

Bachelorarbeit mit dem Titel:

**Selbstbestimmung von Schülerinnen und Schülern mit
komplexer Behinderung im Kontext schulischer Pflegesituationen
unter besonderer Berücksichtigung der Möglichkeiten
Unterstützter Kommunikation**

vorgelegt von

Lea Sophie Gersmeier

Studiengang: Bachelor Lehramt für sonderpädagogische Förderung

am 22. November 2021

in dem Fachgebiet

körperliche und motorische Entwicklung in Rehabilitation und Pädagogik

der Fakultät Rehabilitationswissenschaften

der Technischen Universität Dortmund

Erstbetreuer: Simon Baumann

Zweitbetreuerin: Sabine Stroth

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Theoretischer Hintergrund	3
2.1	Komplexe Behinderung.....	3
2.2	Pflegebedarf bei komplexer Behinderung.....	6
2.2.1	Pflege im pädagogischen Kontext.....	7
2.2.2	Körperpflege.....	8
2.3	Selbstbestimmung als Leitidee.....	10
2.3.1	Selbstbestimmung im Kontext komplexer Behinderung.....	10
2.3.2	Basale Selbstbestimmung.....	13
2.4	Unterstützte Kommunikation.....	16
2.4.1	Differenzierungsmöglichkeiten und Versorgungskriterien.....	17
2.4.2	Schüler*innen mit komplexer Behinderung als UK-Nutzergruppe.....	19
2.4.3	ABC-Interventionsmodell.....	20
3	Körperpflege bei Schüler*innen mit komplexer Behinderung – Auf dem Weg zur Selbstbestimmung	22
3.1	Bedeutung der Körperpflege im pädagogischen Kontext.....	23
3.2	Handlungs- und Problembereiche in der Körperpflege.....	26
3.2.1	Hautpflege.....	26
3.2.2	Zahn-/Mundpflege.....	28
3.2.3	Kosmetik.....	29
3.3	Selbstbestimmungspotenziale in der Körperpflege.....	31
3.3.1	Ideen zur Realisierung der Basalen Selbstbestimmung unter dem Einbezug von Kommunikationsmitteln.....	32
3.3.2	Fallbeispiel: Selbstbestimmung durch UK-Intervention nach dem ABC-Modell.....	39
4	Exkurs: Körperpflege als Eingriff in die Intimsphäre	42
4.1	Bedeutung der sexuellen Entwicklung im pädagogischen Kontext.....	43
4.2	Die Intimpflege als Handlungs- und Problembereich der Körperpflege.....	45
4.3	Selbstbestimmungspotenziale in der Intimpflege.....	46
5	Fazit	48
6	Literaturverzeichnis	51
	Eidesstattliche Versicherung	57

1 Einleitung

Bei der Recherche nach Informationen über Menschen mit komplexer Behinderung lässt sich zunächst eine Vielfalt an definitorischen Zugängen und unterschiedlichen Begriffssetzungen finden (vgl. Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung [ISB], 2018, S. 22 f.). Häufig werden Begrifflichkeiten verwendet, die augenscheinlich das Gleiche vermitteln, jedoch die Betrachtung voneinander abweichender Behinderungen zum Gegenstand haben (vgl. ISB, 2018, S. 22). In dieser Bachelorarbeit werden die Schüler*innen, denen eine schwere und mehrfache Behinderung (vgl. ISB, 2018, S. 22) bzw. eine ‚Mehrfachschädigung‘ (vgl. Bernasconi, 2017, S. 310) zugeschrieben wird, fokussiert betrachtet. Damit sind etwa 21 Prozent aller Schüler*innen an Förderschulen mit den Förderschwerpunkten geistige Entwicklung sowie körperliche und motorische Entwicklung in NRW gemeint, die gleichzeitig ausgeprägte kognitive, motorische und sensorische Beeinträchtigungen als auch allumfängliche Pflegebedarfe aufweisen (vgl. Bernasconi, 2017, S. 312 f.). Angesichts des medizinischen Fortschritts in der prä- und postnatalen Versorgung ist davon auszugehen, dass dieser Prozentanteil seit dem Jahr 2017 zugenommen hat und weiterhin zunehmen wird (vgl. Wilken, 2021, S. 7). Die Pflege stellt einen wesentlichen Bestandteil in der Lebensrealität dieser Schülerschaft dar (vgl. Prashak, 2009, S. 283) und so verbringen die Kinder und Jugendlichen einen Großteil ihres Schulalltags in Pflegesituationen (vgl. Schellen, 2020, S. 27). Sonderpädagogische Lehrkräfte sehen sich daher bei der Planung der Pflege in dem Dilemma, dass die Pflege entweder die Lehr- und Lernzeit oder die Pausenzeit der Schüler*innen zur Erholung zeitlich einschränkt (vgl. Schellen, 2020, S. 27). Zudem steht das Umfeld der Kinder und Jugendlichen mit komplexer Behinderung aufgrund des allumfänglichen Unterstützungsbedarfs und der damit verbundenen Abhängigkeit von den Bezugspersonen häufig vor Überlastungs- und Überforderungsmomenten (vgl. Leber, 2020, S. 171). Eine mögliche Folge hiervon ist die fehlende Offenbarung von Entscheidungs- und Kommunikationsmöglichkeiten, wodurch die Selbstbestimmung und Angebote der *Unterstützten Kommunikation* vernachlässigt werden könnten (vgl. Leber, 2020, S. 171). Generell ist festzustellen, dass bisher kaum Überlegungen zur Verknüpfung der Kommunikationsförderung mit Pflegesituationen in schulischen Pflegekonzepten vorzufinden sind (vgl. Schellen, 2020, S. 26). Es ergibt sich demnach ein Konglomerat aus den Aspekten

der Pflege, der Selbstbestimmung und der Kommunikationsförderung, das es im Spannungsverhältnis zwischen Bedürfnisbefriedigung und Bildungsauftrag zu untersuchen gilt. Da 92,2 Prozent der Schüler*innen mit komplexen Beeinträchtigungen in NRW in dem Bereich der Körperpflege einen flächendeckenden und somit primären Hilfebedarf aufzeigen (vgl. Bernasconi, 2017, S. 314), scheint eine Offenlegung der Selbstbestimmungspotenziale in diesem Bereich besonders relevant zu sein. Konkret ergibt sich daraus die Fragestellung: *Wie kann Schüler*innen mit komplexer Behinderung die Selbstbestimmung im Bereich der Körperpflege durch die Bezugnahme auf das Konzept der Unterstützten Kommunikation im pädagogischen Kontext ermöglicht werden?*

Zur Beantwortung dieser Frage wird zunächst durch den theoretischen Hintergrund (Kap. 2) das dieser Arbeit zugrundeliegende Verständnis bezüglich der relevanten Bereiche offengelegt. Dazu gehört in einem ersten Schritt die Beschreibung der Schülerschaft mit komplexer Behinderung (Kap. 2.1). Darauf aufbauend wird in Kapitel 2.2 auf den Pflegebedarf im schulischen Kontext und speziell den Bereich der Körperpflege eingegangen. Anschließend gilt es, das Konzept der Selbstbestimmung vor dem Hintergrund der komplexen Behinderung und der damit verbundenen sozialen Abhängigkeit zu thematisieren (Kap. 2.3.1). Relevant ist dabei der Ansatz der *Basalen Selbstbestimmung* (Kap. 2.3.2). Die *Unterstützte Kommunikation* sowie das ABC-Interventionsmodell zur Förderung der kommunikativen Kompetenzen werden in Kapitel 2.4 betrachtet. Diese ersten Kapitel dienen dazu, die drei Aspekte der Pflege, der Selbstbestimmung und der Kommunikation in Kapitel 3 zusammenführen zu können. Hierbei wird vorerst in Kapitel 3.1 die Relevanz der Körperpflege für den schulischen Kontext im Zusammenhang mit der Körperwahrnehmung und die sich daraus ableitende Bedeutung dieses Pflegebereichs für die betroffene Schülerschaft behandelt. Um in Kapitel 3.3.1 anhand der *Basalen Selbstbestimmung* und dem Einbezug der *Unterstützten Kommunikation*, Selbstbestimmungspotenziale und Ideen zur Realisierung dieser aufzeigen zu können, werden in Kapitel 3.2 spezifische Handlungs- und Problembereiche in Teilbereichen der Körperpflege dargelegt. Durch die beispielhafte Interventionsplanung in Kapitel 3.3.2 wird noch spezifischer auf die individuellen Ressourcen und Fähigkeiten der Schüler*innen und auf die Abhängigkeit der Selbstbestimmungserfahrung von der Pflegeperson eingegangen. Angesichts des Eingriffs

in die Intimsphäre durch pflegerische Handlungen ist in diesem Zusammenhang die sexuelle Entwicklung nicht zu vernachlässigen. Daher dient Kapitel 4 als Exkurs, um die Bedeutung der Sexualität im Kontext der Selbstbestimmungserfahrung in schulischen Pflegesituationen aufzugreifen. Im abschließenden Fazit werden die Erkenntnisse aus den Kapiteln 2, 3 und 4 zusammengetragen und hinsichtlich der Fragestellung reflektiert. Ebenso wird zu den Schlussfolgerungen kritisch Stellung genommen und es werden weitere Untersuchungsmöglichkeiten aufgezeigt.

2 Theoretischer Hintergrund

Hervorgehend aus den einleitenden Überlegungen lassen sich vier zentrale Begrifflichkeiten finden, deren Erläuterung das theoretische Fundament dieser Arbeit bildet. Hierzu zählt das Konstrukt der komplexen Behinderung, der Bereich der Pflege im schulischen Kontext sowie das Konzept der Selbstbestimmung und der *Unterstützten Kommunikation*.

2.1 Komplexe Behinderung

Es ist zum einen aufgrund der Heterogenität der betroffenen Schülerschaft und zum anderen aufgrund der verschiedenen Disziplinen wie der Pädagogik, Psychologie, Medizin, Philosophie und Pflegewissenschaft – die sich mit dem Behinderungsbegriff auseinandersetzen – kaum möglich, eine allgemeingültige Definition für den Personenkreis mit komplexer Behinderung zu finden (vgl. Lamers, Musenberg & Sansour, 2021, S. 15). Wenn es um die Klassifizierung von Personen geht, muss zudem der Effekt der Objektivierung kritisch reflektiert werden (vgl. Fornefeld, 1998, S. 26). Das Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung (2018, S. 23 f.) ergänzt dazu, dass durch definitorische Ansätze eindimensionale Perspektiven eingenommen und Entwicklungspotenziale ausgeschlossen werden können. Trotz dessen ist es für den pädagogischen Kontext dann notwendig den Personenkreis der komplex beeinträchtigten Schüler*innen zu konkretisieren, wenn es sich, wie in Anbetracht der zugrundeliegenden Forschungsfrage, um die „Suche nach geeigneten didaktischen und konzeptionellen Ansätzen für Unterricht und Förderung“ (ISB, 2018, S. 24) sowie um die „Begründung von personellen und sächlichen Ressourcen, abgeleitet aus dem Unterstützungsbedarf“ (ISB, 2018, S. 24) handelt.

Für die genauere Betrachtung des Konstrukts der komplexen Beeinträchtigung lässt sich zunächst für eine allgemeine Klärung des Behinderungsbegriff die Internationale

Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) im Sinne eines modernen Verständnisses heranziehen.

Das Modell ermöglicht eine umfassende Analyse der Lebensbedingungen einer Person, indem es Behinderung als ein Problem der Passung zwischen den Voraussetzungen einer Person und den Gegebenheiten der Umwelt auffasst. Dabei werden in dem Modell drei Ebenen betrachtet: Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe. Behinderung wird als Wechselwirkung aus einer vorliegenden Beeinträchtigung [...] und einer Einschränkung von Aktivitäten und Teilhabe verstanden. Eine organische Schädigung ist nach diesem Modell also lediglich eine Ausgangsbedingung, die erst durch Wechselwirkung mit der Umwelt zu einer Behinderung führt. (Lamers et al., 2021, S. 17 f.)

Dieser Auffassung zufolge bestimmt nicht die Beeinträchtigung der Körperfunktionen an sich das Ausmaß der Behinderung, sondern die Bereitschaft der Umwelt, den betroffenen Personen die Möglichkeit zur Partizipation und Selbstbestimmung zu geben. Folgende Umschreibung der hier behandelten Schülerschaft wird jedoch zudem zeigen, dass das pädagogische Fachpersonal aufgrund des intensiven und heterogenen Unterstützungsbedarfs der Schüler*innen mit komplexen Beeinträchtigungen vor große Herausforderungen gestellt wird, wenn es darum geht, die Lücke zwischen den personellen Ressourcen und den Umweltanforderungen zu schließen (vgl. Fornefeld, 2008, S. 58).

Schüler*innen mit komplexen Beeinträchtigungen werden aus schulrechtlicher Sicht als ‚schwerstbehindert‘ bezeichnet und über das Übermaß an Unterstützungsbedarf bzw. über den ‚intensivpädagogischen Förderbedarf‘ definiert (vgl. Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen [MSW], 2016). Mit einbezogen werden hierbei auch solche Schüler*innen, deren erheblicher Unterstützungsbedarf nur in einem Förderschwerpunkt besteht. Entgegen dieser Definition der aktuellen Ausbildungsordnung sonderpädagogischer Förderung (AO-SF) des Landes NRW soll im Rahmen der Bachelorarbeit von einer spezifischeren und in der Literatur immer mehr etablierten Ansichtswiese ausgegangen werden. Grundlage bildet der einleitend erwähnte Zugang über den Begriff der ‚Mehrfachschädigung‘ (vgl. Bernasconi, 2017, S. 310). Aufgrund des defizitär orientierten medizinischen Begriffs der ‚Schädigung‘ werden jedoch bevorzugt die Begriffe der ‚Mehrfachbeeinträchtigung/-behinderung‘ bzw. der ‚komplexen Beeinträchtigung/Behinderung‘ verwendet. Gemeint sind damit Schüler*innen, die aufgrund von sowohl starken körperlichen als

auch geistigen Beeinträchtigungen „in allen Lebensbereichen und bei allen Lebensverrichtungen auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind“ (Bergeest & Boenisch, 2019, S. 137). Das heißt, dass sie sich zu den Personen in ihrem Umfeld in einem besonderen Abhängigkeitsverhältnis befinden (vgl. Fornefeld, 1998, S. 34). Im Fokus dieser Arbeit steht damit die Betrachtung von Kindern und Jugendlichen, die in ihrem Wesen durch komplexe, ineinandergreifende Beeinträchtigungen geprägt sind und deren individueller Förderbedarf somit weit über den eindimensionalen förderschwerpunktspezifischen Gedanken hinaus geht. Demzufolge beschreibt der Ausdruck der komplexen Beeinträchtigung vielmehr das Ausmaß als die Art der Behinderung (vgl. Bergeest & Boenisch, 2019, S. 138).

