

Theo Klaus: Teilhabe = Pädagogik + Pflege? Gedanken zur Entwicklung der Heilerziehungspflege

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie feiern 40 Jahre Heilerziehungspflege. Das ist ein wenig ein Wortungeheuer. Heilen, Erziehen, Pflegen. Ein Beruf, den es nur gibt, weil es Menschen gibt, die wir ‚geistig behindert‘ nennen. Wir sind uns längst nicht mehr sicher, ob wir diese Bezeichnung weiter verwenden sollten, zumal viele von ihnen selbst lieber Menschen mit Lernschwierigkeiten genannt werden möchten. Sie sind in erster Linie Menschen, Bürger unseres Landes wie alle anderen, und sie haben ein Recht darauf, dazuzugehören. Damit ihnen das gelingt, damit sie mit ihren Besonderheiten beim Lernen, beim Nachdenken und Probleme Lösen, mit ihren Einschränkungen bei der Kommunikation und bei der Bewältigung alltäglicher Aufgaben wirklich am Leben in unserem Gemeinwesen teilhaben können, deshalb brauchen wir Ausbildungen wie die Heilerziehungspflege.

Heilen, Erziehen und Pflegen

Welche Erkenntnisse gibt es zu dieser Profession, die seit 1958 existiert? Was zeichnet diesen Beruf aus, und weshalb wird er immer unverzichtbarer? Heilen, Erziehen und Pflegen – dieser Dreiklang wirft die Frage auf, ob und wie das denn alles zusammenpasst. Heilen, das ist Medizin, meint Therapie und Behandlung, Erziehen ist Pädagogik und die Pflegewissenschaft hat sich längst auch als eigenes Fachgebiet etabliert. Ist das womöglich ein Rühren in allen Töpfen und eine Ausbildung, bei der man von vielem etwas und nirgends etwas Genaues weiß und kann? Schaut man in die Praxis, dann kann man sagen, dass diese Kombination funktioniert. Die Heilerziehungspflege wurde ‚erfunden‘, weil man festgestellt hat,

- dass PädagogInnen zu wenige pflegerische und auch medizinische Kompetenzen hatten. Menschen mit geistiger Behinderung benötigen häufig Anregungen, Unterstützung und Hilfe im Umgang mit ihrem eigenen Körper, damit sie gesund bleiben oder werden.
- Umgekehrt zeigte sich, dass medizinisches und Pflegepersonal die Menschen ebenfalls nur unter einem begrenzten Blickwinkel sehen. Sie halten auf Grund ihrer spezifischen Qualifikation möglicherweise die Sorge für Hygiene und körperlich-seelische Gesundheit, für richtige Ernährung, Hautpflege, Atmung und Verdauung, für das Wichtigste bei den ihnen anvertrauten Menschen.

Beide Professionen enthalten – für sich alleine genommen – den Menschen etwas vor. Deshalb galt es, beides so zu verbinden, dass etwas ‚Ganzes‘ herauskam, was mehr war als nur die Addition der Teile.

Fragt man danach, was diese ‚Verbindung‘ gelungen ist, so sollte man sich vor allem Gedanken darüber machen, was denn Pädagogik und Pflege miteinander zu tun haben, und welche Aufgaben sich für die Teilbereiche der Pädagogik und der Pflege daraus ergeben. Man muss heute aber auch fragen, wie diese ‚alten‘ Ideen zu den Zielen passen, die wir heute mit neueren Begriffen formulieren, mit Normalisierung, Selbstbestimmung und Empowerment, mit Integration und Inklusion und – zusammenfassend – mit ‚gleichberechtigter und selbstbestimmter Teilhabe‘.

Wozu brauch(t)en wir Heilerziehungspflege?

Wie lebten Menschen mit Lernschwierigkeiten, als die Heilerziehungspflege ‚erfunden‘ wurde – in der BRD teilweise bis Ende der 70er Jahre? Ein Bild von einem Schlafsaal steht dafür: So haben Menschen gelebt – bis vor noch nicht allzu langer Zeit. Ihnen fehlte nicht nur die Intimsphäre etc. – sie bekamen auch keine Bildung. Für mich war das die erste Erfahrung mit Behinderung, mit Menschen, die wir geistig behindert nennen: Große Säle, viele lagen im

Gitterbett, Strohsäcke statt Matratzen, Kleidung aus der Kleiderkammer etc. Im Deutschland des „Wirtschaftswunders“, etwa ab 1955, war das so. Die Wirtschaft wuchs, die Einkommen stiegen, es fehlten Arbeitskräfte – aber Menschen mit Behinderungen lebten noch viele Jahre so, nachdem die Gesellschaft wirklich reich geworden war.

In diesem Bild ist keine Sprache, keine Kommunikation, keine Individualität. Man sieht ihm an, dass gedacht wurde, diese Menschen könnten nichts lernen und sich nicht individuell entwickeln und keine Kultur aneignen. Diese Menschen könnten und müssten auch nicht spielen, sich gemeinsam beschäftigen, brauchten keinen ästhetisch gestalteten Wohnraum: Es gibt keine interessanten Dinge und keine Bilder an den Wänden, nichts Menschliches.

Könnte man Verantwortliche von damals fragen, warum die Menschen so lebten, dann hätten sie vermutlich gesagt: Sie sind behindert. Es liegt an ihnen, dass sie so leben. Keine Erziehung, keine Förderung, keine Physiotherapie. Diese Art des Lebens entspricht ihnen.

Aber was hat eine Behinderung mit diesen Lebensbedingungen zu tun? Nichts! Schon damals gab es – auch – Menschen mit geistiger Behinderung, die anders lebten. Die Bücher hatten, in die Schule gingen, Freunde hatten, spielen konnten, in individuell gestalteten Wohnungen lebten – aber es waren nur einzelne, privilegierte. Aber es gab auch diese Zuschreibungen, die den Charakter von self fulfilling prophecy, einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung haben: Das Bild der Menschen sieht man als ihre Natur an und man sagt, sie könnten nicht anders sein, man behandelt sie entsprechend und sorgt dadurch dafür, dass sie so und nicht anders sein können. In einem Skript einer Heilerziehungspflegeschule von 1972 fand ich beispielsweise folgenden Text:

Der Schwachsinn vom Ausmaß einer Idiotie bedingt praktisch Bildungsunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit, doch gelingt es mit großer Geduld, auch bei schweren Fällen einen gewissen Grad an Sauberkeit und Eingliederung in eine Gemeinschaft zu erreichen. Bei einer Idiotie findet man außerdem noch Neigung zu ständiger motorischer Unruhe, oft verknüpft mit lautem unartikulierte Schreien. Weiter beobachtet man Neigung zu Sachbeschädigung und Zerstörungssucht, etwa Beschmierungen und Verkratzen der Wände und Einrichtungsgegenstände ... Ferner sehen wir Neigung zu stereotypen, einfachen Bewegungsabläufen. Am häufigsten ist z.B. das einförmige rhythmische Vor- und Zurückbiegen des Oberkörpers [...] (Ausbildungs-Skript einer Heilerziehungspflege-Schule; ENGLER 1972)

Eigentlich werden hier nur Menschen beschrieben. Aber daraus werden zugleich Zuschreibungen und Prognosen: So sind sie, so müssen sie sein, das gehört sozusagen zur geistigen Behinderung. Wir wissen längst – und dazu hat die Heilerziehungspflege viel beigetragen, deshalb wurde sie ‚erfunden‘ – dass diese Prognosen nicht stimmen müssen. Dass Menschen so nicht leben müssen, und dass sie die Potentiale, die in ihnen liegen, entfalten können, wenn man ihnen die Möglichkeit und die dafür erforderliche Unterstützung gibt.

