



DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Die Pflege und Betreuung intellektuell und
mehrfach behinderter Menschen in Einrichtungen
der Behindertenarbeit“

Verfasserin

Anita Heinisch

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft

Betreuerin / Betreuer:

MMag. Dr. Ferdinand Holub

Zusammenfassung

Menschen mit einer intellektuellen und mehrfachen Behinderungen wird in der pflegewissenschaftlichen Literatur nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Gleiches gilt für die Pflegeausbildung, in welcher das Thema Behinderung kaum, respektive nur sekundär, behandelt wird.

Teils menschenunwürdige Unterbringungen, mangelnde Therapieangebote und ein Mindestmaß an Pflege und Versorgung behinderter Menschen zählte bis vor kurzem noch zum allgemeinen Standard.

Einen wichtigen Anstoß zur Verbesserung der damaligen Lage von Menschen mit einer Behinderung gaben diverse Angehörigenbewegungen und die Transparentmachung der Lebensumstände durch behinderte Menschen selbst. Moderne Wohnformen und bessere Pflege- und Betreuungskonzepte wurden forciert. Auch angesichts der steigenden Lebenserwartung dieser Personengruppe wurde das Pflege- und Betreuungspersonal vor neue Aufgaben- und Problemfelder gestellt.

Ziel ist es, anhand der vorliegenden aktuellen Literatur einen Einblick in die Entwicklung und die tägliche Arbeit von Behinderteneinrichtungen und dem darin wirkenden Personal zu erlangen. Aufgabengebiete sollen benannt, bestehende und zukünftige Probleme dargestellt sowie prognostiziert werden.

Abstract

People with intellectual and multiple disabilities are given little attention in the nursing literature. The same applies to the nursing education in which the issue of disability is hardly or rather second-rate treated. Partly inhumane accommodation, lack of therapy offers and a minimum of care for disabled people was, until recently, the general standard.

A significant contribution for improving the former situation of people with disabilities was given by relatives and disabled people by themselves. Modern forms of living and better care and support concepts were promoted. In view of the rising life expectancy of disabled people, the nursing and support team has to deal with new tasks and problems.

The purpose is to obtain via the current literature a knowledge of the development and daily work of institutions for disabled persons and as well of the staff which is acting in them. Task areas should be named and existing or future problems should be predicted and solved.

Danksagung

Ein besonderer Dank gilt all meinen Freunden und Freundinnen, die mich auf meinem Weg zum Abschluss meines Studiums tatkräftig unterstützt haben. Sie waren es, die mir in schwierigen Situationen Hilfestellung geleistet und motivierende Worte geschenkt haben.

Ein Dankeschön möchte ich auch an meinen Gesprächspartner richten, der mir offen und ehrlich Einblick in seine Welt gewährt hat.

Mein größter Dank gilt meiner Familie. Kurz nach der Geburt unseres Sohnes Felix habe ich die Mühen dieser Arbeit auf mich genommen. Durch die liebevolle und fröhliche Art unseres Sohnes wurde unser Leben ungemein bereichert. Ein Lächeln von ihm genügte und alle Sorgen und Mühen waren vergessen. Auch meinem Partner Markus gebührt großer Dank, denn er war es, der mit mir gemeinsam die Nächte zum Tag machte, sich, wann immer er Zeit hatte, rührend um unseren Sohn kümmerte und mir somit die nötige Zeit zum Lesen sowie zum Schreiben zur Verfügung stellte.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	1
1 Einleitung	3
1.1 Problembeschreibung und Fragestellungen.....	4
1.2 Zielsetzung.....	5
2 Theoretischer Teil.....	7
2.1 Basisinformation zu Behinderung, Begriffe, Definitionen und Klassifizierungen.....	8
2.1.1 Begriffserklärung.....	9
2.1.2 Definitionen.....	12
2.1.2.1 Medizinischer Standpunkt.....	13
2.1.2.2 Pädagogischer Standpunkt.....	13
2.1.2.3 Soziologischer Standpunkt.....	14
2.1.2.4 Rechtlicher Standpunkt.....	14
2.1.3 Klassifizierungen.....	15
2.1.3.1 Klassifizierungsversuche.....	15
2.1.3.2 Einteilung nach Arten und Graden von Behinderungen.....	17
2.1.3.3 Einteilung nach dem Intelligenzquotienten.....	18
2.1.3.4 Klassifizierung nach ICF (1999).....	19
2.1.4 Zusammenfassung.....	22
2.2. Basisinformation zur Pflege.....	23
2.2.1 Begriffsbestimmung Pflege und Pflegebedürftigkeit.....	23
2.2.2 Pflegemodelle.....	25
2.2.2.1 RLT-Modell von Roger, Logan und Tierney (1993). In: Meyer, 1997.....	26
2.2.2.2 Selbstpflege/Selbstpflegedefizitmodell von Dorothea Orem (Evers 1992, Orem 1997). In: Meyer, 1997.....	29
2.3 Schwer-, Schwerst- und Mehrfachbehinderung.....	34
2.3.1 Allgemeines und Definitionen zu Schwer-, Schwerst- und Mehrfach- behinderungen.....	35
2.3.2 Heilpädagogische Erziehung im Wandel der Zeit und neue Erzie- hungsziele.....	37

2.3.3 Normalisierungsprinzip.....	39
2.4 Entwicklung der Pflege und Betreuung behinderter Menschen in Institutionen.....	41
2.4.1 Die Anfänge der Behindertenarbeit.....	42
2.4.1.1 Erste Institutionen in Paris.....	43
2.4.1.2 Das „Taubstummen-Institut“ in Wien.....	44
2.4.1.3 Erste Schulen für geistig behinderte Kinder.....	44
2.4.2 Psychiatriereform.....	45
2.4.3 Institutionalisierung und Deinstitutionalisierung.....	47
2.4.4 Moderne Ansätze der Behindertenpflege und -betreuung.....	49
2.4.4.1 Ambulante Wohnstrukturen – Außenwohngruppen.....	50
2.4.4.2 Betreutes Wohnen.....	52
2.4.4.3 Werk- und Kunstwerkstätten.....	52
2.5 Demografischer Wandel, Multimorbidität und Ätiologie.....	53
2.5.1 Demografischer Wandel.....	54
2.5.1.1 Höhere Lebenserwartung versus Geburtenrückgang.....	55
2.5.1.2 Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Pflege und Betreuung intellektuell und mehrfach behinderter Menschen.....	57
2.5.2 Multimorbidität und Ätiologie.....	58
2.5.2.1 Formen und Ursachen einer geistigen Behinderung.....	59
2.5.2.2 Folgeerkrankungen und -beeinträchtigungen.....	60
2.5.3 Zusammenfassung.....	62
2.6 Das Personal in Behinderteneinrichtungen.....	62
2.7 Relevante Aspekte des Sozialbetreuungsgesetzes von 2005. 64	
2.7.1 Artikel 1 – Gegenstand der Vereinbarung.....	64
2.7.1.1 HeimhelferIn.....	65
2.7.1.2 Fach-SozialbetreuerIn.....	65
2.7.1.3 Diplom-SozialbetreuerIn.....	66
2.7.2 Ausbildungsmodul „Unterstützung bei der Basisversorgung“.....	66
2.7.3 Zusammenfassung.....	67
2.8 Pflegekräfte in der Behindertenarbeit, Aufgabenbereiche.....	67
2.8.1 Körperpflege.....	69
2.8.2 Helfen.....	71

2.8.3 Beraten und Betreuen.....	72
2.8.4 Diagnostik, Überwachung, Durchführung.....	74
2.8.5 Handeln in Notfällen.....	75
2.8.6 Sicherstellung der Qualität	76
2.8.7 Organisation und Zusammenarbeit.....	76
2.8.8 Basale Stimulation.....	77
2.8.8.1 Somatischer Wahrnehmungsbereich.....	78
2.8.8.2 Vibratorischer Wahrnehmungsbereich.....	78
2.8.8.3 Vestibulärer Wahrnehmungsbereich.....	79
2.8.8.4 Auditorischer Wahrnehmungsbereich.....	80
2.8.8.5 Orale und olfaktorische Wahrnehmungsbereiche.....	80
2.8.8.6 Visueller Wahrnehmungsbereich.....	81
2.8.8.7 Taktile Wahrnehmungsbereich.....	81
2.8.8.8 Anwendungs- und Durchführungsmöglichkeiten.....	82
2.9 Stellenwert der Pflege in Behinderteneinrichtungen.....	84
2.10 Thematisierte Probleme in Behinderteneinrichtungen und Krankenanstalten von professionellen Pflegekräften.....	85
2.10.1 Hierarchie.....	86
2.10.2 Unzureichende Ausbildung.....	87
2.10.3 Allgemeine Arbeitsbelastungen des Pflegeberufes.....	88
2.10.4 Besondere Anforderungen und Belastungen bei der Arbeit mit intel- lektuell und mehrfach behinderten Menschen	89
2.11 HABIT.....	90
2.11.1 Geschichtlicher Überblick.....	91
2.11.2 Leistungsangebot.....	92

3 Qualitativer Teil.....	95
3.1 Methodik.....	95
3.2 Zusammenfassung des Interviews und Ergebnisse.....	97
4 Schlussfolgerung und Ausblick.....	105
5 Literaturverzeichnis.....	109
6 Anhang.....	115

Abkürzungsverzeichnis

BGBI.	Bundesgesetzblatt
BGStG	Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz
BMI	Body-Mass-Index
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
HABIT	Haus der Barmherzigkeit Integrationsteam
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IQ	Intelligenzquotient
GKW	Ganzkörperwäsche
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
LA	Lebensaktivitäten
ÖIF	Österreichisches Institut für Familienforschung
PEG	perkutane endoskopische Gastrostomie
SPE	Selbstpflegetherfordernisse
StGB	Strafgesetzbuch
UBV	Unterstützung bei der Basisversorgung
UE	Übungseinheiten
WHO	World Health Organisation

1 Einleitung

Im Artikel 7 des Bundes-Verfassungsgesetzes (B-VG) aus dem Jahr 1930 – zuletzt geändert durch das Bundesgesetzblatt (BGBl.) I Nr. 100/2003 – wird verlautbart: *„Alle Staatsbürger sind vor dem Gesetz gleich. Vorrechte der Geburt, des Geschlechtes, des Standes, der Klasse und des Bekenntnisses sind ausgeschlossen. Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden. Die Republik (Bund, Länder und Gemeinden) bekennt sich dazu, die Gleichbehandlung von behinderten und nichtbehinderten Menschen in allen Bereichen des täglichen Lebens zu gewährleisten.“*

Bei der bloßen Betrachtung dieses Gesetz, ist der Leser oder die Leserin vermutlich geneigt zu glauben, der Diskriminierung und Unterdrückung behinderter Menschen und/oder Randgruppen sei Einhalt geboten. Fakt ist jedoch, dass durch Gesetze allein weder die Diskriminierung abgestellt, noch eine endgültige Barrierefreiheit gewährleistet werden kann. Benachteiligung und Unterdrückung behinderter Menschen sind täglich aufs Neue anzutreffen, sei es im öffentlichen Straßenverkehr, in öffentlichen Gebäuden, ja selbst beim Bäcker um die Ecke. Menschen, die vom „Normalen“ abweichen, fallen auf, polarisieren, erschrecken, regen zum Nachdenken an, werden ignoriert oder bemitleidet und zum Teil sogar beschimpft. Die Reaktionen der „normalen“ Bevölkerung können höchst unterschiedlich ausfallen.

Es steht außer Frage, dass vor dem Gesetz alle Menschen gleich sind und folglich die selben Rechte und Pflichten haben. Davon abweichend verhält es sich im täglichen Leben und im Umgang der Gesellschaft mit ihren Mitmenschen. Trotz zahlreicher Versuche und Kampagnen von Behindertenorganisationen und der Politik, die Gesamtbevölkerung aufzuklären und behinderte Menschen in die Gesellschaft zu integrieren, werden Menschen immer noch – sei es aufgrund ihrer Herkunft, des Geschlechts, der Religion, einer Behinderung oder einer Erkrankung – diskriminiert und marginalisiert.

Behinderten Menschen werden demnach zum Teil noch sehr negative Reaktionen entgegengebracht. Dieses Bemühen, sich mit den Reaktionen der Umwelt

auseinanderzusetzen und diese zu verarbeiten, bedarf einem Höchstmaß an sozialen Kompetenzen. Pflege- und Betreuungspersonen leisten auf diesem Gebiet entscheidende Arbeit. Nicht nur, dass sie behinderte Menschen auf ihrem Lebensweg begleiten, viel mehr noch, sie unterstützen sie, helfen ihnen bei der Aneignung neuer Handlungs- und Entscheidungskompetenzen, stehen mit Rat und Tat zur Seite und in vielen Fällen wird das Pflege- und Betreuungspersonal zu einem Vorbild für behinderte Menschen.

1.1 Problembeschreibung und Fragestellungen

Wie bei Ding-Greiner und Kruse (2010) dargestellt wird, steigt die Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung rasant an und analog zu dieser Tendenz ebenso die Lebenserwartung von Menschen mit einer Behinderung. Die steigende Lebensqualität, der medizinische Fortschritt sowie effiziente Förder- und Therapiemaßnahmen wirken sich bei behinderten Menschen günstig auf die Lebenserwartung aus. Sind Personen, die an Trisomie 21 erkrankt waren, im vorangegangenen Jahrhundert noch im mittleren Lebensalter verstorben, erreichen Betroffene in jüngster Zeit häufig ein Alter von 60 Jahren und darüber.

In diesem Sinne nehmen mit dem Anstieg des Lebensalters bei diesem Personenkreis auch pathologische Alterungsprozesse, Multimorbidität sowie körperliche und kognitive Alterungsprozesse zu.

Im Zuge dieser demografischen Entwicklungen sind viele Wohneinrichtungen und Behindertentagesstätten mit diesen Veränderungen nicht zurechtgekommen und es besteht hier ein enormer Aufholbedarf. Das auch heute noch überwiegend pädagogisch ausgebildete Personal muss aufgrund dieser Tendenz Pflegehandlungen durchführen, für die es per se nicht ausgebildet und berechtigt ist. Auf der Basis dieser sich ändernden Gegebenheiten sah sich 2005 der Gesetzgeber veranlasst, österreichweit ein einheitliches Konzept, das die Ausbildung der sogenannten Sozialbetreuungsberufe regelt, zu verabschieden.

Laut Bundesgesetzblatt I/55 (2005) sind nun auch Angehörige der Sozialberufe durch ihre Ausbildung berechtigt, die Unterstützung bei der Basisversorgung

(UBV) durchzuführen. Therapeutische Pflege in diversen Einrichtungen darf – wie bisher – nur ein Angehöriger oder eine Angehörige des gehobenen Gesundheits- und Krankenpflegedienstes ausüben.

Vor diesem theoretischen Hintergrund stellten sich mir die nachfolgenden Fragen:

- Wie entwickelte sich die Pflege und Betreuung behinderter Menschen in Institutionen und Einrichtungen?
- Welche Entwicklungen und Prozesse (z.B. Psychiatriereformbewegung, Desinstitutionalisierung) führten zum Ausbau der staatlichen und privaten bestehenden Institutionen und Einrichtungen der Behindertenarbeit?
- Wie stellt sich die gegenwärtige Lage in Österreich bezüglich Einrichtungen, Ausstattung, Angebote, KlientInnen, Beschäftigte u.s.w. dar?
- Welche relevanten Aspekte beinhaltet das Sozialbetreuungsgesetz von 2005 betreffend Ausbildung und pflegerischer Kompetenz dieser Berufsgruppe?
- In welchen Bereichen und mit welchen Aufgaben sind Pflegekräfte in der Behindertenarbeit tätig?
- Welche Probleme werden von den in Behinderteneinrichtungen tätigen professionellen Pflegekräften thematisiert? Welchen Stellenwert hat die Pflege in diesen Institutionen?

Diese Fragen standen im Zentrum meiner Literaturrecherche und führten mich kontinuierlich immer tiefer in die Thematik ein.

1.2 Zielsetzung

Ziel dieser Diplomarbeit soll die theoretische Aufarbeitung der gegenwärtigen Pflege- und Betreuungssituation intellektuell und mehrfach behinderter Menschen in Institutionen der Behindertenarbeit, unter Einbezug relevanter Publika-

tionen, sein. Darüber hinaus soll der Stellenwert der Pflege in Institutionen der Behindertenarbeit analysiert werden, da diese möglicherweise noch pädagogischen Zielen untergeordnet sind. Betrachtet man jedoch den demografischen Wandel und die veränderten Lebensbedingungen liegt es nahe, dass der Pflege in der Behindertenarbeit ein immer größerer Stellenwert zukommen wird. Sowohl pädagogisch ausgebildetes Personal sowie auch Pflegekräfte sehen sich aufgrund dieser Entwicklungen neuen Aufgabenstellungen und Problemfeldern gegenüber. Es steht außer Frage, dass bei der Arbeit mit betagten behinderten Menschen nicht mehr pädagogische Zielsetzungen das primäre Aufgabengebiet bilden, vielmehr rückt die Pflege und Begleitung dieser Personengruppe in den Vordergrund.

Neben den genannten Zielen soll desweiteren versucht werden, Einblick in Erfahrungen, die Behinderteneinrichtungen mit Krankenanstalten thematisiert haben, zu erhalten. Im Anschluss soll als exemplarisches Beispiel eine Behinderteneinrichtung und deren Arbeitsweise vorgestellt werden.

2 Theoretischer Teil

Nach der Wahl meines Themas: *„Die Pflege und Betreuung intellektuell und mehrfach behinderter Menschen in Einrichtungen der Behindertenarbeit“* verbrachte ich erstmals einen Großteil meiner Zeit mit der Literaturrecherche. Ziel dieser Arbeit ist es einen Einblick in die tägliche Arbeit von Pflege- und Betreuungskräften in Institutionen der Behindertenhilfe zu erhalten. Zu diesem Zweck durchsuchte ich die Datenbanken der Universitätsbibliotheken der Universität Wien sowie der Medizinischen Universität Wien. Darüber hinaus durchsuchte ich das Internet nach Plattformen der Behindertenhilfe sowie der Pflege.

Bei der Literaturrecherche wurden unter anderem folgende Termini verwendet:

- Pflege, Pflege und Behinderung, Pflege in Behinderteneinrichtungen, Geschichte der Pflege, Pflegemodelle, Pflegepraxis, Arbeitsbelastungen
- Behinderung, geistige Behinderung, Mehrfachbehinderung, intellektuelle Behinderung, Geschichte der Behinderung
- Basale Stimulation, Deinstitutionalisierung, Psychiatriereform, Normalisierungsprinzip, Wohnformen und Behinderung

Im Zuge dieser Literatursuche kristallisierte sich schnell heraus, dass es zwar zu den einzelnen Themengebieten aufschlussreiche Literatur gibt, Bücher und Studien die explizit die Pflege und Betreuung intellektuell und/oder mehrfach behinderter Menschen betrifft, jedoch Mangelware sind. Die Ergebnisse meiner Literaturrecherche unterstreichen somit meine Annahme, dass auf dem Forschungsgebiet der Behindertenpflege und -betreuung großer Aufholbedarf besteht und Thema zukünftiger Forschungsfragen sein sollte.

Um dennoch einen Einblick in die Praxis zu erhalten erschien es mir passend, aktives Pflege- und Betreuungspersonal zu ihren Erfahrungen zu befragen. Methode und Vorgehensweise dieser Befragungen werden im Kapitel 4 genauer

vorgelegt. Da angesichts der geringen Anzahl keine allgemein gültigen Rückschlüsse gezogen werden können, sollen sie einen aufschlussreichen Beitrag zur übrigen Literatur liefern. Relevante Passagen werden im Kapitel 3.2 wiedergegeben und sollen eine praxisnahe Ergänzung der Theorie darstellen.

Die folgenden Kapitel beschäftigen sich mit der theoretischen Aufarbeitung der unterschiedlichen Begriffe und Definitionen, sie liefern einen Einblick in die Klassifizierungs- und Pflegemodelle, geben einen geschichtlichen Überblick über die Entstehung der verschiedenen Institutionen sowie der dazugehörigen Pflege und Betreuung bis zur Gegenwart, stellen Reformbewegungen vor und beschäftigen sich mit den Formen und Auswirkungen von Behinderungen. Desweiteren werden die Pflege- und Betreuungskräfte der Behindertenhilfe genauer vorgestellt sowie deren Ausbildung, Aufgabenbereiche, der Stellenwert ihrer Arbeit sowie bestehende Problemfelder erörtert. Zur Abrundung dieser Arbeit möchte ich im Kapitel 3.11 das „Haus der Barmherzigkeit“ – eine Institution mit Vorreiterrolle – als positives Beispiel für die Arbeit mit und für behinderte Menschen zeigen.

2.1 Basisinformation zu Behinderung, Begriffe, Definitionen und Klassifizierungen

Was wird unter dem Begriff der „Behinderung“ in der aktuellen Literatur verstanden? Eine eindeutige Antwort auf diese Frage zu finden erwies sich schwerer als ich eingangs vermutet hätte.

Nach eingehender Durchsicht der vorhandenen Literatur kam ich zu dem Schluss, dass es „die Behinderung“ nicht gibt. Die Politik, wissenschaftliche Disziplinen, jeder Mensch und jeder/jede „Behinderte“ selbst hat seine/ihre eigene Auffassung davon, was unter dem Begriff „Behinderung“ zu verstehen ist. Eine allgemein anerkannte Definition oder Begriffsbestimmung zu Behinderung existiert nicht, da unterschiedliche Disziplinen und Berufsgruppen unterschiedliche Kriterien und Parameter verwenden.

Bei dem Versuch, wie Waldschmidt (2006) schildert, verschiedene Behinderungsformen zu benennen und diese in einzelne Kategorien einzuteilen, wird häufig darauf zurückgegriffen, die körperlichen und geistigen Schwächen bzw. Funktionsstörungen aufzuzählen.

Im Folgenden soll nun dennoch versucht werden, die aktuelle Diskussion der Begrifflichkeit einer Behinderung aus der Sicht diverser Fachrichtungen näher zu beleuchten und einige Definitionen vorzustellen. Anschließend werden unterschiedliche Klassifizierungsmöglichkeiten zur Einteilung einer Behinderung vorgestellt.

2.1.1 Begriffserklärung

Wie bereits erwähnt, kann zum jetzigen Zeitpunkt keine allgemein gültige Definition, ja nicht einmal eine eindeutige Begriffserklärung von den verschiedenen Disziplinen geliefert werden. Je nach Blickwinkel und Anwendungsgebiet der jeweiligen Fachrichtung wird unter dem Begriff Behinderung etwas anderes beschrieben und damit assoziiert.

Im Zuge dieser Diplomarbeit habe ich mit vielen Personen über das Thema Behinderung gesprochen und entsprechend dieser Aussagen dürfte der Begriff der Behinderung auch heute noch im Allgemeinen eher negativ behaftet sein. Er wird mit „anders sein“, einer körperlichen Schädigung oder Auffälligkeit im Verhalten in Verbindung gebracht und vorrangig als „nicht normal“ empfunden. Behinderungen lösen bei Menschen Emotionen wie Mitleid, Helfen wollen, Neugierde, aber ebenso Irritation, Abscheu und Unsicherheit vor allem im Umgang mit behinderten Menschen, aus.

Waldschmidt (2006) erläutert in ihrem Buchbeitrag, dass es sich bei einer Behinderung nicht um eine eindeutige Kategorie, sondern vielmehr um einen Oberbegriff handelt, der sich auf unterschiedliche körperliche, psychische und kognitive Merkmale bezieht. Die Gemeinsamkeit dieser Begriffe liegt in der negativen Zuschreibung, wie zum Beispiel Einschränkung, Schwäche oder Unfä-

higkeit. Der allgemein gefasste Begriff Behinderung zielt also auf Abweichungen ab, die im höchsten Maße körperliche Funktionen betreffen. In der Regel zielen demnach Definitionsversuche von Behinderung auf die negativen Aspekte ab.

Unter „verkörperter Differenz“ werden laut Waldschmidt (2006) in den „Disability Studies“ die körperlichen Auffälligkeiten – die universal als Behinderung benannt werden – zusammengefasst. Diese Auffälligkeiten werden durch den Körper ausgedrückt und auch nur durch diesen wahrgenommen. Behinderung wird demnach an körperlichen Funktionsstörungen und Auffälligkeiten (wie z.B. der Körperformen, Bewegungen oder Lauten), die nicht dem „Normalen“ entsprechen, erkennbar.

Ähnliches berichteten mir auch viele GesprächspartnerInnen mit denen ich im Laufe dieser Arbeit gesprochen habe, als ich fragte, was sie unter einer Behinderung verstehen würden. Die meisten Antworten bezogen sich auf das „anders sein“, sprich, Menschen, die einen wahrnehmbaren Makel aufweisen, werden als „Behinderte“ identifiziert.

Eine medizinische Sichtweise liefert Siegerist (2005, S. 305), der darstellt, dass unter dem Begriff Behinderung alle längerfristig bestehenden körperlichen Schädigungen, reduzierte geistige Fähigkeiten oder eine Beeinträchtigung der seelischen Gesundheit, die zur Einschränkung des üblichen Leistungsvermögens führen und dadurch die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigen oder erschweren, fallen. Behinderung an sich enthält intrapersonelle, interpersonelle und systemische Komponenten. Unter einer intrapersonellen Komponente wird das Innere des eigenen Körpers verstanden, hierzu zählen z.B. Schädigungen des Organismus. Interpersonelle Komponenten beschäftigen sich mit der Interaktion zwischen zwei oder mehreren Individuen wie z.B. Erwartungen und Reaktionen anderer Menschen. Mit systemischen Komponenten sind gesellschaftliche Opportunitätsstrukturen wie z.B. behindertengerechte Arbeitsplätze gemeint. Aus dem medizinischen Blickwinkel beschränkt sich Behinderung demnach auf eine einzelne Person und ihr individuelles Problem, welches einer medizinischen Therapie bedarf.

Aus der Sicht der Pädagogik beschränkt sich eine Behinderung nicht primär auf körperliche Aspekte, vielmehr kommen als Ergänzung soziale und kulturelle Phänomene hinzu. „*Absolut auffällig ist ein Mensch, der in jedweder Gesellschaft auffällig würde*“ (Klauer, 1992, S. 13). Klauer (1992), ein Pädagoge, zählt zu den behinderten Menschen diejenigen, welche deutlich wahrnehmbare Funktionsstörung (Verkrüppelungen, Blindheit oder Gehörlosigkeit) haben. Ursache dieser Auffälligkeit ist eine körperliche Schädigung, die in weiterer Folge zur Behinderung führt.

Relational auffällig, so Klauer (1992) weiter, wird ein Menschen, der nur unter bestimmten gesellschaftlichen Bedingungen auffällig ist. So werden z.B. Schulversager von einer Gesellschaft selbst hervorgebracht, denn ein Individuum kann nur dann in der Schule versagen, wenn es in der betreffenden Gesellschaft üblich ist, eine Schule zu besuchen bzw. es Schulen per se gibt. Unter diesem Blickwinkel kann eine Person bezüglich einer Lese- und/oder Rechtsschreibschwäche nur in einer Kultur auffallen, in welcher das Lesen und/oder Schreiben von der Gesellschaft vorausgesetzt wird. In früheren Jahrhunderten, als das Lesen und Schreiben ausschließlich der besser situierten Bevölkerungsschicht vorbehalten war, existierten derartige Schwächen nicht und so werden in Zukunft – mit dem Fortschreiten der technischen und medizinischen Entwicklungen – neue Schwächen zu Tage treten.

Einige Behinderungen bzw. Auffälligkeiten entstehen laut Klauer (1992) also erst dadurch, dass Menschen bestimmten kulturellen Normen und Verhaltenserwartungen ausgesetzt sind. Menschen, die diesen Erwartungen nicht entsprechen, werden auffällig. Jede Kultur erzeugt infolgedessen einen Teil ihrer auffälligen, behinderten und hilfsbedürftigen Menschen selbst.

Die Soziologie, wie bei Cloerkes (2001) dargestellt, beschäftigt sich mit den von außergewöhnlichen Merkmalen hervorgerufenen Spontanreaktionen bei anderen Menschen. Diese Merkmale rufen eine Reaktion hervor, weshalb auch von Merkmalen mit einer „Stimulusqualität“ gesprochen wird. Dieses Merkmal zeichnet sich durch eine Andersartigkeit von sozialen Erwartungen aus, welche posi-

tiv, negativ oder ambivalent (widersprüchlich) sein kann. Von Behinderung wird erst dann gesprochen, wenn diese Andersartigkeit als negativ interpretiert wird. Behinderung kann auch nicht als absolut gegeben angesehen werden. Erst durch soziale Kategorien, den Folgen für ein einzelnes Individuum und im Bezug auf die persönliche Lebensführung wird Behinderung bestimmt. Was für einen Betroffenen oder eine Betroffene eine schwere Schädigung mit den damit zusammenhängenden Konsequenzen ist, kann von einer anderen Person als weniger schwerwiegend empfunden werden. Der Verlust des Gehörs z.B. kann für einen Musiker bzw. eine Musikerin schwerwiegende Folgen nach sich ziehen, bis hin zur Erwerbslosigkeit. Für einen Maler oder einer Malerin hingegen wäre diese Schädigung weniger einschränkend, da er/sie zur Ausübung seines/ihres Berufes hauptsächlich die Augen und Hände benötigt.

In Anbetracht der vorliegenden Interpretationen der diversen wissenschaftlichen Disziplinen kann festgehalten werden, dass keine allgemein anerkannte Definition des Begriffs der Behinderung gefunden werden kann. Je nach Standpunkt und Blickwinkel kann unter einer Behinderung etwas Abweichendes verstanden werden. Eine Behinderung sollte, aufbauend auf diesen Überlegungen, jedenfalls niemals als eindeutig und gegeben aufgefasst werden. Sie hängt stets von differenten Faktoren, der persönlichen Sichtweise und der ihr zugrundeliegenden Gesellschaft ab.

