

Vorwort

HEP – drei Buchstaben mit umfassender Bedeutung

Der Begriff „Heilerziehungspflege“ lässt die Vielfalt der damit in Zusammenhang stehenden Arbeits- und Wissensgebiete erkennen. Er beinhaltet das „Heilen“, „Erziehen“ sowie „Pflegen“ von Menschen. Schon jede einzelne der drei „Tätigkeiten“ verlangt von einer qualifizierten Fachkraft umfassende Fähigkeiten und Kompetenzen. Zusammengefasst werden die qualitativ wie quantitativ hochwertigen Anforderungen und Aufgaben bewusst, die Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger in ihrer täglichen Arbeit erfüllen.

Als Generalisten im Feld der Behindertenhilfe und der psychiatrischen Versorgung wirken Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger mit ihrem Wissen und ihren Tätigkeiten in einer Art und Weise, die Menschen in ihrem Assistenz- und Förderbedarf erkennt. Sie werden individuell unterstützt und begleitet, so dass ein weitestgehend selbstständiges und selbstbestimmtes Leben ermöglicht wird. Ziel ist dabei die umfassende Teilhabe des Menschen mit Beeinträchtigung an der Gesellschaft.

Die Bereiche und Tätigkeiten, in denen Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger eingesetzt werden, sind vielfältig und unterschiedlich. Sie reichen von der Arbeit in Kindertagesstätten, Schulen und Werkstätten über die Tätigkeit in der Tagespflege bis hin zur Arbeit in Wohnheimen für Menschen unterschiedlichen Alters. Die Unterstützungsformen reichen von ambulanten über teilstationäre bis hin zu stationären Diensten.

Bei einer solchen Varietät von Einsatzmöglichkeiten bezüglich des Alters, der Art der Beeinträchtigung eines Menschen und der Einrichtung ist es nicht verwunderlich, wenn eine Vielzahl von Bezeichnungen für den Beruf der Heilerziehungs-

pflege vorherrscht. Im deutschsprachigen Raum gibt es u. a. auch den Heilerzieher und die Heilerzieherin, im Englischen finden sich hier beispielsweise „special needs teacher“, „educational therapist“ oder „social worker“.

Das Berufsbild der Heilerziehungspflege geht zurück auf Pfarrer Ludwig Schlaich (1899–1977). Er war Leiter der Heil- und Pflegeanstalt der Diakonie Stetten von 1930 bis 1965 und gründete die erste Schule für Heilerziehungspflege.

Der Bildungsgang wurde im Lauf der Jahre stets um Inhalte unterschiedlicher Fachbereiche erweitert und aktualisiert. Damit reagierte (und reagiert) die Ausbildung auf den gesellschaftlichen Wandel. Wohnformen für Menschen mit Behinderungen entwickeln sich von der Unterbringung in großen „Anstalten“ hin zu den unterschiedlichsten Angeboten in vielfältigen Lebenswelten. Der Arbeitsmarkt verändert sich, neue Bildungsangebote inklusiver Art entstehen, die Freizeitangebote für und von Menschen mit Behinderungen erweitern sich beständig.

Besonders seit den 1990er-Jahren werden vermehrt Fachkräfte im Bereich der Behindertenhilfe benötigt. Zusammen mit dem aktuellen Inklusionsgedanken besteht eine zunehmende gesellschaftliche Akzeptanz individueller Assistenzbedarfe. Menschen unterschiedlichen Alters, die eine Beeinträchtigung haben, nehmen die qualifizierte Unterstützung durch Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger wahr. Daher werden entsprechend ausgebildete Fachkräfte vermutlich auch zukünftig vermehrt gefragt sein.

Kurzum: Die Heilerziehungspflege ist ein Beruf mit Zukunft.

Zum Buch

Die Reihe „Heilerziehungspflege“ vermittelt den Studierenden das Fachwissen für das anspruchsvolle Berufsfeld der Behindertenhilfe, heilpädagogischen Assistenz und psychiatrischen Versorgung. Zusammen decken die Bände die kompletten berufsspezifischen Fachinhalte der 3-jährigen Heilerziehungspflege-Ausbildung ab.

- 2 Bände mit je 4 Modulen
- Zur besseren Auffindbarkeit werden die thematischen Fachbereiche in den Modulen ausgewiesen:
 - I Theorie und Praxis der Heilerziehungspflege
 - II Gesundheit und Pflege
 - III Psychiatrie
 - IV Recht/Organisation/Verwaltung

Die Auswahl der Inhalte im Buch orientiert sich an den Lehrplänen der Bundesländer. Die Autoren haben Wert darauf gelegt, dass die Studierenden eine professionelle Haltung entwickeln, gekoppelt mit dem primären Grundwissen – präzise abgewogen zwischen inhaltlicher Tiefe und Praxisnähe. Dies bedeutet auch, dass Themen (z. B. Störungsbilder in der Psychiatrie) im Buch nur exemplarisch beleuchtet werden können. Ergänzt werden die Themen durch Hinweise „Zum Weiterlesen“, in denen die Studierenden angeregt werden, sich selbstständig zu informieren, was dem Niveau der Fachschulausbildung zur Heilerziehungspflege entspricht. Jedes Modul beginnt mit einer Praxissituation. Sie macht die Verknüpfung von Theorie und Praxis beispielhaft deut-

lich. Genutzt wird im Buch sowohl die männliche als auch die weibliche Form, dabei ist immer auch das andere Geschlecht angesprochen.

Elemente des Buchs

Beispiele (gelb hinterlegt) führen praxisnah in das jeweilige Thema ein.

Lea (3,8 Jahre) ist ein sogenanntes entwicklungsauffälliges Kind. Sie zeigt eine verlangsamte Entwicklung im Bereich der Körper- und Sinneswahrnehmung.

Merke-Kästen (rot hinterlegt) machen auf wichtige Aussagen und Lerninhalte aufmerksam.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die Selbst- und Fremdeinschätzung von „Kompetenz“ oder „Hilflosigkeit“ sich auf den tatsächlichen Bedarf eines Menschen an Unterstützung auswirkt.

Hervorgehobene Definitionen (blau hinterlegt) erleichtern das Lernen.

Erziehung: die intentionale Beeinflussung eines anderen Menschen mit dem Ziel, diesen in einen Zustand größtmöglicher Unabhängigkeit und sozialer Verantwortung zu bringen.

Mit den **Aufgaben** am Ende des Kapitels können die wichtigsten Inhalte wiederholt und vertieft werden. Aufgaben in den Kapiteln setzen Impulse.

Aufgaben

1. a) Stellen Sie Leitgedanken für die heilpädagogische Arbeit in den unterschiedlichen Institutionen zusammen.
- b) Bringen Sie Ihre eigenen Vorstellungen von der heilpädagogischen Tätigkeit mit den aufgestellten Leitgedanken in Verbindung. Ziehen Sie ein persönliches Fazit in Bezug auf Ihre Berufswahl.

„Zum Weiterlesen“ listet weiterführende Printmedien und Internetadressen.

Zum Weiterlesen

H.-W. Schmuhl: Exklusion und Inklusion durch Sprache – Zur Geschichte des Begriffs Behinderung. 2011

Das Autorenteam und der Verlag wünschen allen Studierenden viel Freude und Erfolg beim Arbeiten mit der Reihe und freuen sich auf konstruktive Rückmeldungen.

Autoren und Verlag

Quellentexte und Zitate (hellgelb hinterlegt) bieten den Originalwortlaut von wichtigen Texten.

In seiner Empfehlung formuliert der Bildungsrat seine Sichtweise von „Behinderung“:
„Als behindert im erziehungswissenschaftlichen Sinne gelten alle Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen, die in ihrem Lernen, im sozialen Verhalten, in der sprachlichen Kommunikation oder in den psychomotorischen Fähigkeiten so weit beeinträchtigt sind, dass ihre Teilnahme am Leben in der Gesellschaft wesentlich erschwert ist.“

Querverweise stellen den Zusammenhang mit anderen Kapiteln oder Abbildungen her.

Verzweiflung ein. In der Gerontologie beschreibt man die pathologische Form dieser Enttäuschung auch als Involutionsdepression (► s. Modul 3, Kap. III.2.3).

