrstelle oder einen Arbeitsplatz zu suchen. „Ja der Chef hat gesagt, ich soll mir oder mir nahegelegt, ich soll mir etwas anderes suchen“ (208, Z. 30-31). Auf die Frage, mit welcher Begründung der Arbeitgeber das Lehrverhältnis beenden wollte, gibt Herr E an, dass er keine bekommen habe: „(2), aber gesagt warum, hat er nicht. Er war halt nicht mehr, mehr zufrieden und so, aber gesagt hat er nichts“ (208, Z. 36-37). Aufgrund seiner vorhandenen körperlichen als auch geistigen Einschränkungen war an eine Weiterführung des Lehrverhältnisses nicht mehr zu denken: „Er war, <war so komisch zu mir>, als ich wieder angefangen hab zu arbeiten, war er immer komisch. Er war halt nicht mehr zufrieden mit dem was ich mache und so“ (209, Z. 40-42).

Hätte Herr E die notwendige Unterstützung und das Verständnis für seine Einschränkungen von Seiten des Arbeitgebers bekommen, dann hätte die Lehre vermutlich beendet werden können. Eine erneute Lehrstellensuche bei verschiedenen Firmen blieb ebenso erfolglos und kaum zufriedenstellend für den Interviewten: „ich glaub, ich hab vier Vorstellungsgespräche gehabt. Und die haben es eigentlich alle irgendwie nicht wollen, oder haben sich gar nicht damit beschäftigt mit dem was ich für Problem habe“ (209, Z. 59-61).

An der neuen Arbeitsstelle arbeitet Herr E mit mehreren Personen zusammen. In seinem Büro sei er nicht der einzige Mitarbeiter mit einer Behinderung. Dies empfindet er als sehr positiv, da sich seine Arbeitskollegen gut in die Situation des Interviewten hineinversetzen können. Da alle eine Behinderung haben, können diese auch gut mit seinen Einschränkungen umgehen. „Also (2) da gibt's, gibt's überhaupt keine Probleme. Wie helfen uns gegenseitig, quasi“ (210, Z. 108-109). Auf die Frage, ob er besondere Hilfestellung am Arbeitsplatz benötigt gibt Herr E an, dass er mit seiner Einschränkung an der neuen Stelle gut zurechtkommt und dass er keine besonderen Umbauten oder sonstigen Arbeitsplatzadaptierungen benötigt hat: „Also für mich nicht. Ich verwende die ganz, die normale Ausrüstung“ (211, Z. 131-132). Erleichtert wird ihm der Arbeitsprozess durch eine Datenbank, so schränkt ihn vor allem seine Aufmerksamkeitsstörung weniger ein: „... also, >ich brauch mir da nicht so viel merken<“ (211, Z. 150-151). Diese unterstützt ihn beim Suchen von Nummern, obwohl er anmerkt, dass er sich spezielle Nummern, welche er öfters braucht, auch merken kann.

Bedeutung von Arbeit: „... weil ohne Moos nix los!“

Der Interviewte betrachtet Erwerbsarbeit als zentralen Faktor in seinem Leben. Wie bereits im theoretischen Teil dieser Diplomarbeit angesprochen (vgl. Kapitel 5.2.2), dient demnach Erwerbsarbeit mehr als nur der existentiellen Absicherung, vielmehr wird damit ein Raum geschaffen, in welchem soziale Kontakte geknüpft und auch aufrecht erhalten werden können. Der Befragte sieht Erwerbsarbeit in erster Linie als Existenz sichernde Tätigkeit. „... *ich bekomm halt Geld*“ (209, Z. 67). Er unterstreicht dies mit „... *weil ohne Moos nix los!*“ (209, Z. 67-68). Daraus kann geschlossen werden, dass er mit seinem Gehalt nicht nur seinen Lebensunterhalt bestreitet, sondern diesen auch für private Zwecke verwendet. Arbeit bedeutet für ihn nicht nur ökonomische Absicherung, vielmehr kann er seine Zeit sinnvoll nutzen „... *kann ja nicht den ganzen Tag nix tun*“ (209, Z. 68-69). Er möchte auf alle Fälle berufstätig bleiben denn er findet: „... *es ist auch blöd wenn ich jetzt mit 21 Jahren oder dann 22 Jahren, das ich dann überhaupt daheim hocken muss und nichts tun kann*“ (211, Z. 157-158). Über die Situation, eine passende Arbeitsstelle gefunden zu haben, freut ihn und er scheint darüber hinaus auch sehr bemüht zu sein, die an ihn gestellten Anforderungen zu erfüllen. „*Gott sei Dank hab ich die Arbeit bekommen und es funktioniert auch bis jetzt*“ (211, Z. 163-164).

Das Nachgehen einer beruflichen Tätigkeit ermöglicht es dem Befragten soziale Kontakte zu pflegen, was ihm sehr wichtig ist: „*das ich da nicht alleine bin. Kann mit den anderen reden*“ (209, Z. 80). Die gemeinsame Nutzung eines Gemeinschaftsraums für alle Arbeitnehmer bietet dafür gute Bedingungen. Gerade dieser scheint für Herrn E ein Treffpunkt zum sozialen Austausch zu sein. Dadurch wird ihm die Möglichkeit geboten mit anderen Kollegen ins Gespräch zu kommen, da sonst nicht die Möglichkeit dazu besteht. „*Also beim Arbeiten selber, hab ich, also weniger Kontakt, aber beim Essen und so schon.*“ (210, Z. 118-119). „... *und wenn ich mir da einen Kaffee hole, dann treffe ich die anderen. Die reden dann mit mir und fragen „wie es mir geht“*“ (210, Z. 116-117). Den Austausch unter Arbeitskollegen vermisste der Interviewte gerade in der alten Firma, wo er hauptsächlich die Arbeiten alleine im Büro erledigen musste. Hingegen auf der neuen Arbeitsstelle: „... *kannst reden, verstehst und wenn du nicht willst, dann ist das auch okay. Find ich ganz praktisch*“ (210, Z. 83-84). Herr E ist froh darüber, dass ihn seine Arbeitskollegen so akzeptieren wie er ist und er nicht zwanghaft in eine Rolle schlüpfen muss, die ihm nicht liegt.

Behinderung vs. Einschränkungen: „... stundenlang gehen, geht nicht mehr“

Wie aus dem Interview ersichtlich wird, war Herr E ein richtig guter Sportler. Er begeisterte sich für viel sportliche Aktivitäten, die er aber aufgrund seiner Funktionsstörungen nicht mehr in dem gewohnten Ausmaß ausüben kann. Dazu meint er: „*Im Großen und Ganzen schon, nur nicht mehr so, so extrem wie ich es früher gemacht habe*“ (214, Z. 293-294). Beispielsweise ging er gerne Klettern, wobei ihn seine Hand am stärksten behindert: „*>wenn eine Hand nicht gescheit funktioniert, dann haut das nicht so hin<*“ (214, Z. 295-296.). „*Oder zum Beispiel Tennis spielen oder so, was ich auch gerne gemacht habe<, dass funktioniert auch irgendwie nicht, weil mit dem hin und her rennen. >Da haut es mich immer auf den Mund<*“ (215, Z. 305-307). Stattdessen hat er das Spazieren gehen für sich entdeckt. Lange Wanderung, so gibt er an, gehen nicht mehr so gut: „*... stundenlang gehen, geht nicht mehr*“ (215, Z. 299). Es ist ihm sehr wichtig, seine Zeit sinnvoll und auch mit Freunden zu nutzen, so geht er beispielsweise gerne mal mit seiner Freundin auf den Berg. Dabei muss er „*halt öfter sitzen bleiben*“ (215, Z. 301) oder kurze Rasten einlegen.

Ein weiteres zu erreichendes Ziel ist für Herrn E der Führerschein, den er bisher nicht machen wollte: „*Ich wollte ihn dann später machen, also das war nicht so meine Priorität*“ (315, Z. 319-320). Aufgrund seiner Einschränkungen hätte sich diese jetzt aber geändert. Weil er dann „*einfach mobiler wäre*“ (315, Z. 322), besonders wenn er „*einmal weiter weg fahren muss*“ (315, Z. 323). Es hat den Anschein, dass Herr E den Führerschein gerne machen würde, damit er nicht mehr auf die Unterstützung seiner Freunde und Familie angewiesen ist. Zwar spricht er dies nicht explizit an, man hatte aber während des Gespräches den Eindruck, dass ihn das nachdenklich macht. Probleme am Gelingen sieht Herr E in seiner Konzentrationsschwäche: „*Naja, oder ob ich das überhaupt schaff. Weil ich mir doch viele Sachen nicht merken kann*“ (215, Z. 325-326). Obwohl der Interviewte über seine Schwächen Bescheid weiß, möchte er trotzdem den Versuch wagen. Man hat den Eindruck, dass er nichts unversucht lassen möchte, gerne neue Sachen ausprobiert und schaut, ob sie funktionieren oder nicht. So nach dem Motto: Wer nicht wagt, der nicht gewinnt!

Unterstützung durch Organisation: „... ich glaub nicht, dass ich irgendwelche Unterstützungen bekommen habe“

Auf die Frage, welche Unterstützung Herr E von Seiten öffentlicher Institutionen erhalten hat, gibt er an, dass er sich nur hinsichtlich einer neuen Arbeitsstellensuche an das AMS gewandt

hat. Durch das AMS hat Herr E Information über eine freie Behindertenplanstelle mit Vermittlungstätigkeit in einer öffentlichen Einrichtung bekommen, wo er sich dann augenblicklich beworben hat und die ausgeschriebene Stelle auch erhalten hat. Des Weiteren hätte er allerdings „... keine Information bekommen“ (316, Z. 342). *"Auch im Krankenhaus irgendwie nicht. >Oder vielleicht hab ich es mir nur nicht merken können<. Also ich wüsste nichts, ich glaub nicht, das ich irgendwelche Unterstützungen bekommen habe“* (215, Z. 342-345).

Vorstellungen und Wünsche: „... das ich einfach, vielleicht mehr Zeit brauche“

Wichtig wäre für es für Herrn E, wenn es mehr Aufklärung geben würde und spricht dabei immer wieder seinen letzten Arbeitgeber an: *„das die Leute besser Bescheid wissen über die Sachen“* (216, Z. 360-361). *„>Weil ich hab natürlich das Gefühl gehabt, dass der Chef sich dafür eigentlich gar nicht interessiert<. Oder dass er gar nicht weiß, was ein Schlaganfall ist. Oder das ich einfach, vielleicht mehr Zeit brauche“* (216, Z. 357-360). Dabei geht es dem Interviewten aber nicht nur um eine bessere Aufklärung hinsichtlich der Symptome und Problematik eines Schlaganfalls, sondern es hat den Anschein, dass er die Situation von Menschen mit Behinderung im Allgemeinen anspricht. In diesem Zusammenhang spricht er ein Beispiel an: *„weil wenn ich auf der Straße unterwegs bin und meinen Fuß nachziehe, da schauen dich auch alle blöd an, >wie wenn du von einem anderen Planeten kommen würdest oder so<“* (216, Z. 363-365). Grundsätzlich hat Herr E keine schlechten Erfahrungen mit seiner Behinderung in der Öffentlichkeit gemacht und würde sich deshalb auch nicht zu Hause verkriechen.

9.2 Generalisierende Analyse

Im zweiten Teil der Analyse werden die einzelnen Interviews miteinander verglichen. Dabei wird darauf geachtet, dass Unterschiede hervorgehoben und Gemeinsamkeiten der Gespräche festgehalten werden.

9.2.1 *Rahmenbedingungen und Eckdaten für den Einstieg*

Die Befragten waren zum Zeitpunkt des Interviews zwischen 17 und 22 Jahre alt. Bei zwei Interviewpartnern (Frau A und B) trat der Schlaganfall mit 17 Jahren auf. Herr E war 18 Jahre und Frau D 19 Jahre alt. Herr C war zum Zeitpunkt seines Schädelhirntraumas 18 Jahre alt. Alle leben und wohnen noch immer bei ihren Eltern im Familienverband. Zwei der Befragten (Frau B und Herr E) sind in einer Stadt aufgewachsen und Frau A, D und Herr C auf dem Land. Vier der befragten Personen gaben an, dass sie nach ihrer Schullaufbahn eine Lehre begonnen hatten. Einzig Frau D sticht dabei heraus, weil sie ihr Diplom als diplomierte Krankenschwester abgeschlossen hat.

Dieser Bereich wurde aus verschiedenen Gründen mit in die Untersuchung genommen. Zum einen ging es darum festzustellen, ob sich bei der Schullaufbahn und Berufswahl Unterschiede bei der Wiedereingliederung ergeben, ebenso ob es eine Rolle spielt, ob man am Land oder in einer Stadt aufgewachsen ist. Als drittes Kriterium wurde die Familie herangezogen, da diese gerade in der schwierigen Phase des Jungendalters (vgl. 4.6.1) Rückhalt bieten kann.

9.2.2 *Soziales Umfeld als Unterstützungsfunktion*

Dieser Bereich beschäftigt sich mit dem sozialen Umfeld der Interviewpartner. Wie dieses wahrgenommen wird, ob das soziale Umfeld eine Ressource darstellt, oder sich negativ auf die Lage der Betroffenen auswirkt.

Vier der Befragten führten während der Gespräche an, dass sie von ihren Familien unterstützt worden sind. Besonders Frau A betont, dass es ihr sehr viel bedeutet hat, dass ihre Mutter immer für sie da war. Ihr die notwendige Kraft spendete, an ihrer Seite war und sie immer motiviert hat weiterzumachen. Ebenso war es bei Frau B, die immer auf die Unterstützung

ihrer Familie zählen konnte. In der Situation nach dem Schlaganfall gibt Frau D an, dass ihr erst richtig bewusst geworden ist, was es bedeutet eine Familie zu haben. Herr E machte sich vor allem Sorgen, dass ihn jetzt alle als behindert wahrnehmen würden. Jedoch erwähnt er explizit, dass sich der Umgang nicht geändert hätte. Im Gegenteil hätte er die Zeit nach dem Schlaganfall nicht ohne seine Familie überstanden. Anders gestaltet sich das familiäre Verhältnis von Herrn C. Unterstützung von seiner Familie scheint er wenig bis keine bekommen zu haben. Im Gegenteil wird Herrn C das Gefühl vermittelt, dass er aufgrund seiner Einschränkungen keiner beruflichen Tätigkeit nachgehen kann. Sie scheinen ihm wenig zuzutrauen und motivieren ihn auch nicht.

Freunde werden von allen als positiv empfunden. Diese stellen neben der Familie eine zusätzliche Ressource dar. Frau A hat durch die Unterstützung ihrer Freundin wieder den Anschluss an die Gesellschaft gefunden. Durch das gute Zusprechen ihrer Freundin, hat sie sich wieder in die Öffentlichkeit gewagt, wodurch sich ihre eingeschränkte Mobilität verbesserte. Frau B war es besonders wichtig, dass sie ihr Freund jeden Tag besuchen gekommen ist. Freunde hat Herr C, nach eigenen Angaben, nur noch wenige. Bei Frau D waren es besonders die Freunde aus ihrem Chor, die ihr den Klinikaufenthalt erleichterten. Nebenbei wirkten die gemeinsamen Treffen als Therapie und Spaß zugleich.

Der Unterstützung durch Familienangehörige wird besonders während des Rehabilitationsablaufs hohe Bedeutung beigemessen. So kann sich der Rückhalt des sozialen Umfeldes positiv auf die Motivationslage der Betroffenen auswirken (vgl. 6.2.1; 6.2.3). Fast alle konnten aus der Unterstützung der Eltern Motivation und Kraft schöpfen. Die Anteilnahme der Familie wirkte sich dabei förderlich auf die Gemütslage aus, welche entscheidend für die Krankheitsbewältigung ist (vgl. 6.2.3). Freunde stellen neben den Familienangehörigen eine zusätzliche Ressource dar. So können diese beispielsweise Beziehungssysteme abdecken, die besonders unter Gleichaltrigen wichtig sind. Beide Faktoren sind bestimmend für die Teilhabe.

9.2.3 *Beeinträchtigungen erschweren berufliche Wiedereingliederung*

In diesem Themenbereich wird aufgezeigt, welche Beeinträchtigungen sich negativ auf den Arbeitsprozess auswirken. Dabei spielen sowohl die Betrachtungsweisen der Betroffenen, deren körperliche Einschränkungen sowie das Verhalten der Arbeitgeber eine besondere Rolle.

Alle Interviewpartner bis auf Herrn C haben und hatten aufgrund ihrer Einschränkungen bei der Berufsausübung Schwierigkeiten. Einzig Herr C geht nach wie vor keiner beruflichen Tätigkeit nach und befindet sich seit seinem Rehabilitationsaufenthalt in Invalidenpension. Frau A leidet seit ihrem Schlaganfall an einer Hemiparese, weshalb es unwahrscheinlich scheint, dass sie ihre Lehre als Tischlerin weiterführen wird können. Die Tätigkeit eines Tischlers erfordert eine gute körperliche Konstitution wie Ausdauer und Kraft, aber auch Feinmotorik. Frau A weiß nicht, ob sich ihre Einschränkungen vollkommen zurückbilden werden, weshalb sie sich schon Gedanken bezüglich einer neuen Lehrstelle macht. Ebenso wie Frau A leidet Herr E an einer Hemiparese. Erschwerend kommt bei Herrn E seine Konzentrationsschwäche hinzu. Seine Einschränkungen waren ausschlaggebend dafür, dass Herr E seine Lehre als Einzelhandelskaufmann nicht beenden konnte. Aufgrund seiner verschlechterten Merkleistung gibt Herr E an, dass er einsehen musste, dass eine Fortführung der Lehre keinen weiteren Sinn mehr machte, da er ständig Termine vergaß oder verwechselte. Frau B ging es in abgeschwächtem Maße ähnlich wie Frau A und Herrn E. Sie litt nicht an einer vollständigen Lähmung, konnte ihr Bein und auch ihre Hand funktionell einsetzen. Probleme ergaben sich hauptsächlich beim Stiegen steigen, weshalb sie oft stürzte wie sie angibt. Darüber hinaus litt Frau B seit ihrem Schlaganfall an einer taktilen Störung. Diese Einschränkung behinderte sie vor allem im Fotostudio bei den Babyshootings. Aufgrund der verschlechterten Wahrnehmung von heiß oder kalt, konnte sie den Grad der Hitze schlecht abschätzen, was sie zusätzlich noch sehr verunsicherte. Ebenso bereitete ihr der Handwechsel Probleme. Frau D leidet ebenso wie Herr E an einer Konzentrationsschwäche. Diese ist aber im Gegensatz zu Herrn E weniger ausgeprägt. Während Herr E viele Sachen vergisst, behindert Frau D ihre Schwäche im Aufrechterhalten ihrer Konzentration. Diese behindert sie vor allem, wenn sie sich längere Zeit mit einer Tätigkeit beschäftigen muss.

Zwei der Befragten (Frau B und Herr E) gaben während des Interviews an, dass sich das Verhalten der Arbeitgeber aufgrund der Einschränkungen ihrer Angestellten veränderte. Vor allem bei Frau B und Herrn E führte das zu großen Problemen im Arbeitsprozess. Frau B war in der Firma sehr gut integriert, jedoch hätte sich das Verhalten ihres Chefs nach dem Schlaganfall massiv geändert. Sie wurde durch ihren Arbeitgeber schikaniert, vor Kunden bloßgestellt, stellte im Großen und Ganzen nur mehr eine billige Arbeitskraft dar. Eine ähnliche Situation findet man bei Herrn E, welchem aufgrund seiner Einschränkungen nahegelegt worden ist, sich eine andere Lehrstelle zu suchen. Die anschließende Arbeitssuche gestaltete sich für Herrn E wenig zufriedenstellend. Herr E wurde durch das AMS eine

Behindertenplanstelle zugewiesen, worauf hin sich die Arbeitssituation für den Betroffenen verbesserte. Anders verhält es sich bei Frau A und Frau D. Frau A beschreibt, dass sich ihre Arbeitgeber wünschen, dass sie wieder die Lehre weitermacht, unabhängig davon, wie lange sie noch auf sie warten müssten. Die Vorgesetzten von Frau D haben sich sehr darum bemüht, sie wieder schrittweise an den Arbeitsverlauf heranzuführen. Beispielsweise wurden ihre Arbeitsstunden zum Wiedereinstieg gekürzt und dann kontinuierlich gesteigert, um sie nicht zu überfordern.

Gerade bei Frau B, Herrn C und Herrn E wäre es notwendig gewesen, Unterstützung anzubieten. Frau B war ihrem Arbeitgeber quasi ausgeliefert. Sie gibt auch an, dass sie sich gewünscht hätte, dass sich ihr Arbeitgeber mehr mit ihrer Situation auseinandersetzt. Ebenso bei Herrn E, der ebenfalls den Wunsch äußerte. Wie bereits angemerkt wurde, ist Herr C seit seinem Rehabilitationsaufenthalt in Invalidenpension. Aktiv wurde ihm nie eine Umschulung oder Gleichwertiges angeboten.

Anhand folgender Beispiele wird ersichtlich, dass der Wiedereinstieg aufgrund der Symptomatik eines Schlaganfalls ins Berufsleben erschwert wird. Nicht allein die geistigen und körperlichen Einschränkungen wirken sich auf die Betroffenen aus, sondern auch das Einstellungsverhalten der Arbeitgeber spielt eine maßgebliche Rolle. Beispielsweise könnte eine Unterstützung durch die Arbeitsassistenten (vgl. Kapitel 5.2.5) die Arbeitssituation positiv verbessern und finanzielle Unterstützungsangebote, wie im Kapitel 3.3.1.2 angeführt, als Anreiz für eine Weiterführung des Arbeitsverhältnisses dienen.

9.2.4 Bedeutung von Arbeit

Dieser Bereich beschäftigt sich mit den Vorstellungen der Interviewpartner zum Thema Arbeit. Wie wichtig ist eine berufliche und sinnvolle Tätigkeit.

Allen Befragten ist es sehr wichtig einer sinnvollen Beschäftigung nachzugehen. Frau B, D und Herr E geben an, dass sie nicht auf den Gehalt verzichten möchten. Dass es für sie sehr wichtig ist ihr eigenes Geld zu haben, um sich auch etwas leisten zu können. Herr E könnte nach eigenen Angaben auf die Unterstützung seiner Eltern zurückgreifen, um nicht in deren Abhängigkeit zu geraten, möchte er aber unbedingt berufstätig bleiben. Herr C würde auch Arbeiten verrichten, selbst wenn diese unentgeltlich wären. Einfach aus dem Grund, dass er etwas zu tun hätte. Besonders Herr C leidet darunter, dass er keiner geregelten Arbeit

nachgehen kann. Er möchte aktiv bleiben und auch das Gefühl haben, gebraucht zu werden. Frau A gibt an, dass alle ihrer Familienmitglieder berufstätig sind und sie auch deshalb unbedingt arbeiten gehen möchte, damit sie nicht alleine zuhause sein muss. Besonders sticht bei ihr hervor, dass sie unbedingt eine Arbeit nachgehen möchte, bei welcher sie körperlich gefordert wird. Vier Interviewte (A, B, D, E) geben an, dass sie nicht alleine zuhause sein möchten. Es scheint ihnen wichtig zu sein, durch ihre Arbeit mit anderen Menschen in Kontakt treten zu können. Aus diesem Grund hat sich Frau D auch für den Beruf der Krankenschwester entschieden. Durch ihren Beruf hat Frau D die Möglichkeit immer neue Menschen kennenzulernen. Herrn E bietet die Arbeit einen idealen Raum des sozialen Austauschs unter Arbeitskollegen. Da Herr C in der Invalidenpension ist, fehlen ihm soziale Kontakte. Als Ausgleich geht Herr C ins Fitnessstudio, um zum einen etwas zu tun zu haben und zum anderen wird ihm dadurch die Möglichkeit geboten mit anderen Menschen ins Gespräch zu kommen.

Für die meisten Interviewpartner bedeutet Arbeit, dass sie Geld bekommen um sich etwas leisten zu können und um sich dadurch einen gewissen Lebensstandard erhalten zu können. Wie auch im Kapitel 5.2.2 angeführt, wird durch Erwerbsarbeit die eigene Existenz gesichert. Daneben bietet sie den Rahmen mit anderen Personen in Kontakt zu treten. Die soziale Komponente der Arbeit nimmt gerade auch bei den Befragten eine besondere Rolle ein. Besonders der Austausch unter Arbeitskollegen, die Möglichkeit neue Menschen kennenzulernen und einfach eine Abwechslung im Leben zu haben sind hierbei von Bedeutung.

9.2.5 *Behinderung vs. Einschränkungen*

Die folgende Kategorie beschäftigt sich mit den Einschränkungen der Interviewpartner. Inwiefern sie ihre Einschränkungen behindern und wo sich diese Behinderungen besonders auf die Situation der Betroffenen auswirken. Wie auch Rentsch im Kapitel 5.1 anmerkt, können Störungen nach Auftreten des Schlaganfalls auf zentrale Bereiche unseres Lebens Einfluss haben. Neben den geistigen Einschränkungen sind es besonders körperliche Funktionsstörungen, die eine selbständige Lebensführung erschweren. Besonders körperliche Beeinträchtigungen können Auswirkungen auf die Mobilität der Betroffenen nehmen, wobei

es zu Erschwernissen in der Durchführung banaler Aktivitäten oder beispielsweise bei häuslichen Tätigkeiten kommen kann.

Alle Betroffenen litten mehr oder weniger unter ihren Einschränkungen. Vor allem bei Frau A waren die Beeinträchtigungen so schwer, dass sie sich nicht mehr in die Öffentlichkeit wagte. Besonders waren es die Blicke der andern, die sie daran hinderten. Mit ihren Einschränkungen zu leben, erfordert besonders bei Frau A noch intensive Auseinandersetzung. Ähnlich, jedoch in abgeschwächtem Maß war es bei Frau D, die wegen ihrer Konzentrationsschwäche größere Gesellschaften mied. Grund dafür sei die hohe Lärmbelastung gewesen. Sie konnte einzelnen Gesprächen nur schwer oder zum Teil gar nicht mehr folgen, weshalb sie sich immer mehr zurückzog. Da viele aus ihrem Bekanntenkreis nicht über ihre Behinderung Bescheid wussten, kam es zu vielen Missverständnissen. Ihre Gesprächspartner hatten immer das Gefühl, dass sie ihnen nicht richtig zuhörte. Im Gegensatz zu Frau A und D geht Herr E ganz unkompliziert mit seinen Einschränkungen um. Die Blicke aus der Gesellschaft fallen ihm zwar auf, jedoch ist ihm dieses nach eigenen Angaben gleichgültig. Herr E hat bislang keine schlechten Erfahrungen gemacht, weshalb er die Blicke der anderen einfach ignoriert. Obwohl auch Frau B und Herr E unter einer Konzentrationsschwäche leiden, scheint ihnen diese im Privatleben wenig Umstände zu bereiten. Frau B hebt sich wie Frau D dadurch hervor, dass man ihnen ihre Beeinträchtigungen nicht ansieht, sie aber trotzdem Einschränkungen aufweisen. Obwohl Frau B froh darüber ist, dass man ihr ihre Behinderung nicht ansieht, empfindet sie das als Manko. Wie auch bei Frau D verstehen ihre Mitmenschen manche Reaktionsweisen nicht oder deuten diese falsch, was oft zu Missverständnissen führt. Vor allem, wenn sie bestimmte Tätigkeiten aus Angst nicht mehr machen möchte.

Hinsichtlich der Mobilität erweist sich bei Frau A und Herrn C die Behinderung als sehr belastend. Als Barriere werden vor allem weite Strecken angesehen, die sie ohne zusätzliche Unterstützung nicht bewältigen können. Ebenso benötigt Frau A Hilfestellungen bei alltäglichen Aufgaben, wie dem Anziehen. Dies behindert sie auch beim Einkaufen gehen. Herrn C stört es vor allem, dass er aufgrund seiner Schädigungen keinen Führerschein mehr hat und deshalb weitere Strecken mit dem Zug zurücklegen muss. Dadurch fehlt es ihm an Flexibilität. Herr E ist unter den Befragten der einzige, der angegeben hat, dass er gerne und nach wie vor aktiv Sport betreibt. Demnach stört Herrn E seine Behinderung bei der Sportausübung. Manche Sportarten musste er deswegen aber aufgeben. Frau B und Frau D

geben beide an, dass sie kaum noch Schwierigkeiten haben. Maximal langes Stehen oder Überanstrengung führe zu Problemen, beide wissen jedoch über ihre Schwächen Bescheid und reagieren entsprechend darauf.

Es kann festgestellt werden, dass es vor allem die körperlichen Einschränkungen sind, die zu einer verminderten Mobilität der Betroffenen führt. Es entsteht ein gewisses Abhängigkeitsverhältnis von ihren Mitmenschen. Was hierbei erschwerend hinzukommt dass man dadurch in der eigenen Selbständigkeit begrenzt wird, da man immer auf die Unterstützung anderer angewiesen ist. Wie auch im Kapitel 5.1 nachgelesen werden kann können besonders die sogenannten „unsichtbaren Behinderungen“ Ausgrenzungsprobleme hervorrufen. Das liegt daran, dass es vor allem diese Behinderungen sind, womit das Umfeld nicht zurechtkommt und Verhaltensweisen der Betroffenen oft falsch gedeutet oder missverstanden werden.

9.2.6 Unterstützungsleistungen durch Organisationen

Bei folgendem Themenbereich wird der Fokus auf die Hilfestellungen durch Organisationen gerichtet. Welche Hilfestellungen werden angeboten, und welcher Art sind diese.

Es wurde festgestellt, dass aktiv keinem der Interviewpartner Unterstützung von öffentlicher Seite angeboten worden ist. Frau A findet es schon fast unzumutbar, dass man nirgends Informationen bekommen hat. Es keine Erklärungen hinsichtlich weiterbildender Maßnahmen, oder Unterstützungsleistungen wie beispielsweise der Arbeitsassistentz gibt. Das Ansuchen neuer Rehabilitationsmaßnahmen hätte für sie einen immensen Zeitaufwand bedeutet, auch in Hinblick auf ihre körperlichen Einschränkungen ist sie gehandicapt und muss dabei auf die Unterstützung ihrer Familie zurückgreifen. Profitiert haben Frau B und D, da sie gute Beziehungen zu sozialen Einrichtungen haben. Frau B durch ihre Mutter, da diese ein Altenwohnheim betreut und Frau D wegen ihrer beruflichen Tätigkeit als Krankenschwester. Herrn E ist es aufgrund seiner Selbständigkeit nicht schwer gefallen, sich mit seiner Einschränkung zurechtzufinden. Er hat sich selbständig an das AMS gewandt, das ihm dann bei der Suche nach einem neuen Arbeitsplatz helfen konnte. Einzig Herr C sticht dabei heraus. Da er nicht auf die Ressourcen seiner Eltern zurückgreifen kann, oder diese nicht nutzt, hat er nach wie vor keine Beschäftigung gefunden. Ebenso fehlt es Herrn C im

Gegensatz zu Herrn E an Selbständigkeit. Aus diesem Grunde bemüht er sich auch nicht, seine Situation zu verändern.

Weiter konnte festgestellt werden, dass die medizinische Rehabilitation und Versorgung durch Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen problemlos funktioniert, dass es jedoch bei weiterführenden Maßnahmen zu Problemen kommt. So geben Frau A und B an, dass sie nach ihrem stationären Aufenthalt eine weiterführende mobile Rehabilitation machen mussten, welche jedoch mit einem sehr hohen Selbstkostenbeitrag ihrerseits verbunden war. Die Krankenkasse hat dabei nur einen geringen Beitrag der Kosten übernommen.

Aus den Interviews geht hervor, dass es vor allem Frau B und Herrn E hinsichtlich der Berufsausübung an Unterstützung fehlte. Während es sich bei Frau B einzig auf den Berufsalltag bezog, kamen sowohl bei Frau B wie bei Herrn E Probleme mit dem jeweiligen Arbeitgeber hinzu.

Es hat sich aus den Befragungen ergeben, dass es hinsichtlich öffentlicher Einrichtungen und Institutionen wenig, bis gar keine Unterstützung gibt. Vorhandene Angebote können nicht genutzt werden, da Informationen hierzu fehlen. Ebenso wurde ersichtlich, dass Selbständigkeit ein großer Vorteil ist, vor allem wenn es darum geht, Hilfsmaßnahmen zu beantragen. Jedoch müssen vorhanden Möglichkeiten transparenter gestaltet werden.

9.2.7 Vorstellungen und Wünsche für die Zukunft

Diese Kategorie beschäftigt sich mit den Vorstellungen und Wünschen eines jugendlichen Schlaganfallpatienten.

Vier der Interviewpartner gaben an, dass es noch an Vielem fehlen würde und Verbesserungen unbedingt notwendig wären. Frau A, B, D und Herr E geben an, dass sie sich mehr Aufklärungsarbeit wünschen würden. Dabei sprechen sie sowohl die Problematik der Informationsgewinnung an, als auch mehr Öffentlichkeitsarbeit. Vor allem wäre das im Umgang mit den Vorgesetzten von Vorteil (Frau A und Herr E), wüssten diese über die Problematiken und die damit einhergehenden Einschränkungen eines Schlaganfalls Bescheid. Frau B würde es sehr hilfreich finden, wenn es eine Selbsthilfegruppe geben würde, um sich

mit anderen über Probleme austauschen zu können. Im Vergleich zu Frau A, B und Herrn E spricht Frau D an, dass sie sich unbedingt wünschen würde, dass es weiterführende rehabilitative Maßnahmen geben würde, schon in Hinblick auf die Integration. Da nach der medizinischen Rehabilitation nichts mehr folgt und viele mit der Suche nach entsprechenden Maßnahmen überfordert seien, empfindet sie es als wichtig, Ansprechpersonen zu haben. Anlaufstellen, wo man sich informieren kann. Die einem weiterhelfen. Dabei geht es ihr vornehmlich um eine Einbindung in den regulären Arbeitsmarkt.

Die Wünsche der Betroffenen können eine gute Anregung darstellen. Bei allen scheint die medizinische Versorgung bestens abgelaufen zu sein. Weiterführende Maßnahmen wie beispielsweise eine berufliche Rehabilitation, die bedeutend für die Integration von Menschen mit Behinderung ist, scheinen kaum vorhanden, zumindest sind diese zu wenig präsent. Hinsichtlich der Informationsgestaltung gibt es großen Aufholbedarf. Diese mussten mit großem persönlichem und familiärem Einsatz zusammengetragen werden. Eine Aufklärung der Arbeitgeber wäre wünschenswert, da es dadurch zu weniger Kündigungen kommen müsste.

10 Resümee

Erwerbsarbeit kann als der zentrale Moment gesehen werden, Menschen an der Gesellschaft teilhaben zu lassen. Durch eine berufliche Tätigkeit wird nicht nur die Möglichkeit geboten, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, sie bietet auch den geeigneten Rahmen dafür.

