

## 1.4 Heilerziehungspflege – eine kompetenzorientierte Berufsausbildung

In den letzten Jahren orientieren sich die Berufsausbildungen zunehmend am Begriff der Kompetenz. Der Erwerb einer umfassenden beruflichen Handlungskompetenz rückt in den Blickpunkt. Auch für die Ausbildung zum Heilerziehungspfleger sind die Kompetenzbeschreibungen leitend, die der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) vorgibt. Grundsätzlich unterscheidet der DQR die Bereiche der *Fachkompetenz* (das umfasst Wissen und Fertigkeiten) und der *personalen Kompetenz* (hierunter fasst man die Sozialkompetenz und die Selbstkompetenz). Ähnlich wie im übergeordneten Europäischen Bezugsrahmen erfasst der DQR auf 8 Niveaustufen die fachlichen Kenntnisse, die praktischen und methodischen Fertigkeiten und Fähigkeiten, sowie die sozialen und selbstständigen Kompetenzen. Im DQR werden die Fachschulausbildungen ähnlich den gleichwertigen (nicht gleichartigen!) Bachelorabschlüssen dem Qualifikationsniveau 6 zugeordnet. Damit verbunden ist die Übernahme von Leitungsaufgaben und Entscheidungsverantwortung in offenen, komplexen beruflichen Handlungssituationen.

**Kompetenz** bezeichnet im DQR die Fähigkeit und Bereitschaft des Einzelnen, Kenntnisse und Fertigkeiten sowie persönliche, soziale und methodische Fähigkeiten zu nutzen und sich durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten. Kompetenz wird in diesem Sinne als umfassende Handlungskompetenz verstanden. (Deutscher Qualifikationsrahmen)

Für die Bundesarbeitsgemeinschaft der Ausbildungsstätten für Heilerziehungspflege (BAG-HEP) bildet der DQR den Orientierungsrahmen für ein eigenständiges *kompetenzorientiertes Qualifikationsprofil Heilerziehungspflege*. In diesem Verständnis übt der Heilerziehungspfleger seine beruflichen Kompetenzen in der Vernetzung von Teilhabe, Bildung und Pflege aus. Grundlegend bleibt eine eigene wertorientierte, professionelle Haltung des Heilerziehungspflegers wichtig.

### Aufgabe

Diskutieren Sie in Ihrer Klasse, ob die Berufsbezeichnung „Fachkraft für Teilhabe, Bildung und Pflege“ eine für Sie sinnvolle und attraktive Alternative zur Berufsbezeichnung „Heilerziehungspfleger/-in“ ist.

## 1.5 Zur Professionalität des Heilerziehungspflegers



Abb. 1 Aus einer Werbekampagne für Pflegeberufe

Die Ausbildung als beständiger Weg der Professionalisierung – diese Forderung erschreckt gerade am Anfang der Ausbildung viele Heilerziehungspfleger. Geht es denn nicht zunächst einmal um etwas Selbstverständliches, Menschen mit Unterstützungsbedarf die Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen? Leisten nicht Familienmitglieder längst diese Aufgabe in vielerlei Hinsicht? Welche Art der Qualifikation haben denn eigentlich Personen im Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ) oder im Bundesfreiwilligendienst (BFD), die in der Behin-

dertenhilfe einen anerkannt „guten Job“ machen? Und nicht zuletzt: Was ist denn eigentlich das Professionelle an der Tätigkeit des „Heilens – Erziehens – Pflegens“?

Professionsforscher machen darauf aufmerksam, dass die sozialen Berufe unter einem besonderen Legitimationsdruck stehen – gerade wenn (wie in der Heilerziehungspflege!) der Beziehungs- und Begegnungsaspekt betont wird.

### Aufgabe

Diskutieren Sie in einer Pro-/Kontra-Debatte folgende Meinung von Dr. Norbert Blüm, dem ehemaligen Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung:

„Nur warne ich davor, das neue Feld Pflege zu überprofessionalisieren. Wir brauchen Profis, hochqualifizierte Fachkräfte. Aber ich füge hinzu: Übertreibt es nicht! Um einen 70-Jährigen zu füttern, brauche ich keine 6 Semester Psychologie. Dazu brauche ich ein gutes Herz und eine ruhige Hand.“

(Quelle: Deutscher Bundestag: Plenarprotokoll, 1995)

### 3.3 Arten und Formen von Behinderung



**Abb. 1** Ausweishülle für den Schwerbehindertenausweis: „Schwer in Ordnung“

Im Bereich der Heilerziehungspflege ist man mit unterschiedlichsten Arten und Formen von Behinderungen konfrontiert. Sie reichen von einfachen physischen Einschränkungen über Entwicklungsverzögerungen und Lernbehinderungen bis hin zu schweren kognitiven Beeinträchtigungen, die entsprechend starke Behinderungen mit sich bringen. Die Unterscheidung in „schwere“ oder „leichte“ Behinderung kann individuell völlig unterschiedlich, ja sogar gegentei-

