

3 Behinderung – was ist das eigentlich?



3.1 Begriff und Bedeutung in der Gesellschaft

Aufgaben

1. Formulieren Sie auf einem A 4-Blatt Ihre Gedanken zu den beiden Plakatentwürfen. Tauschen Sie sich anschließend in Kleingruppen aus.
2. Zum Begriff „Behinderung“ fällt mir (noch) ein ... Idee: Erstellen Sie gemeinsam in Ihrer Klasse eine große Wandzeitung. Hängen Sie diese am Schwarzen Brett Ihrer Schule aus und laden Sie die Schulgemeinschaft ein, sich an dieser Aktion zu beteiligen. Nutzen Sie diese Aktion bspw., um auf den *Internationalen Tag der Menschen mit Behinderung* (3. Dezember) oder auf den *Europäischen Protesttag zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen* (5. Mai) aufmerksam zu machen.
3. Die „Gesellschaft“ reagiert auf Menschen mit einer Behinderung
 Ich habe in der Begegnung mit Menschen mit Behinderung oft das Gefühl ...
 Menschen mit Behinderung reagieren auf ihre eigene Behinderung oftmals mit ...
 Welche Erfahrungen haben Sie in Ihrem beruflichen und privaten Alltag gemacht?

Von der Schwierigkeit, einen angemessenen Begriff von „Behinderung“ zu finden

Nicht nur im alltäglichen Miteinander, sondern auch in der heilerziehungspflegerischen und heilpädagogischen Fachliteratur fällt es schwer, einen angemessenen Begriff von „Behinderung“ zu finden. Viele Diskussionen sind dabei geprägt von

dem Wunsch und dem Bemühen, einerseits den Menschen mit Behinderung nicht durch einen bestimmten Sprachgebrauch zu stigmatisieren und negativ zu bewerten („Schwachsinn“, „Krüppel“, „mongoloid“), andererseits aber auch nicht durch Umschreibungen („Menschen mit besonderen Fähigkeiten“) den spezifischen Unterstützungs- und Assistenzbedarf wegzureden. Somit ist das Ringen um einen angemessenen Begriff von „Behinderung“ auch nicht ein akademischer Luxus, wie manchmal unterstellt wird, sondern eine Grundlage für einen angemessenen und wertschätzenden Umgang miteinander.

Der Begriff „Behinderung“ bildet in diesem Sinne keine objektiv und exakt messbare, definierbare Tatsache ab. Vielmehr konstruiert der Begriff selbst unsere Wirklichkeit und prägt unser Bild von den Menschen. Das, was wir sprachlich mit dem Begriff „Behinderung“ meinen, hängt davon ab, wie wir in unserer persönlichen Lebensgeschichte, in unserem gesellschaftlichen und geschichtlichen Kontext, in unserer Kultur den Begriff mit Leben und mit Inhalten gefüllt haben. Ob ein Glas Wasser halb voll oder halb leer ist, hängt von unserer Perspektive ab. Ob wir ein Kind als Zappelphilipp oder als Kind mit ADHS bezeichnen, bestimmt nicht nur unsere Wahrnehmung, sondern auch die Wahrnehmung des Kindes selbst. Und es bestimmt schließlich auch den gegenseitigen Umgang miteinander.

Der Begriff „Behinderung“ ist also abhängig vom Bezugssystem, von der subjektiv konstruierten und geteilten Sicht der Wirklichkeit. „Behinderung“ ist nichts Absolutes, sondern etwas Relatives. Wichtig ist dabei, dass nicht der Mensch mit seiner Behinderung relativiert wird, sondern gerade mit seiner individuellen Geschichte und seinem subjektiven Erleben ernst genommen wird.

3.4.1 Trisomie 21

(griech. dreimal und Körper, ICD-10 Q90.0)



Abb. 1 Chromosomensatz bei Trisomie 21: dreifaches Chromosom Nr. 21

Ursachen

Bei Trisomie 21 (auch Down-Syndrom, nach dem englischen Arzt und Apotheker John Langdon-Down, 1828–1896) liegt das Chromosom 21 in dreifacher und nicht in doppelter Form vor (► s. Abb. 1). Der Grund für dieses Vorkommen ist in 95% der Fälle eine unüblich verlaufende Meiose (besondere Form der Zellteilung). Der Auslöser dafür ist weitestgehend unbekannt. Man geht von geschädigten und älteren Eizellen der Mutter als eigentlicher Ursache für die unübliche Zellteilung aus, da beispielsweise die ionisierende Strahlung in der Katastrophe von Tschernobyl erhöhte Geburtenzahlen von Säuglingen mit Trisomie 21 zur Folge hatte und auch Frauen in zunehmendem Alter öfter Mütter von Kindern mit Down-Syndrom werden.

Symptome

Trisomie 21 ist an sämtlichen körperlichen Symptomen zu erkennen, dazu gehören:

- Flaches Gesicht
- Schräg stehende Augen
- Hautfalte am inneren Augenwinkel
- Kleine Ohren
- Sandalenlücke (vergrößerter Abstand zwischen 1. und 2. Zeh)
- Vier-Finger-Furche
- Muskelschwäche (Hypotonie)
- Langsames Wachstum
- Kleinere Größe
- Herzfehler in etwa 50% der Fälle
- Insgesamt anfälliges Immunsystem

Eine schwere geistige Beeinträchtigung liegt nur bei etwa 10% der Menschen mit Down-Syndrom vor.

Lebensführung



Abb. 2 Ein Junge mit Trisomie 21

Menschen mit Trisomie 21 sind oft fröhliche und extrovertierte Charaktere, deren Fähigkeiten im Sozialverhalten sowie im emotionalen Entwicklungsbereich besonders hoch einzustufen sind.

Voraussetzung für ein Leben, in welchem der Mensch mit Trisomie 21 sich individuell bestmöglich entwickeln kann, ist ein akzeptierendes Umfeld, das ihm liebevolle Unterstützung zukommen lässt. Dazu sollte frühzeitig mit individualisierten Fördermaßnahmen in unterschiedlichen Entwicklungsbereichen begonnen werden, um den Einzelnen in seinen Entwicklungsmöglichkeiten optimal unterstützen zu können. Dabei kommt dem **heilpädagogischen Reiten** eine besonders hervorzuhebende Rolle zu. Begleiterscheinungen der Trisomie 21, wie Herzfehler oder Seh- und Hörstörungen, sind ärztlich und mit individuell angepassten therapeutischen Maßnahmen zu behandeln.

Unter diesen Voraussetzungen ist eine durchschnittliche Lebenserwartung von 60 Jahren bei einem weitgehend selbstständigen Leben der Menschen mit Down-Syndrom möglich, das die Arbeit in Regelberufen einschließt. In einzelnen Fällen konnten Menschen mit Down-Syndrom sogar ein Universitätsstudium erfolgreich abschließen.

Zum Weiterlesen

www.ds-infocenter.de Deutsches Down-Syndrom Infocenter
www.down-syndrom.org Arbeitskreis Down-Syndrom e.V.
www.dkthr.de Deutsches Kuratorium für therapeutisches Reiten e.V.

3.4.3 Williams-Beuren-Syndrom

(ICD-10 F78.8)



Abb. 1 Mädchen mit Williams-Beuren-Syndrom

Ursachen

Bei dem Williams-Beuren-Syndrom (nach den Ärzten C.J.P. Williams und Alois J. Beuren) liegt eine Veränderung von mindestens 20 Genen auf Chromosom Nummer 7 vor. Bei 97% der Fälle handelt es sich dabei um einen Stückverlust (Deletion) im Bereich 7q11.23. Zurückzuführen ist diese Deletion auf eine spontane Mutation, die mit einer Häufigkeit von etwa 1:7500 auftritt.

