

Randgebiete des Sozialen

Ronald Hitzler | Corinna Iris Leuschner |
Frank Mücher

Lebensbegleitung im Haus Königsborn

Konzepte und Praktiken in einer
Langzeitpflegeeinrichtung
für Menschen mit schweren
Hirnschädigungen

BELTZ JUVENTA

Kapitel 2

Konzeptionen im Haus Königsborn

Bestrebungen, bundesweit ein flächendeckendes Netz für die Langzeitversorgung von Menschen mit schweren neurologischen Schädel-Hirn-Verletzungen aufzubauen, gibt es seit über zwanzig Jahren. Zunächst haben einzelne Verbände, wie etwa „Schädel-Hirnpatienten in Not e.V.“ und später dann auch die „Hannelore Kohl-Stiftung“, im Rahmen einer Selbsthilfebewegung³ seit Beginn der 1990er Jahre auf die unzureichende Versorgungslage und die damit verbundenen fehlenden (Langzeit-)Rehabilitationsmöglichkeiten der hiervon betroffenen Menschen aufmerksam gemacht und diese Thematik im gesundheitspolitischen Diskurs verankert.⁴

Vor diesem politischen Hintergrund wurde 1997 das Haus Königsborn als ein Modellprojekt der von SPD und Grünen gebildeten Landesregierung NRW deklariert und in seiner jetzigen Form etabliert. Anfänglich als eine Folgeeinrichtung für junge Erwachsene geplant, die bereits als Kinder und Jugendliche in der pädiatrischen Abteilung des Lebenszentrums Königsborn⁵ stationär versorgt worden waren, wurde das ursprüngliche Vorhaben aufgegeben und durch eine Einrichtung für erwachsene Menschen im Wachkoma ersetzt, für die die Entscheidungsträger vor Ort einen weitgehenden Gestaltungs-

3 Aus naheliegenden Gründen sind das nicht in erster Linie die Betroffenen selbst, sondern vielmehr und vor allem die Co-Betroffenen, d.h. insbesondere die Angehörigen.

4 Als eine direkte Folge hiervon wurde eben die sogenannte Phase F im Mai 1996 ins Leben gerufen (vgl. Herkenrath 2007).

5 Haus Königsborn ist Teil des Lebenszentrums Königsborn, eines in verschiedene Einrichtungen gegliederten Zentrums für Menschen mit geistigen Behinderungen (vgl. Petermann 2005).

spielraum hatten.⁶ Unseren Informationen zufolge geht der Großteil der Ideen und der konzeptionellen Leitlinien auf die persönliche Initiative und das anhaltende Engagement der – bis heute tätigen – Heim- und Pflegedienstleiterin Marianne Pertzborn zurück. Zugleich scheint das ‚Klima‘ in Haus Königsborn aber auch geprägt zu sein durch eine weitgehende Partizipation der Mitarbeitenden, die von Anfang an an der Entwicklung, Fortschreibung und Umsetzung dieser Leitideen beteiligt waren und sind.⁷ Aus diesem Grund findet sich vor allem bei den seit den ‚Anfangszeiten‘ in der Einrichtung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein (mehr oder minder stark) ausgeprägter Pioniergeist und infolgedessen eine hohe Identifikation mit der Idee bzw. der ‚Philosophie‘ des Hauses und mit ihren in diese sinnhaft ‚eingebetteten‘ Aufgaben.⁸

2.1 Therapie und Pflegekonzepte

Aufgrund ihres Modellcharakters hat sich in der Einrichtung von Anfang an die Möglichkeit zur Erprobung und Etablierung neuer – zumeist aus der Sonderpädagogik stammender – Therapieverfahren eröffnet, die dem schulmedizinischen Diskurs entgehen, heute im Bereich der Langzeitrehabilita-

6 Am deutlichsten sichtbar wird dies an der Architektur des Hauses. Insbesondere die Größe der Einzel- und Doppelzimmer scheint nicht für die pflegerischen Bedürfnisse von erwachsenen Menschen im Wachkoma ausgelegt zu sein. Auch fehlen geeignete Abstellmöglichkeiten für Versorgungsgüter und Therapiematerialien wie etwa Rollstühle, Stehtische oder Duschliegen, die folglich häufig provisorisch in Fluren oder Sanitärräumen ‚geparkt‘ werden (müssen).