Vielen Menschen mit einer Behinderung bleibt dieser Zugang aus unterschiedlichen Gründen verwehrt. Daran können fehlende Informationsleistungen schuld sein, aber auch unzureichend festgelegte Maßnahmen. Aus einem Bericht der Bundesregierung geht hervor, dass Integration, vor allem die berufliche Integration, ein zu erreichendes Ziel der österreichischen Bundesregierung sei. Zu diesem Zweck wurden Vorgaben erstellt und Maßnahmen entwickelt, um weitestgehend eine gesellschaftliche Teilhabe zu fördern.

Die Arbeit hat das Ziel, pädagogische Aufgaben zu ermitteln, die sich bei der Wiedereingliederung von jugendlichen Schlaganfallpatienten in die Arbeitswelt ergeben. Aufgrund der geringen Anzahl von Interviewpartnern für die vorliegende Untersuchung kann kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden, dennoch konnte schon bei dieser kleinen Gruppe festgestellt werden, dass hinsichtlich der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt Defizite vorliegen. Anhand der ausgewerteten Interviews kommt man zu dem Schluss, dass gerade der Bereich der beruflichen Rehabilitation unzureichend ausgebaut und präsent ist. Die berufliche Rehabilitation hat das vorrangige Ziel, Menschen den Weg in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu erleichtern, um soziale Ausgrenzung zu verhindern. Aus der Befragung ging hervor, dass keiner der interviewten Personen eine berufliche Rehabilitation gemacht hat und auch keine Informationen von Institutionen beziehungsweise Organisationen hinsichtlich einer Arbeitsunterstützung bekommen hat.

Bei der Untersuchung konnte festgestellt werden, dass die medizinische Rehabilitation sehr gut ausgebaut ist, jedoch weiterführende Unterstützungsleistungen kaum Beachtung finden. Ich möchte mich hier auf Hülshoff beziehen, der angibt, dass es die Aufgaben der Medizin sind, einen Krankheitszustand zu verbessern oder im Besten Fall zu heilen (vgl. 2005, 61). Hingegen geht es in „sozialer Arbeit und Heilpädagogik [...] um die Mobilisierung vorhandener Kräfte, die Wiederherstellung oder Erhaltung der Handlungsfähigkeit im sozialen Umfeld sowie die Veränderung menschlicher Beziehungen (vgl. ebd.). Ein Schlaganfall führt zu vielen Störungen, worunter auch das soziale Umfeld mitbetroffen ist. In

vielen Fällen kommt es zu einer Überforderung und Situationen erscheinen ausweglos. Das Ansuchen um Unterstützungsleistungen überfordert viele und den Familienangehörigen fehlt es an Bewältigungsstrategien, sich mit der neuen Situation zurechtzufinden. Schon alleine aus dem Grund, weil den meisten Informationen fehlen. Gerade in der Zeit nach dem Schlaganfall sind viele auf die soziale Unterstützung durch ihr soziales Umfeld angewiesen. Als Betroffener gerät man dadurch leicht in eine Rolle der Abhängigkeit. Die Familie kann sowohl als positive Ressource dienen, als auch Situationen negativ beeinflussen. Hinsichtlich der beruflichen Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt sollten daher alle Beteiligten in den Prozess miteinbezogen werden. Damit ist gemeint, dass auch Familien über Unterstützungsmöglichkeiten informiert werden sollten, um aktiven Beistand leisten zu können.

Die Analyse ergab auch, dass viele Arbeitgeber mit den Beeinträchtigungen der Geschädigten nicht zurechtkommen. Diese scheinen mit der neuen Situation überfordert zu sein. Ebenso muss in diesem Zusammenhang auf die fehlende Informationsführung eingegangen werden. Kündigungen könnten verhindert werden, würden mehr Arbeitgeber über finanzielle Unterstützungsleistungen, Arbeitsplatzadaptierungen oder Arbeitsassistenz informiert sein. Einführungen in die Problematiken eines Schlaganfalls, seiner Auswirkungen und Konsequenzen könnten ebenso hilfreich für eine Weiterbeschäftigung der Betroffenen sein.

Grundsätzlich gilt es zu verhindern, dass Schlaganfallbetroffene aufgrund ihrer Einschränkungen nicht mehr die Möglichkeit haben, ihre Lehrstelle zu beenden, weil sie beispielsweise Schikanen ausgesetzt sind und für sich deshalb den Entschluss fassen, eine Lehrstelle oder einen Beruf zu beenden.

Die heilpädagogische Konzeption richtet sich ebenso wie das ICF Modell nach der ganzheitlichen Sichtweise eines Menschen – der Mensch als bio-psycho-soziale Einheit. Damit dieser Status erreicht bzw. aufrechterhalten wird, gilt es noch viele Sachen zu berücksichtigen. Anhand der Analyse wird ersichtlich, dass dies bislang eher der wünschenswerte Zustand wäre, zur Umsetzung jedoch zentrale Faktoren fehlen. So geht aus der Untersuchung klar hervor, dass die Vorgaben der österreichischen Bundesregierung kaum umgesetzt werden. Berufliche Rehabilitation ist eher die Ausnahme, als die Regel.

Die Untersuchung konnte keinen Einblick geben, wann eine berufliche Rehabilitation tatsächlich zum Tragen kommt. Da sich die Einschränkungen nach einem Schlaganfall immer unterschiedlich auf die Betroffenen und ebenso auf den Arbeitsprozess auswirken, kann durch die geringe Anzahl von Interviewpersonen kein allgemeingültiges Fazit gezogen werden. Das Thema ist meines Erachtens aber nicht zu vernachlässigen. Einen Schlaganfall kann jeder erleiden. Ebenso kann eine Hirnschädigung durch Erkrankungen oder Unfall hervorgerufen werden. Während der Ausarbeitung des theoretischen Teils dieser vorliegenden Arbeit ist mir aufgefallen, dass es nur wenige Informationen über Schlaganfallpatienten außerhalb des medizinischen Bereiches gibt. In den vorliegenden Arbeiten wurden Beziehungssysteme wie Familie und Freunde nur beiläufig angeschnitten, auch berufliche Rehabilitation und Teilhabe als zu erreichende Ziele erwähnt, wie diese zu erreichen wären jedoch ausgelassen. Die Realisierung und Umsetzung pädagogischer Vorstellungen können nicht getrennt von jenen der Politik und Gesetzgebung stattfinden.

Wünschenswert wäre es meines Erachtens, wenn sich mehrere wissenschaftliche Disziplinen mit dem Problem „Schlaganfall“ auseinandersetzen würden. Der Schlaganfall betrifft in den seltensten Fällen nur den medizinischen Bereich. Die Auswirkungen schlagen sich vor allem in den sozialen Beziehungsfeldern wie auch in der Arbeitswelt wieder. Im Sinne einer zu erreichenden Teilhabe ist es daher notwendig, dass mehr Professionen gemeinsam an der Umsetzung arbeiten - an einem Strang ziehen, um die Situation von Schlaganfallbetroffenen zu verbessern.

11 Literatur

ADAMOVIČH, Ludwig K./ FUNK, Bernd-Christian/ HOLZINGER, Gerhart/ FRANK, Stefan (2011): Österreichisches Staatsrecht. Springer-Verlag. Wien. 2., überarbeitete Auflage.

ATTESLANDER, Peter (2000): Methoden der empirischen Sozialforschung. Walter de Gruyter. Berlin, New York. 9., neu bearbeitete und erweiterte Auflage.

BAUDISCH, Winfried (2002): Zum Perspektivenwechsel in der Rehabilitationspädagogik – seine Bedeutung für Fragen der beruflichen Rehabilitation. In: Baudisch, Winfried / Bojanowski, Arnulf (Hrsg.): Berufliche Rehabilitation mit behinderten und benachteiligten Jugendlichen im Berufsbildungswerk. LIT. Münster. 15 – 25.

BAUDISCH, Winfried (2004): Zur Entwicklung der Behindertenhilfe und von Konzepten der Rehabilitation. In: Baudisch, Winfried / Schulze, Marion / Wüllenweber, Ernst (Hrsg.): Einführung in die Rehabilitationspädagogik. W. Kohlhammer Verlag. Stuttgart, Berlin, Köln. 9 – 43.

BECK, Iris (1996): Norm, Interaktion, Identität: zur theoretischen Rekonstruktion und Begründung eines pädagogischen und sozialen Reformkonzeptes. In: Beck, Iris / Düe, Willi/ Wieland, Heinz (Hrsg.): Normalisierung: Behindertenpädagogische und sozialpolitische Perspektiven eines Reformkonzeptes. Universitätsverlag C. Winter. Heidelberg. 19 – 43.

BIEKER, Rudolf (2005): Zu diesem Buch. In: Bieker, Rudolf (Hrsg.): Teilhabe am Arbeitsleben. Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung. Kohlhammer. Stuttgart. 7 – 10.

BIEKER, Rudolf (Hrsg.) (2005): Individuelle Funktionen und Potentiale der Arbeitsintegration. In: Teilhabe am Arbeitsleben. Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung. Kohlhammer. Stuttgart. 12 – 24.

BIERMANN, Hort (2005): Pädagogische Konzeptionen in der Vorbereitung auf Ausbildung und Arbeit. In: Bieker, Rudolf (Hrsg.): Teilhabe am Arbeitsleben. Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung. Kohlhammer. Stuttgart. 167 – 184.

BIERMANN, Horst (2008): Pädagogik der beruflichen Rehabilitation. Eine Einführung. Kohlhammer. Stuttgart. 1. Auflage.

BLANKENBURG, Markus / AKSU, Fuat (Hrsg.) (2010): Die Entwicklung des Denkens. In: Neuropädiatrie in Klinik und Praxis 4 / 2010. 108 – 112.

BLÄSSER, Roland (1987): Qualitative oder quantitative Sozialforschung in den Sportwissenschaften. Ein Beitrag zur Methodendiskussion. Universitätsverlag für Wissenschaft und Forschung. Wien.

BLEIDICK, Ulrich (1978): Pädagogik der Behinderten. Grundzüge einer Theorie der Erziehung behinderter Kinder und Jugendlicher. Carl Marold. Berlin-Charlottenburg. 3. vollständig neu bearbeitete und erweiterte Auflage.

BLESINGER, Berit (2005): Persönliche Assistenz am Arbeitsplatz. In: Bieker, Rudolf (Hrsg.): Teilhabe am Arbeitsleben. Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung. Kohlhammer. Stuttgart. 282 - 295.

BÖGER R. H. / SYDOW K. (2010): Arteriosklerose und Durchblutungsstörungen. In: Lemmer, Björn / Brune, Kay (Hrsg.): Pharmakotherapie. Klinische Pharmakologie. Springer Verlag. Heidelberg. 285 – 304.

BUCHKA, Maximilian (1997): Soziale und berufliche Rehabilitation für erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung in den Lebensbereichen „Wohnen“, „Arbeit“ und „Freizeit“. In: Baudisch, Winfried (Hrsg.): Brennpunkte sozialer und beruflicher Rehabilitation. Kolloquium vom 8.10. 1996 an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. Lit Verlag. Münster. 21 – 37.

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES (Hrsg.) (1993): Das Behindertenkonzept der österreichischen Bundesregierung. Wien: BMSA.

BUNDESMINISTERIUM FÜR SOZIALE SICHERHEIT, GENERATION UND KONSUMENTENSCHUTZ (Hrsg.) (2003): Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten Menschen in Österreich. Wien: BMSG.

BUNDESMINISTERIUM FÜR SOZIALE SICHERHEIT, GENERATION UND KONSUMENTENSCHUTZ (Hrsg.) (2009): Bericht der Bundesregierung über die Lage von Menschen mit Behinderungen in Österreich 2008. Online im WWW unter URL http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/2/4/2/CH2092/CMS1313493090455/behinderte_nbericht_09-03-17.pdf [10.11.2011]

BUNDESMINISTERIUM FÜR SOZIALE SICHERHEIT, GENERATION UND KONSUMENTENSCHUTZ (Hrsg.) (2010): UN-Behindertenrechts-Konvention. Erster Staatenbericht Österreich. Online im WWW unter URL http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/2/4/2/CH2092/CMS1313493090455/1__staaten_bericht_crpd_-_deutsche_fassung_%282%29.pdf [10.11.2011]

BRACKHANE, Rainer (1996): Rehabilitation im Beruf. Behinderte Menschen auf dem Arbeitsmarkt. Rosenberger Fachverlag. Leonberg. 2. überarbeitete und ergänzte Auflage.

BRADL, Christian (2011): Dienstleistungen für gesundheitliches und psychosoziales Wohlbefinden. In: Beck, Iris / Greving, Heinrich (Hrsg.): Gemeindeorientierte pädagogische Dienstleistungen. Behinderung, Bildung, Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik. Band 6. Kohlhammer Verlag. Stuttgart. 149 - 156.

BULLINGER, M. / RAVENS-SIEBERER U. (2000): Indikatoren des Rehabilitationsprozesses. . In: Koch, Uwe / Bengl, Jürgen (Hrsg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung. Springer Verlag. Berlin, Heidelberg, New York. 305 – 322.

BUNDSCHUH, Konrad / HEIMLICH, Ulrich / KRAWITZ, Rudi (Hrsg.) (2007): Wörterbuch Heilpädagogik. Julius Klinkhardt Verlag. Bad Heilbrunn. 3. Auflage.

DANNENBECK, Clemens (2007): Paradigmenwechsel Disability Studies? Für eine kulturwissenschaftliche Wende im Blick auf die Soziale Arbeit mit Menschen mit besonderen Bedürfnissen. In: Waldschmid, Anne / Schneider, Werner (Hrsg.): Disability Studies, Kulturosoziologie und Soziologie der Behinderten. Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld. Transcript Verlag. Bielefeld. 103 – 125.

DASEKING, Monika (2005): Schlaganfälle im Kindes- und Jugendalter. Die Abhängigkeit neuropsychologischer und psychosozialer Remissionsverläufe vom Erkrankungsalter und von der Lokalisation. Books on Demand GmbH. Bremen.

DASEKING, Monika / HEUBROCK, Dietmar / HETZEL, Andreas / PETERMANN, Franz (2003): Schlaganfälle bei Kindern und Jugendlichen. Epidemiologie – Ätiologie – neurologische Defizite – neuropsychologische Beeinträchtigungen. In: Der Nervenarzt 12 / 2003. 1088 – 1097.

DASEKING, Monika / PETERMANN, Franz (2011): Der Einfluss von Schlaganfällen im Kindes- und Jugendalter auf die kognitive Entwicklung. In: Zeitschrift für Neuropsychologie 2 / 2011. 97 – 107.

DEDERICH, Markus (2012): Heilpädagogik und Disability Studies als Kulturwissenschaft – Umriss eines Forschungsprogramms. In: Ratgeb, Karstin (Hrsg.): Disability Studies. Kritische Perspektive für die Arbeit am Sozialen. Springer. Wiesbaden. 91 – 104.

DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Online im WWW unter URL http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf [29.10.2008]

DIMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (2011): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Verlag Hans Huber. Bern.

DOOSE, Stefan (2007): Unterstützte Beschäftigung: Berufliche Integration auf lange Sicht. Theorie, Methodik und Nachhaltigkeit der Unterstützung von Menschen mit Lernschwierigkeiten durch Integrationsfachdienste und Werkstätten für behinderte Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Eine Verbleibs- und Verlaufsstudie. Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hrsg.). 2. Auflage. Lebenshilfe-Verlag Marburg. Marburg.

DÜE, Willi (1996): Pädagogische Netzwerkförderung – eine Erweiterung von Optionen behinderter Menschen im Übergang von der Schule ins Arbeitsleben. . In: Beck, Iris / Düe, Willi/ Wieland, Heinz (Hrsg.): Normalisierung: Behindertenpädagogische und sozialpolitische Perspektiven eines Reformkonzeptes. Universitätsverlag C. Winter. Heidelberg. 133 – 146.

EWERT, Thomas / STUCKI, Gerold (2007): Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Einsatzmöglichkeiten in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 7 / 2007. 953 – 961.

FALLER, Adolf (1999): Der Körper des Menschen. Einführung in Bau und Funktion. Georg Thieme Verlag. Stuttgart. New York: 13. komplett überarbeitete und neu gestaltete Auflage.

FASCHING, Helga / NIEHAUS, Mathilde (2004): Qualitätsdiskussionen in der beruflichen Integration. In: Feyerer, Ewald / Prammer, Wilfried (Hrsg.): Qualität und Integration. Beiträge zum 8. PraktikerInnenforum. Universitätsverlag Rudolf Trauner. Linz. Online im WWW URL <http://bidok.uibk.ac.at/library/fasching-diskussion.html> [15.03.2011]

FIRLINGER, Beate (2003): Buch der Begriffe. Sprache, Behinderung, Integration. Integration Österreich (Hrsg.). Rema Print, Wien.

FRAGILE Suisse (2007): Leben mit einer Hirnverletzung. Ein Leitfaden für Betroffene und Angehörige. Fachinformationsschrift Nr. 1. Online im WWW unter URL <http://www.fragile.ch/index.cfm?nav=1,48,5,427&SID=1&DID=1> [04.05.2012]

FRAGILE Suisse (2008): Unsichtbare Behinderung nach einer Hirnverletzung. Fachinformationsschrift Nr. 3. Online im WWW unter URL <http://www.fragile.ch/index.cfm?nav=1,48,5,427&SID=1&DID=1> [04.05.2012]

FRIEBERTSHÄUSER, Barbara (1997): Interviewtechniken – ein Überblick. In: Friebertshäuser, Barbara / Prengl, Annedore (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Juventa Verlag. Weinheim, München. 371 – 395.

FRIES, Wolfgang (2007): Rehabilitation zur Teilhabe: Eine Standortbestimmung. In: Fries, Wolfgang / Lössl, Heliane / Wagenhäuser (Hrsg.): Teilhaben! Neue Konzepte der NeuroRehabilitation – für eine erfolgreiche Rückkehr in Alltag und Beruf. Georg Thieme Verlag. Stuttgart. 1 – 6.

GAUGGEL, Siegfried (2011): Neuropsychologische Grundlagen. In: Wittchen, Hans Ulrich / Hoyer, Jürgen (Hrsg.): Klinische Psychologie & Psychotherapie. Springer Verlag. Berlin, Heidelberg. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. 259 – 287.

GERRIG, Richard J. / ZIMBARDO, Philip G. (2008): Psychologie. Pearson Education Deutschland GmbH (Hrsg.). Pearson Studium. München. 18. aktualisierte Auflage.

GEYH, Szilvia u. a. (2002): Kognitive Funktionen und Selbstbeinschätzung der Alltagskompetenz in der ambulanten neurologisch-neuropsychologischen Rehabilitation. In: Zeitschrift für Neuropsychologie 4 / 2002. 281 – 289.

GAUMANN, Walther / SASSE, Dieter (2005). Compact Lehrbuch Anatomie. Sinnessysteme, Haut, ZNS, Periphere Leistungsbahnen. Schattauer. Stuttgart, New York.

HAEBERLIN, Urs (1996): Heilpädagogik als wertgeleitete Wissenschaft. Ein propädeutisches Einführungsbuch in Grundfragen einer Pädagogik für Benachteiligte und Ausgegrenzte. Paul Haupt: Bern; Stuttgart; Wien.

HAGEN, Cornelia / SCHWARZ, Hans Peter (2009): Psychische Entwicklung bei chronischer Krankheit im Kindes- und Jugendalter. Kohlhammer Verlag. Stuttgart.

HAINES, Hartmut (2005): Teilhabe am Arbeitsleben – Sozialrechtliche Leitlinien, Leistungsträger, Förderinstrumente. In: BIEKER, Rudolf (Hrsg.): Teilhabe am Arbeitsleben. Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung. Kohlhammer. Stuttgart. 44 – 61.

HEINZ, Christoph (1995): Die ICDH in der beruflichen Rehabilitation. In: Matthesius, Rolf-Gerd / Jochheim, Kurt-Alphons / Barolin, Gerhard S. / Heinz, Christoph (Hrsg.). ICDH. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. Ullstein Mosby. Berlin, Wiesbaden. 87 – 91.

HERRMANN, Vera; VONDERNACH, Gerd; BEYER, Eileen (1996): Lebensgeschichte und berufliche Rehabilitation. Eine empirische-soziologische Untersuchung in Berufsförderungswerken. Vondernach (Hrsg.): Sozialforschung, Arbeit und Sozialpolitik. Bd. 1. Münster. 9 – 47.

HINZ, Andreas / BOBAN, Ines (2001): Integrative Berufsvorbereitung. Unterstütztes Arbeitstraining für Menschen mit Behinderung. Luchterhand Verlag. Neuwied, Berlin.

HOFER, Hansjörg (2007): Berufliche Eingliederung von Menschen mit Behinderung (Artikel). Online im WWW unter URL <http://bidok.uibk.ac.at/library/hofer-eingliederung.html> [19.05.2012]

HOLTMANN, Martin (2008): Psychiatrische Syndrome nach Hirnfunktionsstörung. In: REMSCHMIDT, Helmut/SCHMIDT, Martin (Hrsg.): Manuale psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Springer Medizin Verlag. Heidelberg. Buchreihe.

HÖRMANN, Marcus (2008): Der kindliche Schlaganfall. In: Der Radiologe 5 / 2008. 488 - 492.

HURRELMANN, Klaus (2007): Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. Juventa Verlag. Weinheim; München. 9. aktualisierte Auflage.

HÜLSHOFF, Thomas (2000): Das Gehirn. Funktionen und Funktionseinbußen. Eine Einführung für pflegende, soziale und pädagogische Berufe. Hans Huber. Huber; Bern, Göttingen; Toronto; Seattle. 2. überarb. und ergänzte Auflage.

HÜLSHOFF, Thomas (2005): Medizinische Grundlagen der Heilpädagogik. Ernst Reinhardt Verlag. München.

JOCHHEIM, Kurt-Alphons / MATTHESIUS Rolf-Gerd (1995): Die ICDH – Bedeutung und Perspektiven. In: Matthesius, Rolf-Gerd / Jochheim, Kurt-Alphons / Barolin, Gerhard S. / Heinz, Christoph (Hrsg.). ICDH. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. Ullstein Mosby. Berlin, Wiesbaden. 5 – 12.

KLINKE, Rainer / SILBERNAGL, Stefan (2001): Lehrbuch der Physiologie. Thieme Verlag. Stuttgart, New York. 3. vollständig überarbeitete Auflage.

KOBI, Emil (1993): Grundfragen der Heilpädagogik. Eine Einführung in heilpädagogisches Denken. Paul Haupt Verlag. Bern, Stuttgart, Wien. 5., bearbeitete und ergänzte Auflage.

KOCH, Uwe / BENGL, Jürgen (2000): Definition und Selbstverständnis der Rehabilitationswissenschaften. In: Koch, Uwe / Bengl, Jürgen (Hrsg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung. Springer Verlag. Berlin, Heidelberg, New York. 3 – 18.

KORSUKEWITZ, Catharina / IRLE, Hanno (2010): Medizinische Rehabilitation. Kernaufgabe der Rentenversicherung. In: Der Internist 10 / 2010. 1219 – 1230.

KRÄMER, Günter (1998): Schlaganfall: Was sie jetzt wissen sollten. Ursachen, Erscheinungsformen und Folgen; Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten; mit Ratschlägen zur Lebensführung und Betreuung. Trias. Stuttgart.

KREBS, Heinz (1996): Gesundheit – Krankheit – Behinderung. Kritische Anfragen an das gängige Normalitätskonzept. In: Zwierlein, Eduard (Hrsg.). Handbuch Integration und Ausgrenzung. Behinderte Mitmenschen in der Gesellschaft. Luchterhand Verlag. Neuwied, Kriftel, Berlin. 39 – 55.

KÜST, Jutta/KARBE, Hans (2004): Berufliche und soziale Reintegration. In: NELLES, Gereon (Hrsg.): Neurologische Rehabilitation. Georg Thieme Verlag. Stuttgart. 41 – 50.

LAMNEK, Siegfried (1995): Qualitative Sozialforschung (Bd. 2). Methoden und Techniken. Psychologie Verlas Union. München, Weinheim. 3., korrigierte Auflage.

LIDZBA, Karen (2006): Frühe Läsionen und die Plastizität des menschlichen Gehirns. In: Zeitschrift für Neuropsychologie 2 / 2006. 93 – 99.

LINDMEIER, Bettina / LINDMEIER, Christian (2002): Professionelles Handeln in der Arbeit mit geistig behinderten Erwachsenen unter der Leitidee der Selbstbestimmung. In: Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft (Zeitschrift) 4/5/ 1999. Online im WWW unter URL <http://bidok.uibk.ac.at/library/beh4-5-02-lindmeier-arbeit.html> [10.5.2012]

MAYRING, Philipp (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Belz Verlag, Weinheim, Basel. 7. Auflage.

MAYRING, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Belz Verlag. Weinheim, Basel. 11. Aktualisierte und überarbeitete Auflage.

MONTADA, Leo (1997): Behinderungen auf dem Arbeitsmarkt: In: NIEHAUS, Mathilde / MONTADA, Leo (Hrsg.): Behinderte auf dem Arbeitsmarkt. Wege aus dem Abseits. Campus Verlag. Frankfurt/Main. 3 – 17.

NEUMANN, Michael / LENSKE, Werner / WERNER, Dirk / HEKMANN, Björn (2010): Endbericht. Kosten und Nutzen der beruflichen Rehabilitation junger Menschen mit Behinderung oder funktionalen Beeinträchtigungen – eine gesamtwirtschaftliche Analyse. Institut der deutschen Wirtschaft Köln (Hrsg.). Online im WWW unter <http://www.bagbbw.de/w/files/uploads-veroeffentlichungen/bericht-2010-08-10-mit-errata-neu.pdf> [04.03.2012]

NIEHAUS, Mathilde (1997): Barrieren gegen die Beschäftigung langfristig arbeitsloser Behinderter. In: Niehaus, Mathilde / Montada, Leo (Hrsg.): Behinderte auf dem Arbeitsmarkt. Wege aus dem Abseits. Campus Verlag. Frankfurt/Main. 28 – 53.

NIEHAUS, Mathilde / BERNHARD, Dörte (2011): Dienstleistungen für Ausbildung und Beschäftigung. In: Beck, Iris / Greving, Heinrich (Hrsg.): Gemeindeorientierte pädagogische Dienstleistungen. Behinderung, Bildung, Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik. Band 6. Kohlhammer Verlag. Stuttgart. 132 – 139.

NÜCHTERN, Elisabeth / MOHRMANN, Matthias (2006): Wozu braucht evidenzbasierte Medizin die ICF, die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit? In: Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin 1 / 2006. 9 -14.

NÜRNBERG, Wolfgang / BREUEL, Katja /HAFFNER, Dieter (2010): Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 3 / 2010. 254 – 261.

OBERHOLZER, Daniel (2011): Programm-, Personal- und Organisationsentwicklung zwischen System und Lebenswelt. In: Beck, Iris / Greving, Heinrich (Hrsg.): Gemeindeorientierte pädagogische Dienstleistungen. Behinderung, Bildung, Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik. Band 6. Kohlhammer Verlag. Stuttgart. 110 – 120.

PETERMANN, Franz (2003): Psychische Belastungen im Jugendalter: IN: Schweer, Martin K. W. (Hrsg.): Psychologie und Gesellschaft 1. Das Jugendalter. Perspektiven pädagogisch-

psychologischer Forschung. Europäischer Verlag der Wissenschaften. Frankfurt am Main. 65 – 80.

PETERMANN, Franz / BAUER, Carl-Peter (2011): Indikationen und Konzepte der Kinderrehabilitation. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 4 / 2011. 482 – 488.

RENTSCH, Hans Peter (2006): Grundlagen der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF). In: Tesak, Jürgen (Hrsg.): ICF in der Rehabilitation. Die praktische Anwendung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag. Schulz-Kirchner Verlag. Idstein. 2. Auflage. 17 – 41.

SCHAFFEN, Wolfgang / KIESLINGER, Klaus Dieter (2010): Gehirn und Gedächtnis. In: Schloffer, Helga / Prang, Ellen / Frick-Salzmann, Annemarie (Hrsg.): Gedächtnistraining. Theoretische und praktische Grundlagen. Springer Medizin Verlag. Heidelberg. 19 – 26.

SCHARTMANN, Dieter (2005): Betriebliche Integration durch Integrationsfachdienste. In: Bieker, Rudolf (Hrsg.): Teilhabe am Arbeitsleben. Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung. Kohlhammer. Stuttgart. 258 - 281.

SCHÄFERS, Markus / SCHULTER, Simone / WANSING, Gudrun (2005): Mit dem persönlichen Budget arbeiten. In: Bieker, Rudolf (Hrsg.): Teilhabe am Arbeitsleben. Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung. Kohlhammer. Stuttgart. 81 - 97.

SCHILLER, Burkhard (1996): Norm, Interaktion, Identität: zur theoretischen Rekonstruktion und Begründung eines pädagogischen und sozialen Reformkonzeptes. In: Beck, Iris / Düe, Willi/ Wieland, Heinz (Hrsg.): Normalisierung: Behindertenpädagogische und sozialpolitische Perspektiven eines Reformkonzeptes. Universitätsverlag C. Winter. Heidelberg. 75 – 95.

SCHRAMME, Thomas (2003): Behinderung – Absolute oder relative Einschränkung des Wohlergehens? Ethik in der Medizin 3 / 2003. 180 - 190.

SCHUBERT, Franz / LALOUSCHEK, Wolfgang (2011): Schlaganfall. In: Lehrner, Johann et al. (Hrsg.): Klinische Neurologie. Grundlagen – Diagnostik – Rehabilitation. Springer Verlag. Wien, New York. 2. Auflage. 345 – 357.

SCHUNTERMANN, Michael F. (1999): Behinderung und Rehabilitation: Die Konzepte der WHO und des deutschen Sozialrechts. In: Die neue Sonderschule. Zeitschrift für Theorie und Praxis der pädagogischen Rehabilitation. 342-363.

SCHUNTERMANN, Michael F. (2007): Einführung in die ICF. Grundkurs, Übungen, offene Fragen. Ecomed Medizin. Landsberg/Lech. 2. Überarbeitete Auflage.

SEIFERT, Karl Heinz (1977): Handbuch der Berufspsychologie. Verlag für Psychologie. Göttingen. Toronto. Zürich.

SELTINGER, Margret et al. (2009): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). In: Gesprächsforschung (Onlinezeitschrift) 10 / 2009. 353 – 402. Online im WWW unter URL: <http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2009/px-gat2.pdf> [13.05.2012]

SIEBERT, Kathrin (2011): Berufliche Rehabilitation in Österreich. In: Lehrner, Johann et al. (Hrsg.): Klinische Neuropsychologie. Grundlagen-Diagnostik-Rehabilitation. Springer Verlag. Wien. 2. Auflage. 691 – 701.

SLESINA, Wolfgang (2007): Zur Bedeutung rehabilitativer Maßnahmen für die Prävention. In: Prävention und Gesundheitsförderung (Zeitschrift) 1 / 2007. 46 – 51.

SOZIALGESETZBUCH (SGB) Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (Artikel 1 des Gesetzes v. 19.06.2001, BGBl. I S: 1046). Zuletzt geändert durch Art. 13 Abs. 26 G v. 12.4.2012 I 579. Online im WWW unter URL: http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_9/gesamt.pdf [06.06.2012]

SPECK, Otto (2003): System Heilpädagogik. Eine ökologische reflexive Grundlegung. Ernst Reinhardt Verlag. München, Basel. 5., neu bearbeitete Auflage.

SPECK, Otto (2008): Hirnforschung und Erziehung. Eine pädagogische Auseinandersetzung mit neurobiologischen Erkenntnissen. Ernst Reinhardt. München.

SPERL, Wolfgang et al. (2011): Rehabilitation für Kinder und Jugendliche in Österreich. Stand der Dinge und ein Blick über die Grenzen. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 7 / 2011. 618 – 626.

STADLER, Hans (1993): Menschenwürde und Behinderung. In: Zwierlein, Eduard (Hrsg.). Handbuch Integration und Ausgrenzung. Behinderte Mitmenschen in der Gesellschaft. Luchterhand Verlag. Neuwied, Kriftel, Berlin. 166 – 174.

STEINLIN, Maja (2008): Kindlicher ischämischer Schlaganfall. Wann daran denken? Was unternehmen? In: Monatsschrift Kinderheilkunde 12 / 2008. 1223 – 1232.

THEUNISSEN, Georg (2002): Inclusion – Partizipation – Empowerment. Leitbegriffe für eine Praxis des Miteinanders. Online im WWW unter URL www.assista.org/files/georg_theunissen.pdf [23.07.2010]

THEUNISSEN, Georg / GARLIPP, Birgit (1999): Kompetente Eltern. Vergessen in der Professionalität der Behindertenarbeit? In: Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft (Zeitschrift) 4/5/ 1999. Online im WWW unter URL <http://bidok.uibk.ac.at/library/beh4-99-vergessen.html> [10.05.2012]

TERHART, Ewald (1997): Entwicklung und Situation des qualitativen Forschungsansatzes in der Erziehungswissenschaft. In: FRIEBERTSHÄUSER, Barbara / PRENGL, Annedore (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Juventa Verlag. Weinheim, München. 27 – 42.

TITTEL, Kurt (2003): Beschreibende und funktionelle Anatomie des Menschen. Urban und Fischer Verlag. München, Jena. 14. überarbeitete und erweiterte Auflage.

WALDSCHMIDT, Anne (2012): Selbstbestimmung als Konstruktion. Alltagstheorien behinderter Frauen und Männer. Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden. 2. korrigierte Auflage.

WANSING, Gudrun (2005): Teilhabe an der Gesellschaft. Menschen mit Behinderung zwischen Inklusion und Exklusion. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

WEIS, J. (2000): Interventionsmethoden in der Rehabilitation. In: Koch, Uwe / Bengl, Jürgen (Hrsg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung. Springer Verlag. Berlin, Heidelberg, New York. 121 – 138.

WÜLLENWEBER, Ernst (2004): Menschen mit geistiger Behinderung und der Wandel der Auffassungen. In: Baudisch, Winfried / Schulze, Marion / Wüllenweber, Ernst. Einführung in die Rehabilitationspädagogik. W. Kohlhammer Verlag. Stuttgart, Berlin, Köln. 48 - 75.

ZIEMEN, Kerstin (2003): Anerkennung – Selbstbestimmung – Gleichstellung. Auf dem Weg zu Integration/Inklusion. Online im WWW unter URL <http://bidok.uibk.ac.at/library/ziemengleichstellung.html> [14.04.2006]

ZWIERLEIN, Eduard (1997): Leben ohne Arbeit – Eine Alternative?!. In: Niehaus, Mathilde / Montada, Leo (Hrsg.): Behinderte auf dem Arbeitsmarkt. Wege aus dem Abseits. Campus Verlag. Frankfurt/Main. 18 – 27.

