

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

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

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

4.5 Sprachförderung in der Heilerziehungspflege

4.5.1 Allgemeine Prinzipien der Sprachförderung

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

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

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

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

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

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

Lautsprachbegleitende Gebärden (LBG)

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



Abb. 1 Beispiel für die lautsprachbegleitenden Gebärden (LBG)

Aufgaben

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

Gebärdenunterstützte Kommunikation (GuK)

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

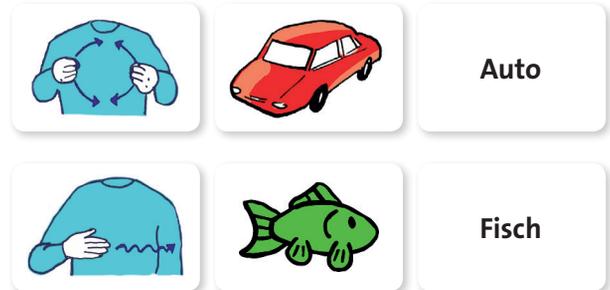


Abb. 2 Bildtafeln für GuK

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

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

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

4.6.2 Nicht elektronische Kommunikationshilfen

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

9.7 Künstlerisches Werken und Gestalten – ein Projekt

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

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

Projektideen wurden diskutiert, z. B.

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

- aus Tonkacheln ein Wandrelief für die Pausenhalle einer Schule erstellen

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

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

Es ging ans Werk ...



Abb. 1 Futterhäuschen



Abb. 2 Insektenhotel (im Bau)



Abb. 3 Großes Insektenhotel auf dem Schulhof



Abb. 4 Kleines Insektenhotel



Abb. 5 Insektenhotel und Nistkasten



Abb. 6 Projektergebnisse

10 Ernährung und Hauswirtschaft



Abb. 1 Kochen als Teil der selbstständigen Haushaltsführung

10.1 Grundlagen der Ernährungslehre

10.1.1 Einflüsse auf die Ernährung

Allgemeine körperliche Faktoren wie

- Immobilität,
- eingeschränkte Beweglichkeit von Armen oder Händen,
- Koordinationsprobleme,
- Sehstörungen und
- Schwäche

erschweren die Nahrungszubereitung oder Nahrungsaufnahme.

Soziale Faktoren wie

- Einsamkeit,
 - finanzielle Probleme und
 - eine ungünstige Wohnsituation
- führen zu Fehl- und Mangelernährung.

Krankheitsbedingte Faktoren

Viele Erkrankungen, z.B. Infekte, Krebsleiden, rheumatische, Magen-Darm- und psychische Erkrankungen, führen zu **Appetitlosigkeit**. Bei vielen Erkrankungen, z.B. einer Über-

funktion der Schilddrüse (Hyperthyreose), wird mehr Energie benötigt. Die Aufnahme der Nahrung und von Nahrungsbestandteilen ist eingeschränkt, z. B.:

- Vitamin-B12-Mangel durch eine atrophische Gastritis
- eingeschränkte Magen- und/oder Darmmotilität (reflektorische und vegetativ regulierte Bewegung), z. B. bei Diabetes mellitus
- verminderte Resorptionsfähigkeit des Darms, z. B. bei Morbus Crohn

Verwirrtheit und Vergesslichkeit bei einer **Demenzerkrankung** schränken das Hunger- und Durstgefühl ein. Die unerwünschten Wirkungen von **Medikamenten** tragen zu Appetitlosigkeit, Übelkeit oder Durchfall bei.

10.1.2 Ernährungszustand

Um den Ernährungsstatus zu überprüfen, genügen wenige Informationen:

- Gewichtszunahme bzw. -abnahme
- Appetit
- Veränderungen der Ernährungsgewohnheiten
- Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Heißhunger
- körperliche Leistungsfähigkeit

Gewichtsveränderungen. Das Körpergewicht lässt sich mit dem **Body-Mass-Index (BMI)** beurteilen. Der BMI errechnet sich aus der Formel:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht in kg}}{\text{Körpergröße in m} \cdot \text{Körpergröße in m}}$$

Beispiel 55 kg Körpergewicht bei 1,63 m Körpergröße:

$$\text{BM} = \frac{55}{1,63 \cdot 1,63} = 20,7$$

Zur Bewertung des Körpergewichts gilt folgende Einteilung:

Bewertung	BMI ♂	BMI ♀
Untergewicht	< 20	< 19
Normalgewicht	20–25	19–24
Übergewicht	25–30	24–30
Adipositas	30–40	30–40
massive Adipositas	> 40	> 40

Abb. 2 Bewertung des Körpergewichts Erwachsener nach der DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung), 1992