Im Anhang finden sich:

- Verwendete und weiterführende Literatur, Internetadressen
- Sachwortverzeichnis

Band 1 beinhaltet die Module 1–4:

- 1 Heilen, erziehen, pflegen – eine berufliche Identität entwickeln
- 2 Beziehungen anbieten und entwickeln – Grundlagen der professionellen Beziehungsgestaltung
- 3 Wahrnehmen, beobachten, verstehen – Menschen mit Behinderung und ihre Individualität
- 4 Teilhabe ermöglichen – Lebenswelten heilerziehungspflegerisch strukturieren

Der vorliegende Band 2 beinhaltet die Module 5–8:

- 5 Planen, umsetzen, dokumentieren – heilerziehungspflegerische Angebote entwickeln
- 6 Unterstützen, begleiten, assistieren – Menschen mit Behinderungen in besonderen Situationen
- 7 Kooperieren und qualifizieren – interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Heilerziehungspflege
- 8 Reflektieren, systematisieren, evaluieren – heilerziehungspflegerische Arbeit hinterfragen

2.2 Der Mensch im Mittelpunkt – Beteiligung ermöglichen, Systeme stärken



Abb. 1 In einem Netzwerk gelingen Teilhabe und Selbstbestimmung am besten

Die Inklusionsdebatte und vor allem die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) haben das Gespür dafür geschärft, den Menschen mit Behinderung nicht als hilfebedürftigen Leistungsempfänger zu sehen, sondern ihn als Bürger und damit als Träger von Menschenrechten zu begreifen. Behinderung wird verstanden als soziales Konstrukt. Gesellschaftliche Barrieren behindern ebenso wie körperliche Handicaps oder kognitive Beeinträchtigungen. Unter diesen Annahmen wird sich der weithin verwendete Begriff der Hilfeplanung oder Hilfebedarfsplanung in Zukunft vielleicht als überholt erweisen. Begriffe wie **Teilhabeplanung oder persönliche Zukunftsplanung** (► s. Kap. 2.4) weisen bereits jetzt den Weg.

Sozialgesetz Neuntes Buch. Im SGB IX wird unter dem Leitgedanken „Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ (§ 1) die grundlegende Überzeugung formuliert, die „Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligung zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken“. In diesem Rechtsanspruch wird die gesellschaftliche Verpflichtung dargelegt und gleichzeitig erwächst aus diesem Rechtsanspruch die Frage, wie denn nun dieser Verpflichtung nachzukommen ist.

Perspektive verändern. Richtig ist die Idee, dass der Mensch mit Hilfebedarf – wie es zumeist heißt – im Mittelpunkt steht. Nicht mehr länger fragen: Was braucht der Mensch?, sondern fragen: Was will der Mensch? Nicht mehr fragen: Wie kann demjenigen oder derjenigen welche Art der Hilfe zukommen?, sondern fragen: Was muss passieren, damit er oder sie am gesellschaftlichen Leben teilhaben kann? Die Perspektive wandelt sich. Es geht nicht mehr länger um die Befriedigung vermeintlicher Bedürfnisse unselbstständiger Hilfeempfänger. Maßstab ist es, Menschen mit Behinderung bei

der Realisierung ihrer selbst gesteckten Ziele zu begleiten und zu unterstützen.

Grundvoraussetzung ist es, dass der Mensch, um den es geht, sich aktiv am Prozess der Hilfebedarfsplanung beteiligt. Jeder Mensch hat die Verantwortung für sein eigenes Leben.

In der Praxis ist es mitunter nicht einfach, dass Menschen für sich selbst eintreten. Auf der einen Seite erschweren vielleicht Sprachbarrieren, psychische Störungen, kognitive Beeinträchtigungen u. a. die Selbstvertretungsmöglichkeiten. Auf der anderen Seite werden diese aber auch von komplizierten Antragsverfahren, fehlenden Informationen, ungeduldigen Mitarbeitern und Sachbearbeitern, fehlender Unterstützung u. a. an der Wahrnehmung ihrer Teilhabemöglichkeiten gehindert.

Aufgaben

1. Erkundigen Sie sich bei den zuständigen Hilfebedarfsplanern in Ihrer Region, welche Möglichkeiten der Unterstützung es für Menschen mit Behinderung gibt, sich aktiv am Hilfeplanprozess oder an den Hilfeplan-Konferenzen zu beteiligen. Stellen Sie die Maßnahmen im Klassenverband zusammen.
2. Interviewen Sie Menschen mit Behinderungen nach ihren Erfahrungen im Hilfeplanverfahren, sich selbst aktiv einbringen zu können. Was behindert und was ermöglicht aus Perspektive der Beteiligten die Teilhabe am Verfahren?
3. Überlegen Sie selbst: Unter welchen Bedingungen fällt es Ihnen leicht, andere Menschen nach Unterstützung zu fragen? Denken Sie an Situationen, wo sie selbst Hilfe benötigt haben.

„Würde erhalten die Menschen nur durch das, was sie selbst getan haben!“ (Wolfgang Hinte, Mitbegründer des Konzepts der Sozialraumorientierung)

Sich selbstbestimmt zu verhalten und die eigenen Interessen wahrzunehmen, ist für jeden Menschen eine Herausforderung. Manchmal ist es bequemer, sich auf andere zu verlassen. Nicht immer (er-)kenne ich zudem meine eigenen Wünsche und Vorlieben. Letztlich aber macht zu viel, zu lange oder ungefragte Hilfe abhängig und behindert die eigene Selbstbestimmung.

Steht der Mensch im Mittelpunkt, werden seine Wünsche und Stärken ernst genommen, dann können auch Angehörige, Freunde, Nachbarn und schließlich professionelle Fachkräfte ihren Beitrag zur Ermöglichung von Selbstbestimmung und Teilhabe leisten.

„Können“

Der dritte Baustein des „Wollsocken-Prinzips“ ist die Suche nach den Ressourcen. Über welche Fähigkeiten und Fertigkeiten verfügt die Person bereits? Welche Ressourcen liegen in den Systemen? Worauf kann vielleicht mit ein wenig Mühe, Fantasie und Zeit noch zurückgegriffen werden?

Bei dieser Suche ist – wiederum – die betroffene Person vorrangig zu beteiligen. Gleichzeitig ist aber auch das

„ressourcenorientierte Hinsehen“ und Formulieren für das heilerziehungspflegerische Planen wichtig.

Aufgaben

1. Welche Ressourcen nehmen Sie bei Thomas Gerber (► **Fallbeispiel zu Beginn von Modul 5**) wahr?
2. Welche Ressourcen können die Systeme (Schule, Elternhaus) zur Verfügung stellen?

3.3 Prinzipien im Planungsprozess

3.3.1 Zielperspektive: Lebensqualität

Ziele bestimmen und prägen die heilerziehungspflegerische Arbeit. Tätig sein ohne ein bewusstes Ziel mag manchmal zwar dem heilerziehungspflegerischen Alltag entsprechen – es muss spontan entschieden werden, es wird „aus dem Bauch heraus gehandelt“, das Team reagiert, weil „man es in dieser Gruppe schon immer so gemacht hat.“ Gleichwohl: Mag ein solches Handeln in der konkreten Situation auch durchaus richtig und angemessen sein, so hängt doch die Qualität professionellen Tuns von überlegten, reflektierten und damit verantworteten Entscheidungen ab.

Jeder Mensch steckt sich seine Ziele selbst. Ziele sind deshalb immer personen-, alters-, kontext- und lebensbezogen. Deshalb ist es schwierig, allgemeingültige und übergreifende, gleichsam zeitlose Ziele zu formulieren (► **Abb. 1**).

Zielformulierungen unterliegen dem Wandel und sind ständig zu hinterfragen und zu überprüfen.

Waren früher Gehorsam und Ordnung erstrebenswerte Ziele, so gelten heute Ziele wie Mündigkeit, Selbstbestimmung oder soziale Verantwortung als wünschenswert. Aktuell rücken in Heilerziehungspflege und Heilpädagogik **Lebensqualitätskonzepte** in den Blickpunkt des Interesses.

Ein gutes Leben leben – die Forschung hat in den letzten Jahren verstärkt den Blick auf die Lebensqualität von Menschen gerichtet. Ganz im Sinne des derzeit vorherrschenden mehrdimensionalen Modells der ICF der WHO (bio-psycho-soziales Modell von Behinderung/funktionales Gesundheitsverständnis, ► **s. Modul 1, Kap. 1.3.1**) wird Lebensqualität dabei als Zusammenspiel von persönlichen Faktoren einerseits und Umweltfaktoren andererseits verstanden. Lebensqualität ist ein soziales Konstrukt.



Abb. 2 Lebensqualität!



