

Kontextuelle und konzeptuelle Bedingungen und Entwicklungspotentiale schulischer professioneller Pflege

Eine qualitative und explorative Studie
an Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt
körperliche und motorische Entwicklung

vorgelegt von

Thomas Czerwinski

als Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors
der Erziehungswissenschaften (Dr. paed.)
in der
Fakultät Rehabilitationswissenschaften
der Technischen Universität Dortmund

Dortmund

2014

Betreuerin: Frau Prof. Dr. Barbara Ortland
Betreuerin: Frau Prof. Dr. Reinhilde Stöppler

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis	7
Abkürzungsverzeichnis	8
Einleitung	9
1 Bezugsrahmen und Begründungszusammenhänge	16
1.1 Ganzheitlich-humanistisches Menschenbild.....	16
1.2 Eine system-konstruktivistische Sichtweise	19
1.2.1 Der ökologische Ansatz nach Bronfenbrenner	24
1.3 Sichtweise von Behinderung und Körperbehinderung	26
1.4 Relevanz aktueller Leitideen der Behindertenpädagogik für die Pflege.....	31
1.4.1 Pflege als integraler Bestandteil des Normalisierungsprinzips.....	32
1.4.2 Integration und Inklusion.....	36
1.4.3 Selbstbestimmtes Leben mit Unterstützungsbedarf bei der Pflege.....	39
1.5 Verständnis bildungstheoretischer Begriffe.....	43
1.5.1 Bildung	44
1.5.2 Erziehung.....	45
1.5.3 Unterricht.....	46
1.5.4 (Sonderpädagogische) Förderung.....	47
1.5.5 Lernwelten als system-konstruktivistische Begrifflichkeit.....	49
2 Pflege – relevante Grundlagen.....	51
2.1 Prägendes und handlungsleitendes Menschenbild in der Pflege	52
2.2 Pflegebegriff	53
2.2.1 Dimensionen von Pflege.....	56
2.2.2 Gestaltungsformen von Pflege.....	61
2.3 Prinzipien einer humanistisch-ganzheitlichen Pflege	66
2.3.1 Bedürfnisorientierung	69
2.3.2 Biografiearbeit	73
2.3.3 Lebensweltorientierung	76
2.3.4 Personen- und Ressourcenorientierung	78
2.4 Ganzheitliche Pflegegestaltung nach dem Modell der fördernden Prozesspflege	79
2.4.1 Das System „fördernde Prozesspflege“ und die Teilmodelle	80
2.5 Eine andere Perspektive auf die Pflege – Tabus in der Pflege.....	85
2.5.1 Ekel und Körperscham in der Pflege	86
2.5.2 Die Gefahr von Gewalterfahrungen sowie sexuellen Missbrauchs	89
3 Schülerinnen mit Pflegebedarf im System Förderschule	95
3.1 Die Institution Förderschule FkmE.....	95
3.1.1 Mitarbeiterinnen der Förderschule FkmE – Ein Kompetenzteam	98
3.1.2 Organisation der Pflege und Individualbetreuung	100
3.2 Der Personenkreis der Schülerinnen mit Pflegebedarfen	104
3.2.1 Schülerinnen mit überwiegend kognitiven Lernwelten und unterstützendem oder stellvertretendem Pflegebedarf	107

3.2.2	Schülerinnen mit existentiellm Hilfe- und Pflegebedarf sowie überwiegend erfahrungsorientierten Lernwelten.....	109
3.3	Potentielle Pflegebedarfe von Schülerinnen als Herausforderungen.....	113
3.3.1	Kommunizieren.....	115
3.3.2	Sich bewegen.....	115
3.3.3	Vitale Funktionen des Körpers aufrechterhalten.....	117
3.3.4	Sich Pflegen.....	120
3.3.5	Essen und Trinken.....	122
3.3.6	Ausscheidungen.....	126
3.3.7	Sich Kleiden.....	127
3.3.8	Ruhen und Schlafen.....	128
3.3.9	Sich beschäftigen und Spielen.....	129
3.3.10	Für Sicherheit sorgen.....	130
3.3.11	Sich als Mann oder Frau fühlen.....	132
3.3.12	Soziale Bereiche des Lebens sichern.....	132
3.3.13	Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen.....	133
3.4	Herausforderungen und potentielle Probleme von Schülerinnen mit Pflegebedarf.....	137
3.4.1	Pflegebedarf als immanenter Bestandteil der eigenen Lebenswelt.....	137
3.4.2	Moderne Lebenswelten.....	142
3.4.3	Abhängigkeitsverhältnisse, Selbstbestimmung und Autonomiestreben als Herausforderung eines nachschulischen Lebens mit Pflegebedarf.....	143
3.4.4	Sexualität und Pflegebedarf – Nähe, Distanz und Intimität als Herausforderungen in der Pflege.....	150
4	Pflege im Bildungsprozess der Förderschule	155
4.1	Rechtliche Rahmenbedingungen, Rahmenvorgaben und Empfehlungen.....	156
4.1.1	Allgemeine Rahmenvorgaben und Empfehlungen.....	156
4.1.2	Richtlinienbezüge.....	158
4.2	Das Verhältnis von Pflege zum schulischen Bildungsprozess.....	159
4.2.1	Ein „spannendes“ Verhältnis.....	159
4.2.2	Das Gemeinsame von Bildung und Pflege.....	167
4.2.3	Pflege als Aufgabe von Förderschullehrerinnen.....	172
4.3	Pflege als Bestandteil im schulischen Bildungsprozess von Schülerinnen mit Pflegebedarf.....	175
4.3.1	Pflege als Voraussetzung für jegliche Bildungs- und Unterrichtsprozesse.....	177
4.3.2	Pflege als Ziel, Ergebnis und Konsequenz von schulischen Bildungsprozessen.....	177
4.3.3	Pflege als immanenter Bestandteil des Unterrichts.....	179
4.3.4	Pflege als Thema im Unterricht.....	181
4.3.5	Bezüge von Pflege zu unterrichtsübergreifenden Aufgabenfeldern in der Förderschule FkmE.....	184
4.4	Die Pflege als basaler Bildungsaspekt in der körpernahen Förderung.....	189
4.4.1	Konzept der basalen Stimulation.....	190
4.4.2	Das Bobath-Konzept.....	193
4.4.3	Das Konzept Kinästhetik.....	196
4.5	Zusammenfassung des theoretischen Vorverständnisses.....	199
5	Die Untersuchung: kontextuelle und konzeptuelle Bedingungen sowie Entwicklungspotentiale schulischer Pflege an der Förderschule FkmE aus den Perspektiven von Förderschullehrerinnen, Pflegekräften und Schulleiterinnen	201
5.1	Fragestellungen und Erkenntnisleitendes Forschungsinteresse.....	201

5.2	Ziel der Untersuchung und Hypothesen	202
5.3	Forschungsstrategie und Untersuchungsmethoden	205
5.4	Gütekriterien qualitativer Forschung	207
5.5	Teilnehmende Beobachtungen von Pflegesituationen als explorative Teilstudie	209
5.5.1	Der Beobachtungsbogen	210
5.6	Explorative themenzentrierte und leitfadensorientierte Experteninterviews	212
5.6.1	Entwicklung des Interviewleitfadens	213
5.6.2	Selektives Sampling	217
5.6.3	Durchführung der Interviews	219
5.6.4	Datenaufbereitung und Analyseverfahren	221
6	Darstellung und Interpretation der Untersuchungsergebnisse	226
6.1	Ergebnisse aus Teilnehmenden Beobachtungen von Pflegesituationen	226
6.1.1	Art der Pflegehandlungen	226
6.1.2	Personelle und zeitliche Rahmenbedingungen der Pflege	227
6.1.3	Förderangebote und Anwendung von Förderkonzepten innerhalb von Pflegesituationen	229
6.1.4	Aktive Mitgestaltung der Schülerinnen	230
6.1.5	Einsatz von Hilfsmitteln / Fördermaterialien	230
6.1.6	Räumliche, personelle und zeitliche Bedingungen aus Sicht der Beobachter	230
6.2	Darstellung und Interpretation der Interviewergebnisse	231
6.2.1	Positionen zu den Statements bzw. Konfrontationen	232
6.2.2	Pflegeverständnis	248
6.2.3	Rahmenbedingungen, Organisation und konkrete Gestaltung schulischer Pflege	253
6.2.4	Konkrete Gestaltung schulischer Pflege	262
6.2.5	Annahmen über die Bedeutsamkeit der Pflege für Schülerinnen mit Pflegebedarf	265
6.2.6	Das Verhältnis von Pflege und Pädagogik im Bildungsprozess	282
6.2.7	Pflege als Unterrichtsthema	290
6.2.8	Kooperation von Förderschullehrerinnen und Pflegekräften in der Pflege	297
6.2.9	Aus- und Fortbildung in einer pädagogisch orientierten Pflege	303
6.2.10	Zusätzliche Probleme, Bedarfe und Entwicklungspotentiale schulischer Pflege	310
6.2.11	Konzeptentwicklung für eine professionelle schulische Pflege	315
6.2.12	Elternarbeit im Bereich Pflege	320
6.3	Ergebnisse aus Fortbildungen für das Hilfspersonal	321
7	Darlegung und Diskussion der zentralen Ergebnisse	323
7.1	Zusammenfassung wesentlicher Kernaussagen aus der Interviewerhebung	324
7.2	Aktuelle Bedingungen schulischer Pflege	333
7.3	Drei Perspektiven auf die schulische Pflegegestaltung und ein gemeinsamer Fokus: Die Schülerinnen	335
7.4	Schülerinnen mit schwersten Behinderungen	338
7.5	Schülerinnen ohne schwerste Behinderungen	339
7.6	Entwicklungspotentiale	340
7.7	Methodendiskussion und Berücksichtigung allgemeiner Gütekriterien qualitativer Forschung	342
8	Fazit und Konsequenzen	346
8.1	Fazit	346
8.2	Konsequenzen für die Konzeptentwicklung schulischer Pflege	346

8.2.1	Konzeptgedanke	347
8.2.2	Möglichkeiten einer Konzeptentwicklung und -implementierung für die schulische Pflegegestaltung ausgehend von den Ergebnissen der Untersuchung.....	349
8.2.3	Mögliche allgemeine Eckpunkte eines Pflegekonzeptes ausgehend von den Untersuchungsergebnissen	353
8.2.4	Spezifische konzeptuelle Ausrichtung im Bereich Unterricht und außerunterrichtliche Handlungsfelder.....	354
8.2.5	Spezifische konzeptuelle Ausrichtung im Bereich der körpernahen Förderung.....	356
8.2.6	Weitere Teilaspekte ausgehend von den Untersuchungsergebnissen.....	362
	Literaturverzeichnis	364
	Anhang	396

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	System-konstruktivistische Wirklichkeitskonstruktion des Menschen.	23
Abbildung 2:	Bio-Psycho-Soziales Modell der Wechselbeziehungen zwischen den Komponenten der ICF.	29
Abbildung 3:	Realisierungsbereiche eines selbstbestimmten Lebens.	40
Abbildung 4:	Hierarchie der Selbstbestimmung.....	41
Abbildung 5:	Spezifik sonderpädagogischer Förderung.	49
Abbildung 6:	Ganzheitlichkeit menschlichen Daseins.	67
Abbildung 7:	Bedürfnispyramide nach MASLOW (1908–1970).	70
Abbildung 8:	Rahmenmodell der ganzheitlich-fördernden Prozesspflege.	83
Abbildung 9:	Feindseligkeitstriade.	91
Abbildung 10:	Vigilanz-Skala.	128
Abbildung 11:	Schmerzskalen.	136
Abbildung 12:	Modell der Individualität.	146
Abbildung 13:	Unterstützung der Autonomieerfahrungen von Kindern mit körperl. u. motorischen Behinderungen.	147
Abbildung 14:	Ganzheitlichkeit menschlicher Entwicklungsbereiche.....	192
Abbildung 15:	Hierarchie der Wahrnehmungsbereiche.	193
Abbildung 16:	Die 6 Konzepte der Kinästhetik.	197
Abbildung 17:	Schematische Darstellung der Zirkulären Forschungsstrategie.....	206
Abbildung 18:	Durchführung von Pflegesituationen nach Qualifikation (Anzahl der Nennungen).	227
Abbildung 19:	Durchschnittliche Dauer der Pflegeeinheiten in Prozent.....	228
Abbildung 20:	Gewährleistung einer gleichgeschlechtlichen Pflege in Prozent.	229
Abbildung 21:	Zusammenhang von Theorie, Modell, Konzept und Praxis.....	348
Abbildung 22:	Adaption körpernaher Förderkonzepte für die Pflegegestaltung.....	358

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	System-konstruktivistische Pädagogik.	21
Tabelle 2:	Gegenüberstellung des Integrationsparadigmas.	38
Tabelle 3:	Gegenüberstellung basaler selbstbest. Momente u. den entsprechenden fremdbest. Antithesen.	40
Tabelle 4:	Selbstpflegeerfordernisse.	62
Tabelle 5:	Kompetenzmerkmale von Laienpflege und beruflicher Pflege.	65
Tabelle 6:	Ernährungsempfehlungen bei Schluckstörungen.	125
Tabelle 7:	Elemente der Bildungstheorie nach KLAFKI.	169
Tabelle 8:	Mögliche Inhalte für die Thematisierung von Pflege im Unterricht.	293
Tabelle 9:	Potentielle Inhalte / Komponenten eines Konzepts für eine professionelle schulische Pflege.	317
Tabelle 10:	Zusammenfassung wesentlicher Kernaussagen aus der Interviewerhebung. (Eigene Darstellung).	332
Tabelle 11:	Eckpunkte einer schulischen Pflegekonzeptentwicklung.	353
Tabelle 12:	Modifizierte Synthese der Förderkonzepte „Basale Stimulation“, „Bobath-Konzept“ und „Kinästhetik“.	359

Abkürzungsverzeichnis

ABEDL: Aktivitäten, Beziehungen und existentielle Erfahrungen des Lebens

FgE: Förderschule mit Förderschwerpunkt ‚geistige Entwicklung‘

FkmE: Förderschule mit dem Förderschwerpunkt ‚körperliche und motorische
Entwicklung‘

Einleitung

Spezifische Grunderkrankungen oder körperliche Beeinträchtigungen können dazu führen, dass Kinder und Jugendliche bestimmte erforderliche Selbstpflegekompetenzen entweder später oder nur eingeschränkt erlernen können und somit einen Bedarf an unterstützender oder stellvertretender Gewährleistung ihrer Pflege haben, welcher über die Phase der frühen Kindheit (bis zur Vollendung des 5. Lebensjahres) hinausgeht.

Laut der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes hatten im Jahr 2005 in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt 24968 Kinder von 5 bis 10 Jahren, 25370 Kinder von 10 bis 15 Jahren und 24753 Jugendliche von 15 bis 20 Jahren einen Pflegebedarf (vgl. SCHLÜTER 2009, 224). Für das Jahr 2009 wurden in der zuletzt veröffentlichten Pflegestatistik (vgl. Statistisches Bundesamt 2011) die Gruppen der 5–10 Jährigen und 10–15 Jährigen zu einer Gruppe zusammengefasst und die Gruppe der 15–20 Jährigen der Gesamtgruppe der 15–60 Jährigen zugeordnet. Danach hatten im Jahr 2009 66474 Kinder im Alter von 5 bis 15 Jahren einen Bedarf an unterstützender oder stellvertretender Pflege. Gegenüber dem Jahr 2005 ergibt sich dadurch für die Gruppe der 5–15 jährigen Kinder und Jugendlichen mit Pflegebedarf bezogen auf die Gesamtpopulation der Bundesrepublik Deutschland eine Steigerungsrate von 24,6%.

SCHLÜTER (2009) geht davon aus, dass ein Großteil der Kinder und Jugendlichen mit Pflegebedarfen aufgrund der personellen und räumlich-strukturellen Bedingungen an Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt ‚körperliche und motorische Entwicklung‘ sowie Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt ‚geistige Entwicklung‘ unterrichtet werden.

Ein überdauernder oder lebenslanger Pflegebedarf stellt Menschen vor die Herausforderung, diesen Bedarf an stellvertretender oder unterstützender Pflege in ihre jeweiligen Lebenszusammenhänge zu integrieren. Dies gilt in selbstverständlicher Weise sowohl für die Schulzeit als auch für die nachschulische Lebensgestaltung. In der Schule, in der vorliegenden Arbeit die Förderschule mit dem Förderschwerpunkt ‚körperliche und motorische Entwicklung‘ (im Folgenden Förderschule FkmE) als Lebensort und Ort der Vorbereitung auf das nachschulische Leben, sollten diese Herausforderungen aufgegriffen werden, um Schülerinnen im Prozess der Integration ihres lebensbegleitenden Pflegebedarfs in ihrer Lebensgestaltung zu unterstützen. Dies stellt jedoch neben den Schülerinnen mit Pflegebedarf auch die handelnden Experten der Förderschule FkmE vor die Herausforderung, sich mit der Pflege, der Befriedigung der Pflegebedürfnisse und deren Gestaltung im pädagogischen Kontext der Förderschule FkmE auseinanderzusetzen. An Förderschulen FkmE sind es vor allem Förderschullehrerinnen, Pflegekräfte und Pflegehilfskräfte, die im direkten Handeln unweigerlich mit den Herausforderungen der Pflegebedarfe ihrer Schülerinnen konfrontiert

werden sowie die Schulleitung auf der organisatorischen Ebene. Therapeutinnen fallen hierbei weniger ins Gewicht, da diese einen deutlich definierten therapeutischen Auftrag verfolgen und nach Verordnung von Ärztinnen zeitlich einheitliche Therapiesitzungen durchführen.

In der Körperbehindertenpädagogik liegen bislang keine Untersuchungen vor, welche die Bedingungen der schulischen Pflegegestaltung bei Kindern und Jugendlichen mit körperlichen und motorischen Beeinträchtigungen sowie einem Pflegebedarf in den Fokus stellen. Hinweise auf die Notwendigkeit, einerseits die Bedingungen der Gestaltung von Pflegesituationen an der Förderschule FkmE zu explorieren sowie die Pflege der Schülerinnen als eigenständiges Thema ernst zu nehmen und als Bildungsinhalt zu implementieren, finden sich vor allem bei SCHLÜTER (2008; 2009; 2010) und LELGEMANN (2007). Beide Autoren bekräftigen in ihren Beiträgen die Dringlichkeit, diese Thematik stärker zu fokussieren. Zwar lassen sich auch im Richtlinienentwurf für den Förderschwerpunkt ‚körperliche und motorische Entwicklung‘ (MSWWF 2002) Hinweise auf die Notwendigkeit einer schulischen Pflege erkennen, jedoch werden dort keine konkreten Ziele oder Merkmale der schulischen Pflegegestaltung aufgeführt. Ebenso stellt die Gewährleistung der schulischen Pflege durch Fachpflegekräfte derzeit eine freiwillige Leistung des jeweiligen Schulträgers dar und ist gesetzlich nicht verankert.

Die Untersuchung der vorliegenden Arbeit ist explorativ angelegt mit dem Ziel, die o.g. Forschungslücke aufzugreifen und die aktuellen Bedingungen der schulischen Pflegegestaltung an Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt ‚körperliche und motorische Entwicklung‘ für alle Schülergruppen mit Pflegebedarfen zu eruieren. Dieses Hauptanliegen gliedert sich weiterhin in folgende Teilziele:

1. Die Exploration der aktuellen kontextuellen und konzeptuellen Bedingungen der Pflegegestaltung
2. Die Eruierung der Entwicklungspotentiale und Hemmnisse einer Pflegekonzeptentwicklung
3. Die Konklusion von Eckpunkten für ein Konzept zur Implementierung einer Pflegegestaltung, die pädagogische Aspekte berücksichtigt und in den Bildungsprozess an der Förderschule FkmE eingebunden ist

Das Untersuchungsfeld wird in der vorliegenden Arbeit auf die Förderschule mit dem Förderschwerpunkt ‚körperliche und motorische Entwicklung‘ begrenzt, da zum Zeitpunkt der Untersuchung der überwiegende Teil der Schülerinnen mit körperlichen Beeinträchtigungen und Pflegebedarf an diesen Schulen unterrichtet wurde.

Die Pflege als Disziplin kennzeichnet sich unter anderem durch die direkte zwischenmenschliche körperliche Begegnung und Beziehung. Die Disziplin der Körperbehindertenpädagogik weist im Besonderen durch ihre Körperorientierung eine vielschichtige Schnittmenge zur Pflege auf. Diese gemeinsamen Berührungspunkte werden in der vorliegenden Arbeit durchgehend an entsprechenden Stellen aufgegriffen und stellen ebenfalls einen Teilaspekt der Untersuchung dar.

Zunächst werden im **ersten Kapitel** die grundlegende wissenschaftliche Forscherperspektive sowie der wissenschaftstheoretische Bezugsrahmen expliziert. Die Ausführungen beginnen mit der Darlegung des leitenden Menschenbildes, welches auf einer humanistischen Sichtweise beruht.

Da das Hauptinteresse der Untersuchung den alltäglichen subjektiven Beobachtungen und Interpretationen der handelnden Personen des Systems Förderschule FkmE gilt, werden ergänzend zu einem humanistischen Menschenbild die Grundannahmen einer system-konstruktivistischen Sichtweise zur Begründung der Forscherperspektive herangezogen. Daher basieren die Ergebnisse der explorativen Untersuchung zu den schulischen Pflegebedingungen in erster Ordnung auf den subjektiven Beobachtungen und damit den subjektiven Wirklichkeitskonstruktionen der befragten Experten des Systems Förderschule. Diese sind weitergehend nach der Analyse und Interpretation des Forschers wiederum als „Interpretationskonstrukte“ (vgl. MOSER 2004) zweiter Ordnung zu bezeichnen. Dadurch werden im Rahmen der Untersuchung keine objektiven Ergebnisse geliefert, sondern Ergebnisse über die subjektiv beobachteten und systembedingt konstruierten Pflegebedingungen, Herausforderungen und Entwicklungspotentiale, aus denen sich wiederum Hinweise auf mögliche konzeptuelle Veränderungsprozesse ableiten lassen.

Weitergehend wird im ersten Kapitel die Sichtweise des Forschers über Behinderung, i.e.S. von Körperbehinderung dargelegt, ohne dass dabei spezielle Behinderungsbilder im Vordergrund stehen, da sich aus diesen nicht zwangsläufig spezifische Pflegebedürfnisse ableiten lassen. Auf der Grundlage der Sichtweise über Behinderung wird der Gegenstandsbereich „Pflegebedarf bei Menschen mit Behinderungen“ in die aktuellen Leitparadigmen der Behindertenpädagogik eingeordnet, indem die Paradigmen einzeln vorgestellt und in Korrelation zur Pflegeethematik gesetzt werden.

Das erste Kapitel schließt mit der Explikation des zugrunde gelegten Verständnisses bildungstheoretischer Begrifflichkeiten, wie sie in den weiteren Ausführungen verstanden werden. Zusätzlich wird der Begriff „Lernwelten“ als system-konstruktivistische Begrifflichkeit über das grundlegende Verständnis von Lernen nach KÖSEL (2002) eingeführt, welcher in der vorliegenden Arbeit als differenzierendes Merkmal der Gesamtschülergruppe mit Pflegebedarfen herangezogen wird.

Das **zweite Kapitel** widmet sich der Fachdisziplin Pflege und erörtert zunächst ausgehend vom aktuell handlungsleitenden humanistischen Menschenbild in der Pflege die grundlegenden Dimensionen bzw. Gestaltungsformen der Pflege. Weiterführend werden die Prinzipien des aktuell leitenden Paradigmas einer ganzheitlichen und humanistischen Pflegegestaltung differenziert dargestellt, da diese eine Reihe von Berührungspunkten bzw. Schnittstellen mit der Fachdisziplin der Körperbehindertenpädagogik aufweisen, welche an entsprechenden Stellen herausgearbeitet und durch Beispiele erörtert werden.

Zusammenfassend wird anschließend das Modell der „Fördernden Prozesspflege“ nach KROHWINKEL (2007) als aktuelles und insitutionsunabhängiges Pflegemodell beschreiben, da sich dieses nach Auffassung des Verfassers ebenfalls als theoretische Fundierung für die konzeptuelle Ausarbeitung der schulischen Pflegegestaltung eignet. Das Kapitel schließt mit einem Exkurs über „Ekel und Körperscham“ sowie die „Gefahr von Gewalterfahrungen und sexuellem Missbrauch“ in der Pflege, als potentiell tabuisierte Thematiken in der Pflege.

Das **dritte Kapitel** widmet sich dem System Förderschule und den Schülerinnen mit Pflegebedarf sowie den Herausforderungen, denen einerseits die Schülerinnen selbst gegenüberstehen und mit denen andererseits auch die Mitarbeiterinnen der Förderschule konfrontiert sind. Dabei steht die Gesamtgruppe der Schülerinnen mit Pflegebedarf im Fokus der vorliegenden Arbeit und wird nicht ausschließlich auf Schülerinnen mit schwersten Behinderungen begrenzt.

Weiterführend liefert das dritte Kapitel eine exemplarische Übersicht über konkrete potentielle Pflegebedarfe von Schülerinnen mit Pflegebedarf in den „Aktivitäten, Beziehungen und existentiellen Erfahrungen des täglichen Lebens“, als Teilmodell des Pflegemodells der „Fördernden Prozesspflege“ nach KROHWINKEL (2007). Diese werden wiederum exemplarisch um Konsequenzen für das pflegerische Handeln an der Förderschule FkmE ergänzt. Kompletierend greift das dritte Kapitel exemplarisch potentielle Herausforderungen eines dauerhaften und lebensimmanenten Pflegebedarfs, basierend auf den Prinzipien eines ganzheitlichen und humanistischen Pflegeverständnisses, heraus und explizit die daraus potentiell resultierenden Konsequenzen für die schulische Vorbereitung auf die nachschulische Lebensgestaltung der Menschen mit Pflegebedarfen und ihrer Unterstützer.

Im **vierten Kapitel** wird der Versuch unternommen, die Disziplinen Pflege und Förderschulpädagogik in einer Synthese zusammenzuführen und dabei die Gemeinsamkeiten sowie Konfliktbereiche kritisch herauszuarbeiten. Beginnend werden die Berührungspunkte der übergeordneten schulorganisatorischen Rahmenbedingungen (Entwurf der Richtlinien für die Förderschule FkmE, Rahmenvorgaben für die sonderpädagogische Förderung in NRW etc.) auf Hinweise zur Pflegegestaltung untersucht. Es folgt eine Analyse des Verhält-

nisses der Körperbehindertenpädagogik zur Pflege, wobei hier vor allem die Gemeinsamkeiten und Differenzen sowie die Pflege als Handlungsfeld der beteiligten Professionen im Fokus stehen. Im Vordergrund dieses Kapitels steht die Analyse der Positionierung von Pflege im Bildungsprozess an der Förderschule FkmE. Dabei werden insbesondere schulimmanente thematische Schnittstellen zwischen Pädagogik und Pflege sowie Möglichkeiten der intentionalen Thematisierung von Pflegeinhalten im unterrichtlichen Geschehen herausgearbeitet. Ergänzend dazu wird, insbesondere für die Gruppe der Schülerinnen mit schwersten Behinderungen, die Pflege als ein basaler Bildungsaspekt im Rahmen der körpernahen Förderung herausgestellt und exemplarisch werden Möglichkeiten der Implementierung von Pflegehandlungen in die Förderung bzw. der Pflegegestaltung als Förderungssituation selbst herausgearbeitet.

Das vierte Kapitel schließt mit einer Zusammenfassung der theoretischen Begründungszusammenhänge der vorliegenden Arbeit.

Zu Beginn des **fünften Kapitels** werden die Fragestellung sowie das leitende Forschungsinteresse als Grundlage für die Auswahl der Untersuchungsmethoden expliziert. Daran schließt sich die Darstellung der Forschungsstrategie und Untersuchungsmethoden an, welche grob skizziert als Teilnehmende Beobachtungen der Bedingungen schulischer Pflegegestaltung – im Rahmen einer qualitativen Vorstudie – und Experteninterviews mit Pflegekräften, Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen angelegt sind.

Im Rahmen der Interviewuntersuchung werden vierzehn Pflegekräfte, dreizehn Förderschullehrerinnen sowie dreizehn Schulleiterinnen als Experten aus den drei Perspektiven der am Schulleben beteiligten Disziplinen Pflege, Pädagogik und Schulorganisation befragt. Gegenstand der Untersuchung sind neben den aktuellen personellen, sächlichen und zeitlichen Rahmenbedingungen die folgenden Themenkomplexe, die gleichzeitig das kategoriale System des Leitfadens der Interviewerhebung bilden:

- Das Verständnis einer schulischen Pflege
- Rahmenbedingungen, Organisation sowie die konkrete Gestaltung schulischer Pflege
- Annahmen über die Bedeutsamkeit der Pflege für Schülerinnen mit Pflegebedarf
- Das Verhältnis von Pflege und Pädagogik im Bildungsprozess der Förderschule FkmE
- Pflege als ein Thema des Unterrichts
- Die Kooperation zwischen Förderschullehrerinnen und Pflegekräften in der Pflege
- Die Aus- und Fortbildung in einer pädagogisch orientierten Pflege
- Zusätzliche Probleme, Bedarfe und Entwicklungspotentiale im Bereich Pflege
- Konzeptentwicklung für eine professionelle schulische Pflege
- Elternarbeit im Bereich Pflege

Die Gesamtuntersuchung bedient sich darüber hinaus einerseits der Methodentriangulation der Untersuchungsmethoden und andererseits der Perspektiventriangulation durch die Befragung von Pflegekräften, Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen, was zu differenzierten und breit gestreuten Ergebnissen führt.

Auf die Beschreibung der Stichprobe sowie der Durchführung der Interviewerhebungen erfolgt die Explikation der Datenaufbereitungs- und Analyseverfahren.

Das **sechste Kapitel** stellt zunächst die zentralen Ergebnisse der Teilnehmenden Beobachtungen dar. Daran schließt die Darstellung der Ergebnisse aus der Interviewerhebung analog zu den Kategorien des Interviewleitfadens an. Dadurch ergibt sich eine kategoriengeleitete Darstellung der Untersuchungsergebnisse. Übersichtshalber erfolgt anschließend eine tabellarische Zusammenfassung der wesentlichen Kernaussagen der Interviewerhebung. Abschließend werden die Ergebnisse der Untersuchung durch informelle Ergebnisse aus Fortbildungen für Pflegehilfskräfte ergänzt, um den Fokus für die Ergebnisdiskussion um diese relevante Mitarbeitergruppe zu erweitern. Die zentralen Ergebnisse aus der Teilnehmenden Beobachtung als Teiluntersuchung sowie der Interviewerhebung werden im **siebten Kapitel**, unter Berücksichtigung der Fragestellung, aus der interpretativen Forscherperspektive diskutiert. Ergänzend dazu werden die angewandten Untersuchungsmethoden einer Methodendiskussion unterzogen.

Die Arbeit schließt im **achten Kapitel** mit Empfehlungen für eine Pflegekonzeptentwicklung an Förderschulen FkmE als Konsequenz aus den Ergebnissen der Untersuchung. Aufgrund des explorativen Charakters der Ergebnisse kann es sich bei den Empfehlungen nur um solche Eckpunkte eines Pflegekonzeptes handeln, die sich auf der Grundlage der Ergebnisse ansatzweise verallgemeinern lassen bzw. die eine annähernd objektivierbare Relevanz besitzen.

Anmerkung:

- a) Der überwiegende Teil der interviewten Expertinnen und Experten sind weiblichen Geschlechts. Ebenso lässt sich allgemein festhalten, dass die personelle Besetzung an Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt ‚körperliche und motorische Entwicklung‘ zum größeren Teil von Frauen gestellt wird. Aus diesen und pragmatischen Gründen wird im Folgenden für Personenbezeichnungen nur die weibliche Form verwendet. Die männliche Form ist gedanklich stets inbegriffen. Lediglich bei individuellen und personenbezogenen Aussagen im Rahmen der Ergebnisdarstellung wird die jeweilige korrekte Form verwendet.
- b) Aufgrund des erheblichen nicht bearbeitbaren Umfangs der Anzahl von Schulleiterinterviews wurde die ursprüngliche Anzahl durch das Zufallsprinzip von 26 auf 13 Interviews verringert.

c) Im Rahmen der Teilnehmenden Beobachtung wurde der Beobachtungsbogen ursprünglich sehr umfangreich angelegt. Wie sich bei der Auswertung zeigte, besitzen nicht alle erfassten Kriterien eine eindeutige und ergebnisorientierte Relevanz. Aus diesem Grund wurden nur die relevanten Ergebnisse in die vorliegende Arbeit übernommen.

1 Bezugsrahmen und Begründungszusammenhänge

Der Forschungsprozess selbst sowie das theoretische Vorverständnis über den Gegenstandsbereich werden bereits zu Beginn maßgeblich durch die Perspektive des Forschenden beeinflusst und fußen daher zwangsläufig auf einer selektiven Subjektivität. Dies erfordert eine differenzierte Darlegung des theoretischen Bezugsrahmens und der Begründungszusammenhänge. Dieser Bezugsrahmen kann letztlich als subjektiv gewählter „wissenschaftlicher Standort“ bezeichnet werden, von dem aus der Blick – einem subjektiven Interesse folgend – auf den Forschungsgegenstand gerichtet wird (vgl. BEHSE-BARTELS/BRAND 2009, 13ff).

Für diese „wissenschaftliche Standortbestimmung“ erfolgt zunächst die Explikation des zugrunde liegenden Menschenbildes, woran sich insbesondere die Denkprozesse des Forschers wertegerichtet orientieren. Das Menschenbild wird in Kapitel 1.2 durch eine systemkonstruktivistische Perspektive, als Erklärungsansatz menschlicher Wahrnehmung, Entwicklung und Handlung, konkretisiert und um den Systembegriff nach BRONFENBRENNER (1981) ergänzt. Insbesondere vor dem Hintergrund subjektiver Deutungen der aktuellen Bedingungen schulischer Pflege sowie der Bedeutsamkeit dieser für die Schülerinnen ist diese Explikation unerlässlich.

Daran schließt sich in Kapitel 1.2 die Darlegung der grundlegenden Sichtweise über Behinderung an. In Kapitel 1.3 erfolgt die theoretische Verortung des Forschungsthemas auf der Grundlage leitender Paradigmen der Heil- und Sonderpädagogik, da vom Verfasser angenommen wird, dass ein dauerhafter Pflegebedarf von Menschen mit Behinderungen ein immanentes Moment in der Realisierung des Normalisierungsgedankens, der Selbstbestimmung sowie der Integration und Inklusion darstellt. Dazu werden die Bezüge der Leitparadigmen zu einem dauerhaftem Pflegebedarf an entsprechenden Stellen herausgearbeitet. Zusätzlich erfolgt in Kapitel 1.5 eine Klärung zentraler bildungstheoretischer Begriffe, auf die in den weiteren Ausführungen Bezug genommen wird.

1.1 Ganzheitlich-humanistisches Menschenbild

(Heil-)Pädagogisches Handeln wird mehr oder weniger bewusst mitbestimmt durch die individuelle Sichtweise der Handelnden auf sich selbst und die Mitmenschen, mit denen sie interagieren. Diese individuelle Sichtweise des Menschen auf den Menschen wird als Menschenbild bezeichnet. MEINBERG (1988) drückt dies wie folgt aus:

„Das Menschenbild ist bereits vor allem wissenschaftlichen Reflektieren unlösbarer Bestandteil unseres tagtäglichen Handelns, und es begleitet oder begründet das pädagogische Tun, dessen wissenschaftliche Ergründung der Erziehungswissenschaft zufällt.“
(MEINBERG 1988, 10)

Es sind existentielle Fragen, die das Handeln im Professionsteam der Förderschule FkmE, und damit bei der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit körperlichen und motorischen Einschränkungen, legitimieren, kontrollieren¹ und stabilisieren:

- Wo fängt Menschsein an?
- Was macht den Menschen aus?
- Was hat das eigene ‚Sein‘ mit dem ‚Sein‘ der anderen gemein?
- Wie werden Menschen mit ‚Behinderung‘ gesehen?
- Welche Relevanz besitzt das eigene Handeln in der jeweiligen Rolle in Bezug auf die Mitmenschen (mit und ohne Behinderungen)?

Das dieser Arbeit zugrunde liegende humanistische Menschenbild nährt sich aus den Annahmen, dass den Menschen das Ganze seiner Natur, einer biologischen, einer gesellschaftlichen und einer sittlich-religiösen Natur² ausmacht. Dies bedeutet einerseits, dass der Mensch als gesellschaftliches Wesen nur im Zusammenleben mit anderen Menschen existiert, andererseits diese Existenz nur durch die Befriedigung seiner naturgegebenen Bedürfnisse (Nahrung, Kleidung, Fortpflanzung, Wohnen, wirtschaftliches Auskommen etc.) ausleben kann und sich stets mit dem Sinn des eigenen Lebens sowie dessen Herkunft und Endlichkeit auseinandersetzt (vgl. HEIDEGGER, 2000, 11). Damit wird ein Aspekt genannt, der für diese Arbeit von grundlegender Bedeutung ist. Das Menschliche einer Person besteht nicht zuletzt aus der existentiellen Befriedigung seiner menschlichen Bedürfnisse sowie dem Wissen und Bemühen um die Sicherung eben dieser. Die Menschlichkeit eines Menschen ist demnach in seinem Wesen begründet, ist allen Menschen von Natur aus gleich und ohne Voraussetzungen gegeben (vgl. ebd., 11).

Humanistisch zu handeln bedeutet jedoch nicht in erster Linie, motiviert durch die Befriedigung der eigenen Bedürfnisse zu handeln, sondern durch das Wissen darum, dass jeder Mensch dieselben existentiellen Bedürfnisse besitzt. Diese Sichtweise erlaubt es, in zwischenmenschlichen Situationen mit dem Gegenüber so zu interagieren, wie man es für sich selbst beansprucht. Dieser Gedanke unserer abendländischen Gesellschaft entspringt nicht zuletzt dem christlichen Glauben und Handeln aus Barmherzigkeit sowie Nächstenliebe, schließt gleichsam aber Gefühle des Mitleids aus. Dem heutigen säkularen Verständnis nach entspricht dieser Handlungsgedanke des Humanismus dem Handeln nach Empathie bzw. Isopathie. Dazu gehört beispielsweise, es zulassen zu können, sich in den anderen Menschen einzufühlen bzw. mit ihm mitzufühlen, um so die Belange des Gegenübers zu verstehen und akzeptieren zu können (vgl. HARTMANN 2003, 52). Bis heute wird humanistisches Denken und Handeln eng mit Bildung verknüpft. Aus humanistischer Perspektive

¹ Mit Kontrolle ist hier vor allem die ethisch-moralische Selbstkontrolle des pädagogischen Handelns gemeint.

² Mit sittlich-religiöser Natur ist nicht die Zugehörigkeit zu einer Kirche oder Glaubensgemeinschaft gemeint, sondern ein individuell sinnstiftender Glaube an Transzendenz.

gesehen ist jeder Mensch, egal welche Voraussetzungen er mit in die Welt einbringt, auf individuelle Weise bildbar. „[...]Bildung sollte gleichzeitig das ‚Wesen‘, d. h. das Menschliche, des Menschen zur Geltung und zum Ausdruck bringen.“ (HEITGER 2001, 39)

Dem humanistischen Verständnis folgend, strebt jeder Mensch, ganz gleich, welche individuellen Ausgangsvoraussetzungen er mitbringt, in seiner individuellen und sozialen Lebenswelt mit den dazugehörigen Lebensbereichen nach Bildung und Weiterentwicklung. Für die Realisierung dieser Bedürfnisse sind die zur Verfügung stehenden individuellen, sozialen und dinglich-materiellen Ressourcen von entscheidender Bedeutung. Aus humanistischer Perspektive gesehen ist ein Mensch mit einem Pflegebedarf darauf bedacht, sich ebenfalls in diesem Bereich weiterzuentwickeln und zu bilden. HAEBERLIN (2003), der versucht ein Menschenbild für die Heilpädagogik zu formulieren, stellt sehr deutlich heraus, dass es nicht darum ginge, ein spezielles Menschenbild für Menschen mit Behinderungen zu entwickeln, sondern eines, das allgemein Menschen mit und ohne Behinderungen einschließt (ebd., 11). Im Idealfall löst sich die Unterteilung in Menschen mit und ohne Behinderungen auf. Es bleibt weiterhin ein Irrglaube anzunehmen, dass die professionellen Helfer der Sonderpädagogik das Ideal dieses humanistischen Menschenbildes vollkommen erreichen werden, jedoch erfüllt es gerade als ideale Norm seine Funktion. Das Scheitern der idealen Umsetzung des von HAEBERLIN (2003) entwickelten humanistischen Menschenbildes wird geradezu zynisch in der immer noch (nicht nur) gedanklich vorhandenen Trennung von Behinderung und Nicht-Behinderung deutlich, hält jedoch das Streben danach gleichsam aufrecht (vgl. ebd., 94).

Für die nachstehenden Ausführungen werden basierend auf einem humanistischen Menschenbild bestimmte Handlungsprämissen zugrunde gelegt, die ABBENHUES (1995, 281) der sozialen Arbeit zuspricht, die jedoch nach Ansicht des Verfassers uneingeschränkte Relevanz für die Arbeit an der Förderschule FkmE besitzen. Demnach ist ein humanistisches Handeln durch folgende Prinzipien gekennzeichnet:

- ***Menschenwürde achten*** (jeder Mensch ist ohne Voraussetzungen gleich und besitzt die gleichen Grundbedürfnisse)
- ***Subsidiarität als Prinzip*** (sonderpädagogisches Handeln unterstützt die Entwicklung und gibt sie nicht vor)
- ***Selbstbestimmung / Selbstentfaltung / Selbstverantwortung fördern*** (sonderpädagogische Förderung zielt auf diese Grundsätze ab)
- ***Partizipation ermöglichen*** (sonderpädagogisches Handeln ermöglicht Mitbestimmung)
- ***Annahme / Akzeptanz vor jeglicher Handlung*** (sonderpädagogisches Handeln ist voraussetzungslos)
- ***Wahrheit gegenüber den Schülerinnen*** (im Rahmen sonderpädagogischen Handelns werden keine potentiellen Problematiken verschleiert)

- **Vertraulichkeit bewahren** (durch sonderpädagogisches Handeln wird eine vertrauensvolle Basis für behinderungsspezifische Problemlagen geschaffen)
- **Ganzheitlichkeit als Prinzip** (im Rahmen sonderpädagogischen Handelns wird die uneingeschränkte Integration von Körper, Geist, Seele und Umwelt der Schülerinnen geachtet)
- **Lebensweltorientierung als Prinzip** (die Lebensgestaltung der Schülerinnen vollzieht sich in Auseinandersetzung mit allen spezifischen Lebensbezügen)

Die aufgeführten handlungsleitenden Prinzipien eines humanistischen Menschenbildes liegen den nachstehenden Ausführungen der vorliegenden Arbeit zugrunde, insbesondere bei den Ausführungen zu den Herausforderungen eines Lebens mit Pflegebedarf in den Kapiteln 3.3 und 3.4 sowie der Gestaltung der schulischen Pflege in den Kapiteln 4.3 und 4.4.

Mit dem handlungsleitenden Menschenbild ist nach DAUBER (2009) die Frage nach der Beziehung zwischen Menschen und ihrer sie umgebenden Umwelt sowie der sich daraus ergebenden Konstruktion der subjektiv wahrgenommenen Wirklichkeit verbunden. Für die Erklärung dieser Beziehung bietet sich nach DAUBER (2009) eine system-konstruktivistische Sichtweise besonders an, da seiner Ansicht nach das handlungsleitende Menschenbild letztlich auf der subjektiven Konstruktion von Wirklichkeit beruht (vgl. ebd., 93f.).

Das folgende Kapitel widmet sich der Explikation einer system-konstruktivistischen Sichtweise als weitere theoretische Bezugsgröße der vorliegenden Arbeit.

1.2 Eine system-konstruktivistische Sichtweise

Konstruktivistische Metatheorien erlebten in den letzten Jahren Hochkonjunktur. Der System-Konstruktivismus stellt eine besondere Ausformung dar, in der einerseits die Merkmale des radikalen Konstruktivismus nach MATURANA und VALERA (1987) sowie die Systemtheorie nach LUHMANN (vgl. BAECKER 2011) Berücksichtigung finden. Die im Folgenden dargestellten Aspekte einer system-konstruktivistischen Sichtweise finden in der Körperbehindertenpädagogik zunehmend Zuspruch (vgl. JENNESSEN 2008, 15).

Die Anfänge dieses Zuspruchs lassen sich insbesondere bei BERGEEST (1999) und HANSEN (2002; 2010) in veränderten didaktischen Grundannahmen ausmachen. BERGEEST (1999; 2002; 2006) stellt dabei die Schülerinnen als eigenständig handelnde und lernende Subjekte in den Vordergrund und sieht pädagogisches Handeln in der Funktion als dialogisch gestaltetes „konsultatives Handeln“, wodurch die Schülerinnen Steuerungsimpulse für ihre Selbstorganisation erhalten (vgl. BERGEEST 2006, 44).

HANSEN (2002; 2010) impliziert in seiner „Unterstützenden Didaktik“ eine ähnliche Sichtweise. Eine erste positive Rezeption einer system-konstruktivistischen Sichtweise in der Forschung der Körperbehindertenpädagogik findet sich in der Untersuchung „zur Sexualerziehung an der Schule für Körperbehinderte aus Sicht der Lehrerinnen und Lehrer“

von ORTLAND (2005). Ihr gelang es, die Untersuchung auf den Grundannahmen einer systemisch-konstruktivistischen Sichtweise durchzuführen (vgl. ebd.).

HANSEN (2008) weist darauf hin, dass mittlerweile eine Vielzahl von wissenschaftlichen Forschungsarbeiten auf den Grundannahmen des system-konstruktivistischen Wissenschaftsparadigmas fußen oder „zumindest theoretisch affin dazu sind“ (HANSEN 2008, 15). Weiter ist er der Auffassung, dass gerade auch die voranschreitende Inklusion von Menschen mit Behinderungen eine solche Sichtweise notwendig macht, um den unterschiedlichen (und subjektiven) Lebenszusammenhängen von Menschen mit Behinderungen gerecht zu werden (vgl. ebd., 15f.).

Als Grundlage für die weiteren Ausführungen werden nachfolgend die wesentlichen Aspekte einer system-konstruktivistische Sichtweise expliziert.

Die Kernthese des systemtheoretischen Konstruktivismus, als radikale Ausformung, besagt laut SIEBERT (2005), dass „[...] Menschen autopoietische, selbstreferentielle, operational geschlossene Systeme sind“ (ebd., 11). Die äußere Realität ist dem Menschen sensorisch und kognitiv unzugänglich. Menschen sind mit der Umwelt lediglich strukturell gekoppelt, was bedeutet, dass jegliche Impulse aus der Umwelt von außen im Nervensystem ‚struktur-determiniert‘ (durch die Sinnesorgane mit den jeweiligen Sinnesmodalitäten) auf der Grundlage biografisch geprägter psycho-physischer, kognitiver und emotionaler Strukturen umgewandelt werden und zu dem werden, was Menschen ihre Wirklichkeit nennen (vgl. auch SIEBERT 2003a, 2003b, 2003c).

Mit anderen Worten ausgedrückt konstruiert sich der Mensch seine Wirklichkeit subjektiv selbst, angeregt durch Perturbation von außen, d. h. subjektiv wahrgenommene äußere Verstörungen (Perturbationen) des autopoietischen Systems regen seine Entwicklung an. Dass diese Entwicklung nicht allein auf der Perturbation des autopoietischen Systems und dessen nachfolgender Konstruktion beruht, greift REICH (2005) auf, indem er begründend auf der Erkenntnistheorie ausführt, dass der Mensch als autopoietisches System seine subjektive Wirklichkeit nicht ausschließlich konstruiert, sondern zyklisch rekonstruiert, dekonstruiert und wieder konstruiert sowie ständig strukturiert und organisiert, wie unten in Abbildung 1 dargestellt (vgl. ebd., 118). Nach den Grundannahmen einer system-konstruktivistischen Sichtweise ist eine gemeinsame Wirklichkeitskonstruktion der handelnden Subjekte nicht denkbar, jedoch wird das gesellschaftliche und soziale Handeln über einen Konsens durch die Koexistenz von ähnlichen subjektiven Bewertungen im Resultat eines Wirklichkeitsmodells möglich, das allerdings einem gemeinsamen Aushandlungsprozess unterliegt (vgl. SCHMIDT 2011, 434ff.). VON GLASERSFELD (1996) spricht in diesem Zusammenhang von einer „intersubjektiven Wirklichkeitskonstruktion“, die Ergebnis von und zugleich Grundlage für Kommunikation ist (vgl. ebd., 195ff.).

Die folgenden Ausführungen ergänzen die Grundannahmen einer system-konstruktivistischen Sichtweise um weitere Elemente der subjektiven Wirklichkeitskonstruktion.

VOß (2005a; 2005b) setzte sich insbesondere mit der Konstruktion von Lernwelten bei Schülerinnen und Lehrerinnen auseinander und sieht hier vier Teilsysteme des Menschen, die auf der Grundlage der Biografie des Individuums die subjektive Wirklichkeit immer wieder konstruieren, rekonstruieren, dekonstruieren und organisieren:

- „Das biologisch-körperliche System
- Das System Wahrnehmung / Bewegung
- Das affekt-logische System
- Das soziale System“

(VOß 2005a, 43)

Diese Teilsysteme bestehen jedoch nicht getrennt voneinander, sondern sind durch strukturelle Kopplungen miteinander vernetzt, wie unten in Tabelle 1 dargestellt (vgl. MATURANA/VARELA 1987, 85). REICH (2005) betont zudem, dass die Konstruktion, Rekonstruktion und Dekonstruktion von Wahrnehmung und subjektiver Wirklichkeit auf Erfahrungen, dem individuellen Befinden und der sozialen Wahrnehmung des Menschen, beruhen. Die folgende Tabelle führt dazu Beispiele auf:

Wahrnehmung und subjektive Wirklichkeit		
<i>Erfahrungen</i>	<i>Individuelles Befinden</i>	<i>Soziale Wahrnehmung</i>
<p>das sind u. a.</p> <ul style="list-style-type: none"> • grundlegende emotionale Erlebnisse • Verhaltensmuster aus dem Elternhaus • Eigene Biografie als Konstrukt • Lernerfolge • Spezifische Lebenswelt • Kulturelle Besonderheiten 	<p>dazu zählen u. a.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wünsche • Sehnsüchte • Erwartungen • Motivation • Körperlicher Zustand • Krankheiten • Körperliche Symptome 	<p>dazu gehören u. a.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konventionen der Lebenswelt • Übernahme von Rollenkonzepten • Übernahme von sozialen Erwartungen • Suche nach eigenen Idealen • Positive und negative Vorbilder • Feindbilder und Sündenböcke

Tabelle 1: System-konstruktivistische Pädagogik.
(Aus: REICH 2005, 21)

Werden die Annahmen von VOß (2005a) und REICH (2005) in Zusammenhang zueinander gestellt, so konstruiert, rekonstruiert und dekonstruiert der Mensch sich seine subjektive Wirklichkeit – genährt durch Impulse und den kommunikativen Austausch mit der äußeren Welt und den dortigen anderen autopoietischen Systemen – auf der Grundlage seiner Erfahrungen, seines individuellen Befindens und seiner sozialen Wahrnehmung in den Teilsystemen seines autopoietischen Systems.

Vor dem Hintergrund (sonder-)pädagogischer und auch pflegerischer Arbeit bedeutet dies, dass nur eine hoch differenzierte, interagierende Auseinandersetzung mit der Schülerin deren Entwicklung positiv beeinflussen bzw. anregen kann.

Die Wirklichkeit ist jedoch keine objektiv reale, d. h. keine Repräsentation der Außenwelt, sondern eine funktionale, sich über die Menschheitsgeschichte lebensdienlich erwiesene Konstruktion. Menschen können als selbstgesteuerte Systeme von der Umwelt nicht determiniert, sondern allenfalls perturbiert werden, was zur immer wiederkehrenden Neuordnung der inneren und der konstruierten subjektiven äußeren Welt führt (vgl. SIEBERT 2003a, 5; SIEBERT 2003b, 13ff.; SIEBERT 2003c, 9ff.).

Ein Abgleich gemeinsamer Wirklichkeitskonstruktionen im sozialen Gefüge und infolgedessen die Konstruktion gesellschaftlicher Wirklichkeiten entsteht letztlich ausschließlich über Kommunikation und Beziehungen der Systeme untereinander (vgl. ORTLAND 2005, 20f.). Die Entwicklung des autopoietischen Systems und somit die fortlaufende Konstruktion jeglicher subjektiver und gesellschaftlicher Wirklichkeiten kann ausschließlich durch Perturbation über die impulsleitenden Sinneskanäle (i. e. S. Sinnesorgane) und den dazugehörigen Sinnesmodalitäten des Menschen angeregt werden. Es sind die für den Menschen existentiellen Perzeptionsmedien in seiner Welt; würden diese gänzlich fehlen, wäre der Mensch nicht lebensfähig. Als Perzeptionsmedien gelten:

- Sehsinn (visuelle Medien: Text, Bild etc.)
- Hörsinn (auditive Medien: Sprache, Musik etc.)
- Geruchssinn (olfaktorische Medien)
- Geschmackssinn (gustatorische Medien)
- Gleichgewichtssinn (vestibuläre Medien)
- Taktile Medien (Haut-, Tast-, Druck-, Berührungs-, Vibrations-, Kälte-, Wärme-, Schmerzsinne)
- Kinästhetische Medien (Stellungssinn, Kraftsinn)

Das nachstehende Schaubild soll die komplexen, zuvor genannten Elemente und Zusammenhänge der system-konstruktivistischen Wirklichkeitskonstruktion verdeutlichen:

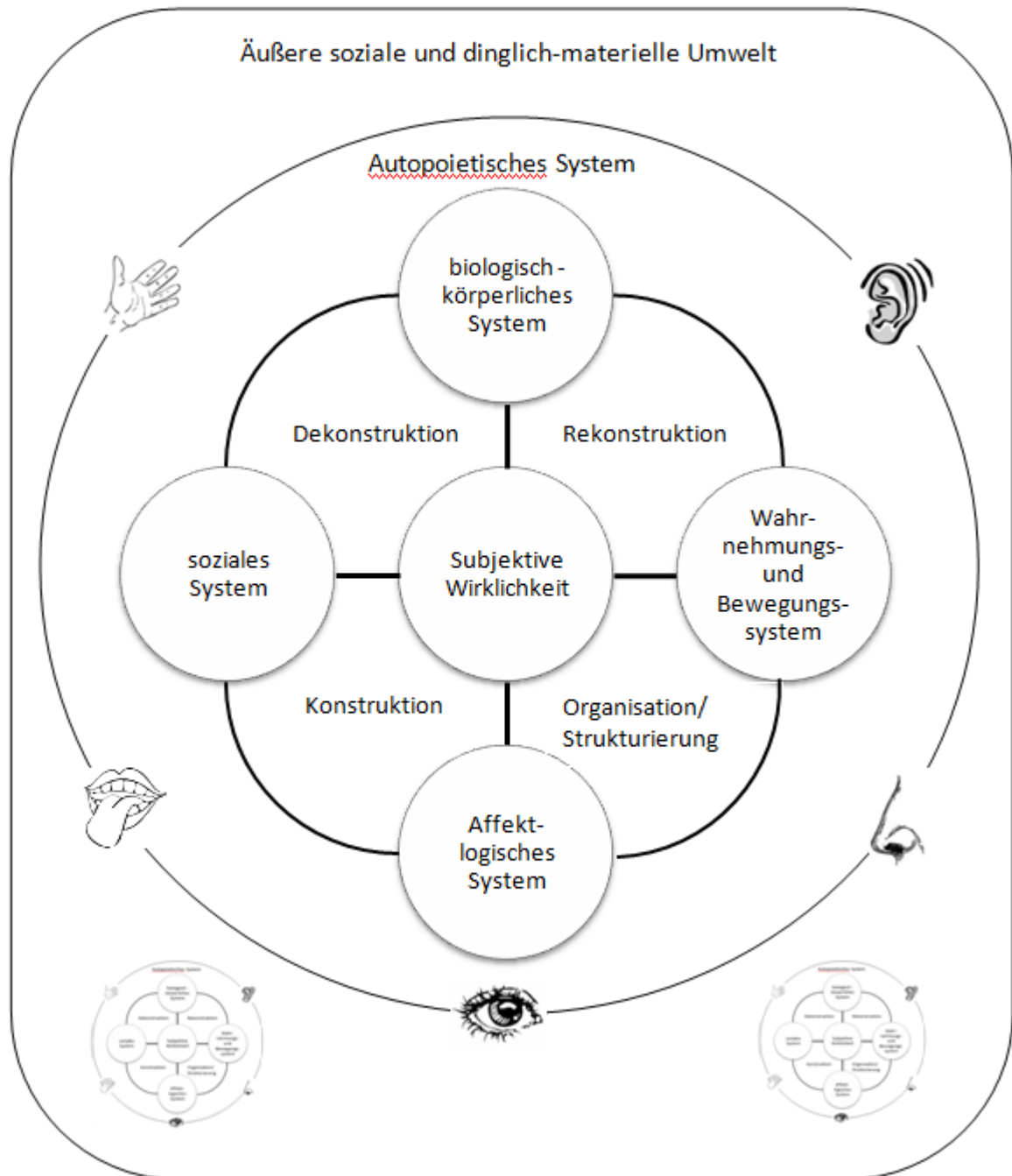


Abbildung 1: System-konstruktivistische Wirklichkeitskonstruktion des Menschen. (Eigene Darstellung)

Zusammenfassend ergeben sich folgende Aspekte einer system-konstruktivistischen Sichtweise:

- Der Mensch wird als Selbststeuerndes / Selbstorganisiertes System gesehen (Autopoiese).
- Den Menschen umgibt eine äußere dinglich-materielle und soziale Welt sowie eine innere Welt (vgl. Jensen 1999, 161f.).
- Eine (kommunikative) Verbindung zwischen äußerer und innerer Welt besteht ausschließlich über die Sinnesorgane mit den jeweiligen Sinnesmodalitäten.
- Der Mensch schafft sich seine subjektive Wirklichkeit durch Konstruktion, Rekonstruktion und Dekonstruktion in den Teilsystemen Sozialität, Körper / Biologie, Wahrnehmung / Bewegung und Affekte / Logik.
- Das Individuum interagiert stets mit den subjektiv konstruierten Ereignissen (auf der Grundlage der Teilsysteme), niemals mit dem Ereignis an sich.
- Die Entwicklung des autopoietischen Systems wird angeregt durch Perturbation und erfolgt durch Neuordnung sowie Strukturierung in den Teilsystemen.
- Ein Abgleich der eigenen Wirklichkeitskonstruktion und Schaffung gemeinsamer, gesellschaftlicher Wirklichkeiten erfolgt nur über Kommunikation und Beziehungen.
- Jede subjektive Wirklichkeitskonstruktion ist individuell sinnvoll konstruiert.

(vgl. ORTLAND, 2005; PALMOWSKI 1997)

Basierend auf einer system-konstruktivistischen Sichtweise konstruieren sich Menschen ebenso ihr Bild vom Menschen ausgehend von ihren eigenen Erfahrungen und Bewertungen selbst. Es sei darauf hingewiesen, dass diese Konstruktionsprozesse nicht zwangsläufig zu einem humanistischen Menschenbild führen. Jedoch basieren die Ausführungen der vorliegenden Arbeit sowohl auf einem humanistischen Menschenbild als auch auf einer system-konstruktivistischen Sichtweise.

Die vorgestellten system-konstruktivistischen Aspekte werden in dieser Arbeit um den Aspekt der subjektiv konstruierten Biografie³ eines Menschen erweitert. Jeder Mensch besitzt eine individuelle Biografie, die er sich im Laufe seines Lebens auf der Grundlage seiner – durch äußere Impulse angeregten – Entwicklung in seinen jeweiligen Bezugssystemen konstruiert hat. Dabei stellt der Bereich der Pflege sowohl einen impulsgebenden als auch einen systemimmanenten Bereich dar, der immer subjektiven Einfluss auf die Konstruktion von Wirklichkeit besitzt. Dieser bedeutende Aspekt wird in Kapitel 3.6.2 in einen deutlicheren Zusammenhang mit dem Themenkomplex Pflege gestellt.

1.2.1 Der ökologische Ansatz nach Bronfenbrenner

Ergänzend zu einer system-konstruktivistischen Sichtweise vollzieht sich die menschliche Entwicklung nach BRONFENBRENNER (1981) in gegenseitiger Wechselbeziehung zur umge-

³ Hier gemeint als lebenslanger Verlauf der Konstruktion von Wirklichkeiten.

benden Ökologie (Umwelt) auf verschiedenen Systemebenen. Die Systemebenen können in diesem Zusammenhang als ineinander verschachtelte Systeme begriffen werden, in die der Mensch individuell eingebettet ist. Dabei muss einerseits zwischen der objektiven Umwelt unterschieden werden, in der sich der Mensch aktuell befindet sowie aktiv handelt und andererseits der rezipierten Umwelt, die der Mensch wahrnimmt und die Einfluss auf sein Handeln in der objektiven Umwelt nimmt (vgl. ebd., 38). BRONFENBRENNER (1981) unterscheidet grundlegend zwischen vier Systemebenen.

Das **Mikrosystem** stellt die direkten zwischenmenschlichen Interaktionen, Tätigkeiten, Aktivitäten und Rollen dar, die ein Mensch in einem bestimmten Lebensbereich oder Setting einnimmt und ausführt. Diese Settings erfordern in der Regel einen Aushandlungsprozess über Verhaltensweisen und Erwartungen, die wiederum indirekt durch die übergeordneten Systemebenen beeinflusst werden (beispielsweise die Übernahme der pflegerischen Tätigkeiten eines Kindes mit Pflegebedarf durch Personen im Elternhaus) (vgl. ebd., 38). In diesem Zusammenhang beruft sich BRONFENBRENNER (1981) auf LEWIN (1935), nach dessen Ansicht die Interpretation der Eigenschaften (personell und materiell) bzw. die Situationen der Umwelt sowie der eigenen Rolle auf der subjektiven Wahrnehmung beruhen. Dies hat wesentlichen Einfluss auf die Qualität und den Verlauf der Interaktionen.

„Ein **Mesosystem** umfasst die Wechselbeziehungen zwischen den Lebensbereichen, an denen die sich entwickelnde Person aktiv beteiligt ist [...]. Ein Mesosystem ist somit ein System von mehreren Mikrosystemen.“ (BRONFENBRENNER 1981, 41)

Die Korrespondenz zwischen einem oder mehreren Mikrosystemen vollzieht sich in ‚ökologischen Übergängen‘, bei denen die handelnden Personen direkten Einfluss auf das Mesosystem nehmen und es in Interaktion aus- bzw. umformen. Unter das **Exosystem** fallen ein oder mehrere Lebensbereiche,

„[...] an denen die sich entwickelnde Person nicht selbst beteiligt ist, in denen aber Ereignisse stattfinden, die beeinflussen, was in ihrem Lebensbereich geschieht, oder die davon beeinflusst werden.“ (BRONFENBRENNER 1981, 42)

Beispielsweise hat die Schulträgerschaft indirekt Einfluss auf die konkrete schulische Pflegegestaltung an der Förderschule FkmE, anders herum eine sich verändernde Schülerschaft an der Förderschule wiederum Einfluss auf die Anordnungen der Schulträgerschaft.

Dem **Makrosystem** lassen sich übergeordnete gesellschaftliche Normen und Werte sowie die gesetzlichen Regelungen in Bezug zur Pflege, Pflegebedürftigkeit und der Gewährung pflegerischer Leistungen zuordnen. Das Makrosystem sorgt somit für die gesellschaftliche Ordnung der untergeordneten Systemebenen, indem es eine formale und inhaltliche Ähnlichkeit herstellt (vgl. BRONFENBRENNER 1981, 42). Infolgedessen wirkt das Makrosystem nicht auf die direkten Lebensbereiche des pflegebedürftigen Menschen ein, jedoch unterliegen die untergeordneten Systeme der Ordnung des Makrosystems.

KÄSER (1993) spricht sich dafür aus, dass Schule im Rahmen von Hilfeplanungen bzw. Problemlöseprozessen, beispielsweise beim Übergang von der Schule in das nachschulische Leben, stets alle aktuellen Systemebenen der menschlichen Ökologie berücksichtigen muss. Auf die Fragestellung der vorliegenden Forschungsarbeit bezogen, muss Förderschule ihre Schülerinnen mit Pflegebedarf auf ein Leben vorbereiten, in dem ihre individuellen Möglichkeiten mit den Möglichkeiten der übergeordneten Systemebenen korrespondieren können.

Um der zeitlichen Dimension der Veränderungsprozesse menschlicher Entwicklung gerecht zu werden, ergänzte BRONFENBRENNER (1990) sein Modell der vier Systemebenen später durch eine fünfte Systemebene, dem *Chronosystem*.

Für die Einordnung der Statuspassagen (Auszug aus dem Elternhaus, Übergang Schule-Beruf, stabile Partnerschaft etc.) in die menschliche Entwicklung scheint es unerlässlich, die biografischen und somit immer auch zeitlichen Prozesse mit einzubeziehen. Anders als durch diesen ‚ökologischen Übergang‘ lassen sich nach BRONFENBRENNER (1990) abrupte oder zeitlich eng gefasste Veränderungsprozesse auf allen Systemebenen sowie Krisen im Lebensverlauf nicht erklären (vgl. ebd., 77).

„Ein ökologischer Übergang findet statt, wenn eine Person ihre Position in der ökologisch verstandenen Umwelt durch einen Wechsel ihrer Rolle, ihres Lebensbereiches oder beider verändert.“
(BRONFENBRENNER 1981, 43)

Jede dieser Statuspassagen ist zugleich Folge und Anlass für Entwicklung. Die Ebene des Chronosystems erhält eine besondere Relevanz bei Schülerinnen mit Pflegebedarf, die beim Durchlaufen ihrer Statuspassagen den eigenen Pflegebedarf in Auseinandersetzung mit den Systemebenen permanent in ihr Leben integrieren müssen. Ausgehend von den bisherigen Ausführungen zu einem humanistischen Menschenbild und einer system-konstruktivistischen Sichtweise lassen sich die folgenden Annahmen über die Sichtweise von „Behinderung“ formulieren, die den weiteren Ausführungen zugrunde gelegt werden.

1.3 Sichtweise von Behinderung und Körperbehinderung

Die in diesem Kapitel formulierten Ausführungen zu einem grundlegenden Verständnis über Behinderung werden bereits in einen deutlichen Bezug zur Pflege thematisiert, um bereits an dieser Stelle auf die wesentlichen Zusammenhänge zwischen Behinderung und potentiellen Pflegebedarfen hinzuweisen. Die differenzierten Ausführungen zur Pflege sind in Kapitel 2 zu finden.

Behinderung als Begrifflichkeit dient in unserer Gesellschaft mehreren Funktionen. Der Begriff Behinderung ist als Rechtsbegriff in unserem Rechtssystem verankert und dient in erster Hinsicht der Klassifizierung von Erkrankungen bzw. Schädigungen, die dauerhaft und mindestens länger als sechs Monate bestehen. So heißt es im SGB IX:

„Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“ (BIH 2004, 14)

Auch wenn diese Definition zunächst wenig differenziert erscheint, so sehr hängen an ihr Ansprüche und Rechte auf Leistungen zur Ermöglichung der Teilhabe von Menschen, die nach dieser Definition als ‚behindert‘ gelten. Die Gefahr dieser Definition liegt allerdings darin, dass den Menschen die Ursachen für ihre Behinderung in körperlichen, seelischen oder geistigen ‚Funktionsstörungen‘ sowie der Abweichung von einer nicht definierbaren Norm individuell zugeschrieben werden. Durch diese Form der Definition wird nicht die Schädigung, sondern der Begriff Behinderung als Zuschreibung zu einem generalisierendem Merkmal einer Person.

Die Erklärungsansätze für die Entstehung oder Manifestierung von Behinderung wurden bis in die 1970er Jahre aus den jeweiligen theoretischen Strömungen und den Systemkontexten heraus monokausal gesucht und begründet. Im Wesentlichen wurden folgende Erklärungsansätze herangezogen, die in sich im jeweiligen Kontext und aus der jeweiligen Perspektive heraus begründen (vgl. HAEBERLIN 2005, 70; STADLER 1998, 30; KAMPMEIER 1997, 27ff.):

- Individualtheoretisches (medizinisch / biologisch) Paradigma
- Interaktionstheoretische Paradigma
- Gesellschaftstheoretisches Paradigma
- Systemtheoretisches Paradigma

Wird das Konstrukt Behinderung dagegen aus interaktionstheoretischer und systemisch-konstruktivistischer Perspektive betrachtet, so wird nach BALGO (2002, 121) deutlich, dass Behinderung nicht länger als intraindividuelles Merkmal einer Person oder als system- bzw. gesellschaftlich bedingtes Phänomen gelten kann, sondern als Relation zwischen der als ‚behindert‘ bezeichneten Person und ihrer sozialen und dinglich-materiellen Umwelt, die als Ergebnis interaktionaler Prozesse in den Teilsystemen der inneren Welt des Menschen konstruiert wird bzw. bei positiven Bedingungen und Ergebnissen der Bewertungs- und Konstruktionsprozesse auch nicht (vgl. WALTHES 2003; LEYENDECKER 2005; ORTLAND 2005, 2006, 2007, 2008).

WALTHES (2003) definiert diese relationale Sichtweise von Behinderung wie folgt: „Behinderung ist der nicht gelungene Umgang mit Verschiedenheit.“ (WALTHES 2003, 49)

Diese Relation von Behinderung soll an einem Beispiel, bezogen auf den Bereich der Pflege, verdeutlicht werden: Eine Person, die zur Fortbewegung einen Rollstuhl benötigt, nimmt an einer Konzertveranstaltung teil. Die Sitz- bzw. Stellplätze sind rollstuhlgerecht befahrbar. Während der Veranstaltung sitzen alle Personen im Konzertsaal. In dieser Situation wird die Person im Rollstuhl keine behindernden Erfahrungen in Bezug zur dinglich-materiellen Umwelt machen, da keine Barrieren behindernd wirken. Nun muss die Person die Toilette aufsuchen, woraufhin sie feststellt, dass keine ‚behindertengerechten‘ Toiletten

vorhanden sind. In Relation zu dieser Situation ergeben sich für die Person Barrieren, die sie beim Toilettengang behindern. Die Behinderung entsteht also erst durch die Barriere bzw. auch durch mangelnde kompensatorische Unterstützungsangebote. Sie würde hingegen nicht entstehen, wenn die Toilette ‚behindertengerecht‘ gestaltet wäre oder die Person durch Assistenz die Barriere überwinden könnte.

Die Definition WALTHES' (2003) kann alleinstehend betrachtet der Situation von Menschen mit körperlichen und motorischen Schädigungen bzw. Grunderkrankungen (nach ICD-10) meines Erachtens nicht vollends gerecht werden. Wenngleich sie für einen Paradigmenwechsel in der relationalen Sichtweise von Behinderung wegweisend erscheint, so geht sie zu ungenau auf die subjektive Perspektive der Betroffenen ein. Regelmäßige Krankenhausaufenthalte beispielsweise, die oft bereits in der frühen Kindheit beginnen, schmerzhaftes Prozeduren in Therapie oder etwaigen Behandlungsmethoden, dauerhafte Medikation mit teilweise erheblichen Nebenwirkungen, oftmals erhebliche Begleitsymptome wie Schlafstörungen, schmerzhaftes Kontraktieren etc., psycho-somatische Traumata, die aus konservativen oder operativen Behandlungsmethoden herrühren, zeitliche oder räumliche Einschränkungen, die sich aus den genannten Punkten ergeben, die allesamt von den betroffenen Menschen als behindernd erfahren werden können, lassen sich nicht schlicht auf den „nicht gelungenen Umgang mit Verschiedenheit“ zurückführen, weder aus sozialer Perspektive noch aus der individuellen Perspektive des einzelnen betroffenen Menschen. Bei allen medizinischen, therapeutischen oder pflegerischen Behandlungen besteht häufig keine Wahlmöglichkeit, um subjektiv zu einem gelungeneren Umgang mit der eigenen Verschiedenheit zu gelangen, vielmehr handelt es sich um existentiell notwendige Entscheidungen, mögen sie noch so sehr unerwünscht sein, die zugelassen werden müssen. Ungeachtet dessen bietet eine relationale Sichtweise von Behinderung gerade in der Verarbeitung von behindernden Erfahrungen sowie in der Teilhabe an sozialer Interaktion enorme Chancen für die Gestaltung eines wertschätzenden, gleichberechtigten Miteinanders in der Gesellschaft.

PALMOWSKI (1997) definiert Behinderung ebenfalls auf der Grundlage einer relationalen Sichtweise, als „[...] Kategorie des Beobachters und / oder der Selbstbeobachtung des Menschen“ (PALMOWSKI 1997, 147f.). Diese Definition schließt eine relationale Sichtweise ebenso wie die subjektive Bewertung des ‚Ichs‘ mit ein.

Um auch die körperliche Schädigung bzw. Grunderkrankung zu berücksichtigen, ist es nach Ansicht des Verfassers hilfreich, die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) heranzuziehen. Demnach ist neben der Funktionsfähigkeit als Positivbewertung eine Behinderung das Ergebnis einer Negativbewertung von mindestens einem der drei Aspekte:

1. Körperfunktionen und Körperstrukturen
2. Aktivitäten
3. Partizipation

Behinderungserfahrungen gelten auf der Ebene der Aktivitäten und der Ebene der Partizipation als Resultate von gesellschaftlichen Reaktionen, Ausgrenzungstendenzen, Fremdbestimmung und *individuellen oder intrapsychischen Bewertungsprozessen des Einzelnen*. Eine bedeutsame Erweiterung findet die ICF einerseits durch die Einbeziehung von personenbezogenen und umweltbezogenen Kontextfaktoren, die die individuelle Ausformung der Funktionsfähigkeiten oder Behinderungen beeinflussen. Andererseits enthält die Erweiterung um das Bio-Psycho-Soziale Modell der Wechselbeziehungen zwischen den Komponenten der ICF (DIMDI 2005, 23) u. a. eine bedeutsame Relevanz für den Einfluss von Pflegemaßnahmen auf den Bewertungsprozess behindernder Faktoren und macht dessen Ganzheitlichkeit deutlich.

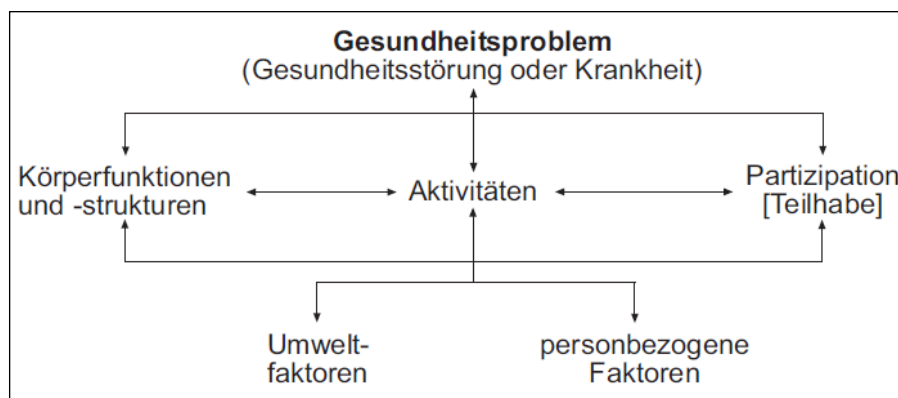


Abbildung 2: Bio-Psycho-Soziales Modell der Wechselbeziehungen zwischen den Komponenten der ICF. (Aus: DIMDI 2005, 23)

Pflegemaßnahmen werden notwendig und konstituieren sich in einem Pflegebedarf, wenn sich auf der Ebene der Körperstrukturen / -funktionen, Aktivitäten und Teilhabe nach ICF ohne eine unterstützende oder stellvertretende Pflege Behinderungen ergeben würden und dadurch eine Teilhabe an der Gesellschaft nicht möglich wäre (vgl. SEEL 2003, 15). In der Definition von ‚Körperbehinderung‘ nach LEYENDECKER (2005) finden die Komponenten der ICF Berücksichtigung:

„Als körperbehindert wird eine Person bezeichnet, die infolge einer Schädigung des Stütz- und Bewegungssystems, einer anderen organischen Schädigung oder einer chronischen Krankheit so in ihren Verhaltensmöglichkeiten beeinträchtigt ist, dass die Selbstverwirklichung in sozialer Interaktion erschwert ist.“

(LEYENDECKER 2005, 21)

ORTLAND (2005) ist es gelungen, eine relationale Sichtweise von Behinderung und die potentiell schädigungsspezifischen behindernden Erfahrungen des Personenkreises – wie LEYENDECKER (2005) sie formuliert – miteinander zu verknüpfen, indem sie ‚Körperbehinderung‘ wie folgt definiert:

„Eine Person wird als körperbehindert bezeichnet, wenn es allen an der Interaktion Beteiligten nicht gelingt, eine Schädigung des Stütz- und Bewegungssystems, eine andere organische Schädigung oder eine chronische Krankheit dieser Person so in

den gemeinsamen Umgang zu integrieren, dass alle Beteiligten zu der subjektiven Bewertung eines gelingenden Miteinanders finden. Ein gelingendes Miteinander kann Verhaltensmöglichkeiten eröffnen und Selbstverwirklichung in sozialer Interaktion ermöglichen.“ (ORTLAND 2005, 24)

Damit weist ORTLAND (2005) ausdrücklich darauf hin, dass Behinderung als das Resultat der negativen und subjektiven Bewertungsprozesse aller Beteiligten gelten kann. Dies schließt die subjektive Bewertung der Person, die als behindert bezeichnet wird, ein.

LEYENDECKER (2005) verweist darauf, dass die unterschiedlichen Formen der Körperbehinderungen generell auf Schädigungen von Körperfunktionen oder -strukturen basieren. Für eine differenzierte Klassifikation schlägt er daher vor, die dem Aspekt der Körperfunktion und -struktur vorgelagerten „International Classification of Diseases“ (ICD-10) zu berücksichtigen (vgl. DIMDI 2011). Die Einbeziehung der ICD-10 in die ICF erscheint besonders vor dem Hintergrund der Pflegeethematik hilfreich. Nicht nur Körperfunktionen und -strukturen können der unterstützenden Pflege bedürfen, sondern auch das Schädigungsbild bzw. die Grunderkrankung kann in einigen Fällen Auskunft über notwendige Pflegemaßnahmen geben. So kann es sein, dass sich Grunderkrankungen noch nicht als Funktionsstörung manifestiert haben, weil gerade durch geeignete Pflegemaßnahmen solche verhindert werden, etwa durch Medikation, Inhalation, Absaugen von Bronchialsekret etc. Als Beispiel sind Kinder mit der klassifizierten Erkrankung Mukoviszidose zu nennen, bei denen Funktionsstörungen in der frühen Kindheit gerade durch solche pflegerischen Maßnahmen herausgezögert werden.

Zu der enormen Heterogenität der Erscheinungsformen von körperlichen und motorischen Behinderungen kommt hinzu, dass sich die individuellen Pflegebedarfe in den meisten Fällen nicht am Schädigungsbild festmachen lassen, sondern sich auf vielfältige Weise in allen Komponenten der ICF äußern. Auch sind die Selbstpflegekompetenzen der betroffenen Personen unabhängig von ihrer Körperbehinderung auf vielgestaltige Art und Weise von anderen Faktoren abhängig, etwa der allgemeinen Fitness, der kognitiven Möglichkeiten, der finanziellen Ressourcen etc. Aus diesem Grund wird auf eine differenzierte Darstellung der Erscheinungsformen von ‚Körperbehinderungen‘ verzichtet. Stattdessen wird auf die umfassende Systematik von LEYENDECKER (2005) sowie u. a. auf die Ausführungen von KALLENBACH (2006), HEDERICH (1999) und THIELE (2009) verwiesen.

Verallgemeinert gesprochen, äußern sich die potentiellen Pflegebedarfe in den Bereichen ‚Körperpflege‘, ‚Ernährung‘, ‚Mobilität‘ und ‚Hauswirtschaftliche Tätigkeiten‘. Für die Erhaltung der Vitalität sind nicht selten medizinische Behandlungspflegemaßnahmen erforderlich. Das Kapitel 3.3 der vorliegenden Arbeit vertieft die potentiellen Pflegebedarfe von Menschen mit körperlichen und motorischen Beeinträchtigungen. Eine ganzheitliche Pflege bei Menschen mit körperlichen und motorischen Beeinträchtigungen setzt auf allen Ebenen der ICF an und berücksichtigt diese. Für die differenzierte Beschreibung pflegerischer Bedarfe zur Vermeidung von behindernden Erfahrungen kann die Ebene der Einzelitems aus

der ICF hilfreich sein. Ein Beispiel dazu: Liegt laut ICF eine Beeinträchtigung einer Körperfunktion bzw. -struktur vor, die dazu führt, dass sich eine Einschränkung in der Selbstversorgung der Zahnpflege ergibt (ICF-Code: d5201 – Die Zähne pflegen), so kann dies dazu führen, dass eine unzureichende Mundhygiene sowohl vom Betroffenen als auch vom Interaktionspartner als hindernd erfahren werden kann.

Über die Begrifflichkeit, wie der Personenkreis benannt werden kann, ohne diskriminierend zu wirken, wird seit Entstehung der Fachdisziplinen diskutiert. Im Anhang der ICF (nach WHO) steht zu dieser komplexen Fragestellung Folgendes geschrieben:

„Es bleibt die schwierige Frage, wie man Menschen am besten bezeichnen kann, welche ein gewisses Maß an funktionalen Einschränkungen oder Begrenzung erfahren. Die ICF verwendet den Begriff „Behinderung“, um das mehrdimensionale Phänomen zu bezeichnen, das aus der Interaktion zwischen Menschen und ihrer materiellen und sozialen Umwelt resultiert. Aus vielen verschiedenen Gründen bevorzugen einige, den Begriff „Menschen mit Behinderungen“, andere „behinderte Menschen“ zu verwenden. Unter Berücksichtigung dieser verschiedenen Meinungen, steht es der WHO nicht zu, hier die eine oder andere Sprachform zu wählen. Stattdessen bestärkt die WHO den wichtigen Grundsatz, dass Menschen ein Recht darauf haben, so genannt zu werden wie sie es wünschen.“ (DIMDI 2005, 171)

Da die vorliegende Arbeit eine begriffliche Festlegung für die Benennung des Personenkreises erfordert, wird im Folgenden je nach Kontext von Menschen mit körperlichen und motorischen Beeinträchtigungen bzw. Behinderungen oder Menschen mit schwersten Behinderungen gesprochen werden. Eine differenziertere Eingrenzung erfolgt in Kapitel 3 zur Unterscheidung der Schülergruppen an der Förderschule FkmE.

Nachdem das zugrundeliegende Menschenbild sowie die Sichtweise des Verfassers von Behinderung bereits dargelegt wurden, sollen im nächsten Kapitel die aktuellen Paradigmen der Behindertenpädagogik dargestellt sowie der Versuch unternommen werden, diese in einen deutlichen Bezug zur Pflegeethematik zu stellen, um deren Relevanz für die Pflegegestaltung zu unterstreichen. In den Kapiteln 3.4.1, 3.4.2, 3.4.3 und 4.3.4 werden diese Aspekte wiederum aufgegriffen und in Bezug zu den Herausforderungen eines Lebens mit dauerhaftem Pflegebedarf sowie der schulischen Vorbereitung auf ein nachschulisches Leben mit Pflegebedarf gesetzt.

1.4 Relevanz aktueller Leitideen der Behindertenpädagogik für die Pflege

Das professionelle Handeln in der Heil- und Förderpädagogik vollzieht sich durch die Ausrichtung an vorherrschenden Paradigmata, die auf bestimmten Menschenbildern gründen und als werteleitend für die professionelle Arbeit gelten. Die aktuelle Heil- und Sonderpädagogik wurde geprägt durch die Paradigmen des Normalisierungsprinzips, der Selbstbe-

stimmt-Leben-Bewegung (aus dem amerikanischen: independent-living-movement) sowie der Integration als Vorgängermodell der Inklusion (vgl. MOSER 2010, 75).

Zudem werden – ausgehend von diesen Paradigmen – angestoßen vor allem von Experten in eigener Sache, zahlreiche Modelle und Konzepte entwickelt, die die o. g. Leitideen konkretisieren und deren Realisierung aufzeigen. Im Folgenden werden die genannten Leitideen in eine Beziehung zur Pflegegestaltung gesetzt.

1.4.1 Pflege als integraler Bestandteil des Normalisierungsprinzips

Mit dem Normalisierungsprinzip wurde erstmals die bisherige Lebenssituation von Menschen mit geistigen Behinderungen kritisch betrachtet, ausgehend von Fachkräften der Behindertenarbeit.

Der Gedanke der Normalisierung der Lebensbedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung wurde von dem dänischen Verwaltungsjuristen BANK-MIKKELSEN formuliert. Ausgehend von seinem Wissen um die „Zustände“ in Großanstalten für Menschen mit Behinderungen, formulierte er stellvertretend für Menschen mit geistigen Behinderungen die Forderung, dass Menschen mit Behinderungen dieselben Lebensbedingungen ermöglicht werden müssen wie Menschen ohne Behinderungen. BANK-MIKKELSEN war daraufhin federführend an der Neuformulierung des dänischen Sozialfürsorgegesetzes von 1959 beteiligt. Die Arbeiten von BANK-MIKKELSEN hatten zunächst großen Einfluss auf die heilpädagogische Arbeit in skandinavischen Ländern. Später wurde der Normalisierungsgedanke gemeinsam von den beiden Schweden Nirje und Grunewald weiterentwickelt und der Normalisierungsgedanke als Leitidee für die Gestaltung von Hilfen für Menschen mit Behinderung international verbreitet (vgl. KUGEL/WOLFENBERGER 1974; FLYNN/NITSCH 1980; THIMM 1988; THIMM/BANK-MIKKELSEN 2005).

Die Umsetzung des Normalisierungsgedankens erfolgte durch Nirje und Grunewald in Schweden etwa ab dem Jahr 1969. Für die Umsetzung formulierte NIRJE (1994) acht Elemente für die Normalisierung der Lebensbedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung. Auch wenn die acht aufgestellten Normalisierungsbereiche die Gewährleistung von Pflege implizieren, wird diese dort nicht explizit aufgegriffen. Die Literaturrecherche ergab, dass in keiner der gesichteten Fachliteraturen (u. a. THIMM/BANK-MIKKELSEN 2005; NIRJE 1994; NIRJE/PERRIN 1995) die Problematik der in den Normalisierungsbereichen nach NIRJE (1974) stets immanenten Pflegegewährleistung aufgegriffen wird (vgl. ebd., 34ff.). Die Problematik besteht darin, dass für die Normalisierung der Lebensbereiche die auf institutionelle Begebenheiten ausgerichtete Pflegeleistung ebenso normalisiert werden muss, um eine Normalisierung überhaupt erst zu ermöglichen. Eine zumindest existentielle Grundpflege muss zu jedem Zeitpunkt in jedem Lebensbereich stets gewährleistet sein und an die gesellschaftlich „normalisierten“ Lebensbezüge angepasst sein.

Die acht Elemente der Normalisierung werden nachstehend, durch den Verfasser um Aspekte der Pflege ergänzt, dargestellt:

Ein normaler Tagesrhythmus

Pflegeleistungen sollten entsprechend den individuellen Bedürfnissen nach einem persönlichen Tagesablauf organisiert werden. So können beispielsweise in Einrichtungen nicht alle Bewohner vor dem Nachtschichtwechsel noch einmal gepflegt werden, sondern dies muss nach dem individuellen Bedürfnis der Nachtruhe geschehen.

1. Trennung von Arbeit – Freizeit – Wohnen

Mit der Trennung dieser Bereiche geht zugleich eine örtliche Trennung der Pflege einher, was bedeutet, dass die individuell erforderlichen Pflegeleistungen jederzeit an den verschiedenen Aufenthaltsorten personell und räumlich erfüllt werden müssen.

2. Normaler Jahresrhythmus

Jahreszeitliche Freizeitbeschäftigungen, mindestens einmal im Jahr in den Urlaub zu fahren und saisonale Speisen gehören beispielsweise zum gesellschaftlich „normalen“ Jahreszyklus. Die Organisation der Pflege muss darauf entsprechend individuell reagieren können.

3. Normaler Lebenslauf

(die normalen Entwicklungserfahrungen eines Lebenszyklus')

Ein Mensch durchlebt im Laufe seines Lebens verschiedene Entwicklungs- und Lebensphasen. Auch in der Pflege müssen diese Phasen durch eine pädagogisch-pflegerische, andragogisch-pflegerische sowie geragogisch-pflegerische Begleitung altersgemäß aufgegriffen und begleitet werden (z. B. eine Intimitätssensible Pflege in der Pubertät, Unterstützung der Pflege in der Partnerschaft / Ehe, veränderte körperliche Bedürfnisse während der Menopause, Veränderungen der Pflegebedürfnisse in der letzten Lebensphase etc.).

4. Respektierung von Bedürfnissen

Eine auf individuelle Bedürfnisse und Vorlieben ausgerichtete und dialogisch (gleichberechtigt) gestaltete Pflege ist unumgänglich für die Normalisierung der Lebensbedingungen. Die Achtung vor der Autonomie des Menschen mit einem Pflegebedarf muss in Pflegesituationen unangetastet bleiben (z. B. müssen Pflegehandlungen angekündigt werden und das Einverständnis für diese Handlungen eingeholt werden).

(vgl. GROßKLAUS-SEIDEL 2002, 143)

5. Angemessene Kontakte zwischen den Geschlechtern (Leben in einer bisexuellen Welt)

Pflege beinhaltet hier auch die Aufgabe, bei der Realisierung sexueller Bedürfnisse und dem Erleben von sexuellen Erfahrungen assistierend, kompensierend oder stellvertretend tätig zu werden bzw. diese auch pädagogisch-, andragogisch-, geragogisch-pflegerisch zu begleiten. Ebenso sollte eine gleichgeschlechtliche Pflegegestaltung, sofern diese gefordert wird, ermöglicht werden.

(vgl. ORTLAND 2005, 15f.)

6. Normaler wirtschaftlicher Standard

Dem Normalisierungsprinzip entsprechend erhalten Menschen ihren Verdienst ausgezahlt und verfügen frei über ihre finanziellen Mittel. Auch Vorlieben in der Pflege sollten so frei finanziert werden dürfen. Individuell angenehme Körperpflege oder körperliches Wohlbefinden entfaltet sich nicht allein durch eine existenzsichernde Grundpflege, sondern auch über die freie Auswahl an Pflegeprodukten, Kleidung, Bettwäsche, Genussmitteln etc.

7. Standards der alltäglichen Wohn- und Lebensbedingungen

Für den Bereich Pflege kann gemessen an „normalen“ Wohn- und Lebensbedingungen gelten: Pflege findet getrennt vom Wohnbereich statt, der Pflegeraum (Badezimmer) wird nur von der eigenen Person und vertrauten Personen benutzt (eigenes Badezimmer), der Pflegeraum wird nach individuellen Vorlieben gestaltet, eine Intimsphäre wird ermöglicht etc.

Pflege stellt demnach, wenn auch bisher nicht explizit in der Literatur erwähnt, einen integralen Bestandteil des Normalisierungsprinzips dar. Es kann nur vermutet werden, dass Pflege als eigenständiger Bereich aus Gründen eines absoluten Selbstverständnisses gar nicht erst genannt wird. In jüngeren Publikationen zur Thematik der Betreuung von demenziell erkrankten Menschen werden das Normalisierungsprinzip und die Gestaltung von Pflege deutlicher miteinander in Verbindung gebracht. So wird in diesem Bereich dafür plädiert, die Pflege so in einen normalisierten Tagesablauf zu integrieren, dass diese beispielsweise zu jeder Zeit möglich ist und auf individuelle Weise gestaltet werden kann. (vgl. DÜRRMANN 2005, 96–113; ADLER et al. 2009, 183f.; MÖTZING/WURLITZER/ARNOLD 2006, 319f.).

SACK (2003) führt den Begriff der Normalisierung weiter aus und spricht von der „Normalisierung der Beziehungen“ zwischen Menschen mit einer Behinderung und ihren Begleitern (ebd., 105ff.). Diese Form der Normalisierung hat meines Erachtens ebenso eine hohe Relevanz für die Gestaltung der Pflege.

SACK (2003) hält für diese Normalisierung der Beziehungen in der heilpädagogischen Arbeit folgende Voraussetzungen bzw. Attitüden der Begleiter für unverzichtbar:

- Kommunikation weiterentwickeln, beispielsweise auch neue Formen non-verbaler Kommunikation zu erproben
- Fachliche Distanz in der direkten Begegnung abbauen
- Zurückhaltung der Begleiter ist gefragt, um grundsätzlich eine Selbstbestimmung zu ermöglichen
- Gebräuche der Fachsprache überprüfen, um eine gleichberechtigte Kommunikation zu ermöglichen
- Auf Infantilisierung verzichten
- Erlernte Hilflosigkeit abbauen, beispielsweise auf aktuelle Problematiken oder Ereignisse nicht mit Routine begegnen
- Profis sind Helfer und Dienstleister und haben daher nicht das Recht, sich über den Hilfeempfänger zu stellen
- Nur eine für beide Seiten gewinnbringende Beziehung trägt, beispielsweise durch Berücksichtigung der Bedürfnisse von Hilfeleister und Hilfeempfänger
- Begleiten von Menschen mit Behinderungen ist kein schweres Los, sondern ist als eine professionalisierte Dienstleistung zu verstehen

(vgl. SACK 2003, 105ff.)

Sofern diese Voraussetzungen bei der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen ein Selbstverständnis darstellen, führt dies nach Ansicht von SACK (2003) zu einer normalisierten Beziehung sowie zu einer Verringerung des Macht-Gefälles zwischen Hilfeleistenden und Hilfeempfängern.

Ein entscheidender Aspekt des Normalisierungsprinzips ist, dass die Organisation der Pflege zwar den normalisierten Lebensbedingungen entsprechen soll und somit dezentral stattfindet, jedoch wird sie weiterhin durch Fachkräfte organisiert und angeleitet. Der Nutzer von Pflegeleistungen hat demnach eine eingeschränkte Entscheidungsmacht bei der Gestaltung und Organisation seiner eigenen pflegerischen Hilfen. Durch die Normalisierung der Beziehungen nach SACK (2003) erfährt das Paradigma der Normalisierung der Lebensbedingungen eine bedeutende Erweiterung hin zur selbstbestimmten Lebensführung. Die Normalisierung der Beziehungen bedeutet eine Veränderung der Machtverhältnisse von der Fremdbestimmung hin zu einem dialogischen Verhältnis zwischen den Nutzern von Hilfen und ihren Begleitern. Der Normalisierungsgedanke bzw. das Normalisierungsprinzip ist eng verknüpft mit den Postulaten der Integrationsbewegung, die im Folgenden dargestellt und mit der Thematik der Pflege verknüpft wird.

1.4.2 Integration und Inklusion

„Was im Vorhinein nicht ausgegrenzt wird, muss hinterher auch nicht eingegliedert werden!“ (Richard von Weizsäcker)

Laut NIRJE (1994) lässt sich die Integration auf sechs Ebenen realisieren. Die folgende Darstellung der sechs Integrationsebenen stellt wiederum einen Bezug zur Pflegeethematik her, um neben der Integration des Menschen mit Behinderung die Notwendigkeit der Integration seiner immanenten Pflegebedarfe ebenfalls aufzuzeigen.

1. Räumliche Integration

Entsprechend dem Normalisierungsprinzip besteht eine räumliche Trennung zwischen den Bereichen Wohnen, Arbeit und Freizeit (s.o.).

2. Funktionale Integration

Dies meint, dass sich alle normalen Lebensvollzüge in den dafür vorgesehen Bereichen realisieren lassen, bei Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen beispielsweise der Abbau von räumlichen Barrieren. Dies schließt auch Menschen mit schwersten und komplexen Behinderungen ein, da sie gegebenenfalls lediglich zusätzlich Assistenz benötigen, so z. B. im Bereich der Pflege. Die Ebene der funktionalen Integration setzt demzufolge eine barrierefreie und individuell durch den Nutzer gestaltbare Pflegeinfrastruktur sowie eine nutzerorientierte Hilfsmittelversorgung voraus.

3. Soziale Integration

Die soziale Ebene kennzeichnet zwischenmenschliche Beziehungen, die auf Gleichberechtigung, Ganzheitlichkeit, dem Dialog, gegenseitigem Respekt und Selbstbestimmung beruhen und sich in allen Dimensionen des Lebens ausdrücken. Auf die Pflege übertragen bedeutet dies: Pflegeplanung, -organisation, und -handlung beruhen auf dem gleichberechtigten, respektvollen und selbstbestimmten Dialog zwischen Nutzer und Anbieter der jeweiligen Pflegeleistungen.

4. Personale Integration

Die personale Integration zielt auf ein befriedigendes Privatleben im Austausch mit anderen ab. Menschen mit körperlichen Grunderkrankungen müssen Informationen hinsichtlich erforderlicher und zustehender Hilfen / Hilfsmittel erhalten, Möglichkeiten der selbstbestimmten Lebensführung müssen erschlossen werden (Wohnen, Partnerschaft etc.) sowie Möglichkeiten der altersgemäßen personalen Bedürfnisbefriedigung geschaffen werden. Im Bereich Pflege wird ein allumfassendes Informationsangebot zur Organisation der eigenen Pflege vorausgesetzt bzw. das Wissen

von Assistenzgebern in diesem Bereich, um ein befriedigendes und gesichertes Privatleben zu erfahren.

5. Gesellschaftliche Integration

Die Dimension der gesellschaftlichen Integration bezeichnet die gleichberechtigte Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, das Mitwirken an gesellschaftlichen Entscheidungs- und Entwicklungsprozessen sowie die Selbstbestimmung in der Gesellschaft. Eine Pflegegewährleistung muss als Selbstverständnis zur Sicherung der gesellschaftlichen Teilhabe bezeichnet werden. Die Mitwirkung von Nutzern der Leistungen zu deren Sicherung, Gestaltung und Organisation muss Priorität haben.

6. Organisatorische Integration

Die organisatorische Integrationsebene bezeichnet die Zugänglichkeit und Zuständigkeit der öffentlichen Dienste zur Gewährleistung eines allumfassenden Hilfesystems, das Integrationsprozesse fördert. Auf die Pflege übertragen, sind dies beispielsweise Zugänge und Möglichkeiten zur Akquise persönlicher (Pflege-)Assistenz und deren Sicherung der Finanzierung.

(vgl. NIRJE/PERRIN 1995, 20; NIRJE 1994, 12ff.)

Integration setzt zunächst die Separation von Menschen in bestimmte Gruppen voraus, indem Menschen bestimmte Etiketten angehaftet werden, um die Notwendigkeit ihrer Eingliederung aufzeigen zu können (vgl. SEIFERT 2006, 100). Die Gefahr besteht dabei in einem einseitigen Integrationsdenken der – wie KOBİ (1988) sie nennt – Integratoren gegenüber den Integrierten.

Der Begriff Inklusion beinhaltet, dass alle Menschen von vorn herein vollwertige Mitglieder einer Gesellschaft sind, in der es normal ist, verschieden zu sein. Mit der Bezeichnung Inklusion ist jedoch kein neuer Paradigmenwechsel vollzogen worden, vielmehr wird der Begriff der Inklusion vor allem als ein sonderpädagogischer, aus den Erziehungswissenschaften stammender Begriff, verwendet, mit dem die Forderung nach einer „Schule für alle“ eng verknüpft ist (vgl. PREUSS-LAUSITZ 2006, 95).

Ursprünglich wurde der Begriff „inclusion school“ in der deutschsprachigen Übersetzung der Salamanca-Erklärung von 1994 durch die österreichische UNESCO-Kommission mit „integrativer Schule“ übersetzt und gleichgesetzt. Jedoch lässt sich bei genauerer Betrachtung feststellen, dass die Ziele von Integration durch den erziehungswissenschaftlichen Diskurs in der Beschreibung von Inklusion weiter gedacht und deutlicher als eigentliche Ziele des gemeinschaftlichen Lernens aller jungen Menschen definiert werden und somit konzeptuell ein Weiterdenken implizieren.

Die folgende Gegenüberstellung des Integrationsparadigmas mit den Inhalten der Inklusion von HINZ und BOBAN (2002) soll dies verdeutlichen, wenngleich es nach Ansicht des Verfassers keine Gegenüberstellung ist, sondern eher als Weiterentwicklung des Integra-

tionsparadigmas bzw. dessen Konsequenz im Resultat der Inklusion gesehen werden muss. Integration kann im eigentlichen Sinne als ‚Instrument‘ zur Umsetzung von Inklusion gesehen werden.

Praxis der Integration	Praxis der Inklusion
<ul style="list-style-type: none"> • Eingliederung behinderter Kinder in die allgemeine Schule • Differenziertes System je nach Schädigung • Zwei-Gruppen-Theorie (behindert / nicht-behindert) • Aufnahme von Kindern mit Behinderung • Individuumzentrierter Ansatz • Fixierung auf die administrative Ebene • Ressourcen für Kinder mit besonderem Bedarf • Spezielle Förderung für Kinder mit Behinderungen • Individuelle Curricula für einzelne Kinder • Förderpläne für Kinder mit Behinderungen • Anliegen und Auftrag der Sonderpädagogik und der Sonderpädagoginnen • Sonderpädagoginnen als Unterstützung für Kinder mit Behinderungen • Ausweitung von Sonderpädagogik in die Schulpädagogik hinein • Kombination von Schul- und Sonderpädagogik • Kontrolle durch Expertinnen 	<ul style="list-style-type: none"> • Leben und Lernen aller Kinder in der allgemeinen Schule • Umfassendes System für alle • Theorie einer pädagogisch un(unter)-teilbaren heterogenen Gruppe • Profilierung des Selbstverständnisses der Schule • Systemischer Ansatz • Beachtung der emotionalen, sozialen und unterrichtlichen Ebenen • Ressourcen für ganze Systeme (Klasse, Schule) • Gemeinsames und individuelles Lernen für alle • Ein individualisiertes Curriculum für alle • Gemeinsame Reflexion und Planung aller Beteiligten • Anliegen und Auftrag der Schulpädagogik und Schulpädagoginnen • Sonderpädagoginnen als Unterstützung für heterogene Klassen und Kolleginnen • Veränderung von Sonder- und Schulpädagogik • Synthese von Schul- und Sonderpädagogik • Kollegiales Problemlösen im Team

Tabelle 2: Gegenüberstellung des Integrationsparadigmas. (Aus: HINZ/BOBAN 2002, 359)

Für die konkrete Ausgestaltung eines inklusiven Bildungssystems wurde im Vereinigten Königreich von Tony Booth und Mel Ainscow ein „Umsetzungsprogramm“ unter dem Namen „Index for Inclusion“ für das englische Bildungssystem entwickelt und im Jahr 2000 vorgestellt. Für die Umsetzung der Inklusion in Deutschland wurde das Umsetzungsprogramm von BOBAN und HINZ (2003) übersetzt und für das deutsche Bildungssystem adaptiert. Der Inklusionsindex zielt auf die Förderung von inklusiven Schulentwicklungsprogrammen auf dem Weg zu einer inklusiven Schule ab und bietet auf der Grundlage des Indexprozesses praxisnahe Hilfestellungen und Möglichkeiten für den Schulentwicklungsprozess, die in einem Fünf-Phasen-Modell der Schulentwicklung unter dem Namen

Index-Prozess konkretisiert werden (vgl. BOBAN/HINZ 2003). Der Inklusions-Index hat vor dem Hintergrund der 2006 ratifizierten und 2008 in Kraft getretenen UN-Behindertenrechtskonvention, nach der sich die Unterzeichnerstaaten (u. a. die Bundesrepublik Deutschland) zur Umsetzung des Rechts auf eine inklusive Bildung aller Menschen verpflichtet, deutlich an Relevanz gewonnen (vgl. HINZ 2010).

Potentielle Pflegebedarfe von Schülerinnen nennen BOBAN und HINZ (2003) im Inklusions-Index zwar nicht explizit, diese sind jedoch nach Auffassung des Verfassers implizit als „Bedarf an individuellen Hilfen“ mit bedacht worden.

Etwas differenzierter schildert das Landesinstitut für Erziehung und Unterricht Stuttgart (2004) – auf der Grundlage von Praxiserfahrungen in der Umsetzung einer inklusiven Schule – die Einbettung der Pflege als individuelle Hilfe. Demnach bedeutet die Weiterentwicklung von der schulischen Integration hin zu einer inklusiven voraussetzungslosen Beschulung aller Kinder und Jugendlichen gleichsam eine notwendige einschneidende Weiterentwicklung der professionellen schulischen Pflege. Eine individuell förderbedarfs- und curriculaspezifische Beschulung von Schülerinnen mit Pflegebedarf erfordert eine flexible und individuell bedarfsgerechte Gestaltung von professionellen Pflegeleistungen. So wird der Bedarf an Pflegeleistungen je nach den Pflegebedarfen der jeweiligen Schülerinnen variieren (vgl. Landesinstitut für Erziehung und Unterricht Stuttgart 2004, 97ff.).

1.4.3 Selbstbestimmtes Leben mit Unterstützungsbedarf bei der Pflege

Die Selbstbestimmt-Leben-Bewegung richtete sich gegen die Fremdbestimmung der Lebensmuster der Betroffenen. Mit Selbstbestimmung geht die Ermächtigung der (durch Fremdbestimmung) Betroffenen selbst einher. Nicht mehr die fachkundigen professionellen Helfer bestimmen die Unterstützung und ermöglichen bestmögliche Aktivität und Teilhabe, sondern die Betroffenen selbst bestimmen und entscheiden über ihre individuellen Hilfen. So kann die individuelle Pflege, die ein Mensch benötigt, von ihm selbst organisiert und entschieden werden, wenn ausreichend materielle und personelle Ressourcen vorhanden sind, aber vor allem Informationen und Beratung gewährleistet sind. Hier hat (Förder-) Schule eine Schlüsselrolle zu übernehmen, indem sie ihre Schülerinnen über die Möglichkeiten der eigenen Lebensperspektive mit einem Pflegebedarf aufklärt. Selbstbestimmung ist in diesem Zusammenhang nicht gleichzusetzen mit Selbstständigkeit, denn es gilt über die Hilfen bzw. Assistenzen selbst zu bestimmen, als Experte in eigener Sache (vgl. u. a. NIEHOFF 1994, DREBLOW 1999). Bei Menschen mit sog. schwersten Behinderungen spricht WEINGÄRTNER 2005, 119) von „basaler Selbstbestimmung“ als Konzept und zeigt zur Veranschaulichung u. a. eine Gegenüberstellung von basalen selbstbestimmten Momenten und den entsprechenden fremdbestimmten Antithesen, die ebenso auf Pflegesituationen übertragbar sind:

Prinzip Entscheidenlassen / Autonomieprinzip:	Fremdbestimmung, wo Selbstbestimmung möglich wäre:
<i>Der Helfer...</i>	<i>Der Helfer...</i>
fragt, welche Mütze aufgesetzt werden soll	setzt die Mütze auf
fragt, welcher Apfel, welches Bonbon gewünscht wird	gibt einen Apfel oder ein Bonbon
fragt, ob der Scheitel beim Kämmen so oder so liegen soll	bestimmt über den Scheitel
fragt, mit welchem Ärmel beim Anziehen begonnen werden soll	bestimmt über den Ärmel
fragt, welche Hand zuerst gewaschen werden soll	nimmt eine Hand zum Waschen
fragt, welchen Platz das Kissen im Rollstuhl haben soll	bestimmt über den Platz des Kissens im Rollstuhl

Tabelle 3: Gegenüberstellung basaler selbstbest. Momente u. den entsprechenden fremdbest. Antithesen. (Aus: WEINGÄRTNER 2005, 119)

Mit dem Paradigma des selbstbestimmten Lebens erhält die Frage nach der Organisation und Umsetzung der Pflege eine erweiterte Qualität. Selbstbestimmtes Leben setzt zumindest eine Normalisierung der Lebensverhältnisse sowie die Integration des Einzelnen in der Gesellschaft voraus, entfaltet sich gänzlich jedoch nur in Inklusion.

Das folgende Schaubild von HEROLD (2002, 59) verdeutlicht wesentliche Bereiche, in denen sich ein selbstbestimmtes Leben ausdrückt:

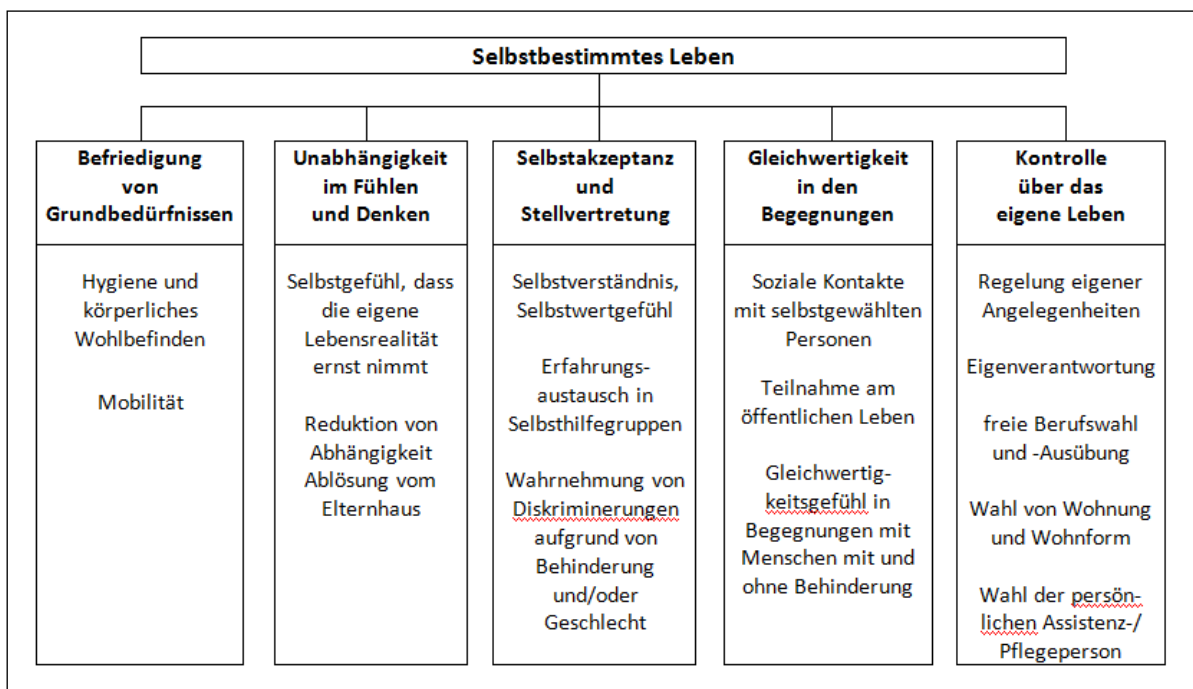


Abbildung 3: Realisierungsbereiche eines selbstbestimmten Lebens. (Aus: HEROLD 2002, 59)

Selbstbestimmung versus Selbstständigkeit

„Selbstständigkeit‘ als optimale Unabhängigkeit von Unterstützung ist ein objektiver Tatbestand und als solcher beobachtbar und messbar. ‚Selbstbestimmung‘ hingegen ist ein subjektives Lebensgefühl und als solches nicht beobachtbar und messbar. ‚Selbstständigkeit‘ ist durch geplante Ausbildung optimierbar [...] ‚Selbstbestimmung‘ hingegen als individuell erfassbares Lebensgefühl ist nicht im gleichen Sinne durch (sonder-)pädagogische Maßnahmen messbar. Denn diese haben notwendigerweise immer eine fremdbestimmte Komponente, die im Widerspruch von Selbstbestimmung steht.“ (HAEBERLIN 1996, 186; zit. nach BAUDISCH 2000, 19)

BAUDISCH (2000) verweist weiterführend auf HAHN (1994),

„[...] für den der Mensch als autonom gilt, wenn er über die Möglichkeiten verfügt, in Angelegenheiten, die ihn selbst betreffen, auch selbst über diese zu bestimmen.“ (HAHN 1994; zit. nach BAUDISCH 2000, 19)

Selbstbestimmung ist daher von der Wertigkeit her der Selbstständigkeit übergeordnet. Nach WEINGÄRTNER (2005) steht die Selbstbestimmung in einer Hierarchie ganz oben. Er spricht in diesem Zusammenhang von basaler Selbstbestimmung. Das folgende Schaubild zeigt die Hierarchie, bei der die Selbstbestimmung der Selbstentscheidung und Selbstständigkeit voraussetzungslos übergeordnet ist:

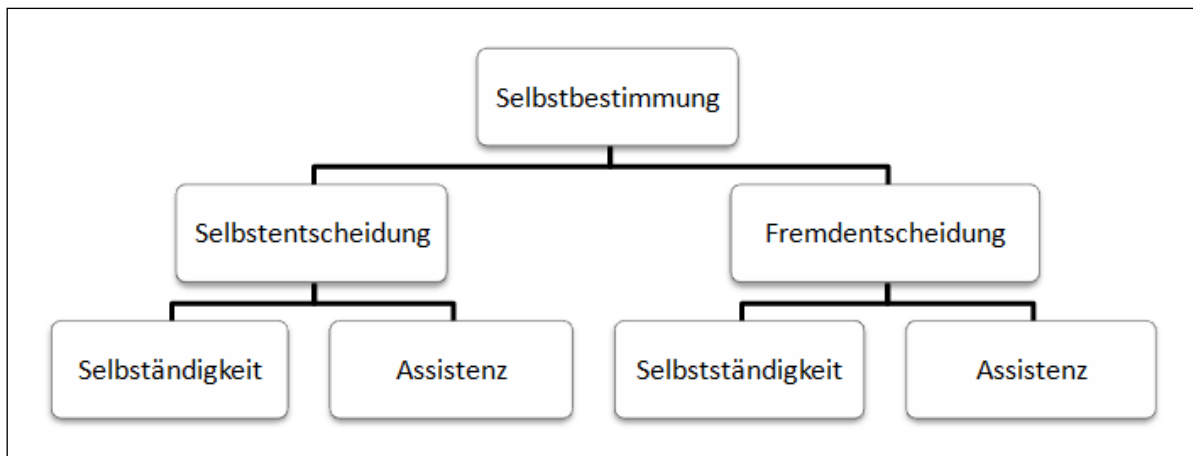


Abbildung 4: Hierarchie der Selbstbestimmung.
(Eigene Darstellung, angelehnt an WEINGÄRTNER 2005)

Selbstbestimmung ist immer möglich und sollte immer ermöglicht werden. Selbst wenn die Bevormundung eines Menschen richterlich angeordnet ist, so sollten Fremdentscheidungen auf der Grundlage selbstbestimmter Wünsche erfolgen.

Pflege sollte im Sinne der o. g. Prämissen immer selbstbestimmt durch die Klientin / Schülerin durchgeführt werden. Das bedeutet, dass Pflegekräfte auf noch so kleine Hinweise in Form von Mimik, Gestik, Mikrobewegungen, Empfindungen etc. zu achten haben und die Pflege darauf abstimmen. Dies bedeutet nicht, dass im Zweifelsfall die Pflege nicht durchgeführt werden sollte, sondern, dass die Notwendigkeit derselben der Klientin auf eine respektvolle Art und Weise verdeutlicht werden sollte. Von zentraler Bedeutung ist hierbei

die ethisch-moralische Haltung der Pflegerin gegenüber ihrer Klientin, die dieser Respekt, Würde und Wertschätzung ihrer Person entgegenbringt. Eine basale Selbstbestimmung bedeutet, dass diese Form völlig ohne Voraussetzungen der Klientin auskommt und sich allein durch eine allgemeingültige, ethisch moralische Grundhaltung gegenüber den Mitmenschen erklärt (vgl. WEINGÄRTNER 2005). Der Weg dorthin muss gekennzeichnet sein von der Selbstverantwortung der Pflegekräfte hin zur Selbstbestimmung der Klientinnen. Durch mehr Selbstentscheidungskompetenz bei der Gestaltung der Pflege sowie einer selbstverantwortlichen Grundhaltung der Pflegekräfte (ich profitiere selbst von meinem Handeln, hafte aber auch selbst dafür) wird Selbstbestimmung grundlegend ermöglicht. Selbstbestimmung wird jedoch maßgeblich erst durch Vertrauen in das Hilfesystem möglich. Dieses Grundvertrauen muss im Laufe des Lebens erst erlebt und erlernt werden. Begleiter und Helfer müssen daher durch ihre Leitung Vertrauen in die Selbstbestimmung ihrer Arbeit erhalten, um diese Grundwerte auch vermitteln zu können (vgl. ebd., 96ff). Mit der Selbstbestimmung der Betroffenen gehen die sozialpolitische Errungenschaft des persönlichen Budgets und das Modell der persönlichen Assistenz einher. Im Zusammenhang der Nutzung von Assistenzen sollten in Bezug zur Pflege die von THEUNISSEN und PLAUTE (2002) aufgestellten acht Assistentenrollen diskutiert werden:

1. Lebenspraktische Assistenz: pragmatische Hilfen zur Alltagsbewältigung
2. Dialogische Assistenz: Herstellung und Fundierung einer vertrauensvollen Beziehungsgestaltung und kommunikativen Situation
3. Konsultative Assistenz: gemeinsame Beratung in Bezug auf psychosoziale Probleme, Lebenspläne, Lebensziele, Zukunft
4. Advokatorische Assistenz: Anwaltschaft, Fürsprecherfunktion, Stellvertreter, Dolmetscher
5. Facilitatorische Assistenz: wegbereitende Unterstützung im Sinne einer subjektzentrierten Förderung auf der Basis einer ‚offenen Curricula‘
6. Lernzielorientierte Assistenz: Hilfe zur Selbsthilfe durch strukturierte Lernangebote
7. Sozialintegrierende Assistenz: soziale und gesellschaftliche Integrationshilfe
8. Intervenierende Assistenz: z. B. Halt gebende, stützende Hilfen im Falle von Verhaltensauffälligkeiten

(THEUNISSEN/PLAUTE 2002, 39; THEUNISSEN/HOFFMANN/PLAUTE 2000, 132ff.;
THEUNISSEN 1999, 125ff.)

In den dargestellten Assistentenrollen drücken sich die grundsätzlichen, übergeordneten Ziele der Assistenzleistungen aus. Gerade mit Hinblick auf die zukünftige Lebensgestaltung von Schülerinnen mit Pflegebedarfen sollten die aufgeführten Assistentenrollen im schulischen Bildungsprozess Bestandteil der Vorbereitung von Schülerinnen auf das nachschulische Leben sein.

Schülerinnen müssen im Laufe ihrer Schulzeit das Anleiten von potentiellen Assistenzgebern erlernen. Nach FREHE (2003; 1999) und Mohr (2006a) müssen sie fünf zentrale Kompetenzen erwerben, um das Konzept der „persönlichen Assistenz“ umsetzen zu können:

- Personalkompetenz: Sie können sich die Helfer selbst aussuchen.
- Organisationskompetenz: Sie bestimmen über Zeitpunkt und Ablauf der Hilfen.
- Anleitungskompetenz: Als Experten in eigener Sache leiten sie die Helfer an.
- Raumkompetenz: Sie bestimmen über den Ort der Hilfeerbringung.
- Kontrollkompetenz: Sie kontrollieren selbst die korrekte Leistungserbringung.

(vgl. Frehe 2003, 2; 1999, 281; Mohr 2006a, 20)

Die Förderschule FkmE sollte die kontextuellen und konzeptuellen Voraussetzungen dafür schaffen, dass Schülerinnen mit Pflegebedarf die o. g. Kompetenzen erlernen können, um auf ein nachschulisches Leben in Selbstbestimmung vorbereitet zu sein. Welche Möglichkeiten sich dazu im Rahmen des Bildungsprozesses an der Förderschule FkmE ergeben können, wird weiter unten in den Kapiteln 4.3.3 und 4.3.4 diskutiert.

Im Folgenden werden die zentralen bildungstheoretischen Begriffe expliziert, um deren Verwendung in den weiteren Ausführungen zu begründen.

1.5 Verständnis bildungstheoretischer Begriffe

Zunächst erfolgt eine Klärung der wesentlichen bildungstheoretischen Begriffe Bildung, Erziehung, Unterricht und sonderpädagogische Förderung (additiv zum allgemeinen Bildungsprozess). Die Klärung der Begriffe dient hauptsächlich der Verwendung in den weiteren Ausführungen und wird daher eher weit gefasst.

In Kapitel 4.2 werden diese Begriffe im Zusammenhang mit der Diskussion des Verhältnisses von Pflege, Bildung, Erziehung und Unterricht erneut aufgegriffen. Anschließend daran werden in den Kapiteln 4.3 und 4.4 Möglichkeiten der Implementierung von Pflege-thematiken in den Bildungsprozess aufgezeigt.

Das vorliegende Kapitel schließt mit der Einführung des Begriffs „Lernwelten“ als systemkonstruktivistischer Begriff des schulischen Bildungsprozesses. Dieser Begriff dient in den weiteren Ausführungen der grundlegenden Unterscheidung von zwei Schülergruppen mit Pflegebedarfen, die Gegenstand der Untersuchung sind (siehe Kapitel 3.2).

Bildung, Erziehung und Unterricht sind keine additiven Aufgabenfelder von Schule, in denen getrennt Aktivitäten stattfinden, vielmehr lassen sich die Begriffe nicht trennscharf voneinander unterscheiden, sondern bedingen sich gegenseitig (vgl. SEIBERT 2009, 73).

Zunächst sollte festgehalten werden, dass jedes Kind und jeder Jugendliche einen gesetzlichen Anspruch auf Bildung und Erziehung hat, so steht in der Landesverfassung des Landes Nordrhein-Westfalen in Art. 8 Abs. (1) geschrieben:

„Jedes Kind hat Anspruch auf Erziehung und Bildung. Das natürliche Recht der Eltern, die Erziehung und Bildung ihrer Kinder zu bestimmen, bildet die Grundlage des Erziehungs- und Schulwesens. Die staatliche Gemeinschaft hat Sorge zu tragen, daß das Schulwesen den kulturellen und sozialen Bedürfnissen des Landes entspricht.“
(Landesverfassung NRW)

Alle Schulen des Landes NRW – dies schließt die Förderschulen mit ein – besitzen einen gesetzlichen Bildungs- und Erziehungsauftrag, der im Schulgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (SchulG vom 1.7.2010) durch den §2 verankert ist.

Als grundlegende Bildungsinhalte der Institution Schule gelten nach gesetzlichen Grundlagen durch das Grundgesetz (GG), die Landesverfassung des Landes NRW sowie durch das Schulgesetz des Landes NRW (SchulG NRW) Werte, Wissen und Kompetenzen, die im Rahmen der schulischen Erziehung und des Unterrichts vermittelt werden sollen (vgl. BROHM 2009, 105f.). Diese werden in den allgemeinen Lehr- und Bildungsplänen der Länder präzisiert und in den Richtlinien der Schulformen ausdifferenziert.

1.5.1 Bildung

Bildung ist nach SEIBERT (2009) zunächst ein aktiver Konstruktionsprozess des Individuums, ein intrapersonaler Prozess, wie er es nennt, die Durchdringung der Welt zum Individuum. Auf die Schule bezogen kann Bildung als „[...] das intendierte Ergebnis von Unterricht und Erziehung“ gelten (SEIBERT 2009, 76).

Durch den schulischen institutionellen Rahmen sollen Selbstbildungsprozesse begünstigt werden. Die Schule hat demnach insofern einen Bildungsauftrag zu erfüllen, als sie die intrapersonalen Bildungsprozesse durch die methodisch-didaktische Gestaltung von Erziehungs- und Unterrichtsprozessen sowie das Vermitteln von Werthaltungen anregt und steuert. Zudem hält die Schule eine Vielzahl an Informationen, Erlebnis- und Erfahrungsquellen bereit, aus denen im Zuge der Bildungsprozesse geschöpft werden kann.

Bildungsauftrag der Schule ist außerdem, die Selbstbildungsprozesse des Individuums durch methodisch-didaktische Aufbereitung von Informationen und Werthaltungen zu intendieren. LIESSMANN (2006) versteht den Bildungsauftrag von Schule allgemein als

„[...] ein Programm der Selbstbildung des Menschen, eine Formung und Entfaltung von Körper, Geist und Seele, von Talenten und Begabungen, die den einzelnen zu einem selbstbewussten Teilnehmer am Gemeinwesen und seiner Kultur führen sollte.“
(LIESSMANN 2006, 54)

SEIBERT (2009) fasst den Bildungsauftrag von Förderschulen wie folgt zusammen:

„[...]diese Schulen haben einen Bildungsauftrag, der die ihnen anvertrauten befähigen soll, mit den individuellen Fähigkeiten das eigene Leben positiv zu gestalten und

die Mitwelt zu bereichern. Bildung ist damit das Besondere, das jeder Mensch aus sich machen kann. Sie kann jedem Menschen zuteilwerden und ist mehr als die bloße Anhäufung von Faktenwissen. Sie äußert sich in Gesinnung, Haltung und Handlung.“
(SEIBERT 2009, 76)

Die Schule, und dies schließt die Förderschule mit ein, hat folglich den Auftrag, den Schülerinnen das Wissen, die Kompetenzen und die Werthaltungen zu vermitteln, die für ihre individuelle Persönlichkeitsentwicklung und das Leben in der solidarischen, demokratisch organisierten Gesellschaft derzeit und zukunftsnahe für ihre selbstbestimmte Teilhabe nötig sind und darüber hinaus jene Kompetenzen, Fertigkeiten und Werthaltungen, die selektiv für die persönliche Selbst- und Sinnerfüllung zweckmäßig erscheinen (vgl. HINTZ 1998, 162). Bei Schülerinnen mit einem lebenslangen Pflegebedarf dürfen daher Informationen, Kompetenzen und Werthaltungen zur Pflege thematisiert nicht ausgeschlossen werden!

Um die allgemeinen Bildungs- und Erziehungsziele umzusetzen, hat Förderschule meines Erachtens daher den erweiterten Auftrag, die potentiell auf allen Ebenen der ICF (WHO 2001; DIMDI 2005) entstehenden Behinderungserfahrungen in die Planung der Bildungs- Erziehungs- und Unterrichtsangebote mit einzubeziehen und um behinderungsspezifische Inhalte zu erweitern.

1.5.2 Erziehung

Da alle schulischen pflegerischen Handlungen sich im erzieherischen Feld der Förderschule vollziehen, ist dieser Bereich ebenfalls dem allgemeinen Bildungs- und Erziehungsauftrag unterlegen. Gleich, welche Fachkraft oder Hilfskraft eine Schülerin in der Förderschule pflegt, sie wird sich der Erziehungskomponente ihres Tuns nicht entziehen können. Die Bereiche Pflege, Bildung, Erziehung und Unterricht können daher nicht getrennt voneinander betrachtet werden, sondern stehen jederzeit in Interdependenz. KRON (1971) drückt dies universell und treffend aus:

„Auf eine ursprüngliche Weise aber zeigt sich das Erzieherische dort, wo der ältere Mensch mit dem jüngeren gerade nicht unter dem Auftrag einer pädagogischen Intentionalität verkehrt, sondern wo er ihm von Mensch zu Mensch begegnet.“

(KRON 1971, 9)

Erziehung ist immer gekennzeichnet durch ein Erziehungsverhältnis zwischen Erzieher und Zögling, wobei in der Regel ein Gefälle vom Erzieher zum Zögling hin existiert.

DRINCK (2008) bezieht sich bei ihrer Definition von Erziehung zunächst auf Emil DURKHEIM (1858–1917), der die Erziehung als ‚socialisation methodique‘ (planmäßige Sozialisation) bezeichnete (DRINCK 2008, 73). Demnach ist die Erziehung die intendierte, kontrollierte und gelenkte Sozialisation, das Hineinwachsen in die Gesellschaft, durch Schaffung von idealisierten pädagogischen Vorstellungen und Maßstäben durch den Erzieher (vgl. ebd., 73). Aus anthropologischer Sicht sind die Ziele der Erziehung die Entwicklung einer individuellen Persönlichkeit, das Erlangen von Autonomie, Selbstbestimmung und Selbst-

ständigkeit durch die Auseinandersetzung mit den Normen, Werten und Haltungen einer Gesellschaft (ebd., 76).

SÜNDEL (2011) versucht, eine begriffliche Klärung eines allgemeingültigen Erziehungsbegriffs aus der Synthese spezieller Erziehungstheorien herzuleiten. Als Ergebnis definiert er Erziehung als die vermittelte Aneignung nichtgenetischer Tätigkeitsdispositionen, die in einer Gesellschaft und Kultur benötigt werden (ebd., 63). Die Vermittlung und Aneignung solcher Inhalte vollzieht sich jedoch nicht immer durch eine klare Intention der Vermittlung von Tätigkeitsdispositionen, sondern in den meisten Fällen funktional in unbeabsichtigter Erziehung durch den Erzieher, vor allem aber durch direkte Erfahrungen des Zöglings in Auseinandersetzung mit seiner Umwelt. Ein weiterer wesentlicher Aspekt der Erziehung ist nach SÜNDEL (2011) das Generationenverhältnis. Nur durch Erziehungsprozesse können historische Defizite auf der Grundlage gemachter Erfahrungen für die nächste Generation behoben werden. Das zentrale Begriffspaar in der Erziehung stellt für SÜNDEL (2011) daher die *Vermittlung und Aneignung* der menschlichen Lebenswelt dar. Sozialisationsprozesse reduzieren sich hingegen auf die Aneignung der menschlichen Lebenswelt (ebd., 77).

Im Rahmen der schulischen Erziehungsprozesse an der Förderschule FkmE muss folglich immer auch die Zukunftsperspektive mit einbezogen werden. Dazu ist ein Vorstellungsvermögen über die potentiellen Lebenswelten der Schülerinnen mit dauerhaftem Pflegebedarf unverzichtbar.

1.5.3 Unterricht

Erziehung und Unterricht sind bezogen auf die Schule untrennbar miteinander verbunden. Dieser Dyade trug bereits HERBART (1802) in seiner Theorie vom „erziehenden Unterricht“ Rechnung (vgl. FLÜGEL/ KEHRBACH 1964, 10). KECK (2001) beschreibt schulisches Unterrichten als eine Organisationsform didaktischer Lehr- und Lernprozesse, die immer im Rahmen von Erziehung stattfinden, da die zu vermittelnden Wissensbestände und Kenntnisse stets einer erzieherischen Grundhaltung bedürfen (vgl. KECK 2001, 1099f.).

GLÖCKEL (2003) stellt auf der Grundlage umfangreicher Literaturrecherchen fest, dass eine einheitliche Definition des Unterrichtsbegriffs aufgrund des Facettenreichtums keinen Bestand haben kann. Er schlägt daher vor, Unterricht durch seine differenzierten ‚Wesensmerkmale‘ zu beschreiben, um Anhaltspunkte für eine inhaltliche Füllung des Begriffs zu erhalten. (vgl. ebd., 322ff.). Unter Berücksichtigung der wesentlichen Merkmale ist Unterricht gekennzeichnet durch...

- die drei Elemente: Handlungen der Lehrerin, Handlungen der Schülerinnen und Medien zum Transport der Inhalte, die alle in einer spezifischen Struktur geordnet werden.
- einen institutionellen Rahmen.

- einen Lehr-Lern-Prozess der Auseinandersetzung mit dem thematischen Gegenstand sowie durch soziale Prozesse des sozialen Miteinanders zwischen Lehrerin und Schülerin sowie Schülerin und Schülerin.
- den Dialog im Prozess.
- den Zweck des Lernens und der Zielverfolgung.
- die Vermittlung bzw. den Erwerb von Kenntnissen, Kompetenzen, Einsichten, Einstellungen und Haltungen.
- planmäßiges Handeln in sequenzieller methodischer und didaktischer Abfolge.
- Regelung, Führung und einer flexiblen Steuerung der Lehrerin in Bezug auf die situativen Bedingungen.
- Störfaktoren, die Folge der Komplexität von Unterricht sind.
- das Gefälle des Wissens, Könnens, der Einsicht und Verantwortung der Lehrerin zum Wissen, Können, der Einsicht und Verantwortung der Schülerinnen hin. Es handelt sich daher um eine asymmetrische Kommunikation. Unterricht hat das Ziel, dieses Gefälle zu reduzieren.
- die Konstruktion eines gesellschaftsanalogen Schonraumes.
- den Eigenwert, den Unterricht besitzt, denn dieser ist zugleich Erziehung und Bewährung in der Gegenwart.

Allgemein bildet Unterricht in einem Schonraum (in dieser Arbeit die Institution Förderschule) ausgewählte Aspekte der real existierenden sozialen, dinglich-materiellen Umwelt (Bildungsinhalte) ab, indem durch den Unterricht diese Realität methodisch, didaktisch und zielgruppenorientiert aufbereitet wird, um die individuell selektiven Selbstbildungsprozesse der Schülerinnen zu initiieren. Damit hat Unterricht vornehmlich jene Funktionen, den Schülerinnen die hochkomplexe Gesellschaftsstruktur mit all ihren Facetten in reduzierter, entwicklungsangemessener und strukturierter Form darzustellen und ihre Persönlichkeitsentwicklung dahingehend zu lenken, dass sie als vollmündiges Gesellschaftsmitglied unter Beachtung der Normen und Werte in Autonomie leben können. (vgl. SEIBERT 2009, 75).

„Erziehender Unterricht“ ist im Idealfall so geplant, dass er bei den Schülerinnen individuelle Bildungsprozesse auslöst (vgl. ebd., 79).

1.5.4 (Sonderpädagogische) Förderung

Der Begriff „Förderung“ hat sich seit den 1970er Jahren zu einem der zentralen Begriffe in heilpädagogischen Handlungsfeldern entwickelt, besonders in der Sonderpädagogik. Dort ist er bereits mit der Deklaration der Schulformen als Förderschulen verbunden. Vorher tauchte der Begriff der Förderung – wenn überhaupt – eher marginal auf und verfügte über keine bildungs- und erziehungswissenschaftliche Herleitung (vgl. BIEWER 2010, 86). Der Begriff „Förderung“ kann mittlerweile als ein inflationärer gelten, der in sämtlichen Kontexten sonderpädagogischen Handelns als Kompositum verwendet wird. Einige Beispiele sind: Förderschwerpunkte, Förderbedarf, Förderplanung, Förderdiagnostik, Fördereinheit, Förderpflege, Fördermaßnahme, Förderunterricht etc. (vgl. VERNOOIJ, 2005, 35ff.).

„Förderung bedeutet Voranbringen und Befördern. Somit stellt Förderung einen Oberbegriff für alle Prozesse der Anregung, Begleitung, Übung, Unterstützung, Einwirkung, Behandlung / Therapie dar.“ (LEYENDECKER 2005, 182)

Als feste Begrifflichkeit neben Bildung, Erziehung und Unterricht hat ‚Förderung‘ Einzug ins Schulwesen erhalten und stellt insbesondere in der Sonderpädagogik, aber auch in der inklusiven Schule, *den zentralen Begriff* dar.

WACHTEL (2009) sieht die sonderpädagogische Förderung im Gesamtkontext von Schule als subsidiär, als Unterstützung zum allgemeinen Bildung- und Erziehungsauftrag von Schule, und zwar in Unabhängigkeit zur Schulform (WACHTEL 2009, 81).

Interessanterweise wird im englischsprachigen Raum für den Sachverhalt der Förderung der Begriff ‚Support‘ verwendet. Die sinngemäße, auf den Kontext der sonderpädagogischen Förderung bezogene Übersetzung des Begriffes ‚Support‘ ins Deutsche lautet wiederum ‚Unterstützung‘. Förderung im Sinne einer Unterstützung unterstreicht die Subjektbezogenheit des Menschen, indem Förderung eine Reaktion auf die Impulse des jeweiligen Menschen darstellt und sich nicht primär an normativen Grundmustern des jeweiligen Handlungssystems orientiert (in diesem Fall das Regelschulsystem). Daran angelehnt könnte sonderpädagogische Förderung verstanden werden als individuelle Erziehung und Unterrichtssequenz, die ein individuelles Ziel verfolgt. Die Zieldefinition von Förderung geht dabei über die allgemeinen Ziele von Unterricht wie Wissensgewinn, Kompetenzerweiterung und Wertorientierung hinaus bzw. ist diesen vorgelagert.

Förderung bedeutet in der Sonderpädagogik, eine Subjektzentrierung vorzunehmen, d. h. die einzelne Schülerin nicht als Objekt der didaktischen Methoden zu betrachten, sondern die spezifischen Bedürfnisse, Lernausgangslagen, subjektiven Befindlichkeiten und Eigenimpulse der einzelnen Schülerin wahrzunehmen, um diese exakt unterrichten und in der Erziehung dort ansetzen zu können, also zu fördern bzw. zu unterstützen (vgl. dazu auch THEUNISSEN 1997, 160).

Zusammenfassend betrachtet kann Förderung demzufolge als ein Addendum bzw. Komplement zum (Regel-)Unterricht betrachtet werden, das sich im (förder-)schulischen Kontext in der folgenden facettenreichen Spezifik ausdrückt:

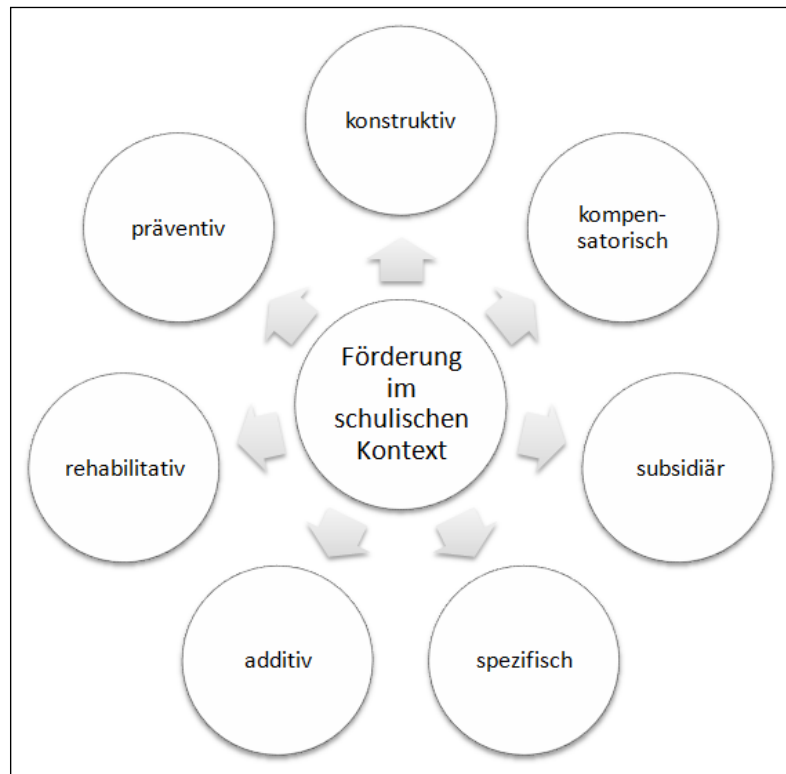


Abbildung 5: Spezifik sonderpädagogischer Förderung.
(Eigene Darstellung)

Sonderpädagogische Förderung dient also der Ergänzung eines allgemeinen Bildungsprozesses (additiv). Sonderpädagogische Förderung ist zunächst dem allgemeinen Bildungsprozess unterstellt (subsidiär), sie gleicht potentiell vorhandene Defizite aus (kompensatorisch), sie zielt auf eine Teilhabe an den allgemeinen Bildungsprozessen ab (rehabilitativ), sie verhindert Ausgrenzung aus dem allgemeinen Bildungsprozess (präventiv), sie unterstützt die individuelle Entwicklung sowie die Lernprozesse der jeweiligen Schülerin und sie geht auf die spezifischen Bedürfnislagen der Schülerinnen ein (spezifisch) und wird nicht wahllos gestaltet, sondern verfolgt zuvor festgelegte Ziele (konstruktiv).

Mit sonderpädagogischer Förderung werden folglich am ehesten jene begleitenden, unterstützenden und anregenden Tätigkeiten bezeichnet, die parallel zum allgemeinen Bildungs-, Erziehungs- und Unterrichtsgeschehen stattfinden und im Kontext von Schule immer auch eine erzieherische / unterrichtliche Komponente beinhalten. Die genannten Aspekte sonderpädagogischer Förderung werden in den Ausführungen zu Kapitel 4 erneut aufgegriffen.

1.5.5 Lernwelten als system-konstruktivistische Begrifflichkeit

Aus system-konstruktivistischer Sicht sprechen sich einige Autoren dafür aus, den Aneignungsprozess von Erfahrungen, Verhaltensweisen und Wissen aus Bildungs-, Erziehungs- und Unterrichtsarrangements als „Lernwelten“ zu bezeichnen (vgl. POOL-MAAG 2008, 143; VOß 2005a, 46; VOß 2005b; VOß 2006; KÖSEL 2002). Diese Lernwelten sind nicht als lineare, einseitig gerichtete Konstruktionen von Schülerinnen zu verstehen, sondern werden

sowohl von Lehrerinnen als Intendanten als auch von Schülerinnen als Perzipienten (Wahrnehmende) wechselseitig konstruiert. KÖSEL (2002) leitet den Begriff „Lernwelten“ aus seinen Überlegungen zu einer „subjektiven Didaktik“ ab. Demzufolge verlaufen die Lernprozesse von Schülerinnen vor dem Hintergrund der eigenen Konstruktionsprozesse stets subjektiv. Konkret würde dies bedeuten, dass Lehrerinnen – basierend auf ihrer Wahrnehmung der Lernausgangsvoraussetzungen ihrer Schülerinnen – Lernwelten konstruieren, von denen sie annehmen, dass die Schülerinnen diese wiederum vor dem Hintergrund ihrer subjektiven Perzeptions- und Verarbeitungsmöglichkeiten als ihre Lernwelten konstruieren, rekonstruieren, dekonstruieren oder strukturieren (vgl. dazu Abbildung 2). Das wiederum wirkt sich auf die Wahrnehmung der Lernausgangsvoraussetzungen durch die Lehrerinnen aus (vgl. dazu KÖSEL 2002, 230ff.).

Nach Auffassung des Verfassers eignet sich der Begriff „Lernwelten“ ebenfalls für die Konstruktion von Lernarrangements für Schülerinnen mit schwersten Behinderungen und schweren kognitiven Beeinträchtigungen, deren Lernwelten, auf der Annahme einer basalen Wahrnehmung, überwiegend erlebnis- und erfahrungsorientiert konstruiert werden und weniger auf kognitiven Lerninhalten basieren. Diese Auffassungen finden Bestätigung in den Ausführungen zu einer systemtheoretisch begründeten Studie zum „Lernen in heterogenen Lerngruppen“ von BERG (2010), der wiederum den Begriff der Lernwelten, so wie KÖSEL (2002) ihn in seiner „Subjektiven Didaktik“ beschreibt, als besonders geeignet ansieht, die Lernprozesse und Lernausgangsvoraussetzungen in einer heterogenen Lerngruppe zu erfassen bzw. zu beschreiben (vgl. BERG 2010, 24ff.). In Kapitel 3.2 findet der Begriff Lernwelten abermals Anwendung bei der differenzierten Eingrenzung des Personenkreises der Schülerinnen mit Pflegebedarfen an der Förderschule FkmE.

Bevor die bisherigen Ausführungen in Verbindung zur Personengruppe der Schülerinnen mit Pflegebedarf (Kapitel 3) sowie der schulischen Pflegegestaltung (Kapitel 4) gesetzt werden, erfolgt zunächst eine differenzierte Darstellung relevanter Grundlagen zur Pflege-thematik. Diese liefern einerseits grundlegende Informationen zur Fachdisziplin Pflege, als Nachbardisziplin der Heil- und Sonderpädagogik, und erscheinen andererseits vor dem Hintergrund der theoretischen Bezüge zu einer humanistischen und ganzheitlichen Sichtweise sowie einer system-konstruktivistischen Perspektive bedeutsam. Im Kern geht es um die Explikation der Kriterien einer fachlich korrekten, ganzheitlichen, lebensweltorientierten und biografiebezogenen Pflegegestaltung unter Einbezug von tabuisierten Aspekten in der Pflege.

2 Pflege – relevante Grundlagen

Pflege ist uns als Begriff im alltäglichen Leben hinlänglich bekannt und wird fast inflationär verwendet. Wir pflegen unsere Räumlichkeiten, unsere Kleidung, unsere Autos, unsere Gärten und Parks, unser Kulturgut, unsere Beziehungen zu Freunden, Partnern und Kindern, wir pflegen es, gut zu Essen etc. Es wird unschwer ersichtlich, dass es dabei um etwas ‚Gutes‘ geht, das gleichzeitig persönliches Engagement sowie den Einsatz der eigenen Fähigkeiten erfordert. Bei der Pflege all dieser o. g. Bereiche schwingt das Gefühl von Wertschätzung und Liebe zu etwas mit. Durch die Pflege der uns umgebenden sozialen und dinglich-materiellen Umwelt erhalten wir ihren Wert, „putzen“ ihn heraus. Es geht bei der alltäglichen Pflege im weitesten Sinne darum, einen Zustand von etwas aufrechtzuerhalten bzw. aufzuwerten. Doch wir pflegen nicht nur aktiv selbst, sondern erhalten auch Pflege. Alle Menschen sind auf Pflege angewiesen, ein Leben lang, nur Art und Umfang unterscheiden sich. Viele Pflegeleistungen, die Menschen in Anspruch nehmen, werden selbstverständlich an Fachkräfte delegiert (z. B. Haarschneiden durch einen Frisör, Fußpflege durch eine Fußpflegerin, Essenszubereitung durch einen Koch). Problematisch für einzelne Menschen wird es erst dann, wenn sie in existentiellen Bereichen der Pflege bedürfen, die in der Allgemeinheit der Selbstpflege zugesprochen werden (z. B. Intimpflege, Nahrungsaufnahme, Zähneputzen, Duschen). Hierbei handelt es sich um Pflegeleistungen, die dann zur Aufrechterhaltung der eigenen Existenz unweigerlich von anderen Menschen übernommen werden müssen. Verbunden damit ist die gesellschaftliche Zuschreibung als pflegebedürftige Person (vgl. KLAUB 2003, 44f.).

Im Folgenden werden die Aspekte von Pflege dargestellt, die vor dem Hintergrund einer professionellen Gestaltung schulischer Pflege an der Förderschule FkmE als relevant und unverzichtbar erscheinen. Daher wird, wann immer es möglich ist, ein Bezug zum Kindes- sowie Jugendalter, und wenn es geboten erscheint, zum Kontext der Förderschule FkmE hergestellt. Ausgehend von einem humanistischen Menschenbild in der Pflege, das Gegenstand des Kapitels 2.1 ist, erfolgt in Kapitel 2.2 eine grundlegende inhaltliche Klärung von Pflege. Anschließend daran wird der Pflegebegriff durch die Darstellungen der Dimensionen von Pflege (Kapitel 2.2.1) sowie der Gestaltungsformen von Pflege (Kapitel 2.2.2) präzisiert, um zu veranschaulichen, welche Reichweite und vor allem Potentiale der Bereich der Pflege, gerade auch an der Förderschule FkmE, besitzt. Basierend auf dem handlungsleitenden humanistischen Menschenbild der Pflege werden in Kapitel 2.3 die Aspekte einer humanistischen und ganzheitlichen Pflegegestaltung herausgearbeitet, deren Relevanz sich zugleich aus den einleitenden Darstellungen zum Menschenbild in Kapitel 1.1 ableitet. Daraus resultierend werden in Kapitel 2.4 die Bestandteile des Modells der „fördernden Prozesspflege“ als ein humanistisch ganzheitliches Pflegemodell dargestellt, da dieses Modell

auch Berührungspunkte mit der Umsetzung der schulischen Pflege an der Förderschule FkmE aufweist.

Abschließend wird das Kapitel 2.5 ergänzend ausgewählten Tabubereichen der Pflege gewidmet, die nach Auffassung des Verfassers für die schulische Pflegegestaltung ebenfalls eine Relevanz besitzen. Auf eine umfängliche Darstellung historischer Bezüge soll allerdings zugunsten einer differenzierten Darstellung aktueller Diskurse verzichtet werden. Zur Vertiefung der historischen Bezüge von Pflege sei daher u. a. verwiesen auf RENNEN-ALLHOFF/SCHAEFFER (2000); BRAUNSCHWEIG (2006); MÖLLER/HESSELBARTH (1998).

2.1 Prägendes und handlungsleitendes Menschenbild in der Pflege

In der professionellen zwischenmenschlichen pflegerischen Arbeit bestimmt das zugrundeliegende Menschenbild „[...] maßgeblich die Ausrichtung sowohl innerhalb der Pflegewissenschaft als auch in der Pflegepraxis.“ (LAUBER 2001, 10)

Die heutige Pflegepraxis ist maßgeblich geleitet von einem humanistischen bzw. holistischen Menschenbild und deckt sich in den Grundannahmen mit den Ausführungen zu einem humanistischen Menschenbild in Kapitel 1.1, das dieser Arbeit zugrunde liegt.

Die Einheit von drei unterschiedlichen Lebensbezügen, dem Körper, dem Geist und der Seele, steht im holistischen und humanistischen Menschenbild der Pflege im Vordergrund. Diese Sichtweise des Menschen hat sich seit den 1980er Jahren in der Pflege etabliert. So wurden Pflegemaßnahmen sowie das gesamte Berufsbild stark an diesem Menschenbild ausgerichtet. Auf Grundlage der ganzheitlichen Sichtweise des Menschen wurden 1987 die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) von JUCHLI formuliert, wobei sie sich an den Grundbedürfnissen nach MASLOW und HENDERSON orientierte. Krankheit, Behinderung und benötigte Pflege betreffen nach der ganzheitlichen Sichtweise nicht mehr nur den Körper, sondern stets alle drei Dimensionen des menschlichen Daseins: den Körper, die Seele und den Geist. Durch diese Erkenntnis ist nicht länger ein Organ bei einer Krankheit oder Behinderung betroffen, sondern der gesamte Mensch, in all seinen Bereichen. Bereits der griechische Arzt HIPPOKRATES formulierte 460–377 v. Chr.:

„Krankheit ist nicht lokal begrenzt, es ist immer der ganze Mensch krank. Daher muss auch nicht die Krankheit (lokal), sondern der ganze Mensch behandelt werden.“
(Hippokrates; zit. nach SCHAEFFLER et al. 2002)

Diese Forderung lässt sich nicht nur für von Krankheit betroffene Menschen aufstellen, sondern muss zugleich auch uneingeschränkt für Menschen mit einer Behinderung und Pflegebedarf gelten.

Als Beispiel für diese ganzheitliche Sichtweise von Krankheit kann z. B. Kopfschmerz gesehen werden, der nicht nur den eigentlichen Schmerz im Kopf betrifft, sondern ebenfalls das gesamte Wohlbefinden sowie die Kommunikation des Betroffenen und auch das gesamte Handeln verändern oder einschränken kann. So wird sich vielleicht ein Mensch mit

starken Kopfschmerzen nicht in anregende Gespräche vertiefen, sondern die Stille aufsuchen. Seit jüngster Zeit beschäftigt sich die Fachdisziplin der Psychosomatik mit dem Zusammenspiel von Körper und Psyche, wodurch Erkrankungen ohne ersichtliche körperliche oder organische Schädigungen erklärt werden sollen (vgl. MESTEL/OPPL 2008, 135).

Eine ganzheitliche Pflegegestaltung bedeutet, den gesamten Menschen, der pflegebedürftig ist, d. h. seinen Körper, seine Psyche und sein soziales Umfeld in die Pflege mit einzubeziehen (vgl. SCHAEFFLER et al. 2002). Diese Sichtweise eines humanistischen Menschenbildes in der Pflege liegt den folgenden Ausführungen zur Pflegeethematik zugrunde.

2.2 Pflegebegriff

Was eine Person, die pflegebedürftig ist, von einer Pflege erwarten kann, hängt nicht zuletzt davon ab, welche Aufgaben / Ziele, Funktionen und Bereiche der Pflege zugesprochen werden. Es scheint daher hilfreich, sich über eben diese grundlegenden Aufgaben / Ziele, Funktionen und Bereiche einer begrifflichen Bestimmung der Pflege zu nähern.

Im Folgenden wird der Versuch unternommen, einen Begriff von Pflege anhand der genannten drei Aspekte zu generieren.

Der Deutsche Bundesverband für Pflegeberufe (DBfK) geht bei den Formulierungen der inhaltlichen Begriffsbestimmung von Pflege von konkreten Aufgaben bzw. Zielen aus. Im Einzelnen nennt der DBfK folgende Aufgaben, die der Pflege zugerechnet werden:

- „Die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Bedürfnisse, Möglichkeiten und Probleme der anvertrauten Menschen zu erkennen und zu beurteilen
- Unter Einbeziehung dieses Wissens individuelle und ganzheitliche Pflege zu planen und durchzuführen, zu dokumentieren und auszuwerten
- Bei der Eingliederung und Wiedereingliederung in den Lebensraum des Kranken und Behinderten mitzuwirken
- Gesunde und Kranke zu motivieren und anzuleiten, ihre Gesundheit zu erhalten oder wiederzuerlangen
- Menschen aller Altersstufen in ihrer letzten Lebensphase individuell zu begleiten und dem Einzelnen ein würdiges Sterben zu ermöglichen
- Zum Wohle des Kranken und Hilfebedürftigen mit ihm, seinen Angehörigen und anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen zusammenzuarbeiten
- Alle an der Behandlung und Betreuung des Kranken und Hilfebedürftigen Beteiligten im Rahmen des eigenen Aufgaben- und Kompetenzbereichs zu unterstützen
- Dem Pflege- und Hilfsbedürftigen nach dem Grad seiner Pflegebedürftigkeit das entsprechend qualifizierte Pflegepersonal zuzuweisen [...]"

(DBfK; zit. nach LAUBER 2001, 7)

Zusammengefasst dienen die Aufgaben der Pflege – folgt man zusätzlich den Ausführungen von WETTRECK (2001, 48ff.) und LAY (2004, 130f.) – dem Ausgleich von Autonomie-

defiziten sowie der Unterstützung bei einer selbstbestimmten Lebensführung, mit dem Ziel der größtmöglichen Selbstständigkeit und dem Wohlbefinden des pflegebedürftigen Menschen (vgl. LAY 2004, 130f.).

Die aufgeführten Aufgaben umfassen alle mittelbaren und unmittelbaren Aufgaben der Pflege und beschreiben dadurch ebenfalls sehr differenzierte Funktionen der Pflege. JUCHLI (1997) fasst die Funktionen der Pflege deutlich allgemeiner und weitreichender zusammen. Sie ordnet der Pflege fünf allgemeine Funktionen zu, von denen die ersten vier Funktionen eine Relevanz für die Klärung des Pflegebegriffs besitzen:

- „Funktion 1: Aktivitäten des täglichen Lebens unterstützen oder stellvertretend übernehmen.
- Funktion 2: Begleiten in Krisensituationen und während des Sterbens.
- Funktion 3: Mitwirken bei präventiven, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.
- Funktion 4: Mitwirken an Aktionen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit; sich beteiligen an Eingliederungs- und Wiedereingliederungsprogrammen [...]“.

(JUCHLI 1997, 55f.)

Pflege stellt somit einerseits einen individuellen Bereich der existentiellen Bedürfnisbefriedigung dar und unterliegt andererseits einem gesamt-solidarischen Interesse der Gesunderhaltung, Genesung, Wiedereingliederung sowie der Krisenbegleitung von Menschen. Pflege ist nicht etwas, das zusätzlich zum menschlichen Dasein benötigt wird, sondern das menschliche Dasein hängt existentiell von Pflege ab. Diesem Grundsatz tragen bedürfnisorientierte und humanistische Pflegemodelle Rechnung. In ihrem Kern beziehen sich solche Pflegemodelle auf die von Abraham MASLOW formulierten Grundbedürfnisse des Menschen (vgl. Kapitel 2.3.1). HENDERSON und ROPER (in: STEPPE 1990, 585) beschreiben in ihrer Pflegetheorie 14 Grundbedürfnisse des Menschen, die gleichzeitig die Bereiche kennzeichnen, in denen Pflege tätig werden kann. Im deutschsprachigen Raum wurde das Modell der Grundbedürfnisse erstmals von JUCHLI in das Modell der 12 Aktivitäten des Täglichen Lebens (ATL) überführt. Diese 12 ATL kennzeichnen die konkreten Handlungsbereiche einer bedürfnisorientierten und ganzheitlichen Pflege und bilden bis heute die Grundlage der Pflegeprozessplanung (vgl. BRÖG-KURZEMANN/SIEBER/WEH 2000). Im Einzelnen sind dies folgende 12 Aktivitäten des täglichen Lebens:

1. Wach sein und schlafen
2. Sich bewegen
3. Sich waschen und kleiden
4. Essen und trinken
5. Ausscheiden
6. Körpertemperatur regulieren

7. Atmen
8. Sich sicher fühlen und verhalten
9. Raum und Zeit gestalten – arbeiten und spielen
10. Kommunizieren
11. Kind, Frau, Mann sein
12. Sinn finden im Werden, Sein und Vergehen

Durch ein ganzheitliches Pflegeverständnis beansprucht die Pflegewissenschaft somit Bedürfnisbereiche des menschlichen Lebens, die z. T. auch anderen Fachdisziplinen zugesprochen werden können, beispielsweise der Pädagogik. In Kapitel 3.3 werden anhand der Bedürfnisbereiche, die zugleich mögliche Pflegebereiche kennzeichnen, die potentiellen Pflegebedarfe bzw. -bedürfnisse von Schülerinnen mit körperlichen Beeinträchtigungen dargestellt, angelehnt an das Pflegestrukturmodell der Aktivitäten, Beziehungen und existentiellen Erfahrungen des Lebens (ABEDL) (vgl. Kapitel 2.4.1).

Pflege kann aufgrund der bisherigen Ausführungen zunächst als gesamtgesellschaftliche Aufgabe sowie als Aufgabe des Einzelnen gelten, die auf die Befriedigung elementarer Grundbedürfnisse des einzelnen Menschen in allen Lebensphasen abzielt und dadurch der Gesunderhaltung, Genesung, Wiedererlangung von Fähigkeiten und dem subjektiven Wohlbefinden dient.

Diese vorläufige Begriffsbestimmung genügt alleine betrachtet nicht, um der Gesamtkomplexität von Pflege gerecht zu werden. Es ist daher geboten, die Dimensionen sowie die Handlungsformen und damit die Reichweite von Pflege ebenso zu konkretisieren, um dadurch der Frage nachzugehen, warum der jeweilige Mensch pflegerische Unterstützung benötigt und in welchen Lebenszusammenhängen.

Für die weiteren Ausführungen ist es im Zusammenhang der Befriedigung von Grundbedürfnissen notwendig, zusätzlich eine begriffliche Klärung der Unterscheidung zwischen Pflegebedarf und Pflegbedürftigkeit vorzunehmen. Dazu folgt an dieser Stelle ein knapper Exkurs, bevor im weiteren Verlauf des Kapitels die Dimensionen und Handlungsformen der Pflege aufgeführt werden.

Exkurs: Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf

Pflegebedürftigkeit als Begriff lässt sich nach WINGENFELD (2000) als eine deskriptive Kategorie beschreiben, die besagt, dass ein Individuum aufgrund sehr individueller Gründe (Krankheit, Behinderung, Verletzung) auf pflegerische Hilfen angewiesen ist. Pflegebedürftigkeit spricht weiter nur einen Ausschnitt der gesamten Hilfebedarfe an, die ein Mensch hat (vgl. ebd., 339). Außerdem schreibt WINGENFELD (2000), dass die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit dem subjektiven Einschätzen des Betroffenen und seiner individuellen Probleme der Selbstpflege entstammt und somit Pflegebedürftigkeit zu einer subjektiven Kategorie des betroffenen Menschen wird (vgl. ebd., 341).

Pflegebedarf hingegen beschreibt laut WINGEFELDS (2000) Auffassung die objektive Kategorie des pflegerischen Hilfebedarfs einer Person. Demnach ist der Pflegebedarf das Ergebnis des Prozesses einer objektiven Bewertung der nötigen Hilfeleistungen im Bereich der Pflege, an dessen Ende eine Beurteilung steht, die unter anderem auf sozialrechtlichen, kulturellen oder anderweitig festgesetzten Normen (z. B. Schulkonzept der Förderschule) beruht. In der Regel sind es die für eine soziale Teilhabe als erforderlich angesehenen Handlungen, Maßnahmen und Leistungen (vgl. ebd., 341). Über den Pflegebedürftigkeitsbegriff, so wie ihn WINGENFELD (2000) formuliert, besteht innerhalb der Pflegewissenschaften bereits weitgehend Konsens. (vgl. WILCKEN 2011, 203). Der Pflegebedürftigkeitsbegriff nach WINGENFELD (2000) hat sich als sozialpolitischer Pflegebedürftigkeitsbegriff etabliert und soll für die Definition der Gesetzgebung im SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) übernommen werden. Die im Jahr 2006 begonnene Reform über die Neudefinition der Pflegebedürftigkeit soll voraussichtlich im Jahr 2012 in Kraft treten. Gleichzeitig soll die neue begriffliche Grundlage als Assessmentinstrument zur Beurteilung des objektiven Pflegebedarfs unter Berücksichtigung der subjektiven Pflegebedürftigkeit dienen (vgl. WINGENFELD et al. 2007).

Ein simples, aber dennoch nachdenklich stimmendes Beispiel dazu wäre, dass eine Person innerhalb der Pflege einen Zopf in einer speziellen Form geflochten haben möchte. Dies entspricht den individuellen pflegerischen Bedürfnissen der Person, nicht aber dem objektiv ermittelten Pflegebedarf für den Bereich Haarpflege. Anhand dieses Beispiels lässt sich eine Kontroverse erkennen, die sich generell auf die Pflegegestaltung bezieht, insbesondere bei Menschen mit eingeschränkten kommunikativen Möglichkeiten.

In den weiteren Ausführungen wird je nach objektiven oder subjektiven Zusammenhängen sowohl von Menschen bzw. Schülerinnen mit Pflegebedarf als auch von pflegebedürftigen Menschen oder Schülerinnen gesprochen.

2.2.1 Dimensionen von Pflege

Pflege ist nicht gleich Pflege. In den Gesundheitswissenschaften, in der Medizin, in der Rehabilitation und der Heilpädagogik stellt Pflege einen weit gefassten Begriff dar, der sich ganz unterschiedlichen Dimension zuordnen lässt. Pflege richtet sich dabei stark nach den Bedürfnissen und den Situationen, in denen sich Menschen mit Pflegebedarf befinden. Die unterschiedlichen Dimensionen der Pflege, wie sie im Folgenden dargestellt werden, dürfen jedoch nicht trennscharf voneinander betrachtet werden. Der Pflegebedarf eines Menschen kann in einer oder in mehreren Dimensionen bestehen. Zudem überschneiden und ergänzen sich Pflegehandlungen in den Dimensionen der Pflege und erstrecken sich in die benachbarten Disziplinen der therapeutischen Versorgung.

2.2.1.1 Grundpflege

Die Grundpflege umfasst nach dem SGB XI jene regelmäßigen und wiederkehrenden Verrichtungen, die ein Mensch in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Tätigkeiten ausführen muss, um sein Leben aufrechtzuerhalten. Bedürfnisorientierte Pflegemodelle benennen jene Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des täglichen Lebens, die ein Mensch bewältigen muss, um sein Leben in der Gesellschaft aufrechtzuerhalten. Es sind existentielle Grundbedürfnisse, die durch die Grundpflege abgedeckt werden und sind jedem Menschen gleich. Bei einem Pflegebedarf im Bereich Grundpflege werden entweder die Selbstpflegekompetenzen des pflegebedürftigen Menschen unterstützt oder stellvertretend ausgeführt (vgl. dazu BRÖG-KURZEMANN et al. 2000). In der Praxis bezieht sich die Grundpflege ganz allgemein auf die Körperpflege, Ernährung und Mobilität (Lagerung, Rollstuhltransfer, An- und Auskleiden).

2.2.1.2 Behandlungspflege

Die Behandlungspflege steht an der Schnittstelle zwischen Grundpflege und Krankenpflege. Im Rahmen der Behandlungspflege werden Leistungen beschrieben, die sich nicht der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität, hauswirtschaftliche Verrichtungen) zuschreiben lassen. Der Behandlungspflege bedürfen Menschen andererseits unabhängig von akuten Krankheitszuständen. Es sind jene Pflegehandlungen, die die Grundpflege ergänzen und den Eintritt eines akuten Krankheitszustands verhindern, wie beispielsweise das Absaugen von Bronchialsekret, Spritzengabe, Monitoring von Herz- und Atemfrequenz, Katheterisieren, Fußpflege bei Diabetes etc. (vgl. dazu MÜNCH/PETERS 2004; WEISS 2008).

2.2.1.3 Krankenpflege / Genesungspflege

Die Krankenpflege setzt dort an, wo akute Pflegeanlässe durch eine Erkrankung oder durch Unfälle bestehen. Dabei kennzeichnet die Krankenpflege, dass sie in erster Linie die Genesung des Menschen fokussiert und zur Erreichung dieser beiträgt. Eine enge Abgrenzung zur Grund- und Behandlungspflege ist nicht möglich, da sich die Pflegehandlungen überschneiden bzw. übereinstimmen. Der Begriff Krankenpflege bezeichnet innerhalb der Pflegewissenschaft vor allem die Pflege in Krankenhäusern bei akuten Erkrankungen. Häufiger verwendet werden in Abgrenzung zueinander die Begriffe Akutpflege und Intensivpflege. Letztere bezeichnet die pflegerische Versorgung bei lebensbedrohlichen Krankheitsverläufen und beinhaltet u. a. lebenserhaltende pflegerische Maßnahmen. Die Akutpflege hingegen bezeichnet jene Pflegehandlungen, die bei akuten Krankheitsverläufen erforderlich sind, um einerseits die Genesung voranzubringen und andererseits die Versorgung der Aktivitäten des täglichen Lebens sicherzustellen (vgl. HUNDENBORN 2000; FIESACHER 2000).