Internetrecherche

Homepage der Österreichischen Schlaganfallgesellschaft Online im WWW unter URL: <http://www.oegsf.at/aerzte/index.php?page=zahlen-und-fakten-2> [27.06.2012]

12 Anhang

12.1 Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AMS	Arbeitsmarktservice
AUVA	Allgemeine Unfallversicherung
BAG	Berufsausbildungsgesetz
BBG	Bundesbehindertengesetz
Beinst.G	Behinderteneinstellungsgesetz
BL	Bundesländer
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMSA	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMSG	Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generation und Konsumentenschutz
BMSAK	Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generation und Konsumentenschutz
ca.	zirka
d.h.	das heißt
ebd.	ebenda
et al.	et altera (und andere)
bzw.	beziehungsweise
f	folgende
ff	und die folgenden
ggf.	gegebenenfalls
HV	Hauptverband
ICD	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICF-CY	International Classification of Functioning, Disability and Health. Children & Youth
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps

IFD	Integrationsfachdienste
ILO	Internationale Arbeitsorganisation
KV	Krankenversicherung
ÖGSF	Österreichische Schlaganfall-Gesellschaft
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
SGB	Sozialgesetzbuch
SV	Sozialversicherung
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organisation
z.B.	zum Beispiel
zit.	zitiert
ZNS	Zentralnervensystem

12.2 Interview 1

- 1 I: Wie alt bist du?
2 FRAU A: Siebzehn.
3 I: Jetzt bist du siebzehn. Wo bist du geboren und aufgewachsen?
4 FRAU A: <In (O)>, also geboren bin ich in (O) und in <(O) bin ich aufgewachsen>.
5 I: Bist du in einer Beziehung?
6 FRAU A: Ja schon, ich hab schon einen Freund.
7 I: Ok. Wohnst du derzeit alleine in einer Wohnung oder noch bei deiner Familie?
8 FRAU A: Nein, ich wohne immer noch bei meinen Eltern.
9 I: Ah ok, also noch bei deinen Eltern im Elternhaus. (1) Was ist deine höchste
10 abgeschlossene Schulbildung (2), oder hast du eine Lehre gemacht?
11 FRAU A: Poly (2) habe ich gemacht und eine Lehre habe ich angefangen, aber im
12 zweiten Jahr (?war nur?) Berufsschule //.
13 I: Ok. Hast du die Lehre dann im zweiten Jahr abgebrochen?
14 FRAU A: Abgebrochen.
15 I: Welche Lehre hast du gemacht?
16 FRAU A: Tischlerin.
17 I: >Tischlerin<. Ich kann mir vorstellen, dass das ein interessanter Beruf ist.
18 FRAU A: <Mhm>.
19 I: Und welchem Beruf, beziehungsweise welcher Tätigkeit gehst du jetzt nach? (2)
20 Oder, oder gehst du wieder in die Schule?
21 FRAU A: <Nein>, <eigentlich nicht>.
22 I: Ok, also du machst derzeit gar nichts?
23 FRAU A: Nein, <nein>.
24 I: Hast Du eigentlich einen Behindertenausweis?
25 FRAU A: Nein, habe ich nicht. >Weil so einen habe ich mir nicht machen lassen,
26 weil sonst kriege ich Schwierigkeiten beim Führerschein. Weil ich habe gerade mit
27 meinem Führerschein angefangen und ein paar Kilometer bräuchte ich noch und dann
28 die Prüfung und dann hätte ich meinen Führerschein<.
29 I: <Hmm, ok>. Also aus Angst, du bekommst den Führerschein nicht, hast du dir
30 keinen Behindertenausweis machen lassen.
31 FRAU A: Ja genau, deswegen hab ich ihn nicht machen lassen.
32 I: Hast du schon mal darüber nachgedacht, dass dir der auch helfen könnte?
33 FRAU A: Hmmm ((denkt nach)), weiß nicht.
34 I: Hast du dir schon überlegt, was du weiterhin beruflich machen möchtest?
35 FRAU A: Ich würd schon gerne wieder meine Lehre weitermachen.
36 I: Ok, also hast du die Lehre äh (1), hast du die Lehre auf Grund deines Schlaganfalls
37 abbrechen müssen?
38 FRAU A: Ja, also ich habe, habe die Lehre nicht abgebrochen, sondern wegen dem
39 Schlaganfall.

40 I: Also, also bist du noch im Krankenstand?
41 FRAU A: Ja, aber ich bin nach wie vor in der Firma gemeldet.
42 I: Ok.
43 FRAU A: Weil die lassen mich nicht im Stich und die besuchen mich auch voll oft,
44 die Chefleute.
45 I: Ok.
46 FRAU A: Und so, und letztens haben sie eine Firmenfeier gehabt und da haben sie
47 mich eingeladen und ja die wollen, dass ich unbedingt weiterarbeite und sie haben
48 gesagt, wenn es auch zwei Jahre dauert, dann warten sie auch zwei Jahre auf mich.
49 I: Mhm, das hört sich gut an.
50 FRAU A: <Weil (1) mit einer Hand, das bringt nicht viel. Ich muss erst schauen, was
51 mit der Hand wird, und weil (1) das erst halt war muss man schauen, was noch daraus
52 wird.
53 I: Mhm, ok. Und wann hattest du deinen Schlaganfall?
54 FRAU A: Am 23. Dezember voriges Jahr.
55 I: Also 2011? Das ist doch noch gar nicht so lange her. Das ist eigentlich erst vor
56 kurzer Zeit passiert.
57 FRAU A: Mhm, ja.
58 I: Was für eine Art von Schlaganfall hattest du, wenn ich fragen darf?
59 FRAU A: Ja, sie haben gesagt, dass es ganz ein Schwieriger war. Aneurysma? Nein
60 (2), (...). I: Also ein Aneurysma hast Du gehabt?
61 FRAU A: Nein (2), ich weiß nicht, aber ganz einen schweren. Die haben drei Wochen
62 lang nicht einmal gewusst, ob ich überhaupt überlebe. Die haben meine Schädeldecke
63 aufmachen müssen weil das Gehirn so angeschwollen ist. Die haben geglaubt es geht
64 auch so, aber am 25. Dezember (...).
65 I: Mhm.
66 FRAU A: (...) und durch das hat die ganze Rehabilitation relativ lang gedauert, weil,
67 weil, die Schädeldecke ist abgegangen und man braucht dafür einen gewissen
68 Gegendruck.
69 I: Mhm.
70 FRAU A: Und eigentlich am 21. Februar habe ich die wieder reinbekommen und
71 dann hab ich anständig Fortschritte gemacht.
72 I: Also hat es ca. zwei Monate gedauert, bist du mit den Rehabilitationsmaßnahmen
73 beginnen konntest.
74 FRAU A: Aber ich bin halt auch so lange im Tiefschlaf gelegen, praktisch (1) drei
75 Wochen und dann hat alles so lange gedauert. Essen habe ich nicht mehr können und
76 Trinken auch nicht, (1) es ist immer alles rausgeronnen, hm ((schmunzelt ein wenig)).
77 I: Mhm.
78 FRAU A: Ich habe auch einmal so lange Haare gehabt, wie sie!
79 I: Aha. <Naja>, aber die wachsen doch wieder.
80 FRAU A: Jetzt hab ich halt kurze Haare.
81 I: Ich find die steht dir, also die Frisur finde ich fesch ((Lacht)).

82 FRAU A: Ja aber jetzt gefallen mir die kurzen Haare eh mehr, jetzt habe ich mich
83 schon daran gewöhnt. (2)
84 I: Das ist gut so.
85 FRAU A: Aber durch das, dass alles so lange gedauert hat (2), aber ich bin immer
86 noch angemeldet, weil die Chefleute haben mich noch nicht abgemeldet. Die warten
87 noch auf mich und haben mich noch nicht abgemeldet. Die warten so lange es halt
88 dauert.
89 I: Also bis du wieder aus dem Krankenstand zurückkommst.
90 FRAU A: Genau.
91 I: Darf ich dich fragen, in welcher Situation der Schlaganfall aufgetreten ist?
92 FRAU A: Ja ((fängt an zu lachen)). Ich war gerade mit meinem Freund, also ich war
93 gerade in der Berufsschule und mein Freund hat mich gerade abgeholt, weil ich gehe
94 (...), hat er mich abgeholt. >Dann sind wir einkaufen gegangen auf die (Landstraße)
95 und dann haben wir noch eine Freundin besucht. Die arbeitet in einer Apotheke und
96 dann waren wir noch beim Eybl einkaufen und sind auf die (Landstraße) und wollten
97 wir gerade zum Auto gehen. Auf einmal hab ich einen Stich im Kopf gehabt und
98 dann ist mir auf einmal schwindlig geworden und alles und mein Freund hat mich
99 gefragt was ich habe und auf einmal habe ich nicht mehr reden können. Ich hab ihm
100 nicht mehr sagen können was ich habe. Ich habe irgendeine so Blockade drinnen
101 gehabt<.
102 I: Aha, also er war derjenige, der die Hilfe geholt hat.
103 FRAU A: Mhm. Ja genau, (1) genau.
104 I: Ok. Dann wurdest du sehr schnell medizinisch versorgt, oder?
105 FRAU A: Ja, die ist schnell gegangen, weil in ein paar Minuten war ich bei den
106 Brüdern und die haben mich dann versorgt.
107 I: Also bei den Barmherzigen Brüdern wurdest Du versorgt?
108 FRAU A: Ja genau.
109 I: Welche Störungen hast du auf Grund deines Schlaganfalls erlitten? Also, also am
110 Anfang hattest du Schwierigkeiten beim Essen und Trinken hast du erzählt, (1) aber
111 hattest du sonst noch irgendwelche Probleme?
112 FRAU A: >Das was mir mehr weh tut ist, dass mein Arm< ((zeigt auf den Arm)) (4)
113 <so irgendwie, so ist>. Also mein linker Fuß, der ist am Anfang auch überhaupt nicht
114 gegangen und ja.
115 I: Mhm.
116 FRAU A: Ja, aber der geht schon ein wenig, jetzt kann ich auch schon gehen. Ohne
117 Stecken und ja (1) und <meine Hand die geht fast gar nicht>.
118 I: Mhm, ok ich verstehe. Hast Du wegen deinem Arm eine Diagnose von den Ärzten
119 bekommen?
120 FRAU A: Ja, aber es legt sich keiner so recht fest und so, aber er wird immer ein
121 bisserl besser. Das merkt man schon, aber es sind halt immer nur kleine Schritte.
122 I: Mhm.
123 FRAU A: Naja, es ist halt so. Ich tu mich in der Früh immer strecken und dann streck
124 ich eben meine Finger auch irgendwie aus.

125 I: Also unbewusst funktioniert die Motorik.
126 FRAU A: Aber eine Faust kann ich zum Beispiel schon machen ((zeigt mir ihre
127 Hand)).
128 I: Aha, ok.
129 FRAU A: Die gehen halt dann leider ((schauen beide auf die Hand)) nicht mehr
130 weiter auf, das ist das Problem.
131 I: Machst du spezielle Übungen, (1) beziehungsweise wurden dir Übungen
132 gezeigt?
133 FRAU A: Ja, eh.
134 I: Hast du das Gefühl, dass sie dir helfen?
135 FRAU A: Also (1), ja. Die sind schon ein bisschen besser geworden.
136 I: Bist du gleich, also nach der Akutphase beziehungsweise nachdem sie dir die
137 Schädeldecke wieder eingesetzt haben, auf die Reha gegangen?
138 FRAU A: Nein, ich war gleich nach der Intensiv eine Woche auf da, auf der Stroke,
139 wo eh der Herr Dr. Y ist und dann war ich dort eine Woche und dann bin ich auf die
140 (...) und dort ist eh die Rehasation ungefähr und da haben sie dann eh gleich
141 angefangen mit mir. Ich hab am Anfang nicht einmal grad sitzen können im Bett, ich
142 bin immer wieder umgefallen. Und dann haben mich immer zwei Leute halten
143 müssen damit ich nicht gleich umfalle und dann war ich eh hier ein bisschen und wie
144 lange war ich denn da? ((schaut nach oben und überlegt)) (3,5). Dann war ich da bis
145 zum 6. März. Also 2 Monate, dann war ich 2 Monate auf der Rehasation und dann
146 war ich 6 Wochen im (...).
147 I: Mhm.
148 FRAU A: Und dann muss ich jetzt wieder anfangen, auf der Gebietskrankenkasse in
149 da (O) fang ich wieder eine ambulante Rehabilitation an, mit zwei Tagen in der
150 Woche.
151 I: Mhm. Also machst du jetzt anschließend eine ambulante Rehabilitation?
152 FRAU A: Das ist eh für 4 Wochen.
153 I: Ok.
154 FRAU A: Und dann eh wieder //. Das steht eh schon fest.
155 I: Also wurde deine weiterführende Rehabilitation schon vom Krankenhaus
156 festgelegt?
157 FRAU A: Naja (1). Das haben wir auf jeden Fall ansuchen müssen, weil für (V.)
158 haben wir auch ansuchen müssen und das ist uns halt auch bewilligt worden und dann
159 haben wir gleich, also haben wir gleich nach der Reha für die nächste Rehabilitation
160 ansuchen müssen.
161 I: Und wo hast du für die Bewilligung ansuchen müssen, auf der Krankenkasse?
162 FRAU A: Ahm, ja vom Hausarzt und der schickt das dann weg an die Krankenkassa.
163 I: Ok. Bist du von selber drauf gekommen das du dich dort anmelden musst? Oder ist
164 dir die Information schon hier von einem Arzt gegeben worden? Oder ist dir das erst
165 während der Rehabilitation mitgeteilt worden?
166 FRAU A: Nein, das muss ich sagen. In der Reha in (V.) haben sie mir dort schon
167 gesagt, dass ich zum Hausarzt gehen muss und mich dort anmelden muss, aber in der

168 (O), das haben wir uns selber suchen müssen, weil in der Reha in (V.) haben sie uns
169 vier Din-A4 Zettel gegeben, hinten und vorne bedruckt mit Therapeuten, die natürlich
170 alle zum Zahlen sind. Alle ohne Kassenvertrag. Vier sind mit Kassenvertrag
171 draufgestanden, aber die waren ausgebucht. Da hat keiner gesagt, dass ich auf die
172 Gebietskrankenkasse eigentlich auch hin gehen kann.

173 I: Mhm.

174 FRAU A: Auf das bin ich dann eigentlich gekommen, durch die Sozialhilfe in (O)
175 haben. Die haben gesagt frag dort einmal nach.

176 I: Mhm.

177 FRAU A: Da habe ich dann nachgefragt. Hab gleich einen Arzttermin bekommen,
178 also so einen Arzt haben wir noch nie gehabt. Der sich eingehender mit mir befasst.
179 Und ich hab eigentlich fünf Tage bewilligt bekommen (...). Da habe ich zwei Tage
180 gemacht und wenn ich dann wieder auf Reha gehe (1) das ist auch nichts, dass ich
181 dann so ausgelaugt bin. Jetzt hab ich zwei Tage in der Woche. Da hab ich auch so ein
182 Programm mit Massagen, das tut mir ganz wohl. Überhaupt weil ich da so eine
183 Nervenentzündung gehabt habe auf der Fußsohle ((zeigt mir die Stelle)). Da will ich
184 nicht, dass mir wer angreift, weil das sticht so viel wenn mich da wer angreift. Da
185 haben sie auch gesagt, da machen sie etwas mit mir, dass das besser wird.

186 I: Mhm.

187 FRAU A: Da muss ich sagen, von der Ding her, muss man sich schon alles selber
188 erkämpfen. Das ist schon hart, oft. Eigentlich ist es traurig aber wahr. Das was man
189 braucht ist nicht da. Und für das anderes verschleudern wir alles Geld.

190 I: Es ist wichtig zu wissen ob irgendwo Verbesserungen erforderlich sind. Hast du
191 das Gefühl, dass dir die Therapie in der Reha geholfen hat?

192 FRAU A: Ja, schon. Mich hat am Anfang alles so viel Überwindung gekostet, ich war
193 einfach so müde und so. Da brauchst du schon eine Therapie die was dich ein
194 bisschen aufputschen. Und dich ermutigen, dass du was machst.

195 I: Welche Therapien hast du da bekommen?

196 FRAU A: Ergo für die Hand ((denkt nach)). Psychologie weil ich hab so eine
197 Gesichtsfeldeinschränkung auch gehabt. Wenn ich was lesen hab müssen, hab ich auf
198 der linken Seite gleich alles ausgelassen, das hab ich gar nicht gesehen ((lacht)).

199 I: Mhm. Hast du mit dem Sprechen auch Probleme gehabt?

200 FRAU A: Nein, ich habe nicht so viel geredet, weil das Intubieren im Hals hat mir so
201 wehgetan. Mich haben sie zweimal intubiert, weil ich es zuerst nicht geschafft habe.
202 Zweimal intubieren ist schon hart. Ich hab zuerst nicht reden können weil mir das so
203 wehgetan hat. Da haben sie gemeint, ich bin geistig auch nicht ganz da. Die haben sie
204 mir dann eine Freundin geholt die mit mir geredet hat, und auf einmal habe ich dann
205 auch zu reden begonnen.

206 I: Also du hast ein bisschen Motivation von außen gebraucht?

207 FRAU A: Ja genau. Ich wollte immer reden, habe es aber nicht rausgebracht. Und ich
208 hab immer schon viel geredet ((lacht)).

209 I: Würdest du sagen, dass du jetzt ruhiger geworden bist? Also nach dem
210 Schlaganfall.

211 FRAU A: Ich war früher ziemlich überdreht, muss ich zugeben, aber das hab ich jetzt
212 überhaupt nicht mehr. Wenn ich heimgekommen bin, dann bin ich immer schnell wo
213 hingefahren. Dann hab ich mich auf das Moped gesetzt und bin noch schnell zur
214 Freundin gefahren.
215 I: Also hast du einen Moped Führerschein gehabt?
216 FRAU A: Ja! ((lacht)) Ich war gerne unterwegs.
217 I: Hat sich das jetzt nach dem Schlaganfall geändert?
218 FRAU A: Nein, ich wollt am Anfang überhaupt nicht mehr raus. Da hat immer eine
219 Freundin zu mir gesagt ich soll halt. Mir hat das Fortgehen früher immer gefallen.
220 >Und sie hat immer gesagt, geh doch mal unter die Leute, dann wirst schon sehen wie
221 es dir gefällt<. >Und ich hab mich immer so gefürchtet<, dass mich <alle blöd
222 anschauen>. Weil ich ja trotzdem ein bisschen einen Gangfehler hab. Das fällt ja
223 Jedem auf.
224 I: Ok. Also haben dich deine Freundinnen ermutigt raus zu gehen?
225 FRAU A: Ja schon, weil, weil ohne die hätt ich mich nicht getraut. Das hat schon, hat
226 schon gut getan.
227 I: Das du so eine Freundin hast?
228 FRAU A: <Ja, schon>.
229 I: Wie bist du selbst mit deiner Beeinträchtigung umgegangen? Hat es dich sehr
230 eingeschränkt, hast du extreme Probleme gehabt?
231 FRAU A: (1) Also am Anfang, wie ich im Krankenhaus gelegen bin und sie mir
232 gesagt haben, dass ich hab einen Schlaganfall gehabt. >Hab ich mich überhaupt nicht
233 ausgekannt<. >Ich hab zwar gewusst, dass mein Opa hat mal einen gehabt hat<. Das
234 hab ich gewusst, der kann nicht gehen und kann seine Hand nicht rühren. Da hab ich
235 mir gedacht, das gibt's ja nicht, das ist eine Krankheit was alte Leute haben. Ehrlich
236 gesagt ist mein Erinnerungsvermögen fast gar nicht mehr da, muss ich zugeben. Am
237 Anfang bin ich nur dagelegen und hab mich gefühlt als ob ich einen Rausch hätte, als
238 ich munter geworden bin. Ich weiß nicht, ich hab mich überhaupt nicht gespürt, gar
239 nix. Und dann (2) hab ich immer viel geweint. Ich dachte mir, das gibt es ja nicht,
240 dass das so schwer ist, dass man da wieder geht. Ich habe mich ziemlich eingeeigelt,
241 weil da so ein Ding reingegangen ist ((zeigt darauf)) und weil mir der Knochen da
242 gefehlt hat. Also die ersten zwei Monate haben mich nur meine Eltern besuchen
243 dürfen, weil ich mich geschämt habe.
244 I: Hat dich dein Freund auch nicht besuchen dürfen?
245 FRAU A: Doch der ist auch immer gekommen.
246 I: Das ist natürlich auch wichtig. In welcher Form konnte dich deine Familie
247 unterstützen?
248 FRAU A: Also meine Mama sehr. Die war immer da. Die Mama hat mir wirklich am
249 meisten Kraft von allen gegeben ((weint)). Sie hat immer zu mir gesagt, das wird
250 schon, und ich hab immer zu allen gesagt lasst mich alle in Ruhe! Aber trotzdem sie
251 haben mich immer wieder aufgebaut und gesagt, das wird schon wieder. Ich muss nur
252 trainieren! Und das habe ich jetzt auch gemacht.
253 I: Da hatten sie vollkommen Recht, nur nicht aufgeben!

254 FRAU A: Ja eben. Ich hab von meiner Mama so eine Art Adventskalender
255 bekommen. So für jede Woche ein Sackerl, mit irgendeinem Spruch oder Bildchen,
256 so als Motivation. So dass ich weiß, dass sie alle für mich da sind.
257 I: Das hat dir sicher sehr geholfen?
258 FRAU A: <Ja schon>.
259 I: Mhm. (2,0) Würdest du sagen, dass deine Beeinträchtigung eine Behinderung ist?
260 FRAU A: Ja, ich denke mir schon irgendwie (1) das ist eine Behinderung aber ich
261 denk mir selber gar nicht, dass es eine Behinderung ist. Ich mach mich dann noch
262 mehr fertig. Ich rede mir ein, dass es wieder wird, und dass es nur etwas Vorläufiges
263 ist.
264 I: Wie geht deine Familie mit deiner „Behinderung“ um? Oder Freunde, Bekannte?
265 FRAU A: Also die sehen es alle ein, und die sagen da alle gar nichts dazu. Es sagt
266 jeder, es wird wieder und es ist nicht so das jeder darauf aufpasst und sagt, ich darf
267 nicht zu viel tun. Aber so geht schon jeder gut damit um. Und auch mein Freund
268 mittlerweile schon. Weil der hat es am Anfang so viel Angst gehabt, wenn ich alleine
269 wo gegangen bin. Und jetzt lässt er mich auch schon und sagt auch schon nichts mehr
270 ((lacht)).
271 I: Also dein Freund hat sich schon daran gewöhnt, dass du wieder für dich
272 entscheidest?
273 FRAU A: Ja.
274 I: Wo stören dich deine Beeinträchtigungen am meisten, gibt es da irgendwelche
275 Unterschiede. Bei Hobbies und so, oder im alltäglichen Leben?
276 FRAU A: Ja, Staub saugen geht schon ein bisschen, ich kann es noch nicht so schön
277 wie normal aber ich probiere es immer.
278 I: Also es geht auf Grund deiner Hand nicht mehr so gut?
279 FRAU A: Ja, so dass ich mich gescheit halte, weil rückwärts kann ich noch nicht
280 gescheit gehen. Früher bin ich halt gerne einkaufen und shoppen gegangen aber, da
281 ist halt das Problem wegen dem langen stehen und schauen.
282 I: Mhm.
283 FRAU A: Ja das wird hart in den Füßen. Ich brauche da einfach wen beim
284 Anprobieren, und das wird sehr mühselig dann.
285 I: Ok. Hast du sonst auch noch irgendwelche Hobbys? Was du jetzt?
286 FRAU A: <Nein eigentlich nicht>. Außer daheim was ich mache, ist Hometrainer
287 fahren. Früher bin ich mit dem Rad gern ein Stück gefahren oder so. Aber daheim
288 setz ich mich auf den Hometrainer rauf.
289 I: Das ist gut für den Bewegungsablauf und die Muskulatur.
290 FRAU A: Ja eh. Oder was ich auch viel tu ist spazieren gehen. Ich geh zwar nicht
291 weit, aber ich besuch immer meinen Opa. Weil ich geh immer gern ein Stück. Sonst
292 hab ich eigentlich kein Hobby dem ich nachgehe.
293 I: Mhm.
294 FRAU A: Das Einzige, das ich wieder mal probieren möchte, ist reiten.
295 I: Also du bist vorher reiten gegangen?

296 FRAU A: <Ja>. Ich denke mir, wenn ich reiten gehe, dann lerne ich besser das
297 Gleichgewicht halten.
298 I: Wann möchtest du wieder arbeiten gehen?
299 FRAU A: Da müssen wir noch abwarten.
300 I: Mhm. Hast du dir überlegt deinen Arbeitsplatz zu wechseln?
301 FRAU A: Naja, das hab ich mir schon überlegt. Ich wüsste aber ehrlich gesagt nicht,
302 was ich machen soll. Im Büro, das halt ich nicht aus da werde ich deppert. Das ist
303 nichts für mich. Weil ich bin ein Mensch der eine Arbeit braucht und was sich
304 bewegen muss.
305 I: Mhm. (1) Also auf jeden Fall etwas mit Bewegung?
306 FRAU A: Ja genau. Drum hat mir das Handwerkliche gefallen.
307 I: Hast du schon einmal etwas von der Arbeitsassistenten gehört?
308 FRAU A: Ist das das BBRZ?
309 I: Ja genau, das BBRZ.
310 FRAU A: Da habe ich einen Folder bekommen.
311 I: Das ist eine Unterstützungsmaßnahme, die dir beim Wiedereinstieg helfen könnte.
312 FRAU A: Mhm. Ok.
313 I: Wie viele Wochenstunden hast du vorher gearbeitet?
314 FRAU A: 40 Stunden in der Woche.
315 I: Und möchtest du dann wieder voll einsteigen?
316 FRAU A: Ja, ich möchte es zuerst einmal klein probieren. Und dann schon wieder
317 voll.
318 I: Mhm. Also du willst nicht längere Zeit zuhause bleiben?
319 FRAU A: Na, mag ich nicht. Ich denk mir einfach, zum Beispiel jetzt hat die Mama
320 eben Pflegeurlaub, aber wenn die dann auch wieder Arbeiten geht dann fällt mir
321 allein die Decke am Schädel.
322 I: Sollte sich die Situation nicht bessern, was könntest du dir vorstellen zu arbeiten?
323 FRAU A: >Die Chefin steigert sich voll da rein<. Aber Tischlerberuf werde ich dann
324 nicht mehr ausüben können. <Ich meine>, du kannst ja kein schweres Kasterl mit
325 einer Hand tragen. Das geht ja nicht.
326 I: Auch alleine die Maschinen zu bedienen stell ich mir schwer vor.
327 FRAU A: Genau. Also die Chefin würde voll hinter mir stehen. Sie besucht mich
328 auch voll oft.
329 I: Also falls du den Beruf Tischler nicht mehr ausüben könntest, würdest du gerne
330 einen Beruf machen, indem du körperlich gefordert wirst?
331 FRAU A: Mhm.
332 I: Welche Unterstützung hättest du dir nach dem Schlaganfall gewünscht? Wenn ja,
333 welche?
334 FRAU A: Eigentlich nicht, weil wir haben eine Psychologin da auf der Intensiv, die
335 mich gut betreut hat. Die hat sogar meinen Freund geholfen richtig damit umzugehen.
336 Die Ärzte sind sowieso Betucht. Außer einer, der hat mir das gleich vorgeführt wie
337 ein Schlaganfallpatient geht. Also wie das aussieht, jetzt. Er hat gesagt, dass ist eine
338 typische Schlaganfallpatientin. Und das ich den Fuß halt nachziehen werde. Ich hab

339 ihn aber eh fast nie nachgezogen. Da war ich dann schon erschüttert, wo das war
340 dann. Aber so muss ich sagen, war die Betreuung gut hier.

341 I: Mhm. Also in der Reha und allgemein, war die Betreuung gut. Hat dich die
342 Krankenkasse in irgendeiner Form unterstützt?

343 FRAU A: Nein, da hab ich alles selber erkämpfen müssen, da klärt dich keiner auf.
344 Meine Mama ist in unserer Gemeinde zur Sozialarbeiterin gegangen. Von der haben
345 wir die Formulare, weil die gesagt hat wir sollen um Pflegegeld ansuchen. Und die
346 hat uns schon recht unterstützt. Ich finde zum Beispiel, dass die von hier nicht gleich
347 sagen, auf>der Gebietskrankenkasse könnt ihr euch auch informieren<.

348 I: Mhm.

349 FRAU A: Ich meine, wenn jemand nicht solche Eltern hat wie ich, wie soll sich ein
350 Lehrling 80 € Stundenkosten leisten? Und man hat mich immer hinfahren müssen,
351 weil es sind nur ein paar mit Hausbesuchen und so. Ich habe auf der (Stroke) sogar
352 einen Gentest gemacht, aber immer wenn wir da Nachfragen, bekommen wir keine
353 Antwort. Es heißt immer na die Auswertung dauert eine Weile, und jetzt wo wir
354 wieder hier waren sagen sie na sie wissen noch nichts und so. Also da hat mir auch
355 keiner Auskunft gegeben.

356 I: Also da würdest du dir Verbesserungen wünschen?

357 FRAU A: Ja, weil irgendwann wird es schon mühselig. Wenn man immer allem
358 nachrennen muss.

359 I: Das ist natürlich auch mehr Zeitaufwand.

360 FRAU A: Ja genau.

361 I: Wenn du die Ambulanz machst, bringen dich deine Eltern hin oder fährst du mit
362 den Öffentlichen, oder gibt es einen Abholdienst?

363 FRAU A: Ja genau, da gibt es einen Abholdienst. Weil mit den Öffis muss ich schon
364 einen Kilometer zu Fuß gehen. Das ist noch zu viel für mich.

365 I: Das ist am Land ohne Fahrzeug natürlich schwierig. Willst du den Führerschein
366 danach fertigmachen?

367 FRAU A: Ich will ihn so bald wie es geht fertig machen. Mein Taufpate ist ein
368 Autohändler, der hat gesagt, wenn er mal ein Automatikauto da hat dann lasst er mich
369 mal eins probieren. Mit der Kupplung, das geht bei mir nicht gescheit, weil mein
370 linker Fuß immer runterfällt. Und ich spüre es nicht wenn ich gescheit draufsteig oder
371 so. <Das ist halt ein bisschen blöd>.

372 I: Mhm. Gibt es etwas was du dir als jugendlicher Schlaganfallpatient wünschen
373 würdest? Bezüglich Hilfe?

374 FRAU A: Also dass du mehr aufgeklärt wirst, wo du überall hingehen kannst, und
375 <so überhaupt> wie es dann später mal weiter gehen kann. So wie mit der
376 Arbeitsassistentin, das hab ich zum Beispiel nicht gewusst. Also ich denke wenn nicht
377 jeder so eine Mutter hat wie ich, die sich so viel umschauf und so. Es gibt ja wirklich
378 Leute die haben keinen, die sind ganz alleine. So ein altes Mutterl, die kann sich ja
379 nicht helfen die kann nicht zu den ganzen Ämtern hingehen. Und meine Mama schaut
380 sich überall um und <alles>.

381 I: Also die älteren Leute können sich nicht selbst helfen meinst du.

382 FRAU A: Ja, dann bist du abgestorben, dann bist du <egal>.
383 I: Siehst du das so?
384 FRAU A: Nein eh nicht, ich sag es nur so. Aber zum Beispiel wo ich das letzte Mal
385 hier war haben sie mir nur eine Hälfte meiner Haare wegrasiert und als ich dann beim
386 Friseur war, haben mich auch alle ganz blöd angeschaut. Da hat mich eine die ganze
387 Zeit angestarrt. Das war so extrem.
388 I: Warum denkst du hat sie dich angestarrt?
389 FRAU A: Ich weiß es nicht, wahrscheinlich wegen meiner Beeinträchtigung. Oder
390 weil ich immer einen Stecken mit habe.
391 I: Ist dir das sonst auch in der Bevölkerung aufgefallen?
392 FRAU A: Ja schon. Doch sie haben schon geschaut, das ist mir aufgefallen. Die
393 drehen sich sogar noch um. Das ärgert mich wirklich. Darum fürchte ich mich auch
394 wenn ich mal fort gehe und so. Dass mich halt jeder blöd anschaut. Da denke ich mir,
395 seid froh, dass ihr so etwas nicht habt. Seid froh, dass ihr gesund seid.
396 I: So etwas sagst du ihnen am besten.
397 FRAU A: Genau! ((lacht)). Oder zum Beispiel mein Chef hat mir erzählt. Er hat auch
398 einmal, er hat keinen Schlaganfall gehabt, aber er hat halt auch irgend so eine
399 Krankheit gehabt. Der hat auch nicht mehr gescheit gehen können. Und ihn hat auch
400 immer jeder blöd angeschaut. Er hat gesagt, mit dem musst du einfach leben das dich
401 jeder anschaut.
402 I: Mhm. Also dein Chef hat auch schon damit Erfahrung gemacht. Kennt sich also ein
403 wenig aus mit deiner Situation.
404 FRAU A: Genau.
405 I: Das ist schon von Vorteil wenn der weiß, um was es da wirklich geht.
406 FRAU A: Ja, es ist schon mit dem Besuchen alleine, sie haben eigentlich immer
407 angerufen wie es mir geht. Als ich auf der Intensiv war, da haben sie nachgefragt wie
408 es mir geht. Mein Vizechef hat fast geweint als er mich wieder gesehen hat. Die
409 haben sich dann eh alle wieder gefreut. Ich war schon sehr integriert in der Firma.
410 I: Dann hast du wirklich Glück gehabt mit deinen Chefleuten. Gibt es sonst noch
411 etwas was du noch nicht erzählt hast und du noch erzählen möchtest?
412 FRAU A: Nein, eigentlich nicht.
413 I: Dann sag ich recht herzlichen Dank für das Gespräch und dass du dir die Zeit
414 genommen hast.
415 FRAU A: Hab ich gern gemacht.