Man kann das mit einem modernen Begriff zusammenfassen: Wenn man sie teilhaben lässt. Wenn man die Barrieren beseitigt, die sie daran hindern, und wenn wir unser Zusammenleben mit ihnen entsprechend gestalten. Was aber ist das, wie begründet sich Teilhabe – und was hat Teilhabe mit den beiden Elementen der Heilerziehungspflege, der Pflege und der Pädagogik, der Erziehung zu tun?

Der alte Großvater und sein Enkel: Was brauchen Menschen zur Teilhabe?

Lassen Sie mich dazu zunächst auf einen Text zurückgreifen, der Sie überraschen mag. Er steht in keinem Fachbuch, sondern im Märchenbuch der Gebrüder Grimm, das viele Lebensweisheiten enthält.

Es war einmal ein steinalter Mann, dem waren die Augen trüb geworden, die Ohren taub, und die Knie zitterten ihm. Wenn er nun bei Tische saß und den Löffel kaum halten konn-

te, schüttete er Suppe auf das Tischtuch, und es floß ihm auch etwas wieder aus dem Mund. Sein Sohn und dessen Frau ekelten sich davor, und deswegen mußte sich der alte Großvater endlich hinter den Ofen in die Ecke setzen, und sie gaben ihm sein Essen in ein irdenes Schüsselchen [...] da sah er betrübt nach dem Tisch, und die Augen wurden ihm naß. Einmal auch konnten seine zittrigen Hände das Schüsselchen nicht festhalten, es fiel zur Erde und zerbrach. Die junge Frau schalt, er sagte nichts [...] Da kaufte sie ihm ein hölzernes Schüsselchen [...] daraus mußte er nun essen.ⁱ

Es gibt wohl kaum jemanden, der sich nicht spontan über dieses Ehepaar ärgert, das ist ja auch die Absicht der Geschichte. Sie soll dafür sensibilisieren, was es bedeutet, wenn man so behandelt wird. Ausgesondert, beiseite geräumt, entwürdigt. Mit einem modernen Begriff würde man sagen: Hier findet keine Teilhabe statt, sondern das Gegenteil davon. Der alte Mann wird daran gehindert, am normalen Leben, am Zusammensein mit anderen teilzuhaben. Doch vielleicht fragt mancher zu der Geschichte, ob die Tendenz nicht zu negativistisch sei. Könnte man das nicht auch positiv sehen? Ein gebrechlicher Mann bleibt in der Familie, ambuliert vor stationär! Er erhält Nahrung und angepasstes Geschirr und kann so bei nicht behinderten Menschen selbständig essen. Er kann essen, wie er will, auch wenn er kleckert, ist das nicht auch Selbstbestimmung? Er muss in kein Asyl und hat, was er braucht. Oder? Die Volksweisheit findet es unmenschlich, ist dabei aber optimistisch. Sie setzt wohl darauf, dass wir in der Lage sind, einzusehen, dass es so nicht geht und dass wir lernfähig sind:

Wie sie da so sitzen, so trägt der kleine Enkel von vier Jahren auf der Erde kleine Brettlein zusammen. „Was machst du da?“ fragte der Vater. „Ich mache ein Tröglein“, antwortete das Kind, „daraus sollen Vater und Mutter essen, wenn ich groß bin.“ Da sahen sich Mann und Frau eine Weile an, fingen endlich beide an zu weinen, holten alsofort den alten Großvater an den Tisch und ließen ihn von nun an immer mit essen, sagten auch nichts, wenn er ein wenig verschüttete.

Das Kind imitiert die Eltern, damit zeigt es – praktisch – sein Mitgefühl mit dem alten Menschen, und so vermittelt es ihnen die Einsicht vom richtigen Handeln. Man könnte darin eine Variante von Kants Kategorischem Imperativ sehen: Handle so, dass die Maxime deines Handelns zum Allgemeinen Gesetz werde könnte. Oder einfacher: Liebe deinen Nächsten - so wie dich selbst. Es geht um Teilhabe, um nicht-Aussonderung von Menschen mit Beeinträchtigungen.

Sorge für körperliches Wohl reicht nicht: Teilhabe ist nötig

Das Ehepaar in der Geschichte erweist sich als lernfähig. Menschen sind lernfähig, und damit sind wir wieder bei der Ausbildung zur Heilerziehungspflegerin, und -helferin, zum Heilerziehungspfleger und -helfer. Was sollten sie lernen, was sollten sie können? Schauen wir uns an, was dem alten Mann fehlen würde, wenn er so ausgesondert wird. Was spürt das Kind, was Menschen mit Hilfebedarf brauchen? Weshalb ist der Großvater ausgesondert, obwohl er physisch anwesend ist? Die Teilhabe ist ihm verwehrt, und zwar die Teilhabe an

- der Kommunikation und dem menschlichen Kontakt: Menschen mit Behinderung brauchen eher mehr Unterstützung, um mit anderen kommunizieren zu können als weniger;
- der Kultur, an einem normalen Leben: Normales Geschirr ist ein Kulturgut, dessen Verweigerung steht symbolisch auch dafür, dass weitere Kulturgüter zum würdigen Zusammenleben gehören: zu lesen, gute Musik zu hören, gut zubereitete Mahlzeiten genießen, ästhetische und passende individuelle Kleidung tragen, etwas von der Welt sehen;
- einem selbstständigen und selbstbestimmten Leben: Selbstständigkeit und damit ein Stück Autonomie zu erhalten, ist aufwändiger als eine pure Versorgung. Selbstbestimmung erfordert mit begrenzten Fähigkeiten behinderter Menschen ein noch genaueres Hinhören und Hinschauen auf minimale Äußerungen und Signale, auf mögliche oder geäußerte Wünsche; und an

- der adäquaten Begleitung, die ihm ein menschenwürdiges Leben ermöglicht: Hilfe, die sich an den vorhandenen Kompetenzen orientieren und genau darauf abgestimmt sind, die nur mithilft, wo eine vollständige Übernahme hemmend und entwürdigend wäre, das ist eine ‚kulturelle Errungenschaft‘, auf die behinderte Menschen angewiesen sind.

Aktuelle Tendenzen: Reduktion auf Pflege, vor allem im Alter

Viele Menschen mit geistiger Behinderung brauchen – im Alter zunehmend – Pflege, sowohl im Bereich der allgemeinen Pflege (Körperpflege, Ernährung etc.) als auch der Behandlungspflege. Gleichzeitig stehen Pflegebetten leer. Diese Situation wird von Kostenträgern zunehmend für den Versuch genutzt, diese Menschen in Einrichtungen unterzubringen, die über die Pflegeversicherung finanziert werden und ihnen damit das Recht auf Eingliederung zu beschneiden/bestreiten. Träger werden gedrängt, Einrichtungen oder Abteilungen einzurichten, die über die Pflegeversicherung finanziert werden; Kostenträger bieten an, eine Differenz bis zum Niveau der Eingliederungshilfe ‚aufzusatteln‘. In Baden-Württemberg strebt der KVJS (Nachfolger der Landeswohlfahrtsverbände) die Schaffung von ‚Fachpflegeheimen‘ an. Ein baden-württembergischer Landrat schlug 2006 seinen Ministerpräsidenten vor, „ältere behinderte Menschen ab einer bestimmten Altersgrenze (Vorschlag: Vollendung des 65. Lebensjahres) genauso zu behandeln, wie gleichaltrige pflegebedürftige ohne Behinderung“. Hierin läge „ein ganz erhebliches Einsparpotenzial“.