2.1.2 Definitionen

Ähnlich der nicht eindeutigen Begriffsbestimmung der Behinderung, verhält es sich mit Definitionen einer Behinderung. Meyer (1997) gibt zu bedenken, dass Definitionen kaum Auskunft über einzelne Individuen oder die Gruppe, die eine solche zu beschreiben versucht, geben. Definitionen können immer nur Abbild kultureller Vorstellungen und einer Gesellschaft sein, die menschliches Handeln und Denken unbewusst beeinflusst (vgl. auch Cloerkes, 2001).

Zum besseren Verständnis sollen anschließend dennoch einige Definitionen aus verschiedenen Fachrichtungen vorgestellt werden.

2.1.2.1 Medizinischer Standpunkt

Die Medizin versucht vorrangig Behinderungen im Kontext körperlicher Schädigungen oder Beeinträchtigungen zu erklären. Auf dieser Basis wird Behinderung als rein körperliches Phänomen gesehen.

Nach medizinischen Standards wird unter Behinderung laut Siegrist (2005, S. 309) eine sichtbare Abweichung von normalen Standards der Funktionsausübung verstanden. Als schwerbehindert gelten Menschen, deren Funktionseinschränkung ein Ausmaß von mindestens 50 % gegenüber dem Normalzustand beträgt.

Nach Begutachtung der Betroffenen werden die Funktionsstörungen diagnostiziert, in Kategorien eingeteilt und anschließend einer Pflegestufe zugewiesen. Der Mensch als Individuum, als fühlendes und denkendes Wesen, wird hierbei gänzlich außer Acht gelassen. Die Beschreibung und Feststellung der Behinderung reduziert sich auf rein körperliche Abweichungen vom Normalzustand.

2.1.2.2 Pädagogischer Standpunkt

Die Disziplin der Pädagogik ist jene Wissenschaft, die vermehrt in der Betreuung und Versorgung behinderter Menschen zum Einsatz kommt. Zum Teil kann dies auf die Psychiatriereform zurückgeführt werden und wird im Kapitel 3.4.2 genauer erläutert.

Dönhoff (1992) verbindet eine geistige Behinderung häufig mit Fehlfunktionen oder Schädigungen des Nervensystems. Meist weisen geistig behinderte Menschen auch eine Beeinträchtigung der Sprache, des Sozialverhaltens und der Konzentrationsleistung auf, bis hin zu Schwierigkeiten, den emotionalen mimischen Ausdruck von Mitmenschen zu erfassen.

Bei Waldschmidt (2010) z.B. heißt behindert sein, im Alltagsgebrauch einen wahrnehmbaren Makel aufzuweisen.

2.1.2.3 Soziologischer Standpunkt

In der Soziologie wird die Ansicht vertreten, dass eine Behinderung *„eine dauerhafte und sichtbare Abweichung im körperlichen, geistigen oder seelischen Bereich, der allgemein ein entschieden negativer Wert zugeschrieben wird“* ist (Cloerkes, 2001, S. 7).

Die Dauerhaftigkeit, so Cloerkes (2001) weiter, unterscheidet hierbei eine Behinderung von einer Krankheit und unter Sichtbarkeit wird verstanden, dass andere Menschen die Andersartigkeit erkennen und über das Wissen betreffend der Folgen verfügen.

2.1.2.4 Rechtlicher Standpunkt

Eine rechtliche Definition bietet das Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz (BGStG), 1. Abschnitt § 3 aus dem Jahre 2005 wie folgt: *„Behinderung im Sinne dieses Bundesgesetzes ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder psychischen Funktionsbeeinträchtigung oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen, die geeignet ist, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu erschweren. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von mehr als voraussichtlich sechs Monaten.“*

Auch hier ist wieder zu erkennen, dass Behinderung hauptsächlich negativ behaftet ist. Die Definition enthält eine Aufzählung von Beeinträchtigungen und spricht behinderten Menschen eine „normale“ Teilhabe am Leben ab. Ob dies für den einzelnen Behinderten auch tatsächlich entspricht, ob es sich für ihn so „anfühlt“ bleibt unbeachtet.

Auf der einen Seite soll anhand solcher Definitionen – bzw. im weiteren Verlauf durch eine Klassifizierung – behinderten Menschen geholfen werden, denn nur durch eine offizielle Zuschreibung einer Behinderung und der sich konstituierenden Pflegestufe, erhält dieser Mensch ein Anrecht auf finanzielle Hilfeleistungen und Begünstigungen im alltäglichen Leben. Auf der anderen Seite erfahren Menschen, die als „behindert“ klassifiziert wurden, eine Marginalisierung. Sie werden ins Abseits unserer Gesellschaft gedrängt, müssen täglich mit Vorurtei-

len kämpfen und erfahren am eigenen Leib Diskriminierung. Das alles nur, weil ihnen ein imaginärer Stempel verpasst wurde, auf dem „behindert“ steht.

2.1.3 Klassifizierungen

Wie bereits festgestellt, ist die Sinnhaftigkeit der Klassifizierung unterschiedlicher Arten und Grade von Behinderungen durchaus nachvollziehbar und notwendig. Abgesehen von der Zuschreibung bestehender Rechtsansprüche und finanzieller Unterstützungsleistungen, dienen sie auch der Bestimmung individueller Bedürfnisse und geeigneter Fördermaßnahmen. Ähnlich zu den Pflege-modellen leisten Klassifizierungen einen Beitrag zur persönlichen Bedarfsermittlung.

Im vorangegangenen Kapitel wurde bereits ausreichend aufgezeigt, warum es in der aktuellen Literatur keine allgemein gültige Definition von Behinderung gibt. Dennoch erscheint eine Untergliederung in einzelne Behinderungssparten sinnvoll und auch notwendig. Laut Meyer (1997) müssen gemeinsame oder vergleichbare Kriterien bei Individuen gesucht werden, damit diese eine gezielte Förderung erhalten können.

Wer gehört jedoch infolgedessen zum Personenkreis der Menschen mit einer Behinderung? Wer legt die Bestimmungsfaktoren fest bzw. welche Kriterien können per se herangezogen werden? Die nachfolgenden Kapiteln werfen einen Blick auf frühere und aktuelle Klassifizierungsversuche. Nachfolgend werden die heute gebräuchlichsten Einstufungsmethoden und im Besonderen die international gültige „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) näher vorgestellt.

2.1.3.1 Klassifizierungsversuche

Um behinderten Menschen gezielte Leistungs- und Förderangebote zukommen zu lassen, erscheint eine Einteilung in unterschiedliche Behinderungsformen und Schweregrade sinnvoll. Der betroffene Mensch kann so je nach Bedarf die richtige Unterstützungsleistung erhalten.

Meyer (1997) beschreibt hierzu unterschiedliche Klassifikationsversuche und deren Schwachstellen. So wurden z.B. eine Unterscheidung nach der Zugehörigkeit zu Institutionen (Heime, Anstalten) versucht. Diese Klassifikationsversuche gaben jedoch wenig Aufschluss über den tatsächlichen Personenkreis, da in Institutionen nach wie vor Menschen mit unterschiedlichem Bedarf an erzieherischen und pflegerischen Maßnahmen leben.

Eine Unterscheidung bezüglich den medizinischen Ursachen würde auf den ersten Blick am sinnvollsten erscheinen, doch auch hier ist eine klare Abgrenzung nicht möglich. Häufig sind die Ursachen einer geistigen Behinderung nicht bekannt und bei der Entstehung von Behinderungen spielen noch eine Reihe anderer Faktoren eine wichtige Rolle.

Eine Abgrenzung anhand des gemessenen Intelligenzquotienten (IQ) bietet sich gleichfalls an. Dies ist auch heute noch oft das Mittel der Wahl, wenngleich man beachten muss, dass auch diese Messung keine eindeutige Aussage liefert. Bei der Messung des IQ kommt erschwerend hinzu, dass ein Großteil der schwerst intellektuell und mehrfach behinderten Menschen aufgrund ihrer eingeschränkten oder nicht vorhandenen Kommunikationsfähigkeit an derartigen Messungen nicht teilnehmen kann. Die Einteilung bzw. Klassifikation nach dem IQ wird nachfolgend genauer vorgestellt.

Ebenso wurde früher versucht, über das Erscheinungsbild genügend Anzeichen für eine Differenzierung zu erhalten, was aus heutiger Sicht wenig Erfolg versprechend war.

Objektiv betrachtet gibt es laut Meyer (1997) auch heutzutage noch keine verlässliche Methode um den Grad einer geistiger Behinderung eindeutig zu messen oder zu definieren. In weiterer Konsequenz gibt es demnach keine ausreichende Möglichkeit, um den Personenkreis der „Menschen mit einer Behinderung“, zu beschreiben. Aufbauend auf dem derzeitigen Wissensstand, können jedoch einzelne Individuen mit ihren individuellen Behinderungen beschrieben werden.

Um nun dennoch Ähnlichkeiten einzelner Individuen eruieren zu können, damit diesen die bestmögliche Pflege und Erziehung bzw. Betreuung zuteil wird, wurden von den verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen unterschiedlichste Kategorien und Klassifikationen erstellt, welche bis heute Gültigkeit haben. Im Folgenden liegt der Fokus auf drei gebräuchlichen Einstufungsmethoden.

2.1.3.2 Einteilung nach Arten und Graden von Behinderungen

Klauer (1992) gibt bei dieser Einteilung zu bedenken, dass bei intellektuell behinderten Menschen eine Mehrfachbehinderungen besonders häufig vorkommt. Insbesondere tritt die Intelligenzschwäche häufig in Verbindung mit Verhaltens- und Sprachstörungen auf und erschwert somit eine genaue Zuteilung.

Bei den intellektuellen Beeinträchtigungen, so Klauer (1992) weiter, ist die Differenzierung der Schweregrade besonders ausgeprägt, wohingegen bei z.B. Körperbehinderten und Sprachbehinderten meist keine Schweregrade unterschieden werden.

Laut Klauer (1992) ist die psychologische Einteilung in Grade besonders problematisch. Es gibt keine gravierenden Einschnitte oder Ähnliches, die zeigen würden, wo ein Grad endet und ein neuer beginnt. Die Grenzen sind fließend und somit schwer voneinander abzugrenzen. Auf der anderen Seite macht es jedoch Sinn, Behinderungen nach bestimmten Schweregraden einzuteilen, da unterschiedliche Schweregrade einen unterschiedlichen Pflege-, Erziehungs- und Betreuungsbedarf aufweisen. Unterschiedliche Grade der Beeinträchtigung erfordern unterschiedliche pädagogische und pflegerische Konsequenzen. Anknüpfend an diese Überlegungen findet sich bei Klauer (1992) folgende Tabelle:

Tabelle 1: Arten und Grade von Behinderungen (Klauer, 1992, S. 14)

Grad der Behinderung				
Art der Behinderung	leicht	mittel	schwer	extrem
Hörschäden		schwerhörig	gehörlos	schwerst-behindert
Sehschäden		sehbehindert	blind	
Intelligenzschwäche	schwach begabt	lernbehindert	geistig behindert	
Bewegungsstörungen	körperbehindert			
Sprachstörungen	sprachbehindert			
Verhaltensstörungen	erziehungsschwierig			

2.1.3.3 Einteilung nach dem Intelligenzquotienten

Zur vereinheitlichten Klassifizierung und Diagnoseerstellung einer geistigen Behinderung wird in der Medizin laut dem Lehrbuch *Pflege heute*, herausgegeben von Menche, Bazlen und Kommerell (2001) der Intelligenzquotient (IQ) herangezogen. Der IQ kann durch verschiedene Testverfahren ermittelt werden, sagt jedoch nichts über die individuellen Fähigkeiten einer Person und ihre Möglichkeiten sich in der Umwelt zurechtzufinden, aus. Dennoch ist eine solche Einteilung unabdingbar. Wie bereits weiter oben festgestellt, können anhand solcher Klassifizierungen finanzielle Unterstützungsleistungen beantragt werden und den Betroffenen angemessene Förderangebote zukommen. Die folgende Klassifizierung orientiert sich an Renschmidt und Schmidt im Lehrbuch *Pflege heute* von Menche et al (2001, S. 547) und wurde von mir durch die Klassifizierung der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (Kapitel 3.2.1.2) erweitert.

Tabelle 2: Klassifikation der geistigen Behinderung nach Remschmidt und Schmidt. In Menche et al (2001, S. 547), erweitert durch die ICF-Klassifikation.

Klassifikation	IQ	Erreichbares Entwicklungsalter	Förderungsmöglichkeiten
Leichte intellektuelle Behinderung	69 – 50	12 bis max. 15 Jahre	Sonderschule für Lernbehinderte; Erwerb von Kulturtechniken (z.B. Lesen) sowie Eingliederung in die Arbeitswelt möglich
Mäßige intellektuelle Behinderung	49 – 35	6 bis 9 Jahre	Entwicklungsverzögerung in der Kindheit; Sonderschule für praktisch Bildbare; kein bzw. nur begrenzter Erwerb von Kulturtechniken; teilweise Unterstützung notwendig
Schwere intellektuelle Behinderung	34 – 20	3 bis 6 Jahre	kein Erwerb von Kulturtechniken, jedoch z.T. praktisch bildbar; dauernde Unterstützung ist notwendig
Schwerste intellektuelle Behinderung	< 20	6 bis 18 Monate	die eigene Versorgung ist hochgradig beeinträchtigt; lernen durch Versuch und Irrtum bzw. Imitation

2.1.3.4 Klassifizierung nach ICF (1999)

Zur sprachlichen Vereinheitlichung und um eine international anerkannte Klassifizierung von Gesundheit und den damit in Verbindung stehenden Zusammenhängen zu erzielen, hat die World Health Organisation (WHO) die „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) von 1999 als Nachfolgerin der „International Classification of Impairments, Disability and Handicaps“ (ICIDH) von 1980, entwickelt. Die ICF wurde über mehrere Jahre hinweg überarbeitet und an die Ansätze des bio-psycho-sozialen Modells angepasst. Die ICF hat sich hierdurch der Lebenswirklichkeit besser angenähert und berücksichtigt nun auch den Lebenshintergrund betroffener Personen.

Durch Ergänzung des sozialen Modells wird Behinderung nicht mehr bloß auf den Körper und somit auf einen einzelnen Menschen reduziert. Behinderung wird nun vielmehr als ein von der Gesellschaft konstruiertes Problem betrachtet, denn wie bereits erörtert wurde, gelten in jeder Gesellschaft und Kultur divergente Normen und Anforderungen an die Gesamtbevölkerung. Was in einer Kultur als Behinderung angesehen wird, findet in anderen Ländern womöglich kaum Beachtung. Ein Teil der behinderten Menschen wird demnach erst von der Gesellschaft selbst hervorgebracht (vgl. WHO, 1999).

Die ICF (1999) liefert somit ein sinnvolles und praktikables Instrument länder- und sprachübergreifend eine Beurteilung des Gesundheitszustandes zu produzieren. Daten können miteinander verglichen werden, die Kommunikation wird vereinheitlicht und erleichtert und sie liefert das Rüstzeug des Verstehens. Die ICF wurde in zwei Hauptteile untergliedert, welche wiederum zwei Komponenten umfassen.

Der erste Teil widmet sich den Komponenten der Funktionsfähigkeit und Behinderung. Er ist weiters in die Klassifikationen Funktionen des Körpersystems und Körperstruktur sowie die Komponenten Aktivität und Partizipation (Teilhabe) unterteilt.

Der zweite Teil beschäftigt sich mit den Komponenten der Kontextfaktoren und untergliedert sich weiter in Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren.

Jede Komponenten kann mit positiven oder negativen Begriffen dargestellt werden (vgl. WHO, 1999).

Definition der Begriffe nach ICF (2005)

- Unter den **Körperfunktionen** werden die physiologischen und psychologischen Funktionen des Körpersystems verstanden.
- Zur **Körperstruktur** zählen die anatomischen Teile eines Körpers.
- Unter einer **Aktivität** wird die Durchführung einer Handlung durch einen Menschen verstanden.

- Unter **Partizipation** (Teilhabe) wird das Einbezogensein in eine Lebenssituation verstanden.
- Zu den **Kontextfaktoren** zählt der gesamte Lebenshintergrund eines Menschen.
- **Umweltfaktoren** beziehen sich auf die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt eines Menschen, welche seine Leistungen in der Gesellschaft positiv oder negativ beeinflussen können.
- **Personenbezogenen Faktoren** betreffen den speziellen Hintergrund eines Menschen. Zu ihnen zählen z.B. Geschlecht, Alter, Charakter, Lebensstil, Bildung, Bewältigungsstrategien, Beruf usw (vgl. WHO, 2005).

Tabelle 3: Überblick über die ICF (WHO, 2005, S. 17)

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

Bei einer Auseinandersetzung mit den verschiedenen Klassifikationsmöglichkeiten zeigt sich, wie komplex das Phänomen „Behinderung“ ist. Analog zu den Definitionsunterschieden kann auch hier keine Einstufungsmethode den Anspruch der Universalität für sich fordern.

2.1.4 Zusammenfassung

Abschließend kann gesagt werden, dass der Begriff „Behinderung“ als ein Oberbegriff verstanden werden sollte, den es je nach Anwendungsgebiet zu differenzieren gilt. Er kann unterschieden werden in die jeweiligen Schweregrade der Behinderung, der Schädigungsart (physisch oder psychisch) oder ob es sich um eine soziale, schulische bzw. berufliche Behinderung handelt. Was eine Behinderung jedoch primär für ein einzelnes Individuum bedeutet, bleibt dahingestellt und unbeantwortet. Moderne Definitionen zielen auf das Fehlen geeigneter Kompensationsmöglichkeiten und den sich daraus resultierenden Einschränkungen in der Lebensgestaltung ab.

Letztendlich wird die Art und Schwere einer Behinderung von MedizinerInnen diagnostiziert und der „behinderte Mensch“ einer Pflegegeldstufe zugeteilt. Sie stehen somit im Zentrum der Einschätzung der Betroffenen und entscheiden über den weiteren Werdegang bzw. den weiteren Lebensverlauf. Denn abhängig von dieser Zuteilung stehen behinderten Menschen finanzielle Unterstützungsleistungen sowie auch unterschiedliche Leistungsangebote und Fördermaßnahmen zu. Anhand der finanziellen Situation eines behinderten Menschen – unter Voraussetzung ausreichender körperlicher Fähigkeiten – entscheidet sich somit auch, ob dieser/diese ein annähernd „normales“ Leben führen kann oder sein/ihr Leben in einem Heim oder einer Anstalt bestreiten muss.

2.2. Basisinformation zur Pflege

Im Gegensatz zu den Klassifizierungen einer Behinderung – deren theoretische Einhaltung teils unabdingbar ist – ist die strikte Befolgung verschiedenster Pflegemodelle in der Praxis nicht oberstes Gut. Laut Menche et al (2001) tragen Pflegemodelle zum Erfassen der Pflege bei. Sie verweisen auf die Ganzheitlichkeit der Pflege (Körper, Geist und Umgebung betreffend) und orientieren sich stets den KlientInnen. In diesem Sinne nehmen individuelle KlientInnenbedürfnisse einen hohen Stellenwert ein. Pflegemodelle liefern folglich das erforderliche Wissen und die nötigen Fähigkeiten um für den/die Betroffene/n positiv tätig werden zu können.

2.2.1 Begriffsbestimmung Pflege und Pflegebedürftigkeit

Für den Begriff der Pflege mag es womöglich nicht ganz so schwer erscheinen, geeignete Erklärungsansätze und Definitionen zu finden. Eine allgemein gültige Aussage sucht man jedoch auch hier vergebens. Je nach Fachrichtung und Blickwinkel wird auch unter dem Begriff Pflege etwas anderes verstanden.

Vereinfacht kann Pflege als eine *„soziale Dienstleistung von Menschen für Menschen“* ausgedrückt werden (Menche et al, 2001, S. 2). Mitinbegriffen in dieser Erklärung sind laut Menche et al (2001) sowohl die Selbstpflege (Gesunderhaltung der eigenen Person), die Laienpflege als auch die professionelle Pflege, bei der ausgebildete Pflegekräfte zum Einsatz kommen. Das „jemanden pflegen“ jedoch viel mehr bedeutet, als nur für sein körperliches Wohlbefinden zu sorgen, wird im Laufe dieser Diplomarbeit veranschaulicht und greifbar gemacht.

Wie bei Menche et al (2001) dargestellt wird, entwickelt sich ein Beruf oder ein Handwerk erst wenn es einen bestimmten Bedarf an spezifischen Handlungen oder Waren gibt. Jedem Handwerk z.B. liegen die berufstypischen Werkstoffe zugrunde. Ein Tischler arbeitet mit Holz, ein Schlosser mit Metall, ein Bäcker

mit Getreide. Um mit diesen andersartigen Werkstoffen arbeiten zu können, muss jeder/jede Betroffene über diesen genauestens Bescheid wissen. So wird ein Tischler, der nicht einkalkuliert, dass Holz arbeitet und sich verändert mit unzufriedenen Kunden rechnen müssen, deren Wandverbau oder Holzdecke Makel aufweisen.

Genau aus diesem Bedarf heraus hat sich auch der Beruf des Pflegers bzw. der Pflegerin entwickelt. Der massive Unterschied liegt laut Menche et al (2001) im Werkstoff. Anders als bei Handwerkern, die sich auf genaue Materialeigenschaften verlassen und damit rechnen können, gibt es „den einen Menschen“ nicht. Jeder Mensch ist ein Individuum mit seinen persönlichen Stärken und Schwächen. Für das professionelle Arbeiten mit Menschen ist jedoch eine genau Kenntnis für menschliches Verhalten in Gesundheit und Krankheit unabdingbar. Hier behilft sich die Pflegewissenschaft mit verschiedenen Menschenbildern, die vom kartesischen (medizinisch-naturwissenschaftlichen) über sozialwissenschaftliche, hin zu holistischen (ganzheitlichen) und humanistischen (geisteswissenschaftlichen) Menschenbildern reichen. Grundvoraussetzung für jegliches Arbeiten mit Menschen ist jedoch eine professionelle und empathische Grundhaltung.

Der Begriff „pflegebedürftig“ lässt sich schon etwas enger fassen. Pflegebedürftig ist laut Siegerist (2005) eine Person, welche aufgrund einer Krankheit oder einer Behinderung bei den Verrichtungen des täglichen Lebens für längerer Zeit (mindestens sechs Monate) in erheblichem Maße Hilfe benötigt. Pflegebedürftigkeit muss nicht von Dauer sein. Durch eine vollständige Genesung oder das Erlernen neuer Handlungskompetenzen werden Betroffene dazu befähigt, wieder für sich selbst Verantwortung zu übernehmen und Sorge zu tragen.

Laut Menche et al (2001) beschränkt sich eine Pflegebedürftigkeit nicht auf eine bloße Krankheit oder Behinderung. Ein Neugeborenes, das weder krank noch behindert ist, würde ohne Pflege versterben, da es noch nicht für sich selbst sorgen kann. Eine Pflegebedürftigkeit kann demnach entsprechend der verschiedenen Lebensabschnitte und abhängig von unterschiedlichen Situationen immer wieder auftreten.

2.2.2 Pflegemodelle

Entsprechend der Klassifizierung von Behinderung sollen auch Pflegemodelle zu einer Vereinheitlichung beitragen. Laut Menche et al (2001) tragen verschiedene Pflegemodelle dazu bei, das Verständnis von Pflege zu erleichtern und Abläufe und Aufgaben spezifischer zu definieren und strukturieren.

Im Folgenden wird eine kurze Übersicht der wichtigsten Pflegemodelle dargestellt und im weiteren Verlauf sollen beispielhaft zwei Pflegemodelle näher behandelt werden.

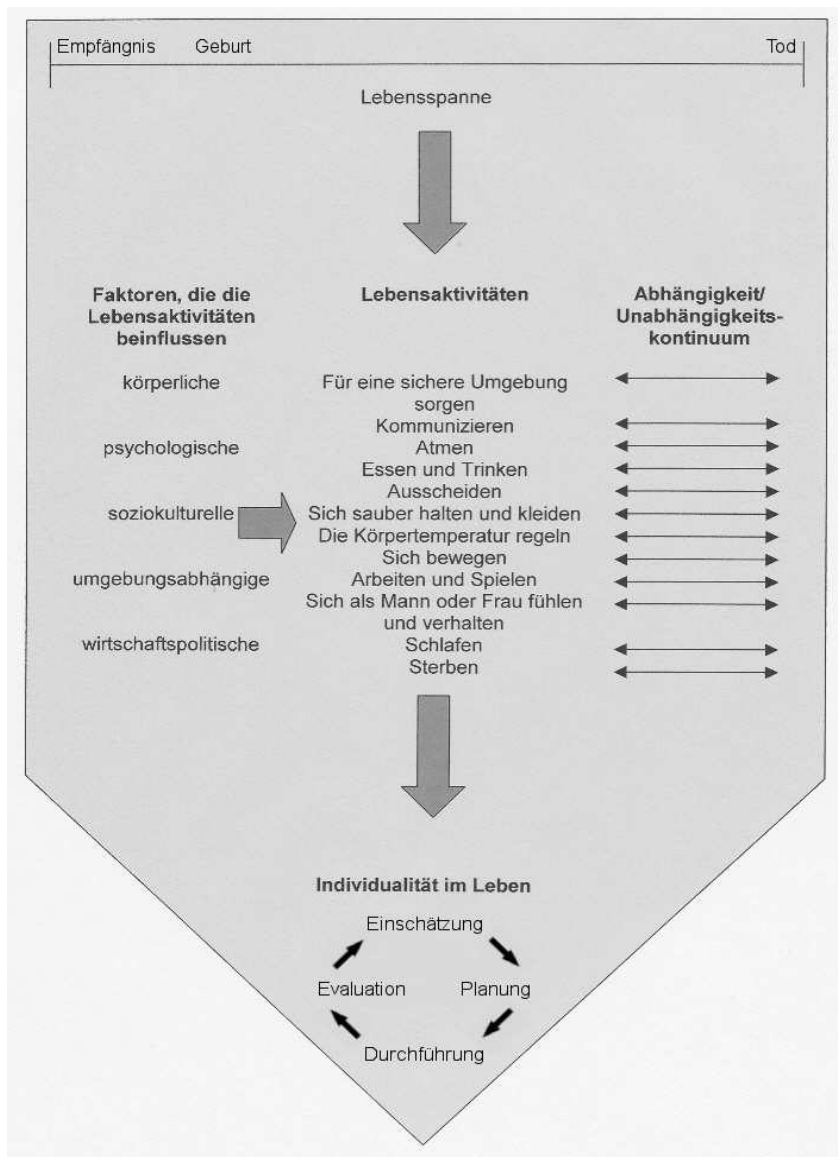
Zu den laut Menche et al (2001) wichtigsten Pflegemodellen zählen:

- das bedürfnisorientierte Pflegemodell nach Virginia Henderson: Bedürfnismodell (Was tun Pflegekräfte?),
- das Krankenpflegemodell als Lebensmodell nach Roper, Logan und Tierney (RLT-Modell): Bedürfnismodell,
- die Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens nach Monika Krohwinkel: Bedürfnismodell,
- die Aktivitäten des täglichen Lebens nach Liliane Juchli: Bedürfnismodell,
- das Selbstpflege-Defizit-Modell nach Dorothea E. Orem: Bedürfnismodell,
- das Interaktionsmodell nach Hildegard Peplaus: Interaktionsmodell (Wie tun Pflegekräfte was sie tun?) und
- das Modell vom einheitlichen Menschen nach Martha E. Rogers: Pflegeergebnismodell (Mit welchem Ziel tun Pflegekräfte was sie tun?).

2.2.2.1 RLT-Modell von Roger, Logan und Tierney (1993). In: Meyer, 1997

Das RLT-Modell (Anfangsbuchstaben der Autorinnen) wird auch Modell des Lebens genannt. Wie Meyer (1997) zeigt, orientiert sich dieses Modell am normalen Leben und betrachtet den Menschen individuell und ganzheitlich. Im Mittelpunkt dieses Modells stehen die zwölf Lebensaktivitäten (LA), die jeder Mensch während seiner Lebensspanne, von Geburt bis zum Tod, ausführt und die wie folgt gegliedert sind:

- für eine sichere Umgebung sorgen,
- kommunizieren,
- atmen,
- essen und trinken,
- ausscheiden,
- sich sauber halten und kleiden,
- die Körpertemperatur regulieren,
- sich bewegen,
- arbeiten und spielen,
- sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten,
- schlafen und
- sterben.



[Diagramm des RLT-Modells. Nach: Roper, Logan, Tierney, 1993. In: Meyer, 1997, S. 34]

Diese zwölf LAs werden laut Meyer (1997) durch fünf Komponenten – körperliche, psychologische, sozio-kulturelle, umgebungsabhängige und politisch-ökonomische – beeinflusst. Diese fünf Komponenten führen einzeln oder zusammen je nach Ausmaß dazu, dass sich ein Mensch bei der Durchführung seiner Lebensaktivitäten entweder in völliger Abhängigkeit oder in völliger Unabhängigkeit befindet. Eine völlige Unabhängigkeit ist jedoch unmöglich, da sich jeder Mensch bei Erkrankung, einer Behinderung oder in verschiedenen Lebenspha-

sen (z.B. Säuglinge) in eine vorübergehende oder bleibende Abhängigkeit be-
gibt.