12.3 Interview 2

- 1 I: Wie alt bist du?
2 FRAU B: Einundzwanzig.
3 I: Einundzwanzig. Wo bist du geboren beziehungsweise aufgewachsen?
4 FRAU B: In Innsbruck, also immer in Innsbruck gewesen, in (O). In (O) besser
5 gesagt, wenn man es ganz genau nehmen. ((lacht))
6 I: In (O). Derzeitiger Familienstand?
7 FRAU B: Ledig. Also nur an Freund, noch nicht verheiratet und noch keine Kinder.
8 I: Also in einer Beziehung?
9 FRAU B: Ja. ((lacht))
10 I: Wohnst du derzeit alleine oder bei der Familie?
11 FRAU B: Ich wohn mit meiner Mama in einer vier Zimmer Wohnung und einem
12 Hasen. Der sein eigenes Zimmer hat, muss man noch dazu sagen. ((lacht))
13 I: Warum, weil er riecht?
14 FRAU B: Na, weil wir vier Zimmer haben und wir sind nur zu zweit das heißt zwei
15 Zimmer fallen schon einmal weg, dann ist eines übrig zum Wohnzimmer dann noch
16 dazu und da ist der Hase halt drin. Genau neben mir ((lacht)).
17 I: OK, alles klar. Nicht schlecht.
18 FRAU B: Der hat's fein.
19 I: Was ist deine höchste abgeschlossene Schulbildung?
20 FRAU B: Abgeschlossene Fotografenlehre.
21 I: Fotografenlehre.
22 Frau B: Mhm
23 I: Was machst du derzeit? Gehst du einem Beruf nach?
24 FRAU B: Ich bin momentan Arbeitslos und ich hätte mich bei S. in W. beworben als
25 Chemielaborantin, also so für eine Lehre, eine Neue. Mich tät Chemie total
26 interessieren.
27 I: Mhm.
28 FRAU B: Weil ich hab mir gedacht, ich muss jetzt irgendetwas anderes machen,
29 Fotograph krieg ich nix. Hab jetzt in Deutschland, überall, sogar in der Schweiz und
30 überall hab ich mich beworben, kein Mensch nimmt einen Fotographen mehr. Das ist
31 ein aussterbender Beruf, haben sie sogar in der Schule gesagt. Ja, und jetzt häng ich
32 halt in der Luft, jetzt hab ich gesagt, jetzt muss ich etwas anderes machen. Entweder
33 Matura nachholen oder noch eine Lehre, dann hab ich mir gedacht (1) nehme ich
34 lieber die Lehre, dann werde ich nicht ins kalte Wasser geworfen wenn ich den Beruf
35 dann ausüben will, sozusagen. Studieren ist halt doch nicht wirklich etwas wo ich sag
36 ich bin da stark drin, hab da doch eher eine Schwäche mit dem lernen und so. Und
37 jetzt im Juni bekomm ich einen Brief ob sie mich genommen haben oder nicht. Und
38 ich hoff halt dass sie mich nehmen.

39 I: Es scheint dir sehr wichtig zu sein einer Arbeit nachzugehen, wenn du dich so
40 bemühst.

41 FRAU B: Ja sicher, ich kann doch nicht nur auf der faulen Haut liegen, das geht doch
42 nicht. Und ich mein, ich will mir ja auch was leisten können und so. Also in meinem
43 Alter sollte man, sollte man schon berufstätig sein, meinst nicht?

44 I: Ja schon. Mir ist halt nur aufgefallen, dass du dich sehr darum bemühst einer
45 geregelten Beschäftigung nachzugehen.

46 FRAU B: Ich mein, alle in meiner Familie arbeiten. Ich hab es nicht anders gelernt.
47 Du musst schon was machen. Alleine daheim, das gefällt mir nicht.

48 I: Hast du einen Behindertenausweis?

49 FRAU B: Die Mama hat schon mal geredet ob ich einen machen soll, weil in der
50 Arbeit dazumal und überall haben sie mich schon ein bisschen schikaniert mit dem.
51 Und die haben einfach nicht kapiert, was Schlaganfall ist, ist mir vorgekommen.
52 Auch bei der Arbeiterkammer haben wir geredet. Die haben mir gesagt warum ich
53 mir keinen Behindertenausweis machen lass. Bei mir sieht man es nicht und mit dem
54 könnte ich vorweisen das ich was hab. Ich soll nicht so blöd tun, auf Deutsch gesagt.
55 Ob ich es jetzt machen soll? ich weiß es nicht. Ich bin ein gesunder Mensch. Warum
56 sollte ich es ausnutzen? Das ist das, mit dem kämpf ich noch ein bisserl.

57 I: Also hast du keinen Behindertenausweis?

58 FRAU B: Nein, noch nicht. Ich weiß noch nicht ob ich einen machen soll, weil ich
59 bin ein ganz ein normaler Mensch mit halt ein paar Defiziten, was andere Leute auch
60 haben. Makel sozusagen.

61 Und deswegen gleich einen Behindertenausweiskriegern ist auch blöd. Toll ist es,
62 wenn man ein Auto hat (lacht), aber das muss man ja nicht unbedingt ausnutzen.

63 I: Wie alt warst du, als du deinen Schlaganfall gehabt hast?

64 FRAU B: Im März hab ich Geburtstag, dann war ich Siebzehn, in ein paar Monaten
65 war ich achtzehn. Also siebzehn.

66 I: Also in deinem achtzehnten Lebensjahr. Welche Art von Schlaganfall hast du
67 gehabt?

68 FRAU B: Einen Mediainfarkt rechts.

69 I: Kannst du das näher beschreiben?

70 FRAU B: Ähm, das ist bei der Stirn vorne. Stirn Schläfe, da ist da eine Ader drinnen
71 eine dickere.

72 Ich weiß jetzt nicht genau, wie dick die ist. Sie ist halt schon ein bisschen größer,
73 glaube ich. Und da hab ich einen Thrombus gehabt. Der hat die Ader verschlossen Da
74 hab ich einen Krampf anscheinend in der Vene drin gehabt. So irgendwie, ich weiß es
75 selber nicht ganz genau und durch das hab ich dann den Schlaganfall gehabt. Da sind
76 sie mir über die Leiste rein und haben mir den mit der Angiographie weggepustet und
77 dann ist es wieder gegangen und die Ader ist aber dann mit der Zeit zugegangen, die
78 gibt es nicht mehr bei mir. Deswegen muss ich auch immer wieder Untersuchungen
79 machen, ob die Ader noch offen ist oder nicht.

80 I: Mhm, das heißt das könnte wieder auftreten?

81 FRAU B: Das mit dem Schlaganfall, oder?

82 I: Nein, das mit der Ader.
83 FRAU B: Es kann sein, dass sie wieder aufgeht, ein bisschen, das sie gerade wieder
84 da ist. Aber wenn man mit einem Ultraschallgerät rauffährt ist es schwarz. Da ist
85 keine Durchblutung, da vorne, sozusagen weil die Region ein bisschen abgestorben
86 ist.
87 I: Mhm.
88 FRAU B: Und sie haben eh schon gesagt, es ist eigentlich, Sachen sind teilweise
89 abgestorben die ich jetzt gar nicht mehr machen könnte, zum Beispiel ein paar
90 Bewegungen, aber die haben sich jetzt ganz wo anders wieder aufgebaut, neu. Wo sie
91 gesagt haben das ist total faszinierend.
92 I: Also das Gehirn hat sich regeneriert?
93 FRAU B: Ja, bei den oberen Schichten, was ich weiß, mit der Bewegung, ein paar
94 Sachen. Da ist ein bisschen aber auch kaputt geworden. Nicht viel aber ein bisschen
95 macht halt auch das Kraut fett. Aber man sieht es nicht, weil ich doch mit der
96 Therapie es gut herumbekommen habe und wo anders wieder aufgebaut habe.
97 I: Wann ist der Schlaganfall bei dir genau aufgetreten?
98 FRAU B: Am dritten Oktober 2008.
99 I: 2008.
100 FRAU B: Um 12:30 oder 12:40 wird es gewesen sein, die Nacht.
101 I: Die Nacht. In welcher Situation hast du dich zu diesem Zeitpunkt befunden? Hast
102 du geschlafen?
103 FRAU B: Jetzt muss ich grad nachdenken. Also es war um 23:40. 20 vor zwölf, halb
104 bis drei viertel zwölf. Ich habe gerade mit meinem Ex-Freund Sex gehabt (lacht).
105 I: Mit dem Ex-Freund?
106 FRAU B: Ja (lacht)
107 I: Ok.
108 FRAU B: Mit dem war ich damals zusammen. Das war mein erster Partner muss ich
109 auch sagen. Und auch mein erster Sexualpartner (lacht). Mit dem war ich nicht
110 einmal ein Jahr zusammen und dann ist das gewesen. Am 29. Februar bin ich mit ihm
111 zusammengelassen. Und der hat halt alles live miterlebt.
112 I: Hast du etwas gemerkt als der Schlaganfall aufgetreten ist?
113 FRAU B: Ich kann mich nicht mehr ganz genau erinnern. Ich weiß nur mehr, dass ich
114 oben gewesen bin, kann ich ja offen sagen. Dann ist auf einmal mein linker Arm
115 zusammengeknickt. Habe mir nichts dabei gedacht. was soll man sich dabei denken?
116 Und er hat zu mir immer gesagt was schaust du mich denn so komisch an? Da
117 bekomme ich Angst! Hat er zu mir gesagt. Dann habe ich richtig spinnert reagiert und
118 dann bin ich runtergegangen, sozusagen Position getauscht, dann habe ich Kopfweh
119 bekommen und ich ihn runter geworfen von mir und er hat noch ein Bett nebenan und
120 dann bin ich aufgestanden und wollte aufgehen, und dann bin ich umgefallen, ins Bett
121 rein gefallen. Und total herumweinen angefangen, das mir der Kopf so weh tut. Und
122 auf einmal habe ich nichts mehr bewegen können. Und habe zucken angefangen laut
123 seinen Aussagen. Ob es ein Epileptischer Anfall ist weiß keiner, können wir nicht
124 sagen. Das ist damals glaube ich untergegangen bei den Untersuchungen, oder so. Er

125 hat gesagt, ich habe voll gezuckt und hat mich auf die Matratze halt runter gedrückt.
126 Dann hat er seine Mama geholt, er hat mich dazwischen schon angezogen auch
127 (lacht),hat seine Mama geholt, die hat dann meine Mama angerufen. Gott sei Dank
128 war sie noch wach. Sie hat dann gesagt, die wird doch nicht einen Schlaganfall haben,
129 weil sie die Symptome geschildert hat, die Frau B ist so schwach hat geweint und hat
130 Kopfweh und ist so schwach.
131 I: Also sie haben zuerst die Mama angerufen bevor sie die Rettung verständigt haben?
132 FRAU B: Genau. Zuerst die Mama angerufen, was sie tun sollen.
133 I: Darf ich fragen, wie deine Mutter drauf gekommen ist das du einen Schlaganfall
134 haben könntest?
135 FRAU B: Sie hat die Altenschule gemacht und hat mit alten Leuten viel zu tun. Und
136 alte Leute haben logischerweise viele Schlaganfälle.
137 I: Mhm.
138 FRAU B: Das ist natürlich ein Symptom, das was sie kennt. Deswegen hat sie
139 gemeint, sie wird das wohl nicht haben? Und sag das ja dazu, wenn du die Rettung
140 anrufst. Dann haben wir sie angerufen und haben gesagt, Verdacht auf Schlaganfall.
141 Dann haben sie natürlich alles mitgebracht. Die Mama ist derweil in die Klinik
142 vorgefahren und hat den Doktor F. und den Doktor W. zusammengetrommelt. Die hat
143 sie natürlich nicht gekannt aber Sie hat gesagt, da kommt jetzt dann ein Mädchen mit
144 Verdacht auf Schlaganfall. Sie sollen alle Ärzte zusammenholen. Dann sind sie auch
145 schon alle dagestanden und haben gewartet bis der Rettungswagen kommt. Also das
146 war ganz schnell bei mir.
147 I: Also deine Mutter hat alles schon in die Wege geleitet?
148 FRAU B: Ja. Sie arbeitet in einem Altersheim und wenn sie das nicht kann dann (...).
149 I: Also die Erste Hilfe hat sehr schnell funktioniert. Haben die Ärzte die Diagnose
150 sehr schnell gestellt, oder hat es noch mehrere Untersuchungen gegeben?
151 FRAU B: Nein, ich glaube das haben sie schon schnell mitbekommen, weil ich gleich
152 in den Angioraum reingekommen bin. Ich weiß es zeitlich nicht genau, weil ich
153 immer wieder weggekippt bin. Ich war eigentlich immer bei Bewusstsein. Nur ein
154 paarmal bin ich weggekippt. Wahrscheinlich wegen den Medikamenten, die sie mir
155 gegeben haben, dass ich ruhig bleibe.
156 I: Vom Zeitpunkt vom Schlaganfall bis zur Einlieferung, hast du da etwas
157 mitbekommen? Dass dein Freund telefoniert hat und so weiter?
158 FRAU B: Das habe ich alles mitbekommen. Ja! Komplette alles mitbekommen. Ich
159 habe geweint und immer gesagt, ich will nicht in die Klinik, sie sollen ja nicht die
160 Klinik anrufen. Ich muss am Montag unbedingt arbeiten, da ist ein wichtiger Termin.
161 Auf irgendeinen Termin hab ich da gewartet. Ich hab gejammert, ich will nicht in die
162 Klinik. Ich habe mir nur gedacht ich habe einen Migräne Anfall oder so.
163 I: Mhm.
164 FRAU B: Es hat schon sehr wehgetan, aber ich habe auch noch nie Migräne gehabt
165 und gedacht es wird schon das sein.
166 I: Also hat die Medizinische Versorgung relativ schnell funktioniert?
167 FRAU B: Ja, das hat alles gut gepasst.

168 I: Haben sich unmittelbar nach dem Schlaganfall Störungen bemerkbar gemacht?
169 FRAU B: Also ich bin linksseitig gelähmt gewesen, weil ich es rechts gehabt habe.
170 Dann habe ich den Fuß nach oben gedreht, komplett die Spitze komplett nach oben
171 gedreht ((zeigt es vor)). Die Hand habe ich auch gedreht und habe mit den Augen
172 nach oben geschielt. Also ich habe überall auch hingezigt wo ich es gehabt habe.
173 Das macht man anscheinend wenn man einen Schlaganfall hat. Ich weiß es nicht. Ich
174 habe auf jeden Fall meinen Fuß komplett nach oben gebogen als ob ich einen
175 Klumpfuß hätte. Mit der Hand habe ich so hinauf gezeigt. Die hat keiner mehr
176 runterbekommen. Ich hab immer so rauf gezeigt. Und mit den Augen habe ich rauf
177 gezeigt. Total unheimlich eigentlich, wenn man sich das so vorstellt. Ich habe immer
178 hinauf geschielt, deswegen weis ich oft nicht was passiert ist weil ich immer hinauf
179 geschielt habe und meine Augen nicht hinunter bekommen habe.
180 I: Beide Augen nicht?
181 FRAU B: Beide, mhm. Und ja, mit dem Medikament ist es dann wieder
182 weggegangen, sodass ich wieder normal schauen habe können. Ich habe zwar immer
183 wieder herunterschauen können aber ich habe trotzdem immer wieder das Bedürfnis
184 gehabt, immer wieder hinauf schauen zu müssen. Das ist glaube ich so ein Instinkt
185 wenn man das hat. Ich weiß es nicht genau.
186 I: Haben das die Ärzte gesagt?
187 FRAU B: Das hat mir die Mama erzählt. Und ich hab es auch gelernt. Ich bin ja
188 HBLA gegangen. Zwei Jahre, da habe ich Soziales gehabt. Dort habe ich es auch
189 gelernt, dass das auftreten kann. Das da hinauf schielst und so. Und dass genau da hin
190 zeigst wo du das hast. Also ich glaube nicht, dass wenn es jetzt am Hinterkopf hast,
191 das dann die Augen verrollst. Du schielst halt irgendwo in der Gegend herum.
192 I: Wie lange hat es gedauert bis sich der Zustand gebessert hat?
193 FRAU B: Um etwa dreiviertel zwölf habe ich es gehabt. War (1) um zehn nach zwölf,
194 zwölf in der Klinik, da war die Erstversorgung und alles und um halb drei bin ich auf
195 der Intensivstation wieder zu Bewusstsein gekommen. Da habe ich dann auch
196 erbrochen, das weiß ich noch. Weil da war es in der Früh, weil da kein Mensch da
197 war.
198 I: Also warst du alleine im Zimmer?
199 FRAU B: Nein, ich bin mitten drin irgendwo gestanden. Ich kann mich nicht mehr
200 genau erinnern. Ich sehe alles so verschwommen vor mir. (2) Und da habe ich schon
201 normal schauen können. Da habe ich sogar noch gelacht, weil ich keine Schüssel
202 gefunden habe zum Erbrechen. Ich habe mir auf die Hand erbrochen und habe es ins
203 Bett geklatscht und weitergeschlafen.
204 I: Ok.
205 FRAU B: Ich hab es auch noch lustig gefunden. Wahrscheinlich habe ich einen
206 Aufheller bekommen, nehme ich jetzt mal an. Ich hab es lustig gefunden. Dann haben
207 sie auch zum ersten Mal reden angefangen mit mir. Ob ich weiß, was ich gehabt
208 habe? Ich sagte nein.
209 I: Also unmittelbar nach drei, vier Stunden?

210 FRAU B: Ja, es wird so zwei bis drei in der Früh gewesen sein. Ich weiß es nicht
211 genau.
212 I: Mhm.
213 FRAU B: Ich weiß auch nicht, ob die davor mit mir geredet haben, oder ob ich
214 danach erbrochen habe oder wie auch immer, das kann ich nicht mehr koordinieren.
215 Dann haben sie gesagt, du hast einen Schlaganfall gehabt. Das haben ja nur Alte,
216 habe ich dann genuschelt, weil mir alles runtergehängt ist.
217 I: Ja.
218 FRAU B: Die Schwester hat voll gelacht.
219 I: Wie lange warst du im Krankenhaus?
220 FRAU B: Ähm, vom dritten Oktober bis Anfang Dezember, ich glaube das war der
221 zweite Dezember und dann bin ich nach (O) gekommen.
222 I: Also gleich in die Rehabilitation.
223 FRAU B: Ja, genau, bis zum einundzwanzigsten oder zweiundzwanzigsten
224 Dezember.
225 I: Nur drei Wochen?
226 FRAU B: Ja, den ganzen Dezember fast. (2) Ich weiß gar nicht genau. Eigentlich war
227 ich sechs Wochen in H. Da hab ich mich ein bisschen vertan. (2) Ende November bin
228 ich nach H gekommen. Ich war also sechs Wochen in H. Und davor die restliche Zeit
229 war ich in der Klinik in (O).
230 I: Also zwei Monate Intensivstation und dann Reha?
231 FRAU B: Genau.
232 I: Ok. Haben sich deine Funktionsstörungen während der Rehabilitation schon
233 gebessert gehabt? Oder hast du da immer noch eine Hemiparese gehabt?
234 FRAU B: Ich muss sagen, ich habe schon nach einer Woche wieder gehen können.
235 Da bin ich alle fünf Minuten aufs Klo gelaufen, weil ich so eine Freude gehabt habe.
236 Und sie haben gesagt ich soll mich nicht so viel bewegen, weil wenn man so lange
237 nicht gehen kann, und man den Fuß so nach schleift. Das ist halt nicht gut. Aber ich
238 bin trotzdem gegangen. Wenn ich aufs Klo muss, muss ich aufs Klo. Deswegen bin
239 ich alle fünf Minuten hinausgelaufen. Und die Hand (...), ich bin auf der
240 Intensivstation gelegen, um zwei in der Früh habe ich das erste Mal meine Finger
241 wieder bewegen können. Und meinen Fuß meine Zehen.
242 I: Mhm.
243 FRAU B: Da bin ich dagelegen im Bett, habe bei der linken Hand einen Polster
244 darunter gehabt. Dass er, glaube ich, nicht einschläft oder so. (0.5) Habe ich die
245 andere Hand daneben hingelegt und mit dem Zeigefinger von meiner rechten Hand
246 immer auf und ab gewippt. Dann habe ich es versucht nachzumachen. Das ist ja auch
247 ein Phänomen, dass was es ja gibt. Das Nachmachen. So lernt man es ja schneller.
248 Dann habe ich die Finger schon so ((zeigt vor)) bewegen können. Nicht so richtig
249 extrem aber ich habe sie schon bewegen können. Die ganze Nacht bin ich drin
250 gelegen und habe geübt bis in der Früh, wo die Mama wieder gekommen ist. Dann
251 habe ich es ihr gleich gezeigt, dass das wieder geht. Und den Fuß habe ich so ((zeigt
252 vor)) wieder heben können.

253 I: Ah, super.
254 FRAU B: Ganz leicht, ja. Da haben sie auch schon gesagt. Mah, das das so schnell
255 gegangen ist.
256 I: Mhm.
257 FRAU B: Ein paar Stunden danach. Ich weiß nicht, ob das irgendwo aufgezeichnet
258 wurde. Ich glaube nicht. Aber es müsste unmittelbar danach gewesen sein. (2) Die
259 Angiographie, muss ich noch dazu sagen, haben sie davor noch nie bei
260 irgendjemandem gemacht, was ich mitbekommen habe. Ich war einer von den ersten,
261 bei denen sie es versucht haben. Bei Schlaganfall. Durch die Leiste und durch die
262 Venen hinauf, um das zu lösen. Das muss ich auch noch dazusagen, das haben sie
263 anscheinend davor noch nicht so wirklich gemacht.
264 I: Haben sie gesagt warum?
265 FRAU B: Ich war ein Experiment. ((zeigt Stolz)) Sie haben zur Mama gesagt, ob sie
266 es versuchen sollen? Weil sie würden es gerne machen. Weil die Chancen bei mir gut
267 stehen, dass es funktionieren würde. Dann hat die Mama eingewilligt.
268 I: Man sollte nichts unversucht lassen. Vielleicht hat das geholfen.
269 Frau B: Sie sind mir da hineingefahren. Sind da herumgefahren und haben das
270 aufgespritzt mit so einer Lösung.
271 I: Mhm. Würdest du sagen, die Rehabilitation in H hat dir geholfen?
272 FRAU B: ((lacht)) Die sind mir auf die Nerven gegangen.
273 I: Warum?
274 FRAU B: Weil sie wollten, dass ich alles mit Links mache. Dass ich koche mit links,
275 dass ich meinen Saft hebe mit links, dass ich vielleicht sogar noch schreiben anfang
276 mit links. Sie wollten, dass ich alles mit links mache. Richtig ekelhaft waren die. Ich
277 meine, es ist gut, dass sie ekelhaft sind, weil sonst würde ich es eh nicht machen. Ich
278 habe mir gedacht für was brauche ich das? Weißt eh, so Spiele spielen. Das geht,
279 wenn ich so Perlen irgendwo drauf stecken muss, das geht mit links. Oder Ball
280 schießen. Aber nicht Sachen, die ich alltäglich normalerweise mit Rechts mache weil
281 ich Rechtshänder bin. Dass ich dann umstellen muss auf links. Das ist das, das was
282 mich ein bisschen aufgeregt hat.
283 I: Mhm. Das müssen die wohl so machen, das hat schon seinen Sinn, meinst nicht?
284 Haben sie dir nicht erklärt, warum du das mit links machen sollst?
285 FRAU B: Ja, weil es eine gute Übung ist und ja. Ich finde es halt doof, weil ich
286 mache es sowieso mit rechts. Ob ich es jetzt nur für den einen Tag damit links mache,
287 bringt sich ja wieder nichts.
288 I: Also sie haben alles auf die linke Hand spezialisiert?
289 FRAU B: Genau, ja. Extrem auf die Linke. Aber ich muss sagen, ich habe es mir
290 selber ganz gut (...). Ich finde, ich habe wieder eine total gute Feinmotorik. Es passt
291 ganz gut. Ich muss halt selber ein bisschen mit dem spielen. Und dass es mich
292 sowieso selber interessiert hat, was ich da gehabt habe. Habe ich mit mir selber so
293 Sachen gemacht für die Feinmotorik. Ich tu immer mit links schrauben und wenn es
294 nicht geht, wechsle ich auf rechts. Oder wenn ich die Mutter rauf schraube.
295 I: Also nach wie vor machst du das für dich privat?

296 FRAU B: Ja. Also manchmal, da verwende ich nur die Linke. Mehr Kraft habe ich
297 Links, weil ich meine Stärke mit dem Krampfen kombiniere. Wenn ich eine Flasche
298 nicht auf bekomme, mache ich es mit Links.
299 I: Das heißt, du hast immer noch Krämpfe?
300 FRAU B: Ja, du musst nur beobachten, ich tu immer so mit den Mittleren Fingern so
301 nach innen ziehen. So wie jetzt gerade. Also ganz locker kann ich nicht bleiben. Also
302 auch beim Gehen, der Mittel und Ringfinger zieht immer so herein ((zeigt es vor)).
303 Also das ist dir nach wie vor geblieben.
304 FRAU B: Ja, es stört nicht. Was nach wie vor noch ist, dass ich mit meinem kleinen
305 Zeh irrsinnig krampfe. Den wuzel ich immer unter die anderen hinein. Aber nur den
306 kleinen Zeh. Ich weiß nicht, der mag nicht.
307 I: Ok.
308 FRAU B: Es ist schon besser geworden. Er stört jetzt nicht. So wie früher. Jetzt hab
309 ich, glaube ich auch schon Hornhaut, zehn Meter da vorne bekommen. Also es passt
310 glaube ich.
311 I: Auf dem Zeh?
312 FRAU B: Ja, da auf der Seite. Das hat am Anfang immer recht wehgetan, weil es
313 wund geworden ist.
314 I: Durch die Reibung wahrscheinlich?
315 FRAU B: Ja, genau.
316 I: Nochmals zur Rehabilitation. Würdest du sagen, dass dir die Therapie geholfen
317 hat?
318 FRAU B: In manchen Sachen ist es gut gegangen. Da hab ich richtig gesehen, dass
319 ich es gebraucht habe. In manchen Sachen, war es für die Fische. Also gerade mit
320 Ballschiessen oder Sachen werfen, oder schwere Sachen aufheben und so.
321 I: Welche Therapien hast du gehabt?
322 FRAU B: Ergo, also so mit der Hand. Sprechen habe ich auch ein bisschen gehabt.
323 I: Logopädie.
324 FRAU B: Logopädie, ja. Dann haben sie oben so ein eigenes Gerät wo du gehen tust
325 und laufen musst. Da schauen sie genau wie du gehst. Ich gehe sowieso schon falsch,
326 von Natur aus. Ich bin auf Zehenspitzen sozusagen. Ich tu so, eher vorne mein
327 Gleichgewicht halten. Deswegen wenn ich so laufe, dann laufe ich mehr auf
328 Zehenspitzen anstatt ich alles abrolle. Das habe ich schon immer falsch gehabt. Das
329 habe ich mir nicht umgewöhnt. Weil ich das schon immer so gemacht habe. Deshalb
330 bin ich auch so schnell wahrscheinlich.
331 I: Auf Zehenspitzen bist du so schnell?
332 FRAU B: Ich bin ja als kleines Kind auch nur auf Zehenspitzen gegangen, die längste
333 Zeit.
334 I: Also musst du deinen Gehablauf noch bewusst steuern?
335 FRAU B: Normalerweise tut es mir überhaupt nichts. Es sei denn ich werde müde,
336 richtig müde. Wir sind immer noch am Weg, ich und mein Freund. Dann fange ich
337 humpeln an.
338 I: Wann trifft das zu? Beim Einkaufen oder beim Wandern?

339 FRAU B: Nein, beim Ausgehen. Wenn ich länger mit Stöckelschuhen am Weg bin.
340 Eher mehr am Abend. Also wenn ich müde werde. Oder wenn ich einen Rausch habe,
341 dann kann es mal sein, dass ich die Linke Seite im Gesicht vergesse. Dann fange ich
342 schief werden an. Das habe ich früher ganz extrem gehabt, im ersten Jahr. Jetzt
343 mittlerweile, eh nicht mehr so extrem. Aber wenn man es weiß, dann sieht man es.
344 Dann fange ich ein bisschen schief reden an ((zeigt es vor)).
345 I: Hast du auch dazu Übungen bekommen?
346 FRAU B: Ich meine nicht so jetzt, ich meine von der Form her. Ich habe
347 Auswölbungen die ich davor nie gehabt habe. Ich weiß nicht warum ich die auf
348 einmal habe. Oder dieses Auge ist auch ein bisschen weiter unten als wie das andere
349 ((zeigt darauf)). Das sind Sachen die mir selber auffallen. Ich kann mich nie von
350 vorne Fotografieren. Da bekomme ich die Krise.
351 I: Wie bist du in den Monaten nach dem Schlaganfall mit deinen Beeinträchtigungen
352 zurechtgekommen?
353 FRAU B: Also ich bin Weihnachten heimgekommen. Da hat alles gepasst, habe mit
354 den Freunden gefeiert und so. Meine Freundinnen sind mehr die Zicken geworden in
355 der Zeit. Weil jeder hat über den Schlaganfall mit mir geredet. Und sie waren immer
356 dabei und haben gesagt, sie mit ihrem Schlaganfall geht uns auch auf die Nerven. Das
357 ist ja nichts. Solche Sachen halt. Da habe ich meine Freundinnen total verloren. Mit
358 denen bin ich immer noch nicht mehr befreundet, weil sie immer sagen, du tust ja
359 immer so wegen dem Schlaganfall. Und das ist das einzige Gesprächsthema was du
360 hast. Einen Kollegen habe ich noch. Mit dem war ich auch immer am Weg mit den
361 Zwei Mädels. Der versteht die Situation vollkommen. Also mit dem kann ich über
362 alles reden. Das ist mein absolut bester Freund.
363 I: Also dieser Freund ist der einzige, was übrig geblieben ist von deinen Freunden?
364 FRAU B: Sozusagen, von meiner ganz engen Freundschaft (...) Ich habe schon
365 mehrere Freunde gehabt die das auch mitbekommen haben, die sind mir natürlich
366 schon geblieben. Aber mit den zwei Mädels bin ich fast jeden Tag am Weg gewesen.
367 Also es gab kaum Tage wo ich nicht mit denen beisammen war. Die haben mich halt
368 voll gekickt. Weil sie hat auch nur mehr (0.5) immer das Thema Schlaganfall.
369 I: Also weniger wegen deiner Beeinträchtigung, sondern weil sie mit der Situation
370 nicht zurecht gekommen sind?
371 FRAU B: Ja, ich meine es ist alles anders. Es hat sie alles genervt an mir.
372 I: Also, dass du im Mittelpunkt gestanden bist?
373 FRAU B: Ja, genau. Ich muss sagen, ich bin nicht gerade der, der gerne im
374 Mittelpunkt steht. Wenn jemand ein Geburtstagslied für mich singt, dann werde ich
375 knallrot und würde mich am liebsten unterm Tisch verkriechen. Dann (...), ich hätte
376 eigentlich länger in Krankenstand gehen können. Ein halbes Jahr wäre mir sogar
377 zugestanden danach, einfach als Rehabilitation. Dann hat mein Chef so blöd getan.
378 Weil ich war im zweiten Lehrjahr von dreieinhalb. Er hat so blöd getan, dass ich im
379 Jänner nach Silvester schon wieder Arbeiten gegangen bin. Das heißt, ich war zwei
380 drei Wochen daheim und dann bin ich wieder Arbeiten gegangen. Er hat einfach so
381 getan, als ob nie etwas gewesen wäre. Natürlich war ich eingeschränkt bei manchen

382 Sachen. Ich habe einfach aufpassen müssen auf meinen Kopf, das ich keinen Schlag
383 drauf bekomme oder so. Es sind einfach mehrere Sachen gewesen die er nicht kapiert
384 hat. Er hat einfach ganz normal getan mit mir. Er hat mich die Stiegen hinaufgejagt
385 wenn oben jemand hineingekommen ist. Da sind zwei Stiegen gewesen nach oben.
386 I: Zwei Stockwerke?
387 FRAU B: Genau. Ich bin immer die Stiegen hinaufgeflogen wie eine Wahnsinnige.
388 Weil ich natürlich den Fuß vergessen habe. Da hat er mich noch blöd angemotzt:
389 Kannst du nicht normal rauf laufen? Und so Sachen, hat er angefangen, ich bin
390 dumm. Da ist er vor der Kundschaft gestanden und hat angefangen: Du wie viel ist
391 das, plus das mal dem minus. Ich war früher schon nicht gut im Kopfrechnen und
392 durch den Schlaganfall bin ich noch langsamer jetzt geworden. Ich komme schon
393 zum Ziel, irgendwann. Es dauert hat ein bisschen. Dann hat er mich vor den Kunden
394 immer voll bloß gestellt. Also das sind halt so Sachen die mir danach irrsinnig schwer
395 gefallen sind.
396 I: Mhm. Also er hat damit überhaupt nicht umgehen können?
397 FRAU B: Er kann es immer noch nicht. Also wenn ich ihn jetzt noch sehe. Er ist
398 einfach so unsympathisch. Ich habe so einen Ekel in mir wenn ich ihn sehe. Am
399 liebsten würde ich ihm eine Bratpfanne über den Kopf hauen.
400 I: Hm. War das davor auch schon das er dich bloß gestellt hat?
401 FRAU B: Nein, erst danach. Er ist ja ein Bekannter von uns gewesen. Sein Sohn war
402 mit meiner Schwester zusammen. Dann habe ich bei ihnen angefangen zu arbeiten.
403 Da hat alles gepasst. Ich war sein Liebling. Er hat mir alles gezeigt, er hat mich
404 überall mitgenommen. Egal zu welchen Fototerminen. Ich hab einfach mit dürfen.
405 Dann hab ich den Schlaganfall gehabt und dann hat er mich nicht mehr
406 mitgenommen. Er hat mich nur noch Passfotos machen lassen. Er hat mich nichts
407 anderes mehr machen lassen. Ich hätte eigentlich schon alleine ins Studio müssen,
408 laut meinen Jahren. Ich war schon im dritten Lehrjahr, ich habe noch nie eine
409 Hochzeit gesehen. Ich weiß immer noch nicht, wie eine Hochzeit eigentlich abläuft so
410 richtig. Und ein paar Sachen, er hat mich einfach hängen lassen. Die Begründung
411 war, er mag mich nicht mitnehmen, er hat Angst, dass ich einen zweiten Schlaganfall
412 bei ihm bekomme. Obwohl die Ärzte alle gesagt haben, bevor ich noch einen
413 Schlaganfall bekomme, bekommt er zwei. Er hat mich total hängen lassen. Ich bin
414 dann schon zur Arbeiterkammer gegangen. Die haben eine Meldung gemacht zu
415 meinem Prüfungskomitee. Die haben schon ganz genau gewusst, ich komme von der
416 Firma und ich kann nichts anderes außer Portraits und Passfotos und solche Sachen.
417 Sie dürfen mich nichts anderes fragen. Ich kann nichts dafür. Dann haben sie mich
418 nur Sachen gefragt, die habe ich natürlich perfekt können, weil ich dreieinhalb Jahre
419 nichts anderes gemacht habe. Aber ich hab es eh nie nachholen müssen. Er hat mich
420 einfach so hängen lassen. Ich war einfach nur der Depp vom Dienst. Einfach so eine
421 billige Aushilfe für ihn.
422 I: Hast du Arbeitskollegen gehabt, oder warst du alleine mit deinem Chef im
423 Geschäft?