Es ist noch nicht empirisch untersucht, welche Auswirkungen diese Tendenzen bereits zeitigen. In Baden-Württemberg fanden sich bei einer kleinen Erhebung in drei Landkreisen und zwei Städten in ca. 170 Alten- und Altenpflegeheimen insgesamt 30 Menschen mit geistiger Behinderung (Klauß 2008a). Die allermeisten von ihnen kamen vom Elternhaus dorthin, einige aber auch aus Einrichtungen der Behindertenhilfe, die vor allem angaben, die sei wegen der medizinischen Behandlung und Pflege sowie der räumlichen Ausstattung geschehen.

Bemerkenswerter Weise wird in den Antworten zu den Angeboten deutlich, dass Altenpflegeeinrichtungen es sich gut zutrauen, pflegebedürftigen Menschen mit geistiger Behinderung gerecht zu werden. Sie verfügen zwar kaum über pädagogisches Personal, geben aber fast ebenso häufig wie Einrichtungen der Behindertenhilfe an, die alten Menschen mit geistiger Behinderung würden bei ihnen Angebote zur Selbstständigkeitsförderung, im Bereich der Fitness, der Kommunikation, der Freizeit und Kultur nutzen. Die befragten Einrichtungen der Altenhilfe geben sich sogar bei den meisten Angebotsbereichen bessere Noten auf die Frage, wie gut sie den alt werdenden Menschen gerecht werden. Ihre ‚Noten‘ liegen zwischen 1 (sehr gut) und 2 (gut).

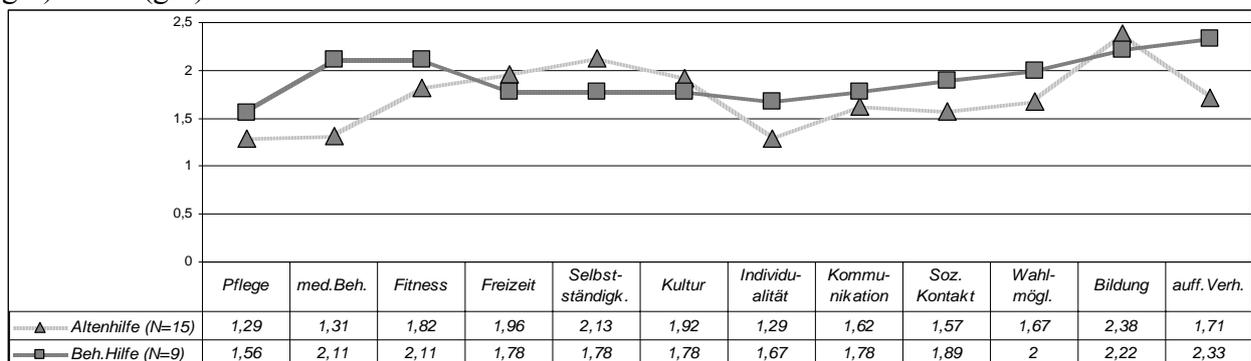


Abb. 1: „Wie gut kann Ihre Einrichtung den Bedürfnissen alter Menschen mit geistiger Behinderung gerecht werden?“ (1=sehr gut, 2=gut, 3=weniger gut, 4=unzureichend) Altenhilfe N=15; Behindertenhilfe N=9

Natürlich ist zu fragen, ob sich hierin eine Fehleinschätzung dessen widerspiegelt, was Menschen mit geistiger Behinderung im Alter brauchen. Möglicherweise wird hier davon ausgegangen, dass eine ‚gute Pflege‘ für sie ausreicht. Dies geschieht übrigens, obwohl die Rechtslage eigentlich klar ist: „Leistungen für behinderte Menschen sind als Eingliederungshilfe

unabhängig von der Schwere der Behinderung und dem Alter zu gewähren. Dies ist den §§ 53 ff. SGB XII zu entnehmen und ist durch zahlreiche Gerichtsentscheidungen untermauert“ (Vater 2007).

Das moderne Pflegeverständnis hat sich so erweitert, dass sich damit scheinbar leicht begründen lässt, dass eine Betreuung alt werdender Menschen mit geistiger Behinderung gerechtfertigt sei. Doch das ist schon theoretisch nicht stimmig. Der Ausgangspunkt, der Ansatz der Pflege sind die Menschen mit ihren körperlich bedingten Bedürfnissen. Auch gute Pflege läuft Gefahr, Menschen darauf zu reduzieren. Dies gilt besonders bei Menschen mit geistiger Behinderung. Brauchen sie, weil der Zeitaufwand für Pflege steigt, weniger Unterstützung bei der Teilhabe? Benötigen sie deshalb, weil man viel Zeit für die Nahrungsaufnahme, Hygiene, Hautpflege und zum Erhalt der Beweglichkeit braucht, keine Möglichkeit mehr, mit anderen zu kommunizieren, neue Eindrücke zu genießen, an Kultur teilzuhaben, etwas Interessantes zu tun und zu erleben, in mehreren Welten zu leben, die eigene Selbstständigkeit zu entwickeln und möglichst viel im Alltag selbst zu bestimmen?

Was brauchen die Menschen von uns – und von der Heilerziehungspflege?

Kommen wir auf unser Thema, auf die Heilerziehungspflege zurück. Die aktuelle sozialpolitische Entwicklung droht etwas bereits Erreichtes aufzugeben, wenn man so tut, als gebe es Menschen, für die ‚gute Pflege‘ ausreicht. Mit dieser Profession der Heilerziehungspflege war längst die Erkenntnis erreicht, dass nur Pflege und nur Behandlung nicht ausreichen, dass Menschen auch das brauchen, für das die ‚Pädagogik‘ steht. Juristisch gesprochen heißt das: Menschen mit Behinderungen brauchen – lebenslang, und auch im Alter – und haben ein Recht auf Eingliederungshilfe, und nicht nur auf Hilfe zur Pflege.

Dies lässt sich nicht zuletzt auch durch die UN-Konvention begründen, die voraussichtlich Anfang 2009 auch in Deutschland durch die Ratifizierung verbindliches Recht werden wird. Sie ist eine Art Definition dessen, was Teilhabe bedeutet und was sie alles umfasst: Da geht es neben dem – sehr wichtigen – Recht auf Leben (11), Unversehrtheit (17) und Gesundheit (25), wofür die Pflege vor allem steht, um viele weitere Rechte, etwa um Freizügigkeit (18), freie Wahl des Wohnsitzes (19b), freie Meinungsäußerung (21), inklusive Bildung (24), um das Recht auf Arbeit und Beschäftigung (27), um die Möglichkeit politischer Einflussnahme (29) und die Teilnahme am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport (30). Jede dieser Zielsetzungen ließe sich übrigens auch mit dem Grundgesetz und den dort formulierten Grundrechten begründen.

Alle Menschen brauchen – gute – Pflege

Das alles bleibt aber nur theoretisch, wenn wir uns nicht darüber Gedanken machen, was es denn bedeutet, das Heilen, Pflegen und Bilden (Erziehen) miteinander zu verknüpfen und beidem gerecht zu werden, entsprechend der grundlegenden Idee der Heilerziehungspflege. Bei der Geschichte vom alten Großvater geht es eigentlich um eine Pflege-Situation. Ernährung ist ein Teil der Pflege, deren Aufgabe es ist, für das körperlich-seelische Wohlbefinden von Menschen zu sorgen. Die Geschichte zeigt jedoch, dass es nicht ausreicht, nur für die Befriedigung körperlich bedingter Bedürfnisse zu sorgen. Menschen brauchen mehr. Das wird, so glaube ich, deutlich, wenn wir uns genauer Fragen, was denn die Hauptaufgaben der Pädagogik und der Pflege sind und was sie miteinander zu tun haben.