Ein pflegerisches Eingreifen wird laut Meyer (1997) dann notwendig, wenn ein
Individuum nicht mehr fähig ist, seine Lebensaktivitäten selbstständig durchzu-
führen. Auch ein bereits unabhängiger Mensch kann zurück in eine Abhängig-
keit gelangen. Gründe für eine Intervention können sein:

- *„biologische Veränderungen,*
- *körperliche oder geistige Behinderungen,*
- *gestörte oder ausgefallene physiologische Funktionen,*
- *Unfälle,*
- *Infektionen,*
- *umfeldbedingte Probleme,*
- *Veränderungen des soziokulturellen Milieus u.a.“ (Meyer, 1997, S. 37).*

Wie bei Meyer (1997) dargestellt, wird der Pflegebedarf mit den Betroffenen ge-
meinsam eruiert. Bei der Ausführung der einzelnen Lebensaktivitäten werden
eventuelle Einbußen und deren mögliche Ursache in Augenschein genommen.

Beim RLT-Modell sind laut Meyer (1997) drei Verhaltensmuster richtungswei-
send:

- Das erste Hauptaugenmerk liegt in der Aufrechterhaltung und Förderung
vorhandener Ressourcen und Fähigkeiten, um die Bildung einer Krank-
heit oder Schädigung und eine Verschlimmerung bereits bestehender Er-
krankungen oder Behinderungen zu vermeiden.
- Zweitens soll die Pflege dem Menschen, mit oder ohne Behinderung, ein
Leben mit möglichst hoher Qualität ermöglichen. Darin inbegriffen ist
auch die Sterbebegleitung.
- Weiters soll die Pflege dem hilfsbedürftigen Menschen Fähigkeiten und
Kenntnisse vermitteln, damit dieser in seiner Unabhängigkeit gefördert
wird und eine Anleitung zur Selbsthilfe erfährt.

Meyer (1997) gibt an, dass Pflegepersonen bei diesem Modell drei Rollen einnehmen:

- Sie unterstützen die KlientInnen,
- haben eine weisungsgebundene Rolle bei der ärztlichen Assistenz und
- sind Mitglieder eines Pflegeteams.

2.2.2.2 Selbstpflege/Selbstpflegedefizitmodell von Dorothea Orem (Evers 1992, Orem 1997). In: Meyer, 1997

Ausgangspunkt für das Pflegemodell von Orem waren, wie bei Meyer (1997) nachzulesen ist, in den fünfziger Jahren drei grundlegende Fragestellungen:

- Was tun Pflegekräfte wirklich und was sollten sie tun?
- Warum tun Pflegepersonen das was sie tun?
- Was ist das Ergebnis von pflegerischen Maßnahmen?

Wie bei Meyer (1997) beschrieben wird, lebt und funktioniert der Mensch weil er seine Gesundheit und sein Wohlbefinden aufrechterhält, indem er für sich selbst sorgt. Pflege benötigt ein Mensch dann, wenn er seinen Selbstpflegebedarf aufgrund von Krankheit oder Funktionseinschränkungen nicht oder auf eine zeitliche Dauer begrenzt nicht mehr ausführen kann. Das sogenannte Selbstpflegedefizit entsteht also dadurch, dass ein Mensch unabhängig von der Ursache, seinen Selbstpflegebedarf aufgrund eingeschränkter Handlungskompetenzen nicht mehr adäquat erfüllen kann.

Unter Selbstpflege wird laut Meyer (1997) die Befriedigung der Selbstpflegeerfordernisse verstanden. Dazu gehören die Ausführungen aller Handlungen, die der Erhaltung des Lebens und der Gesundheit dienen, eine altersentsprechende Entwicklung des Menschen ermöglichen, Krankheiten oder Verletzungen

vorbeugen und bestehende Behinderungen ausgleichen. Es sind somit alle Handlungen, die notwendig sind, um für sich selbst zu sorgen.

Die Selbstpflegeerfordernisse (SPE) müssen durchgeführt werden, um gesund zu bleiben und das persönliche Wohlbefinden zu erhalten. Sie werden laut Meyer (1997) unterteilt in:

1. **Allgemeine Selbstpflegeerfordernisse**, welche acht lebensnotwendige Aufgaben umfassen, die für alle Menschen gleichermaßen Gültigkeit haben und die Bedingungen schaffen, um das menschliche Leben zu erhalten und zu fördern. Auch die menschliche Entwicklung und Reifung wird durch diese Handlungen begünstigt. Zu diesen acht universellen Selbstpflegeerfordernissen zählen:
 - ausreichende Sauerstoffzufuhr,
 - ausreichende Flüssigkeitszufuhr,
 - ausreichende Zufuhr von Nahrung,
 - zufriedenstellende Ausscheidungsfunktionen,
 - eine ausgewogene Balance zwischen Aktivität und Ruhe,
 - eine ausgewogene Balance zwischen Alleinsein und zwischenmenschlichen Beziehungen,
 - die Vermeidung von Gefahren, die das Leben, menschliche Funktionsfähigkeiten und das Wohlbefinden bedrohen und
 - die Unterstützung bei der Interaktion innerhalb sozialer Gruppen und dem „Normal“ sein.
2. **Entwicklungsbezogene Selbstpflegeerfordernisse** dienen der menschlichen Entwicklung und Reifung. Entsprechend dem jeweiligen Lebenszyklus (Schwangerschaft, Geburt, Säuglingsalter, Kleinkindalter, Adoleszenz, erwachsener Mensch, alter Mensch) ändern sich die notwendigen Selbstpflegeerfordernisse, um die Lebensqualität zu erhalten und gesund zu bleiben.

3. **Gesundheitlich bedingte Selbstpflegeerfordernisse** entstehen dort, wo durch Krankheit, Verletzungen, genetische Defekte oder Funktionsstörungen die Handlungskompetenzen kontinuierlich oder zeitweilig eingeschränkt werden. Führt eine gesundheitsbedingte Handlungsunfähigkeit zur (teilweisen) Abhängigkeit von einer anderen Person, wird der vormals selbst pflegende Mensch zum Klienten respektive zur Klientin oder PflegeempfängerIn. Sie kann auch durch eine medizinische Diagnose und Behandlung entstehen.

Will man nun diesen SPE gerecht werden, bedarf es laut Meyer (1997) einiger Handlungsfähigkeiten, die unter dem Begriff Selbstpflegekompetenz zusammengefasst werden.

Unter diesem Begriff versteht man bestimmte Fähigkeiten, die einen Menschen befähigen die eigenen Funktionen und die eigene Entwicklung zu kontrollieren und Maßnahmen einzuleiten, um die Selbstpflegeerfordernisse adäquat zu erfüllen. Die Selbstpflegekompetenz ist entsprechend dem Individuum einzigartig und beschreibt dessen tatsächliches Verhalten. Sie wird von frühester Kindheit an erlernt, steigert sich im Erwachsenenalter zur Perfektion und nimmt mit dem Alter wieder ab. Zur Selbstpflegekompetenz zählen die Selbstpflegefähigkeit (Umsetzung der Kompetenzen) sowie die Selbstpflegetätigkeit (Handlung an sich).

Unter Pflegekompetenz werden, wie bei Meyer (1997) dargestellt, analog zur Selbstpflegekompetenz, Befähigungen und Wissen der Pflegekraft zur Durchführung der Pflegehandlung verstanden. Zu dieser Verwirklichung gehört auch die Auswahl und das Erstellen eines adäquaten Pflegesystems.

Ein Pflegesystem stellt eine Symbiose zwischen KlientInnen und Pflegekraft dar. Darin enthalten sind alle Pflegehandlungen und Interaktionen, die vom Betroffenen gemeinsam mit der Pflegekraft geplant und durchgeführt werden. Drohende Selbstpflegetdefizite sollen durch die Zufriedenstellung des Selbstpflegebedarfs und durch die Regulation der Selbstpflegefähigkeit abgewendet werden. Auch hier wird wieder zwischen verschiedenen Systemen unterschieden:

1. **vollständig kompensatorisches Pflegesystem:** Die Pflegekraft muss demnach das völlige Unvermögen der KlientInnen kompensieren. Den KlientInnen ist es alleine nicht mehr möglich die Selbstpflegeerfordernisse durchzuführen. Die Pflegeperson übernimmt alle notwendigen Handlungen, um die Deckung der Selbstpflegeerfordernisse zu erfüllen, was auch die Übernahme von Entscheidungen für die KlientInnen beinhaltet. Dieses System bleibt solange aufrecht, bis die KlientInnen gelernt haben, die Selbstpflege wieder eigenständig durchzuführen, oder erlernt haben, wie mit einer Behinderung umzugehen ist.
2. **teilweise kompensatorisches Pflegesystem:** Bei diesem System teilen sich KlientInnen und Pflegekraft die Übernahme der Selbstpflegehandlungen. Die KlientInnen sind noch teilweise in der Lage die Selbstpflege durchzuführen und erhalten bei Bedarf unterstützende Maßnahmen und Anleitungen von der Pflegeperson. Um die KlientInnen gut unterstützen zu können, muss die Pflegekraft die Selbstpflegekompetenzen der KlientInnen gut einschätzen und wo nötig Hilfestellung leisten.
3. **unterstützend-erzieherisches Pflegesystem:** Hier sind die KlientInnen durchaus in der Lage die entsprechenden Selbstpflegetätigkeiten eigenständig auszuführen. Die Tätigkeiten der Pflegekraft beschränken sich auf das Lehren. Sie unterstützt die KlientInnen, gibt Anleitungen, berät, schult, motiviert und hilft bei der Entscheidungsfindung. Das Lernen steht in diesem System im Vordergrund.

Für alle diese System gelten jedoch laut Meyer (1997) folgende sechs Möglichkeiten der Pflegehandlungen:

- für einen anderen handeln oder agieren,
- einen anderen führen und leiten,

- physische Unterstützung geben,
- psychische Unterstützung geben,
- eine Umgebung schaffen, die entwicklungsfördernd wirkt und
- unterrichten und aufklären.

Bei dem Pflegeprozess gibt es laut Meyer (1997) verschiedene voneinander abhängige Pflegeschritte, in denen die Pflegekräfte *„zwischenmenschliche und soziale sowie technisch-professionelle Handlungen vorzunehmen haben“* (Cavanagh. In: Meyer, 1997, S. 48).

Zu den zwischenmenschlichen und sozialen Handlungen zählen der Aufbau von Beziehungen zu den KlientInnen, deren Familien und anderer Beteiligten sowie die kontinuierliche Zusammenarbeit und Informationsverarbeitung mit den KlientInnen.

Technisch-professionelle Handlungen werden unterteilt in:

- diagnostische Handlungen: Hierbei handelt es sich um die Informationssuche nach dem situativen Selbstpflegebedarf, vorhandenen Selbstpflegefähigkeiten sowie den Selbstpflegethiziten und die konkrete Differenz von allen dreien. Der Selbstpflegebedarf richtet sich danach, was die KlientInnen benötigen, um gesund zu werden bzw. gesund zu bleiben. Bei der Selbstpflegefähigkeit wird eruiert, inwieweit KlientInnen Tätigkeiten selbstständig ausführen können. Besteht eine Abweichung zwischen Selbstpflegeerfordernis und Selbstpflegefähigkeit, ist dies das Selbstpflegethizit und pflegerisches Handeln wird erforderlich.
- verordnete Handlungen: Hierbei handelt es sich um die praktischen Entscheidungen, welche Tätigkeiten von den KlientInnen und der Pflegeperson – nach erfolgter Informationssammlung – zu verrichten sind. Dies beinhaltet jene Pflegemaßnahmen, welche angewandt werden müssen, um dem Selbstpflegebedarf gerecht zu werden sowie die Aufgabenverteilung an die beteiligten Personen.

- therapeutische oder regulatorische Handlungen: Hierzu zählen praktische Tätigkeiten, die zur Umsetzung des zuvor Verordneten notwendig sind. Je nach angewandtem Pflegesystem wird festgelegt, wer die Pflegemaßnahmen durchführen kann bzw. durchführen soll.
- Case-Management (Kontroll-Handlungen): Diese umfassen die Evaluation und Kontrolle der diagnostischen, verordneten, therapeutischen und regulierenden Handlungen.

Rückblickend auf die vorgestellten Pflegemodelle kann festgehalten werden, dass sie zu einer optimalen Symbiose zwischen pädagogischer und pflegerischer Betreuung beitragen sollen. Vor diesem Hintergrund muss der Pflege eine größere Beachtung zukommen. „Sauber, satt, trocken“ entspricht nicht mehr den modernen Anforderungen. Die Pflege sollte vielmehr als eine Chance verstanden werden, für die betroffene Person die idealen Pflege- und Fördermaßnahmen zu ermitteln.

2.3 Schwer-, Schwerst- und Mehrfachbehinderung

Ein wichtiger Aspekt bei der Pflege und Betreuung von intellektuell und mehrfach behinderten Menschen ist die Erkenntnis, dass es sich um einzelne Individuen handelt. Insofern erscheint es sinnvoll, sich mit den Betroffenen genauer auseinanderzusetzen. In Ergänzung zu dem Kapitel 2.1, in welchem der allgemeine Begriff „Behinderung“ bereits genauer erläutert und definiert wurde, widmet sich das aktuelle Kapitel der Abklärung, was unter den Begriffen Schwer-, Schwerst- und Mehrfachbehinderung zu verstehen ist.

Wer zählt zu den schwer bzw. mehrfach behinderten Menschen? Was bedeutet dies für den Betroffenen? Welche Rechte und Möglichkeiten stehen einem schwerst behinderten Menschen zu? Wann ist ein Mensch schwerst bzw. mehrfach behindert? Sieht sich ein schwerst behinderter Mensch selbst als ein solcher?

Um diese Fragen zu beantworten wird zunächst einen Blick in die Vergangenheit geworfen und es werden im Anschluss die Bedürfnisse von schwer bzw. mehrfach behinderten Menschen genauer beleuchtet.

2.3.1 Allgemeines und Definitionen zu Schwer-, Schwerst- und Mehrfachbehinderungen

Laut Anstötz (1992) gibt es zwei entscheidende Gründe warum es noch keine vollständige Aufarbeitung der Geschichte der Erziehung schwerst geistig behinderter Menschen gibt.

Zum einen ist es eine relativ junge Disziplin und daher liegen noch keine ausgearbeiteten und detaillierten Forschungsergebnisse vor. Das historische Material enthält keine besonders zuverlässigen Anhaltspunkte über den Schweregrad der geistigen Behinderung der jeweiligen Personen.

Zum anderen war es früher aufgrund des medizinischen Standards noch nicht – oder selten – möglich zum Teil schwerst behinderte Neugeborene am Leben zu erhalten. Bis zum Anfang der 60er Jahre starben die meisten Kinder mit schwerer Spina bifida (Spaltbildung in der Wirbelsäule, die je nach Schweregrad zu einer leichten oder schweren Behinderung führen kann). Durch den medizinischen Fortschritt und neue Behandlungsmethoden überleben heutzutage viele Neugeborene, zum Teil jedoch mit schweren Behinderungen. Dieser medizinische Fortschritt löste eine ethische Diskussion aus: Muss man alle medizinischen Möglichkeiten bis zum Letzten ausschöpfen, um jede Art von Leben zu ermöglichen? Pränatale (vorgeburtliche) Diagnostik bietet heute die Chance, viele Behinderungen bereits im Mutterleib zu erkennen bzw. auszuschließen. In Anbetracht des medizinischen Fortschritts, hat die Gesellschaft heute mit einem Personenkreis, den es früher in dieser Form nicht gegeben hätte, zu tun. Auf der anderen Seite ist bei vermuteten oder absehbaren schweren Behinderungen ein Abort (Abtreibung) bis kurz vor der Geburt laut § 97 Strafgesetzbuch (StGB) erlaubt. Mit der Abwendung der Strafbarkeit bei Schwangerschaftsabbrüchen wurde die moderne Gesellschaft vor neue ethische Probleme gestellt.

Ist es z.B. moralisch vertretbar Pränataldiagnostik zu betreiben und somit in Kauf zu nehmen, dass in letzter Konsequenz Leben zerstört wird?

Wie weiter oben bereits erwähnt, und so auch bei Anstötz (1992) angeführt, gibt es keine einheitliche Definition für schwerst geistig behinderte Menschen. Zum besseren Verständnis und zur Vereinheitlichung (besserer sprachlicher Verständigung) bezeichnete Andreas Fröhlich (erster Pädagoge, der sich in den 70er Jahren mit der Förderung Schwerstbehinderter beschäftigte) diejenigen Kinder als schwerst behindert, welche im Laufe ihrer Entwicklung nicht fähig sein würden, vergleichbare Leistungen eines gesunden sechs Monate alten Säuglings zu erreichen. Es spricht eine Vielzahl an Gegenargumenten gegen diese Definition. Aufgrund unterschiedlicher Lebenserfahrung und Entwicklungsgeschwindigkeiten ist es selbst bei gesunden Säuglingen unmöglich, einen allgemein gültigen Entwicklungsstand zu eruieren. Eine Abgrenzung, welche Fähigkeiten ein sechs Monate altes Baby besitzen muss, ist demnach zu ungenau. Mangels einer besseren Definition bzw. solange keine geeigneten Testverfahren zur Beurteilung entwickelt wurden, ist es pragmatischer und dient der besseren Verständigung die Sechsmonatsgrenze beizubehalten und sich an Durchschnittswerten zu orientieren. Neben dem Begriff „schwerst geistig behindert“ gibt es noch eine Vielzahl an weiteren Begriffen wie „Intensivbehinderte“, „geistig schwerst Geschädigte“, „schwerst-mehrfach Geistigbehinderte“ u.v.m.

Schwerst geistig behinderte Menschen besitzen, wie bei Anstötz (1992) dargestellt ist, wie alle fühlenden Lebewesen vitale Bedürfnisse, die befriedigt werden wollen und müssen. Auch Bedürfnisse und Interessen dieses Personenkreises müssen aufgrund der Gleichheitsidee als fundamentales ethisches Prinzip anerkannt werden und daher Beachtung finden. Im Leben eines Schwerstbehinderten muss demnach alles Mögliche getan werden, um sein Leben so abwechslungsreich und lebenswert wie möglich zu gestalten.

Die Förderung schwerst geistig behinderter Menschen zielt auf die Entwicklung sehr elementarer individueller und auch sozialer Handlungskompetenzen ab.

Die „Basale Stimulation“, welche von Andreas Fröhlich ab 1975 entwickelt und in Zusammenarbeit mit Christel Bienstein in den Bereich der Pflege übertragen wurde, zielt auf die Anregung der verschiedenen Bereiche des menschlichen sensorischen und auch motorischen Systems ab, auf einer elementaren oder eben „basalen“ Ebene. Durch Duschen mit unterschiedlich warmem Wasser lassen sich Temperatur-, Druck- und Feuchtigkeitsempfindungen der Haut stimulieren. Einreiben mit Ölen oder Cremen, Frottieren mit unterschiedlichen Stoffen, Bewegungen in Materialbädern (Styropor, kleine Plastikkugeln, Körner, Schaumstoff) fördern die taktile Wahrnehmung. Gleichgewichtsempfinden wird mit Hilfe verschiedener Lagerungstechniken, Schaukeln in Hängematten und Wiegebrettern u.s.w. verbessert. Diverse Gegenstände können zum Beißen, Lutschen und Saugen angeboten werden und fördern die empfindliche Mundregion. Laut dem Programm von Fröhlich werden auch geruchliche, geschmackliche, motorische und vibratorische Bereiche angeregt. Somit soll eine Leistungssteigerung in den Bereichen der Wahrnehmung, Motorik, der Kommunikation und somit auch im Bereich des sozialen Erlebens und Verhaltens erzielt werden (vgl. Bienstein und Fröhlich, 2007). Eine genauere Darstellung der Basalen Stimulation erfolgt im Kapitel 3.8.8.

2.3.2 Heilpädagogische Erziehung im Wandel der Zeit und neue Erziehungsziele

Meyer (1997) stellt fest, dass bis vor einigen Jahren noch die Anpassung an gesellschaftliche Normen, unauffälliges Verhalten und eine Eingliederung in die Arbeitswelt (um einen wirtschaftlichen Nutzen erzielen zu können) im Vordergrund standen. Dabei wurde nicht auf den geistig behinderten Menschen als Individuum – dem eine ihm angemessene Förderung zusteht – eingegangen, vielmehr versuchte man Menschen mit geistigen Behinderungen ins Abseits und an den Rand der Gesellschaft zu stellen und (wenn möglich) einen Nutzen von ihnen zu erzielen.

Menschen, die als abweichend und defizitär aufgefasst wurden, so hält Bösel (2010) fest, sollten an die jeweiligen funktionalen Erwartungen und Normset-

zungen ihrer Umwelt angepasst werden. Da die Unfähigkeit zu produktiver Erwerbsarbeit im Mittelpunkt der Defizitorientierung stand, zielte die Normalisierung insbesondere auf das Berufs- und Erwerbsleben ab.

Von diesen Defizitzuschreibungen und den damit verbundenen gesellschaftlichen und institutionellen Praktiken (Therapeutisierung, Institutionalisierung, Separierung) wollten sich die Mitglieder der Behindertenbewegung befreien.

Infolge verschiedener Reformen und neuer Erkenntnisse wird heutzutage auf die individuellen Bedürfnisse intellektuell und mehrfach behinderter Menschen eingegangen und versucht, ihnen lebenspraktische Handlungskompetenzen anzueignen, um sie somit auf ein möglichst autonomes Leben vorzubereiten. Für diesen Zweck lassen sich, laut Meyer (1997) vier Grundsätze für die Erziehung ableiten:

- *„Das Erschließen von Lebenszutrauen“* (Meyer, 1997, S. 15): Entwicklung kann nur voranschreiten, wenn von außen Reize und Impulse gegeben werden. Auch geistig behinderte Kinder und Erwachsene müssen stimuliert und aktiviert werden.
- *„Die Ausbildung von Lebensfertigkeiten“* (Meyer, 1997, S. 15): Um einem Menschen mit geistiger Behinderung größtmögliche Autonomie zu gewährleisten, ist es unabdingbar, ihm lebenspraktische Fertigkeiten beizubringen. Dazu zählen die persönliche Pflege (An- und Auskleiden, Körperpflege), soziale Umgänglichkeit, körperliche Fertigkeiten (Sport), musisches Tun und Handfertigkeiten, Sprache und Mitteilungsfähigkeit, kognitive Techniken, Arbeit und Beruf.
- *„Die Vermittlung von Lebensorientierung“* (Meyer, 1997, S. 16): Damit ein geistig behinderter Mensch sich in der Welt zurechtfindet, muss er die Fähigkeit erlernen, sich in dieser selbstständig zurechtzufinden. Er muss lernen sich an und in der Welt, die für ihn persönlich wichtig ist, zu orientieren. Weltausschnitte, die zum Ganzen der eigenen subjektiven Lebenswelt werden.

- *„Die Bildung von Lebenshaltungen“* (Meyer, 1997, S. 16): Um in Interaktion mit anderen Menschen treten zu können, braucht der geistig behinderte Mensch die Fähigkeit, bestimmte Werte und Normen der Gesellschaft zu erlernen. Sie ermöglichen ihm einen guten alltäglichen Umgang mit seinen Mitmenschen. Dazu zählen z.B. Achtung vor dem Eigentum anderer, die Einstellung zu anderen Menschen (Kontaktfreundlichkeit), anderen Lebewesen (Tieren, Pflanzen) und Dingen, Selbstbehauptung von berechtigten eigenen Ansprüchen und Zurückweisung unberechtigter Ansprüche anderer.

Laut Gschaider (2007) ist ein wichtiger Aspekt bei der Arbeit mit und für intellektuell und mehrfach behinderte Menschen die Unterstützung der Aneignung notwendiger Handlungskompetenzen, auf Basis derer ein behinderter Mensch im Rahmen seiner Möglichkeiten ein „normales“ Leben führen kann. In diesem Sinne entwickelte sich 1959, ausgehend von Dänemark, das Normalisierungsprinzip.

2.3.3 Normalisierungsprinzip

1959 formulierte der Däne Bank-Mikkelsen erstmals den Gedanken des Normalisierungsprinzips, wie bei Gschaider (2007) nachzulesen ist, aus. Kernbereich dieser neuen Diskussion war die Gleichberechtigung geistig behinderter Menschen. Sie seien an erster Stelle Mensch und haben folglich die gleichen Rechte wie die Gesamtbevölkerung. In diesem Sinne wurde für die Teilhabe behinderter Menschen am Leben der Gesellschaft plädiert, die teils menschenunwürdigen Zustände in Großanstalten sollten aufgehoben werden und anstelle der Verwahrung behinderter Menschen sollte eine Förderung und eine angemessene Unterbringung treten. Im Zentrum des Normalisierungsprinzips stehen Wohnen, Arbeit und Freizeit, diese drei Lebensbereiche sollen so normal wie möglich gestaltet werden.

Laut Meyer (1997) bestehen die Leitziele des Normalisierungsprinzips in der Erhöhung der Handlungskompetenzen eines Individuums. Sie ist die Grundlage für Arbeit mit geistig behinderten Menschen.

Beim Normalisierungsprinzip soll demnach laut Meyer (1997) nicht versucht werden Menschen mit einer Behinderung an das „Normale“ anzugleichen, vielmehr soll die Person trotz einer Behinderung eine hohe Lebensqualität und ein hohes Lebensgefühl erfahren, gleich einem nicht behinderten Mensch. Normale Lebensbedingungen erlauben es einem Individuum seine Entwicklung von Fähigkeiten und Bedürfnissen zu befriedigen.

Die Umsetzung des Normalisierungsprinzips, so Meyer (1997) weiter, richtet sich, wie oben bereits erwähnt, nach der Befriedigung von alltäglichen und gewöhnlichen Bedürfnissen, die jeden Menschen gleichermaßen betreffen:

- ein normaler Tagesrhythmus: Dieser sollte dem eines altersgleichen nicht behinderten Menschen entsprechen, dazu zählen das Aufstehen, die Mahlzeiten sowie der Wechsel von Arbeits- und Freizeit.
- eine Trennung von Arbeit, Freizeit und Wohnen: Hier ist eine klare örtliche Trennung, ebenso wie eine Veränderung der Kontaktpersonen angezeigt. Auch Arbeitstage, Wochenenden und Urlaub sollen voneinander abgegrenzt werden.
- ein normaler Jahresrhythmus: Ferien, Verreisen, Besuche, Familienfeiern, jährlich wiederkehrende Ereignisse sollten eingehalten werden.
- ein normaler Lebenslauf: Ein altersentsprechender Umgang vor allem bei Behandlungen oder Therapien sollte eingehalten werden sowie ein angemessenes Angebot an Aktivitäten.
- die Respektierung von Bedürfnissen: KlientInnen sollen bei der Bedürfnisermittlung miteinbezogen werden. Ihre Wünsche, Entscheidungen und Willensäußerungen sind zu respektieren und zu berücksichtigen.
- ein angemessener Kontakt zwischen den Geschlechtern: (Anders)geschlechtliche Kontakte sind zu ermöglichen. Bedürfnisse müssen respektiert werden.

- ein normaler wirtschaftlicher Standard: Dieser muss vom Gesetzgeber sichergestellt werden.
- die Standards von Einrichtungen: Institutionen sind an Standards von „Normalen“ zu messen und bereitzustellen.

Das Normalisierungsprinzip kann laut Meyer (1997) als die Grundlage des betreuenden und pflegerischen Handelns bei der Arbeit und im Zusammenleben mit intellektuell und mehrfach behinderten Menschen gesehen werden.

Angesichts der engen und intimen Beziehung zwischen dem Pflege- und Betreuungspersonal und dem behinderten Menschen in Institutionen – die sich aus der täglichen Zusammenarbeit (Körperpflege, An- und Auskleiden) ergibt – resultiert eine hohe Verantwortung. Pflegepersonen sind oftmals primäre Bezugsperson und Orientierungshilfe für den behinderten Menschen sowie Anlaufstelle für BetreuerInnen aus den verschiedensten Lebensbereichen wie Arbeit, Wohnen oder Schule. Sie gestalten den Tages- und Jahresrhythmus, die Wohnraumsituation und die Lebensbedingungen entscheidend mit. Aufgrund dieses engen Kontaktes kann davon ausgegangen werden, dass das Pflege- und Betreuungspersonal bei den ihnen anvertrauten behinderten Menschen auch nonverbale Äußerungen deuten kann, Bedürfnisse erkennt und darauf eingehen kann.

2.4 Entwicklung der Pflege und Betreuung behinderter Menschen in Institutionen

Die adäquate Unterbringung behinderter Menschen in einem angemessenen Wohnraum, der nach dem Standard der Gesamtbevölkerung gemessen wird, befindet sich nach wie vor in einem schleichenden Prozess. Ein Großteil des betroffenen Personenkreises fristet heute noch permanent sein Dasein in Heimen oder Anstalten, deren Größe jegliche Chance auf Intimsphäre nahezu unrealisierbar macht. Angesichts des nichtsdestotrotz herrschenden Platzmangels muss ein Teil der Betroffenen in Altenpflegeheimen untergebracht werden. Jeg-

liche dieser Einrichtungen ist auf ihre Art und Weise für eine freundliche, menschenwürdige und lebensbejahende Unterbringung von Menschen mit Behinderungen mehr als ungeeignet. In diesem Kontext darf jedoch nicht übersehen werden, dass viele Menschen, die ihr bisheriges Leben in Heimen bzw. Anstalten verbracht haben, eine Übersiedlung in eine neue Wohneinrichtung möglicherweise nur schwer verkraften können. Auf diesen Punkt wird in den anschließenden Kapiteln noch genauer eingegangen. In diesem Zusammenhang scheint es interessant zu fragen, wie sich die Unterbringung behinderter Menschen im Laufe der Zeit verändert hat und wo ihre Wurzeln sind.

Diese Fragen sollen in den folgenden Kapiteln durch einen kurzen Abriss der Vergangenheit, der Darstellung der gegenwärtigen Situation und einem Blick in die Zukunft beantwortet werden.

2.4.1 Die Anfänge der Behindertenarbeit

Es existieren Berichte aus dem Altertum und den folgenden Epochen über erste Erziehungs- und Hilfsversuche behinderter Menschen.