424 FRAU B: Ja, sein Sohn. Zu dem war er sowieso immer ekelhaft. Das ist sein Sohn
425 (...), er ist so pfff (1) Mein Chef ist sowieso immer ein komischer Typ gewesen. Aber
426 bei mir hat er immer alles herausgelassen. Da hat er mich auch noch voll beschimpft,
427 wie ich dumm bin und alles so Sachen. Und ich habe keinen Hausverstand. Hat sie
428 dann auch noch gesagt die Chefin. Weil die haben ja zusammen das Unternehmen.
429 Das hat mir schon grausig getan. Das tut mir immer noch echt nicht gut.
430 I: Das ist verständlich!
431 FRAU B: Das ist immer noch so. Aber sonst, ich meine zum Beispiel mein Freund,
432 den ich habe, mit dem bin ich jetzt dann zwei Jahre zusammen. Der kann mit dem
433 überhaupt nicht umgehen, mit Schlaganfall. Also ich muss noch von davor erzählen.
434 Bei dem Freund wo ich davor war, der hat das alles miterlebt mit dem Schlaganfall.
435 Er ist dann zu sensibel geworden. Der hat so getan als ob er mein Papa jetzt sein
436 muss. Und hat mich überverhätschelt und es ist eh nett, er hat halt einfach mich
437 beschützen wollen. Magst du nicht Nuggets mit links essen, alles so Sachen halt. Und
438 vergiss deine linke Hand nicht und alles so Sachen. Der hat mich schon so richtig
439 geärgert bis ins Letzte. Ich soll endlich wieder eine Therapie machen und so.
440 I: Also nach der ersten Rehabilitation im Krankenhaus H. hast du keine weitere mehr
441 gemacht?
442 FRAU B: Ich habe es dann wieder gemacht, nur der Chef hat sich dann aufregen
443 angefangen. Weil ich hätte das privat nehmen müssen. Zuerst bin ich zur
444 Gebietskrankenkasse gegangen. Da habe ich aber immer unter der Arbeitszeit weg
445 müssen. Da hat er sich dann nach zwei Monaten aufregen angefangen, weil ich einen
446 Nachmittag immer fehl, in der Woche. (2) Oder ich weiß nicht mehr, ob ich öfter
447 (...), ich vergesse das immer. Und dann hat er sich da halt aufregen angefangen.
448 Dann habe ich Privatunterricht nehmen müssen, das ist schweineteuer. Die Kasse hat
449 es, so viel ich mitbekommen habe, nicht übernommen. Weil es einfach zu teuer war.
450 Sie haben gesagt, du kannst auch so gehen, oder? Nur der Chef hat sich halt
451 aufgeregt. Dann hat die Mama zahlen müssen für mich.
452 I: Hast du mit der Krankenkasse darüber gesprochen das du Probleme mit deinem
453 Chef deswegen bekommst? Dass sie die Kosten nicht doch übernehmen könnten?
454 FRAU B: Ich bin mir nicht sicher, aber ich glaube sie haben sie nicht übernommen.
455 Irgendwas war da, weiß ich nicht. Ich glaube sie haben gesagt, sie übernehmen nur
456 einen Teil. Aber das war nur ein Peanuts Teil. Es hat einfach geheißen, es soll die
457 Mama zahlen. Dann hab ich privat das bekommen. Er hat es so super hingebogen.
458 Mit dem bin ich auch immer noch gut befreundet sozusagen. Also der hat das ganz
459 gut gemacht mit mir. Und dann hat er gemeint, er kann nichts mehr machen. Es passt
460 eigentlich alles.
461 I: Der Physiotherapeut, oder?
462 FRAU B: Ja. Zum Beispiel Kopfplatten massiert, zueinander gedrückt. Und solche
463 Sachen. Er hat so gezogen bei den Füßen. Also es war eigentlich eine ganz andere
464 Therapie.
465 I: Mhm.

466 FRAU B: Das ist so eine eigene Therapie. Und mit der hat er mir total gut geholfen
467 eigentlich.

468 I: Welche Therapie war das? Weißt du das?

469 FRAU B: Das weiß ich jetzt gar nicht. Nein. So eine Gesundheitstherapie. Er ist ja
470 auch bei den Fußballspielern, beim FC und so. Tut er immer so massieren und ziehen
471 und verrenken und so. Er macht auch bei Behinderten Leuten so Therapien und so.
472 Die mit Neurologischem Schaden. Das sind so eigene neurologische Therapien kann
473 man so sagen. Er hat das halt dann mit mir gemacht. Bis in den Sommer. Dann hat er
474 gesagt, er kann nichts mehr machen, es passt alles wieder. Weil sonst zahlt ihr um
475 sonst wenn wir alles von vorne wieder durch machen. Weil es bringt sich ja nichts,
476 weil ich es ja schon kann.

477 I: Über ein halbes Jahr ca.?

478 FRAU B: Ja.

479 I: Jede Woche einmal?

480 FRAU B: Genau, ja.

481 I: Ok.

482 FRAU B: Jeden Freitag ist er gekommen. Und danach hat mich mein Ex-Freund
483 immer attackiert. Ich soll weiter machen und blablabla. Er ist ein Eishockeyspieler
484 gewesen. Er meint immer, man muss immer weiter machen. Aber es ist einfach einer
485 von den Einzigen der mich verstanden hat. Der einfach auf meine Krankheit
486 Rücksicht genommen hat. Wenn ich jetzt auf meinen jetzigen Freund gehe, der
487 vergisst das immer. Dann rauft er mit mir und haut mir immer voll auf den Kopf rauf.
488 Das ist nicht gut für mich, weil ich nur eine Ader habe, die mein ganzes Gehirn
489 durchblutet.

490 I: Ja, da sollte er natürlich schon aufpassen.

491 FRAU B: Dann will er mit mir Achterbahn fahren, wo Loopings sind und das darf ich
492 nicht.

493 I: Durch den Druck?

494 FRAU B: Ja. Das sind einfach so Sachen, die kapiert er nicht. Die wird er auch nie
495 kapiieren, glaube ich. Deswegen ist die Beziehung momentan ein bisschen beim
496 Kriseln. Weil ich nicht mehr will. Entweder muss er mit der Krankheit von mir leben,
497 oder er soll sich mal einprägen, dass ich das habe, und ich tu ihn ja auch nicht
498 verspotten weil er humpelt oder weil er mit mir nicht spazieren geht, oder einfach
499 Sachen unternimmt weil er immer Fuß weh hat.

500 I: Deine anderen Freunde? Nehmen sie Rücksicht auf deine Behinderung?

501 FRAU B: Also, eigentlich kann ich wieder alles machen was ich machen will. Die,
502 die nicht verstehen was ich habe, habe ich den Kontakt abgebrochen. Die, mit denen
503 ich jetzt befreundet bin, kommen alle mit dem klar. Außer mein jetziger Freund
504 ((lacht)). Eigentlich passt das jetzt alles, ja. Ein paar Kollegen, die was ich noch habe.
505 Die was mit meinem Freund auch viel am Weg sind, die kapiieren das auch noch nicht
506 ganz. Dann tun sie wieder irgendwie deppert, dass ich wieder auf den Kopf, wieder
507 irgendetwas draufbekomme oder so. Oder schießen mit Sachen herum, dass ich
508 wieder einen Schneeball auf den Kopf bekomme. Das interessiert mich nicht! Da wo

509 ich dann immer zornig geworden bin, hat es geheißen, warum bist du jetzt so zornig?
510 Sage ich, warum bin ich zornig? Denkt einmal logisch! Oder, dann kommt er mit
511 einem Feuerzeug und meint, er kann mir jetzt die Haare verbrennen auf meiner Hand.
512 Weils lustig ist, wenn ich in die Höhe hüpf, weil das so weh tut. Das Lustige ist, ich
513 spüre nichts. Bis er mir meine Haare abgefackelt hat oder versengt hat, habe ich
514 schon eine Brandblase. Weil ich es nicht spüre.
515 I: Also das taktile Empfinden ist noch nicht ganz da?
516 FRAU B: Genau. Es ist schon da, aber es kommt erst später. Wenn ich auf eine
517 Herdplatte drauf greifen würde, ich spüre es schon, aber bis ich es richtig spüre mit
518 richtigen Schmerzen, habe ich schon eine richtige Verbrennung.
519 I: Spürst du, wenn du dir über den Arm streifst?
520 FRAU B: Ich spüre es als ob es eingeschlafen wäre.
521 I: Hast du in der Hand selbst auch das Gefühl, als ob sie eingeschlafen wäre?
522 FRAU B: Wärme und Kälte. Also wenn ich jetzt den Tisch angreife, könnte ich nicht
523 sagen ob er warm oder kalt ist. Ein bisschen kühl würde ich sagen, ist er. Das passt.
524 Aber direkt sagen könnte ich es nicht. Kälte geht gut. Kälte spüre ich, aber Wärme
525 spüre ich auf die Schnelle zum Beispiel nicht. Bis ich mich verbrenne zum Beispiel.
526 Also wenn ich auf das Diktiergerät raufgreifen würde, und schauen würde ob es
527 schon heiß ist, wie beim Handy, wenn man lange telefoniert, kann ich es nicht sagen.
528 Bei Wärme tu ich mich schwerer als wie bei der Kälte.
529 I: Ok.
530 FRAU B: Also bei der Kälte, wenn es sehr kalt ist oder nur kalt, das kann ich auch
531 nicht unterscheiden.
532 I: Schränkt dich das in irgendeiner Form ein?
533 FRAU B: Früher hat es mich eingeschränkt. Bei den Babyshootings, habe ich die
534 Babys immer föhnen müssen, wenn sie zu kalt gehabt haben. Dann, natürlich föhne
535 ich mit Rechts, und tu so die Bewegungen machen ((zeigt vor)). Und mit links habe
536 ich immer gegriffen, ob es heiß ist oder kalt. Das habe ich nicht mehr machen
537 können. Jetzt habe ich es immer umgekehrt machen müssen. Natürlich die Lenkung,
538 das ist für mich total schwierig, also wenn ich mich auf zwei Sachen konzentriere, tu
539 ich mir immer so schwer. Und dann habe ich wahrscheinlich, schon das Baby fast
540 verbrennt und so. Also das sind Sachen gewesen die mich eher beeinträchtigt haben.
541 Aber sonst habe ich da kein Problem mit dem.
542 I: Hast du mit deinem Chef darüber gesprochen? Wenn du ein Kind verbrennst hätte
543 es ja Konsequenzen. Oder hast du ihm das gar nicht gesagt?
544 FRAU B: Meine Mama hat mit ihm schon oft geredet. Da hat er gesagt, sie kann das
545 nicht, und blabla. Das ist bei ihm rein und wieder raus. Ich glaube, er wollte keinen
546 kranken Lehrling auf Deutsch gesagt.
547 I: Mhm.
548 FRAU B: Das kommt mir auch beim Freund so vor. Er will einfach nicht wahrhaben,
549 dass er eine kranke Freundin, sozusagen hat.
550 I: Also siehst du es eher als ein Problem, dass man es dir nicht ansieht?

551 FRAU B: Ja, das finde ich. Also ich bin schon froh das man es mir nicht ansieht, aber
552 wenn ich gerade humpeln täte oder eine Narbe im Gesicht hätte, dann täten es die
553 Leute sehen, dass ich was habe.

554 I: Die anderen Leute können auch nicht damit umgehen, oder merken die gar nichts?

555 FRAU B: Viele wissen es gar nicht, dass ich das gehabt habe. Auch viele von meinen
556 Freunden, wissen es glaube ich teilweise nicht. Ich meine, es haben viele
557 mitbekommen. Viele haben anscheinend sogar geweint deswegen, als sie das erfahren
558 haben. Ich kann jetzt wiederum nicht verstehen warum sie geweint haben. Ich meine
559 mir geht's gut. Das sind einfach so Sachen, mit denen kann ich teilweise nicht
560 umgehen. Oder mit solchen Aussagen. Oder gerade wenn ich irgendwo eingestellt
561 werde, zum Beispiel. Bei jeder Bewerbung habe ich gesagt, ich habe einen
562 Schlaganfall gehabt. Wenn ich zum Beispiel etwas rechnen muss. Ich komme darauf,
563 nur ich bin ein paar Sekunden später dran bis ich es habe. Ich bin nicht ganz so
564 schnell wie manch anderer. Also Mathematikerin kann ich nicht, also ich könnte es
565 schon werden, aber schnell rechnen könnte ich zum Beispiel nicht. Sicher wenn ich
566 mehr übe, aber ich vergesse es dann auch wieder so schnell.

567 I: Ist das nur auf Mathematik bezogen?

568 FRAU B: Nein, am meisten fällt es mir bei Mathematik auf. Bei den anderen Sachen
569 ist es mir auch noch nie aufgefallen, weil ich es vielleicht noch nicht gemacht habe.

570 I: Fällt dir räumliches Denken schwer?

571 FRAU B: Sie haben gesagt, dass das optische Sehen bei mir beeinträchtigt ist, aber
572 das hat sich wieder aufgebaut, irgendwo anders. Aber vorstellen kann ich mir
573 eigentlich schon alles.

574 I: Mhm. Hat dich deine Familie in irgendeiner Weise unterstützt?

575 FRAU B: Also Unterstützung habe ich von der Seite meiner Freunde bekommen und
576 von meiner Mama und meiner Schwester. Die Mama hat total viel in die Wege
577 geleitet. Zu jedem, zu dem sie irgendwie Connections gehabt hat, hat sie
578 zusammengetrommelt. Sie hat mich sogar schon in einer Pflegestufe angemeldet.
579 Falls etwas gewesen wäre. Sie hat mich psychisch unterstützt indem sie jeden Tag
580 gekommen ist und hat geschaut, dass sie da ist wenn mein damaliger Freund nicht
581 konnte. Er ist jeden Tag bei mir gewesen, egal ob er ein Auswärtsspiel im Eishockey
582 gehabt hat. Er ist immer da gestanden. Es hat keinen Tag gegeben wo er nicht
583 gekommen ist.

584 I: Du meinst jetzt im Krankenhaus?

585 FRAU B: Genau. Deswegen bin ich auch noch jetzt befreundet mit ihm. Alleine aus
586 dem Grund was er damals für mich geleistet hat. Mit 16 Jahren ist das noch nicht so
587 selbstverständlich. Besonders weil ein paar aus seinem Eishockeyteam gesagt haben,
588 ich wäre mit der nicht mehr zusammengeblieben. Seine Mutter hat mir sogar ihr
589 Handy geliehen, weil ich meine 1.000 SMS schon verbraucht hatte.

590 I: Würdest du sagen es hat Vorteile gehabt, dass deine Mutter aus dem Pflegebereich
591 kommt?

592 FRAU B: Ja. Sehr sogar. Meine Schwester ist ja auch Krankenschwester. Meine
593 ganze Familie, außer meinem Papa, kommt aus dem sozialen Bereich. Das hat mir

594 sehr geholfen. Mitten in der Nacht als ich Fieber bekommen habe, war die Mama
595 kurz nicht da, habe ich meine Schwester angerufen was ich tun soll. Sie hat mich
596 dann beruhigt und mir gesagt, was ich tun soll und welche Tabletten ich nehmen soll.
597 Ich durfte nur spezielle Tabletten nehmen damals.
598 I: Hast du in deinem Beruf spezielle Hilfe benötigt?
599 FRAU B: Mir ist eigentlich nie Hilfe angeboten worden.
600 I: Hättest du Hilfe benötigt?
601 FRAU B: Teilweise schon, ja. Beim Lampen zusammenpacken und so. Ich habe die
602 schweren Kisten herumtragen müssen. Ich habe die Kraft natürlich auch noch nicht
603 gehabt. Mit Links, dass ich so einen riesigen Koffer trage.
604 I: Also dein Chef hat keine Rücksicht genommen auf dich?
605 FRAU B: Nein. Ich glaube die wissen nicht einmal was das ist, was ich gehabt habe.
606 Die meisten wissen einfach nicht, was ist ein Schlaganfall.
607 I: Hättest du dir Hilfe gewünscht? Beziehungsweise, was hättest du dir gewünscht
608 von deinem Chef?
609 FRAU B: Einfach das er mich nicht in den stressigen Alltag reinhaut. Gut ich habe
610 am Anfang nur am Vormittag Beziehungsweise nur am Nachmittag gearbeitet. Den
611 Kompromiss ist er einmal eingegangen. Ich hab nicht gewusst, nach den drei
612 Monaten, wie das abläuft. Ob das so schnell wieder geht. Ich habe ja
613 Kreislaufprobleme gehabt, durch das das ich immer gelegen bin. Wenn ich länger wo
614 gestanden bin oder gegangen bin, wurde mir immer schwindelig. Und dann hat er
615 mich wieder den ganzen Tag arbeiten lassen. Und hat mich aber so in einem Stress
616 gelassen. Sie gehen schnell eine rauchen und dann bin ich ganz alleine im ganzen
617 Geschäft gestanden und habe fünf bis zehn Kunden alleine bedient. Ich habe rauf und
618 runter, von hier nach da laufen müssen. Ich durfte nicht gehen, ich habe immer laufen
619 müssen. Dann bin ich wieder quer durch das Geschäft gefallen. Das sind so Sachen,
620 die hätten nicht sein müssen!
621 I: Haben die Kunden komisch darauf reagiert?
622 FRAU B: Die Kunden haben nur mitbekommen das ich verzweifelt war, und ich kurz
623 vor den Tränen war und es mir psychisch nicht gut gegangen ist. Aber das war denen
624 egal. Quasi, Hauptsache sie werden bedient ganz schnell.
625 I: Haben die Kunden gewusst, dass du einen Schlaganfall hattest?
626 FRAU B: Nein das haben sie nicht gewusst. Ich konnte ja nicht sagen, hey ich bin
627 nicht so schnell. Es ist einfach weil man es nicht sieht. Hätte ich eine richtig fette
628 Narbe im Gesicht, dann hätten sie sich schon gedacht, da ist irgendetwas.
629 I: Hättest du dir gewünscht, dass dein Chef eure Kunden darüber informiert?
630 FRAU B: Nein, das wollte ich auch nicht. Er hätte einfach nicht auf der faulen Haut
631 liegen sollen und mich alles alleine machen lassen sollen. Ich bin gerade eine Woche
632 wieder da gewesen, und er hat mich in den ärgsten Stress reingeschickt. In dieser Zeit
633 bin ich zickiger geworden. Ich war früher eher Schüchtern. In dieser Zeit ist er mir so
634 auf die Nerven gegangen, dass ich richtig aggressiv zu ihm schon war. Das hat er
635 schon gar nicht vertragen. Da haben wir sehr viel gestritten.
636 I: Weißt Du was Arbeitsassistentz ist, oder was die machen?

637 FRAU B: Ich weiß nicht was die Arbeitsassistentin ist.
638 I: Ok. Was willst du in Zukunft machen?
639 FRAU B: Also auf jeden Fall nichts mit Kunden, weil die mich einfach zu viel
640 stressen. Irgendetwas in einer Werkstatt, wo ich für mich selbst arbeiten, basteln
641 kann. Auf jeden Fall etwas wo ich in Ruhe arbeiten kann. Wo ich schon vielleicht
642 etwas produzieren muss und einfach keinen Kundenstress habe. Deswegen hat mich S
643 interessiert. Weil da wäre ich im Labor gewesen und ich nichts mit den Kunden zu
644 tun hätte.
645 I: Also einen Beruf, den du dir selbst einteilen kannst.
646 FRAU B: Ja, genau. Wo ich mein kleines Reich habe und ich keinen Stress habe.
647 I: Du wolltest aber schon den Fotografen Job weiter machen?
648 FRAU B: Nein.
649 I: Nicht?
650 FRAU B: Ich habe nicht gewusst, was ich machen soll. Ich habe es bei Fotografen
651 versucht die nur Studiofotos machen und nicht in Geschäften wo man nur Passfotos
652 macht oder so was.
653 I: Haben sie dich aufgrund deines Handicaps nicht genommen?
654 FRAU B: Die wissen das gar nicht. Es steht in den Bewerbungen nicht drin. Ich habe
655 das erst beim Bewerbungsgespräch gesagt. Sie haben mich deswegen nicht
656 genommen, weil keine Anfrage für einen Fotografen da ist.
657 I: Hast du seit deiner Lehre noch was anderes gemacht?
658 FRAU B: Ich habe die Lehre im Jänner beendet und dann bin ich in ein Chaos
659 Bildungsservice gekommen. Die mir für die Lehre als Vorbereitung helfen. Da habe
660 ich jeden Tag gelernt, für das habe ich auch Geld bekommen, dass ich jeden Tag
661 gelernt habe, für mich selbst.
662 I: Geht das von der Schlaganfall Situation aus oder generell?
663 FRAU B: Nein, generell. Dann hab ich das gemacht bis zum April. Im Mai war ich
664 arbeitslos, und im Juni bin ich beim Lamprechtler eingestellt worden. Der hat mich
665 nach einem Jahr wieder gekündigt und seit ersten März bin ich arbeitslos. Und wenn
666 ich die Lehre bekommen sollte, dann könnte ich erst im Herbst anfangen.
667 I: Wie sehr schätzt du deine Beeinträchtigung als Behinderung ein?
668 FRAU B: Ich würde schon sagen, dass ich eine Behinderung habe. Also nicht so
669 behindert, dass ich nichts mehr auf die Reihe bekomme. Ich kann mit dem leben. Ich
670 weiß wie ich mit meinem Körper umgehen soll. Einmal, das war zwei Monate nach
671 dem ich entlassen worden bin, bin ich Eishockey gegangen mit meinem Ex-Freund.
672 Dann hat mir so die linke Hüfte wehgetan. Ich habe nicht mehr gehen können. Das
673 hab ich öfters im Winter wenn es kalt ist. Dann hat er mich den ganzen Weg vom
674 Stadion zu sich nach Hause getragen.
675 I: Hast du das Problem jetzt auch noch wenn es kalt ist?
676 FRAU B: Ja. Er hat mir gesagt, welche Übungen ich machen soll, dass das weg geht.
677 Es tut zwar immer noch weh, aber es ist nicht so, dass ich mich gar nicht mehr
678 bewegen kann.
679 I: Merkst du das vorher, dass es langsam anfängt?

680 FRAU B: Ja, es ist nicht ruckartig. Es fängt schon langsam an. Zum Beispiel hab ich
681 in meiner letzten Arbeitsstelle nicht sitzen dürfen, obwohl ich gesagt habe, ich muss
682 sitzen. Die waren einfach richtig ungut. Es ist wirklich erschreckend.

683 I: Hat dein Arbeitgeber Angst gehabt, dass es schlecht aussieht wenn du dich im
684 Geschäft niedersetzt?

685 FRAU B: Ja, das schaut schlampig aus wenn ich als Einzige da sitz, hat er gesagt.

686 I: Hättest du gerne jemanden gehabt, der für dich vermittelt hätte? Zwischen dir und
687 deinem Chef?

688 FRAU B: Ja, gerade bei meiner Lehrstelle hätte ich das sehr gebraucht. Der ihm
689 einfach mal erklärt was das ist. Ich glaube, er weiß es immer noch nicht, was ein
690 Schlaganfall ist. Meine Mama war die einzige, die mir ein bisschen geholfen hat. Die
691 Hat meinem Chef ein E-Mail geschickt und hat ihm alle Symptome und Spätfolgen
692 von einem Schlaganfall zukommen lassen. Dass er sich das durchlesen soll und mich
693 mal in Ruhe lassen soll. Das hat aber auch nichts geholfen. Ich denke, er hat es gleich
694 gelöscht.

695 I: Da ist dir von der Krankenkassa keine Unterstützung angeboten worden?

696 FRAU B: Ich weiß nicht genau, ob die das so mitbekommen haben. Das hat doch
697 mehr meine Mama gemacht. Von meiner Freundin arbeitet der Papa bei der
698 Gebietskrankenkassa, der hat es sicher mitbekommen, aber er hat auch nichts gesagt.
699 Da habe ich einen Rollstuhl zu Verfügung bekommen. Weil ich am Anfang im
700 Rollstuhl gesessen bin.

701 I: Für wie lange?

702 FRAU B: Ein, zwei Wochen. Also wenn ich spazieren gegangen bin habe ich ihn
703 immer mitnehmen müssen. Sie wollten nicht, dass ich gehe und mich überanstrengte.

704 I: Hast du Hobbys gehabt, die du jetzt nicht mehr machen kannst?

705 FRAU B: Ich habe früher total gerne Eishockey zugeschaut, da habe ich wirklich
706 überall stehen können. Ich habe mir keine Sorgen gemacht, dass ich einen Puck auf
707 den Kopf bekomme. Und jetzt mittlerweile, muss ich immer aufpassen in welches
708 Eck ich mich stelle, dass da ja ein Netz ist und ich keinen Puck auf den Kopf
709 bekomme. Das ich keine inneren Blutungen oder keine Ahnung was auch immer
710 bekommen könnte. Und vielleicht noch einen zweiten Schlaganfall. Früher bin ich
711 total gerne ins Wasser gesprungen und habe getaucht. Da muss ich auch sehr
712 aufpassen. Also ich soll nicht unbedingt vom Fünfer runterhüpfen und tauchen. Es ist
713 wegen dem Druck nicht unbedingt gut. Ich bin früher so gerne Vergnügungspark
714 gegangen. Ich bin alles gefahren, das Schlimmste vom Schlimmsten. Und jetzt trau
715 ich mich nicht mal mehr in eine Achterbahn rein, weil ich Angst habe, dass ich mit
716 dem Kopf irgendwo dagegen fliege. Also ich pass schon sehr auf meinen Kopf auf.

717 I: Gibt es Tätigkeiten, bei denen du Unterstützung benötigst?

718 FRAU B: Nein, eigentlich geht wieder alles. (2) Doch eines gibt es. Das Studio ist
719 mit Bootslack gemahlen. Also der Boden und die Wand. Und ich darf nichts mit
720 Lacken machen. Wegen Kopf, weil das verengend wirkt. Und ich hab gesagt, ich darf
721 das nicht machen.

722 I: Was? Musstest du lackieren?

723 FRAU B: Ja. Der ganze Raum stinkt immer voll nach Lack. Ich hatte zwar ein
724 Schutzding, aber die hat auch nichts geholfen. Da wollte der Chef, dass ich das
725 unbedingt mache. Ich habe gesagt, dass ich das sicher nicht mache. Das ist das
726 Einzige wo ich sage, das kann ich nicht machen.

727 I: Also es gibt nichts wo du sagst, das geht nicht?

728 FRAU B: Nein, die Ärzte haben gesagt, ich soll ganz normal leben. Ich habe mich
729 tätowieren lassen und ich habe ein Piercing.

730 I: Hast du von Seiten Krankenkasse oder Krankenhaus Informationsmaterial in Form
731 von Broschüren und so weiter erhalten? Oder ist jemand auf dich zugekommen und
732 hat dich auf mögliche Unterstützung hingewiesen?

733 FRAU B: Nein, ich habe nicht viel bekommen. Ich habe auf jeden Fall mal eine Liste
734 mit Medikamenten bekommen.

735 I: Also nur Medizinisch? Für den Arbeitsprozess, hast du da Infos bekommen?

736 FRAU B: Nein.

737 I: Hättest du dir mehr Information gewünscht?

738 FRAU B: Ja, das hätte ich schon gerne gehabt.

739 I: Hättest du spezielle Wünsche, die du dir als jugendlicher Schlaganfallpatient von
740 öffentlicher Seite wünschen würdest? Oder ist dir etwas aufgefallen wo etwas fehlt?

741 FRAU B: Ich hätt gerne so eine Initiative, wo man Leuten helfen kann die auch dir
742 wieder helfen können. So wie eine Selbsthilfegruppe zum Beispiel. Das gibt es
743 wieder nur für alte Leute. Das wäre wahrscheinlich nur eine kleine Gruppe, weil es ja
744 nicht so viele Junge gibt. Was wichtig gewesen wäre, dass die in den Schulen
745 prinzipiell mehr auf solche Sachen eingehen. Die Leute wissen einfach nicht was das
746 ist.

747 I: Also, dass es mehr Information gibt was ein Schlaganfall ist und wie man damit
748 umgeht?

749 FRAU B: Also, hätte man mir am Anfang schon gesagt, dass ich einen Schlaganfall
750 habe, hätte ich schon gewusst wie ich mich verhalten soll. Oder Schulungen oder
751 etwas, dass die Leute einfach wissen was das ist. Es ist total traurig, weil jeder meint,
752 das ist ja nichts gewesen.

753 I: Gibt es noch etwas was für dich wichtig ist und wir noch nicht angesprochen
754 haben?

755 FRAU B: Nein, wir haben eigentlich über alles geredet.

756 I: Wunderbar dann beenden wir hier das Interview. Vielen Dank, dass du dir die Zeit
757 genommen hast für mich.

758 FRAU B: Bitte, gern geschehen.

12.4 Interview 3

- 1 I: Wie alt bist du?
- 2 HERR C: Ich bin zweiundzwanzig, nächstes Jahr werde ich dreiundzwanzig Jahre
3 jung ((lacht)).
- 4 I: Wo bist du geboren, beziehungsweise aufgewachsen?
- 5 HERR C: Ich wohne in (O) und geboren bin ich (O).
- 6 I: Wie ist dein Familienstand? Also bist du schon verheiratet oder lebst du in einer
7 Beziehung?
- 8 HERR C: Nein noch nicht ((lacht)). Also meine Eltern sind geschieden, haben sich
9 scheiden lassen. Ich war immer der, der das nicht wollen hat. Ich weiß nicht wie ich
10 das sagen soll. Ich war mehr auf der Seite meiner Mama. Du weißt nicht, wenn du
11 beide gleich gern hast. Man denkt dann, der hat den Fehler gemacht und der hat den
12 Fehler gemacht. Welcher Fehler ist jetzt schlimmer? Also, ich weiß nicht ob du das
13 kennst, wenn dann sich die Eltern sich drum streiten, zu wem du dann kommst. Dann
14 ist mein Bruder zu meinem Vater gegangen und meine Schwester zu meinem Vater
15 gegangen. Meine Mama ist dann alleine. Dann geh ich auch zu meinem Vater.
- 16 I: Also bist du bei deinem Vater aufgewachsen?
- 17 HERR C: Ja, beim Papa aufgewachsen. Dann fahr ich zum Beispiel wieder zur Mama
18 runter, sie war jetzt zum Beispiel ein Monat lang auf Kur, in der Steiermark. Und ich
19 hab meine Mama ganz gerne, ich hab meine Oma ganz gerne. Ich bewundere meine
20 Oma immer. Ich hab meine Tante auch gern. Sie hat mir das Bett machen
21 beigebracht, das Tanzen beigebracht.
- 22 I: Mhm. Da hast du einiges von ihr gelernt.
- 23 HERR C: Ja, sie hat mir einiges gezeigt.
- 24 I: Und dein Vater?
- 25 HERR C: Ja der auch.
- 26 I: Hm. Aber nicht so viel wie deine Tante.
- 27 HERR C: Nein.
- 28 I: Ok. Was ist deine höchste abgeschlossene Schulbildung?
- 29 HERR C: Ich muss sagen, ich hab mich leider nie so angestrengt wie ich hätte
30 können. Ich hätte schon können, aber ich hab das nie getan. Ich bin mehr der Mensch
31 der was den leichtesten Weg sucht. Wenn mein Vater Sudoku macht in der Zeitung,
32 ich kann mich auf das ungefähr 15 bis 20 Minuten konzentrieren, mein Vater kann
33 sich konzentrieren bis es fertig ist.
- 34 I: Ok. Also tust du dir schwer dich zu konzentrieren?
- 35 HERR C: Ja, ich kann schon, aber nicht so lange wie mein Vater.
- 36 I: Hast du dir immer schon schwer getan beim Konzentrieren?
- 37 HERR C: Nein, früher nicht so. Jetzt tue ich mir halt, halt schon schwerer. Also ich
38 mein, mein es geht halt nur kurz und so.
- 39 I: Ok. Nochmals wegen deiner Schulausbildung. Was hast Du alles gemacht?