Abb. 1 Heilerziehungspflegerische Zielsetzungen im Wandel der Zeit

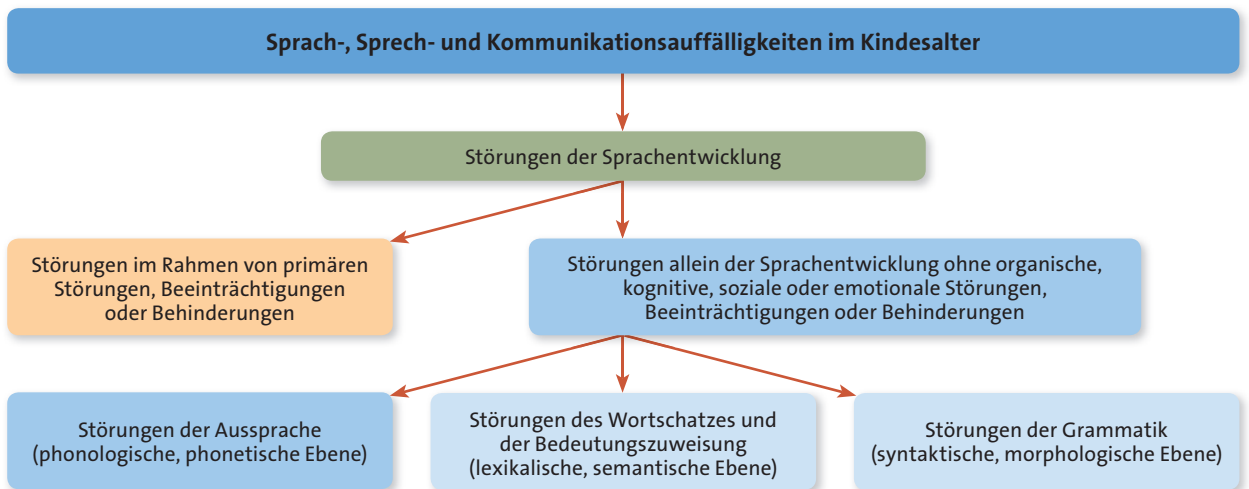


Abb. 1 Störungen der Sprachentwicklung sind differenziert zu betrachten (nach Kauschke/Siegmüller 2002)

2. Die Gruppe der Kinder mit einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung bildet nun wiederum keine homogene Gruppe, sondern die Kinder unterscheiden sich darin, welche Sprachkomponenten überhaupt und in welchem

Ausmaß gestört sind. Diese Differenzierung erscheint gerade mit Blick auf eine individuelle Diagnostik wie auch eine angemessene Sprachtherapie von großer Bedeutung.

4.5 Sprachförderung in der Heilerziehungspflege

4.5.1 Allgemeine Prinzipien der Sprachförderung

Neben den sprachrelevanten Fähigkeiten des Kindes, so wurde mit Blick auf den Spracherwerb von Kindern deutlich, sind es vor allem das sprachförderliche Verhalten der Eltern und ein förderlicher Lernkontext, die im Zusammenspiel zu einem gelingenden Spracherwerb und gutem kommunikativem Verhalten beitragen.

Was lässt sich daraus für heilerziehungspflegerische Fachkräfte für die Aufgabe der Förderung von Sprache, Sprechen und Kommunikation bei Menschen mit Behinderungen ableiten?

1. Grundsätzlich bedeutsam ist eine Haltung, die individuell und entwicklungsorientiert die einzelne Person in ihren lebensweltlichen Bezügen wahrnimmt. Handlungsleitendes Prinzip ist die ressourcenorientierte Förderung, nicht das Einhalten eines schematischen Konzepts.
2. Ziel der Förderung ist schließlich die Ermöglichung von Kommunikation und sozialer Teilhabe der Beteiligten und nicht etwa die Beherrschung einer korrekten Aussprache oder eines regelgerechten, normierten Sprachgebrauchs. In diesem Sinne erfolgt die Förderung in lebensweltlichen und alltagsnahen Situationen.
3. Stehen somit die Ressourcen und die Bedürfnisse des Menschen mit Behinderung im Mittelpunkt, so drückt

sich die fördernde Grundhaltung des Heilerziehungspfleger in einem bestimmten unterstützenden Sprachstil aus: Kurze Sätze mit einem angemessenen, einfachen Wortschatz, klar erkennbare Sprachstrukturen mit bedeutungsunterstreichenden Betonungen, Gesten, Pausen oder Wiederholungen erleichtern das Sprachverständnis.

4. Grundlegend ist vor der Sprachproduktion der Erwerb des Sprachverständnisses und damit das Verstehen des symbolischen Gehalts von Kommunikation. Im Alltag werden dazu das Handeln und die Tätigkeiten sprachlich begleitet, Aufmerksamkeit wird hergestellt und geteilt, über Sprachroutinen bietet die Fachkraft ein verlässliches Angebot.
5. Zuverlässigkeit und Vertrautheit in der Verwendung von Sprache und Kommunikation (gerade in Teams) unterstützen die Betroffenen beim Aufbau des Wortschatzes und geben Sicherheit im Sprachgebrauch.
6. Entscheidend ist, dass die Sprachförderung als gewinnbringendes Angebot und als Bereicherung erlebt wird. Den Einsatz von Sprache als wertvoll erleben, in Kommunikationen mit der Umwelt aktiv werden – im Dialog erfährt sich die Person als selbstwirksam. Motivieren statt korrigieren, anregen statt belehren!

► **S. auch Abb. 1** Entwicklungsförderliches Verhalten der Bezugspersonen und günstige Lernkontexte (Seite 47).

Lautsprachbegleitende Gebärden (LBG)

Die lautsprachbegleitenden Gebärden unterscheiden sich von der deutschen Gebärdensprache insofern, als sie keine eigene Sprache darstellen, sondern vielmehr die verwendete Lautsprache begleitend sichtbar machen. Struktur, Aufbau und Grammatik der Lautsprache bleiben unverändert (► Abb. 1).



Abb. 1 Beispiel für die lautsprachbegleitenden Gebärden (LBG)

Aufgaben

1. Suchen Sie sich gemeinsam mit einem Partner oder einer Partnerin einen ruhigen Ort für folgende Selbsterfahrungsübung. Achten Sie auf einen Rollentausch zum besseren Verständnis für beide Rollen. Variieren Sie auch die Bewegungs- und Ausdrucksmöglichkeiten.
 - a) Machen Sie Ihrem Kommunikationspartner ohne Verwendung der Lautsprache deutlich, dass es Ihnen zu kalt ist; dass Sie Hunger oder Durst haben; dass Sie gern heute Nachmittag einkaufen wollen. (Überlegen Sie weitere Beispiele.)
 - b) Erzählen Sie ohne Verwendung der Lautsprache etwas von Ihrem gestrigen Tag.
 - c) Werten Sie Ihre Erfahrungen aus: Was haben Sie als hilfreich empfunden, was war besonders erschwerend? Was können Sie für sich aus dieser Übung lernen?

Gebärdenunterstützte Kommunikation (GuK)

Demgegenüber bzw. dieses erweiternd zielt der Einsatz der gebärdenunterstützten Kommunikation vor allem auf die Unterstützung noch nicht hinreichend sprechender Kinder. Deren Spracherwerb und Sprachentwicklung soll mit eher einfachen und im Kontext erinnerbaren Gebärden unterstützt werden.

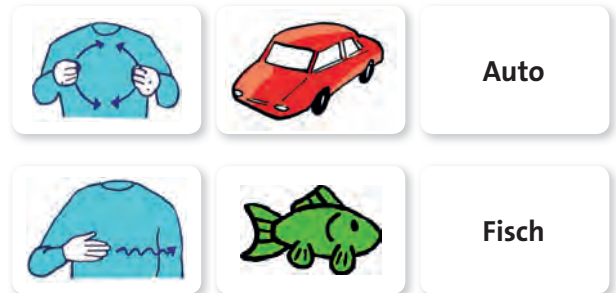


Abb. 2 Bildtafeln für GuK

Aufgabe des Heilerziehungspflegers. Für Menschen mit schweren Beeinträchtigungen sind die Ausdrucksmöglichkeiten oft aufgrund eingeschränkter motorischer Fähigkeiten noch basaler. Die Körperhaltung oder die Muskelspannung, aber auch die eigene Atmung oder die Körpertemperatur können dann Hinweise auf die Bedürfnisse und Befindlichkeiten geben. Es ist wichtig, dass in einer guten Interaktion und Beziehung die Kommunikationspartner diese Signale sensibel und aufmerksam wahrnehmen.

Sich einfühlen können, ruhig beobachten und die Kommunikation ermutigend aufrechterhalten, sind wichtige Botschaften an den Menschen mit eingeschränkter lautsprachlicher Kommunikation. Allerdings werden hier auch die Grenzen der körpereigenen unterstützten Kommunikation deutlich: Die Kommunikation mit wenig vertrauten Personen gelingt kaum oder selten, Gespräche über komplexere Inhalte sind schwierig und benötigen oft viel Zeit und Ausdauer.

Für den begleitenden Heilerziehungspfleger sollte es gleichwohl vorrangige Aufgabe sein, nach körpereigenen Formen der Kommunikation zu suchen, bedeutet doch der Einsatz technischer Hilfsmittel zumeist eine weitere Abhängigkeit.