Mit der Bekanntmachung des allgemeinen Bildungsrechts für jeden und somit auch für behinderte Menschen, bekam die Idee der Bildungsfähigkeit behinderter Menschen zur Zeit der Aufklärung einen entscheidenden Impuls. John Locke (1632-1704) und Immanuel Kant (1724-1804) – zwei wichtige Vertreter der Aufklärung – lieferten die ausschlaggebenden Ideen für diese Bildungsfähigkeit behinderter Menschen (vgl. Ellger-Rüttgardt, 2008).

John Locke war es, der als erster die Bedeutung der Sinne thematisierte. Laut Locke sind Ideen nicht göttlichen Ursprungs, sondern entstehen durch sinnliche Erfahrungen, Erziehung bzw. Stimulation der Sinne werden somit zentrale Punkte der Entwicklungsfähigkeit eines jeden Individuums.

Immanuel Kant setzte die Menschenwürde – die allen Menschen von Geburt an gegeben ist, unabhängig ihrer Vernunftbegabung oder körperlichen Erscheinungen – in den Mittelpunkt. Im Zentrum seiner Überlegungen stand der kategorische Imperativ – *„Handle nur nach derjenigen Maxime, von der du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde.“* – mit welchem er ein

für alle Menschen bindendes moralisches Prinzip zu formulieren versuchte. Hieraus ergibt sich, dass mit der Geburt jedem menschlichen Wesen ein Anrecht auf uneingeschränkte Menschenwürde und -rechte obliegt.

Diesen Aufklärungsideen ist es zu verdanken, dass die Menschenwürde und -rechte auch behinderten Menschen zugesprochen wurden (vgl. Ellger-Rüttgardt, 2008).

2.4.1.1 Erste Institutionen in Paris

Durch die Pionierarbeit einiger weniger Persönlichkeiten und den durch sie erzielten Erfolgen, erfuhr die Bildungsfähigkeit behinderter Menschen gesellschaftliche Anerkennung und unterstrich deren Wirksamkeit.

1771 gründete der Pariser Priester Charles Michel de l'Épée (1712-1789) die weltweit erste „Taubstummenanstalt“. Sein Bemühen war unter anderem religiös begründet, er vertrat jedoch auch die Forderung nach gleichen Menschen- und Bildungsrechten für alle. Folglich unterrichtete er vorwiegend taubstumme Kinder beider Geschlechter aus den unteren Volksschichten. Seine jahrelangen Anstrengungen die Schule zu verstaatlichen trugen erst 1791 – zwei Jahre nach seinem Tod – Früchte. Zu diesem Zeitpunkt wurde die damals noch private „Taubstummenanstalt“ mit der 1785 von Valentin Haüy (1745-1822) gegründeten Blindenanstalt zusammengelegt.

Beide Anstalten waren in ihren Anfängen Privatanstalten und bemühten sich um die verwahrlosten bzw. vernachlässigten Kinder der ärmeren Bevölkerungsschicht. Durch den Zusammenschluss beider Anstalten – veranlasst durch die französische Regierung – zum „Nationalinstitut“, verloren diese ihren sozialen Charakter. Stand zuvor noch die Bildung der Kinder im Vordergrund, wurde nun versucht den Kindern beizubringen, ihren eigenen Lebensunterhalt zu verdienen. Die Produktivität wurde fortlaufend überwacht, Fleiß belohnt und Untätigkeit bestraft (vgl. Ellger-Rüttgardt, 2008).

2.4.1.2 Das „Taubstummen-Institut“ in Wien

1777 besuchte der österreichische Monarch Joseph II. (1741-1790, Bruder der französischen Königin Marie Antoinette) Paris und ließ sich im Zuge dessen auch die „Taubstummenanstalt“ de l'Épées und deren Unterrichtsergebnisse vorstellen. Bei seiner Rückkehr nach Wien 1779 wurden der Priester Friedrich Stork (1746-1823) und der Lehrer Joseph May als Direktoren für das neu gegründete „Wiener k. k. Taubstummen-Institut“ bestellt. Im Gegensatz zu Paris stand die Wiener Anstalt von Anfang unter dem Protektorat der Monarchie und hatte folglich nicht mit finanziellen Schwierigkeiten zu kämpfen. Angesichts der hervorragenden Erfolge ließ Joseph II. bereits 1784 die SchülerInnenzahl, von ursprünglich 12 auf 30 Zöglinge, erhöhen. Bei SchülerInnen mit besonderen Fähigkeiten durfte eine Ausnahme gemacht werden und die GesamtschülerInnenzahl überschritten werden. So befanden sich bereits nach kurzer Zeit 16 weibliche und 31 männliche Schüler im „Taubstummen-Institut“. Ähnlich wie in Paris war auch in Wien der Hauptgedanke dieser Einrichtung die Zöglinge auf eine spätere Erwerbstätigkeit vorzubereiten (vgl. Ellger-Rüttgardt, 2008).

2.4.1.3 Erste Schulen für geistig behinderte Kinder

Wie aus der Chronik des Sonderpädagogischen Zentrums Hallein (2012) zu entnehmen ist, gilt Gotthard Guggenmoos als der weltweit erste Gründer einer Schule für Kinder mit geistiger Behinderung. 1816 eröffnete Guggenmoos seine private Schule für „Kretins“ (abgeleitet vom französischen crétin, wurde ursprünglich als beschönigender Ausdruck für Menschen mit geistiger Behinderung gebraucht, später wandelte sich der Begriff und erhielt eine abwertende Note. Der Begriff bedeutet so viel wie „Idiot“ oder „Dummkopf“). Seine jahrelangen Bemühungen die Schule öffentlich zu machen, trugen, nach etlichen öffentlichen Darbietungen und einer Lehrbefähigungsprüfung, 1829 Früchte. Die Schule übersiedelte nach Salzburg und Guggenmoos konnte seinen Unterricht mit vier Schülern beginnen. Wie so oft führten die mangelnde Finanzierung und Anfeindungen 1835 zur Schließung der Schule und Guggenmoos starb nur drei Jahre später.

1854 gründeten, wie bei Ellger-Rüttgardt (2008) nachzulesen ist, Jan-Daniel Georgens und Heinrich Marianus Deinhardt in Baden (Niederösterreich) eine Einrichtung für geistig behinderte Menschen („Geistesschwache“) mit dem Namen *Levana*. Schon kurze Zeit später musste die Einrichtung nach Liesing (Wien) übersiedeln, da angesichts des großen Erfolges Platzmangel herrschte. In dieser Schule wurden sowohl behinderte als auch nicht behinderte Kinder gemeinsam unterrichtet.

Wie bei Ellger-Rüttgardt (2008) weiter veranschaulicht, gründete Salomon Krenberger (1861-1931) 1890 in Tulln (Niederösterreich) ein „ärztliches Pädagogium für geistesschwache Kinder“, das bereits drei Jahre später nach Wien verlegt wurde. Krenberg war ebenfalls Begründer zweier Zeitschriften, die über die Arbeit mit behinderten Menschen berichtete. Ein großes Anliegen war ihm die internationale Vernetzung großer Persönlichkeiten auf diesem Gebiet, welche sich auch tatkräftig an den Zeitschriften beteiligten.

2.4.2 Psychiatriereform

Entsprechend den Anfängen der Behindertenarbeit und angesichts der großen Zahl konnte laut Ellger-Rüttgardt (2008) nur einigen wenigen geistig behinderten Kindern und Erwachsenen eine adäquate Förderung zukommen. Behinderte Menschen wurden zum Großteil in Heimen, Krankenanstalten oder Instituten untergebracht und diese „Art“ des Wohnens zählte bald zum allgemeinen Standard. Behinderte Menschen wurde im Laufe der Zeit immer mehr an den Rand der Gesellschaft gedrängt und in zum Teil menschenunwürdigen Unterkünften untergebracht. Fördermaßnahmen und Therapieangebote zählten zur großen Seltenheit.

Im Hinblick auf die individuellen Bedürfnisse und Wünsche behinderter Menschen liegt heute jedoch der Schluss nahe, dass derartige Zustände und Unterbringungsmöglichkeiten nicht dem Wohle der Betroffenen entsprochen haben. Ein erstes „Aufbäumen“, so stellt Brink (2010) fest, behinderter Menschen äußerte sich in Form der „Irrenreform“ und der später folgenden Psychiatriere-

form. Einen wichtigen Aspekt stellte sicher auch das daraus resultierende, immer größer werdende Echo der allgemeinen Bevölkerung und neu entstandener Hilfsorganisationen (1967 Gründung der „Lebenshilfe“) dar.

Wie bei Brink (2010) beschrieben, ging der in den 1960er und 1970er Jahren stattgefundenen Psychiatriereform um 1900 eine „Irrenreform“ voraus. Bei dieser „Irrenreform“ wurde von den Kritikern, vor allem aber von den KlientInnen, versucht aufzuzeigen, dass die „Irren“ gar nicht „irre“ waren. Dazu verfassten mehrere als geistig krank diagnostizierte KlientInnen sogenannte „Irrenbroschüren“, in denen sie teils sehr persönliche Details ihres Lebens bekannt gaben, und somit versuchten ihre „Normalität“ zu beweisen. Abgesehen von den individuellen Fällen ging es der „Irrenreform“ vor allem um eine neue Strukturierung und Regelung der damals herrschenden Gesetze.

In den 1960er und 1970er Jahren entstand eine neue Welle von KritikerInnen – ÄrztInnen, KlientInnen, die Öffentlichkeit – die sich für eine neue Psychiatriereform stark machten. Entgegen der „Irrenreform“ – bei der sich das Hauptaugenmerk um rechtliche Sicherheiten drehte – standen nun die Versorgung und Unterbringung sowie auch die therapeutischen Hilfsangebote der Anstalten im Vordergrund. Wie schon bei der „Irrenreform“ meldeten sich auch nun wieder KlientInnen psychiatrischer Anstalten zu Wort. Waren es damals jedoch noch einzelne Betroffene, traten die KlientInnen nun als eine geschlossene Gruppe auf und forderten ihr Recht auf Therapie ein. Sie kritisierten unter anderem, dass die ÄrztInnen zu wenig Zeit für sie hätten und ein Mangel an therapeutischer Unterstützung, wie zum Beispiel Gesprächstherapien, herrsche. Auch wurden die KlientInnen laut ihrem eigenen Empfinden nicht ausreichend über eventuelle Nebenwirkungen verschriebener Medikamente informiert. Sie berichteten über ihren Tagesablauf in den Institutionen und den damit verbundenen Schwierigkeiten (Stigmatisierung, Endwürdigung, erzwungene Unselbstständigkeit usw.). Die Ziele dieser Psychiatriereform sollten eine Verbesserung der Wohnmöglichkeiten, Therapie- und Hilfsmaßnahmen und eine Enthospitalisierung sein.

2.4.3 Institutionalisierung und Deinstitutionalisierung

Aufbauend auf der Psychiatriereform, wie bei Rudloff (2010) veranschaulicht wird, handelt es sich bei der Deinstitutionalisierungsbewegung um eine Neuorientierung der Unterbringungsmöglichkeiten behinderter Menschen. Wurde Anfang des 20. Jahrhunderts noch ein Großteil der Menschen mit Behinderung in überfüllten psychiatrischen Anstalten und Heimen untergebracht, versucht man in jüngster Zeit weg von diesen Institutionen, hin zu einer gemeindenahen und in die Gesellschaft integrierten Wohnform zu wechseln.

Unter Institutionalisierung versteht man, so Rudloff (2010) weiter, die Unterwerfung der Insassen unter die Regeln und Routinen einer Einrichtung. Die strengste Form einer solchen Einrichtung kann man als geschlossene Anstalt verstehen. Die BewohnerInnen solcher Anstalten wurden ähnlich einer Massenverwahrung untergebracht und versorgt. Es gab riesige Schlaf- und Essenssäle, wenig bis keine Rückzugsmöglichkeiten, kein Platzangebot, um sich bei eventuellen Hobbys oder Freizeitaktivitäten verwirklichen zu können, strenge Kontrollen sowie eine gewollte Entmündigung und Unselbstständigkeit der InsassInnen. Individuelle Bedürfnisse wurden nicht beachtet und es wird vermutet, dass Betroffene, die unter einem solch strengen Regime leben, eine sekundäre Identität annehmen, die sich den Regeln und dem Leben in Anstalten unterordnen und fügen.

Deinstitutionalisierung auf der anderen Seite bedeutet laut Rudloff (2010) eine Reversion dieser Prozesse. Sie kann als eine Art Gegenbewegung verstanden werden, mit dem Ziel, Betroffenen ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen. Dem einzelnen Individuum soll ein möglichst hoher Grad an Selbststimmung und individueller Lebensführung zugestanden werden. Betroffene sollen ein „normales“ Leben führen und sozial integriert werden.

Basis der Deinstitutionalisierungswelle waren analog zur Psychiatriereform die desolaten und teils menschenunwürdigen Zustände der Behinderteneinrichtungen nach dem Zweiten Weltkrieg. Die Anstalten waren oft krankenhauses- oder kasernenähnlich angelegt und weit entfernt von normalen Wohngebieten. Man vertrat den Standpunkt, dass geistig behinderte Menschen am besten isoliert

und im Schutze eines Heims gefördert werden könnten. Eine Vorreiterrolle übernahm auf diesem Gebiet die 1958 gegründete „Lebenshilfe“ in Deutschland (1967 in Österreich).

Nach Kriegsende waren laut Rudloff (2010) kaum Ressourcen vorhanden um die maroden Anstalten zu renovieren und ambulante Hilfsangebote bzw. alternative Wohnformen zu fördern. So wurden die von der „Euthanasie“ verschonten behinderte Menschen – die mit entsprechender Fürsorge allein leben hätten können – notgedrungen in alternativen Heimen, wie zum Beispiel Alten- und Pflegeheimen oder Krankenhäusern für psychisch Kranke, untergebracht. Diese Umstände schienen den Großteil der Bevölkerung jedoch nicht zu stören, denn damals wurden Menschen mit geistigen oder schweren körperlichen Behinderungen meist abgelehnt und von der „normalen“ Gesellschaft ferngehalten.

Wie Rudloff (2010) weiter erläutert, kam, nach den anfänglichen Schwierigkeiten, – analog zur Psychiatriereform – in den 1960er und 1970er Jahren die Deinstitutionalisierungswelle erneut in Aufschwung. Nun wurden nicht mehr nur die desolaten Zustände angeprangert, sondern das Konzept der Anstalt an sich rückte ins Scheinwerferlicht. Mit dem steigenden Wohlstandsniveau der breiten Gesellschaft kamen die Lebensbedingungen in den Institutionen immer mehr in den Fokus der Kritik. Behinderten Menschen sollte eine bessere Lebensqualität ermöglicht werden, was nicht zuletzt auch mit verbesserten Wohnbedingungen einher ging. „Die Anstalt“ oder „das Heim“ wurden in der Gesamtbevölkerung zu einem negativ behafteten Begriff. Diese Institutionen galten fortan als fremdbestimmt, den Bewohnern wurde ein Tagesablauf in Abhängigkeit der organisatorischen Institutionsbedürfnisse aufgezwungen, es gab eine Unterordnung unter Dienstpläne, Personalnöte, eine Bevormundung und Abhängigkeit durch und vom Pflegepersonal, eine scharfe Trennlinie zwischen Innen- und Außenwelt, geringen Spielraum für Intimitäten oder Individualität, soziale Isolation und vieles mehr.

Infolge der immer größer werdenden Kritik an den Anstalten und den damit zusammenhängenden Lebensumständen, wurde die Förderung des Ausbaus behindertengerechter Wohnanlagen forciert. Auch die Politik konnte sich der

wachsenden Kritik nicht entziehen und sah Handlungsbedarf. Vor allem den unübersehbaren Folgen eines ständigen Heimaufenthaltes für behinderte Menschen – z.B. geringe Aussicht auf Resozialisierung in der Gesellschaft – galt es entgegenzuwirken. Wollte man die Lebensumstände behinderter Menschen an jene der nicht behinderten Bevölkerung angleichen, waren Heime und Anstalten wohl der schlechteste Weg.

2.4.4 Moderne Ansätze der Behindertenpflege und -betreuung

In Anbetracht der Psychiatriereform und der Deinstitutionalisierungsbewegung liegt es nahe, dass neue Wohn- und Betreuungseinrichtungen für Menschen mit einer Behinderung gefunden werden mussten. Die zum größten Teil menschenunwürdigen Lebensbedingungen waren nicht mehr länger tragbar. Doch auch außerhalb der Behinderteneinrichtungen wurden neue Phänomene, die die Unterbringung behinderter Menschen beeinflussten, wirksam.

Wie im Kapitel 2.5.1 noch genauer erklärt wird, ist es angesichts der sich wandelnden Lebensführung und -bedingungen der Allgemeinbevölkerung naheliegend, warum es Familien oftmals nicht mehr möglich und auch zumutbar ist, Angehörige mit einer intellektuellen und/oder mehrfachen Behinderungen im familiären Umkreis zu pflegen und zu betreuen.

Nichtsdestotrotz wünschen sich diese Familien für ihre Angehörigen mit einer Behinderung eine bestmögliche Pflege und Betreuung und wollen ihnen ein „normales“ Umfeld und „normale“ Lebensbedingungen bieten. Was im heimischen Kreise oft unlösbar und unerreichbar erscheint, wird durch Rückbesinnung auf alte Betreuungsformen und einer Modernisierung dieser ermöglicht. Familiennahe Unterbringung, Einbeziehung der Familie in Pflege und Betreuung, normale Lebens- und Umweltbedingungen und – wenn notwendig – eine 24-Stunden-Betreuung sind nur einige wichtige Aspekte der modernen Ansätze. Angehörige behinderter Menschen wünschen sich und fordern eine adäquate Versorgung. Doch auch der behinderte Mensch wünscht und fordert eine bestmögliche Unterbringung und Pflege. Menschen mit Behinderungen möchten ak-

tiv am Leben teilnehmen, es gestalten, Entscheidungen treffen, miteinbezogen werden und nicht im hintersten Raum einer Anstalt ihr Dasein fristen. Auch schwerstbehinderte Menschen haben ein Anrecht auf ein – soweit dies im Rahmen ihrer Fähigkeiten möglich ist – normales Leben. Neue Pflegemodelle, eine Veränderung der Versorgungsstruktur und moderne Wohnmöglichkeiten bieten eben dieses. Eine familiennahe Unterbringung, wenn nötig 24-Stunden-Pflege und -Betreuung, annähernd normale Lebensbedingungen und vor allem ein aktives Teilnehmen in der Gesellschaft kann durch betreutes Wohnen und/oder Arbeiten in Behindertenwerkstätten gewährleistet und ermöglicht werden.

Anstötz kritisiert bereits 1992, dass trotz vieler Anstrengungen unterschiedlicher Wissenschaften und der Politik die gesellschaftliche Eingliederung schwerst geistig behinderter Menschen noch am Anfang steht. Gegenwärtig kommt es vor allem aufgrund der wirtschaftlichen Krise weltweit wieder zu massiven Einsparungen und Kürzungen im Sozialbereich. Angesichts des medizinischen Fortschritts und der steigenden Lebenserwartung bleiben schwerst geistig behinderte Personen jedoch zeitlebens auf Hilfe und Förderung angewiesen. Da die Betroffenen oftmals bettlägerig und kaum kommunikationsfähig sind, gehen hierbei die Pflege- und Betreuungstätigkeiten häufig über eine basale Stimulation nicht hinaus. Moderne Wohnstrukturen und Behindertenwerkstätten haben begonnen, sich auf diese Situation einzustellen und bieten auch schwerst behinderten Menschen die Chance, im Rahmen ihrer Möglichkeiten sinnvolle Tätigkeiten durchzuführen und in einer annähernd „normalen“ Wohnung zu leben. Im Folgenden sollen nun neue und moderne Wohnmöglichkeiten und Betätigungseinrichtungen vorgestellt werden.

2.4.4.1 Ambulante Wohnstrukturen – Außenwohngruppen

Laut Reibold (2010) äußern Menschen mit einer geistigen Behinderung nach oftmals langjährigen stationären Heim- oder Klinikaufenthalten häufig den Wunsch in eine eigene Wohnung umzusiedeln. Es bilden sich in der Regel klei-

nere Gruppen, die dann gemeinsam den Schritt in die Selbstständigkeit wagen. Ist der Wunsch erstmals geäußert, beginnt der Prozessablauf.

Unterstützt durch eine Betreuungsperson beginnt die Suche nach einer geeigneten Wohnung und bereits in dieser Phase beginnt der Entwicklungs- und Übungsprozess. Es ist festzustellen, dass geistig behinderte Menschen wesentlich leistungsfähiger lernen, wenn sie mit Situationen konfrontiert werden, die von ihnen selbst gewählt wurden. Die Betroffenen entwickeln äußerst kreative und alternative Lösungsansätze. Alleine wäre der Betroffene womöglich nicht in der Lage in einer eigenen Wohnung zu leben. Durch die Zusammenführung mehrerer behinderter Menschen in Kleinstgruppen, die alle unterschiedliche Ressourcen und Beeinträchtigungen besitzen, funktioniert das selbstständige Wohnen jedoch ganz gut. Wo der/die Eine eine Schwächen hat, gleicht ein/eine Andere/r diese durch seine/ihre Stärken aus.

Im Unterschied zum betreuten Wohnen erfahren behinderten Personen die in Außenwohngruppen leben, eine größere Unterstützung. Fehlen die finanziellen Mittel kann die Wohnung auch durch die bisherige Einrichtung finanziert werden. Bei dem vorgestellten Modell stehen Rufbereitschaften zur Verfügung, es herrscht eine dichtere Personalbetreuung und Bereiche der Selbstorganisation werden noch von der Einrichtung übernommen.

Die ambulante Wohnstruktur hat sich aufgrund der am Anfang noch gegebenen Versorgungssicherheit bewährt. Menschen mit einer Behinderung bekommen die benötigte Zeit, um die für eine neue Lebenssituation notwendigen Kompetenzen zu erlernen. Ein wichtiger Aspekt ist die Miteinbeziehung der Angehörigen in diesen Prozess, denn sie erleben, dass der behinderte Mensch gute und neue Kompetenzen entwickelt und oftmals besser als von den Angehörigen vermutet mit der neuen Lebenssituation umgehen kann. Die vorherrschende Versorgungssicherheit bietet auch den Angehörigen genug Sicherheit, sich an die neuen Umstände zu gewöhnen und Berührungsängste abzubauen. Funktioniert das Leben in Außenwohngruppen, ist der Weg zum betreuten Wohnen geebnet.

2.4.4.2 Betreutes Wohnen

Laut Schlichte (2006) handelt es sich beim betreuten Wohnen um eine integrative und umweltbezogene Wohnform. Die Lebensbedingungen sollen so normal wie möglich gestaltet werden, die Pflege orientiert sich an der Familienpflege und eine besondere Bedeutung kommt den zwischenmenschlichen Beziehungen zu. Im Vordergrund des betreuten Wohnens steht ein hohes Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen. Ziel dieser Wohnform stellt eine Integration der KlientInnen in die Gemeinde und eine Vermeidung langer Klinik- bzw. Heimaufenthalte dar. BewohnerInnen solcher Wohneinheiten sollen in die Gesellschaft eingegliedert und zur größtmöglichen Selbstständigkeit geführt werden.

Ein Hauptaugenmerk liegt beim betreuten Wohnen, wie bereits erwähnt, auf der Integration der BewohnerInnen in die jeweilige Gemeinde oder Stadt und in weiterer Folge einem Entgegenwirken einer drohenden Stigmatisierung bzw. Ausgrenzung. Die BewohnerInnen sollen nachbarschaftliche Kontakte pflegen und an gesellschaftlichen Veranstaltungen und Angeboten teilnehmen.

Auch die räumliche Trennung von Arbeitsplatz und Wohnstätte trägt zur Förderung der Selbstständigkeit und einer Normalisierung bei. Hilfeleistungen und Tagesabläufe werden mit den KlientInnen gemeinsam besprochen und Entscheidungen in beiderseitigem Einverständnis getroffen.

BewohnerInnen, die in Einrichtungen des betreuten Wohnens leben und wirken, befinden sich in einem geschützten Rahmen, der ihnen jedoch genügend Spielraum zur persönlichen Weiterentwicklung und zur individuellen Entfaltung bietet.

2.4.4.3 Werk- und Kunstwerkstätten

Im Sinne des „Normalisierungsprinzips“ soll intellektuell und mehrfach behinderten Menschen ein möglichst „normales“ Leben zuteil werden. Aufbauend auf diesem Prinzip wurden, neben den bereits von Anfang an bestehenden Produktionswerkstätten, spezielle Kunstwerkstätten gegründet.

Wie Weber-Hagenmaier (2010) feststellt, können vor allem bei Kunstwerkstätten behinderte Menschen ihren Emotionen freien Lauf lassen und sich auf neue

Art und Weise entfalten. Sie erfahren eine Förderung und Weiterentwicklung ihrer Persönlichkeit und Wahrnehmung. Für behinderte Menschen ergeben sich durch die künstlerische Arbeit völlig neue Möglichkeiten der Ausdrucksweise. Dort wo eine verbale Kommunikation erschwert oder unmöglich ist, können Kunstwerke der nonverbalen Kommunikation dienen. Auch kann die Kunst als eine Art Ventil benutzt werden. Es ist zu beobachten, dass Künstler während des Schaffungsprozesses ruhiger werden, d.h. eine Art therapeutischer Prozess setzt ein. Dies wird besonders durch eine entspanntere Körperhaltung und ruhigere Arbeitsabläufe sichtbar.

Cloerkes (2001) stellt fest, dass Werkstätten für behinderte Menschen vielfach die letzte Chance einer sinnvollen Betätigung darstellen. Intellektuell oder mehrfach behinderte Menschen sind häufig nicht in der Lage, auf dem normalen Arbeitsmarkt Fuß zu fassen. Für sie stellt die Arbeit in einer Werkstätte eine Abwechslung zum sonstigen Alltag dar und bietet ihnen die Möglichkeit, ihre Zeit sinnvoll zu nutzen und somit einen Beitrag für die Gesellschaft zu leisten.

Egal ob Produktions- oder Kunstwerkstätte, Ziel dieser Betreuungseinrichtungen ist es, behinderten Menschen eine neue Lebensmotivation zu verschaffen. Sieht der Mensch keinen Sinn in seinem Handeln, unterlässt er es zumeist, sieht er keinen Sinn in seinem Leben, hält nicht mehr daran fest. Der Mensch braucht Ziele, Motivationen und vor allem Hoffnung im Leben, sie sind es, die ihn täglich aufstehen und ihn selbst noch so aussichtslose Situationen überstehen lassen. Selbiges gilt für intellektuell und mehrfach behinderte Menschen.

2.5 Demografischer Wandel, Multimorbidität und Ätiologie

Möchte man mit behinderten Menschen arbeiten und auf ihre speziellen Bedürfnisse eingehen, muss besondere Rücksicht auf das Zusammenspiel verschiedener Einflussfaktoren genommen werden. Die Pflege und Betreuung behinder-

ter Menschen ist keineswegs eine Konstante. Zum einen entwickeln sich neue Modelle und Therapiemöglichkeiten stetig weiter. Zum anderen verändert sich „der Mensch“ im Laufe seines Lebens immerwährend. Derartige Wandlungsprozesse sind jedoch nicht auf einen einzelnen Menschen beschränkt. Die gesamte Bevölkerung, Kulturen, Ansichten und Meinungen, allgemeine und individuelle Interesse und noch vieles mehr, dies alles entwickelt sich unaufhörlich weiter. Unter diesem Blickwinkel liegt es nahe, dass z.B. der demografische Wandel auch Einfluss auf die Pflege und Betreuung behinderter Menschen nimmt.

In den nachfolgenden Kapiteln sollen diese Auswirkungen näher erläutert und in weiterer Folge die mit schweren Behinderungen einhergehende Multimorbidität und die dazugehörigen Ätiologien vorgestellt werden.

2.5.1 Demografischer Wandel

Wie Ding-Greiner und Kruse (2010) erläutern, hat sich die Lebenserwartung in den letzten 100 Jahren verdoppelt. Mädchen, die 2010 geboren wurden, haben eine Lebenserwartung von 81 Jahren, Jungen von 75 Jahren. Gleichzeitig ist ein Geburtenrückgang seit Anfang des letzten Jahrhunderts zu verzeichnen. Wurden um 1900 pro Frau noch vier Kinder geboren, sank der Wert in den folgenden 30 Jahren (bis 1930) auf nur noch 1,5 Kinder pro Frau (Schipfer, 2005). Behinderte Menschen sind vom demografischen Wandel analog zur Gesamtbevölkerung betroffen.

Die Lebenserwartung von Menschen mit einer geistigen Behinderung ist annähernd vergleichbar mit jener der Gesamtbevölkerung. Ding-Greiner und Kruse (2010) erklären allerdings weiter, dass die Mortalitätsrate abhängig von der Schwere der Behinderung ist. Je höher der Grad der Behinderung, desto geringer ist die Lebenserwartung. Eine Sonderstellung nehmen Menschen mit dem Down-Syndrom ein. Bei ihnen ist die Lebenserwartung im Vergleich zu geistig behinderten Menschen verkürzt, was auf die angeborenen Fehlbildungen zurückgeführt werden kann.

2.5.1.1 Höhere Lebenserwartung versus Geburtenrückgang

Wie Ding-Greiner und Kruse (2010) beschreiben, kann die immer weiter steigende Lebenserwartung unter anderem auf folgende Faktoren zurückgeführt werden:

- steigender Wohlstand,
- bessere Arbeitsbedingungen,
- bessere medizinische Versorgung,
- verbesserte hygienische Maßnahmen,
- bessere Ernährung und stetes Vorhandensein von Nahrung,
- erhöhter Lebensstil und
- präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen.