2.2.1.4 Präventive Gesundheitspflege

Die Gesundheitspflege hat in engem Zusammenhang mit der Grundpflege in den letzten 15 Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Die präventive Gesundheitspflege soll insbesondere Erkrankungen und damit verbundene Pflegebedürftigkeit verhindern, bevor sich diese bereits manifestieren. Sie ist daher anders als die rehabilitative Pflege der primären Prävention zuzuordnen. In den Pflege- und Sozialwissenschaften ist die Präventive Gesundheitspflege vor allem als Public Health Nursing (PHN) bekannt. Der Aufgabenbereich der Präventiven Gesundheitspflege umfasst nach KELLER et al. (2004a, 2004b) drei Ebenen:

- Die individuelle Ebene
- Die Gemeinde-, Gesellschaftsebene
- Die Systemebene

Präventive Angebote⁴ auf der individuellen Ebene zielen in erster Linie darauf ab, gesundheitsgefährdende Faktoren durch Veränderung von Gewohnheiten der Person zu verringern, durch unterstützende pflegerische Maßnahmen den Gesundheitszustand zu erhalten oder durch geeignete Maßnahmen den Eintritt einer Erkrankung hinauszuzögern.

Als Beispiele sind hier zu nennen: Die Verordnung von Krafttraining / manueller Therapie gegen Rückenschmerzen, das Auftragen von Sonnenschutzcreme, Hyposensibilisierung gegen Allergene zur Vermeidung chronischen Asthmas. Auch freiwillige Impfungen zählen zu solchen Maßnahmen.

Präventive Angebote auf Gemeinde- und Gesellschaftsebene zielen auf die Gesunderhaltung einer größeren Gruppe von Menschen ab, etwa Stadtteilbezogene Angebote wie Selbsthilfegruppen, Interessensgruppen, Aufklärungskampagnen, niedrighschwellige Angebote wie ‚Suppenküchen‘, aber auch Grünanlagen mit Fitnessgeräten.

Auf der Systemebene sollen durch die präventive Gesundheitspflege vor allem Epidemien und Volkskrankheiten verhindert werden, beispielsweise durch Impfkampagnen, Luftreinhaltegesetz, Nichtraucherschutzgesetz etc. Vor allem unterliegt aber die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen staatlichen Programmen, so etwa die Gabe von Vitamin-K an alle Neugeborenen zur Vermeidung von Hirn- und Darmblutungen, die U-Untersuchungen, Impfpflichten, Aufklärungskampagnen, Alkohol- und Nikotinverbot im Jugendschutzgesetz etc. (vgl. dazu HASSELER/MEYER 2006; HURRELMANN 2000).

⁴ An dieser Stelle ist bewusst von Angebot die Rede, da präventive pflegerische Handlungen auf der individuellen und gesellschaftlichen Ebene in der Regel auf freiwilliger Basis beruhen und nicht zwingend nötig sind.

2.2.1.5 Rehabilitative Pflege

Bei der rehabilitativen Pflege ist in erster Linie die Wiedererlangung verloren gegangener Fähigkeiten vordergründig, wie CORBIN (1996) es ausdrückt der „Process of Coming Back“ (vgl. ebd., 175). Die rehabilitative Pflege ist vorrangig der tertiären (in Teilen der sekundären) Prävention zuzuordnen. Dabei kann nach einer akuten Erkrankung einerseits die vollständige Wiedererlangung von Fähigkeiten angestrebt werden, wie beispielsweise nach einer Beinfraktur das Wiedererlernen des ursprünglichen Gangbildes. Andererseits kann im Falle des Eintritts von chronischen Erkrankungen oder bleibenden Krankheitsfolgen nach akuter Erkrankung der positive Umgang mit den veränderten Lebensbedingungen angestrebt werden, beispielsweise müssen nach einem Apoplex (Schlaganfall) mit einseitiger Hemiplegie die Verrichtungen des täglichen Lebens unter den erschwerten Bedingungen der Hemiplegie erlernt werden (vgl. HOTZE/WINTER 2000, 555). Ganz allgemein dient die rehabilitative Pflege der Wiedereingliederung von Menschen in Beruf und Gesellschaft, nicht allein durch Maßnahmen auf der Ebene der Person selbst, sondern auch durch die Adaption der umgebenden Umwelt (vgl. ebd., 556). Dabei steht bei der rehabilitativen Pflege die Ganzheitlichkeit des Menschen mit all seinen Lebensbezügen im Vordergrund, die bei der Planung und Durchführung der Pflege stets einzubeziehen sind. Im Zusammenhang mit rehabilitativer Pflege wird neuerdings auf die Bezeichnung Pflege verzichtet und lediglich der Begriff Rehabilitation verwendet, um der Interdisziplinarität der Aufgabengebiete Rechnung zu tragen. So stellt die Pflege dabei nur eine Fachdisziplin neben verschiedenen therapeutischen, pädagogischen, medizinischen Fachrichtungen dar (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2005, 25).

2.2.1.6 Aktivierende Pflege

Die aktivierende Pflege dient, anders als die rehabilitative Pflege, nicht vorrangig der Wiedererlangung von verloren gegangenen Fähigkeiten, sondern versucht auch bei dauerhaft eingetretenerm Pflegebedarf, die verbliebenen Selbstpflegekompetenzen in das Pflegesetting einzubeziehen. Die aktivierende Pflege kann im weiten Sinne als eine fördernde Pflege bezeichnet werden. Bei der aktivierenden Pflege kann der Grundsatz gelten: „So viel Pflege wie nötig, so wenig wie möglich.“ Dieser Grundsatz muss jedoch für den Bereich der Pflege von Menschen mit dauerhaftem Pflegebedarf eingeschränkt werden. Dieser Grundsatz gilt für die Aktivierung des pflegebedürftigen Menschen im Bereich seiner alltäglichen Lebensaktivitäten (Grundpflege), nicht jedoch für eine erweiterte Pflege, beispielsweise wahrnehmungsfördernde Pflege.

Die aktivierende Pflege setzt dort an, wo ‚Defizite‘ in den verbliebenen Selbstpflegeerfordernissen drohen oder manifest erscheinen, sie hat zum Hauptziel, die Unabhängigkeit und Selbstständigkeit des pflegebedürftigen Menschen zu fördern und zur Mitwirkung bei der eigenen Pflege aufzufordern (vgl. BRIESKORN-ZINKE 2006, 194; THEUNISSEN 2005, 112).

Dabei sind die Formen der Anleitung und Beobachtung von Pflegehandlungen (nach §14 Abs. 3 SGB XI) der aktivierenden Pflege zuzuordnen.

Die aktivierende Pflege soll in alle körpernahen Pflegemaßnahmen einbezogen werden, jedoch auch in Bereiche wie der hauswirtschaftlichen Versorgung und der Organisation des Tagesablaufs (vgl. MARBURGER 2008, 46). Für die Umsetzung der aktivierenden Pflege sind folgende Prämissen zu beachten:

- Motivation zur Selbstpflege
- Unbedingte Beachtung der Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen
- Kommunizieren der einzelnen Pflegehandlungen
- Information des Pflegebedürftigen über Art, Dauer, Grund und Wirkung der Pflegemaßnahmen
- Ressourcen des Pflegebedürftigen müssen Beachtung finden
- Der Grundsatz: „so viel Hilfe wie nötig, so wenig wie möglich“
- Das Tempo wird durch den Pflegebedürftigen bestimmt

(vgl. HENKE/HORSTMANN 2008, 16)

Nach dem SGB XI soll die aktivierende Pflege immer prioritär ausgeführt werden, zur Wiedererlangung verloren gegangener Selbstpflegefähigkeiten und zur Vermeidung weiterer Pflegebedarfe. Dabei ist es nach dem MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) auch zulässig, dass die Dauer der jeweiligen Pflegehandlungen den Zeitkorridor einer vollständig stellvertretenden Pflege übersteigt (vgl. GÄRTNER et al. 2009, 68). Ziel ist dabei ferner die Rücknahme einer Pflegestufe bei Verbesserung der physisch-psychischen Gesamtsituation. Als Rehabilitationsparadox bezeichnen VON KARDORFF und MESCHNIG (2009) allerdings, dass der Begriff ‚Rehabilitation‘ innerhalb des SGB XI (Pflegeversicherung) gar nicht erst verwendet wird und weder Pflegeträger noch Gepflegte nach ökonomischen Gesichtspunkten Interesse an einer, aufgrund erfolgreicher Teilrehabilitation, zurückgenommenen Pflegestufe haben (vgl. ebd., 286).

2.2.1.7 Förderpflege

Gerade im Zusammenhang von Pflege und ‚Behinderung‘ wird häufig der Begriff Förderpflege genannt. TROGISCH und TROGISCH (1991; 2004) formulierten Förderpflege als Konzept der erweiterten Pflege, die pädagogische, therapeutische und psychologische Anteile enthält und die Grundpflege um diese bereichert. Ziele der Förderpflege sind u. a. die Aktivierung bzw. Anregung des Menschen mit Pflegebedarf in den Bereichen Wahrnehmung, Kommunikation, Motorik, Emotion, Sozialerfahrung sowie die Förderung der größtmöglichen Selbstständigkeit unter der Prämisse der Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen. Die Dimension der Förderpflege wird weiter unten in Kapitel 4.4 aufgegriffen.

2.2.2 Gestaltungsformen von Pflege

Wie eingangs in diesem Kapitel erwähnt, sind alle Menschen auf Pflege angewiesen. Der Bedarf und damit der Anteil pflegerischer Hilfeleistung richten sich jedoch nach den individuellen Lebenslagen. Im SGB XI sind die folgenden Formen der pflegerischen Hilfeleistungen für die Bereiche Körperpflege, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung aufgeführt, die die Einbeziehung einer pflegerisch tätigen Person erfordern:

- Unterstützung
 - Teilweise Übernahme
 - Vollständige Übernahme
 - Anleitung
 - Beaufsichtigung
- } Zuordnung zur aktivierenden Pflege

(vgl. GÄRTNER et al. 2009, 67; §14 Abs. 3 SGB XI)

Mit diesen Bereichen sind jene Gestaltungsformen der Pflege gekennzeichnet, bei denen mindestens eine weitere Person an der Pflege beteiligt ist. Ausgangspunkt der weiteren Ausführungen zu den Gestaltungsformen der Pflege soll an dieser Stelle jedoch die Selbstpflege sein, auf die jeder Mensch grundsätzlich angewiesen ist und zunächst überwiegend selbst ausführt.

2.2.2.1 Selbstpflege

OREM (1994) spricht im Zusammenhang der Selbstpflege von Selbstpfleegerfordernissen des Menschen, die er in unterschiedlichen Lebenslagen und Lebenssituationen bewerkstelligen muss, um sein Wohlbefinden und seine Existenz aufrechtzuerhalten und zu sichern (vgl. ebd., 1994; 1997; 2001). OREM unterscheidet weiterhin in universelle Selbstpfleegerfordernisse, die jeder Mensch in jeder Lebensphase erfüllen muss, weiter in entwicklungsbedingte Selbstpfleegerfordernisse in den jeweiligen Lebensabschnitten und entwicklungsbedingte Vorbeugung vor schädigenden Einflüssen sowie in gesundheitsbedingte Selbstpfleegerfordernisse, die ein Mensch bei Veränderungen seines Gesundheitszustands oder seiner Lebensbezüge erfüllen muss. Die folgende Tabelle zeigt diese Unterscheidung systematisch:

Universelle Selbstpfleegerfordernisse	Entwicklungsbedingte Selbstpfleegerfordernisse		Gesundheitsbedingte Selbstpfleegerfordernisse bei
	<i>In den jeweiligen Lebensabschnitten</i>	<i>Zur Vorbeugung und Überwindung entwicklungs-schädigender Einflüsse</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Atmung • Flüssigkeitsaufnahme • Nahrungsaufnahme • Ausscheidung • Gleichgewicht von 	<ul style="list-style-type: none"> • Des Ungeborenen • Des Neugeborenen • Des Kleinkindes • Des Kindes • Des Jugendlichen 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Erziehung und Bildung • Beeinträchtigung der sozialen Anpassung • Verlust von Freun- 	<ul style="list-style-type: none"> • Krankheit • Verletzung • Behinderung • Diagnostischen oder therapeuti-

<p>Ruhe und Aktivität</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorbeugung von Gefahren • Gleichgewicht zwischen Einsamkeit und sozialer Interaktion • Aktivität und Entwicklung innerhalb der sozialen Gruppen und Bedürfnis nach Normalität 	<ul style="list-style-type: none"> • Des Erwachsenen • Der Schwangeren 	<p>den, Verwandten, Bekannten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verlust von beruflicher Sicherheit und Besitz • Abrupte Veränderung des Wohnsitzes in unbekannte Umgebung • Schlechte Gesundheit oder Invalidität • Bedrückende oder unterdrückende Lebensbedingungen • Terminale Krankheit oder bevorstehender Tod 	<p>schen Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veränderung der Struktur und der Funktion • Veränderung im Verhalten oder den Gewohnheiten des Lebens
---	--	---	---

Tabelle 4: Selbstpfleegerfordernisse.
(Aus: OREM 2009, 438)

Bis auf wenige Ausnahmen, etwa bei der Atmung und Ausscheidung, müssen jene o. g. Selbstpflegekompetenzen vom Menschen erlernt werden sowie stets an die sich verändernden Lebensbedingungen adaptiert werden (vgl. FRIESACHER 2000; 2008, 57ff).

Menschen benötigen in unterschiedlichen Lebensphasen mehr oder weniger Unterstützung bzw. Stellvertretung bei der Gestaltung und Durchführung ihrer Selbstpflege. Dabei ist je nach Bedarf ein unterschiedliches Maß an externer Hilfe / Assistenz nötig.

OREM (1997) sieht die Inanspruchnahme von pflegerischer Assistenz dann als gegeben an, wenn das Selbstpflege-Handlungsvermögen nicht ausreicht, um den Selbstpflegebedarf alleine zu decken. Sie spricht in diesem Fall von Selbstpflegedefiziten. Um diese Selbstpflegedefizite auszugleichen, sind Menschen auf die Pflegehandlungskompetenzen (Nursing Agency) von Assistenzpersonen (Laienpflegekräfte oder professionelle Fachpflegekräfte) angewiesen, die mit ihnen in enger Kooperation und auf vertrauensvoller Basis interagieren (vgl. DENNIS 2001; KÄPPELI 2005). Dabei lassen sich die folgend aufgeführten Pflegehandlungssysteme unterscheiden, wobei die Gestaltungsform der aktivierenden Pflege stets übergeordnet behandelt wird.

2.2.2.2 Drei Pflegehandlungssysteme bei Bedarf an Fremdpflege

Der Umfang pflegerischer Leistungen variiert von kleinen Handreichungen oder einer beratenden Tätigkeit bis hin zur vollständigen stellvertretenden Übernahme pflegerischer Handlungen zur Erfüllung der Aktivitäten des täglichen Lebens (vgl. THOKE-COLBERG 2001, 208).

Die unterschiedliche Gewichtung der pflegerischen Hilfeleistungen hat OREM (1997) in drei Pflegehandlungssysteme untergliedert (vgl. ebd., 271; SCHWARTZ et al. 2003, 289).

Unterstützend erzieherisches System

Bei der kompensierenden Pflege werden die Pflegehandlungen weitgehend vom Betroffenen selbst geplant und aktiv mitgestaltet, im Sinne einer Unterstützung der Selbstpflegeaktivitäten. Die bestehenden Ressourcen und Kompetenzen des Menschen mit unterstützendem Pflegebedarf werden nach sorgfältiger Analyse dort unterstützt, wo die selbstständige Durchführung ohne eine zweite Person defizitär wäre. Die unterstützende Pflege kompensiert dabei die Selbstpfledefizite und stellt das Gleichgewicht von Selbstpflegehandlungsvermögen und Selbstpflegehandlungsbedarf wieder her. Eine kompensierende Pflege kann auch nötig sein, um die Selbstpflege schrittweise, bei Bedarf unter Einsatz von Hilfsmitteln, im Sinne einer aktivierenden Pflege wieder zu erlernen (vgl. LAUBER 2001). Die unterstützende Pflege sollte stets aktivierend geplant und durchgeführt werden.

Teilweise stellvertretendes System

Können Menschen bestimmte Handlungen ihrer täglichen Selbstpflege nicht ausführen, auch nicht durch unterstützende Maßnahmen oder Hilfestellungen kompensierend tätigen, so werden diese Pflegehandlungen stellvertretend durch mind. eine zweite Person ausgeführt. Die Pflegewissenschaft nutzt für diesen Sachverhalt den Begriff der ‚substituierenden Pflege‘, im Sinne einer Vertretung der Selbstpflege des Betroffenen. Die teilweise stellvertretende Übernahme von Selbstpflegeaktivitäten beschränkt sich dabei auf einzelne zu erbringende Pflegeleistungen in Teilbereichen der Selbstpflege, etwa die Übernahme der Zerkleinerung der Nahrung bei der Ernährung. Kennzeichnend ist hier jedoch, dass andere Teilbereiche der Selbstpflegetherfordernisse entweder noch selbstständig, durch Unterstützung oder mit Anleitung durch den Menschen mit Pflegebedarf getätigt werden können (vgl. KERRES/SEEGER 2001, 214ff.; DÜVEL 2009, 114).

Vollständig stellvertretendes System

Selbstpflegetherfordernisse werden vollständig stellvertretend durchgeführt, wenn ein Mensch bestimmte Selbstpflegehandlungen nicht mehr selbstständig durchführen kann, etwa die vollständige Übernahme der Nahrungsversorgung, beginnend mit der hauswirtschaftlichen Versorgung mit Nahrungsmitteln, über deren Zubereitung bis hin zur Nahrungsaufnahme. Die Stellvertretung kann sich hierbei auf einzelne Teilbereiche der Selbstpflege/-versorgung beziehen, die sich in den Dimensionen der Grund- und Behandlungspflege, der hauswirtschaftlichen Versorgung und der Mobilität zeigen, bis zur stellvertretenden Übernahme eines großen Teils der Selbstpflegetherfordernisse in allen Dimensionen, etwa bei Menschen mit apallischem Syndrom mit künstlicher Beatmung. Allerdings sind Menschen niemals gänzlich auf Stellvertretung angewiesen, sondern erfahren, solange sie lebendige Menschen

sind, stets auch Autonomie, angefangen bei basalen autonomen Erfahrungen beispielsweise des Herzschlags oder der Regulation der Körpertemperatur. Allgemein leistet eine stellvertretende Pflege vordergründig einen Beitrag, um Autonomie-Defizite auszugleichen (vgl. WETTRECK 2001, 48ff.).

Für die zwei stellvertretenden Pflegehandlungssysteme ist es unabdingbar, dass die pflegerischen Handlungen in Stellvertretung erfolgen, d. h. dadurch keinen Einfluss auf die Selbstbestimmung und Selbstentscheidungskompetenz des Betroffenen haben dürfen. Es sind jene in Kapitel 1.1 aufgeführten Prämissen, die auch hier in vollem Umfang zu wahren sind (vgl. dazu LAY 2004).

2.2.2.3 *Laienpflege und professionelle berufliche Pflege*

Bis Anfang des 20. Jahrhunderts war die Pflege als Ausbildungsberuf nicht anerkannt. MENCHE (2009) stellt nochmals deutlich heraus, dass die Übernahme von pflegerischen Handlungen in einem christlich orientierten und kirchlich organisierten Hilfesystem überwiegend von Angehörigen sowie Ordensschwwestern ausgeführt wurde und als Lebensaufgabe galt (ebd., 10). Mit Zunahme der Bedeutung von kurativer Pflege erhöhten sich die Anforderungen an Qualität und Quantität der Pflege und machten eine fachspezifische Berufsausbildung unabdingbar.

Die Akademisierung der Pflege setzte in Deutschland in den 1980er Jahren und damit im europäischen Vergleich relativ spät ein. Durch den enormen Zuwachs der Aufgabenteilung in der Pflege – vor allem in der aktivierenden, gesundheitsfördernden, rehabilitativen und Intensivpflege – und den wissenschaftlichen sowie technischen Fortschritt in der medizinischen Pflege übertreffen die Anforderungen und die zu erwerbenden Schlüsselqualifikationen den vorgesehenen Ausbildungszeitraum von drei Jahren.

Mit der zunehmenden Spezialisierung und Professionalisierung der beruflichen Pflege steigt der personelle Bedarf an Laienpflegekräften bzw. Pflegehelfern, die insbesondere den Bedarf an Grund- und Behandlungspflege abdecken (vgl. HÖFERT 2009, 205).

Die Laienpflege gilt daher insbesondere aufgrund knapper personeller und finanzieller Pflegere Ressourcen im professionellen Sektor gerade in den ambulanten Bereichen der Pflege sowie in nicht-medizinischen Einrichtungen als unverzichtbar. BRUNEN und HEROLD (2001) analysieren die Kompetenzmerkmale von Laienpflege und professioneller beruflicher Pflege und zeigen die Bedeutsamkeit beider Systeme in Gegenüberstellung auf:

Laienpflege	Professionelle berufliche Pflege
<ul style="list-style-type: none"> • Beruht überwiegend auf tradiertem Erfahrungswissen • Hat aktuelle Problemlagen im Blick • Verfügt über Kenntnisse bzgl. der psychischen, physischen, sozialen Verfassung 	<ul style="list-style-type: none"> • Beruht auf wissenschaftlich überprüfbaren Methoden, die individuell angepasst werden • Analysiert Problemlagen systemisch • Verfügt über umfassende generalisierte

<p>der zu pflegenden Person</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hat Kenntnisse über die spezifisch verwendeten Hilfsmittel • Bewertet Problemlagen subjektiv • Pflege wird meist sehr engagiert und stark emotional begleitet ausgeführt. Grenzen körperlicher und seelischer Belastung können dabei übersehen werden • Handelt überwiegend intuitiv und strebt individuelles, momentanes Wohlbefinden an • Pflegeniveau ergibt sich aus Erfahrungen und situativ • Beurteilt Pflege nach persönlichen Maßstäben • Muss sich für Wissenszuwachs externe Beratung einholen 	<p>Kenntnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hat Überblick über den Hilfsmittelmarkt • Sieht Probleme im systemischen Zusammenhang und bewertet relativ objektiv • Pflege wird auf Grundlage einer beruflichen Beziehung und eigener Reflexion von Nähe und Distanz geleistet • Handelt fachlich auf theoretischer Grundlage und strebt längerfristige Ziele der Rehabilitation und Gesunderhaltung an • Pflegeniveau ergibt sich aus dem aktuellen Stand der Pflegewissenschaft • Beurteilt Pflege nach beruflichen Qualitätsanforderungen • Wissenszuwachs durch berufliche Weiterbildung
---	--

Tabelle 5: Kompetenzmerkmale von Laienpflege und beruflicher Pflege.
(Aus: BRUNEN/HEROLD 2001, 60)

Es muss festgehalten werden, dass die Pflege im Gegensatz zu vielen anderen Heilberufen keinem einheitlichen Berufs- und Berufsausübungsrecht unterliegt. Zwar wird beispielsweise in §5 Heimpersonalverordnung geregelt, dass mindestens 50% des an der Pflege beteiligten Personals aus Fachkräften bestehen muss, jedoch wird die Aufgabenverteilung selbst nicht geregelt. Eindeutige Regelungen treffen medizinische Einrichtungen wie Krankenhäuser oder Rehabilitationszentren, in denen die medizinische Behandlungspflege ausschließlich anerkannten Fachpflegekräften obliegt (vgl. BACHSTEIN 2004, 225; KLIE 2001, 24ff.). Laienpflegekräfte dürfen nach Einschränkung der Verantwortbarkeit auf institutioneller Ebene nicht das gesamte Spektrum der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege abdecken. Sie sind nicht befugt, medizinische Versorgung im Rahmen der Behandlungspflege zu übernehmen, wie etwa das Katheterisieren, Sondenernährung, Absaugen von Bronchialsekret etc. (vgl. Bundeskonferenz der Pflegeorganisationen / ADS / DBfK 2009). Eine Ausnahme bildet hierbei die Angehörigenpflege, bei der durch entsprechende Expertise von Fachpersonal sämtliche Aufgaben übernommen werden dürfen, außer explizit der Medizin vorbehaltene Eingriffe bzw. Behandlungen. Die o. g. Gegenüberstellungen beziehen sich daher auf die pflegerische Grundversorgung wie Waschen, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Verrichtungen, soziale Betreuung sowie die Unterstützung bei speziellen nicht medizinischen Bedarfslagen.

Ebenso wie professionelle Pflegekräfte über eine hohe generalisierte Fachkompetenz verfügen, besitzen Laienpflegekräfte oft einen hohen Grad an fachspezifischer Kompetenz in Bezug auf die Pflege einer bestimmten Person. Sie verfügen darüber hinaus, durch die intensive Beziehung zu dieser Person, über die Fähigkeit, die psychische, physische und

soziale Verfassung der Person empathisch zu erfassen. Daher können sie in hohem Maße auf die Bedürfnisse derselben eingehen (vgl. MENCHE 2009, 10). Der beratenden und fortbildenden Kooperation zwischen professionell beruflich Pflegenden und Laienpflegekräften kommt daher eine immense Bedeutung zu. Die Laienpflege ist laut Aussage von BÜHRLIN (2009) mittlerweile der „[...] größte Pflegedienst Deutschlands [...]“ (ebd., 4).

Die Pflege an der Förderschule FkmE fußt eben auf diesen Kompetenzerweiterungen der fachspezifischen Pflege durch Pflegehilfskräfte, ohne die eine bedarfsgerechte und situative ganzheitliche Betreuung der Schülerinnen derzeit nicht denkbar erscheint.

Mit dem Begriff Pflege bzw. Pflegesituationen werden in den nachstehenden Ausführungen Handlungssysteme bzw. Situationen bezeichnet, die durch mindestens eine andere Person anleitend, unterstützend oder stellvertretend gestaltet werden. Sie sind auf die Befriedigung mindestens eines Grundbedürfnisses des Menschen in mindestens einem Bereich seiner täglichen Lebensaktivitäten gerichtet und verfolgen dabei mindestens ein Ziel in den Dimensionen Genesung, Grundbedürfnisbefriedigung, Aktivierung bzw. Rehabilitation, Prävention, Förderung oder Unterstützung von medizinischer Behandlung.

Das nun folgende Kapitel 2.3 befasst sich dezidiert mit den Prinzipien einer humanistisch-ganzheitlichen Pflege, die ebenfalls für die Pflegegestaltung an der Förderschule FkmE von großer Bedeutsamkeit erscheinen.

2.3 Prinzipien einer humanistisch-ganzheitlichen Pflege

Zu Beginn dieses Kapitels werden die handlungsleitenden Aspekte einer humanistisch-ganzheitlichen Pflege dargelegt und in den Unterkapiteln durch die Aspekte der Bedürfnisorientierung, der Biografiearbeit, der Lebensweltorientierung sowie der Personen- und Ressourcenorientierung als Prinzipien der Gestaltung einer humanistischen und ganzheitlichen Pflege konkretisiert. In den Ausführungen wird, wo dies erforderlich erscheint, wiederholt ein Bezug zur schulischen Pflegegestaltung an der Förderschule FkmE hergestellt.

Diese Bezüge stellen wiederum eine Grundlage für die Ausführungen zu den Herausforderungen eines lebensimmanenten Pflegebedarfs (Kapitel 3.3), den potentiellen Pflegebedarfen (Kapitel 3.4) sowie zur Pflege als Bestandteil des Bildungsprozesses an der Förderschule FkmE (Kapitel 4.3) dar.

Die modernen Handlungsfelder der Pflege fußen auf der Sichtweise eines humanistischen bzw. holistischen Menschenbildes. Die Handlungsleitlinien basieren auf philosophisch-ethischen Grundannahmen über den Menschen und gründen nicht länger allein auf pragmatischen oder ökonomischen Prinzipien (vgl. LAY 2004, 11). Im Folgenden werden die Aspekte vorgestellt, die für die Begründung einer humanistisch orientierten Pflege an der Förderschule FkmE vorrangig erscheinen.

Wie eingangs in diesem Kapitel erwähnt, pflegen Menschen ihren Besitz, ihre Beziehungen oder allgemein das, was ihnen wichtig erscheint, nicht zuletzt deshalb, um ihren Wert zu

erhalten und einen Verfall oder eine Beschädigung abzuwenden. Eine wesentliche Errungenschaft des Paradigmenwechsels von einer funktionalistischen zu einer ganzheitlichen Sichtweise von Pflege ist es, menschliche Pflege nicht mehr nur dann zuteil werden zu lassen, wenn Körperstrukturen und -funktionen bereits erkrankt bzw. beschädigt sind, sondern Pflege allgemein präventiv zu gestalten. Zudem hat die ganzheitliche Pflege einen rehabilitativen Charakter, der sich in der Wiedererlangung oder Kompensation von erfahrenen Beeinträchtigungen ausdrückt. Durch den Paradigmenwechsel steht nicht länger die Krankheit bzw. der kranke Mensch im Vordergrund des pflegerischen Handelns, sondern der gesamte Mensch als Mitmensch unserer Gesellschaft, mit allen Bedürfnissen, seiner gesamten Biografie und seinen sozialen sowie materiellen Bezügen, die er in eine Pflegesituation mit einbringt (vgl. BÜSSING 1997, 24). In seiner Merkmalsbeschreibung einer ganzheitlichen Pflege betont KUFFER (1989), dass es bei dieser darum ginge,

„[...] der Wirklichkeit des Menschen gerecht zu werden: der Wirklichkeit seines Leibes in der Einheit von Körper, Seele und Geist in der Zeit, der Wirklichkeit seiner Persönlichkeit, seiner Biographie.“ (KUFFER 1989, 102)

Als Konsequenz ergibt sich folgendes Bild der Ganzheitlichkeit des Menschen:

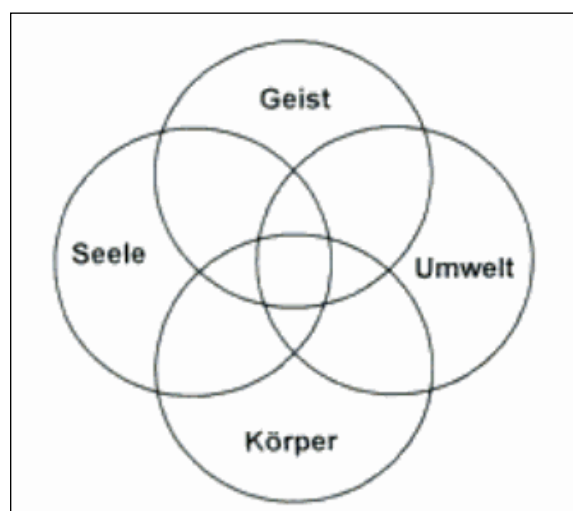


Abbildung 6: Ganzheitlichkeit menschlichen Daseins.
(Aus: SEEL 2003, 2)

Dabei ist nach dem „Ganzheitsgesetz“ das Ganze mehr als die Summe seiner Teile. Konkret bezogen auf die Pflege bedeutet dies, dass beispielsweise bei einer Erkrankung der Atemwege nicht allein die Atmung betroffen und pflegebedürftig ist, sondern der ganze Mensch der Pflege bedarf. Erkrankungen wirken sich nicht allein auf das betroffene Organ aus, sondern stehen in Interdependenz zu allen Teilen menschlichen Daseins (vgl. FRANKHAUSER/FONATSCH 1997, 11). So ist es bekannt, dass sich eine grippale Infektion allgemein auf das Wohlbefinden und die Aktivität bzw. das Handeln des Menschen auswirkt. Dies kann so weit gehen, dass sich der Mensch niedergeschlagen und gänzlich handlungsunfähig fühlt.

Eine ganzheitliche Pflegegestaltung setzt daher eine ganzheitliche Betrachtungsweise des Menschen voraus.

Nach BÜSSING (1997) kann eine ganzheitliche Betrachtung des Menschen mit Pflegebedarf aus unterschiedlichen Perspektiven erfolgen. Erstens im Sinne einer anthroposophischen Einheit von Körper, Geist und Seele. Zweitens durch die Betrachtung der Ganzheit der lebensbiographischen Bezüge des Menschen. Drittens durch die Einbeziehung der sozialen Bezüge und der Lebensumwelt. Weiter weist er darauf hin, dass die Ganzheit des Menschen weit mehr ausmacht als lediglich die Summe der einzelnen Betrachtungsweisen, dass Ganzheit erst durch den erweiterten systemischen Blick auf die Gesamtheit und Wechselbeziehungen der Daseinsformen des Menschen entsteht (ebd., 21).

Zusammenfassend benennt SEIDEL (1993, 158ff.) als zentrale Grundsätze einer ganzheitlichen Pflegeausrichtung [Anmerkung d. Verf.: Die Merkmale wurden verallgemeinert für Pflegesituationen]:

- Die Einbeziehung psychosozialer Aspekte
- Die Wechselbeziehung zwischen der psychischen, physischen und sozialen Dimension des Menschen
- Die Korrelation Mensch-Umwelt
- Die räumlich-zeitliche (biographische) Dimension des Menschen
- Die aktive Teilnahme der Klientin bei der Entscheidungsfindung und der Pflege
- Betonung von Gesundheit und Lebensqualität

Ergänzend zu den o. g. Grundsätzen und deutlich abgegrenzt zu einer funktional ausgerichteten Pflege beschreiben NYDAHL und BARTOSZEK (2008) die Beziehung zweier Menschen als wesentliches Merkmal einer ganzheitlichen und humanistischen Pflege:

„Erst in der Beziehung werden Menschen zum ‚Ich‘ und ‚Du‘. Eine ganzheitliche Pflege [...] ist nicht technisches Verrichten, sondern individueller Beziehungsaufbau zweier ganzheitlicher Menschen. Dieses individuelle und ganzheitliche Menschenbild [...] bedeutet auch, dass die Pflegenden sich individuell und ganzheitlich verstehen, [...] die persönlichen Grenzen zu erkennen und zu akzeptieren.“

(NYDAHL/BARTOSZEK 2008, 4)

PRÖBSTL und GLASER (1997) weisen außerdem darauf hin, dass die Motivation und Arbeitsfreude der Pflegenden mit der Zunahme an empfundener und tatsächlicher Bedeutsamkeit ihres Handelns zunimmt und erst durch die ganzheitliche Ausrichtung der Pflege dieser selbst eine „lebensrelevante“ Bedeutung zukommt, die sich in der ganzheitlichen Betrachtung des zu pflegenden Menschen ausdrückt (vgl. ebd., 259ff.). Übertragen auf die schulische Pflege an der Förderschule FkmE bedeutet dies, dass sich eine ganzheitlich-pädagogisch orientierte Pflege erst verwirklichen lassen könnte, wenn pflegerisches Handeln im pädagogischen Gesamtkontext seine Bedeutsamkeit erhalte und nicht im funktionalen und situativen Geschehen einzelner Pflegehandlungen.

BÜSSING und BARKHAUSEN (1997) analysierten Schnittstellen der interdisziplinären Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen für den Bereich der Krankenhauspflege und konnten aufzeigen, dass eine ganzheitliche Gestaltung der Pflege nur möglich erscheint, wenn die gemeinsamen Schnittstellen der Kompetenzbereiche für die gemeinsame Planung und Durchführung der Pflege genutzt werden. Gerade an diesen Schnittstellen sei es möglich, einen Kompetenztransfer zu erreichen, der beiderseits zu einem vollständigeren Verständnis der Situation der zu Pflegenden führt (vgl. ebd., 168ff.). Übertragen auf das System der Förderschule FkmE bedeutet dies, dass eine gemeinsame Arbeit der Förderschullehrerinnen und Pflegekräfte an den Schnittstellen der Kompetenzbereiche von Pädagogik und Pflege zu einem Kompetenztransfer führt, der sich in einer pädagogisch orientierten Pflegegestaltung ausdrückt. Dieser Kompetenztransfer wiederum führt zu einem ganzheitlichen Verständnis der Schülerin in einem pädagogisch-pflegerisch gestalteten Umfeld der Förderschule.

Die folgenden Ausführungen des Kapitels 2.6 zeigen die Prinzipien ganzheitlichen Pflegehandelns auf, die für die Gestaltung einer ganzheitlichen schulischen Pflege an der Förderschule FkmE förderlich sind.

2.3.1 Bedürfnisorientierung

Der Mensch als Mängelwesen kann ohne die Befriedigung grundlegender Bedürfnisse nicht existieren und sein Handeln ausführen, er ist von Grund auf mit Defiziten behaftet, dessen Beseitigung vorrangig ist, um nach höherer Bedürfnisbefriedigung streben zu können. Menschliche Entwicklung würde verwehrt bleiben, wären diese Defizitbedürfnisse unbefriedigt. Der Psychologe MASLOW (1997) entwickelte 1954 auf der Grundlage der Vorstellung von einer Hierarchie der Grundbedürfnisse des Menschen zunächst ein fünfstufiges Modell in Form einer Pyramide. Kennzeichnend für die Bedürfnispyramide ist, dass der Mensch erst nach Befriedigung der jeweiligen Stufen sein Streben nach höherer Bedürfnisbefriedigung beginnt, zumindest teilweise. Die ersten drei Ebenen einschließlich Teilen der vierten Ebene ordnet MASLOW den Defizitbedürfnissen zu, deren Befriedigung der Beseitigung von Mangelzuständen (Defiziten) dient. Auf der untersten Ebene stehen die Grundbedürfnisse des Menschen, die biologisch-physiologisch determiniert sind. Es sind die Bedürfnisse nach Nahrung, Atemluft, Schlaf, Schmerzfreiheit, allgemein nach körperlicher Integrität. Diese dienen der Lebenserhaltung des Menschen. Die Befriedigung dieser existentiellen Mangelbedürfnisse des Menschen gilt somit als Grundvoraussetzung für jegliche weitere Bedürfnisbefriedigung. Auf der zweiten Ebene stehen die Sicherheitsbedürfnisse, die dem Menschen ebenfalls naturgegeben sind, jedoch nicht an rein biologische Mangelzustände gekoppelt sind und deren Befriedigung im Laufe der Sozialisation erlernt und erfahren wird, etwa das Bedürfnis nach Wärme, Schutz vor Kälte, materieller Sicherheit und körperlicher Unversehrtheit, Wohnen und Mobilität. Die dritte Ebene beschreibt die Bedürfnisse nach

sozialer Integration in die Gesellschaft in Form von Beziehungen zu anderen Menschen, durch Anerkennung, Freundschaft, Partnerschaft, Liebe, Geborgenheit etc. Eng verbunden damit ist die vierte Ebene der Bedürfnisse, auf der der Mensch nach sozialer Anerkennung und Wertschätzung der eigenen Person strebt. Dazu gehört das Streben nach Leistung, Wissen und Kompetenz. MASLOW (1997) ordnet diese Ebene den Wachstumsbedürfnissen zu, durch die der Mensch seine Rolle in der Gesellschaft bestätigt wissen möchte.

Das Bedürfnis nach Einzigartigkeit und zugleich sozialer Zugehörigkeit ist ein entscheidendes Moment auf der vierten Ebene, um das Bedürfnis bzw. die Motivation nach Selbstverwirklichung auf der fünften Ebene zu entwickeln. Hat der Mensch seine Defizitbedürfnisse befriedigt, so sucht er nach MASLOW (1997) auf der fünften Ebene nach höherer Bestimmung in Kreativität, in privater und beruflicher Schöpfung sowie in der Ausschöpfung seiner Kompetenzen und Potentiale (vgl. KULBE 2009, 66). MASLOWS (1997) Bedürfnispyramide wurde posthum anhand von Aufzeichnungen um eine sechste Ebene ergänzt. Der Mensch ist danach im Gegensatz zu allen anderen Lebewesen einzigartig, begründet durch die transzendente-sittlich-religiöse Orientierung in seiner Natur, verbunden mit dem Streben nach Erklärungen seiner Existenz und dessen Werden sowie Fortgang nach dem Tode. Dieses Wachstumsbedürfnis wird der Mensch letztendlich nicht durch Beantwortung seiner Fragen befriedigen, sondern kann sie individuell im Glauben erfahren.

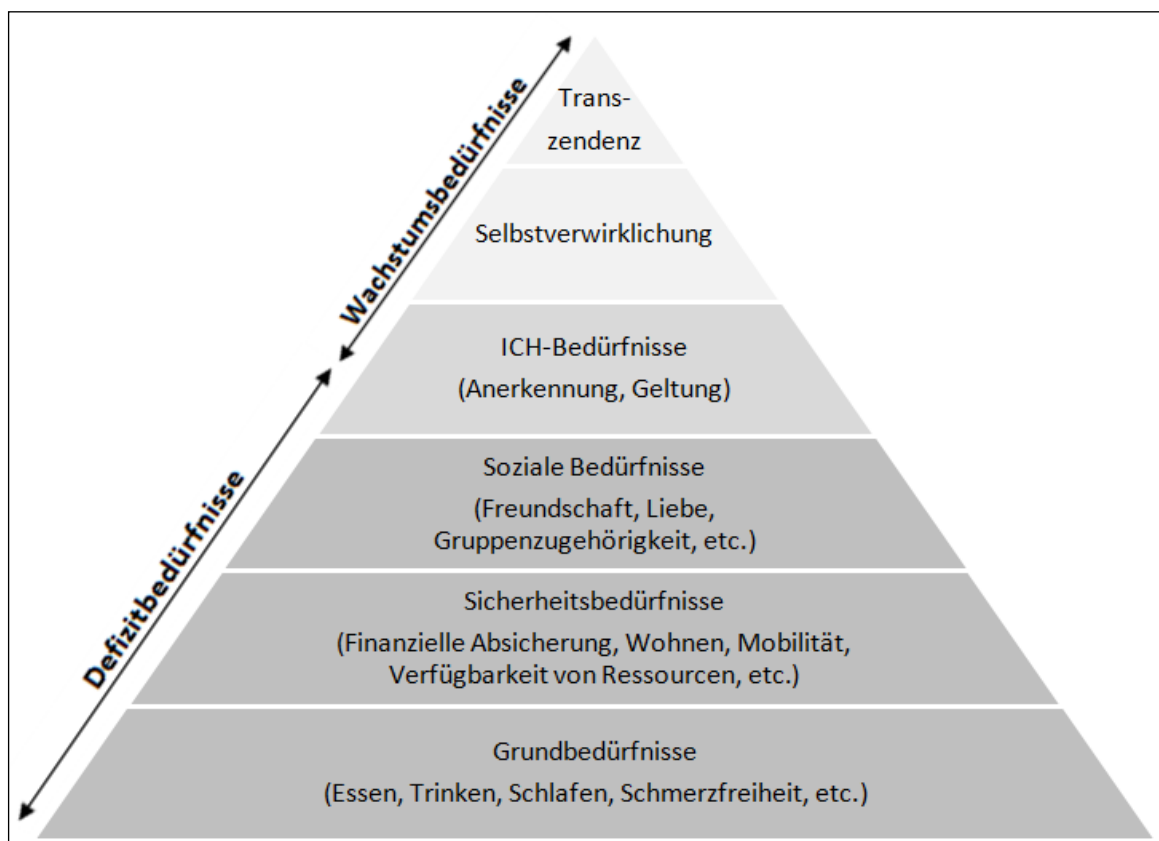


Abbildung 7: Bedürfnispyramide nach MASLOW (1908–1970).
(Eigene Darstellung, angelehnt an MASLOW)

Die Ganzheitlichkeit bezüglich der Pflege drückt sich in der Bedürfnisorientierung insofern aus, als dass Wohlbefinden und die Integrität der menschlichen Daseinsformen (von Körper, Geist, Seele und Umwelt) von der Befriedigung der Bedürfnisse eines Menschen abhängen. Erst durch die ganzheitliche Betrachtung der menschlichen Defizit- und Wachstumsbedürfnisse können Pflegesituationen so gestaltet werden, dass ihre positive oder negative Einflussnahme auf die Bereiche menschlicher Bedürfnisse mit bedacht wird.

So kann die Art der Gestaltung unterstützender Nahrungsaufnahme Einfluss auf die Ich-Bedürfnisse und die Selbstverwirklichung des zu pflegenden Menschen haben: Wenn z. B. einer Schülerin die Auswahl des Brotbelags überlassen wird und diese sich eine Schokoladencreme aussucht, die ihrem individuellen Geschmack in dieser Situation entspricht, wird sie dadurch als selbstbestimmende Persönlichkeit anerkannt. Höhere Ebenen der Bedürfnisbefriedigung wirken sich ebenfalls auf eine gesicherte Befriedigung der Grundbedürfnisse einer Schülerin mit Bedarf an stellvertretender Pflege aus. So ist die Befriedigung existentieller körperlicher Bedürfnisse nur durch verlässliche soziale Beziehungen zu potentiellen Pflegepersonen möglich. Wie eng auch die existentielle Versorgung menschlicher Grundbedürfnisse mit dem Bedürfnis nach transzendentalen Erklärungsformen menschlicher Existenz verbunden ist, zeigt sich in der Bewältigung lebensverkürzender Erkrankungen, aktuell vor allem in der Debatte um die passive Sterbehilfe und die Umsetzung von Patientenverfügungen. Konkret zeigt sich dies in der Frage, ob die künstliche Ernährung eines mitteilungsunfähigen Menschen auf dessen zuvor geäußerten Wunsch eingestellt werden darf mit der Konsequenz des Todeseintritts.

Seit den 1980er Jahren wurden auf der Grundlage der Bedürfnispyramide nach MASLOW (1997) zahlreiche Pflegemodelle entwickelt, die als bedürfnisorientierte Pflegemodelle bezeichnet werden. Als bekannteste Modelle im deutschsprachigen Raum finden das Pflegemodell der ATL (Aktivitäten des Täglichen Lebens, aus dem englischen: Activities of Daily Life ADL) sowie seit jüngster Zeit das von KROHWINKEL (2007) entwickelte Strukturmodell der AEDL (Aktivitäten und Existentielle Erfahrungen des Lebens) in der gegenwärtigen Pflegepraxis Anwendung.

Spezifischer auf die Gruppe von Kindern und Jugendlichen zugeschnitten, beschreiben BRAZELTON und GREENSPAN (2002) sieben Grundbedürfnisse, abgeleitet aus anthropologischen Grundannahmen sowie ihren langjährigen Erfahrungen als Kinderärzte und -psychiater. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage, welche Grundbedürfnisse bei Kindern eine gesunde Entwicklung begünstigen. Beide Autoren machen deutlich, dass eine reine Befriedigung körperlicher Grundbedürfnisse als Fundament für weitere Lernerfahrungen bzw. höhere Bedürfnisbefriedigung entgegen dem Modell nach MASLOW nicht ausreicht.

Aus allen sieben Grundbedürfnissen lassen sich für die Pflegegestaltung bei Kindern (und auch Jugendlichen) mit dauerhaftem Pflegebedarf wiederum relevante Aspekte ableiten, die folgend in Ergänzung zu den sieben kindlichen Grundbedürfnissen dargestellt werden:

1. Das Bedürfnis nach beständigen, liebevollen Beziehungen

Kinder mit Pflegebedarf sind auf beständige Beziehungen zu Personen angewiesen, die sie verlässlich und liebevoll pflegen.

2. Das Bedürfnis nach körperlicher Unversehrtheit, Sicherheit und Regulation

Kinder mit Pflegebedarf sind darauf angewiesen, dass ihre Pflege jederzeit gesichert ist und damit ihre körperliche Unversehrtheit gewahrt bleibt.

3. Das Bedürfnis nach Erfahrungen, die auf individuelle Unterschiede zugeschnitten sind

Pflegehandlungen sollten für Kinder mit Pflegebedarf so individuell gestaltet sein, dass sie ihre spezifischen und individuellen Lebenslagen und ihre Schädigungsspezifika sowie ihre generelle Individualität berücksichtigen.

4. Das Bedürfnis nach entwicklungsgerechten Erfahrungen

Kinder mit Pflegebedarf haben das Bedürfnis, dass ihre Pflege ihr individuelles Entwicklungsalter berücksichtigt und sie bei der aktivierenden Pflege weder überfordert noch unterfordert werden.

5. Das Bedürfnis nach Grenzen und Strukturen

Kinder mit Pflegebedarf sind darauf angewiesen, dass man ihnen die Grenzen von Nähe und Distanz verdeutlicht und ihnen verlässliche Strukturen einer Pflegegestaltung vorlebt, die vor ausnutzenden Machtverhältnissen schützt.

6. Das Bedürfnis nach stabilen, unterstützenden Gemeinschaften und nach kultureller Kontinuität

Kinder mit Pflegebedarf sind auf ein unterstützendes und helfendes Netzwerk angewiesen, das ihnen die Teilhabe an einer kultivierten Gesellschaft ermöglicht.

7. Das Bedürfnis nach einer gesicherten Zukunft

Kinder mit Pflegebedarf haben das Bedürfnis, gesicherte Zukunftsperspektiven aufgezeigt zu bekommen und Kompetenzen dafür zu erlernen.

(vgl. BRAZELTON/GREENSPAN 2002, 9ff.; MÄGDEFRAU 2006, 88)

Vertreter der humanistischen Psychologie betonen die Bedeutung der Grundbedürfnisbefriedigung für die Persönlichkeitsentwicklung von Kindern und Jugendlichen. Erst durch die Befriedigung von Defizitbedürfnissen ist es möglich, die Wachstumsbedürfnisse zu befriedigen und somit zu einer optimalen Entfaltung der Persönlichkeit zu gelangen (vgl. MÄGDEFRAU 2006, 88f.). Von besonderer Bedeutung für die kindliche Entwicklung sind hierbei laut BUNDSCHUH (2003) die sozialen Bedürfnisse und Ich-Bedürfnisse, deren Befriedigung das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung stärkt und somit motivierend und lernför-

dernd wirkt (vgl. ebd., 79). Für LEYENDECKER/HORSTMANN (1997) sind die Grundbedürfnisse von Kindern ‚Universalialia‘, deren Befriedigung kulturübergreifend für die gedeihliche Entwicklung des Kindes ausschlaggebend ist. Als Universalialia bezeichnen sie die sorgsame Pflege und Ernährung, die verlässliche Sicherheit und emotionale Annahme sowie die Ansprache des Kindes durch eine menschliche Stimme, damit das Kind seine Fähigkeiten und Fertigkeiten entwickeln kann (vgl. LEYENDECKER/HORSTMANN in KLEIN 2008, 111). Die Art, der Umfang und die Motivation der Befriedigung von Bedürfnissen sind nach ERIKSON (1966) untrennbar verbunden mit der Entwicklungsstufe bzw. dem Entwicklungsalter, dem sich verändernden Abhängigkeits-Unabhängigkeits-Kontinuum des Kindes bzw. Heranwachsenden (vgl. ebd.) sowie mit dessen Biografie und Lebenswelt. Dieser entscheidende Aspekt sollte bei der Planung und Gestaltung von Pflegesituationen an der Förderschule FkmE mit bedacht werden, da Schule einen Ort darstellt, an dem Kinder und Jugendliche entscheidende Entwicklungsphasen durchlaufen.

2.3.2 Biografiearbeit

Wird der Mensch als ganzheitliches Wesen betrachtet, als handelndes Subjekt in seinen Lebensbezügen, so fällt nicht nur seine aktuelle Situation und Zukunftsperspektive ins Gewicht, sondern ebenfalls die Hauptdeterminante seiner aktuellen Situation, seine individuelle Biografie, die Geschichte seines Lebens. Aus konstruktivistischer Sichtweise konstruiert sich der Mensch seine individuelle Wirklichkeit, wie oben bereits beschrieben, auf der Grundlage seiner Subjekt-Umwelt Interaktion und seiner Erfahrungen in der Welt selbst. Die Biografie eines Menschen ist demnach das Produkt seiner individuellen Konstruktionsprozesse von Wirklichkeit in der Vergangenheit, worauf der Mensch, basierend auf Erfahrungen und Erlebtem, immer auch einen Gegenwarts- und Zukunftsbezug generiert. Menschen können Gegenwart und Zukunft nur gestalten, wenn sie aus der Vergangenheit schöpfen. Anders ausgedrückt: Bei allem, was wir neu dazu lernen, beziehen wir uns auf bereits Gelerntes.

Die Biografie beginnt bereits vorgeburtlich. Hierbei können beispielsweise folgende Fragestellungen in die Biografie einfließen: Wie hat die eigene Mutter die Schwangerschaft erlebt, was hat sie bewegt, was waren die Freuden oder auch die schmerzhaften Erfahrungen? Bei Menschen mit körperlichen Schädigungen mag die vorgeburtliche Biografie Fragen bezüglich der eigenen körperlichen Schädigung aufwerfen. Was hat die Schwangerschaft der Mutter mit der eigenen körperlichen Schädigung zu tun? Gab es Komplikationen während der Geburt, liegt der Ursprung der Schädigung in den Genen? Es ist häufig auch die Schuldfrage, die Menschen umtreibt. Die Biografie eines Menschen durchzieht sein gesamtes Leben mit allen Inhalten (dazu zählen alle Erfahrungen mit Pflege), sie beginnt im ‚Gestern‘ und endet im ‚Morgen‘. Biografiearbeit hat sich bereits in der sozialen Arbeit und vor allem in der Altenpflege als wesentlicher Bestandteil etabliert. In der Arbeit mit Kindern

und Jugendlichen ist sie bereits in vielen thematischen Zusammenhängen wesentlicher Bestandteil, beispielsweise bei der Aufarbeitung von Missbrauchserfahrungen, der Ergründung einer Migrationsgeschichte sowie bei der Ergründung der Herkunft von Kindern und Jugendlichen, die in Pflegefamilien leben oder adoptiert wurden (vgl. RYAN/WALKER 2007; WIEMANN 2009, 108ff.). Lange Zeit wurde darüber diskutiert, ob es überhaupt Sinn ergibt, mit Kindern biografisch zu arbeiten, da sie erst dabei wären, sich in ihrer Entwicklung zum erwachsenen Menschen eine Biografie aufzubauen. BEHNKEN et al. (2009) stützen ihre befürwortende Position zur kindlichen Biografiearbeit durch Ergebnisse aus entwicklungspsychologischen Studien (vgl. MARKOWITSCH/WELZER 2005, 215ff.), deren Ergebnisse belegen, dass sich bereits in früher Kindheit, etwa ab dem 3.–4. Lebensjahr das biografische Gedächtnis ausbildet (vgl. ebd., 169). Weiter sehen sie in der Biografisierung der Kindheit ein Schlüsselkonzept zur Umsetzung des Coping-Paradigmas, indem der Rückgriff auf die eigene Biografie aktuelle Problemlöseprozesse durch den Abgleich früherer Lösungsansätze konstruktiv unterstützt und dadurch das Durchlaufen von Statuspassagen bzw. Übergängen der Lebensphasen begünstigt (vgl. ebd., 172).

Zu Beginn der biografischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen sollte nach ZIELKE-NADKARNI und WARMBRUNN (2006) die biografische Selbstreflexion stehen. Wer selbst seine Kindheit und Jugend reflektiert, vor dem Hintergrund der eigenen Vorlieben, Schamgefühle, dem Erleben der Pubertät, der Veränderung des persönlichen Geschmacks etc. dem gelingt es besser, sich in die Situation von Schülerinnen hineinzusetzen.

Biografiearbeit mit Kindern bedeutet zugleich immer auch Zukunftsarbeit und stellt nach RUHE (2009) eine Notwendigkeit und ein menschliches Grundbedürfnis dar:

„Die Notwendigkeit, biografisch zu erzählen und zu arbeiten, ist gegeben, wenn das ‚Ich‘ einer Erläuterung und der Anerkennung bedarf, wenn die Gesellschaft keine selbstverständlichen Plätze zuweist oder zur Verfügung stellt. [...] Biografisches Arbeiten, insbesondere das ‚Biografische Erzählen‘, ist keine eigene Disziplin von Bildungsarbeit, Therapie oder Pflege. Sprechen über das eigene Leben gehört zu den Grundbedürfnissen von Menschen. Es ist Selbstverwirklichung und Selbstwahrnehmung, Annahme und Integration des Individuums in sein Umfeld. [...] Im Kern ist Biografiearbeit auf Zukunft gerichtet. Indem das Vergangene wahrgenommen wird, werden Begründungen möglich, warum die Zukunft lohnenswert ist.“

(RUHE 2009, 9)

Die Biografiearbeit findet zunehmend mehr Vertreter in der schulpädagogischen Arbeit. In der Sonderpädagogik, speziell der Pädagogik bei geistiger Behinderung, hat die Biografiearbeit mit LINDMEIER (2006) und ATWELL (2007) die stärksten Vertreter. LINDMEIER (2006) konstatiert, dass eine stärkere Subjektorientierung sowie der paradigmatische Wandel zur Selbst- und Mitbestimmung in der sonder- und heilpädagogischen Arbeit eine viel stärkere Beschäftigung mit der individuellen Situation der Menschen, für die wir Hilfe anbieten, erforderlich macht,

„[...] denn nur durch die Beschäftigung mit der Lebenswelt und der Lebensgeschichte (Biografie) eines Menschen kann eine entschiedene Orientierung an seinen subjektiven Interessen und Wünschen erfolgen. [...] Wissenschaftlich ausgedrückt geht es also um das ‚Selbstkonzept‘ und die ‚subjektiven (Alltags-)Theorien‘ von Menschen, deren subjektive Lebenserfahrungen auch in der Geistigbehindertenpädagogik bis vor kurzem für pädagogisch irrelevant gehalten wurden.“

(LINDMEIER 2006, 11f.)

Weiter hebt er zwei Perspektiven heraus, die das Verhältnis von Pädagogik und Biografiearbeit beschreiben:

„Einerseits wird erst im Horizont des Lebenslaufs verständlich, was Erziehung und Bildung für den Menschen bedeuten, und andererseits ist die Bedeutung, die der Lebenslauf für einen Menschen erhält, auch von seiner Erziehung und Bildung abhängig. Lebenslauf und Erziehung geben sich also gegenseitig Sinn.“

(LINDMEIER 2006, 13)

An anderer Stelle zieht LINDMEIER (2005) daraus folgenden Schluss:

„Aus der Sicht der Pädagogik erweist sich also die Biographie eines Menschen letztendlich als Bildungsprozess, in dem das Individuum durch die Bewältigung der sich lebensgeschichtlich stellenden Aufgaben zum Welt- und Selbstverständnis, aber auch zu einem diesem Verständnis entsprechenden, verantwortlichen Handeln sowie zu einer persönlichen, biographischen Identität gelangt.“

(LINDMEIER 2005, 9)

Ausgehend davon, dass eine ganzheitlich-humanistische Sichtweise des Menschen alle Facetten seines Lebens und somit auch seiner Biografie umspannt, stellen sich bei einem Menschen mit Pflegebedarf die Pflegetherfahrungen ebenfalls als biografischer Aspekt seines Lebens dar, der einem grundlegenden Bildungsprozess unterworfen ist. Der Stellenwert der menschlichen Biografie für die Pflegeplanung und -gestaltung wurde erstmals von BÖHM (2001) aufgegriffen und sogleich als Hauptmerkmal der pflegerischen Arbeit in sein Modell der psychobiografischen Pflege integriert. Eine ganzheitlich-humanistische Pflegegestaltung integriert die Biografie eines Menschen mit dauerhaftem Pflegebedarf, denn Pflege ist als bedeutendes Kapitel Teil der Lebensgeschichte und bedarf daher im Kindes- und Jugendalter der pädagogischen Beachtung. Als relevante biografische Fragestellungen können sich daraus für die ganzheitliche pädagogisch-pflegerische Gestaltung schulischer Pflege exemplarisch folgende Fragen ableiten lassen:

- Welche Erfahrungen hat die Schülerin in Zusammenhang mit Therapien und medizinischen Behandlungen im Laufe ihres Lebens gemacht?
- Wer hat die Schülerin überwiegend gepflegt, was für eine Persönlichkeit hat Sie / Er in seine Pflege eingebracht?
- Was waren und sind ihre Vorlieben in den Pflegebereichen Essen, Trinken, Kleidung, Waschen, Toilettengang, Eincremen, Ruhe und Aktivität etc.?
- Welche Erwartungen hat die Schülerin aufgrund ihrer Pflegebiografie an die Gestaltung ihrer Pflege in der Zukunft?

- Welche Ressourcen haben die Schülerin in der Vergangenheit gestützt und können für die Gestaltung der Zukunft genutzt werden?

Die aufgeführten Fragestellungen können Bestandteil der Thematisierung pflegerischer Inhalte im Bildungsprozess von Schülerinnen mit Pflegebedarf sein. Das Kapitel 4.3 greift dies erneut auf beschäftigt sich mit Möglichkeiten der Umsetzung.

2.3.3 Lebensweltorientierung

Eng verbunden mit dem Biografiebezug ganzheitlicher Pflegegestaltung ist der Bezug des Menschen zu seiner ihn umgebenden sozialen-dinglich-materiellen Umwelt, seiner Lebenswelt oder auch zu seinen Lebenswelten.

Die Lebensweltorientierung als ganzheitliches Prinzip besitzt einen stärkeren Zukunftsbezug als der biografische Bezug. Auf die Förderschule bezogen stellt sich die zentrale Frage: Wie kann die gegenwärtige konstruierte Lebenswelt „Förderschule“ auf die reale nachschulische Lebenswelt in einer heterogenen Gesellschaft mit unterschiedlichsten sozialen und materiellen Ausgangsvoraussetzungen vorbereiten? Selbst aus der Perspektive einer inklusiven Schule stellt gerade der Übergang von der Lebenswelt Schule in die nachschulische erwachsene Lebenswelt mit allen Facetten der Arbeitswelt, Freizeitgestaltung, Lebenspartnerschaften etc. für alle jungen Menschen einen intensiven Bruch mit der bisher gewohnten Lebenswelt im gesellschaftlichen Lern- und Schonraum Schule dar. Dieser Übergang bedarf der intensiven pädagogischen Hinführung mit dem Erwerb notwendiger Kompetenzen für eine selbstbestimmte und selbstständige Lebensführung.

Lebensweltorientierung als Handlungsprinzip entstammt ursprünglich der Profession und Wissenschaft „sozialer Arbeit“, das theoretische Prinzip der Lebensweltorientierung in der sozialen Arbeit wurde im deutschsprachigen Raum vornehmlich von THIERSCH (2009) vorangetrieben. Er beschreibt die Lebensweltorientierung als Handeln im Alltag und die Alltäglichkeit als Schnittstelle objektiver Strukturen sowie subjektiver Verständnis- und Bewältigungsmuster. Damit greift er einen entscheidenden system-konstruktivistischen Bezug auf, indem er einen Zusammenhang zwischen der Wirklichkeitskonstruktion des individuellen Alltags und den umgebenden sozialen und dinglich-materiellen Strukturen herstellt, was letztlich zu einer Konstruktion von Lebenswelten führt, die auf Erfahrungen, Erwartungen, Kompetenzen, Hoffnungen sowie dem Einsatz von Lebensressourcen basieren (vgl. ebd., 47). Die Lebenswelt eines Menschen als Ergebnis von Konstruktionsprozessen entsteht erst durch die Interaktion der inneren Welt des Individuums mit der äußeren sozialen und dinglich-materiellen Welt (s. Kapitel 1.2). Das Prinzip Lebensweltorientierung unterstützt maßgeblich eine niedrighschwellige Arbeit in der Bewältigung potentieller Problemlagen, indem vorhandene materielle und soziale Ressourcen der Lebenswelt des Betroffenen vorrangig in die Arbeit integriert werden, damit diese auch nach Beendigung der anleitenden Arbeit weiter sinnvoll genutzt werden können und Verhaltensänderungen auf die reale

Lebenswelt bezogen eine individuelle Sinnhaftigkeit besitzen (vgl. GRUNWALD/THIERSCH 2004). So ist es beispielsweise für eine Schülerin, die einen Rollstuhl nutzt, neben der Erprobung spezieller Fahrtechniken innerhalb der Förderschule (z. B. Turnhalle) im Sinne der Lebensweltorientierung zusätzlich sinnvoll, diese Fahrtechniken an Bordsteinkanten, Rampen etc. in der realen Umwelt einzuüben.

Jedoch stellt die Förderschule FkmE an sich bereits einen Großteil der Lebenswelt der Schülerinnen dar. Denn sobald Menschen in Institutionen agieren, werden diese zu einem Teil ihrer Lebenswelt. ZEMAN (1998) beschreibt die institutionelle Lebenswelt als

„[...] der symbolisch und praktisch gestaltete, soziale und sozialräumliche Bereich des Alltags, in dem sich das Leben der Menschen abspielt, und in den die Steuerungsprinzipien der Institution [...] zwar hineinwirken, den sie aber nicht unmittelbar zu steuern vermögen.“
(ZEMAN 1998, 114)

Förderschule als Institution schafft eine Lebenswelt, die als Grundprinzipien die Bildung, Erziehung, Förderung und den Unterricht besitzt, jedoch bezogen auf den sozialen Alltag des Miteinanders in Schule einen dynamischen Charakter aufweist und dadurch Freiräume für die Alltagsgestaltung zulässt.

In der Förderschule FkmE wäre es für die Schülerinnen im Sinne einer Lebensweltorientierung, die die Zukunftsperspektive mit einbezieht, förderlich, wenn sich in Erziehungs- und Bildungsinhalten, Förderangeboten sowie Unterrichtsthemen ein Lebensweltbezug herstellen ließe. Dadurch wäre Orientierung in einer Lebenswelt geboten, in der für Schülerinnen mit körperlichen und motorischen Beeinträchtigungen spezifische potentielle Behinderungserfahrungen entstehen können. ORTLAND (2006) setzte sich intensiv mit der Frage auseinander, wie Schülerinnen im Unterricht eine Auseinandersetzung mit den eigenen behindernden Erfahrungen zugänglich gemacht werden kann und stellt dabei die „Eigene Behinderung als Unterrichtsthema“ in den Fokus.

THIERSCH (2009) formuliert die Möglichkeit von Schule in der Vorbereitung und Gestaltung der eigenen Lebenswelt sehr eindringlich, wenn er schreibt,

„Schule öffnet eine Welt, die dem Gegebenen gegenüber anders, gewichtiger, überlegen, größer und reiner ist, eine Welt, in der Klarheit und Wissen freiere Bilder von Lebensmöglichkeiten vermitteln und darin eine neue, eigene Souveränität im Leben.“
(THIERSCH 2009, 143)

Dadurch bietet Schule als Schonraum die Möglichkeit, verschiedene Lebensmodelle vorzustellen und zu erproben, ohne die Konsequenzen der realen äußeren Lebenswelt. So haben einige Förderschulen FkmE in NRW bereits Trainingswohnungen eingerichtet, in denen Schülerinnen die häusliche Versorgung erproben können.

Das Prinzip Lebensweltorientierung in der Pflege hat sich in den letzten Jahren vor allem in der Altenpflege, speziell im Bereich der Pflege dementiell erkrankter Menschen durchgesetzt, findet jedoch mehr und mehr Anhänger in allen Fachdisziplinen der Pflege, in der Ergotherapie und der Rehabilitation (vgl. KÄMMER 2008; BÉGUIN et al. 1995; SCHEFFEL

2000). Ein Beispiel dafür ist der Fortschritt in den ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen nach Krankenhausaufenthalt, bei denen rehabilitative Maßnahmen im direkten Lebensumfeld weitergeführt werden können und somit einen direkten Bezug zu ihrer alltäglichen Anwendung erhalten, beispielsweise das Einüben der Selbstversorgung mit Lebensmitteln nach der stationären Rehabilitation bei einem Patienten mit Querschnittslähmung. Ein weiteres Beispiel dafür ist die häusliche Fortführung von ergotherapeutischen Übungen mit vorhandenen Ressourcen anstelle teurer Geräte.

Zweifelsohne stellen die Prinzipien der biografiebezogenen und lebensweltorientierten Hilfeplanung, hier in der Form von Pflegeleitungen, eine idealtypische Gestaltung dieser dar und werden nicht in allen Facetten und jederzeit umsetzbar sein, da Pflegekräfte nicht überall ihre Klientinnen so umfassend im Bilde sein können, dass sie in jeder Pflegesituation den Perspektivwechsel hin zu ihren Klientinnen meistern (vgl. SCHROETER 2005, 99). Nach Auffassung des Verfassers können die vorgestellten Prinzipien ebenfalls auf die Gestaltung schulischer Pflege an der Förderschule FkmE und der inklusiven Schule übertragen werden, will man der Ermöglichung sozialer Teilhabe unter den Bedingungen eines lebensbegleitenden Pflegebedarfs im Rahmen schulischer Bildungsangebote gerecht werden und im Dialog mit der Schülerin eine für sie bedürfnisgerechte Unterstützung finden. Denn

„Lebensweltorientierung heißt auch, auf die eigensinnigen Erfahrungen der Adressat/innen und biographisch bedingte Phänomene einzugehen sowie Persönlichkeitsausprägungen zu akzeptieren und zu respektieren. Daher hat der direkte Dialog zwischen der Fachkraft und [...] pflegebedürftigen Menschen als Voraussetzung für eine aktive Beteiligung an allen Hilfeplanungs- und Gestaltungsprozessen einen zentralen Stellenwert.“
(MÖBIUS 2010, 13)

Welche zentralen Fragestellungen und Aspekte einer lebensweltorientierten Gestaltung schulischer Pflege an der Förderschule FkmE zukommen können, wird weiter unten aufgezeigt (Kapitel 4.3.3 und 4.3.4).

2.3.4 Personen- und Ressourcenorientierung

Als wesentliches und fast schon selbstverständliches Prinzip ganzheitlichen Pflegehandelns gilt die Orientierung an den verfügbaren Ressourcen und persönlichen Kompetenzen des Menschen mit einem Pflegebedarf und nicht die Fokussierung auf seine potentiellen Defizite. Eine Ressourcenorientierung in der Pflege fußt auf Selbst- und Mitbestimmung der betroffenen Menschen und kann aufgrund der Individualität der Kompetenzen und Ressourcen nur personenbezogen gestaltet werden. Pflegerische Hilfen sollten daher nicht ausgehend von den Angebotsstrukturen geplant werden, sondern ausgehend von der Person mit Pflegebedarf selbst. Konkret geht es darum, nicht zuerst danach zu schauen, was wir dem Betroffenen anbieten können, sondern zu allererst die Frage zu stellen, was der Betroffene konkret benötigt, um seine vorhandenen Ressourcen nutzen zu können und seine Teilhabe an sozialer Interaktion zu verwirklichen.

WACKER et al. (2009) sehen gute Chancen in einem Wechsel von der angebots- zur personenbezogenen Unterstützung im gesamten Rehabilitationssystem. Dabei werden Menschen mit Unterstützungsbedarfen zu Koproduzenten einer zu ihnen passenden Dienstleistung (vgl. ebd., 25ff.). Menschen mit einem Pflege- und Unterstützungsbedarf gelten somit nicht länger als reine Hilfeempfänger, sondern gestalten diese Unterstützung aktiv mit, auf der Basis ihrer Kompetenzen und Ressourcen. Gerade Schule hat hier vornehmlich die Aufgabe, Kompetenzen und Ressourcen zu erkennen und zu fördern, um Schülerinnen für eine Gesellschaft zu stärken, in der ihre selbstbestimmte Teilhabe nur durch den Einsatz ihrer eigenen Fähigkeiten und verfügbaren Mittel gelingen kann.

„Entscheidend ist deshalb nicht, lediglich (fach- und sachgerecht) Hilfen zu entwickeln und zu vermitteln, sondern insbesondere auch (bereits vorhandene) persönliche und soziale Ressourcen wahrzunehmen und relevant zu machen. In pauschal angebotenen Leistungsformen (Wohneinrichtungen, Werkstätten [und insbesondere auch pauschal ausgestattete Förderschulen (Anmerk. d. Autors)] werden die Chancen, eigene Kompetenz und eigene Bedeutung, z. B. durch Elemente der Selbstsorge, zu erleben oder eigene Ressourcen durch nichtprofessionelle Personen [...] in die Hilfeleistungen einzubeziehen, vielfach strukturell ausgeschlossen oder begrenzt durch pauschal vorgehaltene Versorgungssysteme. Es gilt das ‚All-inclusive-Prinzip‘, das nicht nur einer tendenziellen Gleichbehandlung im Sinne von Gleichmacherei [...] Vorschub leistet, sondern auch zur Enteignung eigener Kompetenzen beiträgt.“

(WACKER et al. 2009, 30)

Förderschule muss insbesondere vor dem Hintergrund zukünftiger selbstbestimmter Lebenswelten in diesem Bereich Vortrieb leisten und Schülerinnen zu den Konstrukteuren ihrer eigenen Unterstützung bzw. ihrer eigenen Hilfen ausbilden. Dazu zählt als existentieller Bereich die Pflege. Es gilt, im Sinne basaler Selbstbestimmung, auch auf noch so unscheinbare Kompetenzen und Ressourcen zu achten, beispielsweise das Wegdrehen des Kopfes bei einer Pflegehandlung als Zeichen der Ablehnung anzuerkennen.

Im folgenden Kapitel 2.4 werden die Prinzipien einer ganzheitlichen und lebensweltorientierten Pflege exemplarisch auf das Modell der fördernden Prozesspflege übertragen, da es als das handlungsleitende Pflegemodell der heutigen Pflegepraxis gilt und wegen der Offenheit und Unabhängigkeit des Einsatzbereichs ebenso relevante Bezugspunkte zur Pflegegestaltung an der Förderschule FkmE erlaubt.

2.4 Ganzheitliche Pflegegestaltung nach dem Modell der fördernden Prozesspflege

Die ganzheitliche und lebensweltorientierte Gestaltung der Pflege in der Förderschule FkmE kann gelingen, wenn sie anhand eines schülerorientierten Pflegeassessments auf der Grundlage der o. g. ganzheitlichen Prinzipien erfolgt. Assessment meint hier die Erfassung der Pflegebedarfe, die Planung der erforderlichen Schritte zur Realisierung, die Einleitung

der Umsetzung und fortlaufende Evaluation einer ganzheitlichen und lebensweltorientierten Pflegegestaltung.

Für die konzeptuelle Ausgestaltung einer ganzheitlichen Pflege an der Förderschule FkmE können Theorien allgemeiner Pflegepraxis eine hilfreiche Unterstützung bieten, um neben der theoretischen Grundlegung der Bezugspunkte der pädagogischen Arbeit auch der Pflege als weiterer Fachdisziplin an der Förderschule FkmE eine theoretische und methodische Fundierung zu verleihen, die die Inhalte, Aufgaben und Gestaltungsmerkmale der Pflege für alle am Schulleben Beteiligten transparent macht. ALBRECHT (2007) ist der Auffassung, dass für eine solche Grundlegung das System der fördernden Prozesspflege nach KROHWINKEL (2007) richtungsweisend für die Gestaltung einer ganzheitlichen und lebensweltorientierten Pflegegestaltung erscheint und eine Reflexion über dessen Einsatz für Institutionen, in denen Pflege stattfindet, unabdingbar sei (vgl. ebd., 90).

Im Folgenden wird daher das System der „fördernden Prozesspflege“ als Assessment-Instrument für die Pflegegestaltung differenziert vorgestellt und wo es zulässig erscheint, werden Bezüge zur Förderschule FkmE hergestellt.

2.4.1 Das System „fördernde Prozesspflege“ und die Teilmodelle

Das Modell der fördernden Prozesspflege, u. a. auch bekannt als Modell der Aktivitäten, Beziehungen und existentiellen Erfahrungen des Lebens (ABEDL®) nach KROHWINKEL (2007), scheint am ehesten geeignet für den Einsatz in der Förderschule, da es nachvollziehbar formuliert ist, als Theoriemodell mittlerer Reichweite Praxisbezug besitzt und ohne umfassende medizinisch-pflegerische Vorkenntnisse Orientierung für die pflegerische Praxis an der Förderschule FkmE bietet.

Das Modell ist entgegen vieler anderer Pflege-theoriemodelle nicht ausschließlich auf eine Zielgruppe abgestimmt, sondern offen für alle Bereiche pflegerischer Handlungsfelder und lässt sich dadurch auf die schulische Lebenswelt ebenso übertragen wie vorbereitend auf potentielle nachschulische Lebenswelten. KROHWINKEL (2007) spricht im Zusammenhang mit ihrem Pflege-theoriemodell vom „System der fördernden Prozesspflege“, da es aus fünf Teilmodellen besteht, die logisch aufeinander aufbauen und die Inhalte und Praxisanwendung dadurch transparent machen.

Das System der fördernden Prozesspflege fußt auf den Prinzipien der

- ***Dynamischen Ganzheitlichkeit*** (gleichwertige Interaktion in den Bereichen Leben, Gesundheit, Umgebung und Mensch; Bedürfnisse haben immer eine physisch-funktionale, willentlich-emotionale, kulturelle und soziale Komponente)
- ***Personen- und Beziehungsbezogenheit*** (Pflege ist immer ein gestalteter Beziehungsprozess zwischen der Person mit Pflegebedarf und der pflegenden Person; Bedürfnisse, Fähigkeiten und Probleme sind ebenso wie ihre Auswirkungen auf die soziale Teilhabe immer individuell und können nur in Interaktion entfaltet bzw. gelöst werden)

- **Entwicklungsbezogenheit** (Gesundheit, Krankheit und Behinderung werden als dynamische Prozesse und nicht als Zustand beschrieben; der Fokus liegt auf der Kompetenzorientierung)

(vgl. MÜLLER 2008, 49)

Ausgehend von den Prinzipien des Systems der fördernden Prozesspflege formulierte KROHWINKEL (2007) die folgenden fünf Teilmodelle ihres Gesamtmodells. Diese Teilmodelle stellen eine Möglichkeit dar, den Prozess einer Pflegekonzeptentwicklung an der Förderschule FkmE theoriegeleitet zu begleiten.

1. Das ABEDL®-Strukturmodell

Ursprünglich wurde das Teilmodell der Aktivitäten und Erfahrungen des existentiellen Lebens (AEDL) von KROHWINKEL (2007) als deutschsprachiges Bedürfnismodell für die Pflege vom englischsprachigen Modell der Activities of Daily Life (ADL) nach ROPER, LOGAN und THIERNEY (1993) adaptiert. Da bei diesem Bedürfnismodell die Kriterien einer ganzheitlichen Sichtweise auf die Pflege noch nicht umfassend berücksichtigt wurden, firmierte KROHWINKEL (2007) ihr Modell der AEDL, indem sie die sozialen Bezüge der Person mit Pflegebedarf in das nunmehr bekannte ABEDL®-Strukturmodell integrierte, das sich, wie alle bedürfnisorientierten Pflegemodelle, stark an der Maslow'schen Bedürfnispyramide (vgl. Kapitel 2.3.1) orientiert.

KROHWINKEL (2007) integrierte die Aktivitäten des Täglichen Lebens (ATL) (vgl. JUCHLI 1997) in das ABEDL®-Strukturmodell und schaffte dadurch ein Ordnungssystem, mit dessen Hilfe sich die potentiellen Pflegebedarfe in den Bereichen der täglichen Aktivitäten erfassen und strukturieren lassen. Ergänzend zu den ATL führt sie die sozialen Bereiche des Lebens und den Umgang mit existentiellen Erfahrungen auf (vgl. VON REIBNITZ 2009, 22). Es sind folgende Aktivitäten, Beziehungen und existentiellen Erfahrungen des Lebens, bei denen zur Realisierung bzw. Gewährleistung konkrete Pflegehandlungen notwendig werden können. Diese können aber auch Bereiche darstellen, in denen Schülerinnen Förderung erhalten können bzw. die eine unterrichtliche Thematisierung mit Schülerinnen ermöglichen:

1. Kommunikation
2. Sich bewegen
3. Vitale Funktionen des Körpers aufrechterhalten
4. Sich pflegen
5. Essen und trinken
6. Ausscheidungen
7. Sich kleiden
8. Ruhen und schlafen
9. Sich beschäftigen
10. Für Sicherheit in der Umgebung sorgen
11. Sich als Frau oder Mann fühlen
12. Soziale Bereiche des Lebens sichern

- Im Kontakt sein und bleiben
- Mit belastenden Beziehungen umgehen
- Unterstützende Beziehungen erhalten, erlangen, wiedererlangen

13. Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen

- Fördernde Erfahrungen machen
- Mit belastenden, gefährdenden Erfahrungen umgehen
- Erfahrungen, die die Existenz fördern oder gefährden unterscheiden
- Lebensgeschichtliche Erfahrungen einbeziehen

(vgl. WIEDERHOLD 2007)

Anhand des ABEDL®-Strukturmodells können die Pflegebedarfe von Schülerinnen differenziert eruiert und dokumentiert werden. So wird es möglich, auf einzelne Bereiche durch Fördermaßnahmen gezielt Einfluss zu nehmen und diese prozesshaft zu gestalten. Die Erfassung und explizite Benennung individueller Pflegebedarfe ermöglicht deren Einbeziehung in Unterrichts- und Bildungsangebote, die der Schülerin im Zuge individualisierter Lernformen zugänglich gemacht werden können. Denn ohne eine Pflegebedarfsermittlung besteht auch kein pädagogischer Handlungsbedarf in den einzelnen ABEDL®. In Kapitel 3.3 werden die potentiellen Pflegebedarfe von Schülerinnen anhand des ABEDL®-Strukturmodells präzisiert.

2. Das Rahmenmodell der Pflege

Pflege wird im System der fördernden Prozesspflege in einen ganzheitlichen Rahmen gestellt. Im Zentrum der Gestaltung von Pflege stehen nach KROHWINKEL (2007) immer der Mensch mit Pflegebedarf sowie seine persönliche Bezugsperson, die beide das primäre pflegerische Interesse der Bedürfnisbefriedigung, der Problembewältigung sowie der Förderung von Fähigkeiten bei der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens verfolgen. Damit verbunden ist die primäre pflegerische Zielsetzung des Erhaltens, des Erlangens sowie der Wiedererlangung von Fähigkeiten, die die Realisierung einer selbstbestimmten Lebensführung und somit Wohlbefinden, Unabhängigkeit sowie die Lebensqualität des Menschen mit Pflegebedarf fördern. Die genannten Zielsetzungen sollen sich durch die primären pflegerischen Handlungen realisieren, bei denen die Kommunikation den Schlüssel jeglicher Handlungen darstellt. Kommunikation begleitet die gesamte Pflegehandlung durch Beratung, Anleitung sowie Ermutigung, nicht zuletzt bei Personen, die über Lautsprache nicht verfügen, denn Kommunikation schafft eine vertrauensvolle Basis und Beziehung im gesamten Pflegeprozess, ist unverzichtbar für das Wohlbefinden beider an der Pflege beteiligten Personen. Die primären pflegerischen Handlungen zielen in ihrem Inhalt auf die Unterstützung der Person mit Pflegebedarf in ihren täglichen Lebensaktivitäten (den ABEDL®) ab. Aus ganzheitlicher und system-konstruktivistischer Perspektive unterliegt der gesamte Pflegeprozess stets allen einflussnehmenden Faktoren der sozialen und ding-

lich-materiellen umgebenden Umwelt sowie den Kompetenzen und Fähigkeiten, die die zu pflegende Person mit einbringt. Von deren Wirkungsweisen ist die Gestaltung des Pflegeprozesses maßgeblich abhängig (vgl. BOLLMANN 2008, 47; MENKER/WATERBOER 2006, 98f.; MAIKRANZ-BOENIG/BEUL 2008, 11ff.). KROHWINKEL (1998) stellt die Prozesse des Rahmenmodells in folgender Abbildung anschaulich dar:

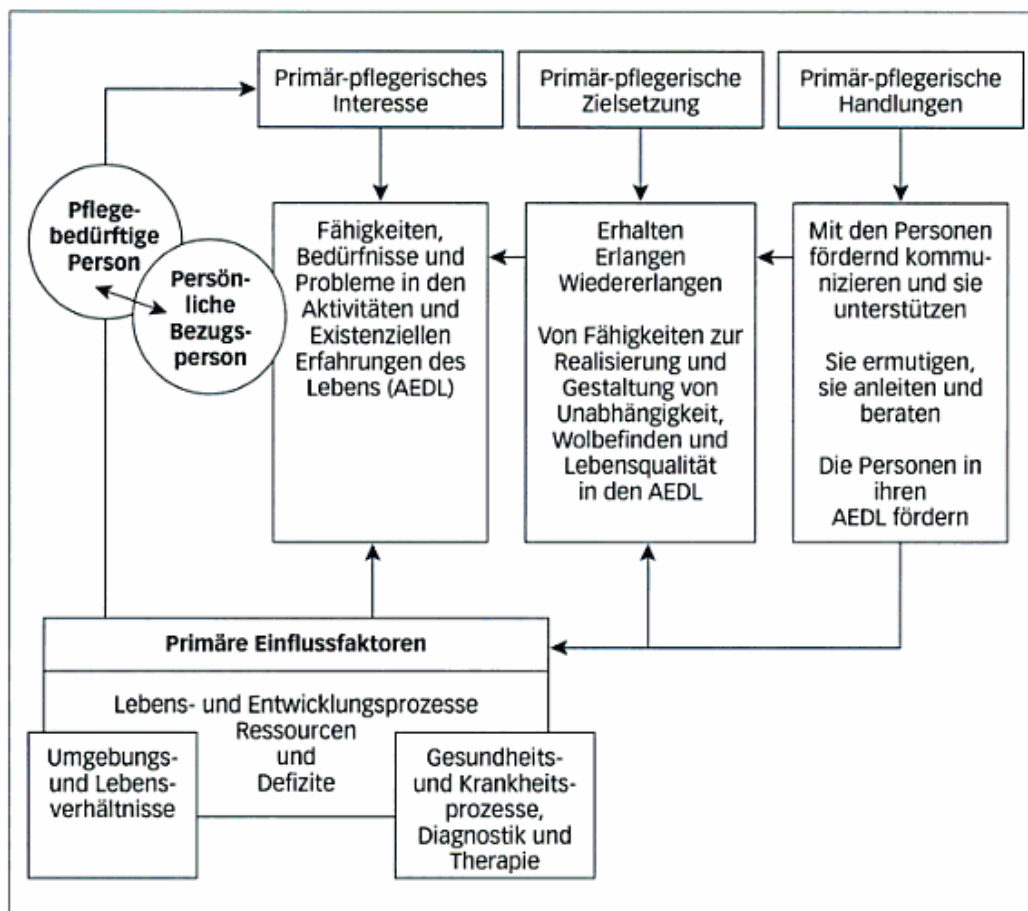


Abbildung 8: Rahmenmodell der ganzheitlich-fördernden Prozesspflege. (Aus: KROHWINKEL 1998, 138)

Durch die nachvollziehbare Prozessabfolge des pflegerischen Rahmens wird die Gestaltung des Pflegeprozesses transparent gemacht und ermöglicht einen flexiblen Praxistransfer, da das Rahmenmodell nicht an institutionelle Vorgaben gebunden ist, entgegen vieler anderer Modelle, die entweder einen starken Bezug zur Altenpflege oder zur Krankenhauspflege herstellen. Das Rahmenmodell der fördernden Prozesspflege ließe sich daher ebenfalls in der schulischen professionellen Pflege implementieren.

3. Das Pflegeprozessmodell

Grundlegend für die ganzheitliche Gestaltung von Pflege ist nach KROHWINKEL (2007) ein zyklischer Beziehungs- und Problemlöseprozess, der sich in einem individuell festgelegten Turnus wiederholt. Im Einzelnen besteht der Pflegeprozess aus den nachstehend genannten vier Schritten:

1. **Pflegebedarfserhebung** anhand des ABEDL®-Strukturmodells. Dabei wird der individuelle momentane Bedarf an stellvertretender oder unterstützender Pflege zusammen mit den Adressaten eruiert. Zusätzlich fließen alle pflegerelevanten Fähigkeiten und Anliegen der Adressaten mit ein.
2. **Pflegeplanung** durch Beschreibung der Probleme, Ressourcen, Ziele und der geplanten Maßnahmen. Diese werden für die Überprüfbarkeit schriftlich fixiert.
3. **Pflegedurchführung** zur Erreichung der angestrebten Zielvorgaben.
4. **Pflegeevaluation** zum Vergleich des aktuellen Stands und der angestrebten Ziele. Die Pflegeplanung und -durchführung werden gegebenenfalls modifiziert.

Das Pflegeprozessmodell als Entwicklungsprozess lässt sich aufgrund seiner klaren und ähnlichen Struktur in die Förderplanung an der Förderschule FmkE integrieren, wodurch eine pflegeimannente Förderplanung ermöglicht wird und Pflege als Bestandteil förderpädagogischer Bildungs- und Unterrichtsinhalte gelten kann.

4. Das Managementmodell

KROHWINKEL (2007) integrierte ein Managementmodell für die strukturelle Organisation von Pflege in ihr System der fördernden Prozesspflege. KROHWINKEL (2007) definiert in ihrem Managementmodell folgende pflegerische Aufgaben- und Verantwortungsbereiche:

- Die direkte Gestaltung von Pflege
- Pflegedokumentation
- Pflegeorganisation
- Die Mitarbeit in den relevanten Disziplinen des jeweiligen Pflegeumfelds
- Kooperation mit anderen Berufsgruppen

(vgl. MÜLLER 2008, 54; KERN 2004, 76)

Eine ganzheitliche Pflegegestaltung lässt sich nur realisieren, wenn Pflege einerseits als klarer Aufgabenbereich definiert ist und Verantwortungen für die Durchführung, Dokumentation und Organisation von eigens dafür zuständigen Personen getragen werden, andererseits muss Pflege in das gemeinsame Arbeitsumfeld aller beteiligten Disziplinen integriert sein. Die Kooperation mit den beteiligten Disziplinen ist entscheidend für eine gemeinsame Problemlösung und Zielerreichung. Auf die Förderschule FkmE übertragen, muss die Verantwortung für den Bereich Pflege klar definiert sein. Außerdem sollten die Organisation, Ziele sowie Aufgaben der Pflege in das Gesamtkonzept der Förderschule FkmE und damit in die höhere Organisationsebene integriert sein, getragen von einer flachen Hierarchiestruktur, in der eine inter- und transdisziplinäre Zusammenarbeit aller Disziplinen ermöglicht wird.

5. Modell zum reflektierenden Erfahrungslernen

Das Modell der „Reflektierenden Praxis“ (vgl. BAUMGARTNER/WELTE 2009) findet vor allem in der konstruktivistischen Schultheorie Beachtung. Damit einher geht eine deutliche

Abgrenzung gegenüber den traditionellen Lernformen, bei denen zunächst die Aneignung der Theorie erfolgt, die danach in die Praxis transferiert werden soll. Nach Auffassung von BAUMGARTNER und WELTE (2009) wird im Rahmen des reflektierenden Erfahrungslernens durch die Oszillation zwischen Theorie und Praxis

„[...] abstrahiertes Wissen generiert, das zum Unterschied von abstraktem Wissen sowohl einen Situationsbezug erhält und andererseits aber auch über den einzelnen Fall hinaus generalisiertes Wissen darstellt.“ (BAUMGARTNER/WELTE 2009, 275)

Das System der fördernden Prozesspflege besitzt eine deutliche Theorie-Praxis-Interdependenz. KROHWINKEL (2007) spricht vom reflektierenden Erfahrungslernen und meint damit den reflektierenden Transfer von Erfahrungen aus der pflegerischen Praxis in die Theoriebildung. Auf die jeweilige Institution bezogen, in diesem Falle die Förderschule FkmE, bedeutet dies, dass die Anwendung des Systems der fördernden Prozesspflege in der konkreten Praxis zu neuen Erkenntnissen und Erfahrungen führt, die durch die gemeinsame Reflexion im Team zu einem neuen Problembewusstsein und schließlich zu neuen Handlungsstrategien (vgl. MÜLLER 2008, 57) führen.

Das Modell des reflektierenden Erfahrungslernens macht das System der fördernden Prozesspflege zu einem universell, institutionsunabhängig einsetzbaren Konzept für die ganzheitliche Gestaltung von Pflege an der Förderschule FkmE oder der inklusiven Schule. Besonders mit Hinblick auf die enorme Heterogenität der Schülerschaft mit Pflegebedarf lässt sich Pflege durch das reflektierende Erfahrungslernen konzeptuell reorganisieren anhand der individuellen Bedürfnisse und Bedingungen.

Komplettierend zum System der fördernden Prozesspflege stellen Teilaspekte des Modells der „psychobiografischen Pflege“ nach BÖHM (2001) eine sinnvolle Ergänzung für die ganzheitliche Ausrichtung der Pflegegestaltung dar. Diesem Modell entsprechend müssen alle an der Pflege eines Menschen beteiligten Personen Kenntnis über die Biografie des Nutzers von Hilfeleistungen besitzen und diese bei der Planung, Durchführung und Reflexion des Pflegeprozesses mit einbeziehen (vgl. ebd.). Psychobiografische Pflege beinhaltet nicht nur die bisherige Biografie des einzelnen Menschen, sondern schließt ebenso seine Lebens- bzw. Zukunftsperspektive mit ein. Gerade deshalb scheint dieses Modell für die Ausrichtung der schulischen Pflege geeignet.

Durch die bisherigen Ausführungen zur Pflege ist letztlich eine Idealvorstellung der ganzheitlichen und humanistischen Pflege beschrieben worden. Das folgende Kapitel 2.5 nimmt die Pflege aus einer anderen Perspektive in den Blick und befasst sich exemplarisch mit potentiellen Tabubereichen der Pflege.

2.5 Eine andere Perspektive auf die Pflege – Tabus in der Pflege

Seit den letzten Jahren ist zu erkennen, dass es zu einem regelrechten Pflegenotstand gekommen ist, der sich aller Wahrscheinlichkeit nach im Zuge des demografischen Wandels

noch verschärfen wird (vgl. BARTHOLOMEYCZIK/HOLLE 2012, 931ff.). Pflege als Dienstleistung am und mit dem Menschen in engster Beziehung ist ein Beruf, der den pflegenden Menschen neben den ‚erfüllenden Momenten‘ viel abverlangt. Es ist nicht nur die finanziell geringe Entlohnung in Kombination zu hohem Arbeitsaufwand, die viele Menschen davon abschreckt, in der Pflege tätig zu werden. Vielmehr sind es ganz menschliche Eigenschaften, die viele Menschen davon abhalten, es ihnen teilweise sogar unmöglich machen, in der Pflege tätig zu sein. Vornehmlich sind dies basale menschliche Gefühle, vor allem Ekel- und Schamgefühle vor Nacktheit, menschlichen Sekreten, Ausscheidungen, vor (zu intimen) Berührungen, vor Ansteckungsgefahr, selbst vor unbekanntem körperlichen Erscheinungsbild etc. Auch subtile Formen der Ablehnung halten Menschen davon ab, andere Menschen zu pflegen. In der Pflege wird zudem durch Krankheit oder ‚Behinderung‘ häufig die eigene Mortalität und Morbidität ins Bewusstsein gerückt und die körpernahe Arbeit mit dem Personenkreis von manchen Menschen als unerträglich empfunden (vgl. PERNOCHNER-KÜGLER 2010; 2004).

2.5.1 Ekel und Körperscham in der Pflege

Das Gefühl von Ekel gehört, neben Angst, Zorn, Freude, Trauer und Überraschung, zu den kulturunabhängigen Grundemotionen des Menschen. Nach IZARD (1994) gelten diese als Grundemotionen, da sie nicht zwangsläufig der kognitiven Bewertung einer Situation bedürfen, sondern sich als direkte Reaktion auf einen Situationsreiz physiologisch zeigen. Die kognitive Bewertung dieser Grundemotionen erfolgt erst nach der physiologischen Wahrnehmung. So unterscheiden sich Grundemotionen von anderen Emotionen wie Liebe, Zufriedenheit etc., denen eine kognitive Bewertung vorausgeht. Die Grundemotionen des Menschen sind schon im frühesten Kindesalter feststellbar (vgl. MITZEL 2000).

Ekel ist eine Emotion, die den Menschen von Urbeginn an vor schädlichen Einflüssen oder Handlungen schützen soll. Unter Bezugnahme auf die zwei Positionen von KOLNAI (1974) hinsichtlich der Ekel auslösenden Reize unterscheidet RINGEL (2000) zwischen...

- **dem physisch Ekelhaftem:** Die Fäulnis ist hierbei nach KOLNAI (1974) der Urgegenstand des Ekels, die den Übergang vom Lebendigen zum Toten kennzeichnet. Daher ist es nicht verwunderlich, dass wir uns vor unseren eigenen sowie anderen Sekreten und Ausscheidungen so lange nicht ekeln, wie sie sich in unserem eigenen oder dem anderen lebendigen Körper befinden. Werden diese jedoch ausgeschieden, so kann in uns das Gefühl von Ekel entstehen. Auch vor Zuständen von Materie ekeln wir uns, z. B. vor Klebrigem, Halbflüssigem, Stinkendem etc. Weiter benennt KOLNAI (1974) den Ekel vor „Krankheit und körperlicher Verwachsenheit“, womit er Deformitäten des menschlichen Körpers meint.
- **dem moralisch Ekelhaftem:** Hauptvertreter des moralischen Ekels ist nach KOLNAI (1974) der Überdrussekel. Demnach wird etwas ehemals als lustvoll

Empfundenes durch die ständige Konfrontation damit zu etwas als ekelig Empfundenes. So kann der ständige Eingriff in die Intimsphären von pflegebedürftigen Menschen und dadurch die ständige Konfrontation mit der Sexualität eines anderen Menschen den moralischen Ekel vor Sexualität auslösen und sich auf das Privatleben von Pflegekräften auswirken. KLEINEVERS (2004) führt dazu ein Beispiel aus einem Interview der Studie von Schützendorf auf:

„[...] das Reinigen einer Scheide kann mein sexuelles Interesse für Stunden und Tage erlahmen lassen. Zumindest drei Altenpflegerinnen, die ich kenne, scheint es nicht anders als mir zu ergehen, nachdem sie eine verschmutzte Eichel und Vorhaut bei einem alten Mann gereinigt haben. Wenn man so ein versiffes Ding gesäubert hat, möchte man so etwas tagelang nicht mehr in sich drin haben [...].“

(KLEINEVERS 2004, 67; vgl. auch ZETTL 2000a, 2000b)

Ekel zählt nach KREY (2003) zu den am stärksten tabuisierten Emotionen in der Pflege. Sie führt dies nicht zuletzt auf den Zusammenhang von Pflege und christlicher Nächstenliebe sowie Barmherzigkeit zurück, die es unnötig machen, Pflege auf Ekel hin zu hinterfragen.

Nach HOFFMANN/SOWINSKI (1991) stellt nicht nur der Ekel an sich eine Abwehrreaktion dar, sondern ebenfalls dessen strukturelle Tabuisierung als Schutz, sich dem Ekel und dessen Auseinandersetzung gänzlich zu entziehen (vgl. ebd., 10f.). Von der strukturellen Tabuisierung von Emotionen in der Pflege sind nach KREY (2003) Frauen deutlich stärker betroffen als Männer. HOCHSCHILD (1990) führt dazu aus:

„Man glaubt, dass Frauen emotionaler sind, und dieser Glaube bedingt die Abwertung der Gefühle. Das bedeutet, dass Gefühle von Frauen nicht als Reaktion auf wirkliche Ereignisse, sondern als Reflex ihrer Emotionalität verstanden werden. [...] Man erwartet von Frauen, dass sie den Unmut besser verkraften, und sieht es als ihre Aufgabe an, den Ärger zu schlucken anstatt ihn zurückzuweisen.“

(HOCHSCHILD 1990, 143)

HANFT (1996) führte eine Befragung von angehenden Krankenpflegerinnen zum Ekelempfinden durch. Die Intensität sowie die Toleranzgrenze von Ekelempfinden hängen nach HANFT (1996) maßgeblich von der Beziehungsgüte zwischen Pflegekraft und der pflegebedürftigen Person ab. Weiter zeigen ihre Ergebnisse, dass die Toleranzgrenze sinkt, wenn Pflegekräfte annehmen, die pflegebedürftige Person hätte die ekelerregende Situation (durch etwas mehr Achtsamkeit) vermeiden können (vgl. ebd., 112ff.). Wird das Gefühl von Ekel ständig im Zusammenhang mit einer bestimmten Person erlebt, so kann dies dazu führen, dass Ekel mit der Person an sich personifiziert wird („Diese Person ist ekelig“).

Für den Umgang mit Ekel in der institutionellen Pflege rät PERNLOCHNER-KÜGLER (2010) zu einem Ekelmanagement auf fünf Ebenen:

Ebene 1: Offenheit für negative Gefühle im Team. Gespräche über erlebten Ekel können helfen, gemeinsam Strategien zu erarbeiten und den Umgang mit ekelerregenden Situationen zu reflektieren. Darüber hinaus haben offene Gespräche eine kathartische Wirkung.

- Ebene 2: Reduktion von Ekel durch eine gute Pflege. Sind Menschen mit einem Pflegebedarf an sich bereits gut ‚gepflegt‘, reduziert sich der Ekel in der Pflege. Dazu gehört auch die Absprache mit den Bezugspersonen (z. B. die Vereinbarung, dass eine Schülerin morgens vor dem Schulbesuch bereits in ihrem häuslichen Umfeld gepflegt wurde.)
- Ebene 3: Größtmöglicher Schutz vor Ekelerregendem durch Handschuhe, Pflegeschaum etc. Handschuhe und Pflegebekleidung schaffen eine zusätzliche Barriere. Zudem sollte im Vorfeld für ausreichend frische Luft gesorgt sein, ohne dass der Raum auskühlt.
- Ebene 4: Abwehr von Ekelgefühlen durch Perspektivwechsel. Zwar können Gefühle gegenüber universellem Ekel (Fäulnis, Verwesung, Sekreten etc.) nicht abtrainiert werden, jedoch können ‚erlernte‘, kulturell bedingte Ekelgefühle gegenüber Situationen oder Objekten wieder verlernt werden. So ist es Menschen beispielsweise möglich, Insekten in ihren Speiseplan aufzunehmen. Der Umgang mit Ekel ist also lernbar. Nach PERNLOCHNER-KÜGLER (2003) gelingt dies umso stärker, je besser ein Wechsel von der emotionalen hin zu einer sachlichen Auseinandersetzung mit den Ekel auslösenden Reizen gelingt (z. B. das Wissen um die Zusammensetzung von Sekreten / Ausscheidungen und deren Funktion).
- Ebene 5: Auszeit nach ekelerregenden Tätigkeiten. Zwar können Pausen helfen, sich von ekelerregenden Situationen zu erholen, dennoch sind diese nicht zu jeder Zeit möglich. PERNLOCHNER-KÜGLER (2003) rät, abwechselnd zu herausfordernden Pflegesituationen, Phasen der nicht Klienten orientierten Arbeit einzuschieben. Auch die transdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen des Arbeitsfeldes kann zur Aufwertung der eigenen Arbeit und zur Kompensation führen. Auf die Förderschule übertragen bedeutet dies, dass Pflegekräfte ausgleichend zu ihren rein pflegerischen Tätigkeiten ebenfalls Phasen der nichtpflegerischen Zusammenarbeit mit den Schülerinnen gestalten. (vgl. ebd., 16ff.)

Bei allen Lösungsansätzen merkt RINGEL (2000) kritisch an, dass mit der Enttabuisierung von Emotionen in der Pflege ebenso die wesentliche Funktion des Auferlegens von Tabus, nämlich die Abwehr gegenüber ungewollten Auseinandersetzungen sowie vermeidende Handlungsstrategien verloren gehen können. RINGEL (2000) beschreibt das Gefühl von Ekel außerdem als Chance. Dementsprechend hemmen moralische Ekelgefühle Menschen darin, Gewalttaten auszuüben. Die Fähigkeit, Ekel vor Unmenschlichem zu empfinden, schützt uns Menschen davor, anderen Menschen Gewalt anzutun.

Eng verbunden mit dem Gefühl von Ekel ist das Gefühl von Körperscham. Im Gegensatz zu Ekel als Grundemotion des Menschen wird das Gefühl von Körperscham im Laufe der Entwicklung und Sozialisation erlernt und ausgebildet. Die empfundene Intensität von Körper-

scham ist einerseits von der kognitiven Bewertung des Einzelnen abhängig sowie andererseits durch kulturelle Einflüsse geprägt. Gerade im Bereich der Grundpflege bedeutet der Eingriff in die Intimsphäre eines anderen Menschen und damit in sein Schamgefühl immer auch einen Eingriff bzw. Angriff auf das eigene Schamgefühl. Auf die Bedeutung von Körperscham für Schülerinnen mit Pflegebedarf wird in Kapitel 3.4.4 näher eingegangen.

2.5.2 Die Gefahr von Gewalterfahrungen sowie sexuellen Missbrauchs

Obgleich kaum Studien zu (sexueller) Gewalt an Kindern, Frauen und Männern mit Behinderungen existieren, besteht in der Fachwissenschaft Konsens darüber, dass dieser Bereich ein brisantes Thema darstellt und Menschen mit Behinderungen in besonderem Maße gefährdet sind, Opfer von (sexueller) Gewalt zu werden (vgl. u. a. CARELL/LEYENDECKER 1995; FEGERT/WOLFF 2002; WEINWURM-KRAUSE 1994; ORTLAND 2008; 2012; ZEMP et al. 1997). Ein Forschungsüberblick kann im Rahmen dieses Diskurses nicht erfolgen. PLAUTE (2001) liefert jedoch eine sehr detaillierte Zusammenfassung der bisherigen Ergebnisse aus einschlägigen Studien zur allgemeinen und sexuellen Gewalt an Menschen mit Behinderungen. Zur Vertiefung sei darauf verwiesen.

Das tatsächliche Ausmaß von allgemeiner sowie sexueller Gewalt lässt sich nach Auffassung von JESCHKE und FEGERT (2006) empirisch nicht repräsentativ erfassen, jedoch belegen viele kleinere Studien und Befragungen, dass allgemeine und sexuelle Gewalt in Institutionen der Behindertenhilfe ein ernst zu nehmendes Thema sind. Es muss davon ausgegangen werden, dass das Dunkelfeld um einiges höher ausfällt, als bekannt gewordene Fälle oder Studien in Zahlen belegen (vgl. ebd., 315ff.).

Aus RINGELS (2000) Ausführungen lässt sich ableiten, dass sexuelle Gewalt an pflegebedürftigen Menschen nicht zwangsläufig sexuell motiviert sein muss. Sie erklärt dies dadurch, dass erstens in der Pflege – vor allem während der Intimpflege – meist vorrangig der Intimbereich das ‚Handlungsfeld‘ darstellt und somit aggressive Handlungen primär auf diesen bezogen seien. Zweitens richten sich Aggressionen, Zorn und Wut der Pflegenden RINGELS (2000) Ansicht nach vor allem gegen den als ekelig empfundenen und mit Scham besetzten Intimbereich. Insbesondere bei geringer Sympathie gegenüber dem pflegebedürftigen Menschen kann auf Seiten der Pflegekraft durch die Intimpflege das Gefühl von Schamlosigkeit gegenüber der eigenen Person entstehen und sich bei mangelnden Deeskalationsmöglichkeiten in gewaltsamen Formen entladen (vgl. ebd., 37ff.). Dazu gehören Manipulationen im Intimbereich, die über den Pflegebedarf hinausgehen, Verletzungen gegen das Schamgefühl bis hin zu physischer Gewalt im Genitalbereich.

Auch wenn keine Zahlen aus Studien vorliegen, die Auskunft über die Häufigkeit von frustrationsmotivierter sexueller Gewalt geben, liegt dennoch eine Chance darin, Strategien zur Vermeidung dieser zu erarbeiten. Demgemäß ist bei dieser Form von sexueller Gewalt die Motiv- und Ursachenlage deutlich enttabuisierter und ergründbarer als bei sexuell moti-

vierter Gewalt. Außerdem lassen sich bei frustrationsmotivierter sexueller Gewalt leichter präventive Handlungsstrategien erarbeiten als bei sexueller Gewalt, die beispielsweise durch pädophile Neigungen oder andere innerpsychische Triebe motiviert sind, unabhängig vom strukturellen Organisationsrahmen der Institution.

Häufiger als unmittelbare physische Gewalt werden laut GIESEKE (2009) subtile Formen von physischer und psychischer Gewalt angewandt. Sie sind Ausdruck einer Verschiebung von Machtverhältnissen zu Ungunsten des pflegebedürftigen Menschen. Gewalt wird so angewendet, dass sie vom pflegebedürftigen Menschen nicht als solche wahrgenommen wird oder nicht wahrgenommen werden kann. Es sind zumeist verdeckte Demütigungen und Bloßstellungen gegenüber dem pflegebedürftigen Menschen, die keine ‚körperlichen Beweise‘ hinterlassen und sich dadurch einer Beweisführung entziehen. STEINFORTH (2001) führt die Merkmale des Ungleichgewichts von Machtverhältnissen sehr ausführlich aus und beschreibt diese anhand von Beispielen subtiler Gewaltanwendung. Einige zusammenfassende Beispiele seien an dieser Stelle aufgeführt:

- Erst wird die After- und Genitalregion mit einem Waschlappen gewaschen und anschließend mit demselben Waschlappen das Gesicht gewaschen.
- Pflegehandlungen werden bewusst gröber ausgeführt.
- Das Fenster im Pflegeraum wird trotz eisiger Außentemperaturen geöffnet.
- Beschimpfungen oder negative Äußerungen über den Körper des Pflegebedürftigen oder generelle behindertenfeindliche Äußerungen werden ausgesprochen.
- Drohungen („Das nächste Mal kannst du das alleine wegmachen“) werden ausgesprochen.
- Eine reine „Satt-und-Sauber-Pflege“ ohne Kommunikation wird durchgeführt.
- Kommunikation findet über den pflegebedürftigen Menschen hinweg statt.
- In der Pflegesituation werden Körperteile des Pflegebedürftigen angestarrt.
- Es wird mit zu kaltem / zu warmem Wasser geduscht.
- Eine Vernachlässigung der ordnungsgemäßen Durchführung von Pflegehandlungen findet statt (z. B. wird die Körperstellung im Rollstuhl nicht auf Druckstellen überprüft).

(vgl. STEINFORTH 2001, 174ff.)

Die Liste ließe sich beliebig fortsetzen, soll aber an dieser Stelle zur Verdeutlichung von potentiellen alltäglichen Demütigungen bzw. subtiler Gewalt genügen.

Häufig wird subtile Gewalt als Rache für den empfundenen Ekel oder Zorn über mangelnde Mitarbeit des pflegebedürftigen Menschen angewandt und dadurch die eigene Anspannung bzw. Wut abgebaut (vgl. GIESEKE 2009, 195f.). Als Erklärungsmodell für Gewalt und Demütigung in der Pflege ziehen verschiedene Autoren das Modell der Feindseligkeitstriade nach IZARD (1994) heran (vgl. u. a. RINGEL 2000; KIENZLE/PAUL-ETTINGER 2009; BÄRSCH/RHODE 2010). Diesem Erklärungsmodell liegt die Annahme zugrunde, dass im Ursprung jeglicher gewalttätiger oder demütigender Handlungen Angst vor der Situation

(primärer Reiz) als Grundemotion steht. Mit Angst ist hier die subjektiv bewertete Furcht vor unbekanntem, bereits erlebtem oder bevorstehenden Ereignissen gemeint, denen diejenige Person sich in der Regel durch Fluchtverhalten entziehen würde. In diesem Fall ist es die Pflegesituation, die im beruflichen Rahmen durchgeführt werden muss. Diese kann jedoch aufgrund des klaren Arbeitsauftrags nicht durch Flucht verlassen werden. Ist diese Angst mit Ekel assoziiert und eine Flucht nicht möglich, so treten weitere Emotionen auf. Nach IZARD tritt am häufigsten die Kombination der Emotionen Ekel und Zorn auf. Diese hält er für gefährlich, denn Zorn richtet sich auf Vernichtung des Angst auslösenden Reizes und Ekel auf die Vermeidung und Beseitigung der Situation. Die Kombination als solche richtet sich oftmals eher gegen die eigene Person und kann zu Depressionen und Krankheiten (z. B. zum Burn-Out-Syndrom) führen. Auch ungerichtete Aggressionen können die Folge sein. Die entscheidende Emotion der Geringschätzung schließt die Triade und führt zu fremdgerichteter Feindseligkeit. Nach IZARD (1994) bestimmt die Intensität des Ekels als stärkste Emotion die Art der Feindseligkeit. Auslösendes Moment für die Feindseligkeit ist IZARDS Auffassung nach die Geringschätzung, der Abwertungsprozess gegenüber dem Individuum sowie seine Objektivierung, die die eigenen Schulgefühle bei feindseligen Handlungen mindert. Geringschätzungen müssen dabei nicht zwangsläufig nur auf die pflegebedürftige Person bezogen sein, sondern können die gesamte Situation erfassen sowie das eigene Berufsfeld der Pflege. Feindselige Handlungen, in diesem Zusammenhang auch als Gewalt bezeichnet, sind psychische und physische Angriffe auf Individuen wie beispielsweise Demütigungen, Drohungen, Schläge, Vernachlässigung, Unterlassung etc., die Menschen in ihrer psychischen, physischen und sozialen Integrität schädigen bzw. verletzen.

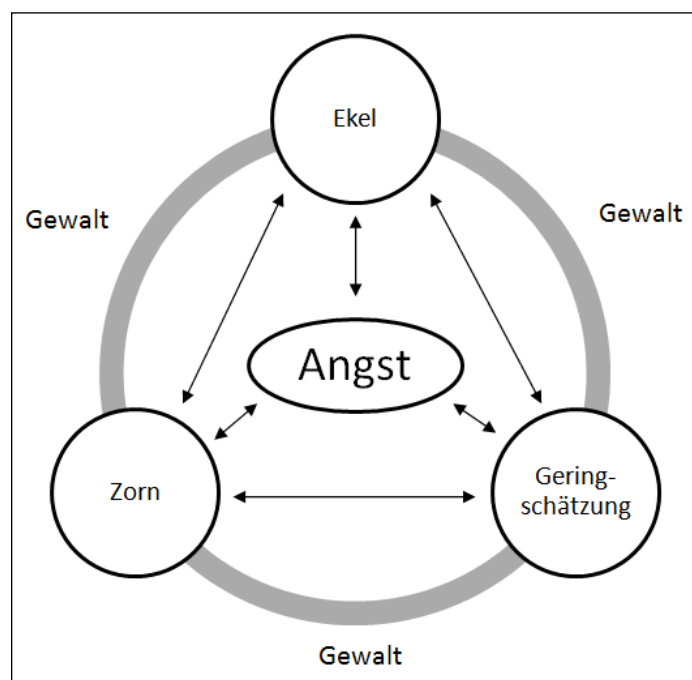


Abbildung 9: Feindseligkeitstriade.
(Eigene Darstellung in Anlehnung an IzARD 1994)

An einem konkreten Beispiel erläutert bedeutet dies:

Eine Pflegerin erhält den Arbeitsauftrag, mit der Schülerin X die morgendliche Intimpflege durchzuführen und verspürt davor große Angst, weil sie sich bisher immer mit allem allein gelassen fühlte. Sie geht dann in die Pflegesituation hinein und empfindet starke Ekelgefühle vor den Ausscheidungen der Schülerin X. Dies kann zu Zorn, Wut und Ohnmacht in der Situation führen. Die Pflegerin spürt am eigenen Körper den erhöhten Herzschlag, Unruhe, Schweißausbrüche und sieht kein Entkommen aus der Situation. In dieser Kombination wird die Pflegerin versuchen, die Intimpflege schnell hinter sich zu bringen, um die Situation zu beenden, da sie die Schülerin wertschätzt und ihre Emotionen kognitiv gegenüber den Bedürfnissen der Schülerin abwägt. Auf Dauer kann es sein, dass die Pflegerin an den immer wiederkehrenden Emotionen erkrankt. Verspürt die Pflegerin allerdings Geringschätzung gegenüber der Schülerin, so macht sie sie zum Objekt ihrer Gefühle von Ekel und Zorn. Durch diesen Abwertungsprozess empfindet die Pflegerin weniger Schulgefühle, sie rächt sich durch abwertende Äußerungen bezüglich der körperlichen Schädigung der Schülerin und baut dadurch ihren Zorn und Ekel ab.

Als weitere Motive für feindselige Handlungen gegenüber pflegebedürftigen Menschen führen KIENZLE und PAUL-BREITLINGER (2009) folgende Faktoren auf:

- Verschobene Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse mit einem deutlichen Machtgefälle zu Ungunsten des pflegebedürftigen Menschen
- Verarbeitung eigener Schwächen und Defizite durch die gesteigerte Hilfsbedürftigkeit des pflegebedürftigen Menschen
- Kompensation innerer emotionaler Spannungen zwischen Altruismus und Egoismus in Form eines gesteigerten ‚Helfersyndroms‘
- Unerfüllte Dankbarkeit gegenüber der eigenen pflegerischen Arbeit
- Ein gesteigertes Geltungsbedürfnis der ästhetischen Überlegenheit des eigenen Körpers gegenüber dem Pflegebedürftigen
- Die eigene Einordnung in das Kontinuum von Gesundheit und Krankheit gemessen an Menschen mit Unterstützungsbedarf → Geringschätzung des pflegebedürftigen Menschen

(vgl. KIENZLE/ PAUL-BREITLINGER 2009, 52ff.)

Gerade im Bereich der Pflege stehen Institutionen vor einem großen Dilemma. Einerseits sollten sie eine Intimitätswahrende Pflege gewährleisten (i. d. R. eine Pflegeperson in abgeschlossenen Räumen) und können dadurch andererseits die Pflegehandlung nicht auf gewalttätige Tendenzen hin kontrollieren. Es gilt daher umso mehr, allgemeine und sexuelle Gewalt nicht allein durch das System an sich zu bekämpfen, sondern besonders in Hinsicht auf sexuell motivierte Gewalt die Emanzipation der potentiellen Opfer, nämlich vornehmlich Menschen mit motorischen, kognitiven und verbalen Einschränkungen darin zu unterstützen, (sexuelle) gewaltsame Übergriffe an ihnen als solche zu erkennen und Möglichkei-

ten der Abwehr zu erarbeiten. Auf die schulische Pflege bezogen geht es vorrangig um eine Erziehung und einen Unterricht, speziell eine Sexualerziehung, die auch Tabuthemen wie sexuelle Gewalt, Misshandlung, allgemeine Gewalt und Macht-Abhängigkeitsverhältnisse thematisiert (vgl. dazu ORTLAND 2008, 109ff.).

Der Aspekt Sexualität und Pflege wird weiter unten explizit im Zusammenhang zu „Pflege als Thema der Sexualerziehung“ aufgegriffen.

Für die schulische Pflege sind die Erkenntnisse über Ekel und Gewalt in der Pflege von großer Bedeutung. Insbesondere, was den Einsatz ungelerner Hilfskräfte (Praktikanten, Freiwillige im Sozialen Jahr, Integrationshelfer) in der Pflege betrifft, stellt sich die Frage nach deren Vorbereitung und Ausbildung auf potentiell ekelerregende Situationen.

Im Rahmen des Forschungsprojekts „Kompetente integrierende Sexualpädagogik für Menschen mit körperlicher Schädigung“ (KiSS) (vgl. ORTLAND/CZERWINSKI 2009) wurden Fortbildungseinheiten für Zivildienstleistende und Freiwillige im Sozialen Jahr zum Themenbereich „Sexualität und Pflege an der Förderschule FkmE“ angeboten. Zur Lerneinheit „Ekel in der Pflege“ gaben alle Teilnehmenden an, sich ständig in Situationen der Intimpflege zu ekeln. Am intensivsten sind Ekelgefühle während der Pflege nach den Mahlzeiten und am frühen Morgen. Die Teilnehmenden gaben zudem an, dass es mit Zunahme der Beschäftigungsdauer gelänge, die Situationen des Ekeles ‚durchzustehen‘. Dennoch gäbe es Schülerinnen, bei denen sie sich im gleichen pflegerischen Rahmen generell ekeln würden. Dies sei bei Schülerinnen, zu denen sie eine positive Beziehung hätten, eher weniger der Fall. Sie gaben aber auch an, keine Strategien oder Angebote zum Umgang sowie zur Reflexion ihrer Emotionen erhalten zu haben (vgl. ORTLAND/CZERWINSKI 2009).

Nicht jede Person kann eine andere Person pflegen. Persönliche Gründe dafür sind nach Ansicht des Verfassers zu respektieren und zu akzeptieren und sollten nicht hinterfragt werden, ein Grundsatz, der auch für die schulische Pflege gelten kann. Kritiker könnten diesen Grundsatz allerdings dadurch einschränken, dass Beschäftigte an der Förderschule FkmE sich im Vorfeld mit den Aufgaben des Berufsbilds auseinandersetzen sollten und gerade bei der Beschulung von Kindern und Jugendlichen mit Pflegebedarf die Gewährleistung der Pflege existentiell zugehörig ist. Dieser Aspekt bietet zusätzlich Anlass, die Ausbildungssituation von Förderschullehrerinnen im Rahmen der Untersuchung zu beleuchten.

Dennoch sollte niemand dazu genötigt werden, eine andere Person zu pflegen. Das Gefühl von Ekel ist uns Menschen als natürliche Abwehrreaktion gegeben und kann, wenn es dauerhaft erzeugt wird und nicht vermieden werden kann, zu Frustrationen führen, die sich auf den gesamten Pflegeprozess negativ auswirken können. Diese negativen Erfahrungen, die oft im Zusammenhang mit Distress genannt werden, führen in der Regel zu Krankheit, Ängsten oder Aggressionen als Resultat von anhaltenden Frustrationserfahrungen, mangelnden Kommunikationsmöglichkeiten, einer dauerhaften Unterdrückung von individuellen Bedürfnissen und Gefühlen etc. (vgl. BÄRSCH/ROHDE 2010). Besonders vor dem Hinter-

grund mangelnder empirischer Erkenntnisse über Gewalt an Menschen mit Behinderungen in der Pflege und dem als hoch einzuschätzenden Dunkelfeld ist es geboten, mit allen denkbaren und adäquaten Mitteln Prävention zu betreiben, und zwar auf Seiten der potentiellen Täter und der Opfer.

Das folgende Kapitel 3 fasst die bisherigen Ausführungen zusammen und richtet den Fokus auf das System Förderschule FkmE, die potentiellen Pflegebedarfe von Schülerinnen sowie die Herausforderungen von Schülerinnen und ihren Unterstützern, die sich einerseits innerhalb des Systems Förderschule und andererseits bezüglich der Vorbereitung auf die zukünftige Lebensgestaltung der Schülerinnen ergeben können.

Die nachstehenden Ausführungen unterstreichen wiederum die Bedeutsamkeit der Berücksichtigung von Pflegeethematiken im Bildungsprozess aller Schülerinnen mit Pflegebedarfen und dienen daher der Hinführung auf Kapitel 4, in dem das Verhältnis der Pflege zum Bildungsprozess der Förderschule FkmE geklärt wird.

3 Schülerinnen mit Pflegebedarf im System Förderschule

Die Sicherstellung und Gestaltung der eigenen Pflege in Stellvertretung oder durch Unterstützung stellt Schülerinnen vor eine Reihe von Herausforderungen und potentielle Probleme. Diese können sich angelehnt an die ICF im Bereich der Körperfunktionen in den täglichen Lebensaktivitäten (nach ABEDL®) zeigen sowie in den Aktivitäten und der Teilhabe in Bereichen ihrer Lebenswelt. Es sind zudem personenbezogene und umweltbezogene Faktoren, die sich in herausfordernder Weise auf die Lebensgestaltung auswirken können.

In erster Linie fordert ein lebensbegleitender Pflegebedarf die Auseinandersetzung mit der eigenen Lebenssituation. Ein lebensbegleitender Pflegebedarf stellt jedoch auch die Bezugspersonen, die pflegerische Leistungen erbringen, vor Herausforderungen und potentielle Probleme. Im Folgenden wird zunächst der Organisationsrahmen der Förderschule FkmE als Handlungsfeld schulischer professioneller Pflege umrissen (Kapitel 3.1). Anschließend daran wird der Versuch unternommen, den Personenkreis der Schülerinnen mit Pflegebedarf zu beschreiben (Kapitel 3.2). Dabei wird vor allem auf die individuellen Herausforderungen und potentiellen Probleme in den täglichen Lebensaktivitäten eingegangen (Kapitel 3.3).

Ferner werden weitere umweltbezogene Bereiche der Lebenswelt exemplarisch für viele andere denkbare Herausforderungen aufgegriffen und um schulrelevante Aspekte ergänzt (Kapitel 3.4).

3.1 Die Institution Förderschule FkmE

Seit dem Beschluss der Kultusministerkonferenz von 1994 zur sonderpädagogischen Förderung ist die Beschulung von Schülerinnen mit Körperbehinderungen außer in der Förderschule grundsätzlich auch im gemeinsamen Unterricht möglich (vgl. LEYENDECKER 2005, 155).

Da zum Zeitpunkt der vorliegenden Untersuchung im Jahre 2008 im Bundesland Nordrhein-Westfalen immer noch 85% aller Schülerinnen mit sonderpädagogischem Förderbedarf „körperliche und motorische Entwicklung“ an Förderschulen FkmE unterrichtet wurden, vor allem Schülerinnen mit erhöhtem Pflegebedarf (vgl. LELGEMANN 2010, 30), bezieht sich die Untersuchung auf eben diese Schulform, obwohl seitens des Verfassers die Position einer inklusiven Beschulung aller Schülerinnen nach Maßgabe der individuellen Fähigkeiten und Bedarfe vertreten wird. Im Folgenden wird die Förderschule FkmE als Gegenstand dieser Untersuchung skizziert.

Förderschulen sind nach §20 Abs. (1) SchulG NRW neben den Allgemeinen Schulen ein möglicher Ort sonderpädagogischer Förderung. Sie sind weiterhin nach §20 Abs. (2) SchulG NRW in sieben Förderschwerpunkte untergliedert und werden als Ganztagschulen

in der Regel mit einer Schulbetriebszeit von 8.30 bis 15.30 Uhr geführt. Schulträger sind hier überwiegend die Landschaftsverbände Westfalen-Lippe und Rheinland (vgl. ORTLAND 2005, 29). Bei Vorliegen einer Körperbehinderung nach §7 AO-SF und / oder einer Schwerstbehinderung nach §10 AO-SF wird das Verfahren zur Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs eröffnet. Die Personensorgeberechtigten sind am Verfahren zu beteiligen. Die Entscheidung über den Förderbedarf, den Förderschwerpunkt und den Förderort liegt formal bei der unteren Schulaufsichtsbehörde (nach §19 SchulG NRW). Liegt ein Förderbedarf in der körperlichen und motorischen Entwicklung vor, kann die Schulaufsichtsbehörde entscheiden, dass die jeweilige Schülerin nach dem Förderschwerpunkt ‚körperliche und motorische Entwicklung‘ an gleichnamiger Förderschule (FkmE) als Förderort unterrichtet wird.

Ein rechtlicher Anspruch auf die Beschulung im gemeinsamen Unterricht besteht jedoch nicht (Stand 2012). Die Entscheidung über den Förderort ist letztlich an sächliche und personelle Voraussetzungen der Beschulung der jeweiligen Schülerin gekoppelt (nach §20 Abs. (7) SchulG NRW). Daher kann es sein, dass im jeweiligen Einzugsgebiet keine allgemeine Schule die barrierefreien Räumlichkeiten, einen Pflegeraum und die personelle Gewährleistung der Pflege bietet, so dass eine Schülerin aufgrund dessen die Förderschule besuchen muss. Es sind aber auch bewusste Entscheidungen der Eltern und teilweise der Schülerinnen selbst, eine Förderschule FkmE zu besuchen. Gründe dafür sind beispielsweise die sonderpädagogische Kompetenz, das umfassende Therapie- und Förderangebot, die gleichgesinnte Peer-Group oder der gewünschte Schonraum der Förderschule FkmE (vgl. DIPPON 2006, 250ff; DEGEL 2008 in LELGEMANN 2010, 35). Zudem bietet die Förderschule neben einem rein pädagogisch-unterrichtlichen Angebot Rahmenbedingungen, die speziell für die Beschulung der Zielgruppe eingerichtet wurden. Diese Rahmenbedingungen sind einerseits gegeben durch eine barrierefreie Gebäudestruktur und andererseits aufgrund der über die Regelschule hinausgehenden Förderangebotsstruktur. Beispielsweise werden an der Förderschule FkmE zusätzlich Therapien (Ergo-, Physio- und Logotherapie) angeboten sowie die pflegerische Versorgung der Schülerinnen über entsprechende Räumlichkeiten und Personal sichergestellt (vgl. THIELE 2009, 146f.). Darüber hinaus verfügen einige Förderschulen über spezielle Angebotsstrukturen der Förderung, beispielsweise Snoezelräume, Bewegungsbad, Förderpflegeräume, Mototherapie etc.

In den meisten Förderschulen FkmE gibt es je Klasse neben dem Klassenraum noch einen separaten kleineren Raum, der neben der Funktion als Speisezimmer zur Differenzierung der Lerngruppen verwendet werden kann. Auf diese Weise besteht die Möglichkeit, diesen Raum mit einer Gruppe von Schülerinnen aufzusuchen und sich dort mit Lerninhalten zu speziellen Thematiken auseinanderzusetzen, die nicht alle gleichsam betreffen, beispielsweise mit Pflege Themen.

An Förderschulen FkmE in NRW können folgende Abschlüsse erreicht werden:

- Hauptschulabschluss
- Hauptschulabschluss nach Klasse 10
- Mittlerer Schulabschluss (Fachoberschulreife) – gegebenenfalls in Verbindung mit der Berechtigung zum Besuch der gymnasialen Oberstufe
- Abschluss des Bildungsgangs im Förderschwerpunkt ‚geistige Entwicklung‘
- Abschluss des Bildungsgangs im Förderschwerpunkt ‚Lernen‘
- Fachhochschulreife
- Allgemeine Hochschulreife

Somit bezieht sich die Förderung an der Förderschule FkmE auf alle in NRW möglichen Bildungsgänge, in denen eine Thematisierung von Pflegeinhalten bei bestehendem Pflegebedarf je nach Richtlinienbezug geboten erscheint.

Im Rahmen der Umsetzung des Artikels 24 der UN-Behindertenrechtskonvention befinden sich einige Förderschulen FkmE derzeit im Umbau zu einem dualen System aus Regel- und Förderschule, den sog. Kompetenzzentren NRW (vgl. dazu HEIDENREICH 2007, 5ff.). Diesbezüglich heißt es in §20 Abs. 5 SchulG NRW:

„Der Schulträger kann Förderschulen unterschiedlicher Förderschwerpunkte im Verbund als eine Schule in kooperativer oder integrativer Form führen. Der Schulträger kann Förderschulen zu Kompetenzzentren für die sonderpädagogische Förderung ausbauen. Sie dienen der schulischen Förderung von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf und Angeboten zur Diagnose, Beratung und ortsnahen präventiven Förderung. Das Ministerium wird ermächtigt, die Voraussetzungen zur Errichtung und die Aufgaben im Einzelnen durch Rechtsverordnung näher zu regeln.“
(§20 Abs. 5 SchulG NRW)

Die Kompetenzzentren arbeiten in Kooperation mit allgemeinen Regelschulen und entsenden ihr Fachpersonal zur Gewährleistung sonderpädagogischer Förderung in den gemeinsamen Unterricht. Außerdem bieten Kompetenzzentren derzeit die Beschulung von Schülerinnen mit sonderpädagogischem Förderbedarf nach AO-SF weiterhin selbst an. Im Zuge dessen

„[...] sind Förderschulen und Sonderpädagogik gefordert, ihre sonderpädagogische Professionalität innerhalb der allgemeinen Schule einzubringen und die inklusive Bildung und Erziehung von SchülerInnen in Praxis und Theorie konstruktiv voranzutreiben.“
(MÜNCH/ZIEMEN 2011, 2)

Damit einher geht die Flexibilisierung sonderpädagogischer Unterstützung und Beratung hin zu einer möglichst Förderschwerpunkt übergreifenden Angebotslage der Kompetenzzentren. Allgemeines Ziel ist nach einem KMK-Beschluss vom 18.11.2010 weiterhin der Ausbau sowie die Umgestaltung des Schulsystems hin zu einer inklusiven Beschulung aller Schülerinnen mit und ohne Behinderungen mit der Unterstützung von Kompetenzzentren im Idealfall als „Schulen ohne Schüler“ (vgl. KMK 2010). Eine allumgreifende Umsetzung der

inklusive Beschulung hängt gerade bei Schülerinnen mit Pflegebedarf maßgeblich von der personellen und sächlichen Gewährleistung einer qualitativen Pflegegestaltung ab.

Weitere inhaltliche Rahmenbedingungen zur Pflege werden in Kapitel 4 im Zusammenhang kontextueller Bedingungen schulischer Pflege beschrieben.

3.1.1 Mitarbeiterinnen der Förderschule FkmE – Ein Kompetenzteam

KLAUB/LAMERS/JANZ (2005) betonen in ihrer Studie die Bedeutung und Notwendigkeit eines multiprofessionellen Teams für Schülerinnen mit schwersten und komplexen Behinderungen an Förderschulen:

„Auf interprofessionelle Zusammenarbeit sind diese SchülerInnen schließlich auch deshalb angewiesen, weil es für eine einzelne Person eine Überforderung darstellen kann, einer auf Grund der Besonderheit jedes Kindes notwendigerweise sehr heterogenen Gruppe von SchülerInnen gleichzeitig adäquate Lernangebote zu machen und zugleich jedem Kind die individuell begleitende Unterstützung zu geben, die es braucht. Schülerinnen und Schülern mit schweren und mehrfachen Behinderungen bedürfen in Verbindung mit ihrer pädagogischen Förderung häufig intensiver therapeutischer Unterstützung, außerdem ist die Pflege bei diesen Schülerinnen und Schülern ein wichtiger Bestandteil ihres Schulalltags.“

(KLAUB/LAMERS/JANZ 2005, 33f.)

Diese Aussagen zur Notwendigkeit der Interprofessionalität sollten gleichsam für alle Schülerinnen mit ihren individuellen Pflegebedarfen an der Förderschule FkmE gelten, da für die Gewährleistung einer ganzheitlichen Pflege der Schülerinnen, die auch pädagogische Aspekte berücksichtigt, eine multiprofessionelle Unterstützung durch die Kompetenzen der Professionen Pflege und Pädagogik förderlich erscheint. Neben dem Schwerpunkt ihrer Profession, die Förderschullehrerinnen, Therapeutinnen und Pflegekräfte als Mitarbeiterinnen an der Förderschule FkmE vertreten, sind sie häufig zusätzlich in einem oder mehreren Gebieten spezialisiert (z. B. unterstützte Kommunikation, Sexualerziehung, körpernahe Förderung schwerstmehrfachbehinderter Schülerinnen, Kinaesthetics, Bobath etc.). Dies führt zu einem vielseitigen Kompetenzfundus, der über entsprechende Austauschforen sowie kleinere interne Fortbildungseinheiten im Sinne eines Kompetenztransfers für alle Mitarbeiterinnen zugänglich gemacht werden sollte (vgl. KLAUB/LAMERS/JANZ 2005). Das Kompetenzteam der Förderschule FkmE setzt sich an den meisten Förderschulen folgendermaßen zusammen:

Den **Schulleiterinnen** obliegen Aufgaben der übergeordneten Schulorganisation auf schulischer Ebene, in enger Zusammenarbeit mit den vorangestellten Behörden. Sie nehmen wichtige Aufgaben in der konzeptuellen Ausgestaltung der Schule wahr. Durch ihren Vorsitz in offiziellen Gremien der Schule sorgen sie für eine demokratische Entscheidungsfindung schulbezogener Angelegenheiten und Vorhaben. An Förderschulen sind Schulleiterinnen in der Regel selbst sonderpädagogisch ausgebildet. Im Bereich der Bildungsarbeit sollen Schulleiterinnen laut §20 Abs. 1 ADO u. a.

„[...]1. für die Erörterung pädagogischer und fachlicher Fragen in den Konferenzen sorgen und darauf hinwirken, dass der Unterricht den Richtlinien und Lehrplänen entspricht, 2. dafür Sorge tragen, dass neue Erkenntnisse und Ergebnisse der Fach- und Erziehungswissenschaften in die schulische Arbeit eingebracht werden.“

(§20 Abs. 1 ADO)

Förderschullehrerinnen der Förderschule FkmE haben eine sonderpädagogische Lehramtsbefähigung und verfügen aufgrund ihrer Ausbildung über behinderungsspezifische Fachkenntnisse. Zudem besitzen sie Kompetenzen der didaktisch-methodischen Gestaltung von Unterrichtsprozessen in der Unterrichtung von Schülerinnen mit körperlichen und motorischen Beeinträchtigungen. Allgemein sind Förderschullehrerinnen durch ihre sonderpädagogische Ausbildung mit den spezifischen Bedürfnissen und potentiellen Problemlagen der Schülerinnen vertraut und arrangieren darauf abgestimmt den Fachunterricht sowie den pädagogischen Schulalltag. Auch sind Förderschullehrerinnen oft durch ihre universitäre Ausbildung bereits auf spezifische Bedürfnislagen spezialisiert, z. B. unterstützte Kommunikation, musiktherapeutische Angebote, Förderpflege etc. (vgl. JANZ 2006, 78). Bedingt durch ihre vielfältige Spezialisierung, übernehmen sie außerdem häufig eine anleitende Funktion und sind gerade in der inklusiven Schule unverzichtbar. Zusätzlich zu sonderpädagogischem Fachpersonal arbeiten an Förderschulen FkmE Fachlehrerinnen. Diese verfügen in der Regel über eine berufspraktische Ausbildung, z. B. als Erzieherin oder Therapeutin und haben sich nicht selten berufsbegleitend zur pädagogischen Fachkraft ausbilden lassen (vgl. ebd., 78).

Therapeutinnen gehörten bislang fest zur Mitarbeiterstruktur der Förderschule FkmE. Oft sind diese primär als Physio- oder Ergotherapeutinnen ausgebildet, besitzen aber insbesondere durch langjährige Tätigkeiten im schulischen Bereich sowie die enge Beziehung zu den Schülerinnen der Förderschule FkmE disziplinübergreifende Kompetenzen. Sie decken einerseits die therapeutischen Bedürfnisse der Schülerinnen im Rahmen der Ganztagesbeschulung ab und tragen dadurch zur Entlastung in der häuslichen Situation bei, da der Großteil des therapeutischen Bedarfs auf diese Weise während der Schulzeit abgedeckt wird. Andererseits gehören sie überwiegend fest zum Klassenteam und wirken u. a. beratend in therapeutischen Fragen an der Gestaltung des Schulalltags mit (z. B. Esstraining beim gemeinsamen Essen, Möglichkeiten der Lagerung von Schülerinnen). THIELE (2009) merkt an, dass die bisherige Situation der therapeutischen Angebotslage an Förderschulen FkmE durch den zunehmenden Kostendruck gefährdet ist und die Übernahme der Therapiekosten mittlerweile verstärkt personenbezogen über die Krankenkasse (auf Rezept) erfolgt (vgl. ebd., 147).

Das **pflegerische Personal** an der Förderschule FkmE verfügt derzeit über eine pflegerische Ausbildung nach dem Bundesausbildungsgesetz, nicht aber über eine auf den Personenkreis spezialisierte pflegerische Ausbildung, da die Berufsgruppe spezialisierter Heilerziehungspflegerinnen bislang nicht im medizinisch-behandlungspflegerischen Bereich tätig sein

durfte. Hinsichtlich der fachspezifischen Qualifikation innerhalb des Berufsbildes der professionellen Fachpflege sind alle pflegerischen Berufsgruppen zulässig. So arbeiten im Gesamtteam der Förderschule FkmE Kinderkrankenpflegerinnen, Krankenpflegerinnen, Altenpflegerinnen und Kinderpflegerinnen. Diese sind im Bundesland Nordrhein-Westfalen nicht wie das Lehrpersonal vom Land angestellt, sondern vom jeweiligen Schulträger (in NRW hauptsächlich die Landschaftsverbände Westfalen-Lippe und Rheinland). Sie erhalten von der Trägerschaft separate Beschäftigungsverträge, die vom realen Betrieb der Förderschule abgekoppelt sind. Aus diesem Grund müssen Pflegekräfte beispielsweise Ferienzeiten auf Beschäftigungszeiten anrechnen lassen. Pflegerisches Hilfspersonal ist für die Sicherstellung schulischer Pflege unverzichtbar.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung waren als *Hilfspersonal* vor allem Zivildienstleistende sowie junge Frauen und Männer im Bundesfreiwilligendienst an der Förderschule FkmE beschäftigt. Die Aussetzung der Wehrpflicht und damit gleichzeitig des Zivildienstes erfordert gerade im Bereich des Hilfspersonals eine Umorientierung. Das Hilfspersonal an Förderschulen FkmE wirkt in allen Bereichen des schulischen Lebens mit. Die Helfer befördern Schülerinnen innerhalb des Schulgebäudes und -geländes, sie haben zumeist ein offenes Ohr für die Schülerinnen und unterstützen nicht selten das Spielen der Schülerinnen etc. Viel öfter jedoch übernehmen sie verantwortungsvolle Aufgaben im Bereich der Grundpflege, der Nahrungsaufnahme, der Lagerung etc. von schwerstbehinderten Schülerinnen. Alle diese Aufgaben übernehmen sie größtenteils ohne Vorkenntnisse und Ausbildung, oftmals intuitiv (vgl. KLAUB/LAMERS/JANZ 2005, 34). Nicht zuletzt sollten daher die jungen Frauen und Männer, die das Hilfspersonal bilden, als die kleinen Stellwerke bezeichnet werden, ohne die sich die großen Räder nicht drehen würden.

3.1.2 Organisation der Pflege und Individualbetreuung

Die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung von Schülerinnen mit Pflegebedarf an der Förderschule FkmE sowie deren individuelle Begleitung und Unterstützung stellt eine Grundvoraussetzung für den Schulbesuch dar. Dessen Organisation und Gewährleistung ist jedoch rechtlich nicht verankert. Beispielsweise fehlt im SchulG NRW ein entsprechender Absatz und selbst das Wort Pflege bzw. pflegerische Versorgung wird dort nicht aufgeführt. Bisweilen stellte die pflegerische Versorgung von Schülerinnen an Förderschulen eine Zusatzleistung des jeweiligen Schulträgers dar. So steht in §92 SchulG Abs. 1:

„Schulkosten sind die Personalkosten und die Sachkosten. Kosten für die individuelle Betreuung und Begleitung einer Schülerin oder eines Schülers, durch die die Teilnahme am Unterricht in der allgemeinen Schule, der Förderschule oder der Schule für Kranke erst ermöglicht wird, gehören nicht zu den Schulkosten.“

(§92 SchulG Abs. 1)

Weiter steht in §92 SchulG Abs. 2:

„Alle übrigen Personalkosten und die Sachkosten trägt der Schulträger.“ Nach einem einschlägigen Gerichtsurteil des OVG Münster müssen die Kosten für jegliche Individualbetreuung und Pflege jedoch nicht mehr vom Land NRW sowie dem überörtlichen Schulträgern übernommen werden.“ (§92 SchulG Abs. 2)

Dazu folgender aktueller Auszug aus einer Bekanntmachung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe:

„[Für den] Einsatz sogenannter Integrationshelferinnen und Integrationshelfer in §92 Abs. 1 Satz 2 [wurde] folgende Regelung getroffen: „Kosten für die individuelle Betreuung und Begleitung einer Schülerin oder eines Schülers, durch die die Teilnahme am Unterricht in der allgemeinen Schule, der Förderschule oder der Schule für Kranke erst ermöglicht wird, gehören nicht zu den Schulkosten.“ Diese Regelung tritt gemäß §133 Abs. 2 SchulG am Tage nach der Verkündung dieses Gesetzes in Kraft (Mitte März). Sie stellt nun ausdrücklich klar, dass Aufwendungen für sogenannte Integrationshelferinnen und Integrationshelfer weder zu den vom Land NRW noch zu den vom Schulträger aufzubringenden Schulkosten zählen, weil es ihnen als Pflichtaufgabe nicht obliegt, den Schulbesuch durch Assistenzpersonal erst zu ermöglichen. Im Ergebnis entspricht dies der bisherigen Praxis. Bei Kindern und Jugendlichen mit körperlicher oder geistiger Behinderung ist danach im Einzelfall zu prüfen, ob eine Kostenübernahme für den notwendigen Einsatz der Integrationshelferin bzw. des Integrationshelfers im Rahmen der Eingliederungshilfe nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches XII (§54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XII in Verbindung mit §12 Nr. 1 der Eingliederungshilfeverordnung "Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung") möglich ist. Ein entsprechender Antrag ist beim zuständigen (örtlichen) Sozialamt zu stellen. Bei Kindern und Jugendlichen mit seelischer Behinderung (z. B. Autismus, ADHS) ist zu prüfen, ob eine Kostenübernahme im Rahmen der Eingliederungshilfe nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches VIII (§35a Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 3 SGB VIII) möglich ist. Für diesen Personenkreis ist ein entsprechender Antrag ist beim zuständigen (örtlichen) Jugendamt zu stellen. *Sofern Schülerinnen und Schüler die einen Anspruch auf Behandlungspflege gemäß §37 Abs. 2 Sozialgesetzbuch V gegen die Krankenversicherung haben, besteht dieser Anspruch auch während des Schulbesuchs* [Hervorhebung d. Verf.] (Beschluss des Bundessozialgerichts vom 21.11.2002, Az.: B 3 KR 6/02 R).“

(Landschaftsverband Westfalen-Lippe 2011)

Die weitere Entwicklung des rechtlichen Rahmens für die Sicherstellung der schulischen Pflege bleibt folglich abzuwarten. Im Beschluss der KMK vom 18.11.2010 wird dazu bereits aufgeführt:

„Das sonderpädagogische Angebot wird durch weitere Angebote **anderer Kostenträger** [Hervorhebung d. Verf.] ergänzt, u. a. durch Schulassistenz, sozialpädagogische, medizinisch-therapeutische und pflegerische Leistungen.“

(KMK 2010)

Für die Erteilung einer Individualbetreuung ist in jedem einzelnen Fall ein Antrag der Sorgeberechtigten beim zuständigen Sozialamt bzw. Jugendamt zu stellen. Zugleich sind für die Bewilligung ein Bericht der Schule mit ausführlicher Begründung, ein amtsärztliches Gutachten sowie eine Stellungnahme des Schulamts erforderlich. Dies stellt für die Schule

neben dem bereits existierenden Organisationrahmen (AO-SF Verfahren, Förderplanerstellung etc.) eine zusätzliche Belastung dar.

Neben dem Einsatz personengebundener Pflegekräfte in der Behandlungspflege und deren Kostenübernahme durch den Sozialhilfeträger bleibt die Übernahme der Kosten für die allgemeine Grundpflege aller Schülerinnen mit Pflegebedarf durch geeignetes Personal ungeklärt. Bisher werden die Kosten für schulangehörige Pflegekräfte noch als freiwillige Zusatzleistung von den regionalen Schulträgern übernommen. Ungeklärt ist weiterhin, wie mit der Personengebundenheit individueller Hilfen (z. B. Integrationshelfer) umzugehen ist. Es wäre rein rechtlich denkbar, organisatorisch dagegen denkbar ungünstig, in einer Klasse mit 12 Schülerinnen, die einen Anspruch auf Individualbegleitung haben, ebenfalls 12 Integrationshelfer im Klassenteam zu beschäftigen.

Darüber hinaus bleibt abzuwarten, welche Entwicklung die professionelle Pflege an der Förderschule FkmE in Bezug auf die Personalentwicklung nehmen wird. Denkbar ist hier, dass spezielle Bedarfe von Schülerinnen in der Behandlungspflege durch personengebundene Pflegekräfte abgedeckt werden. Hinzu käme eine Vielzahl von personengebundenen Integrationshelfern. Weiterhin könnte angenommen werden, dass hoch qualifizierte Fachpflegekräfte, die eine erweiterte und bedarfsgerechte Grundpflege für alle Schülerinnen anbieten, ungelerten Integrationshelfern weichen würden. Ebenfalls nachteilig könnte sich die Gebundenheit der persönlichen Pflegekräfte an die freien außerschulischen Trägerschaften erweisen. Dies könnte dazu führen, dass sich das personengebundene Pflegepersonal nicht mehr dem allgemeinen Schulleben und damit der schulorganisatorischen Arbeit verbunden fühlen würde, sondern lediglich auf Klassenebene fungieren würde. So sehr sich die abzeichnende Entwicklung als nachteilig für das System Förderschule erweist, umso förderlicher wäre diese Entwicklung für die inklusive Schule, in der jede Schülerin die Gewährung individueller Assistenz in Begleitung und Pflege erhält. Dieser wegweisende Ansatz der frühen individuellen Hilfeplanung bereits in der Schule könnte eine Brücke von der schulischen Lebenswelt in die nachschulische Lebenswelt schlagen, in der vor allem individuelle Hilfen maßgeblich zur Gestaltung eines selbstbestimmten Lebens beitragen (vgl. auch FLEMMING 2010, 281ff.). Dennoch heißt es in §20 Abs. 7 SchulG:

„Gemeinsamen Unterricht für Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf und ohne sonderpädagogischen Förderbedarf kann die Schulaufsichtsbehörde mit Zustimmung des Schulträgers an einer allgemeinen Schule einrichten, **wenn die Schule dafür personell und sächlich ausgestattet ist** [Hervorhebung d. Verf.].“ (§20 Abs. 7 SchulG)

Für die Gewährleistung einer Grundpflege sowie für die erweiterten Bedürfnisse einer fördernden Pflege bedeutet dies eine adäquate Ausstattung mit speziellen Pflegeräumen, in denen die Umsetzung der Grund- und Förderpflege möglich ist. Zudem muss diese personell umgesetzt werden können, denn die Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs im Förderschwerpunkt ‚körperliche und motorische Entwicklung‘ schließt bei vorhandenem

Pflegebedarf der Schülerin eine Förderung in diesem Bereich mit ein, wenngleich derzeit noch nicht verbindlich, da für den Förderschwerpunkt ‚körperliche und motorische Entwicklung‘ des Bundeslandes Nordrhein-Westfalen derzeit lediglich ein Richtlinienentwurf vorliegt (vgl. MSWWF 2002).

Eine weitere einschneidende Entwicklung der Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe wird höchstwahrscheinlich bis in die Förderschulen und inklusiven Schulen hineinreichen. Aufgrund immer knapper werdender Sach- und Personalressourcen im Bereich der Pflegeversorgung wird dazu übergangen, die beruflichen Qualifikationsanforderungen an die Ausübung der medizinischen Behandlungspflege zu lockern und es auch nicht pflegerisch ausgebildetem Personal zu ermöglichen, in Teilen der medizinischen Behandlungspflege tätig zu sein. Dazu wurde von der Bundesvereinigung der Lebenshilfe im Jahr 2005 eine rechtliche Leitlinie entwickelt, die vorsieht, die bisherigen Qualifikationsanforderungen als Pflegefachkraft für den Bereich behandlungspflegerischer Leistungen nach der Eingliederungshilfe (SGB XII) aufzugeben (vgl. Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. 2008). Das Bundessozialgericht (BSG) hat dem bereits vorläufig entsprochen. Darunter fallen jene pflegerischen Leistungen bei Schülerinnen der Förderschule FkmE wie beispielsweise Sondieren, Katheterisieren, Absaugen von Bronchialsekret etc. Diese Entwicklung und letztendlich die rechtliche Verankerung könnte dazu führen, dass jegliche pflegerischen Maßnahmen an Förderschulen und allgemeinen Schulen zukünftig nach einer Einweisung von Hilfspersonal durchgeführt werden dürften. Ob dies der Fall sein wird, bleibt jedoch abzuwarten.

Zur Organisation schulischer Pflege im zukünftigen System sonderpädagogischer Förderung lassen sich in der Literatur sowie bei den zuständigen Behörden bisher keine verbindlichen Aussagen finden. Folgende Szenarien scheinen derzeit möglich:

- Die Gewährleistung der Grund- und Behandlungspflege (vgl. Kapitel 2.2.1) an den Kompetenzzentren / Förderschulen wird wie bisher weiterhin als freiwillige Zusatzleistung von den Schulträgern sichergestellt und durch Hilfspersonal⁵ ergänzt.
- Die Grundpflege wird an den Kompetenzzentren / Förderschulen sowie im gemeinsamen Unterricht durch Hilfspersonal abgedeckt. Die Behandlungspflege wird durch personenbezogene Pflegekräfte erfüllt.
- Die Gestaltung der Grundpflege wird als gemeinschaftliche Aufgabe des Schulpersonals angesehen. Für die Behandlungspflege steht weiterhin allgemeines professionelles Pflegepersonal zur Verfügung.
- Die Gestaltung der Grund- und Behandlungspflege erfolgt schulformunabhängig durch personengebundenes Pflege- und Betreuungspersonal (Integrationshelfer).
- Die Kompetenzzentren / Förderschulen stellen selbst Integrationshelfer und Pflegekräfte ein und rechnen diese stundenweise mit dem Sozialhilfeträger bzw.

⁵ Hilfspersonal würde akquiriert durch den Bundesfreiwilligendienst, Praktikantinnen.

der Pflegeversicherung ab. Das Kompetenzzentrum wäre damit Anbieter und Leistungserbringer in einem.

- Pflegerische Maßnahmen und Individualbetreuung werden von Heilerziehungspflegerinnen erbracht, da diese nun ebenfalls in der Behandlungspflege tätig sein dürfen.
- Jegliche Pflegeleistungen werden durch Hilfspersonal erbracht, da dieses nach Einweisung die Behandlungspflege auch übernehmen darf.

PITSCH (2003) tendiert dazu, als Lösung des Problems Heilerziehungspflegerinnen einzustellen, da diese über eine dem Personenkreis der Schülerinnen mit Pflegebedarf gegenüber passgenaue pädagogisch-pflegerisch orientierte Ausbildung verfügen (vgl. ebd., 98).

Das Fehlen professionellen Pflegepersonals und gleichsam der administrativen pflegerischen Organisationsebene an Förderschulen würde die Umsetzung der in Kapitel 2 vorgestellten Qualitätsstandards der professionellen Pflege bedeutend erschweren, wenn nicht sogar gänzlich verhindern.

3.2 Der Personenkreis der Schülerinnen mit Pflegebedarfen

Zunächst können auf der Grundlage einer aktuellen Erhebung aus dem Jahr 2010 zur „Beschreibung der Schülerschaft an Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt ‚körperliche und motorische Entwicklung‘ in Nordrhein-Westfalen“ von HANSEN (2012) an 24 Förderschulen FkmE (mit insgesamt 4314 Schülerinnen) allgemeine Eckdaten zur Schülerschaft an eben dieser Schulform zusammengefasst werden, die sich vor dem Hintergrund der vorliegenden Studie als relevant erweisen:

- Bei einer durchschnittlichen Schulgröße von 209 Schülerinnen (und 21 Schulklassen) beträgt die Zahl der Kinder und Jugendlichen mit schwersten oder komplexen Behinderungen nach §10 AO-SF⁶ 38,1%.
- Bei der Verteilung der Förderbedarfe weisen 49,5% einen Förderbedarf im Bereich der Selbstständigkeit auf.
- Es zeigt sich eine Zunahme von Schülerinnen, derzeit 16,67%, die wegen der Notwendigkeit intensiver medizinischer Betreuung einen deutlich höheren Personalschlüssel erfordern, in der Regel eine 1:1 Betreuung.

(vgl. HANSEN 2012, 127ff.)

Die Daten aus der Studie von HANSEN (2012) werden durch die Erhebungen der vorliegenden Untersuchung im Folgenden um pflegerelevante Daten ergänzt. Im Vorfeld der Inter-

⁶ Verordnung über die sonderpädagogische Förderung, den Hausunterricht und die Schule für Kranke des Landes Nordrhein-Westfalen (Stand 2012). Als schwerstbehindert sind dort Schülerinnen definiert „[...] a) deren geistige Behinderung, Körperbehinderung oder Erziehungsschwierigkeit erheblich über die üblichen Erscheinungsformen hinausgeht oder b) bei denen zwei oder mehr der Behinderungen Blindheit, Gehörlosigkeit, anhaltend hochgradige Erziehungsschwierigkeit, geistige Behinderung und hochgradige Körperbehinderung vorliegen.“ (MSW 2012)

viewerhebung sowie im Rahmen der Teilnehmenden Beobachtung der vorliegenden Untersuchung wurde ebenfalls die Anzahl der Schülerinnen mit Pflegebedarfen erfragt.

Die Zahlen basieren überwiegend auf Schätzwerten der Schulleiterinnen. Konkrete schulinterne Zahlen werden jährlich lediglich zur Gesamtanzahl der Schülerinnen sowie zu den Schülerinnen, die nach AO-SF §10 beschult werden, erhoben. Dies liegt zum einen daran, dass sich die Zuteilung von Pflegekräften an Förderschulen FkmE nach der Gesamtschülerzahl richtet, unabhängig von den tatsächlichen Pflegebedarfen der Schülerinnen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung war der Personalschlüssel auf 1 Pflegekraft zu 50 Schülerinnen festgelegt (Stand 2008).

Von 35 Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt ‚körperliche und motorische Entwicklung‘ in NRW liegen für 30 Förderschulen Schätzwerte von Schulleiterinnen aus der Interviewerhebung zur Anzahl der Schülerinnen mit Pflegebedarfen vor, davon ergänzend für 11 der 35 Förderschulen FkmE in NRW reale Werte aus den Teilnehmenden Beobachtungen.

Danach haben zusammen im Durchschnitt 50% der Schülerinnen an 29 Förderschulen FkmE in NRW einen Bedarf an unterstützender oder stellvertretender Pflege. Eine Förderschule FkmE ist hier durch einen Anteil von Schülerinnen mit Pflegebedarf von lediglich 9% als Ausnahme zu werten. Insgesamt lassen die Daten darauf schließen, dass zumindest nicht alle Schülerinnen mit Pflegebedarfen der Gruppe der schwerstbehinderten Schülerinnen zuzurechnen sind, jedoch 16,67% der Schülerinnen mit Pflegebedarfen gleichermaßen einen erheblichen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Vermuten lässt sich, dass ein Großteil der Schülerinnen mit Pflegebedarfen ebenso einen Förderbedarf im Bereich Selbstständigkeit aufweist.

Zu Forschungszwecken in Bezug zur Interviewbefragung musste eine Einteilung vorgenommen werden, die grundlegend unterschiedlichen Bedürfnissen von Schülerinnen mit Pflegebedarfen gerecht wird. SCHLÜTER (2010, 92f.) schlägt hinsichtlich der schulischen Pflege an der Förderschule FkmE eine Einteilung der Schülerinnen, ausgehend vom pflegerischen Unterstützungsbedarf, kombiniert mit den Möglichkeiten der selbstbestimmten und selbstständigen Gestaltung der eigenen Pflege, vor. Sie unterscheidet vier grundlegende Gruppen von Schülerinnen:

- Schülerinnen, die der Anleitung und Begleitung bedürfen, nicht jedoch konkreter Hilfestellung bei ihrer selbstpflegerischen Versorgung. Gründe dafür können einerseits in Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen liegen, andererseits ihre Ursache in der Selbstwahrnehmung des eigenen Körperbildes haben, die beispielsweise eine verringerte Schmerzwahrnehmung zur Folge hat.
- Schülerinnen, die mehr oder weniger Hilfestellungen bei der selbstpflegerischen Versorgung benötigen wie beispielsweise beim Öffnen von Kleidungsver-schlüssen, beim Umsetzen oder dem Zurechtschneiden der Nahrung.
- Schülerinnen, bei denen sich das Verhältnis von Selbstpflege hin zur unterstützenden oder stellvertretenden Pflege umkehrt. Pflegehandlungen können nur

in geringem Maße selbst ausgeführt werden, jedoch können Bedürfnisse, Vorlieben und Techniken so eindeutig verbalisiert werden, dass die Pflege in harmonischer Interaktion stattfindet.

- Schülerinnen, die in der Fachwissenschaft als schwerstmehrfach oder komplex behindert beschrieben werden. Die Pflege erfolgt in fast allen Lebensbereichen in Stellvertretung, wobei diese Schülerinnen häufig sehr eingeschränkte Möglichkeiten haben, ihre Bedürfnisse mitzuteilen. Pflegehandlungen können daher reaktiv, beispielsweise über Mimik, Atmung oder die Haut begleitet werden.

Im Zuge der vorliegenden Untersuchung wird die Einteilung in zwei Gruppen nicht nach individuellen Merkmalen vorgenommen, sondern der Versuch unternommen, die Schülerinnen ausgehend vom Bildungssystem Förderschule nach zwei grundlegenden Gruppen von „Lernwelten“ (vgl. dazu Kapitel 1.5.5) zu unterscheiden. Dabei werden die ersten Gruppen von Schülerinnen, wie SCHLÜTER (2010) sie beschreibt, zu einer Gruppe zusammengefasst und von der vierten Gruppe, die sie benennt, differenziert. Diese Differenzierung geschieht zum einen in Schülerinnen mit körperlichen Beeinträchtigungen und überwiegend kognitiven Lernwelten, wobei hier der Umfang der pflegerischen Bedarfe von der Anleitung bis hin zur stellvertretenden Übernahme der überwiegenden Aktivitäten des täglichen Lebens variiert. Zum anderen erfolgt eine Differenzierung in eine Gruppe von Schülerinnen mit existentiellen Hilfe- und Pflegebedarfen in vielen Lebensbereichen, deren elementarisierte Lernwelten überwiegend auf körpernahen und erlebnisorientierten Erfahrungen basieren.

Art und Umfang des pflegerischen Bedarfs bedürfen – neben allgemeinen Bildungsinhalten zur Pflege, der Gestaltung individueller Lerninhalte, die sich nur schwer pauschalisieren lassen. Auch hinsichtlich der Schädigungsbilder, stellt LELGEMANN (2010) fest, lassen sich keine eindeutigen Schülergruppen mehr ausmachen (vgl. ebd., 48ff.). Selbst wenn den behindernden Erfahrungen einer Schülerin beispielsweise das Schädigungsbild einer ICP ursächlich zugrunde liegt, lässt sich dennoch keine allgemeingültige Aussage über deren spezifische Symptomatik treffen und demzufolge ebenfalls nicht zum Bedarf an pflegerischer Unterstützung bzw. Stellvertretung.

Für die Interviewbefragung wurde den Teilnehmern die Unterscheidung der beiden Schülergruppen anhand der Definition von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen nach FRÖHLICH (2003) angeboten. Es wird angenommen, dass der überwiegende Teil des Personals an Förderschulen mit dem Konzept der basalen Stimulation und der Definition des Personenkreises der Schülerinnen mit schwersten Behinderungen nach FRÖHLICH (2003) vertraut ist. Die andere, sehr heterogene Gruppe bilden die Schülerinnen, die sich nicht dem von FRÖHLICH (2003) definierten Personenkreis zuordnen lassen.

Die Unterteilung in diese zwei Schülergruppen wird letztlich dadurch begründet, dass für Schülerinnen mit Pflegebedarfen ohne schwere kognitive Beeinträchtigungen – unabhängig von der Schwere der motorischen Beeinträchtigung – zusätzlich zu körpernahen Förderangeboten sowie der immanenten Berücksichtigung von Pflege-thematiken im gesamtschuli-

schen Bildungsprozess ebenfalls eine Thematisierung von Pflegeinhalten im (Fach-) Unterricht in Betracht gezogen werden sollte.

Die Möglichkeiten einer unterrichtlichen Thematisierung von Pflegeinhalten sind gleichermaßen Gegenstand des Kapitels 4.3.4 wie der Untersuchung. Im Folgenden werden die beiden Schülergruppen differenziert dargestellt.

3.2.1 Schülerinnen mit überwiegend kognitiven Lernwelten und unterstützendem oder stellvertretendem Pflegebedarf

Die Gruppe der Schülerinnen, deren Lernwelten sich überwiegend kognitiv darstellen, ist ebenso heterogen wie die gesamte Schülerschaft der Förderschule FkmE. Als grundlegende Unterscheidung für die hier beschriebene Schülergruppe sollen kognitive Lernwelten gelten, die sich über verbale Kommunikation erschließen lassen, mit oder ohne kommunikativ unterstützende Hilfsmittel. Übergeordnet werden hier Schülerinnen beschrieben, deren Lebenswelt wir über Kommunikation nachvollziehen können. Dieser Gruppe zuzuordnen sind auch solche Schülerinnen, die nach den Richtlinien für den Förderschwerpunkt ‚Lernen‘ unterrichtet werden (vgl. MSW 1977).

LELGEMANN (2010) fasst die Ergebnisse einer Studie von WEHR-HERBST (1997) zusammen und zeigt auf, dass 59% der Schülerschaft der Förderschule FkmE Lernbeeinträchtigungen aufweisen. LEYENDECKER (2005) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass als Ursache von Lernbeeinträchtigungen in den meisten Fällen keine Intelligenzminderung auszumachen sei, sondern diese Beeinträchtigungen auf erschwerte Wahrnehmungsmöglichkeiten zurückzuführen seien, die sich aus motorischen und körperlichen Beeinträchtigungen ergeben. Bei Kindern und Jugendlichen mit zerebralen Bewegungsstörungen hängt motorische Beweglichkeit nach LEYENDECKER (2005) eng zusammen mit geistiger Flexibilität.

Folglich lernen diese Schülerinnen nicht weniger, sondern sie benötigen dafür mehr Zeit, ihre Lernzuwächse sind erheblich verlangsamt und verlaufen unregelmäßig sowie diskontinuierlich (ebd., 97).