7 So gibt es auch heute noch im Rahmen der Fortschreibung eine Konzeptgruppe, an der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Fachbereiche beteiligt sind.

8 Wie erwartbar findet sich – vereinzelt – aber auch die damit verbundene Meinung, dass „früher alles besser“ war, v.a. weil die Arbeit ‚heute‘ stark durch entfremdende Dokumentations- und Qualitätsmanagementaufgaben gekennzeichnet sei.

tion von Schädel-Hirn-Patienten aber weit verbreitet sind.⁹ Im Gegensatz zur biomedizinischen Sichtweise, die im Verlauf der Diagnosestellung eines einsetzenden Wachkomas tendenziell mit einer De-Personalisierung einhergeht, betonen die Protagonisten der im Folgenden vorgestellten Verfahren – Basale Stimulation, Bobath Konzept und das aus dem ergotherapeutischen Bereich stammende Konzept der Alltagsorientierung – vor allem die „Personalität“ von Menschen mit schweren Hirnschädigungen, welche in diesen ‚alternativen‘ Ansätzen eben nicht als an die Funktionsfähigkeit der Großhirnrinde gebunden gilt (vgl. Bienstein/Hannich 2001, S. 12). Diese Konzepte bilden den Schwerpunkt der Pflegephilosophie im Haus Königsborn¹⁰, mit der der Dekontextualisierung von Krankheit und Gesundheit im Gefolge der Fokussierung auf spezifische Organe entgegen gewirkt und stattdessen der ganze Mensch als biopsychosoziales Wesen (vgl. Findeiß 2008, S. 308) in die therapeutische Arbeit einbezogen werden soll. Damit wird die berufliche Selbstverortung gegenüber einer rein somatisch funktionalen Auffassung mit ausschließlich zu erbringenden Ergänzungs- und Kompensationsfunktionen abgegrenzt. Die Kategorien „gesund/krank“, beziehungsweise „bei Bewusstsein/ohne Bewusstsein zu sein“ rahmen generell den Rehabilitationsprozess, determinieren jedoch nicht die in den verschiedenen Professionen und Fachbereichen vorfindliche Perspektive.

-
- 9 Schulmedizinisch gelten bspw. die üblicherweise unter Basaler Stimulation subsumierbaren Verfahren in ihrer Wirkung auf Wachkomapatienten als zumindest umstritten.
- 10 Daneben werden im Haus Königsborn erkennbar auch Ansätze der Kinästhetik eingesetzt. Angewandt werden, wie wir in der Beschreibung des Therapie- und Pflegealltags zeigen werden, diese Verfahren nicht jeweils isoliert, sondern in Relation zueinander diffundiert.

2.1.1 Basale Stimulation

Einen zentralen Stellenwert hat im Haus Königsborn die sogenannte „Basale Stimulation“. Dieser Ansatz, ursprünglich von Andreas Fröhlich zur Frühförderung von geistig und körperlich behinderten Kindern entwickelt, ist in den 1980er Jahren von Christel Bienstein auf die Pflegesituation von wahrnehmungs-, kommunikations- und bewegungsbeeinträchtigten Personen übertragen worden. Im Kontext der allgemeinen Zunahme und zunehmenden Verbreitung von – vor allem in der Therapie und Pflege von Menschen mit Demenzen diskutierten – sogenannten „emotionsorientierten Verfahren“ auch im beruflichen Umgang mit Menschen im Wachkoma spielt die Basale Stimulation eine grundlegende Rolle als Konzept generell grundlegender (d.h. insbesondere somatischer, vestibulärer und vibratorischer) Sinnesanregung, zur ganzheitlichen ‚Aktivierung‘¹¹ ebenso wie zur Erkundung und Entwicklung von ‚Verständigungsodes‘.¹²