Um die betroffene Schülerschaft genauer zu charakterisieren, können medizinische Ursachen sowie Merkmale aufgeführt werden. Die starken Einschränkungen in den Bereichen der Kognition und Motorik werden häufig von Verhaltensauffälligkeiten und Sinnesbehinderungen begleitet (vgl. Nicklas-Faust, 2017, S.62). Zu den Verhaltensauffälligkeiten gehören beispielsweise Bewegungstereotypien, Autostimulation und Selbstgefährdungen (vgl. Bergeest & Boenisch, 2019, S. 141). Laut einer Studie, in der sich die Elternschaft über die Einschränkungen ihrer mehrfachbeeinträchtigten Kinder äußerten, weisen 93,5% der Schüler*innen eine Beeinträchtigung von Stimme und Sprache auf (vgl. Klauß, 2017a, S. 12 f.). Bei mehr als der Hälfte der Schüler*innen ist ebenfalls die Funktion der Augen nur eingeschränkt nutzbar (vgl. Klauß, 2017a, S. 13). Vorgeburtliche Infektionen und allgemeine Entwicklungsstörungen in der embryonalen Phase, zählen neben den Einflüssen genetischer Veranlagungen zu den häufigsten Ursachen hierfür (vgl. Nicklas-Faust, 2017, S.62 f.). Generell gilt, dass das Zusammenspiel der gesundheitlichen Probleme sowie deren Behandlungsbedarfe stark variieren können, wodurch sich eine heterogene Personengruppe ergibt (vgl. Nicklas-Faust, 2017, S. 62). Das heißt, es sind „organisch-funktionelle schwere Einschränkungen“ (Fröhlich, 2014, S. 6), aus denen in Wechselwirkung mit den Umgebungsbedingungen und eventuellen Benachteiligungen durch das soziale Umfeld eine komplexe Behinderung resultiert (vgl. Fröhlich, 2014, S. 6).

Nach Fröhlich (2017) kann der Personenkreis mit komplexen Beeinträchtigungen dadurch weiter eingegrenzt werden, dass es Menschen sind, „die nur mit viel körperlicher Nähe direkte Erfahrungen machen können“ (S. 229). Das Sammeln von

Erfahrungen mit dem bzw. durch den Körper ist bei der betroffenen Schülerschaft demnach entscheidend für die Sinneswahrnehmung und Erschließung der Umwelt. Der Körper spielt nicht nur hinsichtlich der Wahrnehmung eine entscheidende Rolle, sondern stellt aufgrund mangelnder Verbalsprache das primäre natürliche Kommunikationsmittel von komplex beeinträchtigten Personen dar (vgl. Fornefeld, 1998, S. 34; Schlichting, 2013, S. 19). Bedürfnisse und Wünsche werden über ein individuelles Verhalten ausgedrückt (vgl. Fornefeld, 2008, S. 57). Dazu zählen Laute und somatische Erscheinungen, wie beispielsweise der Speichelfluss (vgl. Fornefeld, 1998, S. 34). Da diese Ausdrucksformen nicht der in der Gesellschaft üblichen Kommunikationsnorm entsprechen, werden Kommunikationsabsichten seitens der Menschen mit komplexer Behinderung vom sozialen Umfeld häufig erst gar nicht als solche wahrgenommen oder fehlinterpretiert (vgl. Bergeest & Boenisch, 2019, S. 137; Fornefeld, 2008, S. 57 f.). Zugleich Voraussetzung als auch Ziel für die Zusammenarbeit mit der betroffenen Schülerschaft im pädagogischen Kontext ist somit die Analyse und Interpretation von individuellen Ausdrucksformen sowie die Offenbarung von Verständigungsmöglichkeiten (vgl. Bergeest & Boenisch, 2019, S. 141).

2.2 Pflegebedarf bei komplexer Behinderung

Vorausgehend wurde eine Schülerschaft definiert, die darauf angewiesen ist, dass ihre Bezugspersonen die Umwelt so aufbereiten, dass jene über körperliche Nähe wahrgenommen und angeeignet werden kann. Diese Form der Lebenswirklichkeit hat nach Fröhlich (2017, S. 229) jeder Mensch, vergleichsweise ähnlich, bereits im Säuglingsalter erfahren. Fröhlichs Vergleich kreiert zum einen eine genauere Vorstellung von der Lebenssituation der Betroffenen und verdeutlicht zum anderen den allumfänglichen und intensiven Unterstützungsbedarf, auf den die Kinder und Jugendlichen mit komplexen Beeinträchtigungen angewiesen sind. Handlungen der Bedürfnisbefriedigung können gar nicht oder nur in solch einem geringen Ausmaß von den Individuen selbst übernommen werden, dass sie sich in einem existenziellen Abhängigkeitsverhältnis zu ihrem sozialen Umfeld befinden (vgl. Klauß, 2017b, S. 88). Aufgrund dessen werden in Kapitel 2.2.1 die notwendigen Pflegebereiche genauer skizziert und die Relevanz der pädagogischen Betrachtungsweise begründet. Anschließend wird auf den spezifischen Bereich der Körperpflege eingegangen.

2.2.1 Pflege im pädagogischen Kontext

Grundsätzlich ist jeder Mensch auf Pflege, das heißt auf das Sorgetragen für das „körperlich-seelische Wohlbefinden“ (Klauß, 2017b, S. 87), angewiesen. Hierzu gehören kleinste Aktivitäten im Alltag, die der Bedürfnisbefriedigung dienen. Bei Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen muss sowohl die Grundpflege, also „Maßnahmen, die zur Aufrechterhaltung eines geregelten Lebensalltags notwendig sind“ (Praschak, 2009, S. 291), als auch die medizinische Behandlungspflege von Bezugspersonen übernommen werden (vgl. Klauß, 2017b, S. 88). Nach Fröhlich (2017, S. 232 ff.) lassen sich die notwendigen Pflegebereiche anhand der ‚Aktivitäten des täglichen Lebens‘ konkretisieren:

- Wachsein und Schlafen
- Sich bewegen
- Waschen und Kleiden
- Essen und Trinken
- Ausscheiden
- Körpertemperatur regulieren
- Atmen
- Sich sicher fühlen
- Raum und Zeit gestalten – Arbeit, Bildung, Spielen
- Kommunizieren
- Kind, Frau, Mann sein
- Sinn finden im Werden – Sein – Vergehen

Noch spezifischer lassen sich die Unterstützungs- und Pflegebedarfe durch eine Studie von Bernasconi aus dem Jahr 2017 betrachten. Durch Befragungen der Lehrkräfte und der Schulleitungen an 53 Förderschulen mit den Förderschwerpunkten geistige Entwicklung und/oder körperliche und motorische Entwicklung konnten, neben dem einleitend erwähnten Bereich der Körperpflege, die Bereiche der Kommunikation (92,6%), der Ernährung (85,9%) und der Mobilität (81,7%) als primäre Unterstützungsbereiche von Schüler*innen mit komplexen Beeinträchtigungen im pädagogischen Kontext identifiziert werden (vgl. Bernasconi, 2017, S. 314). Allein die Bereiche der Ernährung und der Körperpflege füllen in etwa 50 Prozent der Fälle jeweils bis zu einer Stunde des Schulalltags aus. Noch gravierender ist die Erkenntnis, dass der zeitliche Unterstützungsbedarf bezüglich der Kommunikation in 35 Prozent der Fälle gar mehr als drei Stunden einnimmt (vgl. Bernasconi, 2017, S. 316). Die Ergebnisse bestätigen Praschaks Aussage, dass „die Pflege ein wesentlicher Teil der Lebensgestaltung schwerstbehinderter Menschen ist“ (2009, S. 283). Aufgrund dessen ist die Betrachtung von Pflegesituationen im schulischen Kontext sowie der Entwurf von

pädagogischen Pflegekonzeptionen unumgänglich (vgl. Praschak, 2009, S. 283 f.). Übereinstimmend damit fordert Bernasconi (2017, S. 321 f.) aufgrund des hohen Zeitaufwands, den die Pflege von mehrfachbeeinträchtigten Kindern und Jugendlichen im Schulalltag einnimmt, dass Unterricht bezüglich dieser Schülerschaft neu und zwar interdisziplinär gedacht werden muss. Inhaltliche Ansprüche des Unterrichts sollten hierbei in schulische Pflegesituationen mit einfließen (vgl. Bernasconi, 2017, S. 322). Damit sind Handlungen der Bedürfnisbefriedigung nicht länger nur als Voraussetzung für das Stattfinden von Lern- und Bildungsprozessen, sondern vielmehr als Anlass für derartige Prozesse anzusehen. Demnach bringt die Pflege von Kindern mit komplexen Beeinträchtigungen einen Mehrwert für die pädagogische Praxis mit sich. Angelehnt an Schlichting (2013, S. 78) lassen sich diesbezüglich neun pädagogisch-ethische Gestaltungsmerkmale der Pflege festhalten, die sowohl die Potenziale von Pflegesituationen aufzeigen, als auch als Handlungsleitlinien interpretiert werden können:

- ausreichende Bedürfnisbefriedigung gewährleisten
- Sinn und Bedeutung vermitteln
- Dialog ermöglichen
- Selbstbestimmung ermöglichen
- Intimsphäre wahren
- Kultur vermitteln
- Kommunikation verbessern
- Kompetenzen erwerben
- Wahrnehmung fördern

Durch die bisherige Betrachtung des Pflegebegriffs in Zusammenhang mit Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen konnte zunächst das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit dieses Personenkreises aufgezeigt und ein allgemeiner Überblick über mögliche Pflegebereiche gegeben werden. Daraus wurde die Relevanz der pädagogischen Reflexion von Pflegesituationen abgeleitet und deren Potenziale anhand von pädagogisch-ethischen Gestaltungsalternativen offengelegt. Aufbauend auf dieser Betrachtungsweise kann im Laufe der Arbeit ein konkreter Ansatz dafür erarbeitet werden, wie das Gestaltungsmerkmal der Selbstbestimmung exemplarisch in die Situation der Körperpflege und somit in den schulischen Alltag von Schüler*innen mit komplexer Behinderung integriert werden kann.

2.2.2 Körperpflege

Aufgrund der Ergebnisse der Studie von Bernasconi (2017) und der besonderen Bedeutung der Körperwahrnehmung bei komplex beeinträchtigten Kindern und

Jugendlichen (vgl. Fröhlich, 2017, S. 229) wird die Körperpflege als besonders untersuchungswerter Pflegebereich angesehen und gilt als Gegenstand dieser Arbeit. Zu der Körperpflege zählen die Haut- und Nagelpflege, die Mund-, Nasen- und Ohrenhygiene sowie die Haar- und Augenpflege und die Kosmetik (vgl. Czerwinski, 2014, S. 121). Abgesehen von individuellen Bedürfnissen können die Zahn-/Mundpflege, die Hautpflege und der Bereich der Kosmetik aus pädagogischer und medizinischer Sicht im Kontext der schulischen Pflege von Menschen mit komplexer Behinderung in ihrer Relevanz hervorgehoben werden.

Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen weisen Schlichting (2013, S. 182) zufolge häufig Störungen der Mund- und Kieferbewegungen, der Kaubewegungen sowie des Mundschlusses auf. Daraus resultieren eine mangelnde mechanische Belastung der Zähne, ein erhöhter Speichelfluss sowie eine erschwerte Mundreinigung. Folglich ist diese Schülerschaft besonders von Infektionen im Mundbereich, einem krankhaften Mundmilieu und Karies betroffen (vgl. Schlichting, 2013, S. 182). Ebenso relevant wie die Pflege des Mundbereichs ist die Ganzkörperpflege der Haut. „Wahrscheinlich ist sie [die Haut] neben dem Gehirn das wichtigste unserer organischen Systeme“ (Montagu, 2012, S. 7), welchem eine Reihe an Funktionen zugeschrieben werden kann (vgl. Czerwinski, 2014, S. 120). Die Hautpflege ermöglicht zum einen die Reinigung der Haut und zum anderen sorgt sie für die Aufrechterhaltung ihrer Schutzfunktion, welche aufgrund des langen Sitzens oder Liegens und/oder unterschiedlicher Krankheitsbilder bei Menschen mit komplexer Behinderung besonders gefährdet ist (vgl. Schlichting, 2007, S. 237). Besonders anfällig für Entzündungen und Hautirritationen sind infolge des Tragens von Windeln die Hautpartien im Intimbereich (vgl. Schlichting, 2013, S. 184). An dieser Stelle ist die Intimpflege als ein spezieller Bereich der Körper- bzw. Hautpflege zu erwähnen. Dieser äußerst sensible und persönliche Bereich steht in ständigem Zusammenhang mit der sexuellen Entwicklung und wird daher gesondert in Kapitel 4 behandelt.

Im pädagogischen Kontext ist die Kommunikations- und Wahrnehmungsförderung von Schüler*innen mit komplexen Beeinträchtigungen über die Haut bedeutsam (vgl. Czerwinski, 2014, S. 120; Fröhlich, 2017, S. 229). Entsprechende Konzepte können die Weiterentwicklung des Körperselbstbildes sowie die Ausbildung der Identität fördern (vgl. Fröhlich, 2017, S. 233 f.). Daran anknüpfend ermöglicht die Kosmetik –

kurzgefasst die medizinisch oder ästhetisch motivierte Herstellung einer Harmonie zwischen der äußeren und inneren Wahrnehmung des Körperbildes (vgl. Seebaum, 1979, S. 183 ff.) – die Auslebung von Individualität und das Entscheiden darüber, ob sich das Individuum von der Norm abgrenzen oder sich dieser fügen und als dazugehörig fühlen will (vgl. Czerwinski, 2014, S. 121).

Unter Rückbezug auf diese erste Darstellung der Körperpflege wird in Kapitel 3 ausführlich auf den Stellenwert dieses Pflegebereichs für komplex beeinträchtigte Kinder und Jugendliche sowie auf die pädagogische Gestaltung der Pflegesituation unter der Berücksichtigung spezifischer Problembereiche mit dem Ziel der Selbstbestimmungserfahrung eingegangen. Für die praxisbezogenen Überlegungen ist es jedoch zunächst notwendig, ein Verständnis von dem Konstrukt der Selbstbestimmung darzulegen und dieses im Kontext komplexer Beeinträchtigungen zu reflektieren.

2.3 Selbstbestimmung als Leitidee

Jegliche pädagogische Handlung im Zusammenhang mit Kindern und Jugendlichen mit komplexer Behinderung sollte darauf ausgerichtet sein, deren Lebensqualität und Teilhabe zu steigern. Hierzu trägt maßgeblich das selbstbestimmte Handeln bei (vgl. Lamers et al., 2021, S. 263). Bereits 1981 thematisierte Hahn in seinem Werk ‚Behinderung als soziale Abhängigkeit‘ die Relevanz der Selbstbestimmungserfahrung für Menschen mit Behinderungen. In den Jahren danach bildete sich die Selbstbestimmung als eine der wichtigsten Leitideen der Behindertenpädagogik heraus (vgl. Lamers et al., 2021, S. 254).