10.2.5 Unterstützung bei einer Einschränkung der Sinnesorgane

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

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

1 Grundlagen der psychiatrischen Pflege



Abb. 1 Krankheitsempfinden ist subjektiv

Situation

Katrin (51 Jahre) lebt seit dem Tod ihrer Mutter in einem kleinen Dachzimmer des elterlichen Hauses. Der Vater hat erneut geheiratet und bewohnt mit seiner Frau die unteren Etagen. Katrin leidet seit früher Jugend an depressiven Verstimmungen. Viele Jahre hat sie als Floristin Teilzeit gearbeitet, war aber dabei so langsam und häufig unzuverlässig, dass sie irgendwann diese Stelle verlor. Dabei arbeitet sie sehr gern kreativ und hat einen guten Bezug zu Farben und Formen. Oftmals fühlt sie sich nach dem Aufstehen außerstande, das Haus zu verlassen. Dann kann sie einfach nicht zur Arbeit gehen – die Vorstellung, das Zimmer zu verlassen, ist dann unerträglich. Katrin fühlt sich oft nicht wohl, ohne dass sie dafür eine Ursache benennen könnte. Sie fühlt sich dem Vater gegenüber schuldig, weil sie sein Leben nicht teilen kann und zu seiner Frau keine Beziehung findet, sie kann sich an alltäglichen Aufgaben und Aktivitäten meist nicht beteiligen. Freunde hat sie keine. Die Agentur für Arbeit hat ihr nun einen Platz in einer beschützten Werkstatt vermittelt. Katrin freut sich darüber, ist zugleich aber voller Angst, ob sie die neue Aufgabe bewältigen kann. Schon der Gedanke, jeden Morgen mit dem Bus fahren zu müssen, ist unvorstellbar. Zugleich weiß sie, dass es gut ist, das Haus regelmäßig zu verlassen. Ihr Vater versteht nicht, was mit ihr los ist, bezeichnet sie als willensschwach und faul. Es gibt deswegen viel Streit – und genau das will sie ja immer vermeiden.



Abb. 2 Kompetenzen und Bestandteile

1.5 Begleitende Aufgaben in der psychiatrischen Pflege

Die heilerzieherische Begleitung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung bietet die Möglichkeit, neben den klassischen therapeutischen Methoden auch Entwicklungsaspekte, Selbststeuerungsaspekte, Umweltaspekte und soziale Aspekte der Entstehung und Beeinflussung psychischer Krisen mit zu berücksichtigen und günstig zu beeinflussen.

Grundsätzlich kann die therapeutische Arbeit durch **heilpädagogische Maßnahmen** unterstützt werden. Hierzu gehören Maßnahmen zur Förderung der motorischen, kognitiven, psychischen und sozialen Entwicklung durch heilerzieherische und funktionelle Übungsbehandlungen, Motopädie, kreativ-künstlerische Angebote, milieutherapeutische Maßnahmen, tiergestützte Therapien oder ambulante sozialpädagogische Hilfen.

Bei psychotherapeutischen Maßnahmen kann die Heilerziehungspflege durch Tagesstrukturierung, verlässliche Beziehungsgestaltung, Gespräche und das Selbstkonzept unterstützende Rückmeldungen den Behandlungsverlauf unterstützend.

Bei medikamentösen Maßnahmen sind die Unterstützung beim sorgsamem Umgang mit den Medikamenten und die dialogische Reflexion der Wirkungen und Nebenwirkungen für den Patienten und den behandelnden Arzt wichtige heilerzieherische Begleitmaßnahmen (s. Anlage 252).

Teilhabe

Das Recht auf Teilhabe psychisch Kranker am normalen Leben und die Schaffung von Voraussetzungen für ein weitgehend selbstbestimmtes Leben können durch Heilerziehungspflege unterstützt werden. Schulische und berufliche Integration sowie die Schaffung förderlicher Rahmenbedingungen für eine schulische und berufliche Inklusion sind dazu zentrale Maßnahmen.

Gemäß der Behindertenrechtskonvention ist die Teilhabe für Menschen mit Behinderung ein zentrales Menschenrecht, das insbesondere in der institutionalisierten psychiatrischen Pflege zu beachten und zu schützen ist. Hierzu sind die Artikel 8 – Bewusstseinsbildung, Artikel 17 – Schutz der Unversehrtheit der Person, Artikel 19 – Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft, Artikel 22 – Achtung der Privatsphäre, und Artikel 30 – Teilhabe am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport besonders relevant.