Die fehlenden Gene sind verantwortlich für einen veränderten Vitamin-D-Stoffwechsel sowie für die Bildung des Eiweißes Elastin im Körper, woraus eine Aortenstenose (verengte Hauptschlagader) folgt. Kognitive Minderleistung durch fehlende Nervenzellen in bestimmten Hirnregionen und verän-

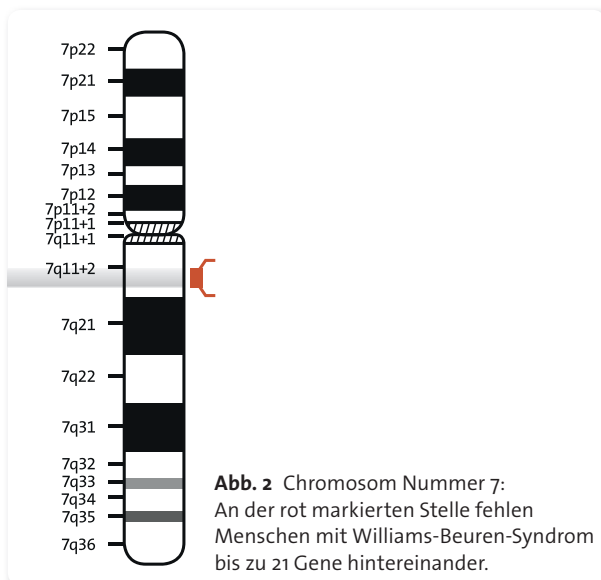


Abb. 2 Chromosom Nummer 7: An der rot markierten Stelle fehlen Menschen mit Williams-Beuren-Syndrom bis zu 21 Gene hintereinander.

derte Gesichtszüge sind ebenfalls Folgen der fehlenden Gene auf Chromosom Nummer 7, die zu einer schweren Pflegebedürftigkeit bei den betroffenen Personen führen.

Symptome

Obwohl die Ausprägung des Williams-Beuren-Syndroms bei betroffenen Menschen sehr unterschiedlich sein kann, lassen sich doch einige gemeinsame Symptome anführen:

- „Elfengesicht“
- Fehlsichtigkeit oder Schielen
- Kleinwuchs
- Entwicklungsverzögerung
- Ess- und Trinkschwierigkeiten
- Mittlere bis schwere geistige Beeinträchtigung
- Aortenstenose (verengte Hauptschlagader)
- Kardiovaskuläre Veränderungen
- Skoliose ▶ s. Modul 4, Kap. II.3.2.5
- Geräuschempfindlichkeit
- Musikalisches Talent mit absolutem Gehör

Als **absolutes Gehör** bezeichnet man die Fähigkeit von Menschen, einen Ton ohne Hilfsmittel genau bestimmen zu können.

Lebensführung

Durch schwere oder sogar schwerste Pflegebedürftigkeit ist eine selbstständige Lebensweise für Menschen mit Williams-Beuren-Syndrom in den meisten Fällen nicht möglich. Eine veränderte Hirnentwicklung, die Probleme mit dem Erfassen von räumlichen Beziehungen mit sich bringt, führt zu Lernschwierigkeiten im Allgemeinen. Jedoch zeichnen sich Betroffene durch Kontaktfreudigkeit und sprachliche Gewandtheit aus, wobei der Sprachfluss auch Aspekte beinhaltet, deren Bedeutung dem Sprecher unklar sind. Es entstehen Missverständnisse. Daneben erscheint das Sprechen betroffener Menschen in vielen Fällen als Monolog, es gelingt keine Kommunikation im engeren Sinne.

Die Kontaktfreudigkeit ist meist ausgeprägt, sodass keine Scheu vor Fremden gekannt und überschwänglich offen auf Mitmenschen zugegangen wird. Distanzlosigkeit und vertrautes Umgehen mit fremden Menschen führen allerdings zu Konflikten, da sie gesellschaftlich nicht akzeptabel sind. Aus diesem Grund sind entsprechende Trainings- und Erziehungsmaßnahmen für ein sozial angepasstes Leben notwendig.

Zum Weiterlesen

www.w-b-s.de Bundesverband Williams-Beuren-Syndrom e.V.

Aufgaben

Diese Faktoren beeinflussen unsere Gesundheit:

- Veranlagung
- Geschlecht
- Umweltbedingungen
- Lebensstil
- soziale Bedingungen
- psychische Belastungen
- Stress
- Ernährungsverhalten
- Krankheiten

Prüfen Sie einmal Ihr eigenes Gesundheitsverständnis.
Wann fühlen Sie sich gesund? Welche Bedingungen müssen dazu gegeben sein?

Psychische Krankheiten. Schwieriger noch wird die Unterscheidung zwischen gesund und krank, wenn der Blick von körperlichen auf psychische Erkrankungen gelenkt wird. In der Literatur wird oft von „seelischen Erkrankungen“ oder „seelischen Störungen“ gesprochen – diese Begriffe sind jedoch nicht wissenschaftlich, da sich die Seele jeglichen Definitionsbemühungen entzieht. Psychische Krisen kennt wohl jeder Mensch. Von psychischen Erkrankungen oder psychischen Störungen wird gesprochen, wenn Wahrnehmung, Denken, Motivation, Bedürfnis und Gefühl dauerhaft beeinträchtigt sind.

Psychisch gesund und psychisch krank

Psychische Gesundheit: „Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen.“ WHO, 1946

Die Unterscheidung zwischen psychisch gesund und psychisch krank setzt voraus, dass psychische Gesundheit klar beschrieben werden kann. Psychisch krank ist nach obiger Definition ein Mensch, der in bestimmten Bereichen seiner Persönlichkeit und seiner Fähigkeit zur Kommunikation und Interaktion erheblich beeinträchtigt ist. Die Bereiche der menschlichen Persönlichkeit werden in der Psychologie wie folgt dargestellt:

- **Mentaler Bereich:** Denkfähigkeit, Gedächtnisfähigkeit, Wahrnehmungsfähigkeit, Sprachfähigkeit, Reflexionsfähigkeit, Fähigkeit der Selbstwahrnehmung, Unterscheidungsfähigkeit
- **Affektiver Bereich:** Emotionen, Bedürfnisse, Stimmungen, Affekte, Fähigkeit der Emotionsregulierung
- **Psychomotorischer Bereich:** Motivation, Wille, Durchsetzungsfähigkeit, Geduld, Beharrlichkeit
- **Psychosozialer Bereich:** Beziehungs- und Bindungsfähigkeit, Empathiefähigkeit, Konflikt- und Mediationsfähigkeit

- **Metaphysischer Bereich:** Prinzipien, Haltungen, Werte, religiöse Überzeugungen, Glaubenssätze
- **Somatischer Bereich:** Körper- und Geschlechtswahrnehmung, Fähigkeit, den eigenen Körper anzunehmen und seine Veränderungen immer wieder ins Körperbild zu integrieren

Das, was bei allen psychischen Erkrankungen auffällt, sind eine geringe, verzerrte, übertriebene oder **fehlende Selbstwahrnehmung** und eine eingeschränkte bis **fehlende Selbststeuerung**: die Fähigkeit also, sich selbst angemessen wahrzunehmen, seine Bedürfnisse zu erkennen und zu regulieren, die eigene Wahrnehmung durch Perspektivwechsel zu überprüfen, ein positives und konstantes Selbstkonzept zu besitzen.

Die psychische Gesundheit hängt davon ab, wie gut ein Mensch auf belastende Situationen oder Lebensbedingungen reagiert. Die individuelle Anfälligkeit für eine psychische Erkrankung wird als Vulnerabilität (Verletzbarkeit) bezeichnet. Das Gegenteil, also die Fähigkeit, trotz großer Belastungen gesund zu bleiben, wird Resilienz (Widerstandsfähigkeit, ▶ s. Modul 3, Kap. III.2.6) genannt.