Die hier beschriebenen Schülerinnen können unabhängig von der Schwere ihrer körperlichen Beeinträchtigungen einem auf kognitive Lerninhalte ausgerichteten Unterricht folgen und daraus einen persönlichen Lernzuwachs erzielen. Weiter sind es Schülerinnen, denen es durch ihre kognitiven ‚Lernwelten‘ möglich ist,

- ihren inneren Zustand anderen Menschen über Kommunikation mitzuteilen,
- ihre Grundbedürfnisse selbst einzuschätzen und diese auch mit kommunikationsunterstützenden Systemen so zu kommunizieren, dass sie von anderen verstanden werden,
- im System der derzeit verfügbaren ambulanten und stationären Hilfen ein selbstbestimmtes und weitgehend selbstentschiedenes Leben zu führen, mit oder ohne tagestrukturierenden Hilfestellungen,

- in einem (heutzutage) relativ dynamischen Hilfesystem individuelle Entscheidungen zu treffen und die Tragweite dieser in den Grundzügen zu realisieren,
- auch unter stark erschwerten motorischen Bewegungsmöglichkeiten ihren Bedarf an Pflege durch Anleitung von Assistenzpersonen sowie den Einsatz technischer Hilfen sicherzustellen,
- sich auch weiterhin nachschulisch kognitive Lern- und Bildungsinhalte zu erschließen.

Bezogen auf die physiologische und kognitive Entwicklungsebene können es Schülerinnen sein,

- die aufgrund von motorischen und körperlichen Beeinträchtigungen der Extremitäten, des Kopfes und / oder des Rumpfes einen selbstständigen Körpertransfer in pflegerelevanten Bereichen nicht bewältigen können,
- denen aufgrund von motorischen und körperlichen Beeinträchtigungen der Extremitäten, des Kopfes und / oder des Rumpfes die selbstständige Nahrungsaufnahme erschwert wird,
- die bislang noch keine adäquaten Kompensationsmöglichkeiten erlernen konnten bzw. keinen Zugang zu diesen hatten,
- denen technische Hilfsmittel für die selbstständige Pflegedurchführung fehlen und / oder deren Handhabung noch nicht erlernt wurde,
- deren Entwicklungspotentiale bislang nicht vollständig erkannt und gefördert wurden,
- die den selbstverantworteten Umgang mit ihrer Grunderkrankung bzw. die daraus resultierenden pflegerischen oder therapeutischen Maßnahmen noch erlernen müssen (z. B. Inhalieren bei Mukoviszidose),
- die im Laufe ihres Lebens aufgrund einer progredienten Erkrankung (und häufig verkürzten Lebenserwartung) einen zunehmenden Bedarf an Pflege haben.

Insgesamt können sich bei den hier beschriebenen Schülerinnen potentiell Bedarfe in allen Bereichen der Aktivitäten des täglichen Lebens zeigen, die im Laufe des Lebens in ihrem Umfang zu- oder abnehmen und je nach medizinischem und technischem Fortschritt sogar entfallen können.

Die vorgestellte Gruppe von Schülerinnen benötigt neben der Erziehung und dem Unterricht in den Kulturtechniken eine individuelle Förderung ihrer spezifischen Kompetenzen. Dazu gehört ebenso die Thematisierung ihrer Lebenswelten, zu denen ein lebensbegleitender Pflegebedarf zählt. Die Thematisierung der individuellen (Pflege-)Bedarfe und der behindernden Erfahrungen erfordert es darüber hinaus, die eigene Behinderung in den Fokus individueller Lernarrangements zu stellen. Dazu ist eine pädagogische Haltung erforderlich, die neben allen Forderungen nach Selbstbestimmung und Inklusion die individuellen Behinderungen und potentiellen Problemlagen der Schülerinnen in ihrer Bedeutsamkeit nicht vernachlässigt, nicht zuletzt auch bezogen auf eine lebenslange Pflegebedürftigkeit (vgl. dazu ORTLAND 2006).

Um in der Untersuchung einen Konsens bezüglich der Begrifflichkeit herzustellen, wird in der vorliegenden Arbeit der Personenkreis aus diesen Gründen, angelehnt an LEYENDECKER (2005), als Schülergruppe mit körperlichen und motorischen Behinderungen / Beeinträchtigungen beschrieben. Teilweise wird aus pragmatischen Gründen die Schülergruppe ohne schwerste Behinderungen vom Personenkreis der Schülerinnen mit schwersten Behinderungen, wie er folgend definiert ist, begrifflich unterschieden. Inhaltlich liegen die zuvor genannten und die folgenden Annahmen über Behinderung zugrunde.

3.2.2 Schülerinnen mit existentiellm Hilfe- und Pflegebedarf sowie überwiegend erfahrungsorientierten Lernwelten

In den Fachwissenschaften der Heil- und Sonderpädagogik wird auf eine einheitliche begriffliche Festlegung des Personenkreises verzichtet. Vielmehr richtet sich die Bezeichnung nach den jeweiligen Begründungszusammenhängen. So finden sich in der einschlägigen Literatur beispielsweise Bezeichnungen wie schwerstbehindert (vgl. FORNEFELD 1998a; THEUNISSEN 1992), schwer mehrfachbehindert, intensiv behindert (vgl. SPECK 1997) oder komplex behindert (vgl. FORNEFELD 2008; LELGEMANN 2010), aber auch Bezeichnungen, die versuchen, den Mensch als Individuum in den Vordergrund zu stellen, wie Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen (vgl. FRÖHLICH 2003), Menschen mit besonderen Erziehungsbedürfnissen (vgl. DREHER 1998) oder Menschen mit umfassendem Hilfebedarf (vgl. KLAUB/LAMERS 2003).

Bei allen Unklarheiten der Begriffe bietet sich eher an, die Schülergruppe nicht ausgehend von individuellen Merkmalen zu beschreiben, sondern sie wie FORNEFELD (2008) in ihren Ausführungen zum Begriff der ‚komplexen Behinderungen‘ jeweils in Relation zum betrachteten Kontext bzw. System zu setzen (vgl. ebd., 50ff.).

In der vorliegenden Arbeit besteht der Gesamtkontext aus der schulischen Pflegegestaltung im System Förderschule. Bezogen darauf ist von Schülerinnen die Rede, die einen existentiellen Hilfe- und Pflegebedarf haben und sich Bildungs- sowie Lerninhalte zum Themenbereich Pflege über basale sowie erlebnis- und erfahrungsorientierte didaktisch-methodische Unterrichtssequenzen aneignen können. Auch wenn eine solche Sichtweise sicherlich gedanklich häufig inbegriffen ist, hat sich insbesondere in der sonderpädagogischen Praxis der Begriff der schwerstbehinderten Schülerinnen bzw. Schülerinnen mit schwersten Behinderungen durchgesetzt und ist infolgedessen zu einem Begriff geworden, der gleichzeitig auf spezifische Förder-, Erziehungs- und Unterrichtbedürfnisse, Hilfe- und Unterstützungsbedarfe sowie pflegerische und therapeutische Versorgung schließen lässt. Aus diesem Grund findet der Begriff ebenso in der Verordnung über die Feststellung der sonderpädagogischen Förderung (AO-SF) sowie in den Richtlinien zur Förderung schwerstbehinderter Schülerinnen des Landes Nordrhein-Westfalen (vgl. MSW 1985) Anwendung.

Letztlich wird in der Fachliteratur der Personenkreis – häufig aus definitorischen Gründen – gleichermaßen auf die Begriffe schwerste, komplexe oder mehrfache Behinderung zurückgeführt. In der vorliegenden Arbeit wird daher nicht gänzlich auf den Begriff verzichtet, um einen inhaltlichen Konsens der interviewten Experten innerhalb der Untersuchung herstellen zu können. Bei allen Bemühungen um einen Behinderungsbegriff, der nach einem bio-psycho-sozialen Modell vor allem die Umwelt als behinderndes Moment in den Vordergrund stellt, darf die besondere gesundheitliche Situation der Schülerinnen mit schwersten Behinderungen nicht in den Hintergrund gerückt werden. Deren Vernachlässigung würde den enormen Lebensleistungen und Ansprüchen dieser Schülerinnen auf Hilfe und Unterstützung nicht gerecht werden. FRÖHLICH (et al. 1997; 1999; 2003; et al. 2011) weist deshalb an verschiedenen Stellen explizit darauf hin.

„Menschen mit schwersten Behinderungen leiden unter chronischer gesundheitlicher Labilität, immer wieder tauchen Krisen auf, Infekte, Atemwegserkrankungen, Anfälle, notwendige Operationen etc. Die Ernährungssituation ist äußerst kritisch, Sondenernährung ist häufig die einzige Möglichkeit, einen schwerstbehinderten Menschen am Leben zu erhalten. Aspiration, Austrocknung, Entgleisung von Medikamentenspiegeln sind ständiges Risiko [...]. Schwerste Behinderung ist fast immer auch chronische Lebensgefährdung.“ (FRÖHLICH 1999, 428f). „Dies alles führt zu einem gesundheitlichen Status, der unabhängig von der primären Schädigung als chronische Krankheit bezeichnet werden kann.“ (FRÖHLICH 2003, 21)

FRÖHLICH lässt in seiner Beschreibung von schwerster Behinderung andere Behinderungskategorien wie ‚körperbehindert‘ oder ‚geistige Behinderung‘ aus, da diese der Komplexität und Ganzheitlichkeit der Situation dieser Menschen nicht gerecht würden.

Eine Anlehnung an das AO-SF eignet sich für die Beschreibung dieser Schülergruppe jedoch nicht, da aus §10 AO-SF (Schwerstbehinderung) nicht eindeutig hervorgeht, durch welche ‚Lernprozesse‘ sich die dort verorteten Schülerinnen ihre Welt erschließen. So heißt es in §10 Abs. 1 AO-SF lediglich:

„Als schwerstbehindert gelten Schülerinnen und Schüler, a) deren geistige Behinderung, Körperbehinderung oder Erziehungsschwierigkeit erheblich über die üblichen Erscheinungsformen hinausgeht oder b) bei denen zwei oder mehr der Behinderungen Blindheit, Gehörlosigkeit, anhaltend hochgradige Erziehungsschwierigkeit, geistige Behinderung und hochgradige Körperbehinderung vorliegen.“
(§10 Abs. 1 AO-SF)

FORNEFELD (2000) präzisiert diese Definition von Schwerstbehinderung, indem sie den Ausprägungsgrad der einzelnen Beeinträchtigungen in den Vordergrund stellt. Ihrer Auffassung nach liegt eine schwerste Behinderung vor, wenn

„[...] eine Mehrfachbehinderung, die aus einer Verbindung von zwei oder mehr Behinderungen (z. B. geistige Behinderung und Körperbehinderung, Blindheit oder Gehörlosigkeit) besteht, wobei der Ausprägungsgrad der einzelnen Behinderungen immer gravierend ist. Zur Schwerstbehinderung gehört immer eine geistige Behinderung.“
(FORNEFELD 2000, 70)

Es sind in der Regel Schülerinnen,

„[...] die bei allen täglichen Verrichtungen der Hilfe anderer bedürfen, die gefüttert, angezogen, gepflegt, gelagert werden müssen [...], die sich nicht durch aktive Sprache, sondern eher durch Laute oder somatisch [...] ausdrücken.“

(FORNEFELD 2000, 70; zit. nach SCHLICHTING 2009, 25)

Die Gruppe der Schülerinnen mit existentiellm Hilfe- und Pflegebedarf, deren Lernwelten auf elementaren Erfahrungen basieren, ist enorm heterogen. FRÖHLICH und HAUPT (1993) drücken dies wie folgt aus:

„Die Gruppe der so genannten schwerstbehinderten Kinder ist zu inhomogen, ihre ursprüngliche Krankheit, ihre Lebensgeschichte, ihr sozial-familiäres Umfeld unterscheidet sich so stark, dass statistisch relevante Gruppen nicht zusammengestellt werden können.“

(FRÖHLICH/HAUPT 1993, 9)

Schülerinnen mit schwersten Behinderungen erleben ihren Alltag auf individuelle Weise. HAUPT sieht in diesem Zusammenhang das Erleben des Menschen als „vitale Grundausstattung“ des Menschen, das nicht von ausgebildeten Strukturen abhängt (vgl. HAUPT in FRÖHLICH 1991, 19). FORNEFELD (2000) und FRÖHLICH (2003) zeigen im Zusammenhang der Beschreibung der Schülergruppe zusätzlich die Bedürfnisse und Anforderungen an die didaktisch-methodische Gestaltung ihrer Lern- und Bildungsprozesse auf, die aus der Lebenswelt der Schülerinnen heraus entstehen. HAUPT (2006) beschäftigt sich explizit mit den didaktisch-methodischen Gestaltungsmerkmalen der Lernsituationen von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen. Zusammengefasst bedürfen die Schülerinnen...

- einer Elementarisierung der Lernziele,
- basaler Erfahrungen,
- körperlicher Nähe, um andere Menschen und Dinge wahrnehmen und mit ihnen in Beziehung treten zu können,
- viel körperlicher Nähe, um direkte Erfahrungen machen zu können,
- körperlicher Nähe, um andere Menschen wahrnehmen zu können,
- anderer Menschen, die ihnen die Umwelt auf einfachste Weise nahe bringen,
- anderer Menschen, die ihnen Fortbewegung und Lageveränderung ermöglichen,
- anderer Menschen, die sie auch ohne Sprache verstehen und sie zuverlässig versorgen und pflegen.

(vgl. FRÖHLICH 2003, 16; FORNEFELD 2000, 110f.; HAUPT 2006, 129ff.)

Diese Bedürfnisse und Anforderungen an den Unterricht erfordern eine multiprofessionelle Zusammensetzung des Teams an Förderschulen.

„Damit wird die schulische Arbeit mit diesen Schülern zu einem Feld, auf dem es wie sonst kaum in Schulen zur Interprofessionalität kommen muss und kommt.“

(JANZ 2006, 70)

Die Notwendigkeit zur Interprofessionalität ergibt sich nach KLAUB et al. (2005) u. a. aus dem Bedarf an

- „[...] sehr unterschiedlicher Individuums-spezifischer Unterstützung in den Bereichen Pädagogik, Physio- und Ergotherapie, allgemeine und Behandlungspflege inkl. Ernährung, (Fort-) Bewegung etc.,
- individueller Assistenz, um am Unterricht teilnehmen zu können; sie ist sehr häufig zur individuellen Unterstützung erforderlich,
- verlässlichen Beziehungen zu Personen (Eltern, Bezugslehrperson), die angesichts der Vielfalt von Bezugspersonen abgesprochen werden müssen,
- externer Kooperation mit ÄrztInnen bei SchülerInnen mit inneren, orthopädischen, Hauterkrankungen etc.“

(KLAUB 2003, 33)

KLAUB (2003) nennt im Zusammenhang mit multiprofessioneller Zusammenarbeit zentrale Aufgaben von Schule als einen Lebensort:

- „Gestaltung und Bewältigung des Alltags, der Bedürfnisbefriedigung (,Pflege‘), des Erlebens und der Tagesstrukturierung [...],
- Integration des Kindes in die Schule als Teil der Gesellschaft: Partizipation, Zugehörigkeit, Teilhabe, befriedigende Sozialkontakte und gegenseitige Lernanregungen,
- Sicherstellung notwendiger Hilfen, Therapien und spezieller Förderung,
- Gewährleistung des Bildungsanspruchs im Bereich der lebenspraktischen Bildung, der Wahrnehmung, Kommunikation, der Beziehung, aber auch der Zugang zu ,höheren Kulturgütern‘.“

(KLAUB 2003, 164)

Die gesamten Bemühungen der multiprofessionellen Förderung von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen führen jedoch dazu, dass diese Schülerinnen eine Lebenswelt erleben, die hauptsächlich durch professionelle Strukturen geprägt ist. So gehören

„Therapien unterschiedlichster Art [...] ebenso zum Erfahrungsrepertoire des schwerstbehinderten Menschen wie eine Fülle von Förderversuchen – alle repräsentiert durch unterschiedliche Menschen, die vom Behinderten selbst nicht gewählt werden konnten, sondern die kraft ihrer beruflichen Kompetenz in das Leben des Behinderten eindringen.“

(FRÖHLICH 2003, 23)

Zusammenfassend lassen sich auf der Grundlage der Auffassungen von FRÖHLICH (2003), HAUPT (2006), KLAUB (2003) und FORNEFELD (2000) dem Personenkreis Schülerinnen zusprechen,

- deren Kommunikationswege wir als ihre Unterstützer nur schwer oder gar nicht verstehen,
- deren Bedürfnisbefriedigung existentiell von der Hilfe und Unterstützung anderer Menschen abhängt,

- die ihre Bedürfnisse durch basale Kommunikation wie Gestik, Mimik und vor allem durch physiologische Körperreaktionen mitteilen (z. B. Schwitzen, Frösteln, Magengeräusche, Hauttemperatur, Hautbeschaffenheit etc.),
- deren Bildungs- und Unterrichtsgestaltung auf körpernahen Erfahrungsmöglichkeiten basieren,
- die durch körpernahe Förderkonzepte die jeweilige Pflegesituation in ihrer Gestaltung erleben und erfahren,
- denen es durch die Elementarisierung von pflegerischen Lerninhalten möglich ist, Pflegehandlungen als solche zu erleben und mitzugestalten,
- die durch relativ konstante Bezugspersonen und körperliche Nähe zu ihnen Gewohnheiten und Vorlieben in der Pflege ausbilden können,
- deren äußere Lebenswelt von anderen Menschen vorkonstruiert wird.

Wenn in der vorliegenden Arbeit Schülerinnen mit schwersten Behinderungen genannt werden, so beziehen sich die entsprechenden Stellen auf Schülerinnen mit existentiellm Hilfe- und Pflegebedarf sowie erlebnis- bzw. erfahrungsorientierten Lernwelten, so wie in diesem Kapitel dargelegt.

3.3 Potentielle Pflegebedarfe von Schülerinnen als Herausforderungen

Es ist von enormer Bedeutung, ein differenziertes Bild der potentiellen Pflegebedarfe von Kindern und Jugendlichen mit körperlichen und motorischen Beeinträchtigungen zu zeichnen, da dieser Bereich in der (Sonder-)Pädagogik stark vernachlässigt scheint. Vor dem Hintergrund der Komplexität potentieller Pflegebedarfe bei Schülerinnen mit körperlichen Beeinträchtigungen bedeutet das Wissen um die spezifischen Bedarfe vor allem bei non-verbal kommunizierenden Schülerinnen die Kompetenz, diese Bedarfe zu erkennen und richtig einzuschätzen, was eine Grundbasis für den auf Lernen und Erfahrung basierenden Schulalltag darstellt.

Die folgenden Ausführungen veranschaulichen, welche Relevanz die Befriedigung der elementaren Grundbedürfnisse durch eine ganzheitliche und lebensweltorientierte Pflege für die Antezedenzen des schulischen Lernens wie Motivation, Aufmerksamkeit, Lernbereitschaft, Ausdauer etc. besitzt. Um die Komplexität der Pflegebedarfe von Schülerinnen mit körperlichen Beeinträchtigungen und somit die Komplexität von Pflege selbst annähernd zu erfassen, scheint es hilfreich, diese anhand des ABEDL®-Strukturmodells (vgl. Kapitel 2.4) für eine Konkretisierung zu differenzieren.

FRÖHLICH (2003; et al. 2011) übertrug das Pflegemodell der Aktivitäten des Täglichen Lebens (ATL) nach JUCHLI (1997) bereits auf die Bedürfnisse von Menschen mit schwersten Behinderungen. Da das Modell der ATL die zwischenmenschlichen Beziehungen und existentiellen Erfahrungen des Lebens nicht ausreichend berücksichtigt, soll für die vorliegende Arbeit das Modell der ABEDL® nach KROHWINKEL (2007) zugrunde gelegt werden, um

ausgehend davon die Bedeutung der ABEDL®-Bereiche für das tägliche Leben, die Er-schwernisse durch körperliche und motorische Beeinträchtigungen aufzuzeigen und die Be-dürfnisse von Menschen mit Pflegebedarf in diesen Bereichen zu beschreiben. Es sei ange-merkt, dass sich die Pflegebedarfe von Schülerinnen nicht trennscharf voneinander ent-sprechend dem ABEDL®-Strukturmodell zeigen, sondern häufig kumulieren. Zwar werden die nachstehend dargestellten ABEDL-Bereiche von den Pflegewissenschaften als Pflegebe-reiche beansprucht, lassen sich jedoch, wie bereits in Kapitel 2.2 erwähnt, ebenfalls als Be-reiche kennzeichnen, in denen an der Förderschule FkmE pädagogisch gehandelt wird oder die zu Fördersituationen werden können.

Dies wird auch von PRASCHAK (2010) und FRÖHLICH et al. (2011) bestätigt, die das Pflege-modell der „Aktivitäten des Täglichen Lebens“ (ATL) auf den Bildungsprozess von Schü-lerinnen mit schwersten Behinderungen übertragen und gerade in dieser Überschneidung zwischen Pflege und Pädagogik die Chance einer gemeinsamen transdisziplinären Zusam-menarbeit von Pflegekräften und Pädagoginnen in der Förderung von Kindern und Ju-gendlichen mit schwersten Behinderungen sehen (vgl. FRÖHLICH et al. 2011, 229ff.; PRASCHAK 2010, 4).

In den folgenden Unterkapiteln werden die potentiellen Pflegebedarfe bzw. je nach Per-spektive die Pflegebedürfnisse von Schülerinnen mit motorischen Beeinträchtigungen dar-gestellt. Wie bereits in Kapitel 2.2 erwähnt, ergibt sich für die folgenden Pflegebereiche wiederum die Diskrepanz zwischen den objektiv zugeschriebenen Pflegebedarfen und den Pflegebedürfnissen, die die Schülerinnen subjektiv für sich bewerten. So kann es sein, dass Schülerinnen zusätzliche Bedürfnisse in ihrer Pflege beanspruchen, die im Assessment ihres Pflegebedarfs nicht bedacht worden sind. Zweitens können individuelle pflegerische Be-dürfnisse bestehen, die im ‚Leistungskatalog‘ der jeweiligen Schule nicht aufgeführt sind bzw. dort aufgrund personeller, räumlicher, zeitlicher, struktureller oder normativer Bedin-gungen nicht befriedigt werden können. Zu bedenken ist in diesem Zusammenhang auch, dass der ermittelte Pflegebedarf – und damit die geleistete Pflege – deutlich über die indivi-duellen Bedürfnisse hinausgehen kann, vor allem im Hinblick auf wohlwollend gemeinte Förderangebote, wenn beispielsweise das gesamte Repertoire basaler Aktivierung und Wahrnehmungsförderung in der Pflege zum Einsatz kommt. Es gilt daher, als Bezugsperson besonders sensibel und aufmerksam für die Bedürfnisse von Menschen zu sein, insbeson-dere bei denjenigen mit eingeschränkten kommunikativen Fähigkeiten.

Aufgrund des begrenzten Rahmens der vorliegenden Arbeit ist es nicht möglich, alle poti-entiellen Pflegebedarfe sowie deren Ursachen und Möglichkeiten der Gestaltung darzustellen, da eine differenzierte Darstellung jeweils eigenständige Beiträge erfordert. Auf entspre-chende ausführliche Quellen wird jedoch verwiesen.

3.3.1 Kommunizieren

Die zwischenmenschliche Kommunikation stellt den Schlüssel für jegliche Pflegehandlungen dar. OLBRICH (2006) drückt diesen Zusammenhang sehr treffend aus:

„Pflegerisches Handeln ist ohne Kommunikation nicht denkbar. Sprache ist das Milieu, in dem Pflege sich vollzieht. Denn über die Sprache schaffen wir gegenseitiges Verstehen und Verständigung, erst dadurch wird Pflege ermöglicht.“

(OLBRICH 2006, 15)

Neben der Sprache, die OLBRICH (2006) als Kommunikationsmedium nennt, kann dies für alle Formen der Kommunikation gelten. Eine Pflegesituation ist demnach immer auch ein kommunikativer Prozess. Das Leben in einer menschlichen Gemeinschaft funktioniert nur durch Kommunikation, sie ist lebensnotwendig für jeden Menschen. Ohne Kommunikation könnte ein Mensch nicht einmal mitteilen, dass er der Hilfe bedarf. Kommunikation vollzieht sich auf verbaler und nonverbaler Ebene. Die nonverbale Kommunikation ist neben der verbalen, durch Laut- und Schriftsprache geäußert, die elementare Form der Kommunikation, die es erst ermöglicht, Laut- und Schriftsprache zu erwerben. Sie bezieht sich allgemein auf die Körpersprache. So kann beispielsweise eine sichtbare körperliche Schädigung, gerade bei Schülerinnen mit schwersten Behinderungen, bereits an sich eine wichtige Form der Kommunikation darstellen, wenn es darum geht, den Bezugspersonen zu signalisieren, „ich brauche Deine Hilfe“. Selbst bei eingeschränkter verbaler Kommunikation verbleiben alle anderen denkbaren Verhaltensweisen, die sich nicht der Lautsprache bedienen. In Pflegesituationen ist daher zusätzlich an Kommunikationshilfen zu denken. In welcher konkreten Form in einer Pflegesituation kommuniziert wird, unterliegt der gemeinsamen Aushandlung aller an dieser Situation beteiligten Interaktionspartner (vgl. JUCHLI 1997, 80–81, 450, 461; SCHAEFFLER et al. 2002).

Die Kommunikation und vor allem die Möglichkeiten der unterstützten Kommunikation stellen einen umfassenden Themen- und Forschungsbereich dar. Innerhalb der Pflege bedarf die Kommunikation an sich bereits einer eigenständigen Forschungslinie, die den Rahmen der vorliegenden Arbeit überschreiten würde. Es sei daher auf einschlägige Literatur zu diesem Forschungsgegenstand u. a. von WILKEN (2006); GRUNICK/MAIER-MICHALITSCH (2010); FRÖHLICH (1989b); KRISTEN (1994) und BOENISCH (2009) verwiesen.

3.3.2 Sich bewegen

Der Mensch verharrt außer in seinem Tod niemals im Stillstand. Bewegung wohnt einem Menschen jederzeit inne. Wenn der Mensch ruht, so bewegt sich sein Herz trotz allem weiter, sein Brustkorb hebt und senkt sich, der Bauch hebt und senkt sich, die Augen bewegen sich beispielsweise selbst während des Schlafens in der REM-Phase (Rapid-Eye-Movement) und die Körpertemperatur wird durch Bewegung aufrechterhalten. Die Organtätigkeit vollzieht sich vegetativ und ruht niemals. Hinzu kommen alle sichtbaren Bewegungen des mo-

torischen Apparats. „Alles Leben ist auch Bewegung“: Diesen Leitsatz formulierten HATCH und MAIETTA (2003) für ihr Konzept der Kinästhetik (vgl. dazu Kapitel 4.4.3). Die menschliche Bewegung ist ein lebensnotwendiges Grundbedürfnis des Menschen. Sie ist eng verknüpft mit Kommunikation, da wir uns zu einem beachtlichen Anteil durch Mimik und Gestik mitteilen. Bewegung unterliegt zudem der individuellen Ausprägung, sie ist von Mensch zu Mensch höchst unterschiedlich. Während der eine Mensch viel Bewegung benötigt, braucht ein anderer weniger und ruht lieber in bestimmten Positionen. Bewegung kann auch eingeschränkt sein, etwa durch unterschiedliche Schädigungsformen.

Eine körperliche Schädigung senkt allerdings nicht das Bedürfnis nach Bewegung, sondern macht eine Unterstützung oder die stellvertretende Übernahme dieser Lebensaktivität durch geeignete und möglichst schmerzfreie Mobilisationsmaßnahmen erforderlich (vgl. BRÖG-KURZEMANN/SIEBER/WEH 2000, 57ff.).

Bewegungsmängel haben neben sensorischen Beeinträchtigungen (vgl. LEYENDECKER 2005) oft schwerwiegende körperliche und organische Folgen, die sich in unterschiedlich starker Ausprägung zeigen. So kann der Mangel an Bewegung auf der Haut zu Druckgeschwüren führen, wenn bestimmte Stellen durch Bewegungsmangel einseitig belastet werden (vgl. SCHRÖDER/ZEGELIN 1999, 126ff.). Im Herz-Kreislaufsystem wirkt sich Bewegungsmangel auf die Durchblutung aus, die Lunge wird zu wenig belüftet, es sammelt sich zu viel Sekret an und es kommt zum Sekretstau. Die Verdauung kann durch fehlende Bewegung nicht in vollem Umfang arbeiten, wodurch es zur Obstipation kommen kann. Bei unzureichender Bewegung der Extremitäten können sich Kontrakturen bilden, Sehnen verkürzen sich und Gelenke können nicht mehr in ihrer vollen Beweglichkeit genutzt werden (vgl. PHILBERT-HASUCHA 1999, 89ff.; SCHLICHTING 2007, 233).

Bewegungsmängel können sich ferner auf das Gemüt des Menschen auswirken und innerliche Unruhe auslösen. Mangelnde Bewegung kann die Wahrnehmung einschränken und zu einem veränderten Körperbild des „Selbst“ führen. Würde der Mensch den ganzen Tag ruhen oder in einer Position verharren, würde dies mit großer Wahrscheinlichkeit am Abend und in der Nacht zu Schlafstörungen führen, da der Körper keinen normalen Ruhebedarf mehr entwickelt und das Gefühl von Entspannung ausbleibt. Insbesondere diese Folge von Bewegungsmangel kann für den Betroffenen sehr quälend sein. In schlimmen Fällen leiden die Betroffenen an Insomnie. Darüber hinaus wirkt sich Schlafmangel, bzw. eine unzureichend intensive Erholungsphase in der Nacht, auf die Vigilanz am Tage aus (siehe Kapitel 3.3.8) (vgl. JUCHLI 1997, 75–76; SCHAEFFLER et al. 2002).

Ein weiterer, eher selten beachteter, jedoch bedeutungsvoller Aspekt der menschlichen Bewegung sind die sog. Mikrobewegungen. Dies sei an einem Beispiel verdeutlicht: Selbst wenn wir meinen, völlig bewegungslos auf einem Stuhl zu sitzen, so bewegt sich unser Körper permanent, zum einen durch Ausgleichsbewegungen, zum anderen durch Entspannung

verschaffende Mikrobewegungen. Wir können niemals gänzlich still sitzen. Die Intensität und Häufigkeit der Mikrobewegungen ist stark abhängig von unserem Bewegungsbedürfnis. Ein Mangel an Möglichkeiten zur Mikrobewegung, etwa durch Fixiersysteme im Rollstuhl oder durch starke spastische Kontrakturen, kann schwerwiegende Folgen für die emotionale Verfassung des Betroffenen haben. Ist der Abbau innerer Spannung durch Mikrobewegungen nicht gegeben, so kann dies zu vermehrter Ausschüttung von Stresshormonen führen, die zu innerer Unruhe und Anspannung führen können. Gleichzeitig sinkt die Möglichkeit, sich mit der Umwelt aktiv auseinandersetzen zu können, da der Betroffene damit beschäftigt ist, seinen inneren Zustand der Unruhe durch Steigerung der Kreislauffrequenz zu beenden (vgl. CITRON 2011, 45ff.).

Bewegungsmangel und dessen Folgen sollte im Rahmen von Pflegemaßnahmen bzw. in körpernahen Fördersituationen begegnet werden, um einerseits die betroffene Schülerin gesund zu erhalten und andererseits präventiv einer Zunahme der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. Bewegung zu unterstützen und zu erhalten stellt daher eine Prämisse im Pflege- bzw. Förderprozess von Schülerinnen mit motorischen Behinderungen dar (vgl. FRÖHLICH et al. 2011, 233). Um diesen Forderungen gerecht zu werden, sollten Schülerinnen mit Pflegebedarfen im Bereich der Bewegung...

- spezielle physiotherapeutische Maßnahmen erhalten, die Bewegung ermöglichen, Kontrakturen entgegenwirken und belebend oder entspannend wirken,
- vielfältige Möglichkeiten der Lageveränderung erhalten, um ihre Umwelt sensorisch zu erleben und das Kontinuum von Aktivität und Entspannung zu erfahren.

Während der Unterrichtsphasen sollten Schülerinnen mit Pflegebedarfen im Bereich der Bewegung in gewissen Abständen bewegt werden, um dem Bedürfnis von Mikrobewegungen gerecht zu werden.

Dies kann beispielsweise durch leichtes „Ruckeln“ am Rollstuhl geschehen, durch leichtes Berühren am Rumpf, der Beine und Arme oder durch Halten und leichtes Drücken einer Hand. Wichtig ist auch hier, auf die individuelle Reaktion der Schülerinnen zu achten.

3.3.3 Vitale Funktionen des Körpers aufrechterhalten

3.3.3.1 Körpertemperatur regulieren

Die Regulierung der Körpertemperatur umfasst den gesamten Stoffwechsel des menschlichen Körpers. Unsere Körpertemperatur wird durch unsere Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie durch die Ausscheidungen geregelt. Der menschliche Körper hält seine Temperatur maßgeblich durch Muskelkontraktion und den Leberstoffwechsel aufrecht. Die normale Körpertemperatur des Menschen liegt bei ca. 37° C und nennt sich Basaltemperatur.

Aber nicht zuletzt sind die Umgebung und die Kleidung für die Regulation der Körpertemperatur mitverantwortlich. Allgemein wird ein sehr eng gefasster Temperaturbereich der

Umgebung als angenehm empfunden. Dementsprechend wird der Aufenthalt bei einer Temperatur zwischen 18 und 25 Grad Celsius als behaglich empfunden, variiert jedoch individuell (vgl. BRÖG-KURZEMANN/SIEBER/WEH 2000, 118ff.).

So wie in allen Lebensbereichen, muss auch an der Förderschule FkME darauf geachtet werden, dass die jeweilige Schülerin sich im Bereich ihrer Wohlfühltemperatur befindet, denn nur so kann der Stoffwechsel optimal arbeiten, was ausschlaggebend für die Konzentration und Ausdauer ist. Ersichtlich wird eine Überhitzung des Körpers zum einen durch starkes Schwitzen, aber auch anhand von Benommenheit und einer fühlbaren Erhöhung der Körpertemperatur. Eine Unterkühlung wird sichtbar durch das blaue Anlaufen der Lippen, durch Zusammenziehen der Blutgefäße in den Adern (bläuliche Färbung der Extremitäten), durch starkes Muskelzittern oder durch starke Müdigkeit. Es sei daran erinnert, dass Schülerinnen mit schwersten Behinderungen oftmals nicht in der Lage sind, ihre Körpertemperatur durch Muskularbeit aufrechtzuerhalten. Medikamente können die Regulation der Körpertemperatur ebenfalls beeinflussen.

FRÖHLICH et al. (2011) verweist darauf, dass die Körpertemperatur bei Menschen mit schwersten Behinderungen von den Bezugspersonen häufig nicht ausreichend beachtet wird. Sie werden teilweise wohlwollend zu warm oder zu leicht angekleidet. Bei Schülerinnen mit Pflegebedarfen im Bereich der Regulation der Körpertemperatur sollten daher folgende Maßnahmen zum Standard von Pflege- und Lehrpersonal gehören:

- Die Schülerin vor starker Sonneneinstrahlung schützen.
- Die Schülerin geeignet kleiden (nicht zu warme und nicht zu leichte Kleidung).
- Auf Anzeichen von Überhitzung und Unterkühlung sofort reagieren durch geeignete Kleidung und / oder Ortswechsel.
- Temperatur unter der Kleidung fühlen, diese bei großer Unsicherheit vorsichtshalber messen.
- Auf eine erhöhte Raumtemperatur während anderer Pflegemaßnahmen, bei denen die Schülerin entkleidet ist, achten. Diese sollte mindestens bei 25° C liegen.
- Auf den Temperaturunterschied zwischen Rumpf und Extremitäten achten. Die Extremitäten kühlen schneller aus. Gerade bei kühler Witterung reicht daher bei Schülerinnen mit Immobilität in den Beinen eine Jeanshose nicht aus, wogegen eine dicke Daunenjacke am Rumpf zu warm sein kann.

Starken Schwankungen der Körpertemperatur, etwa starker chronischer Unterkühlung oder Überhitzung muss nicht selten durch medikamentöse oder konservative Therapien entgegengewirkt werden, beispielsweise durch Massagen oder Einreibungen (vgl. PHILBERT-HASUCHA 1999, 244–246; JUCHLI 1997, 77f.; SCHAEFFLER et al. 2002). BRÖG-KURZEMANN et al. (2000, 117ff.) bieten ausführliche Anregungen zur konservativen Wärmeregulation auf der Grundlage des ABEDL®-Strukturmodells.

3.3.3.2 Atmen

Würde man die Grundbedürfnisse eines Menschen in eine Hierarchie stellen, so wäre die Atmung die existenziellste Bedürfnisbefriedigung. Ein Mensch kommt zwei bis drei Tage ohne Schlaf aus, er kann vielleicht mehrere Wochen ohne Nahrung existieren und je nach Witterung ein paar Tage ohne Flüssigkeit. Aber ohne die nötige Atemluft kann ein Mensch kaum länger als 7 Minuten bei Bewusstsein existieren, bevor er ohnmächtig wird und bei anhaltendem Sauerstoffmangel stirbt. Der menschliche Körper benötigt kontinuierlich Sauerstoff für alle Stoffwechselfvorgänge. Um die gesamte Atmung aufrechtzuerhalten, ist es notwendig, die gesamte Oberfläche der Lunge zu entfalten und das Lungenvolumen gänzlich zu belüften. Die Atmung ist zudem abhängig von einem intakten Herzkreislauf- und Gefäßsystem. Das erklärt, warum Menschen bei Atembeschwerden eine besondere Bedrohung ihrer Vitalität erfahren. Menschen, die auf die künstliche Beatmung durch Maschinen angewiesen, sind erfahren diese Abhängigkeit in besonderem Maße.

Die Atmung des Menschen besitzt einen Grundrhythmus, sie erfolgt bei einem gesunden Erwachsenen ungefähr 16 bis 20-mal in der Minute, ist jedoch noch von anderen Faktoren abhängig. So wird die Atmung durch soziokulturelle Faktoren beeinflusst wie z. B. Gewohnheiten, durch psychisch-geistige Faktoren wie z. B. Emotionen, Unruhe, Angst etc., durch physiologische Faktoren wie z. B. körperliche Konstitution, einer schwankenden Leistungskurve etc. und durch Umgebungsfaktoren wie Luftqualität etc. (vgl. BIEDERMANN et al. 2001, 210f.). Menschen atmen auf drei verschiedene Arten, zum einen über die Haut, die so genannte Hautatmung, zum zweiten über die thorakale Atmung (Brustatmung), bei der die Lungen aktiv mit Sauerstoff gefüllt werden durch „Aufblähen“ des Thorax (Brustkorbes) und zum dritten durch die abdominale Atmung (Bauchatmung), bei der die Lungen durch Auf- und Abwärtsbewegungen des Zwerchfells mit Sauerstoff gefüllt werden (vgl. ROHEN/LÜTJEN-DRECOLL 2006, 182ff.).

An der Förderschule FkmE muss kontinuierlich auf die Atmung der Schülerinnen mit Pflegebedarf in diesem Bereich geachtet werden, da die Vollatmung (alle Formen der Atmung erfolgen gleichermaßen zusammen) der Betroffenen eingeschränkt sein kann. So kann bei Schülerinnen mit Pflegebedarfen im Bereich der Atmung ein erniedrigter oder erhöhter Muskeltonus vorliegen, Kontraktionen am gesamten Skelettsystem können vorhanden sein, so dass das Zwerchfell nicht ausreichend gehoben werden kann oder der Brustkorb sich aufgrund einer gekrümmten Körperhaltung nicht gänzlich entfalten kann.

In all diesen Fällen kann die Schülerin in ihrer Atmung durch geeignete Maßnahmen unterstützt werden. In manchen Fällen ist eine stellvertretende Übernahme durch Beatmungsgeräte erforderlich (vgl. JUCHLI 1997, 78; SCHAEFFLER et al. 2002). PHILBERT-HASUCHA (1999) bietet eine umfassende Übersicht zu Maßnahmen der Unterstützung bei kompensierter oder substituierter Atmung (ebd., 246ff.).

BESENDORFER (2009) bietet eine detaillierte, für Laienpflegekräfte dennoch verständliche Übersicht über die Pflege bei Menschen mit künstlicher Beatmung.

3.3.4 Sich Pflegen

3.3.4.1 Haut- und Nagelpflege

Die Haut ist das größte Organ des Menschen und wird einschließlich ihrer Hautanhangsgebilde (Haare, Nägel), aller Schichten der taktilen und thermischen Perzeption und Schutzschichten als Integument bezeichnet. Das Integument besitzt im Allgemeinen fünf Hauptfunktionen (vgl. BIENSTEIN 1999, 55ff.):

1. Zum ersten bietet die Haut eine Trennwand zur Außenwelt, sie trennt somit unseren Körper, unser Innenleben, von der umgebenden Umwelt und Mitwelt.
2. Zum zweiten bildet unsere Haut ein Schutzschild, das man als „Knavtschzone“ beschreiben könnte. Es hält alle schädigenden Einflüsse vom Inneren des Körpers fern und wehrt Stöße ab.
3. Die Haut hilft dem übrigen Körper in erheblichem Maße, seine Temperatur konstant zu halten. Jeder kennt die so genannte „Gänsehaut“, eine Schutzfunktion, um Körperwärme beizubehalten.
4. Die relevanteste pädagogische Aufgabe der Haut besteht allerdings darin, dass sie als Sinnesorgan und Signalorgan der Kommunikation sind. Über die Haut kann der Körper Informationen aufnehmen, er kann mit ihr kommunizieren. Vor allem ermöglicht die Haut das Ertasten von Gegenständen, Menschen etc. und darüber hinaus das Empfinden von Schmerz oder lustvoller Befriedigung (vgl. MONTAGU 2004).
5. Die Haut besitzt außerdem eine Signalfunktion. Sie kann anderen Menschen, aber auch uns selbst, Auskunft über unser Empfinden geben, etwa wenn die Haut blass wirkt, beispielsweise bei Übelkeit. Des Weiteren teilt die Haut anderen Menschen in der Mimik und Gestik mit, wie unser Befinden ist und wie wir uns mitteilen wollen.

Weitere Funktionen der Haut können je nach Fokus beliebig ergänzt werden, so zeigen sich in der Haut eines Menschen ebenfalls Anteile seiner Autobiografie, etwa in der Faltenbildung. Die Haut selbst kann aber auch sichtbares Merkmal einer Erkrankung sein. BIENSTEIN (1999) spricht in diesem Zusammenhang von der Haut „als Spiegel der Seele“ (ebd., 55).

Wird die Haut gepflegt, werden alle dazugehörigen Körperteile, die von der Haut umgeben sind, mit gepflegt. Die Hautpflege ist daher der wesentliche Pflegebereich, in dessen Rahmen es möglich wird, Schülerinnen mit Beeinträchtigungen der Motorik und Perzeption Erfahrungen in der Aneignung ihres Körperschemas zu verschaffen. Die Hautpflege bietet differenzierter die Möglichkeit,

- durch eine Ganzkörperpflege die einzelnen Körperbestandteile Rumpf, Extremitäten und Kopf mit den Händen abzubilden,

- eine vertrauensvolle Beziehung zur Schülerin aufzubauen,
- auf elementarer Ebene mit der Schülerin über die Haut zu kommunizieren,
- Einfluss auf den Grad der Vigilanz zu nehmen.

Der Bereich Waschen und Kleiden ist ein sehr umfassender Bereich und umfasst die Mundhygiene (außen), die Nasenhygiene, die Ohrenhygiene, die Haarpflege, die Augenpflege und die Nagelpflege. Diese Bereiche sind höchst individuell zu behandeln, da jeder Mensch andere Bedürfnisse bei der Pflege besitzt (diese können altersbedingt sein).

Ist die Selbstpflege der Haut nicht möglich oder eingeschränkt, müssen die Pflegehandlungen unterstützend oder stellvertretend übernommen werden. Ziele der Hautpflege sind im Großen und Ganzen einmal die allgemeine Reinigung der Haut. Hierbei soll der Säureschutzmantel erhalten bleiben, weshalb kurzes Duschen oder das Waschen mit den Händen bzw. einem Waschlappen dem Baden vorgezogen werden sollte, um ein Austrocknen der Haut durch das lange Verweilen im Wasser zu vermeiden. Neben dem Ziel der Reinigung sollte die Hautpflege die somatische Wahrnehmung der Haut fördern. Durch eine beruhigende Pflege der Haut lässt sich die beruhigende Stimmung auf den Pflegebedürftigen übertragen, es lässt ihn seinen Körper durch die Berührungen nachempfinden und besser wahrnehmen. Dies kann unterstützt werden durch Variationen des Drucks, der Wärme und der Bewegungen. Weiter sollte die Hautpflege zum Ziel haben, die Reizsensibilität der Haut zu fördern, was durch Reizsetzung während der Pflege geschehen kann. Dabei muss behutsam vorgegangen werden, etwa wenn mit Druck oder Wärme gearbeitet wird. (vgl. BIENSTEIN 1999, 59ff.; PHILBERT-HASUCHA 1999, 1ff.).

Die Nagelpflege ist einerseits aus medizinischen Aspekten wichtig, um ein Einwachsen von Nägeln oder andere Erkrankungen des Nagels oder des Nagelbetts zu verhindern. Andererseits kann die Nagelpflege für Mädchen und Frauen durch Gestaltung der Nägel mit Lack oder Ähnlichem aus ästhetischen Gesichtspunkten die Geschlechtsidentität unterstreichen. Daher sollten solche Wünsche von Schülerinnen im Rahmen der Pflege an der Förderschule FkmE auch Berücksichtigung finden.

3.3.4.2 Kosmetik

Der Bereich Kosmetik stellt ebenfalls einen wichtigen, häufig jedoch vernachlässigten Bereich der Körperpflege dar. Vor allem im Zuge der stellvertretenden Grundpflege wird zugunsten der Zeitersparnis oft auf Kosmetik verzichtet, dabei kann Kosmetik als identitätsstiftendes Moment der Körperpflege gelten. Durch Körperlotion, Parfüm, Haarstyling, Rasur und Make-up wird es möglich, seinen persönlichen Geschmack und Stil zu unterstreichen, sich von anderen abzugrenzen oder sich dazugehörig zu fühlen. Hinweise auf die Bedeutung der Kosmetik für Schülerinnen mit Behinderungen und deren Thematisierung finden sich u. a. in den Unterrichtsmaterialien zur Sexualerziehung bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen von ORTLAND (2009), in den Unterrichtsmaterialien zur Sexualer-

ziehung bei Menschen mit geistiger Behinderung der Bundesvereinigung Lebenshilfe (2009) sowie in der Untersuchung von SEEBAUM (1979) zum Selbstbild Körperbehinderter (vgl. dazu SEEBAUM 1979, in: ORTLAND 2008, 74).

3.3.4.3 Mundhygiene

BIENSTEIN (1999) hält fest, dass der Mund die sensibelste und wahrnehmungsstärkste Körperzone darstellt (vgl. ebd., 69). Die Mundhygiene stellt insbesondere bei Menschen mit Beeinträchtigungen der Mund- und Gesichtsmotorik einen höchst komplexen Bereich dar. Die Mundhygiene kann beispielsweise durch einen erhöhten Würg-, Beiß- oder Suchreflex und einen starken Zungenschlag nach vorn erschwert sein (vgl. NUSSER-MÜLLER-BUSCH 1999, 78).

Die Mundpflege umfasst...

- das Zähneputzen als die effektivste und zugleich komplexeste Mundhygienemaßnahme. Sie ist zwingend erforderlich, um die Zähne gesund zu erhalten. Das Zähneputzen sollte bei Störungen der Mundmotorik langsam angebahnt werden. Zunächst sollte anstatt scharfer Zahnpasta Kamillen- oder Salbeitee verwendet werden. Die Zahnbüste kann zunächst durch ein langes aber stabiles Watte- stäbchen ersetzt werden. Ziel der Anbahnung sollte im Idealfall das Zähneputzen mit der elektrischen Zahnbürste als effektivste Form der Mundhygiene sein.
- das Feuchthalten der Mundhöhle bei zu schwacher Speichelbildung. Der Speichel des Menschen wirkt bereits antibakteriell. Bei zu wenig Speichel besteht daher eine erhöhte Infektionsgefahr des Mundraums. Die Mundhöhle sollte in diesem Fall in regelmäßigen Abständen beispielsweise mit Kamillentee befeuchtet werden. Auch das Riechen an einer Zitrone erhöht den Speichelfluss.

Zur Vertiefung des Pflegebereichs ‚Mundhygiene‘ sei u. a. auf KRAMER (2004,119ff.) sowie BVKM Kompakt (2006) verwiesen.

3.3.5 Essen und Trinken

Der menschliche Körper hat neben zahlreichen anderen Bedürfnissen das Grundbedürfnis nach Nahrung und Flüssigkeit. Die Existenz eines jeden Menschen ist somit maßgeblich abhängig von der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Der Körper wird durch die Nahrung mit lebenswichtigen Nährstoffen versorgt. Am Anfang des Lebens wird zusätzlich Nahrung benötigt, um den Organismus vollständig aufzubauen und auszubilden, später dann, um alle Funktionen aufrechtzuerhalten und stetig zu erneuern. Um den Stoffwechsel funktions- tüchtig zu halten, benötigt der Körper immer ausreichend Flüssigkeit. Diese ermöglicht den Austausch zwischen den Körperzellen, hält die Organe geschmeidig und flexibel und dient darüber hinaus als Kühlmittel beim Schwitzen, als Bindungsmittel für den Sauerstoff etc. (vgl. NUSSER-MÜLLER-BUSCH 1999).

Die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme ist jedoch mehr als eine reine Aufnahme. Essen und Trinken besitzt zusätzlich eine soziale Komponente. Die Esskultur ist abhängig von der Religion und der Kultur. In unserer Kultur hat die Nahrungsaufnahme einen der höchsten Stellenwerte, große Feste und Gesellschaften werden im Zusammenhang mit einem gemeinsamen Essen gefeiert. Auch wird das Trinken zum Symbol von Gemeinschaft oder Glückwünschen von Gesundheit etwa beim Anstoßen (vgl. KLAUB/LAMERS 2003, 13ff.).

Mit der Nahrungsaufnahme werden außerdem Sinnesorgane angesprochen, d. h. die Nahrung bietet verschiedene Reize, die zur Befriedigung der menschlichen Sinne führen. Zum einen sei an den Geschmackssinn erinnert, der eine Befriedigung oder auch eine ablehnende Stimulation erfährt. Essen ist Geschmackssache und somit höchstindividuell. Darüber hinaus erfährt der Geruchssinn über die Nahrung deutliche Reize und wird mit dem Geschmackssinn gekoppelt.

Die Haut erfährt über das Befühlen der Nahrung taktile Angebote, etwa das Festhalten eines Apfels während des Essens oder das spüren der Wärme von Speisen. Auch das Auge isst bekanntlich mit. Es kann gesagt werden, dass der Mensch mit allen Sinnen isst und dieses genießt. NUSSER-MÜLLER-BUSCH (1999) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass mit der Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmung bereits ein erstes Erschwernis bei der Nahrungsaufnahme auftreten kann. Die Bereitschaft zur Nahrungsaufnahme und die Einleitung des Speichelflusses sind entschieden abhängig von der Möglichkeit, die Nahrung mit allen Sinnen wahrzunehmen. Ist diese Wahrnehmung beeinträchtigt, kann dies bereits dazu führen, dass nicht ausreichend Speichel im Mund gebildet wird, was wiederum zu erschwertem Schlucken oder Verschlucken führen kann. NUSSER-MÜLLER-BUSCH (1999, 78ff.) beschreibt die potentiellen Probleme bzw. Störungen bei der Nahrungsaufnahme anhand der folgenden vier Phasen der Nahrungsaufnahme:

1. **Störungen vor Eintritt der Nahrung in den Mund:** Wenn keine Gelegenheit zur Erkundung der Nahrung gegeben wird, kann dies zu mangelnder Speichel- und Schluckbereitschaft führen. Bei Berührung der Wange oder des Mundwinkels mit dem Esswerkzeug beim Essenreichen kann der Suchreflex ausgelöst werden, bei dem die Schülerin den Kopf zur Seite wendet. Dies kann fälschlicherweise zur Fehlinterpretation der Essensverweigerung führen. Wenn das Esswerkzeug zu grob oder tief in den Mund eingeführt wird, kann der Würgereflex ausgelöst werden.
2. **Störungen in der Mundphase:** Der Tonus der Wangen-, Lippen-, Gaumensegel- und Zungenmuskulatur kann bei einer schlaffen Lähmung zu niedrig und bei einer spastischen Lähmung zu hoch sein, so dass es zu Störungen während der Kauphase kommt. Infolgedessen kann Nahrung aus dem Mund austreten, die Nahrung an den Gaumen oder in die Wangentaschen gedrückt werden, so dass kein Nahrungsball zur Vorbereitung auf das Schlucken geformt werden kann. Das Schlucken selbst kann erschwert sein, wenn es nicht gelingt, die Nahrung mithilfe der Zunge in den Rachen zu transportieren.

3. **Störungen in der Rachenphase:** Eine Lähmung des Gaumensegelmuskels kann die Abdichtung der Nasenhöhle verhindern, wodurch Nahrung in die Nase gelangen kann. Ein beeinträchtigter Schluckreflex kann dazu führen, dass die Nahrung zu langsam abtransportiert wird, was schmerzhaft sein kann. Wenn der Kehlkopf die Luftröhre nicht ausreichend verschließt, kann dort Nahrung hineingeraten, was in der Regel zu Husten, Würgen oder Erbrechen führt.
4. **Störungen in der Speiseröhrenphase:** Bei Erkrankungen der Speiseröhre oder des Magens kann es zum Rückfluss von Nahrung teilweise in Verbindung mit Magensäure kommen, was einerseits schmerzhaft sein kann und andererseits zu Entzündungen führen kann. Unter Umständen wird die rückfließende Nahrung aspiriert und gelangt in die Luftröhre. Bei Sensibilitätsstörungen im Bereich des Kehlkopfes kann der Hustenreflex eingeschränkt sein oder sogar fehlen, was in schlimmen Fällen zur „stillen Aspiration“ über längere Zeiträume führen kann. Dabei gelangt immer wieder Nahrung in die Luftwege und die Lunge. Ein kontinuierlicher Gewichtsverlust, wiederkehrende Fieberschübe, Bronchitis und Lungenentzündungen können Anzeichen für ein „stilles Aspirieren“ sein.

Alle genannten Punkte müssen individuell beachtet und pflegerisch so umgesetzt werden, dass die Förderung der Nahrungsaufnahme bei Schülerinnen mit Störungen bei der Nahrungsaufnahme nicht zur Überforderung und Gefahr wird.

Nach BIENSTEIN/FRÖHLICH (2004) und NUSSER-MÜLLER-BUSCH (1999) ist es nicht ratsam, die Nahrungsreichung ohne langjährige Erfahrung alleine durchzuführen. Aus Gründen der genannten potentiellen Störungen und Gefahren im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme sollte die gängige Praxis an der Förderschule FkmE, Hilfskräfte bei der unterstützten Nahrungsaufnahme einzusetzen, noch einmal grundlegend revidiert werden.

NAGEL (2006, 65) hat eine Tabelle mit geeigneten und ungeeigneten Nahrungsmitteln bei Störungen der Nahrungsaufnahme zusammengestellt:

Nahrungsmittelgruppen	geeignet	nicht geeignet
Brot- u. Getreideprodukte	Breie aus Grieß, Maismehl, Getreideflocken, Sandkuchen, Brot z. B. in Milch eingeweicht (handelsübliche Babynahrung)	Reis, Nudeln, Pizza, Kleingebäck, rohes Müsli
Obst u. Gemüse	gekochtes Obst, gekochtes Gemüse: Kartoffeln, Möhren, Zucchini, Kohlrabi (Babynahrung)	fast alle rohen Früchte oder Gemüse: Orangen, Äpfel, Kohl, Mais, Erbsen, Blattsalate
Milchprodukte	Pudding, Joghurt, Eis, Sahne, geschmolzener Käse	Schnittkäse, harter bröckelnder Käse, Joghurt mit Fruchtstücken
Fleisch, Fisch, Eier	gekochtes Fleisch o. Fisch, Hackbraten, weiche Rühreier	gebratenes, gegrilltes oder paniertes Fleisch oder Fisch, roher Schinken, Salami

Tabelle 6: Ernährungsempfehlungen bei Schluckstörungen.
(Aus: NAGEL 2006, 65)

Während eines Schultags in der Förderschule FkmE kann es hilfreich sein, für einzelne Schülerinnen eine Tabelle zu führen, in der Nahrungsaufnahme und Flüssigkeitszufuhr dokumentiert sind. In diesem Fall sollte gleichzeitig die Ausscheidung dokumentiert werden und beide Aufzeichnungen sollten zueinander in Beziehung gesetzt werden. Aufnahme und Ausscheidung sollten weitgehend im richtigen Verhältnis zueinander stehen (vgl. DANK 1988, 114ff.). Es muss dafür gesorgt werden, dass es nicht zu einer Unterernährung oder zur Dehydratation kommt. So sollte von Schülerin zu Schülerin individuell beurteilt werden, inwieweit die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme unterstützt werden muss, etwa durch Essensreicherung, Erhöhung der Anzahl der Einzelmahlzeiten und Trinkphasen etc. (vgl. PHILBERT-HASUCHA 1999, 219ff.). Des Weiteren müssen spezielle Ernährungsmaßnahmen beachtet werden, es sei dabei an eine verordnete Diät oder spezielle Kost erinnert. Die Verordnungen werden meist vom behandelnden Arzt auferlegt und müssen eingehalten werden (vgl. VAN KAATHOVEN et al. 1995). Außerdem müssen die Bezugspersonen in der Förderschule FkmE auf Anzeichen von Mangelernährung und Flüssigkeitsmangel sowie auf Abhängigkeit der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme in Bezug auf die Witterung achten. Für die Erhaltung der Gebissstruktur bei Schülerinnen, die überwiegend weiche Kost zu sich nehmen, ist es zudem besonders wichtig, dass sie Kauverfahren machen, damit der natürliche Halt der Zähne angeregt wird.

Anzeichen wie starkes Schwitzen, körperliche Anstrengung, erhöhter oder erniedrigter Stoffwechsel, Trockenheit der Haut, verringerter Spannungszustand der Haut, zunehmende Verwirrtheit, Lethargie, Risse in der Schleimhaut von Zunge und Lippe etc., bedeuten einen erhöhten Flüssigkeitsmangel und müssen sehr ernst genommen werden. Schwankungen bei

der Nahrungsaufnahme können dagegen stark variieren oder tagesformabhängig sein. Sie bedürfen einer längeren Beobachtung(vgl. JUCHLI 1997, 76f.; SCHAEFFLER et al. 2002).

Zur Vertiefung des Pflegebereichs ‚Essen und Trinken‘ sei auf den Sammelband von MAIER (2006) verwiesen.

3.3.6 Ausscheidungen

Das Ausscheiden des Körpers steht in direktem Zusammenhang mit „Essen und Trinken“. Die Nahrung und Flüssigkeit, die der Körper aufnimmt, wird innerhalb des Verdauungssystems „verwertet“ und selektiert. Zum einen gibt es in unserem Essen und Trinken Stoffe, die dem Körper als Nahrung dienen und lebensnotwendig sind, zum anderen enthält es Stoffe, die dem Körper, besser dem Verdauungssystem, als „Füllmittel“ dienen, die so genannten Ballaststoffe. Als drittes enthält unsere Nahrung und Flüssigkeit Stoffe, die der Körper nicht verwerten kann bzw. die dem Körper schaden könnten.

Gemeint sind Stoffe, die der Körper durch feste Nahrung (in manchen Fällen Breikost, flüssige Kompakt- oder Intensivnahrung) aufnimmt und deren unverwertbare Bestandteile durch die Defäkation (Stuhlentleerung) ausscheidet. Es handelt sich zum größten Teil um Kreatinin, ein Bestandteil des Stuhls. Zusätzlich zum ausgeschiedenem Kreatinin scheidet der Körper über die Niere, Harnwege und die Ausscheidungsorgane Urin aus. Hierbei handelt es sich um überschüssige Flüssigkeit, die der Körper nicht direkt verwendet, sondern zur Spülung benötigt. Mit dem Urin werden weitere Giftstoffe und Salze aus dem Körper ausgeschieden. Diese Funktion hält den „Wasser- und Salzspiegel“ des Körpers aufrecht (vgl. BRÖG-KURZEMANN/SIEBER/WEH 2000, 269ff.).

Eine besondere Form der Ausscheidung ist das Erbrechen. Diese Form der Ausscheidung kommt zum Tragen, wenn der Körper auf bestimmte Gifte oder Fremdkörper sofort reagieren muss oder der Weg über das Verdauungssystem eine Gefahr bedeutet. In diesem Fall kommt es zur umgekehrten Direktausscheidung über den Mund.

Ein ganz wesentlicher und bedeutender Faktor bei der Ausscheidung ist das Schamgefühl. Die Ausscheidung beim Menschen erfolgt über die äußeren Geschlechtsorgane (Penis bzw. Vulva) sowie den After. Diese Bereiche des menschlichen Körpers sind in unserer Kultur stets durch Kleidung bedeckt. Ein Mensch teilt diesen Bereich normalerweise nicht mit seinen Mitmenschen, eine Ausnahme ist die Partnerschaft oder die frühe Kindheit. Während in einer Partnerschaft die Geschlechtsteile dem Partner in der Regel während sexueller Handlungen gezeigt und berührt werden, kommt der Ausscheidung die wohl intimste Rolle zu. Normalerweise geschieht die Ausscheidung eines Menschen im völlig intimen Bereich, möglichst abgeschirmt von jeglicher Gesellschaft. So entwickelt bereits das Kind im frühen Alter ein Schamgefühl, es möchte seine Geschlechtsteile nicht mehr von anderen betrachtet wissen (vgl. PERNLOCHNER-KÜGLER 2003, 44ff.).

Ein Mensch, der seine Ausscheidung nicht selbstständig erfüllen kann und auf Unterstützung oder stellvertretende Übernahme (z. B. Stomata) angewiesen ist, hat ebenfalls dieses Recht auf Schamgefühl, das von den Pflegenden selbstverständlich akzeptiert und bedacht werden sollte. So kommt es nicht selten dazu, dass Menschen, die beispielsweise eine Vorlage tragen müssen, die Ausscheidung hinauszögern oder überhaupt nicht ausscheiden können. Es sei daran erinnert, dass Schülerinnen an der Förderschule FkmE oft den gesamten Tag innerhalb einer Gemeinschaft verbringen und selten unbeobachtet sind. Somit müssen sie ihre Ausscheidung innerhalb der Gruppe, vielleicht sogar innerhalb des Unterrichts, in ihre Vorlage verrichten. Hinzu kommt ein weiterer Faktor, nämlich der, dass die Ausscheidung in eine Vorlage geschieht, ohne die Stimulation der umgebenden Kühle und Luft. Bei Menschen, die ihre Ausscheidung auf der Toilette im Sitzen verrichten, stimulieren Luft und Kälte das freie Gesäß und setzen die Ausscheidung entscheidend in Gang.

Die pflegenden Bezugspersonen in der Förderschule FkmE sollten nach der Ausscheidung, vor allem jedoch dann, wenn zuvor Schmerzen signalisiert wurden, die Farbe des Stuhls und des Urins kontrollieren. Denn die Farbe des Stuhls und des Urins geben Auskunft über mögliche Erkrankungen, die Schmerzen hervorrufen können. So kann beispielsweise bei einer „schlierig – flockigen“ Einfärbung und Konsistenz des Urins der Verdacht einer Entzündung des Urogenitaltrakts bestehen und bei einer sehr hellen Färbung des Stuhls eine Fehlfunktion der Verdauung, besonders der Bauchspeicheldrüse in Betracht gezogen werden (vgl. JUCHLI 1997, 77; SCHAEFFLER et al. 2002; PHILBERT-HASUCHA 1999, 185ff.).

3.3.7 Sich Kleiden

Nach der Hautreinigung oder je nach Bedarf wird der Körper gekleidet. Die Kleidung ist weitgehend kulturell bestimmt. Menschen im mitteleuropäischen Raum kleiden sich vornehmlich mit Unterwäsche und darüber mit einer temperaturabhängigen Kleidung. Bei der Bekleidung eines mobilitätseingeschränkten Menschen sollte darauf geachtet werden, dass keine Druckstellen von der Kleidung ausgehen. Dies könnte etwa durch Falten in der Jeans, die Haut einquetschen können oder unangenehm drücken, entstehen. Die Kleidung sollte vor allem bei Menschen, die einen Rollstuhl benötigen oder längere Zeit liegen, atmungsaktiv sein, um der Schweißbildung und daraus resultierenden Wundbildung vorzubeugen.

Dies begründet sich dadurch, dass Schweiß als Flüssigkeit neben Wasser vor allem Mineral-salze und Bakterien enthält. Bei der Druckbelastung einer Körperstelle und zusätzlicher Schweißbildung unter Luftausschluss weicht zunächst die Haut der betroffenen Körperstelle auf. Die Salze bewirken eine zusätzliche Reizung und durch die Bakterien kann sich entsprechende Stelle schnell entzünden. Darüber hinaus sollte bei Menschen, die ihre Kleidung nicht selbst auswählen können, darauf geachtet werden, dass diese dem Gesamttyp des jeweiligen Menschen, der entsprechenden Situation und bestimmten ästhetischen Gesichtspunkten entspricht (überspitzt formuliert, würde niemand in einem Smoking gekleidet ein

Fußballturnier spielen. Anders herum gehen die wenigsten Schülerinnen lediglich im Jogginganzug gekleidet in die Schule) (vgl. JUCHLI 1997, 76; SCHAEFFLER et al. 2002).

Das Bedürfnis, sich zu kleiden, gehört zum einen zu den kulturellen Grundbedürfnissen des Menschen, zum anderen ist es existenziell notwendig, den Körper warm und rein zu halten, um ihn vor Infektionen zu schützen. Sich zu kleiden bewirkt aber nicht nur, dass der Körper sauber gehalten wird, sondern dies wirkt sich auch auf das Zwischenmenschliche aus, d. h. auf die Kommunikation von Menschen. Somit liegt es zum Teil in der Kultur begründet, dass sich Menschen lieber zu gepflegten und gut gekleideten Menschen hinwenden, als zu „verwahrlosten“ Menschen. Die Kleidung und Körperhygiene ist also von entscheidender Bedeutung für die zwischenmenschliche Kommunikation.

Bei Kindern und Jugendlichen mit eingeschränkter Mobilität sollte bei der Bekleidung auf Folgendes geachtet werden:

- Die Kleidung sollte nach Möglichkeit atmungsaktiv und saugfähig sein, um Schweiß abzutransportieren.
- Die Kleidung sollte keine harten Nähte oder Falten im Sitz- bzw. Liegebereich aufweisen.
- Das Kind oder der Jugendliche sollte sich mit der Kleidung identifizieren können.
- Ob die Kleidung zu warm hält oder zu wenig wärmt, sollte auf der Hautoberfläche unter der Kleidung kontrolliert werden.

3.3.8 Ruhen und Schlafen

Der Lebensrhythmus ist geprägt von Phasen des Wachseins und Phasen des Schlafens. Die Wachzeiten kennzeichnen sich durch Aktivitäten des Menschen, in denen er mit seinen Sinnen erlebt, Informationen aufnimmt, lernt sowie sich aktiv mit seiner Umwelt, mit sich selbst und seiner Mitwelt auseinandersetzt. Diese Phasen werden allgemein als Vigilanz (Wachheitszustände) bezeichnet. Die unterschiedlichen Phasen können anhand einer Vigilanz-Skala mit zwei Polen dargestellt werden:

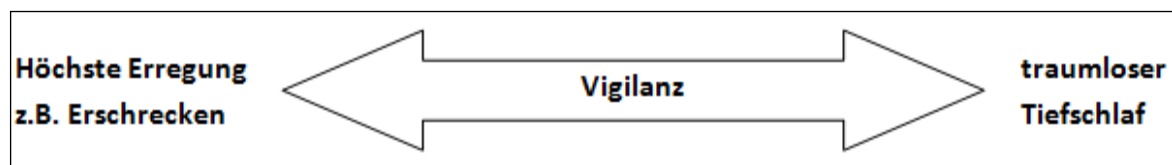


Abbildung 10: Vigilanz-Skala.
(Eigene Darstellung)

Der Mensch erlebt seine Vigilanz in der Regel zwischen den beiden Polen „Höchste Erregung“ und „traumloser Tiefschlaf“. Dabei gilt auch der Zustand des traumlosen Schlafes noch als Wachheitszustand, da der Mensch in dieser Phase durch Reize normaler Intensität ‚weckbar‘ ist. Der Tagesrhythmus, der Wach- und Ruhe- bzw. Schlafzeiten beinhaltet, wird chronobiologisch (durch die innere Uhr) bestimmt. Der zirkadiane Rhythmus (Tages-

rhythmus) des Menschen orientiert sich nach den heutigen Erkenntnissen stark am Tageslicht. Der zirkadiane Rhythmus des Menschen liegt jedoch in einem individuellen Intervall. So beginnt die Wachphase, vorausgesetzt sie wird nicht künstlich herbeigeführt (z. B. durch einen Wecker), bei einem Menschen um acht Uhr morgens, bei einem anderen dagegen erst um zehn Uhr morgens. Die Chronobiologie des Menschen kann irritiert werden, beispielsweise, wenn während der Nacht dauerhaft eine Beleuchtung besteht und entgegengesetzt dazu tagsüber ein dunkler Raum als Aufenthalt gewählt wird. Ebenfalls kann es zu Irritationen führen, wenn die eigentliche Wachphase durch künstliches Licht oder Dämmerlicht beherrscht wird.

Eine Schlafphase oder auch Ruhephase ist physiologisch gekennzeichnet durch eine verringerte Herzfrequenz (ca. 50 Schläge / min), einen gesenkten Blutdruck, eine flachere Atmung, eine Minderung der Körpertemperatur (ca. 0,4°C) und eine Verringerung des Muskeltonus. Im Schlaf wird das Bewusstsein fast ausgeschaltet, was allerdings nicht bedeutet, dass der Mensch nichts mehr wahrnimmt. Er kann lediglich seine Handlungen, seine Träume und seine Bewegungen nicht aktiv steuern, im Schlaf geschieht dies nach heutigen Erkenntnissen passiv. Der Schlaf ist eine passive Phase im Tagesrhythmus.

Befindet sich der Mensch in der Wachphase, so handelt er bewusst. Dies meint jede noch so kleine Reaktion auf einen Reiz, der den Menschen erreicht. Folglich setzt er sich aktiv mit den Geschehnissen auseinander. Die Abwechslung von Ruhen und Schlafen ist von existentieller Bedeutung für den Menschen, da ohne die Bedürfnisbefriedigung des Schlafens ein Mensch nicht über längere Zeit überleben kann, genauso braucht der Mensch in den Wachphasen Aktivitäten, um seine Existenz aufrechtzuerhalten. Während der Wachphasen sollte darauf geachtet werden, dass Schülerinnen mit einer schwersten Behinderung ihrem Tagesrhythmus entsprechend gelagert werden. Liegt eine Schülerin mit einer schwersten Behinderung den gesamten Schultag über auf einer Matratze, wird der Tag- Nachtrhythmus bzw. der Wechsel von Ruhe- und Aktivphasen verschwimmen (vgl. JUCHLI 1997, 74f.; SCHAEFFLER et al. 2002; PHILBERT-HASUCHA 1999, 275ff.). Zur Vertiefung des Pflegebereichs ‚Ruhen und Schlafen‘ sei u. a. auf MAIER-MICHALITSCH (2008) verwiesen.

3.3.9 Sich beschäftigen und Spielen

Das Kontinuum von Arbeit und Freizeit ist von elementarer Bedeutung für das menschliche Dasein, dessen Sinn sich nicht zuletzt dadurch kennzeichnet, dass jedem Menschen eine Funktion innerhalb einer Gemeinschaft bzw. Gesellschaft zukommt, für die er seine Fähigkeit, seine Kraft und Arbeit zur Verfügung stellt. Der Raum und die Zeit sind das Kontinuum, in dem sich dieser Wechsel von Arbeit und Freizeit vollzieht. Der Mensch sucht demzufolge innerhalb einer bestimmten Zeit immer wieder verschiedene Räume auf, verbleibt in diesen einige Zeit und wechselt dann wieder den Raum. Genauso variiert die Zeit, während der der Mensch einen Raum nutzt. Es werden Zeiten der Ruhe eingerichtet und

ebenso Räume der Ruhe. Arbeitszeiten werden entweder festgelegt oder selbst eingeteilt, der Arbeitsraum besteht oder wird geschaffen. Mit der Gestaltung von Raum und Zeit legt ein Mensch fest, wann er was macht, wann er ruht, wann er spielt und wann er müßig ist. Der Wechsel dieser Phasen, der Wechsel von Raum und Zeit ist existentiell für den Menschen, denn er erfährt dadurch eine innere Ausgewogenheit und Zufriedenheit. Die Freizeit (das Spiel) wird auf diese Weise zur reaktiven Phase gegenüber der aktiven Arbeitsphase. Es stehen sich stets zwei antagonistische Kräfte gegenüber: der Trieb zur Tätigkeit und der Trieb zum Müßiggang. Für das menschliche Wohlergehen ist das Wechselspiel dieser zwei Kräfte unumgänglich (vgl. JUCHLI 1997, 418ff; SCHAEFFLER et al. 2002).

Für Schülerinnen stellt in der Regel der Schulbesuch die Phase der Arbeit dar. Da die Förderschule FkmE als Ganztagschule geführt wird, findet dort Beschäftigung in Form des Unterrichts sowie Spiel in Form von ausgleichenden Beschäftigungen (Pausen, AG's etc.) statt. Für Schülerinnen, die einen Pflegebedarf in diesem Bereich aufweisen, muss dies bedeuten, dass sie einerseits eine anspruchsvolle Tätigkeit in Form von Lernen erleben und im Wechselspiel dazu Phasen des Spiels. Das gleiche gilt für die Pflegesituationen an sich. So können alle pflegerischen Handlungen mehr Arbeit, mehr Spiel oder mehr Muße bedeuten. Beispielsweise unterscheidet sich das schnelle Duschen am Morgen, das eher als Arbeit gewertet werden kann, von einem ausgiebigen Vollbad, bei dem die Entspannung vorrangig ist. Infolgedessen sollte darauf geachtet werden, dass die Pflege ebenfalls durch diesen Wechsel von Spiel, Muße und Arbeit gekennzeichnet ist. Dies ist aber auch abhängig von der Dauer der Pflegemaßnahme und vor allem von den Bedürfnissen der jeweiligen Schülerin. Nicht jede Schülerin wünscht sich einen langen Aufenthalt im Pflegeraum und hat evtl. kein Interesse an einer intensiven Förderpflegeeinheit, sondern wünscht sich mehr Zeit, um ihren Körper zu erkunden und zu erfahren. Dies lässt sich auf alle Bereiche der Pflege übertragen. Es gilt daher, ein Gespür dafür zu entwickeln, welche Bedürfnisse die jeweilige Schülerin einfordert. Zur Vertiefung des Pflegebereichs ‚sich beschäftigen und spielen‘ sei auf KISTNER (2005) verwiesen.

3.3.10 Für Sicherheit sorgen

Das menschliche Leben wird begleitet durch Phasen des Gefühls von Sicherheit sowie der Unsicherheit. So können sich Menschen in nur vermeintlich sicheren Situationen sicher fühlen, beispielsweise bei einer Fahrt mit dem Auto, obwohl es bewiesen ist, dass jederzeit ein Unfall geschehen kann, gerade durch das Verschulden anderer. Umgekehrt fühlen sich Menschen aber auch in ihrem eigenen Zuhause unsicher und befürchten einen Einbruch, obwohl alle Türen und Fenster geschlossen sind und die Wahrscheinlichkeit für einen Einbruch viel geringer ist als die, einen Autounfall zu erleben. Das Gefühl von Sicherheit ist deshalb zunächst ein subjektives. Allgemein lässt sich jedoch sagen, dass Menschen sich unsicherer

fühlen, sobald sie sich anderen anvertrauen und vielleicht ihr Leben in die Hände anderer legen, wie dies bei Operationen in extremer Form der Fall ist.

Jedem Menschen wohnt das Grundbedürfnis nach Sicherheit inne. Nur wer sich sicher fühlt, kann seine Existenz bejahen und dadurch Vertrauen und Zuversicht entwickeln. MASLOW (1997) ordnet das Bedürfnis nach Sicherheit in seiner Pyramide der menschlichen Bedürfnisse direkt über den existentiellen Grundbedürfnissen wie z. B. Essen, Schlafen, Schmerzfreiheit etc. an (vgl. Kapitel 2.3.1).

Menschen suchen eine Gemeinschaft auf, weil das Leben in dieser Gemeinschaft mehr Sicherheit, Schutz und Vertrauen bietet. Bestimmte kulturelle und soziale Faktoren fördern das Gefühl von Sicherheit, so auch die Tatsache, dass wir in einer gesetzlich verankerten Solidargemeinschaft leben, in der für „Schwächere“ gesorgt wird. Als entscheidende Merkmale für das Gefühl und das Entstehen desselben gelten: Geborgenheit und Bindung, Akzeptanz im sozialen Umfeld, Vertrauen gegenüber anderen, Gewissheit über die Zukunft, Unabhängigkeit und nicht zuletzt Schutz vor psychischen und physischen Schäden.

Eine Pflegesituation kann das Gefühl der Sicherheit von Schülerinnen gefährden, sobald sie sich in die Hände anderer begeben. Des Weiteren können Pflegehandlungen, sofern sie nicht vorher auf eine verständliche Art und Weise erklärt wurden, sehr plötzliche Eingriffe in die Persönlichkeit darstellen, die vielleicht als unangenehm, beschämend oder sogar als bedrohlich empfunden werden. Ein großer Fehler ist es, wenn Pflegende den Pflegebedürftigen zum Objekt seiner Handlungen machen, da sich für die Schülerin auf diese Weise eine aussichtslose Situation ergibt, bei der sie nicht mitentscheiden kann (vgl. JUCHLI 1997, 79; SCHAEFFLER et al. 2002; LEITNER 2007).

Um Schülerinnen bei der Herausbildung des subjektiven Gefühls von Sicherheit zu unterstützen, müssen folgende Punkte beachtet werden:

- Pflege gestaltet sich im Dialog zweier gleichberechtigter Menschen.
- Die konkrete Pflegegestaltung unterliegt der Aushandlung beider Beteiligten.
- Pflege muss durch Worte begleitet werden.
- *Ein klares Stop-Signal ist zu vereinbaren.*
- Die Schülerin muss darüber aufgeklärt werden, dass die jeweilige Person über die notwendigen fachlichen Kompetenzen verfügt, um die Pflege fehlerfrei und bedürfnisgerecht durchzuführen.
- Die Pflegekraft sollte alle ihre Handlungen vorher ankündigen, erläutern und Schritt für Schritt mit der pflegebedürftigen Schülerin planen. Dabei sollte man immer auf die Zeichen der Schülerin achten. Ist das Vertrauen zu der Pflegekraft erst einmal hergestellt, so werden viele Handlungen als sanfter und befriedigender erfahren (vgl. MUNZINGER 1996, 113–119).
- Das Vertrauen der Schülerinnen entsteht unterschiedlich schnell, Distanz muss akzeptiert werden.

Als äußerst problematisch erweist sich häufig wechselndes Pflegepersonal, da die betroffenen Schülerinnen sich ständig neu auf die Bezugspersonen einstellen müssen und es deutlich erschwert wird, Pflegehandlungen zu antizipieren und somit aktiv mitzugestalten. Der Einsatz von befristet beschäftigtem Hilfspersonal in der Pflege sollte daher grundlegend überdacht werden.

3.3.11 Sich als Mann oder Frau fühlen

Im weitesten Sinne geht es in diesem Pflegebereich um die Selbstwahrnehmung des eigenen sexuellen „Ichs“. Dies bedeutet, sich als Mensch zu fühlen, mit seinem Körper und seinem Geist. Es geht um die Identität, die jeder Mensch, in seiner Form höchst unterschiedlich, ausbildet. Es ist aber auch eine Tatsache, dass ein Mensch Frau oder Mann ist und sich als sexuelles Wesen erlebt und sein Geschlecht auslebt. Die menschliche Sexualität wird individuell gelebt, dem jeweiligen Alter und den jeweiligen Bedürfnissen entsprechend. Jeder Mensch, ob jung oder alt, ob mit oder ohne eine Behinderung, muss über seine Sexualität selbst bestimmen können und sie nach seinen Wünschen, im Rahmen des Gesetzlichen, leben dürfen, wie sie oder er es mag. Das Grundbedürfnis nach sexueller Befriedigung wohnt jedem Menschen inne und sollte respektiert werden (vgl. ORTLAND 2008, 17). Ein wichtiger Punkt ist die Intimpflege als eigenständige Pflegehandlung sowie die Unterstützung der Ausscheidung. Besonders in diesen sensiblen Bereich sollte die Intimsphäre der Schülerinnen in größtmöglicher Weise geschützt werden. Dies kann zum einen durch die konstant bleibende Pflegeperson geschehen und zum anderen durch die nötige Sensibilität der Pflegekraft. Die Handlungen müssen genauestens erläutert werden und sollten durch eine Initialhandlung eingeleitet werden (vgl. JUCHLI 1997, 81; SCHAEFFLER et al. 2002).

Das Zusammenwirken von Pflege und menschlicher Sexualität bzw. sexueller Entwicklung rückt seit einiger Zeit stärker in den Fokus der Pflegewissenschaften (vgl. KLEINEVERS 2004; ZETTL 2000a; 2000b). Für den Bereich der schulischen Pflegegestaltung an der Förderschule FkmE weisen insbesondere die Ausführungen von ORTLAND (2005; 2008; 2010; 2011) sowie FABBENDER/SCHLÜTER (2007) auf das Zusammenwirken von Sexualität und Pflege hin. Aufgrund der hohen Bedeutsamkeit der sexuellen Entwicklung für die Förderschule FkmE als Ort der Entwicklungsbegleitung von Schülerinnen mit potentiellen Erschwernissen in der sexuellen Entwicklung, werden die Ausführungen zu diesem Pflegebereich in Kapitel 3.4.3 weiter vertieft.

3.3.12 Soziale Bereiche des Lebens sichern

Dieser Pflegebereich bezeichnet eine übergeordnete Aufgabe bzw. Funktion der Pflege (vgl. Kapitel 2.2). Im engeren Sinne beziehen sich die sozialen Bereiche des Lebens nach KROHWINKEL (2007) auf die Lebensweltorientierung, den Biografiebezug sowie die Unterstützung der Partizipation an der Gesellschaft durch die Pflegegestaltung. Im Wesentlichen

geht es dabei um die Sicherung der sozialen und kulturellen Teilhabe in der Gegenwart und Zukunft durch geeignete Pflegemaßnahmen im Rahmen der aktivierenden, präventiven und rehabilitativen Pflege. Diesen Pflegebereich kennzeichnet das verbindende Element zwischen den Aufgaben der Pflege nach SGB XI und der Ermöglichung von Teilhabe behinderter Menschen nach SGB IX. Nach §8 Abs. 3 SGB IX haben alle Maßnahmen der Eingliederung Vorrang,

„[...] um durch Leistungen zur Teilhabe Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.“

Auf die Förderschule FkmE bezogen, kann dieser Pflegebereich ebenso als Inhalt des Unterrichts sowie der Erziehung gelten und lässt sich daher nicht eindeutig eingrenzen, wie bereits in Kapitel 2.2 geschildert.

Wird dieser Pflegebereich auf die Pflege an der Förderschule FkmE übertragen, könnte dies für die konkrete Pflegemaßnahme einerseits bedeuten, dass die Wahl der geeigneten Pflegemaßnahmen nicht ausschließlich auf die reine Befriedigung der Grundbedürfnisse ausgerichtet sein sollte, sondern immer auch die soziale Dimension Berücksichtigung finden sollte. Im Rahmen der Ernährung befriedigt beispielsweise die Ernährung über eine Sonde zwar das Grundbedürfnis der Schülerin nach Nahrung, nicht jedoch ihr Bedürfnis nach kultureller Teilhabe an gemeinsamen Mahlzeiten. Andererseits zählt zu diesem Pflegebereich als weiter gefasste Aufgabe beispielsweise die Versorgung mit adäquaten Hilfsmitteln, durch welche Abhängigkeiten reduziert und somit Möglichkeiten sozialer Teilhabe erweitert werden sollen. Die Pflegegestaltung an der Förderschule FkmE sollte, fasst man diesen Pflegebereich noch weiter, entsprechend so ausgerichtet sein, dass sich die Lebensgestaltung mit Pflegebedarf ebenso nach der Schulzeit in sozialer Teilhabe vollzieht. Dies würde jedoch ferner bedeuten, dass die Beschulung von Schülerinnen mit Pflegebedarfen in Zukunft nicht mehr zentral, sondern im Sinne einer inklusiven Beschulung dezentral stattfindet, damit diese Schülerinnen ihr soziales Netzwerk (auch ihr Pflegenetzwerk) dort aufbauen können, wo sie wohnen und leben. Durch die Dezentralisierung der Beschulung könnte Schule durch Kooperation mit außerschulischen Partnern bereits während der Schulzeit den Aufbau eines Netzwerks unterstützen.

3.3.13 Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen

Im Kern geht es in diesem Pflegebereich darum, das eigene Leben in einem ausgewogenen Kontinuum zwischen Existenzsicherung und Existenzgefährdung zu gestalten. KROHWINKEL (2007) unterscheidet in ihrem Modell der fördernden Prozesspflege dabei grundlegend zwischen existenzfördernden und -gefährdenden Erfahrungen als den zwei Polen dieses Kontinuums (vgl. KROHWINKEL 2007, JUCHLI 1997, 81–82; SCHAEFFLER et al. 2002).

3.3.13.1 Existenzfördernde Erfahrungen:

Menschen machen im Laufe ihres Lebens Erfahrungen, erleben Momente, Ereignisse, Begebenheiten, Anlässe etc., die ihnen das positive Gefühl ihrer geschützten Existenz vermitteln. Begleitet wird dieses Empfinden häufig von ganz elementaren Emotionen, die sich ausdrücken in Glück, Zufriedenheit, Wohlbefinden, Angenommen sein, Zuversicht, Freude, Vertrauen, Sicherheit, Hoffnung, dem Erlangen von Autonomie, Zugehörigkeit etc.

Diese emotionalen Ausdrücke wohnen uns Menschen ganz elementar inne und sind überlebensnotwendig. Sie können keinem Menschen abgesprochen werden.

3.3.13.2 Existenzgefährdende Erfahrungen:

Analog zu den existenzfördernden Erfahrungen machen Menschen im Laufe ihres Lebens in unterschiedlichem Maße auch Erfahrungen, die ihre Existenz bedrohen. Zu nennen sind hier Erfahrungen wie Verlust von Unabhängigkeit, Sorge, Angst, Misstrauen, Trennung, Isolation, Ungewissheit, Hoffnungslosigkeit, Schmerzen und Sterben. Solche Erfahrungen ereignen sich im Leben von Menschen häufig in Form von Krisen.

FRÖHLICH (2003) verweist darauf, dass insbesondere Menschen mit schwersten Behinderungen einer dauerhaften Gefährdung ihrer Existenz ausgesetzt sind (vgl. ebd., 20f.).

„Die dauernde Lebensgefährdung wirkt sich aber auch in entscheidendem Maße auf die Umgebung des schwerstbehinderten Menschen aus. Angst und Unsicherheit, Hoffnung und Erwartung wechseln sich häufig ab, verlangen großes Engagement, aber auch wieder sensible Zurückhaltung, vor allem aber macht die dauernde Lebensgefährdung die Entwicklung einer gemeinsamen, zukunftsorientierten Lebensplanung fast unmöglich. Es wird unter dem ‚Diktat‘ des aktuellen Gesundheitszustandes gelebt. [...] Dies ist eine schwierige und belastende Situation, die auch die Beziehungen der Betroffenen beeinflusst.“ (FRÖHLICH 2003, 21)

Es gilt daher – unter Berücksichtigung der medizinisch-pflegerischen Notwendigkeiten – das Gegengewicht zur Existenzgefährdung in den Fokus zu stellen und das Leben der Menschen mit Behinderungen so mitzugestalten, dass existenzfördernde Erfahrungen gemacht werden können. Pflegesituationen sind bei Menschen mit schwersten Behinderungen häufig wiederkehrende Handlungen im Tagesverlauf, die für solche Erfahrungen genutzt werden können. Pflegehandlungen können durch die Bezugspersonen auf eine solche Art und Weise gestaltet werden, dass Menschen mit schwersten Behinderungen (hier Schülerinnen)...

- erleben, dass sich konstante Personen ihrer Bedürfnisse annehmen und sie in einem längeren Prozess des vertrauensvollen Beziehungsaufbaus ihre Kommunikationswege verstehen lernen.
- Berührungen als angenehm und wohltuend empfinden und sich in den Händen ihrer Bezugspersonen sicher und geborgen fühlen.
- Möglichkeiten der basalen Mitbestimmung in der Pflege als Autonomie ihrer Handlungen erleben.
- Abwechslungen in der Pflegegestaltung erleben, die Freude machen.

Aufgabe der Bezugspersonen der Förderschule FkmE sollte es sein, alle Schülerinnen mit Pflegebedarfen in ihren Fähigkeiten, Vorlieben, Hobbys, Interessen und Aktivitäten zu fördern und zu unterstützen, die das Erfahren von Glück, Hoffnung, Autonomie und Freude ermöglichen. Ebenso ist aber die Aufgabe der Bezugspersonen an der Förderschule FkmE, Schülerinnen in Zeiten individueller Krisen, die im Zusammenhang mit ihrer Behinderung und ihrem Pflegebedarf stehen können, zu begleiten und sie ernst zu nehmen.

Bezogen auf die Lebensgestaltung mit dauerhaftem Pflegebedarf sollten den Schülerinnen Perspektiven aufgezeigt werden, wie die Integration des Pflegebedarfs in ein erfülltes Leben gelingen kann, unter Einbezug der individuellen Ressourcen und Resilienzfaktoren gegen existenzgefährdende Einflüsse.

3.3.13.3 Problematik der Schmerzbeobachtung

Ein besonderes Augenmerk in der ganzheitlichen Pflege gilt der Schmerzbeobachtung bei Kindern und Jugendlichen. Schmerzen gehören zu den massivsten existenzgefährdendsten Erfahrungen, die ein Mensch machen kann. Schmerzen dienen als Warnsignale, dass der Körper einen Defekt hat. Schmerzen können das gesamte Befinden, die Wahrnehmung, die Mobilität, das Lernverhalten und den Grad des Bewusstseins derart einschränken, dass eine Teilhabe am gesellschaftlichen Geschehen nicht mehr oder nur eingeschränkt möglich ist. Jedoch ist eine adäquate pflegerische bzw. medizinische Behandlung akuter und chronischer Schmerzen nur möglich, wenn das betroffene Kind oder der betroffene Jugendliche die Art der Schmerzen und deren Intensität beschreiben kann, denn Schmerz kann mittels medizinisch-technischer Verfahren nicht eindeutig gemessen werden.

Schmerzen können durch nonverbale Schmerzäußerungen des Kindes annähernd bewertet werden, wie Herzrasen, Blässe, Schweißausbrüche, Kaltschweißigkeit, Fieber, Übelkeit, Erbrechen etc. und anhand der direkten Bewertung des empfundenen Schmerzes durch das betroffene Kind (vgl. FRÖHLICH 2012, 136ff.). FANURIK et al. (1998) fanden in einer Studie heraus, dass die Schmerzen bzw. deren Beobachtung und Fremdeinschätzung bei Kindern und Jugendlichen mit Mehrfachbehinderung, die nicht über Sprache kommunizieren, in 50% der Fälle von Eltern und Fachpersonal falsch eingeschätzt werden.

Zur Messung und Einschätzung der Schmerzintensität (Schmerzassessment) existieren zahlreiche Skalen, die sich teilweise sehr speziell nach Krankheits- bzw. Schädigungsbildern (z. B. Verbrennungskrankheit, Tumorerkrankungen, Rheuma) richten (vgl. BESENDORFER 2009). Speziell für das Schmerzassessment bei Kindern ab dem 3.-4. Lebensjahr hat sich international die von BIERI et al. (1990) entwickelte Faces-Pain-Scale, auch Smiley-Analog-Skala (SAS) genannt, durchgesetzt. Diese wird mit der von BÜTTNER et al. (1998) entwickelten „Kindlichen Unbehagen- und Schmerzskala“ (KUSS) kombiniert angewandt.

Bei etwas älteren Kindern, etwa ab dem 5.–6. Lebensjahr, kann für das Schmerzassessment die Numerische Rating-Skala eingesetzt werden (vgl. ZERNIKOW 2005; ZERNIKOW 2008; KELLER et al. 2004a u. b). Die folgende Abbildung zeigt die genannten Skalen:

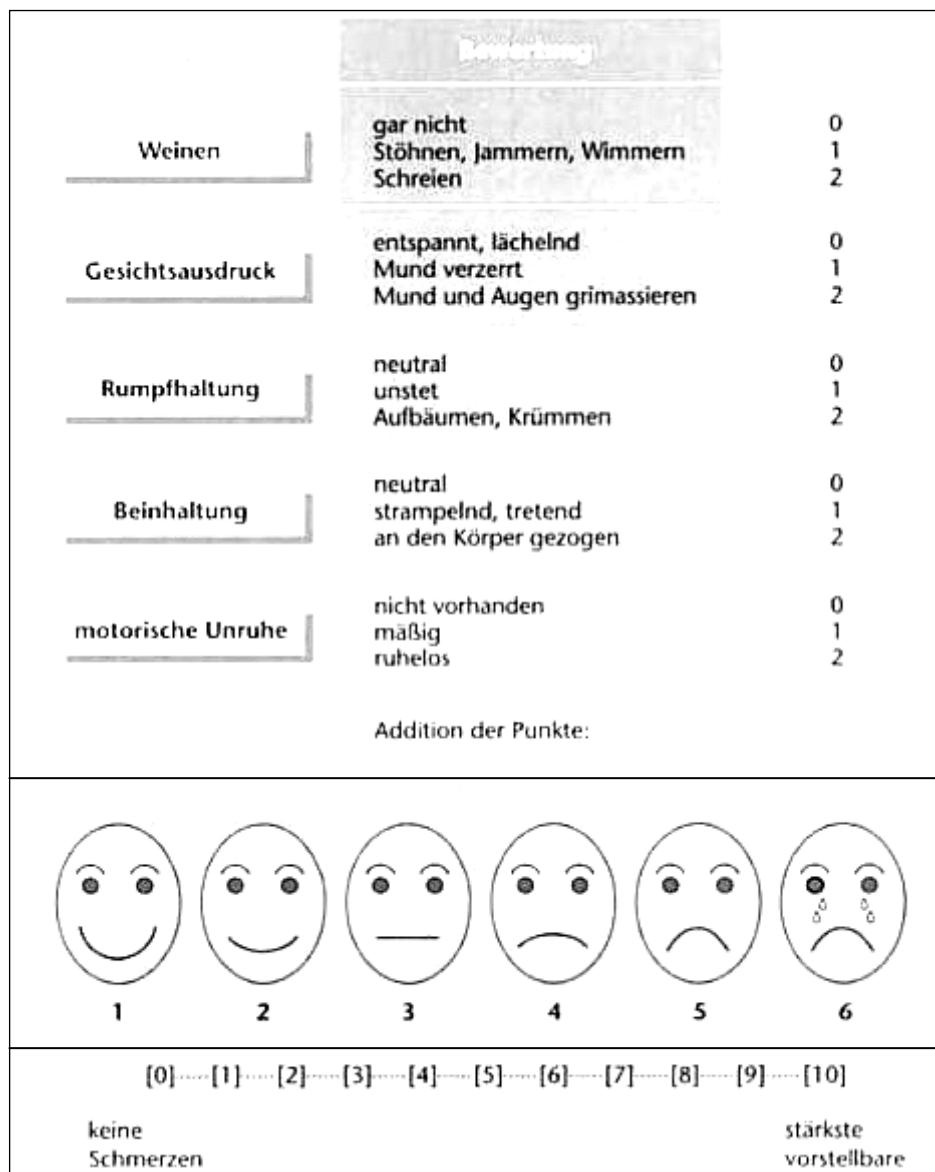


Abbildung 11: Schmerzskalen.
 Kindliche Unbehagen- und Schmerzskala (oben), Pain-Faces-Scale (Mitte),
 Numerische Rating-Skala (unten). (Aus: MESSALL/ROHRBACH 2006, 71)

Für die pflegerische Arbeit an der Förderschule FkmE stellen die drei genannten Schmerzassessment-Instrumente praktikable Möglichkeiten zur Schmerzbeobachtung dar. Für deren Anwendung empfiehlt sich im Vorfeld eine Fortbildung, in deren Rahmen der Themenkomplex ‚Schmerzen und Schmerzbeobachtung‘ aufgegriffen wird und die Bezugspersonen von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen für das Schmerzassessment kompetent bestärkt werden.

Zusammenfassend muss noch einmal betont werden, dass die aufgeführten ABEDL-Bereiche zwar als Pflegebereiche von der Pflegewissenschaft beansprucht werden, jedoch nach FRÖHLICH et al. (2011) auch elementare Lebens- und Bedürfnisbereiche darstellen, auf die grundlegend erzieherisch eingewirkt wird.

Auf der Grundlage einer system-konstruktivistischen Sichtweise unterliegt die Wahrnehmung der Pflegegestaltung in den Pflegebereichen der subjektiven Konstruktion der Schülerinnen und ist wiederum davon abhängig, wie die Pflegesituationen von den Handelnden der Förderschule FkmE gestaltet bzw. vorkonstruiert werden. So muss zumindest diskutiert werden, ob beispielsweise eine Pflege, die lediglich als Randbedingung für den Unterricht gestaltet wird, von den Schülerinnen auch als solche bewertet wird und folglich eventuell auf die allgemeine Bedeutung der Pflege für die Schülerinnen selbst Einfluss nimmt. Zudem können sich aus system-konstruktivistischer Perspektive betrachtet Divergenzen zwischen den objektiven Pflegebedarfen und den subjektiven Pflegebedürfnissen von Schülerinnen ergeben, wie weiter oben in Kapitel 2.2 bereits erwähnt wurde. Dieser Zusammenhang fließt als Fragestellung zum „Stellenwert der Pflege für die Schülerinnen selbst“ in die Untersuchung ein (vgl. Kapitel 5.5.1).

Mit potentiellen Bedarfen an unterstützender oder stellvertretender Pflege können zum einen im System der Förderschule selbst, aber vor allem im Hinblick auf die nachschulische Lebensgestaltung potentielle Herausforderungen und Probleme sowohl für die Personen mit Pflegebedarfen als auch ihre Unterstützer verbunden sein. Dieser Zusammenhang soll nun nachfolgend betrachtet werden.

3.4 Herausforderungen und potentielle Probleme von Schülerinnen mit Pflegebedarf

Im Folgenden werden exemplarisch potentielle Herausforderungen und Probleme in der Lebensgestaltung mit Pflegebedarf sowohl für Schülerinnen der Förderschule FkmE als auch ihre Unterstützer herausgegriffen und expliziert.

Es sei angemerkt, dass sich diese Herausforderungen und Probleme auch auf die nachschulische Lebensgestaltung beziehen und aus diesem Grund besonders für die Förderschule FkmE, in der u. a. das Bildungsziel der Vorbereitung auf das nachschulische Leben verfolgt wird, relevante Bezugspunkte in sich tragen.

3.4.1 Pflegebedarf als immanenter Bestandteil der eigenen Lebenswelt

Jeder Mensch ist zu Beginn seines Lebens auf umfängliche Pflege angewiesen, und zwar in allen Bereichen der Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Ausscheidung, Mobilität, Ruhe- und Wachzeiten etc. Durch Erziehung, Erlernen und zunehmende motorische Fähigkeiten übernimmt er im Laufe seiner frühen kindlichen Entwicklung diese Pflegetätigkeiten mehr und mehr selbst, zunächst noch begleitet durch Anleitung. Diese erlernten Fähigkeiten sind je-

doch keine garantierten lebenslangen Fähigkeiten. Durch Lebenskrisen oder mit zunehmendem Alter werden Menschen in unterschiedlichem Maß mit einem Bedarf an Fremdpflege konfrontiert sein (vgl. auch SCHLÜTER 2008, 51). Da niemand seine individuelle Entwicklung und seine potentiellen Bedarfe an Fremdpflege vorhersehen kann, muss das Thema Pflege(-bedarf) als ein gesamtgesellschaftliches betrachtet werden. Pflege(-bedarf) ist ein Konstruktionsmoment unseres Lebens. Dies wird schon daran deutlich, dass Menschen sich bereits zu höchst vitalen Zeiten Gedanken um ihre (pflegerische) Versorgung in der Zukunft machen. Es ist als ganz normal zu bezeichnen, dass ein Teil unserer Gesellschaft stets auf Fremdpflege angewiesen ist. Ebenso leben Menschen in allen Gesellschaften, die von Geburt an ihr Leben lang durchgängig in unterschiedlichem Maße auf Fremdpflege angewiesen sind, sei es bedingt durch chronische Erkrankungen, körperliche und motorische oder geistige Beeinträchtigungen (vgl. ebd., 51). Ein dauerhafter Pflegebedarf kann demnach als immanentes Element der alltäglichen Lebenswelt betrachtet werden, das immer wieder neu in die momentane Lebenssituation und in den Alltag integriert werden muss. SCHÜTZ und LUCKMANN (1979) sprechen im Zusammenhang mit der alltäglichen Lebenswelt von Wirklichkeitsbereichen, die der Mensch als schlicht gegeben vorfindet und ansieht (ebd., 23). Die Auseinandersetzung mit diesen Wirklichkeitsbereichen ist unvermeidbar.

Entsprechend den unter Kapitel 1.4.1 aufgeführten acht Elementen des Normalisierungsprinzips, zeigen auch FABBENDER und SCHLÜTER (2007), SCHLÜTER (2007b; 2008; 2010), SEEK (2007) sowie BRAND und BRAND (2007) die Herausforderungen eines lebensimmanenten Pflegebedarfs entsprechend dieser acht Elemente des Normalisierungsprinzips in zentralen Lebensbereichen auf und begründen die Herausforderungen durch eine konstruktivistische Sichtweise. Es sind die Lebensbereiche Wohnen, Beruf, Freizeit, Mobilität und Privatleben, in denen alle oben genannten Autoren zu den alltäglichen Herausforderungen, wie sie alle Menschen erleben, durch einen lebensimmanenten Pflege- bzw. Hilfebedarf zusätzliche Herausforderungen beschreiben.

SEEK (2007), 24-Stunden-Assistenznehmer, berichtet detailliert über seine Erfahrungen in der jahrelangen Suche nach einem „Wohnen“, das seinen individuellen Vorstellungen entspricht. Anfangs wurde sein Wunsch nach einer eigenen Wohnung insbesondere durch mangelnde strukturelle Möglichkeiten in der Gewährleistung seines 24-Stunden Pflegebedarfs behindert, bis er regional maßgeblich an der Umsetzung des Assistenzmodells mitwirkte und dadurch sein individuelles Wohnumfeld realisieren konnte. Was ihm dabei half, war seine erlernte Kompetenz in Bezug auf seine Lebensgestaltung (vgl. ebd.). Dies macht deutlich, dass es von enormer Bedeutsamkeit ist, Schülerinnen mit Pflegebedarf kompetent für ihre eigene Lebensvorstellung und -gestaltung zu machen, indem sie ihre Wünsche und Vorstellungen ausbilden und potentielle Möglichkeiten der Umsetzung erlernen.

Auch BRAND und BRAND (2007) berichten darüber, welche Bedeutung die theoretische Auseinandersetzung mit den Pflegeinhalten und das Erlernen der eigenen Pflegegestaltung für die Lebensgestaltung haben. Sie schildern im Zusammenhang ihres Schulwechsels auf ein Internat:

„[...] in Köln bzw. Hürth haben wir mit 18 Jahren die ersten konkreteren Ansätze eines selbstbestimmten Lebens fernab von der Mutter erfahren (die uns immer sehr ängstlich überbehütete). Bis dahin eben nur von unserer Mutter gepflegt und versorgt, konnten wir, genau im richtigen Moment (nicht zu spät und nicht zu früh) im Internat lernen die Hilfen, die wir brauchen, von verschiedenen ‚fremden‘ Leuten anzunehmen und zu nutzen. Im Internat haben wir also drei Jahre Zeit gehabt, mit sensibler, führender Unterstützung des Personals, unser Leben selbst zu organisieren und selbst zu gestalten.“
(BRAND/BRAND 2007, 201)

An anderer Stelle zeigen sie die Bedeutung der Bildung im Bereich Pflege für eine selbstbestimmte Lebensführung auf:

„Selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu leben ist aber durchaus möglich, auch wenn die rein körperliche Kraft dazu fehlt. Allerdings bedarf es einer theoretischen Möglichkeit, und einer Anleitung bzw. Vorbilder, was wir zum Glück hatten bzw. uns suchten [...].“
(BRAND/BRAND 2007, 203)

Diese Ausführungen zeigen einmal mehr, welche Bedeutung eine grundlegende Bildung im Bereich Pflege für Menschen mit lebensimmanentem Pflegebedarf besitzt.

Die Aspekte einer konstruktivistischen Sichtweise erweiternd, lassen sich die Herausforderungen eines lebensbegleitenden Pflegebedarfs anhand des ökologischen Ansatzes nach BRONFENBRENNER (1981) aus mehrdimensionaler systemischer Perspektive beschreiben, da diese ebenfalls aus der Ökologie der menschlichen Entwicklung heraus entstehen. Infolgedessen ergeben sich die persönlichen Herausforderungen der Lebensgestaltung mit immanentem Pflegebedarf nicht allein aus der personellen Ebene der Wirklichkeitskonstruktion, sondern sind gesamtgesellschaftlich, ökologisch im Makro-, Exo-, Meso- und Mikrosystem verankert. Die Parallelen der systemisch-ökologischen Beziehung zieht auch ORTLAND (2005) im Zusammenhang mit der Sexualerziehung und der sexuellen Entwicklung von Schülerinnen der Förderschule FkmE.

Diese Parallelen lassen sich einmal auf den Bereich schulischer Pflege, jedoch ebenso auf die gesamte Lebensgestaltung mit immanentem Pflegebedarf übertragen.

Auf der Ebene des *Makrosystems* werden die gesetzlichen Grundlagen für die Gewährung pflegerischer Leistungen nach dem SGB festgelegt. Da sich diese fortlaufend im legislativen Prozess befinden und es zu Änderungen in der Sozialgesetzgebung kommen kann, wirkt das Makrosystem direkt auf die untergeordneten Ebenen, so dass die sich daraus ergebenden Veränderungen als Herausforderungen für Menschen mit Pflegebedarf gelten können, beispielsweise, wenn dies zu gesetzlichen Einschnitten in der Leistungszumessung führt (vgl. FUCHS 2009, 19ff.). Ebenso mittelbar wirken gesellschaftliche Normen, Werte und Einstellungen gegenüber pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen. Derzeit ist beispiels-

weise das Thema „Pflege im Alter und bei dementiell erkrankten Menschen“ wegen des demografischen Wandels ein höchst präsentest Thema, das als gesamtgesellschaftliches Anliegen erachtet wird. Das führt aber dazu, dass vor allem Menschen mit Behinderungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter und einem lebensimmanenten Pflegebedarf aus dem Fokus geraten und um ihre Ansprüche auf gleichberechtigte Teilhabe ringen müssen.

Auf die schulische Bildung bezogen, werden auf der Makroebene bildungspolitische Entscheidungen getroffen. Der aktuelle wissenschaftliche Diskurs um integrative und inklusive Modelle schulischer Bildung bedingt die Problematik der inhaltlichen, sächlichen und personellen Pflegegestaltung bis in die untergeordneten Ebenen hinein (vgl. JÜRGENS-PIEPER/PIEPER 2011, 219f.).

Auf der Ebene des *Exosystems* befinden sich Behörden, Ämter, Krankenkassen, überörtliche Trägerschaften, Verbände etc., in denen Menschen, die einen Bedarf an pflegerischen Leistungen nach dem SGB haben, nicht direkt mitwirken, jedoch häufig unmittelbar und mittelbar betroffen sind. Es sind Systeme, in die die betroffenen Menschen nicht direkt eingebunden sind, die sich jedoch auf die unteren Ebenen direkt auswirken. Ebenso wirken die betroffenen Menschen an der Systemstruktur des Exosystems indirekt mit.

So richten sich beispielsweise die kommunale Förderung von Wohnprojekten, der Ausbau der Barrierefreiheit, die Angebotsstrukturen freier Trägerschaften im urbanen und ländlichen Raum nicht zuletzt nach dem Bedarf und den basispolitischen Forderungen der betroffenen Menschen selbst.

Auf die Schule bezogen, werden auf der Ebene des Exosystems schulpolitische Entscheidungen getroffen, die häufig als Handlungsrichtlinien und -empfehlungen herausgegeben werden. Damit etwa der Bereich Pflege als ein schulisches Handlungsfeld ins Bewusstsein der Entscheidungsträger rückt, muss ein Problembewusstsein vorhanden sein, das sich im Idealfall aus dem Bedarf der Schülerinnen bzw. der Schule als Mesosystem selbst ergeben kann. Die Aus- und Fortbildung von Förderschullehrerinnen erfolgt ebenfalls auf der Grundlage von Leitzielen und Bedarfen. Es ist als Herausforderung zu bezeichnen, dass Schülerinnen mit Pflegebedarf ihre Anliegen dort vertreten sehen. Bislang fehlen eindeutige Verbindlichkeiten, das Thema Pflege als ein lebensimmanentes in die schulische Bildung von Schülerinnen mit Pflegebedarf zu integrieren (vgl. dazu GARMS-HOMOLOVÁ/THEISS 2009, 105ff.).

Auf der Ebene des *Mesosystems* spiegeln sich die Herausforderungen in den Lebensbereichen des Individuums wider, wie FAßBENDER und SCHLÜTER (2007) sie aufzeigen. Es sind jene Herausforderungen, die eigene Pflegebedürftigkeit in alle Lebensbereiche zu integrieren, in denen sich ein Mensch bewegt. In diesem Zusammenhang ist an Ambivalenzen bezüglich der personellen, räumlichen, zeitlichen und sächlichen Pflegegestaltung, etwa in den Lebensbereichen Schule, Familie, Arbeit, Freizeit etc. zu denken. Folglich stellt es eine beachtliche Herausforderung dar, die eigene Pflege übergreifend so zu gestalten, dass bei-

spielsweise eine Sicherstellung pflegerischer Unterstützung morgens im häuslichen Lebensbereich besteht und diese im Arbeitsbereich fortgeführt werden kann.

Auf die Schule bezogen bedeutet dies unter anderem, die Pflegegestaltung im häuslichen Umfeld mit der Pflegegestaltung in der Schule aufeinander abzustimmen. Vor allem aber muss Schule auf die Erweiterung bzw. die Veränderungsprozesse in den Systemen der Schülerinnen vorbereiten. Denn eine Schülerin wird in ihrer ökologischen Entwicklung fortlaufend in neue Systeme eingebunden sein und ihre bestehenden Systeme verändern, die wiederum miteinander verwoben sind. Diese Veränderungsprozesse werden stets von der Herausforderung begleitet, den immanenten Pflegebedarf zu integrieren und die Sicherstellung der Pflege zu gewährleisten. Schule muss daher über potentielle Lebensmodelle unterrichten und Schülerinnen Perspektiven aufzeigen, wie es möglich ist, ihr Leben mit immanentem Pflegebedarf zu gestalten. Schule muss lebensbereichsübergreifend potentielle Problemlagen und Herausforderungen der Schülerinnen aufgreifen und es darüber hinaus verstehen, sich in einem vielfältigen Mesosystem der Schülerinnen einzubinden. Im Kern geht es dabei um die Förderung von Autonomie und Selbstvertrauen in die Gestaltung der eigenen zukünftigen Lebenswelt.

Das *Mikrosystem* beschreibt die personell-interaktionale Beziehung innerhalb eines Lebensbereichs und somit die Ebene der unmittelbar herausfordernden Erfahrungen.

„Ein Mikrosystem verkörpert ein Muster an Tätigkeiten, Rollen und zwischenmenschlichen Beziehungen, die die Person in einem Lebensbereich z. B. in der Schule [...] erlebt.“ (BRONFENBRENNER 1989, in: JOBST 2008, 161)

Für Menschen mit Pflegebedarf kann es eine Herausforderung darstellen, die Rolle als pflegebedürftiger Mensch in das Gesamtsystem der Rollen zu integrieren, ohne dass diese Rolle zu einer zentralen Zuschreibungskategorie wird. Außerdem kann es eine Herausforderung darstellen, sich in Pflegesituationen als eine zwischenmenschliche Beziehung, als selbstbestimmender Protagonist der Pflegehandlung zu emanzipieren und sich aus der Rolle des abhängigen Empfängers von Hilfen im Rahmen des Empowerments zu befreien. Es gilt, diesen Prozess bereits in der Schule maßgeblich zu unterstützen. Durch die direkte soziale Interaktion auf der Ebene des Mikrosystems wird hier in besonderem Maße die Förderung von Autonomie, Selbstbestimmung und Selbstentscheidung möglich.

GARMS-HOMOLOVÁ und THEISS (2009) plädieren in diesem Zusammenhang dafür, dass die Unterstützer und Helfer den Mut entwickeln, mehr und mehr Elemente des Alltags in die Hand der Menschen mit Pflegebedarf zu legen um auf diese Weise das elementare Bedürfnis der eigenen Lebensgestaltung zu unterstützen.

Die Integration eines lebensimmanenten Pflegebedarfs in die sich stets verändernden Lebenssituationen und Wirklichkeitskonstruktionen als menschliche Handlungssysteme gilt ganz selbstverständlich für beide oben vorgestellten Schülergruppen. Auch wenn die innere Lebenswelt von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen kommunikativ nicht oder nur

schwer nachvollziehbar ist, sollte gelten, dass ihnen bei der Konstruktion ihrer äußeren Lebenswelt in allen Lebensbereichen die Unterstützungen angeboten werden, die für ein Leben in gleichberechtigter Teilhabe nötig erscheinen.

3.4.2 Moderne Lebenswelten

STEMMER (2009) führte eine qualitative Studie zum Fortschritt der technisch unterstützten Assistenz bei Menschen mit Behinderungen durch. Ausgehend von ihren Ergebnissen zum technischen Fortschritt in der Rehabilitation und der zunehmenden Individualisierung unterstützender oder stellvertretender Hilfestrukturen, werden vor allem Schülerinnen davon profitieren, die sich ihre Lebenswelt überwiegend kognitiv erschließen. Es wird ihnen mehr und mehr möglich werden, ihr Leben selbstbestimmt und selbstentschieden zu gestalten und zwar in zunehmendem Maße unabhängig von ihren motorischen und körperlichen Beeinträchtigungen (vgl. ebd.). Im Einzelnen ist diese Entwicklung zurückzuführen auf:

- Trägerübergreifendes, persönliches Budget
- Rechtliche Rahmenbedingungen (UN-Konvention)
- Assistenzmodelle (Arbeit, Freizeit, Wohnen)
- Flexible Arbeitszeitmodelle auf dem ersten Arbeitsmarkt
- Vernetzung des Hilfesystems durch die Integrationsämter
- Vernetzte Dienstleistungsstrukturen
- Zunehmende bauliche Barrierefreiheit / barrierefreie Mobilität
- Digitalisierung technischer Hilfen
- BUS⁷-Vernetzung von Haus- bzw. Wohnungstechnik
- Moderne (auch unterstützende) Kommunikationssysteme
- Technik für die Unterstützer

(vgl. u. a. CHRIST 2009; STEMMER 2009)

Die Lebensgestaltung wird insbesondere durch die technische Hochentwicklung in allen Bereichen urbanen Zusammenlebens zunehmend unabhängiger von körperlichen Voraussetzungen. Gleichzeitig werden jedoch kognitiv komplexere Denkprozesse abverlangt (vgl. STEMMER 2009; CHRIST 2009). Der medizinische Fortschritt, die fortschreitende Ökonomisierung der Gesellschaft, die Aufweichung ethischer Grundsätze, aber auch die zunehmende Technisierung – einhergehend mit einer Verschiebung von der funktionellen Körperlichkeit hin zu einer neuen funktionellen Geistlichkeit, verbunden mit einer neuen ästhetischen Körperlichkeit menschlichen Daseins in einer Informationsgesellschaft – bedrohen zunehmend die Lebenswelt von Menschen, deren Aneignung von Welt auf der zwischenmenschlichen körpernahen Begegnung aufbaut und in existentiellen Lebensbezügen davon abhängt (vgl. dazu SCHLÜTER 2007a). Gerade aus diesen Gründen wäre es nach Auffassung des Verfassers wichtig, zu den Wurzeln einer humanistischen und wertegeleiteten Heilpädagogik zu-

⁷ Steuerung von mehreren Geräten über eine zentrale Schnittstelle. Beispielsweise Heizung, Telefon, Türöffner über eine Rollstuhlbedienung.

rückzukehren und diese an den Anfang jeglicher Arbeit zu stellen. Schule sollte sich im Sinne der Vorbereitung auf das nachschulische Leben mit potentiellen Lerninhalten dieser neuen Hilfe- und Unterstützungsstruktur auseinandersetzen und Schülerinnen Angebote der handlungsorientierten Auseinandersetzung mit diesen anbieten.

3.4.3 Abhängigkeitsverhältnisse, Selbstbestimmung und Autonomiestreben als Herausforderung eines nachschulischen Lebens mit Pflegebedarf

Im Folgenden wird zunächst allgemein das Verhältnis von Abhängigkeit und Unabhängigkeit, als wesentliches Kriterium einer selbstbestimmten Lebensführung mit Pflegebedarf, erörtert. Daraus werden in einem zweiten Schritt Relevanzen für die Thematisierung und Gestaltung von Pflege im Rahmen des Bildungsprozesses an der Förderschule FkME abgeleitet. Die Ausführungen fließen als Themenbereich zur „Bedeutsamkeit der Pflege für die nachschulische Lebensgestaltung“ in die vorliegende Untersuchung ein (vgl. Kapitel 5.1 und 5.5.1).

Jedes Abhängigkeitsverhältnis erzeugt ein Machtgefälle, ungeachtet dessen, ob es für Zwecke der eigenen Bereicherung ausgenutzt wird oder nicht. Alle Mitglieder einer Gesellschaft sind mehr oder weniger in Abhängigkeitsverhältnisse eingebunden. So sind wir beispielsweise davon abhängig, dass Nahrung produziert wird, Wohnräume vorhanden sind etc. Da Menschen an sich keine Generalisten sind, sind sie darauf angewiesen, dass die gesamtgesellschaftlichen Aufgaben auf die Mitglieder der Gesellschaft verteilt werden, im Sinne einer Spezialisierung. Nur so wird es möglich, dass wir unsere spezialisierten Kenntnisse umfassend zum Ausdruck bringen können. Dennoch zeigt sich bei genauerer Betrachtung, dass alle Menschen eine gewisse Entscheidungsmacht und Selbstbestimmung bei der Auswahl der Abhängigkeiten besitzen.

Einen Bedarf an unterstützender oder stellvertretender Pflege zu haben, bedeutet zusätzlich zu den alltäglichen Abhängigkeitsverhältnissen in existentiellen Lebensbereichen und bei der Befriedigung von elementaren Grundbedürfnissen, mehr oder weniger abhängig von anderen Menschen zu sein (vgl. Bayerisches Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung 2010). Schülerinnen mit einem Pflegebedarf sind abhängig von den Personen, die in der Schule ihre Pflege und somit die Befriedigung ihrer elementaren Grundbedürfnisse sicherstellen. Das Wort Abhängigkeit soll hier nicht negativ assoziiert werden, sondern unterstreicht die Bedeutung, die die pflegerische Versorgung an Schulen besitzt. Strukturell sind Menschen mit Pflegebedarf sogar davon abhängig, dass es ausreichend andere Menschen gibt, die in der Pflege tätig sein wollen, was sich aktuell in einem enormen Fachkräftemangel im Bereich der Pflege äußert und sich bis 2025 nach Prognosen⁸ des Statistischen Bundesamtes noch drastisch verschärfen wird (vgl. Statistisches Bundesamt 2010).

⁸ Nach BIBB-DEMOS-Modell und FIT-Modell (Projektionsmodelle zur Berechnung von Angebots- und Bedarfsanalysen).

Das heil- und sonderpädagogische Paradigma der Selbstbestimmung hat u. a. im Bereich der sozialen Arbeit für Menschen mit Behinderungen Praxismodelle hervorgebracht, die versuchen, die ideologisch aufgestellten Forderungen nach Selbstbestimmung und gleichberechtigter Teilhabe zu erfüllen. Dem wirkt allerdings in zunehmendem Maße die wachsende Professionalisierung und Ökonomisierung des Hilfesystems diametral entgegen (vgl. VON KARDORFF/MESCHNIG 2009). Dies zeigt sich in besonderer Weise im Begriff des „Case Managements“, der ursprünglich als Methode der sozialen Arbeit in den USA entwickelt wurde und sich durch WENDT als Vorbereiter auch in Deutschland etablierte (vgl. WENDT 2010). Mittlerweile findet die Methode des Case Managements sowohl in der Heilpädagogik (vgl. HELLMANN 2009) als auch in der Pflegewissenschaft (vgl. EWERS 2011) Anwendung. Case Management bedeutet übersetzt „einen Fall organisieren“ und impliziert dadurch ein Machtgefälle zwischen ‚Manager‘ und ‚Case‘. Der ‚Manager‘ ist im neuen Hilfesystem mit Dienstleister gleichzusetzen und der ‚Case‘ wird von der Klientin, der Kundin mit Hilfebedarf, als Fall an den Manager abgegeben, im Sinne eines Auftrags. Auf diese Weise soll ein gleichberechtigter ökonomischer Prozess hergestellt werden, eine Beziehung zwischen Dienstleister und Kundin, in der der Mensch mit Hilfe- bzw. Pflegebedarf zum Koproduzenten der Dienstleistung wird.

„Die Abhängigkeit des Dienstleisters von dieser Ko-Produktion beinhaltet zugleich eine neue Versuchung (im Sinne einer Gegen-Abhängigkeit), nämlich die, auf das Kaufverhalten der Kunden einzuwirken.[...] Hier wird bereits deutlich, dass mit dem Paradigmenwechsel noch keine Garantie für eine substantielle Veränderung des ‚Habitus‘ gegeben ist: Je nachdem, welches Mittel sich der Manager bedient, die Ko-Produktion des anderen zu erwirken, kann es auch hier höchst manipulativ und gewaltsam zugehen. Der Slogan Fördern und Fordern, der Teil der sozialpolitisch gewollten neuen Steuerung von Hilfearrangements ist, erweist sich als verräterisch: So autonom ist das moderne Marktsubjekt nämlich nicht, sofern und solange es auf öffentliche Hilfe angewiesen ist.“ (SCHÄPER 2006, 321)

Weiter weist SCHÄPER (2006) darauf hin, dass Assistenz-Verhältnisse ebenfalls prinzipiell asymmetrisch sind.

„Die Assistentin hat in aller Regel die Wahl(freiheit), ob und wie lange und in welchen Kontexten sie als Assistentin tätig sein will – der behinderte Mensch kann die Rolle des auf Assistenz Angewiesenen nicht einfach zurückgeben.“ (SCHÄPER 2006, 321)

Andererseits darf nicht außer Acht gelassen werden, dass Pflegekräfte und Assistenzkräfte beruflich abhängig sind von den Menschen, denen sie Unterstützung leisten, vor allem in einem sozial-marktwirtschaftlich orientierten Hilfesystem. Der aktuell boomende Paradigmenwechsel innerhalb des Hilfesystems – weg von einer bevormundenden und zentralen Helferpraxis, hin zu sozial-marktwirtschaftlich orientierten und individualisierten sowie kundenbasierten Hilfestrukturen, die auf dem Empowerment der Betroffenen gründen – verdrängt zudem die Probleme der Menschen, die aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen an

diesem Boom in dieser Form nicht teilhaben können, weil sie ihre Rechte nicht erstreiten können und Menschen als ‚Anwälte‘ benötigen, die für ihre Rechte einstehen (vgl. VON KARDORFF/MESCHNIG 2009, 47ff.). SCHÄPER (2006) sieht im Modell des doppelten Begleiters eine Lösung dieses Problems. Das in den Niederlanden erprobte Modell basiert auf einem Assistenztdem, bei dem einer der Assistenten die direkten Aufgaben des Nutzers erfüllt. Ein zweiter Assistent übernimmt die Funktion der Prozesskontrolle und dafür sorgt, dass der direkt eingesetzte Assistent nicht in bevormundende Muster und in eine Machtposition verfällt. Dennoch fügt SCHÄPER (2006) an, dass ein solches Modell auf Deutschland bezogen in Zeiten rigider Sparmaßnahmen im Rahmen des persönlichen Budgets utopisch sei (ebd., 321). Das Grundrecht auf Teilhabe, Autonomie und Selbstbestimmung erfordert aus diesem Grund eine gesellschaftliche Solidarität, für die alle Beteiligten gleichermaßen einstehen müssen, mit oder ohne Pflegebedarf, im Sinne einer gleichberechtigten und -*sozialverpflichtenden* Teilhabe. (Schulische) Bildung im Bereich Pflege dient daher nicht nur Schülerinnen mit Pflegebedarf, sondern entspricht einer Bildung im Bereich der sozialen Verantwortung gesellschaftlichen Zusammenlebens.

Eine weitere Erklärung des Verhältnisses von Abhängigkeit und Unabhängigkeit liefert das Modell von CONZEN et al. (2009). Sie sehen die Individualität als Maßstab für Unabhängigkeit und Autonomie. Individualität ist demnach das Ergebnis eines Bewertungsprozesses des eigenen Abhängigkeits-Unabhängigkeits-Kontinuums. Die eigenen Bewertungsprozesse des Abhängigkeits-Unabhängigkeits-Kontinuums werde ihrer Ansicht nach primär durch körperliche, psychologische, soziokulturelle, umgebungsabhängige und wirtschaftliche Faktoren beeinflusst, die sich auf die Pflege bezogen nach dem Modell von CONZEN et al. (2009) direkt auf die Gestaltung der Aktivitäten des Täglichen Lebens (ATL) auswirken, positiv oder negativ. Nach Maßgabe dieses Modells werden Parallelen zu den Kontextfaktoren der zweiten Ebene der ICF deutlich. Die eigene Ausformung der individuellen Teilhabe bzw. Lebensgestaltung wird danach durch personenbezogene und umweltbezogene Faktoren bestimmt. Außerdem variieren die Einflussfaktoren sowie die Bewertungsprozesse der eigenen Individualität im Laufe der gesamten Lebensspanne. Die folgende Grafik verdeutlicht das Modell der Individualität (vgl. ebd., 113ff.):

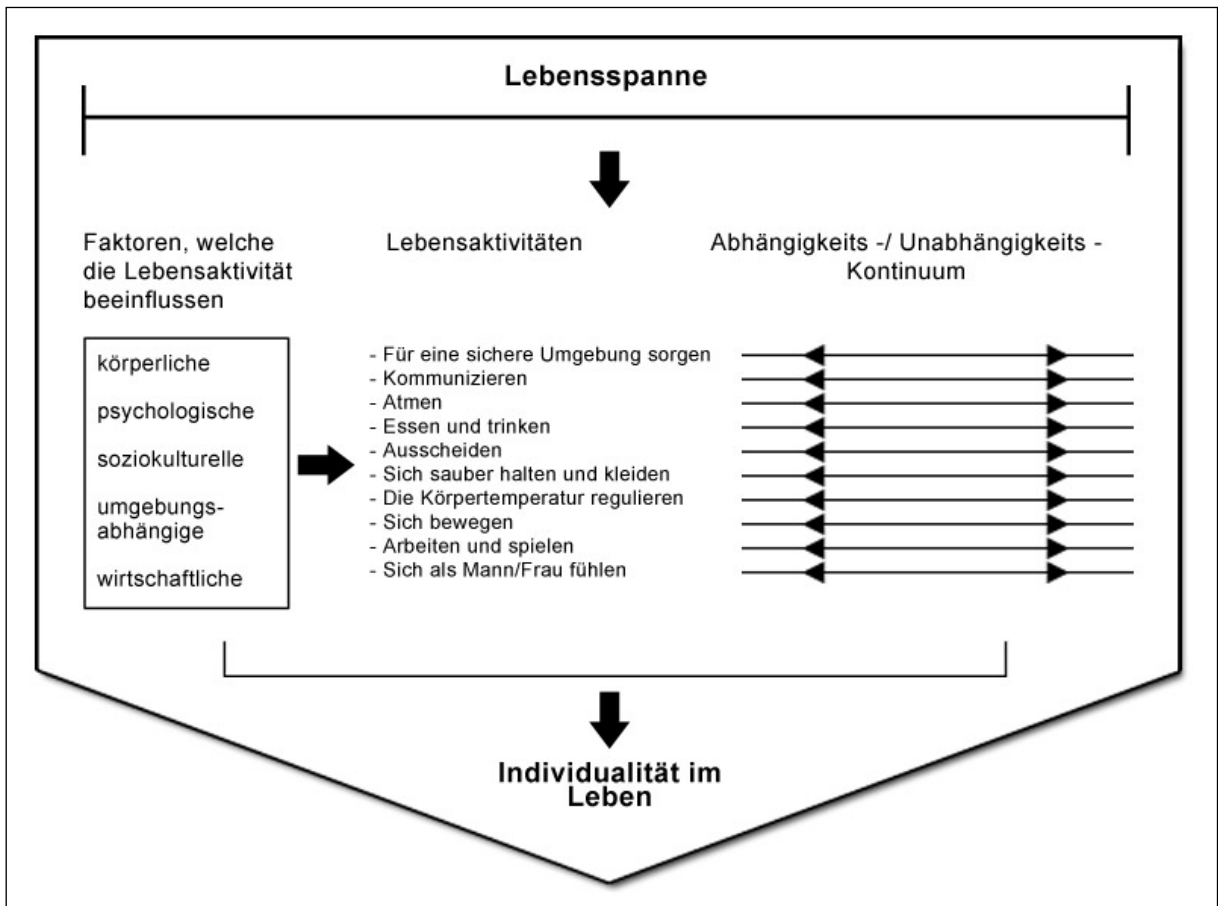


Abbildung 12: Modell der Individualität.
(Aus: CONZEN et al. 2009, 113)

Die These der Beeinflussung von Individualität in der Lebensgestaltung durch den Grad der Abhängigkeit in den ATL wird durch LINDMEIER (2006) insofern implizit gestützt, als dass vor allem fremdbestimmte Faktoren Auswirkungen auf das Abhängigkeits-Unabhängigkeits-Kontinuum und somit Einfluss auf den Grad der individuellen Lebensgestaltung haben. Mit Zunahme der Selbstbestimmung im Unterstützungssystem und der Berücksichtigung individueller Wünsche und Interessen erhöht sich die empfundene Individualität der eigenen Lebensgestaltung (vgl. ebd., 18ff.). SCHLÜTER (2007a) kritisiert die Individualisierungsthese, indem sie bei zunehmender Individualisierung innerhalb der Gesellschaft und der Pluralisierung der Lebenswelten gleichzeitig eine Zunahme gesellschaftlicher Normierungen ausmacht, die dazu führen, dass Pflegeabhängigkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie im hohen Alter deutlich akzeptiert sind, gleichzeitig jedoch die Herausforderungen der Menschen mit lebensimmanentem Pflegebedarf nicht der Norm einer individualisierten und leistungsorientierten Lebensgestaltung entsprechen. Dies zeigt sich unverkennbar an der Zunahme von Erfordernissen privater Pflegevorsorge, sofern sich Menschen eine ganzheitliche und humane Pflegegestaltung wünschen.

Der Bedarf an unterstützender oder stellvertretender Pflege sowie die subjektiv empfundene Pflegebedürftigkeit stellen keine statische Feststellung dar, sondern sind jenen menschlichen

Entwicklungsprozessen unterworfen, die sich aus den jeweiligen individuellen, sozialen und dinglich-materiellen Merkmalen von spezifischen Lebenssituationen ergeben. In gleicher Weise lässt sich das Kontinuum von Autonomie und Abhängigkeit nicht objektiv beschreiben, sondern unterliegt der subjektiven Einschätzung der Menschen, die auf pflegerische Unterstützung angewiesen sind. Eine positive, subjektive Einschätzung des eigenen Abhängigkeits-Unabhängigkeits-Kontinuums erfolgt in erster Linie durch das Erleben von Autonomieerfahrungen. Es ist daher von besonderer Bedeutung, Schülerinnen auf solche Erfahrungen innerhalb des Lebensbereichs Schule vielfältige Weise zu ermöglichen. Schule als Schonraum und Abbild gesellschaftlicher Makrosysteme birgt in sich die besondere Chance, analoge Modelle von Selbstbestimmung und Autonomie in der eigenen Lebensgestaltung zu erproben. Auf besonders eindringliche Weise zeigt HAUPT (2007) auf, wie Autonomieerfahrungen von Schülerinnen mit körperlichen und motorischen Behinderungen unterstützt werden können und worin sie ihren Ausdruck finden:

Die Autonomie körperbehinderter Kinder wird unterstützt durch	Autonomie findet Ausdruck in
erlebte Zuneigung und Akzeptanz durch Eltern und andere Bezugspersonen	Selbstregulation
Schutz und sensible Pflege	Selbstgestaltung
behutsamen Umgang mit dem kindlichen Körper	Selbstwirksamkeit
Vertrauen in die Kompetenz des Kindes für seine eigene Entwicklung	Selbstakzeptanz
kommunikativen Austausch und Interaktion mit zugewandten Menschen	Selbstwertbewusstsein
Einbeziehung des Kindes in die gemeinsame Lebensgestaltung und Erfahrungswelt	Selbstständigkeit
zugewandtes Bemühen um Verstehen auch bei sehr erschwertem Ausdrucksverhalten	Eigenaktivität
feinfühliges Unterstützung in Behandlung und Förderung	Selbstverantwortung
Orientierung an gelebten Werthaltungen der Bezugspersonen	Selbstbestimmung
Erkundungen und Erfahrungsmöglichkeiten in unterschiedlichen Lebensbereichen, bei Bedarf mit Assistenz	Identität
entwicklungsangemessene Herausforderungen	Achtsamkeit im Umgang mit sich selbst, mit anderen Menschen, mit Natur und Welt

Abbildung 13: Unterstützung der Autonomieerfahrungen von Kindern mit körperl. u. motorischen Behinderungen. (Aus HAUPT 2007, 61)

Pflege kann sich im dialogischen Verhältnis zwischen Pflegendem und zu Pflegendem, in einer wahren gleichberechtigten Begleitung äußern. Aus anthroposophischer Perspektive gesehen, stellt schulische Pflege ebenfalls einen solchen Dialog zwischen zwei menschlich gleichberechtigten Persönlichkeiten dar. FORNEFELD (2001) drückt dies wie folgt aus:

„Wenn man die menschliche Existenz, als eine, in grundsätzlicher Abhängigkeit zu anderen stehende, erkennt, gelangt man zu einer erweiterten Sichtweise von Betreuung, Pflege und Versorgung im Sinne einer Lebensbegleitung, einer lebenslangen Begleitung von Menschen, die zur Selbstgestaltung ihres Lebens der Unterstützung bedürfen.“
(FORNEFELD 2001, 80f.)

Wenn es Schule gelingt, im Rahmen der Bildungs- und Unterrichtsangebote eine solche Sichtweise zu vermitteln, fördert dies einen selbstbewussten und selbstverständlichen Umgang mit den Herausforderungen eines lebensimmanenten Pflegebedarfs.

VON KARDORFF und MESCHNIG (2009) sehen für die Umsetzung einer auf Selbstbestimmung und Teilhabe ausgerichteten Pflege zusätzlich folgende Prämissen auf der Ebene der professionellen Haltung und der methodischen Praxis, die erfüllt sein sollten, um Menschen mit Pflegebedarf bei den Herausforderungen einer selbstbestimmten Pflegegestaltung zu unterstützen:

1. Durch Nachfrage oder unterstützte Kommunikation die individuellen Bedürfnisse und Wünsche des Menschen mit Pflegebedarf zu identifizieren, ernst zu nehmen und zu akzeptieren sowie die vollständige Information und Transparenz über Wahlmöglichkeiten durch Fachkräfte.
2. Eine durch die Erfassung der individuellen Lebenslage, Lebenssituation, Biografie und geistig-seelisch-körperlichen Verfasstheit geleitete Diagnose von individuellen Hilfe- bzw. Pflegebedarfen und externen Veränderungsnotwendigkeiten (beispielsweise Barrierefreiheit).
3. Ein Arbeitsbündnis zwischen der pflegebedürftigen Person, gegebenenfalls den Angehörigen oder gesetzlichem Betreuer und der Fachkraft im Sinne einer gemeinsamen Entscheidungsfindung und Abwägung bezüglich der fachlich angezeigten, persönlich gewünschten und akzeptierten Form der Assistenz oder Pflege (z. B. shared-decision-making). Darüber hinaus eine situationsgerechte Anpassung der Hilfe, Erwägung von Alternativen und die transparente Aufklärung über die Umsetzung im Rahmen vorhandener personeller und struktureller Ressourcen.
4. Die Umsetzung von Enablement zur Förderung und Befähigung der Wahlentscheidung und höchstmöglicher Selbstbestimmung.
5. Das Empowerment als Strategie zur Ermutigung sowie der Vermittlung von Lebensperspektiven als unveräußerliches Bürgerrecht. Subjektive Wünsche werden demnach im Rahmen des möglichen und des gesellschaftlichen Durchschnitts den fachlichen, organisatorischen und finanziellen Überlegungen vorangestellt.

(vgl. VON KARDORFF/MESCHNIG, 2009, 7f)

HÜRLIMANN (2005) sieht das Konzept des Empowerments als Schlüssel zur Autonomie und Selbstbestimmung, zugleich aber auch als enorme Herausforderung an Menschen mit Pflegebedarf und ihre Unterstützer (vgl. ebd., 21). Er versteht das Konzept des Empowerments im Sinne einer Anleitung zur Selbsthilfe, als gleichberechtigten Dialog zwischen Hilfeleistenden und Hilfeempfangenden, angelehnt an die Maximen BUBERS (1997). Er begründet seine Auffassung durch eine humanistische Sichtweise des Menschen sowie der Unteilbarkeit der menschlichen Würde (vgl. HÜRLIMANN 2005, 18). Für die Ermöglichung von Selbstbestimmung und Autonomie sieht er die Verantwortung vor allem in der Haltung auf Seiten der Helfer, Assistenten und Unterstützer. Für eine Autonomie fördernde Haltung der Pflegenden, bezogen auf die Pflegegestaltung, hält HÜRLIMANN (2005) folgende Prämissen für unverzichtbar:

- **Ernst nehmen** – Die Wahlentscheidung und die Werte des pflegebedürftigen Menschen respektieren.
- **Zuhören** – im Sinne eines verstehenden Zuhörens; Nonverbale Signale des anderen zu deuten versuchen.
- **Sprechen** – in verständlicher und angemessener Sprache die Absichten der Handlungen erläutern.
- **Die Ich-Botschaft** – In der Sprache Kritik und andere Meinungen zulassen, dem pflegebedürftigen Menschen eine Stellungnahme ermöglichen.
- **Regeln** – Regeln für die Pflegeprozessgestaltung einführen, so wird es dem pflegebedürftigen Menschen ermöglicht, Abweichungen / Missstände als solche zu erkennen sowie Handlungen zu antizipieren.
- **Freiraum lassen** – Nicht alles in der Pflege muss zwanghaft positiv verlaufen; Das Zulassen von Fehlern und das Experimentieren innerhalb der Pflegegestaltung fördern ein beiderseitiges Lernen in der Pflege.
- **Nicht stellvertretend denken** – Das vermeintlich ‚Beste‘ zu tun ist nicht immer das Gewünschte; Problemlösungsprozesse gemeinsam gestalten.
- **Mitsprache** – Die zeitliche, personelle und räumliche Pflegegestaltung sollte unter Mitsprache des pflegebedürftigen Menschen erfolgen.
- **Teamarbeit** – Pflege ist kein einseitig gesteuerter Prozess, sondern erfordert die Teamarbeit beider Beteiligten; zudem sollten bei Konflikten immer auch andere Teammitglieder beteiligt werden.
- **Gleichwertigkeit** – alle an der Pflege beteiligten Personen sind prinzipiell gleichwertig; Gleichwertigkeit sollte sich im Handeln und Denken widerspiegeln.

(vgl. HÜRLIMANN 2005, 25ff.)

Die Herausforderungen auf Seite der pflegenden Personen liegen folglich darin, ihre Haltung und Handlungen gegenüber der pflegebedürftigen Person fortlaufend zu reflektieren, um nicht ungewollt in bevormundende Handlungsmuster zu verfallen. Selbstbestimmung und Autonomie in der Pflege bzw. der Pflegegestaltung müssen von Schülerinnen mit lebensimmanentem Pflegebedarf essentiell erlernt werden, durch Vorgelebtes, Erfahrungen

und durch Informationen, die sie in ihrer alltäglichen Pflege in der Schule erleben und sammeln. Solche Erfahrungen müssen durch strukturelle, konzeptuelle und kontextuelle Bedingungen an der Förderschule FkmE unterstützt und initiiert werden, um Schülerinnen eine Perspektive zu bieten, ihr Leben mit Pflegebedarf selbstbestimmt zu gestalten.

3.4.4 Sexualität und Pflegebedarf – Nähe, Distanz und Intimität als Herausforderungen in der Pflege

Sexualität und Pflege stehen in engem Zusammenhang mit den Gefühlen von Nähe, Distanz und Körperscham. Es muss davon ausgegangen werden, dass ein lebenslanger Pflegebedarf eine immanente Komponente der sexuellen Entwicklung darstellt.

Durch eine ganzheitliche Sichtweise von Sexualität gelangt man zu der Einsicht, dass Sexualität sich auf den ganzen Menschen, auf sein gesamtes geistiges, seelisches und körperliches Empfinden bezieht. Auf der Grundlage einer solchen Sichtweise kann Pflege hier in der sexuellen Entwicklung unterstützend mitwirken (vgl. ORLAND 2008). Durch eine sensible und den ganzen Körper einbeziehende Pflege kann es ermöglicht werden, den Körper nicht als beschädigt, sondern grundsätzlich erst einmal als gesunden und integrierten Körper zu erleben.

In Kapitel 2.8 wurde aufgezeigt, dass Emotionen in der Pflege eine gewichtige Rolle spielen, Gefühle von Ekel auf Seiten der Pflegekräfte beeinflussen demzufolge die Pflegesituation. Die Gefühle von Körperscham und Ekel sind jedoch in der Interaktion von Pflegekraft und Schülerin keine einseitigen, sondern betreffen die Schülerin und die Pflegerin gleichermaßen.

Durch ORTLAND (2005, 114ff.; 2008, 102ff.) wurde im Rahmen einer Lehrerinnenbefragung (n=231) zur Sexualerziehung an elf Förderschulen FkmE in NRW deutlich herausgestellt, dass im Zusammenhang von Pflege und Sexualität insbesondere die immanenten Eingriffe in die Intimsphäre Einfluss auf die sexuelle Entwicklung von Schülerinnen mit lebenslangem Pflegebedarf haben können. Infolgedessen sehen zwei Drittel der befragten Lehrerinnen bedeutsame Erschwernisse (Reihenfolge nach Gewichtung)...

- in der Ausbildung von Schamgefühl und der Intimsphäre,
- in der Anerkennung der Intimsphäre von anderen,
- dem lustvollen Erleben des eigenen Körpers,
- im Erkennen von sexuellem Missbrauch
- sowie im Aufbau eines positiven Körperbildes.

(vgl. ORTLAND 2008, 104)

Trotz des hohen Bewusstseins der Lehrerinnen für die Erschwernisse der sexuellen Entwicklung durch die Pflege, macht ORTLAND (2005) eine deutliche Diskrepanz zur tatsächlichen Gestaltung der Pflege aus. Danach kann nur zu 60% eine gleichgeschlechtliche Pflege

gewährleistet werden. Außerdem sind an der Pflege einer Schülerin innerhalb eines Schuljahres zu 74% mehr als zwei Personen beteiligt (vgl. ebd., 115f.).

Diese Ergebnisse erschrecken umso mehr, wengleich in den Richtlinien für den Förderschwerpunkt ‚motorische Entwicklung‘ (MSWWF 2002) Folgendes gefordert wird:

„Pflege bei Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf im Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung trägt zur Entwicklung eines positiven Wahrnehmens und Erlebens des eigenen Körpers bei. Intimität und Würde sind bei allen pflegerischen Maßnahmen, insbesondere der intimen Körperpflege, zu wahren.“ (MSWWF 2002, 11)

Jegliche Pflegehandlungen am Körper der Schülerin bedeuten zugleich einen Eingriff in ihre Intimsphäre. Dies bezieht sich nicht allein auf den Geschlechtsbereich mit seinen Geschlechtsmerkmalen, sondern vordergründig auf die eigene Körpererfahrung, die als Wissen über den eigenen Körper im Gedächtnis gespeichert bleibt.

Körpererfahrung ist ein wichtiger Bestandteil der Persönlichkeitsentwicklung und bildet innerhalb dieser den Kern sowie die Basis der Selbsterfahrung (vgl. BIELEFELD 1991, 87–88; SCHLÜTER 2012, 142ff.).

Die Erfahrungen, die mit dem eigenen Körper gemacht werden, treten nicht vordergründig in Erscheinung. Vielmehr zeigen sich nach BÜSCHEL (1995) im Alltag drei Formen von Einstellungen zum eigenen Körper:

1. Die funktionalistische Einstellung zum eigenen Körper bedeutet, dass der Körper als eine Funktionseinheit existent ist, dass er in vielen Bereichen durch das Zusammenspiel der Organe arbeitet und seine Funktionen dem eigenen Willen entsprechend funktionieren. Diese Einstellung wird dem Menschen bewusst, wenn der Körper erkrankt und die Funktionalität eingeschränkt wird.
2. Die genießende Einstellung zum Körper zeigt sich, wenn der Körper das Medium für angenehme, prickelnde oder erregende Erfahrungen darstellt.
3. Die leidende Einstellung zum Körper zeigt sich, wenn dieser durch eine Disharmonie seiner selbst geprägt ist, etwa bei Schmerzen.

(vgl. BÜSCHEL 1995, 979)

Gerade in der Pflege ist es unabdingbar, dem Körper des „Pflegebedürftigen“ sehr nahe zu sein. Schülerinnen mit Pflegebedarf machen deshalb in der Pflegesituation ganz bewusst intensive Erfahrungen mit ihrem eigenen Körper. Die Erfahrungen werden zwar im Gehirn abgespeichert, dennoch darf eine Trennung von Geist und Körper nicht erfolgen. Folglich muss dem Pflegenden sich selbst sowie der Schülerin gegenüber bewusst sein,

„dass der Körper des Menschen seine begreifbare Existenzform in dieser Welt ist. Solange ein Mensch lebt, ist er körperlich anwesend. Der Körper bietet den Pflegenden die Möglichkeit, sich unmittelbar und direkt mit dem Patienten zu befassen, ihm nahe zu kommen. Doch Nähe, gerade auch körperliche Nähe, ist in unserer Gesellschaft eher ungewohnt.“ (BIENSTEIN/FRÖHLICH 2004, 132)

Neben dieser unmittelbaren körperlichen Nähe, die BIENSTEIN und FRÖHLICH (2004) beschreiben, kann Nähe als eine Form der geistigen Zuwendung verstanden werden, die sich besonders bei Schülerinnen mit schwersten Behinderungen auch in körperlich erfahrbarer Nähe ausdrücken kann. Demnach versteht NYDAHL (2001) den Begriff „Nähe“ von FRÖHLICH wie folgt:

„Wenn Fröhlich in der Arbeit mit Kindern von Zuwendung und auch Zärtlichkeit schreibt und dies unmittelbar verstanden wird, so ist diese Nähe in der Pflege natürlich nur mit Einschränkungen umsetzbar, denn dies kann für viele Erwachsene und auch Kinder unangemessen nah sein. Zärtlichkeit, wie Fröhlich sie versteht, meint die ungeteilte Aufmerksamkeit für den Anderen, die sich im Handeln ausdrückt.“

(NYDAHL 2001, 413)

Nähe ist dieser Auffassung nach nicht gleichzusetzen mit dem uneingeschränkten Kontakt zu den Schülerinnen, denn Berührungen sind nicht am ganzen Körper erwünscht und jeder Mensch legt für sich individuell fest, wo er von anderen berührt werden möchte und wo nicht. HALL (1976) teilt die den Menschen umgebenden Zonen wie folgt ein:

1. Intimzone, die den Körper wie eine zweite Haut umgibt und in die nur auf Einverständnis des jeweiligen Menschen hin eingedrungen werden darf.
2. Persönliche Zone, die alle Menschen betreten dürfen, mit denen gerne kommuniziert wird und eine freundschaftliche Beziehung vorherrscht.
3. Soziale Zone, die den Bereich kennzeichnet, in dem eher oberflächlicher Kontakt gepflegt wird, etwa mit Arbeitskollegen oder Bekannten.
4. Öffentliche Zone, die den Bereich beschreibt, der über die persönliche und soziale Zone hinausgeht.

(vgl. HALL 1976 in BÜSCHEL 1995, 979)

BIENSTEIN und FRÖHLICH (2004) kategorisieren die Intimzone ähnlich wie HALL (1976) in vier Bereiche. Dabei beschreiben sie den öffentlichen Bereich, den fast alle Menschen berühren dürfen. Den halböffentlichen Bereich, den Menschen unter besonderen Umständen berühren dürfen, etwa bei Arztbesuchen oder während der Pflege. Den intimen Bereich dürfen nur nahestehende Personen berühren, etwa Familienmitglieder, Partner oder Kinder. Als vierte Kategorie benennen sie den privaten Bereich, der durch niemanden berührt werden darf. Dadurch ergibt sich für die pflegerische Praxis das Problem, dass die verschiedenen Kategorien individuell gesehen werden müssen, also nicht auf alle Menschen gleichermaßen übertragbar sind. So werden die Intimzonen bei Schülerinnen häufig über die Wertevorstellungen und subjektiven Körpererfahrungen der Pflegenden selbst definiert (vgl. ORTLAND 2008, 85ff.). Dies birgt das Problem, dass Intimzonen über die Geschlechtsregion hinaus individuell bestimmt werden. Vielleicht mag die eine Schülerin keine Berührungen in der Gegend ihrer Kniekehle und bestimmt diesen Bereich zu ihrer Intimzone (vgl. BÜSCHEL 1995, 982).

Die Konsequenz für das pflegerisch-pädagogische Handeln muss daher lauten, intensiv auf Signale der Schülerin zu achten sowie ihre Körpersprache zu deuten und zu interpretieren. Vor allem aber sollte die Konstanz einer Pflegeperson erhalten bleiben, um der Schülerin den Aufbau von Vertrauen zu ermöglichen. Des Weiteren sollte der Versuch unternommen werden, bei der Wahl der Pflegeperson auf Sympathie, aber auch Antipathie der Schülerin zu achten und dies zu berücksichtigen. Die spezifischen Wünsche der Schülerin sollten Berücksichtigung finden und es sollte der Versuch unternommen werden, das Körperempfinden der jeweiligen Schülerin zu verstehen.

„Um das zu finden, muss man üben, aufmerksam zu beobachten, wahrzunehmen, was einem vom Patienten [*Anmerk. d. Verf.: hier Schülerin*] entgegenkommt, und man muss den Mut entwickeln, manches in bestimmten Situationen gerade nicht zu tun.“

(GLASER 1997, 24)

Ein weiterer, wesentlicher Aspekt sollte bedacht werden: Pflege kann von der jeweiligen Schülerin als sexuelle Situation verstanden werden. Es kann eine der wenigen Situationen sein, in denen sie ihren Intimbereich selbst erkunden kann oder eine Situation, in der dieser durch das Pflegepersonal berührt wird. ORTLAND (2005) konnte durch ihre Studie aufzeigen, dass 50% der befragten Lehrerinnen sexualisiertes Verhalten von Schülerinnen in Pflegesituationen selten begegnet, 25% dagegen dieses Verhalten sehr häufig wahrnehmen (vgl. ebd., 118). In diesem Zusammenhang reagieren die befragten Lehrerinnen (Mehrfachnennungen waren möglich) zu rund 54% durch aktives Eingreifen (z. B. die Hände der Schülerin zur Seite schieben) und mit der Beendigung der Pflegesituation. Das gezeigte sexualisierte Verhalten der Schülerinnen ignorieren 49% der Lehrerinnen und führen die Pflegesituation wie gewohnt weiter aus. Die Entscheidung zu einer deutlich verbalisierten Ablehnung gegenüber der jeweiligen Schülerin treffen nur 16% der Befragten (vgl. ebd., 119).

Als positiv für eine Pflegekonzeptentwicklung ist zu werten, dass rund 37% der befragten Lehrerinnen das Verhalten der jeweiligen Schülerin als sexuelles Erkundungsverhalten bewerten und sie dieses insofern verantwortbar unterstützen würden, indem sie sich beispielsweise zurückziehen (vgl. ebd., 121).

Darüber hinaus können Pflegesituationen, die körpernahe (intime) Handlungen beinhalten, ein Forum darstellen, das auf Seiten der Schülerinnen gewollt oder ungewollt Fragen zur eigenen Sexualität aufwerfen kann. Andererseits werden auch die Pflegenden mit eben diesen Fragen der Sexualität ihrer Schülerinnen konfrontiert. Fragen der eigenen Sexualität als intimes und persönliches Thema werden vorzugsweise mit vertrauten Personen besprochen. Werden intime und persönliche Fragen an die Pflegenden gestellt, kann sich daraus sowohl die Chance, aber zugleich die Herausforderung ergeben, diese Situation möglicherweise sexualerzieherisch zu nutzen. Sexualerziehung an der Förderschule FkmE, insbesondere der Schülerinnen mit Pflegebedarf, bedarf allerdings intensiver Selbstreflexions-

prozesse der pädagogischen und pflegerischen Mitarbeiterinnen, eines intensiven Austauschs über das Verständnis von Sexualität sowie eines konzeptgeleiteten Aushandlungsprozesses über die Umsetzung einer behinderungsspezifischen Sexualerziehung mit dem Resultat einer förderlichen (Pflege-)Umgebung für die sexuelle Entwicklung von Schülerinnen mit körperlichen Behinderungen.

In der Pflegesituation selbst kann die Intimpflege beispielsweise durch eine angenehme, wohltuende Raumatmosphäre – etwa durch beruhigende Düfte und die Reduktion auf einen überschaubaren Pflegebereich (z. B. Pflegeliege) sexualfreundlich unterstützt werden. Dazu kann der Bereich um die Pflegeliege etwas abgegrenzt werden vom übrigen Raum, um eine schützende Situation entstehen zu lassen.

Aus Gründen der Komplexitätsreduktion können im Rahmen dieses Kapitels nicht alle denkbaren Herausforderungen eines lebensimmanenten Pflegebedarfs aufgeführt werden.

Zur Vertiefung dieser Thematik sei auf [FABBENDER & SCHLÜTER \(2007\)](#) verwiesen, denen durch ihr beispielloses Buchprojekt aus Lebensberichten, Erfahrungen und wissenschaftlich-theoretischen Fundierungen verschiedener Autoren eine umfassende, mehrperspektivische und lebensweltorientierte Darstellung der Herausforderungen eines Lebens mit dauerhaftem Pflegebedarf gelungen ist.

4 Pflege im Bildungsprozess der Förderschule

Seit der Etablierung der Pflege als Wissenschaft in der Bundesrepublik Deutschland in den 1980er Jahren existieren zahlreiche Untersuchungen, Theorien und Konzepte zu den kontextuellen und konzeptuellen Bedingungen der institutionellen Pflege (vgl. LAUBER, 2001, 102–147; KERNGRUPPE CURRICULUM, 2006, 15–33; SCHAEFFLER et al. 2002). Jedoch betrachten diese vor allem die den Pflegewissenschaften nahe stehenden Institutionen wie Krankenhäuser, Pflegeheime und spezielle pflegerische Einrichtungen. Diese Erkenntnisse der Pflegewissenschaften in der konzeptuellen Weiterentwicklung der Pflege lassen sich nur bedingt auf die FkmE übertragen, da es sich bei dieser Institution um eine Bildungseinrichtung handelt, die sich nicht der Genesung von erkrankten Menschen verpflichtet, sondern der Erziehung und Bildung von Schülerinnen mit komplexen Behinderungsformen.

Pflege im schulischen Kontext muss, sofern die Schule Schülerinnen mit Pflegebedarf unterrichtet, eingebettet sein in das Gesamtkonzept des Bildungsprozesses sowie der Erziehungs- und Unterrichtsarrangements (vgl. KLAUB 2003, 60f.). Als schulisches Thema erlangte die Pflege durch die 1978 eingeführte Schulpflicht bzw. das „erkämpfte Schulrecht“ von Kindern mit schwersten Behinderungen zumindest quantitativ einen Bedeutungszuwachs. ACKERMANN (2007) spricht im Zusammenhang des Beginns der schulischen Bildung von schwerstbehinderten Schülerinnen von einem antipädagogischen Anfang, da die Beschulung des genannten Personenkreises nicht den bisherigen theoretischen Annahmen von (sonder-) schulischer Erziehung und Bildung entsprach (ebd., 32). Ausschlaggebend für diese Ansichten war nicht zuletzt die vermeintliche therapeutische und pflegerische Zentrierung der sonderpädagogischen Bildung von schwerstbehinderten Schülerinnen. Dass diese vermeintliche Zentrierung nicht haltbar ist, wurde bereits von KLAUB/LAMERS (2003) und FORNEFELD (1989) bekräftigt. Die vermeintliche Zentrierung lässt sich dadurch erklären, dass bei Schülerinnen mit schwersten Behinderungen Bildungszugänge vornehmlich über elementare Begegnungen mit dem Körper erfolgen, im Sinne eines ‚leibhaften Dialoges‘.

Aus diesem Grund bieten sich gerade therapeutische und pflegerische Situationen als Bildungszugänge an. (vgl. dazu u. a. KLAUB/LAMERS 2003, 13ff.; FORNEFELD 2003, 73ff.; DREHER 1991, 61f.).

Diese ‚elementaren Beziehungen‘, beispielsweise in pflegerischen oder therapeutischen Situationen, sind nach FORNEFELD (1989) nicht nur Voraussetzungen für Erziehung, sondern an sich bereits eine Form der Erziehung (vgl. ebd., 59f.).

Im Folgenden wird die aktuelle kontextuelle sowie konzeptuelle Verankerung von Pflege im Kontext der Förderschule FkmE dargestellt. In diesem Zusammenhang wird das Verhältnis der Pflege zum Bildungsprozess an der Förderschule FkmE immer wieder aufgegriffen.

4.1 Rechtliche Rahmenbedingungen, Rahmenvorgaben und Empfehlungen

Der rechtsverbindliche kontextuelle Rahmen der Förderschule FkmE in NRW wird festgelegt durch das Schulgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen sowie die Bezugsrichtlinien, nach denen die Schülerinnen der Förderschule FkmE unterrichtet werden. Hinzu kommen Beschlüsse und Empfehlungen der Kultusministerkonferenzen (KMK) sowie der noch nicht ratifizierte Richtlinienentwurf für den Förderschwerpunkt ‚körperliche und motorische Entwicklung‘. Vor einer fachwissenschaftlichen Analyse des Verhältnisses von Pflege zum pädagogischen Feld der Förderschule ist es zunächst sinnvoll, die genannten Dokumente daraufhin zu untersuchen, inwiefern einer Pflege, die pädagogische Elemente berücksichtigt, zumindest der gesetzlichen Forderung nach bereits Rechnung getragen wird. So finden sich innerhalb dieser Regelungen und Empfehlungen bereits explizite und implizite Hinweise auf die Gestaltung schulischer Pflege. Außerdem lassen sich in den benannten Dokumenten Forderungen für die sonderpädagogische Förderung ausmachen, die eine Thematisierung bzw. pädagogische Ausrichtung von Pflege geradezu erfordern, auch wenn dies nicht explizit benannt wird.

4.1.1 Allgemeine Rahmenvorgaben und Empfehlungen

In den Rahmenvorgaben für die sonderpädagogische Förderung in Schulen des Landes Nordrhein-Westfalen wird gefordert:

„Die thematische Aufarbeitung von Bedingungen, Erfahrungen und Möglichkeiten eines Lebens mit Behinderung ist ein spezifischer Teil des Bildungs- und Erziehungsauftrags. Die sich daraus ergebenden Aufgaben konkretisieren sich auf der Ebene der Gestaltung der Lernsituationen und der Ziel- und Inhaltsentscheidungen [...]:

- Es werden Angebote zur Ausdifferenzierung und Verknüpfung der elementaren Entwicklungsbereiche erarbeitet, die Bestandteil der geplanten Unterrichtsprozesse werden [...].“ (MSWF 2001, 6)

Aus der Perspektive einer pädagogisch-orientierten Pflege wird deutlich, dass zu den Bedingungen, Erfahrungen und Möglichkeiten eines Lebens mit Behinderung bei Schülerinnen mit dauerhaftem Pflegebedarf auch eben dieser gehört. Folglich wird der Pflegebedarf zu einer Aufgabe bzw. einem Teil des Bildungsauftrages. Des Weiteren muss Pflege – als existentielles Bedürfnis eines jeden Menschen – ohne jede Einschränkung als elementarer, wenn nicht sogar als elementarster Entwicklungsbereich gelten können (vgl. Kapitel 2.3.1), der obiger Aussage folgend zum Bestandteil der geplanten Unterrichtsprozesse werden sollte. An anderer Stelle wird explizit auf den Bereich der Pflege eingegangen:

„[...] Bei manchen Kindern und Jugendlichen ist der Aufbau von Beziehung und Kommunikation zunächst nur über den Körperkontakt bei der Pflege möglich. Sie

wird in diesem Fall zum Schwerpunkt des pädagogischen Handelns und Teil des Unterrichts.“ (MSWF 2001, 7)

Pflege wird somit als Anlass und Rahmen von Bildung und Unterricht beschrieben. Darüber hinaus kann interpretiert werden, dass Pflege innerhalb der schulischen Bildung je nach Umfang der Pflegebedürftigkeit eine unterschiedliche Stellenwertigkeit einnehmen und sich auf verschiedene Bereiche des pädagogischen Handelns beziehen kann.

In einem Beschluss der KMK von 1994 zu den Empfehlungen einer sonderpädagogischen Förderung in den Schulen in der Bundesrepublik Deutschland heißt es u. a.:

„Sonderpädagogische Förderung geschieht in vielfältigen Aufgabenfeldern und Handlungsformen. Sie erfordert den Einsatz unterschiedlicher Berufsgruppen mit entsprechenden Fachkompetenzen. Das Personal muss befähigt sein, die Aufgaben in Unterricht und Erziehung, in Sonderschulen und allgemeinen Schulen, in besonderen behinderungsspezifischen Fördermaßnahmen und im Bereich der Versorgung und Pflege unter Berücksichtigung der individuellen Bildungsmöglichkeiten behinderter Kinder und Jugendlicher in einem abgestimmten pädagogischen Gesamtkonzept kompetent wahrzunehmen.“ (KMK 1994, 18)

Nach Maßgabe dieser Empfehlung sollte die Pflege eingebettet sein in das pädagogische Gesamtkonzept der Förderschule und verlangt nach einer kompetenten Gestaltung durch alle am Schulleben beteiligten Mitarbeiterinnen.

Die Empfehlungen zum Förderschwerpunkt ‚körperliche und motorische Entwicklung‘ der Kultusministerkonferenz vom 20.03.1998 geben für die Gestaltung des Unterrichts von Schülerinnen und Schülern mit schweren Mehrfachbehinderungen an der Förderschule FkmE u. a. folgende Prämissen an:

„Der Unterricht für Schülerinnen und Schüler mit einer schweren Mehrfachbehinderung und mit besonders schweren körperlichen und motorischen Beeinträchtigungen erfordert besondere organisatorische Maßnahmen. Hierbei ist die Vermittlung lebenspraktischer Fertigkeiten, z. B. in den Bereichen Körperpflege, Kleiderpflege, Essenszubereitung und -einnahme, zu berücksichtigen. Die Gestaltung des Tagesablaufs mit Unterricht, Therapie-, Pflege- und Ruhephasen soll den besonderen Bedürfnissen und dem Lebensrhythmus dieser Schülerinnen und Schüler angepasst sein. Eine spezielle didaktische Aufbereitung, die in einem dialogischen Prozess entwickelt wird, und eine flexible Organisation des Unterrichts sind unumgänglich.“ (KMK 1998, 12)

Es lässt sich eine deutliche Tendenz zu einem erweiterten Pflegeverständnis erkennen, das eine Bedürfnis- und Lebensweltorientierte sowie ganzheitliche Gestaltung der Pflege unter Einbeziehung einer pädagogischen Orientierung fordert.

Auf der Grundlage der Empfehlungen der KMK für die sonderpädagogische Förderung wurden in NRW für den Förderschwerpunkt ‚körperliche und motorische Entwicklung‘ neue Richtlinienentwürfe konzipiert.

4.1.2 Richtlinienbezüge

Der Richtlinienentwurf für den Förderschwerpunkt ‚körperliche und motorische Entwicklung‘ weist der Pflege u. a. folgende Funktion zu:

„Aktivierende Pflege sichert für viele Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf die Grundversorgung der vitalen Bedürfnisse. Dazu gehören Hilfen beim Essen und Trinken, bei der Körperpflege und der hygienischen Versorgung. Pflege schafft hier die Grundlage für persönliches Wohlbefinden und damit basale Bedingungen für die Teilhabe an Unterricht und Therapie.“

(MSWWF 2002, S. 11)

Der Bezug des Richtlinienentwurfs für den Förderschwerpunkt ‚körperliche und motorische Entwicklung‘ zur Pflege lässt erkennen, dass für die Schülergruppe ohne schwerste Behinderungen die Pflege überwiegend eine grundsätzliche Voraussetzung für die Teilhabe am Schulalltag darstellt und im Rahmen einer Grundversorgung der körperlichen Bedürfnisse sicherzustellen ist. Damit sind entgegen den oben genannten Empfehlungen der KMK keine pädagogischen Ziele oder Kriterien einer Thematisierung von pflegerischen Inhalten für Schülerinnen ohne schwerste Behinderungen formuliert worden, was Pflege letztlich zu einer notwendigen Randbedingung für Unterricht macht.