Zunächst eine scheinbar einfache Frage: Wer braucht Pflege? Natürlich fallen uns zuerst Menschen mit schwerer Behinderung und alte Menschen ein – doch haben Sie schon einmal überlegt, welche Pflegeberufe es gibt? Nur Krankenschwestern und Altenpfleger? Was ist mit Friseur, Visagistin, Koch, Modedesignerin, Kellner, Masseurin, Bodybilder, den Mitarbeiterinnen im Bereich der Wellness etc.? Sie verdienen ihr Geld mit professioneller Pflege. Wir

bezahlen sie, weil sie sich um unser körperlich-seelisches Wohlbefinden sorgen. Was bedeutet das? Alle Menschen sind pflegebedürftig, weil alle Menschen ein ‚Körper sind‘. Um dessen Bedürfnisse muss sich jemand kümmern – das nennen wir Pflege. Die meisten Menschen nutzen für diese Pflege auch professionelle Hilfe.

Was aber ist besonders bei den Menschen, die wir ‚pflegebedürftig‘ nennen? Es ist nur der Grad der Abhängigkeit bei der Pflege! Wir reden also von Menschen, die genauso wie wir alle auf die Beachtung ihrer körperlich begründeten Bedürfnisse angewiesen sind, die dies aber größtenteils nicht selbst erledigen können. Daraus ergibt sich – leider – oft ein weiterer Unterschied: Sie bestimmen häufig auch viel weniger als wir selbst, von wem sie in welcher Weise Unterstützung bei der Pflege erhalten.

Das moderne Pflegeverständnis

Das moderne Pflegeverständnis ist längst keines von ‚satt und sauber‘ mehr (vgl. Juchli 1992). Es impliziert Selbstbestimmung und die Hilfe zur Selbsthilfe, die Anliegen von Freiheit, Sicherheit und Privatheit, Betreuung, Aufklärung und Behandlung, Kommunikation und Teilhabe, Berücksichtigung der Kultur und Weltanschauung sowie würdevolles Sterben. Das ist anspruchsvoll und die Pädagogik sollte sich hüten, ein überkommenes Verständnis von Pflege zu kultivieren, von dem sie sich dann positiv abheben kann. Untersuchungen (vgl. Seifert u.a. 2001) zeigen zudem, dass die Praxis in pädagogischen Einrichtungen durchaus nicht ‚besser‘ sein muss als in so genannten ‚Pflege‘-Einrichtungen.

Gute Pflege muss sich an dem orientieren, was ein Mensch braucht, um sich körperlich/seelisch wohlfühlen und zu entwickeln, was für seine körperlich/seelisch/soziale Gesundheit erforderlich ist und was Erkrankungen vermeiden (Prophylaxe) und lindern/ heilen hilft (Behandlungspflege). Sie legt dadurch eine Grundlage, schafft Voraussetzungen für die Teilhabe. Gute Pflege orientiert sich dabei zweifach am Menschen, der Unterstützung braucht, und zwar:

1. An einem fachlichen Maßstab: Wie viel Flüssigkeit ist beispielsweise notwendig? Wie viel Fett braucht die Haut? Wie sind genug Sauerstoff, Bewegung, Schmerzfreiheit etc. gewährleistet? Welche Hilfsmittel oder Behandlungen ermöglichen die Teilhabe an Gemeinschaft, Essen etc.?

2. Am subjektiven Maßstab dessen, der die Pflege kaum oder nicht selbst übernehmen kann: Sehen und spüren die Pflegenden, was gut tut? Vermitteln sie die Erfahrung, dass diesbezügliche Signale wahrgenommen werden und lassen sie sich in ihrem Handeln davon leiten? Kommunizieren sie in diesem Sinne auch mit dem zu Pflegenden über seine Bedürfnisse, Wünsche, Vorlieben etc.? Zur Orientierung am Individuum gehört auch, den in manchen auffälligen Verhaltensweisen ausgedrückten Pflegebedarf zu erkennen: Ein junger Mann schlug sich, wenn seine orthopädischen Schuhe drückten. Einem anderen fehlten Möglichkeiten, sich zu entspannen, körperlich zur Ruhe zu kommen, er zeigte Unruhe und Aggressivität. Gute Pflege versteht dies und kümmert sich um den darin erkennbaren Bedarf.

Es ist allerdings ein starkes Auseinanderklaffen von Ideal und Praxis zu konstatieren. Das hat viel damit zu tun, dass den Regelungen der Pflegeversicherung ein sehr reduziertes Pflegeverständnis zu Grunde liegt. So wird beispielsweise das Verlassen der Wohnung nur als Leistung anerkannt, wenn man zum Arzt muss etc., der Besuch einer kulturellen Veranstaltung zählt nicht dazu. Gerade wurde ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff gearbeitet, der das Spektrum der Leistungen erweitern soll. Doch auch hier ist abzusehen, dass Pflege nicht alles ist, was Menschen brauchen: zum Leben, um sich entwickeln zu können und um wirklich selbstbestimmt an der Gesellschaft teilhaben zu können.

Gute Pflege ‚verbündet‘ sich mit der Pädagogik

Aus dem Blickwinkel der Pädagogik – hier würde ich sagen: der Heilerziehungspflege – ist gute Pflege dadurch gekennzeichnet, dass sie die Chancen nutzt, die es beim Pflegen auch für pädagogische Ziele und Anliegen gibt. Ein zentrales Ziel der Pädagogik ist die Bildung. Gute Pflege nutzt Bildungschancen. Die Pädagogik ihrerseits tut jedoch gut daran, auch die Pflege, die Sorge für das körperliche und seelische Wohl der Menschen zu beachten und ernst zu nehmen. Dabei erweist sich die Pflege je nach Perspektive als

- Voraussetzung von Pädagogik,
- als möglicher Rahmen, in den pädagogische Angebote eingebettet werden,
- als Aspekt und Bestandteil der Pädagogik oder
- als spezifischer Bildungsprozess.

Pflege bedarf aber auch der Ergänzung durch eigenständige Bildungsangebote.

Pflege ist eine Voraussetzung für Pädagogik

Pflege ist eine Voraussetzung von Pädagogik, weil diese nur auf der Grundlage einer guten Pflege möglich ist. Aus ungünstiger Pflege, aus Hunger oder Durst resultierende unbefriedigte körperliche Bedürfnisse oder organische Störungen belasten und beunruhigen den Menschen. Dieser ist dann pädagogischen Angeboten kaum zugänglich. Er ist in der körperlichen Not befangen. Die Sorge um eine adäquate Pflege bildet deshalb die Basis für Bildung, Erziehung und Förderung. Die Pädagogik muss deshalb der qualifizierten Pflege genügend (Be)achtung schenken.

Pflege ist ein Rahmen und Anlass für Bildung

Pflegehandlungen können als Rahmen und Anlass für pädagogische Angebote genutzt werden. Das ist besonders wichtig, wenn für die Pflege viel Zeit benötigt wird. Pflege kann durch Angebote der Kommunikation, der Wahrnehmung, Bewegung und Selbstständigkeitsförderung ergänzt und angereichert werden. Bei der Nahrungsaufnahme etwa wird darauf geachtet, dass man Unterschiede von kalt und warm und von hart und weich spürt (Wahrnehmungsförderung), dass man den Transport der Nahrung verfolgt (Ausbildung des Körperschemas) und dass bei der Mahlzeit kommuniziert wird. Nach Fröhlich (1998) werden zur Pflege notwendige Alltagsaktivitäten gleichzeitig zur Förderung, „wenn sie entsprechend geplant und durchgeführt werden können“ (75).