4.6.2 Nicht elektronische Kommunikationshilfen

Eine weitere Möglichkeit der unterstützten Kommunikation bieten die nicht elektronischen Kommunikationshilfen wie etwa Tafeln, Poster, Bücher oder entsprechende Setzkästen mit Materialien. Hier sind mehrere Zugänge gegeben. Mit Fotos, Zeichnungen oder Piktogrammen steht eine **symbolbasierte Kommunikationshilfe** (► Abb. 2) zur Verfügung, in Setzkästen können **begreifbare Gegenstände** oder Miniaturen für die Kommunikation angeboten werden. Hilfreich kann auch eine Sammlung von Spielzeug oder anderen Alltagsobjekten sein.

Das künstlerische Arbeiten selbst steht im Vordergrund, der Kontakt und der Austausch mit anderen Kunstschaffenden, ja letztlich die Anerkennung als Künstler. Inklusion ist somit nicht Konzept oder Programm oder gar „heimliches Ziel“, sondern **gelebte Realität** in gemeinsamen Arbeitsprozessen, Ausstellungen und Katalogen.

Der begleitenden Unterstützung der Arbeit am künstlerischen Werk und am Prozess selbst kommt eine vorrangige Bedeutung zu. Begleitet wird der – wie bei jedem Künstler manchmal lange und mühsame (!) – Weg zum Selbstaussdruck.

Damit ist künstlerische Assistenz eine Ermutigung zur „Selbstformung, Selbstbildung und Selbsterkenntnis“ (Klaus Mecherlein).

Beispiele für künstlerische Ateliers und Werkstätten

www.kunsthhaus-kannen.de – Museum für Outsider Art

www.schlumper.de – Die Schlumper, eine Hamburger Atelieregemeinschaft

www.lydda.de – Künstlerhaus Lydda, Bethel

www.kreative-werkstatt.de – Kreative Werkstatt Dresden e.V.

www.atelier-goldstein.de – Frankfurt/Main

www.eucree.de – Verband Kunst und Behinderung e.V.; hier findet sich eine gut dokumentierte Übersicht angeschlossener Ateliers und Museen.

9.4 Kunst bildet Identität

Kunst als Möglichkeit der Selbst-Wahrnehmung

Wie kaum ein anderer Wirklichkeitszugang bietet das bildnerische Gestalten die Möglichkeit, dass der Mensch sich mit sich selbst auseinandersetzt. Für Menschen mit Behinderungen bedeutet dieses, dass sie im Medium der Kunst ihre subjektiven Erfahrungen des „Behindert-Werdens“ im Alltag und im gesellschaftlichen Kontext verarbeiten können. Künstlerisches Gestalten verleiht diesen Erlebnissen einen bleibenden und nach außen sichtbaren Ausdruck. Im Werk des Künstlers schlagen sich die Vorstellungen über sein Selbst, über seine Welt und über sein Leben in dieser Welt nieder.

Dabei gelangt der Mensch (mit und ohne Behinderung) im künstlerischen Gestalten zu einer differenzierteren Wahrnehmung der eigenen Person. Der bildnerische Ausdruck ermöglicht dem Künstler einen direkten Zugang zu den eigenen Gefühlen. Begriffsbildungen helfen, sich in der Welt zu orientieren. Dieses erweitert die Möglichkeiten, sich in dieser Welt zu verorten und sich selbst wahrzunehmen. Je vielfältiger die Ausdrucksformen werden, je weiter Konzentrations- und Merkfähigkeit entfaltet werden, umso breiter und intensiver wird der Zugang zur inneren wie zur äußeren Welt.

Kunst als Möglichkeit der Mitteilung

Über das Medium der Kunst treten Menschen miteinander in Kontakt und in Kommunikation. Die bildnerischen Ausdrücke der künstlerisch tätigen Person hinterlassen Spuren und Eindrücke beim Betrachter. Mit diesen Eindrücken eröffnen sich Möglichkeiten des „echten Dialogs“, insofern beide Seiten einen Zugang zur Welt des anderen finden.

Dieser Kommunikations- und Mitteilungsprozess trägt umfassend zur Identitätsbildung bei. Erst wenn ich weiß, wie der andere mich sieht, wer ich für ihn bin, kann ich mein eigenes Selbst weiterentwickeln. In der Auseinandersetzung mit dem anderen bildet sich die eigene Identität – gleichsam von außen nach innen. Damit kommt Kunst eine kommunikative, identitätsstiftende Bedeutung zu.

Kunst als Möglichkeit der Selbstbestimmung

Im künstlerischen Prozess erlebt sich der Mensch mit Behinderung als selbstwirksam. In der eigenen Handlung und Tätigkeit wird die Umgebung geformt, in der Wahrnehmung und Beschäftigung mit den Ergebnissen erfährt der Künstler über die individuelle Wahrnehmung hinaus soziale Anerkennung. Kunst ist Möglichkeit der Selbstbestimmung, insofern im künstlerischen Tun nicht die Defizite im Fokus stehen, sondern an den vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen des Künstlers angeknüpft wird. Diese Erfahrungen schlagen sich in seinem Ich-Gefühl und seinem Selbstbewusstsein nieder. Neben diesen emotionalen Erfolgserlebnissen beeinflusst künstlerisches Arbeiten auch die kognitive Entwicklung. In der Entwicklung (und Betrachtung) seiner künstlerischen Fähigkeiten und Fertigkeiten erlebt sich der Künstler als zugleich „selbstwirksamer Mensch“ wie auch als „lernendes Individuum“ (Saskia Schuppener). Indem sich der Mensch mit Behinderung als Kreativ-Schaffender erlebt, verändert er sich positiv und ganzheitlich in seinem Selbstkonzept.

9.7 Künstlerisches Werken und Gestalten – ein Projekt

In einer Wohngruppe für Menschen mit geistigen Behinderungen und Suchterkrankungen wird eine Kräuterschnecke im eigenen Garten angelegt, eine inklusive Schulklasse arbeitet zum Thema „Wetter“, in der heilpädagogischen Kindertagesstätte sorgt das Wespennest im Obstbaum für Interesse und Aufmerksamkeit – all dieses sind Ansatzpunkte, im heilerziehungspflegerischen Alltag das bildnerische Gestalten in einen größeren Kontext projektbezogen einzubinden.

Das Projekt. Eine Schulklasse angehender Heilerziehungspfleger stand vor der Frage, wie ein alltagsnahes Projekt für möglichst viele Menschen mit unterschiedlichen Fähigkeiten und Voraussetzungen realisiert werden könnte.

Projektideen wurden diskutiert, z. B.

- den Garten einer Wohnanlage gestalten und mit Kunstobjekten verschönern,
- die Außenfassade eines Kindergartens bemalen,

- aus Tonkacheln ein Wandrelief für die Pausenhalle einer Schule erstellen

... und wieder verworfen. Am Ende entschied man sich für ein **naturnahes Projekt: „eine Scheune für die Meise, für die Hummel und die Biene ein Hotel“.**

Mit dem Bau von Nisthilfen und Futterplätzen aus Holz und Ton für Insekten, Vögel, Eichhörnchen oder Fledermäuse – nach vorgegebenen Bauplänen, aber auch nach eigenen kreativen Ideen – sollten verschiedene heilerziehungspflegerische Aspekte beachtet werden. Neben der Beschäftigung mit Natur und Umwelt waren Kooperation, handwerkliches Geschick und Kreativität gefordert. Verschiedene Materialien sollten zum Einsatz kommen, die Anforderungen an das Tun sollten den Fähigkeiten und Möglichkeiten entsprechen.

Es ging ans Werk ...



Abb. 1 Futterhäuschen



Abb. 2 Insektenhotel (im Bau)



Abb. 3 Großes Insektenhotel auf dem Schulhof



Abb. 4 Kleines Insektenhotel



Abb. 5 Insektenhotel und Nistkasten



Abb. 6 Projektergebnisse

10.2.5 Unterstützung bei einer Einschränkung der Sinnesorgane

Eingeschränkte Sinnesfunktion	Probleme	Lösung
Sehen		
Konturen verschwimmen, Farben verwischen	Muster werden für Essensreste gehalten, Unsicherheit beim Hantieren mit dem Besteck, beim Fassen der Tassen und Gläser	Ausreichendes Licht auf dem Tisch, möglichst starker Kontrast zwischen Gedeck und Unterlage, Information über die Anordnung der Gerätschaften und der Speisen auf dem Teller, Tassen und Gläser nur halb füllen
Zahlen und Buchstaben können nicht ausreichend gelesen werden	Verbraucherinformationen auf Nahrungsmitteln können nicht ausreichend gelesen werden, Qualität von Rohware kann nicht erkannt werden	Einkäufe tätigen oder beim Einkaufen begleiten und Hinweise geben
	Haltbarkeitsdaten werden nicht erkannt	Regelmäßige Kontrolle aller Lebensmittel in der Wohnung
Hören		
Geräusche werden nur eingeschränkt wahrgenommen	Kochgeräusche (Brodeln, Zischen beim Überkochen) werden nicht wahrgenommen	Pfeifkessel, Porzellanteller am Grunde des Topfes zur Geräuscherzeugung beim Kochen, Anwesenheit in der Küche bei Gasherd sicherstellen
	Knacken beim Öffnen von Vakuumpackungen wird nicht registriert	Packungen öffnen und kontrollieren
Geruchsempfinden		
Einschränkung der Geruchs- und Geschmacksempfindung	Essensdüfte werden nicht als appetitweckende Reize wahrgenommen	Training der Wahrnehmung mit Duft von Rose, Gewürznelke, Eukalyptus und Zitrone (zunächst ca. 4 Wochen morgens und abends). Starke Reize setzen, frisch gekochter Kaffee, frische, warme Brötchen
	Das Essen schmeckt nicht mehr	Frische Kräuter, kräftiger würzen
	Verdorbenes Nahrungsmittel können nicht identifiziert werden	Regelmäßige Kontrolle des Kühlschranks mit Entfernung entsprechender Nahrungsmittel
Tastsinn		
Einschränkung des Tastvermögens	Reifegrad von Früchten und Gemüse wird nicht erkannt	Einkäufe tätigen oder beim Einkaufen begleiten und Hinweise geben