Zum Weiterlesen

www.who.int Weltgesundheitsorganisation WHO ICD-10-GM (German Version)

Aufgabe

Reflektieren Sie nachfolgenden Gedanken zur Selbstwahrnehmung und Fremdwahrnehmung als Voraussetzung für den Umgang mit psychisch Kranken:

Es fällt uns in der Regel nicht schwer, Menschen in ihrem Verhalten zu verstehen. Wir können uns unter normalen Umständen gut in einen anderen Menschen hineinversetzen. Dieser Perspektivwechsel ist Voraussetzung dafür, soziale Beziehungen aufzunehmen und zu pflegen. Bei Menschen mit einer *psychischen Erkrankung* ist diese Einfühlung begrenzt. Wie kommt das? Empathie ist dann möglich, wenn wir beim anderen etwas beobachten, was wir bei uns selbst auch wahrnehmen können. Eine gute Selbstwahrnehmung führt zu Selbstverstehen – dies ist Voraussetzung für Fremdverstehen.

Sich in einen traurigen, ängstlichen oder freudigen Menschen einzufühlen, ist daher in der Regel kein Problem, da wir diese Gefühle selbst gut kennen. Wenn wir aber einem schwer depressiven oder einem schizophrenen Menschen begegnen, machen wir eine Grenzerfahrung: Der andere bleibt uns in seiner Depression oder Verrücktheit fremd, weil wir diese Selbstwahrnehmung nicht herstellen können. Das einfühlende Verstehen führt nicht zu einem echten Fremdverstehen, wir bleiben unsicher, in Distanz.

4 Geragogik – die Entwicklung älterer Menschen



Der Begriff Geragogik bezeichnet die Theorie und Praxis der Vorbereitung, Gestaltung und Vollendung menschlichen Lebens im Alter.

Die demografische Veränderung in den vergangenen Jahrzehnten dokumentiert deutlich die große Wahrscheinlichkeit der Menschen in den entwickelten Ländern, sehr alt zu werden. Heute hat ein älterer Mensch nach der Pensionierung durchschnittlich noch über 20 Jahre Lebenszeit vor sich. Aber nicht nur die Lebenserwartung, auch der durchschnittliche Gesundheitszustand alter Menschen hat sich verändert. 70-Jährige sind durchschnittlich um 5-10 Jahre gesünder als noch vor 30 Jahren. Lebenszufriedenheit und Lernfähigkeit sind in der älteren Generation deutlich gestiegen. Alte Menschen verfügen über mehr ökonomische, körperliche und psychische Fähigkeiten als je zuvor; d. h., die Ressourcen zur Bewältigung von typischen Krisen und Verlusten im Alter sind gestiegen. Die heute 60- und 70-Jährigen sind den 50- und 60-Jährigen von früher vergleichbar (Baltès/Mayer 1996). Vor diesem Hintergrund haben die Wissenschaften vom Altern in der jüngsten Vergangenheit zunehmend an Bedeutung gewonnen.

Die Gerontologie beschäftigt sich mit der Beschreibung, Erklärung und Modifikation von körperlichen, psychischen, sozialen, historischen und kulturellen Aspekten des Alterns und des Alters, einschließlich der Analyse von altersrelevanten und alterskonstituierenden Umwelten und sozialen Institutionen. Dabei werden die Entwicklung und Veränderungen menschlichen Erlebens und Verhaltens als Ergebnis aktueller psychischer und sozialer Bedingungen sowie vorheriger Entwicklungsphasen betrachtet.

Menschen stehen in ihrer persönlichen Entwicklung in einer lebenslangen Auseinandersetzung mit Krisen und neuen Herausforderungen, die das Leben stellt. Persönlichkeitsreifung, Lebensgestaltung, Bewusstwerdung und Selbstverwirklichung sind Lernprozesse, die auch im Alter gefördert werden können. Insbesondere können sozialpädagogische Hilfen bei der Aufnahme und Einordnung von Lebenserfahrungen in das Selbstkonzept und die Lebensgestaltung wichtig sein.

Heilerziehungspfleger können demnach hilfreiche Unterstützung anbieten

- im soziokulturellen Bereich (Freizeitgestaltung, Bildung, Angehörigenarbeit, soziale Teilhabe, intergenerative Verständigung),
- im physischen Bereich (Akzeptanz körperlicher Veränderung, Alterssexualität, Gesundheitsfürsorge, Ernährung),
- im spirituellen, religiösen Bereich (Sinnfrage, Trauer, Sterben) und
- im psychischen Bereich (Selbstständigkeit, Identitätsentwicklung, Biografiearbeit).

Schon der „Vater“ der modernen Pädagogik, Comenius, formulierte für das höhere Erwachsenenalter 3 Aufgaben: Das bisher durchlebte Leben recht zu erfüllen, den Rest des Lebens richtig zu vollenden und das ganze irdische Leben richtig zu beschließen. Die Notwendigkeit, im Alter zu lernen, sich an Veränderungen anzupassen und Aufgaben erfolgreich zu bewältigen, schließt die bewusste Todesvorbereitung ein.

Das pädagogische Problem des Alters ist daher die Frage nach der Bewältigung von Krisen, die sowohl im Individuum als auch in der Gesellschaft ihre Ursachen haben. Das höhere Erwachsenenalter kann in Situationen führen, die allein nicht bewältigt werden können. Heilerziehungspflege hat hier die Aufgabe der praktischen Lebenshilfe.

Die Heilerziehungspflege kann als Teildisziplin der Geragogik verstanden werden.

Die Geragogik beschäftigt sich mit pädagogischen Fragestellungen des Alterungsprozesses. Ihre Inhalte und Ziele sind darauf gerichtet, Lebenssituation und Lebensqualität alter Menschen zu verbessern. Dazu zählen psychosoziale Lebenshilfe, Bewältigung von Alternsprozessen und Alternssituationen, Persönlichkeitsentwicklung und Selbstverwirklichung, Kommunikation und Partizipation.

Frau Kirschbaum lebt seit dem Tod ihres Mannes in einem Pflegeheim. Sie ist seit einigen Jahren verwirrt und kann sich nicht selbstständig versorgen. Das Pflegeheim bietet ihr die Möglichkeit, in einer geschützten Gruppe mit 7 anderen alten Menschen zu leben.

Die Heilerziehungspflegerin Anja arbeitet in dieser Wohngruppe. Zentraler Raum ist ein großer Wohnraum mit einer Küche. Hier werden gemeinsam die Mahlzeiten zubereitet, es wird zusammen gegessen, es gibt tagesstrukturierende Angebote. Anja begleitet Frau Kirschbaum, indem sie ihre verbliebenen Fähigkeiten der Haushaltsführung immer wieder anspricht und die alte Frau ermuntert, leichte Tätigkeiten wie Kartoffelschälen, Abtrocknen, den Raum fegen, den Tisch wischen zu übernehmen.

Frau Kirschbaum übernimmt diese Aufgaben sehr gern; sie ist jedes Mal stolz, wenn ihr etwas gelingt. Dann erzählt sie, wie sie früher für ihren Mann und die 2 Kinder den Haushalt geführt hat und was ihr dabei wichtig war.

In Deutschland sind etwa 2,3 Millionen Menschen pflegebedürftig, die je nach Schweregrad in 3 Pflegestufen eingeteilt werden. Hochaltrigkeit und Pflegebedürftigkeit werden mit abnehmender Selbstbestimmung und Selbstständigkeit und Kontrollfähigkeit (Selbstwirksamkeit) wahrgenommen.