Pflege ist (auch) Bildung

Doch Pflege ist nicht nur ein möglicher Rahmen für die Förderung von Kompetenzen, sie ist auch eine pädagogische Aufgabe, da dabei Bildungsprozesse stattfinden. Nach einem umfassenden Verständnis von Bildung beginnt diese mit der Ausbildung von Bedürfnissen – im Bereich der Pflege (vgl. Klauß/Lamers 2003).

Pflege ermöglicht Teilhabe an der Kultur: Sie ist Bildung als Vermittlung kulturellen Reichtums

Jeder Mensch braucht beispielsweise Flüssigkeit und Kalorien. Das Bedürfnis nach konkreten Speisen und Getränken wird aber erst ausgebildet, wenn einem der Zugang zur möglichen Form der Bedürfnisbefriedigung eröffnet wird. Im Bereich der Ernährung muss ein Mensch beispielsweise mit verschiedenen Formen kulturspezifisch zubereiteter Speisen und Getränke in Kontakt kommen. Wer nur sondiert wird, kann nicht Kauen und Schlucken lernen. Vor allem aber kann er kein Ess- und Trinkbedürfnis entwickeln, keine Vorlieben für bestimmte Speisen entdecken und keinen Geschmack ausbilden. Es geht also nicht nur um ‚Wahrnehmungsförderung‘, sondern um elementare Bildung, wenn Menschen mit Sonden erfahren

können, was wie schmeckt, riecht und aussieht. Dies lässt sich auf alle Bedürfnisse übertragen. Die Ausbildung von Vorlieben und Geschmack ist eine Voraussetzung für Individualität, persönlichen Lebensstil und ist die Grundlage jeder Autonomie und der Ausbildung einer Identität als unverwechselbare Persönlichkeit. Dies setzt allerdings voraus, dass sie die Chance dazu erhalten. Sie müssen kulturübliche Nahrungsmittel, Kleidung, Formen der Körperpflege etc. kennen lernen. Diese müssen in gleicher Form immer wieder verfügbar und wiedererkennbar sein. Sie brauchen Zeit und Anregungen, Hinweise, dies kennen zu lernen und sich wirklich anzueignen, zum Teil ihrer Identität zu machen.

Pflege ermöglicht Teilhabe, indem sie Autonomie (Selbstständigkeit und Selbstbestimmung) zulässt und fördert

Qualifizierte Pflege verfolgt das Ziel der Autonomie, das ist eine zentrale pädagogische Leitidee (Klauß 2005). Gute Pflege zielt zunächst auf Selbstständigkeit bei der Befriedigung von Bedürfnissen. Sie entmündigt nicht und macht Personen nicht unselbständig. Auch dabei geschieht Kultur-Aneignung: Wer mit dem Löffel essen lernt, eignet sich nicht nur eine Fertigkeit, sondern das „Kulturgut“ dieses Bestecks, dessen materialisierte Geschichte an (vgl. Leontjew 1977). Es ist nicht selbstverständlich, dass Pflegesituationen zur Förderung von Selbstständigkeit genutzt werden. Es geht meist schneller und spart Zeit, wenn nur gefüttert, angekleidet und gewaschen und die Eigentätigkeit nicht angeregt wird. Aus der Perspektive purer Lebenserhaltung ist das kein Problem – nur aus dem Bildungsziel der Autonomie begründet sich der damit verbundene Mehrbedarf, von dem man allerdings in manchen Fällen hoffen kann, dass er vorübergehend ist, weil selbständigere Menschen mit weniger Unterstützung auskommen können.

Pflege zielt aber auch auf Selbstbestimmung. Dem Ziel der Pflege, Wohlbefinden zu ermöglichen und zu sichern, entspricht es, dass eigene Bedürfnisse wahrgenommen, geäußert und verstanden werden (vgl. Hahn 1994). Hier trifft sich die Bildung der Selbstbestimmung mit der Kommunikation bei der Pflege. Dabei geht es natürlich darum, Menschen wählen zu lassen – beispielsweise was sie essen, anziehen, wie sie sich bewegen und waschen (lassen) wollen. Bei der Selbstbestimmung geht es darum, eigene Bedürfnisse leben zu können. Aber es geht – in Bezug auf die körperlich bedingten Bedürfnisse – noch um mehr: um die Bildung der Bedürfnisse und die Kommunikation darüber.

Pflege ermöglicht Teilhabe, indem sie gute Voraussetzungen für Beziehung und Kommunikation bietet

Ein Bildungsprozess mit weit reichenden Folgen im Bereich der Pflege besteht darin, dass sich hier wesentlich entscheidet, welches ‚Bild vom Menschen‘, welche Sichtweise und Einstellung anderen Menschen gegenüber ausgebildet wird. Wer

- bei der Befriedigung körperlicher Bedürfnisse dauernd mit wechselnden Personen konfrontiert wird und deshalb keine Sicherheit und Verlässlichkeit erfährt, wer
 - erlebt, dass Signale von Schmerzen, Hunger und elementaren Wünschen ignoriert oder falsch verstanden werden, weil Pflegepersonen darauf nicht zu achten gelernt haben, neben der Routine keine Zeit haben oder den Einzelnen zu wenig kennen lernen können,
- der wird kaum positive Erwartungen in Bezug auf andere Menschen, wird kaum tragfähige Beziehung und Vertrauen zu ihnen ausbilden. Für die Pädagogik ergibt sich daraus die Aufgabe, den Austausch von Mitteilungen über körperliches Wohlbefinden zu unterstützen und Wege zu finden, wie diese Kommunikation gefördert werden kann, unter anderem auch durch Qualifikation im Bereich der Unterstützten Kommunikation (vgl. Kristen 1994).

Gute Pflege alleine reicht nicht zur Teilhabe

Ich habe davon gesprochen, dass alle Menschen Pflege brauchen. Das muss nun ergänzt werden: Zu den Gemeinsamkeiten aller Menschen gehört ebenso, dass niemand ein auf Pflege reduziertes Leben führen möchte – und sollte! Wir sagen zwar manchmal „Hauptsache gesund“, und das stimmt ja auch. Gesundsein, gut gepflegt sein, die körperlichen Bedürfnisse befriedigt haben, das ist eine Grundlage, eine wichtige Voraussetzung für ein gutes und menschenwürdiges Leben. Aber es ist nicht alles, was wir zum Leben brauchen. Stellen Sie sich vor, man würde Ihnen sagen: Deine Zähne sind doch gut geputzt, Deine Haut ist eingecremt, Du duftest gut, bist satt und ausgeruht und hast Kleidung, die zu Dir passt und ein Bett, in dem Du gut schläfst – Du wirst doch nicht auf die Idee kommen, auch noch ins Kino oder Theater gehen zu wollen, in der VHS eine Fremdsprache zu lernen, Dich mit Deinen Erinnerungen an früher beschäftigen, eine schöne Reise machen, und Dich womöglich mit interessanten und netten anderen Menschen unterhalten und ab und zu sogar noch etwas Neues lernen zu wollen!