Abb. 1 Durch Einschränkung der Sinnesorgane können die Auswahl der Nahrungsmittel, die notwendige Hygiene bei der Zubereitung und der Genuss insgesamt leiden. Hier greift die Heilerziehungspflegerin besonders unterstützend ein.

10.2.7 Hilfestellung beim Essen

Die Hilfestellung beim Essen ist von vielen Faktoren abhängig, auch die Kultur spielt eine Rolle. In westlichen Ländern geht man davon aus, dass ein erwachsener Mensch, der nicht mit dem Essbesteck umgehen kann, Hilfe benötigt. Beispielsweise in Indien hingegen ist es nicht unüblich, mit der Hand zu essen. Niemand würde in diesem Fall zur Hilfe eilen und dem betreffenden Menschen das Essen anreichen.

Da die Fachkraft darauf achtet, dass der Mensch mit Behinderung so selbstständig wie möglich seinen Aktivitäten nachgehen kann, denkt sie bei jedem einzelnen Menschen auch über ungewöhnliche Hilfsmöglichkeiten nach. Zweifellos gefällt es nicht jedem Menschen, mit den Händen zu essen. Auch ist es nicht sinnvoll, einen Menschen zum Essen mit den Händen zu überreden. Isst hingegen beispielsweise ein Mensch mit einer Demenz von selbst mit den Händen, so ist es Aufgabe der Fachkraft, ihn dabei zu unterstützen, z. B. indem sie

- auf eine geeignete Temperatur des Essens achtet,
- Lebensmittel anbietet, die gut mit der Hand gegessen werden können, und
- den Menschen bei Bedarf anleitet, vor der Mahlzeit die Hände zu waschen.

Hilfsmittel zur Nahrungsaufnahme

Die Hilfsmittel zur Nahrungsaufnahme zeigen eine große Bandbreite. Ihr Ziel ist stets gleich: dem Menschen zu ermöglichen, so weit wie möglich selbstständig zu essen. Notwendig werden die Hilfsmittel bei Behinderungen und Einschränkungen, bei denen der Mensch die Nahrung nicht mit „normalen“ Utensilien zerkleinern, auf das Besteck bringen oder zum Mund führen kann (► Abb. 1).

Nahrung anreichen

Je nach den Fähigkeiten des erwachsenen Menschen, reicht die Heilerziehungspflegerin ihm teilweise oder komplett die Mahlzeit an oder ist bei bestimmten Handgriffen, z. B. beim Zerschneiden der Nahrung, behilflich. Liegt beispielsweise eine Halbseitenlähmung vor, so reicht die Fachkraft dem Klienten die für ihn geeigneten **Hilfsmittel** und ordnet Gläser und Besteck so, dass er mit der nicht betroffenen Seite darauf zugreifen kann.

Kann der Mensch kauen und schlucken, die Nahrung jedoch nicht selbst zum Mund führen, so reicht die Heilerziehungspflegerin die Nahrung an.

	Hilfsmittel	Funktion
	<p>Die Griffe des Bestecks sind für Links- und Rechtshänder geformt. Auch erhältlich ist dieses Besteck mit neutralem Griff, der durch den Betroffenen selbst einmalig angepasst werden kann.</p>	<p>Die Griffe ermöglichen, mit verformten und steifen Fingern zu essen und Nahrung zuzubereiten.</p>
	<p>Teller mit erhöhtem Rand und Warmhaltefunktion</p>	<p>Der erhöhte Rand verhindert, dass Nahrung über den Tellerrand hinausgeschoben wird. Er kann zum Warmhalten von Speisen mit heißem Wasser befüllt werden (s. weißer Stopfen).</p>
	<p>Anti-Rutschunterlage aus Gummi</p>	<p>Die gummierte Unterlage „klebt“ leicht am Tisch und ebenso an der Rückseite des Tellers. Auf diese Weise kann der Teller nicht versehentlich verschoben werden. Spezialteller ersetzen die Matte meist, indem unter dem Teller ein Gummiring fest angebracht ist.</p>

Abb. 1 Hilfsmittel, die das selbstständige Essen erleichtern

Der Begriff „anreichen“ ist nicht nur für Pflegelehrbücher gedacht, auch dem Klienten gegenüber sprechen Fachkräfte davon, das Essen anzureichen. Der Begriff „füttern“ ist für erwachsene Menschen unpassend und wird in der Pflege von Säuglingen und Kleinkindern verwandt.

Bevor sie mit der Maßnahme beginnt, klärt die Fachkraft mit dem Menschen, welche Speisen er in welcher Menge essen möchte. Ebenso lässt sie den Menschen den Zeitpunkt festlegen, an dem er essen möchte. Auf diese Weise kann sie die Zeit mit dem höchsten Hunger bzw. Appetit nutzen.

Kann sich der Mensch mit Behinderung nicht sprachlich äußern, so ist eine gute **Beobachtungsgabe** gefragt. Das Ziel ist, dem Klienten die Nahrungsmittel anzureichen, die er essen möchte, und zwar in der Menge, die er sich vorstellt. Der Mensch sollte weder hungrig die Mahlzeit beenden noch sollte der Heilerziehungspfleger ihm mehr Nahrung anreichen, als er essen möchte.

Händereinigung. Zunächst wäscht und desinfiziert die Fachkraft ihre Hände. Auf Wunsch unterstützt sie den Menschen dabei, seine Hände zu reinigen. Trägt der Mensch eine Zahnprothese, so setzt die Heilerziehungspflegerin diese bei Bedarf ein.

Auf Wunsch des Menschen legt sie eine **Serviette** über seinen Schoß. Geht sie von einer sehr starken Verschmutzung durch das Essen aus, so legt sie die Serviette mit dem Einverständnis des Menschen über dessen Brust und Bauch.

Der Begriff Lätzchen wird für Babys und Kleinkinder verwandt. In der Pflege von Erwachsenen ist dieser Begriff unangemessen, daher verwendet der Heilerziehungspfleger den Begriff Serviette oder Kleckerschutz.

Dann stellt sie die Mahlzeit so bereit, dass der Mensch sie sehen kann. Im Idealfall steht die Mahlzeit vor dem Menschen auf dem Tisch. Möchte er eine größere Menge essen oder isst er sehr langsam, so gibt die Fachkraft zunächst nur einen Teil der Mahlzeit auf den Teller. Den übrigen Teil der Mahlzeit stellt sie zunächst warm oder sie benutzt einen Warmhalteteller.

Während sie das Essen anreicht, sitzt sie auf gleicher Höhe mit dem Klienten. Gleichzeitig sollten der Mensch und die Heilerziehungspflegerin sich während der Maßnahme ins Gesicht sehen können. Wann immer möglich, sollte der Mensch auf einem Stuhl oder Sessel vor einem Tisch essen. Dies entspricht der typischen Situation einer Mahlzeit und verringert das Abhängigkeitsgefühl im Vergleich zu einer im Bett eingenommenen Mahlzeit.



Abb. 1 Ist der Mensch blind, so erklärt der Heilerziehungspfleger ihm, welches Essen sich auf dem Teller befindet. Isst der blinde Mensch selbstständig, so erklärt er ihm zudem die Positionierung der einzelnen Speisen.

Beim Anreichen der Nahrung achtet die Fachkraft darauf, dass

- die Größe der Bissen bzw. die **Menge** der Lebensmittel auf dem Löffel dem entspricht, was der Mensch kauen bzw. schlucken kann,
- die Temperatur der Nahrung nicht zu heiß ist, sodass sich der Mensch verbrennen könnte,
- sie die Gabel bzw. den Löffel **nicht zu weit** in den Mund schiebt, um einen Würgereflex zu vermeiden, aber auch
- dass sie die Gabel bzw. den Löffel **weit genug** in den Mund schiebt, damit der Mensch die Nahrung aufnehmen kann.