2.3.1 Selbstbestimmung im Kontext komplexer Behinderung

Unter dem Begriff der Selbstbestimmung versteht Klauß (2007, S. 6) „eigene Motive zu haben, selbst Ziele zu setzen und zu planen und selbst Ergebnisse zu bewerten“. Weingärtner (2013) erweitert diese, den Intellekt betonende Ansicht um eine pragmatische Dimension, welche die konkrete Handlungsfähigkeit, also „das Umsetzen des eigenen Willens“ (Weingärtner, 2013, S. 29), mit einbezieht. Demgegenüber steht ein natürliches und notwendiges Abhängigkeitsverhältnis zum sozialen Umfeld, welches sich in einem alltäglich erlebbaren Maß an Fremdbestimmung im Leben eines jeden Menschen ausdrückt. Unter anderem setzt sich der Mensch diesem, mit dem Ziel der Bedürfnisbefriedigung, durchaus freiwillig aus (vgl. Hahn, 1981, S. 21 ff.;

Weingärtner, 2013, S. 67). Die Problematik besteht jedoch darin, dass Menschen mit Behinderungen, die Rede ist nicht nur von komplexer Behinderung, aufgrund der erhöhten sozialen Abhängigkeit einer Fremdbestimmung ausgesetzt sind, die nicht im Verhältnis zu den Erfahrungen nichtbehinderter Menschen steht (vgl. Hahn, 1981, S. 5 ff.). Es ist davon auszugehen, dass je weniger die Menschen ihre Bedürfnisse in den Bereichen des täglichen Lebens äußern können, bzw. je weniger ihnen ein eigener Wille oder die Fähigkeit zur Äußerung dessen zugestanden und ermöglicht wird, desto höher ist der Grad der Fremdbestimmung (vgl. Hahn, 1981, S. 7 ff.). Wird diese „je weniger – desto mehr – Überlegung“ auf die Lebenswirklichkeit von Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen übertragen, so wird klar, dass diese in einem besonders hohen Ausmaß, wenn nicht sogar gänzlich, durch Fremdbestimmungserfahrungen geprägt ist. Weingärtner (2013, S. 67) argumentiert hinsichtlich der Menschen mit schwerer geistiger Behinderung, dass ein fremdbestimmter Eingriff in das Leben dieser Menschen, mit dem Motiv vor gesundheitlichen Schäden schützen zu wollen, unter ständiger Reflexion der Angemessenheit der Maßnahmen durchaus legitim ist. Aufgrund der sowohl schweren körperlichen als auch geistigen Einschränkungen sind komplex beeinträchtigte Menschen hinsichtlich dieser Motivlage zwangsläufig auf Fremdbestimmung angewiesen. Wird das notwendige Maß jedoch überschritten, so kommt es zu einer identitätsschädigenden Unausgewogenheit zwischen der Selbst- und Fremdbestimmung (vgl. Hahn, 1981, S. 26; Weingärtner, 2013, S. 67).

In Anbetracht dessen geht es in der Selbstbestimmungsdebatte nicht um das Erreichen völliger Unabhängigkeit, sondern vielmehr um „die Qualität der Gestaltung der Beziehung in Abhängigkeitsverhältnissen“ (Seifert, 2009, S. 124) und der damit verbundenen Anerkennung der Selbstbestimmungspotenziale, mit dem Ziel der größtmöglichen individuellen Freiheit von Fremdbestimmung (vgl. Lamers et al., 2021, S. 257; Weingärtner, 2013, S. 36). Damit einhergehend besteht die Annahme, dass Selbstbestimmung voraussetzungslos und somit jeder Mensch zur Selbstbestimmung fähig ist (vgl. Lamers et al., 2021, S. 260). Ein solches Verständnis von Selbstbestimmung fordert auch das Hinterfragen von Routinen, Strukturen und Machtverhältnissen ein (vgl. Lamers et al., 2021, S. 263). Vor dem Hintergrund der intensiven geistigen und körperlichen Beeinträchtigungen der Menschen mit komplexer Behinderung muss dennoch sowohl die Anwendbarkeit der intellektuell gesteuerten

Selbstbestimmung als auch die der pragmatischen Dimension, in Zusammenhang mit der Thematik der Selbstständigkeit, diskutiert werden.

Basierend auf der Annahme, dass eine vorherrschend intellektuelle Sichtweise der Selbstbestimmung aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen nicht auf Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung übertragbar ist (Weingärtner, 2013, S. 30), unterliegt diese Arbeit der Ansicht, dass ein ganz elementar gedachter Zugang zur Selbstbestimmungsidee im Kontext komplexer Beeinträchtigungen notwendig ist. Auch wenn sich die Selbstbestimmung für komplex beeinträchtigte Menschen nicht über den Weg der bewussten kognitiven Reflexion von Handlungszielen und Motiven erschließen lässt, so ist es doch vielmehr ein ‚komplexes Bewertungssystem‘, auf dem das selbstbestimmte Handeln aufbaut. Dieses ergibt sich vorrangig aus individuellen Erfahrungen und Gefühlen sowie biografisch geprägten Motiven (vgl. Klauß, 2007, S. 10 f.). Klauß (2007) zufolge lassen sich dadurch bereits „auf dem Niveau der Ausbildung von Bedürfnissen, der Aneignung von Bewegungen und der Wahrnehmung von inneren und äußeren Reizen elementare Selbstbestimmungsprozesse identifizieren“ (S. 26).

Weingärtner (2013, S. 30) plädiert aufgrund des eingeschränkten intellektuellen Zugangs auf eine Fokussierung der pragmatischen Dimension, bei der die Selbstbestimmung durch die eigene Tätigkeit vorrangig betrachtet wird. Hierzu soll die Umgebung pädagogisch derart gestaltet werden, dass die Schüler*innen darin selbstständig agieren können, um so ihr Wollen selbstbestimmt umzusetzen (vgl. Weingärtner, 2013, S. 34). Dieser Ansatz ist auf den in dieser Arbeit behandelten Personenkreis aufgrund der zusätzlich erheblichen körperlichen Beeinträchtigungen jedoch nicht vollständig übertragbar. Der allumfassende Unterstützungsbedarf bedingt eine Art der Selbstbestimmung, bei der die Handlungsausführung entweder assistierend, bspw. in Form der Handführung, oder vollkommen durch Bezugspersonen übernommen wird. Eine derartige Befriedigung der Bedürfnisse unterliegt zweierlei Voraussetzungen: Zum einen der Kommunikation und zum anderen der Bereitschaft des sozialen Umfeldes, Selbstbestimmungserfahrungen ermöglichen zu wollen (vgl. Klauß, 2007, S. 6). Die Fähigkeit zur Selbstständigkeit stellt demnach keine Voraussetzung für die Selbstbestimmung dar (vgl. Klauß, 2007, S. 6; Lamers et al., 2021, S. 257).

Beruhend auf dem hier erarbeiteten Verständnis der Selbstbestimmung und den genannten Voraussetzungen stellt die ‚Ermöglichungspädagogik‘ einen pädagogischen Ansatz dar, der als Leitlinie für weitere Überlegungen dieser Arbeit dienen soll. Angelehnt an Seifert (2009, S. 123) muss in der pädagogischen Zusammenarbeit mit komplex beeinträchtigten Schüler*innen ein Unterstützungs-Konzept zum Einsatz kommen, welches impliziert, dass Betroffene nicht nur auf assistierende Leistungen, sondern, wie in Kapitel 2.1 bereits dargelegt, auf einen allumfassenden Unterstützungsbedarf angewiesen sind. „Es geht wesentlich darum, die persönliche Entwicklung anzuregen und Gelegenheiten zu bieten zur Erweiterung der individuellen Fähigkeiten, z.B. im Bereich der Kommunikation, damit Selbstbestimmung praktiziert werden kann“ (Seifert, 2009, S. 123). Das heißt, den Schüler*innen mit komplexer Behinderung muss zunächst durch die Gestaltung der Umwelt die Möglichkeit gegeben werden, individuelle Vorlieben und Abneigungen zu entwickeln, nach denen sich persönliche Bedürfnisse richten. Die Bedürfnisse können dann im Rahmen der den Schüler*innen offenbarten Kommunikationsmöglichkeiten, ausgedrückt und durch ein sensibilisiertes Umfeld wahrgenommen werden. Im Sinne der Ermöglichungspädagogik beginnt die Realisierung von Selbstbestimmung somit bereits bei der persönlichkeitsausbildenden Aneignung der Umwelt und endet mit der Handlungsausführung des eigenen Willens.

Daran knüpft auch Weingärtner mit seinem Konzept der *Basalen Selbstbestimmung* an, mit welchem er auf einer konkreten Handlungsebene beschreibt, wie Selbstbestimmung im Alltag von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung stattfinden kann (vgl. Weingärtner, 2013, S. 73). Da Weingärtner nur den Personenkreis schwer geistig beeinträchtigter Menschen in seinen Überlegungen berücksichtigt, muss sein im Folgenden dargestellter Ansatz teilweise hinsichtlich der körperlichen Beeinträchtigungen von Menschen mit komplexer Behinderung modifiziert werden, um ihn so für weitere praxisbezogene Überlegungen nutzen zu können.

2.3.2 Basale Selbstbestimmung

Das Konzept der *Basalen Selbstbestimmung* baut auf der Annahme Weingärtners auf, dass Selbstbestimmung für komplex (geistig) beeinträchtigte Menschen durch das ‚Selbstentscheiden‘, das ‚Erfahren der eigenen Wirkung‘ sowie die ‚Selbsttätigkeit‘ realisiert werden kann (vgl. Weingärtner, 2013, S. 73).

Das Kriterium des ‚Selbstentscheidens‘ basiert auf der Idee des Autonomieprinzips nach Hahn. Indem nicht länger für die Menschen mit komplexer (geistiger) Behinderung in jeglichen Lebensbereichen entschieden wird und ihnen stattdessen Auswahlmöglichkeiten gestellt werden, soll die Fremdbestimmung durch das ‚Selbstentscheiden‘ reduziert werden (vgl. Weingärtner, 2013, S. 74). Dazu gehören kleinste Entscheidungen wie bspw. die, ob zuerst der linke oder der rechte Schuh angezogen oder mit welchem Löffel gegessen werden soll. Hinsichtlich der Menschen mit komplexen geistigen und körperlichen Beeinträchtigungen besteht hierbei die Herausforderung im Erkennen der getroffenen Entscheidung (vgl. Weingärtner, 2013, S. 75). Die gegenseitig verständliche Kommunikation bildet dementsprechend das Fundament für das ‚Selbstentscheiden‘. Ebenso wichtig ist die kognitive Voraussetzung, dass Fragen überhaupt verstanden und Auswahlmöglichkeiten wahrgenommen werden können (vgl. Weingärtner, 2013, S. 83). Für Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen stellen hierbei die Reduzierung der Auswahlmöglichkeiten und Reize sowie die Aufbereitung dieser, entsprechend der zur Verfügung stehenden Wahrnehmungskanäle, Schlüsselfaktoren dar (vgl. Weingärtner, 2013, S. 83). Wiederum schränkt die Vorgabe von Auswahlmöglichkeiten den Freiheitsgrad der Entscheidungsmacht ein (vgl. Weingärtner, 2013, S. 83). Aufgrund dessen formuliert Weingärtner zwei weitere Aspekte, durch welche die Selbstbestimmung noch umfassender erreicht werden soll.

Neben den genannten Bedingungen ist die kognitive Vernetzung zwischen dem eigenen Handeln und den daraus resultierenden Folgen für das Treffen einer Entscheidung fundamental. Durch das ‚Erfahren der eigenen Wirkung‘ soll dieses Wirkungsgefüge für Schüler*innen mit komplexen Beeinträchtigungen erlebbar und verständlich gemacht werden (vgl. Weingärtner, 2013, S. 75). Selbstwirksamkeitserfahrungen auf der sowohl zwischenmenschlichen als auch auf der körperlichen Ebene können nur gemacht werden, indem die Schüler*innen lernen, zwischen selbst- und fremdverursachten Erfahrungen zu differenzieren (vgl. Weingärtner, 2013, S. 76). Aufgrund des kognitiven Entwicklungsstandes und der durch die fremdbestimmte Handlungsübernahme inputarmen Lebensrealität von komplex beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen ist die Fähigkeit zur Differenzierung und Verknüpfung des eigenen Handelns und der hierdurch gemachten Erfahrung eingeschränkt (vgl. Weingärtner, 2013,

S. 78). Daher ist die pädagogische Gestaltung von Übungen, die konkret die Verknüpfung von motorischen Aktivitäten mit der sensorischen Empfindung ansprechen, notwendig (vgl. Weingärtner, 2013, S. 80). Unter Rückgriff auf Piagets Entwicklungsmodell beschreibt Weingärtner (2013, S. 80) diesen Übungsprozess anhand der sensomotorischen Phase, die bei Menschen ohne Behinderung in den ersten beiden Lebensjahren durchlaufen wird. „Die Koppelung erweitert sich von körpernahen (primären) Zirkulärreaktionen, wie etwa dem Daumenlutschen zu körperferneren Zirkulärreaktionen, wie etwa dem Anstoßen einer Rassel über dem Bettchen durch Strampeln (sekundäre Zirkulärreaktion)“ (Weingärtner, 2013, S. 80).

Daran anknüpfend verkörpert die ‚Selbsttätigkeit‘ das dritte Element der *Basalen Selbstbestimmung* und wird als „jede Form der selbstgesteuerten motorischen Aktivität“ (Weingärtner, 2013, S. 84) verstanden. In der ‚Selbsttätigkeit‘ sieht Weingärtner (2013, S. 83) für Menschen mit schweren geistigen Beeinträchtigungen die Chance, eigenen Impulsen folgen und Tätigkeiten im individuellen Rhythmus ausführen zu können, ohne dabei durch kognitive Anforderungen oder limitierte Auswahlmöglichkeiten in ihrer Selbstbestimmung eingeschränkt zu sein. Die Aufgabe der pädagogischen Fachkräfte liegt hierbei darin, Potenziale zur Eigenaktivität zu erkennen und durch die gestaltete Umgebung zu fördern (vgl. Weingärtner, 2013, S. 84). Angesichts der in dieser Arbeit untersuchten Schülerschaft ist das Ausmaß an Eigenaktivität, welches Weingärtner einfordert, jedoch nicht realisierbar. Schüler*innen mit komplexer Behinderung können sich zumeist nicht eigenständig fortbewegen oder gezielt nach Gegenständen greifen. Wie in Kapitel 2.3 geschildert, benötigen die Betroffenen bei der Umsetzung des Willens stets die Unterstützung einer Bezugsperson. Nach Weingärtner (2013, S. 86) kann dies als Selbstbestimmung durch ‚Fremdtätigkeit‘ oder bei einer eher assistierenden Unterstützungsform als Mischform aus Selbst- und Fremdtätigkeit angesehen werden. Es ist also zu akzeptieren, dass die Selbsttätigkeit und demnach auch die Selbstbestimmung immer dem allumfassenden Unterstützungsbedarf unterliegen und daher für Kinder und Jugendliche mit komplexen Beeinträchtigungen eher indirekter Natur sind. Umso wichtiger ist die pädagogische Ausschöpfung jeglicher Potenziale, durch die zumindest das größtmögliche Ausmaß an Selbstbestimmung erreicht werden kann. Die ‚Selbsttätigkeit‘ ist daher auch für diese Schülerschaft besonders relevant. Sie ist in jeglichen motorischen Aktivitäten zu sehen,

mit denen die Schüler*innen eventuell ihren Willen und ihre Bedürfnisse zum Ausdruck bringen wollen. Dazu gehört es auch, Verhaltensauffälligkeiten neu zu interpretieren und zu reflektieren (vgl. Lamers et al., 2021, S. 264). Bergeest und Boenisch (2019) fordern in diesem Kontext:

Das körperliche Ausdrucksverhalten, die ggf. feinen unterschiedlichen Facetten des Ausdrucks achtsam und aufmerksam im Dialog mit der betreuenden Person herauszuarbeiten und ihr Ausdrucksalternativen für eine differenziertere Verständigung anzubieten, ist eines der wichtigsten pädagogischen Ziele in der Begleitung und Förderung dieses Personenkreises. Es ist die Voraussetzung für ein mitbestimmendes, u.U. auch zunehmend selbstbestimmteres und erträgliches Leben unter den Bedingungen umfassender Abhängigkeit und sich wiederholender Grenzerfahrung. (S. 141)

Zusammenfassend zeigt die *Basale Selbstbestimmung* konkrete Anhaltspunkte auf, wie Kinder und Jugendliche mit komplexer Behinderung Selbstbestimmung erfahren können. Die Realisierung unterliegt jedoch der Voraussetzung einer gelingenden Kommunikation. Ein selbstbestimmteres Leben und somit auch eine Verbesserung der Lebensqualität kann demnach durch die Verbesserung der Kommunikationssituation erzielt werden. Das Konzept der *Unterstützten Kommunikation* setzt genau an dieser Überlegung an und „umfasst den Einsatz ergänzender und alternativer Kommunikationshilfen“ (Bergeest & Boenisch, 2019, S. 121), mit denen komplex beeinträchtigten Schüler*innen der Zugang zu individuellen Verständigungsmöglichkeiten geschaffen werden kann. In Kapitel 2.4 wird daher abschließend für den theoretischen Hintergrund dargelegt, was unter dem Konzept der *Unterstützten Kommunikation* zu verstehen ist.