Für die Heilerziehungspflege ist die Geragogik insofern ein Aufgabenbereich, als sie sich auf alte Menschen bezieht, die durch Beeinträchtigungen an einem Leben in der Gesellschaft behindert werden. Insbesondere die **soziale Desintegration** alter Menschen stellt für die Heilerziehungspflege eine Herausforderung dar. In der Geragogik geht es letztlich um eine kompetenzfördernde Begegnung. In der heilpflegerischen Zumutung erfährt der ältere Mensch die Möglichkeit, sich etwas zuzutrauen. Hier gilt die griffige Formel „Fördern durch Fordern“.

4.1 Lebenszufriedenheit im Alter und soziale Unterstützung

Schon bei der psychosozialen Entwicklung von Erikson (► **s. oben, Kap. 3.4**) wurde auf die lebenslange Betrachtung der Entwicklung verwiesen. Auch Menschen im mittleren und höheren Lebensalter haben **Entwicklungsaufgaben** und Veränderungen zu bewältigen. Berufliche Anforderungen, neue berufliche Aufgaben, die Erziehung von Kindern, die Gestaltung der Partnerschaft, die zunehmende Verselbstständigung der Kinder, das eigene Altwerden, körperliche Veränderungen (z. B. Wechseljahre, chronische Erkrankungen, altersbedingte Behinderungen), die Pensionierung, die zunehmende Beschäftigung mit der eigenen Endlichkeit und schließlich dem Sterben sind lebenslang begleitende Entwicklungsaufgaben. Werden sie erfolgreich bewältigt, kann das Altwerden durch Gefühle der Ich-Identität, Ganzheit und grundlegenden Zufriedenheit mit dem Leben begleitet werden. Gelingen diese Entwicklungsaufgaben nicht, so stellt sich das Gefühl der Vergeblichkeit, der Enttäuschung oder Verzweiflung ein. In der Gerontologie beschreibt man die pathologische Form dieser Enttäuschung auch als Involutionsdepression (► **s. Modul 3, Kap. III.2.3**).

Unter welchen Voraussetzungen können ältere und alte Menschen trotz vieler Veränderungen, Verluste, Kränkungen und Einschränkungen Lebenszufriedenheit im Alter entwickeln? Welchen Unterstützungsbedarf haben sie möglicherweise dabei?

Alte Menschen bilden keine homogene Gruppe. Alte Menschen sind so verschieden wie ihre Lebensgeschichten, Lebensprofile und Lebenserwartungen. Gleichwohl lassen sich Zusammenhänge zwischen bestimmten Lebensaspekten und der Zufriedenheit alter Menschen nachweisen. Enge und verlässliche Beziehungen sind auch im Alter für die Entwicklung und Wandlung unseres Denkens und Handelns, für die Erhaltung von Identität und Motivation, für psychische Stabilität und Lebenszufriedenheit von zentraler Bedeutung.

Das größte Problem alter Menschen ist Einsamkeit und der Verlust von sozialer Bedeutsamkeit (soziale Desintegration). Menschen, die keine engen sozialen Beziehungen haben, die nicht erleben, dass sie für andere Menschen wichtig und bedeutsam sind, verlieren ihren Lebensinn.

Aus der geragogischen Forschung weiß man, dass Lebenszufriedenheit die beste Voraussetzung für die fortlaufende Anpassung zwischen individuellen Bedürfnissen und Erwartungen einerseits und der sozialen und biografischen Situation andererseits darstellt. Erfolgreiches Altern steht demnach im Zusammenhang mit den sozialen Bedürfnissen alter Menschen und ihren Möglichkeiten, diese zu befriedigen.

Teil II

Gesundheit und Pflege

1 Wahrnehmen und Beobachten in der Pflege



Wahrnehmungen und Beobachtungen sind für das pflegerische Handeln von großer Bedeutung. Für den Heilerziehungspfleger heißt das, Auffälligkeiten, Verhaltensweisen, Wesensveränderungen und wesentliche Gesundheitsmerkmale zu erkennen, um darauf sein Handeln auszurichten. Durch professionelles Beobachten und Erkennen wird es möglich, konkrete Handlungen und Maßnahmen der Pflege

1.1 Einwirkungen auf die Wahrnehmung

Aktuelle Einflüsse. Die Fremdwahrnehmung von Fachkräften in der Pflege ist kontinuierlich gefordert. Aber auch (Pflege-)Fachkräfte sind „nur“ Menschen und ihre Fähigkeit zur Fremdwahrnehmung kann eingeschränkt sein.

Negativen Einfluss auf die Wahrnehmungsfähigkeit haben:

- Übermüdung
- Zeitdruck
- Personalmangel
- Überforderungssituationen
- Ausgebranntsein, Krankheit
- Eigene Probleme, welche die Aufmerksamkeit binden

Auch wenn die Fachkraft sehr auf sich und ihre Gesundheit achtet, können diese Einflüsse nicht zu 100% vermieden werden. Ein professionell Pflegenden erkennt jedoch entsprechende Situationen. Durch Absprachen im Team, Einplanung eines freien Tages und eine professionelle Abgrenzung, die persönliche Probleme während der Arbeit außen vor lässt, kann die Sicherheit der zu pflegenden Menschen gewährt werden.

einzuleiten. Je nach Schweregrad der Behinderung eines Klienten werden ganz unterschiedliche Anforderungen an die Fachkraft gestellt.

Wahrnehmung ist ein Prozess, bei dem der Mensch mithilfe seiner Sinnesorgane aus der Umwelt und aus seinem Körper Reize aufnimmt und diese in Informationen umwandelt. Die Informationen werden durch seelische und geistige Prozesse verarbeitet und beeinflusst.

Der Wahrnehmungsprozess verläuft in festen Schritten:

1. **Aufnahme** des Reizes, z. B. Hand auf einer warmen Herdplatte.
2. **Weiterleitung** des Reizes an das Gehirn.
3. Interpretation des Reizes, z. B. bemerken, dass die Finger heiß sind und dass die Ursache dafür die Herdplatte ist.
4. Reaktion auf die Interpretation, z. B. die Hand wird von der Herdplatte genommen.

Umgekehrt kann es auch aufseiten des Klienten **Selbstwahrnehmungsprobleme** geben, z. B. durch den Grad der Behinderung. Im Rahmen der Pflegeanamnese sollten Probleme in der Selbstwahrnehmung in Erfahrung gebracht und in der Pflegeplanung (► **s. Kap. II.2.2.3 in diesem Modul**) berücksichtigt werden. Ein besonderes Augenmerk legt die Fachkraft auf Menschen, deren Reizwahrnehmung eingeschränkt ist und/oder die nicht allein auf Reize reagieren können. Positiv wirken sich auf die Wahrnehmungsfähigkeit des Pflegenden aus:

- ausreichend Zeit für die zu pflegenden Menschen
- eigene Ausgeglichenheit und regelmäßige Ruhezeiten
- Freude und Interesse an der Arbeit
- eine gute Arbeitsatmosphäre

Wird also von **Selbstpflege** der Fachkräfte gesprochen, so ist dies keine leere Worthülse, sondern Grundvoraussetzung, um gute Arbeit leisten zu können (► **s. auch Modul 1, Kap. I.1.3 Psychohygiene**).