Psychoedukation

Eine zentrale Aufgabe der Heilerziehungspflege im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen ist es, eine verlässliche Unterstützung anzubieten, sodass der Klient in eine stabile

psychische, physische und sozialen Situation kommen und diese zunehmend selbstständig halten kann – auch, wenn er mit der psychischen Behinderung auf Dauer leben muss. Menschen mit psychischen Erkrankungen benötigen Unterstützung in der realistischen Einschätzung ihrer Beeinträchtigung und in der Fähigkeit, die eigene Erkrankung sinnvoll zu managen und therapeutische Hilfe effektiv zu nutzen. Heilerziehungspfleger können im Sinne einer Psychoedukation die Bereitschaft zur therapeutischen Mitarbeit des Klienten schulen (Compliance-Schulung) ▶ s. Modul 6, Kap. III 1.9 Psychoedukation.

Die Aufgaben lassen sich in folgende Bereiche gliedern:

1. klientenbezogene Aufgaben
2. gruppenbezogene Aufgaben
3. systemische Aufgaben

Klientenbezogene Aufgaben

- Beziehungsaufnahme, Beziehungsgestaltung (Nähe und Distanz ermöglichen)
- Klare, offene Kommunikation
- Beobachtungen, Gespräche
- Erkundung der Pflegeanamnese (Fremd- und Selbstanamnese)
- Bedürfnisse und Bedarfe des Klienten erkennen, erkunden, berücksichtigen
- Psychiatrische Symptome und Störungen erkennen, richtig einschätzen und angemessen reagieren
- Sicherheit, Struktur, Kontinuität, Verlässlichkeit anbieten
- Eigene Grenzen erkennen und benennen
- Selbstbestimmung stärken, Selbststeuerung stützen
- Krisen wahrnehmen, konsequent reagieren
- Mit allen beteiligten Berufsgruppen zusammenarbeiten
- Beziehungsgestaltung, Alltagsgestaltung und pflegerische Maßnahmen reflektieren und dokumentieren

Gruppenbezogene Aufgaben

- Kommunikation und Beziehungen zwischen Klienten unterstützen und mitgestalten
- Möglichkeiten der Klienten dazu nutzen, Beeinträchtigungen zu beachten
- Therapeutisches Milieu entwickeln
- Umgang mit Nähe und Distanz einüben
- Gruppendynamische Aspekte kennen und berücksichtigen
- Wechselseitige Unterstützung und Verantwortungsübernahme ermöglichen
- Gemeinsame Gestaltung der Alltagsaufgaben
- Alle gruppenbezogenen Aufgaben kommunizieren, reflektieren und dokumentieren

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

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

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

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

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



Abb. 1 Behinderung und Migration

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

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

3.1.4 Barrieren sehen – Barrieren überwinden

Barrieren sehen

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

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

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

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

1 Rechtliche Aspekte von Sterbehilfe und Sterbebegleitung

Die Betrachtung der Sterbehilfe befindet sich in einem Spannungsfeld zwischen

- dem Grundrecht auf Menschenwürde (keine Lebenserhaltung gegen den Willen des Klienten, Recht auf einen menschenwürdigen Tod) und
- dem Grundrecht auf Leben (keine gezielte Lebensverkürzung gegen den Willen des Menschen).

► S. auch Modul 1, Kap. IV.2 Die Grundrechte

Im Folgenden wird nur die rechtliche Seite, insbesondere die Strafbarkeit der Sterbehilfe beleuchtet. Eine moralische oder ethische Bewertung findet an dieser Stelle nicht statt.

1.1 Hilfe beim Sterben

Hilfe beim Sterben bedeutet, dem Sterbenden einen leichten Tod zu ermöglichen. Pflegekräfte sind verpflichtet, dem Sterbenden durch pflegerische Hilfe und Betreuung beizustehen. Dazu gehört von ärztlicher Seite die Schmerzlinderung. (Pflege bei Schmerzen: ► s. Modul 6, Kap. II.1)

Alle Maßnahmen, die einer Erleichterung des Sterbens dienen, ohne dass eine Lebensverkürzung bezweckt wird, sind rechtlich geboten. Die Verabreichung von Schmerzmitteln im Rahmen der Palliativmedizin, die als unerwünschte Nebenwirkung das Leben verkürzen, ist dabei nicht strafbar. (Pflege Sterbender – Palliativpflege: ► s. Modul 6, Kap. II.3)



Abb. 2 Hilfe beim Sterben/Hilfe zum Sterben



Abb. 1 Sterbeanzeige

1.2 Hilfe zum Sterben

Hilfe zum Sterben bedeutet, einem Kranken zu helfen, sein Leben zu beenden.

Hilfe bei der Selbsttötung

Ein Klient, der geistig völlig klar ist, aber an Krebs im Endstadium mit starken Schmerzen leidet, bittet Pflegekraft Edi, ihm starke Schlaftabletten und Alkohol zu besorgen. Der Patient nimmt sich damit das Leben.