2.4 Unterstützte Kommunikation

Die von Bergeest und Boenisch (2019, S. 121) gewählte Wortwahl der „ergänzenden und alternativen Kommunikationshilfen“ ist abzuleiten von der international verwendeten Terminologie der ‚Augmentative and Alternative Communication‘ (AAC). Der aus den USA stammende Ansatz der *Unterstützten Kommunikation*, häufig abgekürzt als UK, verbreitete sich in Deutschland seit den 1990er Jahren mit einem besonderen Praxis- bzw. Förderschulbezug, zumeist initiiert von sonderpädagogisch ausgebildetem Fachpersonal. Seit den 2000er Jahren folgte im deutschsprachigen Raum auch vermehrt die theoretische Fundierung der UK-Bewegung (vgl. Braun, 2020, S. 19 f.).

Abzugrenzen ist diese von der etwa zeitgleich etablierten Methode der ‚Gestützten Kommunikation‘, mit der die konkret gestützte Ansteuerung von Kommunikationshilfen durch die Hilfe weiterer Personen oder die Handführung bei Schreibvorgängen gemeint ist (vgl. Bergeest & Boenisch, 2019, S. 122; Braun, 2020, S. 20 f.). Die ‚Gestützte Kommunikation‘ kann somit vielmehr als eine mögliche UK-Methode angesehen werden (vgl. Nußbeck, 2021, S. 238).

2.4.1 Differenzierungsmöglichkeiten und Versorgungskriterien

Grundsätzlich zählen zur *Unterstützten Kommunikation* alle Hilfen, die den Menschen ohne oder mit einer stark eingeschränkten Lautsprache die Möglichkeit zur Verständigung offenbaren und dabei pädagogisch oder therapeutisch initiiert werden (vgl. Wilken, 2021, S. 9). Mit den ergänzenden Kommunikationshilfen sind solche gemeint, welche die Lautsprache entgegen den alternativen Kommunikationshilfen nicht ersetzen, sondern diese unterstützen oder begleiten (vgl. Tetzchner & Martinsen, 2000, S. 17; Wilken, 2021, S. 9 f.). Sie helfen also bspw. dabei, eine unklare Lautsprache verständlicher zu machen oder die Sprachentwicklung zu fördern (vgl. Wilken, 2021, S. 10). Ist hierdurch keine ausreichende Unterstützung gegeben, so kommen die Kommunikationssysteme zum Einsatz, die die Lautsprache ersetzen. Dazu gehören Gebärden, graphische Symbole oder Schrift sowie technische Hilfen (vgl. Wilken, 2021, S. 9). Neben den ergänzenden und alternativen Kommunikationssystemen wird zwischen den körpereigenen und den hilfsmittelgestützten Kommunikationsformen unterschieden (vgl. Braun, 2020, S. 24; Tetzchner & Martinsen, 2000, S. 18). Die Kommunikation mit dem eigenen Körper kann nicht-intentional, das heißt, über Vitalzeichen (z.B. Herzfrequenz, Atmung, Muskelspannung), oder intentional über Blickkontakt, Gestik und Mimik, Zeigebewegungen und Gebärden stattfinden (vgl. Braun, 2020, S. 24). Da die körpereigene Kommunikationsform jederzeit zugänglich ist, stellt sie das Fundament für jedes UK-System dar (vgl. Braun, 2020, S. 24). Jedoch besteht die Problematik, dass häufig nur vertraute Kommunikationspartner zur richtigen Interpretation der Kommunikationszeichen in der Lage sind, wodurch sich die Relevanz von externen Unterstützungssystemen ergibt (vgl. Braun, 2020, S. 24). Zu diesen gehören sowohl nichtelektronische als auch elektronische Kommunikationshilfen (vgl. Braun, 2020, S. 25). Heutzutage steht ein umfangreiches Spektrum möglicher

Kommunikationshilfen zur Auswahl, die von einfachen ‚Ich-Büchern‘¹ und Kommunikationstafeln, bis hin zu komplexen Computersystemen mit Augen- und Kopfsteuerung reichen (vgl. Braun, 2020, S. 25). Viele dieser Kommunikationshilfen bauen auf graphischen Zeichensystemen auf, die jedoch keinesfalls einheitlich sind. Mehr als sieben unterschiedliche Symbol-Systeme werden regulär in der UK verwendet (vgl. Tetzchner & Martinsen, 2000, S. 21). Das heißt, auch hierbei wird die Komplexität des UK-Systems deutlich.

Entscheidend ist die Frage nach der richtigen Auswahl der Kommunikationshilfen. In erster Linie sind hierfür die Bedürfnisse der betroffenen Person maßgebend (vgl. Tetzchner & Martinsen, 2000, S. 67). Die Auswahl geeigneter Hilfsmittel muss sich zudem nicht nur auf eines begrenzen. Durchaus können mehrere Kommunikationssysteme von einer Person in unterschiedlichen Lebenssettings genutzt werden (vgl. Tetzchner & Martinsen, 2000, S. 67). Angesichts der Annahme, dass jeder Mensch multimodal, das heißt gleichzeitig über unterschiedliche Ausdrucksweisen wie Gestik, Mimik und Laute kommuniziert, ist es gar wünschenswert, dass sich auch UK-Nutzer*innen kontextgebunden über unterschiedliche Kommunikationssysteme verständigen können (vgl. Kristen, 2021, S. 115; Spreer & Wahl, 2020, S. 136 f.). Ergänzend zu den bisherigen Kriterien fordert Braun (2020, S. 21) für eine gelingende UK-Versorgung – orientiert an dem in Kapitel 2.1 skizzierten Behinderungsbegriff der ICF – einen vielperspektivischen Blick ein. Demnach sind „die wechselseitigen Wirkungsprozesse von individueller Schädigung, umwelt- und personenbezogenen Kontextfaktoren und Teilhabemöglichkeiten im Hinblick auf *Unterstützte Kommunikation* zu akzentuieren“ (Braun, 2020, S. 21). Darauf aufbauend arbeitet Braun (2020, S. 21) vier Perspektiven heraus, die für die Versorgung im Rahmen der UK relevant sind: (1) Die Perspektive auf die potenziellen UK-Nutzer, (2) die Perspektive auf die Bezugspersonen, (3) die Perspektive auf die spezifischen UK-Modi, (4) die Perspektive auf die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.

¹ Erläuterung: „Ich-Bücher enthalten wichtige Informationen über den nicht-sprechenden Menschen, die dieser nicht (laut)sprachlich weitergeben kann. Sie sind somit eine Informationsquelle für Bezugspersonen. [...]. Ich-Bücher sind auf dem Abstraktionsniveau des Nutzers verfasst und können daher von ihm auch als Kommunikationsbuch genutzt werden.“ (Fröhlich, 2016, S. 3)

2.4.2 Schüler*innen mit komplexer Behinderung als UK-Nutzergruppe

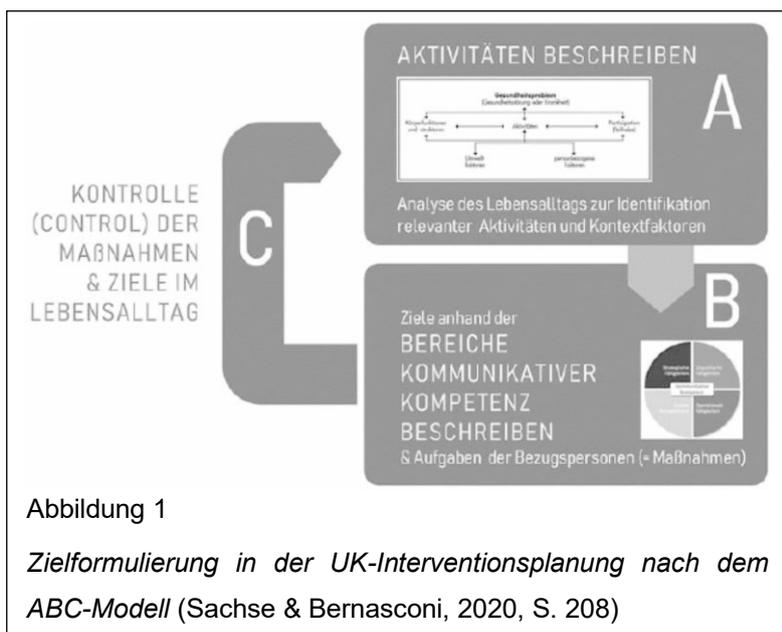
Bezüglich der potenziellen UK-Nutzer lassen sich nach Tetzchner und Martinsen (2000, S. 79 ff.) anhand der Funktion, die die *Unterstützte Kommunikation* für die betroffenen Personen einnimmt, drei Nutzergruppen unterscheiden. Unter Gruppe eins fallen alle Menschen, für die die UK bei vorhandenem Sprachverständnis, jedoch unverständlicher oder mangelnder Lautsprache, als Ausdrucksmittel gilt. Für die Personen in Gruppe zwei stellt die UK eine Hilfe zum Spracherwerb dar. Die dritte Gruppe ergibt sich aus denjenigen, bei denen die UK als Ersatzsprache genutzt wird. Hierzu zählen auch die Schüler*innen mit komplexer Behinderung, denn sie sind ein Leben lang auf ein zur Lautsprache alternatives Sprachsystem angewiesen. Eine andere Möglichkeit der Differenzierung von Nutzergruppen stellt die Orientierung an der individuellen Kommunikationskompetenz dar (vgl. Weid-Goldschmidt, 2015, S. 11). Unterschieden werden nach Weid-Goldschmidt (2015, S. 12) somit vier Zielgruppen der *Unterstützten Kommunikation*, die Spreer und Wahl (2020, S. 136) zusammenfassen als: (1) Personen, die präintentional kommunizieren, (2) Personen mit präsymbolischen Kommunikationsfähigkeiten, (3) nicht altersgemäß symbolisch kommunizierende Personen, (4) altersgemäß symbolisch kommunizierende Personen. Die in dieser Arbeit untersuchte Schülerschaft gilt als präintentional kommunizierend. Ähnlich wie im frühen Kindesalter wird zur Kommunikation auf ‚nicht-intentionale Vorläuferfähigkeiten‘ zurückgegriffen, sodass die Kommunikation unmittelbar von den dargebotenen Reizen und der Wahrnehmung des Umfeldes abhängig ist (vgl. Weid-Goldschmidt, 2015, S. 12/32). Die starken Beeinträchtigungen aller Körperfunktionen lassen annehmen, dass keine oder eine nur sehr eingeschränkte Intentionalität möglich ist (vgl. Weid-Goldschmidt, 2015, S. 31). Informationen werden über körpernahe Reize aufgenommen und mit körperlichen Reaktionen beantwortet. Atem- und Herzrhythmus, Lautäußerungen, Berührungen und Hautkontakt sowie Bewegung und Körperspannung stellen die primären Kommunikationskanäle dar (vgl. Weid-Goldschmidt, 2015, S. 32). Die gesprochene Sprache kann inhaltlich möglicherweise nicht verstanden werden, jedoch können Informationen aus paraverbalen Aspekten, wie Sprachmelodie, Tempo und Lautstärke gezogen werden. Neben der auditiven Wahrnehmung stellen visuelle, taktile, olfaktorische und gustatorische sowie vestibulär-vibratorische Reize einen wichtigen Kommunikationszugang für die betroffene

Schülerschaft dar (vgl. Weid-Goldschmidt, 2015, S. 32). Entscheidend im Umgang mit der präintentional kommunizierenden Nutzergruppe im schulischen Kontext ist das Bewusstsein dafür, dass es sich um Menschen handelt, die dem Kleinkindalter entwachsen sind. Trotz der Annahme, dass die Schüler*innen nicht bewusst oder reflektiert kommunizieren, sollte dem Alter entsprechend mit ihnen gesprochen und ihr Verhalten dementsprechend gedeutet werden (vgl. Weid-Goldschmidt, 2015, S. 37). „Das wesentliche kommunikativ-sprachliche Ziel für die Personen der Gruppe 1 ist es - wenn möglich -, die Kommunikationsfunktionen von einer unbewusst-reaktiven Ebene auf eine verlässlichere, intentionalere Ebene zu transferieren“ (Weid-Goldschmidt, 2015, S. 37). Demnach gilt es stets ressourcen- und kompetenzorientiert zu denken, sodass eine Weiterentwicklung der Fähigkeiten nie ausgeschlossen wird. Ein Kompetenzzuwachs kann nur erreicht werden, indem die Reaktionen der Kinder und Jugendlichen aufgenommen und ihnen selbst verständlich gemacht werden. In dieser Forderung von Weid-Goldschmidt (2015, S. 37) ist der Aspekt der Selbstwirksamkeitserfahrung der *Basalen Selbstbestimmung* wiederzufinden. Derartige Erfahrungen sind demnach fundamental sowohl für die Selbstbestimmung, als auch für die Kommunikationsfähigkeit. Des Weiteren muss die Interaktion den persönlichen und institutionellen Rahmenbedingungen angepasst und die *Unterstützte Kommunikation* kontinuierlich in die Alltagssituationen eingebaut werden (vgl. Weid-Goldschmidt, 2015, S. 37). Im pädagogischen Kontext gilt daher, dass eine umfangreiche Interventionsplanung, die alle geschilderten Versorgungskriterien berücksichtigt, für eine gelingende UK-Versorgung von Nöten ist.