5.1 Grundgedanken des Empowermentkonzepts

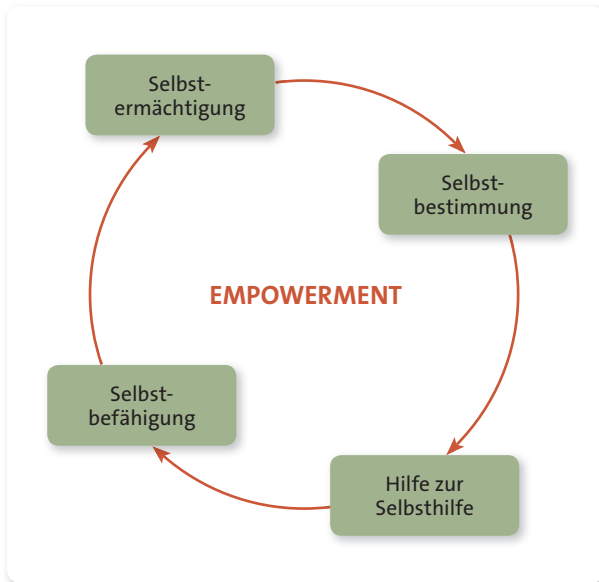


Abb. 1 Stärkung von Menschen mit Beeinträchtigungen

Empowerment (engl.): wörtlich übersetzt Selbstbefähigung oder Selbstermächtigung

Empowerment – dieser aus dem angloamerikanischen Sprachgebrauch stammende Begriff hat sich in den letzten Jahrzehnten zu einem zentralen Konzept in der Behindertenhilfe und in der psychiatrischen Landschaft herausgebildet. Der Grundgedanke von Empowerment liegt in der Stärkung von Menschen, die sich aus irgendwelchen Gründen in einer Situation von Ohnmacht und Machtlosigkeit befinden. Dazu kann auch gehören, dass etwa Menschen mit einer Behinderung durch soziale Statuszuschreibungen klein und hilflos gehalten werden.

Ziel. Das Ziel ist, einen Prozess anzustoßen, in welchem die Betroffenen ihre Angelegenheiten selbst in die Hand nehmen können. Ungerechtigkeiten und Benachteiligungen sollen mit eigener Initiative überwunden werden. Über das eigene Leben (wieder) selbst bestimmen zu können bedeutet, sich der eigenen Fähigkeiten und Kräfte bewusst zu werden und so die Kontrolle über die Gestaltung der eigenen Lebenswelt zu erlangen. Dieser Grundgedanke geht von der Annahme aus, dass alle Menschen über individuelle Ressourcen verfügen und diese in ihrem Sinn nutzen können.

Damit erteilt das Empowermentkonzept einem defizitorientierten Blick auf Menschen mit Behinderung eine klare Absage. Das Vertrauen in die Fähigkeiten eines jeden Einzelnen spricht allen Menschen ein Grundrecht zu, über ihre eigenen Belange selbst entscheiden zu können. An die Seite

von Selbstbestimmung tritt der Aspekt der Mitbestimmung – mitzubestimmen und mitzuentcheiden bei allen bedeutenden Belangen. Die Idee von Empowerment ruht auf einem Menschenbild, dass jeder Mensch als „Experte in eigener Sache“ am besten weiß, was für ihn gut und richtig ist.

Voraussetzungen. Ein gelingender Empowermentprozess setzt für Klienten und Assistenten eine bestimmte Grundhaltung voraus. Die Betroffenen müssen sich ihrer Situation bewusst werden. Dieses ist ein Prozess, der mit Arbeit und Mühe, ja mitunter auch mit Schmerz und Trauer verbunden ist. Der eigene Blick auf eine „Position der Schwäche“, auf verweigerter Anerkennung, auf nicht realisierte soziale Kontakte tut weh. Für die Assistenten gilt es zum einen, diesen Prozess auszuhalten und nicht vorschnell pädagogisch schützend einzugreifen. Es gilt, die Haltung einer „fürsorglichen Belagerung“ (Heinrich Böll) zu vermeiden. Hilfreich ist stattdessen ein offenes und unterstützendes Klima, welches wertschätzend auch Raum für Suchbewegungen, für Fehler, für Lernwege bietet.

Die Fachkraft. Der Empowermentprozess bedeutet für die Fachkraft in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung oft genug eine Gratwanderung zwischen „Unterstützung“ und „Zurücknahme“, zwischen „Fürsorge“ und „Freiraum“, zwischen „Loslassen“ und „Halten“. Diese Spannung auszuloten und mit Einfühlungsvermögen und Klarheit zu reflektieren, bleibt dauerhafte Aufgabe für den Heilerziehungspfleger.



Abb. 2 Persönliche Assistenz

5.2 Ebenen des Empowermentprozesses

Empowermentprozesse spielen sich auf verschiedenen Ebenen ab, die in wechselseitiger Abhängigkeit stehen (► s. Abb. 1):

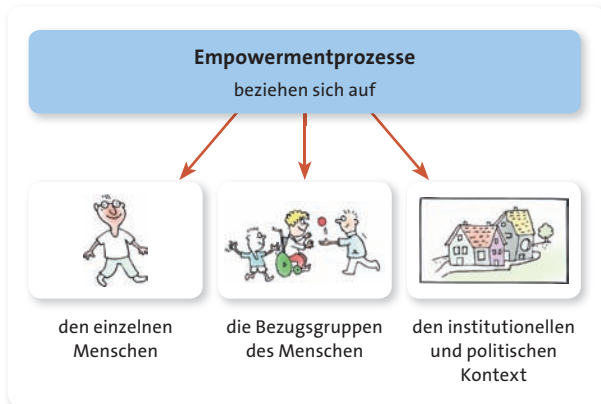


Abb. 1 Die Ebenen

- **Auf einer ersten Ebene** kommt das Individuum selbst in den Blick. Mit subjektbezogenen Methoden wie Biografiearbeit, persönlicher Assistenz in der Alltagsbegleitung oder einer persönlichen Zukunfts- und Hilfeplanung sollen die Betroffenen motiviert werden, möglichst eigenverantwortlich ihre Wünsche und Interessen zu formulieren, Entscheidungen zu treffen und Verantwortung für sich selbst zu übernehmen.
- **Auf einer zweiten, gruppenbezogenen Ebene** wird der Klient in seinen primären sozialen Bezügen gesehen. Netzwerke von Menschen mit Behinderung werden gefördert und im Miteinander erfährt der Einzelne Möglichkeiten, neue Fähigkeiten zu entdecken und zu entfalten. Sich als Teil einer Gruppe fühlen („Gemeinsam sind wir stark!“) unterstützt die Entwicklung sozialer Kompetenzen und im Austausch der Meinungen wird der Blick für den anderen geöffnet.
- **Auf einer institutionenbezogenen Ebene** geht es um die Stärkung partizipativer und demokratischer Strukturen in Einrichtungen. In einem Wohnheimbeirat werden Entscheidungen gemeinsam getroffen und verantwortet, der Dienstplan wird auf strukturelle Zwänge und Einschränkungen für die Betroffenen durchforstet („Müssen wirklich immer alle zur gleichen Zeit essen?“ „Wie kann eine geschlechtergleiche Pflegesituation realisiert werden?“). Letztlich geht es dann auch um eine „empowerte“ Reform der Einrichtungen, in denen Menschen mit Behinderung leben und arbeiten.
- **Auf der politischen Ebene** geht es darum, für die Betroffenen Möglichkeiten der Mitwirkung an öffentlichen Entscheidungen zu eröffnen. Sich über kommunale Wahlen informieren, sein Wahlrecht in Anspruch nehmen, sich

politisch einmischen und seine Stimme erheben – Empowerment zielt auf eine umfassende Beteiligung von Menschen mit Behinderung an allen sie betreffenden Prozessen. Hier müssen zukünftig noch stärker barrierefreie Zugänge erstritten und nach geeigneten Beteiligungsformen gesucht werden.

Beispiele: Debatten in sogenannter leichter Sprache; Gebärdendolmetscher, Wahlinformationen mit Piktogrammen

Methodische Zugänge

Das Spektrum der Methoden, die auf Empowerment zielen, ist groß. Als wichtigster Grundsatz gilt die **Einbindung des Betroffenen** in alle Unterstützungsarrangements. Fragen, sich interessieren, zuhören, sich Zeit nehmen! Es sollte besonderer Wert darauf gelegt werden, dass die Klienten eigene Wünsche artikulieren und Interessen äußern können. Das biografische Erzählen (Biografiearbeit) eröffnet Handlungsräume. In einem **Ressourcenplan** (► s. Abb. 2) können zusätzlich die eigenen Erfahrungen, Fähigkeiten und Kompetenzen der Betroffenen festgehalten und gewürdigt werden.