Grundsätzlich handelt es sich bei der Hilfe zur Selbsttötung um eine straflose Beihilfe. Der Suizid ist im deutschen Recht nicht strafbar, deshalb kann auch die Beihilfe dazu nicht strafbar sein.



Wichtig ist, dass derjenige, der sich töten will, das Geschehen beherrscht und sich jederzeit *doch* für das Leben entschließen kann. Die letzte Entscheidung muss also in der Hand des Menschen liegen, der sich das Leben nehmen will. Keine straflose Beihilfe läge beispielsweise vor, wenn Pflegekraft Edi den Klienten auf dessen ausdrücklichen Wunsch vom Balkon eines hohen Hauses stürzen würde.

Der seit Dezember 2015 geltende § 217 StGB stellte die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe. Mitglieder eines Sterbehilfevereins hatten dagegen Verfassungsbeschwerden eingelegt. Das Bundesverfassungsgericht hat mit Urteil vom 26.2.2020 (Az. 2 BvR 2347/15) entschieden, dass § 217 StGB verfassungswidrig und deshalb nichtig ist. Das Gericht sah das Grundrecht auf persönliche Selbstbestimmung, das auch das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben umfasst, verletzt. Der Gesetzgeber könne jedoch Vorgaben zum Verfahren machen, wie zum Beispiel Dokumentations- und Transparenzpflichten, Pflicht zur Beratung sowie Maßnahmen zum Schutz der Betroffenen vor übereilten Entscheidungen.

■ Pflegekraft Edi findet einen Klienten bewusstlos im Zimmer auf. Der Klient hat eine größere Menge Schlaf-tabletten zusammen mit Alkohol zu sich genommen. In einem Abschiedsbrief schreibt er, dass er aus freien Stücken aus dem Leben scheiden möchte.

Pflegefachkräfte haben gegenüber Klienten und Bewohnern eine **Garantenstellung**, können also beim Unterlassen einer Hilfeleistung bestraft werden (► s. Modul 5, Kap. IV.1.3).

Das würde zu dem Ergebnis führen, dass

- Pflegekraft Edi dem Klienten straflos Mittel für den Suizid besorgen dürfte, aber
- dass, wenn diese eingenommen wurden und der Klient bewusstlos wurde, Edi diesen nun retten müsste, um sich nicht strafbar zu machen.

Die herrschende Rechtslehre hält das Nichteingreifen für straflos, da der Wille des Menschen, sich das Leben zu nehmen, zu respektieren ist. Im Juli 2019 hat der Bundesgerichtshof in 2 Grundsatzurteilen das Unterlassen von Rettungsmaßnahmen nach Eintritt der Bewusstlosigkeit ebenfalls als straflos bewertet.

Besonderheit psychische Erkrankung. Pflegefachkräfte sind *nur* bei Personen, die infolge einer psychischen Störung Selbsttötungstendenzen aufweisen, verpflichtet, den Suizid zu verhindern. Bei geistig und seelisch Gesunden verstößt beispielsweise das Durchsuchen von Schubladen nach Tabletten gegen die rechtlich geschützte Handlungsfreiheit. In der Praxis sind diese Fragen eher theoretischer Natur. Pflegefachkräfte sollten sicherheitshalber immer einen Arzt zurate ziehen, wenn sie bei einem Klienten oder Bewohner Selbsttötungstendenzen feststellen.

Passive Sterbehilfe

■ Max M. leidet an einem unheilbaren Gehirntumor, der unter anderem dazu geführt hat, dass Max nicht mehr bei klarem Verstand ist. Es wird erwartet, dass Max höchstens noch 2 Wochen leben wird. Er verweigert nun auch die Nahrung und müsste mittels einer Magensonde ernährt werden.

■ Unter **passiver Sterbehilfe** versteht man das Unterlassen oder Abbrechen lebensverlängernder Maßnahmen, wenn die Krankheit eines Klienten einen tödlichen Verlauf angenommen hat (► s. **Eingangsbeispiel dieses Kapitels**).

Lebensverlängernde Maßnahmen sind z. B.:

- Wiederbelebung
- künstliche Ernährung
- Beatmung

Hierbei ist grundsätzlich der Wille des Klienten maßgebend: Wünscht er keine weitere Behandlung nach eingehender Beratung und Aufklärung, so ist diese zu unterlassen oder zu beenden. Dies hat der Bundesgerichtshof in einem Grundsatzurteil vom 25. Juni 2010 (Aktenzeichen 2 StR 454/09) noch einmal klargestellt. Eine Pflicht oder das Recht des Arztes, das Leben in jedem Fall zu verlängern, besteht nicht.