Beim Pflegen kann man Menschen Angebote machen, durch die sie Bedürfnisse ausbilden, selbstständiger werden, besser kommunizieren und selbst etwas bestimmen lernen, durch die sie sich selbst und die Welt besser kennen lernen. Doch auch wenn Pflegesituationen in diesem Sinne optimal gestaltet und genutzt werden, wäre es doch eine Verkürzung, das Leben auf Pflege zu reduzieren. Pädagogik hat auch bei Menschen mit hohem Pflegebedarf einen weitergehenden Auftrag. Sie muss auch außerhalb von Pflegesituationen Bildungsangebote machen. Niemand käme auf die Idee, nicht mehr ins Theater oder Konzert zu gehen, weil er beim Mittagessen aus dem Radio Musik hören kann. Der Kunstdruck im ‚alltäglichen‘ Wohnzimmer ersetzt nicht die Betrachtung des Originalgemäldes in der ‚Sonderinstitution‘ Kunsthalle. Die Entwicklung von Kreativität ist in der Pflege ebenso möglich wie die Förderung der Kommunikation. Das Kind, das mit dem Kartoffelbrei einen See baut, ist ebenso kreativ wie der Hobbykoch, der neue Gerichte kreiert, und seine Phantasie regt zur Kommunikation an.

Doch Kreativität und Kommunikation bedürfen unabhängig davon eigener Bildungsangebote mit eigenem „Material“, z.B. das Experimentieren mit Papier und Farben, mit plastischen Materialien, mit Tönen u.a.m. In der Schule ist beispielsweise zur Vermittlung ‚höherer Kulturgüter‘ ein Unterricht notwendig, in dem Prinzipien wie das der Elementarisierung angewandt werden (vgl. Lamers 2000). Auch Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung können davon profitieren, wenn sie ins Theater oder Konzert, ins Museum in die Kirche oder in Freizeitparks gehen – wenn sie dabei begleitet, vielleicht auch darauf vorbereitet werden. Sie können gutes Essen und Trinken, schöne Kleidung, Tanz und Musik genießen, wenn ihnen das nicht vorenthalten wird, und sie können sich für physikalische, biologische und chemische Phänomene interessieren, wenn wir eine Ahnung davon haben, wie sie dazu einen Zugang finden können.

Zur Bildung kommunikativer Fähigkeiten gehört in unserer Gesellschaft auch die Aneignung von Kommunikationssystemen, z.B. des Lesens und Schreibens oder, wenn notwendig, alternativer Kommunikationsformen durch PC, Talker etc. Neben der Nutzung von Pflegesituationen sind auch für solche Angebote Zeit und entsprechend qualifiziertes Personal erforderlich.

All das sind Aspekte der Teilhabe. Menschen die Teilhabe zu ermöglichen, bedeutet, dass sie

- mit ihren Bedürfnissen und Interessen überhaupt wahrgenommen werden,
- dass sie ‚dabei sind‘, also nicht ausgesondert werden, sondern mitten in der Gesellschaft, in der Nachbarschaft leben und hier akzeptiert, geachtet und in Kommunikation einbezogen werden, und dass sie
- auch die Möglichkeit haben, sich an dem, was in den Institutionen, bei kulturellen und Freizeitangeboten, im Bereich der Bildung und Arbeit geschieht, tatsächlich aktiv zu beteiligen, also ihren ‚Teil‘ daran wahrzunehmen, sich zu eigen zu machen.

Die Bedeutung von Leitideen als Orientierung der Heilerziehungspflege

Die Heilerziehungspflege ist vor einem halben Jahrhundert angetreten mit der Idee, das Heilen, das Pflegen und das Erziehen zu verknüpfen. Heute setzen wir uns mit der Frage auseinander, inwieweit das auch dem aktuellen Anspruch, dem Ziel einer ‚selbstbestimmten Teilhabe‘ entspricht, das in unserer Sozialgesetzgebung (SGB IX und XII) einen prominenten Platz als Orientierungs-Idee erhalten hat. Implizit haben wir bei den bisherigen Überlegungen noch einige andere Zielsetzungen angesprochen, die in den vergangenen 50 Jahren – nacheinander – die Diskussion in der Heil- und Sonderpädagogik geprägt haben und die sich im Ziel der Teilhabe durchaus zusammenfassen lassen; umgekehrt sollten wir immer fragen, ob diese Leitideen auch ausreichend berücksichtigt sind, wenn wir von Teilhabe sprechen.

Etwa seit 1960 schon verfolgen wir das Ziel der Normalisierung. Es meint, dass Menschen mit geistiger Behinderung ein möglichst normales Leben führen können sollen – wie wir alle auch. Es bedeutet nicht, dass wir Menschen ‚normal machen‘ wollen und dürfen, sondern dass – im Gegenteil – die Barrieren abgebaut werden, die daran hindern können, ganz selbstverständlich überall dabei zu sein und ein Leben wie jeder andere auch zu führen. Die Heilerziehungspflege ist dadurch nach wie vor herausgefordert, denn barrierefrei ist unsere Zusammenleben noch lange nicht. Es leben immer noch zu viele Menschen in besondernden Institutionen, und mit den ‚Fachpflegeheimen‘ werden beispielsweise neue Gettobildungen gefordert und gefördert. Ein positives Beispiel für richtig verstandene ‚Normalisierung‘ ist die zunehmende Nutzung von ‚einfacher Sprache‘. Vielleicht ergibt sich für HeilerzieherInnen hier auch ein besonderes Tätigkeitsfeld als ‚Dolmetscher‘.

Seit den 70er Jahren diskutieren wir über das Ziel der Integration: Niemand soll ausgeschlossen und ausgesondert werden, nur weil er behindert ist. Alle sollen ganz selbstverständlich dazu gehören, in der Schule, in der Freizeit, beim Arbeiten und Wohnen. Inzwischen sprechen wir von Inklusion – im Bewusstsein, dass sich unsere Gesellschaft darauf einlassen muss. Die Heilerziehungspflege kann hier einen wesentlichen Beitrag leisten, wenn sie Menschen dafür qualifiziert, beide ‚Seiten‘ dabei zu unterstützen:

- Die Menschen mit Beeinträchtigungen brauchen Assistenz und teilweise Unterstützung beim Zugang und der Nutzung der ‚ganz normalen Institutionen‘, etwa durch Begleitung in der Volkshochschule, im Sportverein, als SchulbegleiterIn, im Kindergarten.
- Aber auch die ‚Sozialsysteme‘ benötigen Anregungen und ‚Hilfen‘: Wie können Nachbarn lernen, einen Menschen mit geistiger Behinderung mitten unter ihnen ‚ganz normal‘ einzubeziehen und ihm auch privat die Unterstützung zu geben, die nötig ist. Wie können soziale Netzwerke entstehen, damit behinderte Menschen nicht nur mit Profis zu tun haben? Das ist übrigens nicht nur ein Thema für die Gemeinwesenarbeit, sondern auch in Wohneinrichtungen. Auch hier lassen sich private Kontakt knüpfen und unterstützen und der Weg in die ‚normale Welt‘ öffnen.

Seit den 80er Jahren ist uns bewusst, dass wir damit wirklich alle Menschen meinen, also auch die mit schwerer und mehrfacher Behinderung; sie waren vorher noch als ‚Pflegefälle‘ von pädagogischen Angeboten ausgenommen worden. Über die Aufgaben, die sich daraus ergeben, haben wir bereits gesprochen.

In den 90er Jahren begannen wir, von Selbstbestimmung zu reden. Bis dahin galt die Förderung der Selbstständigkeit als zentrale Aufgabe. Erst langsam merkte man, dass auch Menschen mit Hilfebedarf selbst Entscheidungen fällen können. Es sagt sich sehr leicht, dass auch behinderte Menschen ein Recht auf Selbstbestimmung haben sollen. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass wir diese Idee leicht ad absurdum führen können, wenn wir uns damit zufrieden geben, dass wir sagen können: Wir haben die Menschen ja gefragt!