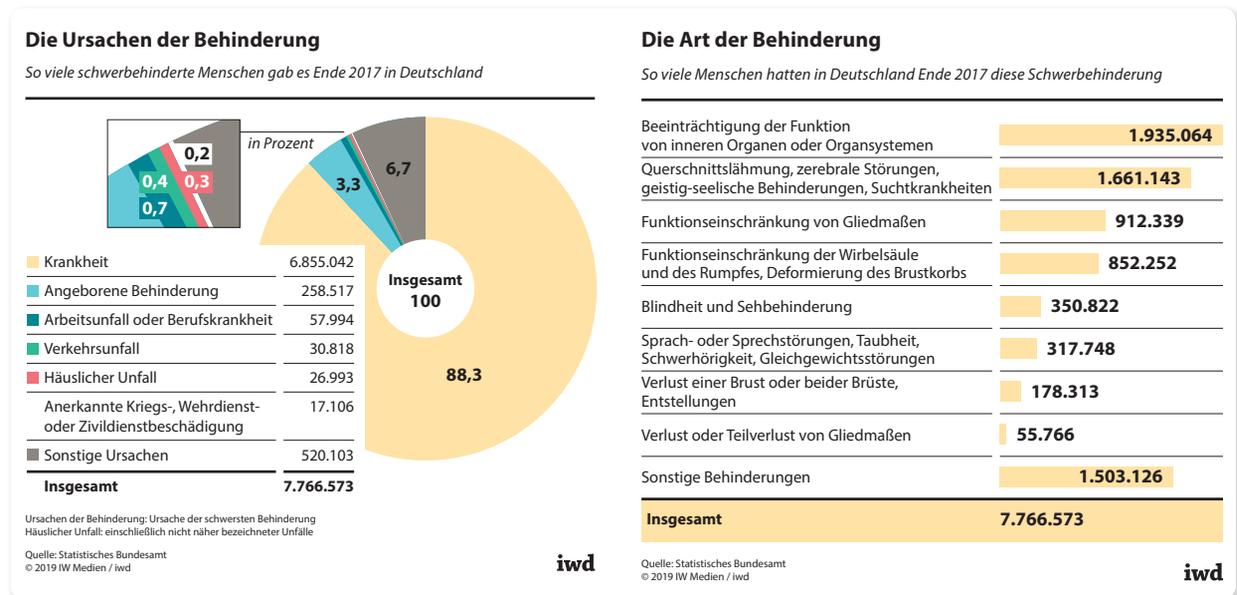
lig aufgefasst werden. Die in vorliegendem Zusammenhang vollzogene Beschreibung ist lediglich von der medizinisch zugeordneten Schwere bzw. der allgemeinen Einschätzung der Einschränkung abhängig. Zu Schwierigkeiten, einen angemessenen Begriff von „Behinderung“ zu finden ▶ **s. Modul 1, Kap. 1.3.1.**

Der Begriff der „Schwerbehinderung“ sagt mehr über vermehrte Rechtsansprüche als über den Schweregrad einer Behinderung aus. (Details dazu regelt das Schwerbehindertengesetz, SchwBG.)

Das aktuelle Bild von Menschen mit Behinderungen betont, wie die alltägliche selbstständige Lebensführung unterstützt und erleichtert werden kann, wie Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gelingt, wie Barrieren in der Arbeit abgebaut werden und Wohnen im eigenen Zuhause möglich ist.

#### Ursachen von Behinderungen

Die Ursachenfrage für die unterschiedlichen Beeinträchtigungen ist schwer zu beantworten, da unzählige Ursachen für eine Behinderung infrage kommen können. Ein Schaubild des Statistischen Bundesamts verdeutlicht Ursachen und Arten von Schwerbehinderungen auf (▶ **s. Abb. 2**).



**Abb. 2** Statistiken zu Behinderungen

### 3.4.3 Williams-Beuren-Syndrom

(ICD-10 F78.8)

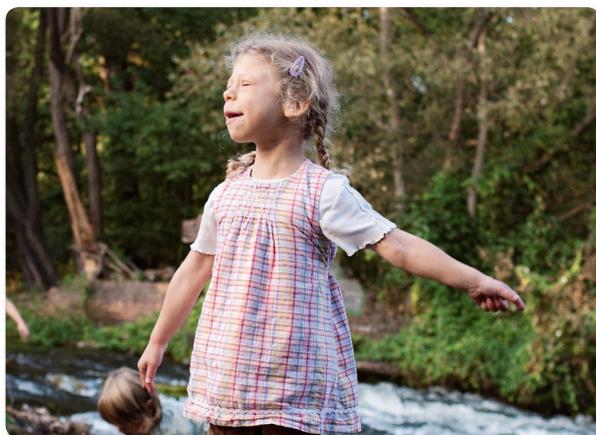


Abb. 1 Mädchen mit Williams-Beuren-Syndrom

#### Ursachen

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

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

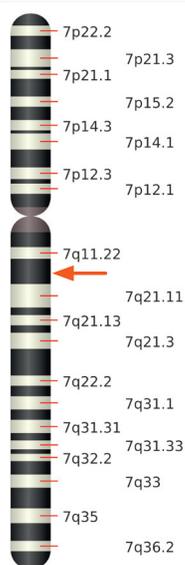


Abb. 2 Chromosom Nummer 7: An der rot markierten Stelle fehlen Menschen mit Williams-Beuren-Syndrom bis zu 21 Gene hintereinander.