2.4.3 ABC-Interventionsmodell

„UK-Interventionen bezeichnen das geplante und systematische Unterstützen einer nicht lautsprachlich kommunizierenden Person bei der Erweiterung ihrer kommunikativen Unabhängigkeit und Partizipation“ (Sachse & Bernasconi, 2020, S. 204). Die Intervention umfasst folglich mehr als nur das zur Verfügung stellen von Hilfsmitteln und das sporadische Anwenden dieser. Es handelt sich um einen langfristigen und planvollen Prozess, der die Aspekte einer funktionierenden Alltagskommunikation und den Ausbau der kommunikativen sowie schriftsprachlichen Kompetenz und somit die zunehmende kommunikative Unabhängigkeit zum Ziel hat (vgl. Sachse & Bernasconi, 2020, S. 204). In Anbetracht dessen und der in Kapitel 2.4.1 aufgeführten

Perspektiven, die bei jeglichen Überlegungen hinsichtlich der UK-Versorgung berücksichtigt werden müssen, stellt das *ABC-Modell*, angelehnt an Sachse und Bernasconi (2020, S. 207), einen für die Praxis geeigneten Ansatz dar, bei welchem insbesondere die Wechselwirkungen zwischen UK-Nutzer*in, Bezugsperson und Umweltbedingungen berücksichtigt werden. Konkret soll die Interventionsplanung anhand des ABC-Modells durch einen zirkulären Dreischritt gelingen, der in Abbildung 1 veranschaulicht und im Weiteren erläutert wird:



Bei der Beschreibung der Aktivitäten liegt die Betonung auf der Relevanz der Aktivitäten. Damit sind solche gemeint, die durch ihren Lebensweltbezug bedeutsam für die betroffenen Personen sind. Es sollen Aktivitäten ausgesucht werden, in denen eine vermehrte Teilhabe aus Sicht der UK-Nutzer*innen er-

strebenswert sowie realistisch ist und die an ihren Interessen und Kompetenzen orientiert sind (vgl. Sachse & Bernasconi, 2020, S. 208 f.). Neben dem Einbezug der unterstützenden kommunizierenden Personen müssen bei der Aktivitätsbeschreibung auch die Rolle des Gesprächspartners sowie Möglichkeiten der Kommunikationsformen berücksichtigt werden (vgl. Sachse & Bernasconi, 2020, S. 209). Zusammenfassend ergeben sich nach Sachse und Bernasconi (2020, S. 209) vier, in die Beschreibung einzubeziehende, Bereiche: (1) die aktuellen Aktivitäten und Fähigkeiten, (2) die Zielformulierung und der Mehrwert, (3) die alternativen Kommunikationsformen und (4) der Gesprächspartner.

In Teil B der Interventionsplanung sollen daran anschließend konkrete Ziele und Maßnahmen bezüglich der kommunikativen Kompetenz ausgeführt werden, die im besten Fall zur Teilhabe an den zuvor beschriebenen Aktivitäten beitragen sollen (vgl. Sachse & Bernasconi, 2020, S. 209). Die Zielformulierung sollte so gestaltet sein,

dass konkrete Handlungsmöglichkeiten sowohl seitens der UK-Nutzer*innen, als auch der Bezugspersonen aufgezeigt werden. Zur differenzierten Beschreibung empfehlen Sachse und Bernasconi (2020, S. 209 f.) die Orientierung an dem Modell der kommunikativen Kompetenz. Demnach sind vier Fähigkeitsbereiche zu unterscheiden, die im Folgenden dargestellt werden. Mit der linguistischen Fähigkeit sind der Wortschatz und grammatikalisch-syntaktische Fähigkeiten gemeint, die es ermöglichen, Gesprächsbeiträge zu formulieren (vgl. Sachse & Bernasconi, 2020, S. 205). Die operationale Fähigkeit bezieht sich auf die alltägliche Handlungsfähigkeit „Beiträge in der jeweiligen Kommunikationsform zusammenstellen zu können“ (Sachse & Bernasconi, 2020, S. 205). Damit ist bei UK-Nutzer*innen z.B. das Finden von Wörtern auf dem Talker gemeint. Zudem bedarf jede Gesprächssituation einer sozialen Kompetenz (vgl. Sachse & Bernasconi, 2020, S. 206). Den vierten Bereich stellt die strategische Fähigkeit dar. Diese umfasst die kontextgebundene Auswahl der effektivsten Kommunikationsform, das heißt die situationsgebundene Abwägung, ob bspw. die körpereigene Kommunikationsform oder das Nutzen der Kommunikationshilfe idealer ist (vgl. Sachse & Bernasconi, 2020, S. 206).

Abschließend gilt es, in Teil C die Maßnahmen und Ziele zu kontrollieren. Voraussetzung hierfür ist eine operationalisierte Zielformulierung, sodass das (Nicht-)Erreichen des Ziels auch tatsächlich anhand von Verhaltensweisen und dem Vergleich von zeitlich versetzten Situationen beobachtet werden kann (vgl. Sachse & Bernasconi, 2020, S. 214).

3 Körperpflege bei Schüler*innen mit komplexer Behinderung – Auf dem Weg zur Selbstbestimmung

Bisher wurde deutlich, dass die Lebensrealität von Menschen mit komplexer Behinderung aufgrund der sozialen und pflegerischen Abhängigkeit von Fremdbestimmungserfahrungen geprägt ist. Da der betroffene Personenkreis seine Fähigkeiten häufig nicht von selbst auf eine allgemein verständliche Weise zeigen kann, werden ihm diese durch das Umfeld auch nicht anerkannt (vgl. Leber, 2020, S. 170). Die bisherigen Ausführungen zeigen auch, dass die Rolle der Kommunikation und die Offenbarung von Ausdrucksalternativen durch das Umfeld fokussiert werden muss, um diesem Phänomen entgegenzuwirken und Möglichkeiten der Mitgestaltung und Selbstbestimmung zu schaffen.

Unter der Prämisse, dass Schüler*innen mit komplexen Beeinträchtigungen aufgrund der intensiven sowohl kognitiven, als auch motorischen Einschränkungen stets eine abhängige bzw. indirekte Selbstbestimmung erfahren werden, sollen in diesem Kapitel anhand des Konzepts der *Basalen Selbstbestimmung* nach Weingärtner (2013) und dem ABC-Interventionsmodell konkrete Ansätze für die praktische Realisierung der Selbstbestimmung dieser Schülerschaft herausgearbeitet werden. Hierzu werden zunächst die Überlegungen bezüglich der Körperpflege aus Kapitel 2.2.2 aufgegriffen und die Bedeutung sowie Handlungs- und Problembereiche der Körperpflege weiter vertieft.

3.1 Bedeutung der Körperpflege im pädagogischen Kontext

Es lassen sich mehrere Gründe dafür finden, dass die pädagogische Betrachtung der Körperpflege für Kinder und Jugendliche mit komplexer Behinderung bedeutsam ist. Bereits aufgezeigt wurde, dass komplex beeinträchtigte Schüler*innen an Förderschulen zum Großteil auf eine zeitintensive Unterstützung in der Körperpflege angewiesen sind (vgl. Bernasconi, 2017, S. 314 ff.). Zudem ist anzuführen, dass sich die Körperpflege auf die physiologische Ebene des Menschen bezieht (vgl. Praschak, 2009, S. 292). Das Wissen über die physischen Bedingungen und die Berücksichtigung dieser stellen nach Schlichting (2007, S. 233) die Grundlage der pädagogischen Arbeit dar. Ohne das Eingehen auf die körperlichen Probleme und krankhaften Zustände wird eine Verschlimmerung der Beschwerden, wenn nicht gar das Herbeiführen von lebensbedrohlichen Zuständen, in Kauf genommen (vgl. Schlichting, 2007, S. 233). Als weiteren Aspekt sind die in Kapitel 2.2.1 aufgeführten Bildungspotenziale der Pflege zu benennen, die eine deutliche Verbindung von Pflege und Pädagogik sichtbar machen. Auf dieser Basis gilt die Pflege als ein bedeutsames Lernfeld für Schüler*innen mit komplexer Behinderung (vgl. Praschak, 2009, S. 284). Durchaus wichtig ist daher, von wem die Pflege übernommen wird (vgl. Praschak, 2009, S. 284). Schlichting (2007, S. 233) fordert im Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit komplexer Behinderung eine besondere Professionalität hinsichtlich der Kenntnisse über anatomisch-physiologische Vorgänge, auftretende Probleme sowie pflegerische und therapeutische Interventionsmöglichkeiten. Die Untersuchung von Bernasconi (2017, S. 315) ergibt dahingehend jedoch, dass pflegerische Handlungen in der Körperpflege vorherrschend (45,7 %) von den Integrationshelfer*innen durchgeführt werden.

Problematisch dabei ist, dass sich Integrationshelfer*innen häufig in unsicheren Beschäftigungsverhältnissen befinden und zudem keine einheitlichen Qualifikationsanforderungen gestellt werden, sodass eine mangelnde pädagogische und pflegerische Ausbildung nicht ausgeschlossen werden kann (vgl. Heinrich & Lübeck, 2013, S. 93). Dieses Zusammenspiel kann wiederum zu den in der Einleitung erwähnten Überforderungsmomenten führen (vgl. Heinrich & Lübeck, 2013, S. 93). Auch Lehrkräfte, die zu 25,7 Prozent die Körperpflege übernehmen (vgl. Bernasconi, 2017, S. 315), fühlen sich durch die Überschneidung von pflegerischen und pädagogischen Aufgabenbereichen überfordert. Die fehlende medizinische Ausbildung sowie der Personalschlüssel sind hierbei maßgebend (vgl. Schellen, 2020, S. 29). Aufgrund der Abhängigkeit vom Personalstand ergibt sich zudem die Problematik, dass die Pflegehandlungen innerhalb eines Schuljahres im Durchschnitt von vier bis fünf unterschiedlichen Personen durchgeführt werden (vgl. Bergeest & Boenisch, 2019, S. 366; Ortland, 2005, S. 116). Das Fehlen einer konstanten Bezugsperson in sensiblen Pflegebereichen ist besonders aufgrund der Beeinträchtigung des Beziehungsaufbaus und des Vertrauens- und Sicherheitsgefühls (vgl. Bienstein & Fröhlich, 2016, S. 95) sowie der Gefährdung der Intimsphäre (vgl. Czerwinski, 2014, S. 150 f.) zu kritisieren. In Anbetracht dessen scheint die Herausarbeitung von Handlungsmöglichkeiten – in diesem Fall spezifisch für die Körperpflege mit dem Ziel der Selbstbestimmung – besonders relevant zu sein. Diese können als Leitlinie für die pflegenden Personen gelten und den Schüler*innen so hinsichtlich der Durchführung der Pflege Kontinuität bieten. Besonders der Einbezug der *Unterstützten Kommunikation* fordert eine einheitliche Zielsetzung und Umsetzung im Alltag, sodass präintentional kommunizierende Kinder und Jugendliche auch von dem Einsatz der Kommunikationshilfen profitieren können (vgl. Weid-Goldschmidt, 2015, S. 37).

Die Bedeutung, welche die Körperpflege für Schüler*innen mit komplexen Beeinträchtigungen einnimmt, geht über den Erhalt der Funktionsfähigkeit des menschlichen Organismus hinaus. Durch die Nähe zum Körper spielt die Körperwahrnehmung eine hervorzuhebende Rolle. Bereits in Kapitel 2.1 und 2.4.2 wurde die unmittelbare Nähe zum Körper bzw. der direkte Hautkontakt als primärer Wahrnehmungskanal für die betroffene Schülerschaft herausgearbeitet. Die Initiierung von körpernahen Reizangeboten löst das Erfahren der eigenen Person aus und bildet so die Grundlage für

sämtliche Wahrnehmungsprozesse des Umfelds und der Umwelt (vgl. Schlichting, 2013, S. 18). Das Fühlen und Erfahren substanzieller Dinge macht die Realität für den Menschen greifbar. Durch Berührungen lernt er, dass die Welt aus mehr als ihm selbst besteht (vgl. Montagu, 2012, S. 83 f.). Schlichting (2013) zufolge eignen sich Pflegemaßnahmen besonders gut für „Förderangebote, die betroffenen Menschen ihren Körper, seine Grenzen bzw. seine Lage im Raum und ihre unmittelbare Lebenswelt bewusst machen“ (S. 18). Elementare Erfahrungen, wie das Erspüren des eigenen Körpers, die den Kindern und Jugendlichen mit komplexer Behinderung nicht eigenständig zugänglich sind, können in der Körperpflege bspw. durch das Waschen und Eincremen ermöglicht werden (vgl. Schlichting, 2013, S. 75). Auch andere Wahrnehmungsbereiche können, z.B. durch das Riechen von Waschlotion und das Hören des Wasserrauschens, angeregt werden (vgl. Schlichting, 2013, S. 75). Durch die Aufnahme und Verarbeitung von derartigen Reizen entwickeln sich beim Menschen Vorlieben. Er bildet einen Geschmack aus, der zur Beurteilung dessen beiträgt, was einem (nicht) gefällt (vgl. Klauß, 2007, S. 20). Diese Geschmacksausbildung ist prägend für das in Kapitel 2.3.1 erwähnte Bewertungssystem, auf dessen Grundlage sich komplex beeinträchtigte Menschen selbst bestimmen (vgl. Klauß, 2007, S. 20).

Bezüglich der körpernahen Handlungen in der Körperpflege ist zu berücksichtigen, dass viele der Kinder mit körperlichen Beeinträchtigungen „körperliche Grenzverletzungen erlitten und Misstrauen gegen Berührungen entwickelt haben können“ (Haupt, 2001, S. 174). Daher ist der Umgang mit Berührungen generell innerhalb der Zusammenarbeit mit betroffenen Kindern und Jugendlichen und insbesondere im Kontext der Körperpflege von den Pflegepersonen zu reflektieren. Schlichting (2007, S. 73) verweist hierbei auf den gleichberechtigten Dialog über den Körper. Berührungen sollten stets als Kommunikationsmittel angesehen werden, mit denen Handlungen eingeleitet und beendet werden können und mit denen den Schüler*innen Orientierung gegeben werden kann. Ebenso müssen „kleinste körperliche Signale des betroffenen Menschen aufgenommen, gedeutet und beantwortet werden“ (Schlichting, 2007, S. 73). Somit kann den Schüler*innen mit komplexer Behinderung Bezogenheit und Zuwendung innerhalb der Körperpflege vermittelt werden (vgl. Schlichting, 2007, S. 73). Wilken (2020, S. 12) sieht in dem direkten Erleben von Akzeptanz und Zuwendung eine emotionale Relevanz der Kommunikation, die neben dem Fortschritt und

der Bedeutung der technischen Kommunikationshilfsmittel ebenfalls berücksichtigt werden muss.

Die Ausführungen zeigen, dass eine bedürfnisbefriedigende Körperpflege, die individualszentriert und unter Berücksichtigung der Kommunikations- und Selbstbestimmungspotenziale durchgeführt wird, einen entscheidenden Einfluss auf die Verbesserung der Lebensqualität der Schüler*innen mit komplexer Behinderung nehmen kann. Um herauszustellen, wie genau eine solche Pflegesituation herbeigeführt werden kann, müssen im Folgenden einzelne Bereiche der Körperpflege sowie die Problematiken, die sich innerhalb der Pflegesituation für die betroffene Schülerschaft ergeben können, näher erörtert werden.

3.2 Handlungs- und Problembereiche in der Körperpflege

Zur weiteren Eingrenzung werden, wie in Kapitel 2.2.2 bereits beschrieben, nicht alle Bereiche der Körperpflege hinsichtlich ihrer Selbstbestimmungspotenziale untersucht, sondern lediglich die der Hautpflege, der Zahn-/Mundpflege und der Kosmetik.

3.2.1 Hautpflege

„Man sollte sich vergegenwärtigen, daß das sensorische Hautsystem das wichtigste aller organischen Systeme ist. Ein Mensch kann leben, wenn er blind und taub ist, weder hören noch schmecken kann, aber ohne die Funktionen der Haut ist er nicht lebensfähig“ (Montagu, 2012, S. 11).