Nahrung, die aus dem Mund läuft, wischt der Heilerziehungspfleger mit einer Serviette ab. Mit einem Löffel über den Mund zu streichen, wie es häufig bei Babys gemacht wird, ist für erwachsene Menschen nicht angemessen. Zudem irritiert das Streichgefühl die Wahrnehmung der Lippen und des vorderen Mundraums.

Ruhe und Zeit. Sofern es den Menschen nicht stört oder seine Konzentration zu sehr ablenkt, kann sich die Fachkraft mit dem Menschen **unterhalten**. Da für den Menschen die Nahrungsaufnahme im Vordergrund steht, erzählt die Heilerziehungspflegerin mehr als dass sie Fragen stellt.

Der Heilerziehungspfleger nimmt sich Zeit, um die Nahrung anzureichen. Der Mensch bestimmt die Geschwindigkeit und – sofern er sich äußern kann – auch die Reihenfolge, in der die Fachkraft die Speisen anreicht. Erst wenn der Mensch geschluckt hat, nimmt die Fachkraft den nächsten Bissen auf und reicht ihn an. Das Ende der Mahlzeit bestimmt der Klient.

Erneute Reinigung. Nach der Mahlzeit bietet die Fachkraft dem Menschen eine Mund- und Zahnreinigung oder Prothesenpflege an. Ebenso hilft sie dem Klienten bei Bedarf erneut, die Hände zu reinigen.

3.1.3 Zum Begriff der Kultur in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund

Menschen mit Behinderung und Migrationserfahrungen bringen nicht nur ihre eigenen kulturellen Prägungen und Hintergründe in die Heilerziehungspflegerische Praxis ein, sondern darüber hinaus oftmals auch ein kulturell (anders) geprägtes Verständnis von Behinderung. Für die alltägliche Arbeit, vor allem aber für eine angestrebte kultursensible Behindertenhilfe ist es wichtig, sich mit dem Kulturbegriff auseinanderzusetzen.

Im Allgemeinen versteht man unter „Kultur“ einen in einer Gruppe von Menschen geteilten Vorrat an Bedeutungen, Sinngebungen und Übereinstimmungen, mithilfe derer sich Menschen in der Welt orientieren und diese gestalten.

Insofern die Welt permanenten Veränderungen unterworfen ist, ist „Kultur“ etwas Prozesshaftes und Dynamisches. Der Mensch *hat* nicht eine Kultur, sondern *lebt* in verschiedenen Kulturen. Im Wechselspiel mit der eigenen Biografie, mit der gesellschaftlichen Mitwelt und im historischen Kontext befindet sich die „Kultur einer Person“ in einem dauerhaften Wandel. „Kultur ist die Art und Weise, wie die Menschen leben und was sie aus sich selbst und ihrer Welt machen“ (Gerhard Maletzke).

Nach diesem Verständnis ist „Kultur“ also keine nationale, ethnische oder religiöse Kategorie, die einem Menschen gleichsam wie eine zweite Haut anhaftet. „Kultur“ ist eine **soziale Konstruktion**. Jeder Mensch hat einen einzigartigen



Abb. 1 Behinderung und Migration

kulturellen Hintergrund, der sich aus einer Vielzahl von Facetten zusammensetzt.

Migranten sind von der Kultur ihres Herkunftslandes – wie auch von der Kultur des Einwanderungslandes – ebenso beeinflusst wie von familiären Handlungsmustern oder individuellen Wertvorstellungen, Normen und Werten. Eine kulturelle Engführung, Zuschreibung oder gar Reduzierung verengt die Vielschichtigkeit und Komplexität kulturellen Lebens auf kulturelle Klischees.

3.1.4 Barrieren sehen – Barrieren überwinden

Barrieren sehen

In der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen und Migrationshintergrund berichten Heilerziehungspfleger, dass es für diese Gruppe oft hohe Hürden für den Zugang zu Angeboten und Diensten der Behindertenhilfe gibt. Im Einzelnen werden aufgeführt:

Sprachliche Barrieren. Nicht verstanden zu werden und sein Anliegen nicht richtig deutlich machen zu können, stellt für viele Migranten die größte Barriere dar. In den seltensten Fällen gibt es in den Einrichtungen Personal mit den entsprechenden Sprachkenntnissen, um eine Beratung in der jeweiligen Muttersprache zu ermöglichen. Zudem ist häufig das Informationsmaterial nicht in unterschiedlichen Übersetzungen zu erhalten. Eine schwierige Fachsprache in Broschüren erschwert zudem die Verständigung. So kann oft nur langsam eine vertrauensvolle Basis aufgebaut werden.

Kulturelle Barrieren. Kulturell bedingte Unterschiede bez. des Rollenverständnisses von Männern und Frauen, wie sie sich etwa in Pflegesituationen äußern, eine andere Auffassung zur Rolle der Familie und deren Fürsorgeverantwortung, ein gegenüber der westlichen Welt abweichendes Verständnis von „Behinderung“ – verbunden mit Scham und religiösen Vorstellungen –, nicht selten prägen kulturelle Deutungsmuster (aber auch Vorurteile auf Seiten der „Profis“) den Kontakt von Migranten mit Behinderung zum System der Behindertenhilfe.

Soziokulturelle Barrieren. Unsicherheiten im Kontakt mit Fachdiensten und Beratungsstellen ergeben sich für Migranten mit Behinderung auch aufgrund des unterschiedlichen Bildungsniveaus oder des sozialen Status. Hier die eigenen Interessen artikulieren zu wollen und zu sollen, zudem vielleicht mit dem Anspruch auf Ermöglichung von Selbstbestimmung und Teilhabe für Menschen mit Behinderung konfrontiert zu werden, kann die Kommunikation erschweren. Hinzu kommen beispielsweise Ängste vor den Reaktionen des sozialen Umfelds oder auch Sorgen, ein Hilfesuch könne von den deutschen Behörden als Ausdruck von Inkompetenz und fehlender Erziehungsfähigkeit angesehen werden. Bereits

Teil II

Gesundheit und Pflege

1 Pflege bei Schmerzen



Herr Schneider ist ein leicht übergewichtiger, gut gelaunter Mann von 35 Jahren. Er bewohnt ein eigenes Zimmer in einer Wohngruppe mit 7 anderen Mitbewohnern innerhalb einer Wohnstätte. Wochentags besucht er eine geschützte Werkstatt, die sich am anderen Ende der Stadt befindet. Zur Stärkung seines Selbstvertrauens hat sehr beigetragen, dass er in der Lage ist, selbstständig mit öffentlichen Verkehrsmitteln zur Arbeit zu fahren. Herr Schneider kann frei über ein mit ihm vereinbartes Kontingent seines Taschengelds verfügen. Am Wochenende liebt er es, lange fernzusehen. Als Stimmungsverstärker kauft er sich Cola, Chips oder Salzstangen.

Am Montagmorgen erscheint Herr Schneider zum Frühstück in der gemeinsamen Wohnküche. Wie immer am Morgen ist er in Eile, pünktliches Erscheinen ist ihm wichtig. Außerdem muss sich die erst kürzlich eingestellte Fachkraft um Klienten mit weitaus höherem Hilfebedarf kümmern.

Dennoch fällt ihr die leicht geschwollene linke Wange des Herrn Schneider auf. Sie spricht ihn daraufhin an, doch er reagiert nur unwirsch und ausweichend. Die Frage nach der Wange oder gar nach Zahnweh passt nicht in seine Vorstellung des gewohnt routinierten Ablaufs am Morgen. Die Fachkraft dokumentiert ihre Beobachtung.

Am Nachmittag, zurück von der Arbeit, trifft Herr Schneider auf einen ihm vertrauten Betreuer. Gemeinsam hatten sie das erfolgreiche Wegetraining zwischen Wohnort und Arbeitsstelle geplant und durchgeführt. Während der Dienstübergabe hat sich der Heilerziehungspfleger auf den aktuellen Stand gebracht. Er kennt Herrn Schneiders Anfälligkeit für Zahnschmerzen und auch seine Angst vor der zahnärztlichen Behandlung. Folglich kann er Herrn Schneiders Ausweichmanöver am Morgen entsprechend einordnen. Im Laufe des Nachmittags bittet er Herrn Schneider zum Gespräch, den Ort kann er bestimmen. Dieser wählt sein Zimmer.

Ja, er habe Zahnweh, eigentlich schon seit Sonntag. Regelmäßig geputzt habe er (was vom Betreuungspersonal beobachtet wird), auch nach dem Genuss von Chips bzw. Salzstangen. Er äußert große Angst vor dem Zahnarzt und habe gehofft, die Schmerzen würden nachlassen.