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

#### Symptome

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

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

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

#### Lebensführung

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

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

#### Zum Weiterlesen

[www.w-b-s.de](http://www.w-b-s.de) Bundesverband Williams-Beuren-Syndrom e. V.

### 3.3 Krankheitsbilder

Man unterscheidet zwischen:

- **bakteriellen Erkrankungen**, z. B. Salmonellen, die über die Nahrung aufgenommen werden
- **viralen Erkrankungen**, z. B. Erkrankungen der Atemwege, der Haut und des Magen-Darm-Trakts, Hepatitis
- **Erkrankungen durch Pilze**, z. B. Hautpilz, betroffen sind Füße oder Nagelbetten.

Bakterienstamm	Vorkommen	Erkrankungen
Staphylokokken	Haut, Schleimhäute	z. B. Staphylococcus aureus Abszesse, Wundinfektionen, Pneumonien, Sepsis. Problemkeime (MSRA)
Streptokokken	Schleimhäute	Wundinfektionen, Eiterungen, Rachenentzündungen (Tonsillitis)
Enterobakterien	Darm	z. B. Escherichia coli, Blasenentzündungen

Abb. 1 Bakterielle Erkrankungen

Gruppe	Viren	Übertragung	Erkrankungen
Influenzaviren	Wechselnde Untertypen	Tröpfcheninfektion	Grippe (Influenza)
Coronavirus	SARS-CoV2	respiratorische Aufnahme von Tröpfchen und Aerosolen	COVID-19-Erkrankung
Herpesviren	Herpes-simplex-Virus	Schmierinfektion	Lippenherpes
	Varizellenvirus	Schmierinfektion, Tröpfcheninfektion	Nach Ersterkrankung mit Windpocken Auftreten von Herpes zoster
Gastroenteritisviren	Rotaviren	fäkal oral	Magen-Darm-Erkrankung (Gastroenteritis)
	Noroviren	fäkal oral	Magen-Darm-Erkrankung (Brechdurchfälle)

Abb. 2 Virale Erkrankungen

Pilz	Vorkommen	Erkrankung
Hefepilz (Candida albicans)	Darm, Schleimhäute	Candidose (Soor)
Hautpilz (Dermatophyten)	Hautoberfläche (Hornsubstanz)	Fußpilz (Tinea pedis) Nagelpilz (Onychomykose)
Schimmelpilz (Aspergillus flavus)	feuchte Böden, faulende Nahrungsmittel	Krebserkrankungen, Leberschäden durch Pilzgift, Pneumonien, Sepsis

Abb. 3 Erkrankungen durch Pilze

## 4.3 Pflege

### Motorische Lähmungen

Am häufigsten werden Einschränkungen der Funktion, also **Paresen**, beobachtet, die nach der Ausdehnung der Lähmungserscheinungen unterschieden werden (▶ s. Abb. 1).

**Zentrale Lähmung.** Bei einer Schädigung zentraler Bewegungszentren kommt es nach einer zunächst schlaffen Lähmung zu einem Anwachsen des Muskeltonus mit spastischer Lähmung. Dies erklärt sich aus der weiterbestehenden Anbindung der Muskulatur an die im Rückenmark liegende zweite motorische Nervenzelle, die auch für die Reflexe zuständig ist. Die Verbindung sorgt für eine Spannung der Muskulatur ohne die Möglichkeit bewusster Entspannung. Dieses typische Lähmungsmuster wird als Wernicke-Mann-Lähmung bezeichnet. Die durch Lähmung nicht mehr betätigte Muskulatur verkümmert. Lähmung und Spastik führen zu Fehlhaltungen und Gelenkversteifungen.

Die Gefühlswahrnehmung im betroffenen Körperteil kann beeinträchtigt sein. In vielen Fällen ist das Tastempfinden gestört, sodass Formen nicht mehr oder erst bei maximalem Druck wahrgenommen werden.

**Periphere Lähmung.** Bei der schlaffen Lähmung ist besonders der deutliche Muskelabbau und die passive Beweglichkeit der betroffenen Körperabschnitte auffällig.