Bei Bewusstlosigkeit oder geistiger Störung des Klienten muss sich der Arzt am mutmaßlichen Willen der Person orientieren. Wichtig in diesem Zusammenhang ist die **Patientenverfügung**. In ihr können Fragen der medizinischen Versorgung geregelt werden, für den Fall, dass der Betroffene sich nicht mehr selbst äußern kann. Unter anderem kann bestimmt werden, dass lebenserhaltende Maßnahmen wie künstliche Ernährung oder Beatmung nicht gewünscht werden. In § 1901 a BGB ist festgeschrieben, dass eine schriftliche Patientenverfügung für Betreuer und Arzt verbindlich ist. Mit Beschlüssen von Juli 2016 und November 2018 hat der Bundesgerichtshof klargestellt, dass eine Patientenverfügung nur dann bindend ist, wenn konkrete Entscheidungen des Betroffenen bezüglich noch nicht unmittelbar bevorstehender ärztlicher Maßnahmen getroffen wurden.

Liegt keine Patientenverfügung vor, muss der mutmaßliche Wille eines Klienten beispielsweise durch Aussagen Angehöriger oder des Pflegepersonals ermittelt werden. Deshalb ist es wichtig, diesbezügliche Äußerungen von Klienten in der Pflegedokumentation festzuhalten.

Unter Umständen kann die Bestellung eines Betreuers erforderlich werden, der für den Klienten entscheidet. Hier ist zusätzlich die Genehmigung des Betreuungsgerichts erforderlich.

1 Das Hormonsystem und die Pflege bei Diabetes

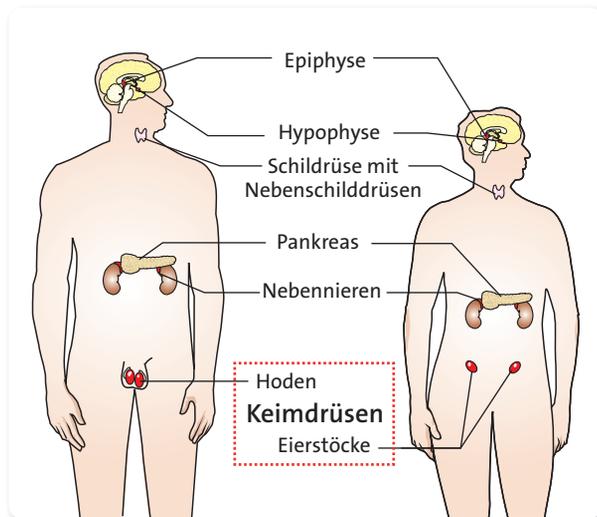


Abb. 1 Hormondrüsen des Menschen

1.1 Grundlagen

1.1.1 Hormone

Die Tätigkeit der Organe im Körper muss ständig aufeinander abgestimmt werden, um eine optimale Funktion zu erreichen. Eine wichtige Aufgabe übernimmt hierbei das vegetative Nervensystem, das schnelle Reaktionen der einzelnen Organe ermöglicht. Die Übertragung der Nachrichten ist allerdings an das Nervensystem gebunden. Damit kann die Information immer nur an bestimmte Strukturen gelangen, z. B. zur Auslösung einer Muskelaktivität oder zu einer Drüsentätigkeit.

Viel umfassender ist die Steuerung durch **Hormone**. Dies sind chemische Substanzen, die sich von Aminosäuren oder Cholesterin (Steroidhormone) ableiten und als **Botenstoffe** arbeiten. Ihre Wirkung tritt im Vergleich zu den Nervenimpulsen langsam ein, nach Sekunden (Adrenalin) oder auch erst nach Monaten (Wachstumshormon).

Hormone werden von **endokrinen Hormondrüsen** gebildet, die ihr Produkt direkt über das Gewebe ins Blut abgeben. Hormone finden sich entweder frei im Blut oder sind an Transporteiweiße gebunden.

Zur Aufnahme des hormonellen Signals muss eine Zelle entsprechende **Rezeptoren** an ihrer Oberfläche besitzen, an denen sich das Hormon anlagern kann. Hierfür wird gern das Beispiel von Schloss und Schlüssel benutzt. Passen Rezeptor und Hormon zusammen, werden in der Zelle die für die jeweilige Organtätigkeit notwendigen Stoffwechselfvorgänge ausgelöst.

Zellen unterschiedlicher Gewebe können Rezeptoren für ein und dasselbe Hormon aufweisen, andererseits können einzelne Zellen aber auch Rezeptoren für unterschiedliche Hormone besitzen. Dadurch ist eine Vielzahl von Reaktionen des Gewebes und der Organe möglich. Das Hormon **Adrenalin** bereitet z. B. die Skelettmuskulatur durch Steigerung des Stoffwechsels auf Flucht oder Kampf vor, beruhigt aber zugleich die Muskulatur des Magen-Darm-Trakts.