Die Richtlinien für die Förderung schwerstbehinderter Schülerinnen in Sonderschulen geben im Bereich der Pflege für den Unterricht mit schwerstbehinderten Schülerinnen teilweise sehr viel deutlichere pädagogische Ziele an:

1. „Fähigkeit, über den Körper die eigene Person zu erleben,
2. Fähigkeit, sich versorgen zu lassen und zur Sicherung existentieller Lebensbedürfnisse beizutragen,
3. Fähigkeit, Beziehungen zur Umwelt aufzunehmen und sich zurechtzufinden,
4. Fähigkeit, in der Gemeinschaft zu leben,
5. Fähigkeit, die Sachwelt mitzugestalten und an ihrer Gestaltung teilzuhaben.“

(MSW 1985, 11–35)

Insbesondere dem Punkt 2 der Unterrichtsziele kommt eine pflegerelevante Bedeutung zu, indem er auf die pflegerische Leistung von Schule und den beschulten Schülerinnen abzielt. Im Einzelnen ist dieses Grobziel untergliedert in die

- „Fähigkeit, Ausscheidungsvorgänge wahrzunehmen und zur Sauberkeit beizutragen,
- Fähigkeit, seinen Beitrag zur Körperpflege zu leisten,
- Fähigkeit, Essen und Trinken als angenehm zu empfinden und die Aufnahme-technik zu verbessern.“

(MSW 1985, 20–23)

Insgesamt lässt sich daraus schließen, dass für Schülerinnen mit schwersten Behinderungen nach AO-SF §10 die Pflege deutlich als pädagogischer Inhalt des Bildungsprozesses bewertet wird, hingegen für die Schülerinnen ohne schwerste Behinderungen eine dem Unterricht

untergeordnete Rolle einzunehmen scheint. Aus diesem Grund wird in den folgenden Kapiteln das Verhältnis der Pflege zum Bildungsprozess der Förderschule FkmE differenzierter betrachtet.

4.2 Das Verhältnis von Pflege zum schulischen Bildungsprozess

Die wesentlichen Merkmale der genannten Begrifflichkeiten, die eine Verwendung für den Bereich der Beschulung von jungen Menschen mit (schwersten) körperlichen Behinderungen und Pflegebedarf zulassen, wurden bereits in Kapitel 1.5 herausgestellt. Zunächst kann dazu noch einmal zusammenfassend festgehalten werden, dass sich Bildung in allen Lebensbezügen vollzieht, in denen ein Mensch lebt. Hat ein Kind oder Jugendlicher einen Pflegebedarf, so gehört der Bereich Pflege mit allen relevanten Facetten zu seinen Lebensbezügen dazu, auch als Schülerin in der Schule. Dies stellt die leitende Prämisse für die folgenden Ausführungen dar, in denen das Verhältnis von Pflege zum Bildungsprozess an der Förderschule FkmE betrachtet wird.

4.2.1 Ein „spannendes“ Verhältnis

Die Bildung, Erziehung und Förderung von Schülerinnen mit sogenannten schwersten Behinderungen bietet immer wieder Anlass für eine kritische Reflexion. Eine starke pflegerische und therapeutische Ausrichtung des Unterrichts an der Förderschule FkmE birgt gerade unter dem zunehmenden sozialökonomischen Kostendruck die Gefahr, Schülerinnen mit schwersten Grunderkrankungen das Recht auf Bildung und Erziehung durch fachlich qualifiziertes pädagogisches Personal abzusprechen und ihnen stattdessen lediglich die kostengünstigere therapeutisch-pflegerische Betreuung zuteilwerden zu lassen (vgl. FORNEFELD 1998a, 104). In Zusammenhang mit einem separat verwendeten Förderbegriff, der fälschlicherweise häufig subsumierend für jegliche therapeutische und pflegerische Zusatzangebote verwendet wird sowie auf einer Bedeutungsebene neben den Begriffen von Erziehung und Unterricht, verschärft sich die potentielle Gefahr, bei Schülerinnen mit schwersten Behinderungen die Begriffe Erziehung und Unterricht durch den Begriff der Förderung zu ersetzen. FORNEFELD (1998b) fasst dies wie folgt zusammen:

„Wenn Pädagoginnen und Pädagogen ihre Klientel selbst in die Erziehungsfähigen und die nur Förderfähigen unterteilen, wie dies u.a. in den KMK- Empfehlungen von 1994 geschieht, dürfen wir uns nicht wundern, wenn man die nur förderfähigen schwerstbehinderten Schüler wieder ausschult und ihnen ihre Bildungs- und Erziehungsfähigkeit wieder abspricht.“ (FORNEFELD 1998b, 83)

Solche Tendenzen sind aktuell keineswegs gänzlich ausgeräumt, sondern erhalten im Zuge der inklusiven Beschulung aller Kinder neuen Aufwind, vor allem auf dem Weg dorthin (vgl. THEUNISSEN/SCHWALB 2009, 24). Mit zunehmendem Erfolg in der gemeinsamen Beschulung von Kindern ohne und mit Behinderungen (gemeint sind hier jene Kinder, die

nicht nach §10 AO-SF beschult werden) steigt nach HINZ (2007) wieder die Gefahr, dass das Interesse am Verbleib der Kinder und Jugendlichen mit sogenannten schwersten Behinderungen schwindet bzw. lediglich in das Interesse des Überlebenskampfes der Förderschulen gerät (vgl. ebd.). Daraus resultiert letztlich die Gefahr, dass man bei diesen Schülerinnen die Förderung – sofern man bereits einen Schritt zuvor Erziehung und Bildung darunter subsumiert hat – auf den häufig sehr hohen Pflege- und Therapiebedarf reduziert. KLAUB (2003) äußert in diesem Zusammenhang sein Bedenken folgendermaßen:

„Wenn der Pädagogik kein überzeugender Nachweis in Theorie und Praxis gelingt, dass Menschen mit schwerster Behinderung Pflege und Pädagogik gleichermaßen zusteht, sinken die Chancen der Korrektur bedenklicher Entwicklungen.“

(vgl. KLAUB 2003, 41)

Andererseits muss unbedingt festgehalten werden, dass die Abkehr vom medizinisch-individuellen Paradigma hin zu einem interaktionistisch-systemisch orientierten Paradigma in der Sonderpädagogik gleichzeitig zu einer stärkeren Orientierung und Schwerpunktsetzung auf die rein pädagogischen Inhalte der Förderung sowie zu einer Vernachlässigung der Auseinandersetzung mit pflegerisch-medizinischen Inhalten der Förderung führte (vgl. KREBS/NEUHÄUSER 1999, 59f.). SCHLICHTING (2009) fasst diese beiden Fehlentwicklungen wie folgt zusammen:

„Meinungen, die Pflege zu gering in ihrer Bedeutung bemessen, die Pflege als schnell zu erledigende Aufgabe abwerten, um zum ‚richtigen‘ Unterricht zu kommen, müssen genauso überwunden werden, wie Auffassungen, die Pflege als ausreichend erachten und Pädagogik als ‚streichenswerte Zugabe‘ sehen.“

(vgl. SCHLICHTING 2009, 92)

Um diesen Meinungen und Auffassungen zu begegnen, werden weiter unten im Kapitel 4.4 die Facetten der Pflege im Bildungsprozess von *allen* Schülerinnen mit Pflegebedarfen erneut aufgegriffen und es wird deutlich gemacht, dass Pflege einerseits einen wichtigen Bestandteil im Bildungsprozess der Schülerinnen einnimmt, zugleich aber auch *nur einen Aspekt* im Gesamtkontext des Bildungsprozesses neben vielen weiteren darstellt.

Um weiterhin Erklärungen für die eben genannten Fehlentwicklungen zu finden, ist es u. a. hilfreich, die Untersuchung von WIECZOREK (2003) heranzuziehen. WIECZOREK (2003) fand in ihrer Untersuchung „zur aktuellen schulischen Situation von Kindern mit schwerster Behinderung“ in Einzelbeispielen heraus, dass Förderschullehrerinnen der Förderschule FkME im Grunde genommen lieber eine Zusammensetzung ihrer Schülerschaft hätten, die der Qualifikation von Fachlehrerinnen entspräche und somit Fachunterricht möglich machte. So konnten 40% der Lehrerinnen in einer Studie zur „Bildungsrealität von Kindern und Jugendlichen mit schwerer und mehrfacher Behinderung in Baden-Württemberg“ (KLAUB/LAMERS/JANZ 2005) der Aussage „im Unterricht laufen diese Schülerinnen einfach so mit“ überwiegend zustimmen (vgl. KLAUB/LAMERS/JANZ, 2005, in: WIECZOREK, 2007, 117). WIECZOREK (2007) untersuchte in einer Beobachtungsstudie der Verteilung der tägli-

chen Schulzeit (ausgehend von einem 7-Stunden-Schultag) den Schulalltag von 27 Schülerinnen. Die Auswertung ergab, dass die mittlere Pflegedauer (gemessen an der Aufenthaltszeit im Pflegeraum) an einem Schultag durchschnittlich 19 Minuten beträgt (vgl. WIECZOREK, 2007, 118). Bei durchschnittlich 3 Pflegeeinheiten an einem Schultag entfallen lediglich 6,3 Minuten auf eine Pflegeeinheit. Dies lässt den Schluss zu, dass in einer Pflegeeinheit mit einer Dauer von durchschnittlich 6,3 Minuten keine Förderangebote stattfinden können, sondern lediglich die notwendigen pflegerischen Maßnahmen durchgeführt werden. Pflege scheint daher inhaltlich undefiniert und konzeptuell sowie kontextuell aus dem pädagogischen Gesamtkontext der Förderschule FkmE marginalisiert. Zudem konnte WIECZOREK (2007) feststellen, dass abzüglich der Pausen (90 min.) und der Zeit für Pflege- und Therapieeinheiten von einem 7-Stunden-Schultag im Mittel 4,25 Stunden verbleiben.

In dieser Zeit, so konnte festgestellt werden, bemüht sich das Team der Förderschule FkmE, Angebote für Schülerinnen mit einer schwersten Behinderung bereitzustellen, jedoch dauern diese Angebote durchschnittlich nur wenige Minuten (unter 10 min.) und sind häufig ungeplant (vgl. WIECZOREK 2007, 119). Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass die Förderung von Schülerinnen mit einer schwersten Behinderung zu 84,4% von Fachlehrerinnen übernommen wird und nur zu 61,2% durch Sonderschullehrerinnen (vgl. KLAUB/LAMERS/JANZ 2005, 118). Die These „Die Pflege an Förderschulen, an denen Schülerinnen mit Pflegebedarfen unterrichtet werden, stellt einen problemträchtigen Bereich dar, der einen erheblichen Forschungsbedarf impliziert“ wird in der Arbeit von FISCHER (2003) ebenfalls gestützt: Sie führte eine qualitative Untersuchung zur „Pflege als Aufgabe von Sonderpädagogen“ an der Förderschule mit dem Förderschwerpunkt ‚geistige Entwicklung‘ (Förderschule FgE) durch und kommt bezüglich der Bedingungen schulischer Pflege zu folgenden zentralen Ergebnissen:

- Im Team einer Förderschule FgE üben alle beteiligten Kräfte pflegerische Tätigkeiten aus.
- Pflege stellt eine notwendige Randbedingung für Unterricht dar.
- Die Gestaltung der Pflege geschieht nicht nach speziellen Konzepten der Förderung (z. B. basale Stimulation).
- Pflegekräfte an Förderschulen scheinen keine Angebote über die Basispflege hinaus anzubieten.
- Die Anleitung von Sonderpädagoginnen durch ausgebildete Pflegekräfte scheint vernachlässigt zu werden.
- Die Ausstattung mit Pflegehilfsmitteln sowie die Raumgestaltung sind als desolat zu bezeichnen.
- Die Förderung der Selbstständigkeit von Schülerinnen und Schülern im Bereich der Pflege wird aufgrund zeitlicher und räumlicher Defizite vernachlässigt.

(vgl. FISCHER 2003, 80ff.)

Die Erkenntnisse von FISCHER (2003) lassen vermuten, dass sich in Bezug auf die Bedingungen schulischer Pflege für die Förderschule FkmE ähnliche Problemlagen ergeben. Durch die Studie von FISCHER (2003) wurden keine subjektiven Begründungszusammenhänge erforscht, was als deutliches Desiderat und Anknüpfungspunkt für die weitere Forschung gewertet werden kann. Ebenso bleibt das Feld der Pflege von Schülerinnen ohne kognitive Beeinträchtigungen unberücksichtigt.

KLAUB/LAMERS/JANZ (2005) untersuchten in ihrer breit angelegten Studie aus dem Jahr 2000 zur „Teilhabe von Kindern mit schwerer und mehrfacher Behinderung an der schulischen Bildung im Bundesland Baden-Württemberg“ an 114 Förderschulen mit den Förderschwerpunkten ‚geistige Entwicklung‘, ‚körperliche und motorische Entwicklung‘ sowie ‚Sehen‘, an denen Schülerinnen mit einer schwersten Behinderung unterrichtet werden, den aktuellen Stand der Rahmenbedingungen sämtlicher pädagogischer und therapeutischer Settings bezogen auf die Beschulung von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen. Dazu wurden im Rahmen einer Fragebogenerhebung Schulleitungen, Lehrkräfte, Therapeutinnen und Pflegekräfte an den o.g. Förderschulen sowie Eltern von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen befragt. Als ein Teilaspekt wurde u.a. die pädagogische Nutzung von Pflegesituationen untersucht. Auf die schulische Pflege an der Förderschule FkmE bezogen, können demnach die folgend dargestellten relevanten Ergebnisse aus den Gesamtergebnissen der Untersuchung zusammenfassend selektiert werden.

Als Teilergebnis dieser Studie sind von 147 befragten Förderschullehrerinnen 73,9%, von 179 befragten Fachlehrerinnen 86,3% und von 132 befragten Pflegekräften 79,25% davon überzeugt, dass in notwendigen Situationen der Grundpflege vor allem die Wahrnehmung, Kommunikation / Beziehungsaufbau, Bewegung und Selbstständigkeit gefördert werden können (vgl. ebd., 191). Einer häufigen oder steten Nutzung von Pflegesituationen zur Realisierung von pädagogischen Zielsetzungen stimmten 77,8% für Ziele in der Wahrnehmungsförderung zu, 61,1% für Ziele in der Selbstständigkeitsförderung, 89% für Ziele in den Bereichen Kommunikationsförderung / Beziehungsaufbau sowie 62,3% für Ziele in der Bewegungsförderung (vgl. ebd., 201). In der Untersuchung werden jedoch nicht die subjektiven und qualitativen Bewertungen der befragten Lehrkräfte und Pflegekräfte zur tatsächlichen Pflegegestaltung berücksichtigt. Zudem bezieht sich die Studie ausschließlich auf Schülerinnen mit schwersten Behinderungen. Als weiteres Ergebnis sollten Förderschullehrerinnen angeben, welche Förderkonzepte (eine Auswahl von 13 Förderansätzen) ihnen bekannt seien und von ihnen angewandt würden. Das Ergebnis zeigt, dass 87% der Förderschullehrerinnen mindestens ein Förderkonzept kennen, überwiegend das der Basalen Stimulation. Jedoch wird das Konzept der Basalen Stimulation nur von 60% der Förderschullehrerinnen angewandt, obwohl sie mit schwerstbehinderten Schülerinnen zusammen arbeiten (vgl. KLAUB/LAMERS/JANZ, 2005, 124).

JANZ (2006) gliederte ihre Untersuchung zur „interprofessionellen Kooperation in Klassenteams von Schülerinnen mit schweren und mehrfachen Behinderungen“ in die Studie von KLAUB/LAMERS/JANZ (2005) ein und nutzte die selbe Stichprobe. Janz untersuchte in ihrer Studie die aktuellen Bedingungen der Kooperation von pädagogischen, pflegerischen und therapeutischen Mitarbeiterinnen an 114 Förderschulen mit den Förderschwerpunkten ‚geistige Entwicklung‘, ‚körperliche und motorische Entwicklung‘ sowie ‚Sehen‘, in Baden-Württemberg. Dabei berücksichtigte sie umfassend alle Bereiche des pädagogisch-unterrichtlichen und therapeutischen Handelns. Zudem weitete sie ihre Untersuchung auf außerunterrichtliche Aufgabenfelder aus und untersuchte ebenso als einen Teilaspekt das Handlungsfeldes Pflege.

Ein Teilergebnis der Studie von Janz (2006) belegt, dass 83,6% der Förderschullehrerinnen die Pflege als einen Teil ihrer Aufgaben erachten, jedoch nur zu 40% tatsächlich pflegerisch tätig sind (vgl. JANZ 2006, 350).

JANZ (2006) stellte ausgehend von diesem Initialergebnis u. a. die Frage nach der Notwendigkeit einer pädagogischen Nutzung von Pflegesituationen. Dieser Notwendigkeit stimmen danach 70% der Förderschullehrerinnen (n= 144) und 55% der Pflegekräfte (n=128) voll zu. Bei der Frage nach der tatsächlichen Nutzung von Förderkonzepten innerhalb der Pflege geben 72,8% aller befragten Disziplinen an, diese in der Pflege nicht zu nutzen. 27,8% der Befragten nutzten in Pflegesituationen überwiegend das Konzept der Basalen Stimulation. Die angenommene Bedeutsamkeit der pädagogischen Nutzung von Pflegesituationen divergiert hier deutlich mit der tatsächlichen Gestaltung von Pflegesituationen. Die an der Untersuchung beteiligten Pflegekräfte wurden im Rahmen dieser Studie außerdem zur Nutzung von Förderkonzepten in der Pflege befragt. Darauf gaben 72,8% der befragten Pflegekräfte an, keine Förderkonzepte in der Pflege zu nutzen (vgl. ebd., 225).

Die Teilergebnisse aus den Untersuchungen von KLAUB/LAMERS/JANZ (2005) und JANZ (2006) decken sich im Wesentlichen. Zusammenfassend werden demnach Pflegesituationen bei Schülerinnen mit schwersten Behinderungen vom überwiegenden Teil der Mitarbeiterinnen nicht pädagogisch genutzt, obwohl den meisten von ihnen Förderkonzepte bekannt sind. Subjektive Begründungen der Befragten zu den o.g. Ergebnissen wurden im Rahmen der Studien jedoch nicht erfasst. Ebenso bleibt unklar, welchen Stellenwert die befragten Mitarbeiterinnen der Pflege im Gesamtkontext der Förderschule einräumen. Ein weiteres deutliches Desiderat ergibt sich aus noch unzureichenden Ergebnissen zu den subjektiven Konsequenzen dieses Widerspruches von zugesprochener notwendiger Förderung und mangelnder Umsetzung in Pflegesituationen sowie den subjektiven Vorstellungen über vorhandene Entwicklungspotentiale im Bereich schulischer Pflegegestaltung.

Die Untersuchung von SCHLICHTING (2009) lässt sich ebenfalls im Spannungsfeld von schulischer Pflege und der körpernahen Förderung verorten. Sie untersuchte an 30 Förderzentren bzw. -schulen mit dem Förderschwerpunkt ‚geistige Entwicklung‘ im Bundesland Thüringen im Rahmen einer quantitativen Untersuchung die pädagogischen und institutionellen Rahmenbedingungen für die Gestaltung der Pflege bei Schülerinnen mit schwersten Behinderungen. Dabei fokussierte sie ausschließlich die Pflegebereiche „Nahrungsaufnahme“ und „Lagerung“ bei Schülerinnen mit schwersten Behinderungen. SCHLICHTING (2009) definiert in ihrer Arbeit den Personenkreis der Schülerinnen mit schwersten Behinderungen weitgehend deckungsgleich mit der Definition der vorliegenden Arbeit. Für die Untersuchung wurden an 178 Sonderschullehrerinnen und -Lehrer Fragebögen mit einem überwiegend geschlossenen Antwortdesign verschickt, der Rücklauf betrug 71%. SCHLICHTING (2009) untersuchte die Rahmenbedingungen der Pflegebereiche „Lagerung“ und „Nahrungsaufnahme“ in folgenden Teilaspekten:

- Anteil von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen und Pflegebedarfen
- Übernahme pflegerischer Leistungen nach Personalqualifikation
- Zeit und Verantwortlichkeit für die Pflege
- Strukturelle Rahmenbedingungen und Kenntnisse in der Pflege
- Prozessqualität der Pflege und Kooperation (vgl. ebd., 304)

Ergänzend zu ihren quantitativen Ergebnissen beschreibt SCHLICHTING (2009) in zusätzlich abgebildeten Fallbeispielen die pädagogischen und therapeutischen Möglichkeiten der Pflegegestaltung bei Schülerinnen mit schwersten Behinderungen in den Pflegebereichen „Nahrungsaufnahme“ und „Lagerung“.

Zusammenfassend kommt SCHLICHTING (2009) zu folgenden zentralen Ergebnissen:

- Für die teilgenommenen Förderschulen bzw. -Zentren im Bundesland Thüringen ergibt sich im Mittelwert ein Anteil der Schülerinnen mit schwersten Behinderungen und Pflegebedarfen von 12,4%.
- An den teilgenommenen Förderschulen bzw. -Zentren im Bundesland Thüringen sind in 60% der Fälle keine Fachpflegekräfte vorhanden, in 90% der Fälle keine Heilerziehungspflegerinnen, in 50% der Fälle keine Ergotherapeutinnen und Logopädinnen vorhanden.
- Grundpflegemaßnahmen (Wickeln, Lagewechsel, Nahrungsaufnahme, Waschen und Zahnpflege) werden fast ausschließlich von Erzieherinnen durchgeführt. Behandlungspflegemaßnahmen treten nur zwischen 1% und 7% in Erscheinung und werden ausschließlich durch Fachpflegekräfte abgedeckt. Erzieherinnen verabreichen auch Sondenkost und Medikamente (*Anmerk. d. Verf.: Erzieherinnen werden nicht genauer definiert*).

- Der Zeitaufwand für die Pflege macht laut Förderschullehrerinnen rund die Hälfte der Gesamtunterrichtszeit aus. In diesem Zusammenhang werden jegliche körperliche Bedürfnisse und Problemlagen eingerechnet.
- 85% der befragten Förderschullehrerinnen fühlen sich für die Pflege ihrer Schülerinnen verantwortlich.
- Die räumlichen, zeitlichen und materiellen Bedingungen für die Pflegegestaltung werden von den befragten Förderschullehrerinnen überwiegend positiv eingeschätzt. Eine Ausnahme bilden die räumlichen Bedingungen bezogen auf den Aspekt der „Lagerung“. Diese werden nur von 20% als ausreichend bewertet.
- Der überwiegende Teil der befragten Förderschullehrerinnen schätzt das eigene Wissen und die Kompetenzen positiv ein. 67% der Befragten können kein Konzept für die Pflegebereiche „Lagerung“ und „Nahrungsaufnahme“ benennen. Nur 45% geben an, in ihrem Studium Kenntnisse für diese Bereiche erworben zu haben.

Anhand der Ergebnisse aus der Untersuchung von Schlichting (2009) wird ersichtlich, dass die Pflege von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen zwar einen verantwortungsvollen und existentiellen Bereich im Schulleben darstellt, und dies auch so bewertet wird, jedoch eine konzeptgeleitete Gestaltung der Pflege in den meisten Fällen ausbleibt. Insgesamt muss jedoch auch festgehalten werden, dass im Rahmen der o.g. Untersuchung nur ein kleines Segment des Aufgabengebietes der schulischen Pflege erforscht wurde.

Abschließend zieht Schlichting als Konsequenz ihrer Untersuchung zusammenfassend folgendes Fazit: An der Förderschule bzw. -Zentrum FgE erscheint eine grundlegende Weiterentwicklung der Pflege notwendig. Als Kernelemente dieser Weiterentwicklung nennt sie auf der Grundlage ihrer Ergebnisse:

- Die Revidierung des zeitlichen, räumlichen und personellen Ressourceneinsatzes in der Pflege
- Die Sicherung einer fachgerechten Pflege
- Die Planung und Dokumentation von Bildungszielen im Bereich Pflege
- Die pädagogische und ethische Ausgestaltung der Pflege
- Die Verwirklichung einer transdisziplinären Kooperation

(vgl. SCHLICHTING 2009, 320ff.)

SCHLICHTING (2009) verwendet in ihrer Untersuchung einen vorkonstruierten Pflegebegriff und gibt die Bedeutung und den Stellenwert der Pflege für die Schülerinnen aus Sicht der beteiligten Professionen zum Teil vor und grenzt die Pflege sowie den Personenkreis der Schülerinnen mit Pflegebedarfen stark ein. Hier entsteht ein wichtiger Anknüpfungspunkt für die weiterführende Forschung. So bleibt ungeklärt, welches Pflegeverständnis

Förderschullehrerinnen besitzen bzw. welche Bereiche sie der Pflege zusprechen und ob Förderschullehrerinnen Schnittstellen zwischen der Pflege und ihrem „Kerngeschäft“ Unterricht erkennen. Als weitere gewichtige Desiderata kristallisieren sich hier die Einstellung der beteiligten Professionen gegenüber der Pflege als schulischen Bestandteil an der Förderschule heraus sowie die daraus resultierenden Möglichkeiten bzw. Potentiale einer pädagogischen und fördernden Pflegegestaltung für Schülerinnen mit und ohne schwerste Behinderungen.

Auch wenn die Rahmenbedingungen der Förderschule FgE und Förderschule FkmE nicht gänzlich miteinander vergleichbar sind, so bieten die Ergebnisse einen weiteren Ansatzpunkt für eine Untersuchung an Förderschulen FkmE im Bundesland Nordrhein-Westfalen, da an beiden Schulformen Schülerinnen mit Pflegebedarfen beschult werden (vgl. dazu ULBRICH et al. 2006; KLAUB/LAMERS/JANZ 2005). Eine vergleichbare Studie für die Schulform Förderschule FkmE im Bundesland Nordrhein-Westfalen existiert bisweilen nicht. Zusammenfassend kann, resultierend aus der Untersuchung von Schlichting (2009), ebenso festgehalten werden, dass die Pflege als ambivalentes Spannungsfeld im pädagogischen Kontext der Förderschule FgE sichtbar wird.

Die Pflege von Schülerinnen mit Pflegebedarfen sowie individuellen Pflegebedürfnissen kann demnach zunächst allgemein als ein ambivalent empfundenes jedoch bedeutsames Aufgabengebiet von Förderpädagoginnen angesehen werden, auch wenn eine Untersuchung der subjektiven Begründungszusammenhänge bisweilen aussteht.

TIESMEYER (2003) geht in diesem Zusammenhang u.a. davon aus, dass die Pflege in der Schule mit einem notwendigen Selbstverständnis durchgeführt und kaum reflektiert wird. (vgl. ebd., 107f.). Wenn dem so ist, kann dies als desolat bezeichnet werden, denn

„[...] Pflege und Versorgung dürfen nicht abgetan werden als Leerlauf im sonst unterrichtbezogenen Geschehen. Denn Lernen ist auf vielfältige Weise gegenwärtig.“

(DUDENHÖFER 2003, 253)

ULBRICH et al. (2006) heben das Spannungsverhältnis von Pädagogik und Pflege zugunsten eines gleichberechtigten Miteinanders auf:

„Um nicht missverstanden zu werden: Sonderpädagogik ist eine pädagogische Disziplin; sie soll es bleiben. Es ist zum Wohle behinderter Menschen aber wichtig, dass nicht Pädagogik und Pflege gegenseitig ausgespielt werden. Denn (schwerst) behinderte Menschen benötigen beides: sowohl kompetente und zuverlässige Pädagogik als auch kompetente und zuverlässige Pflege.“

(ULBRICH et al. 2006, 224)

Die Sonderpädagogik, hier insbesondere der Förderschwerpunkt ‚körperliche und motorische Entwicklung‘, kommt ohne die Pflege nicht aus, aber auch die pflegerische Versorgung der Schülerinnen ist im schulischen Feld auf eine pädagogische Orientierung angewiesen, um jungen Menschen mit Pflegebedarf einen Weg anzubieten, die Pflege so in ihre Lebensgestaltung zu integrieren, dass sie ein sinnerfülltes Leben führen können. Im Zuge dessen

sollte darauf geachtet werden, dass die Pädagogik nicht abgewertet, sondern die Pflege auf die Stufe der Pädagogik erhoben wird.

Mögliche Schnittstellen der beiden Disziplinen Pflege und Pädagogik im gemeinsamen Handlungsfeld der Förderschule FkmE werden im Folgenden dargestellt.

4.2.2 Das Gemeinsame von Bildung und Pflege

BIENSTEIN (2003) konstatiert, dass Pflege weit über die Befriedigung körperlicher Bedürfnisse hinausgehen müsse und emotionale, psychosoziale und lebenspraktische Aspekte berücksichtigen sollte (vgl. BIENSTEIN, 2003, 2). Gerade in einer Institution wie der Förderschule FkmE, die sich einem pädagogischen Gesamtkontext verpflichtet, muss diesen Aspekten ein besonders hoher Stellenwert zugeschrieben werden.

Bereits TROGISCH/TROGISCH (1977) sahen diese Verpflichtung und formulierten deshalb:

„Eine natürliche und sinnvolle Situation zur Aufnahme von [...] grundlegenden Beziehungen ist die Pflege, die nicht isoliert von Erziehung und Förderung gesehen werden kann.“ (TROGISCH/TROGISCH 1977 zit. nach FRÖHLICH 1991, 265)

Als allgemeine verbindende Elemente von Pflege und Pädagogik können erstens die Verweise auf die Zielvorgaben für den Bereich Pflege in den Richtlinien für die Förderung schwerstbehinderter Schülerinnen in Sonderschulen gesehen werden, wie in Kapitel 4.1 dargestellt, sowie die Berührungspunkte zur Pflege des Richtlinienentwurfs für den Förderschwerpunkt ‚körperliche und motorische Entwicklung‘, auf die weiter unten in Kapitel 4.3.5 Bezug genommen wird. Als weiteres verbindendes Element können bedürfnisorientierte Pflegemodelle gelten, wie beispielsweise das ABEDL-Strukturmodell nach KROHWINKEL (2007), auf das in den folgenden Ausführungen ebenfalls Bezug genommen wird.

Insbesondere im Bereich der Förderung von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen können Konzepte der körpernahen Förderung als verbindendes Element gelten (vgl. Kapitel 4.4). Das Konzept der basalen Stimulation kann hier als das bekannteste angesehen werden.

Die basale Stimulation (FRÖHLICH, 2003) als Förderansatz für Menschen mit einer schwersten Behinderung zielt auf die Grundbedürfnisbefriedigung sowie eine Aktivierung der basalen Perzeption ab. Mit der Überführung des Konzepts der basalen Stimulation in die Pflege durch BIENSTEIN und FRÖHLICH (2004) gelang ein Brückenschlag von der Pädagogik hin zur Pflege. Die Pflege wurde auf diese Weise durch fördernde Aspekte angereichert, um der Ganzheit des Menschen auch in einer Pflegesituation gerecht zu werden. BIENSTEIN und FRÖHLICH (2004) sprechen in diesem Zusammenhang von einer ‚fördernden Pflege‘ (vgl. ebd., 38). Allgemein hat sich für diese Pflegedimension der Begriff Förderpflege durchgesetzt.

Die Förderpflege kann demnach als Konzept einer pädagogisch und / oder therapeutisch erweiterten Pflege gelten. Nach PFEFFER (1988) impliziert der Begriff Förderpflege bereits die Einbeziehung von Erziehung (vgl. PFEFFER, 1988, 205).

Nach dem Konzept der basalen Stimulation scheint der ursprüngliche Dualismus von Körper und Geist aufgehoben, denn Pflege ermöglicht nach FRÖHLICH (2003) den Aufbau von Beziehungen, Kommunikation und der Teilhabe im zwischenmenschlichen Bereich des Lebens (vgl. FRÖHLICH 2003, 75–90). Aktuell setzt FRÖHLICH et al. (2011) erneut fundamentale pflegerische Grundbedürfnisse in Verbindung zu einer grundlegenden Pädagogik bei Menschen mit schwersten Behinderungen. Dabei stützt er seine Ausführungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) nach JUCHLI (2009) und stellt die pädagogischen Bezüge zur Pflege ähnlich den Ausführungen in der vorliegenden Arbeit zu den ABEDL® dar (vgl. Kapitel 3.3) (vgl. FRÖHLICH et al. 2011, 229ff.). Pflege beinhaltet bereits Bildung und Pädagogik in elementarer Form. PRASCHAK (2010) macht diesen fundamentalen Konnex in besonderem Maße deutlich. Er ordnet den Elementen der kategorialen Bildung aus der Bildungstheorie nach KLAFKI (1959) konkrete Inhalte aus dem ATL-Pflegemodell der Pflege­theorie nach JUCHLI (2009) zu:

Elemente der Bildungstheorie nach KLAFKI
<i>Das Elementare besteht in der Notwendigkeit:</i>
Sich selbst am Leben zu erhalten und organisch regulieren zu können.
Sich eigenständig bewegen und wahrnehmen zu können.
Einen Wach- und Schlafrythmus entwickeln zu können.
Eigenständig essen und trinken zu können.
Die Körperrausscheidungen kontrollieren zu können.
Sich in die Alltagsgestaltung einbringen zu können.
Kommunikation und Kooperation genießen zu können.
Eine verlässliche Bindung aufbauen zu können.
Im Rahmen dieser Alltagshandlungen werden erste Gewohnheiten, Rollenerwartungen und grundlegende kulturelle Gepflogenheiten erlernt.
<i>Das Fundamentale gründet in der Möglichkeit:</i>
Sich als eine eigenständige Persönlichkeit erleben zu können.
Das Bedürfnis nach Zugehörigkeit und Anerkennung erfahren zu können.
Das Bedürfnis nach einer verlässlichen Beziehung befriedigen zu können.
Das Bedürfnis nach Gewissheit, Orientierung und Sicherheit im Alltag erfahren zu können.
Das Bedürfnis, Raum und Zeit möglichst eigenständig in Erfahrung bringen zu können.
Ein Selbstkonzept und ein grundlegendes Rollenverständnis entwickeln zu können.
Erkenntniskategorien wie Raum, Zeit, Kausalität und Objektpermanenz entwickeln zu können.
Alltagsgegenstände in ihrer kulturellen Bedeutung benutzen zu können.
<i>Das Exemplarische zeigt sich als Rahmenbedingung für folgende Bildungsprozesse:</i>

Es umfasst Menschenwürde, Zufriedenheit und Handlungssicherheit, die persönlich erfahren werden müssen.
Es umfasst Lebensqualität und kulturelle Wertorientierung, die den Alltag durchziehen müssen.
Es umfasst die persönliche Aktivität, die als gesellschaftliche und kulturelle Teilhabe auszulegen ist.
Es umfasst Homogenität, Heterogenität und Differenz, die als Gestaltungsmerkmale das alltägliche Leben bestimmen müssen.
Es umfasst Kooperation und Kommunikation, die als Merkmale der Lebensweltgestaltung in ihrer Wirkung kennen gelernt werden müssen.
Es umfasst ein Bewusstsein für die Geschichtlichkeit und Vergänglichkeit der menschlichen Existenz, was akzeptiert werden muss.
Es umfasst die Abwehr von Übergriffen, Manipulationen und Unterdrückung, was die Integrität der Persönlichkeit schützt.

Tabelle 7: Elemente der Bildungstheorie nach KLAFKI.
(Vgl. PRASCHAK 2010, 4ff.)

Der Vergleich zeigt, dass sich die Bildungstheorie nach KLAFKI (1959) in ihrer Grundlegung besonders für die pädagogische Implementierung von Pflege in den gesamtschulischen Bildungsprozess eignet (vgl. KLAFKI 1959; vgl. auch CHU 2002). Die Ausführungen PRASCHAKS (2010) lassen ebenfalls den Vergleich mit dem ABEDL®-Pflegetheorie nach KROHWINKEL (2007) zu, wie es bereits in Kapitel 2.7.1 und 3.3 vorgestellt wurde. Solche Bezüge von Bildung zur Pflege lassen sich, wenn auch nicht derart explizit, ebenfalls aus system-konstruktivistischer Perspektive ableiten, da erstens anzunehmen ist, dass durch den Pflegebedarf der Schülerinnen in ihren individuellen Pflegebereichen auch subjektive Erfahrungsbereiche (angelehnt an die ABEDL-Bereich, vgl. Kapitel 3.3) angesprochen werden und die Beschäftigung der Schülerinnen mit Pflege thematiken, nach dem Modell der subjektiven Didaktik nach KÖSEL (2002), sinn- und bedeutungstiftend ist. Folgt man dem Modell der unterstützenden Didaktik nach HANSEN (2010), das neuerdings auf einer moderaten konstruktivistischen Sichtweise beruht, kann angenommen werden, dass sich aus einem lebensbegleitenden Pflegebedarf alltagsnahe und relevante Problembereiche und Herausforderungen ergeben (vgl. Kapitel 3.4). Den Umgang mit diesen müssen Schülerinnen vor dem Hintergrund ihres eigenen Handelns und Erfahrens erlernen (vgl. HANSEN 2010, 84).

Förderkonzepte wie das der basalen Stimulation – desgleichen ein Übertrag auf bedürfnisorientierte Pflegetheorie wie das ABEDL-Strukturmodell – scheinen allein nicht auszureichen, um die gesamte Lebensrealität von Schülerinnen in Pflegesituationen konzeptuell zu erfassen. Auf diese Weise wird Pflege zwar für die Förderung präferiert und auch mit der Erziehung in Verbindung gebracht (vgl. PITSCH 2003, 63–65), jedoch scheinen bislang keine Handlungsempfehlungen für die Pflege selbst in der Förderschule FkmE zu existieren. Förderung kann nur einen Aspekt von Pflege darstellen, denn Pflegehandlungen sind nicht

allein als Fördersituationen zu betrachten, sondern sollten ebenso längerfristige Ziele im Bereich der Bildung implizieren und dadurch in den pädagogischen Gesamtkontext der Förderschule FkmE gestellt werden. Nach FRÖHLICH (2003) ist Pflege „in den pädagogisch-therapeutischen Alltag zu integrieren“ und muss „von den Hauptbezugspersonen übernommen werden.“ (FRÖHLICH 2003, 268).

Die schulische Pflege sollte nach den Ansichten von KLAUB (2003) aus der Nische der Selbstverständlichkeit und Notwendigkeit in den pädagogischen Gesamtkontext der Förderschule FkmE gestellt werden, denn nur so kann sich das pädagogische Potential von Pflege positiv für Schülerinnen entfalten. Aus diesem Grund fordert KLAUB (2003) die Ausweitung eines Dialogs zwischen Pflege und Pädagogik wenn er sagt, der Mensch

„wird auch dadurch zur unverwechselbaren Person, dass er seine körperlich bedingten Bedürfnisse auf eigene Art und Weise ausbildet und befriedigt. Das ist ein elementarer Bildungsprozess, mit dem sich die Pädagogik befassen sollte.“

(KLAUB 2003, 53)

Weiter sieht er in der Pflege die Ermöglichung von Autonomie.

„Zur Ermöglichung von Autonomie im Bereich der Pflege gehört auch die Chance zur Gestaltung eines eigenen persönlichen Stils bei der Pflege körperlicher Bedürfnisse.“

(KLAUB 2003, 53)

Folgt man den Auffassungen von KLAUB (2003), werden Pflegebedürfnisse erst durch Bildung ausgebildet und erlernt (vgl. ebd., 50f.). Eine Schülerin, die nicht die Möglichkeit erhält, ihre Vorlieben und ihren Geschmack in Pflegesituationen zu äußern oder zu erlernen, wird Bedürfnisse im Bereich ihres persönlichen Stils und Geschmacks nicht ausbilden können. Gemeint sind dabei nicht die organismischen Bedürfnisse, die uns von Geburt an innewohnen (z. B. Ausscheiden), sondern eben jene, die wir erst erlernen müssen, wie Scham, Intimität, Vorlieben von Berührungen, Wassertemperatur beim Waschen, „Kleidungsfragen“, die Frisur, Ruhe bei der Pflege oder doch lieber Gespräche etc. Aber vor allem solche Bedürfnisse nach Intimsphäre und dem Respekt vor der eigenen Person, die besonders für Schülerinnen mit einem Pflegebedarf so bedeutsam und zugleich so schwer zu erlernen sind, aufgrund der Abhängigkeit von anderen Personen (vgl. KLAUB 2003, 51), müssen erst ausgebildet werden. Gerade deshalb muss Pflege konzeptuell und kontextuell so gestaltet sein, dass sie Bildung von der elementaren Ebene bis hin zu kognitiv anspruchsvollen Bedeutungszusammenhängen enthält, damit Schülerinnen nicht zum Objekt der Pflege gemacht werden und dadurch der Abhängigkeit von anderen Menschen ausgeliefert sind, sondern sich selbst in den Pflegeprozess einbringen können (vgl. FRÖHLICH 2004 et al., 6–7).

Denn als Schülerinnen müssen sie den Umgang mit Pflege erst erlernen und sich während ihrer Entwicklung immer wieder neu auf Pflegesituationen einstellen. WALSH et al. (2000) sehen in der Pflege zudem die Möglichkeit, durch die Ritualisierung von Pflegehandlungen

zwischenmenschliche Begegnung und Kommunikation zu fördern (vgl. WALSH et al. 2000, 6–15).

PAHL (2002) sieht die Notwendigkeit eines Dialogs von Pflege und Pädagogik im Abbau von fremdbestimmten Elementen. Folglich spricht er von einem „untrennbarem Tandem“ von Pflege und Pädagogik. Er sieht Pflegesituationen als Möglichkeit der „lernenden Begegnung“ für Pflegende und Pflegebedürftige und plädiert für eine „überdachte Pflege“, die die Aktivität und Selbstbestimmung von pflegebedürftigen Menschen fördert und fordert (vgl. PAHL 2002, 1–2). Laut WIECZOREK (2003) sind Pflegesituationen sind dazu geeignet Schülerinnen das „Lernen im und am Alltag“ zu ermöglichen. Auf diese Weise können Schülerinnen in Pflegesituationen zahlreiche Erfahrungen des Alltags machen, indem sie sich beispielsweise mit Wasser auseinandersetzen, Pflegeartikel erkunden und dabei vielleicht Vorlieben für Waschlotionen entdecken, unterschiedliche Oberflächen kennen lernen etc. (vgl. WIECZOREK 2003, 369–372). Es gilt dabei auf die Impulse zu achten, die von den Schülerinnen ausgehen, denn dies macht es möglich, Pflege von den Schülerinnen maßgeblich mitgestalten zu lassen und wirkt Fremdbestimmung entgegen.

Für PITSCH (2001) stellt die Pflege eine Situation dar, die sich grundlegend und primär durch ihre Beziehungsgüte auszeichnet. Er zeigt auf, dass die Form der Beziehung je nach Dauer der Pflegeabhängigkeit sowie abhängig von den jeweiligen Kommunikationsmöglichkeiten und vom Umfang der stellvertretenden Pflegeleistungen variiert. Dabei ist PITSCH (2001) der Auffassung, dass erst bei länger andauernder Pflege und einer intensiven Beziehung eine pädagogische Basis erforderlich sei und diese auch durch das Selbstverständnis der jeweiligen Bezugspersonen getragen wird (vgl. ebd., 156ff.). Etwas eindringlicher spricht TIESMEYER (2003) vom individuellen Stellenwert, den Pflege sowohl rein physiologisch als auch von der subjektiv empfundenen Bedeutsamkeit her für den jeweiligen Menschen mit Pflegebedarf einnimmt (vgl. ebd., 107ff.). Resümierend sehen beide Autoren, dass die individuelle Bedeutsamkeit der Pflege für die eigene Lebensgestaltung ausschlaggebend für das Maß der pädagogischen Ausrichtung der Pflege ist. Auf die Bedeutsamkeit und die Möglichkeiten der körpernahen pädagogischen Förderung in der Pflege wird weiter unten in Kapitel 4.4 explizit eingegangen.

Ein Desiderat stellt weiterhin die pädagogisch-pflegerische Förderung von Schülerinnen mit Pflegebedarf, die nicht dem Personenkreis der Schülerinnen mit schwersten Behinderungen zuzuordnen sind, dar. Die bisherigen Forschungsprojekte (vgl. KLAUB/LAMERS/JANZ 2005; WIECZOREK, 2007) zur Fördersituation an Förderschulen stellen vor allem Schülerinnen mit einer schwersten Behinderung in den Fokus und vernachlässigen dabei die Schülerinnen mit körperlichen oder motorischen Beeinträchtigungen, die nicht der Gruppe von schwerstbehinderten Schülerinnen zuzuordnen sind, jedoch ebenfalls der kompensatorischen Hilfe oder der stellvertretenden Übernahme pflegerischer Handlungen bedürfen. Hinweise auf die Relevanz von Bildungsinhalten für diese Schülergruppe finden sich bei LELGEMANN (2007;

2010) und SCHLÜTER (2007b) vor allem für den Bereich der Vorbereitung auf das nachschulische Leben mit Pflegebedarf. Außerdem muss davon ausgegangen werden, dass die dauerhafte Pflegeabhängigkeit einen ebenso zentralen Aspekt der Verarbeitung behindernder Erfahrungen darstellt. Im Rahmen dessen ist das Angebot von didaktisch-methodisch aufgearbeiteten Inhalten seitens der Schule für die betreffenden Schülerinnen unerlässlich (vgl. dazu auch ORTLAND 2006). Abgesehen von diesen Forderungen lassen sich Pflege und Bildung als gesellschaftliche Bestandteile beschreiben, die einem gesamt-solidarischen Interesse zuzuordnen sind.

Zur Gestaltung der Pflege von Schülerinnen ohne schwerste Behinderungen an Förderschulen FkmE existieren bislang keine Untersuchungen, jedoch weisen hier vor allem SCHLÜTER (2009; 2010) und LELGEMANN (2007; 2010) auf die Notwendigkeit einer Untersuchung hin. Die Untersuchung der Pflegebedingungen und der Bedeutsamkeit der Pflege für Schülerinnen ohne schwerste Behinderungen im förderschulischen Kontext stellt aus diesem Grund ein deutliches Desiderat dar. Weitere Desiderata stellen die subjektiven Bewertungen der aktuellen Pflegegestaltung, die Probleme, Bedarfe und Entwicklungspotentiale der schulischen professionellen Pflege für alle Schülerinnen mit Pflegebedarfen aus den Perspektiven der Handelnden, in den Disziplinen Pflege (Pflegekräfte), Pädagogik (Förderschullehrerinnen) und Schulorganisation (Schulleiterinnen), dar.

Zur Konkretisierung möglicher Untersuchungsinhalte und Forschungsfragen wird dieser grundlegende Bereich zur Bedeutsamkeit der Pflege für den Personenkreis der Schülerinnen ohne schwerste Behinderungen sowie den Möglichkeiten der Thematisierung im Bildungsprozess dieser Schülerinnen dezidiert im Kapitel 4.3 beleuchtet.

4.2.3 Pflege als Aufgabe von Förderschullehrerinnen

In einem Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 16.10.2008 zu den inhaltlichen Anforderungen für die Fachwissenschaft und für Fachdidaktiken in der Lehrerbildung wird für das Fachprofil des Förderschwerpunkts ‚körperliche und motorische Entwicklung‘ als notwendige Kompetenz von Förderschullehrerinnen an erster Stelle folgender Punkt aufgeführt: „Therapeutische und pflegerische Konzepte in ihrer Bedeutung für die Bildung und Förderung“ (ebd., 47). Diese Aussage allein macht bereits auf die immense Bedeutsamkeit pflegerischer Kompetenzen seitens des (förder-)pädagogischen Personals aufmerksam. Weiter wird in den Rahmenbedingungen für die sonderpädagogische Förderung folgende Organisation der Aufgabenbereiche durch die Mitarbeiterinnen gefordert:

„Die Koordination von Unterricht und Erziehung, Therapie und Pflege ist durch ein verlässliches Verfahren zu sichern, an dem alle handelnden Personen zu beteiligen sind. [...] Wenn bei der Arbeit in Schulen helfendes Personal unterstützende Aufgaben wahrnimmt, muss es, soweit es nicht über eine Qualifikation für die selbständige Aufgabenwahrnehmung verfügt, eine angemessene Anleitung erhalten.“

(MSWF 2001, 7)

An der Pflege einer Schülerin im Laufe eines Schuljahres sind durchschnittlich 3,65 Personen beteiligt (vgl. ORTLAND 2005, 115). Dies lässt schnell die Frage nach der Zuständigkeit für den Bereich der Pflege aufkommen und lässt vermuten, dass Pflege einen Bereich sonderpädagogischen Handelns darstellt, dessen Ausführung stets neu verhandelt wird. Zudem kann lediglich zu 60,4% eine gleichgeschlechtliche Pflege generell gewährleistet werden, zu 28,6% erst ab einem bestimmten Alter und zu 11,1% gar nicht (ebd., 116). Es ist davon auszugehen, dass gerade aus der Perspektive der Schulorganisation und aus der Perspektive der Förderschullehrerinnen belastende Faktoren die Auseinandersetzung mit dem Bereich der Pflege erschweren. PFEFFER (1988) nennt Belastungen der Pflegenden an der Förderschule FgE in der Pflege durch Tätigkeiten im Intimbereich der Schülerinnen, Zeitdruck, unzureichende Räumlichkeiten, Erschwerung der Kommunikation, Überforderung durch hohe Anzahl von Schülerinnen mit Pflegebedarf, Erleben von Pflege als freudlose Alltags-handlung, Monotonie aufgrund von Mechanisierung und Routine in der Pflege und der Übernahme niederer Arbeiten („Standesdenken“) (vgl. PFEFFER 1988, 206).

SCHLÜTER (2009) stellte in eigenen Beobachtungen fest, dass Förderschullehrerinnen immer weniger an der Pflege ihrer Schülerinnen beteiligt seien, da sie sich entweder selbst entziehen oder aus der Pflege abgezogen würden. Als mögliche Gründe für diese Entwicklung nennt sie:

- Delegation von immer mehr pflegerischen Tätigkeiten an Integrationshelfer, Schulbegleiterinnen, FSJlerinnen, Krankenschwestern oder Praktikantinnen.
- Subjektiv empfundene höhere Arbeitsbelastung durch andere Aufgabenfelder (Beratungs- und Kooperationstätigkeit, Verwaltungs- und Organisationsaufgaben etc.) sowie neue Aufgabenfelder, die sich aus der zunehmenden Heterogenität der Schülerschaft ergeben, so dass die Pflege als Aufgabe herausfällt.
- Pflege stellt eine unbeliebte Aufgabe dar und wird nicht mehr direkt als pädagogisches Aufgabenfeld verstanden, das der eigenen Besoldung entspricht, sondern wird qualitativ anderen Aufgaben untergeordnet.

(vgl. SCHLÜTER 2009, 224)

Die Untersuchung von JANZ (2006) brachte als Ergebnis u. a. hervor, dass 83,6% der Förderschullehrerinnen und 83,9% der Fachlehrerinnen die Pflege als einen Aufgabenbereich ihrer Arbeit ansehen. Regelmäßig werden pflegerische Aufgaben allerdings nur zu 28,7% von den befragten Förderschullehrerinnen, zu 43,1% von Fachlehrerinnen, zu 8,1% von Therapeutinnen, zu 34,5% von Pflegekräften und zu 19,5% von Hilfskräften übernommen.

ULBRICH et al. (2006) untersuchten in ihrer bundesweit angelegten Studie, in der Förderschullehrerinnen und -lehrer an 334 Förderschulen mit den Förderschwerpunkten FkmE und FgE befragt wurden, die Problematiken, mit denen sich die Befragten konfrontiert sehen und von denen sie sich überstrapaziert fühlen. Als Gründe für hoch problematische Unterrichts- und Betreuungssituationen wurden von 60% der Befragten die Gesundheitsprobleme der Schülerinnen genannt. Eng damit verbunden bewerteten 54% der

Befragten den Pflegeaufwand der Schülerinnen als hochproblematisch. Diese Bewertung wird damit begründet, dass

„[...] eine bedürfnisgerechte Pflege der Schüler häufig mit einem so hohen Zeit- und Personalaufwand einhergeht, dass dadurch die ‚eigentliche‘ Unterrichtsdurchführung und die Aufsicht in den jeweiligen Klassen nicht mehr gewährleistet werden können und somit andere Kinder gefährdet sind. Anders formuliert: Für eine angemessene Pflege (schwerer) behinderter Kinder und Jugendlicher fehlt es an vielen Schulen nach Auskunft der Fragebogenbeantworter an Zeit und Fachpersonal.“

(ULBRICH et al. 2006, 220)

In der Konsequenz führt diese Bewertung der Gesundheitssituation der Schülerinnen und der häufig damit verbundene Pflegeaufwand dazu, dass die Pflege von Schülerinnen durch Förderschullehrerinnen nicht selten auch als Hindernis im sonst unterrichtlichen Geschehen der Förderschule empfunden wird (vgl. ULBRICH et al. 2006, 224).

Sehr viel drastischer formuliert dies PITSCH (2001) für die Situation an der Förderschule mit dem Förderschwerpunkt ‚geistige Entwicklung‘ im Saarland und fordert als Ausweg den Einsatz von Heilerziehungspflegekräften:

„Lehrer und Erzieher klagen darüber, dass sie vor lauter ‚Füttern‘, Versorgen und Pflegen keine Zeit mehr haben zur Erfüllung ihres eigentlichen Berufsauftrages, der pädagogischen Förderung der ihnen anvertrauten Kinder und Jugendlichen. Kein Wunder, wenn das Füttern eines einzigen Kindes als pädagogischer Akt bis zu 45 Minuten dauern kann. Das sind dann 4 ½ Stunden in einer Klasse von sechs Schülern, für die der Schultag etwa 6 ½ Stunden dauert. Die letzten beiden Stunden gehen dann weg für An- und Ausziehen, Saubermachen, Frühstück, Ankommen und Vorbereiten auf die Heimfahrt. [...] Lehrer und Erzieher sind für diese Pflegetätigkeiten nicht ausgebildet. Sie haben vom Einsatz ergonomischer Bewegungsformen beim Tragen, Heben, umlagern noch nie etwas gesehen oder gehört. Sie haben gelernt, wie ein Schreib-Lese-Lehrgang aufgebaut wird, aber nicht, wie man ein Herunterschlucken zerkauter Nahrung in Gang bringt oder erleichtert. Diese Lehrer und Erzieher fühlen sich in ihrer ausbildungsfremden Tätigkeit allein gelassen, und sie sind es auch im doppelten Sinne: Ihnen selbst fehlt die fachliche Ausbildung, und es wird ihnen auch niemand mit der nötigen Fachausbildung zur Seite gestellt.“

(PITSCH 2001, 165)

SCHLICHTING und GOLL (2012, 4–11) sowie auch JANZ (2006) halten als Ergebnisse ihrer Studien fest, dass die Etablierung und Förderung einer transdisziplinären Zusammenarbeit des multiprofessionellen Teams an Förderschulen die größte Chance bietet, um einer pädagogischen Gestaltung der Pflege gerecht zu werden. Die transdisziplinäre Kooperation erfordert allerdings einen umfassenden Kompetenztransfer aus den jeweils benachbarten Disziplinen Pflege und Pädagogik. Eine transdisziplinäre Kooperation erfordert darüber hinaus die Revidierung der bisherigen Aufgabentrennung und -zuteilung. Auch KLAUB und LAMERS (2003) sprechen sich für eine transdisziplinäre Zusammenarbeit aus und fordern indirekt eine Spezialisierung der Mitarbeiterinnen für die ganzheitliche Förderung der Schülerinnen mit schwersten Behinderungen:

„Wer meint, besondere Qualifikationen seien überflüssig, um einen Menschen adäquat zu betreuen, der beim Essen, Gehen, Kommunizieren, bei Hygiene und Fortbewegung auf ständige Hilfe angewiesen ist, der irrt sich. Es stellt eine besondere Herausforderung dar, bei allen notwendigen Assistenzleistungen die Chancen zu entdecken und zu nutzen, die darin für die Bildung dieser Menschen liegen. Es ist viel einfacher die Kommunikation bei einem sprechenden Menschen zu fördern als bei einem, dessen Äußerungen kaum interpretierbar sind. Diese Menschen brauchen die Besten aus den Bereichen der Pädagogik, Pflege und Therapie.“

(KLAUB/LAMERS 2003, 46f.)

FRÖHLICH (2003) unterstreicht die Bedeutsamkeit einer transdisziplinären Ausrichtung der Arbeit mit schwerstbehinderten Schülerinnen und weist in diesem Zusammenhang auf die vorhandenen Kompetenzen hin:

„Weder der Therapeut noch der Pädagoge noch die Pflegefachkräfte verfügen aus sich heraus über die notwendige umfassende Kompetenz, erst in einer sich wechselseitig ergänzenden Zusammenarbeit kommt es zu einem „Reservoir“ von Kompetenzen, mit der die Förderung verwirklicht werden kann.“

(FRÖHLICH 2003, 290)

Damit sind zusammenfassend, auf der Grundlage des aktuellen Forschungsstandes, zunächst grundsätzliche Ausgangslagen und Forderungen für die Arbeit im Spannungsfeld von Pädagogik und Pflege sowie für die Kooperation der Mitarbeiterinnen an Förderschulen formuliert. Die Rahmenbedingungen, Entwicklungspotentiale sowie hemmende und fördernde Faktoren für eine konzeptgeleitete Umsetzung dieser Forderungen bedürfen jedoch der Eruiierung und wurden bislang nicht untersucht. Hier werden deutliche Anknüpfungspunkte für die weiterführende Forschung ersichtlich.

In den folgenden Kapiteln 4.3 und 4.4 werden die konkreten pädagogischen Bezüge sowie die pädagogisch förderlichen Aspekte der schulischen Pflege im Kontext des Bildungsprozesses an der Förderschule in den Blick genommen. Anhand des aktuellen Forschungsstandes werden Schnittstellen zur Pflege thematisiert sowie existente Forschungsdesiderata und Anknüpfungspunkte für die weiterführende Forschung konkretisiert.

Das Kap. 4.3 behandelt in diesem Zusammenhang die auf den Unterricht an der Förderschule FkmE bezogenen Aspekte für beide, unter Kap. 3.2, genannten Schülergruppen. Das Kap. 4.4 widmet sich im Speziellen den Aspekten der körpernahen Förderung in Bezug zur Pflege bei Schülerinnen mit schwersten Behinderungen.

4.3 Pflege als Bestandteil im schulischen Bildungsprozess von Schülerinnen mit Pflegebedarf

Es muss angenommen werden, dass die Pflege, allein bedingt durch die Beschulung von Kindern und Jugendlichen mit Pflegebedarf, im gesamten Schulalltag und somit

automatisch in den Bildungs- und Erziehungsprozessen an der Förderschule FkmE eine immanente Rolle einnimmt, ob dies nun gewollt ist oder nicht. Im Zuge dessen sollte diese Rolle der Pflege nicht undefiniert bleiben, sondern kann sehr wohl ausdifferenziert werden, so dass der Pflege je nach Perspektive unterschiedliche pädagogische Funktionen zukommen. KLAUB (2003) drückt diesen Zusammenhang folgendermaßen aus:

„Je nach Perspektive erweist sich Pflege als Voraussetzung von Pädagogik, als möglicher Rahmen, in den pädagogische Angebote eingebettet werden (Pflege als Anlass für Pädagogik), als Aspekt und Bestandteil der Pädagogik oder als spezifischer Bildungsprozess. Letztlich setzt Pflege auch basale Bildungsprozesse voraus und bedarf der Ergänzung durch eigenständige Bildungsangebote.“

(KLAUB 2003, 49)

In diesem Zusammenhang weist KLAUB (2003) darauf hin, dass die Diskussion um das Verhältnis von Pflege und Pädagogik bei Schülerinnen mit Pflegebedarf letztlich nur darin münden kann, dass Pflege weder Pädagogik bei Schülerinnen mit schwersten Behinderungen ersetzen darf, noch Pflege als pädagogischer Inhalt des Bildungsprozesses an der Förderschule völlig ausgeklammert werden darf. Vielmehr stellt die Pflege nach den Auffassungen von KLAUB (2003) „nur“ einen, aber bedeutenden Aspekt im Bildungsprozess der Schülerinnen mit Pflegebedarf dar, auf den sich der Bildungsprozess nicht reduzieren lässt, sondern der einen immanenten Bestandteil darstellt (vgl. ebd., 60f.).

Im Folgenden wird die obige Aussage von KLAUB (2003) aufgegriffen, um ein differenziertes Bild der Pflege als integralen Bestandteil im gesamtschulischen Bildungsprozess abbilden zu können. Pflege kann in diesem Rahmen als *ein Aspekt* eines facettenreichen Bildungsangebots der Förderschule FkmE verstanden werden, der sich auf den folgenden Ebenen ausdrückt:

- Pflege als *eine Voraussetzung* von Bildungs- und Erziehungsprozessen
- Pflege als *ein Ziel / Ergebnis* von Bildungs- und Erziehungsprozessen
- Pflege als *ein immanenter Bestandteil* des Unterrichts
- Pflege als *ein Thema* im Unterricht
- Pflege als *ein Bestandteil vieler anderer Felder* der Förderschule FkmE
- Pflege als *ein Rahmen* für Förderung (vgl. Kapitel 4.4)
- Pflege als *ein basaler Bildungsaspekt* (vgl. Kapitel 4.4)

Werden diese Teilaspekte bzw. Ebenen der Pflege im Bildungsprozess an der Förderschule FkmE präziser betrachtet so wird deutlich, dass ein großes und breites Forschungsdesiderat besteht. Auf der Grundlage des aktuellen Forschungsstandes ist bisweilen unklar: welche Rahmenbedingungen für die Realsierung dieser Ebenen an Förderschulen FkmE existent sind; wie die genannten Ebenen aus den Perspektiven der verschiedenen Professionen bewertet werden und welche Möglichkeiten der konzeptbasierten Entwicklung oder Modifizierung von den, an Pflege beteiligten, Professionen gesehen werden.

Im Folgenden werden die oben aufgeführten Teilaspekte näher betrachtet, um die Forschungsdesiderata zu konkretisieren und auf bereits bestehende Anknüpfungspunkte untersucht.

4.3.1 Pflege als Voraussetzung für jegliche Bildungs- und Unterrichtsprozesse

Unterricht und allgemeine Aktivitäten von Schülerinnen setzen zunächst voraus, dass die körperlichen und seelischen Bedürfnisse befriedigt sind. Schülerinnen, die Hunger oder Durst verspüren, die einen Schlafmangel haben oder sogar Schmerzen verspüren, werden sich in ihren Gedanken und ihrem Empfinden nicht freimachen können von der existenziellen Sorge um ihr körperliches und seelisches Wohl.

Die Pflege der körperlichen Bedürfnisse als Voraussetzung für jegliche schulische Bildungs- und Erziehungsprozesse ist in der gesamten Sonderpädagogik unumstritten und nicht von der Hand zu weisen (vgl. u. a. FRÖHLICH 1990; HAUPT 1996; FORNEFELD 1998a u. b; u. a. m.). Dieser Konsens erklärt sich bezogen auf die reine Grundversorgung von Schülerinnen (Ernährung, Toilettengänge, Körperhygiene) gewissermaßen von selbst. KLAUB (2011) geht noch einen Schritt weiter, indem er als Voraussetzung für die Teilhabe an Bildungsprozessen eine ganzheitliche Pflege fordert, die neben der Befriedigung der reinen körperlichen Grundbedürfnisse ebenso die Wünsche, individuellen Bedürfnisse, Vorlieben und Ablehnungen der Schülerinnen mit einbezieht (vgl. ebd., 98). Eine gute Pflege muss demnach

„[...] so gestaltet sein, dass sie zugleich die Basis für Teilhabe, beispielsweise bei Bildung, Erziehung und Förderung, aber auch bei Arbeit und Beschäftigung, in der Freizeit u. a. m. bildet.“ (KLAUB 2011, 98)

Auffällig ist, dass eine ganzheitliche Pflege als Basis für die Teilhabe an Bildungsprozessen ausschließlich im Zusammenhang mit der Beschulung von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen genannt wird. Dies sollte jedoch für alle Schülerinnen, die einen Bedarf an pflegerischer Unterstützung haben, eine Grundvoraussetzung für die schulische Teilhabe darstellen. Hier ergibt sich die Frage nach dem beigemessenen Stellenwert der schulischen Pflegegestaltung für Schülerinnen ohne schwerste Behinderungen durch die Mitarbeiterinnen an der Förderschule. Diese Frage bleibt auf der Grundlage des aktuellen Forschungsstandes unbeantwortet, bietet jedoch einen wichtigen Anknüpfungspunkt für die weiterführende Forschung.

4.3.2 Pflege als Ziel, Ergebnis und Konsequenz von schulischen Bildungsprozessen

Die Pflege des eigenen Körpers und damit die Aufrechterhaltung der eigenen Existenz und die Herstellung des individuellen Wohlbefindens ist Menschen in vielen Bereichen nicht angeboren, sondern wird grundlegend erlernt (vgl. KLAUB 2003, 60f). Viele dieser erlernten

Fähigkeiten werden nicht zuletzt aus verschiedenen Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung selektiert und nach den individuellen Vorlieben in einem immer wiederkehrenden Lernprozess ausgestaltet. Einige zu erlernende Fähigkeiten können beispielsweise folgende sein:

- Körperanspannung und -entspannung
- Den Körper bekleiden mit witterungsangemessener Kleidung
- Nahrungsaufnahme (gesunde Ernährung)
Die Ausscheidung wahrnehmen
- Haare, Extremitäten, Rumpf, Gesicht und Intimbereich waschen und gegebenenfalls eincremen
- Erhaltung der Geschlechtsidentität durch Pflege und Kosmetik
- Schlafatmosphäre (Vorlieben bei der Gestaltung der Schlafstätte)

Als übergeordnetes Ziel der Bildungsprozesse im Bereich Pflege wird in der Literatur vor allem das Erlernen von größtmöglicher Selbstständigkeit aufgeführt (vgl. HASSELER 2011, 137f.). Neben diesem Grobziel sollten Schülerinnen im schulischen Bildungsprozess lernen, wie sie ihr individuelles Wohlbefinden (i. e. S. Gesundheit), unter Berücksichtigung der erforderlichen Erweiterung der eigenen Ressourcen (Assistenzen und Hilfsmittel), herstellen können. Weitere Ziele von Bildungs- und Erziehungsprozessen im Bereich Pflege könnten daher folgende sein:

- Die Herausbildung des persönlichen Geschmacks in Pflegehandlungen
- Fremdpflege zulassen können
- Die eigene Pflege anleiten lernen
- Akzeptanz der eigenen Pflegebedürftigkeit
- Integration der Pflegebedürftigkeit in die Lebensgestaltung

Dabei stellt Pflege keinen eigenständigen Förderbereich dar, sondern bietet einen Rahmen für Förderangebote, die in den verschiedenen Förderbereichen ansetzen.

Die Selbstbestimmung und Eigenaktivität der Schülerinnen in Pflegesituationen sollten ebenfalls als Lernziele in die Pflege aufgenommen werden. Dies begründet sich durch die Untersuchung von ORTLAND (2005), in der Lehrkräfte der Förderschule FkmE zur Bedeutung der möglichen Auswirkungen auf die sexuelle Entwicklung von Schülerinnen durch Pflege im urogenitalen Bereich befragt wurden.

Dabei sehen 95,8% der Lehrerinnen die Ausbildung von Schamgefühl, 83,5 % die Anerkennung der Intimsphäre anderer, 86% das lustvolle Erleben des eigenen Körpers sowie 82,4% das Erkennen sexuellen Missbrauchs seitens der Schülerinnen erschwert. 78,9% der Befragten sehen Auswirkungen auf den Aufbau eines positiven Körperbildes.

KLAUB (2003) weist darauf hin, dass Bedürfnisse in der Pflege zugleich das Ergebnis von Bildung sind. Zwar sind die wesentlichen Grundbedürfnisse durch die menschliche Grundausstattung bereits von Geburt an vorhanden (in allen ABEDL-Bereichen, siehe Kapitel

3.3), sie sind jedoch noch undefiniert und unkultiviert. Die konkreten Ausprägungen der Bedürfnisbefriedigung sind nach den Ansichten von KLAUB (2003) deshalb als Bildungsprodukte zu bezeichnen (vgl. ebd., 17f.).

„Die sog. biogenen Primärtriebe sind individuell und kulturell ausgeprägt. Sie entwickeln sich in ihrer konkreten Ausformung erst in der Begegnung mit ihren Befriedigungsmöglichkeiten, die in der Begegnung mit der Kultur vorgefunden werden.“

(KLAUB 2003, 18)

Beispielsweise formt sich der Primärtrieb Hunger im Laufe der Entwicklung durch Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten der Nahrungsaufnahme zu einem persönlichen Geschmack bei der Nahrungsaufnahme, zu Appetit und kulturellen Möglichkeiten des Essens um. Auch die Förderschule FkmE hat den Auftrag, diese Ausformungsprozesse der Befriedigungsmöglichkeiten der menschlichen (Pflege-)Bedürfnisse zu unterstützen, zu begleiten und vor allem, vielfältige Bildungsmöglichkeiten in Form von pädagogisch-unterrichtlichen Erfahrungssituationen zu schaffen.

Dies sollte sich im Rahmen der Bildungsprozesse ebenfalls auf kognitive Inhalte der Pflege beziehen, beispielsweise auf die Thematisierung verschiedener Lebensmodelle, die eine Befriedigung pflegerischer Bedürfnisse mit einbeziehen.

Damit ist eine weitere These formuliert, die sich als Forschungsdesiderat wie folgt ausdrücken lässt: Es existieren bislang keine Forschungsergebnisse zu den Möglichkeiten einer Implementierung von Pflegeinhalten in die schulinternen Lernziele an der Förderschule FkmE.

4.3.3 Pflege als immanenter Bestandteil des Unterrichts

Die Pflege von Schülerinnen mit dauerhaften Pflegebedarfen sollte in der Organisation des Systems Förderschule kein additives Aufgabenfeld darstellen, sondern eingebunden sein in das allgemeine Erziehungs- und Unterrichtsgeschehen. In den Empfehlungen zu den Standards der sonderpädagogischen Förderung, speziell dem Förderschwerpunkt ‚körperliche und motorische Entwicklung‘ fordert der Verband Sonderpädagogik e.V. (VdS) (2007) aus diesem Grunde die „[...] Unterrichtsimmanente Realisierung spezifischer Förderung vor allem für die Bereiche:

- zuverlässige Befriedigung von Grundbedürfnissen (z. B. Förderpflege)
- lebenspraktische Fertigkeiten
- Kommunikation
- Wahrnehmung und Wahrnehmungsintegration
- Orientierung und Mobilität
- ästhetische Erziehung
- Entwicklung von Identität, Selbstwertbewusstsein und sozialer Kompetenz
- Entwicklung der Fähigkeit zum Behinderungsmanagement
- Nutzung von Hilfsmitteln, bewegungserleichternde Maßnahmen

- Erwerb von Schlüsselqualifikationen.“

(VdS 2007, 30f.; vgl. auch WEMBER und PÄNDL 2009)

Inwieweit sich diese Forderungen bereits mit der aktuellen Gestaltung der Pflege decken und die an der Förderschule FkmE arbeitenden Professionen diese in ihrer Arbeit berücksichtigen, wurde bislang nicht untersucht. Hier wird ein weiterer wichtiger Anknüpfungspunkt für die weiterführende Forschung ersichtlich.

Als Begründung der Forderung einer unterrichtsimmanenten Gestaltung der Pflege zieht SCHLICHTING (2009) Parallelen zwischen den Merkmalen der Gestaltung schulischer Pflege und den Inhalten der folgenden Arbeitsdefinition von Unterricht nach LAMERS (2003):

„Unterricht ist ein hochkomplexer Vorgang

- unter den Systembedingungen einer Bildungsinstitution [...],
- in einer pädagogisch arrangierten und organisierten Umgebung, in der die Lernanforderungen und äußeren Lernbedingungen möglichst optimal mit den Lernvoraussetzungen der Lernenden interagieren [...].
- Unterrichten geschieht [...] in Form von hochspezialisierter und -bezahlter Berufsarbeit,
- die bewusst und mit pädagogischer Absicht eine Erweiterung oder Festigung des Wissens und der Fähigkeiten der Unterrichteten erreichen will.
- Unterricht als (möglichst selbsttätiges) Handeln und
- Kommunizieren einer Gruppe von Schülern mit ihrem(n) Lehrer(n) bzw. über bestimmte(n) Aufgaben und Probleme(n) soll
- zu einer fruchtbaren Begegnung zwischen Kind oder Jugendlichen und einem ausgewählten Ausschnitt der geistig erkannten und gestalteten Welt, dem Kulturgut führen und damit Bildung als Kulturaneignung ermöglichen.“

(LAMERS 2003, 204 zit. nach SCHLICHTING 2009, 106)

Nach Ansicht von SCHLICHTING (2009) treffen diese Definitionsmerkmale ebenso auf die Gestaltung schulischer Pflege zu, denn

„eine Pflege, die entsprechende pädagogische Ziele enthält, deren Durchführung geplant ist und die so gestaltet wird, dass sie beim Schüler Lernen bewirkt, ist demzufolge Unterricht.“
(SCHLICHTING 2009, 106)

Dem Leitgedanken einer unterrichtsimmanenten Gestaltung schulischer Pflege folgt auch DUDENHÖFER (2003), die der Frage nachgegangen ist, ob Pflege eine Form des Unterrichts sei. Sie untersuchte dazu den Schulalltag von drei Schülerinnen mit Pflegebedarfen an der Förderschule FkmE und glich ihre Beobachtungen mit allgemein gültigen Merkmalen und den Lernzielen von Unterricht ab. Als Resultat aus ihrer Untersuchung hält sie fest, dass Lernen in der Pflege auf vielfältige Weise gegenwärtig ist und begründet dies u. a. anhand vieler Aspekte, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit ebenfalls genannt werden.

„Es ist ein Lernen,

- das sich aus der Bewältigung körperlicher Bedingungen und damit aus der Lebenswirklichkeit ergibt,
- das lebensnotwendig ist,
- das sich aus dem gegenseitigen Eingestimmtsein entfaltet,
- das eine andere Dimension des Menschseins berührt,
- das sich auf das Mitgefühl, die Fürsorge und die Verantwortung in der Gruppe auswirkt,
- das sich in einem offenen dynamischen System ereignet,
- dessen Unterstützung sowohl sonderpädagogischer als auch therapeutischer und pflegerischer Kompetenz bedarf.“

(DUDENHÖFER 2003, 253)

„Auf die Frage ‚Was ist Unterricht bei der Pflege und Versorgung?‘ sollten wir antworten: Alles daran ist Unterricht. Wir sollten bezogen auf unser pädagogisches und therapeutisches Handeln auf keinen Fall sagen müssen: Wenn nur die Pflege und Versorgung nicht wäre.“

(DUDENHÖFER 2003, 253)

Es muss darauf hingewiesen werden, dass in allen oben genannten Arbeiten ausschließlich Schülerinnen mit schwersten Behinderungen im Fokus der Untersuchungen standen. Pflege als immanenter Bestandteil des Unterrichts sollte aber für alle Schülerinnen mit Pflegebedarf gelten. Selbst Schülerinnen, die lediglich einiger weniger präziser Anleitungsschritte bedürfen, werden im Rahmen dieser Anleitung unterrichtet. (vgl. LELGEMANN 2007; SCHLÜTER 2009).

Die oben aufgeführten Thesen liefern explizite Indizien dafür, dass die Pflege an der Förderschule FkmE Aspekte von Unterricht enthalten können. Wie die dahinter stehende Fragestellung „Kann Pflege auch eine Form von Unterricht sein?“ von den beteiligten Professionen selbst bewertet wird, ist bislang nicht geklärt und sollte als solche Frage in der weiterführenden Forschung berücksichtigt werden, um zu eruieren, ob Ansatzpunkte einer pädagogischen Legitimation von Pflege als Teil des Unterrichts konzeptuell begründbar sind.

4.3.4 Pflege als Thema im Unterricht

Das Wissen um den eigenen Körper, seine Strukturen, Funktionen und Fähigkeiten kann Kinder und Jugendliche stärken, für die eigenen körperlichen Bedürfnisse einzustehen (vgl. KLAUB 2003). Die thematische Einordnung des Themenbereichs Pflege erfolgt heutzutage oft noch versteckt hinter dem abstrakten Begriff „(Körper-)Hygiene“. Damit ist allerdings nur ein Aspekt der Pflege angesprochen. Schülerinnen mit Pflegebedarfen sollte ein Angebot gemacht werden, sich im Bereich der eigenen Pflegegestaltung ganzheitlich zu orientieren. Neben dem Unterricht in körperbezogenen Pflegeethematiken sollten daher vor allem die sozialen Aspekte eines Lebens mit Pflegebedarf Gegenstand des Unterrichts sein. Dies bezieht sich insbesondere auf die Vorbereitung auf das nachschulische Leben und das Leben in modernen Lebenswelten in allen Bereichen der menschlichen Entwicklung, denn ein

dauerhafter Pflegebedarf ist immer gegenwärtig. Eine umfangreiche computergestützte Literaturrecherche unter Einbezug signifikanter Schlagworte⁹ ergab, dass Pflege als explizites Unterrichtsthema für Schülerinnen ohne schwerste Behinderungen an der Förderschule FkmE in der Fachliteratur bislang keine ersichtliche Beachtung findet. Allerdings finden sich bei ORTLAND (2008), LELGEMANN (2007) und SCHLÜTER (2009) Hinweise auf die Notwendigkeit der Thematisierung von Pflegeinhalten im Unterricht mit Schülerinnen ohne schwerste Behinderungen. So plädiert ORTLAND (2008) vor allem im Rahmen der behinderungsspezifischen Sexualerziehung sowie in der Verarbeitung der eigenen behindernden Erfahrungen der Schülerinnen für die fächerübergreifende Thematisierung pflegerischer Inhalte und bezieht die Zukunftsperspektive der Schülerinnen mit ein (vgl. Kapitel 4.3.5).

SCHLÜTER (2009) bezieht sich bei ihrer Begründung für die Thematisierung pflegerischer Inhalte auf den klassischen Bildungsbegriff nach KLAFKI (1991). Sie hält eine unterrichtliche Auseinandersetzung mit Pflege thematiken in der moralischen, kognitiven und ästhetischen Dimension der Bildung (vgl. KLAFKI 1991) für unerlässlich. Der kognitiven Dimension ordnet sie die Thematisierung von Pflegehandlungen- bzw. -maßnahmen zur Befriedigung existentieller körperlicher Bedürfnisse zu. Im Kern geht es um das Wissen der Schülerinnen über Pflegezeiten, Pflegematerialien, Folgen mangender Pflege, Unterscheidung von Eigen- und Fremdpflege, neue technologische Hilfsmittel in der Pflege und die Bedeutung der Ernährung für das körperliche Wohlbefinden (vgl. SCHLÜTER 2009, 228). Die Zuordnung zur moralischen Dimension sieht SCHLÜTER (2009) in der unterrichtlichen Auseinandersetzung der Schülerinnen mit zentralen Fragen ihrer gesellschaftlichen Teilhabe als Mensch mit dauerhaftem Pflegebedarf, der notwendigen Distanz zwischen Hilfeempfänger und Assistenzgeber sowie der Bereitschaft, sich selbst pflegen zu lassen und der existentiellen Abhängigkeit von der Bereitschaft der Pflegenden zur Pflege (vgl. ebd., 227f.). Die ästhetische Dimension erfordert nach SCHLÜTER (2009) die unterrichtliche Auseinandersetzung mit den Aspekten einer selbstbestimmten Lebensführung unter Einbezug der Pflegebedarfe sowie die Unterstützung der Schülerinnen bei der Ausbildung von Wünschen, Vorlieben und eines persönlichen Geschmacks bei ihrer eigenen Pflege (vgl. ebd., 228).

LELGEMANN (2010; 2007) fordert eine stärkere, lebensweltorientierte unterrichtliche Einbindung pflegerischer Inhalte und die Thematisierung potentieller Lebensentwürfe für Menschen mit Pflegebedarfen. Er nennt in diesem Zusammenhang folgende Themenschwerpunkte für den Unterricht in Pflege:

- „Rechtliche Aspekte,
- Fragen der Assistenz,
- Fragen der Betreuung,
- Fragen der auch pädagogischen Unterstützung,

⁹ Als Schlagworte wurden u.a. eingegeben: Pflege + Unterricht, Thema, Unterrichtsthema, Sonderpädagogik, Förderschule, Schule, Körperpflege, etc.

- Kommunikative Möglichkeiten eigene Wünsche einzubringen
- und mehr.“

(LELGEMANN 2007, 216)

In diesem Zusammenhang benennt LELGEMANN (2007) neben SCHLÜTER (2009) explizit die Gruppe der Schülerinnen, die sich kognitive Lerninhalte erschließen können. Gerade für diese Schülergruppe sieht er das Thema Pflege als Inhalt des Unterrichts in der Vergangenheit stark vernachlässigt. Auf die selbst gestellte Frage für die Gründe dieser Vernachlässigung, obwohl das Thema Pflege für Schülerinnen mit Pflegebedarfen ein doch so offensichtliches Anliegen ist, nimmt LELGEMANN (2007) als Antwort an, dass Pflege ein stark tabuisiertes Thema sei. Zudem seien Förderschullehrerinnen für den Bereich Pflege nicht ausgebildet (vgl. ebd., 214). Eine wissenschaftliche Überprüfung dieser These steht bisweilen aus. Welche Vorerfahrungen oder welchen Umfang an Kompetenzen und Vorwissen Förderschullehrerinnen im Bereich der schulischen professionellen Pflege bereits mitbringen stellt ein deutliches Forschungsdesiderat dieses Feldes dar.

Die Probleme einer lebensweltorientierten Thematisierung können sich auch hier aus dem separierenden Förderschulsystem ergeben. Mit Beginn der Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs und des geeigneten Förderortes (nach AOSF) befinden sich Schülerinnen in einem System, das darauf ausgelegt ist, ihnen das bestmögliche Zusatzangebot in jeglichen Bereichen schulischen Zusammenlebens und schulischer Bildung anzubieten. Von der Rollstuhlversorgung über umfangreiche Therapieangebote, eigens auf die Schülerinnen abgestimmte Diagnostik und daraus folgende Erstellung individueller Förderpläne in allen Bereichen menschlichen Handelns und Denken, von der Hilfe zur Selbsthilfe bis hin zur Vorbereitung auf die Entlassung in ein nachschulisches Leben. Diese breit angelegte Förderung und ständige Revision des Förderbedarfs wird nach Beendigung der Schulzeit in dieser Form jedoch nicht fortgeführt. Aus dem passgenauen und „beschützenden“ ‚Fördersystem‘ wird für die Schülerinnen im nachschulischen Leben ein Hilfe- bzw. Assistenzsystem, das eine umfängliche Eigeninitiative der dann erwachsenen Personen voraussetzt. Der Förderbedarf wird nach Beendigung der Schulzeit in einen gesetzlichen Hilfebedarf bzw. Assistenzbedarf (nach SGB IX, SGB XI, SGB XII) mit den dazugehörigen Rechten und Pflichten umgewandelt. Damit verbunden ist die Überleitung der Empfänger von Hilfeleistungen zu Sozialhilfeträgern. GARMS-HOMOLOVÁ et al. (2009) bieten durch ihren Sammelband zur komplexen Thematik der Pflegegewährleistung eine detaillierte Orientierung in den gesetzlichen Grundlagen für die Teilhabe von Menschen mit Pflegebedarfen.

Lebensweltorientierung in der Pflege an der Förderschule FkmE bedeutet nicht, dass nur die momentane Lebenssituation der Schülerin in den Fokus gestellt werden muss, sondern nach den Ansichten von LELGEMANN (2007) auch, dass potentielle zukünftige Lebenswelten handlungsweisend mit einbezogen werden müssen (vgl. ebd., 214ff.). Schülerinnen sollten die Möglichkeit erhalten, durch pädagogische Anleitung Handlungskompetenzen bezüglich

ihrer eigenen Pflege zu entwickeln. Im Fokus können bei einer lebensweltorientierten Thematisierung von Pflege folgende Aspekte und Fragestellungen stehen:

- Wer übernimmt außerhalb der Schulzeit die Pflege der Schülerin?
- Mit wem lebt die Schülerin zusammen?
- Welche sozialen, materiellen und finanziellen Ressourcen stehen der Schülerin in ihrer Lebenswelt zur Verfügung?
- Wie kann die häusliche Situation in die Planung und Gestaltung schulischer Pflegearrangements einbezogen werden?
- Welche Kompetenzen benötigt die Schülerin zum Anleiten von Assistenzgebern? Das Anleiten der eigenen Pflege könnte in der Förderschule FkmE fiktiv eingeübt werden (z. B. durch Rollenspiele)
- Welche potentiellen Wohnformen stehen der jeweiligen Schülerin nach dem derzeitigen Stand des Hilfesystems zur Verfügung, so dass sie mit potentiellen Handicaps dort wohnen kann?
- Wie gestalten andere Menschen ihre Pflege? (z. B. Lebensmodelle Betroffener integrieren) (vgl. LELGEMANN 2007)

Allerdings verweist auch LELGEMANN (2007; 2010) darauf, dass bisher kaum Vorschläge zur konkreten unterrichtlichen Umsetzung von Pflege thematiken vorliegen (vgl. LELGEMANN 2007, 216). Unterrichtsmaterialien und Hinweise für die didaktisch-methodische Gestaltung zum Themenkomplex Pflege bieten nur sehr wenige Autoren (u. a. ORTLAND 2009; HAUGWITZ/KOCH/UNTERSTAB 2002). Es scheint daher geboten die oben aufgeführten Fragestellungen zur zukünftigen Lebenssituation von Schülerinnen mit Pflegebedarfen aufzugreifen, um im Rahmen der weiterführenden Forschung die Relevanz einer Thematisierung von Pflege thematiken im Unterricht in Bezug zur Bedeutsamkeit einer selbstbestimmten nachschulischen Pflegegestaltung zu eruieren.

4.3.5 Bezüge von Pflege zu unterrichtsübergreifenden Aufgabenfeldern in der Förderschule FkmE

In unterrichtsübergreifenden Aufgabenfeldern der Förderschule FkmE könnten Pflegeinhalte ebenso ein Thema darstellen. Der Richtlinienentwurf für den Förderschwerpunkt ‚körperliche und motorische Entwicklung‘ sieht neben der Vorbereitung auf die nachschulische Lebenssituation, die bereits Gegenstand in den Kapiteln 4.3.3 und 4.3.4 waren, u. a. die Gesundheitserziehung, Bewegungserziehung und die Selbstständigkeitsförderung als interdisziplinäre Handlungsfelder vor (vgl. MSWWF 2002, 10). Als weiteres übergreifendes Handlungsfeld kann eine schulformspezifisch erweiterte Sexualerziehung gelten, die durch die schulformübergreifenden Richtlinien für die Sexualerziehung des Landes Nordrhein-Westfalen gefordert wird (vgl. MSWWF 1999, 19). Im Folgenden werden daher bereits etablierte unterrichtsübergreifende Aufgabenfelder an der Förderschule FkmE auf Berührungspunkte mit dem Bereich der Pflegegestaltung

analysiert. Dazu erfolgt ein Abgleich mit den vorhandenen Quellen der einschlägigen Fachliteratur. Durch diese Vorgehensweise soll das bereits erwähnte Forschungsdesiderat im Bereich des Verhältnisses von Pflege und Unterricht/Pädagogik weiter präzisiert werden. Die unterrichtsübergreifenden Aufgabenfelder werden um die Selbstständigkeitserziehung sowie um die Bedeutung der Schulpausen ergänzt.

4.3.5.1 Gesundheitserziehung

Die Gesundheitserziehung stellt ein weiteres immanentes Gestaltungsprinzip der Bildungsprozesse innerhalb der Förderschule FkmE dar (vgl. MUNTEAN 2000, 1ff.). Gesundheitserziehung als ein übergeordneter Aufgabenbereich der Förderschule FkmE vereint die an der Schulorganisation beteiligten Disziplinen Pädagogik, Therapie sowie Pflege und besitzt daher einen direkten Bezug zu Pflegeethematiken (vgl. WULFHORST 2002, 53). Auf Schülerinnen mit Pflegebedarfen bezogen, kann in Anlehnung an die Ausführungen von WEIGELHOFER (2000) sowie WULFHORST (2002) angenommen werden, dass die drei Disziplinen bei Schülerinnen mit körperlichen Beeinträchtigungen und Pflegebedarfen schwerpunktmäßig in folgenden Handlungsfeldern der Gesundheitserziehung beteiligt sind: Förderschullehrerinnen übernehmen die didaktisch-methodische Aufbereitung gesundheitsrelevanter Fragestellungen und Inhalte, u. a.:

- Ernährungsverhalten / Gesunde Ernährung bei bestehenden Grunderkrankungen und / oder dauerhafter Medikation
- Bedeutung der Körperpflege
- Das Verhältnis von Gesundheit und Krankheit
- Freizeitgestaltung bei eingeschränkter Mobilität und Pflegebedarfen
- Umgang mit behindernden Erfahrungen
- Pflege und Sexualität
- Resilienzfaktoren erkennen und nutzen
- Selbstbestimmung über den eigenen Körper
- Verantwortung für die Erhaltung der Gesundheit und den Umgang mit schädlichen Substanzen (vgl. WEIGELHOFER 2000, 28ff; Wulfhorst 2002, 53f)

Pflegekräfte tragen im Rahmen der Gestaltung von Pflegesituationen, wie bereits in Kapitel 2.4.4 erwähnt, die Verantwortung für die präventive Gesundheitspflege, u. a.:

- Methoden der Selbstbeobachtung der eigenen Gesundheit (z. B. Beobachtung der unteren Extremitäten bei Spina Bifida, wenn Schmerzen sensorisch nicht wahrgenommen werden können)
- Selbstständigkeitsförderung bei der Durchführung der Selbstpflege
- Unterstützung bei der Auswahl von Pflegeutensilien und deren Anwendung
- Geschlechtsspezifische Pflegemaßnahmen (vgl. ebd.)

Therapeutinnen unterstützen die Gesundheitserziehung durch rehabilitative Maßnahmen, u. a.:

- Esstraining
- Physiotherapeutische Bewegungserleichterung
- Hilfsmittelversorgung
- Förderung des Einsatzes alternativer und kompensierender Körperfunktionen (z. B. Schreiben mit dem Fuß)

(vgl. ebd.)

Folglich weist das außerunterrichtliche Handlungsfeld der Gesundheitserziehung abgeleitet aus den vorhandenen Quellen, fachwissenschaftlich betrachtet, bereits eine breite Schnittmenge zur Pflege thematik auf. Ob dieses Handlungsfeld oder in welcher Form die herausgestellten Schnittmengen bereits für die Pflegegestaltung bzw. die Thematisierung von Pflegeinhalten genutzt werden und wie die Möglichkeiten durch die beteiligten Professionen bewertet werden kann auf der Grundlage der bisherigen Ansätze nicht geklärt werden. Welche Kooperationsformen aktuell bereits bestehen oder in Übereinstimmung der verschiedenen Professionen denkbar wären wurde bisher ebenfalls nicht untersucht.

4.3.5.2 Bewegungserziehung

Im Bereich der Bewegungserziehung scheint die Integration von praktischen pflegerischen Bildungsinhalten besonders gut umsetzbar zu sein. Alltägliche körperliche Leistungen, die in Bezug zu pflegerischen Aufgaben erforderlich sind, können im Rahmen der Bewegungserziehung spielerisch geübt und trainiert werden. Insbesondere die rhythmische Bewegungsförderung (vgl. LEYENDECKER 2005, 225) scheint geeignet, da bei der Unterstützung pflegerischer Handlungen überwiegend fließende Bewegungen mit gleichmäßigen Krafteinsatz erforderlich sind (vgl. GANSCH 2003, 113ff.). Beispielsweise kann der Körpert transfer vom Rollstuhl auf die Toilette durch spielerische Übungen im Sportunterricht analog eingeübt werden, indem die jeweilige Schülerin den Transfer auf einen Kasten ausführt oder an der Sprossenwand.

4.3.5.3 Sexualerziehung

Vor allem eine behinderungsspezifische Sexualerziehung, so wie ORTLAND (2008) sie fordert, besitzt zahlreiche Berührungspunkte zum Themenkomplex „Leben mit Pflegebedarfen“. ORTLAND (2008) sieht Pflege thematiken zum einen als behinderungsspezifischen Aspekt im Rahmen der intentionalen Sexualerziehung verankert (vgl. ebd., 106). In diesem Zusammenhang sieht sie als Resultat ihrer umfangreichen Studie (vgl. ORTLAND 2005) die Notwendigkeit einer behinderungsspezifischen Erweiterung der in den ‚Richtlinien für die Sexualerziehung des Landes NRW‘ (MSWWF 1999) geforderten Themeninhalte. Zum anderen sieht ORTLAND (2008) gerade das Prinzip einer immanenten sexualfreundlichen Gestaltung des Lebensbereichs Förderschule als entscheidend für die Unterstützung einer positiven sexuellen Entwicklung der Schülerinnen an. Zum Lebensbereich Schule zählt ORT-

LAND (2008) ausdrücklich die Pflege und körpernahe Förderung. Als Gestaltungsprinzipien für die Pflege fordert sie daher:

- Eine „möglichst gleichgeschlechtliche Pflege,
- möglichst längerfristig konstantes Personal in der Pflege,
- möglichst störungsfreie Pflegesituation (z. B. geschlossene Tür, Pflegehandlung ohne Unterbrechung).“

(ORTLAND 2008, 112)

Die Sexualerziehung weist eine Reihe von Anknüpfungspunkten für die Thematisierung von Pflegeinhalten auf, einerseits durch die deutliche thematische Nähe in den Bereichen „Der eigene Körper“, „Geschlechtsidentität“, „Partnerschaft und Beziehungen“, „Formen des Zusammenlebens“ etc. Andererseits ließen sich Pflegeinhalte, als ebenfalls tabuisierte Themen, möglicherweise im Rahmen einer didaktisch-methodisch sensibel gestalteten Sexualerziehung integrieren. Hier legt ORTLAND (2009) mit ihren, im Rahmen des Forschungsprojektes KiSS entwickelten (vgl. ORTLAND/CZERWINSKI 2009), Unterrichtsmaterialien einen bedeutenden Grundstein. Sie integrierte Elemente der Pflege in die Sexualerziehung für beide unter Kap. 3 skizzierten Schülergruppen mit Pflegebedarf und berücksichtigte dabei systematisch die aktuellen und zukünftigen Lebensbezüge der Schülerinnen (z.B. Formen des Zusammenlebens, persönliche Vorlieben, Identitätsentwicklung, etc.) (vgl. ORTLAND 2009). Die Arbeit von ORTLAND (2009) weist bislang die größte Schnittmenge zum Themenbereich schulische Pflege im unterrichtlichen Kontext auf. Dennoch steht auch hier eine Untersuchung aus, inwieweit Lehrerinnen an Förderschulen die Sexualerziehung selbst als geeigneten Kontext für eine Thematisierung von Pflegeinhalten bewerten und welche Potentiale sie darin sehen.

4.3.5.4 Selbstständigkeitserziehung

Die Selbstständigkeitserziehung zielt entgegen der lebenspraktischen Erziehung, die nachfolgend dargestellt wird, nicht primär auf das Erlernen einer spezifischen Handlung ab, sondern darauf, diese Handlung unter Einbezug von kompensatorischen oder substituierenden Hilfsmitteln so selbstständig wie möglich auszuführen. Die Selbstständigkeitserziehung stellt nach BUNDSCHUH (2007, 220f., 289f.) keinen eigenständigen fächerübergreifenden Lernbereich dar, sondern ist als immanentes Gestaltungsmerkmal der sonderpädagogischen Arbeit zu verstehen bzw. als Förderziel. Auf die in Kapitel 2.2 vorgestellten Dimensionen der Pflege bezogen, wäre die Selbstständigkeitserziehung ein Kriterium der aktivierenden Pflege. Im Rahmen der Selbstständigkeitserziehung wird die aktivierende Pflege unter dem Leitsatz „so viel Hilfe wie nötig, so wenig Hilfe wie möglich“ gestaltet. Dies gilt sowohl für die Hilfestellungen durch die Pflegenden als auch für den Einsatz von Hilfsmitteln (vgl. SCHROETER 2006, 184). Es beruht aktuell lediglich auf der Annahme, dass gerade das Aufgabenfeld der Selbstständigkeitserziehung innerhalb der Pflege ein wichtiges Element

im Bildungsprozess an der Förderschule FkmE darstellt. Ob sich diese These mit der konkreten schulischen Praxis deckt und welche Priorität diesem Lernbereich innerhalb der Pflege durch die handelnden Professionen zugesprochen wird, wurde noch nicht untersucht und kann deshalb als gewichtiges Desiderat gewertet werden.

4.3.5.5 Lebenspraktische Erziehung

Pflegeethematiken sind nach der Auffassung von FISCHER (2008) ein integraler Bestandteil des lebenspraktischen Unterrichts an der Förderschule mit dem Förderschwerpunkt ‚geistige Entwicklung‘ und für diese Schulform im Lehrplan vorgesehen. Dazu zählen jene Handlungen, die Menschen ausführen müssen, um die Aktivitäten ihres täglichen Lebens zu organisieren und zu gestalten. Konkreter nennt FISCHER (2008) beispielsweise Techniken der Körperpflege (Nägel schneiden, Haare Föhnen etc.), Einkauf von Pflegeutensilien, Auswahl geeigneter Kleidung etc. (vgl. ebd., 114). Der lebenspraktische Unterricht ist bereits Bestandteil an der Förderschule FkmE, auch wenn diese Unterrichtsform nicht durchgängig als solche benannt, sondern vornehmlich als lebenspraktische Erziehung bezeichnet wird (vgl. STADLER 2004, 656). Die lebenspraktische Erziehung zielt primär auf das Erlernen einer spezifischen Fertigkeit ab. Nach Kenntnissen des Verfassers sind bereits einige Förderschulen FkmE in NRW mit sogenannten „Trainingsräumen“ ausgestattet, in denen Fertigkeiten, ebenfalls unter der Prämisse der Selbstständigkeitserziehung, eingeübt und erprobt werden können.

4.3.5.6 Schulpausen

Pausenzeiten dienen Schülerinnen zum gegenseitigen Austausch über ihre persönlichen Probleme, Wünsche und Interessen. Auch die Pflege kann ein solches Thema des Austauschs sein. Es sollte daher darauf geachtet werden, dass Pausenzeiten für Schülerinnen mit Pflegebedarfen nicht für die reine Grundpflege missbraucht werden. Einen sehr eindringlichen Hinweis zu den Pausenzeiten liefern DANGL und SCHREI (2008) im Zusammenhang mit der Zielsetzung der Förderung von Selbstbestimmung und Autonomie bei Schülerinnen an der Förderschule:

„Es mag vielleicht skurril anmuten, aber aufgrund dieser pädagogischen Zielstellung scheinen die Pausen eine der wichtigsten Phasen im alltäglichen Unterrichtsablauf zu sein. Die Jause in der Pause bietet eine ideale Gelegenheit zum Einüben diverser lebenspraktischer Handlungen und Alltagstätigkeiten, wie Brot streichen, Obst schneiden, trinken usw. Routinierte Abläufe können gefestigt werden, wie Hände waschen, Geschirr versorgen usw. Das selbstständige Trinken aus dem Henkelbecher wird dann auch als pädagogischer Fortschritt gewürdigt.“

(DANGL/SCHREI 2008, 311)

Die Annahmen, dass Pausenzeiten für die reine Grundpflege genutzt werden, beruhen derzeit auf Spekulationen. Es wäre daher interessant bei einer Eruiierung der zeitlichen

Rahmenbedingungen für die Pflege an Förderschulen FkmE auch diesen Teilaspekt aufzunehmen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Einbindungen von Pflege thematiken in unterrichtsübergreifende Aufgabenbereiche an der Förderschule FkmE auf der Grundlage der bisherigen theoretischen Ansätze denkbar erscheinen. Wie die Möglichkeiten thematischer Einbindungen sowie praxisnahen Umsetzungsmöglichkeiten von Pflegeinhalten als realistisch durch die beteiligten Professionen selbst bewertet werden, wurde bislang nicht untersucht. Dies gilt ebenso für die Nutzung von Pflegesituationen durch eine konzeptgeleitete körpernahe Förderung von Schülerinnen mit Pflegebedarfen, die Gegenstand des folgenden Kapitels 4.4 ist.

4.4 Die Pflege als basaler Bildungsaspekt in der körpernahen Förderung

Bereits direkt nach der Geburt und in frühester Kindheit machen Menschen Erfahrungen im Bereich Pflege, die als Grundlagen menschlicher Existenz und Entwicklung angesehen werden können. Die Pflege durch die erste Bezugsperson schafft Vertrauen und macht eine sichere Bindung möglich. Jeder Mensch hat sich folglich im Bereich Pflege basal gebildet. Pflege stellt einen völlig voraussetzungslosen Bildungsbereich dar. Im Stadium der primären Sozialisation lernen der Säugling und später das Kleinkind ganz elementare Zusammenhänge zwischen der eigenen Pflege des Körpers und seinen Aktivitäten kennen.

Bildung in der Pflege reicht von ganz basalen und existentiellen Erfahrungen am eigenen Körper bis hin zu hochkomplexen Zusammenhängen in der pflegerischen professionellen Praxis und Wissenschaft. Pflege beinhaltet, angelehnt an ein weitgefasstes Bildungsverständnis, die Ausformung von (Grund-)Bedürfnissen, die durch grundlegende Erfahrungen und – bei der Befriedigung dieser Bedürfnisse – mit der Auseinandersetzung damit geprägt werden (vgl. Helfende Hände e.V. 2004, 33). Pflege als ein basaler Bildungsaspekt wird in der einschlägigen Literatur (FRÖHLICH 2003) vornehmlich für den Personenkreis der Menschen mit schwersten Behinderungen herausgestellt. Nach den Auffassungen von KLAUB (2003) stellt der Körper an sich das Fundament der Bildungsprozesse aller Schülerinnen dar und sollte im Rahmen sonderpädagogischer Förderung nicht nur der Bezeichnung nach, sondern im alltäglichen Handeln selbst zum Förderschwerpunkt werden. Für PFEFFER (1988) ist die körpernahe Begegnung mit schwerstbehinderten Schülerinnen das grundlegende Medium für jegliche zwischenmenschliche Erfahrungen und die Erziehung. PFEFFER (1988) drückt dies wie folgt aus:

„Der unmittelbar leibliche Kontakt zwischen Erzieher und Erziehendem stellt bei schwerer geistiger Behinderung eine grundlegende Weise des Austausches subjektiver Sinnstiftungen, also der Kommunikation, dar. Das Erzieherische Verhältnis

gründet in der leiblichen Kommunikation, und die leibliche Kommunikation begründet die weitere Entwicklung des Erzieherischen Verhältnisses.“ (PFEFFER 1988, 150)

Auch NYDAHL (1999) sieht in der Pflege die elementarste Ausgangslage für zwischenmenschliche Kommunikation, da diese eine der existentiellsten Begegnungen ist, ohne die Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen ihr Leben nicht leben könnten (vgl. ebd.).

In der Förderschule FkmE sind die Pflegehandlungen in der Regel ein alltäglicher „Akt“, sie werden zu bestimmten Zeiten, häufig in engem zeitlichen Rahmen zu den Mahlzeiten oder der An- und Abreise durchgeführt.

„Hier handelt es sich zunächst um notwendige Alltagsaktivitäten der Pflege, die gleichzeitig zu einer Förderung werden, wenn sie entsprechend geplant und durchgeführt werden können.“ (FRÖHLICH 2003, 75)

Für die Förderung von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen existiert eine Vielzahl von Konzepten, die zur Planung und Durchführung einer körpernahen Fördersituation herangezogen werden können und jeweils den verschiedenen Ursprungsdisziplinen Pädagogik, Therapie oder Pflege entstammen. Nachstehend werden exemplarisch die grundlegenden Kernelemente der drei Förderkonzepte Basale Stimulation (Pädagogik), Bobath-Konzept (Therapie) und Kinästhetik (Pflege) vorgestellt, um einerseits die verschiedenen fachwissenschaftlichen Zugänge der Professionsbereiche zu analysieren und andererseits Parallelen bzw. Schnittstellen von Förderansätzen der körpernahen Förderung zum Aufgabenfeld Pflege zu eruieren.

Dem Leitgedanken der vorliegenden Arbeit entsprechend, handelt es sich dabei ausdrücklich um Konzepte, die sich sowohl einer ganzheitlichen und humanistischen Sichtweise des Menschen und seiner Bedürfnisse verschreiben als auch aus systemkonstruktivistischer Perspektive die „Lernwelten“ der einzelnen Schülerinnen berücksichtigen.

4.4.1 Konzept der basalen Stimulation

Das Konzept der basalen Stimulation (als pädagogisches Konzept) wurde in den 1970er Jahren von FRÖHLICH für schwerst-mehrfachbehinderte Kinder entwickelt. Er suchte während seiner Arbeit mit schwerstbeeinträchtigten Menschen nach neuen Kommunikations- und Förderungsmöglichkeiten. Er ging dabei von einem für die damalige Zeit radikalen Ansatz aus, indem er schwerstbehinderten Kindern mit starken Wahrnehmungsbeeinträchtigungen viele verborgene Fähigkeiten zusprach. So gelingt es Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen trotz ihrer schwierigen Ausgangslage, die grundlegenden existentiellen Funktionen ihres Körpers aufrechtzuerhalten. FRÖHLICH (1989a) gelang es dadurch, von einer defizitorientierten Sichtweise zu einem „förderbaren“ Ausgangspunkt zu gelangen.

Er formulierte einige Fähigkeiten, um zu einer Ausgangslage für schwerstbeeinträchtigte Menschen zu gelangen. Demnach sind Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen in der Lage [Anmerk. d. Verf.: Zusammentrag aus FRÖHLICH 1983; 1988; 1989a]...

- zu fühlen und zu erleben,
- körperliche Empfindungen wahrzunehmen,
- mit dem Körper zu kommunizieren,
- ihre Umgebung und andere Personen wahrzunehmen,
- auf die Umgebung und andere Personen spezifisch zu reagieren,
- kommunikative Potentiale zu entwickeln,
- eine soziale Kompetenz zu entwickeln,
- dem eigenen Leben Ausdruck zu verleihen,
- Bedürfnisse zu entwickeln,
- sich neuen Situationen anzupassen,
- zu lernen und sich zu entwickeln.

(vgl. FRÖHLICH 1983; 1988; 1989a)

Damit war zunächst eine Grundhaltung formuliert, nämlich die grundlegende ‚Förderbarkeit‘ von schwerstbeeinträchtigten Menschen. Etwa zehn Jahre später hat FRÖHLICH das Konzept der basalen Stimulation mit Hilfe von BIENSTEIN in die Erwachsenenpflege übertragen (vgl. BIENSTEIN/FRÖHLICH 2004). Es muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass die Übertragung des Konzepts der basalen Stimulation kein eigenständiges Pflegekonzept darstellt und pflegerische Handlungen nicht ersetzen kann, es dient vornehmlich dazu, den pflegerischen Alltag für „Pflegebedürftige“ und Pflegekräfte zu bereichern.

„Basale Stimulation wurde und wird irrtümlich für eine Methode der sensorischen Anregung gehalten. Daraus entwickeln sich Einseitigkeiten und unbedachte Monotonien im Angebot.“ (FRÖHLICH 2003, 168)

Daran wird ersichtlich, „[...] dass die Ausrichtung des Konzeptes nicht mittels der einzelnen Maßnahmen, die die Wahrnehmungsbereiche stimulieren oder beruhigen, widergespiegelt wird. Vielmehr gibt es grundsätzliche Ziele, die das Konzept unter Zuhilfenahme erreichen möchte“ (BIENSTEIN/FRÖHLICH 2004, 78). Es ist ein Konzept, das es ermöglicht, eine gedankliche Annäherung an die Probleme und Schwierigkeiten von Menschen mit einer schwersten Behinderung zu erhalten. Das Konzept der basalen Stimulation soll helfen, innerhalb der Pflege nicht die Defizite oder Erkrankungen des Einzelnen in den Vordergrund zu stellen, sondern den gesamten Menschen als Subjekt seiner Selbst zu sehen und in einem gleichberechtigten Dialog zu pflegen. In diesem Sinne orientiert sich das Konzept der basalen Stimulation an den allgemeingültigen Grundbedürfnissen und Aktivitäten des täglichen Lebens von Menschen, wie sie in Kapitel 2.4.1 bereits dargelegt wurden.

Ein ganz wesentlicher Aspekt des Konzepts der basalen Stimulation ist der körpernahe Dialogaufbau im Sinne eines basalen Prozesses der Kommunikation. Wichtig ist es über den körperlichen Kontakt in eine Beziehung zu treten, wobei alle Sinne und Bewegungen als

Grundlage des Dialogs dienen. Eine Form des Dialogs kann z. B. der gemeinsam gespürte harmonisierte Atemrhythmus sein (vgl. MALL 2002). Dadurch, dass alle Aspekte der basalen Stimulation auf zwischenmenschlicher Begegnung basieren, beinhalten alle Förderangebote basaler Stimulierung immer einen Beziehungsaspekt und somit immer Kommunikation im weiteren Sinne. Kommunikation schließt in diesem Zusammenhang alle Facetten non-verbaler und verbaler Kommunikationswege ein. Für FRÖHLICH (2003, 64) stellt die Kommunikation das entscheidende Merkmal von Beziehungen dar. Er macht dies deutlich, indem er die Kommunikation in seinen Ausführungen in den Mittelpunkt eines ganzheitlichen Geflechts der Entwicklungsbereiche des Menschen setzt. Die folgende Abbildung veranschaulicht diese Zentrierung auf die Kommunikation.

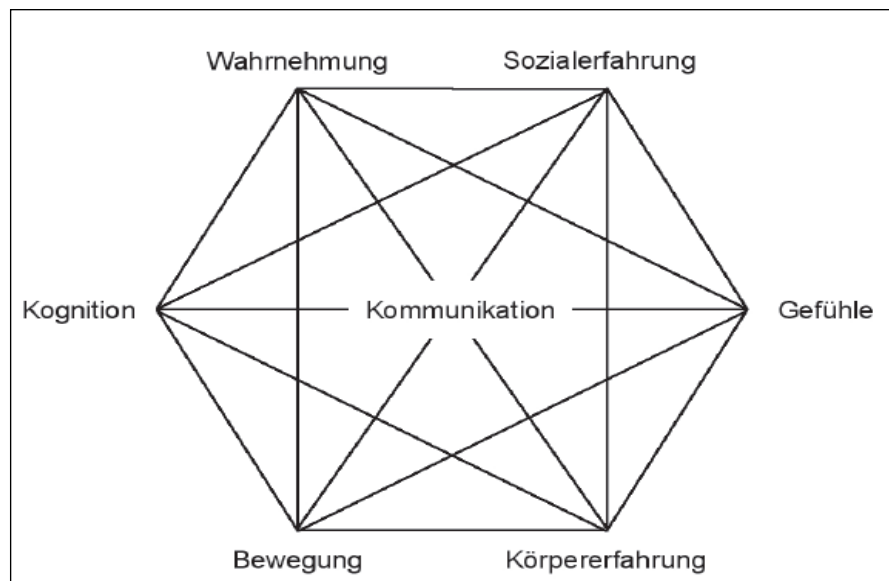


Abbildung 14: Ganzheitlichkeit menschlicher Entwicklungsbereiche.
(Aus: FRÖHLICH 2003, 64)

Nach der Auffassung FRÖHLICHS (2003) lässt sich eine (basale) Kommunikation über alle Wahrnehmungsbereiche des Menschen herstellen, so dass dabei die grundlegenden Entwicklungsbereiche des Menschen erfasst werden. Die Wahrnehmungsbereiche sind auch jene Bereiche, in denen sich eine basale Förderung realisieren lässt. BARTOSZEK und NYDAHL (1995) stellen die Wahrnehmungsbereiche des Menschen in eine Hierarchie und zeigen dadurch auf, dass die Wahrnehmung des Menschen aus der basalen Ebene erwächst. Jeder (basal) kommunikative Dialog lässt sich grundsätzlich auf allen Ebenen der Wahrnehmung herstellen, wobei die Ebene der somatischen, vibratorischen und vestibulären Wahrnehmung voraussetzungslos zugänglich ist.



Abbildung 15: Hierarchie der Wahrnehmungsbereiche.
(modifiziert nach BARTOSZEK/NYDAHL 1995, 510)

FRÖHLICH und NYDAHL (2008, 6) weisen in einem Positionspapier zur basalen Stimulation in der Pflege u. a. auf notwendige Kompetenzen von Pflegekräften bzw. Bezugspersonen hin, die bereits nach BIENSTEIN und FRÖHLICH (2004, 107ff.) eine zentrale Bedingung für die Anwendung des Konzepts der basalen Stimulation in der Pflege sind. Vorausgesetzt wird demnach die Fähigkeit...

- „zur Informationssammlung mithilfe der biografischen Anamnese,
- zur differenzierten Beobachtung,
- zur Einschätzung des Pflegebedarfs,
- das Bewusstsein des Patienten [*Anmerk. d. Verf.:* hier Schüler] einschätzen zu können,
- zur Tages- und Lebensgestaltung,
- zur Umweltgestaltung
- und die zentralen Ziele mit pflegerischem Handeln zu verknüpfen.“

(BIENSTEIN/FRÖHLICH 2004, 107)

Die Zuhilfenahme des Konzepts der basalen Stimulation in der Pflege schließt folglich die unreflektierte Anwendung grundsätzlich aus. Eine intensive Beschäftigung mit den theoretischen Inhalten und Leitgedanken des Konzepts ist unerlässlich (vgl. BIENSTEIN/FRÖHLICH 2004, 107)

4.4.2 Das Bobath-Konzept

Das Bobath-Konzept (als therapeutisches Konzept) wurde ursprünglich als neurophysiologisches Therapiekonzept zur Behandlung von neurologisch-motorischen Erkrankungen entwickelt. Karel und Bertha Bobath, die Begründer des Bobath-Konzepts, hatten in der Vergangenheit stets darauf hingewiesen und verlangt, dass ihr Konzept der Weiterentwicklung bedarf. Seit etwa Mitte der 1980er Jahre wurde das Bobath-Konzept einem grundlegenden

Paradigmenwechsel unterzogen, wodurch man weg von einer neurophysiologisch-funktionalistischen Grundausrichtung hin zu einer ganzheitlichen Begründung gelangte. Heute findet das Bobath-Konzept wegen seiner Alltags- und Handlungsorientierung eine breite Anwendung in therapeutischen, pflegerischen und pädagogischen Handlungsfeldern. Das leitende Prinzip einer ganzheitlichen Gestaltung des Bobath-Konzepts ist die Alltagsorientierung der Hilfsmittelversorgung und therapeutischen Methoden (vgl. RITTER 2004, 87ff.). Das zentrale Ziel des Bobath-Konzepts ist nach wie vor die Verbesserung der Haltungskontrolle des betroffenen Kindes mit körperlichen Behinderungen. Schwer körperbehinderte Kinder sind aufgrund ihrer mangelnden Haltungskontrolle oft nicht in der Lage, sich aufzurichten und fortzubewegen. Um ihnen einen gewissen Grad an Selbstständigkeit zu verschaffen, werden sie mit zunehmendem Alter in eine sitzende Position gebracht, in der Hoffnung, dadurch neue Verhaltensweisen zu ermöglichen. Diese Annahme ist jedoch trügerisch, da die mangelnde Haltungskontrolle weiterhin besteht. Gerade durch Maßnahmen der Fixation in Sitzpositionen stagniert oft die gesamte Entwicklung der motorischen Fähigkeiten und damit der Erwerb des autonomen Handelns im Alltagsgeschehen. Das therapeutische Bestreben sollte vielmehr darauf gerichtet sein, die Sitzgelegenheiten so zu gestalten, dass betroffene Kinder ihre rudimentäre Haltungskontrolle entwickeln und stärken (vgl. BERNARD 2004, 68ff).

Unter dem neuen Paradigma der Ganzheitlichkeit wurden folgende weitere Grundprinzipien des Bobath-Konzepts aufgestellt:

- Prinzip der Ganzheitlichkeit: Das Kind wird in seiner Gesamtheit geachtet und beachtet sowie in seiner Gesamtpersönlichkeit angenommen.
- Wechselwirkung von Diagnose und Förderung: Die Beobachtung und Diagnose findet während der Förderung statt. Aus Veränderungen ergeben sich neue Fragestellungen zur Diagnose über mögliche Zusammenhänge von Haltung und Bewegung.
- Dialogisches Prinzip: Das Kind wird mit seinen Wünschen und Äußerungen in die Arbeit mit eingebunden. Aber auch die Einbeziehung von Eltern und anderer Disziplinen ist wichtig.
- Alltagsorientierung und Handling: Die Behandlung orientiert sich an der Gegenwart und der Brauchbarkeit für die Handlungen des Kindes in seinem Alltag. Nicht das Streben nach Normalisierung, sondern das „Selbstmachen“ und „Mitmachen-können“ stehen dabei im Vordergrund.

(vgl. GRAFMÜLLER-HELL/NØRGAARD 2004, 75f.)

Die Förderung nach dem Bobath-Konzept sowie der Einsatz von Hilfsmitteln erfolgt immer auf der Basis ganz allgemeiner Verhaltensweisen, die grundlegend für jede Fördersituation gefordert werden:

- Die Aktivitäten fortlaufend beobachten
- Beruhigend und begleitend zusprechen

- Einführend mit den Händen oder dem ganzen Körper Kontakt aufnehmen
- Zeit lassen und Pausen setzen
- Raum geben
- Angenehme Gefühle, Vertrauen, Spaß und Freude vermitteln

(vgl. WIEBEL-ENGELBRECHT 2004, 105)

Die bereits seit der Begründung des Bobath-Konzepts integrierte Methode der Fazilitation (Bewegungserleichterung oder „es leicht machen“) findet unter dem neuen Paradigma der Ganzheitlichkeit und Alltagsorientierung wieder verstärkt Anwendung. Fazilitation ist in diesem Zusammenhang als ein Lernprozess zu verstehen. Jeder Förderprozess sollte in diesem Sinne das Ziel haben, durch periphere Anregung Informationen zu liefern, die eine entscheidende Bedeutung für die neuronalen Kreisläufe haben (z. B. kann die Berührung eines Stifts mit der Hand die Bedeutung des Malens haben.) Dabei sollen über die Peripherie Informationen an das Gehirn gelangen, die zu decodieren sind. Die Fazilitation fußt auf drei Grundprinzipien:

- „*Mach es möglich*“ – Die Bezugsperson hilft beim Ermöglichen der Bewegung durch seine Hände. Die Komponenten können in beliebigen Positionen erarbeitet werden.
- „*Mach es notwendig*“ – Die Umgebung muss so gestaltet sein, dass die Handlung sinnvoll erscheint.
- „*Lass es geschehen*“ – Die Bezugsperson lässt im richtigen Moment die Hände los, um dem Kind zu ermöglichen, dass die Komponenten integriert werden und Bestandteil neuer Verhaltensweisen werden.

(vgl. URQUIZO 2004, 139f.)

Die Hilfsmittelversorgung war schon seit Beginn der Arbeit nach dem Bobath-Konzept ein wesentlicher Teil der Therapieplanung im Alltagsleben. Gerade wegen des hohen Alltagsbezugs der Therapie bzw. Förderung sollte so weit wie möglich auf alltägliche Gegenstände als Hilfsmittel zurückgegriffen werden. Dabei gilt auch der Grundsatz: „So viel Hilfe wie nötig und so wenig wie möglich!“ Wann immer es möglich erscheint, sollten Alltagshilfen (i. e. S. Alltagsgegenstände) vorgezogen werden, um vor allem Kindern deren sinnhafte Verwendung verdeutlichen zu können. Bei der Hilfsmittelversorgung ist nicht zuletzt die Improvisationskunst der Bezugspersonen gefragt. WIEBEL-ENGELBRECHT (2004) fordert diese geradezu:

„Alle kommerziell erhältlichen Hilfsmittel zum Sitzen, die eine Ruhehaltung fördern und mit einer fixierenden Haltevorrichtung versehen sind, mögen die Pflegepersonen der Körperbehinderten von deren ständiger Beaufsichtigung befreien und ihnen daher eine Hilfe sein. Für die Mehrfachbehinderten sind sie eine Katastrophe!“

(WIEBEL-ENGELBRECHT 2004, 109)

Zusammengefasst bietet das Bobath-Konzept Möglichkeiten, aus sinnerfüllten Alltagshandlungen eine handlungsorientierte fördernde Situation zu gestalten. Dies bezieht sich

explizit auch auf pflegerische Aktivitäten. Eine besondere Bedeutung kommt dabei der Methode der Fazilitation zu.

4.4.3 Das Konzept Kinästhetik

HATCH entwickelte in den 1960er Jahren, angeregt durch seine Betätigung als „Modern Dancer“ und dem Interesse für die Kybernetik des Menschen, das Konzept der Kinästhetik (als Konzept für die Pflege), das die Bewegung des Menschen in den Fokus stellte (vgl. HATCH/MAIETTA 2003). Ursprünglich wurde das Konzept der Kinästhetik für die Pflege entwickelt. Mittlerweile ist es als interdisziplinäres Konzept etabliert und findet in vielen Bereichen zwischenmenschlicher Beziehungsarbeit Anwendung (z. B. Rettungsdienst, Operationen, Kindergarten, Geburtshilfe etc.). Der Begriff Kinästhetik vereint bereits die wesentlichen Merkmale des Konzepts und setzt sich zusammen aus Kinesis (Bewegung) und Aisthesis (Wahrnehmung). Dementsprechend basiert das Konzept der Kinästhetik auf folgenden Grundannahmen:

- Bewegung ist die Grundlage unseres Seins (in der Kinästhetik wird die Bewegung auch als sechster Sinn bezeichnet).
- Jeder Mensch hat seine eigene Empfindung und Wahrnehmung (hergeleitet aus einer konstruktivistischen Sichtweise).

Darüber hinaus geht man in der Kinästhetik davon aus, dass die Bewegung den Ausgangspunkt unserer zwischenmenschlichen Kommunikation darstellt. Für die Umsetzung des Konzepts haben HATCH und MAIETTA (2003) sechs Grundkonzepte der Kinästhetik formuliert, die auf einer ganzheitlichen Sichtweise des Menschen fußen. Eine Bewegungshandlung ist nach den sechs Teilkonzepten der Kinästhetik zu verstehen als eine (1) Reaktion auf innere und äußere Erfahrungen, (2) die mit dem Bewegungsapparat (3) unterschiedlich ausgeführt werden kann, (4) je nach Handlungsabsicht, (5) Leistungsvermögen und (6) Einflüssen aus der Umgebung (vgl. BAUDER-MIBBACH 2005, 31). Jede unterstützte Bewegungshandlung orientiert sich an den sechs Teilkonzepten, die in folgender Abbildung dargestellt werden und darauffolgend an einem Beispiel erläutert werden.

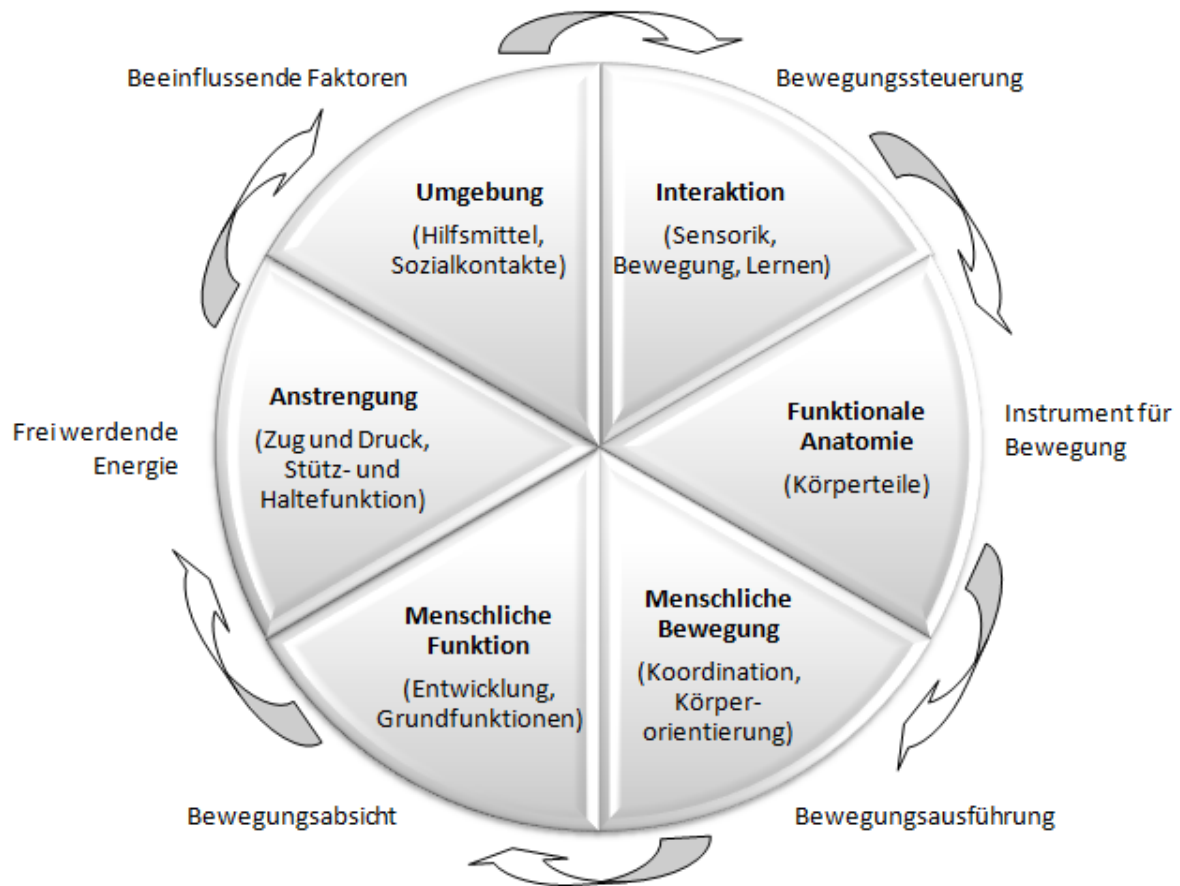


Abbildung 16: Die 6 Konzepte der Kinästhetik.
(modifiziert nach BAUDER-MIRBACH 2005, S. 31)

HATCH und MAIETTA (2003) weisen darauf hin, dass es nicht ausreicht, das Konzept Kinästhetik ausschließlich theoretisch zu vermitteln. Die Aneignung über die grundlegenden Techniken und Grundannahmen sollte nach Möglichkeit in der Praxis erfolgen. Aus diesem Grund wird im Folgenden versucht, die Handlungen nach den Grundkonzepten der Kinästhetik, wie sie die Abb. 18 zeigt, anhand eines Beispiels zu beschreiben.

Aufgrund individueller Lernerfahrungen hat eine Schülerin mit einer schweren Tetraparese den Wunsch, ihrem Bedürfnis nach Entspannung nachzukommen und den Ort zu wechseln, z. B. aus dem Rollstuhl auf eine Matratze. Aufgrund ihrer bisherigen Lernerfahrungen signalisiert sie den Wunsch durch individuelle Kommunikation (immer auch Bewegung) mit ihrer Bezugsperson (*Interaktion*). Durch die Interaktion und die Äußerung des Wunsches nach einer Lagerveränderung nimmt die Schülerin ihren Körper bereits verändert wahr, sie spürt vielleicht, welche ihrer Körperteile sie in der Lage verändert wissen möchte. Desgleichen nimmt die Bezugsperson den Körper der Schülerin bereits anders wahr und nimmt zur Hilfestellung selbst eine andere Körperhaltung ein (*funktionelle Anatomie*). Die Bezugsperson wartet nun auf erste Bewegungsimpulse der Schülerin und setzt bereits eigene Impulse, etwa in Form der Ermutigung zur Eigenaktivität. Sie greift die Bewegungsimpulse der Schülerin auf und geht diese durch Berührung mit. An diesem Punkt wird die Bewegung

der Schülerin zu einer gemeinsamen Bewegung (*menschliche Bewegung*). Die Schülerin und die Bezugsperson teilen an dieser Stelle eine gemeinsame Bewegungsabsicht, nämlich den Transfer vom Rollstuhl auf die Matratze gemeinsam zu gestalten. Die Bewegungsabsichten der Schülerin werden lediglich durch Impulse begleitet, nicht aber aktiv stellvertretend ausgeführt. Die Bewegung an sich wird dabei mehr und mehr zur Nebensache. Es entwickelt sich ein basaler kommunikativer Dialog, ähnlich wie beim Tanzen, dem Ausgangspunkt der Begründer der Kinästhetik Frank HATCH und Lenny MAIETTA (*menschliche Funktion*). Die gemeinsame Ausführung des Transfers (der Bewegung) erfolgt durch Anstrengung beider Interaktionspartner. Handlungsleitend ist jedoch die Schülerin, indem die Bezugsperson dem Zug und Druck der Bewegungen der Schülerin folgt. Sie lenkt die Bewegungen der Schülerin lediglich in die beabsichtigte Richtung. Die aufgewandte Energie wird auf beide Interaktionspartner gleichermaßen übertragen. Dadurch festigt sich der kommunikative Dialog und die Schülerin sowie die Bezugsperson erkennen den Sinn ihrer *Anstrengung*. Die gemeinsame Bewegung wird evtl. anderen anwesenden Schülerinnen erklärt und erfolgt gegebenenfalls unter Einbezug geeigneter Hilfsmittel, beispielsweise kann ein Lifter-System benutzt werden, ohne dass der grundsätzliche Dialog gefährdet wäre. Die gemeinsame Gestaltung und Lernerfahrung ist entscheidend (*Umgebung*). Eine wesentliche Grundannahme der Kinästhetik ist, dass der angestoßene Lern- und Entwicklungsprozess sich auf beide beteiligten Interaktionspartner bezieht und alltägliche Handlungen in der Zukunft auf diesen Erfahrungen basieren.

Der Sinn und Zweck einer solchen Gestaltung von alltäglichen Handlungen wird an den allgemeinen Zielen des Konzepts der Kinästhetik deutlich. Das Konzept der Kinästhetik zielt u. a. darauf ab...

- Fremdheitsgefühle auf Seiten beider Interaktionspartner durch eine gemeinsame Bewegung und dadurch gemeinsame Kommunikation abzubauen.
- die Selbstbestimmung der eigenen Handlungen zu ermöglichen. Nach Auffassung WEINGÄRTNERS (2005) handelt es sich dabei um eine Form basaler Selbstbestimmung im Sinne des Erfahrens der Wirkungen aus den eigenen Bewegungen (vgl. ebd., 137).
- den ganzen Körper durch Bewegung als sinnvoll zu erleben (z. B. haben auch gelähmte untere Extremitäten eine Bewegungsfunktion, in Form einer Stütze und als Gegengewicht).
- ein gemeinsames Lernen über die Möglichkeiten der Förderung und die Bedürfnisse des jeweils anderen zu ermöglichen.

Das Besondere am Konzept der Kinästhetik ist zweifelsohne, dass die Förderung nicht einseitig auf die Schülerin gerichtet ist, sondern beide Interaktionspartner durch die angestoßenen Lern- und Entwicklungsprozesse in ihren Erfahrungen und ihrem Handeln bereichert werden. Durch den gemeinsamen „bewegten“ Dialog könnte das Konzept der Kinästhetik helfen, eine Pflegehandlung für Schülerinnen als Alltagshandlung erfahrbar zu machen, bei

der behindernde Erfahrungen in den Hintergrund treten und das gemeinsame Ziel des Dialogs in den Mittelpunkt rückt. Für die Bezugspersonen können es intensive Erfahrungen mit der Schülerin sein, durch die sie die Schülerin besser verstehen lernen und ihr eigenes Handeln als zutiefst sinnvoll erleben.

Anhand der drei vorgestellten Konzepte werden Schnittstellen zum Aufgabenbereich der Pflege ersichtlich, die eine konzeptgeleitete förderliche Pflegegestaltung begünstigen könnten. Ob und welcher Form diese Schnittstellen bereits für die Gestaltung von Pflegesituationen durch die Mitarbeiterinnen der Förderschule FkmE genutzt werden ist aktuell nicht bekannt. Aus den Studien von KLAUB/LAMERS/JANZ (2005) sowie JANZ (2006) ist zunächst lediglich bekannt, dass Konzepte der körpernahen Förderung, insbesondere das Konzept der Basalen Stimulation, mit dem Bereich der Pflege in Verbindung gebracht wird (vgl. Kap. 4.2.1). Im Rahmen der weiterführenden Forschung sollte daher angestrebt werden, die tatsächlichen Bedingungen und Potentiale der vorhandenen Kompetenzen sowie Umsetzungsvorstellungen einer körpernahen Förderung in Pflegesituationen zu eruieren.

4.5 Zusammenfassung des theoretischen Vorverständnisses

Die heutige institutionelle Pflegegestaltung folgt einem ganzheitlich-humanistischen Paradigma und hat handlungsleitende Pflegemodelle hervorgebracht, die auf den Prinzipien der Bedürfnisorientierung, Lebensweltorientierung, Ressourcenorientierung und Biografiearbeit fußen. Insbesondere das Modell der fördernden Prozesspflege ließe sich infolge der Offenheit und Institutionsunabhängigkeit für die theoretische Begründung der schulischen Pflege implementieren. Aufgrund der Berührungspunkte dieses Pflegemodells zur Pädagogik ließe sich auf der Grundlage der pädagogischen Konzeption der Förderschule FkmE in Verbindung mit der theoretischen Begründung der Pflege ein pädagogisch-pflegerisches Gesamtkonzept entwickeln, was sowohl pflegerische als auch pädagogische Komponenten enthält. An Förderschulen FkmE haben aktuell rund 50% aller Schülerinnen einen Pflegebedarf. Dieser drückt sich in konkreten objektiven Pflegebedarfen, aber auch in subjektiven Pflegebedürfnissen aus, die in Kapitel 3.3 anhand des ABEDL-Strukturmodells als potentielle Pflegebedarfe expliziert wurden. Verbunden mit einem dauerhaften Bedarf an unterstützender oder stellvertretender Pflege sind Herausforderungen, die einerseits in die Förderschule FkmE hineinreichen und andererseits eine Bedeutsamkeit für die nachschulische Lebensgestaltung besitzen. Die pädagogisch und pflegerisch Handelnden der Förderschule FkmE stehen daher in der Verantwortung, das Thema Pflege im Bildungsprozess der Schülerinnen mit Pflegebedarfen zu berücksichtigen. Für Schülerinnen mit schwersten Behinderungen scheint der Aspekt der Pflegebedürftigkeit durch die Fachwissenschaft bereits als elementares Thema berücksichtigt, beispielsweise für den Bereich der körpernahen Förderung.

Für Schülerinnen ohne schwerste Behinderungen stellt die Berücksichtigung der Pflegeethematiken ein deutliches Desiderat dar, wengleich durch einige Autoren Hinweise und potentielle Möglichkeiten sowohl für eine unterrichtsimmanente Thematisierung als auch für die Thematisierung im Fachunterricht gegeben werden (vgl. u. a. LELGEMANN 2010; SCHLÜTER 2009; DUDENHÖFER 2003; KLAUB 2003; HASSELER 2011; SCHLICHTING 2009). Hier weisen vor allem SCHLÜTER (2009; 2010) und LELGEMANN (2007; 2010) auf die Notwendigkeit einer Untersuchung hin. Weitere Desiderate stellen die subjektiven Bewertungen der aktuellen Pflegegestaltung, der Probleme, Bedarfe und Entwicklungspotentiale für alle Schülerinnen mit Pflegebedarfen aus den Perspektiven der Handelnden in den Disziplinen Pflege (Pflegekräfte), Pädagogik (Förderschullehrerinnen) und Schulorganisation (Schulleiterinnen) dar.

Die Möglichkeiten des Einbezugs von Pflege in die körpernahe Förderung von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen werden bereits seit längerem konzeptgeleitet begründet (vgl. u. a. BIENSTEIN/FRÖHLICH 2004; FRÖHLICH 2003; HAUPT 2006; DANK 1996; PFEFFER 1988). Zur tatsächlichen Realisierung der Möglichkeiten des Einbezugs von Pflege in die pädagogische Arbeit an der Förderschule FkmE existieren bislang jedoch keine expliziten Untersuchungen. Diese Desiderate werden in einem zweiten Teil der vorliegenden Arbeit im Rahmen der Untersuchung zu den „kontextuellen und konzeptuellen Bedingungen sowie Entwicklungspotentialen schulischer Pflege an der Förderschule FkmE aus den Perspektiven von Förderschullehrerinnen, Pflegekräften und Schulleitern“ aufgegriffen und bearbeitet.

Eine Pflegegestaltung, bei der die Aspekte der Ausführungen zu den Kapiteln 2, 3 und 4 berücksichtigt werden, wird in den folgenden Ausführungen zur Untersuchung, in der Ergebnisdarstellung sowie -diskussion und in den Konsequenzen begrifflich als „pädagogisch orientierte und fördernde Pflege bzw. Pflegegestaltung“ verstanden.

5 Die Untersuchung: kontextuelle und konzeptuelle Bedingungen sowie Entwicklungspotentiale schulischer Pflege an der Förderschule FkmE aus den Perspektiven von Förderschullehrerinnen, Pflegekräften und Schulleiterinnen

Die im Kapitel 4 herausgestellten Forschungsdesiderate werden in den folgenden Ausführungen des Kapitels 5.1 zu den Fragestellungen sowie zum erkenntnisleitenden Forschungsinteresse aufgegriffen und in Kapitel 5.2 in der Formulierung einer Zielvorstellung der Untersuchung konkretisiert.

5.1 Fragestellungen und Erkenntnisleitendes Forschungsinteresse

Die vorliegende Untersuchung fokussiert den Gegenstandsbereich der schulischen Pflege an der Förderschule FkmE, so wie er in den bisherigen Ausführungen expliziert wurde, in Bezug auf die kontextuellen und konzeptionellen Bedingungen. Die bisherigen Ausführungen begründen ein allgemeines Interesse, die Entwicklungspotentiale zu eruieren, die einen Dialog von Pflege und Pädagogik forcieren oder obstruieren. Vorhandene Förderkonzepte, die einen Dialog zwischen Pflege und Pädagogik fördern, existieren zwar (vgl. FRÖHLICH 2003, 75–90), scheinen aber in der Praxis selten Anwendung zu finden (vgl. WIECZOREK 2007, 118–119) und nicht auszureichen, um Pflege als Bildungsinhalt mit längerfristigen Zielen zu konstatieren.

Ausgehend von einer system-konstruktivistischen Sichtweise ist es von großem Interesse, die subjektiven Wahrnehmungen der verschiedenen Perspektiven, der am Schulleben beteiligten Personen sowie die schulorganisatorischen Rahmenbedingungen zu eruieren, wohl bedacht, dass die Perspektive des Forschers ebenfalls auf einer subjektiven Konstruktion der Wahrnehmung des Untersuchungsgegenstands beruht. Die Erforschung des Handlungsfeldes Pflege im Kontext der Förderschule lässt innovative Erkenntnisse erhoffen, die es möglich machen, Pflege als gemeinsamen Gegenstandsbereich förderpädagogischen Handelns zu gestalten. Es sollten Handlungsempfehlungen geschaffen werden, die helfen, Pflege kompetenzorientiert und konzeptuell so weiterzuentwickeln, dass Pflege als immanenter, pädagogisch relevanter Tätigkeitsbereich des Gesamtkontextes der Förderschule FkmE gelten kann. Schulische Pflege sollte auf eine solche Weise gestaltet werden, dass sie einen immanenten Bildungsinhalt und -auftrag der Förderschule FkmE darstellt und Schülerinnen Perspektiven aufzeigt, wie stellvertretende oder kompensatorische Pflegebedarfe in ein subjektiv erfülltes und selbstbestimmtes Leben integriert werden können.

Insgesamt ergeben sich anhand des aktuellen Forschungsstands zur Pflege an Förderschulen Förderschule FkmE deutliche Desiderate, die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung

berücksichtigt werden sollen. Ausgehend von den bisherigen Ausführungen zum theoretischen Vorverständnis und der Explikation der Forschungsdesiderate stehen folgende Fragestellungen im Forschungsinteresse:

- Die Frage nach den Rahmenbedingungen der aktuellen Pflegegestaltung
- Die Frage nach dem subjektiven Verständnis von Pflege aus den Perspektiven von Förderschullehrerinnen, Pflegekräften und Schulleiterinnen
- Die Frage nach dem Stellenwert der Pflege im gesamten Bildungsprozess an der Förderschule FkmE
- Die Frage nach der Bedeutung der Pflege für Schülerinnen mit schwersten Behinderungen und für Schülerinnen ohne kognitive Zusatzbeeinträchtigungen in Bezug zur nachschulischen Lebensgestaltung
- Die Frage nach dem Verhältnis von Pflege und Pädagogik in der Pflegegestaltung
- Die Frage nach den Potentialen und Möglichkeiten einer unterrichtlichen Thematisierung von Pflege sowie den Möglichkeiten der Integration einer körpernahen Förderung in die Pflege
- Die Frage nach den Entwicklungspotentialen einer pädagogisch orientierten Pflegegestaltung, die durch die aktuellen Bedingungen bereitgehalten werden

Um wissenschaftlich anschlussfähige Ergebnisse zu erhalten, scheint – vor dem Hintergrund unzureichender wissenschaftlicher Erkenntnisse – zunächst die Exploration des Gegenstandsbereichs „schulische Pflegegestaltung“ dringend erforderlich. Anhand der Formulierung des Forschungsinteresses sowie auf der Grundlage der bisherigen Ausführungen, kann eine Untersuchungsleitende Zielvorstellung formuliert werden.

5.2 Ziel der Untersuchung und Hypothesen

Die bisherigen Ausführungen zum Stand der Forschung zeigen, dass die konzeptuellen und kontextuellen Bedingungen der schulischen Pflege an der Förderschule FkmE exploriert werden sollten, um Pflege inhaltlich und strukturell zu definieren und darüber hinaus die Kompetenzen der pädagogischen und pflegerischen Mitarbeiterinnen an der Förderschule FkmE für das pflegerisch-pädagogische Handeln zu erweitern. Die vorliegende Untersuchung greift dieses Forschungsdesiderat auf.

Ziel der Untersuchung ist es, für die Gesamtgruppe der Schülerinnen mit Pflegebedarfen die aktuellen schulorganisatorischen Bedingungen, Potentiale und Hemmnisse einer disziplinübergreifenden, pädagogisch orientierten schulischen Pflege aus Sicht der Schulleiterinnen, Förderschullehrerinnen und Pflegekräfte zu explorieren, um daraus konzeptgeleitete Konsequenzen und Perspektiven für die weitere Gestaltung schulischer Pflege als Bestandteil des Bildungsprozesses von Schülerinnen mit Pflegebedarfen formulieren zu können.

Hypothesen

Im qualitativen Forschungsprozess stellt der Forscher in der Regel keine Arbeitshypothesen auf, die es zu belegen oder widerlegen gilt, sondern bedient sich der Hypothesen als gedankliche Vorstrukturierung und Problemanalyse des eingegrenzten Forschungsgegenstands (Gestaltung schulischer Pflege) sowie als Hilfe zur Generierung von Leitthemen. Diese Vorgehensweise begründet sich durch den induktiven Forschungsgang in der qualitativen Forschung. Hier wird anders als in der quantitativen Forschung nicht vom Allgemeinen auf das Besondere geschlossen, sondern umgekehrt oder in einem wechselseitigen Prozess (Dialogprinzip). Dementsprechend können Hypothesen nicht durch die Erfassung von subjektiven Sichtweisen überprüft werden (vgl. HEINZE 2001, 15f.). FLICK (1995) sieht die Aufstellung expliziter Hypothesen einerseits als förderlich an, wenn der zu untersuchende Gegenstandsbereich eingrenzbar ist. Andererseits plädiert er für implizite Hypothesen, sofern der Gegenstand der Forschung relativ offen ist. Die Aufstellung expliziter Hypothesen kann zudem helfen, die erkenntnisleitende Fragestellung zu konkretisieren, dient jedoch nicht einer abschließenden Überprüfung der Ergebnisse (vgl. ebd., 150f.)

Nach HOFFMANN-RIEM (1980) führt der Verzicht auf vorstrukturierende Hypothesen letztendlich nur zu einer Verzögerung der Strukturierung des Gegenstandsbereichs, spätestens bei der Auswahl der Forschungsmethode, und kann dort zu Problemen der Auswahl führen (vgl. ebd., 345).

Ausgehend vom Stand der Forschung und dem erkenntnisleitenden Forschungsinteresse lassen sich folgende vorstrukturierende Hypothesen generieren.

I. Eine Konzeptualisierung der Pflege in der Förderschule FkmE ist dringend erforderlich, denn schulische Pflege ist inhaltlich und strukturell bisweilen undefiniert.

Der Bereich der Pflege scheint von seiner Zuständigkeit her weitgehend ungeklärt, so dass im Laufe eines Schuljahres mehrere Personen die Pflege von Schülerinnen übernehmen. Schulische Pflege wird von allen Disziplinen des Teams der Förderschule FkmE übernommen. (vgl. ORTLAND 2005). Dabei scheinen die Inhalte der einzelnen Pflegesituationen je nach Disziplin willkürlich zu variieren. (vgl. FISCHER 2003).

II. Die schulorganisatorischen Rahmenbedingungen halten Entwicklungspotentiale bereit, die eine Pflegekonzeptentwicklung forcieren, aber auch Faktoren, die obstruktiv wirken.

Die Vermutung, dass die Schulorganisation ein Potential bereithält, das für ein Pflegekonzept spricht, lässt sich dadurch ableiten, dass etwa vier Stunden des Schultages von Schülerinnen mit einer schwersten Behinderung weitgehend ungenutzt bleiben, hingegen aber nur durchschnittlich 6,3 min. für die Pflege aufgewandt werden. (vgl. KLAUB/LAMERS/JANZ 2005; WIECZOREK 2007; FISCHER 2003).

III. Die Förderschule FkmE benötigt Standards, an denen die Qualität schulischer Pflege gemessen werden kann.

Für Institutionen, die sich der Bildung von Kindern und Jugendlichen mit einer körperlichen oder schwersten Behinderung verpflichten, existieren keine Pflegekonzepte oder Pflegemodelle. Seitens der Pflegewissenschaften werden pädagogische Inhalte konzeptuell darüber hinaus nicht berücksichtigt und Kinder und Jugendliche mit einer körperlichen Behinderung nicht als Zielgruppe professioneller Pflege genannt. (vgl. LAUBER, 2001; Kerngruppe Curriculum 2006)

IV. Lehrerinnen der Förderschule FkmE kennen Förderkonzepte der körpernahen Förderung, jedoch scheinen die Kompetenzen für das bewusste pflegerisch-pädagogische Handeln nicht auszureichen.

77% der Förderschullehrer- und Fachlehrerinnen kennen mindestens ein Förderkonzept, davon am häufigsten das Konzept der basalen Stimulation. Jedoch wenden nur 55% der Sonderschullehrerinnen das Konzept der basalen Stimulation an. (vgl. KLAUB/LAMERS/JANZ 2005). Außerdem finden Förderangebote in einem zeitlichen Rahmen von weniger als 10 Minuten statt und sind häufig ungeplant. Pflegehandlungen umfassen durchschnittlich einen zeitlichen Rahmen von 6,3 Minuten. (vgl. WIECZOREK 2007)

V. Es gibt Anzeichen dafür, dass der Bereich Pflege in der Förderschule FkmE eine Randbedingung für Unterricht darstellt und aus dem pädagogischen Gesamtkontext marginalisiert wird.

Das durchschnittliche Zeitfenster für Pflege beträgt 6,3 Minuten. In dieser kurzen Zeit ist eine Umsetzung von Bildungsinhalten nicht möglich. Pflege in der Förderschule FkmE scheint daher nicht über eine Basispflege hinauszugehen. (vgl. WIECZOREK 2007; FISCHER 2003)

VI. In der Förderschule FkmE wird dringend ein Pflegekonzept benötigt, das auf die pädagogisch-pflegerischen Entwicklungsbedürfnisse der Schülerinnen der Förderschule FkmE abgestimmt ist, um Pflege als Bildungsinhalt zu konstatieren.

Pflege stellt für Schülerinnen mit Pflegebedarf einen existenziellen Lebensbereich dar und ist als Teil ihrer Lebensrealität zu verstehen. Erst im Rahmen ihrer Entwicklung und durch Erziehung können sie ihre persönlichen Bedürfnisse und Vorlieben im pflegerischen Bereich herausbilden. In diesem Prozess benötigen sie pädagogische Unterstützung. Dabei scheinen Förderkonzepte allein nicht auszureichen, um diesem Anspruch gerecht zu werden. (vgl. KLAUB 2003); FISCHER 2003).

Nach der Konkretisierung der Untersuchungsziele erfordert der weitere Forschungsverlauf eine Entscheidung über die grundlegende Forschungsstrategie.

5.3 Forschungsstrategie und Untersuchungsmethoden

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine explorative Untersuchung. Exploration ist hier als Forschungsansatz zu verstehen, der sich hauptsächlich aus der Zielformulierung ableitet (vgl. FLICK 1995, 72ff.). Ziel der Exploration ist es, ein möglichst differenziertes Bild von systemimmanenten Bedingungen eines Forschungsgegenstands zu erzeugen (vgl. ebd.). In diesem Zusammenhang empfiehlt sich der Einsatz von Methoden, die eine mehrperspektivische Betrachtung des Forschungsgegenstandes zulassen (vgl. Kapitel 5.5).

Die Exploration eines weitgehend unerforschten Feldes ist nach MAYRING (2002) eine klassische Absicht qualitativer Sozialforschung. Aus diesem Grund empfiehlt sich nach Aussagen zahlreicher Autoren der Einsatz von Methoden der qualitativen Sozialforschung (vgl. u. a. VON KARDORFF 1995; FLICK 2007; LAMNEK 2010; MAYRING 2002). Bezogen auf die vorliegende Untersuchung wird die Entscheidung gegen eine quantitative Forschungslinie und für die Methoden der qualitativen Sozialforschung folgendermaßen begründet:

- Präzise Auswahlantworten (Items) können vorab nicht formuliert werden.
- Als Ergebnis werden keine vergleichbaren Daten angestrebt, sondern eine möglichst breite Streuung von Einzeldaten, die der Exploration dienen.
- Die Untersuchung führt zu einer offenen Ergebnisdiskussion, nicht zu einer Hypothesenprüfung.
- Die Ergebnisse beinhalten vor allem Perspektiven für weitere Forschungsaktivitäten.

Nach der Konkretisierung der Fragestellung erfordert die Anwendung qualitativer Forschungsmethoden, anders als ein linearer Forschungsverlauf von quantitativen Untersuchungen, die Explikation nicht nur des Forschungsdesigns, sondern der Forschungsstrategie (vgl. MAYRING 2002).

Mit dem Begriff Forschungsdesign werden im Rahmen der quantitativen Forschung überwiegend die Methoden der Datenerhebung bezeichnet. Die qualitative Sozialforschung fasst diesen Begriff weiter und bezeichnet mit dem Begriff Forschungsstrategie den grundlegenden Prozessverlauf der Untersuchung. Dies schließt den Gang der Untersuchungsschritte, die Auswahl der Erhebungs- und Auswertungsmethoden sowie das Sampling mit ein, da die Forschungsschritte nicht einem linearen Aufbau folgen, sondern beispielsweise die Datenauswertung und -erhebung parallel verlaufen oder das Sampling aufgrund von erhobenen Daten erweitert wird (vgl. FLICK et al. 2000, 24ff.). Aus den genannten Gründen erweist sich die zirkuläre Forschungsstrategie nach WITT (2001) als besonders geeignet.

Einen zirkulären Forschungsprozess kennzeichnet das mehrmalige Durchlaufen der einzelnen Forschungsschritte, bis es zu einer vollständigen Sättigung der ursprünglichen Fragestellung kommt. Jedoch weist BENNEWITZ (2010) implizit darauf hin, dass es sich dabei um ein idealisiertes Kriterium handelt, das in der Wissenschaftspraxis ohne einen erheblichen Zeit- und Personalaufwand sowie ohne enorme finanzielle Mittel nicht umzusetzen ist (vgl.

ebd., 43f.). Vielmehr *ermöglicht die zirkuläre Forschungsstrategie den Rückgriff auf Teilergebnisse innerhalb einer Untersuchung* sowie den Wiedereinstieg in den Forschungsprozess zu einem späteren Zeitpunkt (vgl. ebd., 48f.). Auch WITT (2001) verweist darauf, dass das zirkuläre Vorgehen im Rahmen der qualitativen Forschung stets implizit zum Zuge kommt, selbst wenn der Rückgriff auf bereits erhobene Daten oder der mehrmalige Durchlauf der Erhebungsphase nicht explizit eingeplant werden (vgl. ebd., Abs. 35). REINDERS (2005) weist darauf hin, dass eine zirkuläre Forschungsstrategie ebenfalls die Reduktion des Samplings während der Erhebungs- oder Auswertungsphase zulässt. Dies sei nach seinen Aussagen wichtig, da in den allermeisten Fällen das Sampling zu groß angesetzt werde und der Auswertungsaufwand unterschätzt werde (vgl. ebd., 43f.). Die folgende Abbildung 19 veranschaulicht den Prozess einer zirkulären Forschungsstrategie, bezogen auf die vorliegende Untersuchung:

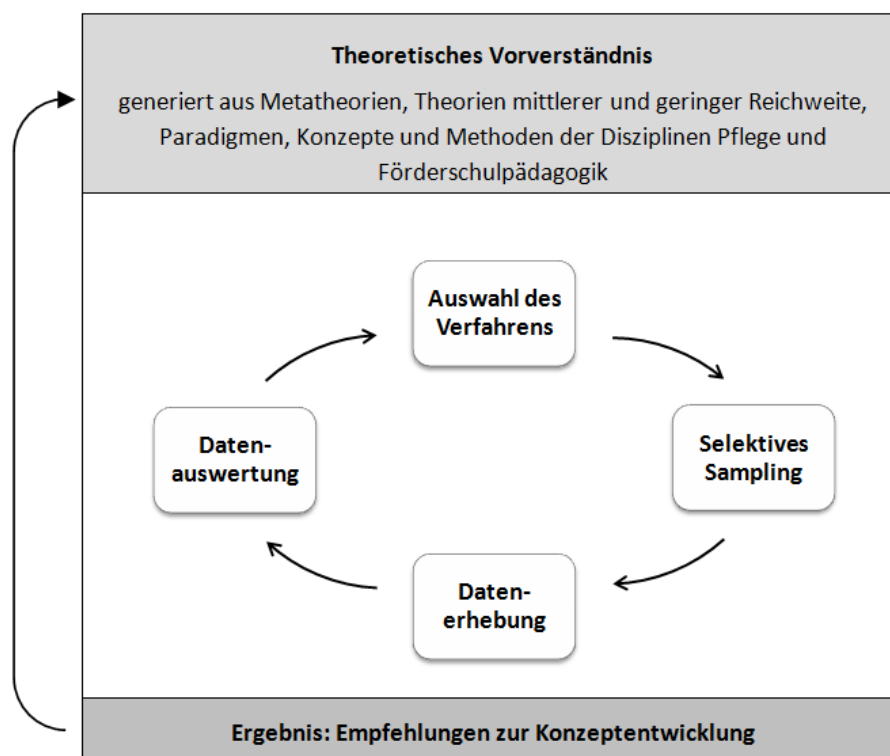


Abbildung 17: Schematische Darstellung der Zirkulären Forschungsstrategie. (modifiziert nach WITT 2001, Abs. 15)

Folgt man dem Verständnis einer zirkulären Forschungsstrategie nach WITT (2001) in der obigen Abb. 19, so leitet der Forscher bereits in der Regel auf der Grundlage seines theoretischen Vorverständnisses Kriterien für die Auswahl von geeignet erscheinenden Untersuchungsverfahren sowie die Auswahl (Selektives Sampling) der Untersuchungsgruppe und des -feldes ab. Daran schließt sich eine erste Phase der Datenerhebung und -analyse an, die wiederum zur Revidierung der Untersuchungsmethoden sowie des Samplings führen kann. Der Prozess würde sodann zirkulär wiederholt. Die Ergebnisse des zirkulären qualitativen

Forschungsprozesses münden insbesondere bei der vorliegenden explorativen Untersuchung in eine veränderte Wahrnehmung des theoretischen Vorverständnisses und können dadurch neue Problemstellungen sowie Fragestellungen aufwerfen, die Anlass für weiterführende Untersuchungen bieten (vgl. WITT 2001, Abs. 15ff.).

Die Festlegung auf einen zirkulären Forschungsprozess lässt sich im Rahmen der vorliegenden Untersuchung durch folgende berücksichtigte Aspekte begründen:

- Die Ergebnisse aus den Teilnehmenden Beobachtungen stellen zwar an sich eigenständige Ergebnisse dar, die jedoch auch die Konstruktion des Interviewleitfadens beeinflussen.
- Es zeigt sich, dass der Einbezug von informellen Ergebnissen aus Fortbildungen für Pflegehilfskräfte (vgl. Kapitel 6.3) aufgrund des Rückgriffs auf die Ergebnisse aus den Teilnehmenden Beobachtungen sinnvoll erscheint.
- Die Untersuchungsergebnisse münden in Empfehlungen für eine Konzeptentwicklung, die weiterer Forschungs- und Handlungsschritte bzw. der Absicherung durch eine quantitative Datenerhebung sowie eines handlungsorientierten Forschungsdesigns bedürfen, um ein theoriegeleitetes Konzept zu entwickeln.
- Reduktion der Anzahl von ausgewerteten Interviews gegenüber dem ursprünglichen Sampling.

In den folgenden Ausführungen werden die einzelnen Erhebungsmethoden sowie die Analyseverfahren der qualitativen Forschungsstrategie dargelegt. Zunächst erfolgt in Ergänzung ein Verweis auf die Gütekriterien qualitativer Forschung.

5.4 Gütekriterien qualitativer Forschung

Die qualitative Forschung benötigt trotz und gerade wegen der enormen Methodenvielfalt sowie der individuellen Ausgestaltung der Methoden durch den Forscher Gütekriterien, woran die Aussagekraft der Ergebnisse gemessen werden kann. In der qualitativen Forschung hat sich eine Abkehr von klassischen Gütekriterien der quantitativen Forschung durchgesetzt (vgl. MAYRING 2002, 140). Dies begründet sich u. a. dadurch, dass die Gütekriterien qualitativer Forschung aufgrund der Differenzierungen in den Forschungsmethoden viel flexibler sein müssen, da sich Belege für die Ergebnisse nicht errechnen lassen. MAYRING (2002) plädiert daher für die Orientierung des Forschers an sechs allgemeinen Gütekriterien qualitativer Forschung, die nachstehend skizziert werden:

1. **Verfahrensdokumentation** des gesamten Forschungsprozesses: Dies beinhaltet die Explikation des Vorverständnisses, des Analyseinstrumentariums sowie der Verfahrensweisen zur Durchführung und Auswertung der erhobenen Daten und deren Begründung (vgl. MAYRING 2002, 144f.).
2. **Argumentative Interpretationsabsicherung**: Nach dieser richten sich die Interpretationen der Ergebnisse nach dem theoretischen Vorverständnis, etwa bei der

Kategorienbildung. Besonders wichtig sind hier Alternativdeutungen (vgl. ebd., 144). Für die vorliegende Untersuchung wird dafür die Methode der Akzentsetzung herangezogen (vgl. Kapitel 5.6.4).

3. **Regelgeleitetheit:** Der gesamte Untersuchungsprozess erfolgt regeleitet anhand der dargelegten Forschungsstrategie (Ablaufmodell). Die Analyse der Daten erfolgt systematisch anhand einer zuvor festgelegten Vorgehensweise. Dennoch sollte die qualitative Forschung grundsätzlich eine gewisse Offenheit gegenüber Veränderungen im Forschungsprozess aufweisen (vgl. MAYRING 2002, 145f.).
4. **Nähe zum Gegenstand:** Gemeint ist hier, dass sich der Forscher möglichst nah am Untersuchungsgegenstand orientiert und seine Untersuchung in Interessensübereinstimmung mit den Beforschten gestaltet. „Qualitative Forschung will an konkreten Problemen ansetzen, will Forschung für die Betroffenen machen [...]“ (MAYRING 2002, 147)
5. **Kommunikative Validierung:** Hierbei geht es um die Überprüfung der Gültigkeit von Ergebnissen. Dies kann nach MAYRING (2002) dadurch erreicht werden, dass den Beforschten die Ergebnisse nochmals vorlegt werden. HEINZE (2001) rät allerdings davon ab. Er sieht darin allenfalls eine Verzerrung der Ergebnisse, da diese Form der kommunikativen Validierung lediglich die nächste Stufe zu einer weiteren Validierung sei, die sich spiralförmig fortsetzen würde, bis zu dem Punkt, an dem die Ergebnisse an sich nur noch konstruierte Daten von Forscher und Beforschten seien, die mit den ursprünglichen Interpretationen des Forschers nicht mehr viel gemein hätten (vgl. HEINZE 2001, 91f.). Besser geeignet scheint ein dialogisches Verständnis des Forschungsprozesses zwischen dem Forscher und den Beforschten (vgl. MAYRING 2002, 147) zu sein. So können z. B. reflexive Nachfragen während einer Interviewerhebung die kommunikative Validierung erhöhen. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, die Kernaussagen der Interviewpartner während der Interviews festzuhalten und im weiteren Verlauf der Interviews an bezugnehmenden Stellen erneut vorzulegen.
6. **Triangulation:** Durch den Einsatz verschiedener Methoden, Perspektiven, Datenquellen etc. kann die Qualität der Forschung erhöht werden. „Triangulation meint immer, dass man versucht, für die Fragestellung unterschiedliche Lösungswege zu finden und die Ergebnisse zu vergleichen.“ (vgl. MAYRING 2002, 147). Ziel ist nicht, eine möglichst hohe Übereinstimmung der Ergebnisse zu erhalten, sondern ein möglichst differenziertes Bild der Ergebnisse (vgl. MAYRING 2002, 147f.). Die vorliegende Untersuchung verknüpft die Methodentriangulation (Methode der Teilnehmenden Beobachtung und Methode der Leitfadenterviews) mit der Mehrperspektiventriangulation (vgl. Kapitel 5.6).

Im Rahmen der Untersuchung wird darauf geachtet, die aufgeführten allgemeinen Gütekriterien zu berücksichtigen. Die skizzierten sechs allgemeinen Gütekriterien nach MAYRING (2002) werden in Kap. 7.7 im Rahmen der Methodendiskussion erneut aufgegriffen und auf deren Einhaltung überprüft.

Im Folgenden werden die beiden zentralen Erhebungsmethoden der Untersuchung aus Gründen einer vereinfachten Darstellung zwar getrennt betrachtet, sie müssen jedoch im Kontext des zirkulären Forschungsprozesses synergetisch gesehen werden.

5.5 Teilnehmende Beobachtungen von Pflegesituationen als explorative Teilstudie

Die Teilnehmende Beobachtung stellt neben Interviewerhebungen eine klassische Methode der qualitativen Forschung dar. Diese Methode zielt durch die direkte Nähe zum jeweiligen Forschungsfeld darauf ab, ganz konkrete und möglichst unverfälschte Daten zum Gegenstandsbereich zu erhalten (vgl. MAYRING 2002, 80f.). Die Methode der Teilnehmenden Beobachtung findet vornehmlich dort Anwendung, wo der Gegenstandsbereich von außen schwer einsehbar ist und die Fragestellung der Untersuchung eher explorativen Charakter aufweist (vgl. ebd., 83). In der Regel werden die Beobachtungen mit Hilfe eines Beobachtungsprotokolls festgehalten. MAYRING fasst den Anwendungsbereich der Teilnehmenden Beobachtung wie folgt zusammen:

„Die halb-standardisierte teilnehmende Beobachtung ist schließlich eine Methode, die sehr gut für explorative, hypothesengenerierende Fragestellungen geeignet ist, also immer wenn es um die Strukturierung von Neuland geht.“ (MAYRING 2002, 82)

Im Rahmen einer explorativen Teilstudie der vorliegenden Untersuchung wurden Pflegesituationen im schulischen Alltag der Förderschule FkmE hinsichtlich personeller, kontextueller, konzeptueller und inhaltlicher Bedingungen beobachtet, um Daten über die aktuelle und reale Gestaltung zu erhalten. Die Teilnehmenden Beobachtungen wurden im Zeitraum von Juni 2008 bis Juni 2009 an elf Förderschulen FkmE in Nordrhein-Westfalen durchgeführt. Dabei wurden insgesamt 65 Pflegesituationen in Kurzform dokumentiert und 30 Pflegesituationen ausführlich beobachtet. Um einerseits valide und repräsentative Ergebnisse über die tatsächliche Gestaltung von Pflegesituationen an Förderschulen FkmE zu erhalten, andererseits jedoch die Intimsphäre der Schülerinnen zu respektieren, mussten vorab einige Kriterien erfüllt sein, die gleichzeitig eine Einschränkung der zur Verfügung stehenden Durchführungsmethoden der Teilnehmenden Beobachtung bedeuteten:

- Die Untersuchung durch eine Videodokumentation konnte aufgrund der Verletzung der Persönlichkeitsrechte der Schülerinnen nicht die Wahl der Methode sein.
- Um eine möglichst hohe Objektivität der Ergebnisse zu erzielen, war es nicht möglich, die ständigen Pflegebezugspersonen mit der Dokumentation zu beauftragen, da diese die Ergebnisse durch ihre subjektive und selektive Wahrnehmung der Pflegesituation beeinflusst hätten. Zudem waren diese involvierten Personen selbst gleichzeitig die durchführenden Personen der Pflegesituation, die die Pflegesituation aus diesem Grund nicht gleichzeitig hätten dokumentieren können.