Der Heilerziehungspfleger macht Herrn Schneider keinen Vorwurf und versucht, ihn etwas zu beruhigen. Konfrontiert ihn aber auch mit der Dringlichkeit des Besuchs beim Zahnarzt. Gibt Herr Schneider die Zusage, ihn zu begleiten. Als Bedarfsmedikation darf Herr Schneider Paracetamol 500 als Schmerzmittel (bis zu 3 Tabletten am Tag) bekommen. Dieses Angebot zur Schmerzlinderung nimmt Herr Schneider nun erleichtert an. Die Fachkraft dokumentiert den gesamten Vorgang sowie die Vergabe des Medikaments, versehen mit dem Hinweis für den Nachtdienst, dass Herr Schneider auf Wunsch eine weitere Schmerztablette bekommen darf. Mit der Zahnarztpraxis des Herrn Schneider vereinbart die Fachkraft einen Termin, wobei sie die aktuelle Situation beschreibt und eine Dringlichkeit deutlich hervorhebt.

1.1 Grundlagen

Schmerzen haben für unseren Organismus eine wichtige Signalfunktion. Sie zeigen Schädigungen an bzw. fungieren als Warnhinweis auf Überlastungen des Körpers. Das Schmerzempfinden kann uns auch schützen vor größeren Verletzungen und Erkrankungen. So vermeiden wir zum Beispiel reflexartig den heißen Wasserstrahl, ziehen die Hand zurück und schützen uns somit vor einer größeren Schädigung des Hautgewebes.

Menschen mit Behinderung, insbesondere Personen mit erheblichen kognitiven Beeinträchtigungen bzw. komplexen Mehrfachbehinderungen, sind nur eingeschränkt bzw. gar nicht in der Lage, Schmerzen zu äußern. Deshalb kommt hier der **Diagnostik und Lokalisation von Schmerzen** eine besondere Rolle zu. Meist sind es Angehörige oder Bezugspersonen wie zum Beispiel Fachkräfte, die zunächst individuelle Auffälligkeiten, die auf Schmerzempfindungen hinweisen, wahrnehmen. Zwischen Betroffenen und der Fachkraft sollte ein Vertrauensverhältnis bestehen und die Fachkraft erfahren genug sein, um abweichende Verhaltensmuster zu erkennen. Berührungen oder leichter Druck auf möglicherweise betroffene Körperregionen können Abweichungen der Mimik hervorrufen oder, bei Personen mit Cerebralpareesen, eine plötzliche Erhöhung des Muskeltonus verursachen.

Schmerzentstehung und -wahrnehmung. In fast allen Geweben, mit Ausnahme des zentralen Nervensystems, der Knochen und des Zahnschmelzes, finden sich freie Nervenendigungen oder **Schmerzrezeptoren** (Nozizeptoren), über die helle, dumpfe oder brennende Empfindungen wahrgenommen werden können. Bei einer Gewebsschädigung werden chemische Stoffe (z.B. Histamin, Prostaglandin, Serotonin) freigesetzt, die die **Nozizeptoren** erregen und Schmerzimpulse über das Rückenmark zum Gehirn weiterleiten.

Die **Schmerzwahrnehmung** wird beeinflusst durch:

- vorhergehende Erfahrungen (Schmerzgedächtnis)
- Bewertung der Schmerzreize
- Kompetenz zur Schmerzbewältigung
- subjektive Einstellung zum Schmerz
- Vorhandensein von Behandlungsmöglichkeiten
- Auswirkungen auf das Alltagsleben

Eine unzureichende Schmerzbehandlung kann die Gesundheit und Lebensqualität der Betroffenen erheblich beeinträchtigen. Starke Schmerzen können durch ihre Wirkung auf das vegetative Nervensystem den peripheren Gefäßwiderstand erhöhen, wodurch Blutdruck und Puls ansteigen, die Herzaktivität zunimmt und ein größerer Sauerstoffbedarf entsteht. Die Blutzirkulation in der Haut und in den Organen wird vermindert, die Wundheilung verzögert, Infektionen (Lungenentzündung) und Druckgeschwüre können entste-

hen; es können aber auch Muskelkrämpfe ausgelöst werden. Personen mit Schmerzen neigen zu Kontrakturen, da sie häufig eine Schonhaltung einnehmen. Wenn starke Schmerzen die Mobilität des Betroffenen einschränken, vermindert sich der venöse Blutrückfluss, sodass Beinvenenthrombosen und Lungenembolien begünstigt werden. Schmerzen können auch Funktionen des Magen-Darm-Trakts beeinträchtigen. Die Entleerung des Magens und die Darmbewegungen werden verzögert. Ebenso kann es durch eine reduzierte Beweglichkeit der Blase zu Harnverhalt kommen.

1.1.1 Schmerzgedächtnis

Nicht nur das Gehirn, sondern auch die sensiblen Nervenzellen können „lernen“. Werden sie wiederholt Schmerzreizen ausgesetzt, verändern sie ihre Aktivität. Üblicherweise als normal empfundene Reize (Kälte, Wärme, Berührungen, Dehnung) werden nun als Schmerzreiz registriert und entsprechend wahrgenommen. Man spricht in diesem Zusammenhang vom sogenannten Schmerzgedächtnis.

Werden Schmerzen nicht hinreichend gedämpft oder auf bestimmte Art und Weise verarbeitet, können sie sogar ohne erkennbaren Schmerzreiz fort dauern und sich zu einer eigenständigen Krankheit (**Schmerzkrankheit**, ▶ s. unten) entwickeln. Das macht deutlich, wie wichtig eine regelmäßige und ausreichende Schmerzmittelgabe vor Auftreten und Intensivierung der Schmerzen ist.

1.1.2 Schmerzerleben

Das Schmerzerleben wird von sehr subjektiven Einflussfaktoren bestimmt. Im Laufe des Lebens entwickelt jeder Mensch seine ganz persönlichen Strategien im Umgang mit Schmerz. Dies hat zu tun mit dem jeweiligen sozialen und kulturellen Hintergrund. Wie haben wir gelernt uns zu verhalten und welches Verhalten haben unsere Bezugspersonen gezeigt („Ein Indianer kennt keinen Schmerz“ oder Trost und Mitleid)? Wie weit können Senioren, die Zeit ihres Lebens verinnerlicht haben, „tapfer“ sein zu müssen, sich heutzutage überwinden, ihre Schmerzen zu äußern?

Aufgabe

Erinnern Sie sich daran, wie in Ihrer Familie mit Schmerzen umgegangen wurde!

- Wie haben Sie sich bei Schmerzen verhalten?
- Welche Verhaltensweisen wurden von Ihnen erwartet?
- Wie hat Ihre Familie auf Ihr Schmerzverhalten reagiert?

1.2.3 Phantomschmerz

Bis zu 75% aller Menschen, denen Gliedmaßen amputiert wurden, leiden an sogenannten Phantomschmerzen. Das bedeutet, dass sie Missempfindungen bis hin zu starken Schmerzen in den nicht vorhandenen Gliedern spüren. Grund hierfür ist die Verarbeitung von Reizen im Gehirn. Für die Zuordnung und die Steuerung der Funktionen existiert im Gehirn eine Art vollständiges Bild des Körpers, welches ständig mit Rückmeldungen aus den einzelnen Körperabschnitten abgeglichen wird. Fehlen diese Rückmeldungen, werden sie von bestimmten Hirnzentren durch Missempfindungen oder Schmerz ersetzt.

1.3 Pflege

Voraussetzungen für eine adäquate Schmerzbehandlung vonseiten der Fachkraft

- Sie verfügt über das notwendige Wissen zur systematischen Schmerzeinschätzung.
- Sie verfügt über das erforderliche Wissen zur medikamentösen Schmerzbehandlung.
- Sie kennt nichtmedikamentöse Maßnahmen zur Schmerzlinderung sowie deren mögliche Kontraindikationen.
- Sie verfügt über die notwendigen Beratungs- und Schulungskompetenzen in Bezug auf Schmerz und schmerzbedingte Probleme.

Zum Weiterlesen

Expertenstandard Schmerzmanagement: www.dnqp.de

1.3.1 Krankenbeobachtung

Um den Behandlungserfolg zu überprüfen, gehört eine geschulte Krankenbeobachtung (Wahrnehmung auch nonverbaler Signale) zu den Aufgaben der Fachkraft. Fragen zur Verbesserung der Mobilität und der Motivation z.B. bei der Körperpflege, beim Ankleiden sowie der Verrichtung alltäglicher Aufgaben entsprechend seinen Fähigkeiten geben wertvolle Rückschlüsse auf die Wirksamkeit der Behandlung.

► s. Modul 3, Kap. II.1 Wahrnehmen und Beobachten in der Pflege

Aufgaben der Fachkraft

- Zu Beginn erhebt die Fachkraft Informationen darüber, ob der Betroffene Schmerzen oder schmerzbedingte Probleme hat. Ist dies der Fall, wird die Einschätzung in individuell festzulegenden Zeitabständen wiederholt.
- Wurden Schmerzen oder schmerzbedingte Probleme festgestellt, wird mittels geeigneter Instrumente eine systematische Schmerz-Ersteinschätzung durchgeführt.
- Die Schmerzeinschätzung wird in Ruhe, bei Belastung und Bewegung wiederholt.