Ich möchte das am Beispiel des persönlichen Budgets deutlich machen, das seit Beginn dieses Jahres von jedem Menschen mit Behinderung in Anspruch genommen werden kann. Was

geschieht wohl, wenn Sie jemanden bitten, doch ganz frei zu sagen, welche Leistungen er haben möchte? Es wird einerseits das Problem geben, dass viele nicht oder nur schwer verständlich das ausdrücken können, was sie gerne möchten. Für sie ist es unbedingt notwendig, dass alle Möglichkeiten der so genannten Unterstützten Kommunikation genutzt werden, also Bilder, Gebärden, elektronische Hilfen etc. Doch auch dann wird es viele Menschen geben, die ihnen plötzlich als ‚wunschlos glücklich‘ erscheinen und gar keine Wünsche haben. Für die Kostenträger ergibt sich daraus die grandiose Chance, zu sparen – und das mit vermeintlich gutem Gewissen: Die Menschen wollen ja gar nicht mehr.

Um einen Wunsch äußern zu können, muss man ihn erst entwickeln, man muss das entsprechende Bedürfnis ausbilden. Könnten Sie sich eine Cola wünschen, wenn Sie noch nie eine probiert hätten? Natürlich nicht. Wenn wir die Selbstbestimmung Ernst nehmen wollen, müssen wir den Menschen auch die Möglichkeit geben, das kennen zu lernen, was sie nutzen, was sie wollen können. Konkret bedeutet das, dass sie Menschen brauchen – u.a. gut dafür qualifizierte HeilerziehungspflegerInnen – die sie so begleiten, dass ihre Wünsche verstanden werden, dass sie aber auch erst mal ihre Bedürfnisse entdecken und entwickeln können. Dann wird das persönliche Budget wirklich zu einer guten Chance auf selbstbestimmte Teilhabe.

Die praktische Relevanz pädagogischer Leitideen

Die Aktualität und die Relevanz der Überlegungen zu ‚guter Pflege‘ und auch der angesprochenen Leitideen erweist sich, wenn man – was selten genug geschieht – die Qualität der pädagogisch-pflegerischen Begleitung untersucht, die Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung erhalten.

Zunächst zwei Beispiele aus einer Untersuchung von Monika Seifert (Seifert u.a. 2001), die sie mit Studierenden in mehreren Wohn- und Pflegeheimen um Köln durchgeführt hat.

Beispiel I: Beim Wickeln fordert der Mitarbeiter die Initiative von Frau C., z. B. fordert er sie auf, sich selber an seinen Händen aus dem Liegen hochzuziehen. Beim Kämmen lässt er Frau C. erst mit dem Kamm spielen. Sie betastet die beiden Enden des Kamms, kratzt sich mit den Borsten über die Wange. Auch den Fön gibt er ihr in die Hände. Frau C. hält sich den Luftstrahl ins Gesicht, dreht den Fön, tastet ihn ab, hält ihn sich ans Ohr. Während des Windelns, Kämmens und Fönens (...) hören die beiden Musik.

Was geschieht hier? Eine Pflegesituation wird genutzt, um ein umfassendes Wohlbefinden des Gepflegten zu erreichen – und zugleich Teilhabemöglichkeiten und -fähigkeiten im Sinne der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu eröffnen, und zwar durch

- das Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten, die die pflegende Person vermittelt,
- die Anregung und Zulassen von Eigenaktivität,
- die Ermöglichung von Sinneserfahrungen, durch die Frau C. etwas für sie Interessantes entdecken kann; daraus resultiert die Möglichkeit der Selbstbestimmung, indem sie zeigt, was ihr gefällt, und durch einen
- nonverbalen Dialog, eine Anregung kommunikativer Kompetenzen.

Vergleichen wir damit die Alltagswirklichkeit einer Pflegeheimbewohnerin, Frau S.:

Beispiel II: Frau S. wird im Bett gewaschen. Zwei Mitarbeiterinnen ziehen sie aus, wobei eine rechts und eine links neben dem Bett steht. Eine hält ihre Hände fest, damit die andere sie waschen kann. Frau S. schreit wie ein Baby, sehr lang anhaltend und stoßweise. Sie wird zum Waschen mehrmals hin und her gedreht, wobei sie sich jeweils durch entgegengesetzte Bewegungen zu entwinden versucht. Die Mitarbeiterinnen greifen fest zu, damit sie liegen bleibt. Auch beim Anziehen schreit Frau S. ununterbrochen weiter. Die Mitarbeiterinnen versuchen nicht, sie zu beruhigen. Erst als Frau S. fertig angezogen ist und – immer noch schreiend – in

den Rollstuhl gehoben wird, ruft eine Mitarbeiterin Frau S. laut beim Namen. Frau S. verstummt sofort.

In zwei weiteren Beispielen geht es ebenfalls um das Thema Selbstbestimmung, aber auch um Normalisierung. Sie zeigen – nach Seifert – Eckpunkte des Kontinuums zwischen Achtung individueller Wünsche und Machtmissbrauch.

Beispiel III: Beim Abendessen stehen an Frau L.s Platz zwei Teller mit Brei bereit. In dem einen befindet sich ein Eintopf (Mittagsrest), in dem anderen ein süßer Brei. Die Betreuerin erklärt mir, dass Frau L. (blind) manchmal süße Speisen bevorzugt und dass sie ihr deshalb gerne beides anbieten möchte. (...) Sie beginnt, ihr den herzhaften Brei zu geben, und achtet auf Frau L.s Reaktion. Sie wechselt nach wenigen Löffeln zu dem süßen Brei und es scheint, als helle sich der Gesichtsausdruck von Frau L. auf. (B)

So, wie Herr U. im folgenden Beispiel essen muss, ist ‚kein Mensch‘, das ist nicht normal.

Beispiel IV: Zum täglichen Speiseangebot von Herrn U., einem ständig bettlägerigen schwer behinderten Pflegeheimbewohner, gehört Weißbrot mit Schmierwurst oder Käse, das in Kaffee aufgeweicht ist. Er gibt deutlich zu verstehen, dass er diesen Brei nicht mag. Andere Speisen und Getränke nimmt er ohne Widerspruch zu sich: Die Mitarbeiterin (...) ging zu Herrn U., setzte sich auf seine Bettkante und hielt ihm den Löffel an die Lippen. (...) Er kniff die Lippen fest zusammen. Nach drei Versuchen, ihn freiwillig zum Essen zu bewegen, zog sie gewaltsam seinen Unterkiefer herunter und schob ihm das Brot in den Mund. (...) Als sie merkte, dass er das Brot nicht hinunterschluckte, rief sie: „Los! Jetzt wird aber schnell geschluckt!“ Trotz ihrer Forderung behielt er das Brot im Mund, so dass sie ihm erneut den Unterkiefer herunterzog und einen weiteren Bissen Brot in den noch vollen Mund steckte. Durch die große Menge an Brot, die sich nun in Herrn U.s Mund befand, war er gezwungen, es herunterzuschlucken. Dabei kniff er seine Augen zusammen und schüttelte den Kopf schnell hin und her.