Nette Wohngemeinschaft!	Frühes Aufstehen am Wochenende	Ich hätte gerne eine Freundin!
Meine Arbeit macht Spaß!	Bus ist immer zu voll am Morgen	Im Urlaub möchte ich an die See!
Hobbys:

Abb. 2 Beispiel für einen Ressourcenplan für Peter, 20 Jahre

Bei der Auswahl von Unterstützungs- und Fördermaßnahmen sind die Klienten einzubinden. Entscheidungen und Entscheidungswege werden transparent kommuniziert, etwa durch die Veranschaulichung auch der Konsequenzen. Vor- und Nachteile von (echten!) Wahlmöglichkeiten können festgehalten und bewertet werden. Gerade Menschen mit Behinderung erfahren nur allzu oft, dass ihnen Entscheidungen abgenommen werden. Positive Erfahrungen können ihnen somit das Gefühl von Selbstwirksamkeit (wieder)geben.

3 Bewegungsapparat

Frau Timm ist eine 56-jährige Bewohnerin in Ihrer Wohngruppe. Früher war sie Alkoholikerin. Jetzt ist sie trocken, raucht aber noch sehr stark. Aufgrund einer Lungenerkrankung nimmt sie regelmäßig ein Cortisonpräparat ein. Frau Timm klagt zunehmend über Schmerzen im Rücken und der Rücken wird immer runder. Zudem hat sie sich vor Kurzem bei einem leichten Sturz eine komplizierte Radiusfraktur zugezogen. Aufgrund der Schmerzen ist Frau Timm kaum noch zu körperlichen Aktivitäten zu bewegen.

1. Diskutieren Sie, um welches Krankheitsbild es sich hier handeln könnte. Nutzen Sie dazu die Informationen in diesem Kapitel.
2. Informieren Sie sich nun vollständig über das entsprechende Krankheitsbild.
3. Planen Sie in Gruppenarbeit einen Tagesablauf für Frau Timm um dem Fortschreiten der Erkrankung vorzubeugen. Geben Sie hierzu tabellarisch die Tageszeit, die geplante Aktivität und die Begründung für die Durchführung der Aktivität an.
4. Erarbeiten Sie eine Sturzprophylaxe für Frau Timm. Nehmen Sie den Expertenstandard zu Hilfe (www.dnqp.de).

3.1 Anatomie und Physiologie des Bewegungsapparats

Der Bewegungsapparat ist aus 2 unterschiedlichen Teilsystemen zusammengesetzt, ohne die seine Funktion nicht gewährleistet wäre:

- aus dem **Skelett**, das der Stabilität dient, und
- aus der **Muskulatur**, die die Bewegung ermöglicht.

Da die Knochen sich selbst nicht bewegen, bezeichnet man die Gesamtheit des Skeletts auch als **passiven** Bewegungsapparat. Dazu gehören die durch Gelenke verbundenen Knochen mit ihren Knorpelkappen und die Sehnen und die Bänder. Alle Skelettmuskeln zusammen bilden den **aktiven** Bewegungsapparat. Sie können durch Kontraktion die Knochen über die Gelenke bewegen.

3.1.1 Skelett

Das **Knochengerrüst** ist der stützende Teil des Bewegungsapparats. Es besteht beim erwachsenen Menschen aus 206 ein-

zelnen Knochen, ermöglicht den aufrechten Gang und bildet Gelenke. An Stellen, die ein hohes Maß an Elastizität erfordern (z.B. Rippenbereich), ist zusätzlich Knorpel angelegt. Zudem schützt Knorpel auch die hoch beanspruchten Gelenkflächen. Das Skelett dient auch dem Schutz der inneren Organe. Daneben sind die Knochen zusätzlich Speicher für lebenswichtige Mineralien (Calcium und Phosphor). Ferner findet im roten Knochenmark die Bildung der Blutzellen sowie die Reifung der roten Blutkörperchen statt.

Abschnitte des Skeletts

Schädel

29 Knochen bilden den menschlichen Schädel (► s. **Abb. 1**). Unterschieden werden **Hirnschädel** und **Gesichtsschädel**. Der Hirnschädel umschließt das Gehirn von oben, unten und hinten. Die untere Begrenzung, die **Schädelbasis**, hat eine große Öffnung für den Durchtritt des Rückenmarks sowie kleinere