Bei der Basalen Stimulation begegnen Therapeuten und Pflegekräfte den Patienten, bzw. (der im Haus Königsborn gepflegten Semantik folgend) den Bewohnern mit einfachen aber grundlegenden Berührungsangeboten, die diese dazu bringen sollen, den eigenen Körper wie auch ihre Umgebung zu erspüren und zu erfahren. Damit soll physischer, sensorischer, psychischer und sozialer Deprivation entgegengewirkt werden. Zu den gezielt eingesetzten basal stimulierenden Maßnahmen zählt z.B. die der Beruhigung und/oder Aktivie-

-
- 11 Der Topos ‚Aktivierung‘ spielt im Therapie- und Pflegekonzept des Hauses Königsborn und auch in der alltäglichen Redeweise der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter keine so explizite Rolle wie etwa ‚Begleitung‘ und ‚Förderung‘. Wir benutzen ‚Aktivierung‘ hier gleichwohl als Schachtelbegriff, mit dem wir uns für eine Reihe von Beobachtungen sensibilisiert haben.
- 12 Vgl. Bienstein/Fröhlich 2006; vgl. auch Neumann 2003. – Die auf neurowissenschaftlichen Grundlagen (vgl. Pickenhain 1998) basierende Konzeption integriert das Affolter Konzept (vgl. Affolter 2001), die Sensorische Integration (vgl. Ayres 1984) sowie die Kinästhetik (vgl. Hatch/Maietta/Schmidt 1996).

rung dienende Ganzkörperwaschung, bei der bzw. durch die das Vibrationsempfinden, die Berührungssensibilität, der Gleichgewichtssinn und andere Empfindungen angesprochen werden sollen (vgl. Nydahl/Bartoszek 2008). Bei einer basal stimulierenden Waschung geht es also nicht nur um die (funktionale) Reinigung des Körpers, sondern – auch – darum, Wahrnehmung durch Aktivität zu evozieren.

Eine in deren (komplexe) ‚Versorgung‘ eingebettete ‚Ansprache‘ von, bzw. ‚Begegnung‘ mit Menschen im Zustand „Wachkoma“ findet vollzugspraktisch oft *nur*, stets aber zumindest *auch* mittels taktiler Reize (Berühren, Streicheln, Halten usw.) statt. Insgesamt spielt in der Pflege wie auch in den einzelnen Therapiebereichen die taktile Beruhigung und Stimulation eine wesentliche Rolle: Durch (mehr oder weniger) ausgeprägte Nutzung einer ganzen Palette aktivierender Therapie- und Pflegekonzepte¹³ und der in Therapie und Pflege etablierten interaktiv-kommunikativen Methoden (nonverbal, paraverbal, verbal) soll bei den Bewohnern dergestalt Kommunikationsfähigkeit evoziert werden. Unzweifelhaft handeln die Pflegekräfte und Therapeuten im von ihnen *stets* als ‚Inter-Aktionen‘ begriffenen Umgang mit den Bewohnern des Hauses also *nie* nur verbal, sondern stets auch körperlich. Wichtiger als diese relativ triviale Feststellung aber ist, dass der ‚Umgang‘ mit den Menschen im Wachkoma, mit denen sie es zu tun haben, in aller Regel eben über den Körper gesucht wird.¹⁴

Im Konzept der Basalen Stimulation wird von der Anschlussfähigkeit an prä- und postnatale ‚Körpererfahrungen‘ ausgegangen, deren Abrufbarkeit auch einem Menschen im Wachkoma zugesprochen wird. Basierend auf entwicklungs-