Hormone beeinflussen biologische Abläufe im Körper, aber auch das Verhalten oder die Empfindungen. Eindrucksvolles Beispiel ist die Stressreaktion. Hormone sind entscheidend für die körperliche und geschlechtliche Entwicklung sowie für die Entwicklung des Gehirns. Sie sorgen für das Überleben des Organismus durch Regulierung des Ess-, Trink- und Schlafverhaltens. Sie steuern das Sexualeben sowie die Vorgänge der Fortpflanzung. Sie helfen dem Menschen, mit Krisensituationen fertig zu werden.

Durch das vielfältige Ineinanderwirken sind Störungen der Hormonfunktion häufig nicht auf ein Organsystem beschränkt, sondern lösen unterschiedliche krankhafte Veränderungen aus.

Hormon- und Nervensystem ergänzen sich in ihren Aufgaben und sind miteinander durch die **Hirnanhangsdrüse (Hypophyse, ▶ Abb. 1)** verbunden, die von dem **Hypothalamus** stimuliert oder gehemmt wird. Die unter Einfluss des Hypothalamus gebildeten Hormone stimulieren oder hemmen wiederum die einzelnen Hormondrüsen. Erst deren Produkte wirken dann auf die Gewebe.

Das Hormon der **Zirbeldrüse (Epiphyse)**, Melatonin, reguliert den Tag-Nacht-Rhythmus. Die Hormone der **Nebennieren** sorgen für eine Bereitstellung von Energieträgern und helfen damit, Stressreaktionen zu bewältigen. Sie haben Einfluss auf das Immunsystem und wirken auf die Nieren. Die Hormone der **Keimdrüsen (Hoden und Eierstöcke)** ermöglichen die normale Geschlechtsentwicklung und später die Fortpflanzung.

Hormoneller Regelkreis

Am Beispiel der **Schilddrüse** lässt sich die Regelung der Hormonabgabe gut darstellen (► **Abb. 1**).

Das auslösende Hormon für den Regelkreis der Schilddrüse ist das **Thyreotropin-Releasing-Hormon (TRH)**, release, engl. freisetzen). Es wird ausgeschüttet, wenn im Hypothalamus ein Abfall der Konzentration von Schilddrüsenhormon im Blut festgestellt wird. Die Ausschüttung wird bei steigender Konzentration reduziert.

Unter dem Einfluss dieses Hormons schüttet nun die Hypophyse Thyreotropin, ein **Thyreoidea stimulierendes Hormon (TSH)**, aus. Auch dieser Vorgang wird über die Konzentration von Schilddrüsenhormon im Blut gesteuert. Thyreotropin führt nun in der Schilddrüse zur Freisetzung der wirksamen Hormone aus ihren Zwischenspeichern. Die Erhöhung der Konzentration im Blut wird wiederum in Hypothalamus und Hypophyse registriert und führt zu einer Minderung von deren Aktivität. Regelungstechnisch nennt man so etwas eine negative Rückkopplung.

Soll die Hormonwirkung beendet werden, erfolgt ein Abbau:

- Frei im Blut befindliche Hormone werden in der Leber abgebaut und über die Nieren ausgeschieden.
- An Rezeptoren gebundene Hormone werden über die Zellmembran aufgenommen und in den Lysosomen abgebaut (► s. Modul 2, Kap. II.1.4).

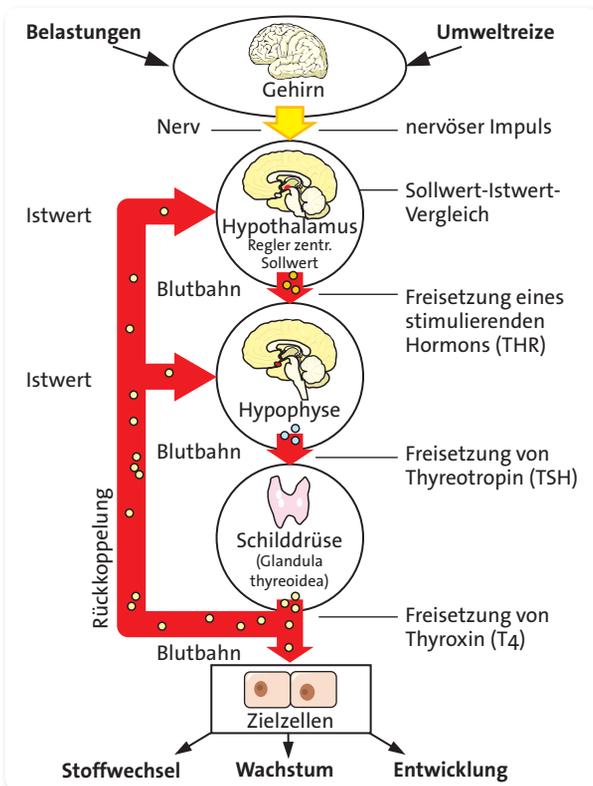


Abb. 1 Hormoneller Regelkreis der Schilddrüse

1.1.2 Hormonproduzierende Drüsen

Schilddrüse (Glandula thyroidea)