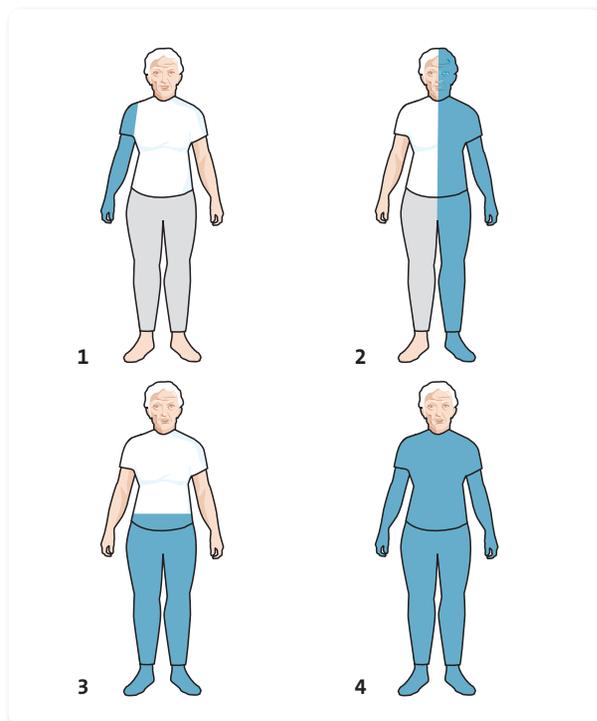


Abb. 1 1 Monoparese, 2 Hemiparese, 3 Paraparese, 4 Tetraparese

### Bewegungs- und Koordinationsstörung

**Tremor (Zittern).** Der Tremor bezeichnet ein rhythmisches, vom Betroffenen nicht zu kontrollierendes Muskelzittern. Der Ruhetremor (▶ s. Abb. 2) betrifft meist nur einzelne Körperregionen. Häufig sind Unterarme und Hände betroffen (Pillendrehtremor), seltener auch der Kopf. Beim Ausführen gezielter Bewegungen lässt das Zittern häufig etwas nach. Der Aktionstremor (▶ s. Abb. 2) tritt hingegen nur beim Halten von Gegenständen oder bei gezielten Bewegungen auf. Fühlt sich der Betroffene zudem beobachtet oder gerät unter Stress, verstärkt das die Beschwerden.

**Ataxie.** Die Ataxie bezeichnet gestörte Bewegungsabläufe durch mangelnde Koordination der beteiligten Muskeln. Die genaue Beobachtung und Dokumentation der Symptome gibt wichtige Hinweise auf die mögliche Ursache. Ist primär der Rumpf betroffen, ist eine gerade Haltung nicht mehr möglich. Der Betroffene fällt im Sitzen oder im Stand zur Seite. Der Gang wirkt taumelnd („Seemannsgang“) und weicht beim Versuch, eine gerade Strecke zu gehen, tendenziell zu einer Seite ab. Die ausgeführten Bewegungen schießen oftmals über ihr Ziel hinaus (Hinweise auf Kleinhirnstörungen). Oft ist die Bewegungskoordination möglich, wenn der Betroffene mit dem Blick die Bewegung verfolgen kann. Wird der

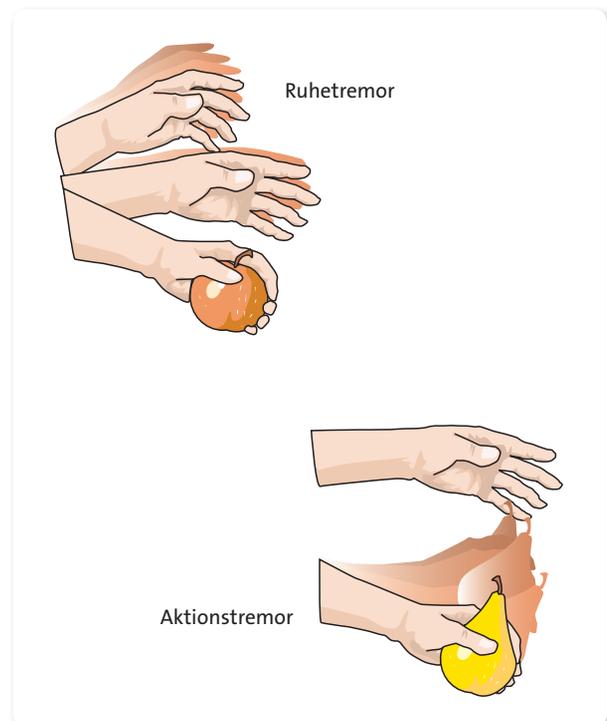


Abb. 2 Ruhe- und Aktionstremor

## 4 Geragogik – die Entwicklung älterer Menschen



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

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

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

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

Heilerziehungspfleger können demnach hilfreiche Unterstützung anbieten

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

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

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

Die Heilerziehungspflege kann als Teildisziplin der Geragogik verstanden werden.

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

kann er im Gespräch mit ihm klären, welche Ziele die Person erreichen möchte.