40 HERR C: Ach so. Kindergarten hab ich fertig gemacht ((lacht)).
41 I: Mhm. Kindergarten?
42 HERR C: Also dann Volksschule, Hauptschule und Berufsschule zwischen drin
43 ausgestiegen. Also abgebrochen vor dem fertig werden.
44 I: Mhm. Und was hast du gelernt?
45 HERR C: Kfz Techniker. Man könnte auch sagen, ich war in der Logistik tätig. Das
46 ist noch eine Stufe höher ((lacht)). Also ganz plump und einfach gesagt, ich war
47 LKW Mechaniker.
48 I: Ok. Und welchem Beruf gehst du derzeit nach?
49 HERR C: (3) ((lacht)) Jetzt?
50 I: Ja, was machst du zurzeit?
51 HERR C: Jetzt geh ich mit meinem Hund spazieren. Jetzt schau ich auf meinen Hund.
52 Ich mache mir Gedanken über alles. Zum Beispiel mach ich mir Gedanken jetzt (...).
53 Weil sie immer sagen Klimaerwärmung. Das Ozonloch wird immer größer und die
54 Schutzschicht der Erde wird auch immer dünner. Ich denk auch drüber nach, ich
55 will's gar nicht sagen, da muss ich selber lachen. Aber ich tät gern was erfinden. Ich
56 würd gern Erfinder werden. (2) Dann wollte ich noch, bevor ich Polizist werden
57 wollte, wollte ich Erfinder werden. Ich wollte irgendwas erfinden.
58 I: Mhm. Also was Kreatives?
59 HERR C: Ja, ich bin sehr kreativ. Also, ich mache Tonarten, mache ich auch viel.
60 Zum Beispiel die Frau K. hat immer gerne von mir selber gemachte Sachen. Der Frau
61 K. hab ich mal ein Bild geschenkt, weist eh, wo dann der Sand runterrinnt. Das hat
62 mich fasziniert. Deswegen hab ich das der Frau K. geschenkt. Dann hat sie mir
63 gesagt, dass sie lieber was selbergemachtes hätte von mir. Wir haben hier eine
64 Keramiklehrerin und da mach in halt ein paar Sachen. Mein Ideenreichtum, der ist
65 fast grenzenlos.
66 I: Also gehst du derzeit keiner (1) Erwerbsarbeit nach?
67 HERR C: Nein, nicht so direkt.
68 I: Mhm. Ok. Hast du einen Behindertenausweis?
69 HERR C: Ja. Aber der zählt nicht so viel.
70 I: Wieso, wieviel Prozent hast du?
71 HERR C: Ich bin 100 Prozent. Da sagt man immer ich bin Invalide. Aber ich kauf
72 mir immer die Vorteils-card beim Zugfahren, weil ich hab einmal den
73 Behindertenpass mitgehabt und dann hat er gesagt, was willst du mit dem? Der
74 Schaffner hat gesagt, das bringt ja nichts.
75 I: Du bist Invalide?
76 HERR C: Ja, ich gehe sozusagen meiner Freizeit nach ((lacht)).
77 I: Mhm. Ok. Darf ich fragen, wie alt du warst als du deinen Schlaganfall gehabt hast?
78 HERR C: Das mit dem Schlaganfall, das weiß ich nicht genau. Ich hab einmal einen
79 Schlaganfall gehabt, da war ich bei meiner Mama in (...), da haben wir
80 Millionenshow geschaut mit dem Armin Assinger. Da hat die Mama erzählt, auf
81 einmal bin ich vom Sessel runter gefallen. Weil mich das so emotional mitgenommen
82 hat. Dann haben sie einmal für mich eine Geburtstagsfeier gemacht, dann hab ich da

83 auch einen Schlaganfall gehabt. Weil ich so überwältigt war von der Dings, wegen
84 der Freude und so. Das klingt irgendwie komisch, es ist aber so ((lacht)).
85 I: Wie schnell wurde der Schlaganfall versorgt?
86 HERR C: Hm, (3) nein (...).
87 I: Also was ich meine ist (1) was ist dann passiert?
88 HERR C: Nichts. So wie ich da bin, bin ich gut eingestellt auf meine Medikamente.
89 Ich nehme sie halt immer regelmäßig. Aber ich glaube nicht, wenn ich mal eine später
90 nehme, dass das dann voll ausschlaggebend ist. Ich bin halt jetzt anfällig, weil ich
91 doch einen Unfall gehabt hab.
92 I: Also du hast einen Unfall gehabt und deswegen die Schlaganfälle gehabt. Wie ist es
93 zu dem Unfall gekommen?
94 HERR C: Also, ich habe meinen Beruf mit Leidenschaft gemacht, kannst du sagen.
95 Ich habe alles gegeben für meinen Beruf und ich hab fast jeden Tag Überstunden
96 gemacht. An dem Tag wo ich den Unfall gehabt habe, kommt der Chef zu uns und
97 hat gesagt, in einer halben Stunde kommt noch einer der muss noch was machen, und
98 das ist dringend. Wer will das machen? Ich habe mich total aufgedrängt dafür. Wir
99 haben dann alles hergerichtet was zu machen ist. Die andern sind alle weg. Die haben
100 höchstens zehn Minuten zum Fahren gehabt. Ich hab 50 Kilometer zum Fahren
101 gehabt. Dann ist der gekommen mit seinem LKW. Und in einer halben dreiviertel
102 Stunde war alles erledigt, was zu erledigen war. Ich bin dann auf dem direkten Weg
103 von der Arbeit Heim gefahren. In der Höhe, da wenn man bei (O) vorbei fährt, bin ich
104 dann eingeschlafen und da runtergefahren. Ich hab da ein Glück gehabt. Das kannst
105 nicht beschreiben. Ich hab da mehr Glück gehabt als Verstand ((lacht)). Ich bin
106 runtergefahren mit dem Auto. Ich bin in der einen Spur eingeschlafen, glauben sie
107 halt, weil die Bremsspur nur einen halben Meter war. Bin über die anderen zwei
108 Spuren drüber, habe keine anderen tranchiert, nichts. So als ob sie für mich Platz
109 gemacht hätten. Dann bin ich in den Wald, rein in den Baum oder in zwei Bäume.
110 Zuerst war ein morscher Baum, der war zerstört. Dann war eine starke Birke da. Die
111 hat mich aufgehalten. Mein Vater hat gesagt, du warst der schnellste mit Motor
112 ausbauen. Das hat noch keiner in Bruchteilen von einer Sekunde geschafft ((lacht)).
113 Dann ist mein Motor rausgeflogen mit dem Getriebe. Rund herum die ganzen
114 Scheiben kaputt. Ich habe ein schweres Schädel Hirn Trauma gehabt mit
115 Stammhirnblutung. Dann waren zwei Autos hinter mir. Ein Notarzt, der ist, der hätt
116 von (O) rauffahren müssen. Ich bin in den Baum reingefahren, der Baum ist
117 umgefallen und auf die Straße geflogen. Die Straße war abgesperrt. Der Notarzt ist
118 dazugekommen und hat dann gleich gewusst was zu machen ist. Ich hab so viel
119 Glück gehabt. Ich hab bei meinem Bruder nachgefragt, der hat gesagt, wenn ein
120 Dings nicht so gelaufen wäre wie es gelaufen ist, wärst du nicht mehr da. Dann haben
121 sie mir die Hose aufgeschnitten ((lacht)) das war eh witzig.
122 I: Du hast das mitbekommen?
123 HERR C: Nein, ich hab geschlafen.
124 I: Haben dir das deine Eltern und Geschwister im Nachhinein erzählt?

125 HERR C: Ja, im Nachhinein hab ich dann die Hose gesehen. Mein Auto hat man auch
126 zerschnitten ((lacht)). Hey, da fliegst einmal mit dem Hubschrauber, voll VIP mäßig
127 nach (O) runter, und du bekommst nichts mit. Du kannst dir nachher anhören, wie sie
128 dir erzählen, dass sie dich nach (O) runter getan haben. Ja schön, dann war ich in (O)
129 siebzehn Tage im Tiefschlaf.
130 I: Künstlicher Tiefschlaf oder vom her Unfall im Koma?
131 HERR C: Künstlicher Tiefschlaf.
132 I: Was ist dann weiter passiert?
133 HERR C: Dann war ich ein halbes Jahr Intensiv. Dann haben sie mir gesagt, ja. Dann
134 bin ich schön langsam wieder zu mir gekommen. Die Ärzte hatten mich schon
135 aufgegeben. Dann bin ich in (O) gewesen das erste Jahr. Dann bin ich nach (O)
136 gekommen.
137 I: Auf Reha oder?
138 HERR C: Auf Reha ja. Da war ich das erst mal auf Reha. Da war ich dann neun
139 Monate. Da hat es mir nicht so gefallen.
140 I: Warum?
141 HERR C: Ich weiß es nicht. Der Pfleger ist mir auf die Nerven gegangen. Ich bin
142 normal ein friedliebender Mensch, aber der hat meinen Blutdruck hochgetrieben. Nur
143 weil er mit mir geredet hat.
144 I: Warum hat dich das gestört?
145 HERR C: Das ist leider meine Art. Da kommt nicht jeder zu recht damit. Meine
146 Schwester hat gesagt, du hast ein komisches Denken.
147 I: Wie hat sie das gemeint?
148 HERR C: Weil ich (3), ich werde es dir erklären. Du hast zum Beispiel eine
149 Rechnung und da ist die Lösung. Du gehst zum Beispiel gerade auf das zu, ich geh so
150 ((zeigt vor wie er über Umwege zum Ziel gelangt)).
151 I: Also du findest das Ziel auf deinem eigenen Weg?
152 HERR C: Ich find das Ziel wo andere verzweifeln. Also ich mach alles so
153 kompliziert, was eigentlich viel leichter geht. Und mit dem Denken, kommt vielleicht
154 nicht jeder zurecht.
155 I: War das vorher auch schon so, also vor dem Unfall?
156 HERR C: Danach, das ist eher danach gekommen.
157 I: Mhm.
158 HERR C: Die in (O) haben gesagt (...). Meine Mama hat sich so viele Sorgen
159 gemacht. Dann haben sie gesagt, ja der kommt in ein Heim, mit dem wird nichts
160 mehr. Der wird nicht mehr. Meine Mama ist auch so emotional Die hat das so
161 aufgefasst, wie fast ein Schlag ins Gesicht, hat sie mal gesagt zu mir.
162 I: Mhm.
163 HERR C: Ich bin froh, dass sie alle falsch gelegen sind! Und einmal, da war ich
164 draußen in Wien.
165 I: Auch auf Reha?
166 HERR C: Ja. Wien Meidling. Und da hat zu mir ein Arzt gesagt, dass erste Mal hat
167 jemand gesagt, was willst du weiter machen? Ich möchte wieder Mechaniker werden.

168 Ganz einfach, das ist das einzige was ich kann. Ich bin so blöd ((lacht)). Er hat
169 gesagt, du musst dir um eine Umschulung schauen.
170 I: Ok. Hat er dir eine Empfehlung gegeben, wo du dich hinwenden kannst oder so?
171 HERR C: Nein nichts. Er hat nur gesagt, das muss ich machen. Ok, passt, probier ma
172 mal, schau ma mal.
173 I: Also hast du das weiterverfolgt? Also ich meine, was dir der Arzt geraten hat?
174 HERR C: Nein ich wollte nicht. Ich hab mir gedacht, ich will es denen zeigen, liegen
175 alle falsch. Ärzte, die sind vielleicht gescheit, die kannst du fragen was auf welcher
176 Seite was steht und der betet dir das herunter. Er weiß, was das und das auslöst. Aber
177 die kennen den Menschen nicht dahinter.
178 I: Mhm.
179 HERR C: Weil der Mensch dahinter ist das wichtigste.
180 I: Also du meinst, dass die Ärzte sich mehr mit der Krankheit beschäftigen als mit
181 dem Menschen?
182 HERR C: Ja, weil es gibt sechs Milliarden Menschen auf der Welt. Jeder von denen
183 ist anders. Oder?
184 I: Mhm.
185 HERR C: Wir sind alle einzigartig ((lacht)).
186 I: Mhm. Nochmal zu den Ärzten und der Reha. Welche Unterstützung haben sie dir
187 gegeben? Die haben dir doch zumindest Übungen gezeigt, oder?
188 HERR C: Ja. Ich wollte das auch machen und habe eisern darauf hingearbeitet, dass
189 ich das schaff. Für mich hat es kaum einen Weg gegeben verstehst? Ich bin jetzt nicht
190 einer der im Bett liegt und nichts tut. Bin einer der da aktiv was tun will. Wenn ich
191 zum Beispiel, da auf ein Hochhaus hinauf will. Da muss ich halt einzelne Schritte
192 machen und dann mach ich die Schritte. Wenn ich einen Stock runterfall oder zwei,
193 dann geh ich wieder hinauf. Und wenn ich noch einmal runter falle, dann geh ich
194 noch einmal hinauf. Ich gehe so lange hinauf, bis ich nicht mehr kann. Und das wird
195 noch lange dauern. Bis ich sag aus! Aber ich will solange tun, was geht, weil ich hab
196 da in (O) so ein paar gesehen. Der ist zu mir gekommen und hat gesagt, wenn er so
197 einen Unfall gehabt hätte, er hätte sich umgebracht. Du hast nur ein Leben, mach das
198 Beste draus! Das hast du sicher schon mal gehört. Weil ich will nicht aufgeben,
199 verstehst? Ich gebe nicht auf. Das bin nicht ich!
200 I: Mhm. Was willst du weiter beruflich machen, was könntest du dir vorstellen?
201 HERR C: Also, wollen würde ich schon noch. Sicher würde ich wollen, aber (3) zum
202 Beispiel, ich will eine Schraube andrehen. (2) Wenn mein Kleiner Finger nicht geht,
203 dann müsste ich so lange trainieren, bis der kleine Finger geht. Der Vater hat mir
204 dann gesagt, dass ein paar Sachen nicht mehr gehen, ja.
205 I: Machst du noch immer Therapie?
206 HERR C: Ja, ich mach auf jeden Fall weiter. Ja, ja! Ich mein Ok, ich muss auf ein
207 paar Sachen verzichten. Vielleicht verzichte ich auf meinen kleinen Zehen. (...)
208 I: Mhm. Bist du jetzt freigestellt oder bist du in irgendeinem Arbeitsprogramm?
209 HERR C: Ich war vor einem halben Jahr oder was in (O) unten. Da bin ich der
210 jüngste Pensionist, was ich kenne.

211 I: Du bist Pensionist?
212 HERR C: Ja!
213 I: Warum haben sie dich in Pension geschickt?
214 HERR C: Ich weiß nicht. Ich bin schon in Pension, ja. Ich hätte mir das eigentlich
215 nicht so vorgestellt. Also noch nicht mal die Lehre abgeschlossen und schon in
216 Pension gegangen.
217 I: Mhm. Mit welcher Begründung haben sie dich pensioniert?
218 HERR C: Nein, einfach in Pension. Aus! Ich hab gedacht juhuuu. Ich hab mir
219 gedacht, weil ich hab so ein Freundschaftsbuch, das heißt doch Freundschaftsbuch
220 oder? Wo alle Freunde hineinschreiben.
221 I: Genau, ja.
222 HERR C: Da hat jeder zweite als Pensionist als Berufswunsch reingeschrieben. Beim
223 Dritten wo ich das gelesen habe, hab ich gedacht, Pensionist? Das ist irgendwas
224 Feines. Da muss irgendwas sein. Jetzt bist in Pension. Jetzt denkst dir scheiße! Das ist
225 gar nicht so lässig, wie sie geschrieben haben.
226 I: Also du würdest schon gerne irgendeiner beruflichen Tätigkeit nachgehen?
227 HERR C: Mhm. Ich fühl mich so, (1) wart wie soll ich sagen, (3), ich möchte gern
228 was verändern, verstehst?
229 I: Mhm.
230 HERR C: Am liebsten hätte ich gern was (2), Polizist zum Beispiel. Es muss mich
231 nicht gerade Unsterblich machen, aber ich mein, (1) was mich noch in Jahrzehnten,
232 zehn oder zwanzig Jahren, wo sie sagen, der hat damals das und das gemacht.
233 I: Also du möchtest etwas bewirken.
234 HERR C: Mhm (3). (wirkt schon ein wenig müde und unkonzentriert)
235 I: Du würdest schon gerne einer beruflichen Tätigkeit nachgehen, oder habe ich das
236 falsch verstanden?
237 HERR C: Ich tät schon gern. Ich mein, ich geh dreimal die Woche rauf ins Fitness
238 Center. Und ich geh mit meinem Hund spazieren. Und ich hätte auch schon eine Idee,
239 weil ich so kreativ bin. Jeder hat gelacht dem ich es erzählt habe. Ich möchte einen
240 Blitz empfangen. Ich hab mir Gedanken gemacht, was braucht die Menschheit? Was
241 brauchst du, was braucht die, was braucht der oder was braucht jeder Mensch? Naja,
242 es ist Energie, oder? Naja, Energie. Ein Blitz hat viel Energie. Ok passt, dann hab ich
243 gelesen in der Zeitung, da war ich in (G.) in der Pensionsversicherung. Da hab ich
244 gelesen, da ist ein Kind von einer Frau von einem Blitz getroffen worden. Dann hab
245 ich mir gedacht, naja, wenn wir einen Blitz fangen könnten und den speichern
246 könnten und danach wieder schön abgeben, dass wär eine neue Erfindung, hey!
247 I: Mhm. Machst du etwas, um aus der Pension raus zu kommen? Gefallen tut es dir ja
248 nicht, hast du gesagt.
249 HERR C: Ja, ich bin jetzt ja in Pension, hab ja Zeit genug ((lacht)). Aber Pension ist
250 nicht so schön. Also (...). Ich hab kein Auto, ich kann nirgendwo hinfahren. Ich kann
251 mit dem Zug fahren.
252 I: Wäre es möglich, dass du den Führerschein wieder machst?

253 HERR C: Ja ich will, dass mach ich sicher. Ich mein ok, die Euphorie, die was ich mit
254 siebzehn gehabt habe, die hab ich nicht mehr.

255 I: Mhm.

256 HERR C: Da war ich so. Weil mit siebzehn war jeder zweite Satz irgendwas mit
257 Autos. Mit Auto dies, Auto das. Das ist jetzt verschwunden.

258 I: Also die Prioritäten haben sich verschoben?

259 HERR C: Mhm genau.

260 I: Müsstest du den Führerschein jetzt nachmachen oder hast du ihn noch?

261 HERR C: Ja jetzt schon, aber Vater hat gesagt: mit einer Hand lassen sie dich nicht
262 mehr fahren! Wenn du nur mit einer Hand kannst, dann musst schauen, dass die
263 zweite Hand geht. Weil die kann nicht gehen, weil die ist angewachsen ((lacht)). Da
264 musst schauen, dass du mit beiden Händen kannst, weil mit meinem Vater hab ich
265 schon mal Autofahren probiert.

266 I: Du kannst das Auto aber umbauen lassen.

267 HERR C: Ja, aber das ist, was ich nicht machen will. Das ist wieder meine eigene
268 Denkweise. Ich möchte das nicht, weil, ich möchte sagen (...). Ich will da nicht so
269 viel rein bauen oder umbauen. Ich hab das einmal probiert mit meinem Vater. Der
270 Vater ist daneben gesessen und hat mich einmal fahren gelassen. Und dann hab ich
271 müssen blinken, dann bin ich fast verzweifelt.

272 I: Mhm.

273 HERR C: Ja, umbauen, das gibt es alles, aber ich will das nicht! Ich kämpfe weiter.
274 Ich hab mir gedacht, ich werde sowieso hundert und (3). Verstehst, ich will was
275 schaffen, was mit (0,5) was jedem (0,5) was gut ist für jeden. Wo jeder was (0,5)
276 machen kann.

277 I: Mhm. Wie waren die nachfolgenden Monate für dich?

278 HERR C: Ruhig ((lacht)).

279 I: Mm, ich meine wie bist du mit der Situation umgegangen?

280 HERR C: Normal.

281 I: Es ist für dich normal weiter gegangen?

282 HERR C: Mhm.

283 I: Ich meine, hast du Unterstützung gehabt? Von der Hilfe her, haben dich deine
284 Familie und Freunde unterstützt?

285 HERR C: Ich weiß noch. (1) Ja, warte mal. (1) Ich war halt ein halbes Jahr auf der
286 Intensiv. Da hat niemand rein dürfen. Dann war, bin ich ins Rehazentrum gekommen.
287 Da haben sie schon langsam rein können, die Eltern. Nachher sind die Freunde
288 reingekommen. Die haben dann ein bisschen Golf gespielt mit der Kiste. Ich weiß
289 nicht, kennst du die Kiste mit dem kleinen Ball. Das haben sie mit mir gespielt. Der
290 ist mit Sand gefüllt. Haben wir herumgeschossen. Mit einer Hand ist's gegangen.
291 Was war noch? Was kann ich dir noch erzählen?

292 I: Wie hat die Unterstützung von deiner Familie ausgesehen, oder was haben deine
293 Freunde mit dir unternommen?

294 HERR C: Die haben mit mir Ball gespielt. Mit den Freunden weiß ich noch, haben
295 mit dem Ball hin und her geschossen. Haben mit dem Ball geschossen, und ich hab

296 zurückgeschossen. Und zwar so fest, dann haben sie gewusst, der ist wieder gesund
297 hihi ((lacht)).

298 I: Also deine Freunde haben dich nicht im Stich gelassen?

299 HERR C: Nein! Das war schon, wo sie mich gesehen haben, wo sie gewusst haben,
300 dass mir so etwas passiert ist, haben sie. Da haben sie. Ein paar haben gesagt, sie
301 haben die Nacht nicht schlafen können, sie haben nur geraucht. Ein paar haben
302 getrunken. Die anderen haben geraucht. Die haben durchgemacht. Das war nicht
303 normal. Meine Eltern haben mich auch unterstützt. Die haben mir erzählt, ich war die
304 erste Zeit im (O). Da waren die ganzen Maschinen herum, haben sie mir erzählt. Da
305 sind die Ganzen Maschinen um das Bett herumgestanden und die haben gepiepst.
306 Dann ist ein Arzt gekommen und hat irgendetwas verstellt, und auf einmal hat überall
307 alles ausgeschlagen und dann hab ich mein Unterbewusstsein, mein Unterbewusstsein
308 hat dann gemerkt, als wie meine Eltern da wären. Dann ist es mir besser gegangen,
309 als wie wenn sie gegangen wären. Dann hat er sie dagelassen. Unterbewusst ((lacht)).
310 Er hat gesagt, sie sollen da bleiben. Das hat er gesagt, wo er gemerkt hat, dass es mir
311 besser geht.

312 I: Wie war das, als du aufgewacht bist? Hast du gewusst was passiert ist?

313 HERR C: Nein. Ich weiß, das erste Mal wo ich aufgewacht bin, ich hab irgendwo
314 geschlafen. Ich war in (O) unten. Ich weiß nicht. Irgendwo bin ich dann, das weiß ich,
315 da hab ich mich aufgestützt. Mit einer Hand so aufgestützt. Hab ich so geschaut im
316 Liegen, hab die rechte Hand probiert. Ok passt, die geht. Dann hab ich die Linke
317 probiert, die Linke die, die geht nicht. Scheiße! Dann nehmen wir halt die Rechte
318 ((lacht)). Und so schön langsam, schön langsam, hab ich dann gemerkt, was alles
319 passt. Was alles noch geht. Dann wollte ich, ich weiß nicht mehr genau wie ich das
320 gelernt hab. (1) Mit dem Fuß, weil der Fuß war ja am Anfang komplett eingeschlafen.
321 Der war, der war, nicht in Pension. Der war nicht in Pension, der war tot. Ja, der war
322 eher mehr tot, weil, der hat gar nichts mehr gemacht.

323 I: Mhm.

324 HERR C: Weil, ich wollte aufstehen, hab ich nicht können auf dem linken Fuß
325 stehen. Sondern nur auf dem Rechten. Hab ich halt nur auf dem Rechten. Dann bin
326 ich zuerst gehüpft. Und schön langsam mit dem Linken probiert auftreten. Da sind
327 eher große Muskeln drinnen. Die haben sich schnell erholt. Das erste Mal gehen, das
328 war in Kroatien unten, mit meiner Oma.

329 I: Urlaub?

330 HERR C: Urlaubspension. Die nicht bezahlte Urlaubspension ((lacht)).

331 I: Bekommst du kein Geld von der Pensionskasse?

332 HERR C: Ja, das schon. (1) Und da sind wir viel gegangen. Da sind wir jeden Tag
333 gegangen. Das erste Mal bin ich unten gesessen auf einem Radl. Weist eh, auf so
334 einem Dreirad. Mit so einem Dreirad. Dann bin ich lange Zeit mit dem Rad gefahren.
335 Dann hab ich langsam angefangen zu gehen.

336 I: Mhm.

337 HERR C: Dann hab ich mir gedacht, super hey! Dann habe ich das Radl, ich glaube
338 in Graz hab ich ein so ein Radl bestellt. Ein Radl für mich. Dann hab ich so ein Radl

339 bekommen, ein Dreirad, was für mich hergestellt worden ist. Dann dreh ich immer
340 eine Runde da.

341 I: Wie sehr behindert dich deine Einschränkung?

342 HERR C: Das ist schwer. Hm, ja. Es ist, ich sag einmal so, es ist eine Behinderung
343 da, aber ich probiere eh. Ich kann sagen, zum Beispiel mit der linken Hand kann ich
344 noch nicht. Gel du (((fängt mit seinem Arm zu sprechen an))), aber ich probiere zum
345 Beispiel. Ich war in (O), da haben sie gesagt, ich soll meine Hand einsetzen. Ok passt,
346 setze ich sie ein. Zum Beispiel beim Duschen. Wenn ich mich runterdusche, dann tue
347 ich die Brause hinein in die Hand und dann dusch ich mir hinten den Rücken runter.
348 So das sie auch was macht. Viel geht nur mit der rechten Hand.

349 I: Mhm.

350 HERR C: Sie ist ja meine Hilfshand. Ich habe mir gedacht. Ich war in Therapie,
351 meine Nachbarin die ist Therapeutin. Wo sie noch oben war, war sie Therapeutin,
352 und da bin ich fast jeden Tag zu ihr gegangen. Sie hat meine Hand ausgedehnt. Der
353 Schmerz hat so wehgetan. Da hab ich mir gedacht, weil es so gezogen hat, ich geh an
354 die Decke. Sie hat immer gesagt, du musst schon sagen wenn es weh tut. Hab ich
355 gesagt, nein. Sie hat mir gesagt, ich muss den Unterschied wissen zwischen ziehen
356 und wehtun. Ach so. Also es zieht nur. Ziehen passt, ziehen darf es.

357 I: Hat sie auch Übungen gemacht mit dir?

358 HERR C: Ja, Übungen hat sie gemacht.

359 I: Hat das geholfen?

360 HERR C: Ja du. Die war am Anfang so ((zeigt seine Hand wie sie vorher war)). Jetzt
361 ist sie da ((zeigt, wie die Hand jetzt ist)).

362 I: Mhm.

363 HERR C: Das wird noch werden. Ja im Vergleich zum Anfang, geht es besser, aber
364 ist immer noch zu wenig.

365 I: Mhm. Nochmals zu deinen Freunden, hast du mit denen auch was unternommen?

366 HERR C: Ich hab nicht mehr so viele Freunde, die sind alle abgesprungen. Jetzt hab
367 ich noch eine Hand voll. Die wollten nichts mehr wissen.

368 I: Wie viele Freunde hast du noch?

369 HERR C: Drei, vier die sind noch da. Da erkennst dann die wahren Freunde! Früher,
370 die Freunde die waren da. Ich war der Erste der was Arbeiten gegangen ist. Der Geld
371 gehabt hat und ein Auto gehabt hat. Ich bin mit denen überall hingefahren. Jedes
372 Wochenende waren wir unterwegs. Da sind wir irgendwohin gefahren. Da habe ich
373 mehr als genug Freunde gehabt. Da habe ich genug gehabt. Dann war das. Auf einmal
374 waren sie alle weg. Da hab ich mir gedacht Okay.

375 I: Also du hast nicht mehr viel Kontakt mit deinen alten Freunden gehabt.

376 HERR C: Nein, da war nichts mehr.

377 I: Mhm. Bei welcher Tätigkeit schränkt dich deine Behinderung?

378 HERR C: Beim Schlafen schränkt mich nichts ein ((lacht)).

379 I: Mhm, ok. Schränkt dich deine Behinderung sehr ein? Kannst Du das näher
380 beschreiben?

381 HERR C: Naja, ich bin, was ich so höre von meinen Geschwistern und so, bin ich halt
382 ziemlich faul geworden zu vorher.
383 I: In wie fern faul geworden?
384 HERR C: Naja, faul! Das ich viele Sachen nicht machen will und so. Weil ich, weiß
385 es auch nicht. Ich glaube sie haben gesagt, ich bin zu schnell zu sehr angestrengt.
386 I: Mhm.
387 HERR C: Es ist so, dass ich keinen richtigen Antrieb habe mehr.
388 I: Im Vergleich zu Früher?
389 HERR C: Ja. Naja, es ist so. Ich kann ja sagen, ich gehe ins Fitnesscenter und machen
390 sind zwei verschiedene Paar Schuhe. Ich sag aber auf jeden Fall, ich gehe ins
391 Fitnesscenter, ob ich dann wirklich etwas mache, ist meine Sache ((lacht)).
392 I: Warum gehst du ins Fitnesscenter, oder bist du einfach gerne dort?
393 HERR C: Ja, man kann reden, man kann Kaffee trinken, man kann dies und das
394 machen. Hmm, ja doch, ich mach schon. Aber ich mach schon Übungen die was mir
395 auch helfen.
396 I: Mhm.
397 I: Aber wieso gehst du dann ins Fitnesscenter? Einfach um Leute zu treffen?
398 HERR C: Kontakte, einfach Kontakte zu knüpfen. Ist auch was.
399 I: Hm. Mal ein anderes Thema. Hast du auch Unterstützung von öffentlicher Seite her
400 bekommen?
401 HERR C: Ja, meine Mama hat mich gut versichert. Sie hat gesehen meine Arbeit
402 kann gefährlich werden. Da kann viel passieren. Deswegen hat sie alles versichert.
403 Das ist gut!
404 I: Mhm:
405 HERR C: Ich bin versichert geworden. Ich hab eingezahlt und ich beziehe jetzt schon
406 Pension ((lacht)).
407 I: Willst du etwas daran ändern?
408 HERR C: Ja, ich will was machen, ich will für etwas da sein.
409 I: Mhm.
410 HERR C: Ich will einmal haben, dass sie sagen, von mir aus in 20, 30, 40 vielleicht in
411 100 Jahren: Ja der hat das damals gemacht! Das will ich sein.
412 I: Mhm. Also du willst schon was machen und nicht dein ganzes Leben nur von der
413 Pension leben?
414 HERR C: Nein, das will ich nicht. Ich möchte zum Beispiel auch (2). Das war so
415 cool, das kann man sehen wie man will. Mein Opa hat gearbeitet von seinem 15.
416 Lebensjahr an, bis drei Wochen vor seinem Tod hat er gearbeitet. Also der war immer
417 aktiv. Der war mit 70, war der unterwegs. Hat er für den was geholt, für den was
418 geschaut, ist mit meinem Hund gegangen und alles. Der hat viel gemacht. Der war
419 immer körperlich aktiv. So möchte ich auch sein! Einfach immer was tun. Also immer
420 da sein. Ich möchte gebraucht werden, verstehst?
421 I: Mhm. Welche Tätigkeit würdest du gerne nachgehen?

422 HERR C: Ja! Also meine Mama meint da immer: Du kannst das eh nicht! Wie willst
423 denn du wieder was arbeiten, wenn du nach drei Stunden schon müde bist? Weist was
424 das heißt, arbeiten? Naja.

425 I: Mhm. Strengt dich arbeiten an?

426 HERR C: Ja also schau. Also ich bin jetzt in Pension Ok? Ich lieg jetzt nicht den
427 ganzen Tag im Bett. Ich geh mit dem Hund spazieren, mach dies und das, geh Rad
428 fahren im Sommer, geh ins Fitnesscenter. Ich lieg nicht die ganze Zeit im Bett und
429 wart auf den Tod. Verstehst?

430 I: Mhm.

431 HERR C: Weil (1) ich will dem Tod ein Schnäppchen schlagen. Verstehst? ich will
432 irgendwas machen, irgendwas tun, was für die Menschheit. Was irgendeinem was
433 hilft. Verstehst?

434 I: Mhm.

435 HERR C: Zum Beispiel so, (4) und wenn es nur ist, dass ich Kindern Geschichten
436 vorlesen. Das kann ich auch. Ich bin voll begeistert.

437 I: Hast du dir schon überlegt eine Umschulung zu machen?

438 HERR C: Ich hab jetzt was im Fernsehen gelesen. Ich schau viel fern ((lacht)). Zum
439 Beispiel mit Tieren, das wäre zum Beispiel was für mich. Alles was da so anfällt. Ich
440 würd das sogar freiwillig machen. So Benefiz oder wie sagt man das. Wenn ich das
441 freiwillig mach und nichts verlange dafür. Einfach das ich mit dem Hund spazieren
442 gehen kann. Dann geh ich halt mit dem Hund spazieren. Ich bin, wie sagt man das?
443 (1) Ich bin mir für nichts zu schade.

444 I: Mhm. Also, es ist für dich nicht wichtig, dass du bezahlt wirst für deine Tätigkeit.

445 HERR C: Ja genau.

446 I: Hättest du dir von öffentlichen Einrichtungen Hilfe erwartet oder gewünscht?

447 HERR C: Ich weiß nicht ob ich das wollen hätt. Die Pensionsversicherung, die zahlt
448 solange bis ich einen Beruf habe, wo ich mehr als 300 Euro verdiene. Ich darf nicht
449 mehr als 300 Euro verdienen, weil sonst nehmen sie mir das von der Pension weg.
450 Was ich mehr verdiene. Aber, (3) was willst noch wissen?

451 I: Mhm. Du hast sonst keine Unterstützung bekommen, hab ich das richtig
452 verstanden?

453 HERR C: Naja, nicht so viel. Nicht so (...) Ich weiß zwar nicht genau, aber
454 irgendwann hab ich dann selber geschaut und gemacht. Verstehst? Der J. M. in
455 Klagenfurt hat mir so eine aktive Schiene gegeben. Die was ich jetzt nicht oben hab.
456 Da hab ich Unterstützung bekommen von ihm. Wir haben da so einen guten Draht
457 zueinander.

458 I: Vom AMS oder der Pensionsversicherung, da ist nichts passiert?

459 HERR C: Nein.

460 I: Gar nichts?

461 HERR C: Gar nichts.

462 I: Gibt es irgendwas, was du dir von öffentlicher Seite gewünscht hättest?

463 HERR C: Ich weiß nicht was die machen.

464 I: Mhm. Dich unterstützen wegen einer Umschulung zum Beispiel?

465 HERR C: Nein, ich weiß schon. Ich weiß schon was das ist. Das habe ich nicht
466 gehabt, nein. Ja mit mir ist es schwierig, das hast du ja schon gemerkt ((lacht)). Also,
467 ich kann immer nur das gleiche sagen. Automechaniker. Ich hab das schon seit
468 meinem dreizehnten oder vierzehnten Lebensjahr können. Auf Autos
469 herumschrauben! Wenn mir zum Beispiel in einem Rehazentrum jemand ein Blatt
470 gegeben hat, und gesagt hat, zeichne ein Bild. Ich hab immer nur ein Auto gemalt.
471 Alles was ich kann ist Auto, Auto, Auto. Nur die Euphorie ist schon verschwunden.
472 I: Es gibt ja noch andere Berufe die mit Autos zu tun haben. Das musst du ja nicht
473 Mechaniker sein. Zum Beispiel Autoverkäufer?
474 HERR C: Nein. Ich bin so schnell auf 180. So schnell kannst nicht schauen, schneller
475 als ein Ferrari ((lacht)).
476 I: Also bist du nicht der geduldigste Mensch?
477 HERR C: Ja das ist gut gesagt, schön gesagt! ((lacht))
478 I: Hast du sonst noch Wünsche in Bezug auf Hilfestellungen beispielsweise?
479 Herr C: (2) Na ja, ich weiß nicht. Hm (1), nein ich weiß nicht.
480 I: Mhm. Fällt dir noch etwas ein, was dir wichtig ist, was du noch sagen möchtest,
481 was noch nicht angesprochen wurde?
482 HERR C: Hmm, weiß ich eigentlich nichts, nein.
483 I: Ok, dann danke für das Gespräch und das du dir für mich Zeit genommen hast.
484 Alles Gute für die Zukunft
485 HERR C: Danke, hab ich gern gemacht.

12.5 Interview 4

- 1 I: Wie alt bist du?
- 2 FRAU D: Zweiundzwanzig.
- 3 I: Wo bist du geboren und aufgewachsen?
- 4 FRAU D: Geboren bin ich in (O) und aufgewachsen im (O). (genauere Ortsangabe).
- 5 I: Wie ist dein derzeitiger Familienstand?
- 6 FRAU D: Ich bin in einer sehr turbulenten Beziehung, Lebensgemeinschaft. Aber
- 7 ledig. Freund.
- 8 I: Wohnst du derzeit alleine oder bei deiner Familie?
- 9 FRAU D: Bei meiner Familie. Bei meiner Mama.
- 10 I: Bei deiner Mama.
- 11 FRAU D: Ja.
- 12 I: Was ist deine höchste abgeschlossene Schulbildung?
- 13 FRAU D: Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester.
- 14 I: Ok und übst du diesen Beruf derzeit aus?
- 15 FRAU D: Ja, ich bin immer noch Krankenschwester.
- 16 I: Ok. Hast du einen Behindertenausweis?
- 17 FRAU D: Ja, ich habe einen Behindertenausweis.
- 18 I: Welchen Grad der Behinderung hast du?
- 19 FRAU D: 65.
- 20 I: 65.
- 21 FRAU D: Ja.
- 22 I: Hast du den von dir selber aus beantragt, oder ist dir dazu geraten worden?
- 23 FRAU D: Der Antrag wurde eigentlich in der Reha gemacht. In der Rehaklinik wo ich
- 24 war, in (O), ist der ausgestellt worden. Also das Formular haben wir mit den
- 25 Therapeuten ausgestellt.
- 26 I: Mhm. Warum hast du dich dazu entschlossen einen Behindertenausweis zu
- 27 beantragen?
- 28 FRAU D: Es war einfach nur, ähm, als Absicherung bei meinem Arbeitgeber habe ich
- 29 das deswegen gemacht.
- 30 I: Hm.
- 31 FRAU D: >Weil ich doch länger im Krankenstand war<, haben wir das mit den Ärzten
- 32 und mit Therapeuten so besprochen, dass es besser wäre den zu beantragen.
- 33 I: Mhm. Wie lange warst du denn im Krankenstand?
- 34 FRAU D: Also, warte mal. (1) Also zuerst waren es zehn Monate, dann bin ich wieder
- 35 ein Monat Arbeiten gegangen und dann war ich wieder fünf Monate Krankenstand.
- 36 I: So lange?
- 37 FRAU D: Ja, nach der Reha bin ich ja auf der (...) wieder angefangen. Dann aber
- 38 musste ich operieren gehen. Bandscheibenvorfall.
- 39 I: Aha.