In Anbetracht dieser Entwicklungstendenz liegt laut Ding-Greiner und Kruse (2010) der Schluss nahe, dass die verbesserten Lebensbedingungen und der medizinische Fortschritt, analog zur Gesamtbevölkerung, auch bei Menschen mit einer Behinderung zu einer höheren Lebenserwartung führen. Dieses Phänomen der steigenden Lebenserwartung behinderter Menschen, bringt zweierlei Konsequenzen mit sich. Neue Berufs- und Handlungsfelder entwickeln sich und an diese gekoppelt auch neue Problemfelder, welche im folgenden Kapitel genauer beschrieben werden.

Dem wachsenden Lebensalter steht eine sinkende Geburtenrate gegenüber. Dennoch ist laut Schipfer (2005) in den nächsten 20 Jahren mit keinem Bevölkerungsrückgang zu rechnen. Es tritt vielmehr eine Veränderung der Altersstruktur ein. Die unter 15-jährigen werden stark zurückgehen und die über 60-jährigen dafür rasant ansteigen. Gründe für die sinkenden Geburtsraten sind laut Schipfer (2005):

- Funktionswandel in der Familie: Die Gründe – wie die Versorgung im Alter und bei Krankheit, Arbeitskräfte – für eine hohe Geburtenzahl sind

durch die Übernahme sozialer Leistungen durch die öffentliche Hand nichtig geworden.

- Änderung der Frauenrolle: Kinder binden Frauen ans Haus und stehen somit einer eventuellen Karriere im Berufsleben im Wege.
- hoher Wohlstand: Kinder kosten eine Menge Geld und schränken die ohnehin schon knappe Zeit der Eltern noch weiter ein. Dies steht im Widerspruch zu einem hohen Wohlstand.
- strukturelle Rücksichtslosigkeit: Strukturelle Gegebenheiten und die freie Wirtschaft schaffen Vorteile für Erwachsene ohne Kinder.
- Offenhalten von Wahlmöglichkeiten: Die Entscheidung für Kinder bindet Eltern für viele Jahre und schränkt somit ihre Wahlmöglichkeiten betreffend möglicher anderer Lebensentwürfe stark ein.
- gesellschaftliche Akzeptanz von Kinderlosigkeit: Es gibt keinen oder kaum noch sozialen Druck Kinder haben zu müssen. Kinderlosigkeit ist heutzutage gesellschaftlich anerkannt.
- hohe Ansprüche an die Elternschaft: Gesellschaftliche und pädagogische Ansprüche nehmen stetig zu. Diesen Ansprüchen können Eltern mit geringer Kinderzahl besser gerecht werden.
- Möglichkeiten der Familienplanung: Eine Vielzahl an Verhütungsmöglichkeiten und sexuelle Aufklärung erleichtern eine Planung der eigenen Familie.
- wirtschaftliche Unsicherheiten: Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes, Krisenzeiten und ungünstige Zukunftsprognosen erschweren die Entscheidung für ein Kind.

Nun stellt sich die Frage, wie sich dieser demografische Wandel und mit ihm die korrelierende steigende Lebenserwartung auf die Pflege und Betreuung intellektuell und mehrfach behinderter Menschen auswirkt.

2.5.1.2 Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Pflege und Betreuung intellektuell und mehrfach behinderter Menschen

Wie im vorherigen Kapitel ausgeführt, steigt die Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung, bei einer gleichzeitigen Abnahme der Geburtenrate. War früher die häusliche Pflege üblich, wird es unter Bezugnahme der sich verändernden Familienstrukturen, heute immer schwerer Pflege innerhalb der Familie und den eigenen vier Wänden durchzuführen.

Wie Schipfer (2005) darstellt, lebten vormals mehrere Generationen einer Familie unter einem Dach. Die Jungen – insbesondere die Frauen – kümmerten sich um die Alten bzw. Bedürftigen und begleiteten sie oft bis ans Lebensende. Diese „Mehrgenerationenfamilien“ verloren und verlieren immer noch kontinuierlich an Bedeutung. Einerseits werden weniger Kinder geboren und diese „flüchten“ dann oftmals vom Land in die Großstadt, um bessere Arbeitschancen und eine höhere Lebensqualität zu erlangen. Andererseits gibt es einen immer höher steigenden Anteil an erwerbstätigen Frauen und somit kann eine innerfamiliäre Pflege nicht mehr gewährleistet werden. Auch die Überschneidung mit individuellen Bedürfnissen der Kinder oder aber eine völlige Kinderlosigkeit führen dazu, dass die Inanspruchnahme stationärer sowie ambulanter Pflege weiter steigen wird.

Neben den veränderten Familienstrukturen gibt es laut Ding-Greiner und Kruse (2010) einen weiteren entscheidenden Aspekt, warum sich die Behindertenhilfe erstmalig mit einer Vielzahl an alternden geistig behinderten Menschen auseinandersetzen und dementsprechend neue Konzepte entwickeln muss. Unter Adolf Hitlers Führung fielen über 70.000 geistig behinderte Menschen unter dem Deckmantel der „Euthanasie“ Mordaktionen zum Opfer. Ein stetiges Anwachsen der behinderten Senioren kann daher bis 2020 als gegeben angesehen werden. Neben den ohnehin schon vorhanden Beeinträchtigungen zeichnen sich angesichts des fortschreitenden Alters immer neue Problemfelder ab. Ein physischer und kognitiver Abbau der Fähigkeiten schreitet bei geistig behinderten Menschen schneller voran als in der nicht behinderten Bevölkerung.

Zum einen kommt es zu vermehrten Krankheitsentwicklungen und zum anderen wird durch den Abbau der Kommunikationsmöglichkeiten die Pflege und Betreuung der betroffenen Personengruppe erschwert.

Entsprechend dieser Entwicklungen stehen laut Ding-Greiner und Kruse (2010) die Einrichtungen der Behindertenhilfe vor neuen Aufgabenstellungen. Durch den rasanten Anstieg der allgemeinen Lebenserwartung und der daraus resultierenden Zunahme betagter Menschen mit einer intellektuellen und/oder mehrfachen Behinderung, rückt die pflegerische Betreuung und Versorgung dieser Personengruppe in den Fokus. Dem Trend zugrundeliegend müssen neue Beschäftigungsaktivitäten in Anlehnung der neuen Bedürfnislage gefunden und entwickelt werden, dem erhöhten Pflegebedarf muss Rechnung getragen werden, Tagesabläufe müssen umstrukturiert und neue Betreuungskonzepte entworfen werden. Die Pflege kann hierbei eine Vorreiterrolle einnehmen, denn ihr kommt ein Großteil dieser Entwicklungsarbeit zu.

Angesichts dieser demografischen Wandlungsprozesse kann nachvollzogen werden, dass der Pflege und Betreuung von alten Menschen und im Besonderen von intellektuell und mehrfach behinderten Menschen in naher Zukunft ein immer größerer Stellenwert zuteil werden wird.

2.5.2 Multimorbidität und Ätiologie

Eingangs wurde bereits erörtert, dass eine geistige Behinderung häufig mit anderen körperlichen Beeinträchtigungen, wie der Motorik, der Sprache oder Fehlbildungen des Gehirns, korreliert. Klauer (1992) hält hierzu fest, dass angesichts der ohnehin schon bestehenden geistigen und/oder körperlichen Schwächen bzw. Schädigungen es nahe liegt, dass Betroffene für gewöhnlich krankheitsanfälliger sind und oftmals an mehreren Erkrankungen leiden.

Dieses Vorkommnis der Morbidität erklären Ding-Greiner und Kruse (2010) genauer. Dass bei Menschen mit einer geistigen Behinderung die Morbidität erhöht ist wurde bereits ausgiebig dargestellt, welche Bedeutung dies jedoch für betroffene Menschen hat, wird im Folgenden genauer herausgearbeitet. Geistig

behinderte Menschen leiden, im Vergleich zur Gesamtbevölkerung, häufiger an einer oder mehreren Erkrankungen oder Gebrechen. Die Morbidität nimmt analog zur Schwere der geistigen Behinderung zu. Im Folgenden sollen die häufigsten Beeinträchtigungen und Erkrankungen, sowie die dazugehörige Ätiologie (Ursache einer Krankheit) näher geschildert werden. Zum besseren Verständnis soll mit einer kurzen Einführung der Formen und Ursachen der intellektuellen Behinderung begonnen werden.

2.5.2.1 Formen und Ursachen einer geistigen Behinderung

Eine leichte intellektuelle Behinderung kann laut Menche et al (2001) häufig auf familiäre Faktoren zurückgeführt werden. Eine niedrige Intelligenz der Eltern (genetischer Faktor), geringe Fördermaßnahmen oder ein schädliches Verhalten während der Schwangerschaft (Umwelteinflüsse) sind meist Ursachen einer leichten geistigen Behinderung.

Schwereren Formen einer geistigen Behinderung liegen, wie bei Menche et al (2001) nachzulesen ist, folgende Ursachen zu Grunde:

- Chromosomenstörungen: Bedingt durch eine z.B. erhöhte Brüchigkeit des X-Chromosoms treten Erkrankungen wie z.B. das Down-Syndrom oder das Fragiles-X-Syndrom (Martin-Bell-Syndrom) auf.
- Metabolische (Stoffwechsel-) Störungen: Unbehandelte Schilddrüsenunterfunktionen, Phenylketonurie (Aminosäurenstoffwechsel) oder neuro-metabolische (betreffen das zentrale Nervensystem) Erkrankungen zählen hier zu den häufigsten Ursachen.
- Prä- und perinatale Schädigungen: Sie betreffen vor allem das zentrale Nervensystem (ZNS) und werden häufig durch Alkoholkonsum während der Schwangerschaft, Infektionen oder Hirnblutungen ausgelöst. Eine Atemnot des Säuglings während der Geburt kann ebenfalls zu einer Behinderung führen.

- Postnatale Faktoren: Hierzu zählen ZNS-Infektionen oder Unfälle mit einem Schädel-Hirn-Trauma.

Bedingt durch die ohnehin schon bestehenden Behinderung treten vermehrt Folgebeeinträchtigungen oder -erkrankungen auf. Die im Folgenden vorgestellten Beeinträchtigungen stellen lediglich einen für die Pflege relevanten Auszug dar.

2.5.2.2 Folgeerkrankungen und -beeinträchtigungen

Wie schon erwähnt, leiden intellektuell und mehrfach behinderte Menschen aufgrund ihrer bestehenden Erkrankungen und Gebrechen auch häufiger an Folgeerkrankungen. Diese Erkrankungen sind in der Allgemeinbevölkerung weitaus weniger verbreitet. Im Folgendem werden die laut Ding-Greiner und Kruse (2010) die häufigsten und für den Pflege- und Betreuungsalltag wichtigsten Erkrankungen und Beeinträchtigungen näher erläutert.

Desweiteren existiert eine aussagekräftige Studie, die europaweit an 1269 Betroffenen zur Krankheitshäufigkeit durchgeführt wurde. Nähere Informationen zum „Pomona II – Projekt“ von Brehmer, Zeilinger und Weber (2009) sind im Anhang dargestellt.

Sehen

Menschen mit geistigen Behinderungen erkranken, so Ding-Greiner und Kruse (2010), häufiger an Sehbeeinträchtigungen und die Schwere der Sehbeeinträchtigung nimmt analog zum Schweregrad der Behinderung zu. Menschen mit dem Down-Syndrom nehmen hier eine Sonderstellung ein, denn sie erkranken weitaus häufiger an einer Sehbeeinträchtigung als geistig behinderte Menschen ohne Down-Syndrom. Etwa 30 % der schwer geistig behinderten Menschen sind blind. Erschwerend kommt hinzu, dass bei Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung eine eventuelle Blindheit mangels Kommunikationsmöglichkeiten oft nicht erkannt wird.

Hören

Auch Einschränkungen des Hörvermögens sind laut Ding-Greiner und Kruse (2010) im Vergleich zur normalen Gesamtbevölkerung verbreitet. Ursachen dafür können angeborene Schwerhörigkeit bzw. Taubheit und prä- respektive perinatale Schädigungen durch Infektionen sein.

Menschen mit einer geistigen Behinderung leiden auch vermehrt an Erkrankungen der Schilddrüse, im Speziellen an einer Unterfunktion. Auch hier nehmen Menschen mit dem Down-Syndrom eine Sonderstellung ein. Bei den über 65-jährigen leiden Menschen mit dem Down-Syndrom ca. viermal so häufig an einer Schilddrüsenunterfunktion und haben ein erhöhtes Risiko an Schilddrüsenkrebs zu erkranken.

HerzKreislaufsystem

Ähnlich den anderen Bereichen sieht es bei HerzKreislaferkrankungen aus. Auch hier sind laut Ding-Greiner und Kruse (2010) Menschen mit einer geistigen Behinderung häufiger betroffen. Bei Neugeborenen mit einem Down-Syndrom liegt bei ca. der Hälfte der Kinder ein Herzfehler vor, der infolge des medizinischen Fortschritts meist operativ behandelt und die Lebenserwartung somit erhöht werden kann. Menschen mit geistiger Behinderung haben im Vergleich mit der Gesamtbevölkerung einen ungesünderen Lebensstil und eine unausgewogene Ernährung. Die körperliche Aktivität ist vermindert, es werden nahezu keine sportlichen Betätigungen ausgeübt und daraus resultiert wiederum ein erhöhter Body-Mass-Index (BMI) von durchschnittlich 27. Übergewicht und Bewegungsmangel führen ihrerseits wieder zu Erkrankungen des Herzens.

Atemwege und Verdauung

Wie bei Ding-Greiner und Kruse (2010) dargestellt wird, nimmt die Häufigkeit einer Atemwegserkrankung – wie so oft – mit dem Schweregrad der Behinderung zu. Bei Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung ist das Risiko um das Dreifache erhöht, bei einer schweren geistigen Behinderung um das Sechsfache. Bei ca. 80 % aller Todesfälle wird eine Pneumonie (Lungenentzündung) diagnostiziert.

Darüber hinaus leiden Menschen mit einer geistigen Behinderung vermehrt an Krebserkrankungen. Insbesondere im Bereich des Verdauungstraktes treten Krebserkrankungen dreimal häufiger bei geistig behinderten Menschen auf. Es wird vermutet, dass dieses Phänomen auch auf den Reflux (Rückfluss von Mageninhalt) zurückgeführt werden kann.

Bewegungsapparat

An Einschränkungen des Bewegungssystems leiden laut Ding-Greiner und Kruse (2010) ca. 90 % aller schwer geistig behinderten Menschen. Missbildungen des Skeletts führen vornehmlich bei schwerst behinderten Menschen nicht selten zur Immobilität. Diese Mobilitätseinschränkungen nehmen mit höherem Alter zu und resultieren in vermehrten Schmerzzuständen, die jedoch von den Betroffenen häufig nicht adäquat geäußert werden können. Dies wiederum führt zur Vermeidung von Bewegung und begünstigt Übergewicht.

2.5.3 Zusammenfassung

Abschließend kann festgehalten werden, dass angesichts des demografischen Wandels und der an ihn gekoppelten Multimorbidität, sich das Pflege- und Betreuungspersonal mit neuen Aufgabenstellungen und Problemfeldern auseinandersetzen muss. Dem Trend zugrundeliegend kommt den Pflegekräften ein größer werdender Stellenwert zu. Im Alter verlagert sich die Bedürfnislage von Menschen mit einer Behinderung. Im Zuge dieses Wandels werden vormals primäre Ziele (Erziehung, Integration in die Gesellschaft und Arbeitswelt) in den Hintergrund gedrängt und an ihre Stellen tritt vermehrter Pflege- und Betreuungsbedarf.

2.6 Das Personal in Behinderteneinrichtungen

Lange Zeit dominierte die Ansicht nach der das Pflege- und Betreuungspersonal in Behinderteneinrichtungen über keine Ausbildung verfügen müsse. Viele

Institutionen wurden von Orden und kirchennahen Instituten, mit geistlichem Personal geführt (vgl. Kapitel 2.11).

In jüngster Vergangenheit hat jedoch ein Wandlungsprozess in der Pflege und Betreuung, sowie der Unterbringung intellektuell und mehrfach behinderter Menschen eingesetzt.

Ausgelöst durch die Psychiatriereform und der damit verbundenen Deinstitutionalisierungsbewegung hat ein Umdenken in der Versorgung und Unterbringung behinderter Menschen eingesetzt. Wo früher lediglich die Grundbedürfnisse der KlientInnen abgedeckt wurden und Therapieangebote Mangelware waren, wird heutzutage auf Qualität und nicht mehr auf Quantität großen Wert gelegt. Die Pflege und Betreuung behinderter Menschen muss heute mehr leisten als ein bloßes „sauber, satt und trocken“. In diesem Sinne tragen neue Pflege-, Betreuungs- und Wohnkonzepte dazu bei, behinderte Menschen zu mehr Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit zu führen und helfen ihnen, sich neue Handlungskompetenzen anzueignen.

Dieser Wandlungsprozess steckt gerade einmal in den Kinderschuhen und es gilt noch einen weiten Weg zu beschreiten.

Wie Ding-Greiner und Kruse (2010) darstellen, hat sich durch die Enthospitalisierung (Auslagerung behinderter Menschen aus den Psychiatrie- und Krankenanstalten) die Zuständigkeit der Pflege- und Betreuungspersonen geändert. Waren früher MitarbeiterInnen dieser Einrichtungen für Pflege und Betreuung zuständig, sind Betreuungspersonen heute hauptsächlich pädagogisch ausgebildet.

Laut Ding-Greiner und Kruse (2010) sollten im Idealfall multiprofessionell ausgebildete MitarbeiterInnen bei der Versorgung behinderter Menschen zum Einsatz kommen. Diese Art von Personal ist jedoch knapp gesät und es fehlt einerseits oft an entsprechenden Weiterbildungsmöglichkeiten, andererseits an Zeit. Das überwiegend pädagogisch ausgebildete Personal fühlt sich vielfach bei pflegerischen Maßnahmen unsicher und überfordert.

Ein weiterer Aspekt ist laut Holub (2011) das steigende Alter der KlientInnen. Die altersbedingten physischen Abbauprozesse und das zusätzliche Auftreten

von Beeinträchtigungen, führt bei Angehörigen häufig zu einer Überlastung im Bereich der Pflege und Betreuung.

Aus den genannten Gründen werden immer häufiger professionelle Pflegekräfte – hier sind AltenpflegerInnen besonders beliebt – für die pflegerische Versorgung intellektuell und mehrfach behinderter Menschen eingesetzt.

2.7 Relevante Aspekte des Sozialbetreuungsgesetzes von 2005

Betrachtet man die Ergebnisse der Psychiatriereform und der Deinstitutionalisierung ist es wenig verwunderlich, dass sich auch die Ausbildung des Pflege- und Betreuungspersonals den geänderten Gegebenheiten anpassen musste. Wo früher – und teilweise auch heute noch – unqualifiziertes Personal die Pflege und Betreuung behinderter Menschen übernahm, ist nun in jüngster Zeit die Wichtigkeit eines professionellen Berufsstandes auch zur Politik vorgedrungen. Desweiteren stellt die Pflege und Betreuung behinderter Menschen hohe Qualitätsansprüche. Die Aufmerksamkeit für diesen Berufszweig sowie ihr Stellenwert steigt in der Gesamtbevölkerung. Aus all den genannten Gründen ist es nachvollziehbar, dass sich der Gesetzgeber veranlasst sah, die in jedem Bundesland sehr unterschiedlichen Ausbildungsrichtlinien zu überarbeiten und zu vereinheitlichen.

Der Bund und die Länder haben demnach 2005 folgende Neuerungen im Bundesgesetzblatt (BGBl.) vereinbart.

2.7.1 Artikel 1 – Gegenstand der Vereinbarung

Gemäß Artikel 1 (BGBl., 2005) lassen sich die Sozialberufe in Diplom-SozialbetreuerInnen (mit den Schwerpunkten Altenarbeit, Familienarbeit, Behindertenarbeit und Behindertenbegleitung), die Fach-SozialbetreuerInnen (mit den Schwerpunkten Altenarbeit, Behindertenarbeit und Behindertenbegleitung) und die HeimhelferInnen gliedern. Auf dem Niveau der HeimhelferInnen sind 200 Übungseinheiten (UE) Theorie und 200 Praxisstunden, für das Fachniveau

1.200 UE Theorie und 1.200 Praxisstunden und für das Diplomniveau sind 1.800 UE Theorie und 1.800 Praxisstunden vorgesehen.

Durch die Ausbildung mit den Schwerpunkten Altenarbeit, Behindertenarbeit und Familienarbeit erlangen die SozialbetreuerInnen die Kompetenzen gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) als PflegehelferInnen. Zur Unterstützung der Basisversorgung sowie der Einnahme von Medikamenten befähigt der Ausbildungsschwerpunkt Behindertenbegleitung und auch die Ausbildung zum Heimhelfer beziehungsweise zur Heimhelferin.

2.7.1.1 HeimhelferIn

HeimhelferInnen sind laut BGBl. (2005) aufgrund ihrer Ausbildung befähigt, hilfsbedürftigen Menschen im alltäglichen Leben zur Seite zu stehen und diese bei der Hauswirtschaft zu unterstützen. Aufgaben der Haushaltsführung werden auf Anweisung eigenverantwortlich durchgeführt, die sogenannte Basisversorgung darf nur *„unter Anleitung und Aufsicht von Angehörigen der Gesundheitsberufe“* (BGBl. I Nr. 55, 2005) durchgeführt werden. HeimhelferInnen sind bei speziellen Einrichtungen angestellt, eine freiberufliche Arbeit ist nicht vorgesehen.

2.7.1.2 Fach-SozialbetreuerIn

Die Fach-SozialbetreuerInnen müssen sich, wie im BGBl. (2005) dargestellt, neben der Grundausbildung für einen Ausbildungsschwerpunkt entscheiden. Die Auswahlmöglichkeiten sind Altenarbeit („A“), Behindertenarbeit („BA“) und die Behindertenbegleitung („BB“). Spezialisiert sich ein/e Fach-SozialbetreuerIn für „A“ und „BA,“ hat dieser/diese automatisch die Befähigung eines/einer PflegehelferIn gemäß GuKG erlangt. Fach-SozialbetreuerInnen mit dem Schwerpunkt „BB“ sind gemäß GuKG zur Unterstützung der Basisversorgung (UBV) berechtigt. FachsozialbetreuerInnen unterstützen Menschen, die in ihrer persönlichen Lebensgestaltung beeinträchtigt sind. Sie sind nicht auf einzelne Aufgaben spezialisiert sondern verfügen über ein umfangreiches Wissen, das sie für die Bewältigung und Begleitung individueller Lebenssituationen aufgrund

von Alter oder Behinderung beeinträchtigter Menschen befähigt. Sie tragen zur Normalisierung der Lebenssituation bei, unterstützen die Gestaltung und Integration eines sozialen Umfeldes und verhelfen zu einem Leben in Würde.

2.7.1.3 Diplom-SozialbetreuerIn

Diplom-SozialbetreuerInnen verfügen laut BGBl. (2005) über die gleichen Kompetenzen wie Fach-SozialbetreuerInnen, arbeiten jedoch aufgrund ihrer umfangreichen Ausbildung selbstständiger und besitzen eine hohe Eigenverantwortlichkeit. Sie unterstützen ihre Einrichtung bei der Weiterentwicklung des Dienstleistungsangebotes und verwirklichen die Qualitätsentwicklung. Diplom-SozialbetreuerInnen mit den Ausbildungsschwerpunkt Behindertenarbeit verfügen über die Kompetenzen eines/einer PflegehelferIn gemäß GuKG. Unterstützung bei der Basisversorgung leisten Diplom-SozialbetreuerInnen mit dem Schwerpunkt Behindertenbegleitung.

2.7.2 Ausbildungsmodul „Unterstützung bei der Basisversorgung“

In der Ausbildung zum/zur HeimhelferIn, Fach-SozialbetreuerIn und Diplom-SozialbetreuerIn – mit den Schwerpunkten Behindertenbegleitung – ist laut BGBl. (2005) das Modul „Unterstützung bei der Basisversorgung“ (UBV) inkludiert, welches pflegerisches Grundwissen lehren soll. Bis dato waren pflegerische Handlungen den Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe vorbehalten. Durch dieses Ausbildungsmodul sollen den Angehörigen der Sozialberufe pflegerische Kompetenzen eingeräumt und einzelne Befugnisse gerechtfertigt werden.

Für den erfolgreichen Abschluss dieses Moduls sind 100 UE Theorie, die dem Lehrplan der Pflegehilfe entnommen wurden, und 40 Praxisstunden zu absolvieren. Die Ausbildungsinhalte unterscheiden sich lediglich bei der Medikamentenlehre, diese umfasst statt 30 nur 20 Stunden. Diese verringerte Stundenanzahl wird durch den Wegfall der Berechtigung zur Insulininjektion begründet.

AbsolventInnen dieses Moduls sind ausschließlich zur Hilfe bei der oralen Verabreichung von Arzneimitteln berechtigt.

Das Lehrprogramm setzt sich wie folgt zusammen:

➤ Sich pflegen	20	UE
➤ Essen und Trinken	15	UE
➤ Ausscheiden	20	UE
➤ Sich kleiden	5	UE
➤ Sich bewegen	20	UE
➤ Medikamentenlehre	20	UE

2.7.3 Zusammenfassung

Die bis zum Jahr 2005 in jedem Bundesland zum Teil sehr unterschiedlichen Ausbildungen wurden mit dem Sozialbetreuungsgesetz österreichweit vereinheitlicht. Nachschulungen und örtliche Gebundenheit gehören somit der Vergangenheit an. Aufbauend auf einem Grundmodul kann entsprechend des gewählten anschließenden Spezialmoduls eine Zusatzqualifikation erworben werden. Weiter- und Umbildungsmöglichkeiten wurden in diesem Sinne ebenfalls vereinfacht. Auch im Hinblick auf den demografischen Wandel wurde mit dem neuen Sozialbetreuungsgesetz eine wichtige österreichweit gültige Basis geschaffen.

2.8 Pflegekräfte in der Behindertenarbeit, Aufgabenbereiche

Gleich in früheren Jahrhunderten und Jahrzehnten die Versorgung von behinderten Menschen einer Art Massenabfertigung, wird heute versucht den Menschen ganzheitlich, als eine eigenständige Person mit individuellen Bedürfnissen und Wünschen zu sehen.

Im Zentrum der modernen Pflege, wie Meyer (1997) erläutert, steht der individuelle Mensch. Pflege orientiert sich folglich am individuellen Pflegebedarf und individuellen Bedürfnissen.

Ein Hauptaugenmerk in der Pflege und Erziehung behinderter Menschen liegt in der Steigerung der Handlungskompetenzen, die Meyer (1997, S. 20) definiert als: *„die Fähigkeit zu einem bestimmten Handeln. Das Vorhandensein von Kenntnissen und Fertigkeiten, welche die Voraussetzung für adäquates Handeln in bestimmten Situationen bilden. Unter den Gesichtspunkten der Pflege das Erwerben von Kenntnissen und Fähigkeiten bezüglich der eigenen Gesundheit und dem eigenen Wohlbefinden, aber auch der Gesundheit und dem Wohlbefinden abhängiger Personen.“* Mit dieser Steigerung der Handlungskompetenzen soll der pflegebedürftige Mensch zur einer größtmöglichen Selbstständigkeit geführt werden.

Wo eine Förderung der Handlungskompetenzen und somit eine Steigerung der Selbstständigkeit nicht möglich ist – z.B. bei schwerst mehrfach behinderten Menschen – steht laut Meyer (1997) die Pflege im Mittelpunkt der Förderung der Selbstwahrnehmung. Sie dient der sozialen Kommunikation und wirkt als konstantes Strukturierungselement im Tagesablauf.

Benner (2000) zeigt weiters auf, dass zum Schwerpunkt des pflegerischen Betätigungsfeldes jene Maßnahmen gehören, die an KlientInnen oder Betroffenen direkt durchgeführt werden. Darüber hinaus gibt es jedoch eine Vielzahl an weiteren Einsatzgebieten. Neben der medizinischen Versorgung und der Körperpflege gehören laut Benner (2000) Bereiche des Helfens, der Beratung und Betreuung, der Diagnostik und Überwachung, Sicherstellung der Qualität und eine positive Organisationszusammenarbeit zur täglichen Arbeitspraxis. In den folgenden Kapiteln soll auf die einzelnen Bereiche und Einsatzgebiete in der Pflegepraxis eingegangen werden. Die „Basale Stimulation“ ist eine relativ junge Methode, die das Ziel verfolgt, selbst schwerst intellektuell oder mehrfach behinderten Menschen eine non-verbale Kommunikation zu ermöglichen, sie an

ihrer Umwelt teilhaben zu lassen und somit zu mehr Lebensqualität zu verhelfen. Die „Basale Stimulation“ wird im Kapitel 3.8.8 eingehender erörtert.

2.8.1 Körperpflege

Aschoff (2010) verdeutlicht, dass die tägliche Körperpflege zum intensivsten Körperkontakt bei der Arbeit mit intellektuell und mehrfach behinderten Menschen zählt. Vor allem bei betagten Menschen muss ausreichend Zeit eingeplant werden. Mindestens einmal täglich soll eine komplette Körperpflege durchgeführt werden. Hier ist auf ruhige und entspannte Atmosphäre, auf ein angenehmes Raumklima und auf geschlossene Türen zu achten. Die Privatsphäre des Betroffenen muss in jedem Fall gewahrt werden. Je nach persönlichen Vorlieben können dabei Musik oder duftende Pflegemittel (Hautverträglichkeit beachten) verwendet werden. In Abhängigkeit des/der Betroffenen, der Notwendig- und Machbarkeit wird entweder geduscht, gebadet, am Waschbecken oder im Bett gewaschen. Geistig und mehrfach behinderte Menschen können sich oftmals nicht verbal mitteilen. Hier ist ein hohes Maß an Empathie gefordert und es muss auf bereits geringe Zeichen einer nonverbale Kommunikation geachtet und den Wünschen entsprechend darauf eingegangen werden.