Schmerzmittel sind in solchen Fällen nur bedingt wirksam. Eine neue Behandlungsmethode besteht in dem Versuch, das Körperbild wieder zu komplettieren, indem durch den Einsatz von Spiegeln die fehlende Gliedmaße „ersetzt“ wird. Das Auge, die Bewegungen und damit verbundenen Empfindungen „spielen“ dem Hirn einen wieder intakten Körper vor. Schmerz als Ersatzinformation wird daher unnötig. In vielen Fällen haben sich damit die Schmerzen zumindest lindern lassen. Weiterführende Untersuchungen der Methode stehen noch aus.

Gesichtspunkte bei der Schmerzeinschätzung und ihre Bedeutung

- Die **Lokalisation** des Schmerzes gibt Aufschluss über die Schmerzursache.
- Die **Schmerzintensität** ist Grundlage für Einleitung bzw. Anpassung der medikamentösen Schmerztherapie.
- Die **Schmerzqualität** gibt ebenfalls Aufschluss über die Schmerzursache und ist eine wichtige Grundlage für die Auswahl der Schmerzmedikamente, insbesondere für den Einsatz von Zusatzmedikamenten (s. WHO-Schema oben).
- Die **zeitlichen Aspekte**, erstes Auftreten, Zusammenhänge, Rhythmus und zeitlicher Verlauf, sind wichtig für den Pflegeplan und eventuell nichtmedikamentöse Maßnahmen.
- **Schmerzverstärkende** oder **-lindernde Faktoren** dienen der Entwicklung von Lösungsstrategien oder der Fortführung bewährter Maßnahmen.
- Die **Auswirkungen** des Schmerzes auf das **Alltagsleben** sind wichtig für die Bewertung der Schmerzbehandlung und geben Auskunft über den individuellen Umgang mit den Schmerzen.

Mediziner: Schmerzen bei Demenz oft unterschätzt

(ug) Menschen, die an Demenz erkrankt sind, verlieren die Fähigkeit, ihren Schmerz zu äußern - und erhielten darum zumeist keine adäquate Therapie. Untersuchungen zeigten, dass bei gleicher Schmerzursache Demenzkranke nur ein Drittel der Morphindosis erhalten, die nicht dementen Patienten in solchen Fällen verordnet wird. Selbst mit einfachen Analgetika seien Demenzpatienten unterversorgt: Sie erhielten nur die Hälfte der bei anderen Patienten üblichen Dosis. Auf dem Deutschen Schmerz- und Palliativtag 2013 in Frankfurt/Main präsentierten Experten Strategien, wie man Schmerz im Alter erfassen, messen und behandeln kann.

(Forum aktuell vom 19.03.2013)

1 Pflegeplanung in der psychiatrischen Versorgung



Abb. 1 Beziehungspflege

Die Heilerziehungspflegerin begegnet in der psychiatrischen Versorgung im ambulanten, teilstationären oder stationären Bereich psychisch erkrankten oder behinderten Menschen. In der Regel findet sie eine umfangreiche „Patientenakte“ vor,

1.1 Pflege-theorien

Pflege-theorien haben den Anspruch, pflegerisches Denken, Beobachten, Planen und Handeln vor dem Hintergrund bestimmter Menschenbildannahmen und medizinischen/psychologischen Erkenntnissen in einen sinnvollen Zusammenhang zu bringen. Im Rahmen der Entwicklung einer eigenständigen Pflegewissenschaft hat sich im vergangenen Jahrhundert eine Vielzahl von sogenannten Pflege-theorien entwickelt. In Deutschland sind dabei insbesondere folgende Pflege-modelle bekannt geworden:

- Psychobiografisches Pflege-modell – insbesondere in der Altenpflege – von Erwin Böhm
- Ganzheitliche Pflege – insbesondere in der Altenpflege – von Monika Krohwinkel (AEDL = Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des täglichen Lebens)
- Ganzheitliches Pflege-modell von Liliane Juchli (ATL = Aktivitäten des täglichen Lebens)
- Pflege-modell – Selbstpflege-modell – von Dorothea Orem
- Pflege-modell – Lebensaktivitäten – von Nancy Roper
- Beziehungspflege-modell – Interaktionsmodell – von Hildegard Peplau

aus der die bisherige Krankengeschichte zu ersehen ist. Um in der psychiatrischen Arbeit eine Begegnung heilpädagogisch wertvoll gestalten zu können, ist eine professionelle Beziehungsaufnahme nötig. Erst in dem konkreten Begegnungsprozess entsteht ein „Bild“ von der aktuellen individuellen Problematik des Klienten und den Unterstützungsnotwendigkeiten. Die Beziehungsaufnahme und Beziehungsgestaltung ist dabei die Grundlage für Pflegediagnose und alle Pflegemaßnahmen.

► s. Modul 5, Kap. III.1

Die persönlichen und sozialen Ressourcen des Klienten, seine Kooperationsfähigkeit und die seines sozialen Systems, bedingen den pflegerischen Prozess. Die heilerziehungspflegerische Arbeit geht über die Verminderung der Krankheitssymptome hinaus, sie unterstützt die Fähigkeiten und den gesunden Anteil des Klienten und fördert seine Teilhabemöglichkeiten. Dabei beachtet sie ethische Grundsätze wie den Schutz der Würde und die Rechte des Klienten sowie seine individuellen Belastungsgrenzen und Lebensperspektiven.

In der psychiatrischen Pflege gibt es kein allgemein anerkanntes Pflege-modell. Viele psychiatrische Einrichtungen beziehen sich aber neben den Pflege-modellen der somatischen Pflege auf das Beziehungspflege-modell.

Pflege in der Psychiatrie ist Beziehungspflege. Psychisch erkrankte Menschen stehen häufig in problematischen Beziehungen und benötigen hier Unterstützung und neue positive Erfahrungsmöglichkeiten:

Beziehungsstörungen
zur Vergangenheit
zur Gegenwart
zur Zukunft
zu ihren Angehörigen
zu ihren Mitmenschen
zu sich selbst

1.5 Pflegeplanung

Die psychiatrische Pflegeplanung unterscheidet sich nicht wesentlich von der allgemeinen Pflegeplanung. Allerdings ist die Einbeziehung der Klienten in die Planung deutlich intensiver zu gestalten, damit Verantwortlichkeit, Selbstständigkeit, Krankheitsverständnis und Compliance gestärkt werden. Zudem ist die interdisziplinäre Teamabsprache allgemeiner Standard.

„Hilfe mit der Hand in der Tasche“

Die Einbeziehung der Klienten in Aufgaben und Tätigkeiten des Stationsalltags, die assistierende Begleitung bei den individuellen Aktivitäten des täglichen Lebens im Sinne der „Förderung durch Forderung“ ermöglichen eine kompetenzbezogene Selbstwahrnehmung.

Heilerziehungspflegerisches Handeln in der psychiatrischen Versorgung findet überwiegend in Gesprächen statt. Die Art und Weise, wie miteinander gesprochen wird, in welcher Atmosphäre, wie strukturiert und mit welcher Verbindlichkeit Gespräche geführt werden, prägt das therapeutische/pflegerische Verhältnis. Pflegediagnostik, Pflegemaßnahmen,

Pflegeevaluation sind Grundlagen professionellen Handelns und eingebettet in Gespräche. Gespräche mit Klienten und Angehörigen müssen oftmals gut vorbereitet werden, damit sie zielorientiert und strukturiert geführt werden können. Gespräche in Gruppen wie bei der täglichen Stationsversammlung, zu aktuellen Themen oder zu therapeutischen Zwecken bedürfen einer klaren und eindeutigen Moderation.

Gesprächsgruppen, auch Teambesprechungen, die nicht zielführend moderiert werden, führen oftmals in stundenlange Debatten oder „Erzählkreise“.

Ein Gespräch strukturiert zu führen, eine Gesprächsgruppe erfolgreich zu moderieren, sind Fähigkeiten, die gelernt werden müssen. Zur Gesprächsführung können konkrete Methoden und Standards vereinbart werden, die hilfreich sind und zugleich Möglichkeiten der Qualitätsüberprüfung bieten.

► S. Modul 3, Kap. III.1.2 Methoden der Gesprächsführung

Pflegeplanungsmaßnahmen orientieren sich in der psychiatrischen Pflege häufig an sogenannten **psychiatrischen Pflegestandards**, die im Rahmen der Pflegeplanungsunterlagen dokumentiert sind.



Abb. 1 Alle Aspekte der Pflegeplanung können mit dem Klienten abgestimmt werden