13 Vgl. z.B. Gustorff/Hannich 2000; Gritt/Großmann 2005; Nusser-Müller-Busch 2007; Pickenbrock 2005.

14 Zumindest implizit folgen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter damit dem anticartesianischen Menschenbild, das insbesondere von Helmuth Plessner (z.B. 1983b), Maurice Merleau-Ponty (z.B. 1966), Bernhard Waldenfels (z.B. 2000) und Hermann Schmitz (z.B. 1965) forciert worden ist (vgl. dazu neuerdings Gugutzer 2012 sowie Alloa u.a. 2012).

physiologischen Annahmen, soll über die Stimulation somatischer, vestibulärer und vibratorischer Kanäle ein Angebot zur Wahrnehmung des eigenen Körpers geschaffen werden, welches der betroffene Bewohner bereits im Mutterleib erfahren hat (vgl. zur allgemeinen Einschätzung pränataler Wahrnehmungen Speckmann/Wittkowski 1994 oder ausführlicher Pohlmann 2000). Die Fähigkeit zur Wahrnehmung basiert demnach auf vorangegangenen Körpererfahrungen. Physiologisch zielt die Stimulation auf die Regeneration von Nervenzellen im zentralen Nervensystem ab. Mit dieser körpernahen Arbeit wird das Ziel verfolgt, einem durch Bewegungsarmut und Immobilität verursachten Verlust des eigenen Körperbildes und Leberlebens entgegen zu wirken.

Der als Schnittstelle zwischen Organismus und Umwelt interpretierte Körper tritt in den Vordergrund der somatischen Aufmerksamkeit: Er erscheint als Erkenntnisquell und Ausdrucksmedium im Bemühen, die bzw. eine soziale Entität zu erhalten. Aus diesem Verständnis ergibt sich unseren Beobachtungen zufolge eine wesentliche Maxime für das Sinnverstehen der im Haus Königsborn tätigen Mitarbeiter. Sowohl pflegerische als auch therapeutische Handlungen werden als Angebote verstanden, bei denen „die physische Gegenwart, das lebendige Anwesendsein allein genügt, um in einen basalen Austauschprozess eintreten zu können“ (vgl. Fröhlich 2006, S. 402).

2.1.2 Bobath-Konzept

Ein weiteres wichtiges Element der ganzheitlichen Förderung von bewusstseinsbeeinträchtigten Menschen im Haus Königsborn ist das sogenannte Bobath-Konzept. Dieser therapeutische Ansatz ist Anfang der 1940er Jahre von dem Ehepaar Berta und Karel Bobath, einer Physiotherapeutin und einem Neurologen, zur Behandlung neuropsychologischer Erkrankungen bei hirngeschädigten Kindern entwickelt und in der Folge auf Erwachsene mit spastischen Bewegungsstörungen übertragen worden (vgl. Isermann/Bonse 2001). Heute ist das Bobath-Konzept in vielen Rehabilitationsbereichen etabliert.

Angewandt wird es z.B. von Physio-, Ergo- und Sprachtherapeuten ebenso wie von Pflegekräften im Umgang mit Menschen mit vielfältigen neurologisch verursachten Bewegungsstörungen, wie Spastiken, Athetosen und Ataxien (vgl. Bobath 2004). Grundgedanke des Bobath-Konzepts ist das Prinzip der ‚Neuroplastizität des Gehirns‘, d.h. die Idee, dass verloren gegangene Funktionen erkrankter und beschädigter Hirnregionen – bei einer gezielten und dauerhaften therapeutischen Förderung – von gesunden bzw. intakten Regionen übernommen werden können. Dementsprechend zielt die Anwendung des Bobath-Konzepts in Therapie und Pflege darauf ab, über Bewegungsabläufe selbständige Eigenaktivitäten des Patienten zu evozieren, die, in Alltagshandeln eingebettet, möglichst oft wiederholt werden sollen, um so ein neuroplastisches Wiedererlernen körperlicher Funktionen zu bewirken.