Vor allem der Fußpflege, so Aschoff (2010) weiter, kommt ein hoher Stellenwert zu. Da die Füße von den Betroffenen angesichts physischer Schwächen oft nicht selbst eingesehen oder gepflegt werden können, bedürfen sie einer sorgfältigen Kontrolle und Pflege. Insbesondere muss auf Hautveränderungen geachtet werden. Hornhaut, Druckstellen und Hühneraugen sollten wenn möglich vermieden, gegebenenfalls jedoch gründlich überprüft und beobachtet werden. Desweiteren muss auf rissige Haut geachtet werden, da hier leicht Pilzerkrankungen entstehen können. Die Fußpflege wird in der Regel von ausgebildeten FußpflegerInnen durchgeführt.

Die Kleidung sollte laut Aschoff (2010) atmungsaktiv, leicht zu reinigen und bequem anzuziehen sein. Desweiteren sollte die Kleidung keine Druckstellen verursachen.

Für eine individuelle und optimale Inkontinenzversorgung ist laut Aschoff (2010) ebenfalls zu sorgen. Gesetz dem Fall, dass kein Pflegepersonal anwesend ist, bieten Fachkräfte von Herstellern Beratungsgespräche an. Sie helfen bei der richtigen Auswahl der Inkontinenzartikel wie z.B. Vorlagen in verschiedenen Saugstärken, die in die Unterwäsche eingeklebt oder mit Netzhosen fixiert werden können; Windelslips in unterschiedlichen Größen und Saugstärken für mobile oder sehr unruhige KlientInnen; spezielle Vorlagen für Männer, die an entsprechender Stelle mit größerer Saugfähigkeit ausgestattet sind; oder Kondomurinale. Anzumerken ist, dass Kondomurinale den Windelslips vorzuziehen sind, da ein Hitzestau (insbesondere im Sommer) vermieden werden kann.

Bei jedem Wechsel sollte der Intimbereich und das Gesäß mit klarem, warmen Wasser gereinigt und gut abgetrocknet werden. Bei Stuhlinkontinenz werden die groben Verunreinigungen mit weichem Papier entfernt und anschließend der verschmutzte Bereich mit Wasser und pH-neutraler Lotion oder Seife gewaschen. Festzuhalten ist, dass regelmäßiges Vorlagenwechseln einen besseren Schutz vor Krankheiten bietet und hautschonender ist, als alle Salben, Cremes oder Sprays.

Der Dekubitalprophylaxe und -therapie (Druckgeschwür) kommt besonders bei schwerst mehrfach behinderten Menschen – die häufig bettlägerig und daher anfällig für Dekubitalgeschwüre sind – laut Aschoff (2010) ein besonders hoher Stellenwert zu. Vermehrt treten diese bei Krankenhausaufenthalten auf und werden erst bei Rückkehr in die Wohneinrichtung behandelt. Bei Rollstuhlfahrern ist besonders auf das Sitz- und Steißbein zu achten. Bei bettlägerigen, gelähmten oder körperlich stark deformierten Menschen müssen vor allem Kreuzbein, Wirbelsäule, Oberschenkelknochen, Hüftknochen, Knöchel und Fersen kontrolliert werden. Orthopädische Hilfsmittel wie Schienen, Orthesen oder Schuhe bergen ebenfalls die Gefahr einer Druckstellenbildung.

Als beste Prophylaxe gilt neben einer ausgewogenen Ernährung, ausreichender Flüssigkeitszufuhr und einer optimalen Hautpflege die Bewegungsförderung. Ist diese nicht möglich bieten individuell erstellte Lagerungspläne die beste Möglichkeit einer Druckentlastung. Auch die Anschaffung einer geeigneten Matratze, die es in verschiedenen Ausführungen und Härtegraden gibt, zählt zur Dekubitusprophylaxe. Als weitere Methode zur Druckentlastung haben sich die 30°-Schräglagerung bzw. die 5-Kissen-Methode bewährt.

Weiters muss darauf geachtet werden, dass die Fersen nicht auf der Matratze aufliegen. Das früher bewährte zweistündliche Umlagern ist heute nicht mehr unbedingt notwendig. Bei guter Dokumentation und Beobachtung der gefährdeten Körperstellen können individuelle Zeitintervalle festgelegt werden.

Ist trotz aller Bemühungen ein Dekubitus entstanden, sollte in jedem Fall ein/eine Arzt/Ärztin hinzugezogen werden. Zur Standardbehandlung zählt heute die „feuchte Wundbehandlung“, die von einem/einer Arzt/Ärztin angeordnet und gemeinsam besprochen wird.

2.8.2 Helfen

Um Hilfe zu bitten oder sich helfen zu lassen stellt für viele Menschen eine immense Überwindung dar. Niemandem fällt es leicht, sich einzugestehen, mit einer Situation, einer Handlung oder dem Leben überfordert zu sein. Intellektuell und mehrfach behinderte Menschen sind zum Teil – oder bei schwersten Behinderungen hauptsächlich – auf eine solche Hilfe angewiesen. Oft können die Betroffenen nicht artikulieren, welche Bedürfnisse oder Wünsche sie haben. Hier ist ein hohes Einfühlungsvermögen und eine gute Beobachtungsgabe gefragt. Benner (2000) hat in Gesprächen und Beobachtungen von Pflegepersonal in der Praxis acht Kompetenzen des Helfens beschrieben:

- Die heilende Beziehung: Hier setzen sich Pflegekräfte für die Schaffung eines heilenden Klimas, in dem Heilung geschehen kann, ein. Hoffnung soll sowohl auf KlientInnenenseite als auch auf der Seite der Pflegenden geschaffen werden. Den KlientInnen soll geholfen werden, negative Ge-

fühle wie Schmerz, Furcht und Angst, zu verstehen und in weiterer Konsequenz akzeptieren zu können.

- Den KlientInnen ihre Lage so angenehm wie möglich gestalten: Den KlientInnen soll das Gefühl, trotz allem ein Mensch zu sein, erhalten bleiben.
- Einfach da sein: Oft genügt einfacher direkter Kontakt. Die KlientInnen sollen ihre Gefühle zum Ausdruck bringen.
- Die KlientInnen so stark als möglich an ihrer Genesung beteiligen: Die Möglichkeiten der KlientInnen müssen richtig eingeschätzt und anschließend ihre Kräfte mobilisiert werden. Es gilt soviel Kontrolle wie möglich über ihr eigenes Leben zu erhalten.
- Schmerzen einschätzen und geeignete Maßnahmen auswählen: Der Bereich der Schmerzbekämpfung ist mittlerweile hinlänglich entwickelt. Es gilt die richtige Art und Methode auszuwählen.
- Trost spenden: Häufig ist körperlicher Kontakt die einzige Chance Trost zu spenden.
- Die Angehörigen unterstützen: Die Angehörigen der KlientInnen leisten einen großen Beitrag zum Genesungsprozess, sie gilt es ebenso zu unterstützen.
- Die KlientInnen durch emotionale Krisen und Entwicklungsprozesse führen: KlientInnen sollen auf einen Weg geführt werden, der ihnen bessere Entwicklungsmöglichkeiten bietet.

2.8.3 Beraten und Betreuen

Neben der körperlichen Versorgung darf laut Benner (2000) auch die Beratung und Betreuung der Betroffenen nicht außer Acht gelassen werden. Die Betroffenen wollen und müssen verstehen, was mit ihnen geschieht und mit welchen Folgen sie im weiteren Verlauf rechnen müssen. Durch das Verstehen ihrer Erkrankung, den möglichen Folgen aber auch den möglichen Chancen, steigt die Compliance (Komplianz; kooperatives Verhalten und Einhaltung der Therapiemaßnahmen).

- Das richtige Timing: Es ist besonders wichtig den richtigen Zeitpunkt, an dem sich KlientInnen auf neue Erfahrungen oder Interventionen einlassen können, zu wählen.
- Den KlientInnen helfen, die Folgen einer Erkrankung oder Behinderung in das zukünftige Leben zu integrieren: Das Pflegepersonal ist dabei behilflich, für das weitere Leben eine sinnvolle Gestaltung und Betätigung zu finden.
- Sich in das Krankheitsverständnis der KlientInnen hineinversetzen: Es darf nicht außer Acht gelassen werden, dass alle KlientInnen individuelle Persönlichkeiten sind und eine eigene Vorstellung und Interpretation ihres Zustandes haben. Dieser muss respektiert und in der gemeinsamen Arbeit berücksichtigt werden.
- Den KlientInnen den aktuellen Zustand deuten und Eingriffe erklären: Hier muss richtig abgeschätzt werden, welche Informationen für Betroffene wichtig sind und welche vorerst eventuell zurückbehalten werden sollten. Desweiteren muss auf eine verständliche Sprache geachtet werden.
- Die Funktion der Betreuung: Pflegende verfügen aufgrund ihrer Ausbildung und ihrer praktischen Erfahrung über ein großes Repertoire an Bewältigungsstrategien mit neuen oder fremden Situationen umzugehen. Diese können den KlientInnen dabei behilflich sein, ihre eigene Lage besser zu ertragen und neue Kontrolle zu erlangen.

Einen Kernpunkt bei der Arbeit mit behinderten Menschen bildet die Beratung und Betreuung der Angehörigen. Laut Holub (2011) befinden sich viele in emotionalen Ausnahmesituationen. Angehörige haben einen enorm hohen Leistungsanspruch an sich selbst, wie auch an das Pflege- und Betreuungspersonal. Bei der Angehörigenarbeit ist ein hohes Maß an Empathie unerlässlich, denn häufig neigen Angehörige zu Abwehrreaktionen, Realitätsverweigerung, einem gesellschaftlichen Rückzug oder zu einer „Bemutterung“ des/der Betroffenen. Bei einem Beratungsgespräch mit den Angehörigen sollte demnach besonders behutsam vorgegangen werden.

2.8.4 Diagnostik, Überwachung, Durchführung

Fakt ist, dass Pflegende – und im speziellen Fall auch BetreuerInnen – laut Benner (2000), die meiste Zeit mit den KlientInnen verbringen und daher auch sie es sind, die erste Anzeichen einer Veränderung oder eines Problems erkennen. Gerade bei Betroffenen, die sich selbst nicht mitteilen können, muss der Blick besonders gewissenhaft auf erste Anzeichen einer Veränderung gelegt werden.

Bei der KlientInnenüberwachung kommen laut Benner (2000) fünf Komponenten zum Tragen:

- Veränderungen des gesundheitlichen Zustandes müssen erkannt und dokumentiert werden: Vitalzeichen müssen beobachtet, gemessen und schlüssig dokumentiert werden. Eine Darstellung gegenüber der Ärzteschaft muss überzeugend sein.
- Frühe Alarmsignale geben: Komplikationen und Verschlechterungen können noch bevor messbare Anzeichen vorliegen von erfahrenen Pflegekräften vorausgeahnt werden. Sie nehmen dabei geringste Veränderungen im Verhalten oder dem Aussehen von KlientInnen wahr.
- Zukünftige Probleme erahnen: Routinierte Pflegekräfte können – bedingt durch ihre große Erfahrung – voraussehen, welche Probleme auftreten werden und wie damit umgegangen werden sollte.
- Über ein Wissen verfügen, mit welchen Problemen verschiedene Krankheiten verbunden sind: Anhand dieses Wissens können die Bedürfnisse der Betroffenen erahnt, darauf reagiert und diese unterstützt werden.
- KlientInneneinschätzung: Das individuelle Gesundheitspotential wird realistisch eingeschätzt. Wie stehen z.B. die Chancen, dass ein Klient respektive eine Klientin auf eine bestimmte Behandlungsstrategie anspricht?

Wie Benner (2000) darstellt, ist die Durchführung und Überwachung von Behandlungen bei intellektuell und mehrfach behinderten Menschen mit besonde-

rer Sorgfalt durchzuführen. Nach Verabreichung eines Medikaments müssen die Betroffenen, die über keine Möglichkeit der Kommunikation verfügen, streng überwacht werden. Hier ist, wie weiter oben beschrieben, auf bereits erste und kleinste Anzeichen von Veränderungen zu achten.

- **Medikamente mit Sorgfalt und geringem Risiko verabreichen:** Aufgrund einer fortschreitenden Zunahme der Medikamentenbandbreite kommt dem Pflegepersonal hohe Verantwortung zu. Sie müssen Risiken und therapeutische Effekte der Medikamente überwachen und weiteres therapeutisches Vorgehen daran ausrichten. Hier tragen die Pflegekräfte entscheidend zur Sicherheit der KlientInnen bei.

2.8.5 Handeln in Notfällen

Da, wie bereits festgestellt, das Pflege- und Betreuungspersonal den meisten Kontakt zu KlientInnen hat, obliegt ihnen häufig auch die Aufgabe mit Notfallsituationen umzugehen. Ihnen kommt auch die Verantwortung zu, Entscheidungen über die weiteren Maßnahmen zu treffen und einen Überblick über das Geschehene zu behalten. Benner (2000) fasst dieses Aufgabengebiet in drei Bereiche zusammen:

- **Kompetentes Handeln:** In lebensbedrohlichen Notfallsituationen ist es unerlässlich, dass das Problem schnell erfasst, angemessen eingegriffen und Unterstützung organisiert wird.
- **Das Unvorhersehbare bewältigen:** Hier werden Handlungsbedarf und Ressourcen aufeinander abgestimmt. Da das Pflege- und Betreuungspersonal am häufigsten anwesend ist, wissen sie auch am besten über zur Verfügung stehende Ressourcen Bescheid.
- **Kritische Zustände erkennen und damit umgehen:** Bis zum Eintreffen eines Arztes oder einer Ärztin muss sich die Pflegekraft bzw. Betreuungsperson entscheiden, ob eine medizinische Interventionen unverzüglich

erforderlich ist und ob sie diese ausführen kann. Reanimationsversuche z.B. werden häufig vom Pflegepersonal eingeleitet.

2.8.6 Sicherstellung der Qualität

Das „Sich-Einlassen“ und Kennenlernen der KlientInnen als individuelle Wesen ist laut Benner (2000) der erste Schritt zur Verhütung von Fehlern. Erst wenn man sich auf andere Menschen einlässt, kann man ihre Veränderungen wahrnehmen, Warnsignale erkennen und mögliche Fehler frühzeitig entdecken. Bei Desinteresse oder Gleichgültigkeit laufen Pflege- und Betreuungskräfte Gefahr, Anzeichen einer drohenden Komplikation zu übersehen. Kennt und interessiert man sich für sein Gegenüber, nimmt man bereits feinste Veränderungen wahr.

- Maßnahmen auf medizinische und pflegerische Sicherheit überprüfen: Ändert sich der Zustand der KlientInnen, kann es notwendig werden den Pflegeplan zu ändern. Hier muss der Arzt bzw. die Ärztin auf die Erfordernisse hingewiesen werden.
- Behandlungsplanaktualisierung: Was kann ohne Risiko hinzugefügt oder gestrichen werden? Das bloße Ausführen von ärztlichen Anweisungen ist hier fehl am Platz.
- Kooperation mit der Ärzteschaft: Soll ein Arzt bzw. eine Ärztin von der Sinnhaftigkeit einer notwendigen Änderung überzeugt werden, empfiehlt es sich die gewünschten Schritte klar und deutlich zu formulieren.

2.8.7 Organisation und Zusammenarbeit

Benner (2000) zeigt auf, dass bei der Organisation und der Zusammenarbeit in Teams und mit anderen Disziplinen die negativen Folgen der Personalknappheit besonders deutlich werden. Die knapp bemessene Zeit für Pflegehandlungen und das Wissen, man hätte mehr leisten können, führen zu weiteren Frustrationen.

- Prioritäten setzen: Auf die Wünsche und Bedürfnisse der KlientInnen organisiert und planvoll eingehen und sich auf Veränderungen einstellen.
- Personalmangel und hohe Fluktuation: Personalknappheit und eine berufsbedingte Personalfuktuation stellt das Pflegepersonal vor neue Herausforderungen. Wechselnde Belegschaft und unerfahrene MitarbeiterInnen können zu Fehlern bei der Versorgung, Unfällen und kritischen Situationen führen. Das ständige Einarbeiten neuer Pflegekräfte nimmt viel Zeit in Anspruch und lässt wenig Raum für zwischenmenschliche Beziehungen. Der kontinuierliche Zeitdruck, das Gefühl nicht genug geleistet zu haben und die unbefriedigenden menschlichen Kontakte führen zur Arbeitsunzufriedenheit.

2.8.8 Basale Stimulation

Eine ausführliche Darstellung der Basalen Stimulation würde den Rahmen dieser Diplomarbeit sprengen, daher soll versucht werden auf die wesentlichsten Punkte einzugehen. Das gesamte Kapitel 2.8.8 bezieht sich auf das Buch *Basale Stimulation in der Pflege* von Bienstein und Fröhlich (Begründer der Basalen Stimulation) aus dem Jahr 2007.

Sie veranschaulichen, dass die Basale Stimulation einen wichtigen Beitrag zur Rehabilitation bzw. zur Verbesserung der eigenen Körperfunktionen und Körperwahrnehmung leisten kann. Ohnedies notwendige pflegerische Maßnahmen können in diesem Sinne eine ergänzende Unterstützung und Animierung der Wahrnehmungsbereiche erwirken und werten die Pflegemaßnahmen qualitativ auf. Die Basale Stimulation trägt dazu bei, die Betreuungssituationen so zu gestalten, dass sie für KlientInnen als lebenswert angenommen werden.

Bereits ungeborene Kinder verfügen über unterschiedlichste Wahrnehmungsfähigkeiten die ein Zurechtfinden in der jeweiligen Umwelt erlauben. Diese Fähigkeiten umfassen den gesamten Körper und werden auch durch diesen wahrgenommen. Erfahrungen werden durch Bewegungen, Spüren durch Hautkontakt, mit den Händen oder Füßen und vorzugsweise mit dem Mund gesammelt. Bereits im frühen Stadium der Schwangerschaft können Ungeborene Schwingun-

gen der Mutter (Herzschlag, Atem, Bewegungen, Stimme) aufnehmen und darauf reagieren. Um mit vermeintlich kommunikationslosen Menschen in Kontakt zu treten, greift die Basale Stimulation auf diese frühen Erfahrungskennntnisse zurück. Die drei Wahrnehmungsbereiche somatisch, vestibulär und vibratorisch bilden hierbei die Grundlage menschlichen Urvertrauens, spiegeln sich in allen Kulturkreisen wieder und haben universelle Aussagen (z.B. trösten: in den Arm nehmen, wiegen, beruhigende Töne sprechen).

2.8.8.1 Somatischer Wahrnehmungsbereich

Die Haut als größtes Organ grenzt einerseits von der Umwelt ab, andererseits ist sie auch Kontaktfläche zur Außenwelt. Als Kinder haben alle durch Berührungen die Wärme, Zuneigung und Fürsorge ihrer Eltern erfahren.

Ziel der somatischen Stimulation ist einerseits den KlientInnen Informationen und Grenzen betreffend dem eigenen Körper zu vermitteln und andererseits soll die Berührungsqualität soweit verbessert werden, dass keine Irritationen oder Störungen im Körperbild auftreten. Berührungen – auch medizinisch notwendige – sollen nicht als Angriff empfunden werden. Da der Kontakt mit der bloßen Hand oft als nicht intensiv genug verstanden wird, werden unterschiedliche Materialien zur Berührung eingesetzt, die wiederum das Empfinden des eigenen Körpers fördern.

Wichtig ist das Berührungen verbal angekündigt, nicht unterbrochen werden und in einem langsamen Abbruch des Körperkontaktes ausklingen.

Immer wiederkehrende Berührungen führen zu mehr Sicherheit bei den KlientInnen.

2.8.8.2 Vibratorischer Wahrnehmungsbereich

Wie bei allen Sinneswahrnehmungen haben auch vibratorische bereits im Mutterleib und später als Kinder jeden geprägt und wurden im Körper abgespeichert. Beim Stehen, Gehen und auch beim Sprechen werden Vibrationserfahrungen gemacht und durch Rückkopplung zum Inneren des Körpers weitergeleitet.

Da schwerst geistig behinderte Menschen oft bettlägerig sind, bietet sich ihnen keine Möglichkeit derartige Erfahrung zu sammeln und ihre eingeschränkten Bewegungsmöglichkeiten führt oftmals zur Habituation (Gewöhnung – wenn man einem Reiz wiederholt ausgesetzt ist, schwächt sich die Reaktion auf diesen mit der Zeit ab und unterbleibt häufig völlig).

Durch die Anwendung manueller Vibrationstechniken können diese für den gesamten Körper spürbar gemacht werden. Begonnen wird bei den äußeren Extremitäten und es ist festzustellen, dass KlientInnen durch diese Technik in eine tiefe Entspannung fallen, bei gleichzeitiger Aufmerksamkeit. Durch das „Spürbarmachen“ des gesamten Körpers durch Vibrationen können KlientInnen Körperregionen, die zuvor als körperfremd empfunden wurden, wieder aktivieren. Zum Beispiel können KlientInnen durch langes Liegen ihre Beine nicht mehr richtig spüren und sacken bei ersten Aufstehversuchen regelrecht weg. Die eigenen Beine werden als nicht zum eigenen Körper gehörend empfunden. Durch die vibratorische Stimulation verbessert sich die Körperwahrnehmung und somit auch ein gezieltes Einsetzen der verschiedenen Körperregionen, wie eben z.B. der Beine.

2.8.8.3 Vestibulärer Wahrnehmungsbereich

Vestibuläre Wahrnehmungen fördern den Gleichgewichtssinn und geben Informationen über den Raum, Drehungen, Bewegungen und koordinieren das Sehen. Vestibuläre Erfahrungen können nur durch Bewegung registriert, empfunden und schließlich erlernt werden.

Die häufige Immobilität schwerst geistig behinderter Menschen führt auch in diesem Fall zu einer Unterversorgung des vestibulären Wahrnehmungsbereichs und folglich zu einer eingeschränkten Aufmerksamkeit. Offensichtlich genügen bereits minimale Anregungen wie z.B. Schaukeln, um die Haltung eines Menschen zu festigen. Bereits kleinste Veränderungen sprechen das Vestibulärsystem an und aktivieren dieses. Rhythmische und sich wiederholende Bewegungsabläufe – z.B. Schwingbewegungen mit einem Tuch, in welches eine Hand oder ein Bein gelegt wird – helfen den KlientInnen den eigenen Körper auf neue Art zu erkennen und zu fühlen.

2.8.8.4 Audiorhythmischer Wahrnehmungsbereich

Viele Menschen mit einer schweren Mehrfachbehinderung leiden häufig an einer Hörschwäche oder sind gehörlos. Auch Beeinträchtigungen der Gesundheit, des Bewusstseins und der Wachheit können zu einer Irritation der auditiven Wahrnehmung führen. Da das „Hören“ ein überaus komplexer Vorgang ist – Luftschallwellen werden über das Ohr zu Nervenzellen des Innenohres weitergeleitet, dort umgeformt und verarbeitet – können sich bereits geringe Störungen auf die auditive Wahrnehmung auswirken. KlientInnen können dann Geräusche nicht mehr richtig zuordnen oder empfinden für sie fremde Geräusche als verwirrend und unerklärlich.

Wichtig ist, dass einfache Hörsituationen hergestellt werden, die auditiven Reize müssen auf ein Minimum reduziert werden und Hörangebote eindeutig sein. So wird z.B. während Musik spielt nicht mit den KlientInnen gesprochen. Es konnte beobachtet werden, dass besonders rhythmische akustische Reize die Aufmerksamkeit der KlientInnen wecken.

2.8.8.5 Orale und olfaktorische Wahrnehmungsbe- reiche

Der Mund mit seinen Geschmacksrezeptoren in Kombination mit dem Geruchssinn bietet dem Menschen den intensivsten Wahrnehmungsraum. Schon im Mutterleib ist ein Ungeborenes in der Lage an seinem Daumen zu lutschen. Wie eng die Symbiose zwischen Geschmacks- und Geruchssinn ist, ist daran erkennbar, dass bei einer Erkältung nicht nur die olfaktorische Wahrnehmung eingeschränkt ist, sondern auch die orale. Der Mund ist zudem das wichtigste Kommunikationsmittel und ermöglicht es Bedürfnisse mitzuteilen oder einzufordern (z.B. Schreien eines Säuglings). Ebenso kann die Mimik am Mund abgelesen werden und bei zwischenmenschlicher Kommunikation wird dem Mund besondere Beachtung geschenkt. Der Mund ist außerdem ein Berührungs- und Lustorgan. Bereits Kleinkinder haben das Küssen als Zuneigungsbekundung erlernt und zeigen durch Nachahmen des Küssens ob sie eine Person mögen.

Der Mund, gekoppelt mit der Nase, dient demnach vielseitigen Handlungs- und Erfahrungszwecken.

Es konnte beobachtet werden, dass bei Kindern und Erwachsenen mit fortschreitender Müdigkeit die Aktivität des Mundes bzw. der Zunge nachlässt und schließlich in einer tiefen Entspannung mündet, dem Schlaf.

2.8.8.6 Visueller Wahrnehmungsbereich

Das Sehen zählt zu der bewusstesten Art der Wahrnehmung. Durch das Sehen ist es möglich Bewegungen zu kontrollieren und zu koordinieren. Schwerst geistig behinderte Menschen leiden häufig an einer Sehschwäche, die jedoch auch durch Medikamentennebenwirkungen oder Krankheit hervorgerufen werden kann. Die Verarbeitung der Sinneseindrücke kann soweit gestört sein, dass das Wahrgenommene als bedrohlich oder unwirklich empfunden wird (schwarze Punkte an der Decke, die sich zu bedrohlichen Gesichtern formen). Die eingehenden visuellen Eindrücke werden aufgrund störender Bedingungen neu interpretiert und eine neue Wirklichkeit entsteht für die KlientInnen. Für Außenstehende wirken diese Personen oftmals verwirrt oder desorientiert. Vor allem bettlägerigen KlientInnen ist es nicht möglich, visuelle Reize anhand anderer Wahrnehmungsmöglichkeiten zu überprüfen (taktil). Durch die Monotonie des langen Liegens werden „innere Bilder“ konstruiert, die sich allmählich in das Bewusstsein drängen. Ein Abdriften in diese un reale Welt muss möglichst vermieden werden. Oft hilft eine veränderte Körperlage bzw. die Gelegenheit einer Überprüfung des Gesehenen.

2.8.8.7 Taktile Wahrnehmungsbereich

Durch jahrelanges Training hat der Mensch von Objekten „Greifbilder“ (Bienenstein & Fröhlich, 2007, S. 75) erworben. Durch bloßen Ertasten erkennt er einen Gegenstand wieder und weiß über seinen Nutzen und Gebrauch Bescheid. Bereits Säuglinge nutzen diese taktilen Fähigkeiten und umgreifen alle Gegenstände, die ihnen angeboten werden, denn Mehrdimensionalität kann nicht durch das alleinige Ansehen erfasst werden.

Bettlägerigen KlientInnen fehlen diese täglichen Impulse und es bleiben ihnen nur wenige in ihrer unmittelbaren Nähe befindliche Gegenstände zum Ergreifen (Bettdecke, Verband). Durch die vorherrschende Reizarmut droht KlientInnen eine Habituation. Gegenstände können nicht aktiv gesucht und berührt werden, was zu einem Gefühlsverlust der Hände führt. Nesteln kann daher als ein Symptom der Isolation aufgrund der eingeschränkten Wahrnehmungsmöglichkeiten angesehen werden.

2.8.8.8 Anwendungs- und Durchführungsmöglichkeiten

Im Folgenden sollen einige Beispiele für die Anwendung und Durchführung der Basalen Stimulation angeführt werden. Im Folgenden werden Techniken vorgestellt, die besonders bei schwerst behinderten Menschen – die oftmals bettlägerig sind – zum Einsatz kommen können.

Positionswechsel und Lagerung

- Eine Positionsveränderung kann z.B. durch eine sanfte Kopfberührung angezeigt werden. Durch Drehung des Kopfes in die jeweilige Richtung können sich die KlientInnen orientieren.
- Durch Nestlagerung kann der Körper gut gespürt und seine Grenzen wahrgenommen werden.
- Auf- und Absenken des Bettes fördert die Schwerkraftwahrnehmung.

visuelle Stimulation

- Bunte Tücher können über das Bett gehängt werden und bieten somit Abwechslung.
- Die Wand gegenüber dem Bett sollte gleichfalls anregend gestaltet werden.

Ganzkörperwäsche (GKW)

- Belebende und beruhigende GKW sollen den KlientInnen zu einer besseren Körperwahrnehmung verhelfen. Bewegungen gegen den Haar-

wuchs beleben und intensivieren die Wahrnehmung. Bewegungen mit den Haarwuchs wirken eher beruhigend. Eine niedrigere Wassertemperatur (ca. 28 °C) hilft die Aufmerksamkeit zu wecken, hingegen soll eine wärmere Wassertemperatur (ca. 37-40 °C) zur Entspannung beitragen.