Daraus resultiert zum einen, dass die Aufrechterhaltung der Hautfunktionen überlebenswichtig ist, zum anderen impliziert Montagus Aussage die Annahme, dass durch die Hautfunktionen der Ausfall anderer Sinnesorgane kompensiert werden kann (vgl. Montagu, 2012, S. 11). Da gerade Kinder und Jugendliche mit komplexen Beeinträchtigungen häufig von sensorischen Funktionseinschränkungen betroffen sind und die Haut als Wahrnehmungskanal besonders bedeutsam ist, steigt die Relevanz der Hautpflege für diese Schülerschaft. Eine pflichtbewusste Verantwortungsübernahme der pflegerischen Handlungen durch das Umfeld bleibt in dieser Hinsicht unabdingbar.

Der Aufenthalt in der Schule nimmt einen großen Anteil des Lebensalltags der Schüler*innen mit komplexer Behinderung ein. Daher und aufgrund des erhöhten Bedarfs

der Pflege, bedingt durch unterschiedliche Krankheitsbilder, fallen die Prozesse der Hautpflege auch in die Schulzeit. Diese müssen dementsprechend durch das pädagogische, therapeutische und medizinische Personal oder eben durch die Integrationshelfer*innen übernommen werden. Konkret geht es vor allem um die Behandlung von wunden Körperpartien, die sich in hochroten, nässenden sowie juckenden Hautschädigungen äußern und nicht zuletzt Pilz- und Bakterieninfektionen hervorrufen können (vgl. Schlichting, 2013, S. 184). Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen sind hiervon aufgrund der schweren Bewegungsstörungen besonders häufig betroffen. Durch die fehlende Mobilität kann die Luft besonders in den Körperbereichen, in denen die Haut aufeinander liegt (Brüste, Bauchfalte, Achselhöhle etc.), nicht zirkulieren, sodass sich der Schweiß aufstaut und es zur Wundbildung kommt (vgl. Schlichting, 2013, S. 184). Außerdem kann es durch das Aneinanderreiben infolge von Spastiken und Kontrakturen zu einer ständigen Belastung der Haut an den Oberschenkeln und Knien, den Ellenbeugen und Handinnenflächen kommen (vgl. Schlichting, 2013, S. 184). Die Aufgaben, die diesbezüglich auf die pflegenden Personen zukommen, liegen nach Schlichting (2013, S. 187) bspw. darin, dass die wunden Stellen trocken gehalten werden müssen und dementsprechend Baumwolltücher oder ähnliches Material regelmäßig gewechselt werden muss. Ebenso gilt es, nach ärztlichem Rat, die gereizten Stellen einzucremen. Da das Wundsein die Gefahr eines Dekubitus erhöht (vgl. Schlichting, 2013, S. 138), ist die Lagerung in diesem Kontext ebenfalls als Interventions-/Präventionsbereich der Hautpflege anzusehen. Daher muss bei der Lageveränderung von betroffenen Schüler*innen darauf geachtet werden, dass ausreichend Luft an die gefährdeten Bereiche gelangt und diese möglichst nicht aufeinander liegen (vgl. Schlichting, 2013, S. 187).

Neben der Behandlung von wunden Körperstellen kann auch die Reinigung des Körpers während der Schulzeit notwendig sein. Anlass hierfür kann das häufige Erbrechen aufgrund von Störungen der Muskelspannung im Mageneingangsbereich oder unregulierte Darmentleerungen in Form von flüssigem Stuhlgang sein, die durch das Tragen einer Windel nicht ausreichend aufgenommen werden. Auch spezielle Fördereinheiten, die bspw. mit Sand oder in einem Bewegungsbecken durchgeführt werden, können ein Grund für die anschließende Hautreinigung im Schulalltag sein. Bei

der Körperreinigung kann dann auf die Teilwäsche, Ganzkörperwäsche oder das Duschen oder Baden zurückgegriffen werden (vgl. Schlichting, 2013, S. 187).

Infolge von Spastiken, Luxationen, Skoliosen, Kontrakturen und vielem mehr ist der akute und chronische Schmerz ein ständiger Begleiter im Leben von komplex beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen (vgl. Schlichting, 2013, S. 31). Bei jeder durchzuführenden Körperbewegung im Rahmen der Hautpflege muss somit auf das Schmerzempfinden der Schüler*innen geachtet werden. Gleichfalls ist der Mund als wahrnehmungsstärkster Bereich des Körpers (vgl. Bienstein & Fröhlich, 2016, S. 199) besonders schmerzempfindlich (vgl. Schlichting, 2013, S. 182 ff.). Welche Handlungs- und Problembereiche sich bei der Pflege dieser äußerst sensiblen Körperregion ergeben, wird im nächsten Unterkapitel aufgezeigt.

3.2.2 Zahn-/Mundpflege

In Kapitel 2.2.2 wurde vorab darauf hingewiesen, dass sich die Bewegungsstörungen von Kindern und Jugendlichen mit komplexer Behinderung auch auf die Mund-, Kiefer- und Schluckbewegungen auswirken. Das beschwerliche Zerkleinern und Schlucken der Nahrung, was zu einem langen Verbleib dieser im Mundraum führt, sowie der Mangel an ausgewogener mechanischer Belastung der Zähne führen zur Gefährdung der Zahngesundheit (vgl. Schlichting, 2013, S. 182). Die Zahnpflege ist daher nach jeder Nahrungsaufnahme, das heißt insbesondere nach dem Frühstück und Mittagessen in der Schule, empfehlenswert. Das Zähneputzen stellt einen besonders heiklen Akt dar. Aus der Perspektive der pflegenden Person wird das Zähneputzen durch Zahnfehlstellungen, durch unkontrollierte Mundbewegungen oder das bewusste Verschließen des Mundes sowie durch die Gefahr, dass sich Schüler*innen verschlucken, erschwert (vgl. Schlichting, 2013, S. 182 ff.). Aus der Perspektive der Schüler*innen kann das Einführen einer Zahnbürste als das Eindringen eines Fremdkörpers in den Mundraum wahrgenommen werden und mit negativen Vorerfahrungen, z.B. mit der Entfremdung des Mundes durch einen Beatmungsschlauch, verknüpft werden. Eine natürliche Reaktion darauf, ist die Verweigerung den Mund zu öffnen (vgl. Bienstein & Fröhlich, 2016, S. 201). Ebenso können Zahnschmerzen aufgrund von Karies oder schmerzende Wunden im Mund der Grund hierfür sein (vgl. Schlichting, 2013, S. 183). Die ‚Manipulation am Mund‘, als Auslöser der Erregung in

einer intimen und persönlichen Zone, kann neben der Ablehnung jedoch auch Aufregung und Neugierde hervorrufen (vgl. Bienstein, 1995, S. 70).

Ergänzend zum Zähneputzen zählt zur Zahn- und Mundpflege die generelle Aufrechterhaltung eines gesunden Mundmilieus. Der Mundschluss und der Speichelfluss spielen hierbei eine entscheidende Rolle (vgl. Bienstein, 1995, S. 70). Aufgrund von veränderten Muskelspannungen (vgl. Schlichting, 2013, S. 182) und/oder Wahrnehmungsbeeinträchtigungen (vgl. Bienstein, 1995, S. 70) können Kinder und Jugendliche mit komplexen Beeinträchtigungen ihren Mund häufig nicht richtig schließen. Der dadurch entstehende Speichelausfluss kann teilweise zu dem Trugschluss führen, dass die Betroffenen zu viel Speichel produzieren. Stattdessen kommt es jedoch zu einem hohen Flüssigkeitsverlust und zur Austrocknung der Mundschleimhäute (vgl. Bienstein, 1995, S. 70). Daraus resultierend verändert sich der natürliche Schutzmantel des Mundraums und schädigende Keime können sich leichter ausbreiten. Hierdurch werden nicht nur Entzündungen und Infektionen der Mundschleimhäute begünstigt. Bei Schluckstörungen können derartige Keime leicht in die Lunge geraten und gar lebensbedrohliche Auswirkungen haben (vgl. Bienstein, 1995, S. 70). Um dem entgegenzuwirken, muss zum einen auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr geachtet werden und zum anderen muss der Speichelfluss durch Anreize zum Kauen oder gezielte Massagen angeregt werden (vgl. Bienstein, 1995, S. 72 f.). Zudem werden die Lippen und die Haut um den Mundbereich herum vom Verdauungsenzym Ptyalin, das sich im Speichel befindet, so angegriffen, dass wunde und rissige Stellen entstehen, die ebenfalls gepflegt werden müssen (vgl. Bienstein, 1995, S. 70 f.).

Anhand der Ausarbeitungen lässt sich sowohl die Notwendigkeit der Hautpflege als auch die der Zahn-/Mundpflege im pädagogischen Kontext aus pädagogisch-therapeutischer Sicht und aus medizinischer Sicht begründen. Ein weiterer und häufig aufgrund der Zeitressourcen vernachlässigter Bereich der Körperpflege, der für die Pädagogik angesichts des identitätsstiftenden Potenzials interessant ist, ist der der Kosmetik (vgl. Czerwinski, 2014, S. 121).

3.2.3 Kosmetik

Das Konstrukt der Kosmetik, ist unter mehreren Gesichtspunkten zu betrachten. Seebaum (1979, S. 196 ff.) führt vier Aspekte auf, welche die Relevanz für kosmetische

Anwendungen rechtfertigen. Aus medizinischer Sicht ist der Fachbereich der Dermatologie eng mit der Kosmetik und der Behandlung eines krankhaften Hautbildes verbunden (vgl. Seebaum, 1979, S. 196). Das heißt, das Eincremen in der Hautpflege stellt gleichzeitig einen Handlungsbereich der Kosmetik dar. Ebenfalls in Verbindung mit dem medizinischen Aspekt steht die psycho-emotionale Perspektive, da das innere Wohlbefinden und Störungen dessen im Hautbild wiedergespiegelt werden können (vgl. Seebaum, 1979, S. 203; Montagu, 2012, S. 14). Im Umkehrschluss kann die Einflussnahme auf die Außenwahrnehmung durch kosmetische Anwendungen auch die innere Zufriedenheit bestimmen und das Selbstbild positiv beeinflussen (vgl. Seebaum, 1979, S. 204). Kleidung, Mode, Schmuck und Schminke können Hilfsmittel zur Auslebung der Individualität darstellen und eine wichtige Rolle im Sozialisationsprozess einnehmen (vgl. Seebaum, 1979, S. 202). In diesem Kontext ist von der dekorativen Kosmetik die Rede (vgl. Seebaum, 1979, S. 200). Hierbei geht es um den Symbolcharakter der Kosmetik, der Interaktionen bestimmt und einem soziologischen Aspekt, also gesellschaftlichen Einflüssen, unterliegt (vgl. Seebaum, 1979, S. 200 f.). Gesellschaftlich bedingt ist auch die individuelle Interpretation der Schönheit, die mit dem ästhetischen und letzten Aspekt der Kosmetik zusammenhängt (vgl. Seebaum, 1979, S. 209). Unter all diesen Gesichtspunkten ist das Ziel des Menschen, durch die Kosmetik eine Harmonie zwischen der äußeren und inneren Wahrnehmung des Körperbildes herzustellen (vgl. Seebaum, 1979, S. 183 ff.).

Aufgrund der Darstellungen bezüglich des betroffenen Personenkreises kann angenommen werden, dass es komplex beeinträchtigten Schüler*innen nicht möglich ist, das Selbst- und Fremdbild sowie den Einsatz kosmetischer Hilfsmittel hinsichtlich der Außenwahrnehmung bewusst zu reflektieren. Das dargelegte Konstrukt der dekorativen Kosmetik bedarf demnach einem basalen und ressourcenorientierten Zugang. Angelehnt an Klauß (2007, S. 20) ist die Ausbildung von Vorlieben über die Sinneswahrnehmung in diesem Kontext relevant. „Durch Körperlotion, Parfüm, Haarstyling, Rasur und Make-up wird es möglich, seinen persönlichen Geschmack und Stil zu unterstreichen [...]“ (Czerwinski, 2014, S. 121). Der individuelle Geschmack und Stil, das heißt die Individualität, ist auch den Schüler*innen mit komplexen Beeinträchtigungen anzuerkennen. Die Entscheidung über die kosmetische Anwendung wird nicht auf der Basis rationaler Abwägungen, sondern auf der von Vorlieben und

Empfindungen, die durch dargebotene Reize ausgelöst werden, getroffen. Abgesehen davon, dass den betroffenen Kindern und Jugendlichen die Außenwahrnehmung im Sinne von Bejahung und Zuneigung bzw. Abwehr und Verneinung durchaus über bspw. Berührungen oder auditive Wahrnehmungen zugänglich ist (vgl. Haupt, 2001, S. 173), geht es ganz basal vielmehr um das Gefühl, das die Kinder und Jugendlichen bei der Anwendung kosmetischer Mittel verspüren. Welche Kleidung getragen werden soll wird nicht danach entschieden, wie diese auf andere wirken könnte, sondern danach, wie sie sich auf der Haut anfühlt. Es wird also davon ausgegangen, dass Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen nicht über rationale Abwägungen, sondern über körpernahe Reizverarbeitung individuelle Tendenzen bezüglich kosmetischer Anwendungen empfinden. So werden eigene Vorlieben entwickelt, deren Ausübung, wie bei jedem anderen Menschen, einen positiven Einfluss auf das Selbstbild und den seelischen Zustand nimmt.

3.3 Selbstbestimmungspotenziale in der Körperpflege

Anhand der bisherigen Ausführungen stellt sich folgende Ausgangslage dar: Immer wieder werden Kinder und Jugendliche, die auf die Unterstützung in der Körperpflege angewiesen sind, mit unangenehmen und schmerzhaften Berührungen konfrontiert.

Grobes Anfassen an empfindlichen oder schmerzenden Körperbereichen, zu schnelles Waschen, zu kaltes oder zu warmes Wasser, all das erleben Menschen in ihrem Pflegealltag mehr oder weniger häufig. Auch schmerzende und juckende Infektionen im Windelbereich oder an anderen Körperstellen werden nicht immer gleich erkannt und behandelt und müssen von betroffenen Menschen ertragen werden. (Schlichting, 2013, S. 185)

Eine Vielzahl an Problematiken, die sich in von Fremdbestimmung und fehlender Kommunikation geprägten Pflegesituationen ergeben. Schüler*innen mit komplexer Behinderung vor solchen Situationen zu schützen und ihnen eine menschenwürdige und die Lebensqualität verbessernde Pflegesituation zu offenbaren, sollte das Ziel jeglicher pflegerisch-pädagogischer Handlung sein. Um dieser Forderung gerecht zu werden, ist es notwendig, Selbstbestimmungspotenzial aufzudecken und Vorschläge zu konkreten Einsatzmöglichkeiten von Kommunikationshilfen zu formulieren.