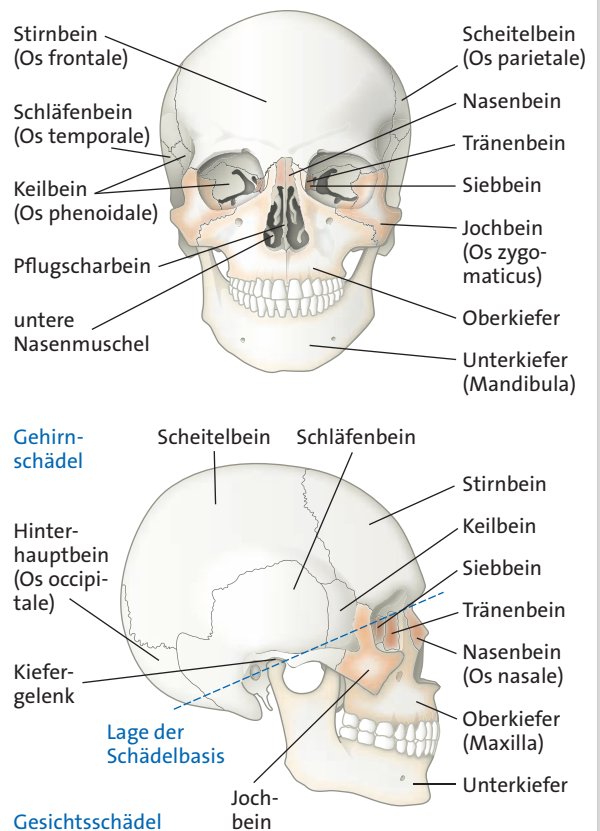


Abb. 1 Wichtige Knochen des Schädels

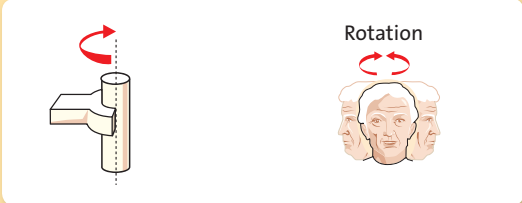
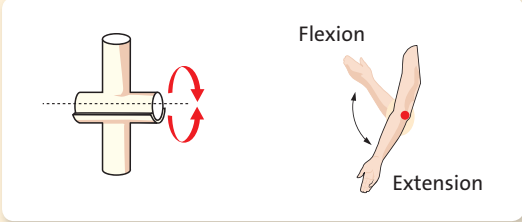
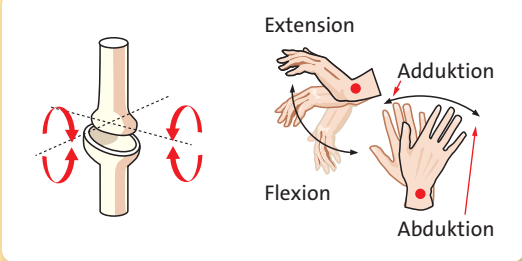
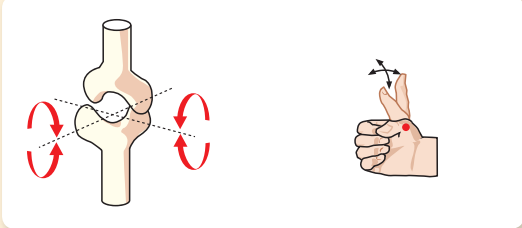
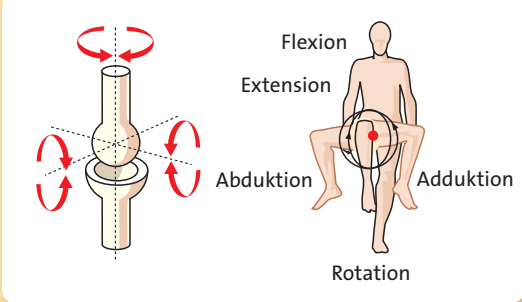
Gelenkform	Bewegungsmöglichkeit
<p>Radgelenk</p> 	<p>Zwischen 1. und 2. Wirbel der Halswirbelsäule befindet sich ein Zapfengelenk. Der Atlaswirbel ist ringförmig ausgebildet und hat im vorderen Anteil eine Gelenkfläche. In diese passt ein zapfenförmiger Vorsprung des 2. Wirbels. Hierdurch wird ein Teil der Drehbewegung (Rotation) des Kopfes möglich. Die Verbindung von Speiche und Elle am Ellenbogen ist ebenfalls als Zapfengelenk aufgebaut. Diese Gelenke haben einen Freiheitsgrad.</p>
<p>Scharniergelenk</p> 	<p>Scharniergelenke haben ebenfalls einen Freiheitsgrad. Dazu gehören vor allem die Fingergelenke, das Gelenk zwischen Elle und Oberarm und das Kniegelenk. Hierdurch sind Beugung (Flexion) und Streckung (Extension) möglich.</p>
<p>Eigelenk</p> 	<p>Im Eigelenk gibt es 2 Freiheitsgrade. Am Handgelenk wird der Gelenkkopf durch Elle und Speiche gebildet. Ihnen gegenüber stehen die Handwurzelknochen als Pfanne. Hierdurch sind sowohl Beugung (Flexion) und Streckung (Extension) als auch Abspreizen (Abduktion) und Anlegen (Adduktion) möglich.</p>
<p>Sattelgelenk</p> 	<p>Das Sattelgelenk hat 2 Freiheitsgrade. Die Knochenenden sind wie Sättel geformt, die sich 90° zueinander versetzt befinden. Diesen Aufbau hat das Daumengrundgelenk zwischen Handwurzel- und Mittelhandknochen. Die Bewegung in 2 Ebenen ermöglicht den sogenannten Pinzettengriff, d. h. die Berührung aller Fingerspitzen durch den Daumen. Damit erst wird präzises Greifen möglich.</p>
<p>Kugelgelenk</p> 	<p>Bewegungsmöglichkeiten in 3 Freiheitsgraden haben die Kugelgelenke. Hier sind Kopf und Pfanne als solche am deutlichsten ausgebildet, z. B. Hüft- und Schultergelenk.</p>

Abb. 1 Gelenkformen

zu vermeiden, dürfen keine Falten in den Untertextilien entstehen. Keinesfalls darf die Orthese in direkten Kontakt mit Wunden kommen. Sie wird entsprechend ihrer Funktion eng am behandelten Körperteil fixiert. Dabei ist auf die korrekte Stellung der Gelenke in der Orthese zu achten. Die Fachkraft sollte darauf achten, dass die Haut im Bereich der Verschlüsse nicht eingeklemmt wird und diese nicht zu stramm angezogen sind.

Stützmidler

Das Anlegen von **Stützmidlern** und **Rumpforthesen** erfolgt im Liegen oder sitzend. Die Wirbelsäule sollte vollständig entlastet sein. Stützmidler dürfen außerdem die Atmung des Betroffenen nicht einschränken.

Reinigung. Das Reinigen von Kunststofforthesen erfolgt mit Wasser und Seife, bei Bedarf ist eine Desinfektion möglich. Freiliegende Metallteile sind danach gut zu trocknen. Lederteile dürfen nur mit einem feuchten Tuch abgewischt werden. Textile Stützmidler können nach Pflegeangaben gewaschen werden. Um die Sicherheit des Menschen mit Behinderung nicht zu gefährden, ist vor jedem Anlegen das Hilfsmittel auf Materialschäden zu kontrollieren. Überdies sollte ein Orthopädiemechaniker in regelmäßigen Abständen die Funktion und den korrekten Sitz des Hilfsmittels prüfen.



Abb. 1 Peroneus-Orthese (Fußheber-Orthese)

Zum Weiterlesen

- Expertenstandard Sturzprophylaxe: www.dnqp.de
Dt. Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.):
Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 2006
S. Huhn: Praxisheft Kontrakturprophylaxe. Aktueller Wissensstand pflegerischer Interventionen. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. 2012
www.arthrose-experte.de
W. Steigele: Bewegung, Mobilisation und Lagerungen in der Pflege. Praxistipps für Bewegungsübungen und Positionswechsel. 2012

Aufgaben

- Beschreiben Sie die Aufgaben des aktiven und passiven Bewegungsapparats.
- Situation: Sie sehen, wie Ihr Kollege mit krummem Rücken und durchgedrückten Knien die vollen Wasserkästen für die Wohngruppe mit den leeren austauscht. Als er sich wieder aufrichtet, fasst er sich ins Kreuz. Erklären Sie ihm den Grund für seine Rückenschmerzen. Zeigen Sie ihm dann die rückschonende Haltung beim Heben schwerer Gegenstände.
- Zeichnen Sie ein Gelenk und benennen Sie die Strukturen.
- Nennen Sie die Ursachen für eine Kontraktur und zeigen Sie Folgen für den Alltag auf.
- Situation: Frau W. klagt am Morgen häufig über Rückenschmerzen. Trotz ihres Rundrückens geht Frau W. gerne im Park spazieren. Vor ein paar Tagen erlitt sie bei einem Sturz eine Radiusfraktur.
 - Welche organischen Ursachen könnten Sturz und Knochenbruch gehabt haben?
 - Überlegen Sie geeignete Pflegemaßnahmen, um der Sturzgefahr zukünftig entgegenzuwirken.
- Situation: Bei Herrn H. hat sich nach einem Schlaganfall eine Subluxation der Schulter eingestellt. Erklären Sie, was dabei mit dem betroffenen Gelenk passiert. Stellen Sie Pflegemaßnahmen dar, die zur Wiedergewinnung der Funktionsfähigkeit der Schulter beitragen können.
- Beschreiben Sie Maßnahmen zum Erhalt der Selbstständigkeit bei Arthrose.
- Nennen Sie Gründe für Abweichungen vom normalen Muskeltonus.
- Fordern Sie bei Firmen Prospekte zu Lagerungshilfen an. Erstellen Sie in der Gruppe ein Plakat mit den Lagerungshilfen und den entsprechenden Verwendungen.
- Führen Sie mit einem Partner das Hochrutschen im Bett zunächst in einer Ihnen gewohnten Weise durch. Leiten Sie danach Ihren Partner zum kinästhetischen Hochrutschen im Schinken-Schulter-Gang an. Vergleichen Sie Ihre Beobachtungen miteinander.

4.1 Leistungen der Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung soll Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Pflegebedarfs ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen. Durch das am 30. Oktober 2012 in Kraft getretene Pflege-Neuausrichtungsgesetz wurden die Leistungen vor allem für demenziell Erkrankte und geistig Behinderte ausgebaut und verbessert.

Voraussetzung der Pflegebedürftigkeit. Voraussetzung für den Erhalt von Leistungen aus der Pflegeversicherung ist die Pflegebedürftigkeit. Diese ist in § 14 SGB XI gesetzlich definiert: „Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden

Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.“

Das Alter des Pflegebedürftigen ist dabei nicht maßgeblich, Leistungen aus der Pflegeversicherung können auch jüngere Menschen mit Behinderung beziehen.