- Die Dokumentation der Pflegesituationen durch den Untersuchungsleiter selbst hätte aufgrund des einmaligen Schülerkontakts (keine Bezugsperson) gleichermaßen einen nicht zu rechtfertigenden Eingriff in die Intimsphäre der Schülerinnen nach sich getragen, weshalb diese Möglichkeit ebenfalls ausschied.
- Die Beobachter sollten nicht zugleich dem System Förderschule angehören, um objektiv urteilen zu können, sollten jedoch ausreichend Vorwissen im Bereich der Förderpädagogik aufweisen und Erfahrungen in der Begegnung mit Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf haben.

Als Beobachter wurden letztlich 30 Lehramtsstudierende der Sonderpädagogik mit der Fachrichtung „Körperliche und motorische Entwicklung“ eingesetzt, die im Rahmen ihres Studiums ein vierwöchiges Praktikum an einer Förderschule FkmE ihrer Wahl ableisteten. Einerseits war so der Feldzugang durch eine Zufallsstichprobe gewährleistet, andererseits konnte davon ausgegangen werden, dass die Beobachter aufgrund ihres bisherigen Studiums über ausreichend Fachkenntnisse verfügten, um Pflegesituationen an der Förderschule FkmE einschätzen zu können. Gleichzeitig war der Rücklauf gesichert, da alle Beobachtungsbögen dem Praktikumsbericht als Anhang beigelegt werden sollten. Vor Beginn des Praktikums wurden den Beobachtern der Beobachtungsbogen sowie das Verfahren der Beobachtung erläutert. Danach sollten die Beobachter je zwei zufällige Pflegesituationen in Kurzform dokumentieren sowie eine Pflegesituation ausführlich beobachten und die Ergebnisse auf dem Beobachtungsbogen festhalten. So ergibt sich für die vorliegende Arbeit eine Anzahl von 65 in Kurzform dokumentierten und 30 ausführlich beobachteten Pflegesituationen. Welche Situationen als Pflegesituationen zu werten sind, sollten die Studierenden mit ihren jeweiligen Mentoren während des Praktikums klären.

Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass es sich nach den Auffassungen von LÜDERS (2000) bei der vorgestellten Methode streng genommen um eine eingeschränkte Teilnehmende Beobachtung handelt, da die ausgewählten Beobachter die Pflege nicht selbst durchführten. Andererseits erfüllten sie zum Zeitpunkt ihrer Praktika das Merkmal der Systemzugehörigkeit, das Lüders als zentrales Merkmal einer Teilnehmenden Beobachtung aufführt (vgl. ebd., 384f.). Eine Einwilligung zur Beobachtung wurde von den jeweiligen Schulleiterinnen der Förderschulen FkmE eingeholt.

5.5.1 Der Beobachtungsbogen

Zunächst werden folgende allgemeine Rahmendaten zur jeweiligen Förderschule erhoben: Anzahl der Schülerinnen insgesamt und mit Pflegebedarf nach Geschlecht, Anzahl des Personals nach Qualifikation und Geschlecht sowie Angaben zur Praktikumsklasse.

Die Dokumentationen der zwei Pflegesituationen erfassen das Geschlechterverhältnis von Pflegendem und Schülerin, die Qualifikation des Pflegenden, die Einordnung der Pflegesituation in die Organisation des Schultages sowie die aktive Mitbestimmung der Schülerin

in Relation zur Dauer der Pflegeeinheit. Durch die Dokumentationen wird angestrebt, einen Überblick über die äußeren Rahmenbedingungen der schulischen Pflege zu erhalten.

Durch die ausführlichen Beobachtungen von Pflegesituationen soll ein Bild der inneren Bedingungen der schulischen Pflegegestaltung erzeugt werden. Dazu enthält der Beobachtungsbogen¹⁰ folgende Aspekte und Fragestellungen, unter denen die Beobachtung durchgeführt werden sollte:

- Angaben über die pflegende Person (Alter, Geschlecht, Qualifikation) und die Schülerin (Geschlecht und Alter)
- Einleitung der Pflegesituation (Frage 4.1)
- Art der Pflegehandlungen (Frage 4.2)
- Wird der Schülerin eine spezielle Förderung angeboten und lassen sich Konzepte erkennen? (Fragen 4.3; 4.3.1)
- Wird eine aktive Mitgestaltung der Schülerin ermöglicht oder angeregt? (Frage 4.3.2)
- Stehen Hilfsmittel und / oder Fördermaterialien zur Verfügung? Wie werden diese genutzt? (Fragen 4.4.1; 4.4.2; 4.4.3)

Zur Frage 4.5:

Stellen Sie sich vor, Sie würden in diesem Pflegeraum gepflegt werden, welche Veränderungen würden Sie sich wünschen [räumlich, personell, zeitlich etc.], damit Sie sich während der Pflegesituation ihren Bedürfnissen entsprechend wohl fühlen?

Diese Frage wurde bewusst aus der Perspektive der Beobachtenden gestellt. Auf diese Weise konnte erstens vermieden werden, subjektive Kriterien des Untersuchers zu erfragen, die die Beobachtung einschränken, zweitens konnte aufgedeckt werden, welche Bedingungen verändert werden müssen, damit die Pflegesituation allgemeinen menschlichen Bedürfnissen gerecht wird. Denn dieselben Wünsche nach Erfüllung allgemeiner bedürfnisbefriedigender Kriterien auf Seiten der Beobachter müssen ebenso uneingeschränkt für die Schülerinnen gelten. Darüber hinaus lässt die offene Frageform auch vom Untersuchenden unbedachte Aspekte der Beobachtung zu. So lassen sich aus den Antworten zur Frage 4.5 allgemeine Forderungen zur bedürfnisgerechten Gestaltung von Pflegesituationen ableiten. Die Beobachter wurden gebeten, bei unklaren Situationen bei der jeweiligen Pflegekraft nachzufragen.

Aus Gründen der Strukturiertheit werden die Ergebnisse aus den Teilnehmenden Beobachtungen zusammen mit den Ergebnissen aus den qualitativen Interviews im Rahmen der Ergebnisdarstellung unter Kapitel 6 aufgeführt.

¹⁰ Der Beobachtungsbogen ist im Anhang aufgeführt.

5.6 Explorative themenzentrierte und leitfadenorientierte Experteninterviews

Für die Exploration weitgehend unerforschter Gegenstandsbereiche bietet sich nach DIEKMANN (2006) neben der Teilnehmenden Beobachtung insbesondere die Methode qualitativer Interviews an (vgl. ebd., 30f.). Die vorliegende Untersuchung bedient sich der Methoden mehrerer Interviewtypen der qualitativen Sozialforschung und fügt diese in einer Synthese zusammen (vgl. LAMNEK 1993, 43ff.; FRIEBERTSHÄUSER 2003, 375ff.).

Die Interviewform der vorliegenden Untersuchung weist im Einzelnen Merkmale folgender Interviewtypen auf:

- *Experteninterview*, da es sich bei den Interviewten um qualifiziertes Fachpersonal des Untersuchungsfeldes Förderschule FkmE handelt.
- *Problemzentriertes (bzw. themenzentriertes) Interview*, da aufgrund des theoretischen Vorwissens und der Zielformulierung Schwerpunktthemen generiert werden konnten.
- *Leitfadeninterview*, da es sich bei der Untersuchung um einen klar definierten Gegenstandsbereich handelt, nämlich die schulische Pflegegestaltung an der Förderschule FkmE.

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine Exploration. Aus diesem Grund wird anstelle des Begriffs ‚Problemzentriertes Interview‘ zugunsten der Neutralität von ‚Themenzentrierten Interviews‘ gesprochen, da es sich um erkenntnisleitende Themenbereiche handelt. Zwar sollen ebenso potentielle Probleme exploriert werden, die jedoch vor allem dazu dienen, Entwicklungspotentiale für eine pädagogisch orientierte Pflegegestaltung abzuleiten.

Das themenzentrierte Interview bietet sich im Rahmen dieser Befragung aus zwei Gründen an: Erstens kann angenommen werden, dass Pflege zunächst kein ‚Problem‘ im Handlungsfeld der befragten Experten darstellt. Der Bereich Pflege kann zudem noch nicht ins Bewusstsein der Experten gerückt sein. Beispielsweise kann es sein, dass die Experten erstmals mit dem Bereich Pflege auf theoretischer Ebene konfrontiert werden. Aus diesen Gründen würde sich eine narrative Interviewform entgegen einer themenorientierten nicht anbieten, da davon ausgegangen werden muss, dass durch eine gesprächsgenerierende Fragestellung kein anhaltender Redefluss zustande käme. Daher soll zunächst ein Themenbewusstsein hergestellt werden, was u. a. durch die Eingangsstatements eingeleitet wird.

Die Gründe für die Anwendung des leitfadenorientierten qualitativen Interviews lauten wie folgendermaßen: Die Fragestellung des Forschers basiert auf einem theoriegeleiteten Vorverständnis des Gegenstandsbereichs, das sich im Grad der Strukturiertheit und in den Kategorien der Fragestellungen widerspiegelt. Gleichzeitig aber lassen die Fragestellungen genügend Raum für die subjektive Einschätzung des Gegenstandsbereichs durch die interviewten Experten. Das wiederum kann zu einer Überprüfung und Modifizierung des theore-

tischen Vorverständnisses führen und folglich eine Konzeptualisierung aus generiertem Wissen und theoretischen Vorwissen zulassen. Das vorliegende Forschungsdesign ist somit eine Synthese aus deduktivem und induktivem Verfahren (vgl. LAMNEK 1993, 75).

Ein weiteres Kriterium der vorliegenden Interviewerhebung stellt die Mehrperspektiven-triangulation dar (vgl. SCHRÜNDER-LENZEN 2010). Entgegen der Methodentriangulation, bei der durch mehrere Methoden unterschiedliche Perspektiven des Forschers selbst auf den Forschungsgegenstand gerichtet werden, möchte der Forscher bei der Mehrperspektiven-triangulation durch den Einsatz einer möglichst gleichen Methode einen mehrperspektivischen Blick der Untersuchungsgruppe selbst auf den Forschungsgegenstand erhalten (vgl. ebd., 154f.). SCHRÜNDER-LENZEN (2010) hält dies für unverzichtbar, wenn es darum gehen soll, subjektive Theorien mehrerer Handelnder innerhalb eines Systems zu erfassen (vgl. ebd., 154f.). So wird in der vorliegenden Interviewerhebung für alle befragten Experten ein lediglich modifizierter Interviewleitfaden eingesetzt, durch den die subjektiven Perspektiven der Förderschullehrerinnen, der Schulleiterinnen sowie der Pflegekräfte bezogen auf den gleichen Forschungsgegenstand der „schulischen Pflegegestaltung“ erfasst werden sollen.

Aus system-konstruktivistischer Sichtweise muss jedoch auch bedacht werden, dass Interviews auf den subjektiven Konstruktionen der Interviewten basieren, die wiederum einer subjektiven Sichtweise des Interviewers unterliegen, was sich bereits durch die Konstruktion des Interviewleitfadens ergibt.

5.6.1 Entwicklung des Interviewleitfadens

Der Interviewleitfaden¹¹ wurde in einem mehrstufigen Prozess konstruiert. Ausgangspunkt stellten das theoretische Vorwissen, das Erkenntnisleitende Forschungsinteresse, die Forschungsfragen sowie Teilergebnisse aus den Teilnehmenden Beobachtungen dar. Anhand dieser Leitmarken wurde zunächst deduktiv ein Cluster mit den folgenden potentiellen übergeordneten Themenbereichen erstellt, die Berührungspunkte mit dem Forschungsgegenstand aufweisen:

- Aktuelle konkrete Gestaltung der Pflege
- Zeitliche, personelle und räumliche Rahmenbedingungen der Pflege
- Formen der Pflege (Grundpflege, Förderpflege)
- Die Stellung von Pflege im Gesamtkonzept der Förderschule FkmE
- Mitarbeiterinnen der Förderschule FkmE (Kooperation)
- Pflege nach der Schulzeit
- Pflege innerhalb eines pädagogischen Feldes
- Gemeinsamkeiten von Pflege und Unterricht

¹¹ Die Interviewleitfäden der drei Perspektiven (Schulleiterinnen, Pflegekräfte, Förderschullehrerinnen) befindet sich im Anhang.

Im darauf folgenden Schritt wurden zu den entsprechenden übergeordneten Themenbereichen weitere Unterthemen sowie offene Fragestellungen konstruiert. Die Interviewform kann daher zwar als offene Form gelten, folgt jedoch einem hohen Grad an Strukturierung (vgl. MAYRING 2002, 66). Das Ergebnis dieses Teilprozesses stellte die Betaversion des Leitfadens dar. Für die einsatzfähige Fassung des Interviewleitfadens wurden die Leitfragen durch gesprächsstimulierende Fragen und Sondierungsfragen ergänzt.

Der endgültige Interviewleitfaden gliedert sich auf der Grundlage des theoretischen Vorwissens, der Fragestellungen, der Zielperspektive der Untersuchung sowie der Sammlung bzw. dem Cluster der gegenstandsbezogenen Berührungspunkte. Daraus wurden die zentralen erkenntnisleitenden Themenschwerpunkte des Interviewleitfadens generiert. Nach KÖNIG und BENTLER (2010) ist die Explikation der Leitfragen bzw. Themenschwerpunkte ein wesentlicher Bestandteil der Darlegung einer qualitativen Forschungsstrategie (vgl. ebd., 179). Im Folgenden werden daher die Leitthemen (unterstrichen dargestellt) und Leitfragen (kursiv dargestellt) skizziert:

1. Grobe Orientierung im Thema schulischer Pflege (durch Sondierungsfragen)

Eingangs wurden die Interviewteilnehmer mit Aussagen konfrontiert, die eine Haltung gegenüber den Themen der Befragung vorgibt. Durch diese Methode sollte provoziert werden, dass die Teilnehmer aus ihrem ‚Bauchgefühl‘ heraus mit prompten Äußerungen reagieren und somit ihre Grundhaltung gegenüber den Themen mitteilen. Es wird davon ausgegangen, dass die so provozierten direkten Äußerungen die gängigen Erklärungsmuster wiedergeben, ohne dass eine hinreichende inhaltliche Reflexion erfolgen konnte. Die Eingangsstatements dienen gleichzeitig als Gesprächsstimuli und Motivation. Durch diese Methode wird zudem eine Erhöhung der Validität der qualitativen Aussagen der Interviews angestrebt.

2. Verständnis einer schulischen Pflege:

a) Würden Sie der Aussage zustimmen: Die Pflege an dieser Förderschule geht über eine Grundversorgung der Schülerinnen und Schüler hinaus! Worin äußert sich dies? Wenn Sie nicht zustimmen, warum?

b) Was verstehen Sie unter Förderpflege?

Im Rahmen bisheriger Untersuchungen (SCHLICHTING 2009; JANZ 2006; KLAUB/LAMERS/JANZ 2005) konnte nicht geklärt werden, was die handelnden Professionen an der Förderschule unter einer schulischen Pflege verstehen. Die Leitfragen zielen demzufolge darauf ab, Ergebnisse zum subjektiven Verständnis einer schulischen Grundpflege sowie dem Verständnis einer fördernden und / oder erweiterten Pflegegestaltung zu erhalten.

3. Rahmenbedingungen schulischer Pflege und aktuelle Gestaltung der schulischen Pflege:

Auf der Grundlage des subjektiven Pflegeverständnisses werden die Interviewteilnehmer gebeten, die aktuellen personellen, zeitlichen und institutionellen Bedingungen der schulischen Pflegegestaltung zu erörtern. Im Fokus steht dabei die aktuelle und konkrete Gestaltung schulischer alltäglicher Pflege.

4. Annahmen über die Bedeutung und den Stellenwert der Pflege für die Schülergruppe:

Was denken Sie: Welchen Stellenwert nimmt die Pflege für die Schülerinnen und Schüler im alltäglichen Leben ein? Welche Bedeutung hat Ihrer Meinung nach die Pflege für die Lebensgestaltung Ihrer Schülerinnen und Schüler, vor allem wenn Sie die Zukunftsperspektive mit einbeziehen? Auf welche Aspekte eines Lebens mit Pflegebedarf sollten Schülerinnen und Schüler im Rahmen ihrer Schulzeit vorbereitet werden?

Es wird davon ausgegangen, dass der Stellenwert und die Bedeutsamkeit von schulischen Aufgabenfeldern für die einzelnen Schülergruppen letztlich über das konkrete Handeln in den jeweiligen (pädagogischen) Feldern entscheiden. Auch zielt der schulische Bildungsprozess darauf ab, dass sich Schülerinnen Kompetenzen aneignen, die sie für ihre zukünftige nachschulische Lebensgestaltung benötigen (vgl. LELGEMANN 2007). Die Leitfrage zielt demnach darauf ab, Aussagen über die angenommene Bedeutsamkeit und den Stellenwert der Pflege für die Schülerinnen im Gesamtkontext der Förderschule FkmE zu erhalten.

Daraus lassen sich wiederum Schlüsse für die Notwendigkeit einer pädagogisch orientierten Pflegegestaltung ziehen.

5. Das Verhältnis von Pädagogik und Pflege sowie Fördermöglichkeiten in der Pflege:

a) Gerade, weil Pflege für diese Schülergruppen eine so hohe Zukunftsbedeutung hat, müssen Bildungsmöglichkeiten für diesen Bereich berücksichtigt werden, und zwar auf elementarer Ebene sowie auf kognitiv angemessenem Lernniveau. Wie bewerten Sie diese Aussage?

b) Um welche pädagogischen Anteile / Inhalte können förderpädagogische Fachkräfte die Pflege an ihrer Schule sinnvoll ergänzen?

Das Verhältnis von Bildung, Pädagogik und Pflege sowie die Bedeutung einer pädagogischen Pflegegestaltung und deren Integration in den Bildungsprozess an der Förderschule wurde in der Fachwissenschaft u. a. von KLAUB (2003), KLAUB/LAMERS (2003) und SCHLÜTER (2007b, 2008, 2009, 2010) bereits deutlich dargelegt. Anhand der Leitfragen soll erfasst werden, welche Möglichkeiten und Anteile in ihrer Arbeit die beteiligten Disziplinen sehen, um die schulische Pflege so zu gestalten, dass diese ihrem pädagogischen Auftrag im

Bildungsprozess an der Förderschule FkmE gerecht wird. Für die Gruppe der Schülerinnen mit schwersten Behinderungen sollen zudem Möglichkeiten der pädagogischen Förderungen erfragt werden. Alternativ dazu soll erfragt werden, warum eine pädagogische Gestaltung von Pflegesituationen nicht notwendig erscheint.

6. Pflege als Unterrichtsthema:

Könnten Sie sich vorstellen, dass Pflege im Unterricht thematisiert wird? Welche Inhalte sehen Sie für einen kognitiven Unterricht und welche handlungsorientierten und erfahrungsorientierten Inhalte wären möglich?

Für Schülerinnen ohne oder mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen ist es denkbar, pflegerische Inhalte methodisch-didaktisch so aufzubereiten, dass diese als eigenständiges Unterrichtsthema gelten können (vgl. Kapitel 4.3.4). Die Leitfragen zielen darauf ab, welche Möglichkeiten, welche Relevanz Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen in einer unterrichtlichen Thematisierung pflegerischer Inhalte sehen sowie welche Bereitschaft und Möglichkeiten Pflegekräfte dem beimessen.

7. Kooperation der Disziplinen im Bereich pädagogisch orientierter Pflege:

Welche Erfahrungen haben Sie in der Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal bzw. pädagogischen Personal und den Zivis/FSJlern im Bereich Pflege gemacht? Wie unterstützen Sie sich gegenseitig bzw. geben sich untereinander Hilfestellungen und in welcher Form findet ein regelmäßiger Austausch statt?

In den bisherigen Ausführungen wurde bereits dargelegt, dass die Mitarbeiterinnen an Förderschulen über einen beträchtlichen Kompetenz- und Wissensfundus verfügen (vgl. u. a. FRÖHLICH 2003; JANZ 2006; KLAUB 2003). SCHLICHTING (2009) und JANZ (2006) machten ebenfalls darauf aufmerksam, dass nur über die gemeinsame Nutzung der Kompetenzen im Sinne eines transdisziplinären Kompetenztransfers sowie einem geteilten Bewusstsein über die Bedeutung des Aufgabengebiets Pflege dessen verbindliche Implementierung in den Gesamtkontext der Förderschule erfolgen kann. Die Leitfrage hat dementsprechend zum Ziel, die aktuelle Gestaltung der Kooperation im Bereich Pflege sowie die Möglichkeiten einer Intensivierung derselben zu eruieren.

8. Aktuelle Probleme und Bedarfe in der Pflege:

Wie beurteilen Sie die Pflegesituation an Ihrer Schule insgesamt, wo sehen sie Probleme, Bedarfe oder Entwicklungspotentiale?

Auf der Grundlage der bisherigen Reflexionen zu den Leithemen 1 bis 7 im Interviewverlauf wird den interviewten Expertinnen an dieser Stelle die Möglichkeit gegeben, sich zu aktuellen Problemen, Bedarfen und Entwicklungspotentialen der schulischen Pflegegestaltung zu äußern, die eine pädagogische Orientierung eher forcieren oder obstruieren.

9. Aus- und Fortbildungssituation in pädagogisch orientierter Pflege:

Was sagen Sie zu folgender Aussage: Tausche Pädagogik gegen Pflege – Tausche Pflege gegen Pädagogik. Müssten Pädagoginnen und Pädagogen mehr Pflegewissen haben und Pflegekräfte mehr pädagogisches Wissen?

Es wird angenommen, dass sich die Berufsausbildung bzw. das Studium in den Professionen Pflege und Pädagogik hauptsächlich an eben diesen leitenden Fachwissenschaften orientieren. Die Leitfrage zielt daher erstens darauf ab, die aktuelle Ausbildungssituation in den Disziplinen Pflege und Pädagogik aus der jeweils entgegengesetzten Perspektive der handelnden Professionen Pädagogik und Pflege zu eruieren. Zweitens sollen Bedarfe bzw. auch Versäumnisse in der Aus- und Fortbildung im Bereich Pflege aus den Sichtweisen der Förderschullehrerinnen, der Pflegekräfte und der Schulorganisation erfasst werden.

10. Möglichkeiten der Konzeptentwicklung:

Was wären denkbare Aktivitäten, um ein Pflegekonzept einer pädagogisch orientierten Pflege an ihrer Schule zu implementieren, welche Bereiche fänden eine Berücksichtigung?

Durch die abschließende Leitfrage wird versucht, aus den verschiedenen Perspektiven der Interviewten Ansatzpunkte für eine Konzeptentwicklung der schulischen Pflege zu erhalten. Als Grundlage dienen hier die vorangegangenen Aussagen zu den Leitthemen 1 bis 9, die durch den Interviewer in Stichpunkten festgehalten werden. Im Zentrum stehen hier die subjektiv benannten Bereiche einer Konzeptentwicklung, die eine Implementierung eines solchen Pflegekonzepts begünstigen und vor allem für die Befragten auf der Grundlage ihrer bisherigen Erfahrungen in der Schulorganisation umsetzbar erscheinen.

Die Leitthemen bzw. Leitfragen werden ergänzt durch differenzierte Unterfragen sowie Stichpunkte als Gedächtnisstütze für den Interviewer. Für die Gesprächsstimulation werden zusätzlich Beispiele zu den Fragestellungen aufgeführt, die bei Bedarf in das Interviewgespräch eingebracht werden können.

Der Interviewleitfaden wurde, entsprechend der Mehrperspektiventriangulation, jeweils bezogen auf die Form der Fragestellungen für die einzelnen befragten Expertengruppen (Pflegekräfte, Förderschullehrerinnen, Schulleiterinnen) so modifiziert, dass dieser der jeweiligen Disziplin (Pflege, Pädagogik, Schulorganisation) entspricht.

5.6.2 Selektives Sampling

Unter einem Sampling werden sowohl die Stichprobe der Untersuchung als auch das Untersuchungsfeld verstanden. Im Rahmen des selektiven Samplings werden entgegen dem theoretischen Sampling die Untersuchungsgruppen sowie der „Feldzugang“ vorab festgelegt anhand des theoretisch gefassten Rahmens und der Fragestellungen (vgl. STRAUSS 1991, 71). Die Entscheidung für das selektive Sampling konnte getroffen werden, da sich das zu unter-

suchende Feld (Förderschule FkmE), der Untersuchungsgegenstand (schulische Pflegegestaltung) sowie die Untersuchungsgruppe (Mitarbeiterinnen der Förderschule FkmE) stark eingrenzen lassen.

5.6.2.1 *Untersuchungsfeld und Feldzugang*

Als Untersuchungsfeld wurde die Förderschule FkmE ausgewählt, da Schülerinnen mit körperlichen Behinderungen und Pflegebedarfen zum Zeitpunkt der Untersuchung im Bundesland NRW überwiegend an Förderschulen FkmE beschult wurden. An Förderschulen FkmE wurden zum Zeitpunkt der Untersuchung daher alle relevanten Schülergruppen mit Pflegebedarfen unterrichtet. Zudem muss davon ausgegangen werden, dass an Förderschulen FkmE entgegen dem ‚Gemeinsamen Unterricht‘ langjährige Erfahrungswerte der Mitarbeiterinnen in der Beschulung von Schülerinnen mit Pflegebedarfen vorliegen. Im Rahmen von Schulleiterkonferenzen der beiden Landschaftsverbände in Nordrhein-Westfalen (Landschaftsverband Rheinland u. Landschaftsverband Westfalen-Lippe), als zentrale Träger der Förderschulen FkmE in NRW, war die Möglichkeit gegeben, das Dissertationsprojekt vorzustellen. In diesem Rahmen erklärten 26 Schulleiterinnen von 26 Förderschulen FkmE ihre Bereitschaft zur Interviewteilnahme. Über eben diesen Kontakt zu den Schulleiterinnen konnten zudem 14 Pflegekräfte (von 14 Förderschulen FkmE) und 13 Förderschullehrerinnen (von 13 Förderschulen FkmE) für die Interviewteilnahme akquiriert werden. Die Orte der Schulen werden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht aufgeführt.

5.6.2.2 *Untersuchungsgruppe*

Für die Untersuchungsgruppe wurden Förderschullehrerinnen, Pflegekräfte und Schulleiterinnen ausgewählt. Die Gesamtgruppe der Interviewten weist durch ihre gemeinsame Tätigkeit an der Förderschule FkmE Berührungspunkte mit dem Gegenstandsbereich der schulischen Pflege auf. Förderschullehrerinnen repräsentieren im Zusammenhang der Untersuchung primär die Profession bzw. den schulischen Aufgabenbereich Pädagogik. Pflegekräfte repräsentieren primär die Profession bzw. den schulischen Aufgabenbereich Pflege. Die Schulorganisation der Förderschule FkmE soll im Rahmen der Untersuchung durch die Schulleiterinnen repräsentiert werden.

Therapeutinnen fließen nicht in das Sampling ein, da Therapien an der Förderschule FkmE der Verordnung durch den Arzt unterliegen und sich die Therapiemaßnahmen im Wesentlichen auf die Verordnung beziehen sollte. Darüber hinaus stellt die Therapie einen eigenständigen Bereich des schulischen Kontextes an der Förderschule FkmE dar, auch wenn die Unterrichtsimmanenz gefordert wird. Das Verhältnis von Therapie zum Gesamtkontext der Förderschule erfordert infolgedessen eine eigenständige Untersuchung. Pflegehilfskräfte wurden ebenfalls nicht in das Untersuchungssampling einbezogen, da für diese Gruppe bereits Ergebnisse zum Gegenstandsbereich Pflegegestaltung aus dem Forschungsprojekt

KiSS (vgl. ORTLAND/CZERWINSKI 2009) vorliegen, auf die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung zurückgegriffen werden kann (vgl. Kapitel 6.3).

Interviewt wurden letztlich folgende Experten der schulischen Pflege an insgesamt 26 Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt ‚körperliche und motorische Entwicklung‘ in Nordrhein-Westfalen, durch die die drei Perspektiven schulischen Handelns abgebildet werden:

- *26 Schulleiterinnen* an 26 Förderschulen FkmE mit Berufserfahrungen als Schulleiterinnen zwischen 3 und 20 Jahren. → Perspektive der Schulorganisation
- *14 Pflegekräfte* an 14 Förderschulen FkmE mit Berufserfahrungen als Pflegekraft an der Förderschule FkmE zwischen 1 und 10 Jahren. Von den interviewten Pflegekräften haben sechs eine Ausbildung zur Kinderkrankenpflegerin, vier eine zur Krankenpflegerin, eine zur Altenpflegerin sowie drei Pflegekräfte eine Ausbildung zur Kinderkrankenpflegehelferin. → Perspektive des pflegerischen Handelns
- *13 Förderschullehrerinnen* an 13 Förderschulen FkmE mit Berufserfahrungen zwischen 2 und 28 Jahren. → Perspektive des pädagogischen Handelns

Im Rahmen der Interviewerhebung wurden keine geschlechterrelevanten Kriterien aufgestellt. Das Geschlecht kann im Rahmen einer quantitativen Untersuchung als statistische Variable gelten, ist jedoch im Rahmen der vorliegenden qualitativen Interviewerhebung von geringer Bedeutung (vgl. auch STRAUSS 1998, 62). Es wird davon ausgegangen, dass das Geschlecht keinen Einfluss auf die Inhalte einer pädagogisch orientierten Pflegegestaltung hat. Zudem sollen durch die Untersuchung keine statistisch repräsentativen Daten erhoben werden. Allein für die Gruppe der Pflegekräfte lässt sich festhalten, dass alle Befragten weiblichen Geschlechts sind. Daraus lässt sich jedoch nicht schließen, dass alle oder der überwiegende Teil der Pflegekräfte an Förderschulen weiblich sind. Selbige Begründungen gelten für das Alter der befragten Experten.

PASEKA (2010) hält fest, dass die qualitative Forschung eher mit kleinen Fallzahlen operiert. Selbst größere Forschungsteams bearbeiten selten größere Stichproben als 80 Fälle (vgl. ebd., 141ff). Das Sampling wurde im Rahmen der Datenaufbereitung von ursprünglich 26 Schulleiterinterviews auf 14 zufällig ausgewählte Schulleiterinterviews reduziert, so dass sich eine Gesamtzahl von 41 Experteninterviews aller befragten Perspektiven ergibt. Damit ergibt sich nach PASEKA (2010) immer noch eine sehr große Stichprobe für die Durchführung von qualitativen Leitfadeninterviews.

5.6.3 Durchführung der Interviews

Die Durchführung der Interviews erfolgte im Zeitraum von Oktober bis November 2009. Den Teilnehmern der Interviews wurde ca. zwei Wochen zuvor zunächst ein Leitfaden mit den übergeordneten Themenbereichen der Interviews (vgl. Kapitel 5.3.2.1) zugesandt. Dadurch wurde ihnen erstens die Möglichkeit gegeben, sich für oder gegen die Teilnahme zu

entscheiden. Zweitens hatten die Interviewteilnehmer so die Möglichkeit, sich gedanklich auf den Gegenstandsbereich des Interviews einzustimmen.

Bei der Durchführung von problem- bzw. themenzentrierten Experteninterviews ist in der Regel ein sehr begrenzter Themenbereich Gegenstand der Interviews. Auch wenn angenommen wird, dass die interviewten Experten als solche über ein spezielles Wissen im Gegenstandsbereich verfügen, – aus diesem Grund werden genau diese befragt – muss bedacht werden, dass auch diese Experten ihr verfügbares Wissen nicht jederzeit präsent haben bzw. sich dessen nicht vollends bewusst sein müssen.

Antworten und Ergebnisse zu speziellen Themenbereichen können demgemäß häufig nur über reflexionsanregende Fragestellungen und in einem gemeinsamen Diskurs über das spezielle Thema generiert werden. Die Interviews der vorliegenden Studie müssen folglich als fortlaufender Reflexionsprozess verstanden werden. Eine anschauliche Begründung für dieses Vorgehen liefert KÜHN (2006):

„[...] Erstens werden Themen im Interview miteinander verknüpft. Verschiedene thematische Aspekte bilden eine komplexe Gestalt und sind nicht als insolierte, voneinander unabhängige Einheiten zu betrachten. [...]

Der zweite Grund dafür, dass bestimmte Themen mehrfach im Interviewverlauf angesprochen werden, liegt darin, dass durch das Interview Reflexionsprozesse beim Befragten in Gang gesetzt werden, die dazu führen, dass Erlebnisse immer besser erinnert werden, und insbesondere Konflikte und Ambivalenzen sich zunehmend verdeutlichen und daher nochmals in einem späteren Stadium des Interviews auf den Punkt gebracht werden können.

Drittens greift auch der Interviewer bereits angesprochene Thematiken auf, weil er schon während der Befragung an der Interpretation der subjektiven Sichtweise der befragten Individuen arbeitet und dem Befragten durch Rückspiegelung dieses Analyseprozesses die Chance zur Korrektur und Präzisierung gibt.“ (KÜHN 2006, 398)

Die einzelnen Themen der vorliegenden Untersuchung bauen daher aufeinander auf und differenzieren den Bereich schulischer Pflege während des Interviewverlaufs immer weiter aus, so dass sie in konkrete Ideen, Vorschläge und Anregungen einer Konzeptentwicklung münden. Der Verlauf des Interviews folgt den unter Kapitel 5.3.2.1 dargestellten aufbauenden Leitthemen.

Die Interviews wurden an den jeweiligen Förderschulen FkmE während des Schulbetriebs in einem separaten Raum durchgeführt. Das Interviewgespräch wurde während des Verlaufs mit einem Audioaufnahmegerät digital aufgezeichnet. Zu Beginn der Interviews wurde den Teilnehmern die Anonymisierung der Interviewinhalte sowie ihrer Personendaten und Dienstorte zugesagt und eine vom Verfasser unterschriebene Datenschutzerklärung ausgehändigt. Die Interviewteilnehmer wurden darauf hingewiesen, dass sie sich zu den Fragen nicht äußern müssen und jederzeit selbst Fragen stellen können. Außerdem wurde der Interviewverlauf, bezogen auf Zeit und Struktur, detailliert transparent gemacht. Des Weiteren bot der Interviewer den Interviewteilnehmern an, ihnen die Kernaussagen in Form von kurzen Memos auf einem DIN A4 Blatt festzuhalten, so dass die Interviewteilnehmer im weite-

ren Interviewverlauf die Möglichkeit hatten, sich auf ihre vorangegangenen Aussagen zu beziehen. Dieses Vorgehen sorgt zum einen für eine deutliche Strukturierung der Interviews und kann zugleich die Validität der Daten erhöhen (vgl. Kapitel 5.4). Die Fragetypen des Interviews gliedern sich wie folgt:

- Eingangsstatements / -konfrontationen zur Sondierung der Position des Interviewteilnehmers
- Themenzentrierte theoriegeleitete Hauptfragen
- Untergeordnete themenspezifische Fragen
- Sondierungsfragen innerhalb des Leitfadens
- Situative, freie Fragestellungen / ad hoc-Fragen
- Nachfragen

Nach Durchführung der intendierten Fragen wurde den Teilnehmern die Gelegenheit dazu gegeben, noch nicht bedachte Aspekte zu benennen. Diese wurden dem Recording noch zugeführt. Nach Beendigung der Interviews und des Recordings erhielten die Interviewteilnehmer im Rahmen des ‚Post Script‘ die Möglichkeit, sich frei zu äußern. Dazu wurden das Material sowie das Aufnahmegerät für die Teilnehmer offen ersichtlich vom Tisch entfernt, um eine vertrauensvolle Atmosphäre und Raum für ein reflektierendes Gespräch zu schaffen. Wichtige Erkenntnisse daraus wurden anschließend in Form von Memos festgehalten.

5.6.4 Datenaufbereitung und Analyseverfahren

Die Datenaufbereitung und -analyse geschieht zum Zweck der Reduktion des ursprünglichen Datenmaterials auf die wesentlichen Kernaussagen der Interviews und dient daneben dazu, eine grundlegende Interpretation und Ergebnisdarstellung zu ermöglichen.

Das aufgezeichnete Audiomaterial der Interviewerhebung wurde fürs Erste wörtlich transkribiert. Folgende Transkriptionsregeln nach DITTMAR (2004) wurden dabei angewandt:

- Wörtliche Transkription, teilweise grammatiklische Glättung.
- Lautäußerungen ohne inhaltlichen Sinn (z.B. Seufzen) wurden nicht transkribiert, außer beispielsweise Zustimmungswörter, wie „mhm“
- Einteilung bzw. Nummerierung der Transkriptionen in Absätzen
- Anonymisierung aller personenbezogenen Daten
- Abkürzungen der Gesprächsteilnehmer: I=Interviewer, FL=Förderschullehrerin, SL=Schulleiterin, PF=Pflegekraft
- Nummerierung der einzelnen Interviewtransskripte entsprechend der teilnehmenden Experten (FL1 - FL13, SL1 – SL13, PF1 – PF14)
- Lange Pausen werden durch (...) markiert

(vgl. Dittmar 2004, 86f)

Das aus der Transkription entstandene Textmaterial wurde jeweils nach den Perspektiven der Förderschullehrerinnen, Pflegekräfte und Schulleiterinnen in Textgruppen unterteilt und in das computerbasierte Programm „MAXqda“ übertragen zur Analyse qualitativer Daten. Diese drei Textgruppen bilden das Ausgangsmaterial für die qualitative Datenanalyse.

Die zentrale Technik der qualitativen und inhaltsanalytischen Datenaufbereitung besteht aus der Erstellung von Kategorien, denen das Datenmaterial durch Zuweisung von Codes zugeordnet wird. Ziel der Analyse ist es, dem Datenmaterial eine grundlegende Struktur zu verleihen, durch die eine Interpretation und Darstellung zentraler Ergebnisse ermöglicht wird (vgl. MAYRING 2002, 114ff.).

Für die Analyse des transkribierten Datenmaterials der Interviewerhebung bietet sich aus mehreren Gründen eine Kombination aus den Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse (deduktives Verfahren) und der Grounded Theory (induktives Verfahren) an. Eine solche Vorgehensweise wird unter dem Begriff „Mixed Methodologies“ gefasst und findet in der qualitativen Forschung zunehmend Zuspruch (vgl. MAYRING 2008a, 9). MAYRING (2008a) und auch STRAUSS (1998) weisen darauf hin, dass die Kombination dieser zwei Analysemethoden keinesfalls unüblich ist, jedoch während des Analyseprozesses oft nicht erkannt wird, da sich der Forscher zu stark an einem Verfahren orientieren möchte (vgl. MAYRING 2008a, 16f.; STRAUSS 1998, 56ff.).

In einem ersten Analysedurchgang (Erste Kodierebene) kommt das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. MAYRING 2008b) zur Anwendung, um das Datenmaterial auf der Grundlage der unter Kapitel 5.3.2.1 dargestellten Leitthemen zu strukturieren. Nachstehend werden die Gründe für die Anwendung der qualitativen Inhaltsanalyse aufgeführt:

- Die Analyse auf der ersten Ebene soll theoriegeleitet durchgeführt werden, d. h. das Textmaterial wird gemäß den Leitthemen strukturiert (Kategorienbildung), die bereits für die Erstellung des Interviewleitfadens aus dem theoretischen Vorwissen und den Fragestellungen der Untersuchung abgeleitet wurden. Die Bildung von Kategorien steht im Zentrum der Analyse (vgl. MAYRING 2008b).
- Der Gegenstandsbereich ist der Zielformulierung der Untersuchung entsprechend definiert, d. h. das Datenmaterial ist stark eingegrenzt und bezieht sich auf die Exploration der Fragestellungen zur Erfüllung der Zielformulierung.
- Die Analyse von Experteninterviews erfordert eine Fokussierung auf zentrale Themen- bzw. Problembereiche des Forschungsgegenstands. Dazu stellt die qualitative Inhaltsanalyse das klassische Analyseinstrument dar (vgl. GLÄSER/LAUDEL 2006).
- Das Verfahren bietet sich an bei der Analyse von mehreren Perspektiven, da diese auf Schnittstellen und Unterschiede in zentralen gemeinsamen Themenbereichen (Kategorien) untersucht werden können (vgl. SZCZYRBA 2008, 105ff.).

In einem zweiten Analysedurchgang (zweite Kodierebene) findet das Verfahren der Grounded Theory Anwendung. Als Gründe für dieses Verfahren sind hier folgende zu nennen:

- Eine zirkuläre Forschungsstrategie mündet automatisch im Verfahren der Grounded Theory und basiert auf der „Entdeckung“ neuer Kategorien im Sinne des offenen Kodierens.
- Das theoretische Vorverständnis reicht nicht aus, um die subjektiven Deutungsmuster des Gegenstandsbereichs vorab zu erfassen. Dies macht eine induktive Vorgehensweise zur Kategorienbildung notwendig.
- Empfehlungen zur Konzeptentwicklung als Ziel der Untersuchung können nur vom ursprünglichen Material ausgehend generiert werden. Die Begründung neuer Theorien ist das klassische Ziel der Grounded Theory (vgl. MEY/MRUCK 2011, 29ff.).
- Aus dem Datenmaterial lassen sich Indikatoren zur Beantwortung der Fragestellungen der Untersuchung ausmachen, die zuvor keine Berücksichtigung fanden (vgl. STRAUSS 1998, 54).
- Aus dem Datenmaterial heraus werden sogenannte natürliche Codes erstellt. „Natürliche Codes haben zwei Eigenschaften: Sie sind analytisch wertvoll und vermitteln Vorstellung. Sie sind analytisch brauchbar, weil durch sie die gegebene Kategorie bei spezifischer Bedeutung zu anderen Kategorien in Bezug gesetzt wird und leicht in die Formulierung der Theorie [Anmerk. d. Verf.: im Rahmen dieser Untersuchung die Empfehlungen zur Konzeptentwicklung] übertragen werden kann.“

(STRAUSS 1998, 64)

Daraus ergeben sich zwei Analysegänge, die sich in zwei Kodierebenen¹² ausdrücken. An dieser Stelle besteht die Gefahr einerseits in einer zu stark differenzierten Selektion und Kodierung des Datenmaterials auf zu vielen Ebenen. Dies führt unter Umständen dazu, dass relevante Zusammenhänge der einzelnen kodierten und selektierten Textstellen aus ihrem Bedeutungszusammenhang gerissen werden. Andererseits kann die Vernachlässigung der Selektion und differenzierten Kodierung dazu führen, dass unterschiedliche Perspektiven, Meinungen, Aussagen etc. fälschlicherweise generalisiert werden und deren Ausprägungen dadurch kein Gewicht erhalten. Aus diesem Grund erfolgte die Analyse des Datenmaterials im Rahmen der Untersuchung auf den oben genannten zwei Ebenen wie folgt:

I. Das Datenmaterial wird auf der ersten Ebene (Kategorien) gezielt selektiv nach den übergeordneten Themenbereichen kodiert (themenzentrierte Analyse)

Selektives Kodieren (induktiv) → Den vorab (durch den Leitfaden) festgelegten Kategorien werden Aussagen zugeordnet.

II. Auf einer zweiten Ebene (Subkategorien) wird in einem erneuten Analyse-durchgang die erste Kodierebene den interpretierten Sinnzusammenhängen entsprechend nochmals offen kodiert (interpretative Analyse).

¹² Eine Zusammenstellung des Kodiersystems befindet sich im Anhang.

Offenes Kodieren (deduktiv) → häufige Aussagen, spezielle Aussagen werden einer neu gebildeten Kategorie zugeteilt. In der vorliegenden Studie sind die Unterkategorien (Unterthemen) Ergebnis des offenen Kodierens

Die Analysedurchgänge erfolgten jeweils für alle drei interviewten Perspektiven (Förderschullehrerinnen, Pflegekräfte und Schulleiterinnen) mit Hilfe des Analyseprogramms MAXqda. So ergab sich je Perspektive ein Kodierbaum mit Kategorien und Subkategorien. Die Analyse der einzelnen Perspektiven brachte teilweise unterschiedliche Subkategorien hervor, die in einem weiteren Schritt für die Textgruppen aller Perspektiven übernommen wurden, um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu gewährleisten. So brachte beispielsweise die Analyse der Textgruppe aus den Interviews der Pflegekräfte die Subkategorie „Möglichkeiten der Mitwirkung im Unterricht“ hervor, die sich im Zuge der Analyse der anderen beiden Perspektiven nicht ergab. Anschließend wurde diese Subkategorie dann ebenfalls für die Textgruppen der Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen übernommen, um einen Perspektivenvergleich zu ermöglichen.

Mit Hilfe des Programms MAXqda können alle Elemente der Analyse (Textgruppen, einzelne Texte, einzelne oder mehrere Kategorien und Subkategorien aller Perspektiven) zueinander in Beziehung gesetzt werden, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede oder einzelne Themeninhalte interpretativ zu erfassen (vgl. KUCKARTZ 2009).

Die ausgewählten (und / oder zueinander in Verbindung gebrachten) Elemente lassen sich durch das Programm MAXqda separat darstellen. Die auf diese Weise ausgewählten Darstellungen der einzelnen Analyseelemente bilden das Gerüst für die vergleichende Interpretation und Ergebnisdarstellung.

Als letzter Analyseschritt werden den Subkategorien im Rahmen der vergleichenden Interpretation und Ergebnisdarstellung sogenannte „Akzente“ (in diesem Fall synonym zu „Gewichtungen“ zu verwenden) anstelle von Merkmalsausprägungen zugeordnet. Anders als die übliche Zuteilung der Aussagen zu negativen und positiven Merkmalsausprägungen soll hier der Versuch unternommen werden, durch Akzentuierungen der Aussagen eine neue Form der Ergebnisdarstellung zu verwenden. Argumentativ wird diese neue Form der Ergebnisdarstellung damit begründet, dass sich die jeweiligen Aussagen der interviewten Experten nicht ausschließlich positiven oder negativen Merkmalen zuordnen lassen, da sich zur Zeit noch keine positive oder negative Handlungsleitlinie für die professionelle schulische Pflege ableiten lässt. Da im Rahmen der qualitativen Forschungsstrategie ebenfalls keine Hypothesenprüfung nach positiver oder negativer Bestätigung oder Widerlegung erfolgen muss, sondern lediglich ein Rückschluss auf diese erfolgen kann, dienen die Akzentuierungen der neutralen Deckung von Annahmen im Zusammenhang mit einer kritisch argumentativen Interpretation. Diese Ausführungen seien an einem Beispiel verdeutlicht:

Ob das direkte pflegerische Handeln von Sonderpädagoginnen in konkreten Pflegesituationen einen positiven Effekt auf die gesamtschulische Bildung von Schüle-

rinnen mit einem Pflegebedarf hat, ist insoweit kritisch zu hinterfragen, als dass Lehrerinnen einerseits vertraute Bezugspersonen für die Schülerinnen darstellen, andererseits auch Autoritäten, die die leistungsbezogene Beurteilung von eben dieser Schülergruppe vornehmen. Noch konkreter stellt sich die Frage, ob es sinnvoll ist, von einer Lehrkraft im Intimbereich gepflegt zu werden und anschließend in Mathematik von derselben Lehrkraft nach Noten beurteilt zu werden. Dafür spräche, dass gerade Sonderpädagoginnen durch förderspezifische Schwerpunktsetzungen einen intensiveren Bezug zu den Schülerinnen haben und gerade die Pflege einen elementaren und immanenten Bildungsbereich darstellt.

An diesem Beispiel wird deutlich, dass eine eindeutige negative oder positive Merkmalszuweisung, insbesondere bei explorativen Untersuchungen, nicht immer möglich erscheint. Die erstellten Codes und Akzentuierungen gelten vorerst als Teilergebnis des Analyseprozesses im qualitativen Forschungsprozess (vgl. STRAUSS 1998, 48). Daran schließt sich in Kapitel 6.2 die abschließende Interpretation und Darstellung der Ergebnisse an.

6 Darstellung und Interpretation der Untersuchungsergebnisse

Die Ergebnispräsentation kann als das Resultat des abschließenden Analysedurchgangs im Verfahren der vergleichenden Interpretation und Reduktion des Datenmaterials auf die Kernaussagen verstanden werden.

Als Erstes folgen die Ergebnisse aus den Teilnehmenden Beobachtungen. Anschließend werden die Ergebnisse aus der Interviewerhebung dargestellt. Die Ergebnisdarstellung schließt mit einer gegenüberstellenden Zusammenfassung der zentralen Interviewergebnisse aus den drei Perspektiven der Handelnden (Förderschullehrerinnen, Schulleiterinnen, Pflegekräfte).

6.1 Ergebnisse aus Teilnehmenden Beobachtungen von Pflegesituationen

Die Darstellung der Ergebnisse aus den Teilnehmenden Beobachtungen erfolgt auf die wesentlichen Erkenntnisse reduziert. Die nachstehenden zentralen Ergebnisse dienen, im Sinne der Methodentriangulation, der Ergänzung der Ergebnisse aus der Interviewerhebung. Anhand der allgemeinen Rahmendaten zur Förderschule und zur Praktikumsklasse konnten keine signifikanten Zusammenhänge festgestellt werden. Generell lässt sich festhalten:

- Im Durchschnitt haben 50,2% der Schülerinnen an den elf Förderschulen einen Bedarf an unterstützender oder stellvertretender Pflege.
- An Förderschulen ist im Schnitt 1 Pflegekraft pro 50 Schülerinnen beschäftigt, davon sind alle weiblichen Geschlechts.

6.1.1 Art der Pflegehandlungen

Gegenstand der Beobachtungen waren überwiegend Körperpflegehandlungen und Toilettengänge im Rahmen der täglichen Grundpflege.

Die 65 in Kurzform dokumentierten und 30 ausführlich beobachteten Pflegesituationen beinhalteten im Einzelnen folgende Pflegehandlungen:

- 70 Vorlagenwechsel ohne eine andere Handlung und ohne Händewaschen der Schülerin
- 9 Vorlagenwechsel ohne eine andere Handlung, jedoch mit Händewaschen der Schülerin
- 2 Vorlagenwechsel mit Händewaschen, Gesicht waschen sowie Nasen- und Ohrenpflege
- 3 Vorgänge des Katheterisierens
- 3 Kontrollen der PEG-Sonde und Vorlagenwechsel

- 5 unterstützte Toilettengänge
- 5 Vorgänge von Unterstützung der Miktion mit Urinalflasche
- 8 Vorlagenwechsel, Ganzkörperpflege (Waschen und Eincremen)

6.1.2 Personelle und zeitliche Rahmenbedingungen der Pflege

Die 65 in Kurzform dokumentierten und 30 ausführlich beobachteten Pflegehandlungen fanden fast ausschließlich in den Schulpausen und in zeitlicher Nähe zu den Mahlzeiten statt. Von den insgesamt 95 dokumentierten und beobachteten Pflegesituationen wurden 48 von Hilfskräften (Zivildienstleitende, junge Frauen und Männer im Freiwilligen Sozialen Jahr, Praktikanten) durchgeführt. Die Hilfskräfte waren größtenteils männlichen Geschlechts.

35 Pflegesituationen wurden von Fachpflegekräften durchgeführt. Die Fachpflegekräfte waren ausschließlich weiblichen Geschlechts. Weiterhin wurden 7 Pflegesituationen von Fachlehrerinnen, 3 von Förderschullehrerinnen und je eine Pflegesituation von einer Therapeutin sowie einer Heilpädagogin übernommen.

Pflegekräfte führten neben der Grundpflege hauptsächlich die medizinische Behandlungspflege durch, wogegen Hilfskräfte ausschließlich die Grundpflege übernahmen. Desgleichen führte das weitere Personal Grundpflegemaßnahmen durch.

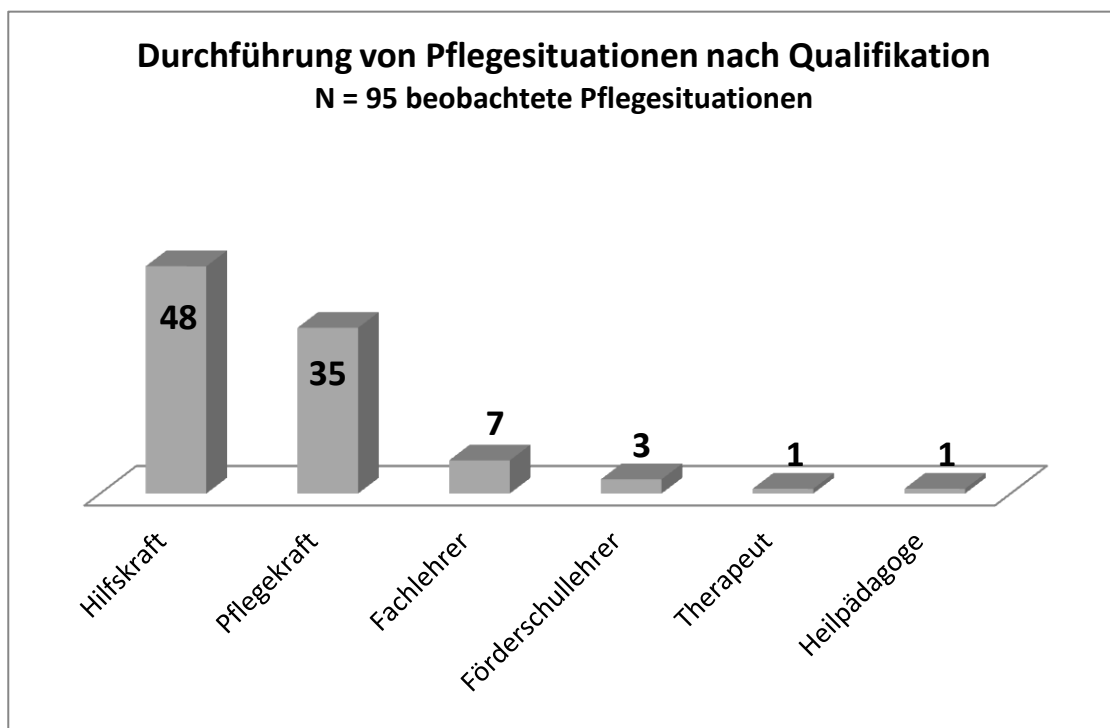


Abbildung 18: Durchführung von Pflegesituationen nach Qualifikation (Anzahl der Nennungen).
(Eigene Darstellung)

Die beobachteten Pflegehandlungen dauerten zu 30,8% unter 5 Minuten, zu 44,6% zwischen 5 und 10 Minuten und zu 16,9% zwischen 10 und 15 Minuten. Wenn also Schülerinnen durchschnittlich dreimal an einem Schultag gepflegt wurden, erhielten 75,4% der Schülerinnen maximal 30 Minuten pflegerische Zuwendung, 30,8% unter 15 Minuten pro

Schultag. In diesem Zusammenhang muss in Frage gestellt werden, ob ganzheitliche Lernerfahrungen der Schülerinnen innerhalb dieses zeitlichen Rahmens möglich erscheinen. Denn immerhin noch 7,7% der Pflegesituationen dauerten länger als 15 Minuten. Dies waren jene 8 Pflegesituationen, in denen neben dem Vorlagenwechsel die Ganzkörperpflege (Waschen, Eincremen) stattfand. Auch fördernde Elemente sowie eine intensive Kommunikation ließen sich innerhalb dieser 7,7% der Pflegehandlungen beobachten.

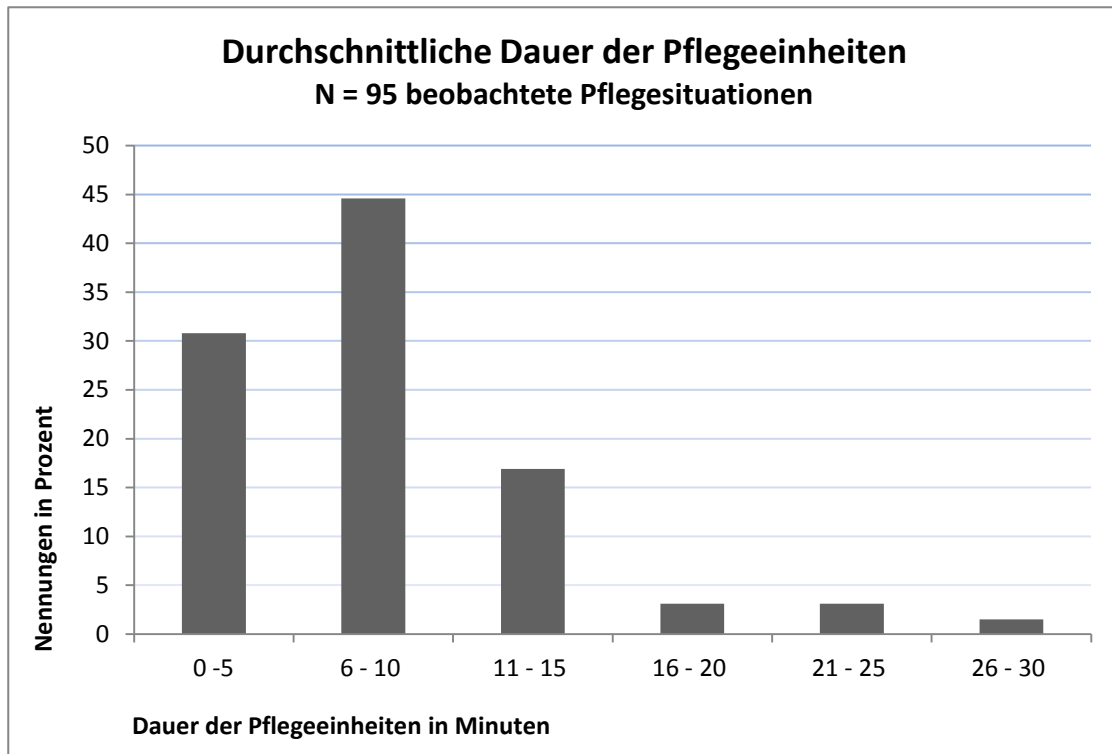


Abbildung 19: Durchschnittliche Dauer der Pflegeeinheiten in Prozent.
(Eigene Darstellung)

Eine gleichgeschlechtliche Pflege der Schülerinnen konnte in den insgesamt 95 beobachteten und dokumentierten Pflegesituationen zu 78% gewährleistet werden. Dies bezieht sich bis auf eine Ausnahme auf die Pflege ab der Mittelstufe. Zu 22% wurde die Pflege gegengeschlechtlich gestaltet, vornehmlich in der Eingangs- und Unterstufe. Der Großteil der Pflegesituationen wurde von Zivildienstleistenden sowie jungen Frauen und Männern im Freiwilligen Sozialen Jahr durchgeführt. Vor dem Hintergrund der Aussetzung des Zivildienstes kommt die Frage auf, ob sich auch in Zukunft genügend junge Männer finden, die bereit sind, einen freiwilligen Dienst an der Förderschule zu leisten. Eine drastische Veränderung des Geschlechterverhältnisses hin zu einem größeren Frauenanteil bei den Hilfskräften in der Pflege könnte die Gewährleistung einer gleichgeschlechtlichen Pflege gefährden, sofern der Bedarf nicht durch männliche Fachkräfte ausgeglichen würde.

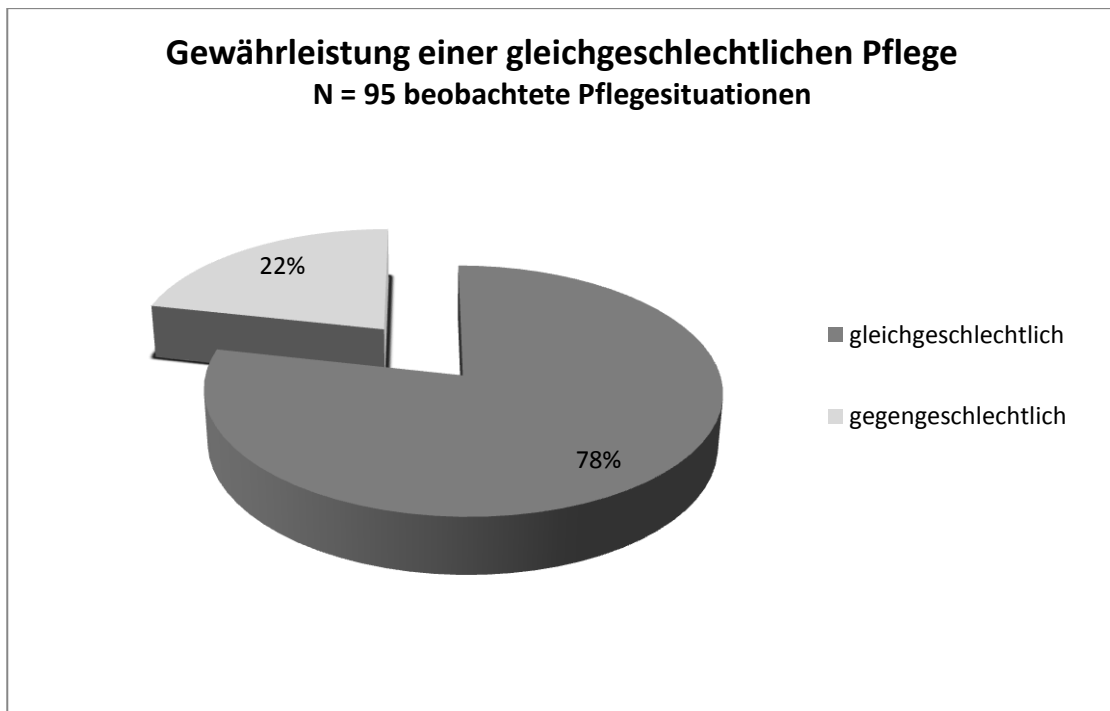


Abbildung 20: Gewährleistung einer gleichgeschlechtlichen Pflege in Prozent.
(Eigene Darstellung)

6.1.3 Förderangebote und Anwendung von Förderkonzepten innerhalb von Pflegesituationen

In 26 der 30 ausführlich beobachteten Pflegesituationen war für die Beobachter weder eine konkrete Förderung noch ein Ansatz derselben erkennbar. Die Pflegehandlungen beschränkten sich auf die zu vollführenden Pflegemaßnahmen wie Vorlagenwechsel, Hände waschen, Katheterisieren oder Toilettenbegleitung. Auf Nachfrage der Beobachter hin teilten die Pflegekräfte (davon 20 Hilfskräfte) mit, dass für eine spezielle Förderung keine Zeit verfügbar sei. Die 20 pflegenden Hilfskräfte verfügten nach eigenen Angaben über keine Kenntnisse spezieller Förderung in der Pflege. Einer der Beobachter hielt schriftlich fest, dass die Pflegesituation für ihn eher einen „Abfertigungscharakter“ aufwies.

In zwei Pflegesituationen wurden von den Beobachtern fördernde Handlungen festgehalten:

- Eine Pflegekraft integrierte nach ihren Aussagen Elemente der basalen Stimulation in die Pflege. Sie rollte die Schülerin im Liegen leicht von links nach rechts im Sinne einer vestibulären Förderung. Im Anschluss massierte sie den gesamten Körper der Schülerin mit Bodylotion, nach Aussagen der Pflegekraft in Form einer aktivierenden Ganzkörpermassage.
- Eine Fachlehrerin ging in einen sehr engen körpernahen Dialog mit einer Schülerin, und hielt diese längere Zeit im Arm und streichelte ihren Kopf.

Zwei weitere Pflegesituationen zeichneten sich durch eine intensive Kommunikation mit der Schülerin aus.

6.1.4 Aktive Mitgestaltung der Schülerinnen

In 16 der 30 ausführlich beobachteten Pflegesituationen war für die Beobachter eine Förderung der Selbstständigkeit in Form einer aktiven Mitgestaltung der Pflegehandlungen durch die Schülerinnen erkennen. Die Selbstständigkeitsförderung im Sinne einer aktiven Mitgestaltung zeigte sich in folgenden Handlungen:

- Mithilfe beim Transfer auf die Toilette oder die Pflegeliege
- Selbstständiges Öffnen und Ausziehen der Kleidung
- Anleitung der unterstützten Pflegehandlungen durch die Schülerinnen selbst
- Selbst katheterisieren unter Anleitung der Pflegekraft

Während der übrigen 14 ausführlich beobachteten Pflegesituationen verhielten sich die Schülerinnen überwiegend passiv und wurden routiniert gepflegt. Auf die Nachfrage der Beobachter hin, warum dies so sei, gab der Großteil der Pflegekräfte die Schwere der Behinderung für das passive Verhalten an. Eine Mithilfe der Schülerinnen sei dadurch nicht möglich. Die Beobachter hielten außerdem fest, dass die Pflegehandlungen bei Schülerinnen mit schwersten Behinderungen nur wenig kommuniziert wurden.

6.1.5 Einsatz von Hilfsmitteln / Fördermaterialien

Innerhalb der Pflege wurden von den Pflegekräften vor allem Pflegeliegen und Liftersysteme als Hilfsmittel verwandt. Die Improvisation von alltagsnahen Hilfsmitteln konnte in den 30 ausführlich beobachteten Pflegesituationen nicht festgestellt werden. Jedoch konnte bei fast allen Pflegehandlungen die Benutzung von Einmalhandschuhen beobachtet werden. Bei 15 der ausführlich beobachteten Pflegesituationen enthielt der Pflegeraum Fördermaterialien (vor allem elektrische oder manuelle Massagegeräte), wobei diese allerdings nicht benutzt wurden. Einige Pflegekräfte wiesen ferner darauf hin, dass die Fördermaterialien aufgrund mangelnder zeitlicher und personeller Ressourcen so gut wie nie genutzt werden. Zwei Pflegesituationen wurden mit ruhiger Musik unterlegt, die – wie die Beobachter auf ihre Nachfrage hin erfuhren – die Schülerinnen beruhigen sollte.

6.1.6 Räumliche, personelle und zeitliche Bedingungen aus Sicht der Beobachter

Aus den Teilnehmenden Beobachtungen lässt sich ableiten, dass die Pflegeräume bis auf drei Ausnahmen in ihrer Gestaltung als „steril“ bewertet wurden.

Auf die räumliche Ausstattung bezogen lässt sich festhalten, dass nach Ansichten der Beobachter die Pflegeräume visuell anregender gestaltet sein könnten und die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen in den Gestaltungsmerkmalen mehr Berücksichtigung finden sollte. Letztlich gründen die Einschätzungen zur Gestaltung der Pflegeräume auf subjektiven Sichtweisen der Beobachter und können im Ergebnis eher als Anregung zur Gestaltung der Pflegeräume verstanden werden. Die Umgestaltung von Pflegeräumen erfordert eine

genaue Erfassung der vorhandenen räumlichen Ressourcen vor Ort und sollte die Schülerinnen mit einbeziehen. Dennoch sollte der Aspekt der Pflegeraumgestaltung auch im Rahmen einer Pflegekonzeptentwicklung an der Förderschule FkmE diskutiert werden.

Die Beobachter beschrieben durchgängig eine liebevolle Zuwendung des pflegenden Personals zur Schülerin, unabhängig von der Qualifikation der Pflegenden. Pflegekräfte machten jedoch bezogen auf die Pflegemaßnahmen durch ihre Fachkenntnis einen kompetenteren Eindruck auf die Beobachter. In fünf Pflegesituationen wurde die Intimsphäre der Schülerinnen durch weitere Personen gestört. Die Pflegesituationen machten von den personellen Bedingungen her insgesamt einen positiven Eindruck auf die Beobachter.

Die zeitlichen Bedingungen wurden von den Beobachtern überwiegend negativ bewertet. Als Gründe hierfür wurden „Stoßzeiten“ der Pflege in den Schulpausen benannt. Dies wirkte sich einerseits auf die Gesamtstruktur der Pflege aus, da versucht wurde, alle Schülerinnen mit Pflegebedarfen innerhalb der Schulpausen zu pflegen und andererseits auf die jeweiligen Pflegesituationen, die durch die „Pflegestoßzeiten“ zeitlich sehr eng begrenzt wurden.

Insgesamt betrachtet erzeugen die Ergebnisse aus den Teilnehmenden Beobachtungen von Pflegesituationen folgendes Bild: Eine gleichgeschlechtliche Pflege kann derzeit aufgrund des hohen Anteils an männlichen Hilfskräften überwiegend gewährleistet werden. Die Grundpflege der Schülerinnen wird fast ausschließlich von Pflegehilfskräften geleistet. Die durchschnittliche Dauer der Pflegehandlungen von unter 15 Minuten steht in engem Zusammenhang damit, dass fördernde Elemente in den allermeisten Pflegesituationen nicht beobachtet werden konnten. Der Einsatz von Hilfsmitteln in der Pflege beschränkt sich auf die vorhandene Ausstattung des Pflegeraums (Pflegetische, Lifter). Die Anwendung von Fördermaterialien konnte in den beobachteten Pflegesituationen nicht festgestellt werden. Der Großteil der Beobachter bewertet die Pflegerräume als unangenehm und möchte dort selbst nicht gepflegt werden.

6.2 Darstellung und Interpretation der Interviewergebnisse

Im qualitativen Forschungsprozess ist die Ergebnisdarstellung eng mit der qualitativen Analyse des Ausgangsmaterials verknüpft. Die analysierten Daten und damit die Ergebnisse basieren auf der subjektiv konstruierten Wahrnehmung des Gegenstandsbereichs ‚schulische Pflegegestaltung‘ durch die interviewten Experten sowie auf der konstruierten Wahrnehmung dieser Daten durch den Forscher selbst. Im Rahmen des reflexiven und diskursiven Interviewverlaufs führt diese subjektive Wahrnehmung unweigerlich zu einer subjektiven Interpretation der Interviewthemen sowohl auf Seiten der Experten als auch durch den Forscher selbst. Folglich sind die Untersuchungsergebnisse an sich einerseits Ergebnisse von Interpretationen der Experten, andererseits Ergebnisse der Analyse des Forschers selbst. MAYRING (2002) beschreibt diesen Zusammenhang als ‚Interpretatives Paradigma‘ und

weist darauf hin, dass qualitative Forschung immer auf subjektiven Sinndeutungen basiert, aber genau dies auch erreichen will (vgl. ebd., 145).

Die Ergebnisdarstellung ist der Versuch einer reduzierten und selektierten „Rekonstruktion des Originals“. Dies kann nur gelingen, wenn man in der Präsentation möglichst viel „O-Bild“ und „O-Ton“ verwendet und dabei der „Regel der maximalen strukturellen Variation“ treu bleibt (KLEINING 1982). Die Einbettung von Interviewzitat in die themenbezogene Darstellung dient nach MAYER (2008) der Interpretationsabsicherung und Kontrolle der Ergebnisdarstellung (vgl. ebd., 184f.).

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in Themen und Unterthemen, die in einer Synthese einerseits induktiv nach dem theoretischen Vorverständnis sowie dem Kategoriensystem und andererseits deduktiv durch die Technik des offenen Kodierens aus dem Datenmaterial erstellt wurden. Die thematischen Inhalte bauen aufeinander auf (siehe Kapitel 5.3). Dabei können sich die Antworten bzw. Inhalte teilweise überschneiden oder mehrfach aufgeführt werden, da deren Zuordnung zu mehreren Themen im Rahmen einer strukturierten Ergebnispräsentation sinnvoll erscheint.

6.2.1 Positionen zu den Statements bzw. Konfrontationen

„Pflege stellt eine Randbedingung für Unterricht dar!“

Pflegekräfte unterscheiden bei dieser Aussage deutlich zwischen der subjektiven fachtheoretischen Vorstellung und den realen Bedingungen an der Förderschule FkmE. Pflege sollte demnach in keinem Fall eine Randbedingung für Unterricht darstellen, sondern in das allgemeine Unterrichtsgeschehen eingebunden sein und auch als Unterricht verstanden werden. Zudem legen Pflegekräfte ein erweitertes Pflegeverständnis zugrunde, das grundsätzlich von einer fördernden Pflege ausgeht. In diesem Rahmen würde Pflege keine Randbedingung darstellen. Jedoch beurteilen sie die realen Pflegebedingungen als deutlich abweichend von ihrem Verständnis und geben an, dass Pflege im gesamtschulischen Kontext eine Randbedingung für Unterricht darstelle.

Teilweise haben Pflegekräfte das Gefühl, dass ihre Arbeit im Rahmen von Förderschullehrern als störend empfunden wird:

„Ja richtig, das stimmt. Das stimmt zu 100%. Auch teilweise sogar störend im Unterricht, wenn Pflege praktisch geleistet werden muss.“ (PF9, 5-7)

Eine weitere Pflegekraft beschreibt ihre pflegerische Arbeit zwar als störend für das unterrichtliche Geschehen, aber gleichzeitig als unvermeidbar, um den Bedürfnissen der Schülerinnen gerecht zu werden:

„Es passiert natürlich dann, und gerade bei den kleinen Schülern, wenn ich schon rein komme „hallo Frau X“, ok der Unterricht ist dann gestört, aber das ist der Alltag, und das gehört dazu. Dafür haben wir verschiedene Arten von Schülern hier, die

einen brauchen keine Hilfe, die anderen brauchen Hilfe, und dann müssen, sage ich dann den Pädagogen, sie das in den Unterricht halt mit reinnehmen, das ist dann so.“
(PF14, 64)

Fällt eine Pflegehandlung während des laufenden Unterrichtsgeschehens an, so muss diese schnell durchgeführt werden, damit die Schülerin dem Unterricht nicht zu lange fernbleibt. In der Regel sollten die Pflegehandlungen vor den Unterrichtseinheiten durchgeführt werden, vorzugsweise in den Pausenzeiten, um den Unterricht nicht zu stören. Pflegekräfte sehen daher ihre Arbeit als Randbedingung für Unterricht an. Gleichzeitig merken sie an, dass diese Form der Pflegeorganisation an den Bedürfnissen der Schülerinnen vorbeigehe. Desgleichen sei die zugemessene Zeit für Pflegehandlungen viel zu knapp angesetzt. Die Mehrheit der interviewten Pflegekräfte äußert, dass von ihnen häufig verlangt werde, sich in der Pflege auf die Grundversorgung der Schülerinnen zu beschränken. Ferner seien sie personell so drastisch unterbesetzt, dass eine erweiterte Pflege nicht möglich sei. Die Marginalisierung von Pflege im Schulalltag potenziere sich durch eine geringe Wertschätzung ihrer Arbeit sowie durch die empfundene Hierarchie der am Schulleben beteiligten Disziplinen, bei der die Pflege an unterster Stelle anzusiedeln sei.

„Es ist so, so ist es, ja, so ist es. Und dann, wenn man dann nochmal differenziert, es wird oft an den Schule noch Therapie vor Pflege gestellt, weil die Therapie noch als was hochwertigeres angesehen wird, ja das sieht man an den Schulprogrammen auch, da steht auch Therapie.“
(PF8, 26)

Die beschriebene derzeitige Situation der „Pflege als Randbedingung“ wird von den Interviewten zwar bedauert, jedoch werden keine Möglichkeiten gesehen, positive Veränderungen herbeizuführen. Eine Pflegekraft weist in diesem Zusammenhang auf das Schulprogramm hin und sieht den Umstand der Randbedingung dort verankert.

„Ja, es steht also auch in unserem Schulprogramm, dass die Pflege ja das auch ermöglicht, dass die Kinder unterrichtet werden können.“
(PF12, 7)

Drei Pflegekräfte sehen die Pflege an ihrer Schule zwar als dem Unterricht untergeordnet an, aber nicht als Randbedingung, sondern als zusätzlich zu leistende Aufgabe, die für die Schülerinnen eine unterschiedlich große Bedeutung haben kann. Wenn ihren Einschätzungen nach der Pflege einer Schülerin ein höherer Stellenwert zuzuordnen sei, dann versuchten sie, dies gegenüber dem pädagogischen Personal auch durchzusetzen.

Eine Pflegekraft beschreibt die realen Pflegebindungen so, dass Pflege keine Randbedingung darstelle, sondern voll in den Unterricht integriert werde und sich nach der Bedarfslage der Schülerinnen orientiere. Unterstützung erhalte sie von der Schulleitung.

Bei den interviewten Förderschullehrerinnen zeigt sich ein ähnliches Bild der Reaktion auf das Statement. Neun Förderschullehrerinnen stimmen der Aussage ohne Einschränkung zu. Pflege sei als eine notwendige Randbedingung für Unterricht zu verstehen, die als Besonderheit an der Förderschule FkmE geleistet werden müsse, um physiologische Grundbedürfnisse der Schülerinnen mit Pflegebedarf zu befriedigen. Aufgrund mangelnder zeitlicher

Ressourcen stelle diese jedoch überwiegend kein pädagogisches Feld von Lehrerinnen dar. Diese Situation sehen die Interviewten zugleich als problemträchtig für ihre Schülerinnen an.

„Für uns hat es erst mal keinen Stellenwert klar. Das ist auch ein Problem. Wir haben jetzt dieses Schuljahr hier ein Schwerbehindertenförderungskonzept implementiert, das ist ja ein ähnliches Problem und mussten das auch erst mal total ins Bewusstsein rücken. Dass wirklich diese Schüler jeden Tag 2 Stunden „Schwebi-Gruppe“ haben. Weil es ist sowas, man stellt die gerne bei und dann läuft der Unterricht irgendwie. Und ähnlich schwierig stelle ich mir das auch mit Pflege vor.“

(FL6, 43)

Eine Lehrkraft setzt das Statement in Bezug zu den personellen Bedingungen. Je höher der Personalschlüssel sei, desto mehr Zeit bleibe für eine erweiterte Pflegegestaltung, in die sich die Lehrkraft dann mit ihren pädagogischen Kompetenzen einbringen könne. Bleibe aufgrund der hohen zeitlichen Unterrichtsansforderungen keine Zeit, so sei die Pflege dem Unterricht unterzuordnen.

„Stimmt teilweise, wenn die Personaldecke ganz eng geknüpft ist und ich z. B. alleine in der Klasse bin. Dann geht es eigentlich nur darum, die Kinder gut zu versorgen.“ (FL4, 3) [...] „Weil erst einmal geht es um Unterricht und dann geht es um Pflege. Und dann geht es eben eher immer nur um Satt und Sauber. Deshalb geht es eben immer nur darum, man nimmt die Kinder aus dem Unterricht, macht die Pflege und bringt sie wieder rein und nur nach Bedarf, wenn mehr Zeit ist, dass man sich dann da mal intensiver drum kümmern kann.“

(FL4, 58-59)

Zwei von 13 Förderschullehrerinnen stimmen der Aussage nicht zu. Pflege könne aufgrund der Pflegebedarfe der Schülerinnen und somit wegen der individuellen Lernvoraussetzungen an der Förderschule FkmE gar nicht vom Unterricht getrennt werden. Sie sehen sich in der pädagogischen Verantwortung, durch Pflege die Lernausgangslage der Schülerinnen so vorzubereiten, dass Lernen überhaupt erst ermöglicht werde.

Eine der interviewten Förderschullehrerinnen differenziert die Aussage einmal für Schülerinnen mit schwersten Behinderungen, für die Pflege keineswegs eine Randbedingung darstelle, sondern ein wichtiger Teil des Unterrichts sowie ein Bestandteil der körpernahen Förderung sei und zum anderen für Schülerinnen, die der kompensatorischen Hilfe oder Anleitung bei der Pflege bedürften, für die es mehr eine Randbedingung darstelle.

Schulleiterinnen betrachten das Statement deutlich aus der Perspektive der Schulorganisation. Neun der interviewten Schulleiterinnen sehen Pflege als eine elementare und enorm wichtige Randbedingung, im Sinne einer notwendigen Voraussetzung für den gesamten schulischen Alltag einschließlich des Unterrichts. Pflege sei als eine elementare Bedingung überhaupt zu betrachten, vor allem gehe es darum, die physiologischen Bedürfnisse der Schülerinnen so befriedigt zu wissen, dass nicht nur die Teilnahme am Unterricht, sondern am Schulleben allgemein überhaupt möglich werde. Pflege wird von den Schulleiterinnen

daher als ein Bestandteil des gesamtschulischen Kontextes angesehen, ohne die jegliche Versuche der Förderung versagen würden.

„Also ich denke, dass Pflege schon eine wichtige Voraussetzung ist, weil wenn ein Kind sich in einem Pflegenotstand fühlt und keinen Ansprechpartner hat, dann kann es auch nicht lernen. Wie soll es sich auf Unterricht konzentrieren, wenn es beschäftigt ist mit ganz elementaren körperlichen Dingen.“ (SL12, 3)

Eine Schulleiterin kehrt die Aussage um und ist der Ansicht, dass aufgrund individueller Bedürfnislagen häufig auch der Unterricht der Pflege untergeordnet werden müsse, da zum schulischen Gesamtkonzept der Förderschule FkmE weitaus mehr dazugehöre als der Unterricht in Reinform. Eine weitere Schulleiterin sieht sich durch das Statement zum ersten Mal mit der Fragestellung des Stellenwerts der Pflege konfrontiert und schildert, dass Pflege in der Vergangenheit fälschlicherweise als Randbedingung geführt worden sei und auf diesem Gebiet Nachholbedarf bestehe. Er setzt Pflege mit der Ausarbeitung der schulinternen Bildungspläne in Zusammenhang.

„Also ähm, wir machen zurzeit Bildungspläne. Und da ist noch keiner auf die Ideen gekommen den Bereich Pflege dort zu verankern, wie man das eben, ja es gibt eben im Bereich Angebote für Schwerstbehinderte, ich weiß nicht wie weit das Pflege, aber sicherlich nicht, nicht dem zeitlichen Rahmen angemessen den Pflege nun einmal für diese Schüler einnimmt. Also das, da ist sicherlich noch eine Leerstelle.“ (SL5, 57)

Auch wenn Schulleiterinnen die Pflege insgesamt als wichtigen Bestandteil des gesamtschulischen Kontextes verstehen, geben sie an, dass Pflege aufgrund von personellen und zeitlichen Engpässen häufig zur Randbedingung degradiert werden müsse.

„Pflege, vor allem die Grundpflege, ist eine Aufgabe des Pflege- und Hilfspersonals!“

Anhand dieses Statements wird die erlebte Kooperation und Aufgabenverteilung in der Pflege aus der Perspektive der Pflegekräfte sondiert. Aus der Perspektive der Förderschullehrerinnen wird sondiert, inwieweit sie sich durch das Statement provoziert oder bestätigt fühlen. Die Perspektive der Schulleiterinnen sondiert die übergeordneten organisatorischen Rahmenbedingungen der Zuständigkeiten für die Pflege.

Vier der interviewten Pflegekräfte widersprechen dem Statement. Die Grundpflege gestalte sich überwiegend kooperativ mit dem pädagogischen und therapeutischen Personal. Die Absprache über die Zuständigkeiten in der Grundpflege werde je nach Bedarf, personellen und zeitlichen Ressourcen im Klassenteam abgestimmt. Die sechs befragten Pflegekräfte berichten, dass über die Bereitschaft, als pädagogisches Personal in der Pflege tätig zu sein, offen verhandelt werde, wobei es akzeptiert werde, wenn eine Lehrkraft sich nicht befähigt fühle, in der Pflege tätig zu sein. Die medizinische Behandlungspflege sehen die Pflegekräfte deutlich in ihrer Hand verankert. Eine Pflegekraft weist auf den pädagogischen Gehalt der Pflege im Kontext der Förderschule FkmE hin und ist der Ansicht, dass Pflege einen ele-

mentaren Lernbereich darstelle und es gerade eine Aufgabe der Pädagoginnen sei, Schülerinnen bei diesen Lernprozessen zu begleiten.

„Würde ich gar nicht unterstützen, ich finde es ist Aufgabe der Pädagogen, weil gerade im pädagogischen Sinne die Schüler auch, die Pflege gehört zu ihrem Alltag und die müssen Selbstständigkeit lernen und wie sie zurecht kommen, wie sie bestimmte Bedingungen für sich umsetzen können um irgendwo gepflegt zu werden und auch die Pflege einzufordern bei Leuten, und auch das muss man lernen.“

(PF2, 7)

Eine weitere Pflegekraft berichtet, dass sich die Auffassung einer strikten Trennung der schulischen Aufgabenbereiche Unterricht und Pflege im Laufe der vergangenen Jahre unter einer neuen Schulleitung und der Emanzipation der Pflegekräfte positiv verändert habe, zugunsten einer interdisziplinären Zusammenarbeit in der Pflege.

„Wobei das auch ein Prozess war. Das war nicht immer so. Das war, ich bin seit elf Jahren hier, und als hier angefangen habe, da waren wir, ich sag mal ganz böse, Putzfrauen, bessere Putzfrauen, das ist so. Wir hatten, wir wurden nicht erwähnt, es ging nicht mit und es ging nicht ohne uns. Das war ganz schlimm so. Es hängt auch viel von der Schulleitung ab, die im Haus ist, und bei der damaligen war das halt so. Da war es auch nicht so, woraus besteht die Schule, aus Therapeuten, aus Lehrern, Küche, Hausmeister, da wurde die Pflege nicht erwähnt. Das ist ein langer Prozess gewesen, wo wir uns einfach so präsent gemacht haben und immer wieder drauf getreten haben.“

(PF12, 111)

Dem Statement stimmen acht Pflegekräfte ohne Ausnahme zu und beklagen die Situation teilweise als unerträglich.

„Und das sollte man auch mal sagen. Das sind, mal ganz böse gesagt, und das ist einfach so, sind wir für viele die, die die Kotze wegmachen und die Windeln wechseln. Die Klofrauen. Ja.“

(PF12, 69-70)

Pflege werde nach Aussagen der Pflegekräfte vonseiten des Lehrpersonals nicht als ihr Aufgabengebiet angesehen. Förderschullehrerinnen hätten es nicht nötig, in der Pflege tätig zu sein, da sie als pädagogisches Personal ausgebildet wurden und ihre Arbeit auch als solche verrichten müssten. Förderschullehrerinnen verfügten einerseits nicht über die notwendigen Kompetenzen, um die Schülerinnen ihren Bedürfnissen entsprechend zu pflegen, andererseits hätten sie nicht die Fähigkeiten, um Hilfspersonal wie FSJler in die Grundpflege einzuweisen. Sie seien des Weiteren nicht daran interessiert, in Kooperation mit Pflegekräften notwendige Kompetenzen auszutauschen.

„Einige stellen sich quer. Wenn wir sagen „hier sind heute beide FSJler sind nicht im Haus und wir nur zu zweit und ihr müsst bitte heute eure Schüler wickeln“. „Wie mache ich das denn?“ „Ist das denn heute nötig?“ „Ich kann nicht heben, werden die denn immer gewickelt?“ Das interessiert die auch nicht, ne.“

(PF9, 171-174)

In Notlagen, im Falle von personellen Engpässe, so sind sich die interviewten Pflegekräfte einig, sei der Großteil der Förderschullehrerinnen bereit, kleinere Pflegeaufgaben zu über-

nehmen. Für den Bereich der Essenssituationen sehen Pflegekräfte eine hohe Bereitschaft seitens der Förderschullehrerinnen, sich mit einzubringen und Aufgaben zu übernehmen.

Dem Statement stimmen vier der interviewten Förderschullehrerinnen überwiegend zu, wobei die Ursachen, die es kaum ermöglichen, in der Pflege tätig zu sein, in den knappen personellen und zeitlichen Ressourcen zu finden seien. Teilweise habe sich die strikte Trennung von Pflege und Pädagogik über die Jahre hinweg gefestigt und werde fortgeführt, ohne diese zu hinterfragen. Eine Lehrkraft weist jedoch darauf hin, dass die Pflegebedarfe von Schülerinnen in der Vergangenheit sowohl in der Quantität als auch der Qualität geringer gewesen seien und sich die Problematik der Aufgabenverteilung erst in jüngster Zeit durch die veränderte Schülerschaft zeige, bedingt durch eine Zunahme der Beschulung von Schülerinnen mit hohem Pflegebedarf. Hinzu komme, dass Förderschullehrerinnen sich häufig für die Beschulung von Schülerinnen mit intensivem Pflegebedarf gar nicht ausgebildet fühlten und sie deshalb die Pflege überhaupt nicht durchführen könnten, selbst wenn sie das wollten.

Die Delegation von Pflege an das Pflege- und Hilfspersonal werde ebenfalls allein durch deren Anwesenheit legitimiert, begründet eine Lehrkraft und weist darauf hin, dass dadurch im Gegenzug für andere wichtige Aufgaben mehr Zeit bleibe. Ein weiterer Aspekt sei die Diskrepanz zwischen dem Anspruch von Schülerinnen ohne Pflegebedarf auf Unterricht und dem Anspruch auf gute Pflege seitens der Schülerinnen mit Pflegebedarf. Im Zweifelsfall entscheiden die Förderschullehrerinnen zugunsten des Unterrichts, da sie sich auf die Abdeckung der Pflege durch das Pflege- und Hilfspersonal verlassen.

„Eben wenn man in sehr, sehr fitten Klassen ist und man Entscheidungen treffen muss, lasse ich die zehn jetzt alleine arbeiten und mache eine halbe Stunde Pflege mit der einen Schülerin oder unterstütze ich lieber die zehn und gebe die eine jemandem des Pflegepersonals.“ (FL11, 7)

Die Gestaltung der schulischen Pflege stelle mit Einschränkungen ein Aufgabengebiet in der Arbeit von Förderschullehrerinnen dar, so urteilen fünf der interviewten Förderschullehrerinnen. Pflege sei im Bereich der Förderplanung und der Anweisung von Pflege- und Hilfspersonal in Belangen einer pädagogischen Ausrichtung ein Aufgabengebiet von Förderschullehrerinnen. Dabei müsse deutlich differenziert werden zwischen der reinen Grund- bzw. Basispflege, die sehr wohl das alleinige Aufgabenfeld des Pflege- und Hilfspersonals darstellen könne, und einer pädagogisch orientierten fördernden Pflegesituation, die klare Lern- oder Förderziele intendiere und somit Aufgabe von Förderschullehrerinnen sei.

„Wenn man den Anspruch hat, dass Pflege nur wirklich eine Grundversorgung ist, finde ich könnte man dem zustimmen. Aber unser Anspruch sollte höher sein. Das es über eine Grundversorgung hinausgeht und damit sind gerade Lehrer als Bezugspersonen sehr wichtig und es sollte auch immer ein und dieselbe Person die Pflege übernehmen, um eine entsprechende Bindungen aufbauen zu können und einen Überblick zu haben und um da sinnvoll arbeiten zu können.“ (FL2, 7)

Für weitere vier Förderschullehrerinnen stellt die Pflege ein Alltagsgeschäft dar, das jedoch stark variiere, je nach der jeweiligen Zusammensetzung der Schülerinnen in der Klasse. Die Pflege übernehme derjenige, der aktuell die Zeit aufbringen könne. Die Fachdisziplin spiele dabei keine Rolle.

„Das liegt daran, wie die Schülerschaft ist. Wenn ich eine Klasse mit sehr vielen schwerstbehinderten Schülern habe, dann kann das nicht so sein. Wenn das Pflegepersonal und die Zivis eben nicht ausreichen, dann muss ich jederzeit auch eben mit-helfen.“ (FL3, 7)

Der überwiegende Teil der Förderschullehrerinnen würde gerne mehr in der Pflege tätig sein, wenn die zeitlichen, personellen und schulorganisatorischen Rahmenbedingungen dies zuließen und ihre „hauptamtliche“ Tätigkeit als unterrichtende Förderschullehrerinnen nicht darunter litten.

Die Reaktionen der Schulleiterinnen auf das Statement können als sehr einheitlich beschrieben werden. Alle interviewten Schulleiterinnen widersprechen dem Statement und liefern dafür differenzierte Begründungen. Die gemeinsame Gestaltung der Pflege sei an Förderschulen FkmE bereits im Schulprogramm verankert, sind sich alle Schulleiterinnen einig. Ohne diese Verankerung sei ein geregelter Schulbetrieb an der Förderschule FkmE überhaupt nicht möglich.

Schulleiterinnen unterscheiden deutlich zwischen der Grundpflege und jeglichen erweiterten Pflegeeinheiten mit pädagogischer Intention. Die Grundpflege stelle demnach ein Aufgabenfeld dar, das vornehmlich vom Pflege- und Hilfspersonal übernommen werden sollte, jedoch je nach Verfügbarkeit des Zeit- und Personalbudgets auch von allen Mitarbeiterinnen übernommen werden sollte. Der Fokus der pflegerischen Tätigkeiten von Förderschullehrerinnen sollte auf der Planung und Durchführung von speziellen Förderpflegeangeboten bzw. dem Training von Fertigkeiten liegen.

„Nein, Pflege ist immer auch Aufgabenbereich der in den Klassen tätigen Pädagogen, immer auch Aufgabenbereich der Therapeuten. Nicht in dem Sinne, dass sie die Elementarpflege, Wickeln, Toilettengänge, komplett übernehmen sollen oder müssen, aber sie müssen zum Beispiel beim Toilettentraining mitwirken und Pflege ist, bedeutet nicht nur Wickelarbeit, sondern Pflege ist Körperpflege, Hygiene insgesamt, und da sind die Lehrer und Therapeuten immer mit am Ball.“ (SL3, 9)

Die Pflege und auch der Pflegebedarf von Schülerinnen nehme nach Aussagen der Schulleiterinnen einen immer größeren Stellenwert im Schulalltag der Förderschule FkmE ein, auf das auch durch eine neue Aufgabenverteilung und Klärung von Zuständigkeiten reagiert werden müsse. Viele Förderschulen FkmE seien mit Pflegepersonal bereits völlig unterversorgt.

Allerdings berichten Schulleiterinnen auch, dass nicht alle Förderschullehrerinnen bereit seien, in der Pflege tätig zu sein bzw. dies z. T. deutlich ablehnten. Eine Schulleiterin schildert Fälle, in denen Förderschullehrerinnen aufgrund des hohen Pflegebedarfs der Schüler-

schaft einen Schulwechsel hin zu einer anderen Förderschulform vorgenommen hätten, da sie nach Beendigung ihrer Ausbildung nicht auf die Arbeitsbedingungen der Förderschule FkmE, insbesondere auf Schülerinnen mit Pflegebedarf eingestellt gewesen seien. Als eklatantes Problem beschreibt eine Schulleiterin, dass Förderschullehrerinnen sagen könnten, sie pflegen nicht, da Pflege weder rechtlich gesehen ihrer Arbeitsplatzbeschreibung entspreche noch sie dafür ausgebildet seien. Schulleiterinnen bleibt in diesem Fall wenig Handlungsspielraum, außer moralisch an die jeweiligen Förderschullehrerinnen zu appellieren.

Für die interviewten Schulleiterinnen stellt Pflege ein Selbstverständnis in der pädagogischen Arbeit an der Förderschule FkmE dar, das jedoch im Kollegium deutlich verteidigt werden muss. Schulleiterinnen scheint es geboten, in dieser Angelegenheit in ihrer Funktion darauf hinzuwirken, dass sich ein solches Selbstverständnis durchsetzt.

„Ja wie gesagt ich weiß nicht wie viele Kolleginnen tatsächlich es für selbstverständlich halten Kinder zu pflegen, oder wie viele nur nichts sagen, weil sie wissen das das nicht gerne gehört wird. Da mal nachzufragen könnte Entwicklungsnotwendigkeiten ans Licht bringen. Werde ich also in der nächsten, ja das wird dann aber erst wieder zum, also vor den Osterferien sein, wo wir diese Abfrage machen für das nächste Schuljahr dann. Da werde ich hoffentlich dran denken, das auch mal abzufragen, ob das gewünscht wird.“ (SL8, 65)

Für Schulleiterinnen besteht nach ihren Aussagen ebenfalls großer Handlungsbedarf in der Förderung einer transdisziplinären Zusammenarbeit von pflegerisch-therapeutischem Personal und den pädagogischen Mitarbeiterinnen, um einer veränderten Bedürfnislage der Schülerschaft auch in Zukunft gerecht zu werden.

„Förderschullehrerinnen sind für den Bereich Pflege überqualifiziert, Pflege ist kein pädagogisches Feld!“

Bei zehn der interviewten Pflegekräfte deckt sich das Statement mit ihrem Eindruck, dass Pflege für den Großteil der Pädagoginnen kein pädagogisches Feld darstelle. Begründet werden diese Aussagen dadurch, dass sich Pädagoginnen lieber auf ihr Kerngeschäft, den Unterricht, zurückzögen. Förderschullehrerinnen wüssten häufig nicht einmal, wie man elementare pflegerische Aufgaben wie Ankleiden oder Toilettengänge vollführt und fühlten sich sehr unsicher in der Pflege. Pflege würde zudem nicht der Qualifikation von Förderschullehrerinnen entsprechen, da sie einen akademischen Abschluss hätten.

„Mir ist mal gesagt worden an einer anderen Schule wo ich vorher war, „bei meiner Gehaltsstufe habe das nicht nötig“. Und das sagt mir alles.“ (PF9, 9)

Pflege sei gerade durch den engen Körperkontakt pädagogisch dazu geeignet, zu Schülerinnen mit schwersten Behinderungen kommunikative Zugänge aufzubauen. Pflegekräfte finden es deshalb besonders für diese Schülergruppe bedauerlich, dass die Pflege von Förderschullehrerinnen selten in intensiver Form genutzt werde, sondern lediglich in zeitlichen oder personellen Engpässen übernommen werde.

„Weil ich denk, das ist ja gerade hier, die Kinder die brauchen ganz viel Körperkontakt auch, dafür sind sie ja auch hier. Gerade die schwerstmehrfachbehinderten Kinder. Und wenn ich dann als Pädagoge hingehe und noch nicht einmal ein Kind anfasse, noch ausziehe, finde ich das ganz schlimm.“ (PF9, 37)

Dennoch sehen die Pflegekräfte auf Seiten der Förderschullehrerinnen ein Verständnis für die pflegerische Arbeit sowie die Bereitschaft, in der Pflege tätig zu sein.

Als Hauptargument für deren fehlende Umsetzung benennen sie, dass die Pflege in dem jeweiligen Schulkonzept nicht als pädagogisches Feld verankert sei und somit keine Pflichtaufgabe von Förderschullehrerinnen darstelle.

„Ich glaube das Verständnis und das es wünschenswert wäre ist bei etlichen Lehrern da, das glaube ich schon. Aber es ist Stundenplanmäßig eben nicht vorgesehen, nicht so auf jeden Fall. Und ich denke, zum Beispiel die Schwerstmehrfachbehinderten, die hätten sicherlich viel mehr davon, wenn sie zum Beispiel die Möglichkeit hätten dreimal in der Woche ins Bewegungsbad zu gehen. Wir haben ja hier ein Bewegungsbad, und anschließend, ja das ist einfach so. Das ist dass, was sie genießen und wo sie sich entspannen und locker werden. Das finde ich, ist einfach schade.“

(PF11, 25)

Förderschullehrerinnen sehen die Pflege nicht unbedingt als pädagogisches Feld an, würden aber unterstützen bei der Pflege, wann immer Hilfe benötigt werde, meinen vier der interviewten Pflegekräfte. Die Kooperation gestalte sich reibungslos, respektvoll und werde akzeptiert. Die Aufgabenverteilung sei nun mal getrennt und jede Disziplin habe ihre eigenen Aufgaben zu vertreten.

Zehn der interviewten Förderschullehrerinnen sind sich darüber einig, dass ihr Kernaufgabengebiet der Unterricht ist und Pflege, sofern es sich um die Grundversorgung der Schüler handle, nicht zu ihrem Aufgabengebiet zähle, solange Pflegekräfte als Personal an der Schule tätig seien.

„Ich glaube einfach, dass viele Sonderschullehrer das nicht als Teil ihrer Aufgabe sehen. Ich glaube nicht, dass sie die Bedeutung der Pflege absprechen, aber dass sie sich dafür nicht als Fachpersonal sehen, sondern eher als das Fachpersonal für Mathe, Deutsch, Englisch. Und Pflege macht das Pflegepersonal.“ (FL4, 62)

„Ich bin schon jemand der sagt. Im Schwerpunkt gibt es unterschiedliche Berufe und mein Beruf, also unser Beruf ist nicht im Schwerpunkt Pflege. Ich spreche jetzt für mich, wäre mal für alles offen, aber wenn ich jetzt noch in meiner Unterrichtszeit Pflegedokumentation, denn die kann ich ja nur hier schreiben, machen müsste, würde ich ganz klar sagen, das gehört für mich nicht zu dem Konzept meiner pädagogischen Arbeit, auch wenn sie die Pflege betrifft.“ (FL8, 79)

Jedoch unterscheiden die interviewten Förderschullehrerinnen deutlich zwischen den Pflegebedarfen von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen, bei denen sie sich im Rahmen der Förderpflege durchaus für den Bereich zuständig fühlen, und den geringeren kompensatorischen Pflegebedarfen von Schülerinnen während der Pflege, in deren Rahmen sie pädagogische Intentionen zwar planen und evaluieren, jedoch die konkreten Pflegehand-

lungen an das Pflegepersonal delegieren. Zudem nennen sie wiederholt den Zeitfaktor als Hindernis, sich in die Pflege intensiver einzubringen.

Pflege gehöre ohne Ausnahme zum Berufsbild einer Förderschullehrerin der Förderschule FkmE, betonen drei der befragten Förderschullehrerinnen. Pflege habe immer eine pädagogische Intention, da sie zur Lebenswirklichkeit von Schülerinnen mit Pflegebedarf dazugehöre und somit der grundlegenden Bildung und Unterrichtung bedürfe. Bemängelt wird, dass der Bereich Pflege weder in der Ausbildung zur Förderschullehrerin Beachtung finde noch in der konkreten schulischen Arbeit als pädagogisches Feld anerkannt werde. Begründet wird dies durch die vorherrschende hierarchische Zweiteilung von Pflege und Unterricht, bei der pflegerische Aufgaben degradiert würden.

Schulleiterinnen ist das Problem der Zweiteilung von Unterricht und Pflege bewusst. Sie machen dafür die übergeordneten schulorganisatorischen gesetzlichen Rahmenbedingungen mitverantwortlich. Die interviewten Schulleiterinnen sind sich uneins darüber, inwieweit sich Förderschullehrerinnen an der Pflege beteiligen sollten. Für die Gestaltung der Förderpflege bei Schülerinnen mit schwersten Behinderungen sehen sie die Zuständigkeit in Planung, Durchführung und Evaluation eindeutig beim Lehrpersonal. Für die reine alltägliche Grundversorgung sei das Lehrpersonal sowohl überbezahlt als auch überqualifiziert, mit der Ausnahme, falls solche pflegerischen Handlungen ein Lernziel verfolgen würden, beispielsweise das Einüben des Ankleidens. Der Bereich Pflege gehöre einfach zum Schulalltag an der Förderschule FkmE und lasse sich nicht wegdiskutieren, der quantitative Anteil an Pflege nehme sogar kontinuierlich zu. Pflege bei Schülerinnen mit Pflegebedarf sei aus humanistischer Sicht generell ein Anliegen von Förderschullehrerinnen, da es diesen Menschen mit Pflegebedarf in seinem Menschsein betreffe, so äußert sich eine Schulleiterin.

Dennoch berichten alle Schulleiterinnen, dass es sich schwierig gestalte, Förderschullehrerinnen für den Bereich Pflege zu motivieren. Problematisch sei ebenfalls das Fehlen pflegerischer Ausbildungsinhalte im Studium der Fachrichtung ‚körperliche und motorische Entwicklung‘. Dies führen die befragten Schulleiterinnen nicht zuletzt auf die mangelnde Pflegebereitschaft von Förderschullehrerinnen zurück.

„Ich erinnere mich daran, dass es früher eine Kollegin hier gab, die sich hat versetzen lassen, weil sie diese Pflege nicht machen wollte. Mit der Begründung, das habe ich nicht gelernt während des Studiums, und das möchte ich auch nicht, so hab ich mir das nicht vorgestellt. Ich habe ja zwei Fachrichtungen studiert und deswegen bitte ich um Versetzung in eine andere Schulform, wo das nicht zu meinem Aufgabenbereich gehört. Ja. Das hat sie so für sich entschieden und das ist ja auch in Ordnung. Aber das ist ein Vorwurf an das Studium und an die Ausbildung.“

(SL8, 59)

Insgesamt – darüber sind sich die Schulleiterinnen einig – müsse gerade mit Hinblick auf die Veränderungen der Schülerschaft hin zu mehr pflegebedürftigen Schülerinnen das Be-

wusstsein eines pädagogischen Anliegens für den Bereich der schulischen Pflege geschaffen werden.

„Pflege bedeutet elementare Bildung gerade für Schülerinnen mit schwerster Behinderung!“

Die interviewten Pflegekräfte stimmen dem Statement einheitlich zu und sehen die Pflege als einen ganz wichtigen Bildungs- und Lernbereich an der Förderschule FkmE, insbesondere führen sie dies für Schülerinnen mit schwersten Behinderungen aus. Bildung zeige sich demnach im Einzelnen in den Bereichen:

- Kommunikationsförderung
- Beziehungsaufbau
- Wahrnehmungsförderung
- Herausbildung von Vorlieben in der eigenen Körperpflege
- Kenntnisse über die eigene körperliche Schädigung
- Selbstständigkeitsförderung

Die Pflege selbst stelle dabei laut Aussagen der Pflegekräfte bereits den bedeutsamsten Part des Unterrichts für Schülerinnen mit schwersten Behinderungen dar und sei als Hauptlebenssthema zu werten.

„Und ich glaube, dass die Pflege für viele unserer Schüler ein ganz existentielles Bedürfnis ist und von daher auch die Bedeutung für die Schüler selbst sehr hoch ist, dass es in einer bedeutungsvollen Weise für sie gemacht wird, nicht nur nebenbei, um für Unterricht bereit zu sein, so wie wir das vor 30 Jahren gelernt haben, sondern mittlerweile ist es ja oftmals so durch den Umfang der Schwere der Behinderung, dass es mit ein Hauptlebenssthema dieser Kinder ist, ne, z. B. Wie bestimme ich mich in diesem Bereich selbst oder wie werde ich versorgt, wie begegne ich in diesem Bereich Menschen.“ (SL11, 11)

Bedingt dadurch, dass für die interviewten Pflegekräfte die Pflege einen wichtigen Bildungsbereich darstellt, leiten sie als Konsequenz daraus ab, dass gute Pflege im Sinne einer elementaren Bildung erstens Zeit benötige und nicht allein durch Hilfskräfte übernommen werden könne, sondern in Kooperation mit dem pädagogischen Personal gestaltet werden müsse. Zudem müsse es ermöglicht werden, die Pflegeeinheiten anhand der individuellen Bedürfnislagen der Schülerinnen flexibel durchzuführen. Die Pflege der Schülerinnen müsse dabei generell Vorrang vor jeglichen anderen Aktivitäten haben, da die Befriedigung der körperlichen Grundbedürfnisse die Grundlage für diese darstelle.

Für Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen stellt die Pflege von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen gleichermaßen einen sehr wichtigen Bildungsbereich dar. Pflege biete aufgrund der Eins-zu-eins-Situation einen besonders günstigen Rahmen für Förderangebote in den Bereichen Kommunikation, Wahrnehmung, Beziehungsaufbau und Körpergefühl. Eine der befragten Förderschullehrerinnen hält die Möglichkeit, Vertrauen zu der Schülerin aufzubauen, für maßgeblich in der Qualität von Pflegesituationen. Die Pflege von

Schülerinnen mit schwersten Behinderungen müsse aus diesem Grund im schulischen Rahmen immer als Förderpflege verstanden werden, bei der die oben genannten Förderbereiche stets Berücksichtigung finden sollten. Ganz allgemein drücke sich der Bildungsaspekt von Pflege in der körpernahen Förderung aus und ermögliche Erleben sowie das Leben an sich. Nach Aussage einer Schulleiterin bedeute Pflege nicht allein für Schülerinnen mit schwersten Behinderungen elementare Bildung, sondern sei allgemein für Schülerinnen mit Pflegebedarf ein ganz wichtiger Bestandteil ihrer schulischen Bildung.

„Und dann würde ich eigentlich den Personenkreis der Schüler mit schwersten Behinderungen erweitern wollen und würde denken, dass es für alle unserer Schüler ein wichtiges Thema ist, gerade auch für die Schüler, die sich selbst sehr bewusst wahrnehmen von ihrem Bildungsstand und von der Schullaufbahn sage ich mal ganz generell, aber auch jene die immer in einem beschützten Bereich bleiben nach der Schule, aber anders noch als die Schwerstbehinderten Kinder oder Jugendlichen sicher auch in direktem Bezug mit sich selbst sehen. Da würde ich den Satz genauso unterschreiben.“ (SL11, 8)

Nach Ansicht einer weiteren Schulleiterin stelle Pflege nicht nur einen elementaren Bildungsbereich dar, sondern ermögliche diese erst. Für sie werde es in Pflegesituationen in besonderem Maße ermöglicht, die jeweilige Schülerin kennen zu lernen und ihre Bedürfnisse besser einschätzen zu können. Im Resultat sehe sie die Pflege in der Funktion, „einen Teil des Lebens zu gestalten“, was sich als elementare Bildung kennzeichnen lasse.

„Pflegezeit ist Unterrichtszeit. Pflege bedeutet für Schülerinnen mit Pflegebedarf eine Situation des handlungs- und erfahrungsorientierten Lernens!“

Die Zeit, die eine Schülerin in der Pflege verbringt, wird von allen interviewten Pflegekräften deutlich als Unterrichtszeit gewertet, sowohl von der inhaltlichen Bedeutung als auch von der Zeitstruktur her. Aufgrund der knappen Personaldecke sei es gar nicht möglich, Schülerinnen lediglich während der Pausenzeit zu pflegen. Zudem nähmen viele der Pflegehandlungen so viel Zeit in Anspruch, dass sie den zeitlichen Rahmen von Pausen deutlich überschritten. Unter dem Fokus der Förderung von Schülerinnen im Bereich der Selbstständigkeit sei Pflege generell auch inhaltlich dem Unterricht zuzuordnen. Die befragten Pflegekräfte verweisen nochmals darauf, dass die Pflege im schulischen Kontext ihrem Verständnis nach grundlegende Kulturtechniken der Versorgung des eigenen Körpers und der Nahrungsaufnahme vermittele, die die Schülerinnen für ihre spätere Lebenssituation benötigten, weshalb die Pflege nicht vom Unterricht zu trennen sei.

„Genau, das vertieft das ja nochmal, und es geht ja auch dahin, das in den Unterricht mit einzubeziehen, weil da der Schwerpunkt liegt, ne die Eigenaktivität der Schüler soll gefördert werden, die Selbstständigkeit soll gefördert werden. Wir bereiten sie vor auf ein Leben nach der Schule und das muss in diesem Unterricht erreicht werden.“ (PF8, 12)

Pflege sollte nach Aussage einer Pflegekraft nicht nur generell als Unterrichtszeit gewertet werden, sondern ein separates Unterrichtsthema darstellen, das alle Schülerinnen der Förderschule FkmE betreffe.

„Die ist eigentlich schon sehr wichtig, dass ja die Mitschüler wissen was passiert, wenn man jetzt einen Schüler rausholt, zum Beispiel zum katheterisieren, was passiert da. Da haben wir dann auch schon einmal einen Unterricht gegeben, so „so und so, ihr geht normal auf Toilette und wir haben den Katheter“, haben den Katheter gezeigt, die Funktion erklärt, ein bisschen Anatomie haben die Lehrer dann schon so ein bisschen vorbereitet, „so und so sieht euer Harntrakt aus, so ihr könnt normal auf Toilette gehen, was passiert bei den Kindern mit Spina Bifida?“. Wir haben dann Spina Bifida nochmal erklärt, und ja sind dann da über dies kathetern auch mit reingekommen, klar.“ (PF7, 85)

Aktuell findet gemäß den Aussagen von drei Pflegekräften jedoch wieder eine Verschiebung zu Ungunsten der Pflege statt. Klassischer Unterricht in den Fächern Mathematik und Deutsch werde für Förderschullehrerinnen immer wichtiger, da sie sich dem Druck ausgesetzt fühlten, möglichst viele Schülerinnen auf dem ersten Arbeitsmarkt zu integrieren, daneben werde es zunehmend schwieriger, Schülerinnen mit schwereren Behinderungen in die Werkstatt für Behinderte einzugliedern. Pflege werde daher seit jüngster Zeit zum Bedauern der Pflegekräfte wieder dem Unterricht untergeordnet.

Für die Gruppe der Schülerinnen mit schwersten Behinderungen stimmen sowohl Förderschullehrerinnen als auch Schulleiterinnen dem Statement uneingeschränkt zu und sehen in der Pflege, neben therapeutischen Angeboten, für diese Schülerschaft einen der Hauptaufgabebereiche im Schulleben. Es gelte, diese Zeit für die Schülerinnen gewinnbringend zu gestalten. Die Schülerinnen sollten die Pflege als angenehme Situation erleben und lernen, dass es zu ihrer Lebensgestaltung ganz elementar dazugehöre, sich pflegen zu lassen. Vier der interviewten Schulleiterinnen äußern außerdem, dass die Pflegezeit außerhalb der Pausenzeiten liegen sollte, da die Pause als solche eine wichtige Phase im Schulleben darstelle. Pflegezeit sei deshalb für diese Schülergruppe als Unterrichtszeit zu werten.

Die Realität gestalte sich nach Aussagen der Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen jedoch häufig anders. Oft könne die Pflege aufgrund der personellen Besetzung der Klassenteams lediglich in den Pausenzeiten durchgeführt werden oder während der Unterrichtszeiten, und dann nur als notwendige Pflegemaßnahme ohne Förderintention. Bei einer ausführlichen Förderpflegesituation während der Unterrichtszeit würde diejenige Fachkraft (Förderschullehrerin oder Pflegerin) entweder im Unterricht oder für die Pflege der anderen Schülerinnen fehlen. Als Begründung hierfür benennt eine Schulleiterin die Heterogenität der Schülerschaft, denn für Schülerinnen ohne Pflegebedarfe sei der Fachunterricht enorm wichtig.

„Das unterstreiche ich, aber dabei darf man nicht vergessen, dass diese Pflegezeit in die Unterrichtszeit derjenigen fällt, die keine Pflege brauchen. Pflege ist für die, die

sie brauchen, wichtig, und handlungsorientiertes Lernen, aber für die anderen durchaus auch störend. Das muss man realistisch sehen.“ (SL8, 13)

Für die Gruppe der Schülerinnen, die der kompensatorischen Hilfe oder Anleitung in der Pflege bedürfen, sehen Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen den Fachunterricht als vorrangiges Aufgabengebiet und sind sich einig, dass die Förderung der Selbstständigkeit zwar eine Rolle spiele, dies jedoch ein längerfristiges Ziel darstelle, das in der Quantität der Pflegeeinheiten erreicht werde. Die Pflege sollte daher, wenn möglich, wie ein durchschnittlicher Toilettengang einer Schülerin ohne Pflegebedarfe gestaltet werden. Eine Schulleiterin trennt die Pflege bei dieser Schülergruppe deutlich von den Inhalten der Schule ab.

„[...] für Schüler mit höheren kognitiven Qualifikationen würde ich sagen ist es ein anderer Bereich ihres Lebens. Aber ein ganz wichtiger Bestandteil der zu ihrem Leben dazugehört, aber nicht unbedingt zur Schule sondern mehr zum Leben.“ (SL7, 13)

Nicht zu vernachlässigen sei die zeitliche Komponente im Ablauf des Schulalltags, die es laut Aussage einer Förderschullehrerin nicht zulasse, jeder Schülerin mit Pflegebedarf durch eine fördernde Pflegesituation gerecht zu werden. Diese Tatsache bewertet sie selbst als unbefriedigend.

„Pflegezeit ist Unterrichtszeit, aber die Zeit, die ich dafür brauche. Also ich bräuchte ja um einen Schüler zu wickeln, also wenn ich nur den stumpfen Wickelvorgang nehme, mit Lifter, Klamotten aus und an, nicht unter 20 Minuten pro Schüler. Wenn ich da jetzt noch eine Fördersituation draus mache, hängen wir noch mal 10 Minuten dran. Dann bin ich bei einer halben Stunde. Wir haben 4 Schwerstbehinderte in unserer Klasse, da bin ich den ganzen Tag damit beschäftigt nur diese Schüler zu versorgen, dann habe ich mit den anderen noch nichts gemacht.“ (FL7, 12-13)

Insgesamt, so urteilen sowohl Förderschullehrerinnen als auch Schulleiterinnen, sei die Gestaltung der Pflege als Unterricht, der Schülerinnen mit Pflegebedarf generell die Möglichkeit bietet, Lernerfahrungen zu machen, sicherlich ein wünschenswerter Idealfall. Dies lasse sich jedoch vor dem Hintergrund der Heterogenität der Schülerschaft in Kombination mit zeitlich und personell begrenzten Ressourcen nicht verwirklichen. Die Anstrengungen einer solchen Umsetzung gelten demzufolge fast ausschließlich der Schülergruppe mit schwersten Behinderungen, wobei selbst dort Defizite zu verzeichnen seien.

„Den Bereich Pflege von Menschen mit Behinderung in die Ausbildung von Förderschullehrerinnen und Pflegekräften aufzunehmen, ist zu lange versäumt worden!“

Die interviewten Pflegekräfte haben die Möglichkeit, sich aus ihrer Perspektive zu dem Statement zu äußern, um zu sondieren, welchen Eindruck sie von den Kompetenzen der Förderschullehrerinnen in Bezug auf die Kooperation in der Pflege haben. Eine Pflegekraft berichtet, dass Lehramtsanwärtern häufig Berührungängste zu Schülerinnen mit schwersten Behinderungen hätten. Ihrer Ansicht nach wüssten viele neue Förderschullehrerinnen nicht mehr um die Pflegebedürfnisse ihrer Schülerinnen.

Förderschullehrerinnen sollten laut Aussagen der befragten Pflegekräfte in Grundlagen der Pflege ausgebildet sein, nicht um die pflegerische Versorgung primär selbst durchzuführen, sondern um einen Blick dafür zu entwickeln, was die jeweilige Schülerin in welcher Situation benötige, damit frühzeitig entsprechende Pflegemaßnahmen bzw. die Befriedigung der Grundbedürfnisse erfolgen könne, auch wenn diese Handlungen an Pflegekräfte delegiert würden. Jedoch beschreiben die befragten Pflegekräfte, dass das Wissen um die pflegerischen Bedürfnisse auf Seiten der Förderschullehrerinnen häufig nicht vorhanden sei. Dies zeige sich laut Aussage einer Pflegekraft im falschen Handling mit Schülerinnen, die gelagert werden müssten. Des Weiteren werde die richtige Sitzposition im Rollstuhl, so dass keine Druckstellen entstehen, oft nicht beachtet. Allgemein sehen Pflegekräfte als Ausweg aus diesem Dilemma die Integration von Pflegeinhalten in die Ausbildung von Förderschullehrerinnen, sowohl in Form von theoretischem Wissen als auch in Bezug auf Phasen der Praxis.

Rudimentäre Kenntnisse im Themenbereich Pflege haben vier der interviewten Förderschullehrerinnen im Rahmen ihres Studiums der Sonderpädagogik erworben. Pflege sei dabei überwiegend in Seminaren zur Förderung schwerstbehinderter Schülerinnen thematisiert worden, jedoch nur am Rande.

Rückblickend auf der Grundlage ihrer Berufserfahrung hätten sie sich eine deutlich intensivere Thematisierung gemäß den Bedürfnislagen von Schülerinnen mit intensivem Pflegebedarf gewünscht. Eine Lehrkraft stellt sich selbst die Frage, ob es vielleicht einfach als Grundvoraussetzung des Berufsbildes angesehen werde und deshalb nicht vertieft werde.

Neun Förderschullehrerinnen stimmen dem Statement uneingeschränkt zu und bedauern, dass Pflege während ihrer Ausbildung kein Thema gewesen sei und dadurch eine Form der Bedeutungslosigkeit für diesen Bereich suggeriert worden sei, was sich teilweise bis in das Berufsleben verfestigt habe.

„Ich habe es damals nicht gehabt. Es wäre wichtig gewesen, das schon universitär zu machen. Auch über Pflegebedarfe Bescheid zu wissen, über behinderungsspezifische Pflege. Die Bedeutung von Pflege ist bei vielen Kollegen auch immer noch nicht angekommen. Es gibt auch immer Kollegen, die sagen „Dafür bin ich überqualifiziert, dafür bin ich nicht da.“ Denen ist die Bedeutung von Pflege gar nicht klar.“

(FL8, 15)

Selbst in der zweiten Ausbildungsphase des Vorbereitungsdienstes habe der Fokus deutlich auf anderen Förderbereichen sowie dem Fachunterricht gelegen. Die Förderung von schwerstbehinderten Schülerinnen sei als „Prüfungsfach“ nicht einmal zulässig gewesen, berichtet eine der Förderschullehrerinnen. Das Fehlen von Ausbildungsinhalten im Bereich Pflege wird als deutliche Lücke in der Ausbildung empfunden und auch offen bemängelt.

„Denn in meiner Ausbildung hat das Wort Pflege nie irgendeine Bedeutung gespielt. Das ist sicherlich nicht richtig. Ich würde ihm aber auch nicht zu viel Bedeutung beimessen wollen. Aber mal z. B. an der Uni ein Seminar dazu zu machen und den

Blickwinkel dazu zu öffnen, sehe ich auf jeden Fall als wichtig. Es zumindest in der Ausbildung überhaupt mal gehört zu haben. Und zu überlegen, wie kann Pflege auch Unterricht werden. Und für welche Schüler ist das eben auch wichtig.“ (FL11, 13)

Insgesamt sehen die interviewten Förderschullehrerinnen einen deutlichen Bedarf, sich bereits während ihrer universitären Ausbildungsphase mit Inhalten einer behinderungsspezifischen Pflege auseinanderzusetzen und das Erlernte im Vorbereitungsdienst weiter zu vertiefen.

Dem Statement stimmen alle Schulleiterinnen zu und sehen diese Entwicklung mit Sorge. Sie gehen sogar so weit und sind der Ansicht, dass die Veränderung der Schülerschaft an der Förderschule FkmE aufgrund eines immer höher werdenden Anteils an Schülerinnen mit schwersten Behinderungen der Entwicklung von Ausbildungsinhalten diametral entgegenlaufe.

Pflege werde zu einem immer wichtigeren Thema, sowohl in der Quantität als auch in der Qualität. Daher müsse schon in der Ausbildung eine deutlich intensivere Auseinandersetzung damit stattfinden.

„Ja, das wissen sie, haben wir uns auch schön öfters unterhalten drüber, genau das ist eigentlich das was fehlt. Und ich glaube das ist auch das, was meine Kollegen sagen, was wir jetzt brauchen, wo wir uns auf Schule, also auch mühselig auf die Socken machen, uns da weiter zu qualifizieren.“ (SL4, 13)

Fünf der interviewten Schulleiterinnen haben in der Vergangenheit die Erfahrungen gemacht, dass gerade Lehramtsanwärter kein Wissen mehr im Bereich einer behinderungsspezifischen Pflege vorweisen könnten und die Pflege gleichermaßen nicht mehr als ihren Arbeitsbereich ansähen. Es sei folglich sehr schwierig geworden, Lehramtsanwärter überhaupt in der Schwerstbehindertenförderung einzusetzen.

„Ja, das würde ich unterstreichen und ich finde, dass es höchste Zeit wird das wieder zu thematisieren, weil gerade in der Ausbildung von Förderschullehrern meiner Ansicht nach viel, viel zu sehr der Akzent auf den Kopf gelegt worden ist und weniger klar gemacht worden ist, also ich meine in die Schule kommt ja das ganze Kind und bringt nicht nur seinen Kopf mit. Und gerade bei unseren Schülern ist das überhaupt das wichtige und ich sehe es auch in den Gesprächen mit den LAA's, ich muss die ja nun auch beurteilen, da ist das unter anderen auch immer wieder Thema. Ich höre dann auch zu Weilen „Das geht nicht, ich muss jetzt hier unterrichten“ oder so etwas, „kann mal XY kommen, der Hans oder Franz ist nass“. Das heißt ja nicht, dass man sich nicht Hilfe holen kann, aber wenn es so eine Haltung ist, dass es nicht zu seinem Aufgabenbereich gehört, dann ist das für mich also schon so, dass ich das etwas kritisch angucke und sage, ist dann der jemand richtig in seinem Beruf, wenn er das für sich ganz ablehnt.“ (SL13, 13)

Eine Schulleiterin sieht die Notwendigkeit, Pflege bereits in den Einführungsseminaren zu behandeln, damit angehende Förderschullehrerinnen die Möglichkeit erhielten, frühzeitig zu prüfen, ob sie sich die Arbeit im Bereich der Pflege überhaupt vorstellen könnten. Insgesamt sehen sich alle Schulleiterinnen als Anwältinnen der Bedürfnisse ihrer Schülerschaft und fordern

daher eine auf die Bedürfnisse abgestimmte Ausbildung potentieller Förderschullehrerinnen der Förderschule FkmE. Das gelte insbesondere für den Bereich Pflege. Darüber hinaus fordern sie für alle Förderschullehrerinnen der Förderschule FkmE Weiterbildungsmöglichkeiten in einer behinderungsspezifischen Pflege.

6.2.2 Pflegeverständnis

Ganz allgemein fassen Pflegekräfte den Begriff der Pflege sehr weit. Dabei orientiert sich der Inhalt der Pflege am ABEDL®-Strukturmodell. Für den schulischen Kontext werden von Pflegekräften im Zusammenhang von Pflege vor allem Toilettengänge, Ernährung, Hand- und Körperwäsche sowie An- und Auskleiden genannt. Besonders hervorgehoben werden Handlungen wie Sekret absaugen, Sondieren, Katheterisieren etc., die der medizinischen Behandlungspflege zuzuschreiben seien und nur von den Pflegekräften selbst ausgeführt werden dürften. Der Begriff Grundpflege wird von den interviewten Pflegekräften ungerne verwendet, da die Pflege aufgrund der unterschiedlichen Bedürfnisse der Schülerinnen nicht einheitlich gestaltet werden könne und für die Schülerinnen außerdem eine hohe Bedeutung habe. Deshalb sehen Pflegekräfte den Begriff Grundpflege eher abwertend. Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen unterscheiden dagegen zwischen der Grund- und Förderpflege. Bei der Grundpflege gehe es ihrer Meinung nach primär um die Befriedigung der körperlichen Bedürfnisse wie Sauberkeit, Sättigungsgefühl, Lagerung etc., die als Voraussetzung (Basis) für die Teilnahme am Unterricht gelten. Die Förderpflege ist ihrer Ansicht nach als eine Form der körpernahen pädagogischen Förderung zu werten.

„Also Pflege beinhaltet für mich zum einen die Grundversorgung der Schüler im Bereich Essen, Trinken, körperlicher Versorgung und Sauberkeitserziehung und alles was dazu gehört. Darüber hinaus ist es aber auch in der Förderpflege eben fester Bestandteil des Förderprogrammes für einen Schüler oder für diese Schülergruppe.“

(SL7, 17)

6.2.2.1 Subjektive Kriterien einer „guten“ schulischen Pflege

Das Unterthema basiert auf der Fragestellung, welche subjektiven Kriterien erfüllt sein müssen, damit die Pflege von Schülerinnen mit Pflegebedarfen in existentiellen Lebensbereichen sowie die Pflege der Schülerinnen mit Unterstützungs- oder Anleitungsbefehl als „gute“ Pflege im Sinne einer in den pädagogischen Kontext der Förderschule FkmE integrierten Pflege gelten kann.

Als Hauptkriterium einer guten Pflege im schulischen Kontext sehen Pflegekräfte eine ganzheitliche und wertschätzende Pflege jeder einzelnen Schülerin. Im Kern gehe es um die Beziehungsgüte während der Pflege sowie darum, die Schülerin mit ihren individuellen Bedürfnissen so anzunehmen, wie sie ist. Jede Pflegesituation sei zudem eine intime Situation, in der viele Schülerinnen sich den Pflegekräften mit ihren intimen Problemen anvertrauen.

„Das der Schüler spürt, dass ich jetzt nur für ihn da bin. Das ich nicht eine Versorgung mache mit Blick auf die Uhr, der nächste steht vor der Tür, sondern das ich nie aus dem Auge verliere und das auch wirklich immer mal wieder in mich kehre und versuche mir klar zu machen, dass es jetzt wirklich nur um diese Person geht.“

(PF10, 29)

Für ebenso wichtig erachten die interviewten Pflegekräfte die Förderung der Selbstständigkeit mit dem Ziel, dass Schülerinnen möglichst viele ihrer täglichen Pflegebedarfe entweder ohne Hilfe erledigen können oder die Kompetenz erlernen, diese anzuleiten. Die interviewten Pflegekräfte benennen im Vergleich zu den interviewten Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen folgende weitere subjektive Kriterien einer „guten“ Pflege deutlich differenzierter:

- Pflegen ohne Zeitvorgabe, da die Zeit von der jeweiligen Schülerin bestimmt werden sollte.
- Pflege muss in dialogischer Harmonie von Schülerin und Pflegekraft stattfinden.
- Die Möglichkeit zur Elternberatung und Elterngespräche über die Pflege ihrer Kinder.
- Pflege benötigt viel Einfühlungsvermögen und eine gute Beobachtungsgabe.
- Fortlaufende Überprüfung der Pflegemaßnahmen zur Einschätzung des aktuellen Bedarfs an Unterstützung, stellvertretender Übernahme und Hilfsmittelversorgung.
- Im Bedarfsfall sollte die Kooperation mit Ärzten, Eltern, Jugendämtern und Krankenkassen möglich sein.
- Für individuelles Wohlbefinden während der Pflege sorgen (durch Aromadüfte, Raumtemperatur, angenehmes Licht etc.).

Einigkeit besteht aus der Perspektive der Pflegekräfte darüber, dass die Pflege von Schülerinnen mit dauerhaftem Pflegebedarf im Gegensatz zur Krankenpflege keinen Pflegeprozessstandards folgen könne, sondern immer wieder individuell geplant, durchgeführt und evaluiert werden müsse, um der Heterogenität der Bedürfnislagen sowie den Sorgen und Ängste von Schülerinnen gerecht zu werden.

„Gute Pflege bedeutet für mich, dass man den Menschen individuell sieht, erst mal. In aller erster Linie, dass Pflege nicht nur eine Grundversorgung ist, das Pflege bedeutet Ängste und Sorgen zu erkennen, aber auch Wünsche und Bedürfnisse.“

(PF10, 21)

Von allen interviewten Förderschullehren benennen sieben ihre subjektiven Kriterien einer „guten“ Pflege. Pflege sollte demnach die Intimität der Schülerinnen während der Pflegesituationen wahren und zeitlich nach den individuellen Bedürfnissen der Schülerinnen gestaltet sein. Eine Förderschullehrerin äußert ferner, dass gerade die Essenssituation nicht primär dazu dienen sollte, die Schülerin „satt“ zu bekommen, sondern das gemeinsame Essen eine grundlegende Form des kulturellen Zusammenlebens darstelle und für Schülerinnen mit Pflegebedarf in diesem Bereich ebenso gestaltet werden sollte. Die Pflege von

Schülerinnen mit schwersten Behinderungen sollte nach Aussagen der sieben Förderschullehrerinnen generell als Förderpflege gestaltet sein. Deren inhaltliche Definition ist Gegenstand des folgenden Unterthemas.

Zehn der interviewten Schulleiterinnen, wie auch die interviewten Pflegekräfte, verweisen auf die Beziehungsgüte als ein Hauptkriterium „guter“ Pflege. Im Kern gehe es um den Aufbau einer elementaren, vertrauensvollen Beziehung, ohne die eine würdevolle pflegerische Begegnung in einer intimen Pflegesituation nicht möglich sei. Die Beziehung zwischen der jeweiligen Pflegekraft und den Schülerinnen stelle nach Ansicht der Schulleiterinnen die innigste Beziehung in der Schule überhaupt dar und biete einen Rahmen für ganz intime Problemlagen der Schülerinnen. Diese Beziehung sei daher entscheidend für das Gelingen einer „guten“ Pflege und unterscheide sich grundlegend von der Beziehung zwischen Förderschullehrerin und Schülerin, bei der immer auch eine Form der Autorität zu achten sei. Eine „gute“ pflegerische Versorgung der Schülerinnen habe nicht zuletzt primär die Funktion, dass Schülerinnen durch die Befriedigung existentieller Grundbedürfnisse am Schulleben überhaupt teilnehmen könnten.

„Ja, das kann man schon in Standards formulieren, also gute Pflege ist oft bei den Schülern eine Voraussetzung um überhaupt Unterricht zu ermöglichen, wenn jemand also schlecht gepflegt ist, in einem schlechten Pflegezustand ist, oder eben seine Bedürfnisse in Bezug auf Pflege nicht berücksichtigt werden, ob das nun jetzt nur eine vernünftige Essenssituation ist, vor dem Unterricht, oder ob das jetzt eine vernünftige Versorgung auf der Toilette, dann sind natürlich auch die Möglichkeiten am Unterricht teilzunehmen beeinträchtigt, weil da ist, dann fühlt er sich unwohl, sag ich jetzt mal, mit einer nassen Windel kann man nicht Höchstleistung bringen oder wenn man dringend zur Toilette muss und es ist keine Zivi da, ist das auch eine schlechte Bedingung für den Unterricht.“ (SL5, 7)

Eine „gute“ Gestaltung von Pflegemaßnahmen sei außerdem dadurch gekennzeichnet, eine fachlich korrekte Ausübung der einzelnen Handlungen, insbesondere bei der medizinischen Behandlungspflege sicherzustellen.

Zudem verweisen die Schulleiterinnen auf die Notwendigkeit einer gleichgeschlechtlichen Pflege, die mindestens ab der Mittelstufe durchgängiges Prinzip sein sollte, nach Möglichkeit generell, sofern die strukturellen Rahmenbedingungen dies zuließen. Jedoch wird auch deutlich, dass Förderschullehrerinnen sowie Schulleiterinnen die Kriterien einer „guten“ Pflege überwiegend für die Pflege von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen aufstellen.

6.2.2.2 *Verständnis von Förderpflege*

Das Unterthema ist mit der Frage verknüpft, wie der Begriff ‚Förderpflege‘ im schulischen Kontext und Konzept inhaltlich gefüllt wird bzw. was von den interviewten Pflegekräften, Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen allgemein darunter verstanden wird.

Die Pflegekräfte verstehen ‚Förderpflege‘ überwiegend als eine die Grundversorgung erweiternde Pflege, die die oben genannten Kriterien einer „guten“ Pflege einschließt. Im Kern gehe es um die Förderung der Selbstständigkeit, im Sinne einer Vorbereitung der Schülerinnen auf ein nachschulisches Leben in größtmöglicher Autonomie.

„Förderpflege in erster Linie, das man zuschaut die Schüler so viel wie möglich selbstständig machen zu können, in der Pflege. Ob es jetzt das Pampers ausziehen, oder beim kathetern, also größtmögliche Selbstständigkeit halt den Schülern beizubringen, damit sie eben nachher, wenn sie mal nicht mehr in der Schule sind und in ihrem Berufsleben sich besser behaupten können, besser versorgen können.“

(PF13, 29)

Entgegen dem Verständnis von ‚Förderpflege‘ bei Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen definieren Pflegekräfte die ‚Förderpflege‘ weniger als eine konzeptgeleitete Förderung der Schülerinnen. Vielmehr stellen sie die Berücksichtigung individueller Ausgangslagen und Lernziele der Schülerinnen inhaltlich in den Fokus von ‚Förderpflege‘. Dabei seien nach Aussage einer Pflegekraft besonders die Ressourcen sowie die individuelle Anamnese bezüglich der bisherigen Pflegeerfahrungen der jeweiligen Schülerin als förderndes Moment zu beachten.

„Förderpflege bedeutet für mich in einem Team den, praktisch zusammen, also ein Team was hier arbeitet, was an dem Schüler arbeitet, mit dem zusammen erst einmal eine, ja praktisch die Vergangenheit beleuchten, eine Anamnese wollte ich gerade sagen, eine Anamnese zu machen. Zu gucken und zu sammeln, was für Ressourcen vorhanden sind, die Ressourcen nutzen und auf den Ressourcen bauen um dem Schüler, das was wir hier fördern können auch mitzugeben, wenn er dann nach zehn Jahren, oder mit achtzehn die Schule hier verlässt.“

(PF10, 35)

Ganz allgemein geht es Pflegekräften bei der Pflege im Sinne einer ‚Förderpflege‘ um das Wohlbefinden vor allem von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen. Diese sollten sich angenommen, wohl und geborgen fühlen.

Die Schülerinnen sollten das Gefühl haben, in der Pflege ein Stück weit ihrem Alltag, der ihnen nach Ansicht der Pflegekräfte viel abverlange, entfliehen zu können und die Pflege genießen. Dabei orientieren sich die Pflegekräfte offensichtlich an ihrem ‚Bauchgefühl‘ und weniger an wissenschaftlich begründeten Konzepten der Förderung.

Die Untersuchung zeigt, dass der Begriff ‚Förderung‘ von allen interviewten Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen geradezu inflationär für jegliche nicht unterrichtliche Aktivitäten im Schulleben genutzt wird, ohne dabei inhaltlich definiert zu sein. Für den Begriff der ‚Förderpflege‘ scheint dies ebenso zu sein.

„Ja eigentlich das was unter Förderpflege verstanden wird. Nicht nur die reine pflegerische Tätigkeit, sondern alles was damit da zugehört. Wahrnehmungsförderung, und, und, und. Kommunikation natürlich, Beziehungsaufbau.“

(SL10, 27)

Die Bereiche Pädagogik und Förderung werden laut Aussagen der Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen als untrennbares und reziprokes Begriffspaar bezeichnet. Begründet

wird dies unter anderem auch dadurch, dass die Schulform Förderschule eine Trennung unmöglich mache und somit alle Bereiche an der Förderschule FkmE pädagogisch-förderlich ausgerichtet seien. Gleichzeitig fällt es den Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen schwer, eine Trennung von Pädagogik und Pflege vorzunehmen, sofern ein erweitertes Pflegeverständnis entsprechend den Kapiteln 2 und 3 zugrunde gelegt wird.

„Also für mich ist es einfach ein Begriff der deutlich macht, dass Pflege nichts ist was für sich genommen, unabhängig von allem anderen existiert, sondern das es einfach eingreift in ganz viele andere Dinge die in Schule stattfinden. So ist ähm, ist auch ein Teil der Förderpläne, die ja ganz viele Facetten des Schülers jeweils beinhalten, kann auch ein Anteil von entsprechender Pflege sein. Sinnvoll ist, da irgendwelche Ziele zu formulieren. Also von daher ist es für mich einfach nur ein Auszug, es existiert nicht irgendwo, sondern es ist ein Teil von Schule.“ (SL10, 33)

Für das Begriffspaar Pflege und Förderung zeigt sich als Ergebnis deutlich, dass jegliche Erweiterungen der funktionalen Grundversorgung aus der Perspektive von Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen als Förderpflege zu verstehen sind. Genannt werden in diesem Zusammenhang vor allem die übergeordneten Förderbereiche wie Kommunikationsförderung, Bewegungsförderung, Emotionalität, Körpererfahrung, basale Körpererfahrung, Sozialverhalten etc.

„Also bei uns in der Schule ist Pflege eigentlich immer Förderpflege und von daher fester Bestandteil der Förderung, der individuellen Förderung des Kindes. Da geht es um Kommunikationsförderung, um Aufbau eines Vertrauensverhältnis, dann um, auch bei der Pflege, oder in die Pflege wird mit einbezogen Stimulation, Kommunikation, Anbahnung des Sprechens oder der Lautbildung und Einbeziehung in motorisches Training, Eigenerfahrung, Körpererfahrung der Schüler.“ (SL7, 21)

Eine interviewte Schulleiterin stellt den Bezug zwischen der ‚Förderpflege‘ und deren Begründern, TROGISCH und TROGISCH (2004), her. Sie sieht den Begriff mittlerweile als etabliert, jedoch gleichzeitig als undefiniert an.

Insgesamt sehen die befragten Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen in der Förderpflege einen integralen Bestandteil des Gesamtkonzepts einer Förderschule FkmE. Die ‚Förderpflege‘ stelle allein durch die Begrifflichkeit selbst ein Erfordernis in der Pflege von Schülerinnen mit körperlichen und motorischen Behinderungen dar. ‚Förderpflege‘ wird von den Befragten fast durchgängig tautologisch definiert, *als Pflege, die immer auch Förderung ist*.

Auf die Nachfrage hin, inwieweit sich der Begriff konkret inhaltlich und differenzierter füllen lässt, ergeben sich von sieben der befragten Schulleiterinnen folgende Einzelaussagen, nach denen ‚Förderpflege‘ ...

- ein Forum zur Selbstständigkeitserziehung biete,
- Mitbestimmung bei den Pflegehandlungen bedeute,
- eine Möglichkeit darstelle, über den Körper mit der jeweiligen Schülerin zu kommunizieren,

- kleine Entwicklungsschritte ermögliche,
- die Erfüllung ganz individueller Wünsche in der Pflege berücksichtige (z. B. Ganzkörpermassage mit der Lieblingslotion),
- eine Pflege losgelöst von zeitlichen Begrenzungen bedeute,
- eine Form der basalen Bildung bedeute,
- eine neue Stimulation biete, bei der sich Schülerinnen auf basaler Ebene neu erleben könnten,
- sowie die Möglichkeit biete einen elementaren Zugang zur Schülerin aufbauen zu können.

Sechs der interviewten Förderschullehrerinnen ergänzen auf Nachfrage ihre konkrete inhaltliche und differenzierte Vorstellung von ‚Förderpflege‘ nochmals durch die nachstehenden Einzelaussagen, nach denen ‚Förderpflege‘...

- nur durch die Kooperation von Förderschullehrerinnen und Pflegekräften verwirklicht werden könne,
- die Gestaltung einer atmosphärisch angenehmen Essenssituation bedeute (z. B. einer Schülerin, die in der Regel durch die Sonde ernährt wird, Geschmackserlebnisse zu ermöglichen)
- und Schülerinnen mit ausschließlich ganz basalen Kommunikationsmöglichkeiten das Gefühl des ‚Mitbestimmens‘ vermitteln könne.

Allgemein kann zusammengefasst werden, dass ‚Förderpflege‘ für alle befragten Experten eine erweiterte Pflege im Rahmen der Grundpflege darstellt. Fördernde Momente sind gekennzeichnet durch additive Förderangebote sowie eine ethisch-moralische Grundhaltung, die die spezifischen Bedürfnisse von Schülerinnen mit Pflegebedarf in den Mittelpunkt stellt. Begründet wird die Förderung in der Pflege durch die geltenden Förderbereiche der Förderschule FkmE. Die inhaltliche Füllung richtet sich übergeordnet stark nach den Konzeptinhalten der basalen Stimulation nach FRÖHLICH (2003), wird allerdings ebenfalls durch persönliche Anliegen an eine fördernde Pflege gefüllt.

6.2.3 Rahmenbedingungen, Organisation und konkrete Gestaltung schulischer Pflege

Um die strukturellen Rahmenbedingungen der schulischen Pflege zu erfragen, musste zunächst ein gemeinsames, grundlegendes Verständnis schulischer Pflege als Basis geschaffen werden, wie in Kapitel 6.2.2 dargestellt. Gegenstand dieses Themenbereichs ist die Fragestellung, welche schulkonzeptuellen, personellen, zeitlichen und räumlichen Strukturen an Förderschulen FkmE für die Pflege bereitstehen und wie diese durch die interviewten Experten bewertet werden. Daran schließt sich die Frage an, wie die Pflege auf der Grundlage dieser Rahmenbedingungen aktuell gestaltet wird.

Die strukturellen Rahmenbedingungen sind eng miteinander verflochten und bedingen sich gegenseitig. Auch haben sie starken Einfluss auf die anderen Themenbereiche der schulischen Pflege, die Gegenstand der vorliegenden Studie sind.

Die Rahmenbedingungen werden daher in den folgenden Themenbereichen immer wieder als relevantes Moment genannt.

6.2.3.1 Schulkonzeptuell

Hier stimmen die Aussagen der Schulleiterinnen überwiegend mit den Ergebnissen aus der Studie von KLAUB/LAMERS/JANZ (2005) überein. In diesem Sinne sehen die interviewten Schulleiterinnen die Zuständigkeit für die Pflege auch hier gleichermaßen auf alle Professionen und Hilfskräfte verteilt. Pflege sei somit ein Thema aller am Schulleben beteiligten Fachkräfte. Dies widerspricht jedoch den Ergebnissen der Teilnehmenden Beobachtung in der vorliegenden Untersuchung. Danach wurden Schülerinnen bis auf eine Ausnahme ausschließlich von Hilfspersonal und Pflegekräften gepflegt.

Neun der interviewten Pflegekräfte empfinden die Pflege an der Förderschule FkmE als konzeptuell immer noch hierarchisch den sonstigen Aufgabenbereichen unterstellt. Dies werde häufig allein durch einen Blick in das Schulprogramm / -konzept deutlich, wo die Pflege als letzter Bereich aufgeführt werde. Dies sei hingegen nicht weiter schlimm, wenn sich diese Hierarchie nicht auf der Ebene der interdisziplinären Kommunikation niederschläge.

„Und ja vielleicht auch der gegenseitige Respekt vor den Berufsgruppen. Das das, weil eben gerade die Pflegekräfte, nicht nur die Krankenschwestern, bei uns geht es teilweise noch, aber auch die Praktikanten und die Zivis, die einen Großteil der Arbeit machen, doch sehr an den Rand geschoben werden. Da fehlt für mich so ein bisschen der Respekt vor der Arbeit die die leisten.“ (PF2, 69)

Die Pflegekräfte werden nach ihren Aussagen häufig als reiner Pflegedienst wahrgenommen und im Schulkonzept so eingestuft. Dies verhindere jedoch die Integration von Pflegekräften als gleichberechtigte Mitglieder in das Gesamtteam der Förderschule FkmE. Durch die Überwindung dieser Denkhaltung und die schulkonzeptuelle Verankerung einer Gesamtverantwortung aller Mitarbeiterinnen für den Bereich Pflege könnte sich die Zusammenarbeit hin zu mehr Transdisziplinarität und Kompetenztransfer positiv entwickeln.

„Das hat ja auch immer was mit Motivation zu tun. So ne, wie engagiere ich mich auch für meinen Arbeitsplatz. Und das wird ja schon sehr arg zurückgeschraubt durch Bezahlung oder durch strikte Trennung, wenn jeder so mit dem Hintergrund arbeitet, „das ist dein Aufgabenbereich, das ist meiner, mach du das, dafür bin ich nicht zuständig.“ (PF8, 28)

Die von den Pflegekräften geforderte Entwicklung hin zu einer Gesamtverantwortung aller Mitarbeiterinnen werde sich laut ihren eigenen Vorhersagen zwangsläufig ergeben. So werde die Nachfrage nach den Fachkenntnissen und Handlungskompetenzen von Pflegekräften

aufgrund der Zunahme von Schülerinnen mit erhöhtem Pflegebedarf in Zukunft immer weiter zunehmen. Dies sei mittlerweile deutlich ins Bewusstsein der Förderschullehrerinnen gerückt.

„Wir sind viel mehr gefragt, wir werden viel mehr gebraucht. Das ist mittlerweile vielen bewusst und es ist ganz klar abgegrenzt, wir haben natürlich Kompetenz, gute Kompetenz und gutes Fachwissen in dieser Lobby erarbeitet, eine gute Organisation, und ich denke dass das so mit ein Grund ist, warum sich das so entwickelt hat.“

(PF10, 19)

Vier der interviewten Pflegekräfte berichten, dass sie konzeptuell in Klassen integriert seien, in denen hauptsächlich Schülerinnen mit schwersten Behinderungen unterrichtet würden. Sie übernahmen zwar überwiegend pflegerische Aufgaben, hätten jedoch aufgrund dieses Konzepts die Möglichkeit, auch an den anderen Aktivitäten der Schülerinnen teilzunehmen. Dadurch könnten sie sich ein umfassendes Bild von den Bedürfnissen der Schülerinnen machen. Die Erfahrungen fließen dann wieder in die Pflegegestaltung ein. Zudem sei es den Pflegekräften durch den kontinuierlichen engen Kontakt zu den Schülerinnen möglich, die Pflege auf viele andere Bereiche gemäß den ABEDL®-Bereichen auszuweiten, etwa den Bereich der Nahrungsaufnahme. Auf diese Weise haben diese Pflegekräfte ihre Stammklassen und übernehmen jeweils nach Bedarf pflegerische Aufgaben in anderen Klassen. Die klassenübergreifenden Aufgaben sind gekennzeichnet durch Anleitung, Einweisung oder Beratung des Hilfspersonals und Lehrerinnen in pflegerischen Belangen.

„Also im Großen und Ganzen finde ich die Pflege und die Organisation überhaupt fast optimal. Weil die Pflegekräfte in den Klassen mit integriert sind, wir haben auch gewisse Pflegezeiten wo man dann halt die Schüler separat versorgen muss. Das ist ein Miteinander zwischen, überwiegend, zwischen Lehrern und Pflegekräften und Schülern. Ich würd jetzt sagen das ist eigentlich Spitze, ja.“

(PF13, 21)

Den interviewten Schulleiterinnen sowie dreien der interviewten Förderschullehrerinnen ist das Thema Pflege im Zuge der Anfragen zur Interviewerhebung noch einmal deutlich ins Bewusstsein gerückt. Innerhalb der Interviews schildert der Großteil der Befragten einen erheblichen Nachholbedarf in der konzeptuellen Verankerung der Pflege im schulischen Kontext. Dies wird vor allem vor dem Hintergrund einer stetigen Zunahme der Beschulung von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen so gesehen. An der Förderschule FkmE muss nach Ansicht der Schulleiterinnen ein Umdenken in der Gestaltung der Pflege zugunsten der veränderten Schülerschaft vollzogen werden. Pflege stelle heute einen unabdingbaren Teil des gesamten Schullebens an der Förderschule FkmE dar.

„Also man merkt einfach ganz klar äh, das bei der Zunahme der der komplexen Behinderungen, Pflege ein unabdingbarer Teil ist. Das war früher nicht so. Und deshalb hat sich das einfach insgesamt in Schule stark verändert.“

(SL10, 21)

„Und da gibt es halt, bei uns an der Schule ist da so eine Diskussion im Kollegium gerade in Gange, weil natürlich ist es klar bei uns die Veränderung in der Hinsicht,

der Schülerinnen mit einer Schwerstbehinderung, nimmt immer mehr, also die Zahl nimmt einfach zu und es gibt eine Veränderung einfach. Und die Diskussion, ob Pflege jetzt Teil des Unterrichts ist, stützt sich dann auf der einen Seite, wenn es Teil des Unterrichtes ist muss es Personell auch so, also die Klasse ausgestattet sein, dass es möglich ist. Weil ich kann nicht Pflegen und niemand ist in der Klasse und hat die zehn anderen Schüler da dann da sitzen. Das geht halt nicht.“ (FL13, 21)

Im Zuge dieser Feststellung wird seitens der interviewten Schulleiterinnen abermals auf die personellen, räumlichen und sächlichen Rahmenbedingungen verwiesen, die weiter unten Gegenstand der Studie sind.

„Also da nimmt es ganz deutlich zu, heißt, wir müssen an Schule unbedingt gucken, mit räumlichen, sächlichen und personellen Ressourcen, entsprechend umzugehen, um auf diese veränderte Schülerschaft eingehen zu können.“ (SL2, 20)

Eine Schulleiterin sieht den Ursprung der aktuellen Problematiken an Förderschulen FkmE im Bereich der konzeptuellen Verankerung von Pflege zunächst auf den übergeordneten Ebenen der Schulträgerschaften sowie der schulgesetzgebenden Institutionen. Solange die rechtsverbindlichen Vorschriften, Regelungen und Verordnungen für den Schulbetreib an Förderschulen FkmE nicht explizit den Bereich der schulischen Pflege mit aufnahmen, habe sie gegenüber ihren Mitarbeiterinnen Legitimationsprobleme, die Zuständigkeiten und Gestaltungsmerkmale schulischer Pflege auf der Schulebene zu verankern.

„Also das erste Problem, woraus sich dann natürlich andere entwickeln, ist das die Absicherung der Pflege, aber das ist bei der Therapie nicht anders, hier in Nordrhein-Westfalen, nicht im Schulgesetz oder in der AO-SF oder sonst wie, abgesichert ist, und dann der Schulträger ja dort eine Aufgabe übernimmt, die nicht, also die man nicht von der Hand weisen kann, die einfach da ist, aber nicht irgendwo gesetzlich dazu verpflichtet ist, und daher eben auch keine Standards für diesen Bereich sind [...].“ (SL5, 33)

Zwei der befragten Schulleiterinnen äußern an dieser Stelle der Interviews aktuell keine Schwierigkeiten in der konzeptuellen Gestaltung schulischer Pflege an ihrer Förderschule und begründen dies mit einem reibungslosen Ablauf der Pflege an ihrer Schule. Der Großteil der interviewten Förderschullehrerinnen äußert sich nicht zu den schulkonzeptuellen Rahmenbedingungen oder verweist entweder auf die Schulleitung oder das Pflegepersonal.

6.2.3.2 Personell

Zu Beginn wurde erfragt, wie sich das für die Pflege beschäftigte Personal an der Förderschule FkmE zusammensetzt. Generell werden die beschäftigten Fachpflegekräfte, als freiwillige Leistung gegenüber den Förderschulen FkmE, durch den Schulträger gestellt.

Der Bemessungsschlüssel für das Pflegepersonal liegt derzeit unabhängig von den individuellen Pflegebedarfen der Schülerinnen bei 1 Pflegekraft zu 50 Schülerinnen der Förderschule FkmE. Hinzu kommen je nach Angebot und Zuweisung 5 bis 15 Hilfskräfte (junge

Frauen und Männer im BFD, Praktikantinnen und ehemals Zivildienstleistende) sowie eine individuelle Anzahl an Integrationshelferinnen und jungen Frauen und Männern in der individuellen Schwerbehindertenbetreuung (ISB). Weiterhin soll zu diesem Unterthema exploriert werden, wie sich die Zuständigkeiten für den Bereich Pflege gestalten.

Drei der interviewten Pflegekräfte beziehen sich auf ihr ehemaliges Arbeitsverhältnis als Krankenpflegerin im Krankenhaus und bewerten die personelle Situation in der Pflege an der Förderschule FkmE nahezu als „paradiesisch“. In Zusammenarbeit mit den Hilfskräften hätten sie pro Pflegestelle deutlich weniger Menschen zu versorgen als im Krankenhausbetrieb. Sie seien daher zufrieden mit der aktuellen personellen Situation. Es könnte zwar noch besser sein, aber dies sei bei ihrem Vergleich purer Luxus.

Die knappe personelle Besetzung der Pflege stellt für elf der befragten Pflegekräfte eine desolante Situation dar. Nicht zuletzt scheiterten viele Vorhaben im Bereich einer pädagogisch orientierten Pflege (intensive Förderpflege, aktivierende Pflege, Wahrnehmung von beratenden Tätigkeiten etc.) an der Unterbesetzung im Pflegebereich.

„Ich meine, wir sind fünf Krankenschwestern hier für 260 Schüler.“ (PF1, 39)

Diese elf Pflegekräfte sind nach eigenen Aussagen allein mit der Versorgung der Schülerinnen in Belangen der medizinischen Behandlungspflege mehr als ausgelastet. Die wichtigste Säule in der Gewährleistung der Grundversorgung von allen Schülerinnen mit Pflegebedarf stellten daher die Hilfskräfte dar. Da die Hilfskräfte in der Regel jedoch nur auf ein Jahr befristet an der Förderschule FkmE beschäftigt würden, ergebe sich eine erhebliche Fluktuation an Hilfskräften, was wiederum zu Problemen durch eine Häufung von Anlern- bzw. Einweisungsphasen führe. So benötigten Hilfskräfte während ihres durchschnittlich einjährigen Arbeitsverhältnisses eine mindestens einmonatige Einarbeitungsphase, in der sie allerdings lediglich die allernötigsten Kompetenzen erwerben könnten, die für eine Grundversorgung minimaler Standard seien. Darüber hinaus seien die Hilfskräfte in ihren Voraussetzungen unterschiedlich geeignet, um in der Pflege tätig zu sein. Krankheitsausfälle oder andere Verpflichtungen der Hilfskräfte bedingten außerdem häufig Engpässe in der Versorgung der Schülerinnen. Aus diesem Grund werden die personellen Rahmenbedingungen der Pflege als äußerst fragil beschrieben und es wird mehr transdisziplinäre Zusammenarbeit vor allem mit dem pädagogischen Personal gefordert.

„Momentan sehr arbeitsreich, weil wir sehr viele Schüler haben die Pflege benötigen. Sehr viele Joker die momentan ausgefallen sind oder zu Zeit ausfallen. Und da haben wir momentan ein großes Problem, einen großen Diskussionsbedarf mit den Pädagogen, dass wir das halt sehr schön interdisziplinär Arbeiten wollen, den Anspruch haben wir nämlich. Und das heißt dass Alle uns auch bei der Pflege unterstützen.“ (PF12, 19)

Für eine Pflegekraft hatte sich die personelle Situation deutlich verbessert, nachdem sie mit der Schulleitung und den Förderschullehrerinnen in einen offenen Diskurs getreten war und

ihre Forderungen nach mehr Zusammenarbeit von Pflegekräften und Pädagoginnen geäußert hatte. Die personelle Situation stelle sich nach ihren Aussagen zwar immer noch nicht als vollends befriedigend dar, hingegen gestalte sich die Kommunikation zwischen dem pädagogischen Personal und den Pflegekräften seitdem deutlich positiver. Durch den Anstoß habe sich eine Kultur des gegenseitigen Respekts und der Achtung vor der Arbeit des Anderen entwickelt und somit eine verbesserte Ausgangslage für weitere Entwicklungen.

„Wir sind viel mehr gefragt, wir werden viel mehr gebraucht. Das ist mittlerweile vielen Bewusst und es ist ganz klar abgegrenzt, wir haben natürlich Kompetenz, gute Kompetenz und gutes Fachwissen in dieser Lobby erarbeitet, eine gute Organisation, und ich denke dass das so mit ein Grund ist, warum sich das so entwickelt hat.“

(PF10, 19)

Die Hilfskräfte der Förderschule FkmE werden von Förderschullehrerinnen als Pflegepersonal bezeichnet. In diesem Zusammenhang benennen auch sie die von den Pflegekräften bereits beschriebene personelle Situation im Bereich der Hilfskräfte als gravierend. Die starke Fluktuation der Hilfskräfte im Bereich der Pflege wirke sich auf die emotionale Bindung zwischen Schülerin und Hilfskraft aus. Demzufolge ergäben sich spätestens nach einer einjährigen Phase des Beziehungsaufbaus zwangsläufig Brüche.

Der langwierige Prozess des Aufbaus einer vertrauensvollen Beziehung zu den Hilfskräften müsse von Schülerinnen immer wieder neu geleistet werden.

„Weil unsere Pflegekräfte, wenn die drin sind und diese Beziehungsebene nach 9 Monaten oder 1 Jahr Jahrespraktikum aufgebaut ist, dann sind die wieder weg. Dann haben wir die zwar ausgebildet, aber wir profitieren im Prinzip im Team nie davon. Sondern kriegen den Nächsten. Im Prinzip ist ja diese Position nicht qualifiziert besetzt. Heilerziehungspfleger sind aber diese Personen quasi. Meine ich.“ (FL8, 44)

In den Interviews der Förderschullehrerinnen wird deutlich, dass für sie die Fachpflegekräfte für die medizinische Behandlungspflege zuständig seien, da sie diese selbst nicht übernehmen dürften. Für die Grundversorgung der Schülerinnen seien die Hilfskräfte zuständig. Förderschullehrerinnen selbst übernahmen die Pflege hauptsächlich bei personellen Engpässen. Sie begründen dies damit, dass sie sich nicht „zerteilen“ könnten. Es gäbe nur zwei Möglichkeiten bei einer Entscheidung: Entweder sitzen zehn Schülerinnen alleine in der Klasse und die Förderschullehrerin ist mit einer Schülerin in der Pflege oder zehn Schülerinnen erhalten ihren Unterricht und eine Schülerin wird entweder während der Pause gepflegt oder die Pflege wird an das Hilfspersonal oder die Pflegekräfte delegiert.

„[...] Auf der anderen Seite gibt es Kolleginnen die einfach auch sagen, ok wir brauchen mehr Hilfskräfte, also Pflegekräfte die uns unterstützen in der Zeit. Da, das kollidiert natürlich dann mit der Überlegung, wenn Pflege Teil des Unterrichtes ist sind diese Pflegekräfte nicht ausgebildet zum Unterrichten, so. Also das ist so im Augenblick im Kollegium auch die Diskussion gerade ist.“ (FL13, 21)

Eine Förderschullehrerin stellt deutlich klar, dass die personelle Besetzung mit Pflegekräften eine freiwillige Leistung des Schulträgers sei, ohne die die Beschulung von Schüle-

rinnen mit existentiellern Pflegebedarf kaum möglich erscheine. Würden dann noch die Hilfskräfte wie FSJler oder Praktikanten fehlen, würde das System Förderschule FkmE kippen.

„Ja dann müssten wir Lehrer die Pflege übernehmen. Müssen unter Umständen, wenn die Klasse einzeln besetzt ist, für eine Fernaufsicht oder eine andere Möglichkeit sorgen, und müssten dann die Pflege machen. Wenn das nicht möglich wäre, dass die Schüler beaufsichtigt sind und die im Alter noch nicht so weit sind, dass man sagen kann „So ich gebe Euch jetzt was zum Arbeiten, ich bin gleich zurück“, dann könnte die Pflege nicht stattfinden. Dann müsste das Kind unter Umständen warten, bis sich irgendwo mal ein Zeitpunkt ergibt, wo das machbar ist. Die Kinder, die sondiert oder katheterisiert werden könnten schon allein nicht beschult werden, wenn wir die Krankenschwestern nicht hätten.“ (FL10, 34)

Die interviewten Schulleiterinnen bewerten die Situation der Pflege durch die Hilfskräfte ähnlich wie bereits die Pflegekräfte und Förderschullehrerinnen. Allerdings fügen sie hinzu, dass es als äußerst problematisch anzusehen sei, dass Hilfskräfte die überwiegende Zeit ihres Einsatzes an der Förderschule FkmE mit der Grundpflege von Schülerinnen verbrächten und fragen sich, worin sich der Erfahrungs- und Lernwert für die jungen Menschen zeigen solle. Zudem reiche der Erfahrungswert der jungen Menschen den Schulleiterinnen nicht aus, um die intimen Pflegesituationen als solche zu gestalten, da dies sowohl für die Schülerinnen als auch für die Hilfskräfte als zu belastend empfunden werden könne.

„[...] Und wenn, also ich habe fünf Wickelkinder in der Klasse, wenn ich den Zivi jetzt fünfmal zweimal wickeln lasse, ist er zehnmal zugange mit Wickeln, ich finde das ist auch für einen jungen Menschen nicht so okay, den halben Vormittag auf dem Klo zu verbringen.“ (SL2, 23)

„Ja, die Erfahrungen fehlen. Von daher sind die häufig bei den jüngeren Schülern, ganz toll einsetzbar, und engagieren sich aber, oder auch bei den Schwerstbehinderten. Wir fragen das immer ab, wer in einer Schwerstbehindertenklasse arbeiten möchte, gerade bei den jungen Menschen, weil da oft doch sonst auch Ängste und Berührungängste bestehen. Ja, das kann ich dazu sagen, also wir haben schon, wir sind so mit der Situation nicht zufrieden.“ (SL7, 29)

Dem entgegenstehend werden von Schulleiterinnen neben den Fachpflegekräften hauptsächlich die Hilfskräfte als das Pflegepersonal bezeichnet, das die Hauptlast der Pflege an der Förderschule FkmE trage. Lediglich in den unteren Klassen werde die Pflege gleichermaßen von Förderschullehrerinnen übernommen. In den oberen Klassen könne die Pflege den Förderschullehrerinnen erstens aufgrund des körperlichen Gewichts der Schülerinnen nicht mehr zugemutet werden, zweitens nähmen die Pflegebedürfnisse der älteren Schülerinnen häufig zu und überschritten die Kompetenzen der Förderschullehrerinnen.

Eine weitere Schulleiterin beschreibt die derzeitige Situation ebenfalls als sehr fragil. Es dürfe niemand erkranken oder sonst irgendwie ausfallen, da sonst die gesamte Planung des Tagesablaufs auf den Kopf gestellt würde. Er sieht die Lösung in einem Wandel von einem

multidisziplinären Gesamtkollegium hin zu multidisziplinären Klassenteams, in denen generell eine Förderschullehrerin, eine Fachlehrerin und eine Heilerziehungspflegerin arbeiteten. In dem Fall könnte die bestehende Heterogenität der Schülerinnen in den Klassen bestehen bleiben und auf die individuellen Bedürfnisse der Schülerinnen könnte adäquat reagiert werden.

„Und das heißt, da ist ein Sonderschullehrer, da ist ein Fachlehrer und idealerweise ist in einem Klassenteam ein Heilerziehungspfleger. Jetzt ist in einem Klassenteam dann zum Beispiel ein halber Zivi, ja. Und ich würde mir aber wünschen, dass man tatsächlich so in einem multiprofessionalen Team sein Förderarrangement absprechen kann und einrichten kann. Und das würde ich idealerweise wirklich mit professionellen langjährigen Pflegekräften gerne machen.“ (SL4, 27)

Auf eine gleichgeschlechtliche und altersangemessene Pflege werde laut Aussagen von zweien der interviewten Schulleiterinnen besonderer Wert gelegt. Eine dieser Schulleiterinnen beschreibt die aktuelle Pflegesituation als durchweg positiv und begründet dies mit dem Engagement, das in die Kooperation aller Mitarbeiterinnen untereinander fließe. Die Pflege werde an ihrer Förderschule mit allen beteiligten Fachkräften zu Beginn des jeweiligen Schulhalbjahres gemeinsam entsprechend den aktuellen Pflegebedarfen der Schülerschaft geplant und Zuständigkeiten würden gemeinsam ausgehandelt.