3.3.1 Ideen zur Realisierung der Basalen Selbstbestimmung unter dem Einbezug von Kommunikationsmitteln

Die vorangegangenen Ausarbeitungen bezüglich der einzelnen Handlungsbereiche der Körperpflege dienen als Grundlage dafür, Entscheidungssituationen in der Pflege aufzuzeigen, in denen sich Kinder und Jugendliche selbstbestimmt verwirklichen können. Damit die Überlegungen speziell auf den Personenkreis der Schüler*innen mit komplexen Beeinträchtigungen anwendbar sind, werden die Konzepte der *Unterstützten Kommunikation* (Kap. 2.4) und der *Basalen Selbstbestimmung* (Kap. 2.3.2) miteinander verknüpft. Die gesamten Überlegungen basieren auf den Erkenntnissen, dass Selbstbestimmung nicht ohne Kommunikation gelingen kann und dass Schüler*innen mit komplexen Behinderungen zur Nutzung ihrer Fähigkeiten auf eine ‚Ermöglichungspädagogik‘, das heißt auf die Aufbereitung eines inputreichen Alltags durch das Umfeld, der sie somit im Sammeln von Erfahrungen mit sich selbst und mit der Umwelt unterstützt, angewiesen sind. Derartige Erfahrungen bilden das Fundament für die Geschmacksausbildung und sind folglich Grundlage für das basale Bewertungssystem, an dem sich die Kinder und Jugendlichen für selbstbestimmte Entscheidungen orientieren. Zudem ist das Setzen körpernaher Reize zentral für jegliche Interaktionen mit präintentional Kommunizierenden.

Hautpflege

Das Berühren der Haut als generell notwendige Handlung in der Pflege, das Behandeln geschädigter Hautpartien und das Waschen stellen Momente in der Hautpflege dar, in welche die Schüler*innen und deren Empfinden miteinbezogen werden können und sollen. Elementare Fragen, die sich aus dem Kapitel 3.2.1 ableiten lassen und die sich die pflegende Person bezüglich der Selbstbestimmung von komplex beeinträchtigten Schüler*innen stellen muss, können sein:

- Ist die Schülerin/der Schüler auf den Hautkontakt vorbereitet? Ist die Berührung von der Schülerin/dem Schüler in diesem Augenblick gewollt und/oder akzeptiert?
- Auf welche Art und Weise darf der Hautkontakt stattfinden? Wird der direkte Haut-zu-Haut-Kontakt bevorzugt oder sollen Waschlappen, Tupfer, Handschuhe oder ähnliche Hilfsmittel genutzt werden?

- In welcher Reihenfolge sollen die Hautpartien behandelt/gewaschen werden? Bevorzugt die zu pflegende Person den ersten Kontakt bspw. an den Händen oder eher an der Schulter?
- Inwieweit kann und möchte die Schülerin/der Schüler in Form von Handführung etc. aktiv in die Pflegehandlung eingebunden werden?
- Gibt es bevorzugte Strategien, die von notwendigen Berührungen an schmerzhaften Stellen ablenken?
- Hat die Schülerin/der Schüler Möglichkeiten, die Behandlung bspw. aufgrund von Schmerzen zu stoppen?
- Welche Position ist für die Schülerin/den Schüler am angenehmsten?
- Bevorzugt das Kind/der Jugendliche eine bestimmte Waschlotion?
- Welche Temperatur des Wassers wird als angenehm empfunden?
- Wird das Baden, Duschen oder die Waschung auf der Liege mit einem Waschlappen o.ä. bevorzugt?
- Gibt es aus dem gewohnten/häuslichen Umfeld Rituale in der Hautpflege?

Im Sinne des ‚Selbstentscheidens‘ nach Weingärtner (2013) können die Kinder und Jugendlichen mit komplexen Beeinträchtigungen Selbstbestimmung erfahren, indem sie in die Beantwortung derartiger Fragen eingebunden und ihnen Auswahlmöglichkeiten gestellt werden. Die Auswahlmöglichkeiten müssen so aufbereitet werden, dass sie den Schüler*innen über die von ihnen genutzten Wahrnehmungskanäle zugänglich sind. Ein Beispiel hierfür ist folgendes: Die Schülerin/der Schüler muss gewaschen werden. Jedoch ist unklar, inwiefern der direkte Hautkontakt gewollt ist. Demnach wird zunächst mit der nackten Hand und dann mit einem Waschlappen über den Arm gestreichelt. Die Schülerin/der Schüler wird nach eigenem Empfinden entscheiden, welchen Hautkontakt sie/er bevorzugt. Doch wie kann die getroffene Entscheidung daran anschließend kommuniziert werden?

Da die körperlichen Reaktionen als primäre Kommunikationskanäle gelten (vgl. Weid-Goldschmidt, 2015, S. 32), sollte als erste Möglichkeit bevorzugt auf die körpereigenen Kommunikationsformen zurückgegriffen werden. Es kann auf Vitalzeichen geachtet werden, wie eine erhöhte Körperspannung oder Atemfrequenz, die auf die Abneigung gegenüber dem Hautkontakt schließen lassen. Besonders hinsichtlich sehr schwerwiegender, komplexer Beeinträchtigungen, die zu Bewusstseinsstörungen

oder gar einem Wachkoma führen, ist die Beachtung und Interpretation der Vitalzeichen entscheidend. So kann nachgewiesen werden, dass auch derartige Körperreaktionen replizierbar sind und somit als eindeutiges Kommunikationsmittel genutzt werden können (Bienstein & Fröhlich, 2016, S. 248). Es könnten auch intentionale, körpereigene Verständigungszeichen, wie das Rausstrecken der Zunge und Lautäußerungen, genutzt werden bzw. im Zusammenhang mit den nicht-intentionalen Zeichen interpretiert werden. Die in Kapitel 2.4.2 aufgeführten Sinneskanäle, die für präintentional kommunizierende Schüler*innen den einzigen Kommunikationszugang darstellen, können für jede der oben aufgeführten Entscheidungssituationen genutzt werden. Im Beispiel wurde bereits der taktile Zugang verdeutlicht. Ebenso kann eine Entscheidung über die zu verwendende Waschlotion anhand olfaktorisch wahrnehmbarer Reize getroffen werden. Fällt die Interpretation der Körperzeichen aufgrund unkontrollierter Mimik, Gestik und Körperbewegung dennoch schwer, so sollte zur differenzierten Ausdrucksmöglichkeit auf externe Kommunikationsmittel zurückgegriffen werden.

Hinsichtlich der nicht-elektronischen Hilfsmittel kann auf einige der Fragen mit einem ‚Ich-Buch‘ geantwortet werden. Besonders im Hinblick auf Rituale und einem gleichbleibenden Umgang in der Pflege eignet sich dieses (vgl. Weid-Goldschmidt, 2015, S. 38 f.). Verbunden werden können die ‚Ich-Bücher‘ mit elektronischen Hilfsmitteln in Form von ‚sprechenden Tasten‘ wie einem ‚BIGmack‘, der über ein bevorzugtes Körperteil angesteuert werden kann (vgl. Weid-Goldschmidt, 2015, S. 39 f.). Betätigen die Schüler*innen die Taste bspw. mit dem Kopf, so können über die Lautsprecher des Geräts von engen Bezugspersonen aufgenommene Nachrichten abgespielt werden. Diese können Informationen über die tagesaktuelle Befindlichkeit oder über neue Wunden, die in der Pflege zu berücksichtigen sind, beinhalten. Inhaltlich ist die Mitteilung den präintentional Kommunizierenden nicht zugänglich, jedoch dient sie durch das Hören einer vertrauten Stimme einem Sicherheitsgefühl (vgl. Weid-Goldschmidt, 2015, S. 39). Aufgrund der stark eingeschränkten Abstraktionsfähigkeit und eventuell vorliegenden Sehbehinderungen sind Hilfsmittel wie Bildkarten und Kommunikationstafeln, die eine Interpretation der optischen Symbole erfordern, für die Kommunikation komplex beeinträchtigter Kinder weniger geeignet (vgl. Schneider & Rohrmann, 2002, S. 170). In Zusammenhang mit elektronischen Hilfsmitteln, wie den

erwähnten ‚sprechenden Tasten‘, vermutet Weid-Goldschmidt (2015, S. 41) dennoch, dass durch die wiederholte Darbietung von Abbildungen im Zusammenhang mit der Sprachausgabe, die Schüler*innen je nach Ausgangslage dazu in der Lage sein können, bedeutsame Verbindungen zu knüpfen und diese zur Kommunikation zu nutzen.

Gewinnbringend ist der Einsatz technischer Hilfsmittel besonders dahingehend, dass sie losgelöst von der unmittelbaren Zuwendung der pflegenden Person angesteuert werden können und die Schüler*innen so in einem neuen Ausmaß auf sich aufmerksam machen können (vgl. Schneider & Rohrman, 2002, S. 172). Besonders hinsichtlich des Ausdrucks von Schmerzen kann hierdurch ein neuer Grad der Selbstbestimmung erreicht werden. Das inhaltliche Verständnis des akustischen Signals, das die Kinder und Jugendlichen durch das Ansteuern der Kommunikationshilfe auslösen, ist in diesem Zusammenhang nicht relevant. Entscheidend ist die Verknüpfung der eigenen Handlung mit der daraus resultierenden Verhaltensänderung der Pflegeperson, also die Einsicht in das Ursache-Wirkungs-Prinzip (vgl. Schneider & Rohrman, 2002, S. 172; Weid-Goldschmidt, 2015, S. 40).

Schon in Kapitel 2.4.2 wurde über den Aspekt des ‚Erfahrens der eigenen Wirkung‘, der Zusammenhang von UK und *Basaler Selbstbestimmung* hergestellt. Verwirklicht werden kann diese relevante Erfahrung, wie in Kapitel 2.3.2 bereits angedeutet, zunächst über körpernahe Zirkulärreaktionen, die bei der körpereigenen Kommunikationsform generiert werden. Das heißt, die Schüler*innen lernen, sich selbst zu bestimmen, indem sie durch die Wiederholung des Zusammenspiels aus körpernah gesetzten Reizen, eigener Körperreaktion und dem daraus resultierenden Verhalten der Pflegeperson Einsicht in selbst- und fremdverursachte Erfahrungen erlangen. Durch sich wiederholende Vorgänge kann der Ablauf eingeübt und eine Verknüpfung aufgebaut werden (vgl. Weingärtner, 2013, S. 80). Der Einsatz externer Kommunikationsmittel bedarf darauf aufbauend der Erfahrung körperferner Zirkulärreaktionen. Damit sich Schüler*innen mit komplexer Behinderung beim Betätigen von Tasten als Ursache wahrnehmen und eine Kopplung mit der Wirkung herstellen, muss zunächst nach einer geeigneten Bewegung gesucht werden, die die Schüler*innen möglichst kontrolliert ausführen können. Eingeübt werden kann dieser Prozess auch mit Hilfe der Handführung (vgl. Weid-Goldschmidt, 2015, S. 40). Nach sehr häufigen Erfahrungen und Übungen zur Körpersteuerung kann es gelingen, dass sich das Kind/der

Jugendliche als Verursacher wahrnimmt (vgl. Weid-Goldschmidt, 2015, S. 40). Hilfreich ist die wiederholte Anwendung von ‚Power Links‘ mit dessen Ansteuerung bspw. ein Ventilator angeschaltet werden kann. Das heißt, die betroffenen Schüler*innen können sich auf diesem Weg selbst körpernahe Reize schaffen und sich besser als Wirkungsverursacher erleben (vgl. Weid-Goldschmidt, 2015, S. 40 f.).

Die ‚Selbsttätigkeit‘ als dritter Aspekt der *Basalen Selbstbestimmung* lässt sich bezogen auf die Schülerschaft mit komplexen Beeinträchtigungen, wie in Kapitel 2.3.2 beschrieben, zum einen grundlegend in den intentionalen körpereigenen Kommunikationsformen und zum anderen in dem Ansteuern externer Kommunikationsmittel wiederfinden. Die ‚Selbsttätigkeit‘ hinsichtlich der körpereigenen Kommunikationsform kann in jeglicher Körperaktivität gesehen werden. Tendiert eine Schülerin/ein Schüler dazu, sich auf der Pflegeunterlage stets nach rechts zu drehen oder dies zumindest zu versuchen, so kann die Bewegung als selbstbestimmte Aktivität interpretiert werden. Eventuell unterliegt die Bewegung der Intention, nicht auf einer schmerzenden Körperstelle liegen zu wollen. Körperaktivitäten sollten also als Willensäußerungen und nicht begründet in den kognitiven Beeinträchtigungen als unbewusstes oder unvernünftiges Verhalten gedeutet werden (vgl. Schlichting, 2013, S. 72). Einen weiteren Aspekt, auf den bisher nicht weiter eingegangen wurde, stellt die Mittätigkeit in der Pflegesituation dar. Gemeint ist, angelehnt an das Affolter-Konzept, das Einbinden der betroffenen Person in die durchzuführende Handlung. Im Sinne des ‚einfachen Führens‘ werden die Hände der Schülerin/des Schülers während der Pflegehandlung von der pflegenden Person mitgeführt, sodass die Betroffenen die Veränderungen, die mit und an ihnen erfolgen, eindringlich nachvollziehen können (vgl. Ehwald & Hofer, 2001, S. 91). Ist die Handführung aufgrund der Bewegungseinschränkungen und/oder einer ausgeprägten Spastik nur erschwert umsetzbar, so ist die Einbindung von anderen Körperteilen oder des ganzen Körpers als ‚pflegerisches Führen‘ geeignet, um entsprechende Erfahrungen zu ermöglichen (vgl. Ehwald & Hofer, 2001, S. 91; Schlichting, 2013, S. 82). In dieser Hinsicht sollte auch der Mund zur Erkundung von Gegenständen eingesetzt werden (vgl. Ackermann, 2001, S. 58). Mit der Umsetzung des Affolter-Konzepts wird nicht primär der Erwerb von Fertigkeiten, sondern der Aufbau grundlegender Interaktionserfahrungen fokussiert (vgl. Ackermann, 2001, S. 55). Die Schüler*innen erlangen durch den taktilen

Explorationsprozess Informationen über die Umwelt und ebenso über den eigenen Körper (vgl. Ehwald & Hofer, 2001, S. 90). Derartige Erfahrungen sind fundamental für den Ausbau unterschiedlichster Fähigkeiten (vgl. Ackermann, 2001, S. 57) und somit auch für die Geschmacksausbildung und die Selbstbestimmung. Die Mittätigkeit erfüllt zwar nicht den Anspruch, den Weingärtner (2013) an die ‚Selbsttätigkeit‘ stellt, jedoch wurde in dem Kapitel zur *Basalen Selbstbestimmung* bereits herausgearbeitet, dass die Selbstbestimmung komplex beeinträchtigter Menschen stets der Fremdtätigkeit bedarf und Weingärtners Konzept daher nicht allumfänglich übertragbar ist.

Die genannten Gestaltungsmöglichkeiten, durch die eine größtmögliche Balance zwischen der Selbst- und Fremdbestimmung erreicht werden soll, sind ebenso auf die Bereiche der Zahn-/Mundpflege und der Kosmetik zu übertragen. Um zu verdeutlichen, in welchen Situationen sich genau Selbstbestimmungspotenziale offenbaren, die durch die geschilderte (kommunikative) Gestaltung genutzt werden können, werden im Folgenden spezifische Entscheidungsfragen bezüglich beider Bereiche, die aus den Kapiteln 3.2.2 und 3.2.3 abgeleitet werden können, aufgeführt. Außen vor gelassen werden z.B. Fragen nach Ritualen, dem Hautkontakt oder Möglichkeiten der Handführung, die bereits für den Bereich der Hautpflege aufgelistet wurden und als allgemeingültig angesehen werden.