Therapeuten und Pflegekräfte, die sich am Bobath-Konzept orientieren, setzen vor allem an den für sie augenscheinlichen motorischen Funktionseinschränkungen ihrer Patienten an. Die zerebral beeinträchtigten Körperhaltungen sollen dadurch korrigiert werden, dass die Patienten gezielt dabei unterstützt werden, (wieder) möglichst natürliche Körperhaltungen zu erlangen, ihre Bewegungsabläufe zu verbessern (d.h. zu ‚normalisieren‘) bzw. pathologisch verankerte Bewegungsmuster zu kompensieren.¹⁵ Durch die Integration therapeutischer Übungen in alltägliche Handlungszusammenhänge soll bei den Patienten nicht nur eine Reaktivierung von im Gehirn verankerten Erinnerungspotentialen erreicht, sondern auch die praktische Notwendigkeit erzeugt werden, als anstrengend empfundene Bewegungen auszuführen.

15 Menschen mit zerebralen Störungen werden, der ‚Logik‘ des Bobath-Konzepts folgend, von den Therapeuten immer von ihrer ‚stärker betroffenen‘ Körperseite aus ‚angesprochen‘, damit sie lernen, diese ‚stärker betroffene‘ Seite besser wahrzunehmen und den pathologischen Mustern entgegenzuarbeiten.

2.1.3 Orientierung am Alltag

Dementsprechend hängt die Prämisse der Lebenswelt- bzw. Alltagsorientierung der Bewohner im Haus Königsborn eng mit dem Bobath-Konzept zusammen (vgl. Konzeptgruppe 2005, S. 4): Durch gezielte therapeutische Maßnahmen sollen eben nicht nur die motorischen, kognitiven und sensitiven Fähigkeiten der Bewohner verbessert bzw. wiederhergestellt werden. Versucht werden soll vielmehr, deren gesamtes Leben – trotz aller Einschränkungen – so ‚normal‘ wie möglich zu gestalten. Dazu gehört neben einer weitgehenden Einbeziehung der Angehörigen¹⁶ vor allem die Orientierung möglichst vieler Maßnahmen an den der Schädigung vorgängigen Lebensgewohnheiten der Bewohner. Auf diese Gewohnheiten wird nicht nur in Therapie und Pflege rekuriert, sondern auch aus Freizeitangeboten, wie etwa Besuchen von Fußballspielen, Schlager- oder Rockkonzerten usw., wird den früheren Interessen der Bewohner entsprechend ausgewählt. Auch der lokale Nahraum des Hauses Königsborn wird in alltägliche Aktivitäten (bzw. Aktivierungen) einbezogen – z.B. für kleinere Einkaufstouren, Friseur- und Gottesdienstbesuche und dergleichen, so dass die Bewohner in der städtischen Öffentlichkeit durchaus präsent sind. Die ‚aktive‘ Teilnahme am öffentlichen Leben soll dazu dienen, den Bewohnern ein möglichst an den typischen Abläufen des alltäglichen Miteinanders orientiertes Leben zu ermöglichen und so dem – im Sinne einer Exklusion aus dem gesellschaftlichen Leben und des Verlusts sozialer Teilhabemöglichkeiten verstandenen – ‚sozialen Tod‘ entgegen zu wirken (vgl. Feldmann 2004). Insbesondere mit Blick hierauf zielt das Konzept darauf ab, „den Dialog mit gesellschaftlichen und politischen Einrichtungen und Lebensfeldern zu intensivieren“ (Konzeptgruppe 2005, S. 17).

16 Im Haus Königsborn finden regelmäßig Angehörigenseminare statt, die von einem externen Supervisor geleitet werden. Die Angehörigen werden aber auch kontinuierlich durch den Sozialdienst der Einrichtung betreut und auch von den jeweiligen Bezugspflegerinnen in Entscheidungen mit einbezogen bzw. ggf. um Zustimmung zu geplanten ‚Maßnahmen‘ gebeten.