Ziel der Beobachtung	Was wird beobachtet
Ressourcen erkennen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• körperliche Fähigkeiten</li> <li>• geistige Fähigkeiten</li> <li>• seelische Fähigkeiten</li> <li>• soziales Netz</li> </ul>
Akute Pflegeprobleme erkennen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• körperlicher Zustand</li> <li>• geistiger Zustand</li> <li>• seelischer Zustand</li> <li>• soziale Kontakte</li> <li>• Anleitungs- und Unterstützungsbedarf</li> </ul>
Potenzielle Pflegeprobleme erkennen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risikofaktoren für Pflegeprobleme</li> <li>• Bedarf an prophylaktischen Maßnahmen</li> <li>• soziale Situation</li> </ul>
Erfolg der Pflegemaßnahmen einschätzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veränderung/Verlauf körperlicher Pflegeprobleme</li> <li>• Veränderung/Verlauf geistiger Pflegeprobleme</li> <li>• Veränderung/Verlauf seelischer Probleme</li> </ul>
Gefährdungen frühzeitig bemerken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gefahrenpotenzial im Umfeld des Menschen</li> <li>• Gefahrenpotenzial durch Handlungen des Menschen</li> <li>• Gefahrenpotenzial durch den geistigen und seelischen Zustand des Menschen</li> <li>• Schwächen des sozialen Netzes</li> </ul>

Abb. 1 Ziele und Aspekte der Beobachtung

### Dokumentation der Beobachtung

Sie findet in der Pflegedokumentation statt. Maßnahmen der Früherkennung, Prophylaxe und therapeutischen Behandlung werden von der heilerzieherischen Fachkraft für jeden Klienten dokumentiert, um die Zusammenarbeit im Team zu erleichtern und die gleichbleibende Versorgung sicherzustellen. Eine gut geführte Pflegedokumentation ist nicht zuletzt juristisch erforderlich (► s. nächstes Kap. II.2).

Akute Änderungen und kleinschrittige Entwicklungen werden dokumentiert (auf wesentliche Aspekte beschränkt).

Bei der Erstellung und Aktualisierung der **Pflegeplanung** werden Beobachtungen seit der letzten Überarbeitung der Pflegeplanung berücksichtigt.

Es muss immer namentlich abgezeichnet werden.



Abb. 2 Dokumentation

## 1.3 Allgemeine Beobachtung in der Pflege von Menschen mit Behinderung

### Aufgabe

Situation: Nach Ihrem dienstfreien Wochenende haben Sie vom Frühdienst eine Übergabe erhalten. Auch über die täglich zu führende Dokumentation haben Sie sich auf den aktuellen Stand gebracht. Nun gehen Sie durch die Wohngruppe und begrüßen die Bewohner.

Worauf werden Sie achten? Beschreiben Sie, was Sie alles beobachten können.

Die folgende Beobachtungscheckliste gibt einen ersten Eindruck über die allgemeine Konstitution eines Menschen mit Behinderung:

**Feststellen von Geschlecht und Alter.** Ist die Statur normal, kräftig, eher schwach, gibt es körperliche Einschränkungen?

**Beobachtung der Mimik.** Ist der Gesichtsausdruck entspannt, heiter oder eher erstaunt? (Wichtig bei Klienten, die ausschließlich nonverbal kommunizieren.)

**Beobachtung der Gestik, der Haltung, des Gangs.** Ein Gefühl lässt sich durch eine körperliche Bewegung, eine Geste verstärken. (Wichtig bei Klienten, die ausschließlich nonverbal kommunizieren.) Menschen mit Behinderung signalisieren häufig über ihre Haltung einen bestimmten körperlichen Zustand, z. B. Schmerz, oder deuten auf die entsprechende Region. Ein aufrechter Gang kann Zuversicht und Selbstvertrauen vermitteln, je nach den körperlichen Voraussetzungen des Klienten aber auch ein langsamer, eher schleppender Gang. Die Fachkraft erkennt dies und deutet Beobachtungen entsprechend und ordnet sie ein.

Mögliche Beobachtungen	Beispiele für Ursachen
Unangenehmer Körpergeruch	<ul style="list-style-type: none"> <li>• starkes Schwitzen</li> <li>• Harninkontinenz</li> <li>• Stuhlinkontinenz</li> <li>• mangelnde Körperhygiene</li> </ul>
Atemgeruch	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zu geringe Flüssigkeitsaufnahme</li> <li>• mangelnde Mundhygiene</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Infektionen der Mundhöhle</li> </ul>
Ungepflegte Haut, Haare und Nägel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Körperpflege wird vergessen</li> <li>• Körperpflege wird als unwichtig empfunden</li> <li>• beeinträchtigt Sehvermögen</li> <li>• Unterstützungsbedarf bei der Körperpflege, dem nicht nachgekommen wird</li> </ul>
Ungepflegte Kleidung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• unzureichende Anzahl an Kleidungsstücken</li> <li>• beeinträchtigt Sehvermögen</li> <li>• Kleiderpflege wird als unwichtig empfunden oder vergessen</li> </ul>
Jahreszeitlich unangemessene Kleidung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fehlende oder beeinträchtigte Wahrnehmung der Temperatur</li> <li>• Demenz</li> </ul>