6.2.3.3 Zeitlich

Die zeitlichen Rahmenbedingungen für die Pflege können als allgemeines Hindernis einer pädagogisch orientierten Pflege verstanden werden. Im Zeitbudget der Tagesstruktur einer Förderschule FkmE nimmt die Unterrichtsgestaltung eindeutig den dominierenden Faktor ein. Die zeitliche Gestaltung der Pflege ist dem deutlich untergeordnet. Dies wird von allen interviewten Mitarbeiterinnen aller Perspektiven so bewertet. Vor allem die immer noch vorherrschende 45 Minuten Tagesstruktur mit festen Pausenzeiten mache eine flexible bedürfnisorientierte Gestaltung von Pflege und Pädagogik in einem konstruktiven Miteinander fast unmöglich. Jedoch finden sich auch dort Relativierungen. So beschreibt der Großteil der Interviewten, dass sie trotz eines klar definierten und strukturierten Tagesablaufes die Gestaltung der Pflege voranstellen würden, wenn sich die Notwendigkeit aus der Bedürfnislage einzelner Schülerinnen ergäbe.

„Das können wir eigentlich individuell bestimmen. Die Zeit die der Schüler braucht kriegt der. Da wir jetzt zum Beispiel auch ein bestimmtes Pflege team, wir haben bestimmtes Kontingent an Pflegepersonen, und wenn wir wissen der Schüler braucht mehr Zeit, dann wird das halt in die Planung mit eingerechnet und die anderen helfen dann entsprechend aus. So bemühen wir uns, und meistens klappt halt eben auch.“ (PF 13, 37)

Die reine Grundpflege und die medizinische Behandlungspflege sind innerhalb der zeitlichen Ressourcen laut Aussage der Pflegekräfte zwar umsetzbar, jedoch könne die konkrete Gestaltung auf der Basis des Selbstverständnisses einer „guten“ Pflege (vgl. Kapitel

6.2.2.1), die die emotionalen Bedürfnisse der Schülerinnen mit einbeziehe, aufgrund der zeitlichen Ressourcen häufig nicht erfolgen. Wegen des Zeitmangels ergibt sich für die interviewten Pflegekräfte zusätzlich das Problem, dass sie die Schülerinnen ihrer Meinung nach viel zu selten außerhalb der Pflegesituationen erleben und es ihnen dadurch erschwert wird, die Lebenswelt der Schülerinnen in die Pflege mit einzubeziehen.

Als belastend werden von den Pflegekräften erstens außerplanmäßige Pflegeeinsätze empfunden, beispielsweise Notfälle bei Epilepsien, wenn Schülerinnen trotz akuter Erkrankungen die Schule besuchen etc. Zweitens wird es als belastend empfunden, wenn akute Pflegebedarfe mehrerer Schülerinnen kumuliert auftreten. Verstärkt werde diese Belastung durch das Bereitschaftstelefon, das viele der befragten Pflegekräfte stets mit sich führten.

Aus der Perspektive der Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen stellen die Verpflichtungen aus den Lehrplänen und Richtlinien das markanteste Zeithindernis in einer bedürfnisgerechten Gestaltung der individuellen Lernwelten und des Schullebens allgemein dar.

Die Unterrichtsangelegenheiten müssten „ohne Rücksicht auf Verluste“ (im Sinne des Verzichts auf individuelle Bedürfnisse der Schülerinnen) „durchgeboxt“ werden, um die Lernziele der Schulstufen zu erreichen. Über die zeitlichen Ressourcen von Förderschullehrerinnen lasse sich über den Unterricht hinaus kaum noch verfügen. Gleichzeitig äußern fast alle der interviewten Förderschullehrerinnen, dass sie gerne mehr Zeit für die gemeinsame Gestaltung der Pflege ihrer Schülerinnen hätten.

„Für mich müssten Pädagogen mehr Zeit haben, um zu pflegen. Also das Wissen, wenn ich Zeit hätte, würde ich mir schon aneignen, wenn ich meine mir fehlt was. Mir fehlt da bestimmt etwas. Aber die Zeit ist in der Praxis nicht da.“ (FL4, 55)

Die interviewten Schulleiterinnen bezeichnen die zeitlichen Ressourcen zwar als problematisch, sehen jedoch keine Möglichkeiten, dies in naher Zukunft zu ändern. Generell müsse die notwendige Zeit für die Pflege, egal auf welchem Wege bereitgestellt werden, da die Pflege eine Grundvoraussetzung für jegliche andere Aktivitäten darstelle.

Allgemein lassen sich die zeitlichen Rahmenbedingungen von allen befragten Experten als größtes Hindernis einer pädagogisch orientierten Pflegegestaltung beschreiben, was wiederum eng mit den personellen Rahmenbedingungen verknüpft zu sein scheint.

6.2.3.4 Räumlich

Die räumlichen Rahmenbedingungen der Pflege werden von allen interviewten Experten wie erwartet sehr unterschiedlich beschrieben. Sie richten sich hauptsächlich nach den baulichen Begebenheiten der jeweiligen Förderschulen. Modernere Förderschulgebäude sind demnach überwiegend gut ausgestattet, jedoch wird auch hier die Anzahl der Pflegeräume kritisiert. Sie reiche lange nicht mehr für die Anzahl der Schülerinnen mit Pflegebedarf aus. In älteren Förderschulgebäuden stellt sich die räumliche Situation teilweise katastrophal dar. Es seien nicht allein zu wenige Pflegeräume vorhanden, sondern diese seien von der Atmo-

sphäre her dunkel und steril gestaltet. Es seien Räume, in denen sich die Mitarbeiterinnen der älteren Förderschulen ungern aufhielten. Allerdings wurde bereits zum Zeitpunkt der Interviewerhebung an einigen Förderschulen mit der Sanierung der Pflegeräume begonnen.

„[...] also wir haben Bereiche, in denen über zwei Pflegeliegen dreißig Schülerinnen versorgt werden müssen. Und dann ist es oftmals, auch wenn man es besser wollte, eigentlich Grundpflege im basalen Bereich. Also das man es überhaupt noch hinbekommt, ja. Da muss man einfach sehen, das man den Alltag gut bewältigt bekommt. Insofern es greift da, glaube ich, eines zum anderen. Einerseits so das Selbstverständnis der Lehrerschaft, der Kollegen im Haus, wo die Pflegekräfte und Therapeuten letztendlich auch zugehören, natürlich. Und die räumlichen Bedingungen, und auf der anderen Seite so die Machbarkeit auch, ne. Ich würde mir wünschen, dass wir uns in unserer Schule da noch mehr auf den Weg machen, ja Felder zu öffnen und auch Unterstützung zu bekommen vom Landschaftsverband.“

(SL11, 29)

Zwei Schulleiterinnen berichteten, dass an ihren Förderschulen durch den Schulträger sogenannte Trainingsräume eingerichtet würden, in denen u. a. Schülerinnen mit Pflegebedarfen die Möglichkeit erhielten, im Bereich der Mobilitätsförderung und der Pflege realistische Erfahrungen zu machen und in analogen Lebenssituationen zu lernen. Inwieweit sich diese Trainingsräume als Standard an Förderschulen durchsetzen, stand zum Zeitpunkt der Interviewerhebung noch nicht fest.

6.2.4 Konkrete Gestaltung schulischer Pflege

Das Thema ist mit der Frage verknüpft, ob die Pflege an der jeweiligen Förderschule FkME über eine Grundversorgung bzw. Basispflege der Schülerinnen hinausgeht, gemäß Kapitel 2.4.1, und worin sich dies äußert. Als zweite Frage schließt sich an, inwieweit die oben genannten Kriterien einer „guten“ Pflege sowie die Inhalte einer ‚Förderpflege‘ umsetzbar sind, bzw. wodurch eine Umsetzung gehemmt wird.

Der überwiegende Teil der interviewten Pflegekräfte arbeitet zwar hauptsächlich im Bereich der Grundpflege und medizinischen Behandlungspflege, jedoch versuchen sie bei der Pflege von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen genügend Zeit einzuplanen, um neben der körperlichen Bedürfnisbefriedigung auch die emotionalen Bedürfnisse der Schülerinnen berücksichtigen zu können. Eine respektvolle kommunikative Begleitung der Pflegesituationen gehört für diese Pflegekräfte ebenso zu ihrem Selbstverständnis und wird so auch umgesetzt. Die beschriebene Gestaltung der Pflege schließt alle Schülerinnen mit Pflegebedarf gleichermaßen ein. Keine Zeit bleibe jedoch für Aspekte der körpernahen Förderung entsprechend pädagogischen Förderkonzepten (z. B. basale Stimulation, sensorische Integration). Damit eine solche förderungsspezifische Gestaltung von Pflegesituationen gelingen könne, müsse die Kooperation mit den Förderschullehrerinnen für den Bereich Pflege intensiviert werden. Außerdem müsse Pflege nicht als Voraussetzung für Unterricht gelten, sondern auf dieselbe Bedeutungsebene des Unterrichts erhoben werden.

„Also zu 90 Prozent ist es natürlich eine Grundversorgung. Sagen wir 10 Prozent können wir an zusätzliche Zuwendungen leisten, durch die Zeit die wir investieren. Mit Gesprächen und auch teilweise von den Lehrern die sich sehr bemühen. Also da muss ich sagen, wir haben ein paar Lehrer die wirklich versuchen Förderpflege zu machen und die sich intensiv darum kümmern, und da kann ich schon sagen das geht über die normale Grundversorgung hinaus.“ (PF2, 21)

Dennoch zeigen sich die Pflegekräfte bezogen auf die Grund- und Behandlungspflege zufrieden mit der derzeitigen Situation. Sie könnten die Pflege entsprechend ihren fachlichen sowie ethischen Grundsätzen planen und durchführen.

Fünf der interviewten Pflegekräfte beschreiben ihre Arbeit an der Förderschule FkmE überwiegend als reine Grundpflege inklusive der notwendigen medizinischen Behandlungspflege. Für jegliche fördernde Erweiterungen sei erstens keine Zeit vorhanden und zweitens lasse die Personaldecke der Pflegekräfte dies nicht zu. Darüber hinaus werde aufgrund der schulorganisatorischen Rahmenbedingungen von ihnen genau diese Form der Pflegegestaltung verlangt, um dem Hauptanliegen von Schule als Ort des Unterrichts gerecht zu werden.

„Also geht einer Basispflege, nein geht nicht darüber hinaus. Das ist, das ist so ein Grundbedürfnis mit dem die Eltern eigentlich an uns herantreten, da heißt es: „der Schüler muss zweimal gewickelt werden, der muss dreimal gewickelt werden“ und dem geben wir statt und da versuchen, also vor allem unsere Zivis und auch natürlich die Lehrer, das also auch, da eine Zeitplan einzuhalten, aber es ist nicht, ja es ist halt so ein Thema das wird abgehackt und fertig.“ (PF5, 21)

Aus der Perspektive von Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen wird der Aufgabenbereich der Pflege auf die Körperpflege, Ernährung, spezifische Behandlungspflege, An- und Auskleiden sowie Ausscheidung reduziert. Dies mag vor dem Hintergrund der Zuweisung der anderen Bereiche der ABEDL® zum pädagogischen Aufgabenfeld sowie wegen einer Trennung von Pflege und Pädagogik zunächst nicht verwunderlich wirken.

Sechs der interviewten Förderschullehrerinnen erleben die Pflege an ihrer Schule als reine Grundversorgung. Sie geben an, dass die Pflege zwar hauptsächlich von den Pflegekräften und dem Hilfspersonal ausgeübt werde, sie jedoch aufgrund der knappen zeitlichen und personellen Ressourcen auch selbst in der Pflege „einspringen“ müssten. Mehr als eine Grundversorgung im Sinne von Körperpflege, Ernährung sowie An- und Auskleiden sei dann nicht möglich. Da die wenigen Pflegekräfte überdies die gesamte Behandlungspflege der Schülerinnen abdecken müssten, werde die reine Grundversorgung fast nur noch von den Hilfskräften durchgeführt.

„Klassisch. Seit 20 Jahren nicht verändert. Wir weisen am Anfang des Jahres die Zivis ein, weil wir sagen, wir haben keine Zeit es selber zu tun. Wir sagen alle, wir könnten selber mehr schaffen in einer Pflegesituation, um daraus eine Fördersituation zu machen. Niemand von uns nimmt aber die Zeit in die Hand. Es sei denn es ist nicht anders zu regeln. Also ist die Situation unverändert, seit vielen Jahren.“

(FL7, 63)

Sieben der befragten Förderschullehrerinnen bewerten die Pflege ihrer Schülerinnen nicht als reine Grundpflege im Sinne einer „Satt, Sauber und Warm Pflege“, sondern sind der Auffassung, dass die konkrete Pflege eine bedürfnisgerechte Versorgung aller Schülerinnen ermögliche und dabei die individuellen Wünsche und Problemlagen mit einbezogen würden. Dennoch stellten die strukturellen und institutionellen Rahmenbedingungen ein Hemmnis für die pädagogisch gestaltete und fördernde Pflege dar, vor allem für Schülerinnen mit schwersten Behinderungen.

Nach Ansicht der Förderschullehrerinnen müssten die Bedürfnisse der beiden Schülergruppen (siehe Kapitel 3.2) differenziert betrachtet werden. Schülerinnen mit unterstützendem Pflege- oder Anleitungsbedarf ohne schwerste körperliche und motorische Beeinträchtigungen bedürften demnach nicht der fördernden Pflege, sondern wollten die Pflege selbst schnell als „erledigt“ wissen. Dementsprechend werde die Pflege für diese Schülergruppe mit minimalem Zeitaufwand fast ausschließlich in den Pausen durchgeführt. Schülerinnen mit schwersten Behinderungen und überwiegend erfahrungsorientierten Lernwelten erhielten dagegen eine Pflege, die ihren ganz individuellen Bedürfnissen entspreche. Diese werde nach Vermutung der Förderschullehrerinnen durch die Pflegekräfte zwar fördernd gestaltet, jedoch nicht bewusst geplant, zielgerichtet durchgeführt und evaluiert. Vielmehr entstehe die Förderung „aus dem Bauch“ heraus (vgl. Kapitel 6.2.2.1 und 6.2.2.2). Eine Förderschullehrerin gibt an, im Rahmen der allgemeinen Förderplanerstellung in Kooperation mit den Pflegekräften selbst an der Planung der Förderpflege mitzuarbeiten. Sie würde diese auch selbst durchführen, wenn er zeitlich mehr Möglichkeiten hätte (vgl. L8, 25).

Schulleiterinnen beschreiben die aktuelle Pflegegestaltung an ihren Schulen für den Personenkreis der Schülerinnen mit kompensierendem Pflege- oder Anleitungsbedarf sowie stellvertretendem Pflegebedarf ohne kognitive Beeinträchtigungen (siehe Kapitel 3.2.1) überwiegend als ‚Aktivierende Pflege‘ im Sinne von Kapitel 2.5.2. Vorrangig sei deshalb, die Pflege unter Berücksichtigung von Lernzielen im Bereich der Selbstständigkeitserziehung zu planen, durchzuführen und zu evaluieren. Besondere Priorität erführen dabei folgende Pflegehandlungen mit Bezug auf das Anbahnen von Selbstständigkeit in den Bereichen:

- Toilettengänge
- Transfer vom Rollstuhl in andere Sitzpositionen oder Lagen
- Katheterisieren (sowie möglichst selbstständige Ausführung weiterer medizinischer Pflegehandlungen)
- Mobilität mit (und ohne) Rollstuhl
- An- und Auskleiden
- Essenszubereitung und Nahrungsaufnahme

Für Schülerinnen mit schwersten Behinderungen und überwiegend erfahrungsorientierten Lernwelten sehen Schulleiterinnen die Gestaltung einer Förderpflege als erfüllt an und be-

werten diese als Unterricht für die Schülergruppe. Die Pflegegestaltung gehe deutlich über die Grundversorgung hinaus und müsse dies auch. Denn Pflege stelle eine ganz wichtige Möglichkeit des kommunikativen Zugangs zu dieser Schülergruppe dar, der sich über die verschiedensten körpernahen Kommunikationsschnittstellen, wie z. B. die Haut, vollziehe.

„Also muss eigentlich auch darüber hinausgehen. Das äußert sich darin, dass wir zum Beispiel sagen, satt und sauber ist nicht das Ziel. Also kann nicht das Ziel von Schule sein, und kann auch nicht das Ziel unseres Unterrichtskonzeptes sein. Im Bereich der Mehrfachbehinderten geht es über den Körper, über die Haut, über das Essen, und dann arbeiten wir damit.“ (SL4, 21)

Dennoch wird deutlich, dass eine pädagogisch orientierte Pflege in den Aussagen von Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen auch aktuell ein besonderes Addendum im Schulalltag darstellt, was nur möglich erscheint, wenn die oben genannten Rahmenbedingungen dies zulassen. Dem entgegen wird eine fördernde und aktivierende Pflegegestaltung als substanziell für Schülerinnen mit Pflegebedarfen eingestuft.

„Grundsätzlich ist natürlich ein Ziel, theoretisch die größtmögliche Selbstständigkeit, Einbezug Therapie, Pflege, Lehrkräfte. Das ist schon theoretisch da, mangelt aber am Alltag. Das ist auf jeden Fall da.“ (FL1, 11)

Daraus ergibt sich die Divergenz zwischen einer geringen Realisierbarkeit aufgrund der strukturellen und institutionellen Rahmenbedingungen sowie der geringeren Wertigkeit gegenüber unterrichtlichen Aktivitäten einerseits und der hohen zugesprochenen Relevanz von fördernden Pflegesituationen andererseits.

„Ich glaube aber, das grundsätzlich noch eine Diskrepanz in unserer Schule besteht, wie in vielen Schulen, zwischen dem, was man punktuell tun kann und auch im Selbstverständnis wirklich sich gemeinsam vereinbart, und dem, wie der Alltag oft ist [...]“. (SL11, 29)

Potentielle Gründe für diese Divergenzen sind weiter unten Gegenstand der vorliegenden Untersuchung.

6.2.5 Annahmen über die Bedeutsamkeit der Pflege für Schülerinnen mit Pflegebedarf

① Zu den folgenden Themen (einschl. diesem Thema) wurde den interviewten Experten im Interviewverlauf die Möglichkeit gegeben, bei ihren Antworten zwischen den unter Kapitel 3.2 aufgeführten Schülergruppen zu unterscheiden. Dazu wurden den Interviewteilnehmern je zwei Kärtchen ausgehändigt, auf denen die Schülergruppen jeweils in Kurzform definiert waren. So hatten die Interviewten erstens jederzeit die Möglichkeit, sich auf eine der beiden Kärtchen zu beziehen und zweitens war ihnen die Möglichkeit zur Unterscheidung während des gesamten Interviewverlaufes präsent.

Die Intention dieses Themas im Interviewverlauf liegt darin zu explorieren, welche Annahmen oder Vermutungen Pflegekräfte, Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen über die Bedeutung der Pflege für ihre Schülerschaft mit Pflegebedarf besitzen. Differenzierter wurde durch die Unterthemen erfragt, welchen Stellenwert die Pflege für die Schülergruppen in ihrem schulischen Alltag aktuell einnimmt, welche Bedeutung die aktuelle Gestaltung der schulischen Pflege antizipativ für das nachschulische Leben der Schülergruppen besitzt, welche potentiellen Probleme die interviewten Experten in der Lebensgestaltung mit Pflegebedarf sehen und über welche Kompetenzen die Schülergruppen daraus resultierend für das nachschulische Lebens mit Pflegebedarf als Resultat schulischer Bildungsprozesse verfügen sollten.

Es wird davon ausgegangen, dass die vorherrschenden Annahmen über die Bedeutsamkeit der Pflege für die beiden Schülergruppen indirekten Einfluss auf das konkrete pflegerische Handeln haben.

6.2.5.1 Annahmen über die Bedeutsamkeit und den Stellenwert der Pflege

Der Stellenwert der Pflege für Schülerinnen mit Pflegebedarf äußert sich nach Aussagen der Pflegekräfte in dem Wissen der Schülerinnen, indem versucht werde, ihnen die größtmögliche Selbstständigkeit zu ermöglichen. Pflege sei daher ein ganz wichtiger Lernbereich für Schülerinnen mit Pflegebedarf, nach ihrer Ansicht das zentralste Anliegen der Schülerinnen überhaupt. Denn jeder Schritt mehr an Selbstständigkeit bedeute mehr individuelle Unabhängigkeit.

„Denn ich mache Aufsicht montags in der ersten großen Pause bei den Großen auf dem neuen Schulhof und ich hör da worüber sie sich unterhalten. Das ist doch, „wonach riechst du, mit was hast du dir die Haare gewaschen, bei welchen Frisör warst du, sind das Strähnchen oder ist das echt, und ich hab so trockene Haut und ich muss die auch öfter eincremen“ und so. Ja das ist doch das, was vorallendigen die Mädchen doch stark beschäftigt. „Und von dem Lidschatten krieg ich eine Allergie“, oder, ja das sind die Gespräche, ja.“ (PF5, 47)

Für die Schülergruppe ohne schwerste Behinderungen, die der Anleitung, Kompensation oder der stellvertretenden Pflege bedürfen, benennen Pflegekräfte des Weiteren folgende Einzelaussagen zu ihren Annahmen über den Stellenwert der Pflege innerhalb der Schule:

- Eine intimitätswahrende Pflege leiste einen wichtigen Beitrag zur Sexualerziehung.
- Gerade während der Pubertät benötigten Schülerinnen auch bei der Pflege Hilfestellung, um mit zunehmenden Körpergerüchen zurechtzukommen.
- Gerade Körperhygiene sei wichtig für die Zwischenmenschliche Kommunikation. Ein gepflegter Körper könne die häufig erschwerte Interaktion mit Menschen ohne Behinderungen erleichtern.

- Eine gute Pflege innerhalb der Schule bedeute eine Steigerung der Lebensqualität, in Form von Wohlbefinden. Das Lernen im Unterricht könne dadurch erleichtert werden.
- Die Pflege besitze aufgrund der 1:1 Situation eine enorme Bedeutung für die Schülerinnen, da sie sich ihren Pflegebezugspersonen mit sehr persönlichen Problemen anvertrauten (z. B. Pubertätsfragen).

„Und die kommen ja auch oft, und das ist ja auch, die Pflegesituation, es ist eine intime Situation und wenn der Rahmen da stimmt, dann baut man eine Beziehung auf. Und die erzählen einem super viel, so. Und das ist auch schon so ein Stück, ich kotz mich jetzt mal aus. Das kann ich nicht während des Unterrichts und das ist jetzt so eine Gelegenheit, man ist in der Regel 1:1 und dann geht's dann los.“ (PF6, 55)

- Lernerfolge in der Selbstständigkeitserziehung im Bereich Pflege hätten unmittelbaren Einfluss auf ihre Lebensqualität und besäßen daher den höchsten Stellenwert (z. B. Selbstkatheterisieren, selbstständiger Transfer aus dem Rollstuhl, selbst Inhalieren etc.).
- Die Pflege biete Zeit zur körperlichen Selbsterkundung.
- Sofern die Pflege in Ruhe gestaltet werde, bedeute das für Schülerinnen einfach auch eine Auszeit vom Unterricht und Entspannung.

Ganz allgemein habe die Pflege bei dieser Schülergruppe nach Annahmen der Pflegekräfte mindestens den gleichen Stellenwert wie der sonstige Unterricht, da Pflege an sich eine Kulturtechnik darstelle.

„Der Stellenwert, denke ich, ist gleich. Also es nützt einem Kind ja nichts, wenn er jetzt dem Lehrer jetzt eins bis zehn in Englisch vorsagen kann, als wenn er jetzt, ja ein Vergleich mhm. Zum Beispiel einen aus einem Becher vernünftig zu trinken oder so was. Also ich denke das fasst so ein bisschen ineinander über und, ja gleichwertig, es ist anderswertig. Also ja, kann ich jetzt so nicht erklären.“ (PF7, 61)

Zwei der interviewten Pflegekräfte sind der Annahme, dass, je weniger Pflegebedarfe eine Schülerin habe, desto geringer der Stellenwert der Pflege für die Schülerin selbst sei.

Für die Schülergruppe mit schwersten Behinderungen (gemäß Kapitel 3.2.2) nehme die Pflege, sofern diese als ganzheitliche Pflege verstanden werde, den größten Rahmen im Schulalltag ein und besitze daher den höchsten Stellenwert. Schülerinnen mit schwersten Behinderungen hätten oft in allen ABEDL®-Pflegebereichen Pflegebedarfe, da gehe es überhaupt nicht anders, als den Stellenwert im Schulalltag als am höchsten einzustufen. Über eine bedürfnisgerechte und sensible Pflege in einer gegenseitig respektierenden Beziehung sei es möglich, den Schülerinnen ein grundlegendes Vertrauen in die Welt zu vermitteln. Gleichzeitig stellen die Pflegekräfte fest, müsse der Stellenwert gerade für das pflegende Personal hoch sein, da die Verantwortung für die Pflege häufig von den begleitenden Menschen getragen werde und nicht von den Schülerinnen selbst. Die Pflege sei zudem das Medium überhaupt, um kommunikative Zugänge zu diesen Schülerinnen zu erhalten.

Pflege bei Schülerinnen ohne kognitive Beeinträchtigungen und sehr geringem kompensierendem Pflegebedarf¹³ wird von Förderschullehrerinnen überwiegend als notwendiges ‚Übel‘ dargestellt, das nach ihren Annahmen für die Schülerinnen selbst auch nicht unbedingt vordergründig erscheine, sondern in der individuellen Form der Pflegebedürftigkeit von den Schülerinnen selbst akzeptiert werde bzw. einen relativ nebensächlichen Part im ansonsten unterrichtlichen Geschehen der Förderschule einnehme. Der Stellenwert der Pflege für die Schülerinnen steigt nach Annahme von Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen mit der Zunahme an stellvertretender Übernahme von pflegerischen Handlungen und eingeschränkter Kommunikation. Für diese Schülerinnen (mit Ausnahme der Schülergruppe lt. Kapitel 3.2.2) werden von den interviewten Schulleiterinnen und Förderschullehrerinnen die folgenden differenzierten Annahmen über den Stellenwert geäußert:

- Die Pflege stelle für die Schülerinnen einen eigenständigen Lernprozess während der gesamten Schulzeit dar. Dieser äußere sich im Bereich der Selbstständigkeitserziehung, des Erlernens von Anleitungskompetenzen in der Pflege und der Verarbeitung der eigenen Behinderung.
- Ein lebensbegleitender Pflegebedarf bedeute für viele Schülerinnen, dass sie diesen für sich annehmen und akzeptieren müssten.
- Gerade während der Pubertät erfahre die Pflege aufgrund der Fokussierung der eigenen Körperlichkeit einen Bedeutungszuwachs.
- Für Schülerinnen mit progressivem Pflegebedarf nehme der Stellenwert der Pflege stetig zu.
- Der Stellenwert eines dauernden Pflegebedarfs besitze im Gegensatz zur Krankenpflege lebensbegleitende Relevanz.
- Die eigene Pflege sei bei Schülerinnen mit Pflegebedarf oft angstbesetzt, da sie elementar abhängig von anderen Personen seien. Gerade deshalb sei es wichtig, dass die Pflege an der Förderschule im Bildungsprozess einen hohen Stellenwert einnehme.

Gemäß den Annahmen von drei Förderschullehrerinnen besitzt die Pflege für die Schülerinnen einen unbefriedigenden hohen Stellenwert, da sie während der Schulzeit in einem langen Lernprozess von der Rolle einer unmündigen hilfebedürftigen Schülerin in die Rolle der Assistenznehmerin hineinwachsen müssten.

„Ein oft sehr unbefriedigender, ein hoher Stellenwert. Und da kommt wieder diese psychologische Komponente, dieses „ich werde erwachsen und bin total abhängig und das will ich alles nicht“. Also diese Unzufriedenheit, die immer wieder Thema ist, gerade bei kognitiv fitten Schülern. Und als ich mit meinen Schülern den Tagesablauf erarbeitet habe, kam auch dieses „Ich brauche meine Mama um aus dem Bett zu kommen, um mich anzuziehen, um mir die Zähne zu putzen“. Und das ist halt gerade bei sehr stark Pflegebedürftigen in jeder Situation: Beim Essen, beim Zopfma-

¹³ Die Interviewten nannten hier als Beispiele: Das Butterbrot in kleine Stücke schneiden, Den Hosenkнопf öffnen, unterstützenden Halt auf der Toilette bieten, Hände waschen oder an Toilettengänge erinnern.

chen, beim Schminken, Abschminken... Dieses „Ich brauche Hilfe“ ist allzeit gegenwärtig und führt zu Unwohlsein und muss immer wieder aufgegriffen werden.“
(FL2, 39)

Ganz allgemein wird von Schulleiterinnen und Förderschullehrerinnen an dieser Stelle der Interviews reflektierend die Annahme geäußert, dass die Pflege auch für Schülerinnen mit höherem stellvertretendem Pflegebedarf ohne schwerste Behinderungen eine ganz existentielle Bedeutung besitze, sogar ein Hauptlebenssthema darstelle.

„Und ich glaube, dass die Pflege für viele unserer Schüler ein ganz existentielles Bedürfnis ist und von daher auch die Bedeutung für die Schüler selbst sehr hoch ist, dass es in einer bedeutungsvollen Weise für sie gemacht wird, nicht nur nebenbei, um für Unterricht bereit zu sein, so wie wir das vor 30 Jahren gelernt haben, sondern mittlerweile ist es ja oftmals so durch den Umfang der Schwere der Behinderung, dass es mit ein Hauptlebenssthema dieser Kinder ist, ne, z. B. Wie bestimme ich mich in diesem Bereich selbst oder wie werde ich versorgt, wie begegne ich in diesem Bereich Menschen.“
(SL11, 11)

Für Schülerinnen mit schwersten Behinderungen nehmen sowohl die interviewten Förderschullehrerinnen als auch die Schulleiterinnen an, dass die Pflege den bedeutsamsten Stellenwert innerhalb der Schulzeit einnehme. In diesem Zusammenhang legen die Interviewten das Verständnis einer erweiterten und ganzheitlichen Pflege als Form der körpernahen Förderung zugrunde. Die befragten Experten gründen ihre Annahmen überwiegend auf der Grundlage persönlicher Erfahrungen in ihrem Berufsalltag. Hier zeige sich, dass Schülerinnen mit schwersten Behinderungen einen beträchtlichen Teil ihres Schultags in Förderungssituationen verbrächten, die u. a. auch der Pflege zugeschrieben werden könnten.

Die Schnittmenge zwischen Pflege und Pädagogik sei enorm hoch und nicht voneinander trennbar, weshalb der Stellenwert der Pflege identisch mit dem der anders intendierten Arrangements einzuschätzen sei.

„Bei der ersten Schülergruppe [Anmerk. d. Verf.: gemäß Kapitel 3.2.2] würde ich sagen ist es immanent und ständig Thema, aber nicht als eine geschlossene Einheit, sondern es ist permanent, muss permanent im Unterricht berücksichtigt werden.“
(SL3, 35)

„Also bei den, jetzt ich sag mal Fröhlich Kindern, da ist es, da finde ich es ganz wichtig, von Anfang an, wenn die in die Schule kommen, dass da einfach Pflege ein selbstverständlicher Teil des gesamten Schullebens ist, der aber genauso wichtig genommen wird, wie alles andere auch.“
(SL10, 45)

Allgemein besitze die Pflege für jede Schülerin einen individuellen Stellenwert, der mit Zunahme des Pflege- und Hilfebedarfes steige und bei Schülerinnen mit schwersten Behinderungen einen existentiellen Stellenwert im Schulleben einnehme.

6.2.5.2 Bedeutsamkeit der Pflege, potentielle Probleme und notwendiger Kompetenzerwerb von Schülerinnen mit Pflegebedarf

Die Bedeutung der Pflege für die nachschulische Lebensgestaltung sowie die daraus resultierenden potentiellen Probleme stehen in enger Beziehung zueinander und erfordern spezielle Kompetenzen der Schülerinnen.

Aus diesem Grunde muss hinterfragt werden, welche Kompetenzen Schülerinnen bereits während ihrer Schulzeit erlernen sollten, um ihren täglichen Bedarf an Hilfe- und Pflegeleistungen nach der Schule in ihre Lebensgestaltung integrieren und potentiellen Problemen begegnen zu können. Während des Interviewverlaufs wurden vom Interviewer jeweils die genannten Bedeutsamkeiten und potentiellen Probleme für die zukünftige Lebensgestaltung notiert und den befragten Experten bei der Frage nach dem schulischen Kompetenzerwerb nochmals vorgelegt. Den Interviewten wurde dadurch ermöglicht, auf ihre eigenen Aussagen Bezug zu nehmen. Zunächst werden die Ergebnisse dieses Unterthemas für die Schülergruppe mit überwiegend kognitiven Lernwelten dargestellt, im Anschluss daran für die Schülergruppe mit schwersten Behinderungen.

Schülerinnen ohne schwere kognitive Beeinträchtigungen

Bedeutsamkeit für die zukünftige Lebensgestaltung

Die interviewten Experten stellen die Bedeutsamkeit der Pflege für die zukünftige Lebensgestaltung der Schülerinnen ohne schwerste Behinderungen in engen Zusammenhang mit den unter Kapitel 1.4.2 aufgeführten sechs Integrationsebenen nach NIRJE (1994):

1. Räumliche Integration
2. Funktionale Integration
3. Soziale Integration
4. Personale Integration
5. Gesellschaftliche Integration
6. Organisatorische Integration

Der individuelle Bedarf an Pflege muss nach Annahmen der Experten von ihren Schülerinnen im zukünftigen Leben auf allen Ebenen integriert werden.

„Ja, gerade in der Abschlusstufe, wo es wirklich um Arbeit, Freizeit, Wohnen geht. Wie da Pflegesituationen gestaltet sind, im Praktikum ist auch immer ein großer Angstpunkt.“ (FL2, 29)

In folgenden Einzelaussagen der befragten Experten werden zusätzlich konkrete Integrationsleistungen benannt:

- Das Erreichen eines hohen Maßes an Selbstständigkeit und Selbstbestimmung in der Pflege ist entscheidend für eine autonome Lebensführung.
- Der Bedarf an Fremdpflege erfordert innerhalb einer Partnerschaft immer auch einen unausweichlichen Aushandlungsprozess.

- Die Pflege am Arbeitsplatz muss sichergestellt werden.
- Das selbstständige Wohnen erfordert von den jungen Menschen eine umfassende Planung der personellen und materiellen Organisation der eigenen Pflege.
- Einplanen von Pflegehandlungen in die eigene Mobilität.
- Die jungen Menschen müssen immer wieder wechselndes Pflegepersonal akzeptieren.
- Gerade die Pflegeorganisation nach dem Assistenz- bzw. Arbeitgebermodell erfordert ein umfangreiches Wissen in der Pflege und den Einsatz enormer zeitlicher Ressourcen.
- Ablösungsprozesse aus bisherigen „behüteten“ Pflegeverhältnissen (z. B. Elternhaus, Schule).
- Die individuellen Pflege- und Hilfeleistungen müssen von den jungen Menschen stärker als an der Förderschule eingefordert werden.
- Die Schülerinnen müssen als Experten in eigener Sache ihre Hilfe einfordern.
- Für die Schülerin sollte in Zukunft die Pflege nach Möglichkeit in ein Netzwerk aller sonstigen Hilfen eingebunden sein.
- Eine reibungslose Organisation der eigenen Pflege ist entscheidend für die Lebensqualität und -zufriedenheit.

Fünf der interviewten Pflegekräfte stellen die Bedeutsamkeit der Pflege für die nachschulische Lebensgestaltung in einen erweiterten Fokus. Sie verstehen den dauerhaften Pflegebedarf ihrer Schülerinnen als einen lebensbegleitenden Prozess, der einer fortlaufenden Veränderung unterliege. Die Pflege stelle ein lebensbegleitendes Element dar und müsse in allen Phasen des Lebens immer wieder neu in die aktuellen Lebensbezüge integriert werden (vgl. Kapitel 2.6.2 und 2.6.3).

Die interviewten Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen schätzen die Bedeutung für die Lebensgestaltung hoch ein und hoffen, dass die Bedeutung der Pflege für die jetzigen Schülerinnen auch in Zukunft von ihren Helfern erkannt und auf die Bedürfnisse eingegangen wird. Außerdem sehen sie die Bedeutsamkeit der Pflege in der zukünftigen Lebensgestaltung in engem Zusammenhang mit den Prozessen der Verarbeitung der eigenen Behinderung. Diese Prozesse potenzierten sich nach Annahmen der interviewten Experten in ihrer Herausforderung durch den zusätzlichen Bedarf an Fremdpflege.

„Bei Schülern ohne schwere kognitive Beeinträchtigungen und leichter körperlicher Behinderung kommt neben der Förderung der Selbstständigkeit und Eigenbestimmung denke ich noch die Verarbeitung der Behinderung dazu. Also wie gehe ich damit um, wenn ich aus diesem Schonbereich Förderschule in einen anderen Bereich komme, in dem ich mich behaupten muss und wie gehe ich da mit meiner Behinderung um.“
(FL10, 20)

Einige der Experten aller Disziplinen weisen zudem darauf hin, dass die Bedeutung der Pflege für die Lebensgestaltung im Zusammenhang mit progredienten und lebensverkürzenden Erkrankungen für alle Beteiligten mit dem Fortschreiten der Erkrankung zunehmend wichtiger werde.

„[...] die mit fortschreitenden Erkrankungen, Muskeldystrophiker z. B., wo das immer mehr ja auch eine Sterbebegleitung ist, wo die Pflege immer stärker in den Vordergrund rückt. Wo es deutlich zunimmt und die Schüler ja auch einfach nicht mehr in der Lage sind, länger als eine halbe Stunde z. B. zu sitzen, wo dann die Pflege praktisch in den Vordergrund rückt und quasi Lebensinhalt ist.“ (FL3, 17)

Drei der interviewten Schulleiterinnen und Förderschullehrerinnen weisen darauf hin, dass die Selbstbestimmung und damit die Selbstentscheidung die wesentlichen Kriterien einer positiven Lebensgestaltung seien. Dem sei der Grad der Abhängigkeit von Hilfe- und Pflegeleistungen durch andere Personen und somit das Maß an Selbstständigkeit untergeordnet. Dafür sei es notwendig, dass die Schülerinnen über ein umfangreiches Wissen ihrer Möglichkeiten der selbstbestimmten Lebensführung verfügten.

„Also sich irgendwie ihre Assistenzen selber zu besorgen, selber zu organisieren und selber sagen zu können: Das brauch ich, das brauch ich nicht, das tu, das tu nicht. Das finde ich ist eins der wichtigsten Dinge überhaupt, und das ist ganz wichtig für die Lebensgestaltung um überhaupt so ein Stück weit, ja, da selbstbestimmt sein zu können. Gar nicht mal selbstständig sondern selbstbestimmt. Darum geht es ja eigentlich, es geht ja darum zu sagen: ich will das, ich brauche das und ich will das so und so. Also genau sagen zu können, so möchte ich das haben.“ (SL6, 25)

Teilweise scheinen die interviewten Experten die Begriffe Selbstständigkeit und Selbstbestimmung synonym zu verwenden bzw. sehen sie die Selbstbestimmung in der Selbstständigkeit integriert.

„Da geht es um das Ziel Selbstständigkeit. Eindeutig. Selbstständigkeit die Kommunikation die hier angesprochen ist, ist in diesen Fällen meistens ja nicht komplett ausgeschaltet, die sprachliche Kommunikation. Und da geht es auch darum zu vermitteln, dass der behinderte Mensch seine Wünsche äußert, sagt was er möchte und was er nicht möchte.“ (SL8, 35)

Potentielle Probleme in der Lebensgestaltung mit dauerhaftem Pflegebedarf

Nach Annahmen der interviewten Experten sind die oben genannten Integrationsebenen ebenfalls Bereiche, in denen sich potentielle Probleme des Lebens mit dauerhaftem Pflegebedarf zeigen könnten, wenn Schülerinnen auf Integrationsbarrieren stoßen oder selbst nicht über das notwendige Wissen und die Kompetenzen verfügen würden, die ihre eigene Integration ermöglichen. Im Einzelnen wurden folgende potentielle Integrationsprobleme mit Bezug auf die Pflegeabhängigkeit durch die Experten genannt:

- Schwierigkeiten im Umgang mit rechtlichen Fragen und Aspekten in der Absicherung der eigenen Pflege
- Mangelndes Wissen über Möglichkeiten der persönlichen Assistenz und des persönlichen Budgets zur Gestaltung einer selbstbestimmten Pflege
- Mangelnde Erfahrungswerte in der Gestaltung der Freizeit unter Berücksichtigung des Pflegebedarfs
- Zu wenige Erfahrungen in der Interaktion mit Gleichaltrigen ohne Behinderungen

- Zu wenige Erfahrungen in selbstbestimmter Mobilität
- Mangelnde Erfahrungen in der Kooperation mit Beratungsstellen
- Zu wenig Wissen über die Interdependenz zwischen ihrer Grunderkrankung und den daraus resultierenden Pflegeanforderungen
- Je höher der Pflegebedarf, desto größer seien die Schwierigkeiten der Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt

Diese potentiellen Probleme wirken sich nach Aussagen der interviewten Experten drastisch auf die zukünftige Lebensgestaltung aus und führten nicht selten dazu, dass das Leben der Schülerinnen unterhalb ihrer potentiellen Möglichkeiten in den Bereichen Wohnen, Arbeiten und Freizeit weiterhin institutionell organisiert werde, obwohl sie rein kognitiv in der Lage wären, ein selbstbestimmtes Leben in einer eigenen Wohnung zu führen. Auffällig ist an dieser Stelle, dass immer wieder der ‚Schonraum‘ Förderschule selbst als potentielles Problem der nachschulischen Lebensgestaltung mit einfließt.

Der Schonraum Förderschule bildet derzeit nicht die realen Bedingungen des nachschulischen Lebens ab. Dies wird von den interviewten Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen als großes Problem bewertet. In der Förderschule würden die Schülerinnen mehr „behütet“, als dies im späteren Leben der Fall sein werde. Dies stelle einen grundsätzlichen Konflikt dar, der sich nicht ausschließlich auf den Bereich Pflege beziehe. Allerdings wollten sie den Schülerinnen besser eine wohlbehütete schulische Umgebung bieten, als dort bereits spätere Erschwernisse zu thematisieren. Dahinter stehe die Intention, dass Schülerinnen in einem geschützten Rahmen bessere Möglichkeiten erhielten, ein Selbstbewusstsein zu entwickeln, das sie für die Zukunft stark mache.

„[...] Also ich kann nicht, weil, was ich sagen würde, irgendwann wirst du es mal so schwer haben, schon einem Menschen eine Lebensqualität von vornherein abziehen, das wäre unmenschlich und würde ich niemals unterstützen, in keiner Weise, ja. Das ist egal ob es jetzt die Pflege betrifft oder irgendwelche Unterrichtsinhalte, nur weil es vielleicht nachher mal ein bisschen langweiliger wird, in der Werkstattarbeit, kann ich nicht jetzt schon einen langweiligen Unterricht machen, um das Kind daran zu gewöhnen, also das fände ich ganz grausam.“ (SL13, 35)

Die interviewten Pflegekräfte benennen als potentielle Probleme am häufigsten die Fremdbestimmung von Pflegesituationen. Dabei ertappen sich die Pflegekräfte auch selbst dabei, dass sie Schülerinnen eher routiniert pflegen, als auf die individuellen Wünsche und Bedarfe einzugehen. Sie sehen das selbst sehr kritisch und sehen die Förderschule daher in der Verpflichtung, eine solche Routine zu unterbrechen, damit die Schülerinnen lernen, ihre Pflege nach ihren eigenen Bedürfnissen selbst einzufordern und in Zukunft nicht allein dem Wohlwollen ihrer Helfer ausgesetzt sind.

Darüber hinaus sehen die interviewten Experten disziplinübergreifend folgende potentielle Probleme in der Lebensgestaltung mit dauerhaftem Pflegebedarf:

- Eine nicht gelungene Verarbeitung der eigenen behindernden Erfahrungen habe Einfluss auf das Gelingen der pflegerischen Versorgung.
- Problematische Ablöseprozesse aus dem Elternhaus wegen des hohen Pflegebedarfs.
- Dauernde Eingriffe in die Intimsphäre erschwerten das Erkennen sexuell motivierter Übergriffe.
- Auswirkungen auf die sexuelle Entwicklung sowie das Erleben und Ausleben von Sexualität.
- Pflegegestaltung in gleichberechtigten Partnerschaften.
- Der häufige Wechsel von Bezugspersonen in der Pflege, wenn dies zuvor nie erfahren wurde.
- Unzureichende Hilfsmittelversorgung aufgrund knapper finanzieller Ressourcen.
- Der Umgang mit baulichen Barrieren, da an der Förderschule vieles idealerweise barrierefrei gestaltet sei (z. B. fehlende behindertengerechte Toiletten).
- Schwierigkeiten, die eigenen Bedürfnisse in den Vordergrund zu stellen aufgrund der Abhängigkeit von anderen Personen.
- Bei Schülerinnen mit Sensibilitätsstörungen im Urogenitaltrakt und den unteren Extremitäten, die sich größtenteils selbst versorgen, zeige sich häufig eine pflegerische Vernachlässigung dieser Körperregionen durch die Schülerinnen selbst.
- Der Zeitfaktor bei hohem Pflegebedarf könne viele Aktivitäten beeinträchtigen.

In Einzelbeispielen von Gesprächen mit Schülerinnen berichten einige der Experten disziplinübergreifend von starken Ängsten der Schülerinnen vor der nachschulischen Gestaltung ihrer Pflege. Dies äußere sich sehr eindringlich in den Vorbereitungsphasen für die Schülerpraktika in weiterführenden Institutionen oder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. In den Gesprächen mit den Schülerinnen stelle sich heraus, dass die Schülerinnen vor allem Angst davor haben, dass...

- sie aufgrund ihres hohen Hilfebedarfes kein Arbeitsverhältnis bekommen.
- die zukünftigen Pflegekräfte nicht über ausreichend Kompetenzen verfügen, ihre Pflege entsprechend ihrer Grunderkrankung durchzuführen.
- sie von ganz jungen oder gegengeschlechtlichen Pflegekräften gepflegt werden.
- sie sich ständig neuen Pflegekräften mit ihren intimen Bedürfnissen anvertrauen müssen.
- sie es in Zukunft nicht schaffen, die in der Schule erlernte Selbstständigkeit umzusetzen.
- es in den weiterführenden Institutionen oder der Arbeitsstätte keine Pflegekräfte gibt.
- sie aufgrund einer defizitären Pflegegestaltung erkranken.
- sie aufgrund mangelnder Selbstständigkeit im Heim wohnen müssen.
- sie die komplexen Anforderungen einer selbstbestimmten Pflegegestaltung durch Assistenzen nicht bewältigen können.

Die aufgelisteten Ängste und Sorgen der Schülerinnen beziehen sich lediglich auf die Pflege in nachschulischen Institutionen. Die Gesamtheit der Ängste sei hingegen deutlich vielschichtiger und bezöge sich auf alle oben genannten Integrationsebenen.

Die Experten vermittelten in den Interviews den Eindruck, als suchten sie selbst händeringend nach Möglichkeiten, diesen potentiellen Problemlagen durch ihre fachlichen Kompetenzen im Rahmen von pädagogisch-unterrichtlichen Angeboten zu begegnen.

Die Problemlagen seien jedoch so individuell und vielschichtig, dass es derzeit kaum Konzepte gebe, dies umzusetzen. Aus diesen Gründen erfolgte im Interviewverlauf im folgenden Unterthema die Fokussierung auf den notwendigen Kompetenzerwerb, durch welchen die Schülerinnen den potentiellen Problemen begegnen können. Daraus leiten sich wiederum im weiteren Verlauf der vorliegenden Untersuchung die Themen der Kapitel 6.2.5 und 6.2.6 ab.

Notwendiger Kompetenzerwerb als schulische Aufgabe

Von nahezu allen interviewten Experten wird an erster Stelle der notwendigen Kompetenzen die größtmögliche Selbstständigkeit in den individuellen Pflegebereichen genannt. Oberstes Ziel der Förderschule im Bereich der Pflege sei es demnach, die Schülerinnen in ihrer Autonomie so zu fördern, dass sie möglichst wenig stellvertretende oder kompensierende Hilfe durch andere Personen benötigen. Zudem sollten alle erdenklichen Hilfsmittel in Betracht gezogen werden, die ein Mehr an Selbstständigkeit ermöglichen.

„Für die Schüler ohne kognitive Beeinträchtigungen ist sicherlich die Pflege was ihre zukünftige Lebensgestaltung angeht ein ganz wichtiger Faktor. Die können ja zum Teil viele Dinge erlernen die sie selber machen können und ich denke mal, keiner lässt sich gerne pflegen, wenn es nicht sein muss. Also auch wir machen das nicht. Man ist froh, wenn man die meisten Dinge selber erledigen kann und selber auch alles kognitiv mitbekommt, ist es für diese Schülerschaft auf jeden Fall ganz wichtig, da möglichst viel zu erlernen, was man selbstständig kann.“ (FL11, 19)

In Übereinstimmung nehmen nach Ansicht der Experten die notwendigen Kompetenzen mit Zunahme des Hilfe- und Pflegebedarfs zu.

„Also wenn die körperlich ähnlich behindert sind, wie die andere Gruppe, aber kognitiv fit sind, dann bekommt es einen umso größeren Stellenwert im Hinblick auf psychische Komponenten, weil die Schüler immer diese Abhängigkeit erfahren und immer abhängig sind und dadurch auch, weil sie kognitiv fit sind, eine maximale Selbstständigkeit erleben müssen und Selbstbestimmung erleben müssen und man sie als Experten der Situation nutzen muss. Dass sie sagen können, hier brauche ich noch oder ich bin noch angeschnallt.“ (FL2, 19)

Folgende Kompetenzen sollten die Schülerinnen nach übereinstimmender Einschätzung aller Interviewten in jedem Fall zum Ende ihrer Schulzeit erlangt haben:

- Den eigenen Hilfe- und Pflegebedarf kommunizieren können.
- Den eigenen Hilfe- und Pflegebedarf selbst einschätzen können.

- Den eigenen Hilfe- und Pflegebedarf in ihre Lebenswelt zu integrieren (Gestaltung von Arbeit, Freizeit, Wohnen, Partnerschaft etc. unter Berücksichtigung der notwendigen Pflege).
- Selbstbewusstes Auftreten gegenüber ihren Helfern.
- Umfangreiches Wissen über Möglichkeiten der selbstbestimmten Lebensführung, Beratungsangebote und Hilfsmittel.

„Es gibt halt Schüler die werden diese Pflege nie für sich alleine organisieren können, das ist so, aber sie müssen es dann aushalten das immer wieder Menschen bei ihnen sind und an ihnen gewisse Dinge vornehmen. Andere dagegen müssen darauf vorbereitet werden z. B. diese Pflegesituation zunehmend in ihrer eigene Hände, ihre eigene Hand zu nehmen und zu sagen, ich kann einen Teil davon selbst für mich organisieren und will das auch. Und auch das ist ein wichtiger Prozess den ich anleiten muss, das lernt man nicht, das fällt nicht vom Himmel. Also das ist auch für Schüler ganz wichtig das selbstbestimmt in die Hand zu nehmen.“ (SL10, 31)

Des Weiteren erachten die interviewten Experten disziplinübergreifend den Erwerb der folgenden Kompetenzen im schulischen Bildungsprozess für notwendig. Die Schülerinnen sollten demnach...

- wissen, wie sie Hilfe- und Pflegeansprüche auch rechtlich einfordern können.
- Wissen über die eigene Erkrankung / Behinderung und den daraus resultierenden Pflegebedarfen besitzen.
- lernen, zwischen ihrer Privatsphäre und nötigen Assistenzsituationen zu unterscheiden.
- die eigenen Wünsche kommunizieren können.
- über eine emotionale Stabilität verfügen, um häufig wechselnde Helferbeziehungen ertragen zu können.
- die Absichten anderer Menschen einschätzen lernen, um Missbrauchstendenzen zu erkennen.
- lernen, Hilfe von anderen selbstbewusst annehmen zu können und nicht in die Rolle des „Bittstellers“ verfallen.
- lernen, ihre zukünftigen Helfer anzuleiten.
- lernen, „Nein“ zu sagen, vor allem bei nicht benötigten Hilfsangeboten.

Als weitere wichtige Kompetenz wird disziplinübergreifend die Selbstverantwortung der Schülerinnen für ihre nachschulische Pflegegestaltung genannt. Dies stelle allerdings ebenfalls ein großes Defizit des Systems Förderschule dar.

Das ‚Komplettpaket‘ einer fürsorglichen Betreuung innerhalb der Förderschule FkmE verhindere häufig die Auseinandersetzung mit den potentiellen Problemlagen außerhalb des Schonraums Förderschule und mache es deshalb den Schülerinnen besonders schwer, zu mehr Selbstverantwortung ihrer Pflege zu gelangen.

Schülerinnen mit schwersten Behinderungen

Für die Schülergruppe mit schwersten Behinderungen ergaben sich zu diesem Thema im Interviewverlauf zum einen deutlich weniger Aussagen, zum anderen weisen die Aussagen der einzelnen Perspektiven eine hohe Übereinstimmung auf.

Bedeutsamkeit für die zukünftige Lebensgestaltung

Für die Schülergruppe mit schwersten Behinderungen und kognitiven Beeinträchtigungen bewerten die interviewten Experten in der Gesamtheit die Bedeutsamkeit der Pflege als existentielle Voraussetzung für ihre Vitalität, ohne die sie in der jetzigen Gesellschaft nicht überleben würden. Dabei sollte sich die Pflege jedoch in keinem Fall auf die rein funktionale Bedürfnisbefriedigung reduzieren, sondern müsse als ganzheitlich gestaltete Pflege den Körper, den Geist und die Seele miteinschließen. Der Körper nimmt bei Schülerinnen mit schwersten Behinderungen nach Annahmen der Experten die zentrale Rolle in der Wahrnehmung ihrer Umwelt ein. Gerade deshalb besitze die Pflege als körpernahe und dialogische Begegnung eine so große Bedeutung für die Lebensgestaltung.

„Ich würde jetzt sagen, je schwerer die Behinderung ist, sowohl kognitiv, als auch körperlich, desto größer wird die Bedeutung auch für die Lebensgestaltung. Weil desto weniger andere Möglichkeiten haben die Schüler und sie sind sehr auf ihren Körper zentriert und machen Erfahrungen nur im körpernahen Raum, auch mit körpernahen Sinnen und da bekommt die Pflege einen umso höheren Stellenwert.“

(FL2, 17)

Nach übereinstimmenden Aussagen der Interviewten liegt die Bedeutung der Pflege für die Lebensgestaltung bei dieser Schülergruppe...

- in der Möglichkeit, durch die körpernahe Begegnung das Körperselbstbild durch geeignete Ganzkörperpflegemethoden auszubilden.
- darin, sich als existent in der umgebenden Welt zu erleben und eine innere Welt zu konstruieren.
- in der Realisierung einer gesicherten sozialen und funktionalen Umwelt.
- in der Möglichkeit, elementare Beziehungen zu anderen Menschen zu erfahren.
- in der Wahrnehmung einer angenehmen und wohltuenden Aktivität durch eine sensibel und dialogisch gestaltete Pflege.
- in der Gesunderhaltung ihrer Vitalität.

Insgesamt weist der Großteil der interviewten Experten darauf hin, dass Schülerinnen mit schwersten Behinderungen und lebensimmanentem Pflegebedarf in existentiellen Bereichen immer darauf angewiesen seien, dass andere Menschen ihre Bedürfnisse erkennen und sie ernst nehmen würden.

Sie sehen daher die Verantwortung für die Lebensgestaltung dieser Schülergruppe bei der Gesellschaft, insbesondere bei den Fachdisziplinen, die sich im Rahmen ihrer Profession für die Belange von Menschen mit schwersten Behinderungen einsetzen sollten.

„Da muss man sicherlich auch einen Unterschied machen, denn bei dieser ersten Gruppe, bei den Schülern mit schwersten Behinderungen, nimmt die Pflege ja auch eine viel größere Zeit des Tages und des ganzen Lebens ein. Das Ziel diese Kinder selbstständig zu machen, durch Pflege ist bei den Fröhlich Kindern utopisch, klar, aber das Ziel da muss eigentlich sein die Kinder, diese Pflegesituation für die Kinder angenehm zu machen. Und das heißt auch, dass es möglichst immer dieselbe Person ist, das es einen persönlichen Bezug geben kann, der aufgebaut wird.“ (SL8, 29)

Letztendlich seien dies jedoch nur Annahmen über die Bedeutsamkeit für die Lebensgestaltung, da sie diese Thematik in der Regel mit den Schülerinnen nicht kommunizieren könnten.

Potentielle Probleme in der Lebensgestaltung mit dauerhaftem Pflegebedarf

Das größte Problem ergibt sich nach Annahmen der interviewten Experten aus dem extrem hohen Pflegebedarf selbst und der daraus resultierenden Abhängigkeit von anderen Menschen sowie aus der enormen Einschränkung bzw. sogar dem Verlust der Privatsphäre.

Als besonders problematisch erachten die interviewten Pflegekräfte es, wenn sie selbst Schwierigkeiten haben, zu Schülerinnen mit schwersten Behinderungen einen kommunikativen Zugang herzustellen bzw. die Kommunikation der Schülerin nur schwer deuten können.

So entstehe in ihnen häufig das Gefühl, die Pflegehandlungen gegen den Willen der Schülerinnen durchführen zu müssen. Die Pflegekräfte sehen eine hohe Bedeutsamkeit schulischer Pflege, um bereits innerhalb der Schulzeit Wege zu finden, Pflegesituationen dialogisch zusammen mit der jeweiligen Schülerin mit schwersten Behinderungen zu gestalten. Darüber hinaus trage die Förderschule eine hohe Verantwortung, die Pflege bereits während der Schulzeit als wohltuend und angenehm zu vermitteln, um die Basis eines grundsätzlichen Vertrauens in das umgebende Hilfesystem anzubahnen.

Ein weiteres Problem äußert sich laut Aussage der interviewten Pflegekräfte in der Objektivierung der Schülerinnen. Konkret werde ständig versucht, der Schülerin möglichst viel an Förderung zukommen zu lassen, dabei würden jedoch die aktuellen Bedürfnisse der Schülerin häufig außer Acht gelassen, dass beispielsweise, wenn eine Schülerin das Bedürfnis nach Ruhe in sich trage, mit ihr in der Pflegesituation dennoch alle erdenklichen Fördermaßnahmen durchgeführt würden. Dies stelle Fremdbestimmung in „Reinform“ dar. Als Gründe für das hohe Maß an Fremdbestimmung wird die oft nicht gelingende Kommunikation mit der Schülerin und das eigene Gefühl, „so viel wie möglich tun zu müssen“, genannt.

Mit der Objektivierung der Schülerinnen geht laut einiger Aussagen der Interviewten aller Disziplinen desgleichen eine Generalisierung der Bedürfnisse bei Schülerinnen mit schwersten Behinderungen einher. Die Bedürfnisse würden nicht selten fatalerweise von einer auf die andere Schülerin übertragen, ohne die situativen und individuellen Bedürfnisse der jeweiligen Schülerin zu beachten. In diesem Zusammenhang würden den Schülerinnen oft-

mals auch Bedürfnisse zugeschrieben, die die pflegenden Personen sich bezüglich ihrer eigenen Pflege selbst niemals zuschreiben würden. Als Beispiele werden hier ständiges Händewaschen, das mehrfach am Tag erfolgende Eincremen mit Bodylotion oder das Versehen jeden ‚Wickelgangs‘ mit fördernden Elementen genannt.

Als weiteres zentrales Problem in der Lebensgestaltung von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen wird die extreme Abhängigkeit vom ‚Wohlwollen‘ der umgebenden Personen angesehen.

„Ja, es gibt viele Schüler, es gibt Schüler die werden immer auf Hilfe angewiesen sein und die werden auch immer darauf angewiesen sein, wie derjenige der sie pflegt, wie der Pflege definiert [...].“ (PF5, 29)

Die folgenden potentiellen Probleme in der Lebensgestaltung mit dauerhaftem Pflegebedarf bei Schülerinnen mit schwersten Behinderungen wurden in Einzelaussagen genannt:

- Die Schülerinnen müssen sich in existentiellen Lebensbezügen auf ihre Helfer verlassen und legen ihre Gesundheit in die Hände anderer.
- Ständig wechselnde Bezugspersonen.
- Mangelhaft ausgebildetes Pflegepersonal.
- Mangelhafte strukturelle, zeitliche und personelle Rahmenbedingungen in weiterführenden Institutionen.
- Potentielle Probleme durch pubertäre körperliche Veränderungen → Schülerinnen werden nicht mehr als ‚niedlich‘ gesehen, was zu stärkerem Schamgefühl seitens der Pflegenden führt.

Einige der interviewten Schulleiterinnen weisen zudem auf erschwerte Ablöseprozesse aus dem Elternhaus hin. Kennzeichnend dafür sei einerseits die hohe Abhängigkeit der Schülerinnen von ihren Eltern, aber auch das Festhalten der Eltern an ihren Kindern. Eine solche Konstellation könne zu abrupten Abbrüchen der bisherigen Lebenssituation führen, falls die Eltern nicht mehr in der Lage seien, die Pflege des eigenen Kindes zu gewährleisten oder versterben.

„[...] Also ich denke die Schüler mit schwersten Behinderungen, dass muss man ganz klar sagen, sind immer natürlich sehr, ja auf ihre Familie angewiesen, ne auf diese teilweise sehr symbiotischen Beziehungen, ja. Und das, da ist einfach so eine große Abhängigkeit gegeben, und da ist es für die Familien auch ganz schwer die irgendwann loszulassen. Also die, mit den Familien zu arbeiten gelingt uns oft nicht gut. Ich glaube da brauchen die einfach andere Gesprächskreise und auch andere Rückkopplungsangebote, ja.“ (SL4, 37)

Ein besonders großes Problem der Schülerinnen sehen die interviewten Experten in der potentiellen Gefahr, sexuellem Missbrauch oder Misshandlung ausgesetzt zu sein. Begründet wird dies durch die Gewöhnung an den häufigen körpernahen und intimen Kontakt von Bezugspersonen, den mangelnden Kommunikationsmöglichkeiten und der enormen Abhängigkeit von anderen Menschen in existentiellen Bereichen. Gleichzeitig fragen sich die

Experten, wie dem begegnet werden könne. Einige sehen in der Förderung des Selbstbewusstseins, der Unterscheidung von angenehmer und unangenehmer Körperwahrnehmung sowie der Anbahnung einer basalen Kommunikation Möglichkeiten, die Schülerinnen zu stärken.

„Die Kinder sind ja immer sehr offen und da ist manchmal auch die Gefahr, halt auch für später, dass sie sich auch falschen Menschen zu sehr öffnen. Also deswegen auch für die Kinder, das sie sehen, es sind immer nur ganz bestimmte Menschen die auch da sind und mir helfen. Nicht das sie dann zu jedem so hingehen.“ (PF1, 29)

Notwendiger Kompetenzerwerb als schulische Aufgabe

Generell wird von allen interviewten Experten als das oberste Ziel für den Bereich Pflege im schulischen Bildungsprozess die Ausbildung der eigenen Bedürfnisse genannt. Die Schülerinnen sollten lernen, ihre eigenen Bedürfnisse zu erkennen, nach Möglichkeit zu kommunizieren und deren Befriedigung einzufordern. In diesem Zusammenhang sei es von großer Bedeutung, dass die Schülerinnen die Pflege für sich als Teil ihres Alltagslebens begreifen sowie akzeptieren lernen und sie möglichst als angenehm bewerten.

„[...] ich finde das persönlich am wichtigsten, dass die Schüler was zulassen können, Pflege annehmen können und einfach als einen Teil des Alltags begreifen und annehmen können. Und es möglicherweise auch etwas angenehmes sein kann.“ (FL5, 24)

„[...] Die Pflege wird ein Leben lang zu diesem Menschen gehören und deshalb ist es auch unsere Aufgabe ihn auf diese Situation vorzubereiten. Das Pflege ein Teil seines Lebens sein wird, so wie wir sagen wir müssen ihn auf Leben im weitesten Sinne, in allen Bereichen vorbereiten, ist das auch ein wesentlicher Teil.“ (SL10, 29)

Differenzierter betrachtet sollten die Schülerinnen im Laufe ihrer Schulzeit lernen, komplexere Pflegehandlungen als positiv zu erfahren und diese für ihre Pflege anzunehmen. Von einer Förderschullehrerin wird hier als Beispiel sehr anschaulich die schrittweise Anbahnung der komplexen Mundhygiene genannt.

„Ich denke da jetzt zum Beispiel an die Mundhygiene, ich hatte das eben schon mal erwähnt, dass da auch wirklich viele Schüler sind, denen es einfach schon schwerfällt, dass da jemand im Mund mit irgendwas operiert und das auch bei uns ein ganz kleinschrittiger Prozess ist. Wir haben da erst mal dieses Lernzahnbürstenset, was man auch für Babys nimmt, um da eine gewisse Toleranz zu bekommen und wir arbeiten uns jetzt so weiter und das Endziel soll dann mal wirklich eine elektrische Zahnbürste sein.“ (FL5, 21)

Um diese Bildungsziele zu erreichen, sei eine wertschätzende, ganzheitliche und individuell gestaltete Pflege unerlässlich. Folgt man den Aussagen einiger Pflegekräfte interpretativ, sind die Bildungsziele nur erreichbar, wenn der gesamte Pflegeprozess einer jeden Schülerin genau beobachtet und bestenfalls dokumentiert wird.

Ganz elementar ist nach Aussagen aller Experten der Erwerb einer grundlegenden Ja-Nein-Kommunikation, entweder verbal oder gestisch-mimisch, anzustreben, damit die Schülerinnen ihre Pflege auf basaler Ebene selbstbestimmen können.

„[...] So wenn ich jetzt so einen Schüler sehe, der schon eine Körperbehinderung hat, auch eine kognitive Beeinträchtigung, kommunikative Beeinträchtigung, ist ganz wichtig, dass er da gefördert wird im Bereich der unterstützenden Kommunikation. Das ist Schlüssel zu allem, Kommunikation, ja.“ (SL7, 57)

In diesem Zusammenhang sei es wichtig, dass die Schülerinnen zwischen angenehmen und unangenehmen Pflegehandlungen unterscheiden könnten, um potentielle Missbrauchstendenzen zu erkennen. Wie dies umsetzbar sei, stellen die interviewten Experten nach wie vor in Frage. Es sei schließlich nicht möglich, den Schülerinnen unangenehme Pflegehandlungen erfahrbar zu machen. Der Fokus müsse vielmehr darauf gerichtet sein, die Pflege für die Schülerinnen so angenehm und wohltuend wie nur möglich zu gestalten und jeden Schritt kommunikativ zu begleiten, so dass die Schülerinnen diese positive Art der Pflegegestaltung als alltäglich erleben und aufgrund dessen im Falle von Missbrauchstendenzen Unwohlsein empfinden, was sie bestenfalls in irgendeiner Form kundtun.

„[...] Oder stelle ich mir den vor, der eigentlich noch nicht mal richtig kommunizieren kann, der schon alleine für ein Ja oder ein Nein auf eine unterstützte Kommunikation angewiesen ist. Bei dem stelle ich mir vor, da ist dieses Ja/Nein-Sagen lernen eine ganz wichtige Sache, da ist die Mimik, wie mache ich meinem Gegenüber nun letztendlich wirklich deutlich dass mir etwas unangenehm ist. Also das ist eine schwierige Frage.“ (SL9, 39)

Insgesamt wird die Lebensgestaltung bei Schülerinnen mit schwersten Behinderungen sowie der Erwerb der notwendigen Kompetenzen vom Großteil der Interviewten als sehr schwierig bewertet. Gerade der Übergang von der Förderschule in nachschulische Institutionen sei immer wiederkehrend ein Balanceakt, bei dem nicht selten das Gefühl aufkomme, „zu wenig getan zu haben“, um die Schülerinnen auf das nachschulische Leben vorzubereiten. Dieses Gefühl entsteht vor allem auch deshalb, weil die nachschulische Situation in Bezug auf die Pflegegestaltung von einigen Interviewten als schlechter bewertet wird. Mehr als eine liebevolle Gestaltung der Pflege sei nach ihren Aussagen nicht möglich, aber das sei eine gute Voraussetzung für das nachschulische Leben.

„[...] liebevolle Förderpflege macht einen Menschen stark und ein Mensch der stark ist hat doch immer bessere kommunikative Möglichkeiten. Ein Kind was lächelt, das können sie auch im Nachfolgebereich, wird immer mehr Zuwendung bekommen, als eins was nur permanent schreit, ne. Also das ist, das hängt zusammen und kann man jedem nur wünschen.“ (SL13, 35)

Von dreien der interviewten Schulleiterinnen wird in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass es in der Verpflichtung der professionellen Helfer liege, stellvertretend für den Personenkreis der Menschen mit schwersten Behinderungen Kompetenzen für ihre bedürfnisgerechte Betreuung zu erwerben. Als Förderschulpersonal sehen sie sich daher in

der Verpflichtung, mit den weiterführenden Institutionen ein Netzwerk aufzubauen und in Kooperation zu treten, um gemeinsam an der Lebensgestaltung der Schülerinnen mitzuwirken. Nur so könnten die notwendigen Kompetenzen für die nachschulische Lebensgestaltung mit dauerhaftem Pflegebedarf auch definiert werden.

6.2.6 Das Verhältnis von Pflege und Pädagogik im Bildungsprozess

Diesem Thema liegen die Fragen zugrunde, inwieweit die Pflege ein Forum für pädagogische Aktivitäten bietet, die Pflege bereits selbst pädagogische Anteile enthält und wie durch pädagogisch-unterrichtliche Aspekte die Pflege bereichert werden kann.

6.2.6.1 Pflege als pädagogisch-unterrichtliche Situation

Anhand dieses Unterthemas soll eruiert werden, wie die Pflege mit der Pädagogik verwoben ist, welche Notwendigkeit einer pädagogisch-orientierten Pflege an der Förderschule FkmE aus der Perspektive der interviewten Experten besteht und inwiefern die Pflege eine unterrichtliche Situation an sich darstellt.

Hier stimmen die Aussagen über die theoretische Notwendigkeit einer pädagogisch orientierten Pflegegestaltung mit den Ergebnissen aus der Studie von KLAUB et al. (2005) überein. Danach sehen 68% der Förderschullehrerinnen und 55% der Pflegekräfte die Notwendigkeit, Pflegesituationen pädagogisch zu nutzen. Die Teilnehmenden Beobachtungen sowie die Zwischenergebnisse der vorliegenden Studie belegen jedoch auch, dass weit weniger Pflegesituationen tatsächlich pädagogisch genutzt werden können, trotz der zugesprochenen Notwendigkeit. Dies deckt sich mit den Beobachtungen von SCHLÜTER (2009) und den Ergebnissen der Studie von FISCHER (2003), nach denen die Pflege von Förderschullehrerinnen nur in sehr geringem Umfang pädagogisch genutzt wird.

„Das ist einfach so, wir haben in den Stundenplänen Förderung für Schwerstbehinderte oder Schwerstmehrfachbehinderte verankert, aber bei personellem Ausfall fällt das eher hinten runter, als das die anderen keinen qualifizierten Unterricht bekommen. Und dann ist es auch nicht so wichtig, dann kommt halt, dann können die ja auch mal, dann geht der Zivildienstleistende oder die Zivildienstleistenden oder FSJlerinnen, gehen die dann halt auch allein und sind sich halt auch eigentlich auch ein bisschen selber überlassen, mitunter. Das hat etwas mit Wertigkeit zu tun.“

(PF6, 15)

Der überwiegende Teil der interviewten Pflegekräfte ordnet die eigene pflegerische Arbeit an der Förderschule FkmE der Pädagogik zu. Nach Aussagen der Pflegekräfte erscheint es nicht möglich, die Pflege an der Förderschule FkmE ohne pädagogische Anteile durchzuführen. Insbesondere im Rahmen der Selbstständigkeitserziehung und der Förderpflege sei pädagogisches Handeln unerlässlich.

„Ich denke mal pädagogisches Wissen haben wir alle. [...] und krieg hier also Pädagogik mit und somit vermischt sich bei mir Pädagogik mit Pflege. Und wenn ich einen Schüler zur Selbstständigkeit anleite, dann gehört da auch eine ganz große Por-

tion Pädagogik dazu. Da geht es nicht so, „du machst das jetzt so, und guck mal so“, sondern da muss ja auch den Schüler nach den eigenen individuellen Fähigkeiten anleiten, ihm Erfolgserlebnisse verschaffen und und und, damit er diese Selbstständigkeit wachsen kann. Ich sage mal für mich, Pädagogik und Pflege, das vereint sich bei mir.“ (PF5, 51)

Die Pflege an der Förderschule FkmE stellt für zwölf der interviewten Pflegekräfte deutlich eine Form des Unterrichts dar. Begründet wird dies durch die immanenten Lernziele in der der Pflege, z. B. in den Bereichen Selbstständigkeitserziehung, Mobilitätstraining, Essens-training. Dies sei für die Schülerinnen von großer Bedeutung, da es ihnen signalisiere, dass ihre Pflege und die damit verbundenen Ängste genauso ernst genommen würden wie der Fachunterricht. Die Pflegekräfte sind darüber hinaus der Ansicht, dass die Schülerinnen selbst nicht zwischen Unterricht und Pflege trennen, sondern beide Aufgabenbereiche zu ihrem pädagogischen Schulalltag zählen. Die Pflege als intime Situation stelle ebenfalls insofern eine pädagogische dar, als dass in diesem Rahmen intensiv an der Verarbeitung der eigenen behindernden Erfahrungen und der eigenen Körperwahrnehmung gearbeitet werde.

„Das sie sich als Person, also „ich mit meinem eigenen Körper“ eben auch. Nochmal eine ganz andere Wahrnehmung und die Wichtigkeit. Also „ich, auch mit meiner Beeinträchtigung auch, ich bin wichtig. Also auch für mich meinen Körper“, so ne, ich kann es jetzt gar nicht ausdrücken, aber „meine Bedürfnisse werden hier auch angesprochen“. Eben nicht nur immer die Grundbedürfnisse, wie ein Toilettengang. Sondern „auch ich spüre mich ja“.“ (PF8, 44)

Zwei der interviewten Pflegekräfte bewerten die Pflege zwar als pädagogische Situation und führen die Pflege auch pädagogisch orientiert durch, sehen die Verantwortung der pädagogischen Planung und Dokumentation jedoch bei den Förderschullehrerinnen. Sie begründen dies durch die unterschiedlichen Fachkompetenzen, die in der konkreten Handlung zwar im Sinne eines Kompetenztransfers zusammenarbeiten, jedoch der fachbezogenen Begründung und Verankerung bedürfen. Demnach stelle die pädagogische Ausrichtung von Pflegesituationen primär eine Aufgabe von Förderschullehrerinnen dar, die in der Durchführung unter Anweisung und Zielformulierung delegiert werden könne.

„[...] Ich persönlich also ich, wir halten uns so erst mal prinzipiell aus pädagogischen Dingen heraus. Wir unterstützen und der Lehrer gibt da sozusagen den Ton an in dem Bereich. Umgekehrt ist es genauso, wir werden unterstützt, aber wir sind erst einmal für die Richtung da. Alles kann hinterfragt werden, zu jederzeit, ob es in unserem Bereich ist oder im Bereich der Pädagogik. Aber der gegenseitige Respekt ist vorhanden, das setzt voraus das ich jemanden vor mir habe der auch weiß wovon er spricht. Das eine nötige Fachkompetenz vorhanden ist, ansonsten kann ich ihn nicht ernst nehmen.“ (PF10, 37)

In der Gesamtheit sprechen die interviewten Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen der Pflege an der Förderschule FkmE grundsätzlich eine pädagogische Bedeutung zu. Übereinstimmend sehen sie die die Selbstständigkeitsförderung in der Pflege verankert. Art, Umfang und Zuständigkeiten anderer pädagogischer Bezüge zur Pflege variieren in den

Aussagen deutlich. Die Mehrzahl der Förderschullehrerinnen und auch Schulleiterinnen sind oder waren schon einmal in der Pflege tätig und haben die Pflegesituationen pädagogisch genutzt. Im Zusammenhang mit ihren pflegerischen Erfahrungen und der subjektiv erwogenen Notwendigkeit einer pädagogisch orientierten Pflegegestaltung charakterisieren sie das Verhältnis von Pflege und Pädagogik anhand folgender Einzelaussagen:

- Die Pflege biete ein enormes Potential mit einzelnen Schülerinnen ein vertrauensvolles Gespräch über individuelle Probleme, Bedürfnisse oder Wünsche zu führen und stelle daher ein genuines pädagogisches Verhältnis zwischen Lehrerin und Schülerin dar.
- Die Pflege fördere die Kommunikation und Anleitungskompetenzen der Schülerinnen.
- Pflegerisches Handeln sei in der Regel ritualisiert und fördere pädagogisch betrachtet den Aufbau von Vertrauen und Sicherheit in die Umwelt.
- In Pflegesituationen könne die Herausbildung eines persönlichen Geschmacks gefördert werden.
- Die Pflege biete die Möglichkeit, die Schädigungsbilder der einzelnen Schülerinnen besser kennen zu lernen und daraus neue pädagogische Ansätze für die Förderplanerstellung abzuleiten.
- Die Sicherstellung und Gestaltung der Pflege sei Bestandteil des pädagogischen Auftrags im Rahmen der Elternarbeit → die Eltern tragen pädagogische Ziele der schulischen Pflege an die Förderschullehrerinnen heran.
- Die Arbeit in der Pflege eröffne eine neue Perspektive auf die pädagogischen Bedürfnisse der Schülerinnen.
- Die Pflege biete den Schülerinnen die Möglichkeit, ganz basale Erfahrungen zu machen und dadurch Lernfortschritte zu erzielen (z. B. den Unterschied zwischen warm und kalt auf der Haut wahrzunehmen)
- Unterrichtsinhalte (z. B. im Sachunterricht der Körperaufbau) könnten in der Pflege vertieft werden.
- Die Pflege sei ein Teilgebiet des lebenspraktischen Unterrichts.
- Der pädagogische Aspekt schulischer Pflege liege im Learning (im Sinne von Üben). Die Schülerinnen übten ihre Fertigkeiten in der Pflege über die gesamte Schulzeit ein.
- Die Versorgung und der Umgang mit Hilfsmitteln in der Pflege müsse immer pädagogisch angeleitet werden.
- In einer pädagogischen Einrichtung hätten alle Mitarbeiterinnen (mit Ausnahme der Verwaltungskräfte) teamorientiert einen pädagogischen Auftrag zu erfüllen, auch die Pflegekräfte. Pflege und Pädagogik seien daher nicht zu trennen.
- Die Pflege einzelner Schülerinnen sei ein pädagogisches Thema aller Schülerinnen, da die Pflegebedarfe im Schulalltag für alle Schülerinnen der Förderschule FkmE präsent seien. Die Pflegebedarfe müssten thematisiert werden, damit aus dem möglichen Unwissen einzelner Schülerinnen über die Pflegebedarfe anderer Schülerinnen keine Vorurteile erwachsen.

- Die fortlaufende Dokumentation des Pflegeprozesses bei Schülerinnen mit schwersten Behinderungen sei eine Form des stellvertretenden Lernens.
- Die Pflege sei Bestandteil der individuellen Entwicklungsprozesse der Schülerinnen und bedürfe der pädagogischen Begleitung.
- Die Pflege müsse pädagogisch orientiert gestaltet sein, da sie eine deutliche Zukunftsrelevanz für die Schülerinnen besitze und Schule den Auftrag habe, die Schülerinnen auf ihre Zukunft vorzubereiten.

Einige der interviewten Förderschullehrerinnen sowie der Großteil der Schulleiterinnen sehen das Verhältnis von Pflege und Pädagogik bereits in den Richtlinien für den Förderschwerpunkt ‚geistige Entwicklung‘, den Richtlinien für die Förderung Schwerstbehinderter sowie dem Entwurf der Richtlinien für den Förderschwerpunkt ‚körperliche und motorische Entwicklung‘ verankert. Die pädagogische Gestaltung der Pflege sei daher ein Bildungsauftrag der Förderschule FkmE (vgl. Kapitel 4.1). Gleichzeitig sehen die Befragten die Notwendigkeit, das in den Richtlinien geforderte Verhältnis von Pflege und Pädagogik zukünftig in der schulischen Umsetzung deutlicher zu forcieren. Die Umsetzung sollte ihren Aussagen nach im Rahmen der Förderpflege stattfinden.

Eine der interviewten Förderschullehrerinnen sowie fünf der interviewten Schulleiterinnen sehen die Pflege mit der Pädagogik in ihrer tagtäglichen Arbeit verbunden. Eine pädagogisch orientierte Pflege sei durch den fortlaufenden Prozess der individuellen Förderplanung gekennzeichnet. Dabei dürfe die Planung, Durchführung und Evaluation allerdings nicht von standardisierten Fördermaßnahmen ausgehen, sondern müsse anhand der individuellen Voraussetzungen und Bedürfnisse jeder einzelnen Schülerin umgesetzt werden.

„Bei den Kindern mit körperlichen Behinderungen ohne schwere kognitive Beeinträchtigung kommt natürlich dazu, dass wir da schon die Verpflichtung haben, mit denen auch über Pflege zu reden, und das mit denen zu thematisieren, und ein Pflegesetting gemeinsam mit ihnen zu entwickeln, mit allem was Pflege so umgibt. Da fördern wir natürlich schon auch die, sagen wir mal die Selbstbestimmung, so ein Empowerment, aber das ist hier ganz, ganz schwierig. [...] Also hier sehen wir schon natürlich unseren Schulauftrag, also Ziel ist ja Schüler zu verselbstständigen und zur Selbstbestimmung zu stärken. Und da haben wir schon noch so einen anderen Auftrag auch im Bereich der Pflege.“ (SL4, 37)

Auf der Grundlage der Bedeutsamkeit der Pflege für die Schülerinnen (vgl. Kapitel 6.2.4) sieht der Großteil der Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen die Notwendigkeit, die Pflege deutlicher in das pädagogische Gesamtkonzept der Förderschule FkmE zu integrieren und in diesem Sinne als unterrichtliche Situation bzw. Rahmen für Förderung zu werten und ebenfalls als solche zu planen und zu gestalten.

„Ja, auf jeden Fall stärker behandeln. Und ich denke, dass es bei vielen nicht so bewusst ist. Es gibt ja immer Kollege, die Pflege delegieren an Pflegemitarbeiter und das nicht selber machen. Ich denke, bei denen ist es überhaupt nicht im Bewusstsein. Da sollte man es auf jeden Fall stärker berücksichtigen. [...] man muss ganz klar gucken, was steckt in der Pflegesituation alles von den Zielen und pädagogischen In-

halten: Ob Selbstbestimmung, Wahrnehmungsförderung oder Mobilität oder sonst was. Wie wertvoll ist diese Situation, letztendlich mit der Entscheidung gekoppelt, will ich sie dann aus der Hand geben und wie muss ich jemanden einweisen, wenn ich sie aus der Hand gebe, wie wichtig ist, dass ich sie selber mache. [...] Dass man da nochmal den Fokus auch auf pädagogische Ziele lenkt oder auf mögliche Unterrichtsinhalte, oder Ziele die Unterrichtsinhalten entsprechen können, oder den Förderplänen entsprechen können [...].“ (FL2, 42;47;65)

Zusammengefasst lässt sich durch Einzelaussagen und Beispiele der interviewten Experten interpretativ das folgende Bild des Verhältnisses von Pflege, Pädagogik und Unterricht generieren:

- Pflege enthält weit mehr pädagogische Anteile als die interviewten Experten ursprünglich angenommen haben.
- Auch der Bereich Pflege dringt viel tiefer in den eigentlich als rein pädagogisch erachteten Bereich vor als gedacht. So beinhalten Lagerung im Unterricht, angemessene Bekleidung, Nahrungsaufnahme, Wechsel von Ruhe- und Aktivitätszeiten beispielsweise bereits deutliche Anteile von pflegerischen Handlungen und stellen diese bereits an sich dar.
- Der Schnittmengenbereich zwischen Pflege und Unterricht / Pädagogik ist, so reflektieren die Interviewten, viel größer als bisher angenommen. Förderschullehrerinnen und Pflegekräfte sehen unabhängig voneinander viele Bereiche in der Förderschule, in denen sie gleichermaßen und / oder zusammen tätig sind.
- Wird die Pflege ganzheitlich, lebensweltbezogen und bedürfnisorientiert definiert, dann können Pflegesituationen generell als pädagogisch-unterrichtliche Situationen verstanden werden.
- Viele pflegerische und pädagogische Handlungen an der Förderschule FkmE werden intuitiv getätigt. Erst im Zuge einer themenbezogenen Reflexion wird das enge Verhältnis von Pflege und Pädagogik deutlich.
- Die Pflege bietet mehr Möglichkeiten der pädagogisch-unterrichtlichen Gestaltung, als ihr bisher zugestanden wurde.

6.2.6.2 *Kenntnisse von Förderkonzepten und Möglichkeiten der Umsetzung einer körpernahen Förderung im Rahmen der schulischen Pflege*

Die interviewten Experten wurden zunächst zu ihren Kenntnissen über etablierte Theorien, Modelle und Konzepte der körpernahen Förderung befragt. Dahinter steht die Intention, dass bekannte Förderkonzepte oder -modelle einerseits einen verbindlichen Rahmen für die Förderung schaffen und dadurch andererseits Formen der körpernahen Förderung in der Planung, Durchführung und Evaluation initiiert werden können.

Anhand des Unterthemas „Konkrete Gestaltung von Pflege“ (vgl. Kapitel 6.2.2) wurde bereits eruiert, wie die Pflege an der Förderschule FkmE allgemein gestaltet bzw. organisiert wird und ob die Pflege über eine Grundversorgung hinausgeht. Da der Interviewverlauf einem Reflexionsprozess gleicht, wird davon ausgegangen, dass bereits durch das Thema „das Verhältnis von Pflege und Pädagogik“ eine weiterreichende Reflexion ein-

geleitet wurde und auf diese Weise ein differenzierteres Bild der pädagogischen Möglichkeiten einer fördernden Pflege abgebildet wird. Bei diesem Unterthema geht es folglich weniger um die aktuelle Gestaltung, als vielmehr um die potentiellen Möglichkeiten, die Pflege für die körpernahe Förderung bietet.

Pflegekräfte haben ihre Profession vor allem in den Bereichen Kinderkrankenpflege, allgemeine Krankenpflege oder haben Kinderkrankenpflegehelfer gelernt. Da die Ausbildungen vornehmlich in Krankenhäusern absolviert wurden, wurden insbesondere Konzepte der Genesungspflege bzw. Krankenpflege gelehrt. Viele der interviewten Pflegekräfte arbeiteten vor ihrer Beschäftigung an der Förderschule in solchen Einrichtungen, ihre Arbeit richtete sich an den Konzepten der vorübergehenden Genesungspflege / Krankenpflege aus. Die Pflegekräfte geben an, dass sie die erlernten Konzepte nur bedingt auf ihre Tätigkeit an der Förderschule übertragen könnten. Die erlernten Pflorgetechniken ließen sich dagegen problemlos auf die Klientel der Förderschule übertragen. Hingegen beschreiben die Pflegekräfte die Rahmenbedingungen der Förderschule und die Bedürfnisse der Schülerinnen als weitgehend unterschiedlich im Vergleich zur Kinderkrankenpflege. Als besondere Herausforderung empfinden Pflegekräfte, dass Schülerinnen der Förderschule keine Pflege zur Genesung erhielten, sondern als Unterstützung für ihr tägliches Leben und sich somit kein „positives“ Resultat der Pflegeleistungen im Sinne einer Genesung abzeichne.

„Also ich denke wir sind als Kranken- oder Kinderkrankenschwestern, wir sind hier mit fünf Kinderkrankenschwestern schon der Ansprechpartner. Weil wir ganz anders mit der Pflege umgehen und das anders erlernt haben als ein Pädagoge.“ (PF, 82)

Explizite Kenntnisse über konzeptuell begründete Fördermöglichkeiten werden von einer Pflegekraft auf dem Gebiet der Kinästhetik genannt, die zuvor im Rahmen einer Fortbildung erworben wurden. Der Großteil der Pflegekräfte arbeitet im Bereich der körpernahen Förderung auf der Grundlage von Kenntnissen, die durch „Learning on the Job“ erworben wurden. Bei ihren Förderangeboten sei die theoretische Fundierung und begriffliche Bestimmung der Förderangebote nachrangig. Wichtiger sei ihnen eine individuelle und bedürfnisgerechte Förderung der Schülerinnen in Pflegesituationen mit dem Ziel, dass diese die Pflege als angenehm empfänden. Die Förderpflege stelle daher ein „Wellnessangebot“ im sonstigen Schulalltag dar. Die sonstige Grundpflege werde generell unter die Prämissen der Selbstständigkeitsförderung gestellt. Die medizinische Behandlungspflege werde eng nach den fachwissenschaftlichen Anforderungen sowie den dazugehörigen Pflegekonzepten und -modellen durchgeführt (vgl. Kapitel 2.3 und 2.4).

Die interviewten Pflegekräfte sind in der Gesamtheit bereit, sich im Sinne eines Kompetenztransfers zusätzlich pädagogische Konzepte der Förderung anzueignen und im Gegenzug ihre Fachkompetenzen an das pädagogische Personal weiterzugeben.

Es kann konstatiert werden, dass Förderschullehrerinnen sowie Schulleiterinnen die inhaltlichen Anforderungen an den Begriff der Förderpflege mit dem Konzept der basalen

Stimulation nach FRÖHLICH (2003) sowie dem ‚Kombinierten Konzept zur individuellen Förderung Schwerstbehinderter‘ nach DANK (1996) als erfüllt ansehen. Weiter muss davon ausgegangen werden, dass der Begriff der Förderpflege vom Großteil der interviewten Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen synonym für das Konzept der basalen Stimulation verwendet wird. Darüber hinaus scheint der Konzeptgedanke der ständigen Weiterentwicklung des Konzepts bzw. dessen Adaption an das förderpädagogische Feld Förderschule FkmE (vgl. MOHR 2006b) nicht genügend berücksichtigt zu werden. Dies würde bedeuten, dass sich die Förderpflege auf bereits entwickelte und etablierte Methoden innerhalb des Konzepts der basalen Stimulation reduziert.

Auf die Nachfrage hin, welche Förderkonzepte entweder inhaltlich oder vom Namen her bekannt sind und wie diese inhaltlich zu füllen sind, benennen die befragten Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen in diffusen Ausführungen teilweise Autorennamen der Begründer von Förder- oder Therapieansätzen, bringen die Begründer mit anderen Förderkonzepten in Verbindung, nennen die ihnen bekannten Namen von Förder- und Therapieansätzen oder benennen ihre Vorstellungen der inhaltlichen Füllung von Förderansätzen. Einige Einzelaussagen dazu werden wegen ihrer Prägnanz wörtlich wiedergegeben:

„Da bin ich sehr schlecht informiert. Ich kenne aus dem Studium basale Stimulation, da kann man sicherlich einiges in der Pflege machen. Dann so ein bisschen Bobath, so ein Vojta, dass man diese Drehbewegungen auf dem Wickeltisch macht, da kenne so ein bisschen die Punkte, die man aktivieren kann, um so Drehbewegungen auszulösen bei den Schülern [...].“ (FL1, 21)

„[...] Im Grunde genommen sind alle Elemente der Förderschwerpunkte die wir bei schwerstmehrfach behinderten Verfolgen, sind ja auch in der Pflege mit integriert.“ (SL7, 23)

„Ja, ich denke so die gesamten basalen Geschichten, alles was Fröhlich und so weiter, ist denke schon bekannt, ja da gehe ich von aus, und wird auch größten Teils umgesetzt.“ (SL6, 23)

„Wir haben selber unser Konzept der Schwerstbehindertenförderung im letzten Jahr umgestellt [...]. Das sind also so die Aspekte der Schwerstbehindertenförderung die für uns konzeptionell wichtig sind.“ (SL3, 19)

„[...] also ich denke das was wir so machen, erarbeiten wir uns gemeinschaftlich mit, im Rahmen von Förderplänen [...] und dadurch sind natürlich bei uns auch Pflegekonzepte für das individuelle Kind immer mit Thema von Förderplänen.“ (SL2, 39)

„Eigentlich Fröhlich und Haupt.“ (FL12, 17)

„Nein, kann ich Ihnen jetzt keinen benennen. Also was ich sage, ist ausgehend vom Förderschwerpunkt den man dem Schüler zuteilt. Dass der auch in die Pflege mit einfließt.“ (FL10, 15)

„Da würde ich in die Richtung Basale Stimulation gehen. Fröhlich, Snoezelen, Bewegungsförderung, Lageveränderung. Solche Dinge. Körperwahrnehmung.“
(FL8, 24)

„Ja die Konzepte von Andreas Fröhlich und von Susanne Dank zur Förderpflege und Basalen Stimulation. Das sind ja so Bereiche, die da angesprochen werden, die sich in die Förderpflege integrieren lassen.“
(FL4, 17)

„Da wurde schon während meiner Ausbildung drüber gesprochen, die lange her ist, und dann kam Andreas Fröhlich und hat diese Basale Stimulation ins Gespräch gebracht und die dringende Notwendigkeit beschrieben und die kommt ja auch dem Bereich Pflege sehr nahe oder ist ein Teil davon. Da gibt es ja eine große Schnittmenge.“
(SL8, 15)

Im Bereich der Förderung in Pflegesituationen existieren auf Seiten der Förderpädagoginnen und der Schulleiterinnen nur rudimentäre Kenntnisse dessen, was Förderung innerhalb der Pflege konzeptuell begründet ausmachen könnte.

Dennoch wird anhand von Einzelaussagen deutlich, dass sich einige Förderschullehrerinnen die Durchführung konkreter körpernaher Förderelemente vorstellen können. Dabei spielt die theoretische oder konzeptuelle Einordnung bzw. Benennung der zugrunde liegenden Förderkonzepte für sie nur eine untergeordnete Bedeutung. Vielmehr geht es ihnen um den „praktischen Kern der Sache“ und dies sei letztlich der Gewinn für die Schülerinnen.

Die Förderbedarfe seien zudem so individuell, dass ein Übertrag aus festgeschriebenen Förderkonzepten nicht möglich erscheine.

„Also ich könnte mir im Bereich der basalen Stimulation alles Mögliche vorstellen. Massagen mit einbauen, einfach zu spüren, was ist kalt was ist warm, zu riechen. Verschiedene Seifen auszuprobieren. Seinen Körper kennenzulernen. Was finde ich schön, was finde ich nicht schön. Ich spüre mich, ich erlebe mich. So würde ich das bezeichnen.“
(FL12, 26)

Folgende konkrete Förderangebote würden die interviewten Förderschullehrerinnen gerne erproben bzw. haben diese bereits in der Vergangenheit angewandt:

- Massagen (Ganzkörper oder Teilmassage), die es der Schülerin ermöglichen, ihren Körper als vollständig zu erleben.
- Anbahnen unterstützender Kommunikation in der Pflege durch den Einsatz elektronischer Kommunikationshilfen (in diesem Fall wurde mit einem iTalk2¹⁴ geübt, Pflegehandlungen zu bejahen oder zu negieren).
- Pflegehandlungen durch sprachlich begleitete Berührungen langsam und nachvollziehbar gestalten.
- Lagerveränderungen der Schülerinnen zur Wahrnehmungsförderung.
- Situationen des engen Körperkontakts anbahnen, damit Schülerinnen mit schwersten Behinderungen zeigen können, wie es ihnen geht.

¹⁴ Elektronische Kommunikationshilfe mit zwei großen Tasten, die bspw. mit Ja und Nein besprochen werden können. (siehe auch: http://www.barrierefrei-kommunizieren.de/datenbank/index_produkte.php).

- Den Körper durch eincremen mit Bodylotion erfahrbar machen.
- Konkrete Pflegehandlungen durch Mitführen der Hände der Schülerin erfahrbar machen.
- Pflegesituationen durch wiederholte und kleinschrittige Ankündigung der Handlungen ritualisiert gestalten.
- Mit der Schülerin gemeinsam herausfinden, welche Düfte, Materialien und konkreten Handlungen dem persönlichen Geschmack der Schülerins entsprechen.
- Pflegesituationen humorvoll gestalten unter Einbezug einer „Therapiepuppe“, mit der die Pflegehandlungen sprachlich begleitet werden.
- Methoden des ‚Handlings‘ gemeinsam mit den Therapeutinnen und Pflegekräften erarbeiten.

Zusammengefasst wird anhand der Aussagen zu diesem Unterthema ersichtlich, dass auf Seiten der Förderschullehrerinnen, Schulleiterinnen und Pflegekräfte eine deutliche Sensibilität für die Bedürfnisse der Schülerinnen nach körpernahen Erfahrungen in der Pflege vorhanden ist.

„[...] Man mahnt ja auch im Bereich der Pflege bestimmte Dinge beim Kind an, auch wenn es nur winzigste Teile von Mithilfe, in Führungszeichen, sind, aber selbst das versucht man ja anzubahnen um mit dem Kind da in eine Form von Kontakt zu kommen, von Kommunikation zu kommen auch im Bereich der Pflege. Also auch das ist ja was, was sich langsam entwickeln muss. Was zum Teil ja bei solchen Kindern sehr schwierig ist aufzubauen, auch weil oft Sprache fehlt, also man ja mit ganz einfachen basalen Mitteln an, sowie man eben auf anderem Wege eben auch mit den Kindern arbeitet, auch im Bereich der Pflege mit den Kindern arbeitet. Aber das aufzubauen und zu zulassen, damit es für Kinder zu so genauso selbstständig wird wie alles andere was Unterricht ausmacht, das finde ich, ist ein ganz wesentlicher Teil.“
(SL10, 45)

Den Aussagen der Schulleiterinnen folgend muss davon ausgegangen werden, dass erstens die Notwendigkeit einer pädagogischen Pflegegestaltung deutlich im Fokus der Schulleiterinnen liegt und zweitens die Bereitschaft, diese Forderungen in der Schulorganisation zu verankern, unverkennbar vorhanden ist. Für die Umsetzung fehlt es – bezogen auf die Aussagen in den Interviews – derzeit an konkreten Handlungsideen, Konzepten und Methoden, deren Ziele und Effekte für die Schülerinnen definiert sind sowie an einem übergeordneten Organisationsrahmen für die Förderung in Pflegesituationen (z. B. festes Zeitkontingent, personelle Beteiligungen, Verankerung in schulinternen Bildungsplänen).

6.2.7 Pflege als Unterrichtsthema

Nachdem erfragt wurde, ob Pflegesituationen an sich bereits pädagogisch-unterrichtliche Situationen darstellen, wurden die interviewten Experten bei diesem Thema dazu befragt, ob die konkreten Pflegebereiche (angelehnt an das ABEDL®-Strukturmodell) und die lebensimmanenten Pflegeanteile von Schülerinnen mit Pflegebedarf ebenfalls Unterrichtsthemen darstellen und somit Inhalte des Fachunterrichts sein können. Dazu wurden den Inter-

viewteilnehmern als Ankerpunkte stichpunktartige Memos (auf einem DIN A4 Blatt) ihrer eigenen Aussagen zu den vorangegangenen Themen vorgelegt. Diese waren zuvor während des Interviewverlaufs vom Interviewer angefertigt worden. Insbesondere die Aussagen zur Bedeutsamkeit der Pflege für die Schülerinnen und die pädagogische Nutzung von Pflegesituationen sollten den Interviewteilnehmern die Möglichkeit bieten, daraus relevante Aspekte einer Thematisierung von Pflegeinhalten im Unterricht abzuleiten.

Zu den folgenden Unterthemen wurden zunächst ausschließlich die Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen befragt. Denn der Unterricht ist innerhalb der Schule den Planungs- und Handlungskompetenzen der Lehrkräfte unterstellt. Pflegekräfte sind offiziell nicht dazu befugt, Unterricht eigenverantwortlich zu planen und zu gestalten. Wohl aber sind sie berechtigt, als Experten für pflegerische Themen im Unterricht mitzuwirken. Aus diesem Grunde wurden die Pflegekräfte zu ihrer Mitwirkung im Unterricht separat befragt.

Es sei angemerkt, dass zu diesem Themenbereich von Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen in der Anzahl die meisten Aussagen gemacht wurden. Es folgt daher eine zusammenfassende und komplexitätsreduzierte Darstellung der Kernaussagen.

6.2.7.1 Thematisierung pflegerischer Inhalte im Unterricht und didaktisch-methodische Möglichkeiten der Umsetzung

Der überwiegende Teil der interviewten Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen sieht die Thematisierung pflegerelevanter Inhalte im Unterricht für Schülerinnen mit überwiegend kognitiven Lernwelten und Pflegebedarfen als bedeutsam an.

„Das muss eigentlich thematisiert werden. Beispiel: Wir hatten hier vor Jahren einen Schüler, bei dem vom Erscheinungsbild nicht klar war, ist er Mann oder Frau. Der sich dann halt eben irgendwann dazu entschieden hatte Junge zu sein und der einen künstlichen Darmausgang hatte, aufgrund dieser ganzen Problematik. Der machte halt eben seine Probleme, bzw. seine emotionalen und psychischen Probleme wenn er welche hatte, so deutlich dass er einen seiner Kotbeutel einfach irgendwo ins Gebäude hinwarf. Das zeigt ganz deutlich, dass sich dies nicht trennen lässt vom Unterricht. Ich muss mit den Schülern darüber reden.“ (FL9, 25)

Die Mehrheit der Förderschullehrerinnen integriert nach eigenen Angaben bereits pflegerelevante Themen in den Unterricht. Die Thematisierung sehen Förderschullehrerinnen überwiegend in der Sexualerziehung, im Sachunterricht, dem lebenspraktischen Unterricht zur Vorbereitung auf das nachschulische Leben sowie in der Verarbeitung der eigenen Behinderung verortet. Darüber hinaus plädieren sie für eine geschlechterspezifische Thematisierung von eben solchen pflegerischen Inhalten, um die Intimsphäre der Schülerinnen zu wahren.

„Ja im Zusammenhang mit diesen Schülern, die aber in hohem Maß abhängig sind von Unterstützung bei der Pflege, denke ich muss das auch auf diesem höheren, abstrakteren Niveau besprochen werden können im Unterricht. Und dazu gehören Konzepte. Zum Beispiel dass Frauen nicht mit jungen Männern in diesem Intimbereich unterrichten, oder nur unter bestimmten Bedingungen. Dass Männer männliche

Schüler unterrichten und Frauen eben weibliche. Um mal ein Beispiel für ein Konzept zu nennen.“ (FL8, 35)

Mit der Thematisierung pflegerischer Inhalte im Unterricht sind nach Aussagen der Förderschullehrerinnen immer schülerrelevante Fragestellungen verbunden. Auf folgende Schülerfragen wird in diesem Zusammenhang verwiesen:

- Wo brauche ich jetzt und in Zukunft Hilfe?
- Welche Wohnformen kommen für mich mit meinen Pflegebedarfen in Betracht?
- Welche Hilfsmittel gibt es für mich und meinen Pflegebedarf und wer bezahlt diese?
- Wie funktioniert das mit dem persönlichen Budget?
- Wie teile ich meinem Assistenten mit, was ich will, was nicht will und wie ich es will?
- Finde ich eine Freundin /einen Freund, der mich mit meinem Pflegebedarf akzeptiert?
- Wer pflegt mich, wenn meine Eltern über das Wochenende ohne mich verreisen möchten?
- Was brauche ich und um was muss ich mich kümmern, damit ich optimal versorgt bin?
- Wie geht mein Leben weiter, wenn ich noch mehr Pflege benötige?

Die interviewten Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen benennen eine Vielzahl möglicher Inhalte für die Thematisierung von Pflege im Unterricht.

Im gleichen Zug schildern sie ihre Vorstellungen über die didaktisch-methodische Aufbereitung und die fachbezogene Zuordnung zu den einzelnen Unterrichtsfächern bzw. Aufgabenbereichen der Förderschule FkmE. Zur besseren Lesbarkeit erfolgt die Darstellung dieser Ergebnisse in tabellarischer Form.

Mögliche Themen	Fachbezogene Einordnung / Didaktisch-methodische Aufbereitung
Der eigene Körper und die Pflegerfordernisse	Im Sachunterricht; in Biologie; im Rahmen der Sexualerziehung
Körpererfahrung	Vor allem in der Unterstufe in Form von Spielen und im musischen Bereich
Pubertät und Hygiene	Im Rahmen der Sexualerziehung
Sexualität und Pflegebedarf	Im Rahmen der Sexualerziehung
Aufgaben, bei denen ich Hilfe brauche	Im Sachunterricht; optimal wäre das Üben im Trainingsraum; Alltagstraining auf Ausflügen
Finanzielle Möglichkeiten der Pflegegestaltung (persönliches Budget, ISB)	Im Mathematikunterricht; im Sachunterricht

Selbstsicheres Auftreten als Experte ihrer eigenen Anliegen gegenüber Helfern	Einüben in Form von Rollenspielen
Sich zu seinem persönlichen Kleidungsstil bekennen (auch bei Schülerinnen mit schwersten Behinderungen)	Im Rahmen der Sexualerziehung, spez. Geschlechteridentität
Lebensentwürfe von Menschen mit Pflegebedarf	Im Deutschunterricht; falls vorhanden, eine Lektüre über das Leben mit Pflegebedarf bearbeiten; autobiografische Texte von Menschen mit Behinderungen bearbeiten
Arbeit, Wohnen und Partnerschaften bei Pflegebedarf	Vor allem in der Abschlussstufe im Rahmen der Vorbereitung auf das nachschulische Leben; im Rahmen der Sexualerziehung
Persönliche Assistenz	Im Sachunterricht; im Deutschunterricht Lebensmodelle von Assistenznehmern besprechen; Assistenznehmer und -geber als Experten in die Schule einladen
Mobilitätstraining für die Pflege, z. B. Rollstuhltransfer	Im Sportunterricht durch geeignete Bewegungsübungen und Spiele
Thematisierung von Pflegeefordernissen im Vorfeld von Klassenfahrten	Erstellen einer Liste unter der Fragestellung „Was brauche ich alles für meine Pflege?“
„Behinderungen“ im Rahmen der Behinderungsverarbeitung	Im Sachunterricht / Biologie Erscheinungsformen von Körperbehinderungen und potentielle Pflegebedarfe bearbeiten
Wohnformen für Menschen mit Pflegebedarf	Exkursionen zu Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen; Besuch von Beratungsstellen; Einladen von Fachkräften weiterführender Institutionen
Rechtliche Ansprüche bei Pflegebedarf	Besuch von Beratungsstellen; Einladen von Experten
Gleichberechtigung, Menschenwürde und Verschiedenheit bei lebensbegleitendem Pflegebedarf	Im Religionsunterricht
Gesundheitsfördernde und gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen	Im Sachunterricht; eine Thematisierung während der Mahlzeiten wäre auch möglich

Tabelle 8: Mögliche Inhalte für die Thematisierung von Pflege im Unterricht. (Eigene Darstellung)

Für die Thematisierung der oben genannten Inhalte im Unterricht fehlt es laut Aussagen einiger Förderschullehrerinnen jedoch an konkretem Unterrichtsmaterial und Handlungsempfehlungen. Sehr intime und persönliche Themen im Bereich Pflege würden die interviewten Förderschullehrerinnen nicht im Unterricht besprechen wollen. Dazu eignen sich die konkreten Pflegesituationen bzw. diskrete Lehrer-Schüler-Gespräche.

„[...] ich weiß z. B. dass der Kollege einen Schüler im Moment beim Schwimmen vorm Duschen immer zeigt, wie man sich da unter rum beim Duschen sauber hält. Das kann ich ja schlecht im Unterricht thematisieren, das will ich vielleicht auch nicht machen. Das gehört schon in individuelle Pflegehandlungen.“ (FL6, 29)

Die Nennungen der interviewten Schulleiterinnen zu den möglichen thematischen Inhalten decken sich überwiegend mit den Aussagen der interviewten Förderschullehrerinnen, dennoch betrachten sie die Aufbereitung bzw. unterrichtliche Einbettung der pflegerelevanten Unterrichtsinhalte deutlicher aus der Perspektive der Schulorganisation. Eine kognitive Thematisierung pflegerischer Inhalte im Unterricht sehen sie vorwiegend in der Abschlussstufe verankert. Pflege sollte dort im Rahmen der Gestaltung des Übergangs von der Förderschule in das nachschulische Leben thematisiert werden. In der Eingangsklasse, der Unter- und Mittelstufe sollte der Fokus auf der unterrichtimmanenten Realisierung pflegerischer Inhalte liegen, vor allem in der Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung.

Die Thematisierung von Pflege sollte darüber hinaus immer in andere unterrichtliche Zusammenhänge eingebettet sein und nicht zusammenhangslos erfolgen. Als Gründe dafür nennen die Schulleiterinnen die Überforderung der Schülerinnen mit bislang noch tabuisierten Themen, aufgrund der eigenen Betroffenheit.

Etwa ein Drittel der befragten Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen sprechen sich für eine Thematisierung pflegerischer Inhalte in Neigungsgruppen bzw. AG's aus, an denen Schülerinnen mit ähnlichen Bedürfnissen im Bereich Pflege teilnehmen könnten, da Pflege thematisieren nicht gleichsam für alle Schülerinnen einer Lerngruppe die entsprechende Relevanz besäßen.

Zudem sollte die Thematisierung von Pflege nicht im Zusammenhang mit Unterricht stehen, da es sich bei den Pflege Themen meist um persönliche Anliegen der Schülerinnen handle und Unterricht immer auch eine Bewertung der Schülerleistungen erforderlich mache. Eine Thematisierung in Neigungsgruppen oder Differenzierungsgruppen habe darüber hinaus den Vorteil, dass diese vornehmlich im Nachmittagsbereich stattfinden und es so möglich wäre, Pflegekräfte für die Thematisierung zu gewinnen.

Die Schulleiterinnen und Förderschullehrerinnen äußerten folgende Vorschläge für Neigungsgruppen, in denen Pflegeinhalte thematisiert werden könnten:

- Wellness-AG
- Mädchen-AG und Jungen-AG
- Massage-AG (ist bereits an einer Förderschule vorhanden¹⁵)

¹⁵ Die Massage-AG wird von zwei Förderschullehrerinnen und zwei Pflegekräften aus persönlichem Engagement geleitet. Die Schüler mit und ohne schwerste Behinderungen tragen Badebekleidung und massieren sich einerseits gegenseitig unter Anleitung und Achtung der Intimsphäre und werden auch von den Förderschullehrerinnen und Pflegekräften massiert.

6.2.7.2 *Hemmnisse einer Thematisierung von Pflege im Unterricht*

Von Schulleiterinnen und Förderschullehrerinnen wird die Heterogenität der Lerngruppen gleichermaßen als größtes Hindernis für die Thematisierung von Pflegeinhalten bewertet. Da nicht alle Schülerinnen gleichermaßen auf pflegerische Unterstützung angewiesen seien, sei das Thema für Schülerinnen ohne Pflegebedarfe irrelevant.

Ein weiteres Hindernis besteht laut Aussagen der Schulleiterinnen in der hohen Individualität der Pflegebedarfe. Die Problemlagen und Fragen der einzelnen Schülerinnen, bezogen auf ihre Pflegegestaltung seien so heterogen, dass eine Thematisierung im gesamten Klassenverband lediglich die Belange von einzelnen Schülerinnen spiegele. Die Probleme, Sorgen und Ängste der Schülerinnen seien außerdem sehr intim und persönlich und gehörten nicht in den gemeinschaftlichen Unterricht.

„Ich sehe nur die Problematik, dass Unterricht normalerweise eine Veranstaltung in Gruppen ist und das hier eher Einzelerfahrungen sind, die sich da auch bilden und dass es halt diese intimen Sachen sind. Und auch Themen wie „Vorlieben und Abneigungen zu äußern“ ist sicher schwierig. Ich kann es mir einfach im Moment nicht vorstellen. Ich fände es wichtig, dass so was angesprochen wird, aber die unterrichtliche Situation die kann ich mir im Moment nicht vorstellen.“ (SL1, 31)

Eine der Schulleiterinnen hält die Verankerung des Thema Pflege in den schulinternen Bildungsplänen für problematisch, da das Thema sehr breit gefächert sei und die Zuordnung zu einzelnen etablierten Themenbereichen des Unterrichts sowie auch zu den Klassenstufen keine eindeutige Zuweisung zulasse. Als Lösung dieses Problems sieht sie die Verankerung des Themas Pflege in Form eines Spiralcurriculums, in dessen Rahmen das Thema Pflege immer wieder an entsprechenden relevanten Stellen der Schullaufbahn aufgegriffen werden könne. Eine Förderschullehrerin sowie zwei Schulleiterinnen verweisen auf die Tabuisierung des Themenkomplexes „Pflege und Sexualität“. Die beiden Themenbereiche Pflege und Sexualität seien ihrer Ansicht nach nicht voneinander abzukoppeln. Eine Thematisierung könne die betroffenen Schülerinnen schnell überfordern und verletze das Verhältnis von Nähe und Distanz zwischen Lehrerin und Schülerin.

„Aber Pflege in Partnerschaft oder persönlichen Pflegebedarf in die eigene Sexualität integrieren lernen, das ist ein heikles Thema. Inwieweit kopple ich es. Koppel ich Pflege an Sexualität – ist es der Genitalbereich. Es geht in Behinderungsverarbeitung, in Intimitätsgeschichte rein. Aber mein eigentliches Ziel ist es ja einen erweiterten Sexualitätsbegriff zu haben der über die Genitalsexualität deutlich hinausgeht. Von daher ist den eigenen Pflegebedarf in die persönliche Sexualität integrieren lernen sinnvoll, aber in Schule ganz schwer zu machen. Aber wenn ich sage Pflege in Partnerschaft, da mag das ja als Bindungsverhalten, als Vertrauensbeweis immer aber auch in Risiko der Überforderung beider Partner stehen. Von daher finde ich das ein ganz heikles Thema.“ (FL9, 27)

Zwei weitere Förderschullehrerinnen erweitern diese Tabuisierung und verweisen in diesem Zusammenhang auf die Lebenssituation von Schülerinnen mit lebensverkürzenden Grunder-

krankungen, wo die Thematisierung schnell auch eine Auseinandersetzung mit der verkürzten Lebenserwartung bedeute. Sie sehen darin eine Überforderung für die Schülerinnen, aber auch für sich selbst.

„Aber es gibt eben auch Themenbereiche wie z. B. das Sterben von Schülern. Das gibt es in allen Altersstufen. Da wird die Pflege sich mit der Zeit auch verändern. Da gibt es auch Schüler, ich denke an Dystrophiker, von denen wir weniger haben. Wo es dann in der sogenannten Koexistenz für uns eine Rolle spielt, darauf zu reagieren. So nach dem Motto „Ich konnte das und das immer machen und jetzt wird das in Assistenz für mich gemacht.“. Das ist ein Problem, da reagiert der Schüler emotional drauf. Und wenn man ihn schon länger hatte, dann ist man damit konfrontiert. Und da kommt man aber an Grenzen, das muss ich mal ganz klar so sagen.“ (FL8, 71)

Die Aussagen über die potentiellen Hemmnisse einer Thematisierung von pflegerelevanten Inhalten relativieren sich jedoch in den Aussagen der interviewten Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen, vor allem wenn die übergeordneten Inhalte wie Assistenz, Körperpflege, Wohnen, Arbeiten und Freizeit mit Pflegebedarf etc. Gegenstand des Unterrichts sind.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die interviewten Förderschullehrerinnen eine Vielzahl an Möglichkeiten sehen, Pflege thematiken in ihr ‚Kerngeschäft Unterricht‘ zu integrieren. Dabei sollten die Aspekte der Pflege in übergeordnete thematische Zusammenhänge des Unterrichts einfließen und die Thematisierung sollte fächerübergreifend erfolgen. Die befragten Schulleiterinnen sehen sich dazu verpflichtet, die Thematisierung von Pflege auf der Steuerungsebene anzustoßen. Die Thematisierung behinderungsspezifischer Aspekte von Pflege sollte Gegenstand in Neigungsgruppen (AG's) sein. Sehr intime und persönliche Anliegen von Schülerinnen bezüglich der eigenen Pflege sollten auch weiterhin in vertraulichen Gesprächen zwischen Bezugsperson und Schülerin thematisiert werden.

6.2.7.3 Möglichkeiten der Mitgestaltung im Unterricht als Pflegekraft

Pflegekräfte zeigen eine deutliche Bereitschaft, sich über ihre Basisqualifikation als Pflegekraft hinaus auch in pädagogischen Feldern der Schularbeit an der Förderschule FkmE zu engagieren. Aus der Perspektive der befragten Pflegekräfte wird die Arbeit aktuell bereits durch einen hohen Anteil pädagogischer Arbeit bestimmt. Die direkte Mitwirkung bei der Gestaltung im Unterricht zu expliziten Pflege Themen sollte jedoch von Förderschullehrerinnen initiiert werden. Sie selbst würden sich im Unterricht nicht aufdrängen wollen. Sie plädieren dafür, dass Pflege ein Thema im Unterricht sein sollte und die Zuständigkeit eindeutig bei den Förderschullehrerinnen liegen müsse. Sie begründen dies durch ihre Beobachtungen in Pflegesituationen, in denen die Schülerinnen einen deutlichen Bedarf der Thematisierung pflegerischer Inhalte signalisieren. Die Benennung der möglichen pflegethematischen Unterrichtsinhalte deckt sich weitgehend mit den oben genannten Nennungen

der Förderschullehrerinnen. Der überwiegende Teil der Pflegekräfte ist jedoch nach eigenen Aussagen schlecht darüber informiert, inwieweit Pflege als Thema im Unterricht vorkommt.

„Ich finde es ist Aufgabe der Pädagogen, weil gerade im pädagogischen Sinne die Schüler auch, die Pflege gehört zu ihrem Alltag und die müssen Selbstständigkeit lernen und wie sie zurechtkommen, wie sie bestimmte Bedingungen für sich umsetzen können um irgendwo gepflegt zu werden und auch die Pflege einzufordern bei Leuten, und auch das muss man lernen.“ (PF2, 7)

Ihr Engagement möchten die Pflegekräfte zukünftig überwiegend in allgemeinen pädagogischen Feldern der Förderschule FkmE einbringen, weniger in der konkreten Unterrichtsgestaltung. Als Ausnahmen nennen sie spezielle Pflege Themen (beispielsweise Sondenernährung, Verhalten im Krankheitsfall etc.), bei denen sie als Experten den Unterricht begleiten würden. Allerdings seien sie dazu bereit, Förderschullehrerinnen bei der Unterrichtsplanung als Experten mit ihrem Pflegewissen zur Seite zu stehen.

„Auf jeden Fall könnte ich mir das vorstellen, weil ich weiß ja wovon ich rede, ich kann mich da auf meine Erfahrungen verlassen, ich kann Tipps geben. Ich weiß wen man wann ansprechen kann, wenn es um bestimmte Probleme geht. Doch das könnte ich mir vorstellen, auf jeden Fall.“ (PF10, 63)

„Bestimmt, weil man ja auch als Krankenschwester doch noch einen ganz anderen Blick hat auch auf die Pflegesituation, als die Lehrer. Die haben in ihrer Ausbildung ja halt auch sicherlich etliches Kennengelernt, sehen das aber aus anderer Sicht als wir, medizinisch pflegerisch halt, und da ist eine Zusammenarbeit für den Unterricht sicherlich gut. Das kann ich mir gut vorstellen.“ (PF13, 55)

Drei Pflegekräfte wären sofort dazu bereit, über ihre Arbeitszeit hinaus aus persönlichem Engagement heraus in Zusammenarbeit mit den Förderschullehrerinnen eine geschlechtsspezifische Pflege-AG zu konzipieren und zu leiten. Sie sehen darin einen idealen Rahmen für die Thematisierung von Problemen und Sorgen der Schülerinnen bezüglich ihrer eigenen Pflege und die Möglichkeit, ihnen ein notwendiges fachliches Wissen über Körperpflege, Ernährung und medizinische Pflege zu vermitteln (z. B. warum ausreichendes Trinken für den Körper so wichtig ist).

Insgesamt lassen die Ergebnisse von Förderschullehrerinnen und Pflegekräften ein hohes Potential für die Kooperation in der unterrichtlichen Thematisierung von Pflegeinhalten erkennen. Wie sich die Kooperation beider Fachdisziplinen aktuell gestaltet, ist Gegenstand des folgenden Themas.

6.2.8 Kooperation von Förderschullehrerinnen und Pflegekräften in der Pflege

Die Kooperation im Aufgabengebiet Pflege wird von den interviewten Experten höchst unterschiedlich und teilweise gegensätzlich bewertet. Die Einschätzungen und Bewertungen der Kooperation basieren deutlich auf der jeweiligen Perspektive der einzelnen Disziplinen.

Die Darstellung erfolgt aus diesem Grund differenziert und vergleichend aus den Perspektiven der jeweiligen Disziplinen.

6.2.8.1 Perspektive der Pflegekräfte

Zum Thema „Kooperation in der Pflege“ zeigten die interviewten Pflegekräfte den größten Gesprächsbedarf. Die Kooperation mit den Förderschullehrerinnen wird etwa zur Hälfte fast ausschließlich positiv bewertet und zur anderen Hälfte für verbesserungswürdig bis überwiegend negativ gehalten. Ebenso wird die Bereitschaft zur Kooperation in der prozentualen Anzahl der Förderschullehrerinnen bewertet. Etwa 60% der Förderschullehrerinnen seien bereit, im Bereich der Pflege zu kooperieren und 40% eher nicht.

Ein wesentlicher Faktor der positiven Bewertung in der Kooperation scheint die systemökologische Eingebundenheit der Pflegekräfte in die Schulorganisation zu sein. Gekennzeichnet sei diese Eingebundenheit nach Einzelaussagen der befragten Pflegekräfte durch folgende Bedingungen:

- Rotierende Zugehörigkeit zu festen Klassenteams
- Teilnahme an relevanten Konferenzen
- Einbezug bei der Erstellung der Förderplanung
- Möglichkeit zur Mitgestaltung der Elternarbeit
- Gleichwertigkeit von Unterricht und Pflege
- Wertschätzung der eigenen Arbeit durch die Schulleitung (ein regelmäßiger Austausch mit der Schulleitung findet statt)
- Gleichmäßige Aufgabenverteilung und Mitwirkung bei der Gestaltung der Förderpflege
- Gegenseitiger Respekt vor den Berufsgruppen und der damit verbundenen fachlichen Arbeit
- Ein Selbstverständnis von Förderschullehrerinnen, pflegerische Aufgaben ungefragt zu übernehmen
- Das Gefühl, sich in einem Kompetenznetzwerk zu bewegen, in dem jeder den anderen fragen oder um Hilfe bitten kann (Kompetenztransfer)

Einige der Pflegekräfte benennen folgende Faktoren, die die Kooperation ihrer Ansicht nach negativ beeinflussen:

- Alleinige Zuordnung ihrer Kompetenzen zum pflegerischen Bereich
- Nachrangigkeit ihrer Anliegen gegenüber pädagogischen Bezügen
- Geringe Übernahme pflegerischer Handlungen durch Lehrkräfte
- Geringe Wertschätzung ihrer fachlichen Arbeit (O-Ton: „bessere Putzfrauen“)
- Beliebige Verfügbarkeit der Dienste von Pflegekräften (durch Bereitschaftstelefon)
- Entgegengebrachte Arroganz und Beschwichtigung bei Hilfsangeboten von Pflegekräften (nach Aussagen einiger Pflegekräfte hielten sich einige Förderschullehrerinnen als Akademiker für kompetenter)

Allgemein fordern die Pflegekräfte einen vermehrten Einsatz der Förderschullehrerinnen in der Pflege, vor allem in der Planung und Organisation der Förderpflege für Schülerinnen mit schwersten Behinderungen. Sie sehen in einer stärkeren Kooperation vor allem positive Effekte für die Schülerinnen...

- in einer bedürfnisorientierteren Pflegegestaltung,
- in einer adäquateren Hilfsmittelversorgung,
- in einer effizienteren Förderung der Autonomie,
- in einer ganzheitlichen Förderplanerstellung, die auch körperlich-pflegerische Aspekte berücksichtigt,
- durch die Erweiterung der Perspektive beider Fachdisziplinen auf die Behinderungsformen und den damit verbundenen pädagogischen und pflegerischen Bedürfnissen,
- durch ein bedeutungsvolleres Erleben der Pflege für Schülerinnen mit schwersten Behinderungen.

Auffällig ist zudem, dass sich einige der Pflegekräfte bei der Beschreibung und Einschätzung der Kooperation auf die Schulorganisation der Trägerschaft sowie auf die Schulleitung direkt beziehen. Dies wird anhand der folgenden Äußerungen der befragten Pflegekräfte deutlich:

„Also ich muss sagen, dass was ich eben schon mal sagte, dass unsere Schulleitung ein gutes Konzept fährt [...].“ (PF3, 47)

„Und wir wünschten uns zum Beispiel jemanden in der Leitung, dass wir eine Leitung hätten, die sich um solche Dinge kümmert [...].“ (PF6, 29)

„[...] wir haben es mit unterschiedlichen Arbeitgebern zutun an diesen Schulen. Der Schulträger ist der Landschaftsverband, der für uns zuständig ist, der uns ganz strenge Regeln vorsetzt, und wir haben die Lehrer, die über das Land angestellt sind [...].“ (PF8, 28)

„[...] wir haben zur Zeit eine Schulleitung, die da sehr hinter steht, die dafür arbeitet [...].“ (PF8, 32)

„[...] wir werden von der Schulleitung nicht übersehen. Wir haben eine große Stimme, wir haben auch Stimmrecht in allen, Beteiligungsrechte und was wir aber nicht haben ist so in der täglichen Umsetzung, daran mangelt es. Also wir werden hier wirklich, Basisdemokratie wird hier noch großgeschrieben und das finde ich sehr schön.“ (PF6, 51)

Insgesamt sei die Kooperation in der Pflege nach Ansicht der interviewten Pflegekräfte stark von der Bereitschaft der Förderschullehrerinnen und des Einsatzes der Schulleitung abhängig. Bei der Kooperation der Pflegefachkräfte sowie der Hilfskräfte an der Förderschule FkmE zeige sich, dass neben der Etablierung der interdisziplinären Zusammenarbeit vor allem der Ausbau der transdisziplinären Arbeit bedeutsam erscheine.

6.2.8.2 *Perspektive der Förderschullehrerinnen*

Die interviewten Förderschullehrerinnen äußern sich zurückhaltender und in deutlich geringerem Umfang zur Kooperation mit den Pflegekräften. Jedoch zeigen sich hier ebenfalls sowohl positive als auch negative Bewertungen.

Teilweise berichten die Förderschullehrerinnen, dass einige Pflegekräfte ihres Erachtens über zu wenige pädagogische Kompetenzen verfügten und ihre Arbeit an der Förderschule FkmE zu sehr aus der medizinisch-pflegerischen Perspektive heraus betrachteten. Es sei daher oftmals schwer, Pflegekräften die pädagogischen Intentionen ihrer Handlungen zu vermitteln. Auch würde der Stellenwert des Unterrichts von einigen Pflegekräften nicht ausreichend gewürdigt. Dennoch gestalte sich der ‚Umgang‘ miteinander wertschätzend.

„Die Krankenschwester sind liebe, nette Leute, die ihre Arbeit teils sehr ernst nehmen, teils ein bisschen lascher. So dass man da einzelnen schon mal klar machen muss „Ich sehe, dass du nichts tust.“. Dann läuft es. Es ist ein sehr schwieriger Bereich. Die Krankenschwestern kommen halt eben aus dem Krankenhaus Und die haben gelernt ‚schnell‘. Und die müssen natürlich auch darauf achten dass sie hier durchkommen, sonst geht das Geschrei los. Von daher ist da die Zusammenarbeit manchmal ein bisschen schwierig. Ich diskutiere immer mal wieder mit Krankenschwestern die dann teilweise auch stundenweise mit in der Klasse sind, wenn gerade keine Pflege ansteht [...], denen fehlt manchmal doch so ein bisschen der pädagogische Blick. Man kann lange und viel mit ihnen drüber sprechen, aber ich sehe da einfach Schwierigkeiten, denn die verwalten die Pflege doch mehr. Und das aufzubrechen, denn das bedeutet den eigenen Arbeitsbereich aufzubrechen ist schwierig. Das ist ein Problem, das man erst mal sehr vorsichtig mit den Krankenschwestern angehen müsste.“ (FL9, 33)

Drei Förderschullehrerinnen berichten, sie hätten kaum kommunikativen Kontakt zu den Pflegekräften. Sie sehen deutlichen Handlungsbedarf darin, den Austausch bzw. die Kooperation zu intensivieren. Vier weitere der Förderschullehrerinnen kooperieren ausschließlich mit dem Pflegehilfpersonal. Zu den hauptamtlichen Pflegekräften hätten sie dagegen kaum Kontakt. [Anm. d. Verf.: Es sei angemerkt, dass die Pflegekräfte an diesen Förderschulen FkmE einen separaten Aufenthaltsraum haben und nicht den Klassenteams zugehören.]

„[...] Jetzt ist da schon wenig Austausch. Ich weiß, die kommen 2 Mal am Tag, holen den Schüler zum Kathetern und sind dann auch wieder weg. Meiner Meinung nach ziehen die sich da schon ziemlich raus. Ich weiß halt nicht, wie sich das hier so konzeptionell gedacht wird und das wird jetzt sicherlich über die Schulprogrammarbeit nochmal geschärft werden, wie das gedacht werden soll [...].“

(FL6, 41)

Andere der befragten Förderschullehrerinnen sehen in der Kooperation mit den Pflegekräften eine Bereicherung für ihre pädagogische Arbeit. Gerade weil Pflegekräfte einer anderen Disziplin entstammten, bereicherten sie oft durch unkonventionelle Lösungen den Schulalltag im Klassenverband. Für die Schülerinnen stellten die Pflegekräfte ebenso eine Bereicherung dar, da sie oft eine engere Beziehung zu den Schülerinnen aufbauten, insbe-

sondere zu Schülerinnen mit schwersten Behinderungen. Oft seien die Pflegekräfte einfach Vertrauenspersonen für die Schülerinnen, denen sie sich mit intimen und persönlichen Problemen anvertrauten. Nach Einschätzung der Förderschullehrerinnen gelinge dies Pflegekräften gut, da sie durch den unverbindlichen Erziehungsauftrag kein Autoritätsgefälle gegenüber den Schülerinnen erzeugen müssten.

Die meisten Förderschullehrerinnen sind nach eigenen Angaben unabhängig von einer gelingenden Kooperation auf die Unterstützung und das Wissen der Pflegekräfte angewiesen. Einige Förderschullehrerinnen berichten von der kooperativen Zusammenarbeit in folgenden Zusammenhängen bzw. Aufgabenbereichen:

- Umgang mit Liftersystemen
- Trage- und Hebetechiken
- Bei der Einweisung des pflegerischen Hilfspersonals
- Anleitung spezieller medizinischer Behandlungspfletechniken (insbesondere in der Vorbereitung von Klassenausflügen und -fahrten)

Nach Ansicht der Förderschullehrerinnen sei die Kooperation ebenfalls teilweise abhängig von der Bereitschaft der Pflegekräfte.

Der Großteil der Förderschullehrerinnen schätzt die derzeitige Kooperation allerdings im Sinne der Erhaltung der Arbeitsfähigkeit als gut ein. Eine Intensivierung der Kooperation würde sich ihres Erachtens jedoch vor allem für die Schülerinnen gewinnbringend auswirken.

6.2.8.3 Perspektive der Schulleiterinnen

Die interviewten Schulleiterinnen äußern sich deutlich distanzierter zur Kooperation zwischen Pflegekräften und Lehrkräften. Zunächst schätzen sie die Notwendigkeit der Kooperation zwischen pflegerischem und pädagogischem Personal hoch ein. Die Bereitschaft der Pflegekräfte, sich auch in pädagogischen Aufgabenfeldern der Förderschule FkmE zu engagieren, stellt eine der häufigsten Aussagen der befragten Schulleiterinnen dar. Dies sei gar nicht anders möglich, da alle Mitarbeiterinnen an der Förderschule FkmE mit denselben Kindern und Jugendlichen arbeiteten und ein gemeinsames Ziel verfolgten.

Der überwiegende Teil der Schulleiterinnen geht davon aus, dass die Kooperation der Mitarbeiterinnen in der Pflege auf einem gegenseitigen Austausch beispielsweise über potentielle Probleme, Förderplanungen oder die Bedürfnisse einzelner Schülerinnen basiere. Des Weiteren gehen sie davon aus, dass die fachlichen Kompetenzen ebenfalls untereinander weitergegeben würden. Das Team an der Förderschule sollte sich nach Ansicht einer Schulleiterin untereinander durch den regen Austausch selbst fortbilden, im Sinne eines Kompetenztransfers.

„Ich glaube nur so geht es, also ich glaube es geht nur so, dass Kollegen sich untereinander irgendwie auch so ein Stückweit fortbilden und so ein bisschen sagen: „Mensch, da ist aber nochmal etwas wichtiges, und ich könnte dir nochmal den Tipp

geben und den Tipp geben“, abgesehen davon natürlich, dass hier bei uns auch die Krankenschwestern eben auch so ein bisschen darauf gucken: „wie ist die Pflegesituation, ist das irgendwie alles so wie wir uns das vorstellen [...].“ (SL6, 45)

In diesem Zusammenhang wird desgleichen der Bedarf einer Intensivierung der Kooperation zwischen pflegerischem und pädagogischem Personal gesehen, mehrheitlich jedoch linear zugunsten der Pflegekräfte. Demnach sollten Pflegekräfte vermehrt die Möglichkeit erhalten, sich in pädagogischen Feldern einbringen zu können. Ob dies den Bedarfen der Pflegekräfte selbst entspricht, wird dabei zumindest von einer Schulleiterin explizit in Frage gestellt. Zudem zweifelt sie die pädagogische Kooperation mit den Pflegehilfskräften an.

„Prinzipiell könnte ich mir vorstellen, dass einige unseres Pflegepersonals, wobei ich jetzt, hab ich wirklich nur noch das Fachpersonal, Nicht mehr die Zivis und die FSJler im Kopf, sondern nur noch das Fachpersonal. Wenn ich davon spreche, ich könnte mir vorstellen, dass sie sich wünschen würden häufiger in pädagogische Gespräche mit einbezogen zu werden. Aber ich bin mir ziemlich sicher, dass wenn die Kollegen her gehen würden und das tun würden, dass die sehr schnell die Hände strecken würden und sagen würden, danke das reicht.[...] Viel Pflege findet ja auch durch Zivis und FSJ statt. Ich wüsste momentan keine Schnittstelle, die nun diese Menschen auch instruiert oder mit ihnen bespricht, wie sie eine Pflegesituation pädagogisch gestalten können. Also da habe ich wirklich Zweifel. Das das passiert.“ (SL9, 106; 50)

Auch wenn einige der Schulleiterinnen darauf verweisen, dass Pflegekräfte die Möglichkeit erhalten, an Konferenzen als gleichberechtigte Mitglieder teilzunehmen, bleibt interpretativ fraglich, ob Pflegekräfte das gleiche Votum erhalten wie das pädagogische Personal.

Eine weitere Schulleiterin plädiert für eine gewisse Trennung der Bereiche Pflege und Pädagogik, damit es nicht zu einer undefinierten Vermischung der Kompetenzbereiche komme und die Fachlichkeit sowie Bedeutung jeder Disziplin erhalten bleibe. Dieses sensible Gleichgewicht herzustellen, sei eine bedeutsame Aufgabe und Herausforderung der Förderschule FkmE und müsse stets im kommunikativen Austausch verhandelt werden.

„Aber ich finde, da gehört auch wieder da zweite Standbein in der Schule zu, dass man im Grunde in einem guten Einvernehmen eine vernünftige Arbeitsteilung an der Stelle macht. [...] Also wo ist die Grenze, wo ich sage, dass ist mit Fug und Recht Pflegekraftarbeit, mal abgesehen von Behandlungspflege, da ist es klar, aber wir haben ja nicht viel Behandlungspflege in den Schulen, nicht so viel, wir haben ja nur viel größeren Grundpflegeanteil. Und da jetzt herauszufinden, was ist welche Aufgabe von wem und wie soll das Team an der Stelle gut vereinbart sein, dass finde ich neben allen Wissen nochmal eine große Herausforderung für unsere Schulen.“ (SL11, 83)

Auch wenn dies von Pflegekräften nicht offiziell angesprochen wird, halten vier der interviewten Schulleiterinnen die unterschiedlichen Arbeitgeberstrukturen von Pflegekräften und Lehrpersonal in ein- und derselben Institution für äußerst problematisch in der Kooperation. Pflegekräfte würden anders als das pädagogische Personal nicht vom Land NRW, sondern direkt vom Schulträger angestellt. Dies drücke sich zum ersten in einem deutlichen Gehalts-

gefälle zu Ungunsten der Pflegekräfte aus, zum zweiten müssten Pflegekräfte die Ferienzeiten in ihre Arbeitszeitbilanz einkalkulieren. Dies führe nach Ansicht der Schulleiterinnen unweigerlich zu einem unausgesprochenen Hierarchiedenken und einer empfundenen Benachteiligung.

Insgesamt äußert der überwiegende Teil der Schulleiterinnen den Wunsch nach einer stärkeren interdisziplinären bzw. implizit auch transdisziplinären Kooperation zwischen den pflegerischen, pädagogischen und therapeutischen Berufsgruppen bezüglich der Planung, Durchführung und Evaluation der Förderarrangements an ihrer Förderschule.

„Und ich würde mir aber wünschen, dass man tatsächlich so in einem multiprofessionalen Team sein Förderarrangement absprechen kann und einrichten kann. Und das würde ich idealerweise wirklich mit professionellen langjährigen Pflegekräften gerne machen.“
(SL4, 27)

Gemeinsam sei den Pflegekräften und dem Lehrpersonal nach Aussagen der Schulleiterinnen die große Schnittmenge ihrer Tätigkeiten in den sowohl typisch pädagogischen als auch typisch pflegerischen Bezügen. Die Übergänge zwischen den einzelnen Professionsbereichen und die damit intendierten Handlungen seien fließend und ließen sich nicht trennscharf voneinander abgrenzen. Da in der Förderschule bereits viele Aufgaben im pädagogisch-pflegerischen Bereich von Pflegekräften und Förderschullehrern gleichermaßen wahrgenommen würden, scheine die teilweise mangelnde Kooperationsbereitschaft eher ein kommunikatives Problem darzustellen.

Die Aussagen der interviewten Experten lassen erkennen, dass keine verbindlichen Austauschforen bzw. -gremien für die inter- und transdisziplinäre Kooperation an der Förderschule FkmE bestehen. Der Austausch zwischen pädagogischem und pflegerischem Personal findet vielmehr nach persönlichem Bedarf und informell statt. Ein weiteres Defizit für einen fachlichen Austausch scheint der mangelnde zeitliche Rahmen darzustellen.

Nach Aussagen der interviewten Förderschullehrerinnen und Pflegekräfte finden Gespräche meist zwischen „Tür und Angel“ statt.

„Ja mehr Zeit für Kommunikation. Nicht immer nur Tür- und Angel- Gespräche. Was wir oft hier einfach haben.“
(PF12, 46)

6.2.9 Aus- und Fortbildung in einer pädagogisch orientierten Pflege

Bei diesem Thema liegt die Intention darin, zu eruieren, wie die interviewten Experten einerseits ihre eigene Ausbildung und andererseits die Ausbildung der anderen Disziplinen entsprechend den pädagogisch-pflegerischen Anforderungen ihrer Arbeit einschätzen. Weiter wurde gefragt, welche Konsequenzen und Möglichkeiten sie daraus für die Aus- und Weiterbildung in der pädagogisch pflegerischen Arbeit ableiten.

6.2.9.1 Status Quo und Diskrepanzen in der Aus- und Fortbildung

Die interviewten Fachpflegekräfte weisen je nach erlerntem Fachgebiet unterschiedliche Schwerpunktkompetenzen auf. Die Ausbildungsinhalte in den Bereichen Medizin, Pädagogik, Therapie, Geragogik etc. variieren stark zwischen Kinderkrankenpflegerinnen, Altenpflegerinnen, Krankenpflegehelferinnen etc. Aus diesem Grund sind nach Aussagen der Pflegekräfte die erlernten Zusatzkompetenzen neben den Kompetenzen in der medizinischen Behandlungs- und Grundpflege nur bedingt auf das System Förderschule FkmE übertragbar. Ihren Wissens- und Kompetenzfundus für die Arbeit mit den Schülerinnen an der Förderschule FkmE haben die Pflegekräfte durch „Learning on the Job“ erworben. In diesem Zusammenhang äußern sie die Diskrepanz, dass sie für ihre Leistung des selbstständigen Lernens im Bereich der pädagogisch-orientierten Pflege kaum Feedback von der Schulleitung oder den Förderschullehrerinnen erhielten, ob ihre Arbeit den Vorstellungen bzw. Anforderungen entspreche oder nicht.

„[...] Ja dieses pädagogische Wissen haben wir dann nicht in der Ausbildung, das ist ganz klar. Wir hatten glaube ich gar keine Pädagogik vor 30 Jahren. Viele Sachen werden von uns halt intuitiv gemacht, die eben Pädagogik so anbelangt, dass man aus dem Bauch raus so handelt. Und ich denke viele Lehrer machen das umgekehrt auch.“
(PF7, 89)

Einige der befragten Pflegekräfte verweisen zudem auf die Aus- bzw. Fortbildungssituation von Pflegehilfskräften. Pflegekräfte seien zwar im Rahmen ihrer Möglichkeiten sehr bemüht, den jungen Hilfskräften ein Grundwissen der Pflege zu vermitteln, jedoch scheitere eine dem Aufgabengebiet angemessene Einweisung schlicht an der verfügbaren Zeit, da die Hilfskräfte in der Regel nicht länger als ein Jahr an der Förderschule arbeiteten. Die Einweisung in den Aufgabenbereich Pflege erfolge überwiegend durch die hauptberuflichen Fachpflegekräfte. Der pädagogische Bezug werde dabei vernachlässigt. Zudem fehle eine ausgewiesene Orientierungsphase, während der die Hilfskräfte die Möglichkeit hätten, sich für oder gegen diese Form der Beschäftigung zu entscheiden. Zwei Förderschullehrerinnen beschreiben die Situation der Pflegehilfskräfte auf kritische Weise. Sie wirkten zwar bei der Einweisung der Hilfskräfte mit, jedoch müsse bedacht werden, dass es sich bei Pflegehilfskräften um junge Menschen handle, die nach ihrer Schulzeit berufliche Orientierung suchten. Man könne sie daher nicht ausschließlich in der Pflege einsetzen, insbesondere nicht in der Oberstufe der Förderschule FkmE, da die Altersabstände zwischen den Hilfskräften und den Schülerinnen, wenn überhaupt, nur wenige Jahre betrügen.

Acht der interviewten Pflegekräfte berichten von ihren Erfahrungen mit Lehramtsanwärtern und jungen Förderschullehrerinnen. In ihren Augen seien die jungen Kolleginnen nicht ausreichend vorbereitet auf die praktische Tätigkeit im Umgang mit Schülerinnen, die Pflegebedarfe hätten. Sie sehen die Gründe darin in einer Kluft zwischen der theoretischen universitären Ausbildung und den Praxiserfordernissen.

„Ja, kann man sagen. Und eben viel Theorie alles, das merkt man ja, wenn unsere jungen Kolleginnen von der Uni kommen und eben, kann ich ja jetzt schlecht sagen wenn sie das aufnehmen, aber manchmal so an der Realität vorbei, weil sie uni mäÙig Theorie haben. Die Praxis sieht halt teilweise ganz anders aus.“ (PF3, 13)

„[...] Die [Anmerk. d. Verf.: Förderschullehrer] gucken nur groß, und da ist also eher so, dass wenn da irgendetwas mit dem Schüler ist, was in dem Bereich von Pflege gehört, dann laufen die eher ein halbe Stunde durch das Haus und suchen einen von uns, als dass sie es denn selber tun.[...]“ (PF6, 9)

Diese Einschätzung wird vom überwiegenden Teil der interviewten Schulleiterinnen und den älteren Förderschullehrerinnen geteilt. Sie berichten, dass sie insbesondere in den letzten fünf Ausbildungsjahrgängen bei Lehramtsanwärtern feststellen konnten, dass diese in der ersten Ausbildungsphase (Universität – 1. Staatsexamen) immer weniger auf die pädagogischen, therapeutischen und pflegerischen Bedürfnisse von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen vorbereitet würden. So sehen sie den Schwerpunkt der ersten Ausbildungsphase, entgegen dem Trend der Entwicklung der Schülerschaft in der Förderschule, in der fachdidaktischen unterrichtlichen Ausbildung der angehenden Förderschullehrerinnen.

„Und da haben wir gedacht, eigentlich müsste es viel mehr in beide Ausbildungen, also fachliche und Sonderschullehrerin aufgenommen werden, ja. Weil manche kommen dann neu in der Schule an und die Augen gehen ganz weit auf, weil die sich überhaupt nicht mit Pflege auseinander gesetzt haben.“ (FL13, 19)

Sechs der Schulleiterinnen berichten auf der Grundlage langjähriger Erfahrungen, gerade junge Kolleginnen seien schlecht bis überhaupt nicht auf die Arbeitsbedingungen der Förderschule FkmE vorbereitet. Zwei der Schulleiterinnen berichten in diesem Zusammenhang von jungen Förderschullehrerinnen, die aufgrund der hohen Pflegebedarfe der Schülerinnen und den damit verbundenen Anforderungen an ihre Arbeit einen Schulwechsel zugunsten einer Förderschulart für Schülerinnen ohne Pflegbedarfe beantragt hätten. Des Weiteren deuten die Schulleiterinnen an, dass die Schere zwischen den Ausbildungsinhalten der ersten sowie zweiten Ausbildungsphase und den tatsächlichen Anforderungen der Arbeit an der Förderschule FkmE bedingt durch die Veränderungen der Schülerschaft immer mehr aufgehe.

„Sie sind nicht unbedingt vorbereitet auf die Schülerschaft. Unmittelbar was über die Fächer hinaus geht ist immer schwierig. Das heißt nicht, dass es das studierte Fach ist und dann ist Ende. Der Unterricht ist halt der überwiegende Aspekt, aber was darüber hinausgeht, ist schwierig und das ist irgendwo in der Ausbildung nicht so angedacht. Also es ist nicht nur die Pflege, sondern es sind auch andere Bereiche und die müssen dann halt erst hier erarbeitet werden, in und nach der zweiten Phase und das ist schon bisschen spät. Es ist eine Frage der Vorbereitung. Ich denke, sie sind zur Zeit schlecht vorbereitet in der ersten Phase und dann ist das alles in der zweiten Phase zu leisten. Und das ist fast ein Neubeginn.“ (SL1, 65)

Einige der befragten Pflegekräfte und Schulleiterinnen berichten im gleichen Zug jedoch auch von Ausnahmen. Es gäbe immer wieder junge Förderschullehrerinnen, die im Bereich

der Pflege ein hohes Maß an Eigeninitiative zeigten. Dabei handle es sich oftmals um junge Kolleginnen, die bereits vor oder während ihrer Ausbildung zur Förderschullehrerin Erfahrungen in der Begleitung von Menschen mit Behinderungen gesammelt hätten. Im Bereich der einfachen Grundpflegetechniken sehen die interviewten Pflegekräfte die Förderschullehrerinnen dazu befähigt, die Pflege an ihrer Stelle durchzuführen.

„[...] Ich denke, beide Berufsgruppen sollten von der anderen Berufsgruppe tatsächlich ein gutes Grundwissen haben oder eben erfragen. Das auf jeden Fall.“

(FL1, 70)

Ihr Wissen in der Pflege von Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen haben Förderschullehrerinnen überwiegend in Tätigkeiten vor oder neben ihrem Studium der Sonderpädagogik erworben. Förderschullehrerinnen, die vor ihrem Studium Zivildienst, ein Freiwilliges Soziales Jahr oder ein Praktikum an der Förderschule FkmE abgeleistet haben, greifen für die Gestaltung der Pflege vorwiegend auf das Wissen aus diesen beruflichen Erfahrungen zurück.

„[...] Dass man die Berührungsängste verliert. Dass man bestimmte Griffe weiß. Dass man banale Sachen weiß, weiß wann man am besten den Knopf einer Hose öffnet, um sich das da zu erleichtern. Dass man den Schülern gegenüber nicht unsicher auftritt. Sicherlich ist dann irgendwann mal ein Mensch da gewesen, der mich unsicherer erlebt hat. Aber z. B. bei dieser Projektwoche war es eine Freizeitsituation wo wirklich 2 Wochen am Stück eine ganz klare Zuordnung war, ich war für die und die Schülerin zuständig, da hat sich eine Beziehung aufgebaut, da war Zeit genug, und da habe ich sehr viel Selbstbewusstsein und Sicherheit darin bekommen, die allen anderen danach immer wieder zu Gute gekommen ist.“

(FL2, 75)

Bis auf zwei der interviewten Förderschullehrerinnen sehen sich diese durch ihre Ausbildung insgesamt nicht ausreichend vorbereitet auf die aktuellen pädagogisch-pflegerischen Anforderungen der Arbeit an der Förderschule FkmE. Das Thema Pflege wurde, wenn überhaupt, lediglich am Rande thematisiert. Insbesondere in dem von Förderschullehrerinnen selbst als wichtig erachteten Bereich der Förderpflege sehen sie bei sich große Defizite. Sie könnten zwar Angebote der Förderpflege planen und diese dann durchführen, welchen Effekt oder Nutzen das aber letztendlich für die Schülerin selbst besitze, könnten sie oft nicht erkennen. Auch könnten sie nicht beurteilen, ob alle ihre Handlungen korrekt ausgeführt seien (z. B. Massage).

Zwei Förderschullehrerinnen erklären in diesem Zusammenhang für sich selbst, dass Defizite im (förder-)pflegerischen Wissen vor allem im Rahmen der Elternarbeit fast ‚peinlich‘ seien und sie in Bedrängnis geraten würden, wenn Eltern sie um Gespräche zur Förderpflege ihrer Kinder bitten würden.

Die Defizite im Bereich Pflege würden darüber hinaus um ein unzureichendes Wissen über Pflegetechniken ergänzt. In diesem Zusammenhang sei oft unklar, wie viel Hilfe nötig und wie wenig möglich sei, um die Selbstständigkeit der Schülerinnen zu fördern.

„Es ist wirklich ein sehr geringer Bestandteil des Studiums. Oder das Referendariat. Da läuft ja eigentlich gar nichts. Wenn man es vielleicht so mit unterstützter Kommunikation verknüpft bei Schülern mit schweren Mehrfachbehinderungen, das man versucht zusammenfließen zu lassen oder einzubauen.“ (FL5, 13)

„Ich weiß gar nicht seit wann der ins Studium aufgenommen ist. Ich habe es damals nicht gehabt. Es wäre wichtig gewesen, das schon universitär zu machen. Auch über Pflegebedarfe Bescheid zu wissen, über behinderungsspezifische Pflege. Die Bedeutung von Pflege ist bei vielen Kollegen auch immer noch nicht angekommen [...]. Qualifizierende Förderpflege stellt also nicht 50 Prozent, aber 20 bis 40 Prozent meiner Arbeitszeit dar. Das ist so. Das Schülerbild hat sich enorm gewandelt.“ (FL8, 15f.)

Zusammengefasst geschieht die Aus- und Fortbildung in den fachfremden Kompetenzbereichen derzeit überwiegend durch „Learning on the Job“ und den informellen fachlichen Austausch der Fachdisziplinen untereinander. Pflegewissen für Förderschullehrerinnen und pädagogisches Wissen für Pflegekräfte könne nach Ansicht eines Großteils der interviewten Experten immer nur eine Zusatzqualifikation darstellen. Jede Fachdisziplin sei für ihr Kerngeschäft ausgebildet und dürfe diese nicht aus dem Blick verlieren, sondern sei gefordert, sich darin nach dem aktuellen Stand fortzubilden.

6.2.9.2 Bedarfe, Erfordernisse und Möglichkeiten in der Aus- und Fortbildung

Die Gesamtheit der interviewten Pflegekräfte wünscht sich Fortbildungsmöglichkeiten im Bereich pädagogisch orientierter Pflegegestaltung. Eine Pflegekraft weist darauf hin, dass der überörtliche Träger (Arbeitgeber der Pflegekräfte) in den letzten fünf Jahren vermehrt auch externe Fortbildungen zu Themen der Pflege (z. B. Bobath-Konzept, Kinästhetik) anbieten würde. Dennoch bestehe der Wunsch, sich an der Schnittstelle von Pädagogik und Pflege fortzubilden.

„Pädagogisches Wissen zu haben fände ich für uns Pflegekräfte vielleicht manchmal ganz gut, weil man dann auch so ein bisschen mehr Hilfe bekommt, wie bringe ich was rüber, wie bringe ich mein Wissen rüber, von der Art und Weise, ne. Pflegerisches, da denke ich, da holen die Lehrer sich, zumindest so wie ich es hier kenne, die nötigen Informationen die sie gebrauchen von uns, und.“ (PF13, 59)

Vier Pflegekräfte verweisen nochmals auf die Bedeutung einer „guten“ sowie die Folgen einer „schlechten“ Pflege der Schülerinnen für die Teilnahme am Unterricht und nennen in diesem Zusammenhang die wesentlichen körperbezogenen ABEDL®-Pflegebereiche.

Insgesamt sprechen sie sich dafür aus, dass Förderschullehrerinnen im Rahmen ihrer Ausbildung weniger das fachspezifische Wissen über Pflegetechniken als vielmehr ein fundiertes Wissen über die Bedeutungszusammenhänge der Pflege für die Schülerinnen erwerben sollten.

Einige Pflegekräfte äußern darüber hinaus folgende unkonventionelle Vorschläge für eine Verbesserung der Ausbildungssituation von Förderschullehrerinnen für den Bereich „Pflege bei Schülerinnen mit Pflegebedarfen“:

„Also ich könnte mir auch gut vorstellen an Unis zu gehen und jetzt gerade unsere erarbeitenden Pflegestandards vorzustellen, zu begründen, ja das kann ich mir sehr gut vorstellen.“ (PF10, 69)

„Aber jetzt auf die Frage nochmal einzugehen eben, das wär also während des Studiums wahrscheinlich nur von Vorteil, wenn die wirklich verpflichtet werden ein Praktikum zu machen, in der Pflege. Vielleicht für drei Wochen, oder so im Krankenhaus, mal Kinder pflege oder so. Vielleicht auch nur zwei Wochen, oder einen Tag in der Woche.“ (PF9, 44)

Der Großteil der interviewten Förderschullehrerinnen sieht aufgrund eigener Defizite in der pädagogischen Pflegegestaltung einen hohen Bedarf, diesen Themenkomplex bereits in der universitären Ausbildungsphase stärker zu fokussieren. Einige Förderschullehrerinnen ziehen auf der Grundlage der obengenannten Bedarfe bzw. Erfordernisse in der sonderpädagogischen Ausbildung die folgenden Möglichkeiten in Betracht:

- Verpflichtende Praktika in außerschulischen Bereichen der Heilpädagogik [Anm. d. Verf.: bereits eingeführt]
- Im Rahmen der universitären Ausbildung Praxisseminare anbieten, speziell in der Pflege
- Vermehrte Abordnung von ausgebildeten Förderschullehrerinnen als Lehrbeauftragte an den Universitäten

Für die schulinterne Fortbildung im Bereich Pflege sehen Förderschullehrerinnen folgende Möglichkeiten als gewinnbringend an:

- Klasseninterne und praxisnahe Fortbildungen durch einen speziell ausgebildeten Stammmitarbeiterinnen der jeweiligen Förderschule (im rotierenden Prinzip).
- Schulinterne Lehrerfortbildung als Initial, um das Thema ins Bewusstsein zu rücken
- Einen kleinen Kreis aller beteiligten Disziplinen als Kompetenzteam fortbilden, beispielsweise im Rahmen eines gemeinsamen Arbeitskreises. Dieses Kompetenzteam informiert regelmäßig über aktuelle Entwicklungen.

Zudem sei es wichtig, die Kooperation zu anderen Institutionen oder Experten anderer Disziplinen auszubauen, um sich auch in Belangen sehr spezieller Frage- und Problemstellungen, die mit der Pflege verbunden seien, fortzubilden bzw. Wissen zu erwerben. Eine Förderschullehrerin nennt das Beispiel eines HNO-Arztes, der als Experte eingeladen war, um die Mitarbeiterinnen der Förderschule FkmE über die Formen des Absaugens von Bronchiaalsekret aufzuklären.

Von einem kleineren Teil der interviewten Förderschullehrerinnen wird die Fortbildung im Bereich pädagogisch orientierter Pflege kritisch bewertet. Sie sehen sich an der Förder-

schule FkME bereits mit einer Vielzahl von Problemstellungen, Aufgabenbereiche etc. konfrontiert. Die Pflege der Schülerinnen stelle dabei einen kleinen Ausschnitt des Schullebens dar. Ebenso seien nicht in jeder Klasse Schülerinnen mit umfassendem Pflegebedarf, womit dies auch kein Thema aller Mitarbeiterinnen an der Förderschule FkME sei. Sie plädieren daher eher für klasseninterne Lösungen und lehnen schulinterne Fortbildungen aller Mitarbeiterinnen ab.

Für die Integration pädagogisch-pflegerischer Ausbildungsinhalte in der ersten sowie zweiten Ausbildungsphase der Sonderpädagogik spricht sich die Mehrheit der interviewten Schulleiterinnen aus. Nach ihrer Einschätzung stellt ein solides Wissen im pflegerischen Bereich, vor allem aber in den Möglichkeiten der Förderpflege, ein Muss für Förderschullehrerinnen der Förderschwerpunkte ‚körperliche und motorische‘ sowie ‚geistige‘ Entwicklung dar. In diesem Zusammenhang fordern sie eine engere Verzahnung zwischen der theoretischen, universitären und der praktischen Ausbildung in der Sonderpädagogik. Um diese Ziele zu erreichen, seien sie bereit, auch eine intensivere Kooperation mit den Hochschulen und Zentren für schulpraktische Ausbildung einzugehen.

Drei der interviewten Schulleiterinnen sehen ihre Förderschule und deren langjährige Mitarbeiterinnen aller Disziplinen in der Verpflichtung, im Bereich der (förder-)pflegerischen Gestaltung umfassend kompetent zu sein, gerade aufgrund der Vernachlässigung des Themas Pflege in der Ausbildung. Viele neue Kolleginnen hätten erst an der Förderschule die Möglichkeit, Erfahrungen im Bereich Pflege zu machen und sich ihr Wissen ‚on the Job‘ anzueignen. Langjährige Mitarbeiterinnen müssten hier als Vorbilder agieren.

Ein schulinternes Fortbildungsangebot zum Themenkomplex der pädagogisch orientierten Pflegegestaltung wird von der Mehrheit der Schulleiterinnen präferiert, um zunächst das Bewusstsein des Kollegiums für das Thema zu schärfen und dadurch ein Initial für die weitere Erarbeitung dieses Themenfeldes zu schaffen. Für die weitere Erarbeitung schlägt eine Schulleiterin vor, eine Förderschullehrerin sowie eine Pflegekraft zu ‚Coachs‘ bzw. Multiplikatoren auszubilden. Diese könnten ihre erworbenen Kompetenzen und ihr Wissen im Rahmen eines Klassenteaminternen Coachings (im Sinne von Begleiten, Trainieren) im rotierenden Verfahren weitervermitteln. An ihrer Schule gäbe es einen solchen Ansatz zur Weiterbildung in Kinästhetik.

„Deutlich besser glaube ich, weil die Fragestellungen sind schon sehr spezifisch, und ich glaube der Ertrag ist natürlich so am größten. Natürlich auch die kostenintensivste, personalintensivste Maßnahme. Aber ich glaube, also eine gute Fortbildung ist ja eine, die lange wirkt. Und ich glaube, diese Fortbildungen haben einen Langzeiteffekt. Und es wäre ja auch, also das was wir jetzt versuchen mit dieser Grundausbildung Kinästhetik ist ja, ich möchte ja gerne auch die Leute hier rein bekommen, ich möchte ja Multiplikatoren haben, wo ich sagen kann, ne, wir haben hier diese und jene Ansprechpartner hier, das sind quasi so unsere Coachs, ja. Die muss ich mir ja nicht von außen holen, sondern ich muss ja dafür sorgen, dass sie hier im

Haus sind, das ich die Ressource hier habe, gut pflege, und das die ihr Wissen ja auch weitergeben, das wäre das Beste.“ (SL4, 88)

Der überwiegende Teil der befragten Schulleiterinnen und Förderschullehrerinnen verweist auf die vielen zusätzlichen Qualifikationen, Kompetenzen und Soft Skills, die an einer Förderschule FkmE durch die Mitarbeiterinnen mit eingebracht würden. Diese bildeten einen so umfangreichen Wissens- und Kompetenzfundus, dass die Möglichkeiten der förderschulischen Arbeit in der Gesamtheit deutlich über die Anforderungen der regulären Kernarbeit der Förderschule hinausgingen. In diesem Zusammenhang stellen sie sich die Frage, wie dieser Fundus gewinnbringend für alle Mitarbeiterinnen und die Schülerinnen zusammengeführt werden könnte.

Eine Schulleiterin schlägt vor, dass über einen längeren Zeitraum immer wieder kleinere Workshops für eine kleine Anzahl an Mitarbeiterinnen stattfinden könnten, die jeweils von Mitarbeiterinnen mit passenden Zusatzqualifikationen bzw. Kompetenzen im Bereich Pflege geplant und durchgeführt werden könnten. Diese Methode der Weiterbildung würde seiner Ansicht nach längerfristig zur Diffusion des vorhandenen Wissensfundus in der Schule führen.

„Ja Workshops. Also wo da wirklich ähm, mal vor Ort in kleinen Gruppierungen sprechen kann. Also das finde ich ganz wichtig. Und es ist einfach anders, ob ich Pflege mache in, in Unterstufe, oder ob ich ne, hier den Bereich zum Beispiel bearbeite in Oberstufe. Das sind nochmal elementare Unterschiede. Und das finde ich dann nochmal äh, das finde ich schwierig das als Gesamtgruppe zu machen, sondern das man da sagt, das ist ein Thema was uns alle angeht, aber man macht es stufenbezogen [...].“ (SL10, 111)

6.2.10 Zusätzliche Probleme, Bedarfe und Entwicklungspotentiale schulischer Pflege

Auf der Grundlage der vorangegangenen Reflexion im Verlauf der Interviews wurde den interviewten Experten hier die Möglichkeit geboten, sich resümierend und ergänzend zu potentiellen Problemen, Bedarfen und Entwicklungspotentialen der Pflege an ihrer Förderschule zu äußern, die sie zuvor noch nicht berücksichtigt hatten. Im Zuge dieser Fragestellung wurde angenommen, dass an dieser Stelle bereits eine eingehende Reflexion darüber stattgefunden hatte. Das Thema dieses Unterkapitels dient gleichzeitig der Heranführung an das folgende Thema der „Möglichkeiten einer Konzeptentwicklung schulischer Pflege“.

Aus Gründen der Komplexitätsreduktion werden die Ergebnisse zu diesem Thema auf die wesentlichen Kernaussagen begrenzt und nachstehend in aufgelisteter Form dargestellt, da es sich vorwiegend um Kontext übergreifende und ergänzende Aussagen der interviewten Expertinnen handelt.

6.2.10.1 Perspektive der Pflegekräfte

Probleme und Bedarfe

- Bei Förderschullehrerinnen und Hilfskräften bestehen oft Berührungängste in der Pflege von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen. Viele haben Angst davor, in der Pflegesituation allein zu sein, wenn Schülerinnen beispielsweise einen Krampfanfall erleiden oder haben Angst, folgenschwere Fehler zu begehen (z. B. beim Transfer aus dem Rollstuhl mit der Schülerin stürzen).
- Auf Seiten der Förderschullehrerinnen bestehen Unsicherheiten bezüglich der vorgeschriebenen Hygienemaßnahmen in der Pflege.
- Das Budget für Pflegeutensilien ist zu knapp bemessen.
- Die Pflegeräume und deren Ausstattung sind teilweise stark veraltet (z. B. keine Notklingel, keine Haltebügel an den Toiletten, zu wenig Raum für große E-Rollstühle).
- Flexibilisierung der Pflegezeiten.
- Das Lehrpersonal müsste verstärkt Teile der Grundpflege übernehmen, um eine gleichgeschlechtliche Pflege gewährleisten zu können.
- Der Einsatz von Talkern (elektronische unterstützte Kommunikation) in der Pflege ist derzeit aufgrund hygienischer Bestimmungen nicht möglich.
- Pflegekräfte fordern den Abbau von Hierarchiestrukturen im Rahmen des Qualitätsmanagements.
- Pflegekräfte fühlen sich allein gelassen mit der Verantwortung für die Gesundheit der Schülerinnen mit schwersten Behinderungen und schweren Grunderkrankungen. Im Notfall müssen häufig die Pflegekräfte entscheiden, ob ein Arzt hinzugezogen werden muss.