Die Schilddrüse folgt dem Kehlkopf beim Schlucken. Sie ist ca. 60 g schwer und besteht aus 2 Lappen, die über eine Brücke vor der Luftröhre miteinander verbunden sind (► **Abb. 2**).

Das Drüsengewebe besteht aus vielen kleinen Bläschen (**Follikel**), in deren Wand die Hormone gebildet und als Tröpfchen in den Bläschen gespeichert werden. Besondere Zellen zwischen den Follikeln produzieren das Hormon **Kalzitinin**, das für die Regelung des Calciumhaushalts zuständig ist.

Die Follikel der Schilddrüse produzieren **Thyroxin (T4)** und **Trijodthyronin (T3)**. Beide Hormone werden aus einer Aminosäure unter Anlagerung von **Iod** gebildet. Fehlt ausreichend Iod in der Nahrung, ist die Hormonbildung erschwert und die Schilddrüse kann mit einer Zunahme des Gewebes reagieren. Es kommt zur Ausbildung eines **Kropfes** (Struma).

Da Iodmangel im Trinkwasser in vielen Gegenden Deutschlands ein Problem ist, wird zunehmend in Back- und Fleischwaren iodiertes Speisesalz verwendet und auch für den täglichen Gebrauch empfohlen. Iodreich sind Seefisch und andere Meeresprodukte.

Die Schilddrüse ist über ihre Hormone an der Regulation des **Energieumsatzes** beteiligt (► s. Modul 5, Kap. I.10.1.5). Störungen schlagen sich also in einer Veränderung nieder, die so ausgeprägt sein kann, dass der Verdacht auf eine Erkrankung gelenkt wird. Bei einer Überfunktion kann der Grundumsatz bis auf das Doppelte steigen, bei einer Unterfunktion bis auf 60% abnehmen.

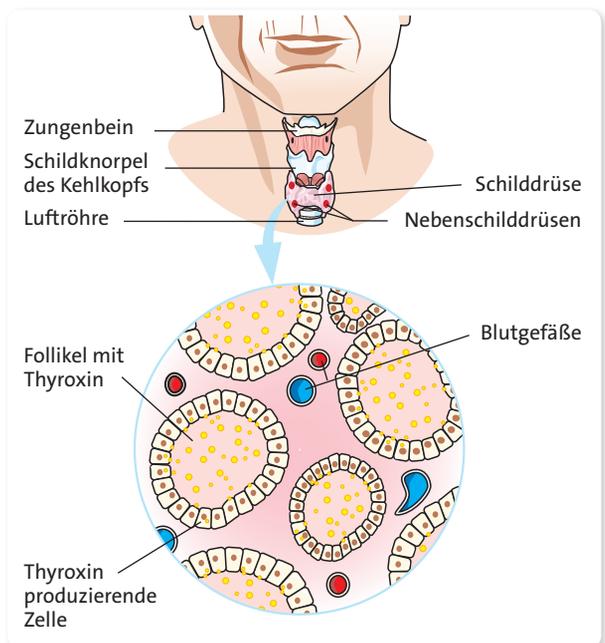


Abb. 2 Lage der Schilddrüse mit Drüsengewebe

1.5 Pflege

1.5.1 Krankenbeobachtung

Hormonelle Störungen oder Stoffwechselerkrankungen lassen sich oft nicht einem bestimmten Organ zuordnen. Entsprechend vielfältig können die zu beobachtenden Beeinträchtigungen sein.

Psychische Veränderungen. Das Gehirn reagiert besonders empfindlich auf Nährstoff- und Energiemangel, was sich an psychischen Auffälligkeiten verdeutlicht. Jeder hat schon erlebt, wie gereizt Menschen reagieren können, wenn sie Hunger haben. Langfristig stellen sich bei anhaltenden Nährstoffdefiziten häufig depressive Verstimmungen ein.