2.2 Leitbild¹⁷

Alltagsorientierung entspricht – neben dem qua Ausbildung und Berufspraxis erworbenen Professionswissen – ganz dem deklarierten Menschenbild, welches im Haus Königsborn den Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Therapie und Pflege mit den Bewohnern vor allem prägt und eine für diese Einrichtung spezifische Organisationskultur hervorbringt. Die rituelle ‚Zitation‘ alltäglicher Vollzüge – wie eigene Garderobe zu tragen, das Haus verlassen zu können, bei einem Transfer auf den eigenen Beinen zu stehen – dient zum einen dazu, Konfusion durch unbekannte oder alltagsfremde Vollzüge zu vermeiden, und zum anderen dazu, Zäsuren herbeizuführen gegenüber der (im Wesentlichen) als beendet geltenden Akutphase.¹⁸ Die Berücksichtigung (vormaliger) persönlicher Interessen und die Wiederaufnahme bekannter und vertrauter Lebensvollzüge sollen helfen, (eine neue) Normalität zu erleben. Dieses ‚Programm‘ basiert auf der Prämisse, dass *alle* Bewohner der Einrichtung personale Eigenschaften haben und zumindest rudimentär handlungs- und entscheidungsfähige Akteure mit individuellen Fähigkeiten und Bedürfnissen sind, denen im Rahmen ihrer unterschiedlich stark ausgeprägten Behinderungen eben ein möglichst „alltagsnahes“ Leben ermöglicht werden soll (vgl. Konzeptgruppe 2005). In eben diesem Verstande beobachten wir im Umgang mit Menschen im Zustand „Wachkoma“ z.B. *Rituale* der Begrüßung, der Verabschiedung, des Ansprechens, des Berührens, des Sich-ins-Gesichtsfeld-Bringens; im weiteren *Rituale* des Spazierenge-

17 Unter „Leitbild“ verstehen wir nicht nur, was in Konzeptionen, Programmatiken oder Trägerbeschreibungen von Einrichtungen steht. „Leitbild“ impliziert vielmehr die Summe von Wahrnehmungs- und Deutungsmustern, auf die bezogen die Mitglieder einer Organisation konsensuelle Handlungsroutinen, Zielvorstellungen und Aufgabenformulierungen generieren, die für ihre Arbeit (eine gewisse) Verbindlichkeit besitzen (vgl. Rosenbauer 2011, S. 114).

18 Insbesondere in der Zeit nach der unmittelbaren Aufnahme sind bei Bewohnern oft noch vegetative ‚Entgleisungen‘, zum Beispiel in Form von starkem Schwitzen, zu beobachten.

hens, des Erzählens, des Vorlesens, des Einschaltens von Fernsehsendungen und des Abspiels von Musik- und Wort-CDs; aber auch *Rituale* des Kaschierens von Ver- und Entsorgungstechnik, des Aufhübschens (z.B. mittels ‚ordentlicher‘ Bekleidung, mittels Haar- und Gesichtspflege, mittels Einsatz von Kosmetika und Duftessenzen, usw.), der Umgestaltung des Krankenzimmers zu einem ‚wohnlichen‘ Raum (z.B. mittels Bildern, Blumen, Zimmerschmuck, Bücher, Nippes und anderen ‚Devotionalien‘); und schließlich *Rituale* der Teilnahme an sozialen Veranstaltungen – z.B. zu Weihnachten, zu Ostern, zum Karneval, zum sommerlichen Grillen und zu Geburtstagen (zu den Geburtstagen eines Menschen im Wachkoma bekommt dieser durchaus Glückwunschkarten und Geschenke, und es werden auch kleine „Partys“ organisiert). Solche Aktivitäten wären in Interaktionszusammenhängen zwischen ‚normalen‘ Personen zum Teil Routinehandlungen, jedenfalls wären sie zumeist unauffällige Alltagshandlungen. Im Umgang mit Menschen im Wachkoma aber werden solche Aktivitäten gerade dadurch bedeutsam, dass sie attestieren bzw. das Attest stabilisieren und verstärken, das, worauf sie sich richten, sei ein Alter ego, sei eine ‚Person wie ich‘.