„[...] und es sind Kinder, die sehr schwer krank sind, wir haben schwer herzkrank Kinder hier, Kinder die präfinal, wo ich dann einfach warten muss, wo ich entscheiden muss „schaff ich das jetzt oder brauche ich einen Mediziner?“. Und dann eben auch noch aus irgendeinem Geschehen heraus komme, was vielleicht gerade mit Notfallsituation gar nichts zu tun hatte. So und dann ist manchmal noch nicht einmal die Zeit da sich vernünftig da runter zu kommen, weil wenn dann der Notarzt da ist, der Schüler ist versorgt und wird zum Krankenhaus gebracht, da kommt man ja manchmal erst so zu einem Punkt wo „puh“ ne, wo man sich so fühlt.“ (PF10, 40)

Potentiale

- Pflegekräfte können ihre Anliegen auf die Tagesordnung von Konferenzen setzen lassen.
- Pflegekräfte haben teilweise noch Kontakt zu ihren alten Arbeitgebern in der Krankenpflege und können sich dort innovative Tipps für Pflegetechniken holen.
- (Da es beispielsweise keine Urinflaschen für Kinder gibt, bemüht sich eine Pflegekraft in Kooperation mit einem Sanitätshaus und Krankenhaus um eine Lösung).

- Es existieren teilweise separate Konzepte für die Pflege und die Förderung an der Förderschule FkmE. Pflegekräfte sind bereit, den Versuch zu wagen, diese beiden in ein pädagogisches Pflegekonzept zu integrieren.
- Über einige Pflegekräfte bestehen intensive Kontakte zu Wohneinrichtungen und Werkstätten für Menschen mit Behinderungen. Diese könnten intensiver für die Kooperation zwischen Schule und den weiterführenden Institutionen genutzt werden.
- Es besteht laut Aussagen der Pflegekräfte die Möglichkeit, dass sie sich vom Schulträger für die Teilnahme an Gremien (Arbeitskreise, Fachkonferenzen) Überstunden anrechnen lassen. (Pflegekräfte müssen Überstunden vorweisen, um Ferienzeiten zu füllen).
- Pflegekräfte treten mit ihren Forderungen, Problemen und Bedarfen offensiv an den Schulträger heran und werden dort in der Regel sehr ernst genommen.
- Teilweise werden von Eltern Pflegemittel gespendet.
- Spezielle Bereiche der Pflege könnten stärker in den Unterricht eingebunden werden (z. B. Erstellung von Diätplänen, Verhalten bei Diabetes, Kosmetika selbst herstellen).
- Einige Pflegekräfte wünschen sich einen Beratungsraum, der bezüglich pflegerischer Probleme oder Fragen ein Anlaufpunkt für die Schülerinnen wäre. Auch Eltern könnten dort von den Pflegekräften beraten werden.

6.2.10.2 Perspektive der Förderschullehrerinnen

Probleme und Bedarfe

- Förderschullehrerinnen fällt es immer schwerer, prioritäre Entscheidungen zugunsten einzelner Schülerinnen zu treffen, da dies stets zur Folge hat, dass die Bedürfnisse der anderen Schülerinnen „hintenüberfallen“.
- Förderschullehrerinnen müssen neben der Unterrichtsgestaltung immer mehr Kompetenzen besitzen und immer mehr Aufgabenbereiche übernehmen (z. B. Umgang mit herausforderndem Verhalten von Schülerinnen).
- Wahrung der Intimsphäre stärker berücksichtigen.
- Schülerinnen gerade innerhalb der Pflegesituationen mehr Raum für die Selbsterkundung einräumen.
- Anstoßen einer Reflexion über das handlungsleitende Menschenbild an der Förderschule FkmE.
- Förderschullehrerinnen sollten mehr Zeit zum Pflegen erhalten.
- Eine Anpassung der gesamten Schulorganisation auf die veränderte Schülerschaft → Durchbrechen der traditionellen Unterrichtsgestaltung.
- Die Ansprüche von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen auf körpernahe Lernangebote müssen oft vernachlässigt bleiben. Teilweise werden diese Schülerinnen aufgrund der mangelnden personellen und zeitlichen Ressourcen wieder zu „Beistellkindern“.

„Man hat ein bestimmtes Stundenkontingent zur Verfügung und man muss überlegen, was machen ich mit diesem Kontingent. Das ist im Prinzip ein Rechenexempel, wie viel Zeit habe ich für einen schwerstbehinderten Schüler? Und diese Zeit kriegt er von mir am Tag und da kann ich überlegen, ob ich da jetzt 1 ½ Mal die Woche mit dieser Zeit mit ihm auf Toilette gehe und aus der Pflegesituation eine Fördersituation mache oder ich kann mir überlegen, ob ich ihn z. B. ein zweites Mal am Tag mit dem Lifter aus dem Rolli hole, in eine andere Position bringe, in eine andere Lage bringe und dort eine Fördersituation mache.“ (FL7, 65)

- Förderschullehrerinnen sind nach eigenen Aussagen in speziellen Pflege-techniken unsicher.
- Neue Schülerinnen der Eingangsklasse werden oft mit unzureichenden Informationen und Dokumentationen über ihre Pflegebedarfe eingeschult.
- Problematisch sind die oft langen bürokratischen Entscheidungswege, um kleine Veränderungen herbeizuführen.

Potentiale

- Alle Beteiligten der Förderschule FkmE sollten genauer abwägen, ob der Pflegegestaltung gegenüber anderen, vielleicht weniger wichtigen Aktivitäten Vorrang eingeräumt werden könnte.
- Der Einsatz von Integrationshelfern schafft neue Möglichkeiten in der Delegation von Aufgaben.
- Förderschullehrerinnen sehen im Einsatz von Heilerziehungspflegerinnen eine Lösung des Dilemmas von vernachlässigten Fördersituationen für Schülerinnen mit schwersten Behinderungen.
- Neue Möglichkeiten, auch für die Pflege, bietet eine Lockerung der Handhabung für Einzelfallentscheidungen durch die Schulleitung.
- Die Konzeption schulinterner Bildungspläne bietet nach Aussagen der Förderschullehrerinnen die Möglichkeit, individueller auf die jeweiligen Bedürfnislagen der Schülerinnen zu reagieren, auch im Bereich Pflege.

6.2.10.3 Perspektive der Schulleiterinnen

Probleme und Bedarfe

- Die Tagesstruktur kann aufgrund der enormen Heterogenität der Schülerschaft kaum noch eingehalten werden. Diese Heterogenität wird als ein großes Hindernis der Realisierung spezifischer Bedürfnisse gesehen. In fast allen Klassen werden Schülerinnen mit den unterschiedlichsten Förderbedarfen unterrichtet.
- Wenig Spielraum in der Auswahl des Hilfspersonals bzw. eine fehlende Probezeit. Dadurch kann es vorkommen, dass die Qualität in der Arbeit der Hilfskräfte von Jahr zu Jahr stark variiert.
- An Förderschulen wird eine Pflegekraft zur Pflegeleitung ernannt. Dieser stehen jedoch keine zusätzliche Leitungszeit sowie sonstige Privilegien zur Verfügung [Anm. d. Verf.: Schulleiterinnen sind mit dem Schulträger im Gespräch, eine halbe Pflegestelle offiziell als Leitungsposition auszuweisen].

- Einige Schulleiterinnen sehen die technische Entwicklung der Förderschule, gemessen an dem gesamtgesellschaftlichen technologischen Fortschritt, als retardiert an.

„[...] die Technik entwickelt sich da ohne Ende weiter und wir als Schule, für körperbehinderte Menschen, haken immer der Technik hinterher. Kann nicht sein, dass wir bis vor drei Jahren, an dieser Schule, keine normgerechten behindertengerechten Toiletten hatten, als KB Schule. Da krieg ich ja so einen dicken Hals, das kann ja irgendwie nicht sein, oder?“ (SL2, 109)

- Oft wechselndes Pflegepersonal hemmt eine verbindliche Konzeptverankerung der Pflege.
- Im Schulgesetz NRW fehlt die rechtliche Absicherung der Gewährleistung von Pflege für Schülerinnen mit Pflegebedarf.

Potentiale

- Das Thema müsste zum ständigen Thema auf regelmäßigen Konferenzen werden.
- Schulleiterinnen haben – bedingt durch ihren Zusammenschluss in einer ständigen Schulleiterkonferenz – große Chancen, personelle und sächliche Forderungen gegenüber dem Schulträger durchzusetzen (an einer Förderschule hatte die Schulleitung Erfolg im Umbau der Pflege- und Sanitäreinrichtungen, an einer anderen Förderschule wurde der Personalschlüssel in der Pflege nach einschlägiger Begründung erhöht.)
- Eine Schulleiterin hat auf der Grundlage neuerer wissenschaftlicher Veröffentlichungen [Anm. d. Verf.: vorwiegend aus der Zeitschrift für Heilpädagogik] die Hoffnung, dass die Bedarfe von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen wieder mehr in den wissenschaftlichen Fokus geraten, dadurch die Relevanz in der schulischen Arbeit unterstrichen wird und somit eine Legitimation für die pädagogische Gestaltung von Pflege vorliegt.
- Einige Schulleiterinnen unterstreichen, dass sie selbst die Möglichkeit hätten, bestimmte Themen in den gesamtschulischen Fokus zu stellen und dadurch eine Auseinandersetzung im Gesamtkollegium anzustoßen. Dies sei auch für den Themenkomplex Pflege denkbar. [Anm. d. Verf.: Einige Schulleiterinnen planen dies, angeregt durch die vorliegende Studie.]
- Einige Schulleiterinnen sehen in der erneuten Etablierung von eigenständigen Förderklassen für Schülerinnen mit schwersten Behinderungen, entgegen dem aktuellen Trend, die Chance einer bedarfsgerechteren und interdisziplinären schulischen Bildung, die Förderpflege miteinschließt.
- Eine stärkere Fokussierung der Angebote für Schülerinnen mit schwersten Behinderungen bei der Erstellung schulinterner Bildungspläne.
- Eine Schulleiterin hält zunächst eine Abfrage der aktuellen Pflegebedingungen an seiner Schule für unerlässlich, um einen Ansatzpunkt für weitere Handlungsschritte zu erhalten.

„Ja wie gesagt ich weiß nicht wie viele Kolleginnen tatsächlich es für selbstverständlich halten Kinder zu pflegen, oder wie viele nur nichts sagen, weil sie wissen das das nicht gerne gehört wird. Da mal nachzufragen könnte Entwicklungsnotwendigkeiten ans Licht bringen. Werde ich also in der nächsten, ja das wird dann aber erst wieder zum, also vor den Osterferien sein, wo wir diese Abfrage machen für das nächste Schuljahr dann. Da werde ich hoffentlich dran denken, das auch mal abzufragen, ob das gewünscht wird.“ (SL8, 65)

- Der Freiraum der Schule auch unkonventionelle Themen wie ‚Pflege‘ aufzugreifen wird durch das Prinzip der „selbstständigen Schule“ größer.

6.2.11 Konzeptentwicklung für eine professionelle schulische Pflege

Im Sinne eines Resümees und einer abschließenden Reflexion wurden die Experten zu ihrer Einschätzung und Perspektive der Konzeptentwicklung einer pädagogisch orientierten und bildungsrelevanten Pflegegestaltung an der Förderschule FkmE befragt. Dahinter steht die Intention, zu eruieren, welche Inhalte, Möglichkeiten und Hemmnisse einer Konzeptentwicklung sich vor dem Hintergrund der aktuellen Schulorganisation ergeben.

Bei den Ergebnissen handelt es sich wohlbemerkt um eine höchst subjektive Einschätzung der interviewten Experten auf der Basis unterschiedlicher Organisationsmodelle der einzelnen Förderschulen FkmE, da diese ihr Schulkonzept im Sinne einer „selbstständigen Schule“ eigenständig entwickeln. Dennoch wird angenommen, dass sich auf der Grundlage der Ergebnisse dieses Themenbereichs verallgemeinerbare Empfehlungen bzw. Ansätze zur Konzeptentwicklung generieren lassen. Die konkrete Konzeptentwicklung bedarf nach Ansicht d. Verf. einer eigenständigen handlungsorientierten Forschungslinie und Evaluation (vgl. dazu Kapitel 8).

Zunächst muss als allgemeines Ergebnis festgehalten werden, dass die Gesamtheit der befragten Experten die Notwendigkeit sieht, die Pflegegestaltung an der Förderschule FkmE konzeptuell weiter- bzw. auszugestalten.

6.2.11.1 Mögliche Komponenten bzw. Inhalte eines Konzepts

Die interviewten Experten führten eine Vielzahl an möglichen Konzeptinhalten auf, die sie für die Weiterentwicklung einer pädagogisch orientierten Pflegegestaltung als relevant ansehen. Im Zuge der Datenanalyse wurden die konzeptrelevanten Nennungen aller Experten qualitativ zusammengefasst. Um dennoch eine Zuordnung der Nennungen zu den interviewten Perspektiven zu ermöglichen, wurde die Anzahl der jeweiligen Nennungen mit Hilfe der EDV-basierten Wort- und Satzanalyse MAXDictio® herausgefiltert. Die Darstellung der genannten Komponenten bzw. Konzeptinhalte erfolgt daher summarisch unter Einbezug der jeweiligen Anzahl der Einzelnennungen.

Potentielle Inhalte / Komponenten eines Konzepts	Anzahl Nennungen		
	PF	FL	SL
Schulorganisation			
Freistellung einer Pflegekraft zu 50%, als Pflegeleitung für organisatorische Belange	3	-	1
Interdisziplinärer Arbeitskreis zu Inhalten und zur Gestaltung einer pädagogisch orientierten Pflege	9	5	8
Sensibilisierung aller Mitarbeiterinnen sowie Bewusstmachung des Themas Pflege, initiiert durch die Schulleitung	8	6	4
Auflösung von Hierarchiestrukturen zugunsten einer Gesamtverantwortung für die Pflege der Schülerinnen	1	-	1
Schulinterne Evaluation der Pflegegestaltung anhand von Fallbeispielen	1	1	-
Förderung der transdisziplinären Kooperation aller Mitarbeiterinnen im Rahmen des Qualitätsmanagements	2	5	4
Wertschätzung der Pflege und Bedeutsamkeit herausstellen	-	2	1
Pflege in die kontinuierliche Elternarbeit integrieren	-	2	1
Pflege als Bildungsinhalt im Schulprogramm verankern	-	2	2
Pflegegestaltung			
Stufenbezogener Leitfaden zu den Grundfragen der Gestaltung von Pflege bei Schülerinnen (intimitätswahrende Pflege, geschlechtersensible Pflege)	5	3	1
Pflegestandards für die schulische Pflege von Kindern und Jugendlichen, angelehnt an ein theoretisch fundiertes Pflegemodell	2	-	2
Transparenz über Inhalte einer guten Pflegegestaltung schaffen	1	-	-
Hilfsmittelschulung, damit alle Mitarbeiterinnen grundlegende Kenntnisse im Einsatz der Hilfsmittel für die Pflege erhalten (z. B. Liftersysteme)	1	-	-
Einbezug unterstützter Kommunikation in der Pflege	3	-	-
Einholen von externem Support durch Experten	1	-	1
Verpflichtender Pflegelehrgang (ähnlich dem Erste-Hilfe-Lehrgang)	1	-	-
Einführungslehrgang für Pflegehilfskräfte	4	-	2
Einen Beauftragten für Pflege, Lagerung, Handling ernennen	-	-	1
Unterricht / Förderung			
Pflege als Unterrichtsthematik in den schulinternen Bildungsplänen festschreiben	2	5	3
Disziplinübergreifende Förderplanerstellung	1	3	1
Den Anspruch der Schülerinnen auf eine pädagogische Pflegegestaltung verankern	-	2	1
Umgang mit sexualisiertem Verhalten in der Pflege	1	-	-
Einbeziehung der Pflege in die Sexualerziehung	4	-	1

Berücksichtigung etablierter Förder- und Therapiekonzepte für die zielgerichtete Pflegegestaltung und die körperliche Arbeitserleichterung in der Pflege	2	2	-
Reduktion und Synthese der vielen Einzelcurricula zu übergreifenden Curricula mit Schwerpunktsetzungen (z. B. Ernährung, Suchtprävention, Alltagsversorgung und Pflege in einem Curriculum zur Gesundheitserziehung) → Erhöhung der Umsetzungsbereitschaft	-	2	3
Generelle Einführung der individuellen Förderung im Sinne eines Case-Managements unter Einbezug der Pflege	-	-	2
Kontextfaktoren der Pflege			
Pflegeräume angenehm gestalten / Sanierung der Pflegeräume	3	-	3
Zeitmanagement (45-Minuten-Taktung) an der Förderschule überdenken	10	7	-
Weiterbildung			
Schulung von Lehramtsanwärtern in der Pflege	2	-	-
Schulinterne Fortbildung aller Mitarbeiterinnen durch externe Experten (zur Initialisierung)	3	5	4
Klasseninternes Coaching in der pädagogischen Pflegegestaltung	-	4	2
Fortbildung in Form eines praxisnahen „Arbeitstages“ zur Pflege	1	4	1
Ausbildung von Multiplikatoren für die Pflegegestaltung	-	2	3
Kleine, turnusmäßige Workshops zur Pflegegestaltung im Nachmittagsbereich	-	2	3

Tabelle 9: Potentielle Inhalte / Komponenten eines Konzepts für eine professionelle schulische Pflege. (Eigene Darstellung)

Nach der Anzahl der Nennungen scheint Pflegekräften die Konzeptentwicklung ein großes Anliegen zu sein, verbunden mit innovativen Vorschlägen von Konzeptinhalten. Von allen befragten Experten wird – neben der Einrichtung eines interdisziplinären Arbeitskreises – die Sensibilisierung für das Thema Pflege als wichtigster Bestandteil eines Pflegekonzepts erachtet. Insgesamt werden in den Konzeptbereichen Schulorganisation, Pflegegestaltung, Unterricht / Förderung, Kontextfaktoren und Weiterbildung deutliche Bedarfe signalisiert, die in den konkreten Umsetzungsideen variieren.

6.2.11.2 Möglichkeiten der Umsetzung und Hemmnisse

Mit der Benennung möglicher Umsetzungswege einer Pflegekonzeptentwicklung tun sich sowohl die interviewten Schulleiterinnen als auch die Förderschullehrerinnen schwer.

Insgesamt äußern überwiegend Schulleiterinnen ihre Überlegungen zur Umsetzung und Ausgestaltung eines Pflegekonzepts.

Aufgrund einer teilweisen „Betriebsblindheit“ müssten zuerst potentielle Probleme in der Pflegegestaltung eruiert werden. Wo keine Probleme erkannt würden, könne nach Ansicht der Schulleiterinnen folglich kein Bedarf ermittelt werden. Diese „Betriebsblindheit“ stelle gleichermaßen ein Hemmnis in der konzeptuellen Weiterentwicklung der Pflegegestaltung

dar. Zurzeit sind den interviewten Schulleiterinnen keine wissenschaftlichen Befunde zur schulischen Pflegegestaltung an Förderschulen FkmE bekannt. Aus diesem Grund schlagen drei Schulleiterinnen vor, als Erstes eine schulinterne Abfrage über die Pflegegestaltung und dessen Kriterien durchzuführen. Sollten sich in diesem Zusammenhang Problematiken und Bedarfe ergeben, sei dies ein Anlass für die Thematisierung der schulischen Pflegegestaltung im Gesamtkollegium. Die vorliegende Studie wird von den befragten Experten als solch ein Anlass gesehen.

Darüber hinaus erfordere die Bewusstmachung und Thematisierung schulischer Pflege eine mitarbeiterübergreifende Präsenz des Themas, die eine „Initialzündung“ von außen bzw. von der Schulleitung. Diese Initiierung durch die Schulleiterinnen wird im Rahmen der Konzeptentwicklung vom Großteil der interviewten Pflegekräfte als zwingend erforderlich angesehen. In diesem Zusammenhang plädieren die Schulleiterinnen zunächst für eine schulinterne Fortbildung aller Mitarbeiterinnen, in deren Rahmen einerseits die Sensibilität für das Thema geschaffen werde und andererseits die möglichen Inhalte einer pädagogisch orientierten Pflege so vermittelt werden könnten, dass eine Weiterentwicklung ermöglicht würde.

Die Umsetzung und Ausgestaltung eines Pflegekonzepts müsste nach Einschätzung der Schulleiterinnen an den Nahtstellen aktueller Schulentwicklungsprozesse ansetzen, die den Einbezug der Pflegegestaltung zulassen. Eine Schulleiterin nennt in diesem Zusammenhang die aktuelle verpflichtende Entwicklung von Qualitätsstandards an Förderschulen.

Als die praktikabelste Möglichkeit der Pflegekonzeptentwicklung erachtet ein Großteil der interviewten Schulleiterinnen die Einordnung von Pflege thematiken in bereits etablierte Schulentwicklungsbereiche der Förderschule FkmE, beispielsweise im Bereich der Förderung schwerstbehinderter Schülerinnen, der lebenspraktischen Erziehung oder der Erarbeitung schulinterner Bildungspläne.

Drei Schulleiterinnen schlagen vor, dass es prinzipiell drei Pflegekonzepte geben müsste, jeweils für die Unter-, Mittel- und Abschlussstufe. Die Ausgestaltung dieser drei Konzepte sollte von den jeweiligen Stufenkonferenzen begleitet werden. Die curriculare Verankerung von Pflege thematiken sollte dementsprechend stufenbezogen im Rahmen eines Spiralcurriculums erarbeitet werden. Drei weitere Schulleiterinnen sind der Auffassung, dass das Thema Pflege nicht von der Schulleitung aufgegriffen werden sollte.

Eine Thematisierung sollte sich aus den Bedarfen, Problemen und vor allem dem Veränderungswillen der Mitarbeiterinnen ableiten.

„Das ist eine berechtigte Frage, denn sobald sie das von der Schulleitung her ansprechen, werden Widerstände deutlich. Das ist egal in welchem Bereich, das ist einfach so, weil da immer Forderungen mit verbunden sind. Das heißt es wäre besser, wenn es aus dem Kollegium kommt und da sehe ich auch Möglichkeiten, sowohl vom Pflegepersonal als auch von pädagogischem Personal, wo das in Teilsystemen schon

auffällig geworden ist, dass es so wie es im Moment läuft nicht optimal läuft.“

(SL1, 45)

Nach Ansicht der Schulleiterinnen müsse des Weiteren im gleichen Zuge der Entwicklung eines schulinternen Pflegekonzepts die pädagogische Gestaltung der Pflege als Inhalt in beide Ausbildungsphasen von Förderschullehrerinnen aufgenommen werden. Nur durch eine stärkere Verzahnung der theoretischen und praktischen Förderschulpädagogik könne sich langfristig ein Erfolg in der Weiterentwicklung schulischer Pflege einstellen.

Der Großteil der interviewten Förderschullehrerinnen sieht die Chance der Entwicklung eines Pflegekonzepts vorerst in einer einführenden Fortbildung aller Mitarbeiterinnen. Die weitere Erarbeitung sollte disziplinübergreifend in den Fach- und Stufenkonferenzen erfolgen. In diesen Gremien sollten Rahmen- und Handlungspläne zur Pflegegestaltung sowie unterrichtlichen Thematisierung von Pflege erarbeitet werden, die innerhalb der einzelnen Klassenteams ausdifferenziert und an die Schülergruppe adaptiert werden müssten. Die Umsetzung der Förderpläne, die die Pflege miteinschließen sollten, betreffe primär das konkrete Klassenteam. Die Förderschullehrerinnen favorisieren zur curricularen Verankerung von Pflege thematiken ebenfalls die stufenbezogene Erarbeitung eines Spiralcurriculums.

Die interviewten Pflegekräfte sind in der Mehrheit bereit, sich an der Umsetzung eines Pflegekonzepts zu beteiligen. Jedoch sehen sie sich nicht in der Verpflichtung, die Umsetzung und Ausgestaltung zu initiieren und voranzutreiben. Die Verpflichtung bzw. Zuständigkeit sehen sie eindeutig bei der Schulleitung und den Vorsitzenden der schulinternen Gremien verankert. Die konkrete Umsetzung sehen sie ausschließlich durch eine Verpflichtung zur Mitarbeit aller Mitarbeiterinnen der Förderschule gewährleistet.

Aus Schulleitersicht stellen die vielen anderen „Baustellen“ der Schulorganisation das größte Hemmnis einer Konzeptentwicklung im Bereich der Pflege dar. Wenngleich die Notwendigkeit einer Konzeptentwicklung hoch eingeschätzt wird, so existieren viele andere, ebenfalls prioritäre Schulentwicklungsaufgaben. Auch wenn der Bedarf, im Bereich Pflege „neue Wege zu gehen“, deutlich gegeben sei, sei die momentane Situation der Pflegegestaltung einigermaßen stabil. Daher sei man froh, diese in der derzeitigen Form vorerst zu erhalten.

Schulleiterinnen sehen in der Beschäftigung der Fachpflegekräfte und Pflegehilfskräfte an der Förderschule an sich bereits ein Hemmnis für die Umsetzung eines für alle Mitarbeiterinnen verbindlichen Pflegekonzepts, da das separat beschäftigte Pflegepersonal die Ausgliederung der Pflege legitimiere und der eigentliche Bedarf und die Probleme in der Pflege verschleiert würden.

Wegen der gängigen Praxis der Ausgliederung von Pflege aus dem pädagogischen Kontext werde der Bedarf einer pädagogischen Pflege nicht mehr wahrgenommen.

Weitere Hemmnisse eines allgemeingültigen Pflegekonzepts sind nach den Aussagen der interviewten Schulleiterinnen und Förderschullehrerinnen folgende:

- Eine höchst heterogene Klassenzusammensetzung, die sehr individuelle Problemlagen und Bedarfe im Bereich Pflege hervorbrächte. Ein allgemeingültiges Pflegekonzept hätte daher immer nur punktuelle Relevanz.
- Die immer noch starke Bindung an die gesetzlichen Lehrpläne und Richtlinien und deren Zielvorgaben.
- Die tradierte 45-Minuten-Taktung des Unterrichts, durch deren Struktur viele Förderangebote nicht gelingen könnten.
- Jährlich wechselndes Hilfspersonal lasse eine kontinuierliche und kooperierende Weiterentwicklung auf Klassenebene kaum zu.
- Jede zusätzliche Belastung sei für Förderschullehrerinnen nicht mehr tragbar.

Die interviewten Pflegekräfte vermuten das größte Hemmnis einer Konzeptentwicklung im vorhandenen und unausgesprochenen Hierarchiedenken innerhalb des Systems Förderschule sowie den unterschiedlichen Arbeitgebern von Förderschullehrerinnen und Pflegekräften. Darüber hinaus sehen sie die zwingende Notwendigkeit, Pflege aufgrund deutlich zunehmender Pflegebedarfe von Schülerinnen endlich konzeptuell im System Förderschule zu verankern.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich in den Aussagen der interviewten Experten ein differenziertes Bild der potentiellen Inhalte und Umsetzungsmöglichkeiten für eine schulische Pflegekonzeptentwicklung ergibt.

Es scheint jedoch geboten, diese zu sondieren und weiter unten in Kapitel 7 zum Gegenstand der Diskussion der Forschungsergebnisse zu machen.

6.2.12 Elternarbeit im Bereich Pflege

Für insgesamt zwölf der interviewten Pflegekräfte stellt die Kooperation mit den Eltern ein sehr bedeutsames Fundament ihrer Arbeit dar. In Fragen der Bedürfnisse ihrer Kinder seien besonders Eltern die Experten. Vor allem im Bereich der Selbstständigkeitserziehung seien ein langfristiger Erfolg sowie die Festigung der Lernfortschritte abhängig von der gelingenden, kontinuierlichen und konsistenten Zusammenarbeit zwischen Schule und Elternhaus. Einige Pflegekräfte schildern eine enge und vertrauensvolle Kooperation mit den Eltern, die gerade auf ihrer nicht-pädagogischen Position gründe.

„Und auch eine engere Zusammenarbeit mit den Eltern ist möglich. Die Klinik ist ja oft für viele Eltern auch noch so was, wo sie so, trauen sich nicht Fragen zu stellen, oder fühlen sich auch so, als wenn was aufgepfropft wird, was sie jetzt zu erfüllen haben, und das ist ja bei uns dann doch mehr eine andere Ebene, eine Partnerschaft würde ich fast sagen.“ (PF12, 62)

Dennoch berichten Pflegekräfte auch, dass sie mit ihrer Arbeit vornehmlich jene Eltern erreichen würden, die generell ein hohes Engagement in der Kooperation mit der Schule zeigten. Mit den Eltern der Schülerinnen, bei denen sich Probleme oder Defizite in der pflegerischen Versorgung zeigten, gestalte sich die Kooperation sehr schwierig. Häufig

sehen sich Pflegekräfte in der Verpflichtung, Pflegedefizite, die sich in der häuslichen Pflege im Elternhaus ergeben, durch die schulische Pflege zu kompensieren.

Die interviewten Schulleiterinnen und Förderschullehrerinnen beschreiben zwei Gruppen von Eltern, bei denen sich potentielle Probleme in der Kooperation zur Pflegegestaltung ergeben. Einerseits seien es Eltern, die die Lernerfolge der Schülerinnen in ihrer Selbstständigkeit zuhause nicht fortführten und sie der Förderschule am Morgen häufig in einem schlechten Pflegezustand übergäben. Zum anderen seien es Eltern, die ihre Kinder „überbehüten“ und das Erlernen von Selbstständigkeit nicht als notwendig erachten würden.

Zudem sehen Förderschullehrerinnen eine stärkere Fokussierung auf außerunterrichtlichen Bereichen als problematisch an, da dies bei Eltern den Eindruck erwecken könnte, dass der Fachunterricht vernachlässigt werde.

„[...] Wo ich auch immer die Diskrepanz sehe zwischen den Eltern und der Schule. Wenn ich also sehr viel Wert darauf lege dass alle das selber machen, dauert das alles länger, dann fehlt Zeit im kognitiven Bereich, dann hat man die Eltern auf der Matte stehen, Das passiert ja dann auch noch. Die dann fragen, „warum haben die jetzt erst drei Buchstaben gelernt?“. Wenn ich dann sage, „naja dafür können die jetzt schon dies und jenes, das zu Hause auch nicht geübt wurde“, ist es manchmal schwer zu verbinden, auch wenn man es eigentlich anders machen möchte.“

(FL12, 36)

Zwei Förderschullehrerinnen schlagen vor, die Elternarbeit im Bereich Pflege zu intensivieren. Ein Austauschforum sowie ein Elterninformationsabend zum Themenkomplex Pflege könnte die inhaltlichen Ziele der schulischen Pflegegestaltung verdeutlichen und zu einer größeren Kooperationsbereitschaft der Eltern führen.

Auch wenn von den interviewten Experten zum Gegenstandsbereich der Elternarbeit deutlich weniger Nennungen erfolgten, sollte die Kooperation mit den Eltern ein Bestandteil der Pflegekonzeptentwicklung darstellen.

6.3 Ergebnisse aus Fortbildungen für das Hilfspersonal

Im Rahmen des Forschungsprojekts „Kompetente und integrierende Sexualpädagogik für Menschen mit körperlichen Schädigungen“ (KiSS) stellte die Fortbildung von Zivildienstleistenden, Praktikanten und jungen Frauen und Männern im Freiwilligen Sozialen Jahr zum Themenkomplex „Pflege und Sexualität“ ein Element in der Gesamtkonzeption dar (vgl. ORTLAND/CZERWINSKI 2009). In den Fortbildungen wurden die Teilnehmer gebeten, ihre Probleme und Bedarfe bezüglich ihrer Arbeitssituation in der Pflege an der Förderschule FkmE anonym zu notieren. Die Notizen wurden durch den Fortbildungsleiter eingesammelt und stellten die Grundlage für eine anschließende Diskussion sowie die Formulierung eines offenen Briefes an die Schulleitung dar.

Zentral kann festgehalten werden: Zivildienstleistende, Praktikanten sowie junge Frauen und Männer im Freiwilligen Sozialen Jahr als Hilfspersonal übernehmen überwiegend Auf-

gaben aus dem Bereich der Pflege, insbesondere der Körperpflege. Dies bestätigt sich auch durch die Ergebnisse aus den Teilnehmenden Beobachtungen sowie den Interviews. Nachstehend werden die wesentlichen Erkenntnisse aus den Fortbildungen für Hilfskräfte stichpunktartig dargestellt, die die Ergebnisse der Untersuchung sinnvoll ergänzen:

- Die Einweisung in den Arbeitsbereich Pflege erfolgt hauptsächlich durch das hauptamtliche Pflegepersonal.
- Junge Mitarbeiterinnen des Hilfspersonals trauen sich oft nicht sich mit ihren Problemen, Ängsten und Forderungen den Schulleiterinnen und Förderschullehrerinnen anzuvertrauen.
- Die pflegerische Arbeit des Hilfspersonals wird nicht selten durch Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen in der Pflege begleitet. Dies begründet sich vor allem durch die Arbeitsbelastung. Hilfskräfte müssen teilweise in einer 30-minütigen Schulpause bis zu 8 Schülerinnen pflegen.
- Einige Hilfskräfte leisten ihre Arbeit fast ausschließlich in der Pflege der Schülerinnen.
- Der überwiegende Teil der Hilfskräfte hat sich die Arbeit anders vorgestellt. Demnach wären sie gern öfter in vielseitigen Aufgabenbereichen der Förderschule tätig.
- Die Hilfskräfte, die an der Fortbildung teilgenommen haben, besitzen keine Vorkenntnisse in der Pflege sowie der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen.
- Hilfskräfte wünschen sich eine feste Ansprechperson, die gleichzeitig als Ombudsperson gegenüber der Schulleitung fungiert.
- Hilfskräfte wünschen sich ein regelmäßiges Austauschforum sowie Fortbildungen, u. a. für den Bereich Pflege.

Die Erkenntnisse aus den Fortbildungen von Hilfskräften sollten ebenfalls zur Erklärung der aktuellen schulischen Pflegegestaltung herangezogen werden. Sie finden daher in der folgenden Darlegung und Diskussion der zentralen Ergebnisse Berücksichtigung.

7 Darlegung und Diskussion der zentralen Ergebnisse

Da der Interviewverlauf bereits einer reflexiven Diskussion über den Gegenstandsbereich der schulischen Pflegegestaltung glich und die Ergebnisdarstellung auf der Grundlage des interpretativen Paradigmas erfolgte (vgl. Kapitel 6.2), sollen nun im Folgenden die zentralen Ergebnisse vor dem Hintergrund der aktuellen Pflegegestaltung und den vorhandenen Potentialen einer Weiterentwicklung schulischer Pflege aus den drei Perspektiven Pflege, Pädagogik und Schulorganisation diskutiert werden. Auf eine breit angelegte Ergebnisdiskussion kann aufgrund des interpretativen Paradigmas verzichtet werden, da die subjektiven Sinnstrukturen bereits in der Ergebnisdarstellung enthalten sind. In der quantitativen Forschung hingegen wird mit der Ergebnisdiskussion der Versuch unternommen, die quantitativen Ergebnisse aus den Rechenoperationen der Datenanalyse in objektivierbare und interpretative Sinnstrukturen umzuwandeln.

Es erfolgt zunächst ein tabellarischer Überblick über die wesentlichen Kernaussagen der Interviewerhebung. Daran schließt sich die Diskussion der Ergebnisse zur aktuellen schulischen Pflegegestaltung an, anschließend werden die subjektiven Sichtweisen von Förder-schullehrerinnen, Pflegekräften und Schulleiterinnen in Bezug auf die schulische Pflege einer Diskussion unterzogen. Davon ausgehend sollen in einem nächsten Schritt die beiden Schülergruppen differenzierter im Mittelpunkt der Diskussion stehen. Abschließend werden die Potentiale diskutiert, die sich anhand der Ergebnisse ablesen lassen.

Spezifische Ergebnisse, die im Zusammenhang mit Aspekten des Unterrichts sowie der körpernahen Förderung im Rahmen einer Pflegekonzeptentwicklung stehen, werden abschließend in Kap. 8 (→ Konsequenzen für die Konzeptentwicklung schulischer Pflege) diskutiert.

7.1 Zusammenfassung wesentlicher Kernaussagen aus der Interviewerhebung

An dieser Stelle erfolgt zunächst eine gegenüberstellende Zusammenfassung der wesentlichen Kernaussagen aus der Interviewerhebung, bevor in den Kapiteln 7.2ff die zentralen Ergebnisse der Untersuchung diskutiert werden.

Die wesentlichen Kernaussagen der Befragten aus den drei Perspektiven Pflege, Pädagogik und Schulorganisation werden nachstehend in tabellarischer Form dargestellt. Dabei wird auf die Darstellung der Ergebnisse aus den einleitenden Sondierungsstatements verzichtet, da diese bereits unter Kapitel 6.2.1 in reduzierter Form dargestellt sind.

Themen mit Subkategorien	Zentrale Ergebnisse aus den Perspektiven der...		
	<i>...Pflegekräfte</i> (Perspektive der Pflege)	<i>...Förderschullehrerinnen</i> (Perspektive der Pädagogik)	<i>...Schulleitung</i> (Perspektive der Schulorganisation)
Pflegeverständnis <u>Subkategorien:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Subjektive Kriterien einer „guten“ schulischen Pflege • Verständnis von Förderpflege 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflege bezieht sich vornehmlich auf die Befriedigung der Grundbedürfnisse und auf medizinische Behandlungsnotwendigkeiten. • Eine gute Pflege basiert auf einer wertschätzenden und bedürfnisorientierten Haltung der Pflegenden. • Im Kern geht es um die Beziehungsgüte zu den Schülerinnen und eine individuelle Pflegegestaltung, die zeitlich nicht eingeschränkt wird. • Förderpflege bedeutet vor allem die größtmögliche Selbstständigkeitsförderung der Schülerinnen. • Förderpflege berücksichtigt die individuellen Ausgangslagen der Schülerinnen und ist weniger konzeptge- 	<ul style="list-style-type: none"> • Förderschullehrerinnen fassen den Bereich Pflege sehr eng und sehen darin überwiegend die medizinische Behandlungspflege, die Körperpflege sowie die Nahrungsaufnahme verankert. • Erst durch eine gute Pflege wird die Teilhabe am Schulleben ermöglicht. • Eine gute Pflege wahrt die Intimität der Schülerinnen und ist bedürfnisorientiert gestaltet. • Der Begriff Förderpflege wird inflationär gebraucht für jegliche Erweiterungen einer Grundpflege. • Die inhaltliche Füllung einer Förderpflege entspricht den körpernahen Fördermöglichkeiten nach dem Kon- 	<ul style="list-style-type: none"> • Schulleiterinnen fassen den Bereich Pflege sehr eng und sehen darin überwiegend die medizinische Behandlungspflege, die Körperpflege sowie die Nahrungsaufnahme verankert. • Erst durch eine gute Pflege wird die Teilhabe am Schulleben ermöglicht. • Eine gute Pflege wird gemessen an der Beziehungsgüte. • Pflege muss allein aufgrund der Schulform Förderschule immer förderliche Aspekte beinhalten, eine Trennung von Pflege und Förderung ist nicht möglich. • Die inhaltliche Füllung einer Förderpflege entspricht den körpernahen Fördermöglichkeiten nach dem Kon-

	<p>leitet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ziel der Förderpflege ist das Wohlbefinden der Schülerinnen. 	<p>zept der basalen Stimulation.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflege sollte wie alle anderen Bereiche an der Förderschule FkME immer auch Förderung beinhalten. • Die Förderpflege ist ein Rahmen für Kommunikation. • Die Kriterien einer guten Pflege sowie der Förderpflege werden überwiegend für Schülerinnen mit schwersten Behinderungen aufgestellt. 	<p>zept der basalen Stimulation.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Förderpflege beinhaltet eine ethisch-moralische Grundhaltung gegenüber den Schülerinnen. • Die Kriterien einer guten Pflege sowie der Förderpflege werden überwiegend für Schülerinnen mit schwersten Behinderungen aufgestellt.
<p>Rahmenbedingungen der Pflegegestaltung</p> <p><u>Subkategorien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Schulkonzeptionell • Personell • Zeitlich • Räumlich 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegekräfte empfinden die Pflege als den anderen schulischen Aufgabebereichen hierarchisch untergeordnet und sehen die Bestätigung im Schulprogramm verankert, wo Pflege häufig als letzter Bestandteil aufgeführt wird. • Pflegekräfte sind personell unterbesetzt. • Pflegekräfte werden ihrer Meinung nach oft als reine Pflegekräfte wahrgenommen. • Pflegekräfte haben zu wenig Zeit für eine ganzheitliche Pflege, da die Pflege den unterrichtlichen Aktivitäten deutlich untergeordnet ist. • Pflegekräfte sehen sich allein durch die medizinische Behandlungspflege ausgelastet. Diese nimmt nach ihren Aussagen in den letzten Jahren deut- 	<ul style="list-style-type: none"> • Förderschullehrerinnen sehen sich in einem Dilemma zwischen den unterrichtlichen Anforderungen und der Bedeutsamkeit einer ganzheitlichen Pflegegestaltung. • Förderschullehrerinnen bewerten die Lehrplanverpflichtungen als größtes Hindernis für die Mitgestaltung der Pflege. • Förderschullehrerinnen wünschen sich, dass Pflege auch als Teil ihrer Arbeit anerkannt und schulkonzeptionell verankert wird. • Förderschullehrerinnen wünschen sich, mehr Zeit für die Pflege der Schülerinnen zu haben, da die Pflege den Rahmen intensiver Beziehungs- und Kommunikationsarbeit bietet. • Die personelle Situation der Fachpflegekräfte ist zu knapp bemessen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Schulleiterinnen sehen einen hohen Nachholbedarf in der schulkonzeptionellen Verankerung der Pflege. • Schulleiterinnen bewerten die Lehrplanverpflichtungen als größtes Hindernis für die Mitgestaltung der Pflege. • Schulleiterinnen sehen massive Probleme bei den personellen, zeitlichen und räumlichen Ressourcen für eine ganzheitliche und pädagogisch orientierte Pflegegestaltung. • Schulleiterinnen bezeichnen das Hilfspersonal als Pflegepersonal. • Die hohe Fluktuation von Pflegehilfskräften stellt ein Problem im Bereich der Beziehungsarbeit innerhalb der Pflege dar. Schulleiterinnen wünschen sich langzeitbeschäftigte Pflegekräfte für alle Formen der Pflege.

	<p>lich zu.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflegekräfte bewerten es als problematisch, Pflegezeiten in die Schulpausen zu legen. • Viele Vorhaben einer förderlichen und pädagogisch orientierten Pflege scheitern am zeitlichen und personellen Ressourcenmangel. Gerade Schülerinnen mit schwersten Behinderungen büßen ihre Ansprüche auf eine Förderpflege ein. 	<ul style="list-style-type: none"> • Förderschullehrerinnen bezeichnen das Hilfspersonal als Pflegepersonal. • Die hohe Fluktuation von Pflegehilfskräften stellt ein Problem im Bereich der Beziehungsarbeit innerhalb der Pflege dar. • Förderschullehrerinnen bewerten die derzeitige Tagesstruktur einer 45-Minuten-Taktung als nicht mehr zeitgemäß und hinderlich für jegliche außerunterrichtliche Aktivitäten, einschließlich der Pflege. 	<ul style="list-style-type: none"> • Schulleiterinnen bewerten es als hoch problematisch, dass ungelernete Hilfskräfte in der Pflege von Schülerinnen tätig sind. • Insgesamt werden die Rahmenbedingungen für die Pflege als fragil bezeichnet. Von der Gewährleistung der Pflege hängt nicht zuletzt eine geordnete Tagesstruktur an der Förderschule FkmE ab. • Auf eine gleichgeschlechtliche Pflege wird besonders Wert gelegt.
<p>Konkrete Gestaltung schulischer Pflege</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trotz des enormen Zeitmangels versuchen Pflegekräfte die Pflege für alle Schülerinnen wertschätzend und bedürfnisorientiert zu gestalten. • Die mangelnde Kooperation mit den Lehrkräften macht eine pädagogische und förderliche Pflegegestaltung oft schwer. • Es wird fast ausschließlich die Behandlungspflege durchgeführt. Diese wird jedoch so bedürfnisorientiert und förderlich wie möglich gestaltet. • Die Grundpflege wie Toilettengänge, Vorlagenwechsel, Händewaschen, Zähne putzen etc. wird fast ausschließlich vom Hilfspersonal übernommen. • Eine spezielle Förderpflege für 	<ul style="list-style-type: none"> • Förderschullehrerinnen sind häufig nur bei personellen Engpässen in der Grundpflege tätig. • Aufgrund der unterrichtlichen Anforderungen und der heterogenen Klassenzusammensetzung ist kaum Zeit für eine fördernde Pflegegestaltung bei Schülerinnen mit schwersten Behinderungen. Dies wird als deutlich negativ bewertet. • Die Pflege wird auf die reine Grundbedürfnisbefriedigung reduziert. • Schülerinnen mit Pflegebedarfen ohne schwere kognitive Beeinträchtigungen bedürfen nicht der Förderpflege. Diese Schülerinnen wollen die Pflege ihrer Meinung nach „schnell erledigt wissen“. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Gestaltung der Pflege für Schülerinnen ohne schwere kognitive Beeinträchtigungen wird auf Ziele der Selbstständigkeitsförderung ausgerichtet. • Für Schülerinnen mit schwersten Behinderungen sollte die Pflege generell als Förderpflege gestaltet sein. Die aktuellen Rahmenbedingungen lassen diese Form der Pflege jedoch seltener zu, als die Bedürfnisse der Schülerinnen dies erfordern. • Eine pädagogisch orientierte Pflege scheitert für beide Schülergruppen oftmals an den vielen anderen Verpflichtungen im schulischen Alltag.

	<p>Schülerinnen mit schwersten Behinderungen kann aufgrund mangelnder zeitlicher und personeller Ressourcen nicht angeboten werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Förderschullehrerinnen vermuten, dass die Pflege von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen durch die Pflegekräfte zwar nicht konzeptgeleitet, aber dennoch fördernd gestaltet wird. 	
<p>Annahmen über die Bedeutsamkeit der Pflege für Schülerinnen mit Pflegebedarf (differenziert nach Schülerinnen ohne / mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen und Schülerinnen mit schweren kognitiven Beeinträchtigungen)</p> <p><u>Subkategorien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Stellenwert der Pflege im schulischen Alltag • Bedeutsamkeit für die zukünftige Lebensgestaltung • Potentielle Probleme in der Lebensgestaltung mit Pflegebedarf • Notwendiger Kompetenzerwerb als schulische Aufgabe 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegekräfte nehmen an, dass die Sicherstellung der Pflege für alle Schülerinnen mit Pflegebedarf das zentrale Anliegen im Schulalltag ist. Pflege stellt an sich eine Kulturtechnik dar. • Für Schülerinnen mit schwersten Behinderungen ist die Pflege eine der intensivsten kommunikativen Situationen und daher von größter Bedeutung. Allgemein nimmt die Pflege bei diesen Schülerinnen den größten Stellenwert im Schulalltag ein. • Der eigene Pflegebedarf muss fortlaufend in die aktuelle Lebenssituation integriert werden und stellt ein lebensbegleitendes Element dar. • Potentielle Probleme ergeben sich auf allen Integrationsebenen. (vgl. Kapitel 1.4.2) • Der hohe Grad an Abhängigkeit und die damit verbundene Gefahr einer Objektivierung von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen wird als großes Problem gesehen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Bedeutsamkeit und der Stellenwert der Pflege für Schülerinnen mit schwersten Behinderungen werden als sehr hoch eingeschätzt und auch im späteren Leben eine existentielle Bedeutung besitzen. • Der Stellenwert der Pflege im Schulalltag wird für Schülerinnen ohne schwerste Behinderungen geringer eingeschätzt, da andere schulische Bereiche vordergründig sind. • Die Bedeutsamkeit für die zukünftige Lebensgestaltung wird für Schülerinnen ohne schwerste Behinderungen gerade mit Hinblick auf ein selbstbestimmtes Leben hoch eingeschätzt. • Der Schonraum Förderschule wird selbst als potentielles Problem für die zukünftige Lebensgestaltung bewertet. • Förderschullehrerinnen befürchten, dass viele Schülerinnen wegen ihres hohen Pflegebedarfs später ein Leben weit unter ihren Möglichkeiten führen müssen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Für Schülerinnen mit schwersten Behinderungen besitzt die Pflege einen enorm hohen Stellenwert im Schulalltag und wird auch im späteren Leben eine existentielle Bedeutung besitzen. • Für Schülerinnen ohne schwerste Behinderungen stellt die Pflege zunächst ein Grundbedürfnis für jegliche Aktivitäten dar, bei dem es nach Ansichten der Schulleiterinnen primär um dessen Befriedigung geht. Dagegen wird die Bedeutsamkeit für die nachschulische Lebensgestaltung als sehr hoch eingeschätzt. • Der Schonraum Förderschule wird selbst als potentielles Problem für die zukünftige Lebensgestaltung bewertet. • Schulleiterinnen befürchten, dass viele Schülerinnen wegen ihres hohen Pflegebedarfs später ein Leben weit unter ihren Möglichkeiten führen müssen. • Das selbstbestimmte Einfordern von

	<ul style="list-style-type: none"> • Als wichtigster Kompetenzbereich wird das Erlernen und Erfahren von Selbstbestimmung genannt. • Dauerhafte Pflegebedarfe müssen als potentiell behindernde Erfahrungen verarbeitet werden. • Pflegekräften ist es wichtig, dass alle Schülerinnen mit Pflegebedarfen die Pflege als liebevolle Zuwendung sowie als wohltuend erfahren und dadurch ein positives Körper selbstbild entwickeln. 	<ul style="list-style-type: none"> • Das selbstbestimmte Einfordern von Hilfeleistungen wird als wichtigste zu erlernende Kompetenz erachtet, um missbräuchlichen Abhängigkeitsverhältnissen vorzubeugen. • Für Schülerinnen mit schwersten Behinderungen wird die Abhängigkeit vom „Wohlwollen“ anderer Personen als das zentrale Problem bewertet, deshalb sollten sie über die Kompetenz verfügen, zwischen angenehmen und unangenehmen Körpererfahrungen unterscheiden zu können. 	<p>Hilfeleistungen wird als wichtigste zu erlernende Kompetenz erachtet, um missbräuchlichen Abhängigkeitsverhältnissen vorzubeugen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schülerinnen ohne schwerste Behinderungen müssen ihre Pflegebedarfe selbst einschätzen und in ihre Lebenswelt integrieren können. • Für Schülerinnen mit schwersten Behinderungen wird die Abhängigkeit vom „Wohlwollen“ anderer Personen als das zentrale Problem bewertet, deshalb sollten sie über die Kompetenz verfügen, zwischen angenehmen und unangenehmen Körpererfahrungen unterscheiden zu können.
<p>Das Verhältnis von Pflege und Pädagogik im Bildungsprozess</p> <p><u>Subkategorien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflege als pädagogisch unterrichtliche Situation • Kenntnisse von Förderkonzepten und Möglichkeiten der Umsetzung einer körpernahen Förderung im Rahmen der schulischen Pflege 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegekräfte bewerten ihre pflegerische Arbeit als gleichwertig mit pädagogischer Arbeit. Danach besitzen jegliche Pflegehandlungen immer auch eine pädagogische Komponente. • Insbesondere im Rahmen der Selbstständigkeitserziehung wird das pädagogische Verhältnis sichtbar. • Die Pflege stellt bei Schülerinnen mit Pflegebedarfen grundsätzlich eine Form des Unterrichts dar. • Bei der Gestaltung der Grund- und Behandlungspflege berufen sich Pflegekräfte hauptsächlich auf Konzepte der Fachdisziplin Pflege, die sie im 	<ul style="list-style-type: none"> • Förderschullehrerinnen sehen vielfältige Charakteristika von Unterricht auch in der Pflege gegenwärtig. • Förderschullehrerinnen sehen die Pflege bereits in den Richtlinien als Teil des Unterrichts verankert, jedoch scheitert die Umsetzung oft an den strukturellen Rahmenbedingungen der Förderschule FkmE. • Förderschullehrerinnen sehen die Notwendigkeit, die Pflege deutlicher in den Fokus der unterrichtlichen Aktivitäten zu stellen. Dazu bedarf es eines Impulses durch die Schulleitung in Funktion der Schulorganisation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Schulleiterinnen sehen die Pflege bereits in den Richtlinien als Teil des Unterrichts verankert, jedoch scheitert die Umsetzung oft an den strukturellen Rahmenbedingungen der Förderschule FkmE. • Pflege und Pädagogik ist nach Ansichten der Schulleiterinnen ein untrennbares Tandem im Bildungsprozess an der Förderschule FkmE. • Schulleiterinnen sehen sich selbst in der Pflicht, die Pflege als pädagogisches Aufgabengebiet stärker in den Fokus zu rücken. • Insbesondere für Schülerinnen mit

	<p>Rahmen ihrer pflegerischen Ausbildung erworben haben.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflegekräfte gestalten die Förderpflege auf der Grundlage ihrer Erfahrungen und subjektiven Vorstellungen einer fördernden Pflege. Eine theoretisch fundierte und konzeptgeleitete Förderung ist nachrangig, sofern die Pflege von den Schülerinnen als angenehm empfunden wird. 	<ul style="list-style-type: none"> • Förderschullehrerinnen weisen zwar kein fundiertes Wissen über Konzepte der körpernahen Förderung auf, sofern sie jedoch in der Pflege tätig sind, gestalten sie diese auf der Grundlage ihrer subjektiven Kriterien und Methoden einer Förderpflege. • Für die inhaltliche Füllung der Förderpflege berufen sich Förderschullehrerinnen überwiegend auf das Konzept der basalen Stimulation. 	<p>schwersten Behinderungen stellt die Pflege immer eine pädagogische Situation der körpernahen Förderung dar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für Schülerinnen mit geringem Unterstützungsbedarf bei der Pflege sind Schulleiterinnen der Überzeugung, dass, sofern eine fördernde Pflege angeboten wird, diese auch konzeptgeleitet geplant und durchgeführt wird. • Das Konzept der basalen Stimulation wird vom Großteil der Schulleiterinnen als Synonym für den Gegenstand der Förderpflege herangezogen.
<p>Pflege als Unterrichtsthema</p> <p><u>Subkategorien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Thematisierung pflegerischer Inhalte im Unterricht und didaktisch-methodische Möglichkeiten der Umsetzung • Hemmnisse einer Thematisierung von Pflege im Unterricht • Möglichkeiten der Pflegekräfte zur Mitgestaltung des 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegekräfte können sich eine Mitgestaltung der Thematisierung von Pflegeinhalten im Unterricht vorstellen und sind bereit, sich dafür über ihre Basisqualifikation hinaus zu engagieren. • Pflegekräfte würden sich zwar nicht selbst im Unterricht aufdrängen wollen, wären jedoch bereit, auf Anfrage von Förderschullehrerinnen mitzuwirken. • Überwiegend wollen Pflegekräfte ihr pädagogisches Engagement in außerunterrichtlichen Aktivitäten einbringen, etwa bei der Mitgestaltung einer Pflege-AG. 	<p>Mögliche Pflege thematiken und deren didaktisch-methodische Umsetzungsmöglichkeiten sind unter Kapitel 6.2.7.1 in tabellarischer Form aufgeführt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine Thematisierung von Pflegeinhalten scheint möglich und wird auch als notwendig für Schülerinnen ohne schwerste Behinderungen erachtet. • Insgesamt ergeben sich vielfältige didaktisch-methodische Möglichkeiten einer Thematisierung von Pflegeinhalten. • Der Großteil der Förderschullehrerinnen hält eine fächerübergreifende Thematisierung pflegerischer Inhalte für realisierbar. Ebenso können Pflege thematiken Bestandteil anderer 	<ul style="list-style-type: none"> • Die explizite Thematisierung von Pflegeinhalten sehen Schulleiterinnen vorwiegend in der Abschlusstufe im Rahmen der Gestaltung des Übergangs von der Schule in das nachschulische Leben verankert. • Eine explizite Thematisierung von Pflegeinhalten im Unterricht der Unter- und Mittelstufe halten Schulleiterinnen aufgrund der Tabuisierung dieser Themen für schwierig, da es die Schülerinnen in der Verarbeitung der eigenen behindernden Erfahrungen überfordern könnte.

<p>Unterrichts</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegekräfte berichten darüber, dass ihnen viele Schülerinnen in Gesprächen über ihre Ängste u. Sorgen einen deutlichen Bedarf signalisieren, Pflegeinhalten im Unterricht zu behandeln. 	<p>Aufgabenbereiche der Förderschule sein (z. B. Sexualerziehung, lebenspraktischer Unterricht)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine Realisierung der Thematisierung von Pflegeinhalten wird vorwiegend durch die hohe Anzahl anderer wichtiger Unterrichtsinhalte gehemmt. • Für die Thematisierung von Pflegeinhalten fehlt es laut Aussagen der Förderschullehrerinnen an konkretem Unterrichtsmaterial und Handlungsempfehlungen. • Die hohe Individualität der Pflegebedarfe sowie die Heterogenität der Schülerschaft werden als größtes Hemmnis einer Thematisierung von Pflegeinhalten im Unterricht angesehen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Für die Unter- und Mittelstufe sehen sie vorrangig die Umsetzung einer pädagogisch orientierten Pflege als durchgängiges Gestaltungsprinzip. • Die hohe Individualität der Pflegebedarfe sowie die Heterogenität der Schülerschaft werden als größtes Hemmnis einer Thematisierung von Pflegeinhalten im Unterricht angesehen.
<p>Kooperation von Förderschullehrerinnen und Pflegekräften in der Pflege</p> <p><u>Subkategorien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Perspektive der Pflegekräfte • Perspektive der Förderschullehrerinnen • Perspektive der Schulleiterinnen 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Hälfte der Pflegekräfte berichtet von einer gelungenen Kooperation mit den Förderschullehrerinnen. Sie sind gleichwertig in das System Förderschule eingebunden. • Die andere Hälfte der Pflegekräfte sieht die Kooperation als verbesserungswürdig an. Sie empfinden ihren Status an der Förderschule als reduziert auf die reinen pflegerischen Tätigkeiten. • In einer engeren Kooperation mit den Förderschullehrerinnen sehen sie po- 	<ul style="list-style-type: none"> • Einige Förderschullehrerinnen sind der Ansicht, dass Pflegekräfte an der Förderschule FkmE zu stark aus der Perspektive als Krankenpflegekraft agieren und dadurch die pädagogischen Aspekte ihrer Arbeit zu wenig berücksichtigen. • Förderschullehrerinnen sind nach eigenen Angaben auf die Kooperation mit den Pflegekräften angewiesen, da sie gerade im Bereich medizinisch-pflegerischer Aspekte zu wenige Kompetenzen für die Förderung der Schü- 	<ul style="list-style-type: none"> • Schulleiterinnen gehen überwiegend davon aus, dass die Kooperation zwischen Förderschullehrerinnen und Pflegekräften auf einem regen Austausch basiert. • Eine enge Kooperation ist im Sinne einer gemeinsamen Zielformulierung, nämlich der Förderung von allen Schülerinnen in pädagogischen sowie pflegerischen Feldern, unumgänglich. • Durch die Förderung einer transdisziplinären Kooperation sollte nach Einschätzungen der Schulleiterinnen vor

	<p>sitive Effekte für die Schülerinnen vor allem durch eine pädagogisch orientierte Pflegegestaltung.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflegekräfte sehen vor allem Schulleitung in der Verantwortung, die Kooperation zu fördern. 	<p>lerinnen besitzen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allgemein würde eine Förderung der transdisziplinären Kooperation sowohl die Arbeit von Förderschullehrerinnen als auch Pflegekräften bereichern und so den Schülerinnen einen Gewinn bringen. 	<p>allem die Integration der Pflegekräfte in die pädagogischen Aufgabenfelder angestrebt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auch wenn bereits eine große Schnittmenge der beiden Disziplinen Pädagogik und Pflege vorhanden ist, so müssen nach Aussagen der Schulleiterinnen mehr Möglichkeiten des gemeinsamen Austauschs geschaffen werden.
<p>Aus- und Fortbildung in einer pädagogisch orientierten Pflege <i>Subkategorien:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Status Quo und Diskrepanzen in der Aus- und Fortbildung • Bedarfe, Erfordernisse und Möglichkeiten in der Aus- und Fortbildung 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegekräfte sind primär im Fach Krankenpflege ausgebildet und verfügen darin über ein breit gefächertes Wissen. • Kompetenzen in der schulischen Pflege von Schülerinnen mit Pflegebedarf haben sie sich überwiegend durch „Learning on the Job“ angeeignet. • Gerade Lehramtsanwärter und junge Förderschullehrerinnen sehen Pflegekräfte auf den Bereich Pflege unzureichend vorbereitet. • Pflegekräfte wünschen sich Weiterbildungen in außerunterrichtlichen pädagogischen Handlungsfeldern, um die Tragweite ihrer pädagogischen Mitwirkung besser einschätzen zu können. • Für höchst problematisch halten Pflegekräfte die Ausbildungssituation von Hilfskräften im Zusammenhang mit 	<ul style="list-style-type: none"> • Förderschullehrerinnen halten sich in Bezug auf die Bedarfe der Schülerschaft an der Förderschule FkmE für schlecht ausgebildet. Ihre Kompetenzen im Bereich Pflege haben sich Förderschullehrerinnen überwiegend vor u. neben ihrem Studium angeeignet. • Die starke Fokussierung auf die Unterrichtsgestaltung während der Ausbildung ist nicht mehr zeitgemäß und entspricht nicht der pädagogisch-pflegerischen Realität an der Förderschule FkmE. • Förderschullehrerinnen planen zwar Förderpflegearrangements, können jedoch deren Ziele und Wirkungen oft nicht nachvollziehen. Auch können sie selbst nicht beurteilen, ob sie bedürfnisgerecht u. fachlich korrekt pflegen. • Förderschullehrerinnen sehen einen enorm hohen Bedarf, Pflege als Ge- 	<ul style="list-style-type: none"> • Schulleiterinnen beschreiben die Ausbildungssituation von Lehramtsanwärtern und jungen Förderschullehrerinnen überwiegend als „fachfremd“. Viele junge Förderschullehrerinnen sind von den realen Arbeitsbedingungen, nicht ausschließlich im Bereich Pflege, überrascht und müssen sich umfassend einarbeiten. • Der Großteil der Schulleiterinnen fordert ein grundlegendes Überdenken der bisherigen Ausbildungsstrategien. Die Ausbildung muss sich stärker an den aktuellen Bedürfnissen der Schülerschaft orientieren und nicht länger nach „idealtypischen“ Behinderungsformen und Unterrichtsfächern. • Schulleiterinnen verweisen auf die vielen vorhandenen Kompetenzen aus den verschiedenen Disziplinen an ihren Förderschulen. Es muss gelin-

	deren Einsatz in der Pflege.	genstandsbereich in die Aus- und Weiterbildung aufzunehmen. <ul style="list-style-type: none"> • Förderschullehrerinnen wünschen sich vor allem praxisnahe und schulinterne Fortbildungsformen. 	gen, diese im Rahmen eines Kompetenztransfers zusammenzubringen, in gemeinsamen Weiterbildungsarrangements auszuformen und für alle Mitarbeiterinnen zugänglich zu machen.
Zusätzliche Probleme, Bedarfe und Entwicklungspotentiale pädagogisch orientierter Pflege	Die Ergebnisse dieses Themas sind ergänzende individuelle Einzelaussagen und können daher nicht zusammengefasst werden. Siehe Kapitel 6.2.10.		
Entwicklung eines Pflegekonzepts <i>Subkategorien:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Mögliche Bestandteile • Möglichkeiten einer Umsetzung und Hemmnisse • Bereitschaft zur (Weiter-)Entwicklung 	Mögliche Komponenten einer Konzeptentwicklung für den schulischen Aufgabenbereich Pflege werden bereits unter Kapitel 6.2.11.1 in tabellarischer Form aufgeführt. <ul style="list-style-type: none"> • Pflegekräfte befürworten eine Konzeptentwicklung für den Bereich Pflege, vor allem damit ihre Arbeit als gleichwertiger und pädagogisch relevanter Aufgabenbereich im Gesamtkontext der Förderschule FkmE verankert wird. • Für die Erarbeitung und Umsetzung eines Pflegekonzepts wären Pflegekräfte bereit, sich in schulinternen Gremien zu engagieren. 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Förderschullehrerinnen ist es vor allem wichtig, dass die Pflege als eines ihrer Aufgabengebiete anerkannt wird und damit zeitliche Ressourcen zur Verfügung stehen, um eine Förderpflege anbieten zu können. • Förderschullehrerinnen bewerten ihren bereits aktuell sehr großen Verantwortungsbereich in schulischen Aufgabenfeldern als Hemmnis einer Pflegekonzeptentwicklung. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eine Konzeptentwicklung für den schulischen Aufgabenbereich Pflege wird vom Großteil der Schulleiterinnen befürwortet. Vorzugsweise sollen Pflege thematiken in bereits etablierte Schulentwicklungsgebiete aufgenommen werden (z. B. Ausrichtung der einzelnen Klassenstufen). • Gegen ein eigenständiges Pflegekonzept sprechen die vielen anderen Bereiche der Schulorganisation, die ebenfalls einer Revidierung bedürfen. 	
Elternarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Insgesamt wird von allen interviewten Experten eine Intensivierung der Kooperation mit den Eltern bzw. Hauptbezugspersonen gefordert. • Ziel muss es auch für den Bereich Pflege sein, die Eltern zu erreichen, zu denen bisher wenig Kontakt besteht. • Ein Elterninformationsabend zu den schulischen kontextuellen und konzeptuellen Rahmenbedingungen der Pflege ist in diesem Zusammenhang zunächst eine sinnvolle Maßnahme. 		

Tabelle 10: Zusammenfassung wesentlicher Kernaussagen aus der Interviewerhebung. (Eigene Darstellung)

7.2 Aktuelle Bedingungen schulischer Pflege

Ganz allgemein kann den Ergebnissen entnommen werden, dass Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen der Pflege vor allem Situationen der Körperpflege (z. B. Waschen, Ausscheidungen) sowie der medizinischen Behandlungspflege zurechnen. Dies erscheint nicht verwunderlich, wenngleich andere Pflegebereiche wie Nahrungsaufnahme, Bekleidung, Lagerung etc. der Pädagogik als handlungsleitende Disziplin zugesprochen werden (vgl. Kapitel 3.3). Dies würde den Annahmen in der Studie von KLAUB/LAMERS/JANZ (2005) entsprechen, wonach Pädagoginnen die Bereiche „Ernährung“, „Lagerung“ und „Kleiden“ der Pflege zusprechen. Dies widerspricht der Studie von SCHLICHTING (2009) in der vor allem die Bereiche „Lagerung“ und „Ernährung“ als pflegerische Bereiche untersucht wurden.

Nach den Erkenntnissen der vorliegenden Untersuchung besitzen Pflegekräfte ein ähnliches Verständnis der schulischen Pflege, zählen aber zudem die Nahrungsaufnahme mit zu ihrem Verantwortungsbereich. In diesem Zusammenhang kann nur vermutet werden, dass die kontextuelle Trennung der Aufgabenbereiche von Pflege und Pädagogik letztlich zu einer inhaltlichen und konzeptuellen Trennung der beiden Aufgabenbereiche führt.

Dies könnte im Umkehrschluss hypothetisch bedeuten, dass eine konzeptuelle Zusammenführung der beiden Aufgabenbereiche zu einer pädagogisch orientierten Pflege wiederum zu einer intensiveren Zusammenarbeit von Förderschullehrerinnen und Pflegekräften im Gesamtkontext der Förderschule FkmE führt.

Pflege stellt für Schülerinnen mit Pflegebedarfen ein bedeutungsvolles Thema ihres täglichen Lebens und der zukünftigen Lebensgestaltung dar. Die Zustimmung zu dieser These erfolgte von einem Großteil der interviewten Experten u. a. aufgrund der Reflexion im Rahmen des Interviewverlaufs. Die Experten füllten die These mit differenzierten Begründungen einer Bedeutsamkeit der Pflege für Schülerinnen. Sowohl von Förderschullehrerinnen als auch von Pflegekräften wurde sogar darauf hingewiesen, dass Schülerinnen mit Pflegebedarf selbst eine Thematisierung von Pflegeinhalten fordern. In diesem Zusammenhang berichten die Experten von Gesprächen mit Schülerinnen über ihre Sorgen und Ängste in Verbindung mit ihren Pflegebedarfen. Die subjektiven theoretischen Annahmen über die schulische Pflegegestaltung bzw. die Kriterien einer pädagogischen Orientierung der Pflege stehen allerdings in deutlicher Diskrepanz zu den tatsächlichen Bedingungen der schulischen Pflegegestaltung. Eine fördernde, individualisierte, lebensweltorientierte und ganzheitliche Pflegegestaltung wird fast durchgängig von allen interviewten Experten gefordert und als zwingend notwendig für das Gesamtkonzept der Förderschule FkmE erachtet. Die reale Gestaltung der Pflege beschränkt sich jedoch fast ausschließlich auf eine reine Grundversorgung (vgl. Kapitel 2.2.1), bei der noch nicht einmal die Intimität der Schülerinnen ausnahmslos gewahrt werden kann. Die Pflege wird infolgedessen zu einer Randbedingung, die zur Aufrechterhaltung eines auf den Fachunterricht ausgelegten Schulbetriebs an der

Förderschule FkmE unweigerlich dazu gehört. Dies wird u. a. daran deutlich, dass die Pflege überwiegend in Pausenzeiten durchgeführt wird und 75,4% der Pflegesituationen unter 10 min. Zeit beanspruchen. Sofern die Pflegegestaltung als pädagogischer Bildungsinhalt an der Förderschule FkmE verstanden werden soll (vgl. Kapitel 4), zeigt sich anhand der Ergebnisse aus den Teilnehmenden Beobachtungen insgesamt eher eine Vernachlässigung von pädagogischen Inhalten in der aktuellen Pflegegestaltung an Förderschulen FkmE. So sind an der alltäglichen Grundpflege der Schülerinnen überwiegend Hilfskräfte beteiligt, die nach eigenen Aussagen allerdings über keinerlei Kompetenzen in der pädagogischen Gestaltung von Pflegesituationen verfügen. In der Regel werden Hilfskräfte auf ein Jahr befristet an der Förderschule beschäftigt. Eine langfristige pädagogische Planung und Evaluation von fördernden Pflegesituationen als Bildungsinhalt, die lebenswelt- und zukunftsorientiert gestaltet sind, lassen sich auf diese Weise nicht realisieren.

Die Fachpflegekräfte sind hauptsächlich im Bereich der medizinischen Behandlungspflege tätig. Die Bewältigung der unterschiedlichen Ansprüche von Schülerinnen in einer enorm heterogenen Klassenzusammensetzung gelingt aktuell vor allem durch den Einsatz von Hilfskräften in der Pflege. Ohne den Einsatz der Hilfskräfte ist nach Aussagen der interviewten Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen die aktuelle strukturelle Organisation des Nebeneinanders von Unterricht und Pflege stark gefährdet

Insgesamt, so scheint es, ist die Pflege an der Förderschule FkmE aktuell als Randbedingung manifestiert, aufgrund der gängigen Praxis, Unterricht und Pflege getrennt nebeneinander zu organisieren und durchzuführen. Auf der Grundlage der Ergebnisse kann vermutet werden, dass diese Praxis letztlich ursprünglich durch die Schulorganisation in dieser Form festgesetzt wurde. Zudem produziert sich diese Form der Pflegegestaltung im jährlichen Turnus selbst. Hierfür scheint einerseits die primäre, wenn auch nicht explizit benannte Zuweisung der Hilfskräfte zum Pflegepersonal verantwortlich. Andererseits steigt auf Seiten der Förderschullehrerinnen aus diesem Grund letztlich der Legitimationsdruck, neben ihren unterrichtlichen Verpflichtungen auch in der Pflege tätig zu sein, indem die Pflege zu einem Bereich der Hilfskräfte degradiert wird. Im Rahmen von Fortbildungen für Hilfskräfte zum Themenbereich „Pflege und Sexualität“ äußerten sich fast alle Hilfskräfte über ihre Zuweisung zum Pflegepersonal und beklagten, dass sie damit maßlos überfordert seien. Sie trauten sich aber nicht, mit den hauptamtlichen Mitarbeiterinnen oder der Schulleitung über ihre prekäre Situation zu sprechen.

Demzufolge wird die aktuelle Organisation der schulischen Pflege weder den Schülerinnen ohne schwerste Behinderungen und Pflegebedarf gerecht, die einen Anspruch auf eine grundlegende Kompetenzvermittlung für die Organisation der eigenen Pflege haben, noch den Bedarfen von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen mit ihrem Anspruch auf eine ganzheitliche, lebensweltorientierte und fördernde Pflege als Teil ihres Bildungsanspruchs.

7.3 Drei Perspektiven auf die schulische Pflegegestaltung und ein gemeinsamer Fokus: Die Schülerinnen

Basierend auf einer system-konstruktivistischen Perspektive kann anhand der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zwar keine allgemein gültige Perspektive auf die schulische Pflegegestaltung generiert werden, da es sich letztlich immer um subjektiv konstruierte Bewertungen handelt.

Aus den verschiedenen Perspektiven und Ergebnissen lässt sich allerdings ein Konsens in der Bewertung der schulischen Pflege und ihrer Potentiale ausmachen (vgl. Kapitel 1.2).

Vor dem Hintergrund der aktuellen Pflegebedingungen drängt sich erneut die Frage auf, warum die Pflege in einem so hohen Maße entgegen den subjektiven Vorstellungen einer idealen Pflege gestaltet wird. Auf der Grundlage der Untersuchungsergebnisse lassen sich dazu Vermutungen aufstellen, die im Folgenden aus den drei Perspektiven der Pflege, Pädagogik und Schulorganisation diskutiert werden.

Vorerst muss festgehalten werden, dass die schulische Pflege von Förderschullehrerinnen, entgegen den Beobachtungen von SCHLÜTER (2009), nicht als unbeliebte Aufgabe wahrgenommen wird (vgl. Kapitel 4.2.3). Viele Förderschullehrerinnen wären gerne öfter in der Pflege tätig, müssen pflegerische Aufgaben jedoch an Pflegekräfte und Hilfskräfte delegieren, um den unterrichtlichen Anforderungen gerecht zu werden. Dies wäre eine mögliche Erklärung für das Ergebnis von JANZ (2006), nach dem Förderschullehrerinnen die Pflege zu 80% als einen Aufgabenteil ihrer Arbeit erachten, tatsächlich dagegen nur zu 40% auch pflegerisch tätig sind (vgl. ebd., 350). Insgesamt vermissen Förderschullehrerinnen allgemein die Möglichkeit, in Einzelfördersituationen tätig zu sein, dies beschränkt sich nicht ausschließlich auf die Pflege.

Dennoch bietet gerade die Pflege vielseitige Möglichkeiten eines intensiven kommunikativen Beziehungsaufbaus zu Schülerinnen mit schwersten Behinderungen. Die Ergebnisse von ULBRICH et al. (2006), nach denen die Pflegebedarfe und der hohe Pflegeaufwand von Schülerinnen *an sich große Belastungen* der Lehrkräfte darstellen, können im Rahmen der vorliegenden Untersuchung in dieser Form ebenfalls nicht bestätigt werden. Folgt man den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung, werden ursächlich die mangelnden Möglichkeiten und zeitlichen Ressourcen in der Pflege der Schülerinnen als hoch belastend empfunden. Diese Einschätzung deckt sich wiederum mit der hohen Bedeutsamkeit der Pflege für die Schülerinnen, die von den interviewten Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen benannt wird.

Pflegekräfte bewerten die Pflege an der Förderschule FkmE im Vergleich zu ihren vorherigen Tätigkeiten im Bereich der Krankenpflege als deutlich befriedigender. Sie begründen dies mit der langfristigen Bindung zu den Schülerinnen, die es ihnen ermöglicht, nicht nur die reinen körperlichen Bedürfnisse in den Fokus zu stellen, sondern am Leben der Schülerinnen teilhaben zu können. Hingegen hemmen aus der Perspektive der Pflegekräfte die

aktuellen strukturellen Pflegebedingungen eine ganzheitliche Pflegegestaltung nach den idealen Vorstellungen. Wird dieses Empfinden der Pflegekräfte mit den Ergebnissen aus der Perspektive der Schulleiterinnen verglichen, so lässt dies mutmaßlich den Schluss zu, dass genau die reine körperliche Fokussierung in der Pflege von Pflegekräften verlangt wird, vornehmlich im Bereich der medizinischen Behandlungspflege.

Vor dem Hintergrund der personellen Situation von Pflegekräften erscheint eine solche Ausrichtung des Aufgabenfeldes Pflege mehr als gerechtfertigt, möchte man alle medizinischen Pflegebedarfe der Schülerinnen berücksichtigt wissen.

In Bezug auf die Pflegegestaltung durch Förderschullehrerinnen decken sich die Interviewergebnisse gleichermaßen mit den Ergebnissen aus den Teilnehmenden Beobachtungen. Eine pädagogische Pflegegestaltung steht in Konflikt mit den hohen Unterrichtsanforderungen an die Förderschullehrerinnen. Damit letztere die Legitimation erhalten, als Pädagoginnen ebenso in der Pflege tätig zu sein, sollte der Bereich Pflege in den schulinternen Bildungsplänen als Bildungsinhalt festgeschrieben werden. Desgleichen scheint bei genauer Betrachtung die Aus- und Weiterbildungssituation zentral zur aktuellen Pflegegestaltung beizutragen. Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen wissen zwar um die pädagogische Bedeutsamkeit der Pflege für die Schülerinnen und zeigen eine deutliche Bereitschaft in der Pflege tätig zu sein, verfügen jedoch nur über wenige Erfahrungswerte in einer fachlich korrekten Pflegegestaltung, verbunden mit den Ängsten vor unerwarteten Ereignissen in der Pflege oder einer „falschen“ Durchführung von Pflegemaßnahmen. Vor diesem Hintergrund sollte diskutiert werden, ob die Pflege (hier die Grund- und Behandlungspflege) als Fachdisziplin an der Förderschule FkmE in gleichem Maße einer theoretischen und methodischen Grundlegung bedarf, die die wesentlichen Aufgaben, Inhalte und Gestaltungsmerkmale für alle Berufsgruppen der Förderschule FkmE transparent macht, wie in Kapitel 2.4 anhand des Modells der fördernden Prozesspflege aufgezeigt wurde. Dies könnte dazu dienen, den gemeinsamen Schnittstellenbereich von Pflege und Pädagogik herauszuarbeiten und dadurch Ansatzpunkte für die Erarbeitung der Kriterien einer pädagogisch orientierten Pflege zu erhalten.

Auch im Bereich Förderpflege wissen Förderschullehrerinnen häufig nicht, welche Einflüsse ihre Förderangebote auf die Schülerinnen haben. So scheint hier eine konzeptuelle Grundlegung der Förderung von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen – verbunden mit einer Zieldefinition – ebenso angebracht zu sein, um diesen Bereich sowohl für Förderschullehrerinnen als auch Pflegekräfte transparent zu machen.

Auffällig ist hier weiterhin, dass Förderschullehrerinnen, Pflegekräfte und Schulleiterinnen die Kriterien einer „guten“ Pflege entsprechend den Prinzipien einer ganzheitlichen und humanistischen Pflege festmachen, so wie in Kap. 2.3 dargelegt. Zur Erklärung der Divergenz zwischen der theoretischen Auffassung und der Ausführung der Pflege lassen sich in den Ergebnisse implizierte Hinweise ausmachen. Es scheint, dass sich hauptsächlich das

mangelnde Wissen über konkrete praktische Gestaltungsmöglichkeiten hinderlich auf die Umsetzung der eigenen Ansprüche an eine „gute“ Pflege auswirkt. Erkennbar wird dies vor allem anhand der zahlreichen Nennungen über die Bedeutsamkeit einer ganzheitlichen Pflegegestaltung für die Schülerinnen. An anderer Stelle lässt sich zudem eine Vielzahl an Ideen zur Gestaltung der Förderung in der Pflege ablesen, die Parallelen zum Konzept der kombinierten Förderung nach DANK (1996) aufweisen, jedoch für die handelnden Förderschullehrerinnen und Pflegekräfte nicht konzeptuell abgesichert sind.

Die Heterogenität der Schülerschaft sowie die unterschiedlichen Förderbedarfe bedingen eine Vielzahl an Aufgabenbereichen, die an der Förderschule FkmE abgedeckt werden müssen bzw. sollten. Darauf wurde insbesondere von Schulleiterinnen hingewiesen. Hier kann nur vermutet werden, dass sich die aktuelle Pflegegestaltung im Kontext der Förderschule aus Sicht der Schulleitung für die Gesamtorganisation aller schulischen Aufgabenbereiche in dieser Form bisher schlicht bewährt hat. Sowohl die Ergebnisse aus den Interviews als auch der Interviewverlauf selbst erwecken den Eindruck, dass Schulleiterinnen versuchen, die aktuelle Pflegegestaltung entgegen den Einschätzungen von Förderschullehrerinnen und Pflegekräften positiv zu bewerten. Auch hier kann nur vermutet werden, dass eventuelle Missstände gegenüber der Schulleitung bisher nicht angesprochen bzw. nicht als solche identifiziert wurden. Aus dem gleichen Grund sind Defizite in der Vorbereitung auf die nachschulische Lebensgestaltung mit Pflegebedarf sowie einer pädagogisch orientierten Pflegegestaltung bei beiden Schülergruppen nicht messbar, solange keine Kriterien für eine pädagogische Orientierung der Pflege existieren. Derzeit scheinen die Kriterien einer „guten“ schulischen Pflege durch die Befriedigung der körperlichen Grundbedürfnisse von Schülerinnen aus Schulleitersicht erfüllt. Die Trennung der Aufgabenbereiche Unterricht und Pflege scheint in der Organisationsstruktur der Förderschule fest verankert zu sein. Dies würde zumindest die mangelnde Kooperation von Pflegekräften und Lehrkräften erklären. Letztendlich wird der Eindruck erweckt, dass die aktuelle Situation der schulischen Pflege in hohem Maße von der Schulorganisation abhängt.

Bedeutsame Erkenntnisse liefert ebenso der Interviewverlauf selbst. Demzufolge lässt sich vermuten, dass den interviewten Förderschullehrerinnen und Schulleiterinnen sowie einigen Pflegekräften die Brisanz der aktuellen schulischen Pflegegestaltung aufgrund der Reflexion über die Fragestellungen zur Bedeutsamkeit und dem Stellenwert der Pflege für die Schülerinnen während des Interviewverlaufs deutlich gemacht wurde: nämlich die Tatsache, dass die schulische Pflege einer grundsätzlichen Neuorientierung bedarf. Deutlich wurde dies zum einen durch die Benennung einer Vielzahl an potentiellen Problemen und Herausforderungen von Schülerinnen mit Pflegebedarfen, zum anderen an den Kompetenzen, die Schülerinnen notwendigerweise während ihres Förderschulbesuchs erwerben sollten.

Die Reflexionsprozesse während des Interviewverlaufs führten vermutlich dazu, dass Förderschullehrerinnen, Schulleiterinnen und Pflegekräfte eine Konzeptentwicklung für die schulische Pflege als dringend geboten erachten.

Als Konsequenz aus ihren Reflexionen sehen Schulleiterinnen einen klaren Nachholbedarf in der Implementierung einer pädagogisch orientierten Pflege, die ihrer Meinung nach vor allem in der Abschlussstufe – im Rahmen der Gestaltung des Übergangs von der Schule in das nachschulische Leben – präzise Bildungsziele verfolgen muss.

Dies macht einmal mehr deutlich, dass es für eine pädagogische Orientierung in der Pflegegestaltung eines grundlegenden Impulses bedarf, der diese Reflexionsprozesse sowohl anregt als auch ausformt und letztendlich zu einer gesamtschulischen Verantwortung für den Bildungsbereich Pflege führt. Die Potentiale dafür scheinen aus allen drei Perspektiven betrachtet ausreichend vorhanden zu sein, sie müssen nur geweckt werden und dürfen nicht weiterhin unter der Decke der bequemen und tradierten bisherigen Pflegegestaltung als Randbedingung schlafen.

7.4 Schülerinnen mit schwersten Behinderungen

Für Schülerinnen mit schwersten Behinderungen sehen zwar alle der interviewten Experten die Notwendigkeit einer fördernden, vertrauensvollen und bedürfnisorientierten Pflege. Jedoch können die Ansprüche von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen auf fördernde Aktivitäten in Einzelsituationen von Förderschullehrerinnen sowie Pflegekräften nur noch selten erfüllt werden. Dies bezieht sich neben der Pflege ebenso auf weitere Förderangebote. Dies bestätigten die Ergebnisse von WIECZOREK (2007), nach denen Schülerinnen mit schwersten Behinderungen im Schulalltag im Schnitt vier Stunden Leerlauf erleben. Als Grund hierfür wird von Förderschullehrerinnen im Rahmen der vorliegenden Untersuchung erneut die Heterogenität der Klassenzusammensetzung genannt. Einzelförderungen müssen aufgrund der Unterrichtsverpflichtungen gegenüber Schülerinnen ohne schwerste Behinderungen oft an Hilfskräfte oder das Pflegepersonal delegiert werden. Fasst man die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften zusammen, so scheinen diese durch einen Personalschlüssel von 1 Pflegekraft zu 50 Schülerinnen mit der medizinischen Behandlungspflege und teilweisen Übernahme der Grundpflege mehr als ausgelastet zu sein. Dennoch wird der Versuch unternommen, insbesondere bei Schülerinnen mit schwersten Behinderungen die Pflege sensibel und bedürfnisorientiert zu gestalten.

Sehr besorgt zeigen sich Förderschullehrerinnen in Zusammenhang mit dem Gedanken an die Vorbereitung auf die nachschulische Lebenswelt der Schülerinnen mit schwersten Behinderungen. Es fällt Förderschullehrerinnen sichtlich schwer, Bildungsziele für Schülerinnen mit schwersten Behinderungen zu formulieren, die auf die Lebensbewältigung nach dem Besuch der Förderschule abzielen. Die Sorge um die Fortführung einer liebevollen und bedürfnisorientierten Pflege in weiterführenden Einrichtungen wird von den Pflegekräften

gleichermaßen geteilt. Auch wenn sich Förderschullehrerinnen bei ihren Vorstellungen über eine Förderpflege selten auf theoretisch begründete Konzepte beziehen, benennen sie eine Vielzahl an Gestaltungsmöglichkeiten einer fördernden Pflegesituation für Schülerinnen mit schwersten Behinderungen, die sie vermutlich aus rudimentären Kenntnissen von Förderkonzepten ableiten und unbewusst miteinander kombinieren. Die Ergebnisse erlauben an dieser Stelle den Schluss, dass gerade das kombinierte Förderkonzept nach DANK (1996) hier ansetzen könnte, um eine konzeptgeleitete Förderung zu begründen.

In Bezug auf die Förderung von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen zeigen sich Schulleiterinnen insgesamt zurückhaltender. Die Pflege bei Schülerinnen mit schwersten Behinderungen ist nach ihren Aussagen generell als eine Form von Förderpflege zu verstehen, so wie fast alle Bereiche an der Förderschule FkmE für die Schülergruppe mit schwersten Behinderungen ihrer Auffassung nach Förderung beinhalten. Dabei bleibt die inhaltliche Definition der Förderung in den Ergebnissen offen und beschränkt sich größtenteils auf die Benennung von menschlichen Wahrnehmungsbereichen als inhaltliche Beschreibung.

Vor dem Hintergrund einer allgemeinen Ratlosigkeit in Bezug auf einen sinnstiftenden Unterricht bzw. auch Fördersituationen für Schülerinnen mit schwersten Behinderungen, wie es durch die Interviewergebnisse deutlich wurde, sollte diskutiert werden, ob nicht gerade Pflegesituationen für die Förderung einen sinnstiftenden Anlass bieten mit Schülerinnen mit schwersten Behinderungen in intensiven kommunikativen Kontakt zu treten, was bereits von DUDENHÖFER (2003), PFEFFER (1988) und FRÖHLICH (2003) deutlich herausgearbeitet wurde. Zweifelsohne wird in den Ergebnissen deutlich, dass sowohl Förderschullehrerinnen aber auch Pflegekräften dafür ein Repertoire an konkreten Möglichkeiten fehlt, die Pflege für die sinnstiftende Förderung zu nutzen.

7.5 Schülerinnen ohne schwerste Behinderungen

Anhand der Ergebnisse aus den Interviews sowie den Teilnehmenden Beobachtungen lässt sich übereinstimmend feststellen, dass der Fokus der pädagogischen Gestaltung von Pflegesituationen für Schülerinnen ohne schwerste Behinderungen eindeutig im Bereich der Selbstständigkeitsförderung, im Sinne einer aktivierenden Pflege (vgl. Kapitel 2.2.1), zu verorten ist und im Rahmen der Behandlungspflege überwiegend von Pflegekräften übernommen wird. Innerhalb der Pflegegestaltung für Schülerinnen ohne schwerste Behinderungen sehen Schulleiterinnen die Bildungsziele durch die Schwerpunktsetzung in der Förderung der Selbstständigkeit zunächst als erfüllt an.

Es scheint, dass die Pflege für diese Schülergruppe gegenüber unterrichtlichen Aktivitäten eine geringere Wertigkeit aufweist. Dies wird zumindest von Schulleiterinnen – wenn auch nicht explizit – bestätigt. Aufgrund der Ergebnisse muss angenommen werden, dass die Gründe dafür weniger in den subjektiven Bewertungen der pädagogischen und pflegerischen Mitarbeiterinnen zur Bedeutsamkeit der Pflege zu finden sind, sondern vielmehr die

übergeordneten schulorganisatorischen Rahmenbedingungen das entscheidende Moment dafür darstellen.

In diesem Zusammenhang sollte diskutiert werden, dass der Richtlinienentwurf für den Förderschwerpunkt ‚körperliche und motorische Entwicklung‘ für Schülerinnen ohne schwerste Behinderungen exakt diese Form der Pflegegestaltung empfiehlt, nämlich als Grundversorgung und notwendige Voraussetzung für Unterricht. (vgl. Kapitel 4.1). Daraus könnte geschlossen werden, dass diese Empfehlung eine Legitimation pädagogischer Zielformulierungen für die Pflegegestaltung erschwert oder gar verhindert.

Fast alle der interviewten Experten zeigen sich insbesondere in Bezug auf die potentiellen Probleme der nachschulischen Lebensgestaltung von Schülerinnen mit Pflegebedarf ohne schwerste Behinderungen besorgt und sehen sich teilweise sogar handlungsunfähig.

An dieser Stelle bewerten alle Experten den Schonraum Förderschule als problematisch, da dieser nicht die realen Bedingungen der außerschulischen Lebenswelten der Schülerinnen abbilde. Es könnte angenommen werden, dass sich die Bedingungen der Förderschule wiederum auf die konkrete schulische Pflegegestaltung auswirken, da potentielle Probleme eines Lebens mit Pflegebedarf im System Förderschule nicht in der Form existent sind, wie sie sich in der realen außerschulischen Lebenswelt zeigen.

Der hohe Zuspruch zur Bedeutsamkeit einer Thematisierung von Pflegeinhalten in unterrichtlichen und außerunterrichtlichen Bereichen an der Förderschule FkmE widerspricht auch hier deutlich dem tatsächlichen Handeln. Als ein möglicher Grund lässt sich auch hier zunächst ein mangelndes Repertoire an Handlungsmöglichkeiten ausmachen. Bei genauerer Betrachtung scheint jedoch die bisherige Praxis der Pflegegewährleistung stärker ins Gewicht zu fallen. Die derzeitige Pflegepraxis, bei der die Pflege durch Hilfskräfte überwiegend in den Pausenzeiten geleistet wird, scheint die Präsenz der Pflege thematisieren aus dem unterrichtlichen Geschehen, und damit aus dem „Kerngeschäft“ von Förderschullehrerinnen, zu verdrängen. Aus Schulleitersicht wird hier sehr deutlich, dass sich diese Form der Pflegepraxis schlicht bewährt hat und sich dadurch die praktikable Möglichkeit eines parallelen Nebeneinanders von Pflege und Unterricht gestalten lässt.

Für die unterrichtliche Thematisierung von Pflegeinhalten zeigt sich der Großteil der interviewten Experten offen und sieht Möglichkeiten, Pflege thematisieren entsprechend der in Kap. 4.3 aufgezeigten Möglichkeiten der Implementierung, in den Bildungsprozess einzubetten. Wie bereits angesprochen scheinen auch hier bislang Impulse zu fehlen die Notwendigkeit und Bedeutsamkeit einer Thematisierung von Pflegeinhalten in der schulischen Praxis umzusetzen.

7.6 Entwicklungspotentiale

Obwohl sich die aktuelle Pflegegestaltung teilweise als desolat darstellt, lassen die Ergebnisse der Interviews zahlreiche Potentiale erkennen, die für den Weg einer Konzeptent-

wicklung schulischer Pflege genutzt werden können. Die Potentiale, die das Gesamtsystem Förderschule aus den verschiedenen Perspektiven aufweisen, gleichen dem Blick durch ein Kaleidoskop. Viele Fragmente ergeben hier ein gemeinsames Bild – die Schülerorientierung:

- Alle interviewten Experten haben die Bedürfnisse der Schülerinnen klar im Fokus ihrer Überlegungen und wollen für alle Schülerinnen mit Pflegebedarf eine pädagogisch orientierte Pflege umsetzen.
- Der überwiegende Teil der Förderschullehrerinnen möchte in der Pflege tätig sein.
- Sowohl Förderschullehrerinnen als auch Pflegekräfte wollen in der Pflege grundlegende Bildungsziele verfolgen.
- Der überwiegende Teil der Experten bewertet die aktuelle Pflegegestaltung vor dem Hintergrund allgemeiner Bildungsziele der Förderschule als unzureichend.
- Förderschullehrerinnen sowie Schulleiterinnen benennen eine Vielzahl an konkreten Möglichkeiten der didaktisch-methodischen Aufbereitung von Pflegeinhalten für eine unterrichtliche Thematisierung, die die Bedürfnisse sowie die derzeitige und zukünftige Lebenswelt der Schülerinnen deutlich im Blick haben.
- Alle Experten sehen erstens die Notwendigkeit einer fördernden Pflegegestaltung für Schülerinnen mit schwersten Behinderungen und benennen zweitens eine Vielzahl an konkreten pädagogischen Fördermöglichkeiten.
- Vor allem Förderschullehrerinnen und Pflegekräfte forcieren eine Intensivierung der transdisziplinären Kooperation auf der Planungs- und Evaluationsebene der schulischen Pflegegestaltung.
- Die oftmals noch bestehende Trennung der Disziplinen Pflege und Pädagogik zugunsten eines konstruktiven Miteinanders im Sinne eines Kompetenztransfers aufzuheben, wird vom überwiegenden Teil der Experten als notwendig erachtet. In diesem Zusammenhang werden disziplinübergreifende Weiterbildungsmöglichkeiten für alle Mitarbeiterinnen der Förderschule FkmE gefordert.

Überdies hinaus stellen die Hilfskräfte aktuell zweifelsohne ein erhebliches Potential für die Gestaltung der schulischen Pflege dar. Nur sollte die bisherige Praxis zum Wohle der Hilfskräfte und Schülerinnen in dieser Form nicht fortgesetzt werden. Hilfskräfte sollten um die Bedeutsamkeit der Pflege für die Schülerinnen wissen und Lehrkräfte sowie Schulleiterinnen sollten um die Bedeutsamkeit der Arbeitserfahrungen der Hilfskräfte wissen. Zukünftig sollte jedoch die Frage zulässig sein, ob die schulische Pflege ein Aufgabengebiet darstellt, in dem ungelernte Hilfskräfte ganz selbstverständlich tätig sind oder ob eine pädagogische Orientierung der Pflege nicht vielmehr den Einsatz von qualifiziertem Personal rechtfertigt, etwa von Heilerziehungspflegerinnen oder Heilpädagoginnen.

Als ein zentrales und gewichtiges Ergebnis kann abschließend die fehlende Thematisierung von Pflege bzw. der Möglichkeiten einer pädagogisch orientierten und fördernden Pflegegestaltung in der Ausbildung von Förderschullehrerinnen gelten. Auch FISCHER (2003)

hat in ihrer Studie diesen Aspekt als negativ wirkendes Moment für die Pflegegestaltung an Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt ‚geistige Entwicklung‘ bereits herausgestellt. Wenn das Thema Pflege bereits in den beiden Ausbildungsphasen von angehenden Förderschullehrerinnen ausgespart bleibt, dann könnte sich dies wiederum negativ auf das Bewusstsein über die Bedeutsamkeit der Pflege für Schülerinnen mit Pflegebedarfen auswirken, wenn nicht sogar zu einer Verdrängung dieser besonderen Herausforderungen führen. In der vorliegenden Untersuchung stellte sich heraus, dass der kontinuierlichen Bewusstmachung der Bedeutsamkeit der Pflege eine zentrale Rolle zukommt. Die interviewten Experten, die bereits vor oder während ihrer Ausbildung im Rahmen des Zivildienstes, Freiwilligen Sozialen oder einer Nebentätigkeit praktische Erfahrungen im Bereich der Pflege von Menschen mit Behinderung machten, äußerten sich deutlich differenzierter zur Bedeutsamkeit der schulischen Pflege. Daraus ließe sich schließen, dass eine frühe Thematisierung bereits während der Förderschullehrerausbildung die Chancen für eine grundlegende Sensibilität für den Bereich schulische Pflegegestaltung im weiteren Berufsleben erhöhen.

Aus den zentralen Ergebnissen sowie deren Diskussion lassen sich Konsequenzen in Form von Empfehlungen für eine Pflegekonzeptentwicklung ableiten, die in den Kapiteln 8.1ff dargestellt werden. Zunächst erfolgt jedoch als Ergänzung die Diskussion der eingesetzten Untersuchungsmethoden vor dem Hintergrund der allgemeinen sechs Gütekriterien nach MAYRING (2002).

7.7 Methodendiskussion und Berücksichtigung allgemeiner Gütekriterien qualitativer Forschung

Im Folgenden werden die eingesetzten Untersuchungsmethoden sowie die Forschungsstrategie anhand der allgemeinen sechs Gütekriterien qualitativer Sozialforschung nach MAYRING (2002) überprüft. Daran schließt sich eine kritische methodenspezifische Diskussion an.

Eine grundlegende *Verfahrensdokumentation* erfolgte in den Kapiteln 5.4. und 5.5. Dabei wurde darauf geachtet, dass neben dem Untersuchungsdesign die zugrunde liegende Forschungsstrategie dargelegt wurde. Vernachlässigt wurden hingegen die Dokumentation der Interviewerhebungsphase sowie die Dokumentation der Verfahrensweise während der einzelnen Interviews. Dennoch sind auf der Grundlage der Ergebnisse keine Anzeichen erkennbar, von denen auszugehen wäre, dass die Dokumentation der Interviewphase die Validität der Ergebnisse erhöht hätte.

Im Sinne der *argumentativen Interpretationsabsicherung* orientierte sich die Konstruktion des Interviewleitfadens am theoretischen Vorverständnis (vgl. Kapitel 5.5.1). Die Interpretation und Darstellung der Ergebnisse erfolgt ebenfalls themenbezogen auf der Grundlage des theoretischen Vorverständnisses und folgt daher der theoriegeleiteten Argumentations-

linie (vgl. dazu u. a. Kapitel 6.3). Des Weiteren wurde auf negative oder positive Zuweisungen von Aussagen zugunsten einer Akzentsetzung verzichtet, um eine zu stark negative oder positive Interpretation zu verhindern (vgl. Kapitel 5.5.4). Ein weiteres Kriterium einer argumentativen Interpretationsabsicherung zeigt sich in der Einbeziehung der drei Perspektiven Pflege, Pädagogik und Schulorganisation, aus deren Sicht die Experten jeweils zum selben Gegenstandsbereich interviewt wurden, womit sich alle Perspektiven miteinander vergleichen ließen und gegenseitig überprüfbar waren.

Durch die Festlegung auf die Analyseverfahren der Grounded Theory sowie der qualitativen Inhaltsanalyse in einem kombinierten Verfahren der Deduktion und Induktion (vgl. Kapitel 5.5.4) erfolgte die Datenanalyse im Sinne der allgemeinen Gütekriterien *regelgeleitet*. Ebenfalls mussten Rückgriffe auf vorangegangene Forschungsphasen dargelegt werden. Dies wurde im Rahmen der Explikationen zur zirkulären Forschungsstrategie geleistet (vgl. Kapitel 5.3).

Die *Nähe zum Gegenstand* als weiteres Gütekriterium fand einerseits durch die Teilnehmenden Beobachtungen im direkten Forschungsfeld Berücksichtigung und andererseits durch die Befragung von Experten, die aktuell an der Förderschule FkmE arbeiten. Die Nähe zum Gegenstand hätte dennoch beispielsweise durch den Einbezug von Fallstudien erhöht werden können. Außerdem hätte eine zusätzliche Befragung von Schülerinnen mit Pflegebedarfen zu deren Wünschen in der Pflege und Kriterien einer „guten Pflege“ die Nähe zum Gegenstand vermutlich erhöht.

Im Sinne einer *kommunikativen Validierung* wurde den Interviewteilnehmern bereits während des Interviewverlaufs die Möglichkeit gegeben, sich auf ihre eigenen Aussagen zu beziehen. Dazu wurden die wesentlichen Kernaussagen stichpunktartig festgehalten und den Interviewteilnehmern an entsprechenden Stellen vorgelegt. Somit zielte das Interview nicht auf die reine Datengewinnung ab, sondern legte den Fokus auf einen reflexiven Dialog (vgl. Kapitel 5.5.3). Bei einer geringeren Anzahl von Interviews und somit von Interviewteilnehmern hätte die Validierung zusätzlich erhöht werden können, indem den Interviewteilnehmern ihre Aussagen nach der Transkription erneut vorlegt worden wären und mit ihnen gemeinsam diskutiert worden wären.

Für die Berücksichtigung des Gütekriteriums der *Triangulation* wurden sowohl zwei Methoden qualitativer Forschung (Teilnehmende Beobachtungen, Leitfadeninterviews) mit dem Ziel der Exploration im Sinne der Methodentriangulation eingesetzt als auch im Rahmen der Interviewerhebung drei Perspektiven im Sinne einer Mehrperspektiventriangulation angewandt (vgl. Kapitel 5.5). Auf der Grundlage der Ergebnisdiskussion stellte sich dieses Verfahren als unverzichtbar heraus, um ein differenziertes Bild über den Forschungsgegenstand zu erhalten. Dennoch sollte diskutiert werden, ob der Einbezug weiterer Methoden ein noch differenzierteres Bild des Forschungsgegenstands erzeugt hätte und der Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten dienlich gewesen wäre. Einer Befürwortung

herzu lässt sich letztlich nur spekulativ zustimmen. Die Mehrperspektiventriangulation hätte sinnvollerweise um die Perspektive der Schülerinnen mit Pflegebedarf ergänzt werden können, insbesondere für den Themenbereich der Bedeutsamkeit der Pflege für die Schülerinnen selbst.

Neben der Diskussion der allgemeinen Gütekriterien sollten die spezifisch eingesetzten Methoden ebenfalls diskutiert werden (vgl. MAYRING 2002, 142). Bei den eingesetzten Untersuchungsmethoden der Teilnehmenden Beobachtung und der Leitfadeninterviews handelt es sich um zwei klassische Methoden zur Exploration eines weitgehend unerforschten Gegenstandsbereichs (vgl. MAYRING 2002, 70; 83). Mit Hilfe der Leitfadeninterviews konnte der Gegenstandsbereich „schulische Pflegegestaltung“ aus drei verschiedenen Perspektiven entsprechend den Fragestellungen aufgehellert werden.

Insgesamt betrachtet ergibt sich bereits ein sehr differenziertes Bild zur aktuellen Pflegegestaltung, den Problemen sowie den Bedarfen und Potentialen. Zugleich werden neue Forschungsfragen aufgeworfen. Durch die Teilnehmenden Beobachtungen ergeben sich entgegen den Erwartungen zwar verwertbare Ergebnisse zur aktuellen Pflegegestaltung, hingegen hätten andere Untersuchungsmethoden mutmaßlich ein noch differenzierteres Bild der aktuellen Bedingungen erzeugt. Die Teilnehmenden Beobachtungen bedürfen letztlich der Absicherung durch Einzelfallanalysen, da die Ergebnisse zwar allgemein verwertbare Daten hervorbringen, jedoch ebenso viele Einzeldaten, die auf der Grundlage des angelegten Untersuchungsdesigns nicht ohne eine weitergehende Sättigung der Daten analysiert werden können. Als Beispiele sind hier die Geschlechterverhältnisse von Schülerinnen zu den pflegenden Personen zu nennen, die Klassenzusammensetzung in Bezug zur Pflegegestaltung oder die subjektiven Bewertungen der Pflegesituationen. Dies ist abschließend als „Fallstrick qualitativer Forschung“ zu bewerten, wonach es schwierig ist, die Tragweite der Ergebnisse anhand der eingesetzten Methoden zu antizipieren (vgl. MAYRING 2002, 149f).

Ausgehend von den Ergebnissen und dem Abgleich mit den eingesetzten Untersuchungsmethoden kann daher vermutet werden, dass zu den aktuellen Bedingungen schulischer Pflegegestaltung differenziertere Erkenntnisse zu erwarten wären, wenn zusätzlich die folgenden Methoden eingesetzt würden:

- Erfassung der konkreten Pflegebedarfe aller Schülerinnen an den Förderschulen FkmE in NRW, um eine Aufschlüsselung über die erforderlichen Pflegemaßnahmen in der Grund- und Behandlungspflege zu erhalten.
- Durchführung von Fallstudien über einzelne Schülerinnen mit Pflegebedarf, um eine Vorstellung von deren konkreten Pflegebedarfen sowie den Möglichkeiten der Förderung in bezüglich der Art und des Umfang der motorischen und kognitiven Beeinträchtigungen zu erhalten.
- Befragung von Schülerinnen zu deren Wünschen und Kriterien einer „guten“ Pflege.

- Gruppendiskussionen zu den Themenschwerpunkten der vorliegenden Untersuchung, an denen Förderschullehrerinnen, Pflegekräfte, Schulleiterinnen und Hilfskräfte gleichermaßen beteiligt wären, um die verschiedenen Sichtweisen direkt zu diskutieren.
- Eine (bundesweite) quantitative Erhebung zur Gesamtanzahl der Schülerinnen mit Pflegebedarfen, der besuchten Schulform und des Richtlinienbezugs ihrer Beschulung, um die Bedarfslagen einer Pflegekonzeptentwicklung zu eruieren.
- Die konkrete konzeptgeleitete Erprobung der Möglichkeiten einer pädagogischen und fördernden Pflegegestaltung im Rahmen einer handlungsorientierten Untersuchung.

Die aufgeführten weiteren Untersuchungsmethoden sind letztlich nicht als Fehlentscheidung der vorliegenden Untersuchung, sondern als weiteres Ergebnis der Exploration zu werten. Daraus könnten sich mögliche weitere anschlussfähige Forschungen ergeben. Diese Auffassung wird von HEINZE (2001) geteilt, der als Ziel einer explorativen qualitativen Untersuchung u. a. die Konkretisierung von weiteren anschlussfähigen Forschungsfragen und Forschungsmethoden angibt (vgl. ebd., 83).

8 Fazit und Konsequenzen

8.1 Fazit

Die vorhandenen Potentiale an der Förderschule FkmE, die sich vor allem durch die Kompetenzen und das Engagement der pflegerischen und pädagogischen Mitarbeiterinnen ergeben, sollten genutzt werden, damit Pflege nicht länger eine Randbedingung im Bildungsprozess von Schülerinnen mit Pflegebedarfen darstellt. Eine Schule, die sich als Förderschule mit dem Förderschwerpunkt ‚körperliche und motorische Entwicklung‘ bezeichnet, sollte den körperlichen Aspekt der Förderung als selbstverständliches pädagogisches Feld betrachten. Die Pflege zählt hier eindeutig dazu. Schule als Ort eines grundlegenden Bildungsauftrags, nämlich der Vorbereitung auf ein nachschulisches Leben, muss bei der Planung und Gestaltung der Lernarrangements an der Lebenswirklichkeit ihrer Schülerklientel orientiert sein. Bei einem hohen Anteil von Schülerinnen mit Pflegebedarfen gehört die Pflege maßgeblich nicht nur zur Lebenswirklichkeit der Schülerinnen, sondern ebenfalls zur Wirklichkeit der Schule als zeitweisem Lebensort dazu.

Pflegekräfte wollen pädagogisch tätig sein dürfen und Förderschullehrerinnen wollen die Vorzüge einer intensiven Einzelbegegnung mit den Schülerinnen in der Pflege nutzen. Es kann nicht hingegenommen werden, dass die Potentiale für eine pädagogisch und lebensweltorientierte Pflegegestaltung auf Seiten der Mitarbeiterinnen vorhanden sind, diese jedoch weder beachtet noch genutzt werden, und das zugunsten einer bewährten aktuellen Pflegegestaltung als parallelem und marginalisiertem Tätigkeitsbereich neben einer auf Fachunterricht ausgerichteten Schulorganisation. Hier ist nicht nur nach Ansicht des Verfassers, sondern vor allem der Forderung von Förderschullehrerinnen und Pflegekräften nach die Schulorganisation gefragt, solche Veränderungs- und Entwicklungsprozesse impulsgebend zu begleiten.

Die Impulse der Mitarbeiterinnen an der Förderschule FkmE sollten sensibel wahr- und ernst genommen werden, um zu einem gemeinsamen Anliegen heranreifen zu können. Es bietet sich an, diese kleinen und vielseitigen Impulse nicht statisch umzusetzen, sondern in eine konzeptgeleitete Weiterentwicklung zu überführen. Als Anregung dazu können die folgenden abschließenden Empfehlungen zur Konzeptentwicklung dienen.

Nicht zuletzt sollte die Pflegegestaltung bei Schülerinnen mit Pflegebedarfen bereits in den Ausbildungsphasen von Förderschullehrerinnen als Thema bedacht werden.

8.2 Konsequenzen für die Konzeptentwicklung schulischer Pflege

Anhand der Ergebnisse muss festgehalten werden, dass eine Konzeptentwicklung auf der Grundlage der bisherigen Daten verfrüht erscheint. In den folgenden Kapiteln sollen die Erkenntnisse aus den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung sowie der Ergebnis-

diskussion dazu genutzt werden, praxisrelevante Konsequenzen in Form von möglichen Initiierungsaspekten einer Pflegekonzeptentwicklung aufzuzeigen. In diesem Zusammenhang wird auf der Grundlage der Ergebnisse wiederum rückführend Bezug zu den theoretischen Begründungszusammenhängen des vierten Kapitels genommen.

8.2.1 Konzeptgedanke

Dem Konzeptgedanken entsprechend sind Konzepte das Ergebnis eines nichtlinearen Prozesses der wechselseitigen Ausarbeitung theoretischer und praxisnaher Elemente eines Gegenstandsbereichs (vgl. LUCHTE 2005, 15). Zunächst sollten daher Empfehlungen für eine Konzeptentwicklung ausgesprochen werden, die wiederum Gegenstand einer weiterführenden, vorzugsweise handlungsorientierten Studie sein sollten.

Wissenschaftler und Praktiker bedienen sich gleichermaßen des wissenschaftlichen Fundus und wirken auf diesen ein. Das Konzept steht der Praxis als Ergebnis des wissenschaftlichen Prozesses am nächsten und eignet sich besonders dann, wenn die Ergebnisse eines Forschungsprozesses in der Praxis weiter überprüft werden sollen. Allgemein gelten Konzepte entweder als gedankliche Vorstufen einer Theorie, als Strukturierung grundlegender Zusammenhänge von Handlungen, als Sammlung von Leitgedanken oder als *Eckpunkte für die Erarbeitung und Umsetzung von innovativen Ideen, Zielen und Vorhaben (Innovationskonzept)*. Insbesondere das Innovationskonzept erfreut sich innerhalb der Pädagogik zunehmender Beliebtheit. Zum einen, um den veränderten Praxisanforderungen gerecht zu werden und nicht in verkrusteten Strukturen zu verharren, zum anderen, um die Kooperation von Wissenschaft und Praxis zu fördern (vgl. LUCHTE 2005, 15ff.).

Nach den Auffassungen von REISER (2005) ermöglichen Konzepte als Ergebnis eines wissenschaftlichen Prozesses die Relationierung zwischen Theorie und Praxis. Weiter spricht er in diesem Zusammenhang vom Konzept als ‚Übergangsraum‘, „[...] in dem Denkfiguren entwickelt, fortgeschrieben, modifiziert werden, die noch nicht Handlung sind und nicht mehr Wissenschaft.“ (ebd., 136). GRÖSCHKE (1997) bezeichnet Konzepte als „[...] Brücken zwischen (wertabstinenter) allgemeiner Theorie und wertgeleiteter konkreter Berufspraxis [...].“ (ebd., 115).

Auch KRON (1999) ordnet das Konzept in einem Kontinuum zwischen Theorie und Praxis nahe der Praxis ein. Er weist zudem darauf hin, dass das Konzept im Gegensatz zum Modell eine höhere Flexibilität für die Praxis aufweist (vgl. ebd. 78f.). Die folgende Abbildung von KRON (1999, 78) verdeutlicht die Einordnung des Konzepts in das Kontinuum von Theorie und Praxis, auf das Wissenschaftler und Praktiker gleichermaßen einwirken.

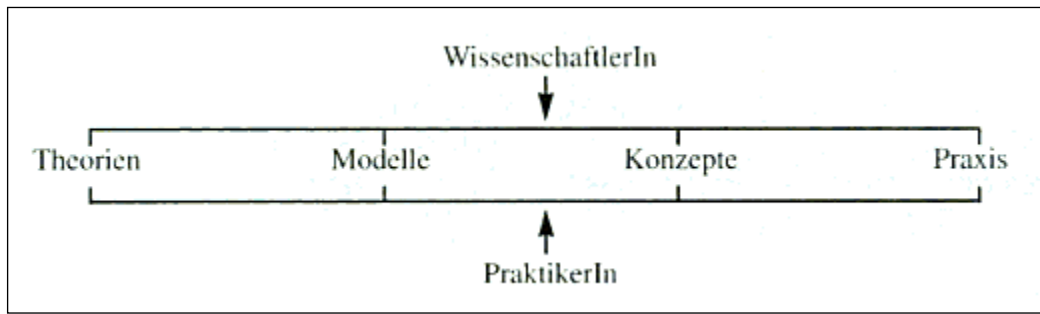


Abbildung 21: Zusammenhang von Theorie, Modell, Konzept und Praxis.
(Aus: KRON 1999, 78)

MOHR (2006b) spricht sich deutlich für eine konzeptgeleitete Flexibilität in der Förderung von Schülerinnen mit Behinderungen und gegen ein Festhalten an starren Handlungsrezepten aus. Dieser Wunsch nach Handlungsrezepten ließe sich in zwischenmenschlichen Handlungsfeldern so oder so nicht realisieren.

MOHR (2006b) zeigt am Beispiel der basalen Stimulation auf, wie Konzepte der Förderung interpretiert werden müssten, um den Konzeptgedanken nicht zu vernachlässigen. Ganz allgemein merkt MOHR (2006b) an, dass der Konzeptgedanke häufig missverstanden wird. Er benennt sechs potentielle Gründe für dieses Missverstehen:

1. Konzepte werden in ihrer Anwendung nicht mehr ihrem Ursprung nach benannt, sondern auf Teile des Konzepts und auf Handlungsabsichten reduziert oder mit anderen Konzepten vermischt, was zur Diffusität des ursprünglichen Konzeptgedankens führt.
2. Konzepte werden als unveränderbare Handlungsrezepte verstanden. Dabei handelt es sich bei den allermeisten Erörterungen von Praxishandlungen um Empfehlungen bzw. Anregungen zur Gestaltung konkreter Handlungen.
3. Konzepte werden im Sinne einer praxisfernen Eloquenz hochstilisiert zu „Allheilmitteln“ des Handelns, was zu Enttäuschungen führen kann, wenn hochgesteckte Ziele nicht erreicht werden. Wichtiger ist es, im Gegenstandsbereich des Konzepts über eine grundlegende Handlungskompetenz zu verfügen.
4. Konzepte werden zu eng und idealisiert verstanden, so dass ein Übertrag auf individuelle Handlungssituationen nicht gelingen kann.
5. Konzepte werden zu weit gefasst, was zur Beliebigkeit in der Anwendung führt. So kann es passieren, dass Konzepte generell auf jegliche Handlungssituationen übertragen werden.
6. Konzepte werden nicht aus Überzeugung vertreten, sondern dienen dem Zweck und der Rechtfertigung des eigenen Handelns.

(vgl. MOHR 2006b, 4ff.)

Die genannten Gründe für das Missverständnis des Konzeptgedankens beruhen nicht zuletzt auf der hohen Flexibilität in der Interpretation und Anwendung sowie der Praxisnähe. Bei Konzepten besteht aus den genannten Gründen immer die Gefahr, dass diese zum unkontrollierbaren „Selbstläufer“ werden und sich Missverständnisse manifestieren.

LUCHE (2005) analysierte in ihrer Untersuchung – ausgehend von einer systemtheoretischen und ökologischen Perspektive – die Implementierung von Konzepten in pädagogischen Systemen. Konzepte sind nach der Auffassung von LUCHE (2005) mehr als lediglich die Schaffung neuer Handlungsmöglichkeiten. Vielmehr verändert sich durch die Implementierung von Konzepten das gesamte System, in das das Konzept implementiert wird. Infolgedessen beinhaltet ein Konzept die Denkstrukturen der Handelnden sowie die Handlungsmöglichkeiten und Organisationsstrukturen innerhalb eines bestimmten Systems. Letztlich dienen Konzepte in der Heil- bzw. Förderschulpädagogik, folgt man den Ausführungen von GRÖSCHKE (1997), der

„[...] Klärung der personenbezogenen Ziele und Inhalte heilpädagogischen Handelns unter den konkreten Bedingungen der Alltagspraxis, dann erst um die methodisch-didaktischen Einzelschritte ihrer Anwendungen einer einzelnen Handlungssituation.“
(GRÖSCHKE 1997, 115)

Konzepte sind nach GRÖSCHKE (1997) folglich nicht nur Handlungsempfehlungen, sondern bieten Anregungen zu einer grundlegenden Strukturierung des Handelns im förderschulischen Kontext, die auch eine wertegeleitete Grundhaltung einschließt.

Bezogen auf den vorliegenden Gegenstandsbereich „schulische Pflegegestaltung“ geht es also in erster Linie um die Entwicklung von grundlegenden Inhalten, Zielen und Strukturen schulischer Pflege, um darauf basierend zu adäquaten Umsetzungsmöglichkeiten in der spezifischen Handlungssituation zu finden.

Eine Konzeptentwicklung der schulischen Pflege eignet sich daher in besonderem Maße, um die vorhandenen Impulse aus der Praxis aufzugreifen und unter Einbezug theoretischer Fundierungen weiterzuentwickeln.

8.2.2 Möglichkeiten einer Konzeptentwicklung und -implementierung für die schulische Pflegegestaltung ausgehend von den Ergebnissen der Untersuchung

Die Impulse zur Initiierung konzeptgeleiteter Prozesse mit dem Ziel der Implementierung eines neuen Bildungsverständnisses im Bereich Pflege müssen laut Aussagen der Förderschullehrerinnen, Pflegekräfte und der Schulleiterinnen selbst durch die Schulleitung der jeweiligen Förderschule erfolgen.

Folgt man den Ergebnissen der Experteninterviews sowie der Teilnehmenden Beobachtungen, so scheinen die Lösungen für eine pädagogisch orientierte Pflegegestaltung auf der Hand zu liegen. So verlockend es ist, eine Wende in der Pflegegestaltung einzuleiten, indem schlicht das Pflegepersonal in der Anzahl erhöht wird, so unwahrscheinlich ist es, dass sich dadurch die inhaltliche Definition der schulischen Pflege verändert. Ganz selbstverständlich sollten ebenso im Bereich des Personals Bestrebungen öffentlich gemacht werden. Vor dem Hintergrund der aktuellen Pflegegestaltung stehen nach Auffassung des Verfassers die Chancen schlecht, dass Forderungen nach mehr Pflegepersonal stattgegeben wird.

Solange die schulische Pflege überwiegend als Grundversorgung der körperlichen Bedürfnisse von Schülerinnen ohne Bildungsziele definiert ist und auf diese Weise durch den Einsatz von ungelernten Hilfskräften erfüllt werden kann, fehlt jegliche Legitimation für die Forderung nach mehr Pflegepersonal. Die Chancen stünden jedoch weitaus besser, wenn die schulische Pflege erstens inhaltlich definiert würde, zweitens Bildungsziele für die Gesamtgruppe der Schülerinnen mit Pflegebedarf formuliert würden und drittens Pflege in Gesamtverantwortung aller Mitarbeiterinnen als gemeinsamer Aufgabenbereich im Bildungsprozess von Schülerinnen mit Pflegebedarfen getragen würde. Wenn das gelänge, dann hätten Schulleiterinnen eine Legitimation, für die Unterstützung ihrer schulischen Pflegegestaltung pädagogisch ausgebildetes Fachpflegepersonal zu fordern. Zur Beschreitung dieses Weges bietet sich aufgrund der Flexibilität, Dynamik und Praxisnähe die Entwicklung eines Konzepts an, um eine langfristige und behutsame Neuorientierung zu gewährleisten.

Eins kann deshalb generell festgehalten werden: Das System Förderschule benötigt dringend eine konzeptuelle Neuorientierung der schulischen Pflege.

Vorerst stellt sich also die Frage, woran es innerhalb des Systems Förderschule FkmE aktuell am stärksten mangelt bzw. welche Bedarfe vorliegen, um eine pädagogische Gestaltung der Pflege umsetzen zu können.

Auf der Grundlage der Ergebnisse lassen sich folgende Konsequenzen ableiten, mit Ausnahme einer Erhöhung der personellen Ressourcen:

- Es fehlt an schulorganisatorischen Impulsen für die Konzeptentwicklung und Implementierung einer pädagogisch gestalteten Pflege.
- Es ist notwendig, dass die Schulleitung für eine pädagogische Gestaltung der Pflege einsteht und die Umsetzung unterstützt.
- Notwendig erscheint die Festschreibung der Bedeutsamkeit einer pädagogischen Pflege als Manifest sowohl für das System Förderschule FkmE als auch für die Förderschulpädagogik allgemein.
- Es fehlt an Verbindlichkeiten, die dem außerunterrichtlichen Aufgabenbereich Pflege an der Förderschule FkmE mehr Bedeutung zumessen und diesen als ein Aufgabengebiet von Förderschullehrerinnen legitimieren.
- Es fehlt an Foren zum Austausch über die schulische Pflegegestaltung zwischen den Mitarbeiterinnen der Förderschule FkmE einschließlich der Hilfskräfte.
- Es fehlen Möglichkeiten, den vorhandenen gemeinsamen Wissenspool einer pädagogischen Pflegegestaltung zu nutzen.
- Es fehlen Möglichkeiten, den allgemeinen disziplinübergreifenden Kompetenztransfer zu unterstützen.
- Es fehlt an Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich einer fachlich korrekten Grundpflege für pädagogische Mitarbeiterinnen sowie an Weiterbildungsmöglichkeiten im pädagogischen Bereich für Pflegekräfte.
- Es fehlen konkrete Hilfestellungen bei der Planung, Durchführung und Evaluation von pädagogischen und fördernden Pflegearrangements.

- Es fehlen allgemeine Verbindlichkeiten für die Qualität der pädagogischen Gestaltung von Pflegesituationen.
- Die Zeitstruktur von Schule muss mehr Raum für die individuellen Bedürfnisse von Schülerinnen mit unterschiedlichsten Förderbedarfen, auch im Bereich Pflege, bereithalten.
- Es fehlen Fortbildungsmöglichkeiten für Hilfskräfte.
- Es fehlen „Ombudspersonen“ und Austauschforen für die Belange von Hilfskräften.

Damit sind zunächst auf der Grundlage der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung Anforderungen an institutionelle sowie konzeptuelle Bedingungen benannt, die den, in Kap. 4.3 dargestellten, Forderungen und Thesen verschiedener Autoren (vgl. DUDENHÖFER 2003; LELGEMANN 2001 u. 2007; LAMERS 2003; u.a.) prozessorientiert deutlich voraus gehen sollten, um Pflege als Bildungsinhalt an der Förderschule FkmE zu implementieren.

Für die vorliegende Arbeit bieten sich auf der Grundlage der, im Rahmen der Untersuchung, ermittelten Bedarfe aus mehreren Gründen Empfehlungen zur Entwicklung eines *Innovationskonzeptes* an (vgl. LUCHTE 2005): Zum Ersten bestehen bereits Strukturen der schulischen Pflegegestaltung und müssen nicht mehr neu implementiert werden, sondern bedürfen einer Neuorientierung.

Zum Zweiten hat sich die bisherige Pflegegestaltung bezogen auf die reine Grundversorgung zwar bewährt, jedoch werden die selbst geforderten pädagogischen Ziele der Pflege nicht erreicht. Zum Dritten signalisieren die handelnden Mitarbeiterinnen der Förderschule FkmE einen deutlichen Innovationswillen.

Ein Innovationskonzept zeichnet sich nach LUCHTE (2005) in der Regel durch folgende Merkmale aus, die sich auf der einen Seite durch den Theoriebezug und auf der anderen Seite durch den Praxisbezug des Gegenstandsbereichs ergeben (die Merkmale werden in Bezug zum Gegenstand „schulische Pflegegestaltung“ gesetzt):

- ***Bezug zu einem Gegenstandsbereich*** → schulische Pflegegestaltung
- ***Bezug zu den handelnden Personen*** → beteiligte Förderschullehrerinnen, Pflegekräfte und Schulleiterinnen
- ***Evaluation der aktuellen Praxisbedingungen und Abgleich mit den aktuellen theoretischen Bezügen*** → aktuelle Pflegegestaltung versus subjektive Vorstellungen einer „guten“ Pflege
- ***Praxisnahe und systemrelevante Inhalte*** → Gestaltung der schulischen Pflege als Teil des Bildungsprozesses an der Förderschule FkmE und Zukunftsperspektive der Schülerinnen mit Pflegebedarf
- ***Realisierbarkeit statt Idealvorstellung*** → Einsatz verfügbarer Ressourcen, relativ träge Schulentwicklungsprozesse, festgelegter Schulorganisationsrahmen, langfristige Veränderungsprozesse

- **Zielperspektive** → eine pädagogisch orientierte Pflegegestaltung für alle Schülerinnen mit Pflegebedarfen und Formulierung von Bildungszielen im Bereich Pflege

Für die Implementierung neuer oder veränderter Denkstrukturen, Handlungsmöglichkeiten und Organisationsstrukturen in Form eines Innovationskonzepts sind nach LUCHTE (2005, 45ff.) vor allem folgende Prämissen zwingend zu berücksichtigen:

- **Motivation** der Handelnden, etwas verändern zu wollen
- **Transparenz** über den Prozess der Implementierung und die Konzeptinhalte gegenüber den Handelnden gewährleisten
- **Fachliche und soziale Identifikation** der Handelnden mit dem Gegenstandsbe- reich und den Inhalten des Konzepts
- **Sinn und Nutzen** von Veränderungsprozessen im Rahmen der Konzeptim- plementierung für die Handelnden darlegen
- **Positive Effekte** des Konzepts für das eigene Handeln aufzeigen
- **Nachvollziehbarkeit des Implementierungsprozesses** für die Handelnden

Von besonderer Bedeutung bei der Implementierung von Konzepten ist nach LUCHTE (2005) die system-konstruktivistische Dynamik der Handelnden im System (in diesem Fall die Förderschule FkmE) (vgl. ebd., 52ff.). Demgemäß wirken sich jegliche Veränderungen des Systems auf die subjektive Wahrnehmung des Systems durch die Handelnden aus, wodurch der weitere Veränderungsprozess beeinflusst wird. Der Prozess der Konzeptent- wicklung und -implementierung wird deshalb im Idealfall durch externe Supervision be- gleitet, um Feedback über die Systemveränderungen zu erhalten.

In den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung zeigt sich bereits, dass die interviewten Mitarbeiterinnen aller Perspektiven höhere Anforderungen an eine gute und pädagogisch orientierte Pflege stellen, als aktuell realisiert wird. Diese Divergenzen zeigen sich teilweise in völlig entgegengesetzten Kriterien. Es wird daher für sinnvoll gehalten, diese Divergenzen an jeder Schule, die ein Pflegekonzept entwickeln möchte, für alle Mitarbeiterinnen bewusst zu machen. Folgende Schritte scheinen aus diesem Grund für eine Konzeptentwicklung sinnvoll zu sein:

1. Impuls durch die Schulleitung zur Auseinandersetzung mit der aktuellen Pflege- gestaltung
2. Beobachtung und Dokumentation der aktuellen Pflegegestaltung
3. Abfragen und Zusammenstellung der ideellen und subjektiven Vorstellungen ei- ner guten und pädagogisch orientierten Pflege aller Mitarbeiterinnen der jeweili- gen Schule
4. Vergleich zwischen den eigenen Forderungen und der aktuellen Gestaltung
5. Formulierung eines gemeinsamen Veränderungswillens
6. Formulierung des Nutzens, der Ziele und Erwartungen einer Konzeptentwick- lung und -implementierung

8.2.3 Mögliche allgemeine Eckpunkte eines Pflegekonzeptes ausgehend von den Untersuchungsergebnissen

Die konkrete Ausgestaltung eines Initiierungsprozesses einer Pflegekonzeptentwicklung für die pflegerische Arbeit an der Förderschule FkmE sollte bzw. könnte auf der Grundlage der bisherigen Ausführungen und Ergebnisse exemplarisch folgende Eckpunkte umfassen, die sich aus den häufigsten Nennungen der interviewten Experten ableiten (die Eckpunkte sind jeweils mit einem Beispiel aus den Ergebnissen der Untersuchung unterlegt):

Mögliche Eckpunkte eines schulinternen pädagogischen Pflegekonzeptes
<i>Kontinuierliche Sensibilisierung für die Bedeutsamkeit der schulischen Pflege für alle Schülerinnen mit Pflegebedarf im fortschreitenden Prozess der Konzeptentwicklung</i> (z.B. Pflege zum kontinuierlichen Thema bei Schulkonferenzen und Stufenkonferenzen machen)
<i>Bewusstmachung der grundlegenden Kriterien einer pädagogisch orientierten und fördernden Pflege</i> (z.B. Eine einführende schulinterne Fortbildung aller Mitarbeiterinnen)
<i>Einen erweiterten Begriff von Pflege implementieren</i> (z.B. durch die theoretische und methodische Ausrichtung der Pflege anhand eines strukturierenden Pflegemodells)
<i>Kontinuierliche schulinterne und disziplinübergreifende Weiterbildungsangebote zu Möglichkeiten der Förderung in der Pflege</i> (z.B. regelmäßige Workshops zu Pflege Techniken und Förderkonzepten)
<i>Intensivierung der transdisziplinären Kooperation der Mitarbeiterinnen im Bereich Pflege</i> (z.B. Schnittstellen gemeinsamen Handelns herausarbeiten. Transdisziplinäre Angebote für Schülerinnen mit Pflegebedarf schaffen)
<i>Disziplinübergreifende Erarbeitung wesentlicher Kriterien einer bedürfnisorientierten und ganzheitlichen Pflegegestaltung</i> (z.B. in einer Arbeitsgruppe „Pflege“)
<i>Implementierung der Pflege als Bestandteil des Bildungsprozesses</i> (z.B. durch die Erarbeitung eines stufenbezogenen Spiralcurriculums für die Thematisierung pflegerischer Themeninhalte sowie die explizite Aufnahme des Bereichs Pflege in die Förderpläne)
<i>Implementierung von Inhalten einer pädagogisch orientierten Pflege sowohl für den Unterricht als auch die körpernahe Förderung in vorhandene Strukturen</i> (z.B. Einbettung in vorhandenes Konzept zur Förderung von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen)
<i>Regelmäßige Reflexions- und Fortbildungsangebote für Hilfskräfte</i> (z.B. Fallbesprechungen, Nachbesprechungen einmal wöchentlich)
<i>Elternarbeit im Bereich Pflege an der Schnittstelle „Häusliche-Schulische-Pflege“</i> (z.B. Elterninformationsabende)

Tabelle 11: Eckpunkte einer schulischen Pflegekonzeptentwicklung. (Eigene Darstellung)

Damit sind zunächst allgemeine Eckpunkte beschrieben, die es erlauben den Prozess einer pädagogisch orientierten Pflegekonzeptentwicklung zu initiieren. Die aufgeführten Eckpunkte zeigen zudem eine gewisse Universalität im Hinblick auf die Konzeptentwicklung an allen Schulen, an denen Schülerinnen mit Pflegebedarfen unterrichtet werden.

Nachstehend werden speziell die Anknüpfungspunkte für eine Pflegekonzeptentwicklung in den Schnittstellen von Unterricht und Pflege sowie der körpernahen Förderung in Pflegesituationen ergebnisorientiert analysiert.

8.2.4 Spezifische konzeptuelle Ausrichtung im Bereich Unterricht und außerunterrichtliche Handlungsfelder

Differenziert betrachtet ergeben sich für die Bereiche Unterricht und außerunterrichtliche Handlungsfelder spezifische Ausgangslagen, Potentiale sowie Möglichkeiten für eine konzeptuelle Ausrichtung schulischer professioneller Pflege an der Förderschule FkmE. Da der Unterricht traditionell als das „Kerngeschäft“ der Förderschule angesehen wird, soll nachstehend ergebnisorientiert auf die unterrichtlichen Aspekte einer Pflegekonzeptentwicklung eingegangen werden. Wie bereits unter Kap. 4.3 dargestellt, existieren bereits Vorschläge, Thesen sowie Forderungen einer Pflegegestaltung, die sich an den Prinzipien von ‚Unterricht‘ (vgl. Kap. 1.5.3) orientieren. Jedoch zeigt sich auf der Grundlage der Ergebnisse, dass vor allem die von LELGEMANN (2001; 2007), DUDENHÖFER (2003) und LAMERS (2003) aufgestellten Thesen, Forderungen und Möglichkeiten (vgl. Kap. 4.2.2, 4.2.3, 4.3.2 u. 4.3.3) aufgrund der aktuellen Rahmenbedingungen in der schulischen Praxis der Förderschule FkmE derzeit nur schwer realisierbar erscheinen. Die folgend skizzierten Aspekte der Einbindung von Pflege thematiken in unterrichtliche Settings scheinen, auf der Grundlage der Ergebnisse sowie der Ergebnisdiskussion aus der vorliegenden Studie, für eine Pflegekonzeptentwicklung möglich. Bei der Darstellung erfolgt ein Abgleich mit den unter Kap. 4 dargelegten theoretischen Begründungszusammenhängen des Verhältnisses von Pflege und Unterricht/Bildung.

- Die Implementierung eines erweiterten Pflegebegriffs, der die ökologisch-systemischen Bezüge der Schülerinnen zum Feld der Pflege berücksichtigt und somit breiter gefasste Ansatzpunkte für die Thematisierung von Pflegeinhalten im Unterricht bietet. Dies deckt sich in Ansätzen mit der Forderung von KLAUB (2003) nach einem erweiterten Verständnis von Pflege (siehe S. 170ff → KLAUB 2003, 49ff, 59ff). Jedoch kann dieser erweiterte Pflegebegriff entgegen den Ausführungen von KLAUB (2003) noch nicht vorausgesetzt werden.
- Anstelle einer unterrichtsimmanenten Realisierung von Pflegeinhalten für alle Schülerinnen, stellen „Neigungsgruppen“ bzw. übergreifende Lerngruppen eine realisierbare Möglichkeit zur Thematisierung von Pflegeinhalten dar. Eine generelle unterrichtsimmanente Einbettung von Pflegeinhalten eher kritisch gesehen.

- Angebote zur Thematisierung von Pflegeinhalten im Form einer AG mit dem Schwerpunkt „Körper, Wellness, Fitness“ stellt aktuell eine schnell realisierbare Möglichkeit dar. Hier finden sich Anknüpfungspunkte für eine Realisierung der Forderungen von LELGEMANN (2007) (siehe S. 182-184 → LELGEMANN 2007, 216).
- Unterrichtliche Elemente sollten in jedem Falle in konkreten Einzelpflegesituationen realisierbar sein. Dazu müssen die personellen Rahmenbedingungen gegeben sein. Dies entspricht im Kern dennoch der Forderung von DUDENHÖFER (2003) nach einem „Lernen auf vielfältige Weise durch Einbezug der Pflege“ (siehe S. 188f → DUDENHÖFER 2003, 253).
- Die enorme Präsenz von Pflege-thematiken an Förderschulen FkmE, bedingt durch einen hohen Anteil von Schülerinnen mit Pflegebedarf, berechtigt zur Legitimation einer Implementierung von Pflegeinhalten in unterrichtliche Settings. Das System Förderschule FkmE weist zudem eine hohe Schnittmenge von Pflegebezügen in den verschiedenen Professionsbereichen auf. Als Grundlage dieser Legitimation kann die Definition des „Lernens in der Pflege“ nach DUDENHÖFER (2003) herangezogen werden. (siehe S. 180f → DUDENHÖFER 2003, 253).
- Die Weiterbildung aller an der Pflege beteiligten Mitarbeiter durch Fortbildung und Multiplikation im Bereich einer pädagogisch orientierten Pflege, die erzieherische Elemente enthält. Dies entspricht im Kern der Forderung des MSWF nach Anleitung und Qualifizierung des Personals im Bereich der koordinierten Gestaltung von Unterricht, Erziehung und Pflege (siehe S. 172 → MSWF 2001, 7).
- Ein gewichtiges Entwicklungspotential ergibt sich aus der Möglichkeit Pflegeinhalte, wie „ein selbstbestimmtes Leben mit Pflegebedarf“, „Wohnformen mit Unterstützungssystem“, „Anleitungskompetenzen für die persönliche Assistenz“, etc. in themenübergreifende Unterrichtsreihen einzubetten. So werden beispielsweise im Fach Deutsch Möglichkeiten gesehen, Biografien von Menschen mit Pflegebedarfen zu behandeln. Hier ergeben sich konkrete Umsetzungsmöglichkeiten für die von LELGEMANN (2007) implizit geforderten Unterrichtsbezüge zum Gegenstandsbereich Pflege (siehe S. 182f → LELGEMANN 2007)
- Als weiteres gewichtiges Entwicklungspotential stellen sich die Möglichkeiten der Einbindung von Pflegeinhalten in unterrichtsübergreifende Aufgabenfelder dar. Hier lässt sich gestützt durch die Ergebnisse der Untersuchung ablesen, dass sich insbesondere die Sexualerziehung, Gesundheitserziehung und Mobilitätserziehung als geeignet erweisen, Pflegeinhalte zu integrieren. Besonders geeignet scheint hier die Sexualerziehung, da in diesem Zusammenhang bereits ein vertrauensvoller Rahmen geschaffen wird und die Thematisierung von sensiblen Themeninhalten aus dem Bereich Pflege erleichtert erscheint. Dies deckt sich mit den benannten

Möglichkeiten der Einbindung von Pflegeethematiken in die Sexualerziehung, so wie ORTLAND (2008) sie propagiert (siehe S. 187 → ORTLAND 2008, 112ff).

- Die Selbstständigkeitserziehung wurde am häufigsten als geeigneter unterrichtlicher Kontext für die Thematisierung von Pflegeinhalten genannt. Anhand der Ergebnisse lässt sich jedoch auch ablesen, dass die Selbstständigkeitserziehung undefiniert bleibt und hauptsächlich als allgemeine Form der Förderung von Selbstständigkeit angesehen wird. Interpretativ lässt sich daraus ableiten, dass die Selbstständigkeitserziehung als schulformimmanentes Prinzip gelten kann. Dieses Verständnis würde der Definition von Selbstständigkeitserziehung nach BUNDSCHUH (2007) entsprechen (siehe S. 187 → BUNDSCHUH 2007, 220f., 289f.) Eine Berücksichtigung von Pflegeethematiken im Rahmen der konzeptuellen Verankerung dieses Prinzips könnte für eine deutlichere Transparenz bzgl. der Bedeutsamkeit von Pflegeinhalten im Rahmen der Selbstständigkeitserziehung sorgen.

Die aufgeführten Aspekte sind aus den zentralen Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung abgeleitet und zeigen ein realisierbares Entwicklungspotential für die Verknüpfung von Unterrichtsettings und der schulischen Pflege an Förderschulen auf. Sie bieten dadurch wichtige Anknüpfungspunkte für den Prozess einer Pflegekonzeptentwicklung, speziell nach den Prinzipien des Innovationskonzeptes (vgl. Kap. 8.2.2).

Das nachstehende Kapitel stellt den spezifischen Bereich der körpernahen Förderung in den Fokus und somit insbesondere den Personenkreis der Schülerinnen mit schwersten Behinderungen und Pflegebedarfen.

8.2.5 Spezifische konzeptuelle Ausrichtung im Bereich der körpernahen Förderung

Neben allgemeinen Eckpunkten für eine konzeptuelle Ausrichtung der Pflegegestaltung für beide Schülergruppen wurde im Rahmen der Ergebnisdiskussion ersichtlich, dass die, an der Pflege beteiligten Professionen, bezogen auf den Personenkreis der Schülerinnen mit schwersten Behinderungen ein gemeinsames Ziel verfolgen: Die bestmögliche Förderung dieser Schülerschaft auch in der Pflege umsetzen zu können.

Wie durch die Untersuchung gezeigt werden konnte, besitzen die unterschiedlichen Professionen, die im Rahmen der Pflege und Pädagogik von Schülerinnen und Schülern mit körperlichen Beeinträchtigungen tätig sind, teils rudimentäre, jedoch auch fundierte Kenntnisse über verschiedenste theoretische Konzepte des pädagogisch orientierten Handelns in Pflegesituationen sowie über ein, in der Praxis individuell angeeignetes, Wissen bzw. über Kompetenzen. Im Rahmen der Ergebnisdiskussion konnte gezeigt werden, dass Elemente der genannten Ansätze durchaus Schnittstellen zum Bereich Pflege aufweisen. Hier lässt sich ein enormes Potential ablesen, welches zur Konzeptualisierung einer fördernden Pflegegestaltung genutzt werden sollte. Aus diesem Grund wird im Folgenden

ausführlicher auf die spezielle Möglichkeit der Kombination von vorhandenen Kompetenzen der verschiedenen Professionen an der Förderschule FkmE eingegangen.

Für der Planung und Durchführung von fördernden Pflegesituationen erweisen sich Förderkonzepte, die einen Bezug zur Pflegegestaltung zulassen, als hilfreich (vgl. FRÖHLICH et al. 2011). Konzepte erlauben nach KRON (1999) im Gegensatz zu Modellen oder Theorien den „situationsadäquaten“ Einsatz von theoretischem Wissen in der Praxis (vgl. ebd., 78) (vgl. auch Kapitel 8). Gerade diese situationsadäquaten Einsatzmöglichkeiten stellten ein bedeutendes Anliegen der befragten Professionen dar.

Das pädagogische Handeln in Pflegesituationen nach Konzepten der körpernahen Förderung ist demnach kein starres, an Prozessmodelle gebundenes Handeln, sondern fordert geradezu die theoretische Auseinandersetzung mit den Konzepten auf der Grundlage der situativen Gestaltungsmöglichkeiten und -notwendigkeiten. Dies erfordert zwar ein grundlegendes Wissen über die Möglichkeiten verschiedener Konzepte in der körpernahen Förderung von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen, jedoch nicht dessen unmodifizierte generalisierte Umsetzung, was insbesondere auch individuell in der Praxis erworbenem Wissen entgegenkommt. Gleichzeitig könnten die Möglichkeiten der Modifizierung von Konzepten und die Integration von individuellen Kompetenzen die Effizienz bei der Entwicklung eines Pflegekonzeptes steigern und die Akzeptanz bezogen auf die Pflegekonzeptentwicklung im Gesamtkollegium unterstützen.

Den Gedanken einer Synthese bzw. Verknüpfung von Elementen verschiedener pädagogischer Förderkonzepte verfolgte bereits DANK (1996) und entwickelte daraus das ‚Kombinierte Förderkonzept‘ für die körpernahe Förderung von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen. Ausgangspunkt ihrer Konzepterarbeitung stellten Berichte von Förderschullehrerinnen dar, die sich aufgrund der enormen Heterogenität und Individualität der Gruppe schwerstbehinderter Schülerinnen überfordert und unsicher in der Arbeit fühlten (vgl. DANK 1993, 2). Häufig sind die Ansatzpunkte eines einzigen Förderkonzepts nicht übertragbar auf die konkrete Fördersituation. Für eine individuelle und bedarfsgerechte Förderung der jeweiligen Schülerin ist es daher nach DANK (1993) notwendig, situationsadäquate Bestandteile mehrerer Förderkonzepte miteinander zu kombinieren. So können Bedarfslücken einzelner Förderkonzepte kompensiert werden. DANK (1993) weist aber des Weiteren ausdrücklich darauf hin, dass eine kombinierte Gestaltung der körpernahen Förderung ein umfassendes Wissen über die zur Verfügung stehenden Förderkonzepte voraussetzt (vgl. ebd., 2ff.). DANKS (1996) Leitgedanken einer offenen, methodenintegrierenden Gesamtkonzeption zur Förderung schwerstbehinderter Schülerinnen scheinen insbesondere für die Planung, Durchführung und Evaluation disziplinübergreifender Förderangebote hilfreich, wie ebenso aus den Ergebnissen der Untersuchung hervorgeht. Die Kombination verschiedener Förderkonzepte muss sich infolgedessen nicht allein auf pädagogische Konzepte beschränken, sondern sollte im Rahmen der Gestaltung einer fördernden Pflegesituation

auch den Zugriff auf Konzepte der beteiligten Disziplinen Pflege und Therapie erlauben. Als deutliches Ergebnis der Untersuchung zeigen sich auch verschiedene Denkweisen der einzelnen befragten Professionen, was sich wiederum im Rahmen der Kooperation bei der Modifizierung von individuellen Förderansätzen als bereichernd erweisen könnte.

Zusammengefasst sollte für die körpernahe Förderung in Pflegesituationen nicht die Anwendung eines einzigen Förderkonzepts in Form eines Handlungsplans angestrebt werden, sondern eine Selektion hinsichtlich der Elemente erfolgen, die für die jeweilige Förderpflgesituation individuell sinnvoll erscheinen. Die selektierten Elemente verschiedener Förderkonzepte aus den beteiligten Disziplinen (Pflege, Pädagogik, Therapie) sollten so modifiziert und in einer Synthese zusammengefügt werden, dass sich als Resultat konzeptgeleitete, bedarfsorientierte und individualisierte Handlungsmöglichkeiten für die ganz konkrete Fördersituation ergeben. Insbesondere die bedarfsgerechte und individualisierte Planung und Gestaltung von fördernden Pflegesituationen kann als ein Hauptanliegen der befragten Mitarbeiterinnen gewertet werden. Die folgende Abbildung soll den Prozess der Selektion und Synthese von Förderkonzepten verdeutlichen:

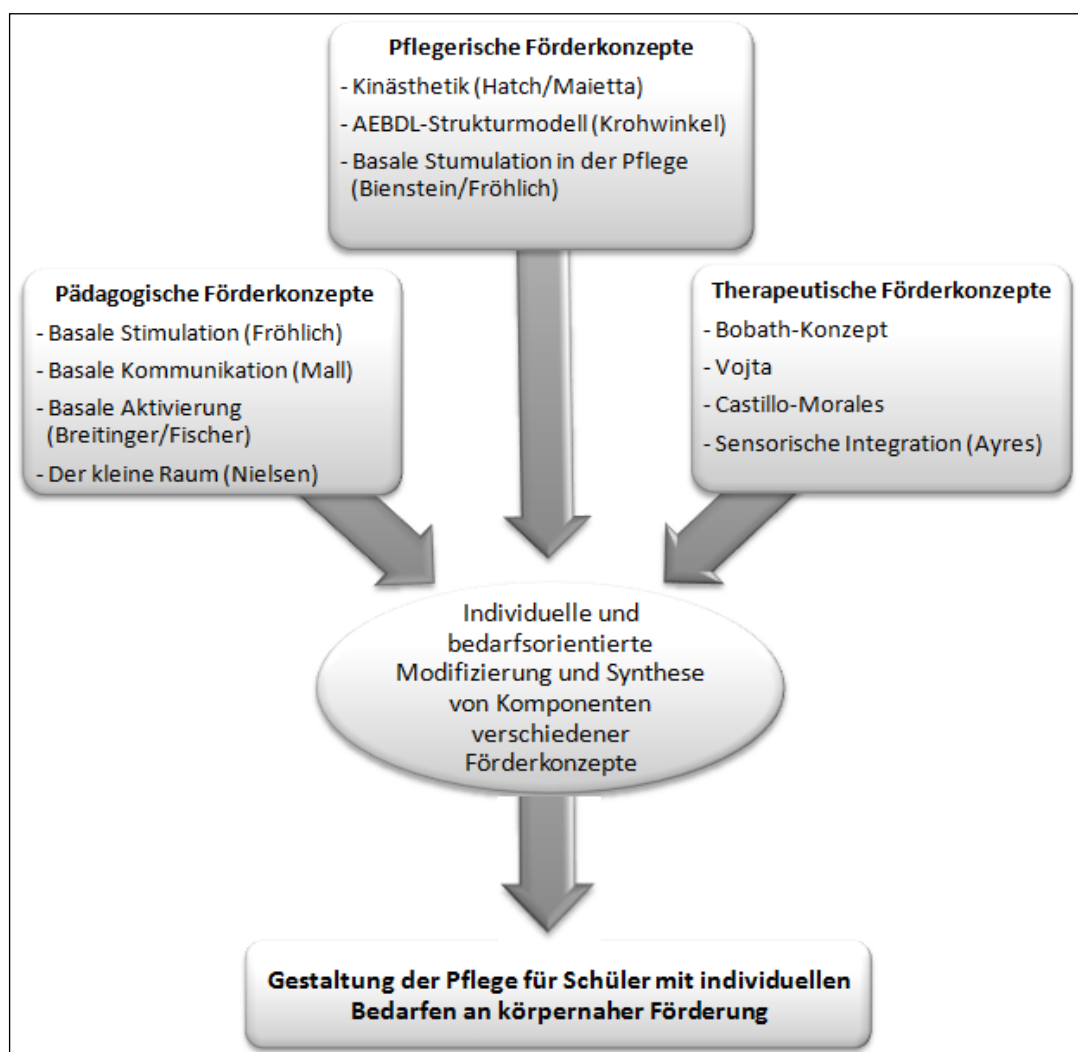


Abbildung 22: Adaption körpernaher Förderkonzepte für die Pflegegestaltung. (Eigene Darstellung)

Eine detaillierte Übersicht über weitere mögliche Förderkonzepte für die Förderung von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen findet sich bei BURKART (2004).

Auf der Grundlage der Untersuchungsergebnisse sowie der, unter Kap. 4.4 exemplarisch vorgestellten, drei Förderkonzepten soll nun anhand des Alltagsbeispiels „Händewaschen“ der Versuch einer Synthese von Elementen der einzelnen Konzepte unternommen werden. Dabei werden wiederum die unter Kap. 4.4 dargelegten Hinweise auf Schnittstellen zum Aufgabengebiet der Pflege berücksichtigt. Das Beispiel „Händewaschen“ eignet sich nach Auffassung des Verfassers an dieser Stelle besonders gut, da es eine behinderungsunspezifische und generalisierbare Pflegehandlung darstellt und somit auf beide Schülergruppen mit Pflegebedarfen (vgl. Kapitel 3.2) übertragbar ist und somit keine Schülerinnen von der körpernahen Förderung ausschließt. Die Darstellung des Beispiels folgt einem von oben nach unten gerichteten Prozess.

Ausgangslage:		
Eine Schülerin soll sich nach dem Frühstück (als Alltagshandlung) die Hände waschen.		
Planung:		
Abrufen des eigenen Wissens über mögliche Berührungspunkte zu verschiedenen Konzepten sowie Auswahl und Modifikation von Elementen für die kombinierte Anwendung.		
<i>basale Stimulation</i>	<i>Bobath-Konzept</i>	<i>Kinästhetik</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Grundannahmen über die Förderbarkeit von Menschen mit schwersten Behinderungen • Anregungen zum somatischen Dialog • Bedeutung von Berührungen • Möglichkeiten des gegenseitigen kommunikativen Verstehens • Techniken zur Lagerung, um freie Armmotorik herzustellen 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewegungsanbahnung auf der Grundlage der Prinzipien „normaler Bewegung“ • Ausreichend Zeit einplanen und Ruhe herstellen • Alltagsorientierung der Förderung • Ökonomische Körperposition herstellen, die minimalen Kraftaufwand erlaubt • Grundtonus der Muskelaktivität finden • Alltagsnahe Hilfsmittel einsetzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsame Bewegungshandlung des Transfers in die Lagerungsposition • Gemeinsame Bewegung beim Händewaschen als Methode zum Aufbau eines gemeinsamen Dialogs • Eigenaktivitäten und Kräfteinsatz der Schülerin beobachten • Sich einlassen auf die Schülerin • Gemeinsame Erfahrungen über das Händewaschen der Schülerin sammeln
Konkrete Handlungen auf der Grundlage der einzelnen Konzepte (hier entsprechend den o. g. Konzepten getrennt dargestellt, in der realen Fördersituation bereits kombiniert		

angewandt)		
<p>Der Erkenntnis einer grundlegenden Bereitschaft zum Dialog folgend, wird die Schülerin in eine Position gebracht, die es ihr erlaubt, ihre Arme frei zu bewegen. Je nach motorischen Beeinträchtigungen können dies sitzende oder liegende Positionen sein. Die Berührungen während der Handlungen werden stets angekündigt. Der Schülerin werden die Waschutensilien durch Berührungen taktil vorgestellt und erläutert. Die Bezugsperson beobachtet die Reaktion der Schülerin.</p>	<p>Die Bezugsperson beobachtet intensiv den Muskeltonus und die Bewegungen der Schülerin. Durch den Positionswechsel wird der Kopf der Schülerin mit ihrem Körper ins Lot gebracht und somit die Hand-Auge-Koordination ermöglicht. Sofern nötig, kann auf alltagsnahe Hilfsmittel zurückgegriffen werden, etwa wird anstelle des Waschbeckens eine Waschsüssel in das Sicht- und Greiffeld der Schülerin gestellt.</p>	<p>Die Eigenbewegungen der Schülerin werden aufgenommen und mitgegangen. Innerhalb dieses gemeinsamen Bewegungsflusses wird eine gemeinsame und zielgerichtete Bewegung gesucht, um das Ziel der Bewegung (Händewaschen) zu erreichen. Am Anfang führt die Schülerin beim Händewaschen die Hände der Bezugsperson, indem sie z. B. mit dem Wasser spielt. Die Schülerin übernimmt also die „Führung“ bei der Bewegung. Aus der geführten Bewegung der Schülerin wird langsam eine gemeinsame Bewegung, die die Bezugsperson sodann mit dem Ziel des Händewaschens lenkt. Zum Schluss lässt die Bezugsperson die Hände der Schülerin im Wasser los. Das Händewaschen wird dadurch zu einer eigenen sinnvollen Handlung.</p>
<p style="text-align: center;">Mögliche Ergebnisse der kombinierten Förderpflugesituation:</p> <p>Das Händewaschen wird zu einem gemeinsamen Erlebnis, das</p> <ul style="list-style-type: none"> ... von der Schülerin selbst angeleitet bzw. geführt und somit selbstbestimmt gestaltet wird. ... als fördernde Situation in den Alltag integriert ist. ... kommunikativ authentisch ist. ... den natürlichen Bewegungsmustern der Schülerin entspricht. ... die Kräfte der Schülerin ökonomisch und nachvollziehbar einsetzt. ... Lernziele auf Seiten beider Interaktionspartner erfüllt (vgl. dazu Kapitel 4.4.3). 		

Tabelle 12: Modifizierte Synthese der Förderkonzepte „Basale Stimulation“, „Bobath-Konzept“ und „Kinästhetik“.
(Eigene Darstellung)

Die Kombination von Elementen verschiedener Förderkonzepte bietet nur eine Möglichkeit, aus pflegerischen Alltagshandlungen fördernde Situationen zu gestalten. Sicherlich ist auch die Anwendung von Elementen nur eines Förderkonzepts sinnvoll, wenn daraus eine wirklich fördernde Pflegesituation für die Schülerinnen geschaffen werden kann. Es wird allerdings in diesem Zusammenhang nochmals darauf hingewiesen, dass Förderkonzepte nicht als Handlungsrezepte verstanden werden dürfen, sondern im erweiterten Sinne als theorie-

geleitete Anregungen für das Handeln in der Praxis gelten können. Dieses Verständnis deckt sich großen Teilen mit den Auffassungen von einer körpernahen Förderung durch die befragten Professionen. Des Weiteren soll es nicht darum gehen, wahllos Förderkonzepte zu verknüpfen, sondern anhand zutreffender Elemente der einzelnen Konzepte eine situationsadäquate Fördersituation zu gestalten. Für diese Form der Gestaltung von körpernaher Förderung ist nach Auffassung des Verfassers eine transdisziplinäre Zusammenarbeit des Teams unter Einbezug eines umfassenden Kompetenztransfers der Förderschule unerlässlich (vgl. dazu Kapitel 4.2.3). Hier scheinen auf der Grundlage der Untersuchungsergebnisse weitere Schritte zur Unterstützung der Kooperation zwischen den Professionen erforderlich. Die befragten Professionen wünschen sich in diesem Zusammenhang ein regelmäßiges Forum für den Austausch im Bereich der Förderung von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen.

Unabhängig von theoriegeleiteten Förderkonzepten wurden im Rahmen der Untersuchung weitere Entwicklungspotentiale in der pädagogischen Nutzung von Pflegesituationen bei Schülerinnen mit schwersten Behinderungen ersichtlich. Ein Pflegekonzept könnte demnach, im Bereich einer pädagogisch orientierten Pflege für Schülerinnen mit schwersten Behinderungen, ebenfalls die folgenden Punkte enthalten:

- Verbalisierung der Handlungen innerhalb von Pflegesituationen durch die pflegenden Mitarbeiterinnen.
- Ritualisierung von Pflegemaßnahmen bzw. -Handlungen, um Desorientierung bei den Schülerinnen entgegenzuwirken.
- Berücksichtigung zukünftiger Lebensperspektiven von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen durch eine möglichst selbstbestimmte Pflegegestaltung unter Einbezug notwendiger Hilfen → Erlernen des Einforderns und Annehmens von Hilfeleistungen.
- Eine möglichst transparente Pflegegestaltung, um destruktiven Handlungen vorzubeugen → Erstellung eines Pflegeleitfadens

Damit sind zunächst weitere Anknüpfungspunkte für die Pflegekonzeptentwicklung skizziert. Besondere Berücksichtigung sollte hier die Erstellung eines Pflegeleitfadens finden. Ein Leitfaden, in dem Minimalstandards für die Mitarbeiterinnen in der Gestaltung der Pflege bei Schülerinnen mit schwersten Behinderungen verankert sind, könnte eine konsensfähige Ausgangsbasis für die weitere Konzeptentwicklung darstellen.

Abschließend sollen im folgenden Kapitel 8.2.6 weitere potentielle Teilaspekte einer Pflegekonzeptentwicklung skizziert werden, die sich aus Teilergebnissen der vorliegenden Untersuchung ableiten lassen.

8.2.6 Weitere Teilaspekte ausgehend von den Untersuchungsergebnissen

Weitere mögliche Kriterien bzw. Konsequenzen für eine gelingende Konzeptentwicklung könnten, auf der Grundlage der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung, sein:

- Aufwertung des speziellen Berufsbildes der rehabilitativen medizinisch-pflegerischen Fachkräfte an Förderschulen FkmE durch verpflichtende Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen
- Eine Erweiterung des Kompetenzbereichs des medizinisch-pflegerischen Personals um pädagogisch-pflegerische Kernpunkte
- Ausformulierung des Aufgabenbereichs und Festsetzung neuer Zuständigkeiten
- Integration der pflegerischen Leitung in das Schulleitungsteam

Mögliche positive Nebeneffekte der Implementierung eines Pflegekonzepts könnten sein:

- Wirkt Desorientierung im Zuständigkeitsbereich vor
- Gleichstellung der Professionsbereiche an der Förderschule FkmE
- Interdisziplinäre und transdisziplinäre Zusammenarbeit wird gefördert durch teilweise Überschneidung der Kompetenzbereiche → Kompetenztransfer

Neben einer allgemeinen Pflegekonzeptentwicklung für alle Schülerinnen mit Pflegebedarfen, wäre aufgrund unterschiedlicher Bedürfnislagen von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen und Schülerinnen ohne schwerste Behinderungen weiterhin zu überlegen, ob es eine weitere Möglichkeit darstellt, die Pflege als Thema in die jeweiligen bestehenden schulkonzeptuellen Grundlagen der beiden Schülergruppen zu implementieren. So wäre es denkbar, bereits implementierte curriculare Vereinbarungen um Aspekte der Pflege zu ergänzen. Ebenso könnten Aspekte der Pflege in die Vereinbarungen zur Förderung von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen implementiert werden. Hinweise darauf sind an verschiedenen Stellen der Ergebnisse implizit enthalten.

Abschließend kann eine grundsätzliche Notwendigkeit zur konzeptuellen Neuorientierung der schulischen Pflegegestaltung festgehalten werden. Auf der Grundlage der bisherigen Ergebnisse können für die Umsetzung jedoch lediglich Empfehlungen ausgesprochen werden, die zudem noch auf Spekulationen der Umsetzbarkeit fußen.

Um den Weg einer konzeptgeleiteten Implementierung der Pflege in den gesamtpädagogischen Kontext von Förderschule zu beschreiten, scheint es geboten, weitere notwendige Forschungslinien zu verfolgen, um in Kooperation zwischen Praktikern und Wissenschaftlern eine theoretisch fundierte Verankerung der pädagogisch orientierten Pflege im gesamt-schulischen Bildungsprozess sowie in der Ausbildung von angehenden Förderschullehrerinnen anzustoßen. Weitere erkenntnisleitende Forschungsaktivitäten könnten nach Ansicht des Verfassers u. a. darauf abzielen,

- die pädagogisch-pflegerischen Ausgangs- und Rahmenbedingungen der inklusiven Schule für die Beschulung von Kindern und Jugendlichen mit Pflegebedarfen zu eruieren und

- die schulische Pflegegestaltung retrospektiv aus der Perspektive ehemaliger Schülerinnen zu untersuchen.

Zuletzt ist auf der Grundlage der Ergebnisse ausdrücklich festzuhalten, dass die schulische Pflegegestaltung bereits in der Ausbildung von Förderschullehrerinnen ein selbstverständliches Thema darstellen sollte. Dadurch würden grundlegende Kenntnisse und Kompetenzen über konzeptgeleitete Möglichkeiten einer pädagogisch und förderlich gestalteten Pflege für alle Schülerinnen mit Pflegebedarfen in die Schulen getragen.