Unter „Verrichtungen des täglichen Lebens“ versteht man (▶ s. Abbildungen vorige Seite):

- Körperpflege
- Ernährung
- Mobilität
- hauswirtschaftliche Versorgung

4.2 Einteilung in drei Pflegestufen

Der Umfang der Leistungen aus der Pflegeversicherung bemisst sich nach der Pflegestufe. Die Pflegestufen sind in § 15 SGB XI beschrieben (▶ s. Abb. 1):

Bei Kindern richtet sich die Pflegestufe danach, wie viel zusätzliche Hilfe sie gegenüber einem gleichaltrigen gesunden Kind benötigen. Die Pflegestufe wird durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) festgestellt.

4.2.1 Leistungen der häuslichen/ambulanten Pflege

Es kann zwischen einer **Sachleistung** (der Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst) und einer **Geldleistung** (mit der die Pflege z. B. durch Angehörige finanziert wird) gewählt werden. Auch eine Kombination aus beiden Leistungen ist möglich.

Seit 1.1.2013 unterscheidet die Pflegeversicherung zwischen rein körperlich Hilfebedürftigen (▶ s. Abb. 3) und Pflegebedürftigen mit einem erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf (▶ s. Abb. 2). Hierzu zählen insbesondere demenziell Erkrankte und Menschen mit einer geistigen Behinderung.

Pflegestufe	Sachleistung	Geldleistung
I	665 €	305 €
II	1.250 €	525 €
III	1.550 €	700 €

Abb. 2 Häusliche Pflege von Menschen mit erheblichem allgemeinem Pflegebedarf (Stand 2013)

Pflegestufe	Sachleistung	Geldleistung
I	450 €	235 €
II	1.100 €	440 €
III	1.550 €	700 €

Abb. 3 Häusliche Pflege von rein körperlich hilfebedürftigen Menschen (Stand 2013)

	Bedarf
Pflegestufe I: Erhebliche Pflegebedürftigkeit	Mindestens 1x täglich Hilfe bei der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität für wenigstens 2 Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen UND mehrmals in der Woche Hilfe bei hauswirtschaftlicher Versorgung (im Durchschnitt täglich 90 Minuten, davon mindestens 45 Minuten Grundpflege)
Pflegestufe II: Schwere Pflegebedürftigkeit	Mindestens 3 x täglich zu verschiedenen Tageszeiten Hilfe bei der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität UND mehrmals in der Woche Hilfe bei hauswirtschaftlicher Versorgung (im Durchschnitt täglich 3 Stunden, davon mindestens 2 Stunden Grundpflege)
Pflegestufe III: Schwerste Pflegebedürftigkeit	Täglich rund um die Uhr (auch nachts) Hilfe bei der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität UND mehrmals in der Woche Hilfe bei hauswirtschaftlicher Versorgung (im Durchschnitt täglich 5 Stunden, davon mindestens 4 Stunden Grundpflege)

Abb. 1 Der Bedarf der Hilfe in den drei Pflegestufen

Härtefall. In besonderen Härtefällen, wenn der Pflegeaufwand das übliche Maß von Pflegestufe 3 bei Weitem übersteigt, z. B. bei Wachkomapatienten, kann eine Sachleistung bis zu 1918 € bewilligt werden.

Ohne Pflegestufe. Nach dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG) kann für Personen, die in keine der Pflegestufen eingeordnet werden können, aber dennoch einen hohen Betreuungsbedarf haben, ein Pflegegeld von 100–200 € pro Monat gewährt werden. Diese Regelung ist auch bekannt unter dem Begriff „Pflegestufe 0“ und trägt insbesondere dem Unterstützungsbedarf von an Demenz Erkrankten Rechnung. Diese Leistung kann seit dem 1.1.2013 um ein Pflegegeld i. H. v. 120 € monatlich oder Sachleistungen i. H. v. 225 € monatlich ergänzt werden.

Darüber hinaus sind im Leistungsumfang der Pflegeversicherung für die häusliche Pflege enthalten:

- **Pflegehilfsmittel**, z. B. Pflegebett, Hebevorrichtung, Rollstuhl sowie Verbrauchsprodukte wie Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe, Betteinlagen
- Zuschüsse zum pflegebedingten **Umbau der Wohnung**, z. B. Anbringung von Handläufen, Einbau von Rampen, Maßnahmen für ein barrierefreies Bad werden mit bis zu 2.557 € bezuschusst.
- Förderung von ambulant betreuten **Wohngruppen**
- Angehörige und andere ehrenamtlich Pflegenden können kostenlose **Pflegekurse** besuchen.
- **Pflegeberatung** in zentralen Pflegestützpunkten
- **Urlaubspflegevertretung** für pflegende Angehörige bis zu 4 Wochen je Kalenderjahr
- **Teilstationäre Pflege** in der Tages- oder Nachtpflege zeitlich unbegrenzt oder **Kurzzeitpflege** bis zu 4 Wochen je Kalenderjahr
- **Soziale Sicherung von Pflegepersonen.** Wer einen anderen pflegt und nicht oder höchstens 30 Stunden pro Woche erwerbstätig ist, wird in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert. Als Pflegeperson gilt, wer einen Pflegebedürftigen nicht erwerbsmäßig mindestens 14 Stunden pro Woche in seiner häuslichen Umgebung pflegt.
- Förderung von **Selbsthilfegruppen**

Die Leistungsbereiche

- Pflegeberatung,
- Tagespflege,
- Kurzzeitpflege

stellen somit auch mögliche Arbeitsbereiche der heilerzieherischen Fachkräfte dar.

4.2.2 Leistungen der stationären Pflege

Die Pflegeversicherung bezahlt die Grundpflege, die soziale Betreuung und die medizinische Behandlungspflege (das sind alle Maßnahmen zur Unterstützung der ärztlichen Behandlung, z. B. Verbandwechsel, Medikamentengabe, Injektionen ▶ **s. Modul 1, Kap. 1.1.3**) in einer stationären Einrichtung. Auch hier sind die Leistungen nach Pflegestufe gestaffelt:

Pflegestufe	Leistungen stationär
I	1.023 €
II	1.279 €
III	1.550 €

Abb. 1 Leistungen der stationären Pflege (Stand 2012)

Bei Vorliegen eines Härtefalls können bis zu 1.918 € bewilligt werden. Die Kosten für die Unterkunft und die Verpflegung in einer stationären Einrichtung sind vom Pflegebedürftigen selbst zu tragen.

Pflegeberatung: Pflegebedürftige und deren Angehörige haben einen gesetzlichen Anspruch auf Beratung zu allen Fragen des Leistungsanspruchs und -angebots durch besonders qualifizierte Pflegeberater.

Tages- und Nachtpflege: Hierunter versteht man die zeitweise Betreuung während des Tages oder der Nacht in einer Einrichtung. Die Pflegeversicherung erbringt die Leistungen nur dann, wenn dies im Einzelfall erforderlich ist. Beispielsweise wenn eine häusliche Pflege nicht im entsprechenden Umfang möglich ist, weil Angehörige tagsüber berufstätig sind. Zu den Leistungen gehört auch ein Hol- und Bringdienst.

Kurzzeitpflege: Darunter versteht man die vorübergehende zeitlich begrenzte Pflege in einer Einrichtung im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder in der Form der **Verhinderungspflege** während der Erholungszeit pflegender Angehöriger. Seit 1.1.2013 erhalten pflegende Angehörige während der Kurzzeitpflege bis zu 4 Wochen im Kalenderjahr die Hälfte des bisher gezahlten Pflegegelds.

Zum Weiterlesen

Ein Schaubild über die Entwicklung der Pflegesätze seit 2007 findet sich in ▶ **Modul 1, Seite 61**.