**Abb. 1** Anzeichen einer mangelnden Körper- und Kleiderpflege sowie mögliche Ursachen

**Beobachtung der Stimmung.** Dies meint den gefühlsmäßigen Zustand des Menschen, je nach Grad der Behinderung in unterschiedlichen Äußerungsformen: verbal, nonverbal, körperlich zugewandt oder auch mit einer starren und verschlossenen Gestik.

**Beobachtung der persönlichen Hygiene und der Bekleidung.** Je nach Grad der Behinderung lassen sich Fähigkeiten und Selbstständigkeit daraus ableiten. Auch das Bedürfnis nach persönlicher Hygiene oder regelmäßigem Wäschewechsel oder das angemessene Ankleiden (der Jahreszeit oder persönlichen Stilen entsprechend) fallen darunter. Die Fachkraft geht darauf ein und unterstützt gegebenenfalls, denn diese Aspekte bereichern den Alltag des Klienten und stärken sein Selbstwertgefühl.

**Beobachten der Haut.** Die Haut verrät sehr viel über die psychische und körperliche Beschaffenheit eines Menschen. Menschen mit Behinderung neigen zu Hautproblemen bzw. -erkrankungen. Diese sind von der Fachkraft regelmäßig zu beobachten und in Absprache mit dem Facharzt zu behandeln. Der Verlauf ist zu dokumentieren (▶ s. Modul 2, Kap. II.2 Haut).

**Beobachtung des Ernährungszustands und des Gewichts.** Das Körpergewicht prägt den ersten Eindruck eines Menschen. Bei einem gesunden Ernährungszustand passt sich das Gewicht in der Regel an Körpergröße und Alter an. Menschen mit Trisomie 21 neigen zu Übergewicht. Die Fachkraft sollte regelmäßig das Körpergewicht feststellen und dokumentie-

Mögliche Beobachtungen	Beispiele für Ursachen
Fettige Haut	<ul style="list-style-type: none"> <li>• starke Talgsekretion</li> <li>• Verwendung zu fetthaltiger Hautpflegemittel</li> </ul>
Trockene, schuppige Haut	<ul style="list-style-type: none"> <li>• verminderte Talgsekretion</li> <li>• fehlende Verwendung von Hautpflegemitteln</li> <li>• Verwendung von austrocknenden Hautpflegemitteln</li> <li>• Neurodermitis</li> </ul>
Verschwitzte Haut	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zu warme Kleidung</li> <li>• luftundurchlässige Kleidung</li> <li>• Fieber (▶ s. Modul 2, Kap. II.3.4)</li> <li>• Anstrengung</li> <li>• warme Außentemperatur</li> </ul>
Entzündete Haut (Rötung, Schwellung, Schmerz, Bläschen-, Fleck- und Quaddelbildung)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mykose/Pilzinfektion</li> <li>• Intertrigo</li> <li>• Hautwunden</li> <li>• virale Erkrankungen</li> <li>• Neurodermitis</li> </ul>
Zyanose/Blaufärbung der Haut	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sauerstoffmangel</li> </ul>
Verbrannte Haut	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sonnenbrand</li> <li>• Verbrennung oder Verbrühung</li> </ul>
Blasse Haut	<ul style="list-style-type: none"> <li>• heller Hauttyp</li> <li>• Sauerstoffmangel</li> <li>• zu wenig Aufnahme von Sonnenlicht</li> <li>• Anzeichen körperlicher Schwäche</li> <li>• Anzeichen einer beginnenden Erkrankung</li> <li>• Angst</li> </ul>
Gelbfärbung der Haut/Ikterus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hepatitis</li> <li>• Gallenstein</li> </ul>

**Abb. 2** Beobachtungen der Haut und mögliche Ursachen

ren, eventuell Angebote und Maßnahmen einleiten, z. B. Gespräche, Bewegungsangebote oder Kochkurse.