Ein solches ganz alltägliches Ritual ist z.B. auch die – auch im Haus Königsborn als „korrekt“ geltende – Form des Betretens eines Raumes, in dem sich ein Mensch im Wachkoma befindet und dessen Türen geschlossen sind. Erving Goffman thematisiert diesen Vorgang im Kontext seiner Befassung mit „Hinterbühnen“: Dringen Personen (insbesondere unerbeten) in eine Hinterbühne einer anderen Person ein, erfordern die „Regeln der Etikette in Bezug auf taktvolle Discretion anderen gegenüber und die dadurch geschaffene wirk-same Privatsphäre“ (Goffman 1969, S. 209) üblicherweise, dass sie vor Betreten dieses als Privatsphäre begriffenen Raumes bestimmte Warnzeichen von sich geben – dass sie also an einer geschlossenen Tür anklopfen, ehe sie sie öffnen –, damit die auf der anderen Seite befindliche Person die Möglichkeit hat, z.B. peinliche Betätigungen zu beenden bzw. zu kaschieren, einen der Situation angemessenen Gesichtsausdruck anzunehmen usw., kurz: in die von ihr gewünschte Rolle zu schlüpfen. Eben diese interaktive *Funktionalität* des Anklop-

fens ist beim Umgang mit Menschen im Wachkoma naheliegender Weise zumindest zweifelhaft. Gerade deshalb aber wird dergestalt eine ‚defektorientierte‘ Sicht des Zustandes der Bewohner zurückgedrängt zugunsten einer ‚ressourcenorientierten‘ Idee des weiteren Rehabilitationsprozesses.

2.2.1 Menschenbild und Ethik: Das hausphilosophische A priori

Vor allem anhand der uns vorliegenden Hauskonzeption sowie anhand des Internetauftritts und anderer repräsentativer Dokumente¹⁹ lassen sich die ideellen Leitlinien des Hauses Königsborn rekonstruieren: „Die Einstellung zu unseren Bewohnern basiert auf einem ganzheitlichen Menschenbild, dessen Grundlage die Annahme bildet, dass der Mensch in jeder Situation seines Lebens eine körperliche, seelische und soziale Einheit ist. (...) Der Bewohner gibt in seiner Eigenkompetenz Ziel und Tempo des gemeinsamen Handelns vor und gestaltet gemeinsam mit den Mitarbeitern seine individuelle Lebensart.“²⁰

Die Grundannahmen des hier entworfenen „ganzheitlichen Menschenbildes“ stehen in deutlichem Kontrast zum naturwissenschaftlich fundierten, defizitorientierten Menschenbild der Biomedizin und werden von diesem explizit abgegrenzt.²¹ Die Relevanz dieser Abgrenzung resultiert im Wesentlichen aus den unterschiedlichen Deutungsmustern der für Menschen mit schweren Gehirnschädigungen ‚zuständigen‘ Professio-

19 Neben dem Konzeptpapier (Konzeptgruppe 2005) ist uns eine Festschrift zum 125-jährigen Bestehen des Lebenszentrums Königsborn (Petermann 2005) sowie eine ausführliche Darstellung in der Dissertationsschrift des Musiktherapeuten (Herkenrath 2004) zuhanden. Der Internetauftritt der Einrichtung findet sich unter <http://www.lebenszentrum-koenigsborn.de>.

20 Auszüge aus „Grundsätze, Leitsätze, Ziele“, unter: http://www.lebenszentrum-koenigsborn.de/cms/front_content.php?idcat=37

21 Besonders deutlich wird dies in der Verwendung ‚beziehungsmedizinischer Terminologie‘, wie sie sich etwa in den Studien Andreas Ziegers (1996 und 2007a) oder auch in den Schriften zur Basalen Stimulation findet (vgl. z.B. Fröhlich 1991).