Antriebsarmut, Müdigkeit und geistiges Desinteresse können Zeichen einer Schilddrüsenunterfunktion sein und nicht ohne Abklärung einer beginnenden Demenz oder Depression zugeordnet werden. Unerklärliche Ruhelosigkeit und Nervosität können Zeichen einer Schilddrüsenüberfunktion sein. Konzentrationsschwächen bis hin zu Verwirrtheitszuständen und Bewusstseinsstörungen können auf ein beginnendes diabetisches Koma hindeuten.

Vegetative Veränderungen. Stoffwechselstörungen können zu Funktionsstörungen in unterschiedlichen Organsystemen führen und sehr unterschiedliche Symptome verursachen, die im Zusammenhang gesehen werden müssen. So klagten Personen mit Schilddrüsenüberfunktion über Herzrasen, vermehrtes Schwitzen und auch über Durchfall. Im Zustand einer Überzuckerung wird der Klient starken Durst empfinden und große Mengen wasserhellen Urins ausscheiden.

Körpergewicht. Unerklärliche Gewichtsveränderungen können Folge von hormonellen oder Stoffwechselstörungen sein. Durch den gesteigerten Energiestoffwechsel nehmen Personen mit Schilddrüsenüberfunktion trotz reichlicher Nahrungszufuhr ab. Auch der Diabetes-mellitus-Typ-I geht häufig mit einer Gewichtsabnahme einher. Bei einer Unterfunktion der Schilddrüse kommt es zu einer Gewichtszunahme.

- Bei einem normalen Ernährungszustand steht das Körpergewicht in einem angemessenen Verhältnis zur Körpergröße der Person.
- Bei deutlichem Untergewicht ist das Unterhautfettgewebe reduziert, eventuell sind hervortretende Knochen zu erkennen.
- Bei rascher Gewichtszunahme bilden sich oft streifenförmige Veränderungen der Haut (striae, „Schwangerschaftsstreifen“) durch Überdehnung des Bindegewebes an Bauch und Hüften.

Zur Ermittlung des Körpergewichts stehen **Stand-** und **Sitzwaagen** zur Verfügung. Die **Gewichtskontrolle** erfolgt möglichst nüchtern am Morgen auf immer derselben Waage. Die

zu wiegende Person sollte zuvor Darm und Blase entleeren und möglichst wenig bekleidet sein. Die Steh- oder Sitzfläche wird mit einer Unterlage abgedeckt.

- Waage tarieren (auf null stellen).
- Betroffenen auf die Fläche der Waage bitten bzw. helfen. Die Person muss vollständig und frei auf der Fläche der Waage stehen bzw. sitzen. Ein Abstützen auf der Waage würde zu einem zu geringen Messwert führen. Für Rollstuhlfahrende sollte eine Sitzwaage zur Verfügung stehen.
- Gewicht mit Angabe von Uhrzeit und Kleidung dokumentieren.
- Bei großen Gewichtsabweichungen ist der Arzt zu informieren.

Regelmäßige Gewichtskontrollen sind ferner notwendig bei:

- Personen mit Ödemen (z.B. bei Störung der Herz- oder Nierenfunktion),
- Durchführung einer Reduktions- bzw. Aufbaukost,
- Menschen mit schweren auszehrenden Erkrankungen,
- Personen, die Neuroleptika bzw. Antidepressiva einnehmen, welche als Nebenwirkung den Appetit anregen.

1.5.2 Pflege bei Diabetes mellitus

Behandlung mit oralen Antidiabetika

Die Behandlung mit oralen Antidiabetika setzt voraus, dass der Betroffene noch über eine ausreichende körpereigene Insulinproduktion verfügt. Die Medikamente wirken auf unterschiedliche Weise auf den Blutzuckerspiegel der Betroffenen, indem sie

- die körpereigene Ausschüttung von Insulin verstärken (Sulfonylharnstoffe, Glinide),
- die Aufnahme der Kohlenhydrate aus dem Darm ins Blut verzögern (Acarbose, Quarkernmehle),
- für eine verbesserte Wirkung des Insulins an den Körperzellen sorgen und die Glucoseneubildung in der Leber verringern (Biguanide).

Wichtig ist, dass sich der Betroffene genau an die Verordnung hält. Bei oralen Antidiabetika aus der Gruppe der **Sulfonylharnstoffe**, die unabhängig von der Höhe des Blutzuckers eine langfristig verstärkte Insulinausschüttung bewirken, ist darüber hinaus zu beachten, dass der Betroffene regelmäßig Kohlenhydrate aufnehmen muss, um nicht zu unterzuckern. Glinide bewirken bei einer Mahlzeit eine rasche Insulinfreisetzung, die nur wenige Stunden anhält. Das Medikament wird entsprechend zur Hauptmahlzeit eingenommen. Möchte der Betroffene nicht essen, lässt er die Einnahme aus. Das Risiko einer Unterzuckerung wird so gesenkt.