**Abb. 3** Nicht nur in der Pflege, sondern im täglichen zugewandten Gespräch kann die Fachkraft viel über die aktuelle Konstitution ihres Klienten erfahren: Mimik, Gestik, Stimmung und nicht zuletzt den körperlichen Zustand

**Zum Weiterlesen**

A. Lauber: Verstehen und Pflegen, Bd. 2: Wahrnehmen und Beobachten. 2012

## 5.1 Grundgedanken des Empowermentkonzepts

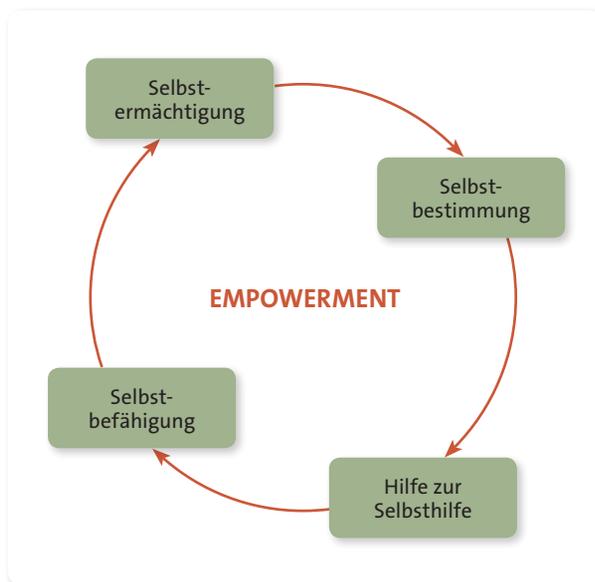


Abb. 1 Stärkung von Menschen mit Beeinträchtigungen

**Empowerment** (engl.): wörtlich übersetzt Selbstbefähigung oder Selbstermächtigung

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

**Ziel.** Das Ziel ist, einen Prozess anzustoßen, in welchem die Betroffenen ihre Angelegenheiten selbst in die Hand nehmen können. Ungerechtigkeiten und Benachteiligungen sollen mit eigener Initiative überwunden werden. Über das eigene Leben (wieder) selbst bestimmen zu können bedeutet, sich der eigenen Fähigkeiten und Kräfte bewusst zu werden und so die Kontrolle über die Gestaltung der eigenen Lebenswelt zu erlangen. Dieser Grundgedanke geht von der Annahme aus, dass alle Menschen über individuelle Ressourcen verfügen und diese in ihrem Sinn nutzen können. Damit erteilt das Empowermentkonzept einem defizitorientierten Blick auf Menschen mit Behinderung eine klare Absage. Das Vertrauen in die Fähigkeiten eines jeden Einzelnen spricht allen Menschen ein Grundrecht zu, über ihre eigenen Belange selbst entscheiden zu können. An die Seite

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

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

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



Abb. 2 Persönliche Assistenz

## 5.2 Ebenen des Empowermentprozesses

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

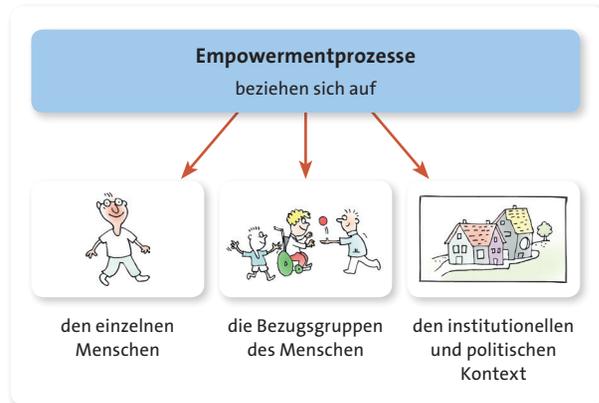


Abb. 1 Die Ebenen

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

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

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

### Methodische Zugänge

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

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

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

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

# Teil IV Recht/Organisation/Verwaltung

## 1 Das Bundesteilhabegesetz

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) ist ein Gesetzespaket, das für Menschen mit Behinderungen schrittweise seit 2017 Verbesserungen erzielen will. Mit dem BTHG sollen mehr Möglichkeiten der Teilhabe und mehr Selbstbestimmung geschaffen werden.

Eine Werkstättenmitwirkungsverordnung wurde eingeführt und das Arbeitsförderungsgeld erhöht; ein Budget für Arbeit soll für mehr Teilhabe am Arbeitsleben sorgen.

Die teilweise als stigmatisierend empfundene Einordnung von Leistungen der Eingliederungshilfe in die Sozialhilfe ist

aufgehoben und im Recht der Rehabilitation im Sozialgesetzbuch IX auch inhaltlich neu geregelt.

Menschen mit Behinderungen, die Eingliederungshilfe beziehen, sollen mehr von ihrem Einkommen und Vermögen behalten können, Angehörige werden nicht mehr herangezogen.

### Zum Weiterlesen

[www.bmas.de/DE/Schwerpunkte/Inklusion/bundesteilhabegesetz.html](http://www.bmas.de/DE/Schwerpunkte/Inklusion/bundesteilhabegesetz.html)

<https://umsetzungsbegleitung-bthg.de>

### Maßnahmen und Ziele des Bundesteilhabegesetzes



© Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2016

## 5.1 Pflegebedürftigkeit als Voraussetzung

Die Pflegeversicherung soll Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Pflegebedarfs ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen. Durch die Pflegestärkungsgesetze I bis III wurden unter anderem die Leistungen für Menschen mit Demenz angeglichen, der Pflegebedürftigkeitsbegriff erneuert und die Einstufung in 5 Pflegegrade anstelle der Pflegestufen eingeführt.