Diese Beispiele zeigen, wie unterschiedlich man Pflege gestalten kann. Die Beispiele unterscheiden sich darin, was den handelnden Personen vorrangig erscheint. Natürlich gibt es gute und schlechte Pflegeheime und bessere und schlechtere Wohnstätten der Behindertenhilfe. Entscheidend ist die Orientierung der Einrichtung, des Dienstes und der dort Beschäftigten: Geht es zunächst und vor allem um die Sorge für das körperliche Wohl? Oder wird gleichzeitig beachtet, was die Menschen zu einem ‚guten Leben‘ sonst noch brauchen? Dies hat Auswirkungen für die Gestaltung der Pflege selbst, aber auch für die pädagogischen Angebote, die Menschen darüber hinaus brauchen.

Dies gilt natürlich nicht nur für Menschen mit hohem Hilfebedarf. Wer als Heilerziehungspflegerin Menschen begleitet, die in ihrer eigenen Wohnung leben und sich mit dem persönlichen Budget ‚Dienstleistungen‘ einkaufen können und müssen, steht vor derselben Herausforderung: Mit den Menschen zu klären, was sie von ihm brauchen: im Bereich der Pflege und Therapie, damit gute Voraussetzungen für eine selbstbestimmte Teilhabe möglich sind, und mit ihrem pädagogischen bzw. andragogischen know how, durch das sie bei der Ausbildung von Bedürfnissen und Interessen, bei der Teilhabe an kulturellen und Lernangeboten, bei der Kommunikation und Selbstbestimmung unterstützt werden können und beim Eingehen und Pflegen von Kontakten, Freundschaften, Unterstützernetzen und Netzwerken, die dies begünstigen.

Sind Pädagogik und Pflege und Medizin (Heilen, Erziehen und Pflegen) die richtige Antwort auf das Thema Teilhabe?

Es ist wohl deutlich geworden, dass das, was mit den vor 50 Jahren gewählten Begriffen des Heilens, Erziehens und Pflegens angesprochen wurde, auch heute noch aktuell ist, wenn wir

uns dem Ziel einer selbstbestimmten Teilhabe für allem Menschen verpflichtet sehen. Darin spiegelt sich wider, dass Menschen bio-psycho-soziale Wesen sind. Sie haben einen Körper, dessen Bedürfnisse sind wichtig und müssen beachtet werden, sie haben einen Geist und eine Seele, und auch diese brauchen Bedingungen, Angebote und Unterstützung, um sich entwickeln zu können, und sie brauchen das Dazugehören, die Teilhabe, das soziale Leben. Die Heilerziehungspflege ist eine Profession, die das alles zu beachten versucht.

Am Beispiel der Pflege zeigt sich besonders, dass sie von der Pädagogik nicht vernachlässigt werden darf, da sie – für jeden Menschen, ob er im Heim lebt oder eine eigene Wohnung bewohnt – wichtig ist. Dass es den Menschen gut geht, ist eine grundlegende Voraussetzung für alles andere, dazu gehören bei Bedarf auch therapeutische und andere medizinische Hilfen. Eine gute Pflege stellt aber nur eine gute Voraussetzung für selbstbestimmte Teilhabe dar, auf die Menschen mit geistiger Behinderung in allen Lebensaltern ein Anrecht haben, sie sichert die Teilhabe noch nicht. Ohne den integrierten pädagogisch-/andragogischen ‚Blick‘ besteht die Gefahr, dass Menschen reduziert werden und man glaubt, das Angebot eines Pflegedienstes oder die Unterbringung in einem Pflegeheim reiche doch aus für ihn. Es ist nach meiner Überzeugung eine zentrale Aufgabe der Heilerziehungspflege, nicht nur theoretisch zu begründen, sondern praktisch zu zeigen, dass mehr nötig und möglich ist. Dass Menschen lebenslang die Welt kennen lernen, sich entwickeln, kommunizieren, selbst Einfluss nehmen und entscheiden, eine sinnvolle Alltagsgestaltung genießen und an unserer Kultur teilhaben können, wenn man ihnen dieses Recht zugesteht – und wenn Menschen da sind, die auch wissen, wie man dies adäquat begleiten und unterstützen kann.

Literatur

- Bienstein, C/Fröhlich, A.D. (1991): Basale Stimulation in der Pflege. Düsseldorf
Deutsches Zentrum für Altersfragen, Geschäftsstelle Runder Tisch Pflege: Runder Tisch Pflege, Arbeitsgruppe IV (2005): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Mit aktualisiertem Anhang/Stand 15. September 2005
<http://www.dza.de/download/ErgebnisserunderTischArbeitsgruppeIV.pdf> Entn. 02/2006
- Juchli, L. (1992²): Ganzheitliche Pflege – Vision oder Wirklichkeit. Basel
- Klauß, Th. (1999): Soll die Pädagogik Menschen mit schwersten Behinderungen aufgeben? Leserbrief zu Kobi. In: Geistige Behinderung 4, 384-388
- Klauß, Th. (2000): Selbstbestimmung - unabdingbar auch für Menschen mit erheblicher kognitiver Beeinträchtigung?. In: Bundschuh, K. (Hrsg.): Wahrnehmen, Verstehen, Handeln. Perspektiven für die Sonder- und Heilpädagogik im 21. Jahrhundert. Bad Heilbrunn, 263-271
- Klauß, Th. (2003a): Bildung im Spannungsverhältnis von Pflege und Pädagogik.. In: Kane, J.F./ Klauß, Th. (Hrsg.): Die Bedeutung des Körpers für Menschen mit geistiger Behinderung. Zwischen Pflege und Selbstverletzung. Heidelberger Texte zur Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung, 2. Band. Heidelberg, 39-64
- Klauß, Th. (2003b): Die Bedeutung des Körpers und seines Wohlbefindens in der Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. In: Kane, J.F./ Klauß, Th. (Hrsg.): Die Bedeutung des Körpers für Menschen mit geistiger Behinderung. Zwischen Pflege und Selbstverletzung. Heidelberger Texte zur Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung, 2. Band. Heidelberg, 11-38
- Klauß, Th. (2005²): Ein besonderes Leben. Grundlagen der Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. Heidelberg
- Klauß, Th./ Lamers, W. (2003): Alle Kinder alles lehren ... brauchen sie wirklich alle Bildung? In: Klauß, Th./Lamers, W. (Hrsg.): Alle Kinder alles lehren ... Grundlagen der Pädagogik für Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung. Heidelberger Texte zur Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung, Band 3. Heidelberg , 13-28

- Kristen, U. (1994): Praxis Unterstützte Kommunikation - Eine Einführung. Düsseldorf
- Lamers, W. (2000): Goethe und Matisse für Menschen mit einer schweren Behinderung (Mehrfachbehinderung) !?! In: Heinen, N./Lamers, W. (Hrsg.): Geistigbehindertenpädagogik als Begegnung. Düsseldorf, 177-206
- Nussbaum, M. C. (2002): Aristotelische Sozialdemokratie: Die Verteidigung universaler Werte in einer pluralistischen Welt - Ein Vortrag für das Kulturforum der Sozialdemokratie, Willy-Brandt-Haus Berlin, 01. Februar 2002 (Aus dem Englischen von Sander W. Wilkens, Berlin). <http://www.kulturforen.de/servlet/PB/menu/1165334/>
- Seifert, M./ Fornefeld, B./ Koenig, P. (2001): Zielperspektive Lebensqualität. Eine Studie zur Lebenssituation von Menschen mit schwerer Behinderung im Heim. Bielefeld
- Wollasch, U. (2005): Die Pflegecharta geht an den Bedürfnissen Behinderter vorbei. In: neue caritas, CBP-Info 2, Mai, 2f.

ⁱ Gebrüder Grimm: Der alte Großvater und der Enkel. In: Kinder- und Hausmärchen 1812/1815