Literaturverzeichnis

- ABBENHUES, B. (1995): Berufsethische Überlegungen zum „Doppelmandat“ in der Sozialarbeit. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 26 (4), S. 255–291
- ACKERMANN, K.-E. (2007): Sonderpädagogische Erfindungskraft als Medium der Wiederentdeckung der Bildsamkeit. Zum physiologischen Ansatz einer „Pädagogik bei schwerster Behinderung“. In: Zeitschrift für Pädagogik. Beiheft 52: Pädagogische Anthropologie – Mechanismus einer Praxis. S. 155–170
- ADLER, G., GUTZMANN, H., HAUPT, M., KORTUS, R., WOLTER, D.K. (Hrsg.) (2009): Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Depression – Demenz – Versorgung. Stuttgart: Kohlhammer
- ALBRECHT, I. (2007): Die Entwicklung eines Pflegemodells zur Betreuung von demenziell erkrankten Menschen in Wohngruppenhäusern. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) (2007): Eine zukunftsorientierte Betreuungsform für Menschen mit Demenz: Das Wohngruppenkonzept „Clara Zetkin“. Norderstedt: Books on Demand
- ATWELL, A. (2007): Die Arbeit mit behinderten Kindern. In: RYAN, T., WALKER, R. (Hrsg.) (2007): Wo gehöre ich hin? Biografiearbeit mit Kindern und Jugendlichen. 4. Aufl. Weinheim/München: Juventa. S. 113–119
- BACHSTEIN, E. (2004): Pflegefremde Mitarbeiter im Krankenhaus. Dürfen Ärzte und Stationsleitungen Grund- und pflegende Tätigkeiten an Pflegende ohne Krankenpflegeexamen delegieren? Juristische Aspekte für die Verantwortlichen im Stationsalltag. In: Pflege aktuell 4/2004, S. 222–226
- BAECKER, D. (2011): Niklas Luhmann – Einführung in die Systemtheorie. Heidelberg: Carl-Auer
- BÄRSCH, T., RHODE, M. (Hrsg.) (2010): Deeskalation in der Pflege. Gewaltprävention, Deeskalierende Kommunikation, Schutztechniken. Norderstedt: Books on Demand
- BALGO, R. (2002): Sonderpädagogik im historischen und aktuellen Kontext. In: WERNING, R., u.a (2002): Sonderpädagogik. Hand- und Lehrbücher der Pädagogik. München/Wien: Oldenburg
- BARTOLOMEYCZIK, S., HOLLE, B. (2012): Pflegerische Versorgung. In: HURRELMANN, K., RAZUM, O. (Hrsg.) (2012): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5. Vollständig überarb. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa
- BARTOSZEK, G., NYDAHL, P. (1995): Von der pflegerischen Maßnahme zu therapeutischen Handeln. In: Pflege aktuell, Heft 8
- BAUDER-MIBBACH, H. (2005): Spielerisches Lernen von Bewegung und Beziehung. Rehabilitation nach hoher Querschnittlähmung. Hannover: Schlütersche

- BAUDISCH, W. (Hrsg.) (2000): Selbstbestimmt leben trotz schwerer Behinderung? Schritte zur Annäherung an eine Vision. Münster: LiT
- BAUMGARTNER, P., WELTE, H. (2009): Lernen lehren – Lehren lernen. In: MEIXNER, J., MÜLLER, K. (Hrsg.) (2009): Konstruktivistische Schulpraxis. Beispiele für den Unterricht. Weinheim/Basel: Beltz
- BAYRISCHES STAATSWINSTITUT FÜR SCHULQUALITÄT UND BILDUNGSFORSCHUNG (Hrsg.) (2010): Unterricht und Förderung von Schülern mit schwerer und mehrfacher Behinderung. München: Reinhardt
- BÉGUIN H., DREIER S., MOSTHAF U., NIEUWESTEEG M-TH., SCHÜPBACH H., SOMAZZI M., VERSÜMER G. (1995). Das Bieler Modell – ein Modell zum Entwickeln und Evaluieren ergotherapeutischer Maßnahmen. Fachzeitschrift des ErgotherapeutInnen Verbandes Schweiz, Nr. 9
- BEHNKEN, I., MIKOTA, J., ZINNECKER, J. (2009): Kindheit und Biografie. In: BEHNKEN, I., MIKOTA, J. (Hrsg.) (2009): Sozialisation, Biografie und Lebenslauf. Eine Einführung. Weinheim/München: Juventa. S. 168–181
- BEHRENS, J. (2008): Rehabilitierende Pflege – in Verantwortung für ihre Wirkungen. Universität Halle: Hallersche Beiträge
- BEHSE-BARTELS, G., BRAND, H. (Hrsg.) (2009): Subjektivität in der qualitativen Forschung – Der Forschungsprozess als Reflexionsgegenstand. Opladen, Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich
- BENNEWITZ, H. (2010): Entwicklungslinien und Situation des qualitativen Forschungsansatzes in der Erziehungswissenschaft. In: FRIEBERTSHÄUSER, B., LANGER, A., PRENGEL, A. (Hrsg.) (2010): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. 3. vollständig überarb. Neuauflage. Weinheim, München: Juventa. S. 43–61
- BERG, A. (2010): Lernen in heterogenen Gruppen. Diss. Frankfurt am Main: Internationaler Verlag der Wissenschaften.
- BERGEEST, H. (1999): Körperbehindertenpädagogik als ökologisch-systemische Wissenschaft. In: BERGEEST, H., HANSEN, G. (1999): Theorien der Körperbehindertenpädagogik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt. S. 153–164
- BERGEEST, H. (2002): Die Balance zwischen Stabilität und Instabilität – Didaktische Grundlagen des Unterrichts mit körperbehinderten Kindern. In: BOENISCH, J., DAUT, V. (Hrsg.) (2002): Didaktik des Unterrichts mit körperbehinderten Kindern. Stuttgart: Kohlhammer. S. 20–33.
- BERGEEST, H. (2006): Körperbehindertenpädagogik. 3. Aufl. Bad Heilbrunn: Klinkhardt

- BERNARD, K. (2004): „Preparing for Something“ – oder: Wie können direkte Hilfen im Alltagsleben eines neurologisch auffälligen Kindes aussehen? Physiotherapeutische Überlegungen zum Thema „Haltungskontrolle. In: BIEWALD, F. (2004): Das Bobath-Konzept. Wurzeln, Entwicklungen, neue Aspekte. München, Jena: Urban&Fischer im Elsevier
- BESENDORFER, A. (2009): Interdisziplinäres Schmerzmanagement. Praxisleitfaden zum Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege“. Stuttgart: Kohlhammer
- BIEDERMANN, S., BRUNEN M.H., BUCHHOLZ, T., BURCH, J., HEROLD, E.E., SCHMIDT, H. (2001): Die Praxis der ganzheitlichen, integrativen Pflege gesunder und kranker Menschen. In: BRUNEN, M.H., HEROLD, E.E. (Hrsg.) (2001): Ambulante Pflege. Die Pflege gesunder und kranker Menschen. Band 1. 2. überarb. u. ergänzte Aufl. Hannover: Schlütersche
- BIELEFELD, J. (Hrsg.) (1991): Körpererfahrung: Grundlagen menschlichen Bewegungsverhaltens. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe
- BIENSTEIN, C. (1999): Hautpflege und Körperhygiene. In: BIENSTEIN, C., ZEGELIN, A. (Hrsg.) (1999): Handbuch Pflege. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben
- BIENSTEIN, C. (2003): Pflege für Wachkoma-Patienten zu Hause. http://www.wachkomahilden.de/homepage/wachkoma_info/christel_bienstein.htm (abgerufen am 27.07.2009)
- BIENSTEIN, C., FRÖHLICH, A. (2004): Basale Stimulation in der Pflege. Die Grundlagen. Seelze-Velber: Kallmeyer
- BIERI, D., REEVE, R.A., CHAMPION, G.D., ADDICOAT, L., ZIEGLER, J.B. (1990): The Faces Pain Scale for self-assessment of the severity of pain experienced by children. Development, initial validation and preliminary investigation for ratio scales properties. In: Pain heft 41, S.139–150
- BIEWALD, F. (2004): Das Bobath-Konzept. Wurzeln, Entwicklungen, neue Aspekte. München, Jena: Urban&Fischer im Elsevier
- BIEWER, G. (2010): Grundlagen der Heilpädagogik und inklusiven Pädagogik. 2. Aufl. Stuttgart: UTB
- BOBAN, I., HINZ, A. (Hrsg.) (2003): Index für Inklusion. Lernen und Teilhabe in der Schule der Vielfalt entwickeln. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- BOENISCH, J. (2009): Kinder ohne Lautsprache. Grundlagen, Entwicklungen und Forschungsergebnisse zur Unterstützten Kommunikation. Karlsruhe: von Loeper
- BÖHM, E. (2001): Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm: Grundlagen. 2. Aufl. Wien: Maudrich
- BOLLMANN, M. (2008): Der Pflegeprozess in der Altenpflege. Individuell und flexibel pflegen mit dem 4-Phasen-Modell. Hannover: Schlütersche

- BRAUNSCHWEIG, S. (2006): Pflege – Räume, Macht und Alltag. Beiträge zur Geschichte der Pflege. Zürich: Chronos
- BRAND, C., BRAND, I. (2007): Lebensbericht. In: FAßBENDER, K.-J., SCHLÜTER, M. (Hrsg.) (2007): Pflegeabhängigkeit und Körperbehinderung. Theoretische Fundierungen und praktische Erfahrungen. Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- BRAZELTON, T.B., GREENSPAN, S.I. (Hrsg.) (2002): Die sieben Grundbedürfnisse von Kindern. Was jedes Kind braucht, um gesund aufzuwachsen, gut zu lernen und glücklich zu sein. 2. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz
- BRIESKORN-ZINKE, M. (2006): Gesundheitsförderung in der Pflege. Ein Lehr- und Lernbuch zur Gesundheit. 3. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer
- BRÖG-KURZEMANN, U., SIEBER, H., WEH, B. (Hrsg.) (2000): Grundpflege, Behandlungspflege gegliedert nach AEDL. Hannover: Vincentz
- BROHM, M. (2009): Sozialkompetenz und Schule: Theoretische Grundlagen und empirische Befunde zu Gelingensbedingungen sozialbezogener Interventionen. Weinheim: Juventa
- BRONFENBRENNER, U. (1981): Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Natürliche und geplante Experimente. Frankfurt am M.: Fischer
- BRONFENBRENNER, U. (1990): Ökologische Sozialisationsforschung. In: KRUSE, L., GRAUMANN, C. F., LANTERMANN E. D. (Hrsg.) (1990): Ökologische Psychologie. Stuttgart: Enke. S. 76–79
- BRUNEN, SR. M. H., HEROLD, E.E. (Hrsg.) (2001): Ambulante Pflege. Die Pflege gesunder und kranker Menschen. Bd. 1: Grundlagen – Ganzheitliche, integrative Pflege. 2. überarb. u. erg. Aufl. Hannover: Schlütersche
- BUBER, M. (1994): Das dialogische Prinzip. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft
- BÜHRLIN, B. (2009): Laienpflege - professionelle Pflege: Chance und Konflikt. Mit Erfahrung Zukunft gestalten. Vortrag auf dem Fachtag der Gesellschaft für politische Bildung: „Wer kann und soll in Zukunft pflegen?“ Würzburg 19.11.2009
- BÜSCHEL, M. (1995): Körperpflege und Intimzonen. In: Die Schwester/Der Pfleger, 34. Jahrg., Heft 11
- BÜSSING, A. (1997): Neue Entwicklungen in der Krankenpflege. Reorganisation von der funktionalistischen zur ganzheitlichen Pflege. In: BÜSSING, A. (Hrsg.) (1997): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie, S. 15–49

- BÜSSING, A., BARKHAUSEN, M. (1997): Interdisziplinäre Zusammenarbeit und ganzheitliche Pflege. Eine systemorientierte Schnittstellenanalyse. In: BÜSSING, A. (Hrsg.) (1997): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie, S. 163–192
- BÜTTNER, W., FINKE, W., HILLEKE, M., RECKERT, S., VSIANSKA, L., BRAMBRINK, A. (1998): Entwicklung eines Fremdbeobachtungsbogens zur Beurteilung des postoperativen Schmerzes bei Säuglingen. In: AINS . Heft 33. S. 353–361
- BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER INTEGRATIONSÄMTER UND HAUPTFÜRSORGESTELLEN (BIH) (Hrsg.) (2004): Jahresbericht 2003/2004. Hilfe für schwerbehinderte Menschen im Beruf. Karlsruhe
- BUNDESKONFERENZ DER PFLEGEORGANISATIONEN/ ARBEITSGEMEINSCHAFT CHRISTLICHER SCHWESTERNVERBÄNDE (ADS), DEUTSCHER BERUFSVERBAND FÜR PFLEGEBERUFE (DBfK) (Hrsg.) (2009): Brennpunkt Pflege. Download unter <http://www.dbfk.de/download/download/Brennpunkt-Pflege-Angehorigenpflege-2009druckversion.pdf>. (abger. am 10.11.2010)
- BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION (Hrsg.) (2005): Rehabilitation und Teilhabe. Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation. Köln: Deutscher Ärzte Verlag
- BUNDESVERBAND FÜR KÖRPER- UND MEHRFACHBEHINDERTE MENSCHEN e.V. (BVKM) (Hrsg.) (2006): Zahngesundheit bei Menschen mit Behinderung. Prophylaxe, Pflege und Behandlung. In der Reihe Kompakt. Düsseldorf
- BUNDESVEREINIGUNG EVANGELISCHER BEHINDERTENHILFE e.V. (Hrsg.) (2008): Behandlungspflege in der Behindertenhilfe – Leitlinie für stationäre Einrichtungen. Berlin. Download unter: http://www.lebenshilfe.de/wDeutsch/aus_fachlicher_sicht/downloads/Leitlinie_Behandlungspflege.pdf
- BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE (Hrsg.) (2009): Sexualpädagogische Materialien für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen. 5. aktualisierte Aufl. Weinheim, Basel: Juventa
- BUNDSCHUH, K. (2003): Emotionalität, Lernen und Verhalten. Ein heilpädagogisches Lehrbuch. Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- BUNDSCHUH, K. (2007): Förderdiagnostik konkret. Theoretische und praktische Implikationen für die förderschwerpunkte Lernen, geistige, emotionale und soziale Entwicklung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- BURKART, H. (2004): Schwerste Behinderung. Anfragen an Förderkonzepte für Menschen mit allumfassendem Hilfebedarf. Würzburg: Edition Bentheim

- CARELL, A., LEYENDECKER, C. (1995): zum Problem des sexuellen Missbrauchs von körperbehinderten Menschen. Eine Analyse relevanter Fachliteratur und eine explorative Studie zur Sensibilität von Sonderpädagogen und Sonderpädagoginnen gegenüber sexuellem Missbrauch körperbehinderter Menschen. In: Heilpädagogische Forschung. Heft 2, S. 85–96
- CHRIST, W. (Hrsg.) (2009): Access for all. Zugänge zur gebauten Umwelt. Basel/Boston/Berlin: Birkhäuser
- CHU, C.-H. (2002): Von der kategorialen zur politisch orientierten Bildung. Untersuchungen zur Theorie der Bildung von Wolfgang Klafki. Diss. Tübingen
- CITRON, I. (2011): Kinästhetik – Kommunikatives Bewegungskönnen. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme
- CONZEN, C., FREUND, J., OVERLANDER G. (Hrsg.) (2009): Pflegemanagement heute. Ökonomie, Personal, Qualität: verantworten und organisieren. München: Urban&Fischer im Elsevier
- CORBIN, J.M. (1996): Rehabilitation. A biographical and medical process. In: SCHOTT, T., BADURA, B., SCHWAGER, H.J., WOLF, P., WOLTERS, P. (Hrsg.) (1996): Neue Wege in der Rehabilitation. Weinheim: Juventa, S. 174–181
- DANGL, O., SCHREI, T. (2008): Was ist gut für Laura? Zur Sicherung des Bildungsrechts von Schwerstbehinderten – eine Fallstudie. In: Zeitschrift für Heilpädagogik. Heft 8. S. 308–318
- DANK, S. (1993): Individuelle Förderplanung für schwerstbehinderte Schülerinnen und Schüler. In: Lernen Konkret. 14 Jg. Heft 4
- DANK, S. (1996): Individuelle Förderung Schwerstbehinderter. Konkrete Beispiele, Programme, Übertragungsmöglichkeiten. 5. Aufl. Dortmund: Verlag modernes Leben
- DAUBER, H. (2009): Grundlagen humanistischer Pädagogik. Leben lernen für eine humane Zukunft. 2. Aufl. Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- DENNIS, C.M. (2001): Dorothea Orem. Selbstpflege- und Selbstpflegedefizittheorie. Bern: Huber
- DIEKMANN, A. (2006): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbek: Rowohlt
- DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Endfassung, Stand Okt. 2005. (im pdf als Download auf www.dimdi.de)
- DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) (2011): Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-WHO). 10. Revision. Version 2011. (im pdf als Download unter www.dimdi.de)

- DIPPON, C. (2006): Gemeinsamer Unterricht an einer Allgemeinen Schule oder einer Förderschule. Reflexionen der Schulbiografie von Michael. In: Zeitschrift für Heilpädagogik. Heft 57. S. 250–257
- DITTMAR, N. (2004): Transkription. Ein Leitfaden mit Aufgaben für Studenten, Forscher und Laien. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag
- DREBLOW, F. (1999): Möglichkeiten und Grenzen der Selbstbestimmung im Wohnheim. In: WEINWURM-KRAUSE, E.-V.(Hrsg.): Autonomie im Heim. Auswirkungen des Heimalltags auf die Selbstverwirklichung von Menschen mit Behinderung. Heidelberg: Programm Ed. Schindele im Univ.-Verl. Winter, S. 125–177.
- DREHER, W. (1991): Anthropologische Fragen angesichts schwerster Behinderung. In: FRÖHLICH, A. (Hrsg.) (1991): Pädagogik bei schwerster Behinderung. Handbuch der Sonderpädagogik. Band 12. Berlin: Marhold. S. 60–69
- DREHER, W. (1998): Vom Menschen mit geistiger Behinderung zum Menschen mit besonderen Erziehungsbedürfnissen. In: DÖRR, G. (Hrsg.): Neue Perspektiven in der Sonderpädagogik. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben, S. 57–75
- DRINCK, B. (2008): Erziehung. In: HÖRNER, W., DRINCK, B., JOBST, S. (Hrsg.) (2008): Bildung, Erziehung, Sozialisation. Opladen u. Farmington Hills MI: Verlag Barbara Budrich im UTB
- DUDENHÖFER, J. (2003): Pflege und Versorgung – ist das Unterricht? In: LAMERS, W., KLAUB, T. (Hrsg.) (2003): ...alle Kinder alles lehren! – Aber wie? Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben
- DÜVEL, F. (2009): Inhalte der Pflegewissenschaft. In: CONZEN, C., FREUND, J., OVERLANDER, G. (Hrsg.) (2009): Pflegemanagement heute. Ökonomie, Personal, Qualität: verantworten und organisieren. München: Urban&Fischer im Elsevier
- ERIKSON, E.H. (1966): Identität und Lebenszyklus. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Taschenbuch Verlag (ab 1973)
- EWERS, M. (2011): Case Management und andere Steuerungsaufgaben der Pflege. In: SCHAEFFER, D., WINGENFELD, K. (Hrsg.) (2011): Handbuch Pflegewissenschaft. Neuausgabe. Weinheim, München: Juventa. S. 643–661
- FANURIK, D., KOH, J.L., HARRISON, R.D., CONRAD, T.M., TOMERUN, C. (1998): Pain assessment in children with cognitive impairment: An exploration of self-report skills. In: Clinical Nursing Research, Heft 7, S. 103–124
- FABBENDER, K.-J., SCHLÜTER, M. (Hrsg.) (2007): Pflegeabhängigkeit und Körperbehinderung. Theoretische Fundierungen und praktische Erfahrungen. Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- FEGERT, J.M., WOLFF, M. (2002): Sexueller Missbrauch durch Professionelle in Institutionen. Prävention und Intervention. Ein Werkbuch. Münster: Votum

- FISCHER, M. (2003): Pflege als Aufgabe von Sonderpädagogen. In: KANE, J.F., KLAUB, T. (Hrsg.) (2003): Die Bedeutung des Körpers für Menschen mit geistiger Behinderung. Zwischen Pflege und Selbstverletzung. Heidelberg: Universitätsverlag Winter Edition S
- FISCHER, E. (2008): Bildung im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung. Stuttgart: UTB
- FLEMMING, L. (2010): Individuelle Hilfeplanung. In: DAUT, V., KIENLE, D., LELGEMANN, R., RIMROTH, A. (Hrsg.) (2010): Teilhabe und Partizipation verwirklichen. Neue Aspekte der Vorbereitung auf die nachschulische Lebenssituation körper- und mehrfachbehinderter Menschen. Oberhausen: Athena
- FLICK, U. (1995): Stationen des qualitativen Forschungsprozesses. In: FLICK, U., VON KARDORFF, E., KEUPP, H., v. ROSENSTIEL, L., WOLFF, S. (Hrsg.) (1995): Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2. Aufl. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union
- FLICK, U., VON KARDORFF, E., STEINKE, I. (Hrsg.) (2000): Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch. Reinbek: Rowohlt
- FLICK, U. (2007): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek: rororo im Rowohlt
- FLÜGEL, O., KEHRBACH, K. (1964): Über das Verhältnis des Idealismus zur Pädagogik. In: HERBART, J.F. - Sämtliche Werke. Band. I. Aalen: Scientia Verlag
- FLYNN, R., NITSCH, K. (Hrsg.) (1980): Normalization, social integration and community services. Baltimore, S. 31–49
- FORNEFELD, B. (1989): Elementare Beziehung und Selbstverwirklichung geistig Schwerstbehinderter in sozialer Integration. Reflexionen im Vorfeld einer leiborientierten Pädagogik. Aachen: Mainz Verlag
- FORNEFELD, B. (1998a): Das schwerstbehinderte Kind und seine Erziehung: Beiträge zu einer Theorie der Erziehung. 2. überarb. Aufl., Heidelberg
- FORNEFELD, B. (1998b): Menschen mit (schwersten) Behinderungen eine Herausforderung für die Pädagogik? In: G. DÖRR (Hrsg.) (1998): Neue Perspektiven in der Sonderpädagogik, Düsseldorf: selbstbestimmtes Leben. S. 77–93
- FORNEFELD, B. (2000): Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik. München, Basel: Reinhardt
- FORNEFELD, B. (2001): Der Mensch mit schwerer Behinderung zwischen Pflegebedarf und Bildungsanspruch. In: SEIFERT, M., FORNEFELD, M., KOENIG, P. (Hrsg.) (2001): Zielperspektive Lebensqualität. Eine Studie zur Lebenssituation von Menschen mit schwerer Behinderung im Heim. Bielefeld: Bethel-Verlag, S. 47–73
- FORNEFELD, B. (2003): Immer noch sprachlos? Zur Bedeutung des Dialogs in der Erziehung und Bildung von Menschen mit schwerer Behinderung. In: LAMERS, W., KLAUB, T. (Hrsg.) ...alle Kinder alles lehren! - Aber wie? Düsseldorf: Selbstbestimmtes Leben

- FORNEFELD, B. (2008): Menschen mit Komplexer Behinderung. Selbstverständnis und Aufgaben der Behindertenpädagogik. München: Reinhardt
- FRANKHAUSER, H., FONATSCH, R. (1997): Ganzheitliche Pflege in der Rehabilitation. In: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) (Hrsg.) (1997): Ganzheitliche Pflege – die Chance für erfolgreiche Rehabilitation. 4. überarb. Aufl. Wien: AUVA
- FREHE, H. (1999): Persönliche Assistenz – eine neue Qualität ambulanter Hilfen. In: JANTZEN, W., LANWER-KOPPLIN, W., SCHULZ, K. (Hrsg.): Qualitätssicherung und Deinstitutionalisierung. Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden. Berlin: Spiess, S. 271–284
- FREHE, H. (2003): Europäisches Jahr der Menschen mit Behinderung 2003. In: Geistige Behinderung, Jg. 42, Heft 1, S. 1–3
- FRIEBERTSHÄUSER, B. (2003): Interviewtechniken – ein Überblick. In: FRIEBERTSHÄUSER, B., PRENGEL, A. (Hrsg.) (2003): Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim, München: Juventa. S. 371–395
- FRIESACHER, H. (2000): Pflege in lebensbedrohlichen Situationen: Intensivpflege. In: RENNEN-ALLHOFF, B., SCHAEFFER, D. (Hrsg.) (2000): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim/München: Juventa. S. 417–447
- FRIESACHER, H. (2008): Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. Osnabrück: Universitätsverlag
- FRÖHLICH, A. (1983): Integrierte Entwicklungsförderung schwerstmehrfachbehinderte Kinder. In: HAUPT, U., JANSEN, G.W.: Handbuch der Sonderpädagogik. Pädagogik der Körperbehinderten. Berlin
- FRÖHLICH, A. (1988): Die Förderung Schwerstbehinderter. Erfahrungen aus 7 Ländern. Luzern
- FRÖHLICH, A. (1989a): Lernmöglichkeiten: Aktivierende Förderung für schwermehrfachbehinderte Menschen. Heidelberg
- FRÖHLICH, A. (Hrsg.) (1989b): Kommunikation und Sprache körperbehinderter Kinder. Dortmund: Verlag modernes Lernen
- FRÖHLICH, A. (Hrsg.) (1990): Lernmöglichkeiten – aktivierende Förderung für schwer mehrfachbehinderte Menschen. Heidelberg
- FRÖHLICH, A. (1991): Handbuch der Sonderpädagogik. Pädagogik bei schwerster Behinderung. Berlin
- FRÖHLICH, A., HAUPT, U. (1993): Förderdiagnostik mit schwerstbehinderten Kindern. Eine praktische Anleitung zur pädagogisch therapeutischen Einschätzung. Dortmund: Verlag modernes Leben

- FRÖHLICH, A., BIENSTEIN, C., HAUPT, U. (1997): Fördern – Pflegen – Begleiten. Beiträge zur Pflege – und Entwicklungsförderung schwerst beeinträchtigter Menschen. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben
- FRÖHLICH, A. (1999): Theorie der Förderung schwerstbehinderter Menschen oder Essay über Grenzen im Zentrum. In: BERGEEST, H., HANSEN, G. (Hrsg.): Theorien der Körperbehindertenpädagogik. Bad Heilbronn: Klinkhardt
- FRÖHLICH, A. (2003): Basale Stimulation. Das Konzept. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben
- FRÖHLICH, A., HEINEN, N., LAMERS, W. (Hrsg.) (2004): Schwere Behinderung in Praxis und Theorie - ein Blick zurück nach vorn. Texte zur Körper- und Mehrfachbehindertenpädagogik. 4. Aufl. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben
- FRÖHLICH, A., NYDAHL, P. (2008): Positionspapier zu Haltung, Kompetenz, Technik der Basalen Stimulation in der Pflege. Als PDF unter: <http://www.basale-stimulation.de/konzept/einfuehrung/> (abgerufen am: 06.01.2012)
- FRÖHLICH, A., HEINEN, N., KLAUB, T., LAMERS, W. (Hrsg.) (2011): Schwere und mehrfache Behinderung – interdisziplinär. Impulse: Schwere und mehrfache Behinderung Band 1. Oberhausen: Athena
- FRÖHLICH, A. (2012): Schmerzen bei Kindern mit schwersten Behinderungen. In: Zeitschrift für Heilpädagogik. Heft 4. S. 136–142
- FUCHS, H. (2009): Zur Reichweite der sozialrechtlichen Rahmenbedingungen für Selbstbestimmung und Teilhabe. In: GARMS-HOMOLOVÁ, V., VON KARDORFF, E., THEISS, K., MESCHNIG, A., FUCHS, H. (Hrsg.) (2009): Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Pflegebedarf. Konzepte und Methoden. Frankfurt a. M.: Mabuse
- GÄRTNER, T., GANSWEID, B., GERBER, H., SCHWEGLER, F., VON MITTELSTAEDT, G. (Hrsg.) (2009): Die Pflegeversicherung. Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung, Fortbildung. 2. Aufl. Berlin: de Gruyter
- GANSCH, W. (2003): Empfinden – Bewegen – Ausdrücken – Atmen. In: WEIB, O., ULLMANN, J. (Hrsg.) (2003): Motopädagogik. Wien: Facultas
- GARMS-HOMOLOVÁ, V., THEISS, K. (2009): Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen mit Pflegebedarf – Theoretische Konzepte und Voraussetzungen der Realsierung. In: GARMS-HOMOLOVÁ, V., VON KARDORFF, E., THEISS, K., MESCHNIG, A., FUCHS, H. (Hrsg.) (2009): Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Pflegebedarf. Konzepte und Methoden. Frankfurt am M.: Mabuse
- GIESEKE, W. (2009): Lebenslanges Lernen und Emotionen. Wirkungen von Emotionen auf Bildungsprozesse aus beziehungstheoretischer Perspektive. 2. Aufl. Bielefeld: Bertelsmann
- GLASER, J. (1997): Aufgabenanalysen in der Krankenpflege. Eine psychologische Analyse und Bewertung pflegerischer Aufgaben. Münster: Waxmann

- GLÄSER, J., LAUDEL, G. (Hrsg.) (2006): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: als Instrumente rekonstruierter Untersuchungen. 2. durchgesehene Aufl. Wiesbaden: VS Verlag
- GLÖCKEL, H. (2003): Vom Unterricht: Lehrbuch der allgemeinen Didaktik. 4. überarb. Aufl. Bad Heilbrunn: Klinkhardt tb
- GRAFMÜLLER-HELL, C., NØRGAARD, R. (2004): Die physiotherapeutische Behandlung von Kindern mit erworbenen Zerebralpareesen. In: BIEWALD, F.(Hrsg.) (2004): Das Bobath-Konzept. Wurzeln, Entwicklungen, neue Aspekte. München, Jena: Urban&Fischer im Elsevier
- GRÖSCHKE, D. (1997): Praxiskonzepte der Heilpädagogik. 2. Aufl. München: Reinhardt
- GROBKLAUS-SEIDEL, M. (2002): Ethik im Pflegealltag. Wie Pflegende ihr Handeln reflektieren und begründen können. Stuttgart: Kohlhammer
- GRUNICK, G., MAIER-MICHALITSCH, N.J. (2010): Leben pur – Kommunikation bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben
- GRUNWALD, K., THIERSCH, H. (Hrsg.) (2004): Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Weinheim/München: Juventa
- HAEBERLIN, U. (1996): Heilpädagogik als wertgeleitete Wissenschaft. Eine propädeutische Einführung in eine parteinehmende Pädagogik für Benachteiligte und Ausgegrenzte. Bern/Stuttgart /Wien: Haupt
- HAEBERLIN, U. (2003): Das Menschenbild für die Heilpädagogik. 5. Aufl. Bern/Stuttgart/Wien: Verlag Paul Haupt
- HAEBERLIN, U. (2005): Grundlagen der Heilpädagogik. Einführung in eine wertgeleitete erziehungswissenschaftliche Disziplin. Bern: Haupt Verlag
- HAHN (1994): Selbstbestimmung im Leben auch für Menschen mit geistiger Behinderung. In: Geistige Behinderung, Nr. 33. S. 186–192
- HALL, E.T. (1976): Die Sprache des Raumes. Düsseldorf: Schwann
- HANFT, A. (1996): Zum Umgang mit Ekelgefühlen während der Ausbildung. In: Pflege aktuell, Heft 2, S. 112–115
- HANSEN, G. (2002): Grundzüge einer Unterstützenden Didaktik in der Zusammenarbeit mit körperbehinderten Kindern und Jugendlichen. In: BOENISCH, J., DAUT, V. (Hrsg.) (2002): Didaktik des Unterrichts mit körperbehinderten Kindern. Stuttgart: Kohlhammer. S. 20–33

- HANSEN, G. (2008): Theoretische Neuorientierung. Die neuere Geschichte der Körperbehindertenpädagogik. In: JENNESSEN, S. (Hrsg.) (2008): *Leben geht weiter... Neue Perspektiven der sozialen Rehabilitation körperbehinderter Menschen im Lebenslauf*
- HANSEN, G. (2010): *Unterstützende Didaktik. Planung und Durchführung von Unterricht an Allgemeinen Schulen und Förderschulen*. München: Oldenbourg
- HANSEN, G. (2012): Aktuelle Daten zur Beschreibung der Schülerschaft an Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung in Nordrhein-Westfalen. In: *Vierteljahrszeitschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*. Heft 2. S. 124–135
- HARTMANN, F. (2003): „Das Wohlergehen des Kranken...oberster Grundsatz?“ Über Menschlichkeit und Menschen-Heilkunde. In: FABER, R. (2003): *Streit um den Humanismus*. Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann
- HASSELER, M., Meyer, M. (Hrsg.) (2006): *Prävention und Gesundheitsförderung. Neue Aufgaben für die Pflege*. Berliner Schriften. Hannover: Schlütersche
- HASSELER, M. (2011): *Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege – ein konzeptioneller Ansatz*. Weinheim, Basel: Juventa
- HATCH, F., MAIETTA, L. (2003): *Kinästhetik. Gesundheitsentwicklung und menschliche Aktivitäten*. 2. Aufl., München, Jena: Urban&Fischer im Elsevier
- HAUGWITZ, S., KOCK, K., UNTERSTAB, S. (Hrsg.) (2002): *Mehr aus dem Lehrplan machen. Handreichung zur Gestaltung eines lebenspraktischen Unterrichts an Förderschulen*. Weinheim, Berlin, Basel: Beltz
- HAUPT, U. (1996): *Körperbehinderte Kinder verstehen lernen*. Düsseldorf: Selbstbestimmtes Leben
- HAUPT, U. (2006): *Wie Lernen beginnt. Grundfragen der Entwicklung und Förderung schwer behinderter Kinder*. Stuttgart: Kohlhammer
- HAUPT, U. (2007): Zum Problem der Fremdbestimmung in Therapie und Förderung Körperbehinderter Kinder. In: HAUPT, U., WIECZORECK, M. (Hrsg.) (2007): *Brennpunkte der Körperbehindertenpädagogik*. Stuttgart: Kohlhammer
- HAUPT, U., WIECZORECK, M. (Hrsg.) (2007): *Brennpunkte der Körperbehindertenpädagogik*. Stuttgart: Kohlhammer
- HEDDERICH, I. (2006): *Einführung in die Körperbehindertenpädagogik*. 2. Aufl. München
- HEIDEGGER, M. (2000): *Über den Humanismus*. Frankfurt a.M.: Vittorio Klostermann
- HEIDENREICH, R. (2007): Der lange Weg von der Sonderschule zum sonderpädagogischen Kompetenzzentrum in Nordrhein-Westfalen. In: *Heilpädagogik online*. Ausgabe 3/07, S. 5–41

- HENKE, F., HORSTMANN, C. (2008): Pflegekniffe von A-Z. Pflegefehler erfolgreich vermeiden. Stuttgart: Kohlhammer
- HEINZE, T. (2001): Qualitative Sozialforschung: Einführung, Methodologie und Forschungspraxis. München, Wien: Oldenbourg
- HEITGER, M. (2001): Humanismus heute. Wien: Böhlau
- HELFENDE HÄNDE E.V. (2004): Pflege – Pädagogik – Therapie: (K)ein Spannungsfeld? Erfahrungen und Gedanken aus der Arbeit mit schwer mehrfachbehinderten Kindern und Jugendlichen. In: Landesverband Bayern für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V. (2004): Leben pur – Was bedeutet Pflege für das Leben von Menschen mit schwersten Behinderungen und Lebenseinschränkungen? Dokumentation der 2. Fachtagung vom 29. u. 30. Okt. 2004. S. 27–38
- HELLMANN, M. (2009): Der Ansatz des Case Managements als mögliche Strukturierungshilfe heilpädagogischer Handlungskonzepte. In: GREVING, H., ONDRACEK, P. (Hrsg.) (2009): Spezielle Heilpädagogik. Eine Einführung in die handlungsfeldorientierte Heilpädagogik. Stuttgart: Kohlhammer. S. 16–34
- HEROLD, E.E. (2002): Ambulante Pflege. Die Pflege gesunder und kranker Menschen. 2. Aufl. Hannover: Schlütersche
- HINTZ, D. (1998): Bildungsprozesse im Unterricht - Oder: Was haben Unterrichtsformen mit Bildung zu tun? In: REKUS, J. (1998) Hrsg.): Grundfragen des Unterrichts. Bildung und Erziehung in der Schule der Zukunft. Weinheim; München: Juventa
- HINZ, A., BOBAN, I. (2002): Von der Integration zur Inklusion – terminologisches Spiel oder konzeptionelle Weiterentwicklung? In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 53, S. 354–361
- HINZ, A. (2010): Notwendige Bedingungen bei der Umsetzung von Inklusion. In: WERNSTEDT, R., JOHN-OHNESORG, M. (Hrsg.) (2010): Inklusive Bildung: Die UN-Konvention und ihre Folgen. Tagungsbericht vom 17. 5. 2010 in Berlin. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung, Netzwerk Bildung. S. 59–63 (<http://library.fes.de/pdf-files/studienfoerderung/07621.pdf>) (abgerufen am 21.04.2012)
- HOCHSCHILD, A. R. (1990). Das gekaufte Herz. Zur Kommerzialisierung der Gefühle. Frankfurt am M.: Campus
- HÖFERT, R. (2009): Von Fall zu Fall – Pflege im Recht. Rechtsfragen in der Pflege von A-Z. 2. Aufl. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- HOFFMANN, D., SOWINSKI, C. (1991): Tabus in der Pflege. In: Gero Care News Letter. Köln. Nr. 5, S. 10–11
- HOFFMANN-RIEM, C. (1980): Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie. Der Datengewinn. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Heft 32. S. 339–372

- HOTZE, E., WINTER, C. (2000): Pflege in der Rehabilitation. In: RENNEN-ALLHOFF, B., SCHAEFFER, D. (Hrsg.) (2000): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim/München: Juventa
- HÜRLIMANN, H. (2005): Empowerment als Teil eines Konzeptes zur Selbstbestimmung in der Begleitung, Leitung und Pflege. In: Dossier: Erwachsene mit Behinderungen. Luzern: Edition SZH/CSPS. S. 18–27
- HUNDENBORN, G. (2000): Stationäre Akutpflege. In: RENNEN-ALLHOFF, B., SCHAEFFER, D. (Hrsg.) (2000): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim/München: Juventa, S. 663–689
- HURRELMANN, K. (2000): Gesundheitsförderung - Neue Perspektiven für die Pflege. In: RENNEN-ALLHOFF, B., SCHAEFFER, D. (Hrsg.) (2000): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim/München: Juventa, S. 591–607
- IZARD, C.E. (1994): Die Emotionen des Menschen. Eine Einführung in die Grundlagen der Emotionspsychologie. Weinheim/Basel: Beltz
- JANZ, F. (2006): Interprofessionelle Kooperation in Klassenteams von Schülerinnen und Schülern mit schweren und mehrfach Behinderungen. Eine empirische Untersuchung in Baden-Württemberg. Diss. Universität Heidelberg
- JENNESSEN, S. (2008): Leben geht weiter.... Neue Perspektiven der sozialen Rehabilitation körperbehinderter Menschen im Lebenslauf. Weinheim, München: Juventa
- JENSEN, S. (1999): Erkenntnis – Konstruktivismus – Systemtheorie. Einführung in die Philosophie der konstruktivistischen Wissenschaft. Opladen/Wiesbaden: Westdt. Verlag
- JESCHKE, K., FEGERT, J.M. (2006): Dich Sicht des Fachpersonals auf sexuelle Gewalt. In: FEGERT, J.M., JESCHKE, K., HELGARD, T., LEHMKUHL, U. (Hrsg.) (2006): Sexuelle Selbstbestimmung und sexueller Gewalt. Ein Modellprojekt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung. Weinheim/München: Juventa, S. 315–427
- JOBST, S. (2008): Der Sozialisationsprozess: Begriffsbestimmung und theoretische Ansätze. In: HÖRNER, W., DRINCK, B., JOBST, S. (Hrsg.) (2008): Bildung, Erziehung, Sozialisation. Opladen/ Farmington Hills: Budrich im UTB
- JUCHLI, L. (Hrsg.) et al. (1997) : Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege. 8. überarb. Aufl. Stuttgart: Thieme
- JUCHLI, L. (2009): Thiemes Pflege. 11. Aufl. Stuttgart, New York: Thieme
- JÜRGENS-PIEPER, R., PIEPER, W. (2011): Schulfrieden. Wie ein bildungspolitischer Konsens in Deutschland aussehen könnte. Norderstedt: Books on Demand
- KÄMMER, K. (Hrsg.) (2008): Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen. 5. überarb. u. erw. Aufl. Hannover: Schlütersche

- KÄPPELI, S. (2005): Pflegekonzepte: Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld. Band 2, 3. Aufl. Bern: Huber
- KÄSER, R. (1993): Neue Perspektiven in der Schulpsychologie. Handbuch der Schulpsychologie auf ökosystemischer Grundlage. Bern: Haupt Verlag
- KALLENBACH, K. (2006) (Hrsg.): Körperbehinderungen. Schädigungsaspekte, psychosoziale Auswirkungen und pädagogisch-rehabilitative Maßnahmen. 2. überarb. Aufl. Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- KAMPMEIER, A. (1997): Körperliche Behinderung: Auswirkungen auf das Körperbild und das Selbstbild des Menschen. Diss. Dortmund
- KECK, R. W. (2001): Erziehen und Unterrichten als Beruf. In: ROTH, Leo (Hrsg.) (2001): Pädagogik: Handbuch für Studium und Praxis. München. S.1099–1114
- KELLER, L.O., STROHSCHNEIN, S., LIA-HOAGBERG, B., SCHAFFER, M.A. (2004a): Population-based public health interventions. Practice-based and evidence-supported. Part I. In: Public Health Nursing, 21. Jg. Heft 5. S. 453–468
- KELLER, L.O., STROHSCHNEIN, S., LIA-HOAGBERG, B., SCHAFFER, M.A. (2004b): Population-based public health interventions. Practice-based and evidence-supported. Part II. In: Public Health Nursing, 21. Jg. Heft 5. S. 469–487
- KERN, N. (2004): Qualitätsmanagement. Organisation und Betriebsführung in der Altenpflege. München: Urban&Fischer im Elsevier
- KERNGRUPPE CURRICULUM (Hrsg.) (2006): Integrative Pflegeausbildung- Das Stuttgarter Modell: Pflegeberuflicher und pädagogischer Begründungsrahmen. Stuttgart: Winklers Verlag
- KERRES, A., SEEBERGER, B. (Hrsg.) (2001): Lehrbuch Pflegemanagement II. 2. Aufl. Berlin/Heidelberg/New York: Springer
- KIENZLE, T., PAUL-ETTINGER, B. (Hrsg.) (2009): Aggression in der Pflege. 4. akt. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer
- KISTNER, H. (2005): Arbeit und Bewegung. Entwicklungsfördernde Arbeit für Menschen mit schweren Behinderungen. Düsseldorf: Selbstbestimmtes Leben
- KLAFKI, W. (1959): Das pädagogische Problem des Elementaren und die Theorie der kategorialen Bildung. Weinheim
- KLAFKI, W. (1991): Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik. Zeitgemäße Allgemeinbildung und kritisch-konstruktive Didaktik. Weinheim
- KLAUB, T. (2003a): Bildung im Spannungsverhältnis von Pflege und Pädagogik. In: KANE, J., KLAUB, T. (Hrsg.) (2003a): Die Bedeutung des Körpers für Menschen mit geistiger Behinderung. Heidelberg: Universitätsverlag Winter

- KLAUB, T. (2003b): Die schulische Situation von Menschen mit schwerer Behinderung aus Elternperspektive. In: FRÖHLICH, A., HEINEN, N., LAMERS, W. (Hrsg.), Schulentwicklung- Gestaltungs(t)räume in der Arbeit mit schwerbehinderten Schülerinnen und Schülern. Düsseldorf: Selbstbestimmtes Leben
- KLAUB, T., LAMERS, W. (2003): Alle Kinder alles lehren - brauchen sie wirklich alle Bildung? In: LAMERS, W., KLAUB, T. (Hrsg.) ...alle Kinder alles lehren! - Aber wie? Düsseldorf: Selbstbestimmtes leben
- KLAUB, T. (2005): Festvortrag Ludwigshafen. http://homepages.compuserve.de/KlaussTheo/pflege_und_pädagogik.htm (25.05.2005)
- KLAUB, T., LAMERS, W., JANZ, F. (2005): Die Teilhabe von Kindern mit schwerer und mehrfacher Behinderung an der schulischen Bildung – eine empirische Erhebung. Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt zur „Bildungsrealität von Kindern und Jugendlichen mit schwerer und mehrfacher Behinderung in Baden-Württemberg (BiSB)“ Teil I Fragebogenerhebung. Heidelberg
- KLAUB, T. (2011): Gute Pflege für Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung. In: FRÖHLICH, A., HEINEN, N., KLAUB, T., LAMERS, W. (Hrsg.) (2011): Schwere und mehrfache Behinderung – interdisziplinär. Impulse: Schwere und mehrfache Behinderung Band 1. Oberhausen: Athena
- KLEIN, G. (2008): Frühförderung für Kinder in prekären Lebenslagen. In: BORCHERT, J., HARTKE, B., JOGSCHIES, P. (Hrsg.) (2008): Frühe Förderung entwicklungsauffälliger Kinder und Jugendlicher. Stuttgart: Kohlhammer
- KLEINEVERS, S. (2004): Sexualität und Pflege. Bewusstmachung einer verdeckten Realität. Hannover: Schlütersche
- KLEINING, G. (1982): Umriss zu einer Methodologie qualitativer Sozialforschung. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Heft 34. S. 224–253
- KLIE, T. (2001): Auf Konzept und Qualitätssicherung kommt es an: Wer zählt als Fachkraft im Heim und in Hausgemeinschaften? In: pro Alter, Magazin des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, Heft 4 2001, S. 24–27
- KOBI, E. (1988): Veränderte Begriffsbildung und Begründung eines integrationspädagogischen Verständnisses. In: EBERWEIN, H. (Hrsg.): Behinderte und Nichtbehinderte lernen gemeinsam. Handbuch der Integrationspädagogik. Weinheim, Basel. Beltz-Verlag. S. 54–62
- KÖNIG, E., BENTLER, A. (2010): Konzepte und Arbeitsschritte im qualitativen Forschungsprozess. In: FRIEBERTSHÄUSER, B., LANGER, A., PRENGEL, A. (Hrsg.) (2010): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. 3. vollständig überarb. Neuauflage. Weinheim, München: Juventa. S. 173–183
- KÖSEL, E. (2002): Die Modellierung von Lernwelten. Die Theorie der Subjektiven Didaktik. Wissenschaftliche Grundlagen. Band I. Bahlingen a.K.: SD-Verlag für Subjektive Didaktik

- KOLNAI, A. (1974): Der Ekel. In: HUSSERL, E. (1974): Beiträge zur Phänomenologie des ästhetischen Genusses. 2. Aufl. Tübingen, S. 129–173
- KRAMER, E. (2004): Prophylaxefibel. Grundlagen der Zahngesundheitsvorsorge. 9. überarb. Aufl. Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag
- KREBS, H., NEUHÄUSER, G. (1999): Medizin und Lebenshilfe. In: Geistige Behinderung 1, S. 58–67
- KREY, H. (2003): Ekel ist okay. Ein Lern- und Lehrbuch zum Umgang mit Emotionen in Pflegeausbildung und Pflegealltag. Hannover: Brigitte Kunz Verlag
- KRISTEN, U. (1994): Praxis Unterstützte Kommunikation. Eine Einführung. Düsseldorf
- KROHWINKEL, M. (1998): Fördernde Prozesspflege- Konzepte, Verfahren und Erkenntnisse. In: OSTERBRINK, J. (Hrsg.) (1998): Internationaler Pflgetheorienkongress, Nürnberg. Bern/Göttingen/Toronto/ Seattle: Verlag Hans Huber, S. 134–154
- KROHWINKEL, M. (2007): Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekran- ken - Fördernde Prozesspflege als System. Entstehung, Entwicklung und Anwen- dung. 2. Aufl. Bern: Huber
- KRON, F.W. (1971): Theorie des erzieherischen Verhältnisses. Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- KRON, F.W. (1999): Wissenschaftstheorie für Pädagogen. München: Reinhardt
- KUCKARTZ, U. (2009): Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. 3. aktualisierte Aufl. Wiesbaden: VS Verlag
- KÜHN, T. (2006): Soziale Netzwerke im Fokus von qualitativen Sekundäranalysen. In: HOLLSTEIN, B.; STRAUS, F. (2006): Qualitative Netzwerkanalyse. Konzepte, Metho- den, Anwendungen. Wiesbaden: VS-Verlag
- KUFFER, J. (1989): Ganzheitliche Pflege. Von der Pflegekraft zur Persönlichkeit. In: Kran- kenpflege, Heft 3
- KUGEL, R. , WOLFENSBERGER, W. (Hrsg.) (1974): Geistig Behinderte – Eingliederung oder Bewahrung? Stuttgart
- KULBE, A. (2009): Grundwissen Psychologie, Soziologie und Pädagogik. Lehrbuch für Pfl- egeberufe. 2. überarb. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer
- KULTUSMINISTERKONFERENZ (KMK) (1994): Empfehlungen zur sonderpädagogischen För- derung in den Schulen in der Bundesrepublik Deutschland. Unter: http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/1994/1994_05_06-Empfehl-Sonder- paedagogische-Foerderung.pdf (abgerufen am 22.03.2009)
- KULTUSMINISTERKONFERENZ (KMK) (1998): Empfehlungen zum Förderschwerpunkt kör- perliche und motorische Entwicklung.

- KULTUSMINISTERKONFERENZ (KMK) (2010): Pädagogische und rechtliche Aspekte der Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behindertenrechtskonvention - VN-BRK) in der schulischen Bildung. Beschluss vom 18.11.2010
- LAMNEK, S. (1993): Qualitative Sozialforschung. Band 2. Methoden und Techniken. Weinheim, München: Beltz
- LAMNEK, S. (2010): Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch. Weinheim, München: Beltz Psychologie Verlags Union
- LANDESINSTITUT FÜR ERZIEHUNG UND UNTERRICHT STUTTGART (Hrsg.) (2004): Integrative Schulentwicklungsprojekte. Praxiserfahrungen. Stuttgart
- LANDSCHAFTSVERBAND WESTFALEN-LIPPE (2011): Integrationshelfer – Wer zahlt? Information des LWL unter: http://www.lwl.org/LWL/Jugend/Schulen/integru/integr_recht/ (abgerufen am 10.05.2011)
- LAUBER, A. (Hrsg.) (2001): verstehen & pflegen (1). Grundlagen beruflicher Pflege. Stuttgart: Thieme
- LAY, R. (2004): Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, fort- und Weiterbildung. Hannover: Schlütersche
- LEITNER, K. (2007): Sehnsucht nach Sicherheit. Problemverhalten bei Menschen mit Behinderung. Düsseldorf: Selbstbestimmtes Leben
- LELGEMANN, R. (2007): Pflege als Inhalt der Vorbereitung auf die nachschulische Lebenssituation: ein pädagogisches Tabu? In: FABBENDER, K.-J., SCHLÜTER, M. (Hrsg.) (2007): Pflegeabhängigkeit und Körperbehinderung. Theoretische Fundierungen und praktische Erfahrungen. Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- LELGEMANN, R. (2010): Körperbehindertenpädagogik. Didaktik und Unterricht. Stuttgart: Kohlhammer
- LEYENDECKER, C., HORSTMANN, T. (Hrsg.) (1997): Frühförderung und Frühbehandlung: Wissenschaftliche Grundlagen, praxisorientierte Ansätze und Perspektiven interdisziplinärer Zusammenarbeit. Heidelberg: Edition Schindele
- LEYENDECKER, C. (2005): Motorische Behinderungen. Grundlagen, Zusammenhänge und Förderungsmöglichkeiten. Stuttgart: Kohlhammer
- LEWIN, K. (1935): A Dynamic Theory of Personality. New York: Mc Graw Hill
- LISSMANN, K.P. (2006): Theorie der Unbildung. Wien: Zsolnay
- LINDMEIER, C. (2005): Was soll und was kann pädagogische Biografiearbeit leisten? In: LfB Lebensräume für Menschen mit Behinderung gGmbH (Hrsg.) (2005): Dokumentation der Fachtagung „Was soll und was kann pädagogische Biografiearbeit leisten?“ Berlin, 30.08.2005

- LINDMEIER, C. (2006): Biografiearbeit mit geistig behinderten Menschen. 2. Aufl. Weinheim/München: Juventa
- LIVERA, M. (2010): Wenn HelferInnen zu TäterInnen werden. Sexuelle Gewalt durch Professionelle in der Sozialen Arbeit. Ein Thema für Lehrende und Studierende an Hochschulen. München: Münchener Hochschulschriften für angewandte Sozialwissenschaften
- LÜDERS, C. (2000): Herausforderungen qualitativer Forschung. In: FLICK, U., VON KARDORFF, E., STEINKE, I. (Hrsg.) (2000): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. – Reinbek bei Hamburg, S. 632–642
- LUCHE, K. (2005): Implementierung pädagogischer Konzepte in soziale Systeme. Ein systemtheoretischer Beratungsansatz. Weinheim, Basel: Beltz
- MÄGDEFRAU, J. (2006): Bedürfnisse und Pädagogik. Eine Untersuchung an Hauptschulen. Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- MAIER, N.J. (Hrsg.) (2006): Leben pur – Ernährung für Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben
- MAIER-MICHALITSCH, N.J. (Hrsg.) (2008): Leben pur – Schlaf bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben
- MAIKRANZ-BOENIG, A., BEUL, U. (2008): Workshop Pflegeplanung. So einfach lässt sich der Pflegeprozess entwickeln und umsetzen. Hannover: Brigitte-Kunz im Schlütersche
- MALL, W. (2002): Kommunikation mit schwer geistig behinderten Menschen. Ein Werkheft. 4. überarb. Aufl. Heidelberg: Universitätsverlag Winter
- MARBURGER, H. (2008): Die neue Pflegeversicherung. Ansprüche kennen und ausschöpfen. Praxisratgeber für Pflegebedürftige und Pflegende. Regensburg: Walhalla
- MARKOWITSCH, H.J., WELZER, H. (2005): Das autobiographische Gedächtnis. Hirnorganische Grundlagen und biosoziale Entwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta
- MASLOW, A. H. (1997): Psychologie des Seins. 4. Aufl. Frankfurt: Fischer Tb
- MATURANA, H.R., VARELA, F.J. (1987): Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens. Bern/München/Wien
- MAYER, H. O. (2008): Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung, Durchführung, Auswertung. 4. Auflage. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH
- MAYRING, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim/Basel: Beltz
- MAYRING, P. (2008a): Neuere Entwicklungen in der qualitativen Forschung und der Qualitativen Inhaltsanalyse. In: MAYRING, P., GLÄSER-ZIKUDA, M. (Hrsg.) (2008): Die Praxis der qualitativen Inhaltsanalyse. 2. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz

- MAYRING, P. (2008b): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10. neu ausgestattete Aufl. Weinheim, Basel. Beltz
- MEINBERG, E. (1988): Das Menschenbild in der modernen Erziehungswissenschaft. Darmstadt: wiss. Buchgesellschaft
- MENCHE, N. (2009): Pflege heute. Repetitorium. 2. Aufl. München: Urban&Fischer im Elsevier
- MENKER, K., WATERBOER, C. (Hrsg.) (2006): Pflgetheorie und -praxis. 2. Aufl. München: Urban&Fischer im Elsevier
- MESSALL, A., ROHRBACH, C. (2006): Fachpflege neonatologische und pädiatrische Intensivpflege. München: Urban&Fischer im Elsevier
- MESTEL, R., OPPL, M. (2008): Humanistische Psychotherapie. In: SCHMID-OTT, G., WIEGAND-GREFE, S., JACOBI, C., PAAR, G.H., MEERMAN, R., LAMPRECHT, F. (2008): Rehabilitation in der Psychosomatik. Stuttgart: Schattauer, S. 135–165
- MEY, G., MRUCK, K. (2011): Grounded-Theory-Methodologie: Entwicklung, Stand, Perspektiven. In: MEY, G., MRUCK, K. (Hrsg.) (2011): Grounded Theory Reader. 2. aktualisierte u. erw. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag. S. 11–51
- MIETZEL, G. (2000): Wege in die Psychologie. 10. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta
- MINISTERIUM FÜR SCHULE UND WEITERBILDUNG DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN (MSW) (Hrsg.) (1977): Richtlinien Schule für Lernbehinderte. Frechen: Ritterbach
- MINISTERIUM FÜR SCHULE UND WEITERBILDUNG DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN (MSW) (Hrsg.) (1985): Richtlinien für die Förderung schwerstbehinderter Schüler in Sonderschulen und Hinweise für den Unterricht. Frechen: Ritterbach
- MINISTERIUM FÜR SCHULE UND WEITERBILDUNG, WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN (MSWWF) (Hrsg.) (1999): Richtlinien für die Sexualerziehung des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: Ritterbach
- MINISTERIUM FÜR SCHULE, WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN (MSWF) (Hrsg.) (2001): Rahmenvorgabe und Richtlinien für die sonderpädagogische Förderung in Schulen des Landes Nordrhein-Westfalen (Entwurf 28.02.2001)
- MINISTERIUM FÜR SCHULE UND WEITERBILDUNG, WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN (MSWWF) (Hrsg.) (2002): Richtlinien für den Förderungsschwerpunkt Körperliche und motorische Entwicklung. (Entwurf Feb. 2002)
- MINISTERIUM FÜR SCHULE UND WEITERBILDUNG DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN (MSW) (Hrsg.) (2012): Verordnung über die sonderpädagogische Förderung, den Hausunterricht und die Schule für Kranke (AO-SF). Düsseldorf: Ritterbach

- MÖBIUS, T. (2010): Ressourcenorientierung in der Sozialen Arbeit. In: MÖBIUS, T., FRIEDRICH, S. (Hrsg.) (2010): Ressourcenorientiert Arbeiten. Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 13–30
- MÖLLER, U., HESSELBARTH, U. (Hrsg.) (1998): Die geschichtliche Entwicklung der Krankenpflege: Hintergründe, Analysen, Perspektiven. 2. durchges. Aufl. Hannover: Schlütersche
- MÖTZING G., WURLITZER, G., ARNOLD, S. (2006): Leitfaden Altenpflege. 3.Aufl. München: Elsevier
- MOHR, L. (2006a): Was bedeutet Assistenz? In: Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik. Heft 11/06, S. 18–23
- MOHR, L. (2006b): Ausblick in die Zukunft der Basalen Stimulation. (http://www.basale-stimulation.de/fileadmin/Redaktion/bilder/Zukunftsblick_Ver%C3%B6ffentlichung.pdf, abgerufen 13.09.2010)
- MONTAGU, A. (2004): Körperkontakt. Die Bedeutung der Haut für die Entwicklung des Menschen. 11. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta
- MOSER, S. (2004): Konstruktivistisch Forschen? Prämissen und Probleme einer konstruktivistischen Methodologie. Unter: <http://sense.or.at/sibylle.moser/de/library/Moser%202004.pdf> (abgerufen am 29.09.2010)
- MOSER, V. (2010): Perfektibilität – Verbesonderung – Förderung – Teilhabe/Inklusion. Eine Paradigmengeschichte der Behindertenpädagogik. In: NÓBIK, A., PUKÁNSZKY, B. (Hrsg.) (2010): Normalität, Abnormalität und Devianz. Gesellschaftliche Konstruktionsprozesse und ihre Umwälzungen in der Moderne. Frankfurt am Main: Verlag Peter Lang
- MÜLLER, H. (2008): Arbeitsorganisation in der Altenpflege. Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung. Hannover: Schlütersche
- MÜNCH, J., ZIEMEN, K. (2011): Wegmarken zur Umsetzung des Artikels 24 der UN-Behindertenrechtskonvention. (www.hf.unikoeln.de/data/gbd/File/Muench/WegmarkenKoeln2011.pdf) (abgerufen am 11.05.2011)
- MÜNCH, M., PETERS A.-P. (Hrsg.) (2004): Handbuch Behandlungspflege. Bonn: Fachverlag für Pflegemanagement im VNR Verlag für die Deutsche Wirtschaft
- MUNTEAN, W. (Hrsg.) (2000): Gesundheitserziehung bei Kindern und Jugendlichen. Medizinische Grundlagen. Wien: Springer
- MUNZINGER (1996): Die Bedeutung von Vertrauen in der Pflege. In: Zeitschrift Pflege. Heft 2/1996. S. 113–119
- NAGEL, A. (2006): Die optimale Ernährung - praktisch umgesetzt. Vortrag anlässlich der Fachtagung Leben- pur „Ernährung“ vom 17.- 18.3.06 in Wartaweil

- NIEHOFF, U. (1994): Wege zur Selbstbestimmung. In: Geistige Behinderung 33, Heft 3, S. 186–201
- NIRJE, B. (1974): Das Normalisierungsprinzip und seine Auswirkungen in der fürsorglichen Betreuung. In: KUGEL, R.B., WOLFENSBERGER W. (Hg): Geistigbehinderte – Eingliederung oder Bewachung. Stuttgart.
- NIRJE, B. (1994): Das Normalisierungsprinzip – 25 Jahre danach. Vierteljahrszeitschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete., 63, S. 12–32
- NIRJE, B., PERRIN, B. (1995). Das Normalisierungsprinzip und seine Missverständnisse. Sonderdruck der Lebenshilfe (Bd.3) (überarbeitete Aufl.). Wien: Lebenshilfe Österreich, Eigenverlag
- NUSSER-MÜLLER-BUSCH, R. (1999): Störungen der Nahrungsaufnahme und therapeutische Hilfen am Beispiel von Schluckstörungen. In: BIENSTEIN, C., ZEGELIN, A. (Hrsg.) (1999): Handbuch Pflege. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben
- NYDAHL, P. (1999): Basale Stimulation in der Intensivpflege. Pflege als Basis zur Kommunikation. In: Pflegezeitschrift Heft 4
- NYDAHL, P. (2001): Das Schöne ist, dass Sie das selbst entscheiden. Basale Stimulation in der Pflege. In: Pflegezeitschrift. Heft 54. S. 413–417
- NYDAHL, P., BARTOSZEK, G. (Hrsg.) (2008): Basale Stimulation. Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker. 5. Aufl. München: Urban&Fischer im Elsevier
- OLBRICH, C. (2006): Die Pflege, die eigene und die fremden Sprachen. In: ZEGELIN-ABT, A., SCHNELL, M.W. (Hrsg.) (2006): Die Sprachen der Pflege. Interdisziplinäre Beiträge aus Pflegewissenschaft, Medizin, Linguistik und Philosophie. Wittener Schriften. Hannover: Schlütersche
- OREM, D. (1994): Konzepte der Pflegepraxis. Kassel: Recom Verlag
- OREM, D. (1997): Strukturkonzepte der Pflegepraxis. 5. Aufl. Wiesbaden: Mosby Verlag
- OREM, D. (2001): Nursing: Concepts of Practice. 6. Aufl. St. Louis: Mosby Yearbook
- ORTLAND, B. (2005): Sexualerziehung an der Schule für Körperbehinderte aus Sicht der Lehrerinnen und Lehrer. Wissenschaftliche Grundlagen, empirische Ergebnisse, pädagogische Konsequenzen. Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- ORTLAND, B. (2006): Die eigene Behinderung im Fokus. Theoretische Fundierungen und Wege der inhaltlichen Auseinandersetzung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- ORTLAND, B. (2007): Wie werden aus Menschen mit Behinderung Menschen ohne Behinderung?! – Eine Frage der Verantwortung. In: VHN 2, Jg. 76, 94–101
- ORTLAND, B. (2008): Behinderung und Sexualität. Grundlagen einer behinderungsspezifischen Sexualpädagogik. Stuttgart: Kohlhammer

- ORTLAND, B. (2009): Behinderung als Thema in der Sexualerziehung. Unterrichtsbausteine und –materialien. Buxtehude: Persen Verlag
- ORTLAND, B., CZERWINSKI, T. (2009): Abschlussbericht Projekt KiSS Forschungsprojekt zur Entwicklung einer kompetenten, integrierenden Sexualpädagogik für Menschen mit körperlicher Schädigung an der Förderschule. Unter: http://www.kiss.tu-dortmund.de/dokumente/upload/KiSS_Abschlussbericht.pdf (abgerufen am: 16.05.2009)
- ORTLAND, B. (2010): Behinderung als Thema der Sexualerziehung - Konsequenzen für Unterricht und Schulentwicklung. In: DAUT, V., KIENLE, D., LELGEMANN, R., RIMROTH, A. (Hrsg.): Teilhabe und Partizipation verwirklichen. Neue Aspekte der Vorbereitung auf die nachschulische Lebenssituation körper- und mehrfachbehinderter Menschen. Oberhausen: Athena, S. 76–91
- ORTLAND, B. (2011): Verliebt, versorgt, vergessen? – Sexualfeindliche Lebenswelten als Hemmnis sexueller Entwicklung und Anlass sexualpädagogischen Handelns. In: MAIER-MICHALITSCH, N.J., GRUNICK, G. (Hrsg.): Leben pur – Liebe, Nähe, Sexualität bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderung
- ORTLAND, B. (2012): Die Schulen für die Schülerinnen stark machen! Prävention sexueller Gewalt (nicht nur) an Förderschulen. In. Zeitschrift für Heilpädagogik Heft 3, Jg. 63, 114–119
- PAHL, T. (2002): Pflege und Pädagogik – Ein untrennbares Tandem. Winsen / Luhe: Internetseite: <http://www.basale-stimulation.de/Pflege/online-literatur.php?lang=de> (abgerufen am 10.10.2005)
- PALMOWSKI, W. (1997): Behinderung ist eine Kategorie des Beobachters. In: Sonderpädagogik, 27. Jg., Heft 3, S. 147–157
- PASEKA, A. (2010): Interviews „qualitativ“ auswerten. In: FRIEDRICH, C., HEISSENBERGER, M., PASEKA, A. (Hrsg.) (2010): Forschungsperspektiven 2. Münster: Lit-Verlag. S. 141–163
- PERNLOCHNER-KÜGLER, C. (2003): Körperscham und Ekel – wesentlich menschliche Gefühle. Diss. Münster: Lit-Verlag
- PERNLOCHNER-KÜGLER, C. (2010): Ekel und Scham bei der Arbeit mit Körpern. Skript. Norderstedt: Grin
- PFEFFER, W. (1988): Förderung schwer geistig Behinderter. Eine Grundlegung. Würzburg: Edition Bentheim
- PHILBERT-HASUCHA, S. (1999): Pflege – Prozess – Standards. Handbuch der aktuellen Pflegepraxis. Berlin: Springer
- PITSCH, H.-J. (2001): Vom pädagogischen Auftrag der Pflege. In: Geistige Behinderung. Heft 2. S. 156–166

- PITSCH, H.-J. (2003): Förderung der Handlungsfähigkeit Geistigbehinderter. Oberhausen: Athena
- PLAUTE, W. (2001). Gewalt gegen Menschen mit Behinderung. In: Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg.) (2001): Gewalt in der Familie. Gewaltbericht 2001. Von der Enttabuisierung zur Personalisierung. Wien, S. 345–375
- POOL-MAAG (2008): Jugendliche im Übergang Schule-Beruf. Wie junge Erwachsene im sozialen Spiel unter Ungleichen gestärkt werden können. In: SCHLEY (Hrsg.) (2008): Systemische Sonderpädagogik. Empirische Beiträge und reflexiv-kritische Perspektiven. Basel: Haupt Verlag
- PRASCHAK, W. (2010): Kommunikation – die Basis für ein selbst bestimmtes Leben. Vortragsliches Handeln im Lichte der Kooperativen Pädagogik. Manuskript des Vortrags zur Fachtagung „Unterstützte Kommunikation und Selbstbestimmung“ im Diakonischen Werk in Himmelsthür am 12.03.2010
- PREUSS-LAUSITZ, U. (2006): Die Bildungsperspektive der integrativen Schule für alle. In: PLATTE, A., SEITZ, S., TERFLOTH, K. (Hrsg.) (2006): Inklusive Bildungsprozesse. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, S. 90–100
- PRÖBSTL, A., GLASER, J. (1997). Pflegeplanung und Pflegedokumentation – Grundelemente ganzheitlicher Pflege. In: BÜSSING, A. (Hrsg.) (1997): BÜSSING, A. (Hrsg.). (1997). Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Göttingen: VAP. S. 245–269
- REICH, K. (2005): System-konstruktivistische Pädagogik. Einführung in Grundlagen einer interaktionistisch-konstruktivistischen Pädagogik. Weinheim/Basel: Beltz
- REINDERS, H. (2005): Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen: ein Leitfaden. München: Oldenbourg
- REISER, H. (2005): Professionelle Konzepte und das Handlungsfeld Sonderpädagogik. In: HORSTER, D., HOYNINGEN-SUESS, U., LIESEN, C. (Hrsg.): Sonderpädagogische Professionalität. Wiesbaden: VS Verlag. S. 133–150
- RENNEN-ALLHOFF, B., SCHAEFFER, D. (Hrsg.) (2000): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim/München: Juventa
- RINGEL, D. (2000): Ekel in der Pflege – eine gewaltige Emotion. Frankfurt am M.: Mabuse
- RITTER, G. (2004): Das Bobath-Konzept in seiner Entwicklung. In: BIEWALD, F. (Hrsg.) (2004): Das Bobath-Konzept. Wurzeln, Entwicklungen, neue Aspekte. München, Jena: Urban&Fischer im Elsevier
- ROHEN, J.W., LÜTJEN-DRECOLL, E. (Hrsg.) (2006): Funktionelle Anatomie des Menschen. Lehrbuch der makroskopischen Anatomie nach funktionellen Gesichtspunkten. 11. Aufl. Stuttgart: Schattauer
- ROPER, N., LOGAN, W.W., TIERNEY, A.J. (1993): Die Elemente der Krankenpflege. 4. Auflage. Basel: Recom

- RUHE, H.G. (2009): Methoden der Biografiearbeit. Lebensspuren entdecken und verstehen. 4. aktualisierte Aufl. Weinheim/München: Juventa
- RYAN, T., WALKER, R. (Hrsg.) (2007): Wo gehöre ich hin? Biografiearbeit mit Kindern und Jugendlichen. 4. Aufl. Weinheim/München: Juventa
- SACK, R. (2003): Normalisierung der Beziehungen. Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Begleiter. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hrsg.): Vom Betreuer zum Begleiter. Eine Neuorientierung unter dem Paradigma der Selbstbestimmung. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, S. 105–119
- SCHAEFFLER, A., MENCHE, N., BAZLEN, U., KOMMERELL, T. (Hrsg.) (2002): Pflege heute. CD-Rom Version. München: Urban&Fischer
- SCHÄPER, S. (2006): Ökonomisierung in der Behindertenhilfe. Praktisch-theologische Rekonstruktionen und Erkundungen zu den Ambivalenzen eines diakonischen Praxisfeldes. Diss. Münster: LIT
- SCHEFFEL, F. (2000): Lebenswelt in der Pflege. Anforderungen an die berufliche Pflege. Lage: Jacobs
- SCHLICHTING, H. (2007): Schwere körperliche Behinderungen. Bewegungseinschränkung und Möglichkeiten pflegerischer und therapeutischer Intervention in der Schule für Geistigbehinderte. In: Geistige Behinderung, Heft 3, 46. Jg., S. 232–242
- SCHLICHTING, H. (2009): Pflege als wesentlicher Bestandteil von Unterricht bei Schülern mit schwersten Behinderungen - Empirische Untersuchung zur Durchführung von Pflege bei Schülern mit schwersten Behinderungen an Förderschulen bzw. -zentren mit dem Förderschwerpunkt „Geistige Entwicklung“ in Thüringen. Diss. Erfurt
- SCHLICHTING, H., GOLL, H. (2012): Pädagogik, Pflege und Therapie an der Schule mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung-Ergebnisse einer empirischen Studie in Thüringen. In: Zeitschrift für Heilpädagogik. Heft 1. S. 4–11
- SCHLÜTER, M. (2007a): Wissenschaftlicher Fortschritt und das Lebensrecht körperbehinderter Menschen. In: HAUPT, U., WIECZOREK, M. (Hrsg.) (2007): Brennpunkte der Körperbehindertenpädagogik. Stuttgart: Kohlhammer
- SCHLÜTER, M. (2007b): Körperbehinderung und Pflegeabhängigkeit – Grundlegende Analysen. In: FABBENDER, K.-J., SCHLÜTER, M. (Hrsg.) (2007): Pflegeabhängigkeit und Körperbehinderung. Theoretische Fundierungen und praktische Erfahrungen. Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- SCHLÜTER, M. (2008): Körperbehinderungen und lebenslange Pflege. In: JENNESSEN, S. (Hrsg.) (2008): Leben geht weiter... Neue Perspektiven der sozialen Rehabilitation körperbehinderter Menschen im Lebenslauf. Weinheim/München: Juventa
- SCHLÜTER, M. (2009): Pflege als pädagogische Aufgabe im Bildungsprozess von Schülerinnen und Schülern an Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Körperliche und Motorische Entwicklung. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 6/2009, S. 224–230

- SCHLÜTER, M. (2010): Pflegeabhängigkeit und ihre Auswirkungen im Übergang von Schule zum nachschulischen Zeitraum. In: DAUT, V., KIENLE, D., LELGEMANN, R., RIMROTH, A. (Hrsg.) (2010): Teilhabe und Partizipation verwirklichen. Neue Aspekte der Vorbereitung auf die nachschulische Lebenssituation körper- und mehrfachbehinderter Menschen. Oberhausen: Athena
- SCHLÜTER, M. (2012): Achtung und Bewahrung von Körperscham und Sexualität in pflegerischen Situationen bei alten, kranken und körpergeschädigten Menschen. In: Zeitschrift für Heilpädagogik. Heft 4. S. 142–148
- SCHMIDT, S.J. (2011): Abschied von der Wahrheit. In: PÖRKSEN, B. (Hrsg.) (2011): Schlüsselwerke des Konstruktivismus. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 425–443
- SCHRÖDER, G., ZEGELIN, A. (1999): Dekubitus- und Kontrakturenprophylaxe. In: BIENSTEIN, C., ZEGELIN, A. (Hrsg.) (1999): Handbuch Pflege. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben
- SCHROETER, K. R. (2005): Pflege als figuratives Feld. In: SCHROETER, K. R., ROSENTHAL, T. (Hrsg.) (2005): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim/München: Juventa, S. 85–106
- SCHROETER, K.R. (2006): Das soziale Feld der Pflege. Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen. Weinheim, München: Juventa
- SCHRÜNDER-LENZEN, A. (2010): Triangulation – ein Konzept zur Qualitätssicherung von Forschung. In: FRIEBERTSHÄUSER, B., PRENGEL, A. (Hrsg.) (2010): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. 3. vollst. überarb. Aufl. Weinheim, München: Juventa. S. 149–159
- SCHÜTZ, A., LUCKMANN, T. (1979): Strukturen der Lebenswelt. Frankfurt am M.: Suhrkamp
- SCHWARTZ, F.W., BADURA, B., BUSSE, R., LEIDL, R., RASPE, H., SIEGRIST, J., WALTER, U. (Hrsg.) (2003): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Aufl. München/Jena: Urban&Fischer
- SEEBaum K. (1979): Rehabilitation und Kosmetik. Heilpädagogische Reflexion und empirische Untersuchung zum Selbstbild Körperbehinderter. Berlin: Marhold
- SEEK, G. (2007): Wohnen, Beruf und Pflege – Lebensbericht. In: FABBENDER, K.-J., SCHLÜTER, M. (Hrsg.) (2007): Pflegeabhängigkeit und Körperbehinderung. Theoretische Fundierungen und praktische Erfahrungen. Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- SEEL, M. (2003): Die Pflege des Menschen. Hannover: Brigitte Kunz Verlag
- SEIBERT, N. (2009): Bildung, Erziehung und Unterricht als schulische Aufgaben. In: BLÖMEKE, S./ BOHL, T., HAAG, L., LANG-WOJTAS, G., SACHER, W. (Hrsg.) (2009): Handbuch Schule. Stuttgart: UTB, Klinkhardt

- SEIDEL, E. (1993): Pflege im Wandel. 2. Aufl. Wien, München, Bern: Maudrich
- SEIFERT, M. (2006): Inklusion ist mehr als Wohnen in der Gemeinde. In: DEDERICH, M., GREVING, H., MÜRNER, C., RÖDLER, P. (Hrsg.) (2006): Inklusion statt Integration? Heilpädagogik als Kulturtechnik. Gießen
- SIEBERT, H. (2003a): Didaktisches Handeln in der Erwachsenenbildung. Didaktik aus konstruktivistischer Sicht. 4. Auflage München/Unterschleißheim
- SIEBERT, H. (2003b): Lernen ist immer selbstgesteuert – eine konstruktivistische Grundlegung. S. 13–26, in: WITTHAUS, U., WOLFGANG, W., CLEMENS, E. (Hrsg.): Selbstgesteuertes Lernen, Theoretische und praktische Zugänge. Bielefeld. Bertelsmann.
- SIEBERT, H. (2003c): Das Anregungspotenzial der Neurowissenschaften. In: Report (2003): Gehirn und Lernen, Heft 3/2003, S. 9–14
- SIEBERT, H. (Hrsg.) (2005): Pädagogischer Konstruktivismus. Lernzentrierte Pädagogik in Schule und Erwachsenenbildung. 3. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz
- SPECK, O. (1997): Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Erziehung. Ein heilpädagogisches Lehrbuch. 8. Aufl. München: Rheinhardt
- STADLER, H. (1998): Rehabilitation bei Körperbehinderung. Eine Einführung in schul-, sozial- und berufspädagogische Aufgaben. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer
- STADLER, H. (2004): Pädagogische Interventionen bei Beeinträchtigungen der Motorik und körperlichen Entwicklung. In: LEONHARDT, A., WEMBER, F.B. (Hrsg.) (2004): Grundfragen der Sonderpädagogik. Weinheim, Basel, Berlin: Beltz. S. 632–661
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.) (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. Unter: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/ProjektionPersonalbedarf112010,property=file.pdf> (abgerufen 12/2010)
- STEINFORTH, T. (2001): Selbstachtung im Wohlfahrtsstaat. Eine sozialetische Untersuchung zur Begründung und Bestimmung staatlicher Wohlfahrtsförderung. Diss. München: Utz
- STEMMER, P. (2009): Assistierende Technologien in der Behindertenhilfe. Ein Stakeholder-Problem. Münster: Lit
- STEPPE, H. (1990): Pflegemodelle in der Praxis. 2. Folge: Virginia Henderson. Die Schwester/Der Pfleger 29
- STRAUSS, A.L. (1991): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. München: Fink im UTB
- STRAUSS, A.L. (1998): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. 2. Aufl. München: Fink im UTB

- SÜNKEL, W. (2011): Erziehungsbegriff und Erziehungsverhältnis. Allgemeine Theorie der Erziehung. Band 1. Weinheim, München: Juventa
- SZCZYRBA, B. (2008): Perspektivenübernahme als Forschungsgegenstand und qualitatives methodisches Werkzeug. In: MAYRING, P., GLÄSER-ZIKUDA, M. (Hrsg.) (2008): Die Praxis der qualitativen Inhaltsanalyse. 2. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz
- THEUNISSEN, G. (1992): Neuere Ansätze zur Förderung schwerstbehinderter Menschen und Perspektiven für die heilpädagogische Arbeit. In: Zeitschrift für Heilpädagogik, Heft 1, S. 16–27
- THEUNISSEN, G. (1997): Basale Anthropologie und ästhetische Erziehung. Eine ethische Orientierungshilfe für ein gemeinsames Leben und Lernen mit behinderten Menschen
- THEUNISSEN, G. (1999): Wege aus der Hospitalisierung. Empowerment in der Arbeit mit schwerstbehinderten Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- THEUNISSEN, G., HOFFMANN, C. & PLAUTE, W. (2000): Geistige Behinderung – Betrachtungen aus dem Blickwinkel der Empowerment-Perspektive. In: GREVING, H., GRÖSCHKE, D. (Hrsg.) (2000): Geistige Behinderung – Reflexionen zu einem Phantom. Ein interdisziplinärer Diskurs um einen Problembegriff). Bad Heilbrunn: Klinkhardt. S. 126–140
- THEUNISSEN, G., PLAUTE, W. (2002): Handbuch Empowerment und Heilpädagogik. Freiburg/Br.: Lambertus
- THEUNISSEN, G. (2005): Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. 4. Aufl. Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- THEUNISSEN, G., Schwalb, H. (2009): Von der Integration zu Inklusion im Sinne von empowerment. In: SCHWALB, H., THEUNISSEN, G. (Hrsg.) (2009): Inklusion, Partizipation und Empowerment in der Behindertenarbeit. Best-Practice-Beispiele: Wohnen-Leben-Arbeit-Freizeit. Stuttgart: Kohlhammer
- THIELE, A. (2009): Erziehung und Bildung im Grundschulbereich – Förderschule. In: OPP, G., THEUNISSEN, G. (Hrsg.) (2009): Handbuch schulische Sonderpädagogik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- THIERSCH, H. (2009): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. 7. Aufl. Weinheim, München: Juventa
- THIMM, W. (1988): Das Normalisierungsprinzip – eine Einführung. 3. Aufl. Marburg
- THIMM, W., BANK-MIKKELSEN, N.E. (2005): Das Normalisierungsprinzip: Ein Lesebuch zu Geschichte und Gegenwart eines Reformkonzepts. Marburg: Lebenshilfe-Verlag
- THOKE-COLBERG, A. (Hrsg.) (2001): Pflegeforschung. Aktivitäten am Klinikum rechts der Isar. Beispiele nationaler und internationaler Projekte. München: Technische Universität München

- TIESMEYER, K. (2003): Selbstverständnis und Stellenwert der Pflege in der Lebensbegleitung von Menschen mit schwerer Behinderung. Bielefeld: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld
- TROGISCH, U., TROGISCH, J. (1991): Grundlagen der Elementarförderung. Z. Heilberufe 43, S. 293–296
- TROGISCH, U., TROGISCH, J. (2004): Förderpflege. In: A. FRÖHLICH, N. HEINEN, W. LAMERS (Hrsg.) (2004): Schwere Behinderung in Praxis und Theorie- ein Blick zurück nach vorn. Düsseldorf: Selbstbestimmtes leben
- ULBRICH, H., MOHR, L., FRÖHLICH, A. (2006): An der Grenze. Mit welchen Problemen sehen sich Sonderschulen (über-)strapaziert? In: Zeitschrift für Heilpädagogik Heft 6, S. 218– 226
- URQUIZO, V.-H. (2004): Motorisches Lernen. In: BIEWALD, F.(Hrsg.) (2004): Das Bobath-Konzept. Wurzeln, Entwicklungen, neue Aspekte. München, Jena: Urban&Fischer im Elsevier
- VAN KAATHOVEN, N., GRUNDLACH, A., VAN MIERLO, N. (Hrsg.) (1995): Die Ernährung Gesunder und Kranker. Bern: Huber
- VERBAND SONDERPÄDAGOGIK E.V. (vds) (2007): Standards der sonderpädagogischen Förderung. Positionspapier
- VERNOOIJ, M. A. (2005): Erziehung und Bildung beeinträchtigter Kinder und Jugendlicher. Paderborn: Schöningh im UTB
- VON GLASERSFELD, E. (1996): Radikaler Konstruktivismus. Ideen, Ergebnisse, Probleme. Frankfurt am Main: Surkamp
- VON KARDORFF, E. (1995): Qualitative Sozialforschung – Versuch einer Standortbestimmung. In: FLICK, U., VON KARDORFF, E., KEUPP, H., VON ROSENSTIEL, L., WOLFF, S. (Hrsg.) (1995): Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2. Aufl. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union
- VON KARDORFF, E., MESCHNIG, A. (2009): Perspektiven und Kriterien für eine Kultur der Selbstbestimmung. In: GARMS-HOMOLOVÁ, V., VON KARDORFF, E., THEISS, K., MESCHNIG, A., FUCHS, H. (Hrsg.) (2009): Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Pflegebedarf. Konzepte und Methoden. Frankfurt am M.: Mabuse
- VON REIBNITZ, C. (2009): Case Management: praktisch und effizient. Heidelberg: Springer Medizin
- VOB, R. (Hrsg.) (2005a): Unterricht aus konstruktivistischer Sicht. Die Welten in den Köpfen der Kinder. 2. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz
- VOB, R. (Hrsg.) (2005b): LernLust und EigenSinn: Systemisch-konstruktivistische Lernwelten. Heidelberg: Carl-Auer Verlag

- VOß, R. (2006): Wir erfinden Schulen neu. Lernzentrierte Pädagogik in Schule und Lehrerbildung. Weinheim, Basel: Beltz
- WACHTEL, P. (2009): Anmerkungen zur Entwicklung des Systems sonderpädagogischer Förderung in Richtung Inklusion. In: DEUTSCHE VEREINIGUNG FÜR REHABILITATION E. V. (DVfR) (Hrsg.) (2009): Welche Bordmittel braucht die Inklusive Schule? Pädagogische Perspektiven zwischen behindertenpolitischen Idealen, Pragmatismus und fiskalischen Rahmensetzungen. Bericht über die Fachtagung der DVfR am 9. Oktober 2008 in Kassel
- WACKER, E., WANSING, G., SCHÄFERS, M. (Hrsg.) (2009): Personenbezogene Unterstützung und Lebensqualität. Teilhabe mit einem persönlichen Budget. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- WALSH, M., FORD, P., ZEGELIN, A. (2000): Pflegerituale. München: Urban&Fischer
- WALTHES, R. (2003): Einführung in die Blinden- und Sehbehindertenpädagogik. München: Reinhard
- WEHR-HERBST, E. (1997): Die heutige Schülerschaft in den Schulen für körperbehinderte – eine bundesweite Erhebung unter besonderer Berücksichtigung der schwerstmehrfachbehinderten Kinder und Jugendlichen. In: Zeitschrift für Heilpädagogik Heft 48, S. 316–322
- WEIGELHOFER, H. (2000): die Förderung der Gesundheit in der Schule. Wien: Facultas Universitätsverlag
- WEINGÄRTNER, C. (2005): Selbstbestimmung und Menschen mit schwerer geistiger Behinderung. Diss. Tübingen
- WEINWURM-KRAUSE, E.M. (1994): Sexuelle Gewalt und Behinderung. Hamburg: Kovac
- WEISS, S. (2008): Pflege Spezial: Behandlungspflege praktisch. Stuttgart: Raabe
- WEMBER, F., PRÄNDL, S. (Hrsg.) (2009): Standards der sonderpädagogischen Förderung. München: Reinhardt
- WENDT, W.R. (2010): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen: Eine Einführung. Freiburg: Lambertus
- WETTRECK, R. (2001): „Am Bett ist alles anders“ – Perspektiven professioneller Pflegeethik. Münster, Hamburg, London: LIT Verlag
- WIECZOREK, M. (Hrsg.) (2003): Individualität und schwerste Behinderung. Ein Beitrag zum Verstehen und Anregungen zur Entwicklungsbegleitung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- WIECZOREK, M. (2007): Grundfragen einer Didaktik für Schüler mit Körperbehinderungen. In: HAUPT, U., WIECZOREK, M. (Hrsg.) (2007): Brennpunkte der Körperbehindertenpädagogik. Stuttgart: Kohlhammer

- WIEBEL-ENGELBRECHT, I. (2004): Physiotherapie und Hilfsmittelgestaltung zur Förderung der Selbstständigkeit mehrfachbehinderter Kinder. In: BIEWALD, F. (2004): Das Bobath-Konzept. Wurzeln, Entwicklungen, neue Aspekte. München, Jena: Urban&Fischer im Elsevier
- WIEDERHOLD, D. (2007): Checklisten AEDL. München: Urban&Fischer im Elsevier
- WIEMANN, I. (2009): Biografiearbeit mit Adoptiv- und Pflegekindern. In: HÖLZLE, C., JANSEN, I. (Hrsg.) (2009): Ressourcenorientierte Biografiearbeit. Grundlagen – Zielgruppen – Kreative Methoden. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 108–122
- WILCKEN, C. (2011): Pflegebedürftigkeit und Behinderung im Recht der Rehabilitation und Teilhabe im Recht der Pflege. Diss. In: IGL, G., FELIX, D. (Hrsg.) (2011): Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa. Münster, Hamburg, London: LIT Verlag
- WILKEN, E. (Hrsg.) (2006): Unterstützte Kommunikation. Eine Einführung in Theorie und Praxis. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer
- WINGENFELD, K. (2000): Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen. In: RENNEN-ALLHOFF, B., SCHAEFFER, D. (Hrsg.) (2000): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim/München: Juventa, S. 339–361
- WINGENFELD, K., BÜSCHER, A., SCHAEFFER, D. (2007): Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld
- WITT, H. (2001). Forschungsstrategien bei quantitativer und qualitativer Sozialforschung. In: Forum qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research. Online Journal, Volume 2, no 1, Art. 8, Feb. 2001. Unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/969/2114> (abgerufen am 21.09.2009). Absätze 1–36
- WULFHORST, B. (2002): Theorie der Gesundheitspädagogik. Legitimation, Aufgabe und Funktion von Gesundheitserziehung. Weinheim, München: Juventa
- ZEMAN, P. (1998): Vernetzung von Lebenswelt und Professionen der Pflege. In: SCHMIDT, R.; THIELE, A. (1998): Konturen der neuen Pflegelandschaft. Positionen, Widersprüche, Konsequenzen. Regensburg: Transfer, S. 111–120
- ZEMP, A., PIRCHER, E., NEUBAUER, E.: (1997): Sexuelle Ausbeutung von Mädchen und Frauen mit Behinderung. In: AMANN, G., WIPPLINGER, R. (Hrsg.) (1997): Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch. Tübingen. S. 738–755
- ZERNIKOW, B. (2005): Schmerztherapie bei Kindern. 3. Aufl. Heidelberg: Springer Medizin Verlag

- ZERNIKOW, B. (2008): Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- ZETTL, S. (2000a): Krankheit, Sexualität und Pflege: Hilfestellungen für den Umgang mit einem Tabu. Stuttgart: Kohlhammer
- ZETTL, S. (2000b): Krankheit, Sexualität und Pflege: Tipps für den Umgang mit einem Tabu. In: Pflegezeitschrift Heft 2, S. 97–99
- ZIELKE-NADKARNI, A., WARMBRUNN, A. (Hrsg.) (2006): Pflegehandeln personenbezogen ausrichten. Werkstattbücher zu Pflege heute. Band 5. München: Urban&Fischer im Elsevier

Anhang

- Anhang I Beobachtungsbogen für die Teilnehmende Beobachtung**
- Anhang II Interviewleitfaden für die Befragung der Schulleiterinnen und Schulleiter**
- Anhang III Interviewleitfaden für die Befragung der Förderschullehrerinnen und Förderschullehrer**
- Anhang IV Interviewleitfaden für die Befragung der Pflegekräfte**
- Anhang V Kodiersystem für die Analyse der transkribierten Interviews**
- Anhang VI Aufschlüsselung der dokumentierten Pflegesituationen aus den Teilnehmenden Beobachtungen**
- Anhang VII Verschwiegenheitserklärung zur Durchführung der Teilnehmenden Beobachtungen**
- Anhang VIII Verschwiegenheitserklärungen zur Durchführung der Interviews**

Anhang I Beobachtungsbogen der Teilnehmenden Beobachtung

Beobachtungsbogen zur Erfassung der schulorganisatorischen Bedingungen schulischer Pflege

1. Allgemeine Rahmendaten zur Schule:

(Fragen Sie ggf. ihre(n) Mentor(in) oder Schulleiter(in))

Ort der Schule:	
Schulform:	

Wie viele Schülerinnen und Schüler besuchen die Schule? f: m:

Wie viele Schülerinnen und Schüler haben davon einen Pflegebedarf? f: m:

Wie viele Klassen führt die Schule?

Wie viele Pflegeräume stehen den Schülern/innen in der Schule zur Verfügung?

1.1 Anzahl des Personals in der Schule nach Aufgabenbereich:

(möglichst nach Geschlechtern getrennt angeben, falls nicht möglich Gesamtanzahl bei f: (feminin) angeben und m: (maskulin) streichen)

Förderschullehrer/innen: f: m: Fachlehrer/innen: f: m:

ZDL: f: m: Therapeuten/innen: f: m:

Praktikanten/innen: f: m: Pflegekräfte: f: m:

Sonstige: f: m:

2. Angaben zur Praktikumsklasse

Klassenstufe / Alter der Schüler (durchschnittlich)		
Anzahl der Schüler/innen in der Klasse	insgesamt	davon mit Pflegebedarf
Anzahl des Personals in der Klasse nach Aufgabenbereich		
Mit wie vielen Klassen muss der Pflegeraum zusammen genutzt werden?		

3. Begleiten Sie *eine Schülerin / einen Schüler mit Pflegebedarf* während eines durchschnittlichen Schultages und dokumentieren Sie die einzelnen Pflegeeinheiten:

Geschlecht des/r Schülers/in: f: m:

Pflegeeinheiten	Wer führt die Pflege durch (Aufgabenbereich)? Ist das Personal klassenintern o. extern? Geschlecht der Pflegekraft?	Wann findet die Pflegeeinheit in Bezug zum Schultag statt? (vor/nach Frühstück; Mittagessen; Pause; etc.?) Welche Pflegehandlungen werden durchgeführt?	Dauer der Pflegeeinheit (in Min.)	Verhalten des/r Schülers/in während der Pflegesituation (wird der Schüler aktiv eingebunden, wenn ja, wie? Wie äußert sich der Schüler bzw. was zeigt er?)	Kommentar Was können Sie zusätzlich beobachten?
1.	intern <input type="checkbox"/> extern <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m: <input type="checkbox"/>		Min.		
2.	intern <input type="checkbox"/> extern <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m: <input type="checkbox"/>		Min.		
3.	intern <input type="checkbox"/> extern <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m: <input type="checkbox"/>		Min.		
4.	intern <input type="checkbox"/> extern <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m: <input type="checkbox"/>		Min.		

4. Beobachten sie eine Pflegeeinheit (Körperpflege) eines/r Schülers/in ausführlich!

Wer führt die Pflegehandlung bei der Schülerin / dem Schüler durch?

Ausgebildete Pflegekraft Förderpädagoge/in ZDL

Praktikant/in Therapeut/in Fachlehrer/in sonstige _____

Geschlecht der/des Schülers/in f m

Geschlecht der Pflegekraft f m

4.1 Wie wird die Pflegesituation eingeleitet? (Lässt sich ein ritualisierter Einstieg erkennen?)

4.2 Welche Pflegehandlungen werden durchgeführt?

4.3 Wird dem Schüler innerhalb der Pflegesituation eine spezielle Förderung angeboten, die über die Grundpflege hinausgeht? (Fragen Sie ggf. die Pflegekraft)

4.3.1 Welche Konzepte der Förderung lassen sich erkennen oder werden bewusst angewandt? (Fragen Sie ggf. die Pflegekraft!)

4.3.2 Wird es der Schülerin / dem Schüler ermöglicht die Pflegehandlungen aktiv mitzugestalten? Wenn ja, wie zeigt sich die Eigenaktivität und wie wird diese ermöglicht?

4.4 Zu den pflegerischen Rahmenbedingungen:

4.4.1 Stehen den Schülern Hilfsmittel während der Pflege zur Verfügung, wenn ja, welche?

4.4.2 Stehen den Pflegekräften Hilfsmittel während der Pflege zur Verfügung, wenn ja, welche?

4.4.3 Stehen während der Pflege Fördermaterialien (Massagehandschuhe; Massagegeräte; anregende Unterlagen; etc.) zur Verfügung, wenn ja, welche und wie werden diese genutzt?

4.5 Stellen Sie sich vor, Sie würden in diesem Pflegeraum gepflegt werden, welche Veränderungen würden Sie sich wünschen (räumlich; personell; zeitlich; etc.), damit Sie sich während einer Pflegesituation ihren Bedürfnissen entsprechend wohl fühlen?

Anhang II Interviewleitfaden Schulleiterinnen und Schulleiter

Qualitative Interviewbefragung der Schulleiter/innen an der Förderschule FkmE zum Bereich schulischer Pflege

1. Einleitung: Statements - Sondierungsfragen

Stimmen Sie folgenden Aussagen zu oder nicht? Wie begründen Sie Ihre Antwort?

(Auf Karteikarten präsentieren)

- Pflege stellt bisweilen eine Randbedingung für Unterricht dar.
- Gerade für Schüler mit schwersten Behinderungen bedeutet Pflege immer auch elementare Bildung.
- Pflege ist ausschließlich der Aufgabenbereich des Pflegepersonals und von Zivis/FSJlern.
- Für die Pflege sind Förderschullehrerinnen deutlich überqualifiziert.
- Den Bereich Pflege in die Ausbildung von Förderschullehrerinnen aufzunehmen ist viel zu lange versäumt worden.
- Pflegezeit ist Unterrichtszeit. Pflege bedeutet für Schülerinnen mit Pflegebedarf eine Situation des handlungsorientierten Lernens.

2. Zeitlich / Räumliche / Personelle Bedingungen der Pflege:

- Wie sehen Sie die Entwicklung in der Zusammensetzung ihrer Schülerschaft mit Pflegebedarf? Für beide Gruppen von Schüler/innen!
- Wie beurteilen Sie entsprechend der Schülerschaft (mit Pflegebedarf) die personelle und räumliche Ausstattung in Bezug zur Pflege?
- Von wem wird die Pflege ihrer Schülerinnen in der Regel ausgeführt?
- Kann eine gleichgeschlechtliche Pflege gewährleistet werden?

3. Subjektives Fachwissen / Konzepte im Bereich von schulischer Pflege / Konzepte der Förderung:

Würden sie der Aussage zustimmen: Die Pflege an dieser Förderschule geht über eine Grundversorgung der Schülerinnen und Schüler hinaus! Worin äußert sich dies? Wenn Sie nicht zustimmen, warum?

- Welche Bereiche von Pflege würden Sie als Grundversorgung bezeichnen?
- Was verstehen Sie unter Förderpflege?
- Welche Konzepte der Förderung von Schülerinnen und Schülern mit schwersten Behinderungen sind Ihnen bekannt? Welche davon lassen sich ihrer Meinung nach in der Pflege einsetzen?

- Werden innerhalb von Pflegesituationen Konzepte der Förderung angewandt?

→ Schülergruppen präsentieren

4. Bedeutung der Pflege für Schüler/innen unter Berücksichtigung eines selbstbestimmten Lebens:

Welche Bedeutung hat Ihrer Meinung nach die Pflege für die Lebensgestaltung Ihrer Schülerinnen und Schüler vor allem wenn Sie die Zukunftsperspektive mit einbeziehen? Auf welche Aspekte eines Lebens mit Pflegebedarf sollten Schüler/innen im Rahmen ihrer Schulzeit vorbereitet werden?

- Was denken Sie, welchen Stellenwert nimmt die Pflege für die Schülerinnen und Schüler im alltäglichen Leben ein?
- Wo sehen Sie potentielle Probleme in der Lebensgestaltung der Schüler mit Pflegebedarf?
- Welche Rolle spielt Ihres Erachtens die Gewährleistung der Pflege für das nachschulische Leben?
- Welche Kompetenzen müssen Schülerinnen und Schüler nach der Schule besitzen, damit sie ein selbstbestimmtes Leben mit einem Pflegebedarf vereinen können?

5. Das Verhältnis von Förderung/Pädagogik und Pflege:

Gerade weil Pflege für diese Schülergruppen eine so hohe Zukunftsbedeutung hat, müssen Bildungsmöglichkeiten für diesen Bereich berücksichtigt werden, und zwar auf elementarer Ebene sowie auf kognitiv angemessenem Lernniveau. Wie bewerten Sie diese Aussage?

- Bedeutet Pflege nicht auch eine leiborientierte Bildung im Sinne eines Dialogs von Körper und Geist?
- Kann Ihrer Meinung nach Pflege als Kulturtechnik gelten, die erlernt werden muss?

+ Um welche pädagogischen Anteile/Inhalte können förderpädagogische Fachkräfte die Pflege an ihrer Schule sinnvoll ergänzen?

- Welche Förderbereiche können oder werden Ihrer Meinung nach in der Pflege bewusst oder unbewusst gefördert?
 - *Beziehungsaufbau / Kommunikationsförderung*
 - *Wahrnehmungsförderung*
 - *Bewegungsförderung*
 - *Selbstständigkeitsförderung*
 - *usw.*

- Welchen Stellenwert nimmt ihres Erachtens die Pflege im schulischen Alltag ihrer Schülerinnen und Schüler ein?
- Sehen Sie pädagogische Anteile in der Pflege? Wenn ja welche?

6. Pflege als Unterrichtsinhalt:

Könnten Sie sich vorstellen, dass Pflege im Unterricht thematisiert wird? Welche Inhalte sehen Sie für einen kognitiven Unterricht und welche handlungsorientierten und erfahrungsorientierten Inhalte wären möglich?

- Welche Thematischen Inhalte von Pflege sehen sie als besonders relevant für die Lebenssituation Ihrer Schülerinnen und Schüler?

Beispiele:

- Körpererfahrung / Leiborientierung
 - Berücksichtigung und Herausbildung eines persönlichen Geschmacks in Pflegehandlungen
 - Vorlieben und Abneigungen in Pflegesituationen herausbilden und kommunizieren
 - Den persönlichen Pflegebedarf in die eigene Sexualität integrieren lernen
 - Leben mit Assistenz
 - Leben mit Betreuung
 - Wohnen mit Pflegebedarf
 - Pflege in Partnerschaft
 - Pflegebedarf und Arbeiten
 - Behinderungsspezifische Pflegehandlungen
 - Anleitungskompetenzen für Pflegehandlungen
 - Möglichkeiten der Kommunikation in Pflegehandlungen
 - Über Pflege sprechen lernen
 - Rechtliche Aspekte der Pflege auf Schülerniveau
 - Beratungsstellen und (Pflege-)Institutionen kennen lernen
 - usw.
- Sollte Ihrer Meinung nach der Themenbereich Pflege in die schulinternen Lehrpläne mit aufgenommen werden?
 - Welche Unterrichtsmethoden, Arbeitsmethoden oder auch Gestaltungsräume hielten Sie für durchführbar, um Pflege zu thematisieren?

Beispiele:

- Fächerübergreifende Thematisierung
- Vorsichtiger Einstieg in das Thema
- Projektarbeit zur Thematik
- Biographiearbeit (Betroffene berichten)
- Arbeitsgemeinschaft „Pflege“
- Die Pflege Thematik in andere Projekte dauerhaft einbinden (Lebenspraktischer Unterricht, Sexualerziehung, Lebensentwürfe im Deutschunterricht usw.)

- Würden Sie sich Unterrichtsmaterialien wünschen, die eine Auseinandersetzung mit dem Themenbereich Pflege ermöglicht?
- Was sehen Sie kritisch daran Pflege im Unterricht zu thematisieren?

7. Kooperation der an der Schularbeit beteiligten Disziplinen – Interdisziplinäre Zusammenarbeit Förderpädagogik / Fachpädagogik / Pflege / Therapie / Zivildienstleistende):

Welche Erfahrungen haben Sie in der Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal und den Zivis/FSJler im Bereich Pflege gemacht? Wie unterstützen Sie sich gegenseitig bzw. geben sich untereinander Hilfestellungen und in welcher Form findet ein regelmäßiger Austausch statt?

- Wie würden sie die Kooperation von Lehrerinnen, Therapeutinnen, Pflegepersonal und Zivis/FSJler im Bereich Pflege beschreiben?
- Für wie sinnvoll erachten Sie die Gründung eines Forums für den Austausch zwischen Unterricht und Pflege?
- Wie könnte Ihrer Meinung nach ein solches Forum gestaltet sein?

8. Aktuelle Probleme und Bedarfe in der Pflege:

Wie beurteilen Sie die Pflegesituation an Ihrer Schule insgesamt, wo sehen sie Probleme, Bedarfe oder Entwicklungspotentiale?

- Welche Bedingungen an Ihrer Schule würden sie eher als hinderlich für eine qualitativ wertvolle Pflege halten?
- Wo sehen Sie Entwicklungspotentiale für die Gestaltung der Pflege, die noch nicht ausgeschöpft wurden?
- Können sie Faktoren benennen, die eine pädagogisch orientierte Pflege am stärksten behindern?

9. Zur Ausbildungssituation im Bereich schulischer professioneller Pflege:

Was sagen Sie zu folgender Aussage: Tausche Pädagogik gegen Pflege – Tausche Pflege gegen Pädagogik. Müssten Pädagogen mehr Pflegewissen haben und Pflegekräfte mehr pädagogisches Wissen?

- Wenn sie sich an ihre Ausbildungszeit erinnern, wurden Sie auf die Bedürfnisse ihrer Schülerinnen und Schüler im Bereich der Pflege vorbereitet?
- Würden Sie Ihrem Kollegium, bzw. einem Teil des Kollegiums, eine Fortbildung zum Bereich pädagogisch orientierter Pflege anbieten? Welche Inhalte würden Sie sich wünschen?
- Würden Sie folgende Forderung stützen: „Pflegekräfte an der Förderschule K benötigen eine zusätzliche Ausbildung für die Pflege von Kindern und

Jugendlichen mit körperlicher Behinderung, um den Bedürfnissen gerecht zu werden!“

10. Konzeptualisierung schulischer Pflege: Was wären denkbare Aktivitäten, um ein Pflegekonzept einer pädagogisch orientierten Pflege an ihrer Schule zu implementieren, welche Bereiche fänden eine Berücksichtigung?

Bereiche der Konzeptionalisierung:

- *Dokumentation pädagogisch/pflegerischer Handlungen*
 - *Elternarbeit im Bereich Pflege (Elterninformationsabende)*
 - *Fortbildungen der Mitarbeiter*
 - *Fortbildungen für Hilfspersonal*
 - *Interdisziplinäres Gremium der Erarbeitung pädagogisch orientierter Pflege (AK oder FK)*
 - *Leitfaden für die Gestaltung von Pflegesituationen*
 - *Vertrauensperson für den Bereich Pflege (Ansprechpartner für Fragen zur Pflege)*
 - *Bereich Unterrichtsplanung*
 - *Schulinterne curriculare Vereinbarungen*
- Gibt es an Ihrer Schule schulinterne Lehrpläne oder Vereinbarungen für den Bereich Pflege?
 - Wissen Sie wie Ihre Schülerinnen und Schüler im häuslichen Umfeld gepflegt werden?
 - Welchen Beitrag kann ein pädagogisch/pflegerisches Tagebuch leisten? Eine Art Dokumentation über Pflegesituationen?
 - Würden Sie versuchen ein pädagogisch orientiertes Pflegekonzept an Ihrer Schule umzusetzen? Welche Bedingungen wären förderlich, welche eher hinderlich?

Anhang III Interviewleitfaden Förderschullehrerinnen und Förderschullehrer

Qualitative Interviewbefragung der Förderschullehrerinnen an der FkmE zum Bereich schulischer Pflege

1. Einleitung: Statements - Sondierungsfragen

Stimmen Sie folgenden Aussagen zu oder nicht? Wie begründen Sie Ihre Antwort?

(Auf Karteikarten präsentieren)

- Pflege stellt bisweilen eine Randbedingung für Unterricht dar.
- Gerade für Schüler mit schwersten Behinderungen bedeutet Pflege immer auch elementare Bildung.
- Pflege ist ausschließlich der Aufgabenbereich des Pflegepersonals und von Zivis/FSJlern. Für die Pflege sind Förderschullehrerinnen deutlich überqualifiziert.
- Den Bereich Pflege in die Ausbildung von Förderschullehrerinnen aufzunehmen ist viel zu lange versäumt worden.
- Pflegezeit ist Unterrichtszeit. Pflege bedeutet für Schüler/innen mit Pflegebedarf eine Situation des handlungsorientierten Lernens.

2. Zeitlich / Räumliche / Personelle Bedingungen der Pflege:

- Welchen zeitlichen Rahmen umfasst die Pflege der Schülerinnen und Schüler?
- Wie sehen Sie die Entwicklung in der Zusammensetzung ihrer Schülerschaft mit Pflegebedarf?
- Von wem wird die Pflege ihrer Schülerinnen und Schüler ausgeführt?
- Kann eine gleichgeschlechtliche Pflege gewährleistet werden?
- Können die Schülerinnen und Schüler längerfristig durch eine Hauptbezugsperson gepflegt werden?

3. Subjektives Fachwissen / Konzepte im Bereich von schulischer Pflege / Konzepte der Förderung:

Würden sie der Aussage zustimmen: Die Pflege an dieser Förderschule geht über eine Grundversorgung der Schülerinnen und Schüler hinaus! Worin äußert sich dies? Wenn Sie nicht zustimmen, warum?

- Welche Konzepte der Förderung von Schülerinnen und Schülern mit schwersten Behinderungen sind Ihnen bekannt? Welche davon lassen sich ihrer Meinung nach in der Pflege einsetzen?

- Wenden Sie innerhalb von Pflegesituationen Konzepte der Förderung an? Wenn ja, welche Konzepte wenden Sie bewusst an und in welchem Umfang?

4. Institutionelle Bedingungen von Pflege:

Wie beurteilen Sie die Pflegesituation an Ihrer Schule insgesamt, wo sehen sie Probleme, Bedarfe oder Entwicklungspotentiale?

- Welche Bedingungen an Ihrer Schule würden sie eher als hinderlich für eine qualitativ wertvolle Pflege halten?
- Wo sehen Sie Entwicklungspotentiale für die Gestaltung der Pflege, die noch nicht ausgeschöpft wurden?
- Können sie Faktoren benennen, die eine pädagogisch orientierte Pflege am stärksten behindern?

5. Bedeutung der Pflege für Schüler/innen unter Berücksichtigung eines selbstbestimmten Lebens:

Welche Bedeutung hat Ihrer Meinung nach die Pflege für die Lebensgestaltung Ihrer Schülerinnen und Schüler vor allem wenn Sie die Zukunftsperspektive mit einbeziehen? Auf welche Aspekte eines Lebens mit Pflegebedarf sollten Schüler/innen im Rahmen ihrer Schulzeit vorbereitet werden?

- Was denken Sie, welchen Stellenwert nimmt die Pflege für die Schülerinnen und Schüler im alltäglichen Leben ein?
- Wo sehen Sie potentielle Probleme in der Lebensgestaltung der Schüler mit Pflegebedarf?
- Welche Rolle spielt Ihres Erachtens die Gewährleistung der Pflege für das nachschulische Leben?
- Welche Kompetenzen müssen Schülerinnen und Schüler nach der Schule besitzen, damit sie ein selbstbestimmtes Leben mit einem Pflegebedarf vereinen können?

6. Pflege als elementare Bildung:

Gerade weil Pflege für diese Schülergruppen eine so hohe Zukunftsbedeutung hat, müssen Bildungsmöglichkeiten in diesem Bereich berücksichtigt werden, und zwar auf elementarer Ebene sowie auf kognitiv höherem Lernniveau. Wie bewerten Sie diese Aussage?

- Bedeutet Pflege nicht auch eine leiborientierte Bildung im Sinne eines Dialogs von Körper und Geist?
- Kann ihrer Meinung nach Pflege als Kulturtechnik gelten, die erlernt werden muss?

7. Das Verhältnis von Förderung/Pädagogik und Pflege:

Um welche pädagogischen Anteile/Inhalte können förderpädagogische Fachkräfte die Pflege an ihrer Schule sinnvoll ergänzen?

- Welche Förderbereiche können oder werden Ihrer Meinung nach in der Pflege bewusst oder unbewusst gefördert?
 - *Beziehungsaufbau / Kommunikationsförderung*
 - *Wahrnehmungsförderung*
 - *Bewegungsförderung*
 - *Selbstständigkeitsförderung*
 - *usw.*
- Welchen Stellenwert nimmt ihres Erachtens die Pflege im schulischen Alltag ihrer Schülerinnen und Schüler ein?
- Sehen Sie pädagogische Anteile in der Pflege? Wenn ja, welche?

8. Pflege als Unterrichtsinhalt:

Könnten Sie sich vorstellen, Pflege im Unterricht zu thematisieren? Welche Inhalte sehen Sie für einen kognitiven Unterricht und welche handlungsorientierten und erfahrungsorientierten Inhalte wären möglich?

- Welche Thematischen Inhalte von Pflege sehen sie als besonders relevant für die Lebenssituation Ihrer Schülerinnen und Schüler?

Beispiele:

- *Körpererfahrung / Leiborientierung*
 - *Berücksichtigung und Herausbildung eines persönlichen Geschmacks in Pflegehandlungen*
 - *Vorlieben und Abneigungen in Pflegesituationen herausbilden und kommunizieren*
 - *Den persönlichen Pflegebedarf in die eigene Sexualität integrieren lernen*
 - *Leben mit Assistenz*
 - *Leben mit Betreuung*
 - *Wohnen mit Pflegebedarf*
 - *Pflege in Partnerschaft*
 - *Pflegebedarf und Arbeiten*
 - *Behinderungsspezifische Pflegehandlungen*
 - *Anleitungskompetenzen für Pflegehandlungen*
 - *Möglichkeiten der Kommunikation in Pflegehandlungen*
 - *Über Pflege sprechen lernen*
 - *Rechtliche Aspekte der Pflege auf Schülerniveau*
 - *Beratungsstellen und (Pflege-)Institutionen kennen lernen*
 - *usw.*
- Wäre es eine Möglichkeit den Themenbereich Pflege in die schulinternen Lehrpläne mit aufzunehmen und wie könnte dies aussehen?

- Welche Unterrichtsformen, Arbeitsmethoden oder auch Gestaltungsräume hielten Sie für durchführbar, um Pflege zu thematisieren?

Beispiele:

- *Fächerübergreifende Thematisierung*
 - *Vorsichtiger Einstieg in das Thema*
 - *Projektarbeit zur Thematik*
 - *Biographiearbeit (Betroffene berichten)*
 - *Arbeitsgemeinschaft „Pflege“*
 - *Die Pflege thematik in andere Projekte dauerhaft einbinden (Lebenspraktischer Unterricht, Sexualerziehung, Lebensentwürfe im Deutschunterricht, usw.)*
- Würden Sie sich Unterrichtsmaterialien wünschen, die eine Auseinandersetzung mit dem Themenbereich Pflege ermöglicht?
 - Was sehen Sie kritisch daran Pflege im Unterricht zu thematisieren?

9. Kooperation der an der Schularbeit beteiligten Disziplinen – Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Förderpädagogik/Fachpädagogik/Pflege/Zivildienstleistende):

Welche Erfahrungen haben Sie in der Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal, den Therapeuten, den Zivis/FSJler im Bereich Pflege gemacht? Unterstützen Sie sich gegenseitig, geben sich untereinander Hilfestellungen und findet ein regelmäßiger Austausch statt?

- Wie würden sie die Kooperation von Lehrerinnen, Therapeutinnen, Pflegepersonal und Zivis/FSJler im Bereich Pflege beschreiben?
- Für wie sinnvoll erachten Sie die Gründung eines Forums für den Austausch zwischen Unterricht und Pflege?
- Wie könnte Ihrer Meinung nach ein solches Forum gestaltet sein?

10. Konzeptualisierung schulischer Pflege:

Was wären denkbare Aktivitäten, um ein Pflegekonzept einer pädagogisch orientierten Pflege an ihrer Schule zu implementieren, welche Bereiche fänden eine Berücksichtigung?

Aktivitäten/Bereiche der Konzeptualisierung:

- *Dokumentation pädagogisch/pflegerischer Handlungen*
- *Elternarbeit im Bereich Pflege (Elterninformationsabende)*
- *Fortbildungen der Mitarbeiter*
- *Fortbildungen für Hilfspersonal*
- *Interdisziplinäres Gremium der Erarbeitung pädagogisch orientierter Pflege (AK oder FK)*
- *Leitfaden für die Gestaltung von Pflegesituationen*
- *Vertrauensperson für den Bereich Pflege*
- *Bereich Unterrichtsplanung*
- *Schulinterne curriculare Vereinbarungen*

- Gibt es an Ihrer Schule schulinterne Lehrpläne oder Vereinbarungen für den Bereich Pflege?
- Was müsste an Ihrer Schule verändert werden, damit Sie sich im Sinne einer pädagogisch orientierten Pflege mehr in die Pflegesituationen einbringen könnten?
- Wissen Sie wie Ihre Schülerinnen und Schüler im häuslichen Umfeld gepflegt werden?
- Welchen Beitrag kann ein pädagogisch/pflegerisches Tagebuch leisten? Eine Art Dokumentation über Pflegesituationen?
- Würden Sie versuchen ein pädagogisch orientiertes Pflegekonzept an Ihrer Schule umzusetzen?

11. Zur Ausbildungssituation im Bereich schulischer professioneller Pflege:

Was sagen Sie zu folgender Aussage: Tausche Pädagogik gegen Pflege – Tausche Pflege gegen Pädagogik. Müssten Pädagogen mehr Pflegewissen haben und Pflegekräfte mehr pädagogisches Wissen?

- Wenn sie sich an ihre Studienzeit erinnern, wurden Sie auf die Bedürfnisse ihrer Schülerinnen und Schüler im Bereich der Pflege vorbereitet?
- Würden Sie sich als Förderschullehrerin eine Fortbildung zum Bereich pädagogisch orientierter Pflege wünschen? Welche Inhalte würden Sie sich wünschen?
- Würden Sie folgende Forderung stützen: „Pflegekräfte an der Förderschule Km benötigen eine zusätzliche Ausbildung für die Pflege von Kindern und Jugendlichen mit körperlicher Behinderung, um den Bedürfnissen gerecht zu werden!“

Anhang IV Interviewleitfaden Pflegekräfte

Qualitative Interviewbefragung der Pflegekräfte an der Förderschule FkmE zum Bereich schulischer Pflege

Begriffsklärung:

Pflegebedarf

→ anhand von Karteikarten

Personenkreis

1. Einleitung: Statements - Sondierungsfragen

Stimmen Sie folgenden Aussagen zu oder nicht? Wie begründen Sie Ihre Antwort?

(Auf Karteikarten präsentieren)

- Pflege stellt bisweilen eine Randbedingung für Unterricht dar.
- Gerade für Schüler mit schwersten Behinderungen bedeutet Pflege immer auch elementare Bildung.
- Pflege ist ausschließlich der Aufgabenbereich des Pflegepersonals und von Zivis/FSJlern.
- Den Bereich Pflege in die Ausbildung von Förderschullehrerinnen aufzunehmen ist viel zu lange versäumt worden.

2. Zeitlich / Räumliche / Personelle Bedingungen der Pflege:

- Welche Bereiche der Pflege werden an dieser Schule unterschieden? In welchem Bereich sehen Sie den größten zeitlichen Aufwand?
- Wie ist ihrer Einschätzung nach der Aufgabenbereich Pflege an der Schule auf das Personal verteilt? (Lehrpersonal, Therapeutinnen, FSJ/Zivis, Pflegekräfte)
→ Kuchendiagramm
- Welchen zeitlichen Rahmen umfasst die Pflege der Schülerinnen und Schüler gemessen an einem Schultag im Durchschnitt?
- Kann eine gleichgeschlechtliche Pflege gewährleistet werden?
- Haben sie den Eindruck, dass sich der Anteil von Schülern mit Pflegebedarf erhöht hat?

3. Institutionelle Bedingungen von Pflege:

Wie beurteilen Sie die Pflegesituation an Ihrer Schule insgesamt, wo sehen sie Probleme und Bedarfe? Wo sehen Sie noch Entwicklungspotential?

- Woran würden Sie gute Pflege in der Förderschule K messen?
- Wo sehen Sie Entwicklungspotentiale für die Gestaltung der Pflege, die noch nicht ausgeschöpft wurden?
- Können sie Faktoren benennen, die eine pädagogisch orientierte Pflege am stärksten behindern?

4. Subjektives Fachwissen / Konzepte im Bereich von schulischer Pflege / Konzepte der Förderung: Würden sie der Aussage zustimmen:

Die Pflege an dieser Förderschule geht über eine Grundversorgung/Basispflege der Schülerinnen und Schüler hinaus! Worin äußert sich dies? Wenn Sie nicht zustimmen, warum?

- Worauf legen Sie innerhalb von Pflegesituationen besonders wert?
- Welche Konzepte der Förderung von Schülerinnen und Schülern mit schwersten Behinderungen sind Ihnen bekannt? Welche davon lassen sich ihrer Meinung nach in der Pflege einsetzen?
- Wenden Sie innerhalb von Pflegesituationen Konzepte der Förderung an? Wenn ja, welche Konzepte wenden Sie bewusst an und in welchem Umfang?

5. Das Verhältnis von Förderung/Pädagogik und Pflege:

Sehen Sie Handlungsfelder in der Pflege, die ebenfalls eine Aufgabe von Förderschullehrerinnen wäre, wenn Pflege ganzheitlich verstanden wird?

- In welchem Umfang haben Sie die Möglichkeit sich in die Förderplanung der Schüler/innen für den Bereich Pflege einzubringen?
- Was verstehen Sie unter Förderpflege? Welche Elemente machen eine Förderpflege aus?
- Worin unterscheidet sich ihres Erachtens die Kinderkrankenpflege von der Pflege bei jungen Menschen mit Behinderungen?
- Sehen Sie pädagogische Anteile in der Pflege? Wenn ja welche?
- Welche Möglichkeiten haben Sie an unterrichtlichen Situationen der Schülerinnen teilzunehmen?

6. Bedeutung der Pflege für Schüler/innen unter Berücksichtigung eines selbstbestimmten Lebens:

Welche Bedeutung hat Ihrer Meinung nach die Pflege für die Lebensgestaltung Ihrer Schülerinnen und Schüler vor allem wenn Sie die Zukunftsperspektive mit einbeziehen?

- Was denken Sie, welchen Stellenwert nimmt die Pflege für die Schülerinnen und Schüler im alltäglichen Leben ein?
- Wo sehen Sie potentielle Probleme in der Lebensgestaltung der Schüler mit Pflegebedarf?
- Was denken Sie müssen Schülerinnen und Schüler nach der Schule können, damit sie ein selbstbestimmtes Leben mit einem Pflegebedarf vereinen können?

7. Kooperation der an der Schularbeit beteiligten Disziplinen – Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Förderpädagogik/Fachpädagogik/Pflege/Therapie/Zivildienstleistende):

Welche Erfahrungen haben Sie in der Zusammenarbeit mit dem Lehrpersonal im Bereich Pflege gemacht? Unterstützen Sie sich gegenseitig, geben sich untereinander Hilfestellungen und findet ein regelmäßiger Austausch statt?

- Können Pflegekräfte an regelmäßigen Teamsitzungen teilnehmen? Wünschen Sie sich dies?
- Wie würden sie die Kooperation von Lehrerinnen, Therapeutinnen, Pflegepersonal und Zivis/FSJler im Bereich Pflege beschreiben?
- Für wie sinnvoll erachten Sie die Gründung eines Forums für den Austausch zwischen Unterricht und Pflege? Wie könnte Ihrer Meinung nach ein solches Forum gestaltet sein?
- Haben Sie die Möglichkeit neue Ideen, neue Wege der Pflege in die Gesamtkonzeption der Schule einzubringen?

8. Konzeptualisierung schulischer Pflege:

Wie bewerten sie das Pflegekonzept an der Schule? Welche Aspekte von Pflege sollten noch Berücksichtigung finden?

- Würden sie sich eine Fachkonferenz oder einen Arbeitskreis „Pflege“ wünschen, an der Pflegekräfte und Lehrpersonal gleichermaßen mitwirken und Pflege weiterentwickeln? Wo sehen sie positive Effekte einer solchen Konferenz oder Arbeitskreis? Wäre es möglich an einem solchen Treffen regelmäßig teilzunehmen ohne dass Sie einen unzumutbaren Mehraufwand hätten?
- Was müsste an Ihrer Schule verändert werden, damit Sie sich im Sinne einer pädagogisch orientierten Pflege mehr in die Pflegesituationen einbringen könnten?
- Wissen Sie wie Ihre Schülerinnen und Schüler im häuslichen Umfeld gepflegt werden?

- Existiert in den Klassen ein pädagogisch/pflegerisches Tagebuch? Eine Art Dokumentation über Pflegesituationen?
- Könnten Sie sich vorstellen Schüler/innen im Unterricht als Expertin für den Bereich Pflege zu beraten, ggf. in Teilen mit zu unterrichten?
- Gibt es für die Schüler/innen feste Ansprechpartner (beide Geschlechter) aus der Pflege, eine Art Vertrauensperson? Wären Sie bereit eine solche Vertrauensperson abzustellen, um mit den Schüler/innen Probleme im Bereich Pflege zu besprechen?

9. Zur Ausbildungssituation im Bereich schulischer professioneller Pflege:

Was sagen Sie zu folgender Aussage: Tausche Pädagogik gegen Pflege – Tausche Pflege gegen Pädagogik. Müssten Pädagogen mehr Pflegewissen haben und Pflegekräfte mehr pädagogisches Wissen?

- Würden Sie sich als Pflegekraft eine Fortbildung zum Bereich pädagogisch orientierter Pflege wünschen? Welche Inhalte würden sie sich wünschen?
- In welchem Rahmen werden Pflegekräfte auf die Pflege von Schüler/innen mit Behinderungen vorbereitet? Sehen Sie Lücken in der Ausbildung?
- Sehen Sie Probleme in der Anleitung von Zivildienstleistenden und FSJlerinnen?
- Wie sollten Zivis/FSJlerinnen auf das Einsatzfeld der schulischen Pflege sinnvoll vorbereitet werden?

Anhang IV Kodiersystem für die Analyse der Interviews

Anmerkung: Die jeweiligen Ankerbeispiele finden sich aufgrund der Aussagekraft in den Unterpunkten der Ergebnisdarstellung entsprechend den kategorialen Zuordnungen und werden daher an dieser Stelle nicht separat aufgeführt.

Kategorien (als Ergebnis deduktiver Kategorienbildung)	Beschreibung	Sub-Kategorien / Ausprägungen bzw. Akzentuierungen (Als Ergebnis induktiver Kategorienbildung)	Beschreibung und Kodierregeln (in Aufzählungspunkten kursiv dargestellt)
Konfrontative Eingangstatements Sondierung	Pflege als eine Herausforderung im Schulalltag der Förderschule FkmE erfordert eine grundsätzliche Haltung gegenüber dem Gegenstandsbereich „pädagogisch-orientierter Pflege“. Die intersubjektiv verallgemeinerte Haltung bedingt die konkrete Pflegegestaltung. Die konfrontativen Eingangstatements provozieren bei den interviewten Expertinnen eine Haltung gegenüber	<i>Pflege als Randbedingung</i>	Pflege ist als notwendige Voraussetzung für andere unterrichtliche und außerunterrichtliche Aktivitäten zu werten und besitzt dabei einen untergeordneten Stellenwert. <ul style="list-style-type: none"> • <i>Zustimmung oder Abweisung</i>
		<i>Pflege ist eine Aufgabe des Hilfspersonals</i>	Für die Pflege bedarf es keiner speziellen Ausbildung bzw. fachlichen Kompetenzen. Daher kann die Pflege auch ausschließlich vom Hilfspersonal geleistet werden. <ul style="list-style-type: none"> • <i>Zustimmung oder Abweisung</i>

	grundsätzlichen Annahmen über den Gegenstandsbereich „schulische Pflegegestaltung“	<i>Pflege ist ein Aufgabenbereich von Förderschullehrern</i>	Die Pflege ist als selbstverständlicher Teil in das Aufgabenspektrum von Förderschullehrerinnen integriert. <ul style="list-style-type: none"> • <i>Zustimmung oder Abweisung</i>
		<i>Pflege ist ein Bestandteil elementarer Bildung</i>	Die Pflege des Körpers gehört zu den grundlegenden Kulturtechniken, die Menschen erfahren und erlernen. <ul style="list-style-type: none"> • <i>Zustimmung oder Abweisung</i>
		<i>Pflegezeit ist Unterrichtszeit</i>	Da die Pflege ein wesentlicher Bestandteil des Schullebens von Schülerinnen mit Pflegebedarfen darstellt und in dessen Rahmen grundlegende Fähigkeiten erlernt werden, ist die Pflege als Unterrichtszeit zu werten. <ul style="list-style-type: none"> • <i>Zustimmung oder Abweisung</i>
		<i>Pflege ist kein Thema in der Ausbildung von Förderschullehrerinnen</i>	Pflege wird bereits in der Ausbildung zur Förderschullehrerin als zukünftiger Aufgabenbereich ausgespart. <ul style="list-style-type: none"> • <i>Zustimmung oder Abweisung</i>

Pflegeverständnis	Die Bewertung der Pflegequalität folgt einerseits einem theoretischen Vorverständnis von „guter“ Pflege, andererseits variiert die Bewertung auch subjektiv bezogen auf das konkrete Handlungsfeld. Pflege kann dabei je nach Intention in unterschiedliche Formen ausdifferenziert werden.	Subjektive Kriterien einer „guten“ Pflege	<p>Eine „gute“ Pflege orientiert sich nicht zuletzt an den subjektiven Wertorientierungen und Maßstäben der handelnden Personen sowie an deren Berufsleitbildern. Welche Kriterien und Prinzipien eine gute Pflege ausmachen ist ebenso abhängig vom Bezugssystem, in dem die Pflege geleistet wird.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Subjektive Kriterien einer guten Pflege</i> • <i>Abgrenzung von guter und schlechter Pflege</i> • <i>Gute Pflege bei Schülerinnen mit Pflegebedarfen</i> • <i>Gute Pflege im Bezugssystem Förderschule</i>
		Verständnis von Förderpflege	<p>An Förderschulen FkmE wird im Zusammenhang mit der Pflege häufig von Förderpflege gesprochen. Der Begriff Förderpflege kann je nach zugrunde gelegten Konzepten sehr unterschiedlich interpretiert werden. Eine konkrete fördernde Pflegegestaltung richtet sich ebenfalls nach dem subjektiven Verständnis von Förderpflege.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Unterschiedliche Interpretationen und Auffassungen von einer</i>

			<p><i>fördernden Pflegegestaltung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterscheidung in Bezug auf die zwei Schülergruppen (mit und ohne schwerste Behinderungen) • Vergleich zur Grund- und Behandlungspflege
Rahmenbedingungen, Organisation und konkrete Gestaltung schulischer Pflege	<p>Die konkrete Pflegegestaltung an der Förderschule FkmE unterliegt grundlegenden strukturellen Rahmenbedingungen, die einerseits subjektiv bewertet werden können, andererseits intersubjektiv gemeinsame Bewertungslinien aufweisen.</p>	<p>Schulkonzeptionell</p>	<p>Die Pflege ist unweigerlich Bestandteil des Schullebens an der Förderschule FkmE. Pflege muss demnach in irgendeiner Form eingebettet sein in den Gesamtkontext der Förderschule FkmE.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Schulorganisatorische Verankerung der Pflege</i> • <i>Vorhandene schulinterne Konzepte, Leitlinien, Vorgaben, etc.</i>
		<p>Personell</p>	<p>An der Förderschule FkmE sind i.d.R. Pflegekräfte mit einem Personal-Schlüssel von 1 Pflegekraft zu 50 Schülerinnen beschäftigt. Zusätzlich wird die pflegerische Arbeit durch Hilfskräfte unterstützt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Möglichkeiten in der Pflege tätig zu sein (Förderschullehrerinnen)</i> • <i>Personelle Bedingungen für die Gestaltung einer „guten“ Pflege (Pflegekräfte)</i>

			<ul style="list-style-type: none"> • <i>Übernahme pflegerischer Aufgaben nach Qualifikation und beruflicher Disziplin</i>
		Zeitlich	<p>Förderschulen FkmE werden i.d.R. als Ganztagschulen geführt. Die Pflege muss innerhalb der Tagesstruktur einen zeitlichen Rahmen einnehmen, damit die Schülerinnen versorgt sind. Darüber hinaus kann die Pflege selbst einen Rahmen für unterrichtliche/fördernde Angebote einnehmen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Durchschnittliche Dauer der Pflege</i> • <i>Für die Pflege verwendete Zeit</i> • <i>Zeitlich Einordnung der Pflege in den Gesamtkontext</i>
		Räumlich	<p>Die Durchführung von Pflegeeinheiten bedarf geeigneter Räumlichkeiten.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Räumliche Kapazitäten</i> • <i>Gestaltung der Räume</i>
		Konkrete Gestaltung der Pflege	<p>Die aktuelle Pflegegestaltung zeigt sich anhand konkreter Handlungsmuster. Sie ist nicht zuletzt abhängig von den aktuellen Rahmenbedingungen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Zeitliche, personelle und</i>

			<p><i>räumliche Faktoren der aktuellen Pflegegestaltung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Schulkonzeptuelle Grundlegung der aktuellen Pflegegestaltung</i> 	
<p>Annahmen über die Bedeutsamkeit schulischer Pflege für die zukünftige Lebensgestaltung</p>	<p>Pflege gehört bei Schülerinnen mit dauerhaftem Pflegebedarf zu ihrer alltäglichen Lebenswelt und wird sie auch in Zukunft begleiten. Daraus ergeben sich Bedarfe an Kompetenzen, die Schülerinnen erlernen müssen, um den Pflegebedarf in ihr zukünftiges Leben zu integrieren. Potentielle Problemlagen, resultierend aus dem Pflegebedarf, gehören ebenso zur Lebensgestaltung. Hier wird angenommen, dass die Bedeutsamkeiten der Pflege für die Lebensgestaltung nach der Schwere der kognitiven sowie der motorischen Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit der sozialen Interaktion variiert. Hergeleitet aus den potentiellen Problemlagen und der variierenden Bedeutsamkeit wird angenommen, dass sich für alle Mitarbeiterinnen der Förderschule daraus pädagogische Handlungskonsequenzen und -impulse ergeben.</p>	<p><i>Annahmen über die Bedeutsamkeit und den Stellenwert der Pflege allgemein für alle Schülerinnen</i></p>		<p>Die subjektiv zugemessene Bedeutsamkeit sowie der Stellenwert der Pflege für die Schülerinnen bestimmen letztlich erstens das konkrete pflegerische Handeln der Bezugspersonen an der Förderschule FkmE sowie zweitens die konzeptuelle Ausrichtung im pädagogischen Gesamtkontext.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Subjektive Annahmen</i> • <i>Reflexionen über die Bedeutsamkeit und den Stellenwert der Pflege für die Schülerinnen</i> • <i>Gewichtung des Aufgabenbereiches Pflege im Gesamtkontext</i>
		<p><i>Bedeutsamkeit der Pflege, potentielle Probleme und notwendiger Kompetenzerwerb von Schülerinnen mit Pflegebedarf</i></p>	<p><i>Für Schülerinnen ohne schwerste Behinderungen</i></p>	<p>Die Unterstützung oder stellvertretende Übernahme der Pflege stellt für Schülerinnen ohne schwerste Behinderungen mit Pflegebedarfen ein stets gegenwärtiges Moment ihrer Lebensgestaltung dar. Zukünftige selbstbestimmte Lebensformen erfordern ebenfalls spezifische</p>

				<p>Kompetenzen einer selbstbestimmten Pflege, können zugleich jedoch auch potentielle Probleme entstehen lassen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Bedeutsamkeit in Bezug zur nachschulischen Lebensgestaltung</i> • <i>Vermutungen über potentielle Probleme in der Lebensgestaltung</i> • <i>Möglichkeiten und Notwendigkeit potentiellen Problemen durch pädagogisch-unterrichtliche Angebote entgegenzuwirken → Kompetenzwerb</i>
			<p>Für Schülerinnen mit schwersten Behinderungen</p>	<p>Für Schülerinnen mit schwersten Behinderungen können sich bezogen auf die nachschulische Lebensgestaltung potentielle Probleme in der bedürfnisgerechten Weiterführung einer ganzheitlichen Pflege ergeben. Sie sollten während ihrer Schulzeit bereits erlernen und erfahren, dass die stellvertretende Übernahme ihrer Pflege angenehm empfunden werden kann.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Bedeutsamkeit der Pflege als lebensbegleitendes Moment</i> • <i>Vorbereitung auf die</i>

				<p><i>nachschulische Lebenssituation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Potentielle Probleme der späteren pflegerischen Versorgung</i> • <i>Notwendige Kompetenzen</i>
Das Verhältnis von Pflege und Pädagogik im Bildungsprozess	Pflege an der Förderschule FkmE wird im pädagogischen Feld geleistet und ist dadurch unweigerlich mit den Intentionen von Bildung, Erziehung und Unterricht verhältnismäßig verknüpft.	<i>Pflege als pädagogisch-unterrichtliche Situation</i>	Die Bedeutsamkeit und der Stellenwert der Pflege im Gesamtkontext der Förderschule FkmE wirken sich wiederum auf das Verhältnis der Pflege zum pädagogischen Kontext aus. Die Pflege kann hier ebenfalls eine pädagogisch-unterrichtliche Intention besitzen.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Pflege besitzt eine pädagogische Ausrichtung</i> • <i>Pflege ist Bestandteil im Unterricht</i> • <i>Pflege ist dem Kerngeschäft Unterricht ungeordnet</i>
		<i>Kenntnisse über Förderkonzepte/ -möglichkeiten bei der schulischen Pflege</i>	Die Sonderpädagogik, insbesondere auch die Körperbehindertenpädagogik, beschäftigt sich ebenfalls mit der konzeptuell geleiteten körpernahen	

			<p>Förderung von Schülerinnen mit schwersten Behinderungen. Kenntnisse in Förderkonzepten könne hilfreich sein Pflugesituationen als Situationen der Förderung und basalen Bildung zu nutzen.</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Benennung von Konzepten der körpernahen Förderung</i>• <i>Kenntnisse und Erfahrungen in der körpernahen Förderung auf der Grundlage von Konzepten</i>• <i>Erfahrungen in der körpernahen Förderung durch „learning on the job“</i>• <i>Potentielle Fördermöglichkeiten, die noch nicht ausgeschöpft wurden</i>
--	--	--	--

Pflege als Unterrichtsthema	<p>Unterricht vermittelt Schülern Wissen und Informationen in den eigenen integralen Lebensbezügen. Bei Schülerinnen mit Pflegebedarfen stellt Pflege unweigerlich ein explizites Thema der Lebensbezüge dar. Förderschulexperten können Möglichkeiten der Umsetzung einer Wissensvermittlung im Bereich Pflege aufzeigen.</p>	<i>Möglichkeiten der Thematisierung pflegerischer Inhalte im Unterricht</i>	<p>Die Planung und Durchführung der selbstständigen oder stellvertretenden eigenen Pflege erfordert grundlegende Kenntnisse, die erlernt werden müssen. Der Unterricht an der Förderschule FkME bietet die Möglichkeit solche Kenntnisse im Sinne der Vorbereitung auf ein nachschulisches Leben zu vermitteln.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Einbindung von Pflege Themen in den Unterricht</i> • <i>Einordnung von Pflegeinhalten in Unterrichtsfächer</i> • <i>Didaktisch-methodische Aufbereitung von Pflege Themen</i>
		<i>Hemmnisse einer Thematisierung</i>	<p>Die Pflege des eigenen Körpers stellt einerseits ein selbstverständliches und andererseits ein tabuisiertes Thema dar. Die Pflege wird bislang als explizites Thema im Unterricht nur selten behandelt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Potentielle Gründe gegen eine Thematisierung von Pflegeinhalten im Unterricht</i> • <i>Hemmende Faktoren einer Thematisierung von Pflegeinhalten</i>

		<p>Möglichkeiten der Mitgestaltung im Unterricht als Pflegekraft</p>	<p>Insbesondere die Fachpflegekräfte sind Experten in der Pflege von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen. Ihre Fachkenntnis kann für die Thematisierung von Pflegeinhalten im Unterricht genutzt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Einbindung in das unterrichtliche Geschehen</i> • <i>Aufgabenübernahme neben der reinen Grundversorgung und medizinischen Behandlungspflege</i> • <i>Expertin für Pflegeinhalte im Unterricht</i> • <i>Trennung von Unterricht und pflegerischer Versorgung</i>
<p>Kooperation von Förderschullehrerinnen und Pflegekräften in der Pflege</p>	<p>Mitarbeiter der Förderschule arbeiten in den verschiedenen Aufgabenbereichen des Systems Förderschule zusammen. Dabei mischen sich die verschiedenen Disziplinen mit ihren jeweiligen Kompetenzen. Die Zusammenarbeit hängt wiederum von den subjektiven sowie strukturellen Zuständigkeiten und Verantwortungsbereichen ab und drückt sich in ihrer konkreten Gestaltung aus, die aus den</p>	<p>Perspektive der Pflegekräfte</p> <hr/> <p>Perspektive der Förderschullehrerinnen</p> <hr/> <p>Perspektive der Schulleiterinnen</p>	<p>Die Kooperation im Aufgabenbereich Pflege unterliegt nicht zuletzt dem gesamten Aufgabenspektrum der einzelnen tätigen Disziplinen und wird aus den verschiedenen Perspektiven bewertet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Erfahrungen in der Kooperation</i> • <i>Bewertung der Kooperation</i> • <i>Positive Einflussfaktoren</i> • <i>Negative Einflussfaktoren</i>

	verschiedenen Perspektiven unterschiedlich wahrgenommen werden kann.		
Aus- und Fortbildung in einer pädagogisch orientierten Pflege	Eine pädagogisch orientierte Pflege erfordert zunächst das Wissen um Inhalte und Umsetzungsmöglichkeiten dieser. Dabei ist davon auszugehen, dass bereits ein umfangreicher Fundus an Wissen im Gesamtpool einer Förderschule vorhanden ist. Zusätzlich können Aus- und Fortbildungsstrukturen für den Wissenserwerb genutzt werden.	Status quo und Diskrepanzen	Die Mitarbeiterinnen der Förderschule FkmE bringen aus ihrer Ausbildung oder ihren beruflichen Vorerfahrungen ganz unterschiedliche Kenntnisse in der Pflege von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen bereits mit. Auf dieser Grundlage kann eine ganzheitliche und fördernde Pflegegestaltung bereits gelingen oder noch Diskrepanzen aufweisen, die bewusst wahrgenommen werden oder erneut reflektiert werden müssen. <ul style="list-style-type: none"> • <i>Vor der aktuellen beruflichen Tätigkeit erlernte Kompetenzen</i> • <i>Ausbildungswissen</i> • <i>Noch fehlende Kompetenzen</i>
		Bedarfe, Erfordernisse und Möglichkeiten in der Aus- und Fortbildung	Den Anforderungen an eine ganzheitliche, bedürfnisgerechte und pädagogisch orientierte Pflegegestaltung entsprechend nicht umfassende Kompetenzen notwendig, die entweder bereits ansatzweise in der Aus- und Fortbildung inbegriffen sind oder noch integriert werden sollten.

				<ul style="list-style-type: none"> • <i>Subjektiver Bedarf in der Kompetenzerweiterung</i> • <i>Objektivierbarer Bedarf in der Aus- und Fortbildung</i> • <i>Wünsche an die Aus- und Fortbildung im Bereich Pflege</i> • <i>Subjektive Möglichkeiten der Integration von Pflegekompetenzen in die Ausbildung von Förderschullehrerinnen</i> • <i>Subjektive Möglichkeiten der Integration von pädagogischen Kompetenzen in die Fortbildung von Pflegekräften</i>
Weitere Probleme, Bedarfe und Entwicklungspotentiale schulischer Pflege	<p>Eine pädagogisch orientierte Pflegegestaltung kann einerseits durch kontextuelle und andererseits durch konzeptionelle Strukturen gehemmt werden, die sich in Problemstellungen und daraus resultierenden Bedarfen ausdrücken.</p> <p>Im Gegenzug zu den potentiellen Problemen und Bedarfen stellen die kontextuellen und konzeptionellen Strukturen auch Entwicklungspotentiale bereit, die</p>	Perspektive der Pflegekräfte	Probleme und Bedarfe	<p>Perspektivische Ergänzungen zu Problemen und Bedarfen sowie Entwicklungspotentialen der schulischen Pflegegestaltung. Die Fokussierung auf potentielle Probleme, Bedarfe und Entwicklungspotentiale der schulischen Pflegegestaltung kann die Formulierung von Möglichkeiten der Konzeptentwicklung begünstigen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Individuelle Einzelaussagen</i> • <i>Ergänzungen aufgrund der</i>
			Potentiale	
		Perspektive der Förderschullehrerinnen	Probleme und Bedarfe	
			Potentiale	
		Perspektive der Schulleiterinnen	Probleme und Bedarfe	

	für eine pädagogische Ausrichtung und konzeptionelle Verankerung der Pflege genutzt werden können.		Potentiale	<i>Reflexion durch den Interviewverlauf</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Aufschlüsselung nach den interviewten Perspektiven</i>
Konzeptentwicklung für eine professionelle schulische Pflege	Im Rahmen der Ausgestaltung einer konzeptionellen Verankerung pädagogisch-orientierter schulischer Pflege sind Umsetzungsschritte erforderlich, die stark von den Rahmenbedingungen, der Bereitschaft und subjektiven Verantwortung aller Beteiligten abhängen.	Mögliche Komponenten bzw. Inhalte		Die Entwicklung eines schulinternen Konzeptes für die Gestaltung der Pflege benötigt Komponenten, mit denen sich ein Großteil der Handelnden und letztlich die Nutzer des Konzeptes identifizieren können. Die Beteiligung der Nutzer bei der Entwicklung ist daher geboten. <ul style="list-style-type: none"> • <i>Subjektiv als relevant beurteilte Inhalte</i> • <i>Allgemein notwendige kollektive Inhalte</i> • <i>Wichtige Eckpunkte, die sich aus den aktuellen Bedingungen der schulischen Pflegegestaltung ergeben</i>
		Möglichkeiten der Umsetzung und Hemmnisse		Möglichkeiten für die Umsetzung von schulinternen Konzepten können sich einerseits aus bisherigen Erfahrungen im Bereich Konzeptentwicklung generieren, aber auch durch die bewusste Reflexion über Probleme, Bedarfe und Potentiale des konzeptuell

			<p>auszugestaltenden Feldes. Ebenso können sich Hemmnisse ergeben oder bereits existent sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Mögliche zeitliche, personelle und schulorganisatorische Strukturen einer Erarbeitung</i> • <i>Persönliches Engagement bei der Erarbeitung</i> • <i>Persönliche Hemmnisse einer Umsetzung</i> • <i>Potentiell kollektive Hemmnisse einer Umsetzung</i>
Elternarbeit im Bereich Pflege	Die Möglichkeiten der Kooperation an der Schnittstelle Elternhaus und Förderschule FkmE sind entscheidend für eine äquivalente pflegerische Versorgung von Schülerinnen mit Pflegebedarfen.		
Unklare Zuweisung			

Anhang V

Aufschlüsselung der dokumentierten Pflegesituationen aus den Teilnehmenden Beobachtungen

Nr. des Bogens	Laufnr. Pflegesituation	Klassenstufe d. Schülers	Alter	Geschlecht d. Schülers	Geschlecht Pflegekraft	Arbeitsbereich der Pflegekraft	Zeitpunkt der Pflegehandlung/ Art der Pflegehandlung	Verhalten des Schülers während der Pflegesituation Verhalten der Pflegekraft während der Pflegesituation	Dauer der Pflege in Min.
1	1	5	12	m	f	Kinderpflegerin	Vor Frühstück Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> Keine Einbindung des Schülers Schüler spielt am Vorhang 	7
1	2	5	12	m	f	Kinderpflegerin	Vor Mittag Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> Keine Einbindung des Schülers Schüler spielt am Vorhang 	4
2	3	1	7	m	f	Praktikantin	Nach Frühstück Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> Lacht und strampelt während der gesamten Pflegesituation 	5
2	4	1	7	m	f	Praktikantin	Nach Mittag Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> Greift sich an sein Geschlechtsteil und gibt dabei freudige Laute von sich 	6
3	5	2	8	m	m	Zivi	Nach Frühstück Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> Schüler wird motiviert mitzuhelfen, reagiert aber nicht darauf Schüler spricht das Gesagte der Pflegekraft nach 	5
3	6	2	8	m	m	Zivi	Nach Mittag Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> Schüler wird motiviert mitzuhelfen, reagiert aber nicht darauf Schüler spricht das Gesagte der Pflegekraft nach 	5
4	7	3	10	m	f	Krankenschwester	Nach Frühstück Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> Schüler hebt sein Becken selbstständig Es wird nicht gesprochen Pflegekraft geht routiniert vor 	10

4	8	3	10	m	f	Krankenschwester	Nach Mittag Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Schüler hebt sein Becken selbstständig • Es wird nicht gesprochen • Pflegekraft geht routiniert vor 	15
4	9	3	10	m	f	Krankenschwester	30 min. vor Schluss Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Schüler hebt sein Becken selbstständig • Es wird nicht gesprochen • Pflegekraft geht routiniert vor 	10
5	10	2	8	f	f	FSJlerin	Nach Frühstück Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Schülerin spielt mit ihren Händen • Zeigt sich fröhlich und lachend • Das Lächeln wird von der Pflegekraft gespiegelt 	12
5	11	2	8	f	f	FSJlerin	Nach Mittag Wickeln + Waschen	<ul style="list-style-type: none"> • Schülerin spielt mit ihren Händen • Zeigt sich fröhlich und lachend • Das Lächeln wird von der Pflegekraft gespiegelt 	13
6	12	3	11	f	f	Krankenschwester	Während der 2. Unterrichtsstd. Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Die Schülerin liegt im Pflegebett im Klassenzimmer • Schülerin wird begrüßt mit „Hallo A....!“ • Der Pflegeprozess findet kommentarlos statt • Der Unterricht wird nicht unterbrochen während der Pflegehandlung 	3
6	13	3	11	f	f	Krankenschwester	Während des Mittagsessens Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Schülerin liegt im Pflegebett • Schülerin wird begrüßt • Schülerin lacht und Pflegerin kitzelt ihren Bauch und spricht dabei einige Worte • Der Pflegeprozess wird verbal nicht weiter begleitet • Die anderen Schüler der Klasse sitzen im Nachbarraum und essen zu Mittag • Schülerin bekommt ihre Nahrung über eine Sonde und verbleibt dabei in ihrem Pflegebett und im Klassenraum 	4
7	14	9	17	f	f	Kinderpflegerin	Nach dem Frühstück	<ul style="list-style-type: none"> • Schülerin schaut bei den Pflegehandlungen 	7

							Wickeln Sondenkontrolle	<p>zu indem sie den Kopf hebt und ihn selbst stützt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schülerin bekommt Pflegematerial zum Befühlen • Pflegehandlungen werden angekündigt und erläutert 	
7	15	9	17	f	f	Kinderpflegerin	Nach dem Mittagessen Wickeln Sondenernährung	<ul style="list-style-type: none"> • Schülerin entspannt sich während der Pflege • Schülerin bekommt Pflegematerial zum Befühlen • Pflegehandlungen werden angekündigt und erläutert 	4
8	16	-	15	f	f	Krankenschwester	In der 1. großen Pause Katheterisieren	<ul style="list-style-type: none"> • Schülerin wird schon über längere Zeit durch die Krankenschwester angeleitet, um das Katheterisieren selbstständig zu erlernen • Schülerin führt das Katheterisieren selbstständig durch und wird dabei verbal durch die Krankenschwester angeleitet • Krankenschwester sorgt für eine entspannte Atmosphäre und genügend Zeit 	16
8	17	-	15	f	f	Krankenschwester	In einer Freistunde Katheterisieren	<ul style="list-style-type: none"> • Schülerin wird schon über längere Zeit durch die Krankenschwester angeleitet, um das Katheterisieren selbstständig zu erlernen • Schülerin führt das Katheterisieren selbstständig durch und wird dabei verbal durch die Krankenschwester angeleitet • Krankenschwester sorgt für eine entspannte Atmosphäre und genügend Zeit 	16
9	18	9	16	f	f	Pflegerin	Nach dem Frühstück Sondieren Wickeln Waschen	<ul style="list-style-type: none"> • Schülerin weint bei Umlagerung mit Hilfe des Lifters • Es findet eine persönliche Ansprache statt • Schülerin lächelt beim eincremen • Schülerin zeigt Unmut beim Anziehen 	25

							Eincremen		
9	19	9	16	f	f	Pflegerin	Nach dem Mittagessen bevor Schülerin abgeholt wird Wickeln Waschen Nase und Ohren säubern	<ul style="list-style-type: none"> • Schülerin zeigt Unmut bei der Umlagerung • Schülerin wird angesprochen • Schülerin wirkt allgemein müde und unbeteiligt 	25
10	20	9	16	f	f	2 Pflegerinnen gemeinsam	Nach der ersten großen Pause Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Schülerin wird von einer Pflegerin gehalten wegen des stark wechselnden Muskeltonus • Schülerin wird um Mithilfe gebeten • Schülerin wird durch "Festhalten" und Ansprache der Pflegerinnen ruhiger 	6
11	21	1	8	m	m	Zivi	Nach dem Frühstück Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Schüler hilft beim Ausziehen • Schüler öffnet selbstständig die Windel • Schüler hebt das Gesäß selbst an • Die Pflege wird verbal nicht begleitet 	8
11	22	1	8	m	m	Zivi	Nach dem Mittagessen Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Schüler hilft beim Ausziehen • Schüler öffnet selbstständig die Windel • Schüler hebt das Gesäß selbst an <p>Die Pflege wird verbal nicht begleitet</p>	8
12	23	4	12	m	m	Zivi	Nach dem Frühstück Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Kein ritualisierter einstig, Schüler wird aus der Frühstückssituation ohne Worte in den Pflegeraum gebracht • Schüler eher passiv • Zivi erzählt dem Schüler etwas über den Schultag 	8

12	24	4	12	m	m	Zivi	Vor dem Mittagessen Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Es findet keine Kommunikation statt • Schüler wirkt sehr „gestresst“ • Zivi steht unter Zeitdruck und beeilt sich • Schüler befindet sich noch im Raum, als der Zivi die Liege desinfiziert 	12
12	25	4	12	m	m	Zivi	In der letzten Stunde Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Zivi macht für den Schüler Späße • Die Atmosphäre scheint entspannter, da der Zivi mehr Zeit hat 	8
13	26	2	8	m	m	Zivi	Nach dem Frühstück Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Schüler hilft bei der Umlagerung • Ansonsten keine Kommunikation 	7
13	27	2	8	m	m	Zivi	Nach dem Mittagessen Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Schüler hilft bei der Umlagerung • Ansonsten keine Kommunikation 	8
14	28	2	8	m	m	Zivi	Nach dem Frühstück Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Schüler wird nicht eingebunden in die Pflegesituation • Schüler lächelt und wirkt entspannt 	4
14	29	2	8	m	m	Zivi	Nach dem Mittagessen Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Schüler wird nicht eingebunden in die Pflegesituation • Schüler lächelt und wirkt entspannt 	5
14	30	2	8	m	m	Zivi	Nachmittags Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Schüler wird nicht eingebunden in die Pflegesituation • Schüler lächelt und wirkt entspannt 	4
15	31	10	16	m	m	Zivi	Nach dem Frühstück Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Schüler unterhält sich mit Zivi während der Pflege über Fußball • Schüler hat mit dem Zivi ein „freundschaftliches“ Verhältnis 	7
15	32	10	16	m	m	Zivi	Nach dem Mittagessen Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Schüler unterhält sich mit Zivi über Schultag • Es ist kein Schamgefühl zu erkennen 	8
16	33	3	9	m	m	Zivi	Nach dem Frühstück Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Schüler liegt ruhig auf der Liege und lächelt manchmal • Zivi spricht die ganze Zeit mit dem Schüler 	4

16	34	3	9	m	m	Zivi	Nach dem Mittagessen Wickeln Beine eincremen	<ul style="list-style-type: none"> • Schüler zuckt beim eincremen etwas zusammen obwohl der Zivi sehr vorsichtig ist 	6
17	35	9	15	m	m	Zivi	Nach dem Frühstück, jedoch hauptsächlich nach Bedarf des Schülers Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Schüler läuft mit Unterstützung des Zivis zum Pflegeraum • Schüler hält sich an der Liege fest 	3
17	36	9	15	m	m	Zivi	Nach dem Mittagessen, jedoch nach Bedarf des Schülers Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Schüler läuft mit Unterstützung des Zivis zum Pflegeraum • Schüler hält sich an der Liege fest 	3
18	37	10	17	m	m	Pflegekraft	Vor dem Frühstück Unterstützung beim Urinieren mit Urinflasche	<ul style="list-style-type: none"> • Die Hände des Schülers werden zur Urinflasche geführt, die er dann selbstständig ausrichtet. • Pflegekraft gibt Feedback • Schüler bestimmt die Situation 	5
18	38	10	17	m	m	Pflegekraft	Vor dem Mittagessen Unterstützung beim Urinieren mit Urinflasche	<ul style="list-style-type: none"> • Die Hände des Schülers werden zur Urinflasche geführt, die er dann selbstständig ausrichtet. • Pflegekraft gibt Feedback • Schüler bestimmt die Situation 	5
18	39	10	17	m	m	Pflegekraft	Nach der großen Pause Unterstützung beim Urinieren mit	<ul style="list-style-type: none"> • Die Hände des Schülers werden zur Urinflasche geführt, die er dann selbstständig ausrichtet. • Pflegekraft gibt Feedback • Schüler bestimmt die Situation 	5

							Urinflasche		
19	40	8	16	f	f	Fachlehrerin	Vor dem Frühstück Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Schülerin liegt passiv auf der Liege • Schülerin geht laut Aussage der Fachlehrerin gerne zur Pflege, was sich in Lautäußerungen zeigt 	15
19	41	8	16	f	f	Fachlehrerin	Vor dem Mittagessen Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Schülerin liegt passiv auf der Liege • Schülerin geht laut Aussage der Fachlehrerin gerne zur Pflege, was sich in Lautäußerungen zeigt 	15
20	42	2	8	m	f	FSJ	Nach dem Frühstück Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Schüler hilft beim Ausstieg aus dem Rollstuhl mit • Schüler stützt sich mit den Händen auf der Pflegeliege auf und wird im Stehen gewickelt 	10
20	43	2	8	m	f	FSJ	Nach der 2. Pause 13.00 Uhr Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Schüler stützt sich mit den Händen auf der Pflegeliege auf und wird im Stehen gewickelt • Schüler wird ermahnt ruhiger zu stehen 	10
21	44	5	11	f	f	Krankenschwester	Vor dem Frühstück Katheterisieren	<ul style="list-style-type: none"> • Schülerin legt sich selbstständig auf die Liege und macht sich untenrum Freitag • Schülerin hilft beim Katheterisieren 	7
21	45	5	11	f	f	Krankenschwester	Vor dem Mittagessen Katheterisieren	<ul style="list-style-type: none"> • Schülerin legt sich selbstständig auf die Liege und macht sich untenrum Freitag • Schülerin hilft beim Katheterisieren 	7
22	46	3	9	f	f	Krankenschwester	Nach dem Frühstück Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Schülerin wird nicht aktiv eingebunden • Schülerin schaut die Pflegerin an • Wenn die Schülerin angesprochen wird, dann lacht sie 	6
22	47	3	9	f	f	Krankenschwester	Nach dem Mittagessen Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Schülerin wird nicht aktiv eingebunden • Schülerin schaut die Pflegerin an • Wenn die Schülerin angesprochen wird, dann lacht sie 	5

23	48	5	11	f	f	Krankenschwester	Zu Beginn des Schultages Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Der Schülerin werden die einzelnen Handlungsschritte erläutert • Die Schülerin wird animiert einzelne Handlungen auszuführen und wird dabei von der Pflegerin unterstützt 	10
23	49	5	11	f	f	Krankenschwester	Vor dem Mittagessen Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Der Schülerin werden die einzelnen Handlungsschritte erläutert • Die Schülerin wird animiert einzelne Handlungen auszuführen und wird dabei von der Pflegerin unterstützt 	15
24	50	4	10	m	f	Sonderschullehrerin	Nach dem Frühstück Urinieren mit einer Urinflasche	<ul style="list-style-type: none"> • Schüler leitet die Schritte selbstständig an und fährt den E-Rolli selbst in die richtige Position 	10
24	51	4	10	m	m	Heilpädagoge	Vor Schulschluss Urinieren mit einer Urinflasche	<ul style="list-style-type: none"> • Schüler leitet die Schritte selbstständig an und fährt den E-Rolli selbst in die richtige Position 	10
25	52	7	12	f	f	Schulbegleiterin und Krankenschwester	Vor dem Frühstück Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Schülerin wird nicht eingebunden • Schulbegleiterin und Krankenschwester unterhalten sich 	10
25	53	7	12	f	m	Therapeut	Während der Ergotherapie Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Schülerin wird aktiv eingebunden und motiviert zu versuchen einzelne Schritte selbst auszuführen • Schülerin lacht und zeigt sich begeistert 	30
25	54	7	12	f	f	Schulbegleiterin und Krankenschwester	Vor Schulschluss Wickeln und Waschen	<ul style="list-style-type: none"> • Schülerin wird nicht eingebunden • Schulbegleiterin und Krankenschwester unterhalten sich 	15
26	55	10	17	m	m	Zivi	Nach dem Mittagessen Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Schülerin liegt passiv auf der Liege • Es wird während der gesamten Situation nicht gesprochen 	10
27	56	6	12	f	f	Fachlehrerin	Nach dem Frühstück	<ul style="list-style-type: none"> • Schülerin wird aktiv eingebunden, stellt das 	4

							Händewaschen	Wasser an, hält die Hände zum trocknen hin und wirft das Papiertuch in den Mülleimer	
27	57	6	12	f	f	Fachlehrerin	Nach dem Mittagessen Händewaschen und Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Schülerin rollt sich selbst auf die neue Vorlage • Alle Möglichkeiten der Schülerin zur Selbstständigkeit werden unterstützt 	8
28	58	2	8	m	f	Lehrerin	Vor dem Frühstück Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Schüler hilft durch Drehen seines Körpers beim Wickeln mit 	15
28	59	2	8	m	f	Praktikantin	Nach dem Frühstück Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Schüler hilft durch Drehen seines Körpers beim Wickeln mit 	10
28	60	2	8	m	f	Praktikantin	Nach dem Mittagessen Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Schüler hilft durch Drehen seines Körpers beim Wickeln mit 	10
29	61	7	13	f	f	Lehrerin	Nach dem Frühstück Toilettengang	<ul style="list-style-type: none"> • Schülerin hält sich fest und zieht sich selbstständig die Hose aus • Lehrerin entfernt die Vorlage und stützt die Schülerin beim Hinsetzen auf die Toilette • Während die Schülerin auf der Toilette sitzt entfernt sich die Lehrerin aus dem Raum • Schülerin ruft die Lehrerin wenn sie ihren Toilettengang beendet hat • Lehrerin hilft beim Anlegen der neuen Vorlage • Schülerin zieht sich selbstständig Unterhose und Hose wieder an • Alle Handlungen der Lehrerin werden durch sie verbal begleitet 	15
29	62	7	13	f	f	Lehrerin	Nach dem Mittagessen Toilettengang	<ul style="list-style-type: none"> • Schülerin hält sich fest und zieht sich selbstständig die Hose aus • Lehrerin entfernt die Vorlage und stützt die Schülerin beim Hinsetzen auf die Toilette 	15

								<ul style="list-style-type: none"> • Während die Schülerin auf der Toilette sitzt entfernt sich die Lehrerin aus dem Raum • Schülerin ruft die Lehrerin wenn sie ihren Toilettengang beendet hat • Lehrerin hilft beim Anlegen der neuen Vorlage • Schülerin zieht sich selbstständig Unterhose und Hose wieder an • Alle Handlungen der Lehrerin werden durch sie verbal begleitet 	
30	63	10	17	m	m	Zivi	Vor Unterrichtsbeginn Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Schüler benötigt Hilfe beim Transfer auf die Pflegeliege • Schüler öffnet die Hose selbstständig • Schüler wechselt selbstständig die Vorlage • Zivi reinigt den Po • Zivi und Schüler sprechen über den Schultag 	5
30	64	10	17	m	m	Zivi	Nach der ersten großen Pause Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Schüler benötigt Hilfe beim Transfer auf die Pflegeliege • Schüler öffnet die Hose selbstständig • Schüler wechselt selbstständig die Vorlage • Zivi reinigt den Po • Zivi und Schüler sprechen über den Schultag 	5
30	65	10	17	m	m	Zivi	vor Schulende Wickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Schüler benötigt Hilfe beim Transfer auf die Pflegeliege • Schüler öffnet die Hose selbstständig • Schüler wechselt selbstständig die Vorlage • Zivi reinigt den Po • Zivi und Schüler sprechen über den Schultag 	10

Anhang VI Verschwiegenheitserklärung Teilnehmende Beobachtungen

Technische Universität Dortmund | D-44221 Dortmund

An die
Schulleiterinnen und Schulleiter
der betreuenden Schulen des
Blockpraktikums

Rehabilitationswissenschaft
ten

Fakultät 13

**Rehabilitation und Pädagogik
bei Körperbehinderung**

Thomas Czerwinski

Baroper Straße 279

44227 Dortmund

Tel.: 0231/755-4564

E-mail:

thomas.czerwinski@tu-
dortmund.de

Diktatzeichen

Aktenzeichen

Ort

Datum

Dienstgebäude/Raum

Dortmund

20.02.08

Pavillion 4, Campus Süd, Raum 009a

Einverständniserklärung zur Erhebung schulinterner Daten für eine Dissertation

Sehr geehrte Schulleiterinnen, sehr geehrte Schulleiter,

Im Rahmen meiner Dissertation zum Thema „Konzeptionelle und kontextuelle Bedingungen und Entwicklungspotentiale schulischer professioneller Pflege“ bin ich auf die Erhebung schulinterner Daten zum Bereich der Pflege angewiesen.

Studierende der Universität Dortmund haben, im Rahmen ihrer Blockpraktika, anhand eines strukturierten Beobachtungsbogens Rahmendaten zum Bereich der Pflege erhoben. Da diese Daten einen hohen Informationswert für meine Studie haben, wäre ich Ihnen sehr dankbar, wenn sie die Einverständniserklärung zur Verwendung dieser Daten geben würden. Anbei sende ich Ihnen den Beobachtungsbogen noch einmal zur Ansicht zu.

Mit diesem Schreiben sichere ich Ihnen die absolute Anonymität bei der Verwendung dieser Daten zu. Im Falle einer späteren Veröffentlichung meiner Dissertation sage ich Ihnen die anonymisierte Darstellung der Ergebnisse zu und versichere, dass die erhobenen Daten nicht zu Ihrer Schule zurückführbar sind. Der zuvor erhobene Name der Schule dient lediglich internen Zuordnungszwecken und wird bei der Ergebnisdarstellung nicht verwandt.

Für eine Einverständniserklärung wäre ich Ihnen sehr dankbar.

Ich verbleibe mit freundlichen Grüßen und Dank im Voraus,

Thomas Czerwinski

Anhang VII

Verschwiegenheitserklärung Interviewerhebung

Technische Universität Dortmund | D-44221 Dortmund

An
Die Schulleiterin, den Schulleiter
der Förderschule mit dem Förderschwerpunkt
körperliche und motorische Entwicklung

Rehabilitationswissenschaf-
ten
Fakultät 13
**Rehabilitation und Pädagogik
bei Körperbehinderung**
Thomas Czerwinski
Baroper Straße 279
44227 Dortmund

Tel.: 0231/755-4564 oder
02361/4903539
E-mail:
thomas.czerwinski@tu-
dortmund.de

Diktatzeichen	Aktenzeichen	Ort	Datum	Dienstgebäude/Raum
		Dortmund	13.01.09	Pavillion 4, Campus Süd, Raum 009a

Verschwiegenheitserklärung und Datenschutzerklärung

Hiermit gehe ich, Thomas Czerwinski, geb. 02.01.1980, die Verpflichtung ein, dass ich die erhobenen Daten der Interviews vom 14.01.2009 anonymisiere und ausschließlich zu Zwecken der Anfertigung meiner Dissertation mit dem Arbeitstitel „Konzeptionelle und kontextuelle Bedingungen und Entwicklungspotentiale schulischer professioneller Pflege“ verwenden werde.

Darüber hinaus versichere ich,

- die Verschwiegenheit über persönliche Informationen und schulinterne Begebenheiten gegenüber Dritten.
- die Anonymisierung des Interviewtranskriptes.
- die vertrauliche Behandlung der Audiodatei.
- keine Namen von Mitarbeiter/innen und Schüler/innen im Rahmen der Verwendung der Daten zu nennen.
- die Zuordnung der erhobenen Daten zur Schule oder zu Mitarbeiter/innen auszuschließen.

Dortmund, _____ 2009

Unterschrift _____

Th. Czerwinski

Ich bedanke mich für Ihre Bereitschaft!

- Erklärung -

Ich versichere, dass die von mir, Thomas Czerwinski, vorgelegte Arbeit weder in dieser noch in einer anderen Fassung der TU Dortmund oder einer anderen Hochschule im Zusammenhang mit einer staatlichen oder akademischen Prüfung vorgelegen hat.

Ich, Thomas Czerwinski, habe die Dissertation selbstständig verfasst und alle in Anspruch genommenen Quellen und Hilfen in der Dissertation vermerkt.

Dortmund, _____

Unterschrift d. Verfassers