Voraussetzung der Pflegebedürftigkeit. Voraussetzung für den Erhalt von Leistungen aus der Pflegeversicherung ist die Pflegebedürftigkeit. Diese ist in § 14 SGB XI gesetzlich definiert: „Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen.“

Die Beeinträchtigungen müssen körperlich, geistig oder seelisch sein; gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen dürfen nicht selbstständig kompensiert oder bewältigt werden können. Die Pflegebedürftigkeit muss dauerhaft, voraussichtlich mindestens 6 Monate und mit mindestens der in § 15 SGB XI festgelegten Schwere bestehen. Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkei-

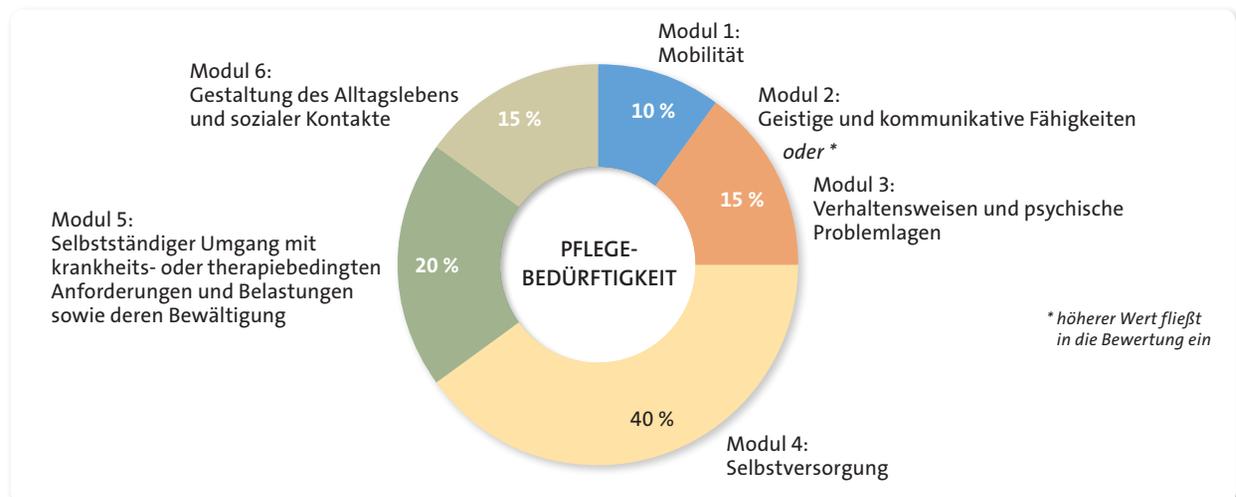
ten sind folgende Lebensbereiche (► s. **Abbildungen vorige Seite**):

- **Mobilität:** körperliche Beweglichkeit wie z.B. alleiniges Aufstehen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen
- **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten:** Verstehen und Sprechen, wie z.B. zeitliche und räumliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse, Erkennen von Risiken und Gefahren, Beteiligen an einem Gespräch
- **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:** z.B. nächtliche Unruhe, Ängste, physische und verbale Aggressionen, Abwehr von Pflegehandlungen
- **Selbstversorgung:** z.B. Waschen und Ankleiden, Benutzen der Toilette, Essen und Trinken
- **Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen oder Belastungen:** z.B. Medikamente selbst einnehmen, Blutzuckermessungen selbst durchführen, Zurechtkommen mit Prothesen, Arztbesuche
- **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:** z.B. Gestaltung des Tagesablaufs, direkter Kontakt mit anderen Menschen, sich beschäftigen

## 5.2 Einteilung in 5 Pflegegrade

Der Umfang der Leistungen aus der Pflegeversicherung bemisst sich nach dem Pflegegrad. Die Ermittlung des Pflegegrades ist in § 15 SGB XI geregelt. Mithilfe eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt in der Regel der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) den Pflegegrad. Der Gutachter überprüft dabei die Selbstständigkeit in den 6 Lebensbereichen (► s. **Kap. 5.1**). Dabei wird für je-

des Kriterium (diese sind in einer Anlage zum § 15 SGB XI aufgeführt) in den 6 Lebensbereichen ein Punktwert festgelegt: von 0 (*Person kann Aktivität ohne fremde Hilfe, gegebenenfalls mit einem Hilfsmittel, durchführen*) bis 3 (*Person kann Aktivität, auch nicht teilweise, nicht durchführen*). Insgesamt können maximal 100 Punkte vergeben werden. Die so ermittelten Punkte werden mit unterschiedlicher Gewichtung (► s. **Abb. 1**)



**Abb. 1** Aus den Punkten ermittelt sich der Gesamtwert der Pflegebedürftigkeit