- Symmetrische GKW sollen Betroffenen mit Gleichgewichtsstörungen helfen das eigene Körperbild zu rekonstruieren oder zu verbessern. Im Gegensatz zu anderen Wäschen werden bei der symmetrischen immer zwei Körperteile gleichzeitig berührt.
- Orientierende GKW zielt darauf ab, den KlientInnen ein möglichst breites Erfahrungsspektrum anzubieten. Betroffene sollen Unterschiede ihrer unmittelbaren Umgebung fühlen, spüren und riechen. Zu diesem Zweck werden unterschiedlichste Materialien wie z.B. Frotteehandschuhe, Bürsten, Steine im Wasser, verschiedene Duftnoten und Temperaturen eingesetzt.
- Diametrale GKW wird bei KlientInnen mit Muskelkontrakturen eingesetzt. Hierbei soll die hyperaktive Muskulatur entspannt und die hypoaktive Muskulatur angeregt werden.
- Neurophysiologische GKW kommen bei KlientInnen mit einer Hemiplegie (Halbseitenlähmung) oder neuralen Läsionen (Nervenschädigungen) zum Einsatz. Die Wahrnehmung der gestörten Körperhälfte oder -region soll wiederhergestellt bzw. verbessert werden. Hier wäscht das Pflegepersonal im ersten Teil vom z.B. gesunden Arm, über die Körpermitte, hin zum erkrankten Arm. Im zweiten Teil wird den KlientInnen ein Waschhandschuh übergezogen und die Hand von dem/der Pflegenden permanent geführt. Auch hier wird ausgehend von der fühlenden Seite, über die Körpermittellinie, hin zur nicht fühlenden Seite gewaschen. Durch ständiges Hineinfühlen wird das Gehirn angeregt, Impulse der Wahrnehmung zu geben und somit eine Wiederentwicklung des neuronalen Netzwerkes zu begünstigen.

Baden

- Baden muss nicht ausschließlich der Körperreinigung dienen, vielmehr soll das Wasser gespürt werden und ein leichtes Durchbewegen kann mit eingebunden werden.

Einreibungen

- Die beiden folgenden Formen können entsprechend der Ausführungsrichtung mit oder gegen die Haarwuchsrichtung beruhigend oder belebend wirken.
- Atemstimulierende Einreibung dient vorrangig dem Ziel, KlientInnen zu einer gleichmäßigen und tiefen Atmung zu verhelfen. Die Konzentrationsfähigkeit soll verstärkt und somit ein Öffnen für die Umwelt erzielt werden.
- Fuß- und Beinmassagen sollen den KlientInnen helfen ein z.B. bestehendes Schweregefühl in den Beinen zu kompensieren.

Mund und Nase

- Bevor den KlientInnen verschiedene Stimulationen angeboten werden, müssen die Präferenzen desjenigen bzw. derjenigen ermittelt werden. Am besten gelingt dies in Zusammenarbeit mit den Angehörigen. Sind die Vorlieben einmal bekannt, können den KlientInnen unterschiedlichste Gerüche (Parfüms) und Geschmäcker (süß, sauer, bitter) angeboten werden. Durch z.B. in Flüssigkeiten getränkte Mullkompressen oder mit Reiskörnern gefüllte Mullkompressen können auch die Mundinnenregion und die Zunge stimuliert werden.

2.9 Stellenwert der Pflege in Behinderteneinrichtungen

Wie bereits erwähnt ist das überwiegende Personal in der Behindertenbetreuung pädagogisch ausgebildet. Dies führt unter anderem zu einer teilweisen Abwertung des pflegerischen Tätigkeitsfeldes. Ding-Greiner und Kruse (2010) füh-

ren weiter aus, dass die notwendige Körperpflege von pädagogisch ausgebildeten Mitarbeitern oft als lästig und zeitraubend empfunden wird. Gerne werden pflegerische Maßnahmen an Pflegehilfskräfte oder sogar Zivildienstleistende und Praktikanten delegiert. Dies widerspricht jedoch gänzlich den Grundsätzen der Kranken- und Gesundheitspflege, wonach Körper, Geist und Seele eine Einheit bilden. Vergessen wird häufig, dass gerade diese Pflegehandlungen für schwer intellektuell und mehrfach behinderte Menschen die einzige Möglichkeit sozialer Kommunikation darstellt. Die Pflege muss auf mehr als nur „sauber, satt und trocken“ abzielen, sie muss vielmehr unter dem Aspekt der Förderung und Weiterentwicklung vorhandener Ressourcen und Fähigkeiten gesehen werden und in eine größtmögliche Selbstständigkeit führen. Die Durchführung pflegerischer Maßnahmen darf keinesfalls unterschätzt oder gar abgewertet werden. Entgegen der zum Teil auch heute noch herrschenden Meinung kommt der Pflege behinderter Menschen ein hoher Stellenwert zu und es muss auf eine qualifizierte und ausreichende Belegschaft geachtet werden.

2.10 Thematisierte Probleme in Behinderteneinrichtungen und Krankenanstalten von professionellen Pflegekräften

Wo Menschen miteinander arbeiten, treten Probleme auf. Wo Angehörige unterschiedlicher Disziplinen miteinander arbeiten, treten größere Probleme auf. Wo Angehörige unterschiedlicher Disziplinen und Hierarchien miteinander arbeiten, treten sehr große Probleme auf. Wenn es sich dann noch um ein Gebiet handelt, wo mit und für Menschen gearbeitet wird – die ebenfalls eine eigene Meinung haben – grenzt es an ein Wunder, dass das medizinische Versorgungssystem am Laufen gehalten werden kann und überdies weitgehend gut strukturiert ist und „einfach funktioniert“.

Konfliktpotential entsteht früher oder später zwangsläufig wo Menschen in Interaktion miteinander treten. „Wo gearbeitet wird, fallen auch Späne!“ Dieses Sprichwort trifft es wohl ganz gut. Wichtig ist lediglich, dass selbst bei größter

Arbeitsbelastung und hohem Stress auf das Wesentliche nicht vergessen wird: Trotz aller negativer Aspekte auf einen angemessenen Umgangston achten, sachlich bleiben und das Wichtigste, bei der täglichen Arbeit im Gesundheitswesen geht es um die Arbeit mit und für Menschen.

Im Folgenden soll auf die thematisierten Probleme von Pflege- und Betreuungskräften eingegangen werden. Zur Veranschaulichung wird mit allgemeinen Problemfeldern der personellen Hierarchie begonnen, und bei den speziellen Problemfeldern, die der Pflege- und Betreuungsberuf mit sich bringt, fortgesetzt.

2.10.1 Hierarchie

Laut Siegerist (2005) steht der Pflegeberuf und dessen Ausbildung in engem Bezug zu Krankenanstalten. Vorschriften, Handlungsabläufe, Kontrolle und interne Strukturen werden von den ÄrztInnen überwacht. Infolge dessen ergibt sich eine strukturelle Abhängigkeit und eine strenge Hierarchiefolge für das Pflegepersonal. Doch auch innerhalb des Pflegebereichs liegen starre Hierarchien vor: Stationsschwester/Stationspfleger – Oberschwester/Oberpfleger – PflegedirektorIn.

Die Ärzteschaft hat laut Siegerist (2005) aus folgenden Gründen den Führungsanspruch inne:

- ÄrztInnen besitzen das umfangreichste Wissen und Können und einen hohen sozialen Status, weshalb sie auch die Entscheidungen und Letztverantwortlichkeit tragen. Es herrscht eine Monopolstellung der Ärzteschaft.
- Angesichts dieser Monopolstellung leiten ÄrztInnen das Recht zu delegieren ab. Tätigkeiten werden den nachgeordneten Berufsgruppen wie z.B. dem Pflegepersonal abgetreten.
- ÄrztInnen haben sowohl das Recht als auch die Pflicht der Kontrolle.

- Aus diesen hierarchischen Strukturen entsteht ein Machtgefälle zwischen den Berufsgruppen.

Zu weiteren Komplikationen zwischen den Berufsgruppen kommt es, wie Siegrist (2005) erklärt, durch unangemessene Kommunikation und unklare Zuständigkeiten. Vorschläge des Pflegepersonals werden häufig nicht berücksichtigt und unterschiedliche Therapiekonzepte bergen weiteres Konfliktpotential. Auch kritisieren manche ÄrztInnen die pflegerische Arbeit vor den KlientInnen, was vom Pflegepersonal als unangemessen und belastend empfunden wird.

Verbessert wurde diese Situation durch neue Pflegekonzepte, die den Angehörigen der Pflegeberufe integrative Aufgaben zusprechen. Zu den Neuerungen zählen die Pflegeplanung, die Pflegeprozessgestaltung sowie die Evaluierung der Behandlungsqualität. Zu einer ganzheitlich orientierten Pflege gehören ebenfalls Aufgaben wie Aufnahme- und Entlassungsgespräch, Pflegeanamnese, Stationskonferenzen und berufsübergreifende Fallbesprechungen.

2.10.2 Unzureichende Ausbildung

In der Ausbildung von Alten- und KrankenpflegerInnen sowie der HeimhelferInnen und SozialbetreuerInnen wird laut Ding-Greiner und Kruse (2010) die Pflege geistig behinderter Menschen entweder gar nicht oder nur im geringen Maße thematisiert und gelehrt.

Angehörige des Pflegeberufes verfügen daher laut Ding-Greiner und Kruse (2010) über kaum über Wissen im Umgang mit dieser Personengruppe und über die speziellen Anforderungen. Es fehlen Kenntnisse betreffend der Multimorbidität bei Menschen mit geistiger Behinderung, den Umgang mit atypischen Symptompräsentationen, der erschwerten Kommunikation bei verbalen Defiziten und der Erfahrung im Umgang mit Ängsten vor diagnostischen Maßnahmen und/oder medizinischen Eingriffen.

Dies kann, wie Ding-Greiner und Kruse (2010) weiter ausführen, auf die Psychiatriereform zurückgeführt werden. Im Zuge dieser Umstrukturierung wurde die Betreuung geistig behinderter Menschen in den pädagogischen Bereich ausge-

lagert. Der Beruf des Heilpädagogen und des Heilerziehungspflegers wurde speziell auf die Bedürfnisse von geistig behinderten Menschen ausgerichtet. Diese verfügen jedoch vielfach über wenig Kenntnisse betreffend der vorherrschenden Krankheiten und sind in der Pflegeanwendung oft unsicher.

2.10.3 Allgemeine Arbeitsbelastungen des Pflegeberufes

Auf der einen Seite wird qualitativ hochwertige Arbeit von MitarbeiterInnen des Pflege- und Betreuungsberufes vorausgesetzt. Ein voranschreitender Abbau des Pflege- und Betreuungspersonals sowie eine Reduzierung der finanziellen Leistungen auf der anderen Seite, wie Siegerist (2005) aufzeigt, erschweren und belasten jedoch diese Arbeit.

Siegerist (2005) hat hierzu vier allgemeine Bereiche der Arbeitsbelastungen, die das Pflegepersonal – sowie auch das Betreuungspersonal – betreffen definiert:

- psychomental: hohe Verantwortung, Überforderung, Zeitdruck, begrenzte Autonomie
- sozioemotional: Rollenkonflikte und Spannungen in der Zusammenarbeit, Konfrontation mit belastenden Situationen bei KlientInnen, verschiedene Formen beruflicher Erwartungsenttäuschungen
- physikalisch: körperliche Beanspruchung (schweres Heben und Tragen, viel gehen, langes Stehen u.s.w.)
- psychophysisch: Schichtarbeit, Nachtschichten, wechselnde Schichtzyklen.

Zudem darf laut Siegerist (2005) nicht vergessen werden, dass die bereits existierende Arbeitsbelastung, die der Pflege- und Betreuungsberuf mit sich bringt, noch durch schlechte Bezahlung, begrenzte Aufstiegsmöglichkeiten, Personalknappheit, veraltete Führungsstrukturen, unzureichende Ausbildungen, einer immer ausführlicheren Dokumentation u.v.m. verschärft wird.

Ding-Greiner und Kruse (2010) führen weiter aus, dass besonders die Kürzung finanzieller und personeller Mittel bzw. Fluktuationen zu einer erhöhten Belastung der MitarbeiterInnen führen. Eine individuelle Betreuung wird aufgrund des Zeitmangels unrealisierbar und daraus resultierend beschränkt sich die Pflege häufig auf die Gewährleistung der Grundpflege.

2.10.4 Besondere Anforderungen und Belastungen bei der Arbeit mit intellektuell und mehrfach behinderten Menschen

Aus den bisher aufgezeigten Resultaten kann – ebenso wie bei Ding-Greiner und Kruse (2010) erörtert wird – geschlossen werden, dass mit dem steigendem Alter der zu betreuenden Menschen die körperlichen Anforderungen des Pflege- und Betreuungspersonals steigen. Mit zunehmendem Alter häufen sich Erkrankungen, der Pflegebedarf schreitet voran, eine Abnahme der Mobilität ist feststellbar, betagtere Menschen müssen häufiger gewaschen, gelagert und gehoben werden, bei der Nahrungsaufnahme muss mit Störungen gerechnet werden, Bewegungsabläufe verlangsamen sich, es kommt zu einer Erschwerung der Kommunikation bzw. benötigt ein älterer Bewohner mehr Zeit um das Verstandene umzusetzen. Kurzum, selbst einfachste Handlungsabläufe nehmen mit steigendem Alter mehr Zeit in Anspruch.

Da, wie bereits von Ding-Greiner und Kruse (2010) dargelegt wurde, in der Behindertenhilfe hauptsächlich pädagogisch ausgebildetes Personal zum Einsatz kommt, sind auch sie es, die vermehrt pflegerische und hauswirtschaftliche Tätigkeiten übernehmen müssen. Eine mangelhafte Ausbildung auf diesen Gebieten führt oft zu einer Überforderung der Betreuungspersonen. Mit zunehmendem Alter wird auch die Pflege und Betreuung von Menschen mit einer geistigen Behinderung anspruchsvoller. Oft fehlen die notwendigen Kenntnisse zur Durchführung einer qualitativ ausreichenden Pflege und das benötigte Wissen wird häufig von MitarbeiterInnen zu MitarbeiterInnen weitergegeben. Diese informelle Form der Wissenserweiterung ist jedoch unzureichend, wird von den

Betreuungspersonen selbst als mangelhaft bezeichnet und führt zu einer unsicheren Arbeitsweise.

Als besondere Belastung wird, wie oben bereits gezeigt, die körperliche Pflege angesehen. Mit zunehmendem Alter wächst auch der Pflegebedarf und es kommt aufgrund von Stürzen, Inkontinenz, Verlust der Selbstständigkeit, einer Zunahme von Folgeerkrankungen und der bereits mehrfach angesprochenen allgemeinen Verlangsamung zu einer erhöhten körperlichen Belastung des Pflege- und Betreuungspersonals.

Ebenfalls als besonders schwer werden Konfliktsituationen im Team und auch zwischen MitarbeiterInnen und KlientInnen angesehen. Konflikte bringen eine hohe psychische Belastung mit sich und ein emotionales Abgrenzen gelingt nicht immer. Die sich daraus ergebende gedrückte Stimmung wirkt sich wiederum negativ auf die KlientInnen aus und erschwert im Gegenzug den Umgang miteinander. Trotz intensiver Bemühungen durch die MitarbeiterInnen bleiben positive Veränderungen oft aus oder es kommt nur zu mangelnden Fortschritten, was gleichfalls als Belastung und Enttäuschung empfunden wird.

Entgegen des allgemeinen Auftrages einer individuellen Betreuung und Förderung rückt aufgrund des Zeitmangels und der Personalknappheit Gruppenbetreuung in den Vordergrund. Möglichkeiten zum persönlichen Gespräch sind rar gesät und allzu oft kommt die Betreuung ruhiger KlientInnen zu kurz, da die Aufmerksamkeit auf den „lauteren“ KlientInnen ruht. Darüber hinaus erfahren KlientInnen mit einem erhöhten Pflegebedarf mehr Unterstützung als jene mit einem niedrigeren Pflegebedarf. Die Qualität der Pflege und Betreuung nimmt ebenfalls aufgrund der eingeschränkten Zeit ab.

2.11 HABIT

HABIT steht für „Haus der Barmherzigkeit Integrationsteam“. Leitbild dieser Einrichtung ist die qualitativ hochwertige Betreuung von schwerst mehrfach behinderten Menschen. Ihnen soll ein normales gesellschaftliches Leben mit Selbstbestimmung und Würde ermöglicht werden. Leitlinien des HABIT sind Integrati-

on, Normalisierung, Selbstbestimmung und Lebensqualität. Die jeweils acht bis elf KlientInnen wohnen in vollbetreuten Wohngemeinschaften und haben häufig eine Pflegegeldstufe von fünf bis sieben (sieben ist die höchste Pflegegeldstufe). Unter Tags werden die zum Teil immobilen bzw. teilmobilen KlientInnen in Basalen Tageszentren betreut. Insgesamt stehen rund 250 MitarbeiterInnen in qualifizierten Betreuungsteams, mit Ausbildungen im sonderpädagogischen und/oder pflegerischen Bereich, den KlientInnen Tag und Nacht zur Verfügung (vgl. Homepage und Medien-Informationsbroschüre des HABIT, www.hausderbarmherzigkeit.at).

2.11.1 Geschichtlicher Überblick

Mitte des 19. Jahrhunderts, so kann man der Chronik des Hauses entnehmen, stirbt jede/r vierte BewohnerIn in Wien an Tuberkulose. Viele Menschen werden aufgrund von „Schwindsucht“, Unterernährung oder Rachitis zu chronisch Kranken und infolgedessen verstoßen. 1864 gründet Franz Eipeldauer die „Bruderschaft der allerheiligsten Dreifaltigkeit“ um die in Wien herrschende Not zu lindern. Hauptaufgabe dieser Gemeinschaft ist die Führung eines Hauses für „Unheilbare, Arme und Kranke“. Die Betreuung der chronisch Kranken übernimmt 1875 der Orden der Barmherzigen Schwestern vom Hl. Vinzenz von Paul mit vier Schwestern und einer Oberin. Leitbild dieser Einrichtung ist die Pflege armer, schwer- und unheilbar kranker Menschen, welchen neben einer kostenlosen medizinischen Versorgung auch Abwechslung und Freude geboten werden sollte. Somit wird die Institution Vorbild für viele ähnliche Einrichtungen im In- und Ausland.

Bereits im Jahre 1900 hat das Haus der Barmherzigkeit – aufgrund zahlreicher Spenden von Privatpersonen – 500 Betten.

1939 wird das Haus der Wiener Gemeinde auf Befehl des NS-Regimes überantwortet. Nach und nach verschwinden die BewohnerInnen des Hauses – darunter auch Kinder – und fallen dem Regime zum Opfer, die geistlichen Schwestern werden als Hilfskräfte geduldet. Gegen Ende des Krieges wird das Haus der Barmherzigkeit durch Bombenangriffe fast völlig zerstört.

1953 wird das Haus an die Erzdiözese zurückgegeben und 1954 mit dem Wiederaufbau begonnen.

1965 eröffnet das Haus eine eigene Station für mehrfach behinderte Kinder und Jugendliche und ist damals, neben den psychiatrischen Einrichtungen, die einzige Institution im Bereich der Pflege und Betreuung geistig und mehrfach behinderter Menschen.

1983 würdigt der Papst Johannes Paul II. das Haus der Barmherzigkeit im Zuge eines Besuchs.

In den 90er Jahren tritt eine „weltliche“ Pflegedienstleitung anstelle der „geistlichen“ und erste Bemühungen einer Reformierung des Behindertenbereichs beginnen.

1997/1998 werden die ersten Wohngemeinschaften für schwer mehrfach behinderte Menschen in einem familienähnlichen Umfeld eröffnet, Leitsätze wie Integration und Normalisierung werden erstmals verwirklicht.

1999 wird gemeinsam mit der Gemeinde Wien der Grundstein für die Errichtung neuer kleiner Wohngemeinschaften gelegt. In den folgenden Jahren werden laufend neue Wohnplätze eröffnet.

2003 eröffnen zwei Basale Tageszentren und es kommen kontinuierlich neue Wohngemeinschaften und Basale Tageszentren hinzu (vgl. Homepage des HABIT, www.hausderbarmherzigkeit.at).

2.11.2 Leistungsangebot

Das HABIT betreut rund 270 Menschen mit schweren mehrfachen Behinderungen in 14 Wohngemeinschaften und vier Basalen Tageszentren in Wien und Niederösterreich. Das pädagogisch und/oder pflegerisch ausgebildete Fachpersonal betreut die KlientInnen rund um die Uhr und orientiert sich an ganzheitlichen Konzepten. Auf Basis der Ganzheitlichkeit nehmen KlientInnen des HABITs an allen Tagesabläufen teil, sei es Kochen, Wäsche waschen, einkaufen, Amtswegen erledigen u.v.m. Durch die moderne Schaffung von Kommunikationsmöglichkeiten (computergestützt, über Atemfrequenz, Visualisierung u.s.w.) wird den KlientInnen zu einem selbstbestimmten Leben verholfen.

Desweiteren erfahren die KlientInnen durch Einzelbegleitung zu Kursen oder Veranstaltungen auch außerhalb der Wohngemeinschaft eine individuelle Betreuung. Ganzjährig werden Feste, gemeinsame Ausflüge und Feiern organisiert.

Auch eine tages- bzw. wochenweise Betreuung schwerst mehrfach behinderter Menschen zählt zum Leistungsprogramm des HABIT.

In den vier Basalen Tageszentren werden knapp 120 KlientInnen betreut und gefördert. Das Hauptaugenmerk wird auf einen selbstbestimmten und nachvollziehbaren Alltag gelegt. In diesem Sinne kommen professionelle Konzepte wie die Basale Stimulation, Bezugsbetreuung, ganzheitliche Pflege, Motopädagogik, Tiertherapie, unterstützte Kommunikation und ein körpernaher Dialog zum Einsatz (vgl. Homepage des HABIT, www.hausderbarmherzigkeit.at).

3 Qualitativer Teil

Trotz aller Bemühungen in der aktuellen Literatur praxisnahe Beiträge über die Pflege und Betreuung intellektuell und mehrfach behinderter Menschen zu finden, ist mir dies nur bedingt gelungen. Viele Ansätze beziehen sich auf rein theoretische Annahmen oder beschäftigen sich mit anderen Themengebieten so z.B. Praxisbeispiele der Altenpflege. Darüber hinaus geben diese Beiträge nur wenig Auskunft über die tatsächlichen Arbeitsabläufe, Handlungsfelder, Probleme und Belastungen mit denen das Pflege- und Betreuungspersonal tagtäglich konfrontiert wird.

Aus diesen Gründen habe ich mich dazu entschlossen, ergänzend mit einem Betreuer aus der Praxis zu sprechen. Er gewährte mir einen tiefen Einblick in die Wirklichkeit und ließ mich an seinen Erfahrungen teilhaben. Er berichtet über Arbeitsabläufe, den Stellenwert seiner Arbeit, über Probleme und Belastungen, aber auch über die Freuden und Sinnhaftigkeit seiner Arbeit.

Da es sich bei meiner Diplomarbeit um eine Literaturarbeit handelt und das Interview nicht verallgemeinert werden kann, soll dieser Praxisbeitrag einen interessanten Einblick in den Alltag gewähren und mit Aussagen aus der vorherrschenden Literatur verglichen werden.

3.1 Methodik

Auf der Basis meiner Diplomarbeit habe ich mich für einen qualitativen Zugang zu dem Interview entschieden. Bei der Pflege und Betreuung behinderter Menschen stehen nicht Zahlen bzw. Statistiken im Vordergrund, vielmehr geht es um Individuen und die ihnen zugrunde liegenden Erlebnisswelten. Laut Girtler (2001) lässt ein qualitatives Vorgehen den Erzählenden genügend Spielraum sich frei entfalten zu können. Sie müssen sich nicht – wie bei quantitativen Methoden – auf eine annähernd geeignete vorgegebene Antwort beschränken, die Erzählenden können bei Interviews ihre persönliche Sicht der Dinge darstellen und so dem/der Befragenden neue Richtungen weisen. Erst wenn man sich auf

sein Gegenüber einlässt und Vertrauen aufbaut, kann derjenige/diejenige auch über unangenehme oder tabuisierte Themen offen sprechen.

Ansichts dieser Überlegungen liegt es nahe, dass im Falle dieser Diplomarbeit, nur qualitative Methoden einen ungefilterten Einblick in das Alltagsgeschehen liefern können.

Vor diesem theoretischen Hintergrund habe ich mich für das „ero-epische Gespräch“ entschieden. Roland Girtler (2001) hat diesen Begriff in Anlehnung an die „Odyssee“ von Homer entwickelt. In diesem Werk werden durch geschickte Fragen viele Erzählungen angeregt und beides im Gespräch kunstvoll miteinander verwoben. Wie Girtler (2001) darstellt, leiten sich die Begriffe „ero-episch“ von den altgriechischen Wörtern „Erotema“, was so viel wie „Frage“ bedeutet, und „Epos“, welches die Bedeutung „Erzählen“ trägt, ab. Dementsprechend beginnt ein solches Gespräch mit keiner Frage, vielmehr mit einer Erzählung des/der Forschers/Forscherin mit Hilfe derer Interesse bei demjenigen/derjenigen geweckt werden soll, von dem der/die ForscherIn etwas wissen will.

Bei einem „ero-epischen Gespräch“ sind beide Gesprächspartner gleichwertig, sie sollen sich öffnen, um so einen tiefen Einblick in einen Forschungsgegenstand zu ermöglichen. Aufbauend auf diesem theoretischen Hintergrund gibt es nicht „den/die FragenstellerIn“ und „den/die BeantworterIn“. Von beiden Parteien ist ein Erzählen und Fragen gleichermaßen erwünscht. Bei der vorgestellten Methode soll der/die GesprächspartnerIn durch bloßes Fragenstellen nicht unter Zugzwang gebracht werden, vielmehr entwickelt sich durch beiderseitiges Einbringen eine entspannte Gesprächsatmosphäre.

Mein Bemühen, GesprächspartnerInnen zu finden, wurde tatkräftig durch meine FreundInnen unterstützt und führte schlussendlich zur Vermittlung eines Heilpädagogen. Das Gespräch fand im Umfeld des Betroffenen statt. Nach einer kurzen Erklärung und Einführung in die Thematik meinerseits, erklärten er sich an der Teilnahme des Gesprächs bereit. Er wurden über die weitere Vorgehensweise und die anonyme Verwendung und Sicherung der Daten informiert.

In Anbetracht des theoretischen Hintergrundes habe ich es vermieden mit „plumpen“ Eingangsfragen das Gespräch zu eröffnen und stattdessen – im Sin-

ne eines „ero-epischen-Gesprächs“ nach Girtler (2001) – von meinen Beweggründen für diese Diplomarbeit und meinem bis dato erworbenen theoretischen Wissen erzählt. Bereits nach kurzer Zeit stieg mein Gesprächspartner in die Unterhaltung mit ein und erzählte mir seine „eigene Geschichte“.

3.2 Zusammenfassung des Interviews und Ergebnisse

Da es sich um ein einzelnes Gespräch handelt, können daraus keine allgemein gültigen Aussagen zu den erwähnten Bereichen abgeleitet werden. Vielmehr soll ein informativer und anschaulicher Einblick in die tägliche Arbeit mit behinderten Menschen geliefert werden. In diesem Sinne können auch keine Ergebnisse dargeboten werden, vielmehr sollen im Folgenden relevante, aufschlussreiche und zum Teil von mir nicht geahnte Passagen des Gesprächs zusammengefasst werden.

Herr X erzählt mir von seiner Arbeit in einer Betreuungstagesstätte in Niederösterreich. Er ist ausgebildeter Heilpädagoge und hat im Zuge des 2005 verabschiedeten Sozialbetreuungsgesetzes das Ausbildungsmodul „Unterstützung bei der Basisversorgung“ nachgeholt. Er ist seit einigen Jahren Leiter dieser Einrichtung und mit ihm befinden sich insgesamt zehn Personen im Betreuungsteam. Neben zwei Heilpädagogen arbeiten noch zwei Sozialpädagoginnen, zwei Pflegehelferinnen, zwei Sonderkindergartenpädagoginnen, eine Heilerziehungspflegerin und eine diplomierte Fachsozialbetreuerin im Team. In der Tagesstätte gibt es sämtliche Pflegegeldstufen bei den KlientInnen. Anzumerken ist, dass noch nicht alle MitarbeiterInnen die „UBV“-Ausbildung absolviert haben.