40 FRAU D: Dann ist es wieder, (1) dann ist das noch zusätzlich kommen.
41 I: Aber vom Schlaganfall waren es nur die zehn Monate?
42 FRAU D: Ja so ca.
43 I: Aha, ok. Hast du Angst gehabt, dass sie dich aufgrund deiner Beeinträchtigungen
44 kündigen?
45 FRAU D: Na ja, das eigentlich nicht. Man kann sich halt nicht sicher sein. Was würde
46 ich denn ohne Arbeit machen? Ich mein, ich hab so viel gelernt dafür. Ich wollte schon
47 immer was im sozialen Bereich machen. Mit Menschen zusammenarbeiten. Da hast du
48 immer eine Abwechslung, gerade als Krankenschwester. Außerdem brauch ich doch
49 das Geld, denn von was soll ich denn sonst leben? Also, ich will mir ja auch was leisten
50 können und wenn nicht in meinem Alter, wann dann?
51 I: Hm.
52 FRAU D: Also ich kenn viele, die jetzt keine Arbeit mehr haben. Denen geht es, na ja,
53 denen geht es überhaupt nicht gut.
54 I: Mhm, ok. Konntest du nach auftreten deines Schlaganfalls, deine Arbeit problemlos
55 fortführen, oder hast du in irgendeiner Form Hilfe benötigt?
56 FRAU D: (2) Also, Schwierigkeiten bei mir (1) Es war so, ich hab nicht mehr meinen
57 Dienst machen können. Beim Schichtdienst ist halt gar nichts mehr gegangen. Weil
58 Konzentrationsschwächen eben waren und dann zwölf Stunden Dienst eben. Das war
59 zu lang. Und deswegen habe ich dann auch ähm (0,5), beantragt weniger zu arbeiten.
60 >Also nicht mehr 100 Prozent, sondern 50 Prozent zuerst< und dann nach einem halben
61 Jahr, haben wir aufgestockt auf 75 Prozent. Aber vor allem von Montag bis Freitag
62 habe ich dann gearbeitet und das Höchste, dass aller Höchste waren acht bis zehn
63 Stunden.
64 I: Mhm. Waren das deine regulären Arbeitsstunden oder waren da auch Überstunden
65 dabei?
66 FRAU D: Nein, nein wir haben schon versucht die reguläre Arbeitszeit einzuhalten. So
67 wenig wie möglich Überstunden gemacht. Aber dann ist es wieder aufwärts gegangen
68 mit den Überstunden. Aber zuerst haben wir schon probiert das einzuhalten. Also, am
69 Anfang war da wirklich die Konzentrationsschwäche, das war mein Manko.
70 I: Mhm.
71 FRAU D: Also, die Konzentration überhaupt, vor allem auf die gesamte Zeitspanne.
72 I: Hm.
73 FRAU D: Ja, es war also (2) überhaupt, es war extrem, extreme Anspannung den
74 ganzen Tag. Es war also, >wo ich vorher keine Probleme gehabt hab<, dann hab ich
75 mich immer voll konzentrieren müssen bei den Sachen, was dir vorher wie im Schlaf
76 gegangen ist.
77 I: Hast du gewisse Sachen wieder neu lernen müssen?
78 FRAU D: Nein, bei mir war das ja so. Ich hab ja nämlich ähm (1) wo ich neu
79 angefangen hab zu arbeiten, war nämlich ein anderer Stationswechsel auch noch und
80 ich hab sowieso den Arbeitsablauf neu erlernen müssen.
81 I: Also neue Aufgabe, auf der neuen Abteilung?

82 FRAU D: Ja genau. Weil das ist ja ein komplett anderes Fachgebiet irgendwie. Zuerst
83 war ich auf der Neurologie. Und dann bin ich auf die Dialyse gekommen nach dem
84 Krankenstand.
85 I: Ok, also ein gewünschter Wechsel?
86 FRAU D: Ja der war gewünscht.
87 I: Oder gezwungen?
88 FRAU D: Nein, nein gewollt, gewünscht. Nein, die waren sehr freundlich, vor allem
89 was sie alles mitgemacht haben. Was sie mir damals echt zugetraut haben. Das war
90 echt (3).
91 I: Also wurdest du von Seiten des Krankenhauses unterstützt?
92 FRAU D: Also von meinem Arbeitsgeber wurde ich gut unterstützt. Also das war echt
93 sehr schön.
94 I: Also du hast keine besondere Unterstützung bei deiner Berufsausübung benötigt?
95 FRAU D: Nein, die habe ich nicht gebraucht.
96 I: Also waren deine Einschränkungen nach dem Schlaganfall nicht so schlimm?
97 FRAU D: Nein, bei mir war es einfach nur die Konzentrationsschwierigkeit, war bei
98 mir. Und ähm, ich hab die Einschränkungen in dem Sinn gehabt, also mit dem
99 Ausdrücken, beim Sprechen.
100 I: Mhm.
101 FRAU D: Was jetzt auch noch ist, aber nur mehr gering. Aber zuerst war das wirklich
102 schlimm. Du hast das nicht können in Worte fassen und hast das mit anderen Worten
103 erklären müssen, als du die eigentlich sonst gebraucht hast. Also es war schon schwer.
104 Das war blöd, wenn dir nicht zum Beispiel „Baum“ eingefallen ist. Dann hast wieder
105 müssen irgendwas erklären. Ja das, wo so ein Stamm ist und oben Äste, oder
106 irgendetwas anderes, ja.
107 I: Aber du hast gewusst, was ein Stamm und ein Ast ist?
108 FRAU D: JA. Ja, das schon. Nur mir ist das Wort nicht eingefallen oder wie das heißt.
109 I: Hat dich ähm, diese Wortfindungsstörung nur im Privatleben beeinträchtigt, oder nur
110 in der Arbeit?
111 FRAU D: Nein überall. Also, privat und so ist das schon eigentlich gegangen. Das hat
112 mich schon fertig gemacht. Das ist (1) naja, anderen Leuten ist es ja nicht so
113 aufgefallen. Weil also, da haben wir also echt trainiert in der Reha. Weist eh, mit Ergo
114 und verschiedensten Sachen mit der Logopädin. Das haben wir alles trainiert. Und ich
115 hab auch fest, ich hab auch fest gelesen und fest gesungen. Und bei mir ist ja, das ähm
116 (0,5), bei mir haben sie ja damals gesagt, die Neurochirurgen und die Neurologen, dass
117 durch das Singen, das ist Gott sei Dank schnell wieder gekommen bei mir.
118 I: Mhm. Hat man da einen Zusammenhang gesehen zwischen dem Singen und der
119 Sprachstörung?
120 FRAU D: Es gibt immer wieder Studien, gibt es da wohl von dem her. Also ja, die (...)
121 hat gesagt, es ist ganz sicher, weil die beiden Gehirnhälften fest beansprucht werden.
122 Weil du eben auf die Melodie und auf den Gesang selber und auf den Text und das
123 alles schauen musst. Also das war volles Training eben. Und ich hab ja auch oben in
124 der Reha, oben hab ich meine Proben gemacht. Ich hab ja eine Kleingruppe damals

125 gehabt. Mit dem Herrn C. zusammen, mit meinem damaligen Freund. Und ähm, da
126 haben wir öfters Auftritte gehabt. Da habe ich auch dürfen, von der Reha, inoffiziell zu
127 Auftritten gehen. Das war meine Therapie ((lacht)). Wir haben viele Geburtstage
128 gesungen, das war echt witzig. Und die Kleingruppe, die sind hinaufgekommen zum
129 mir, das war echt cool und dann haben wir ein Klavier bekommen.

130 I: Echt?

131 FRAU D: Ja, zum üben. Damals war noch, ähm das Wohnen, wo auch so eine kleine
132 Wohnung ist. Das hat glaube ich irgendwie Probewohnen geheißen und da habe ich das
133 Klavier eben dort gehabt und da bin ich immer trainieren gegangen.

134 I: Hat es Situationen gegeben wo du dir Unterstützung erhofft hättest?

135 FRAU D: (3) Nein, Unterstützung selber. Ich war nur froh, dass (...) das bei mir nur
136 mein Kurzzeitgedächtnis war, eben die Aussetzer immer, was ich gehabt hab. Und
137 beim Langzeitgedächtnis, also das was ich in der Ausbildung gelernt hab, war Gott sei
138 Dank da. Da ist ja alles gut gegangen. Nur ähm, im Team war schon, also war es schon
139 hart sich wieder einzugliedern. Also das war echt, das ist bis jetzt nicht gegangen. Ich
140 bin irgendwie immer so ein rotes Tuch gewesen für alle.

141 I: Wie meinst du das?

142 FRAU D: Es war, sie haben gedacht, ich bin da weist eh, >irgendwie mehr bevorzugt<
143 bei gewissen Sachen. Und da war die Eifersucht leider in meinem Beruf, war recht
144 extrem.

145 I: Mhm.

146 FRAU D: Es hat zwar keiner gesagt, aber man hat es gespürt. Das war halt °das
147 Einzige°. Also da war ein Team und ich bin nicht mehr so richtig ins Team
148 aufgenommen worden. >Deswegen hab ich dann auch gewechselt<. Und Dialyse war
149 das, was ich mir eigentlich immer gewünscht hab. Gott sei Dank. Das wollt eh keiner
150 machen. Und dann hab ich eigentlich meinen eigenen Job eben gehabt. Ich war die
151 einzige Krankenschwester dort. Da waren eine Sekretärin und die Ärzte. Da waren
152 eben verschiedene Arbeitsgruppen und da hat keiner irgendwie Eifersucht haben
153 können. Auf der Dialyse war das ein bisschen anstrengend, weil, normalerweise hast du
154 (1) ähm, eine längere Einschulung. Es ist einfach Not am Mann, wie in jedem Beruf.
155 Und ähm (1) normal sind über ein Monat Einschulung, aber meistens musst dann nach
156 zwei Wochen schon voll mitarbeiten, obwohl du es noch gar nicht so richtig kapiert
157 hast. Bei mir war <das halt so>, dass ich gewisse Sachen halt nicht so schnell erlernt
158 hab, also zumindest immer nachgefragt hab. Und dann hab ich gesagt, also dann musst
159 selber beantworten, ob du dafür geeignet bist. Sie selber wie du das machst mit den
160 Maschinen. Und da hab ich immer gesagt, nein ich sehe mich noch nicht so weit. Und
161 dann ist nämlich immer mehr gekommen. Ich bin mitgelaufen. Ich war im Stand
162 drinnen. Bin ich mitgelaufen. War, keine volle Kraft in dem Sinn gewesen.

163 I: Mhm.

164 FRAU D: Deswegen haben die Anderen (1). Ich mein nach einiger Zeit habe ich schon
165 verstanden, dass die auch einen Schleim bekommen, dass gewisse Dinge mehr zu
166 machen waren und das. Aber ich wäre nicht extra, weist eh, ich werde nicht sagen, ich

167 kann etwas, wenn ich es nicht kann. Es geht doch um Menschenleben, das ist ein
168 bisschen (...).

169 I: Mhm. Ja sicher. Das ist nicht so ungefährlich. Vor allem in diesem Job. Weil du ja
170 die Verantwortung auch dafür hast.

171 FRAU D: Eben.

172 I: War der Wiedereinstieg ins Berufsleben mit Ängsten verbunden?

173 FRAU D: Irgendwie schon.

174 I: Wovor hattest du am meisten Angst?

175 FRAU D: Also einfach nur ob ich es auch kann. Du hast einfach nur, du weißt, du hast
176 deine Schäden. Weil ich Krankenschwester bin, da hab ich einfach nur das im Schädel
177 gehabt. Es lässt immer wieder etwas aus, oder das Kurzzeitgedächtnis kommt gar nicht
178 mehr, oder hat noch mehr Schäden. Damals ist ja nicht klar gewesen, ob das wieder auf
179 geht das Aneurysma und der Schlaganfall, dass wieder irgendetwas zugeht. Deswegen
180 war einfach mehr die Angst verbunden, weil ich selber gewusst hab was da alles
181 passieren könnte.

182 I: Mhm.

183 FRAU D: >Und von der Arbeit selber habe ich auch Schiss gehabt<, wie das ganze
184 jetzt (2) ja, sein wird. Ob ich es schaffen werde. Ich hab ja auch gemerkt. Oben bei
185 gewissen. Es war ja schon immer, bei der Therapie wenn ich etwas lesen hab müssen,
186 dann habe ich verschiedene ähm. So Gezeitschriften oder irgendetwas, weist eh, wo
187 einfach nur ein Satz über den ganzen Absatz gegangen ist. Und dann, es war schwer
188 sich zu konzentrieren, bei meiner Konzentration. Ich hab es zwar gelesen zum Beispiel,
189 aber ich hab den Zusammenhang dann nicht mehr gewusst. Da hab ich schon ein
190 bisschen Schiss gehabt dann. Du liest zwar, aber du weist nicht was du gerade gelesen
191 hast. Weil einfach, so einfache Sätze sind ja gegangen, aber wenn längere Sätze waren.
192 (2)

193 I: Also es war für dich schwierig den Inhalt des Textes zu behalten?

194 FRAU D: Genau.

195 I: Das ist im allgemeinen Gesundheitsberuf schwierig oder? Wo ja die Texte so einfach
196 verfasst sind, so dass es ja jeder versteht.

197 FRAU D: Eben. Das war alles wovor ich Schiss gehabt habe. Und vor allem weil ich
198 gewusst hab, dass es ein neuer Tätigkeitsbereich ist.

199 I: Mhm. Wie fühlst du dich bei deiner jetzigen Arbeitsstelle? Jetzt wo du dich ein
200 bisschen eingearbeitet hast.

201 FRAU D: Ja, jetzt geht es.

202 I: Wie hat sich das Verhältnis zu deinen Arbeitskollegen oder Arbeitsgeber verändert?
203 Oder ist das gleich geblieben? Und können sie mit der Behinderung umgehen?

204 FRAU D: Also Arbeitskollegen haben teilweise nicht damit umgehen können, aber die
205 Vorgesetzten Gott sei Dank.

206 I: Also du hast Unterstützung von deinen Vorgesetzten bekommen?

207 FRAU D: Ja. Gott sei Dank. Das war wirklich ein fester Halt. Also <weil mit
208 gewissen>, wo ich Dienst gehabt habe, <war schon sehr anstrengend>. Du hast
209 gemerkt, dass du nicht sehr erwünscht bist.

210 I: Weil sie gedacht haben, dass du in irgendeiner Form Bevorzugt wirst?
211 FRAU D: Ja, das war sicher so.
212 I: Würdest du sagen, dass du bevorzugt wurdest?
213 FRAU D: Ich finde nicht. Für manche ja. Manche haben sich total hinter meinem
214 Rücken so aufgeregt, dass ich bevorzugt werde. Aber ich habe eigentlich dann eh alles
215 das gemacht dann ähm, was keiner machen wollt ((lacht)). Aber gesagt haben sehr viele
216 hinter meinem Rücken. Da habe ich auch sehr viel danach erfahren. Wo ich dann auf
217 die Nierenambulanz gewechselt bin, das sie sehr viel geschimpft haben.
218 I: Mhm. Hast du mit irgendwelchen Arbeitskollegen von dort noch Kontakt?
219 FRAU D: Ja doch. Mit ein paar habe ich schon Kontakt. So in etwa drei. <Bei den
220 anderen merkt man so richtig>. Hallo! Wie geht es dir? So richtig falsch eben.
221 I: Bist du froh, dass du gewechselt hast?
222 FRAU D: Sehr froh.
223 I: Also kann man sagen, dass deine Vorstellungen zum beruflichen Wiedereinstieg
224 erfüllt worden sind.
225 FRAU D: Ja.
226 I: Glaubst du, dass du die Möglichkeit die Station zu wechseln, auch ohne deinen
227 Schlaganfall bekommen hättest?
228 FRAU D: Jaja! Ähm, ich habe den Antrag schon vor meinem Schlaganfall gestellt.
229 I: Mhm.
230 FRAU D: Also der Antrag war schon bei der Pflegedirektion. Aber da habe ich schon,
231 ja. Das war eben im Jahr vorher, und danach. (1) Bevor ich eben eingestiegen bin, habe
232 ich Gespräche eben geführt mit meinem obersten Chef, mit der Pflegedirektorin und
233 mit dem medizinischen Direktor und ja. Mit denen, also ob ich jetzt, was ich jetzt
234 machen will und wo ich jetzt sage, ob das wirklich jetzt ein Neuanfang ist. Also das ich
235 den Antrag eben abgegeben hab und das ich dann wirklich anfang, auf der Dialyse.
236 Also da waren sie wirklich super. Weil, es war ein Neubeginn für alles. Also wenn
237 nicht von der ganzen Gesundheit, vom Krankenhaus, wenn die nicht von der ganzen
238 Situation Gebrauch machen um mir zu helfen, wer dann? Also wenn die wissen was zu
239 tun ist um mir zu helfen.
240 I: Also siehst du es als Vorteil, in einem Krankenhaus gearbeitet zu haben?
241 FRAU D: Ja, extrem. Also das war wirklich ein Vorteil für mich. Weil ich hab ja noch
242 mit gewissen anderen geredet, die dann einen Einzug in die Arbeit wollten machen.
243 Nach der Reha und das alles. Also gewisse Sparten, also wie soll ich sagen,
244 Privatwirtschaft und so, da hat fast keiner mehr irgendjemanden genommen.
245 I: Mhm.
246 FRAU D: Da ist es wirklich so. Also nicht nur Schlaganfall, auch MS Patienten oder
247 sonst irgendetwas. Das war ja dann, mit denen ich allen gequatscht habe. Also die
248 Meisten, die sind auf Langzeitkrankenstand geblieben. Und meistens sagen sie eben, so
249 wie beim Herrn P. Also ein Freund von mir, das Beste ist halt dann die Pension.
250 I: Invalidenpension?
251 FRAU D: Ja. Es ist so blöd für manche dann wieder Arbeit zu finden. So in Regionen
252 wie es bei uns ist. Ich weiß ja nicht wie es in der Stadt ist. Und halt welche Sparte du

253 halt so hast. Vor allem bei ihm ist es halt schwierig. Ja aber eine Dings gibt es ja. Eine
254 Gruppe gibt es ja unten in (O). Da ist nur eine einzige Dings, was einen Lehrabschluss
255 macht. So eine ABC Firma.
256 I: Mhm. So eine zusätzliche Sparte der Wiedereingliederung?
257 FRAU D: Ja genau. Ja aber da wartest du auch Ewigkeit, bis du da einen Platz
258 bekommst. Das ist blöd wieder. Und wenn du zu alt bist, dann geht es auch wieder
259 nicht.
260 I: Haben die eine Befristung?
261 FRAU D: Eine von meinem Chor, die ist behindert und ähm sie ist knapp noch
262 reingefallen, weil sie unter 18 war oder so.
263 I: Hm.
264 FRAU D: Ja. Aber sie war schon lange auf der Warteliste eben. (3)
265 I: Hm. Wie alt warst du, als du den Schlaganfall gehabt hast?
266 FRAU D: Neunzehn.
267 I: Welche Art von Schlaganfall hast du gehabt?
268 FRAU D: Bei mir war der Anfall selber, durch die Operation.
269 I: Ok, also der ist während einer Operation aufgetreten?
270 FRAU D: Ja, aber Gott sei Dank sind meine Schäden nicht so groß!
271 I: Wie ist es zu dieser Operation gekommen?
272 FRAU D: Die Operation selber? Weil bei mir das Aneurysma größer geworden ist.
273 Also ich hab ein Aneurysma im Schädel gehabt.
274 I: Mhm.
275 FRAU D: Also aufgefallen ist das bei meinem Nachtdienst. Ich hatte Kopfschmerzen.
276 Ich bin zum CT und das war ein reiner Zufallsbefund, dass das Aneurysma da ist. Und
277 dann hab ich eh gleich aufgehört zu arbeiten. Ja, und dann bin ich durch unseren
278 Primarius nach Wien gekommen ((lacht)).
279 I: Und in Wien bist du dann von jemandem operiert worden?
280 FRAU D: Also der Professor ist gerade von Amerika gekommen. Weil genau das, was
281 ich jetzt gehabt habe mit dem Aneurysma, hat er dort, jetzt eben, Jahre lang gemacht.
282 Und dann hat er es einfach bei mir auch gemacht. Eine neue Technik.
283 I: Mhm. Hast du auch Störungen gehabt?
284 FRAU D: Also, Bewegung, Sprach und Visuell. Ich hab alle gehabt.
285 I: Ok. Wie hat sich das ausgewirkt?
286 FRAU D: Bei <der Bewegung war, die linke Seite eben mit dem Fuß> war eine leichte
287 Einschränkung. Und meine linke Hand, leichte Schwäche, aber keine so extreme
288 Lähmung war es nicht. Es war einfach nur eine leichte Schwäche eben. Deswegen bin
289 ich auch öfter gefallen eben. Deswegen ist das auch, dass ich das mit den Bandscheiben
290 gehabt habe. Weil vom Gleichgewichtssinn hat das alles nicht mehr zusammengepasst.
291 Und beim Visuellen, ist eben Ausfälle, eben gewesen. Da hab ich dauernd die
292 Kontrollen gehabt. Aber die Ausfälle machen nichts, weil sie, ähm im Gesichtsfeld
293 weiter links oben gewesen sind. Also von dem her habe ich nicht so viele Schäden
294 gehabt. Es sind geringe Einschränkungen. Und beim Sprechen. Eine Zeit lang ist es gar
295 nicht gegangen. Und dann hat es danach eh wieder angefangen. Und ja. (3)

296 I: Hast du nach dem Krankenhausaufenthalt gleich mit der Reha begonnen?
297 FRAU D: Nein. Warte einmal. (1) Das war Oktober und ich hab aber erst im Jänner mit
298 der Reha begonnen, ja. Ähm. Ich hab auf einen freien Rehaplatz gewartet und das war
299 halt das Problem. Ich hab ja nicht können Heim, weil ich fest unter
300 Medikamenteneinfluss war. Ich hab müssen Medikamente nehmen, weil das Blut
301 irgendwie Gerinnungsstörung gehabt hat. Und dann habe ich, und dann haben wir aber
302 von Wien, weil ich ja draußen in dem Sinn ja keine Familie gehabt hab. Ähm, haben
303 wir gewechselt nach (O) und da habe ich rechtliche Probleme eben gehabt, weil man
304 kann nicht von einem höheren Krankenhaus in ein niedrigeres Krankenhaus wechseln.
305 I: Ach so?
306 FRAU D: Ja, das war ja ein festes Tamtam. Da habe ich ja viel zahlen müssen. Vor
307 allem die Rettung, der Transfer von Wien nach (O). Das war, wenn ich das gewusst
308 hätte. Ich bin eh mit so einer alten Rumsen von Wien nach (O) geliefert worden. Da
309 wär ich lieber in einem Taxi, in einem gescheitern gefahren. Und hätte die Taxipreise
310 gezahlt, nicht die Rettung.
311 I: War der Transport mit der Rettung so teuer?
312 FRAU D: Ja, nein, da hätt ich Selbstbehalt über 600 Euro oder 700 Euro zahlen
313 müssen. Wo die Krankenkassa dann nicht mitgespielt hätte und hin und her. Also da
314 war ein festes Tamtam. Gott sei Dank haben die Ärzte damals ein Schreiben gemacht,
315 in Wien. Weil dann haben sie eben gesagt, dass das von der psychischen Seite nicht
316 hergeht, dass sie mich in Wien behalten, ist für mich während ich auf Rehaplatz warte
317 und die Familie nicht draußen ist. Das haben sie dann gemacht. Und dann habe ich
318 eben wechseln können. Weil, ähm zum Schluss ist es ebenso herausgekommen, dass
319 die Klinik das so zahlen kann. Also das ist dann gegangen. Aber die haben lang, die
320 haben lang herum, mit den Rechtsanwälten und die Dings von der Krankenkassa und
321 die Versicherungen und hin und her, Schreiben geschrieben. Aber es war echt super.
322 Die Ärzte da.
323 I: Also es war wieder gut, dass du jemanden gekannt hast, der dich unterstützt.
324 FRAU D: Ja eben. Weil das meine Kollegen waren auf der Neuro. Ich bin in dem Sinn
325 auf die Station gekommen, wo meine Kollegen gearbeitet haben. Da bin ich ja gelegen
326 dann. Auf der Neuro, in (O).
327 I: Sind das die Arbeitskollegen gewesen, mit denen du nicht verstanden hast?
328 FRAU D: Nein, nein, da bin ich auf die alte Station gekommen, auf die Neuro. Mit
329 denen bin ich ja gut zurechtgekommen. Ich bin ja mit denen auf der Neuen, auf der
330 Neuen wo ich eingestiegen bin. Da habe ich diese Probleme gehabt. Also die Probleme
331 habe ich dann gehabt, nach dem Neueinstieg. Nach dem Schlaganfall beim Neueinstieg
332 auf der Dialyse. Da habe ich dann Probleme gehabt mit meinen Arbeitskollegen. Zuerst
333 auf der Neuro waren ja keine Probleme.
334 I: Ok.
335 FRAU D: Nein auf der Neuro, die sind echt total nett. Und da habe ich echt eine
336 bevorzugte Behandlung bekommen.
337 I: Hm. Wie bist du in den darauffolgenden Monaten mit deiner Beeinträchtigung
338 umgegangen? Wie ist deine Familie damit umgegangen?

339 FRAU D: Hm, sie haben micheinfach nur besucht. Das war ja das arge, weil am
340 Anfang da sind sie alle gekommen. Weil ich so lange war im Krankenhaus, das war
341 hart. Am Anfang war es mir zu viel, weil da ist mich jeder besuchen kommen. Von den
342 Arbeitskollegen bis zu Freunden und Familie. Aber nach ein paar Monaten ist dann
343 keiner mehr gekommen. Also nur meine Familie und ja. Da ist mein Freundschaftskreis
344 ein bisschen zurückgegangen. Weil da war wirklich (3). Besuche waren fast keine
345 mehr.

346 I: Also hauptsächlich nur Familie. Hat sich das später wieder gebessert?

347 FRAU D: Ja aber auch nur. Also nach der Reha wenn alles wieder in Ordnung war, bin
348 ich auf die Leute wieder zugegangen. Zuerst war einfach nur das jeder schauen wollte
349 wie es mir geht. Was ich habe und hin und her. Und dann war es irgendwie (1) ja,
350 keiner mehr gekommen.

351 I: Hättest du dir mehr von deinen Freunden gewünscht außer das sie dich besuchen?

352 FRAU D: Ja nein, die Besuche waren echt, das hat einem gut getan zum, über andere
353 Sachen reden. Aber ja. Also so weist auch wo die Freundschaft und deine Familie ist.
354 Ja da habe ich das erste Mal auch kapiert, was es eigentlich heißt. Da hab ich auch viel
355 Zeit zum Nachdenken gehabt. Du hast zwar von Montag bis Freitag zwar Therapie,
356 Vormittag vielleicht auch ein bisschen in den Nachmittag hinein. Aber dann, ja. Dann
357 war nichts mehr zu Tun. Viel Zeit zum Nachdenken. Da geht mir viel durch den
358 Schädel.

359 I: Mhm. Wie sehr schätzt du deine Einschränkung als Behinderung ein?

360 FRAU D: Nein ich sehe das eigentlich nicht als Behinderung.

361 I: Wie haben deine Familie oder Freunde auf deine Beeinträchtigung reagiert? Hast du
362 da etwas bemerkt?

363 FRAU D: Nein gemerkt, in dem Fall. Weil ich von der Konzentration her einfach
364 immer extrem müde war. So am Nachmittag. Ich hab dann auch immer in der Zeit wo
365 ich noch Krankenstand war, mich immer niedergelegt. Also die Mama hat immer so
366 gefragt wie es mir geht und so. Aber das ist eigentlich nur der Mama aufgefallen. Das
367 einzige was war, ich bin nicht mehr (...). Das einzige wo ich noch hin gegangen bin ist,
368 ich bin nur zum Chor gegangen aber sonst wollte ich nicht mehr unter Leute gehen.
369 Also es war eine Zeit lang, war so eine Einschränkung ähm, dass ich nicht mehr
370 zuhören habe können. Wenn mehrere Personen geredet haben, dann habe ich nicht
371 können, ähm gecheckt. Die Aufnahme, das war echt. Das geht jetzt eh wieder super.
372 Aber damals, es war echt schrecklich. Also wenn nichts verstanden hast, also wenn
373 jemand geredet hat und hinter dir jemand geredet hat. Es hat da auch der
374 Bekanntschaftskreis, hat da abgenommen, weil sie gedacht haben, ich höre nicht richtig
375 zu, oder so sonst etwas. Jedem wollte ich es nicht erklären, dass ich es nicht einfach
376 check.

377 I: Es war dir in diesem Moment einfach zu viel?

378 FRAU D: Nein, also das fort gehen und so, das war sowieso. Ich bin zwar gegangen,
379 aber mitbekommen hab ich fast nichts. Und ja, dann war, also kommunikationsmäßig,
380 geredet haben dann nicht mehr viel nach einer Zeit.

381 I: Mhm. Also hat dich das bei deinen Hobbys oder so auch beeinträchtigt?

382 FRAU D: Nein, beim Singen da war es mir egal. Das ist alles gegangen. Also es ist
383 einfach nur, die Kommunikation, das ist wirklich ähm, da ist ein Manko halt voll
384 entstanden. Weil ich das einfach nicht mehr können hab. Das ist einfach durchs
385 trainieren, hat sich das wieder gebessert. Weist eh, also da redet jemand und da schalte
386 ich dann richtig ab oder? Für denjenigen, der was mit mir redet, ist es auch blöd.
387 I: Hm. Ok. Was ich fragen wollte. Ist dir Unterstützung von öffentlichen Institutionen
388 angeboten worden?
389 FRAU D: Nein, das war eigentlich nur Freundschaftsdienst von meiner Arbeit her.
390 Aber Unterstützung und so, habe ich nicht gebraucht. Aber angeboten ist mir auch
391 irgendwie nichts geworden. Das einzige ist. Ich wollte ja zuerst, bevor ich nochmal
392 Arbeiten gehen wollt, wollte ich auch noch Ergotherapie machen. Aber die haben mich
393 dann nicht genommen. Die haben dann gesagt, wenn ich das Diplom schon hab, haben
394 sie mich nicht genommen, weil zuerst nehmen sie die, die keine Beruf haben.
395 I: Ok. Gibt es etwas, was du dir von irgendwelchen Einrichtungen gewünscht hättest?
396 FRAU D: Ja. Das Einzige, das habe ich mir echt fest gewünscht. Irgendwie, nach der
397 Reha war gar nichts mehr. Ich hab mich ausgekannt wen ich alles kontaktieren soll und
398 so weiter. Aber auch nur deswegen weil ich Krankenschwester bin. Wo ich was
399 beantragen kann und so. Aber für manche, die sich wirklich nicht auskennen was es
400 gibt, da sagt dir keiner irgendetwas. Wenn die Reha aus ist, ist sie aus. Das es
401 dazwischen nicht einfach irgendeine Institution gibt, die einfach nur gewisse Sachen
402 erklärt, was du wieder, ähm beantragen könntest oder sonst irgendetwas.
403 I: Mhm. Also da fehlt deiner Meinung nach etwas?
404 FRAU D: Ja, das empfinde ich als volles Manko. Vor allem auch die Integration in die
405 Arbeit selber oder in andere Berufsgruppen oder so.
406 I: Also dir wurde nie etwas dazu gesagt?
407 FRAU D: Nein!
408 I: Gar nichts?
409 FRAU D: Nein. Sie haben dann schon oben gesagt, die Psychologin war damals noch.
410 Also irgendeinen Zettel haben sie mir schon gegeben, aber da war auch nur das
411 Bundessozialamt drauf, das ich mich an die wenden soll.
412 I: Mhm.
413 FRAU D: Im Bundessozialamt ist, da sind Sprechstunden, das habe ich schon
414 bekommen. Aber da musst du dich erst wieder melden, weist eh. Ja, da musst zuerst
415 beantragen den Behindertenpass und da kannst du zu irgendeinem Gespräch gehen.
416 Nein, aber sonst, dass würde ich mir schon wünschen.
417 I: Also mehr Information zu bestehenden Unterstützungsmaßnahmen?
418 FRAU D: Genau. Oder einfach nur eine Hilfestellung von irgendjemandem. Das du nur
419 da rüber gehst und die dir einfach dann sagen können, was du noch nutzen kannst oder
420 sonst irgendetwas. Ich mein, gewisse Stellen gibt es ja schon, aber ja, so richtig
421 Informationen selber. Und es ist dir ja dann zu blöd dort hin zu laufen und dort hin
422 laufen.
423 I: Hm. Das ist in dieser Situation nicht leicht, stimmt. Gibt es noch irgendetwas, das für
424 dich noch wichtig ist, was wir noch nicht angesprochen haben?

425 FRAU D: Hm. Nein, einfach nur, nur die Eingliederung in die Arbeit wieder zu finden.
426 Das wäre das Wichtigste. Also ich habe das Glück, Gott sei Dank gehabt, dass ich so
427 viele Bekannte gehabt habe. Aber so für die anderen, die was jetzt keinen haben. Das
428 sie wieder in die Arbeit kommen. Weil als junger Mensch willst du arbeiten. Du willst
429 nicht einfach mit 20 in Pension gehen oder einfach nichts mehr tun. Das ist echt
430 schlimm! Da fehlt dir die Motivation dann wirklich zum Leben. Dass das Leben
431 wieder lebenswert wird, das würd ich mir wirklich wünschen, echt.