Die KlientInnen kommen entweder alleine, oder werden durch Fahrtendienste in das Tageszentrum gebracht. Die Betreuung beginnt um 8:00 Uhr und endet um 16:00 Uhr. Für die mobileren KlientInnen beginnt sogleich der Arbeitstag, der lediglich durch ein Mittagessen und eine Pause unterbrochen wird. Für immobile KlientInnen mit einer hohen Pflegestufe sieht der Tagesablauf etwas differen-

zierter aus. Da bei dieser Personengruppe Handlungsabläufe länger dauern oder gar nicht selbst ausgeführt werden können, nehmen die meisten nicht an der Produktionsarbeit teil. Sie werden hauptsächlich durch Basale Stimulation gefördert. Einen Großteil der Zeit nimmt jedoch die Pflege und Nahrungsaufnahme in Anspruch. Herr X schätzt, dass ca. ein Drittel der Zeit nur für die Nahrungsaufnahme verwendet werden muss. Den zum Teil schwerst mehrfach behinderten KlientInnen muss das Essen teils püriert und teils über eine Sonde zugeführt werden. Auf meine Nachfrage, ob das alle MitarbeiterInnen machen und vor allem dürfen, antwortet er mir: *„Naja, wir machen es halt. Wir wissen ja, wie es funktioniert.“*

Im Verlauf des Gespräches kommen wir immer wieder auf die medizinische und die Basisversorgung zu sprechen. Herr X erzählt mir, dass diese von allen MitarbeiterInnen durchgeführt wird. Wenn Personalmangel herrscht bzw. in der Urlaubszeit, kommen ebenso ZivildienstlerInnen und/oder PraktikantInnen zum Einsatz. Ich frage etwas genauer nach und er gesteht mir, dass ZivildienstlerInnen und PraktikantInnen ebenfalls die Basisversorgung ausführen. Herr X: *„Wir zeigen ihnen wie es geht und sie machen das dann. Komplizierte Sachen machen sie eh nicht, aber bei der Grundversorgung helfen sie mit.“* Auf meine Frage, wer denn die „komplizierten Sachen“ erledigt und worum es dabei handelt erzählt er mir, dass damit die medizinische Versorgung gemeint wäre. *„Wir machen alles, von der Basispflege, über Essenszubereitung, das Füttern, Spritzen und Medikamente geben, einfach alles wird von uns gemacht“*, so Herr X. Als ich ihn darauf anspreche, ob er und seine MitarbeiterInnen dafür qualifiziert wären, lächelt er. Herr X weiter: *„Eigentlich dürften wir es nicht, aber wer soll's denn machen, ist ja keiner da. Wenn einer unserer Klienten ausrastet, dann spritzen wir eben Beruhigungsmittel. Die werden eh vom Arzt in der richtigen Dosierung verschrieben. Wir halten uns daran und spritzen das einfach.“* Er gesteht mir, dass es hierbei durchaus vorkommt, dass entweder ein falsches Präparat oder die falsche Dosierung verwendet wird. Etwas „Ernstes“ sei noch nie passiert, aber dass KlientInnen kollabiert sind oder einfach *„weggetreten“* waren, komme häufiger vor. Als ich nachfrage, ob die Angehörigen davon erfahren und wenn ja, was diese dazu sagen würden, so Herr X: *„Klar erfahren sie das,*

aber was sollen´s denn machen? Sie wissen ja wie das läuft. Sie kennen ja unser System und wissen, dass einfach viel zu wenig Personal da ist.“

Als ich Herrn X frage, was die Hauptaufgaben bei der Betreuung schwerst und mehrfach behinderter Menschen sind, erklärt er mir, dass wie bereits erwähnt ein Hauptteil der Zeit auf die Pflege und Nahrungsaufnahme entfällt, darüber hinaus täglich die Basale Stimulation zur Anwendung kommt, diese Personen-Gruppe in alle Handlungen und Abläufe mitintegriert wird. Auf meine Nachfrage, welche Probleme und Belastungen bei der Arbeit mit behinderten Menschen aufkämen, erklärt er mir, dass sie vor allem mit aggressiven Verhalten der KlientInnen zu kämpfen hätten, sexueller Belästigung von KlientInnen und Übergriffen, verbalen Drohungen und Beleidigungen, sowie sozialen Spannungen im Team, Dauerbereitschaft während der Arbeitszeit, mäßige Entlohnung und keine Pausen. Depressives und selbstverletzendes Verhalten der KlientInnen belasten das Klima noch zusätzlich. Herr X: *„Wenn man den ganzen Tag mit Depressiven und Selbstmordgefährdeten zu tun hat, dann ist das schon belastend.“* Zusammenfassend kann gesagt werden, dass bei schwerst mehrfach behinderten KlientInnen die physischen Komponenten als eher belastend empfunden werden, wohingegen bei leichten Behinderungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten die psychischen Faktoren überwiegen.

Eine Sonderstellung nehmen hier die Angehörigen ein. Herr X erzählt mir, dass er sehr oft mit den Angehörigen sprechen muss. Zum einen sind diese sehr isoliert von der „normalen“ Welt und brauchen *„manchmal einfach wen zum Reden. Sonst können sie ja mit niemandem darüber reden. Wir sind so eine Art Gesprächstherapie für Angehörige.“* Zum anderen brauchen Angehörige viel Anerkennung ihrer eigenen Leistungen bzw. ist der Leistungsanspruch gegenüber dem Betreuungs- und Pflegepersonal immens hoch. Dies spiegelt sich darin wider, dass oftmals die Arbeit der MitarbeiterInnen der Betreuungseinrichtung schlecht gemacht wird. Insbesondere trifft dies für die Basisversorgung zu. Angehörige beschwerten sich oft darüber, dass ihre Kinder nicht richtig gekleidet wären, dass die Pflege etwas zu wünschen übrig lässt u.v.m. Herr X: *„Das kann wirklich anstrengend sein, aber wir wissen das ja und wissen auch, wie wir damit umgehen müssen. Das geht bei einem Ohr rein und beim anderen wieder*

raus. Man darf so was halt nicht persönlich nehmen. Wir wissen ja, dass wir gute Arbeit leisten und Angehörige brauchen eben viel Bestätigung, dass sie ihre Arbeit gut machen. Ich denke, dass ist ihnen oft auch gar nicht bewusst, sie meinen's ja nicht böse´.“

Als ich bei Herrn X über die Zusammenarbeit mit Krankenanstalten nachfrage, fängt er an zu lächeln. Herr X: *„Krankenhäuser und Ärzte sind eine Sache für sich.“* Er berichtet mir, dass ca. 70 % der Erfahrungen mit Krankenhäusern und ÄrztInnen als negativ bewertet werden können. Herr X ist der Meinung, dass die ÄrztInnen generell wenig Erfahrung mit behinderten Menschen haben oder aber einfach kein Interesse an ihnen besteht. Auch in der Ausbildung wird laut Herrn X zu wenig über Behinderungen gelehrt. Außerdem sind die meisten ÄrztInnen, sowie auch das Pflegepersonal, den Umgang mit behinderten Menschen nicht gewohnt und wissen oft nicht, wie sie reagieren sollen. Er ist weiters der Meinung, dass 90 % der Diagnosen reine *„Proforma-Diagnosen“* wären. Herr X: *„Die schauen sich den Menschen an und erstellen dann irgendeine Diagnose, ich glaube, die meisten schreiben irgendwas hin. Manche Formen sind ja auch so selten, die bekommt ein Arzt nur einmal in seinem Leben zu sehen, woher soll er das denn dann wissen. Es gibt einige wenige Ausnahmen, die sind sehr bemüht und kümmern sich richtig gut. Aber die meisten wissen mit einem behinderten Menschen nix anzufangen.“* Er schildert mir weiters, dass es durchaus häufiger vorkommt, dass behinderte Menschen keine adäquate Untersuchung und Behandlung erhalten. Gerade bei schwerst mehrfach behinderten Menschen ist eine Diagnose äußerst schwierig, da diese Personen zum Großteil eine Kommunikationseinschränkung haben bzw. völlig kommunikationslos sind. ÄrztInnen und Pflegepersonal fehlt es hier häufig an Zeit, sich die notwendige Basiskommunikation des Behinderten zu erarbeiten. Ein weiteres Problem besteht laut Herrn X darin, dass das Betreuungs- oder Pflegepersonal, welches den behinderten Menschen begleitet, nicht dieselbe Vertretungskompetenz hätte wie ein direkter Angehöriger. Er berichtet, dass es sogar vorkommen kann, dass KlientInnen ohne Behandlung wieder entlassen werden. Auf meine Nachfrage, wie damit umgegangen wird bzw. was unternommen wird, schildert er

mir: „Naja, wenn ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin von uns vor Ort ist, dann versuchen wir das mit den Ärzten direkt zu klären und reden mit ihnen. Aber manche Mitarbeiter trauen sich das nicht, dann fährt ein anderer nochmals mit ihm ins Krankenhaus. Beim zweiten Mal funktioniert das meistens. Die meisten Ärzte wissen einfach nicht, wie sie mit einem behinderten Menschen umgehen müssen. Man muss aber schon sagen, dass die Schwestern und Pfleger oft sehr bemüht sind. Aber die Ärzte interessiert es meist nicht so. Kann ich ja auch verstehen. Die stehen sowieso alle unter Zeitdruck und die Behandlung eines behinderten Menschen dauert nun einmal viel länger.“

Im Laufe des Gesprächs erzählt mir Herr X, dass er insgesamt die Lage der behinderten Menschen in Österreich als sehr gut einschätzen würde. Natürlich gibt es noch einen großen Aufholbedarf (Selbstbestimmung, zu geringe Anzahl der Tagesbetreuungsstätten, Integration in die Gesellschaft u.v.m.), aber alles in allem hat sich die Situation behinderter Menschen in Österreich in den letzten Jahren und Jahrzehnten sehr verbessert. Betreffend der Wohnmöglichkeiten für Menschen mit einer Behinderung, so Herr X, ist die Lage in Österreich sehr zufriedenstellend. Die Unterbringung in Heimen wurde zum größten Teil durch moderne Wohngemeinschaften abgelöst. Je nach Bedarfslage werden die Wohnmöglichkeiten entweder direkt in einer Gemeinde integriert, oder, falls notwendig, eher außerhalb bzw. am Land errichtet. Er erklärt mir weiter, dass die noch bestehenden Heimen – durch Umbaumaßnahmen und Modernisierung – an den Standard der Gesamtbevölkerung angeglichen wurde. Einziger Kritikpunkt des Herrn X sind die Altenpflegeheime. Auch hier werden nach wie vor behinderte Menschen in großer Zahl untergebracht. Er schätzt die Dunkelziffer sehr hoch ein und würde sich hier eine Verbesserung wünschen.

Zu guter Letzt will ich die positiven Aspekte der Behindertenarbeit, die mir Herr X im Laufe unseres Gesprächs offenbart hat, aufzeigen. Er berichtet mir, dass die Resonanz der Gesamtbevölkerung eine sehr positive ist. Er genießt in seinem Freundes- und Bekanntenkreis hohes Ansehen. Die Arbeit mit behinderten Menschen ist abwechslungsreich, der Tagesablauf kann relativ frei gestaltet

werden, er kann regelmäßig an Fortbildungskursen teilnehmen, die eigene Kreativität und Ideen können in die Arbeit miteingebracht werden und er hat eine hohe Eigenverantwortung. Das Arbeiten im Team und die regelmäßigen Besprechungen empfindet er ebenfalls als sehr positiv. Das letzte Wort möchte ich gerne ihm selbst überlassen: *„Es gibt nix Schöneres, als an einem schönen Sommertag im Freien draußen zu sitzen, einer spielt auf der Gitarre und wir genießen alle die Sonne. Wenn man ein Lächeln oder eine wertschätzende Geste zurückbekommt, dann haben sich alle Mühen gelohnt.“*

Vergleicht man nun diese Äußerungen mit der in dieser Arbeit dargestellten Literatur, scheinen etliche Ähnlichkeiten und Überschneidungen erkennbar.

Die im Gespräch beschriebenen Arbeitsbelastungen decken sich zum Großteil mit jenen, die in der Theorie festgehalten wurden. Ähnliches gilt für die vorherrschenden Probleme. Ein Hauptaugenmerk liegt hier auf der rechtlichen Grauzone. Handlungen und Entscheidungen werden häufig ohne ausreichende Kenntnisse getroffen und durchgeführt. Dem Pflege- und Betreuungspersonal bleibt jedoch in vielen Fällen keine andere Möglichkeit, denn, sind zu wenig qualifizierte MitarbeiterInnen vorhanden, müssen Tätigkeiten oft von nicht ausgebildetem Personal verrichtet werden. Einerseits liegt dies mit Sicherheit an den fehlenden finanziellen Mitteln um professionell ausgebildetes Personal einstellen zu können, andererseits hatte ich im Laufe des Gesprächs das Gefühl, dass den MitarbeiterInnen vor Ort oft keine andere Wahl bleibt, als schnell und im eigenen Ermessen zu handeln. In vielen Situationen fehlt die Zeit um sich Hilfe von anderer Stelle zu holen, bzw. Rücksprache zu halten und so werden bzw. müssen eventuelle Nachteile und im schlimmsten Fall sogar gesundheitliche Risiken bzw. Schäden in Kauf genommen werden.

Eine Abweichung respektive eine fehlende Behandlung in der Literatur konnte bei den Aufgabenbereichen festgestellt werden. In den gesammelten Büchern, Zeitschriften und Internetplattformen, mit denen ich mich im Zuge dieser Arbeit beschäftigt habe, wurde die Nahrungsaufnahme bei Menschen mit einer intellektuellen und mehrfachen Behinderung gar nicht oder nur unzulänglich behan-

delt. In Anbetracht des mit Herrn X geführten Gesprächs nimmt diese Handlung jedoch bei der Betreuung schwerst behinderten Menschen einen Großteil der Zeit in Anspruch. Die Nahrungsaufnahme über PEG-Sonden (Kunststoffschlauch der über einen Eingang im Bauch in den Magen führt) steht hier an der Tagesordnung. Dieses Themengebiet könnte Gegenstand neuer Forschungsfragen und Studien sein.

4 Schlussfolgerung und Ausblick

Abschließend kann festgehalten werden, dass bei der Pflege und Betreuung behinderter Menschen in den letzten 30 bis 40 Jahren enorme Fortschritte zu verzeichnen sind. In Anbetracht der allgemeinen Geld- und Güterknappheit nach dem Zweiten Weltkrieg mag es nicht verwundern, dass für die Renovierung und/oder Neubauten sozialer Einrichtungen kaum finanzielle Mittel zur Verfügung standen. Die von der Euthanasie verschont gebliebenen behinderten Menschen mussten ihr Dasein in zum Teil menschenunwürdigen Unterbringungen fristen. Deplatzierungen in psychiatrischen Anstalten oder Krankenhäusern wurden zur damaligen Zeit akzeptiert und toleriert. Das Pflege- und Betreuungspersonal war – wenn überhaupt – mangelhaft ausgebildet und mit Erfüllung der notwendigsten Arbeiten bereits völlig ausgelastet („sauber, satt, trocken“). Diese Form der Unterbringung und Versorgung verwehrte behinderten Menschen jede Chance zu einem selbstständigen und selbstbestimmten „normalen“ Leben. Privatsphäre, Kreativität, individuelle Entfaltung und Weiterbildung wurden aufgrund der äußeren Umstände nahezu unmöglich. Menschen mit einer Behinderung wurden in riesigen Einrichtungen mit Massenschlaf- und Massenesssälen, ohne Rückzugsmöglichkeiten und nur spärlich vorhandenen Therapie- und Förderangeboten, versorgt.

Nach anfänglichen Startschwierigkeiten fanden in den 60er und 70er Jahren KlientInnen dieser Einrichtungen Gehör und lenkten die Aufmerksamkeit der Gesamtbevölkerung auf diese kläglichen Lebensumstände. Desweiteren wollten Angehörige behinderter Menschen diese Art der Unterbringung nicht länger dulden. Der Ruf nach modernen und lebensnahen Wohnformen wurde immer lauter und der Prozess der Deinstitutionalisierung und Integration wurde eingeleitet.

Diesem Trend zugrundeliegend gelangten Menschen mit einer Behinderung durch die Auslagerung aus Massenunterkünften in kleine Wohngemeinschaften oder ambulant betreute Wohnformen innerhalb einer Gemeinde/Stadt, zu einer immer größer werdenden Selbstbestimmung und Integration in ein „normales“

Leben. Ebenso wurden neue Beschäftigungs- und Pflegekonzepte für behinderte Menschen entwickelt und forciert. Tages-, Werk-, und Kunstwerkstätten sowie in jüngster Zeit Basale Tagesstätten wurden errichtet, um so auch schwerst behinderten Menschen die Teilnahme an einem „normalen“ Leben mit einem „normalen“ Tagesrhythmus zu ermöglichen.

Doch auch die Pflege und Betreuung schwerst behinderter Menschen entwickelt sich stetig weiter. Andreas Fröhlich entwickelte in den 70er Jahren die Basale Stimulation zur Förderung schwerst geistig und mehrfach behinderter Menschen. Mithilfe der Basalen Stimulation soll kommunikationsunfähigen bzw. -eingeschränkten und/oder immobilen KlientInnen zu mehr Selbstbestimmung, Teilhabe am „normalen“ Leben und in weiterer Folge zu einer höheren Lebensqualität verholfen werden.

Unter Bezugnahme auf den demographischen Wandel sieht sich das Pflege- und Betreuungspersonal vor neue Aufgabenbereichen gestellt. Die steigende Lebenserwartung auch bei schwerst behinderten Menschen erfordert für eine adäquate Versorgung qualitativ hochwertig ausgebildete MitarbeiterInnen und multiprofessionelle Teams. Im hohen Lebensalter steht nicht mehr die Erziehung oder Erwerbstätigkeit im Vordergrund. Die Prioritäten ändern sich hin zur Gestaltung eines lebenswerten Alltags und Förderung der eigenen Handlungskompetenzen.

Trotz all dieser Modernisierungen und Fortschritte bei der Unterbringung und Pflege behinderter Menschen darf jedoch nicht vergessen werden, dass dieser Wandlungsprozess noch nicht abgeschlossen ist. Auf zahlreichen Gebieten herrscht noch großer Aufholbedarf, um Menschen mit einer Behinderung ein „normales“ Leben zu ermöglichen. Zum einen stehen Schlagwörter wie Inklusion, Enthospitalisierung und Deinstitutionalisierung an erster Stelle, zum anderen müssen von der Politik zur Erreichung dieser Ziele die entsprechenden Rahmenbedingungen geschaffen werden. Ein primäres Problem ist mir bei all meinen Recherchen und Gesprächen aufgefallen und bestätigt worden: fehlende finanzielle Mittel. Ob ausreichendes Kapital jedoch das Wundermittel für alle Probleme sein kann, würde ich in Frage stellen. Fakt ist, dass bei genügend Ressourcen, seien diese nun finanzieller oder personeller Natur, die Pflege, Be-

treuung und Unterbringung von Menschen mit einer Behinderung weiter vorangeschritten und qualitativ hochwertiger sein könnte. Für eine adäquate Pflege und Betreuung fehlt meist ausreichend qualifiziertes Personal respektive kann dieses aufgrund fehlender Gelder nicht finanziert werden und minderqualifizierte MitarbeiterInnen – wobei die Qualifizierung nichts mit dem persönlichen Engagement gemein haben muss – werden beschäftigt.

Einen wichtigen Schritt in Richtung fachmännisch ausgebildetem Personal setzte der Gesetzgeber 2005 mit dem neuem Sozialbetreuungsgesetz. Doch wie bereits erwähnt, führt die Personalknappheit und das Fehlen ausreichender Gelder die MitarbeiterInnen des Pflege- und Betreuungsberufes oft unter Zugzwang und zur Ausnutzung rechtlicher Grauzonen bzw. in letzter Konsequenz zum Verstoß gegen Gesetze. Hier ist meiner Meinung nach die Politik am Zug. Entgegen weiterer finanzieller Mittelkürzungen sollten diese aufgestockt werden bzw. erhalten bleiben. Moderne Wohnformen sowie neue Pflege- und Betreuungskonzepte müssen forciert und unterstützt werden. Die Pflege- und Betreuung behinderter Menschen erfordert hohes Engagement, Empathie, Fachwissen und allem voran die Liebe zum Beruf wie auch die Liebe zum Menschen. Diese besonderen Qualifikationen müssen angemessen entlohnt und gewürdigt werden.

5 Literaturverzeichnis

Anstötz, Chr. (1992). Schwerstbehindertenpädagogik. In Klauer, K.J. (Hrsg). Grundriss der Sonderpädagogik. Berlin: Ed. Marhold im Wiss.-Verl. Spiess

Aschoff, R. (2010). Die Pflege geistig behinderter Menschen im Alter. In Ding-Greiner, Chr. & Kruse, A. (Hrsg.). Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen im Alter. Beiträge aus der Praxis. 1. Auflage (S. 99-107). Stuttgart: Kohlhammer.

Benner, P. (2000). Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. 3. Nachdruck. Bern [u.a.]: Huber.

Bienstein, Chr. & Fröhlich, A. (2007). Basale Stimulation in der Pflege. Die Grundlagen. 4. Auflage. Velber: Kallmeyer.

Bösl, E., Klein, A. & Waldschmidt, A. (Hrsg.).(2010). Disability history. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte. Eine Einführung. Bielefeld: Transcript-Verl.

Bradl, Chr. & Petry, D. (1999). Multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Geistigbehindertenhilfe. Projekte und Konzepte. Bonn: Psychiatrie-Verl.

Brehmer, B., Zeilinger, E. & Weber, G. (2009). Abschlussbericht des POMONA II – Projekts (2005 – 2008). Die Gesundheit von erwachsenen Menschen mit intellektueller Behinderung. Zugriff am 05. Februar 2013 unter: <http://bidok.uibk.ac.at/library/brehmer-pomona.html>

Brink, C. (2010). Die Irren sind immer die Anderen. Selbstthematisierungen von psychischer Krankheit und Gesundheit in Umbruchszeiten von Psychiatrie und Gesellschaft (Deutschland 1900/1970). In Bösl, E., Klein, A. & Waldschmidt, A. (Hrsg.). Disability history. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte. Eine Einführung (Seite 67-83). Bielefeld: Transcript-Verl.

Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz (2005). 1. Abschnitt-Schutz vor Diskriminierung, § 3. Behinderung. Zugriff am 01. Jänner 2012 unter <http://www.jusline.at/index.php?cpid=ba688068a8c8a95352ed951ddb88783e&lawid=106&paid=3&mvpa=2#>

Bundesverfassungsgesetz. (1930). Erstes Hauptstück, Allgemeine Bestimmungen. Europäische Union, A. Allgemeine Bestimmungen, Artikel 7. (1). Zugriff am 04. November 2012 unter <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10000138>

Cloerkes, G. (2001). Soziologie der Behinderten. Eine Einführung. 2. Auflage. Heidelberg: Winter.

Ding-Greiner, Chr. & Kruse, A. (Hrsg.) (2010). Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen im Alter. Beiträge aus der Praxis. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

Dönhoff, K. (1992). Geistigbehindertenpädagogik. In Klauer, K.J. (Hrsg). Grundriss der Sonderpädagogik (S.64). Berlin: Ed. Marhold im Wiss.-Verl. Spiess

Ellger-Rüttgardt, S.L. (2008). Geschichte der Sonderpädagogik. Eine Einführung, mit 42 Abbildungen und 12 Tabellen. München [u.a.]: Reinhardt.

Girtler, R. (2001). Methoden der Feldforschung. 4. völlig neu bearbeitete Auflage. Wien [u.a.]: Böhlau.

Glaserapp, J. (2010). Im Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit. Über Deinstitutionalisierung in der Behindertenhilfe. Berlin [u.a.]: Lit.

Gschaider, S. (2007). Das Normalisierungsprinzip, nach Einschätzung des Personals und der Bewohner, in Wohneinrichtungen für geistig und mehrfach behinderte Menschen. Öffentliche Diplomarbeit. Wien: Universität Wien, Institut für Bildungswissenschaft

Haus der Barmherzigkeit (2013). Zugriff im Jänner 2013 <http://www.hausder-barmherzigkeit.at/home/>

Holub, F. (2011). Behindertenarbeit aus der Sicht der Pflege. *Österreichische Pflegezeitschrift*, 11(06), 8-12.

Kastl, J.M. (2010). Einführung in die Soziologie der Behinderung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Klauer, K.J. (Hrsg). (1992). Grundriss der Sonderpädagogik. Berlin: Ed. Marhold im Wiss.-Verl. Spiess

Lebenshilfe Österreich. (2009). Jahresbericht 2009. Zugriff am 03. Jänner 2013 unter <http://www.lebenshilfe.at/index.php?/de/Dienstleistungen/Jahresbericht-2009>

Menche, N. (Hrsg), Bazlen, U. (Hrsg) & Kommerell, T. (Hrsg) (2001). Pflege heute. Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe. 2., vollständig überarbeitete Auflage. München: Urban & Fischer.

Meyer, B. (1997). Geistige Behinderung. Pflegerische und heilpädagogische Aspekte. Berlin: Ullstein Mosby

Nationalrat. (2005). Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. 55. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe. Zugriff am 28. September 2012 unter http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=BgblAuth&Dokumentnummer=BGBLA_2005_I_55.

Reibold, R. (2010). Neue Wege zur Öffnung von Einrichtungen der Behindertenhilfe am Beispiel der Beschützenden Werkstätte Heilbronn. In Ding-Greiner, Chr. & Kruse, A. (Hrsg.). Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen im Alter. Beiträge aus der Praxis. 1. Auflage (S. 99-107). Stuttgart: Kohlhammer.

Rudloff, W. (2010). Das Ende der Anstalt? Institutionalisierung und Deinstitutionalisierung in der Geschichte der bundesdeutschen Behindertenpolitik. In Bösl, E., Klein, A. & Waldschmidt, A. (Hrsg.). Disability history. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte. Eine Einführung (Seite 169-190). Bielefeld: Transcript-Verl.

Schipfer, R.K. (2005). Der Wandel der Bevölkerungsstruktur in Österreich. Auswirkungen auf Regionen und Kommunen. Working Paper 51. Wien: Universität Wien, Österreichisches Institut für Familienforschung. Zugriff am 01. Dezember 2012 unter http://www.oif.ac.at/publikationen/working_paper/detail/?S=kontrast%3FS%3Dohne%3F&tx_ttnews%5Btt_news%5D=48&cHash=71d79d42f412a3bb5a7a389421095ec4

Schlichte, G. (2006). Betreutes Wohnen. Hilfen zur Alltagsbewältigung. Bonn: Psychiatrie-Verl.

Siegrist, J. (2005). Medizinische Soziologie. 6. Auflage. München: Elsevier, Urban & Fischer

Sonderpädagogisches Zentrum Hallein. Zugriff am 23. November 2012 unter <http://www.spz-hallein.salzburg.at/html/chronik/chronik.htm>

Waldschmidt, A. (Hrsg.). (2010). Warum und wozu brauchen die Disability Studies die Disability History? Programmatistische Überlegungen. In Bösl, E., Klein, A. & Waldschmidt, A. (Hrsg.). Disability history. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte. Eine Einführung (Seite 13-27). Bielefeld: Transcript-Verl.

Weber-Hagenmaier, M. (2010). „Es gibt Tage, da ist mir so nach Engel“. Die Kunstwerkstatt Esslingen der Diakonie Stetten – Beispiel einer kreativen Arbeit von Menschen mit geistiger Behinderung. In Ding-Greiner, Chr. & Kruse, A. (Hrsg.). Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen im Alter. Beiträge aus der Praxis. 1. Auflage (S. 155-167). Stuttgart: Kohlhammer.

Weber, G. & Rett, A. (1991). Down-Syndrom im Erwachsenenalter. Klinische, psychologische und soziale Aspekte beim Mongolismus. Bern: Huber.

Weber, G. (1997). Intellektuelle Behinderung. Grundlagen, klinisch-psychologische Diagnostik und Therapie im Erwachsenenalter. Wien: WUV-Univ.-Verl.

World Health Organization. (1980). International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva. Zugriff am 30. September 2012 unter http://whqlibdoc.who.int/publications/1980/9241541261_eng.pdf. Der ICF wurde abgedruckt mit freundlicher Erlaubnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Alle Rechte liegen bei der WHO.

World Health Organization. (1999). ICDH-2: International Classification of Functioning and , Disability. Beta-2 draft, Short Version. Geneva. Zugriff am 30. September 2012 unter http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_HSC_ACE_99.2.pdf. Der ICF wurde abgedruckt mit freundlicher Erlaubnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Alle Rechte liegen bei der WHO.

World Health Organization. (2005). ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. DIMDI: Köln. Zugriff am 30. September 2012 unter <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaassung/>. Der ICF wurde abgedruckt mit freundlicher Erlaubnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Alle Rechte liegen bei der WHO.

6 Anhang

Informationen zum „Pomona II – Projekt“ von Brehmer, Zeilinger und Weber (2009).

Mit dem Pomona II – Projekt sollten empirisch belegbare Angaben über den Gesundheitszustand behinderter Menschen getroffen werden. Durchgeführt wurde die Studie in 14 Mitgliedsländern der Europäischen Union und nahmen insgesamt 1269 Betroffenen daran teil. Ziel war es, durch die Evaluierung verschiedener Gesundheitsindikatoren bei Menschen mit einer Behinderung Lücken im Gesundheitssystem sowie erhöhte Gesundheitsrisiken festzustellen. Insgesamt nahmen in Österreich 204 Menschen mit einer Behinderung an der Studie teil, wobei lediglich von 190 Betroffenen vollständige Daten gesammelt werden konnten.

Unter Anderem wurden Fragen zu den Bereichen Selbstständigkeit, Krankheiten und Krankenhausaufenthalte, Informiertheit über die eigene Gesundheit sowie zur Lebensqualität gestellt. Zusätzlich zu den bereits erwähnten Gebieten wurden lediglich in Österreich noch Fragen zu den Themen Erfahrungen in Krankenhäusern, Zufriedenheit mit ÄrztInnen, frei ÄrztInnenwahl und Wünschen betreffend der Gesundheitsversorgung eruiert (vgl. Homepage der „bidok“, www.bidok.at)

Curriculum Vitae



Anita Heinisch

Grazer Str. 11 ♣ 2604 Theresienfeld
0699/1149 1265 ♣ anita_heinisch@gmx.at

Ausbildung

- 2007 Abschluss des Ersten Diplomprüfungszeugnisses
- Seit 2004 Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien
- 2003 – 2004 Studium des Wirtschaftsingenieurs an der Fachhochschule
Wiener Neustadt
- Ausbildungsschwerpunkte: Mathematik und Mechanik
- 1998 – 2003 Bundeshandelsakademie Wiener Neustadt
- Ausbildungsschwerpunkte: Marketing und internationale Ge-
schäftstätigkeit, Wirtschaftss Englisch

Berufserfahrung

- Seit 2011 Mag. Arno Casati Rechtsanwaltskanzlei, Wiener Neustadt
Verantwortlich für Mandantenbetreuung, Büroorganisation, Ak-
tenverwaltung, selbstständige Korrespondenz sowie nach Dik-
tat, Fristen- und Terminverwaltung
- 2010 Mag. Berger-Hanzl Rechtsanwaltskanzlei, Mödling
- Verantwortlich für Mandantenbetreuung, Büroorganisation, Ak-
tenverwaltung sowie Korrespondenz nach Diktat
- 2009 Datalogic Mobile Austria, Wiener Neudorf
- Verantwortlich für Kundenbetreuung, Telefonmarketing
- 2005 – 2009 Renault Trucks, Tribuswinkel
- Mitarbeit bei Events und Marketing, Datenmanagement, Kun-
denbetreuung, Beschwerdebearbeitung