432 I: Hm.

433 FRAU D: Dass sich die Politik nicht immer nur für Wahlkämpfe und Wahlen kümmert.
434 Sondern die sollen sich auch mal um Integration kümmern und so! Für Behinderte oder
435 Schlaganfallpatienten, das ist egal, alle möglichen Behinderungen. Weil bei uns da im
436 (O) oder rund herum, da ist nicht so viel Integration muss ich sagen. Sie nehmen
437 gewisse Dinge auf, weil sie irgend eine Werbung oder so brauchen. Und ja super. Jetzt
438 werde ich dir noch etwas erzählen. Wir haben unsere Rauchfangkehrerin, die hat einen
439 behinderten Jungen aufgenommen. Der hat bei ihr eine Lehre angefangen. Aber eine
440 zweite Rauchfangkehrerin die was dort gearbeitet hat, hat gesagt, dass ist eine
441 Sumpftaube bis zum geht nicht mehr. Die hat das alles nur gemacht, dass sie die
442 Förderung bekommt, also die Behindertenförderung weist eh. Da bekommst du so
443 einen Hals, wenn du solche Sachen hörst. Und dann hat sie gesagt, ja sie hat jetzt, er hat
444 jetzt ausgelernt und sie hat ihm jetzt nahegelegt, dass der kündigt. Und jetzt hat der
445 Junge gekündigt, weil er sich ja Null Komma Josef auskennt. Und jetzt braucht sie
446 nicht einmal irgendetwas zahlen oder sonst irgendetwas. Also das ist schon unterm
447 Hund! Und die Rauchfangkehrerin steht in der Öffentlichkeit natürlich als beste Frau
448 da, obwohl sie in Wirklichkeit der größte A... ist.

449 I: Hm. Das ist wirklich eine schlimme Geschichte.

450 FRAU D: Ja, so etwas gehört sich nicht, das macht man doch nicht.

451 I: So Leute wird es wohl immer geben. Gibt es noch etwas, was du mir erzählen
452 möchtest.

453 FRAU D: Hm. (2) Ich glaube, wir haben soweit alles besprochen. Nein, mir fällt jetzt
454 nichts ein, was ich noch, noch erzählen könnte.

455 I: Ok, dann sage ich recht herzlichen Dank für das Gespräch, vor allem dass du dir die
456 Zeit genommen hast.

457 FRAU D: Gern geschehen.

12.6 Interview 5

- 1 I: Wie alt bist du?
2 HERR E: 21
3 I: Wo bist du geboren und aufgewachsen?
4 HERR E: In (O).
5 I: Wie ist dein derzeitiger Familienstand?
6 HERR E: Ledig.
7 I: Also du bist alleine? Hast du eine Freundin?
8 HERR E: Ich habe eine Freundin, ja.
9 I: Ja?
10 HERR E: Mhm. Aber noch nicht verheiratet.
11 I: Ok. Glücklich in der Beziehung?
12 I: Ja.
13 I: Mhm, sehr schön. Wohnst du derzeit alleine oder bei deiner Familie?
14 HERR E: Nein, ich wohne bei meinen Eltern in der Wohnung.
15 I: Bei den Eltern in der Wohnung. Ok. Was ist deine höchste abgeschlossene
16 Schulbildung?
17 HERR E: Meine höchste abgeschlossene, also Hauptschule und Poly.
18 I: Mhm. Und was hast du nach dem Poly gemacht?
19 HERR E: Nach dem Poly habe ich eine Lehre zum Einzelhandelskaufmann gemacht.
20 I: Wo?
21 HERR E: Da in (O).
22 I: Ok. Hast du einen Behindertenausweis?
23 HERR E: Ja.
24 I: Hm. Welchen Grad der Behinderung hast du?
25 HERR E: ((denkt nach)) 70 Prozent glaube ich.
26 I: Ok, weist du es nicht genau?
27 HERR E: <Nein ich glaube schon>, dass das passt. Ja.
28 I: Ok. Konntest du nach auftreten deines Schlaganfalls die Lehre fortsetzen?
29 HERR E: Hm (0.5) also ich wollte die Lehre weiter machen, aber es ist Aufgrund
30 meiner Einschränkungen (1) dann °irgendwie nicht möglich gewesen°. Ja der Chef
31 hat gesagt, ich soll mir oder mir nahegelegt, ich soll mir etwas anderes suchen.
32 I: Mhm. Hat er das auch begründet?
33 HERR E: (2) Weil ich einfach Probleme habe mit dem Gehen und mit den Händen.
34 Mit dem Schreiben (1) ist es nicht mehr so gut gegangen und ich vergiss halt ziemlich
35 viele Sachen. Ich hab mir einfach ziemlich viele Sachen nicht merken können, was
36 der Chef mir gesagt hat, aber gesagt warum, hat er nicht. Er war halt nicht mehr, mehr
37 zufrieden und so, aber gesagt hat er nichts.
38 I: Mhm. Hast du ihn darauf angesprochen, warum er dir nahegelegt hat, dir was
39 anderes zu suchen?

40 HERR E: Er war, <war so komisch zu mir>, als ich wieder angefangen hab zu
41 arbeiten, war er immer komisch. Er war halt nicht mehr zufrieden mit dem was ich
42 mache und so. Aber nein, angesprochen, so angesprochen hab ich ihn nicht.
43 I: Mhm. Hast du nur Probleme gehabt, dir Sachen zu merken, oder hast du noch
44 andere Probleme gehabt?
45 HERR E: Ja allgemein, >wenn der Chef was gesagt hat, dann hab ich das teilweise
46 vergessen<. (1) Aber das ja, also ich hab es dann >eh auch eingesehen, dass das nicht
47 funktioniert<.
48 I: Mhm. Wärst du noch gerne in der Firma geblieben?
49 HERR E: Hm, °ich weiß nicht°. (2) Also wo ich da war (1) >da hat es mir schon
50 gefallen<. Mein Chef wollt halt nicht mehr.
51 I: Was hast du dann gemacht?
52 HERR E: Ähm, >ich bin zum AMS gegangen< und habe sie gefragt, was für mich da
53 möglich wäre. >Ich hab denen gesagt was ich für Probleme habe< und ja dann (1) sie
54 haben mir dann gewisse Sachen gesagt oder eigentlich haben sie mir gesagt, es gibt
55 eigentlich nicht viel. Und es war da zufällig so, also ich hab mich beworben. Also
56 zuerst hab ich mich mal beworben bei anderen Firmen für Einzelhandelskaufmann.
57 Weil am Anfang hab ich ja nicht gemeint, dass es wirklich nicht geht, dass das nur
58 <der Chef nicht wollen hat>, dass ich da weiterarbeite. Aber nachdem ich da bei (2)
59 ich glaub, ich hab vier Vorstellungsgespräche gehabt. Und die haben es eigentlich
60 alle irgendwie nicht wollen, oder haben sich gar nicht damit beschäftigt mit dem was
61 ich für Problem habe. Und eben dann bin ich aufs AMS gegangen und die haben mir
62 dann eben gesagt, dass das halt eher schwierig werden wird mit mir. Und da hab ich
63 eben so Tests auch gemacht. Und im Endeffekt haben sie mir ein
64 Vorstellungsgespräch für einen Vermittlungsberuf besorgt, <also in der
65 Telefonzentrale> und das haut eigentlich ganz gut hin.
66 I: Mhm. Wie wichtig ist dir deine Arbeit?
67 HERR E: Wichtig? (1) Na ja, ich bekomm halt Geld. Geld bekomm ich da, weil ohne
68 Moos nix los! Meine Eltern täten mir schon helfen, aber, aber ich kann ja nicht den
69 ganzen Tag nix tun. Also ich muss schon was machen. Weil den ganzen Tag nur
70 Fernsehen oder so, geht ja auch nicht.
71 I: Hm. Und wie geht es dir jetzt in deinem neuen Job?
72 HERR E: Ja, da brauch ich mir auch nicht viel merken und vom Tippen geht es auch
73 ganz gut. Weil die rechte Hand funktioniert und die Linke geht halt nicht so gut, ja.
74 Und ja, haut hin.
75 I: Mhm, und wie lange arbeitest du schon am neuen Arbeitsplatz?
76 HERR E: Ich bin jetzt ein bisschen, bin über einem Jahr schon dort.
77 I: Ein bisschen über einem Jahr. Wie gefällt dir dein neuer Job?
78 HERR E: Ja, doch, der gefällt mir eigentlich ganz gut.
79 I: Was gefällt dir an deinem neuen Job.
80 HERR E: Hm (1) das ich da nicht alleine bin. Kann mit den anderen reden, weil in
81 der alten Firma, da war ich alleine, alleine im Büro. Da waren schon andere auch,
82 aber im Büro da war nur die eine Sekretärin. Die war aber schon älter, ja, da hab ich

83 nicht gewusst was reden mit der. Da ist das anders. Da kannst reden, verstehst und
84 wenn du nicht willst, dann ist das auch okay. Find ich ganz praktisch.
85 I: Ok. Wie lange bist du denn in der Arbeit, was ich mein, wie viele Stunden arbeitest
86 du die Woche? Hast du eine 40 Stunden Woche?
87 HERR E: Nein! ((lacht)) keine 40 Stunden. Derzeit arbeite ich nur 25 Stunden in der
88 Woche.
89 I: Mhm. 25 Stunden Woche. Würdest du gerne mehr arbeiten?
90 HERR E: Ja, also vielleicht weiten wir es mal aus. Ich habe ja die Hoffnung, dass es
91 noch mal besser wird, aber derweil haben wir gesagt, machen wir 25 Stunden.
92 I: Also du bist zufrieden damit.
93 HERR E: Das reicht aus, ja. Mein Chef hat auch gesagt, das passt auch super so.
94 I: Mhm. Ist es dir wichtig, dass dein Chef mit dir zufrieden ist?
95 HERR E: Also schon, weil so lange das passt, kann ich auch dort bleiben.
96 I: Hm. Wie viele Arbeitskollegen hast du?
97 HERR E: Wir sind zu viert insgesamt.
98 I: Mhm.
99 HERR E: >Also wir haben da ein Rad, das heißt, wir wechseln uns immer ab<.
100 I: Also, du bist dann doch immer alleine im Büro, oder hab ich das jetzt falsch
101 verstanden?
102 HERR E: Nein, also wir sind unter Tags zu dritt, eigentlich.
103 I: Mhm. Ok.
104 HERR E: Genau. Und einer ist halt immer eher am Abend da, oder es ist wer Urlaub.
105 I: Mhm. Und wie gehen deine Arbeitskollegen mit deiner Einschränkung um?
106 HERR E: Für die ist das eigentlich überhaupt kein Problem. Weil die sind selber die
107 meisten behindert ((lacht)). Einer ist blind, eine hat MS. Also jetzt unmittelbar in
108 meinem Büro. Also (2) da gibt's, gibt's überhaupt keine Probleme. Wir helfen uns
109 gegenseitig, quasi.
110 I: Mhm. Aufgrund dessen, weil ihr alle quasi eine Behinderung habt?
111 HERR E: Genau ja. Nein, >aber sonst die anderen Leute im Haus, die sind auch
112 super<. Da gibt's überhaupt keine Probleme.
113 I: Hast du viel Kontakt zu deinen anderen Arbeitskollegen, also zu denen die nicht in
114 deinem Büro sind?
115 HERR E: Na ja, eigentlich nicht so richtig, aber, aber wenn ich mir einen Kaffee hole.
116 >Wir haben da so einen Gemeinschaftsraum> und wenn ich mir da einen Kaffee hole,
117 dann treffe ich die anderen. Die reden dann mit mir und fragen „wie es mir geht“. Das
118 ist schon gut. Also beim Arbeiten selber, hab ich, also weniger Kontakt, aber beim
119 Essen und so schon.
120 I: Also du hast ein gutes Arbeitsverhältnis zu deinen Kollegen.
121 HERR E: Ja, ich würde sagen, ja.
122 I: Und wie ist das Verhältnis zu deinem Chef?
123 HERR E: Na ja (1) den sehe ich nicht so oft, aber gut, ich würde sagen gut ist das
124 Verhältnis. Ja, dadurch, dass es ein öffentliches, eine öffentliche Einrichtung ist, habe

125 ich eine Behindertenplanstelle bekommen und ja, also ich denke mal, das er zufrieden
126 ist mit mir. Sonst hätte er mich nicht eingestellt ((lacht)).

127 I: Mhm. Hast du nach deinem Schlaganfall in deiner Lehre beziehungsweise bei
128 deinem jetzigen Arbeitsplatz Hilfestellungen gehabt oder gebraucht?

129 HERR E: (3) ((denkt nach))

130 I: Oder hast du beispielsweise Anpassungen am Arbeitsplatz benötigt?

131 HERR E: Ach so. (1) Ähm, <nein eigentlich nicht>. Also für mich nicht. Ich
132 verwende die ganz, die normale Ausrüstung. >Auch im Lehrberuf, da habe ich, hab
133 ich es eigentlich auch so probiert<, aber da ist es dann °halt nicht mehr gegangen°.
134 Und so >habe ich eigentlich keine speziellen Anpassungen<. Weil mein Kollege zum
135 Beispiel, der braucht so etwas (0,5) weil er die Sprachausgabe irgendwie hat. Dem
136 sein Computer redet mit ihm. Und er hat auch so ein Gerät, wo er die Zeile, wo er
137 vom Bildschirm irgendwie damit Blindenschrift lesen kann.

138 I: Also er hat eine Braillezeile?

139 HERR E: Genau so heißt das.

140 I: Mhm, ok.

141 HERR E: Und sonst haben eigentlich alle nichts in der Vermittlung, keine Hilfsmittel.

142 I: Also ist das auch nicht notwendig?

143 HERR E: Nein. Was umfasst jetzt genau deine Tätigkeit? Bezieht sich deine Tätigkeit
144 ausschließlich aufs verbinden, oder hast du noch andere Aufgaben?

145 HERR E: Nein, >ich tu nur das<. >Also, wenn Leute anrufen und sie sagen mir wen
146 sie wollen und ich tipp dann eigentlich den Name ein<. Oder ein paar Nummern
147 merke ich mir, die ich ganz oft brauch und dann verbinde ich ihn weiter.

148 I: Mhm. Also du hast die Möglichkeit die Nummer aus einer Datenbank zu suchen?

149 HERR E: Ja, das ist im Computer alles gespeichert. Wenn der mir sagt, welchen
150 Namen oder welche Abteilung, dann kann ich das eingeben und (1) also, >ich brauch
151 mir da nicht so viel merken<.

152 I: Mhm. Dann funktioniert das eh ganz gut. Hast du beim Wiedereinstieg irgendwie
153 Angst gehabt? Weil du gesagt hast das dein letzter Chef bei deinem Lehrberuf
154 irgendwelche Probleme mit dir hatte. Also hast du Angst gehabt das das am neuen
155 Arbeitsplatz auch so sein könnte?

156 HERR E: Ja sicher! Also das, die Angst ist immer da, weil ich hab gemeint, vielleicht
157 haut das auch nicht hin. Und dann hab ich überhaupt nichts mehr zu tun. Weil es ist
158 auch blöd wenn ich jetzt mit 21 Jahren oder dann 22 Jahren, das ich dann überhaupt
159 daheim hocken muss und nichts tun kann.

160 I: Mhm.

161 HERR E: Da versauere ich ja nur.

162 I: Also du willst auf jeden Fall berufstätig bleiben?

163 HERR E: Ja schon. Gott sei Dank hab ich die Arbeit bekommen und es funktioniert
164 auch bis jetzt. Und vielleicht wird es ja auch wieder besser.

165 I: Du meinst jetzt deine Beeinträchtigung, oder?

166 HERR E: Ja, die mein ich.

167 I: Mhm, hat sich seit deinem Schlaganfall die Funktionsbeeinträchtigung verbessert?

168 HERR E: Ähm (1) ja es hat eine Zeit gegeben, nach der Reha. Da ist das immer
169 besser geworden. Und im letzten Jahr hat es sich eigentlich kaum verbessert.
170 I: Also im ersten Jahr hat es sich gebessert und dann ist es eher zum Stillstand
171 gekommen?
172 HERR E: Ja genau.
173 I: Und die Diagnose der Ärzte, wie sieht die aus? Kann sich das noch verbessern?
174 HERR E: Hmm, die wissen das nicht genau. Das kann ich nicht sagen. Wir hoffen.
175 I: Ihr hofft? Du und deine Eltern, oder wen meinst du genau?
176 HERR E: Genau.
177 I: Ok. Wie alt warst du als dein Schlaganfall aufgetreten ist?
178 HERR E: 18 Jahre war ich da.
179 I: Also kurz vor deinem Lehrabschluss?
180 HERR E: Genau ja. Im dritten Lehrjahr.
181 I: Ok. Welche Art von Schlaganfall hast du gehabt?
182 HERR E: Mhm. (2) So eine Blutung. Da ist was geplatzt, aber ich wollt mir das nie
183 merken, nein das weiß ich nicht. Ist das wichtig?
184 I: Nein, das ist nicht wichtig. Darf ich fragen, in welcher Situation der Schlaganfall
185 aufgetreten ist?
186 HERR E: Hm. (1) Ich bin mit meinen Eltern wandern gegangen und auf einmal hat
187 mir mein Kopf so wehgetan. >Und dann habe ich irgendwie nicht mehr richtig reden
188 können, also das war eh komisch. Ich habe zwar gewusst was ich sagen wollte, aber
189 es ist irgendwie nur noch Gebrabbel herausgekommen und dann ist mir schwindlig
190 geworden. Und auf einmal bin ich umgefallen<. Das war irgendwie komisch. Meine
191 Eltern haben mir das dann eigentlich erzählt. Ich weiß eigentlich nur noch, dass ich
192 nicht mehr habe reden können, dass mir schwindlig geworden ist. Dann haben mir
193 meine Eltern eben erzählt, dass ich dann >umgefallen bin und sie haben gar nicht
194 gewusst was ich jetzt habe<. <Sie waren ganz ängstlich>. Sie haben mich dann ins
195 Auto verfrachtet. Das haben sie mir erzählt, weil ich ja nichts mehr davon weiß. Ich
196 bin dann irgendwann in der Klinik wieder aufgewacht oder zu mir gekommen.
197 I: Also du kannst dich nicht mehr an den Transport in die Klinik erinnern.
198 HERR E: Nicht wirklich. Das war alles so weit weg. Ich weiß nur noch genau, dass
199 ich Kopfweh hatte und nicht mehr sprechen habe können. Das war irgendwie, alles
200 wie hinter einem Schleier.
201 I: Mhm.
202 HERR E: >Die haben mich dann ins Auto verfrachtet und in die Klinik gebracht<.
203 Und im Krankenhaus bin ich dann irgendwie wieder zu mir gekommen. Das ist, was
204 ich halt noch weiß.
205 I: Wie lange hat es gedauert bis du medizinisch versorgt wurdest?
206 HERR E: Das weiß ich gar nicht genau. Also normalerweise fährt man da ca. 30
207 Minuten. Also ca. 40 Minuten. Also wir waren Gott sei Dank nicht weit weg vom
208 Auto. Sonst hätten sie mich heruntertragen müssen oder den Hubschrauber holen,
209 >oder keine Ahnung was<.
210 I: Mhm. Welche Störungen haben die Ärzte bei dir diagnostiziert?

211 HERR E: Hm, also >ich habe Probleme mit meiner linken Hand<. Da funktioniert
212 irgendwie die Motorik nicht gescheit. Ich kann nicht so gut gehen. Am Anfang war
213 das ziemlich extrem, da >hab ich mit meinem linken Arm fast gar nichts machen
214 können<. Und gehen war jetzt auch nicht. Die haben einfach ausgelassen, die sind
215 immer weggeknickt wenn ich was versucht habe zu machen.
216 I: Mhm. Hast du noch andere Probleme gehabt?
217 HERR E: Ja also, wie gesagt das mit dem Gehirn. Ich weiß nicht mehr wie lange das
218 gedauert hat, das ich wieder etwas reden habe können. Das <war am ersten Tag
219 glaube ich oder so>. Oder <Stunden>, das kann ich nicht mehr so genau sagen. Da
220 hab ich nichts mehr sagen können. Und das mit dem Merken weiß ich nicht, ob das
221 damals auch schon war. Ich weiß nicht ob das auch eine Folge, Folgeerscheinung ist.
222 >Kann ich nicht sagen<.
223 I: Mhm. Hast du gleich nach dem Krankenhausaufenthalt die Rehabilitation gemacht?
224 HERR E: Ja, ich bin gleich in die Reha gekommen.
225 I: Mhm. Wie war es dort?
226 HERR E: Anstrengend.
227 I: Anstrengend?
228 HERR E: Die ganzen Übungen.
229 I: Also sie haben zur Funktionsverbesserungen Übungen gemacht. Was hast du da
230 alles gemacht?
231 HERR E: Hm, <wie heiß das?> Da haben wir ganz viele so Übungen, haben wir
232 gemacht. Ich <glaube das heißt irgendwie> (1) Ergo oder so, (1) Ergotherapie oder
233 so. Und dann Logo, Logodings.
234 I: Logopädie.
235 HERR E: Ja, Logopädie.
236 I: Physiotherapie wahrscheinlich auch.
237 HERR E: Ich glaube schon. Ja, >wir haben da so Dehnübungen und so
238 Kräftigungsübungen gemacht<.
239 I: Mhm. Und hat dir die Therapie etwas geholfen?
240 HERR E: Ja, es ist auf jeden Fall besser geworden. Also, das mit dem Sprechen ist
241 ganz weg. Gott sei Dank.
242 I: Mhm.
243 HERR E: Und ja, mit dem Gehen, also mit dem Fuß ist es auch viel besser geworden.
244 Ich ziehe ihn zwar ab und zu noch ein bisschen nach, aber (2). Also wenn ich mich
245 jetzt zu wenig darauf konzentriere. Das größte Problem ist eigentlich der Arm. Der ist
246 noch nicht da. Eben deswegen kann ich meine Arbeit auch nicht gescheit machen.
247 Weil mit dem vielen Text Tippen. Weil ich bin mehr oder weniger mit der Rechten,
248 mit dem Adlersystem unterwegs. Und ja mit dem Gedächtnis, ich merke mir halt
249 nicht mehr alles.
250 I: Mhm. Das mit dem Gedächtnis, ist dir das schon bei der Therapie aufgefallen, oder
251 erst später bei der Arbeit?
252 HERR E: Also <ich weiß nicht ob ich das schon am Anfang gehabt habe>. Ich habe
253 es erst danach gemerkt. Bei der Reha habe ich schon auch einige Sachen immer

254 wieder vergessen aber ich hab mir gedacht ja, >vielleicht merke ich es mir einfach
255 nicht<.

256 I: Also schon von Anfang an?

257 HERR E: Ich <nehme einmal an>, ja. >Im Krankenhaus hat man ja immer einen
258 schönen Plan<. Ja, da sagen sie mir ja, was ich zu tun habe.

259 I: Wie bist du in den darauffolgenden Monaten mit deiner Beeinträchtigung
260 umgegangen? Warst du speziell auf deine Familie angewiesen?

261 HERR E: Ja, <ich war ziemlich down> weil, weil ich mir halt gedacht habe,
262 Schlaganfall, das wird nicht wieder, so werden wie es mal war und ich hab auch
263 schon ein bisschen darüber gehört. >Speziell von alten Leuten eben<, weil die sind,
264 die >können dann überhaupt nichts mehr machen weil sie sind ein Pflegefall< oder
265 so. Da denkt man sich, das passiert mir nie oder so. Und das ist jetzt genau mir
266 passiert. Also ja, glücklich war ich jetzt nicht gerade. Eher depressiv. Gott sei Dank
267 habe ich eine tolle Familie. Die was mich auch unterstützt hat und meine Freunde
268 haben das eigentlich auch alle ganz gut gemacht. Sie haben mir eigentlich auch alle
269 ganz gut geholfen und ja.

270 I: Also du hast auch Unterstützung von Freunden bekommen?

271 HERR E: Ja also, da hat es überhaupt keine Probleme gegeben. Die haben mich alle
272 super unterstützt dabei.

273 I: Wie hat die Unterstützung ausgeschaut?

274 HERR E: Ja die Unterstützung haben sie halt zum Beispiel, >wenn ich mir was nicht
275 gemerkt habe, dann haben sie mir es öfter gesagt<. Oder beziehungsweise sie haben
276 mich eigentlich als normalen Menschen behandelt. Also nicht irgendwie, der ist jetzt
277 irgendwie behindert oder so. Oder haben sich irgendwie geekelt von mir. Also das
278 überhaupt nicht. Die haben mich eigentlich alle super unterstützt dabei.

279 I: Also deine Familie und deine Freunde waren wichtig für dich?

280 HERR E: Ja genau. Sehr wichtig. Ich wüsste nicht, wie ich das ohne die überstanden
281 hätte.

282 I: Schätzt du deine Einschränkungen als Behinderung ein?

283 HERR E: Hm, ja ich schätze sie schon als Behinderung ein. Ich bin zwar schon
284 normal, aber ganz normal bin ich jetzt auch nicht. Also ich meine mir sieht man es ja
285 an, dass ich irgendwie schief gehe und so.

286 I: Mhm.

287 HERR E: Aber so, also jetzt wirklich behindert würde ich jetzt nicht sagen.
288 Beeinträchtigt.

289 I: Ok. Also es gibt Leute die schlimmer dran sind?

290 HERR E: Ja genau. Ich sehe es eben bei meinen Arbeitskollegen.

291 I: Kannst du deine Hobbys oder dergleichen noch ausführen oder gibt es sonstige
292 Beeinträchtigungen in deinem Leben seit dem Schlaganfall?

293 HERR E: Im Großen und Ganzen schon, nur nicht mehr so, so extrem wie ich es
294 früher gemacht habe. Zum Beispiel war ich ziemlich oft klettern, das ist jetzt eher
295 nicht mehr so toll, weil >wenn eine Hand nicht gescheit funktioniert, dann haut das
296 nicht so hin<.

297 I: Hm und was machst du jetzt gerne, jetzt wo du nicht mehr klettern kannst?
298 HERR E: Ja ich versuche halt, <ich gehe wandern oder so spazieren>, gehen längere
299 Spaziergänge, wandern. So stundenlang gehen, geht nicht mehr. Aber mal eine halbe
300 Stunde spazieren oder so. Und sonst gehe ich halt mit der Freundin auf den Berg. Da
301 muss ich halt öfter sitzen bleiben.
302 I: Also öfter eine Rast einlegen?
303 HERR E: Genau ja.
304 I: Und so im alltäglichen Leben, wo stört dich das jetzt?
305 HERR E: >Oder zum Beispiel Tennis spielen oder so, was ich auch gerne gemacht
306 habe<, dass funktioniert auch irgendwie nicht, weil mit dem hin und her rennen. >Da
307 haut es mich immer auf den Mund<. Hab ich schon probiert. Im alltäglichen Leben?
308 Ja, arbeitsmäßig natürlich.
309 I: Was genau meinst du jetzt mit arbeitsmäßig?
310 HERR E: Na ja, weil das halt nicht mehr so funktioniert wie früher. Hab halt meine
311 Lehre nicht mehr weitergemacht.
312 I: Hattest du vor dem Schlaganfall schon einen Führerschein?
313 HERR E: Ja, ich habe den Führerschein (1) ich hab mir zwar mal überlegt, dass ich
314 ihn mache. Ich habe ihn dann irgendwie nicht gemacht, weil (0,5) >weil durch das,
315 dass ich in der Stadt bin, bin ich immer mit den Öffis gefahren<. Ich bin eigentlich
316 nicht so der unternehmungslustige Mensch gewesen. >Wenn ich irgendwo hin
317 gefahren bin, bin ich mit meinen Eltern gefahren<.
318 I: Mhm.
319 HERR E: Ich hab den Führerschein nicht so wie andere gleich mit 18 gemacht. Ich
320 wollte ihn dann später machen, also das war nicht so meine Priorität.
321 I: Würdest du ihn jetzt gerne machen?
322 HERR E: Ich würde ihn schon gerne machen weil ich einfach mobiler wäre, wenn ich
323 einmal weiter weg fahren muss. Ist die Frage, ob ich das darf.
324 I: In wie fern meinst du das?
325 HERR E: Naja, oder ob ich das überhaupt schaff. Weil ich mir doch viele Sachen
326 nicht merken kann. Und beim Führerschein sind ja doch, keine Ahnung (0.5) bei die
327 2.000 Fragen oder so.
328 I: Ja das ist sicher sehr umfangreich. Glaubst du, dass du auf Grund deiner
329 Konzentrationsschwäche den Führerschein nicht machen kannst?
330 HERR E: Ja ich hoffe halt, dass es vielleicht ein bisschen besser wird, oder dass es
331 vielleicht irgendwann mal einen Schub gibt, dass es besser wird. Aber ich werde es
332 sicher einmal probieren.
333 I: Mhm. Man könnte sich zumindest informieren wie das aussieht.
334 HERR E: Mhm.
335 I: Wie war bei dir die Unterstützung seitens öffentlicher Institutionen? Ist dir da etwas
336 angeboten worden? Zum Beispiel von der Krankenkasse oder AMS. Hast du da
337 Unterstützung bekommen?

338 HERR E: Nein, ich war eigentlich nur beim AMS, weil ich wollte zuerst noch weiter
339 machen in meiner Lehre. Das hat ja dann nicht funktioniert, oder vom Chef, >wie
340 auch immer<. Und dann bin ich eigentlich selber zum AMS gegangen.

341 I: Mhm.

342 HERR E: Aber sonst, habe ich eigentlich keine Information bekommen. Auch im
343 Krankenhaus irgendwie nicht. >Oder vielleicht hab ich es mir nur nicht merken
344 können<. Also ich wüsste nichts, ich glaub nicht, das ich irgendwelche
345 Unterstützungen bekommen habe.

346 I: Hättest du Unterstützung benötigt beziehungsweise gewünscht?

347 HERR E: Also, ich glaube, ich glaube schon. So hab ich eigentlich keine gebraucht,
348 aber wegen dem Job, naja, da hätte ich schon gerne weitergemacht. Aber der Chef hat
349 halt nicht wollen. Ich hab auch gar nicht nachgefragt. Ich wollte meine Lehre
350 weitermachen. Und nachdem das nicht hin gehaut hat, hab ich mir dann über das
351 AMS nach einen neuen Beruf erkundigt, oder eine andere Lehrstelle zuerst und dann
352 einen neuen Beruf. So hab ich das gar nicht wirklich gebraucht.

353 I: Mhm.

354 HERR E: Ja.

355 I: Gibt es generell etwas was man sich als jugendlicher Schlaganfalls Patient von
356 öffentlichen Institutionenwünscht?

357 HERR E: >Ja es wäre natürlich interessant>. >Weil ich hab natürlich das Gefühl
358 gehabt, dass der Chef sich dafür eigentlich gar nicht interessiert<. Oder dass er gar
359 nicht weiß, was ein Schlaganfall ist. Oder das ich einfach, vielleicht mehr Zeit
360 brauche. Vielleicht die Aufklärung, das die Leute besser Bescheid wissen über die
361 Sachen.

362 I: Mhm. Also das einfach mehr Aufklärungsarbeit geleistet wird.

363 HERR E: Ja so in etwa, genau. Oder überhaupt die Allgemeinheit, weil wenn ich auf
364 der Straße unterwegs bin und meinen Fuß nachziehe, da schauen dich auch alle blöd
365 an, >wie wenn du von einem anderen Planeten kommen würdest oder so<.

366 I: Mhm. Hast du da schon schlechte Erfahrungen gemacht?

367 HERR E: Ahm, ja also, ich merk schon, dass mich die Leute immer anschauen wenn
368 ich irgendwo hinein gehe. Also das ist schon irgendwie komisch. Und durch das, das
369 ich im Büro ja auch mit zwei Behinderten zusammenarbeite. Die erzählen mir auch
370 immer das sie irgendwie nicht willkommen (0,5) <würde ich nicht sagen>, aber >das
371 sie halt auch irgendwie komisch angeschaut werden<. Oder anders behandelt, wie
372 jetzt ein normaler Mensch.

373 I: Gehst du wegen deiner Behinderung jetzt weniger aus dem Haus? Oder hat dich
374 deine Beeinträchtigung in deiner Mobilität nicht gestört?

375 HERR E: Nein, ich gehe schon in die Öffentlichkeit. Weil so schlimm ist es bei mir ja
376 nicht. Man sieht halt, dass ich ein bisschen humple oder so. Aber ich war jetzt nie der
377 Mensch, das ich total viel ausgehen muss oder so. Ja, das ich jetzt deswegen nicht
378 raus gehe, eigentlich nicht nein. Also ich störe mich jetzt nicht wirklich, also wenn es
379 nicht wäre hätte ich jetzt auch nichts dagegen.

380 I: Also du hast keine schlechte Erfahrungen wegen deiner Beeinträchtigung gehabt?

381 HERR E: >Nein es hat mich jetzt noch keiner beschimpft oder so<.
382 I: Ok. Wo fehlen deiner Meinung nach Unterstützungsmaßnahmen? Also neben der
383 Öffentlichkeitsarbeit.
384 HERR E: Hm. (3)
385 I: Also bezüglich Behinderung oder Schlaganfallpatienten.
386 HERR E: Weis ich jetzt gar nicht. Kann ich jetzt gar nicht sagen. Weil ich habe so
387 gesehen keine Unterstützung gebraucht. (2) Außer da mit meinem Chef.
388 I: Ja dann noch abschließend eine Frage. Gibt es noch einen Punkt der im Gespräch
389 noch nicht erwähnt worden ist, der deiner Meinung nach noch angesprochen werden
390 sollte?
391 HERR E: Nein eigentlich nicht. Fällt mir nichts ein, nein.
392 I: Ok, dann sage ich herzlichen Dank für das Gespräch.
393 HERR E: Kein Problem, falls du noch Fragen hast, kannst du mich gerne nochmal
394 anrufen.
395 I: Danke.

Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Name: Kathrin Ressi
Geburtsdatum: 31. Oktober 1979
Geburtsort: Villach
Staatsbürgerschaft: Österreich
Familienstand: ledig

Studium

10/2000 bis heute Diplomstudium Pädagogik, Schwerpunkt: Sozialpädagogik, Heil- und Integrative Pädagogik, Universität Wien

Schule

1997 – 2000 Aufbaulehrgang für wirtschaftliche Berufe, Ausbildungsschwerpunkt Sozialverwaltung, 1190 Wien

Berufstätigkeit und Praktika

02/2004 bis heute Angestellte bei der Firma UPC (Wien und Innsbruck)

07/2010 bis heute Österreichischer Behinderten Sportverband (ÖBSV), Schiedsrichterausbildung im Torballsport (Training und Österreichische Staatsmeisterschaften, Internationale Turniere)

01/2006 bis heute Österreichischer Behinderten Sportverband (ÖBSV), Begleitskiläufer (Training und Österreichische Staatsmeisterschaften)

01/2004 bis 07/2006 Wiener Arbeiter- und Turnverein (WAT), Vereins- und Trainertätigkeit, Sportunterricht für Kinder und Erwachsene

07/2003 bis 08/2003 Landessonderkrankenanstalt Hermagor, Rekreation (Praktikum)

- 02/2003 Arbeitsvereinigung der Sozialhilfe, Ambulante Erziehungshilfe in
Hermagor (Praktikum)
- 10/1999 Organisation Tipshika, Projekte der Entwicklungshilfe in
Bangladesch
- 07/1997 bis 08/1997 Amt für Kinder und Jugend, Betreuerin der Ferienspiele in
Neu Isenburg (D)

Weiterbildung

- 12/2004 Evangelische Akademie Hofgeismar: „bewegen – bilden –
staunen“, Bad Orb (D)