Zahn-/Mundpflege

Bezüglich der Zahn-/Mundpflege lassen sich folgende Fragestellungen herausstellen:

- Wie empfindet die Schülerin/der Schüler die Nutzung von Zahnpasta? Wirkt sich der entstehende Schaum und der Geschmack eher stimulierend aus oder löst die erhöhte Gefahr des Verschluckens aufgrund von Schluckstörungen Stress aus?
- Wird sich dazu entschieden, Zahnpasta zu verwenden: Welchen Geschmack soll die Zahnpasta haben und wie viel soll genutzt werden?
- Welche Zahnbürste eignet sich am ehesten? Welche Form, welche Bürstenstärke? Sind alternative Formen wie Fingerzahnbürsten und elektronische Zahnbürsten besser geeignet?
- Wie kann der Schülerin/dem Schüler das Öffnen des Mundes und die Gewöhnung an die Zahnbürste erleichtert werden? Welche Vorlieben besitzt die Schülerin/der

Schüler hinsichtlich des Geschmacks und Geruchs, sodass hierdurch eine positive Assoziation und Reaktion hergestellt werden kann?

- Welche Nahrung oder welche Gegenstände werden von dem Kind/dem Jugendlichen zum Kauen bevorzugt, damit der Speichelfluss angeregt werden kann?
- Welches Getränk wird zur ausreichenden Flüssigkeitszufuhr bevorzugt?

Kosmetik

Abschließend gilt es im Bereich der Kosmetik Fragen zu beantworten, wie:

- Empfindet die Schülerin/der Schüler das Nutzen von Deodorant oder Parfüm als angenehm? Welcher Duft wird hierbei bevorzugt?
- Wird das Eincremen von Körperstellen als angenehm, gar genussvoll, oder als unangenehm empfunden? Welche Cremes werden auch hier durch die Geruchswahrnehmung bevorzugt?
- Welche Materialien auf der Haut werden als angenehm/unangenehm empfunden?
- Welche Kleidung wird nicht nur aufgrund des Materials, sondern auch bezüglich der Passform bevorzugt? Werden im Winter bspw. Rollkragen als angenehm/unangenehm empfunden?
- Können bestimmte Farben in der Kleidung besonders wahrgenommen werden und so stimulierend wirken bzw. der Selbstwahrnehmung dienen?
- Werden offene, lange Haare als interessant und aufgrund der Hautberührungen als stimulierend oder eher als irritierend empfunden? Werden demnach die offenen Haare oder ein Zopf bevorzugt? Löst das Tragen von Zöpfen Schmerzen aus?

Abschließend ist anzumerken, dass die Kinder und Jugendlichen mit komplexen Beeinträchtigungen hinsichtlich des ‚Selbstentscheidens‘ nicht nur durch die Einschränkung der Auswahlmöglichkeiten ein gewisses Maß an Fremdbestimmung erfahren (vgl. Weingärtner, 2013, S. 83). Auch die unmittelbare Reizsetzung und das Ausprobieren am Körper durch die pflegende Person muss als Eingrenzung der Selbstbestimmung angesehen werden. Unter dem Gesichtspunkt, dass die Schüler*innen jedoch nur auf diese Weise solche Erfahrungen sammeln können, auf denen ihr Bewertungssystem für selbstbestimmte Entscheidungsprozesse aufbaut, offenbart sich ein Dilemma, das es fortlaufend kritisch zu reflektieren gilt.

Mit der Auflistung möglicher Entscheidungsfragen wird kein Anspruch auf Vollständigkeit gestellt.² Sie dient dem Aufzeigen einer Reihe an Selbstbestimmungspotenzialen, die sich in konkreten Handlungen der Körperpflege finden lassen. In gleicher Weise sind die Ideen zur Realisierung der Selbstbestimmung unter der Einbindung von Kommunikationsmitteln als Inputgabe für die praktische Umsetzung anzusehen. Sie sind nicht allgemeingültig und es gilt stets, dass die praktische Verwirklichung an die Ausgangslagen der einzelnen Schüler*innen, die sich aus den Vorerfahrungen und individuellen Ressourcen ergeben, angepasst werden muss. Dieser Aspekt soll nun in Kapitel 3.3.2 durch das Darlegen eines Fallbeispiels berücksichtigt werden. Unter der Ausnutzung des ABC-Interventionsmodells gilt es, die Forschungsfrage, *wie Schüler*innen mit komplexer Behinderung die Selbstbestimmung im Bereich der Körperpflege durch die Bezugnahme auf das Konzept der Unterstützten Kommunikation im pädagogischen Kontext ermöglicht werden kann*, so zu beantworten, dass die Ausarbeitung für die schulische Praxis greifbar wird.

3.3.2 Fallbeispiel: Selbstbestimmung durch UK-Intervention nach dem ABC-Modell

Anhand der folgenden Interventionsplanung soll auf der Basis der bisherigen Ausführungen der vorteilhafte Einsatz der UK im Hinblick auf eine größtmögliche Selbstbestimmung dargestellt werden. Das verwendete Fallbeispiel, bei dem Name und Alter abgeändert sind, generiert sich aus eigenen Praxiserfahrungen. Es handelt sich um Julia, ein zehn Jahre altes Mädchen, das eine Förderschule mit dem Schwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung besucht. Julia wird ein allumfänglicher Pflegebedarf zugeschrieben. Für die Interventionsplanung wird beispielhaft der Bereich der Zahnpflege fokussiert. Der tabellarische Aufbau von Teil A und B ergibt sich aus dem in der Praxis verwendeten Raster von Sachse und Bernasconi (2020, S. 209 ff.) und wurde durch den Einbezug der *Basalen Selbstbestimmung* entsprechend der Thematik dieser Arbeit modifiziert.

² Die Frage danach, von welcher Person die Schülerin/der Schüler gepflegt werden will, wurde bewusst außen vorgelassen, da aufgrund der in Kapitel 3.1 angerissenen Problematik des Personalschlüssels eine systemisch bedingte Einschränkung der Selbstbestimmung vorliegt, auf die im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter eingegangen werden kann.

Teil A: Aktivitäten beschreiben

Aktivitäten & Fähigkeiten aktuell	Zielformulierung & Mehrwert	Alternative Kommunikationsformen	Gesprächspartner
<p>Julia wird von den Bezugspersonen bisher kaum in die Zahnpflege miteinbezogen. Ihr wird keine Möglichkeit dazu gegeben zu bestimmen, was, wann und wie passiert. Jedes Mal, wenn ihr die Zahnbürste in den Mund eingeführt werden soll, drückt sie diese mit der Zunge heraus und weint krampfartig. Julias visuelle Wahrnehmungsfähigkeit ist stark eingeschränkt. Sie nimmt ihre Umwelt vor allem über taktile und akustische Reize wahr. Das Ansteuern von Tasten wurde lange eingeübt und gelingt ihr meistens mit dem Kopf. Sie schaltet besonders gerne Ventilatoren über einen Power Link ein. Die Bewegungen der Arme sind aufgrund einer Spastik häufig unkontrolliert und krampfartig. Julia kann aber zugreifen, wenn ihr Gegenstände in die Hand gelegt werden und den Griff halten.</p>	<p>Unter der Berücksichtigung der drei Aspekte der <i>Basalen Selbstbestimmung</i> erhält Julia die Möglichkeit, die Situation des Zähneputzens nach ihren Vorlieben und Bedürfnissen mitzugestalten.</p>	<p>Intentionale körpereigene Kommunikationsform: Zungenbewegung (als Zeichen der Ablehnung), Weinen/Lachen, Laute</p> <p>Externe Kommunikationshilfen: BIG-macks, ‚Ich-Buch‘</p>	<p>Die Bezugsperson macht akustisch (durch das Ansprechen) und taktil (durch Berührung an der Hand) auf sich aufmerksam und gibt Julia Orientierung in der Situation. Sie ermöglicht Selbstbestimmung durch:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Selbstentscheiden</u>: Welche Zahnbürste soll genutzt werden? Zahnpasta, ja oder nein? Wenn ja, dann welche? An welcher Stelle soll die Zahnbürste eingeführt werden? Bereitet das Putzen Schmerzen? 2. <u>Selbstwirksamkeitserfahrung</u>: Die Bezugsperson reagiert schnell auf Kommunikationsversuche von Julia, interpretiert Ausdrucksweisen und gibt eine entsprechende Rückmeldung. 3. <u>Selbsttätigkeit bzw. Mittätigkeit</u>: Die Bezugsperson ermöglicht es Julia, die Zahnbürste zu ertasten und mitzuführen.

Teil B: Bereiche der kommunikativen Kompetenz mit Aktivitätsbezug beschreiben

Linguistische Fähigkeiten	Operationale Fähigkeiten	Soziale Fähigkeiten	Strategische Fähigkeiten
<p>Julia reagiert auf das Erasten, das (Ein-)Führen unterschiedlicher Zahnbürsten und die Geschmackstestung unterschiedlicher Zahnpasten durch körpereigene Kommunikationsformen oder das Ansteuern des BIGmacks.</p> <p>Sie zeigt Interesse an den Zahnbürsten und den Geschmäckchen der Zahnpasten. (Was wird bevorzugt?)</p>	<p>Julia nimmt den BIGmack und körpereigene Ausdrucksweisen als Kommunikationsmittel wahr, um Aufmerksamkeit vom Gesprächspartner zu erlangen. (Wie muss der BIGmack zur gezielten Ansteuerung angebracht sein?)</p> <p>Sie zeigt Interesse an der Anwendung des BIGmacks.</p>	<p>Julia zeigt Körperreaktionen (Kopfdrehen zum Gesprächspartner hin, steigender Muskeltonus) auf die Ansprache und die Berührung durch den Gesprächspartner.</p>	<p>Julia erkennt das Ursache-Wirkungsprinzip und somit den Einfluss ihrer selbst auf die Situation, wenn sie auf sich aufmerksam macht.</p> <p>Sie wiederholt, wenn nötig, ihre Ausdrucksweise.</p>

Aufgaben der Bezugspersonen

<p>Die Bezugspersonen bieten Auswahlmöglichkeiten an, interpretieren Julias Reaktionen, benennen die ausgedrückten Empfindungen und gestalten den UK-Einsatz.</p>	<p>Die Bezugspersonen bieten die Möglichkeit zur Ansteuerung des BIGmacks und bringen ihn entsprechend an. Sie nutzen evtl. das ‚Ich-Buch‘, um mehr Informationen über Julia zu erhalten.</p>	<p>Die Bezugspersonen halten über den Einsatz von akustischen und taktilen Reizen den konsequenten Kontakt zu Julia und bieten ihr Orientierung sowie stetige Interaktion.</p>	<p>Die Bezugspersonen unterstützen Julias Ursache-Wirkungs-Verständnis und ein intentionales Verhalten durch schnelle und spürbare Veränderungen in ihrem Verhalten.</p>
---	---	--	--

Teil C: Maßnahmen und Ziele kontrollieren

Angelehnt an Bernasconi und Sachse (2019, S. 132) könnten folgende Fragen zur Reflexion und Kontrolle der Interventionsplanung dienen:

- Hat sich die Teilhabe an der gewählten Aktivität im Alltag verbessert bzw. hat sich das Ausmaß der Selbstbestimmung erhöht? Inwiefern?
- Welche Schwierigkeiten bestehen (weiterhin)?
- Was sind Ansatzpunkte für weitere Interventionen?

Wird durch die Reflexion dieser Kontrollfragen festgestellt, dass sich die Kommunikations- und Pflegesituation in Anbetracht der Selbstbestimmung nicht verbessert hat oder eine eindeutige Veränderung anhand der Zielformulierung nicht feststellbar ist, so wird die Interventionsplanung, wieder angefangen bei Teil A, überarbeitet und operationalisiert (vgl. Sachse & Bernasconi, 2020, S. 214).

Die angestellten Überlegungen aus diesem und dem Kapitel 3.3.1 sind dahingehend für die schulische Praxis gewinnbringend, als dass sie die doch vielfältigen Alternativen aufzeigen, die es ermöglichen, die präintentional kommunizierenden Kinder und Jugendlichen entsprechend der individuellen Aneignungsmöglichkeiten in die Pflegesituation selbstbestimmt mit einzubeziehen. Die Darstellungen zeigen auch, dass hierzu ein basaler Zugang zum Selbstbestimmungsgedanken und auch zu dem Konstrukt der Kommunikation notwendig ist. Insbesondere durch die Aufschlüsselung der verschiedenen Ebenen des Kommunikationsprozesses in Teil B des Interventionsmodells konnte aufgezeigt werden, wie sich Menschen mit komplexer Behinderung auf diesen, auch ohne die Verwendung der Lautsprache und ohne eine kognitiv reflektierte Kommunikation äußern können. Außerdem veranschaulicht das Fallbeispiel, wie die Bezugnahme auf eine spezifische und für das Individuum bedeutsame Pflegesituation unter der Einbindung eines konkreten Bildungsziels in der kommunikativen Interventionsplanung gestaltet werden kann.

4 Exkurs: Körperpflege als Eingriff in die Intimsphäre

Die zwangsläufig notwendige Körpernähe in der Pflege löst bei den Schüler*innen intensive und für die Persönlichkeitsentwicklung prägende Körpererfahrungen aus, die als Eingriff in die Intimsphäre gelten können (vgl. Czerwinski, 2014, S. 151). Damit verbunden ist die Einflussnahme auf die sexuelle Entwicklung der komplex beeinträchtigten Kinder und Jugendlichen (vgl. Czerwinski, 2014, S. 150). Besonders hinsichtlich des Intimpflegeprozesses, bei dem Berührungen im urogenitalen Bereich unvermeidbar sind, werden Lehrkräfte, Integrationshelfer*innen und andere Pflegepersonen vor ein herausforderndes Spannungsverhältnis zwischen der Pflege und der Sexualität aller involvierten Personen gestellt (vgl. Ortland, 2007, S. 177). Daher wird es als notwendig angesehen, auf den Zusammenhang der Pflege und der Sexualität,

wenn auch aufgrund des vorgesehenen Umfangs dieser Arbeit stark reduziert, einzugehen.

4.1 Bedeutung der sexuellen Entwicklung im pädagogischen Kontext

Die im Kindesalter einsetzende Reifung der sexuellen Identität eines jeden Menschen stellt einen lebenslangen Prozess dar und wird durch den Umfang der Pflegeabhängigkeit bei Kindern mit komplexen Beeinträchtigungen erheblich beeinflusst (vgl. Ortland, 2007, S. 183 f.). Ein gegenwärtiges Thema stellt die Aberkennung der Geschlechtlichkeit der betroffenen Schülerschaft dar, was zu einer tiefgreifenden Schädigung der Geschlechtsidentität führen kann (vgl. Fröhlich, 2017, S. 238; Ortland, 2007, S. 179). Bei der Befragung von Lehrkräften an 11 Förderschulen für körperliche und motorische Entwicklung in NRW zeichnete sich ab, dass auch das sonderpädagogisch ausgebildete Personal den Schüler*innen mit komplexen Beeinträchtigungen im geringeren Ausmaß sexuelle Bedürfnisse zuschreibt, als denen mit einfachen Körperbehinderungen (vgl. Ortland, 2004, S. 140 f.). Zum einen wird diese Einstellung dadurch bedingt, dass die Lehrkräfte durch die kognitiven Beeinträchtigungen ein verändertes sexuelles Verhalten vermuten und zum anderen ist anzunehmen, dass die Sexualität und die komplexe Behinderung für viele aufgrund der intensiven Pflegeabhängigkeit/-bedürftigkeit zwei eher widersprüchliche anstatt miteinander vereinbare Komponenten darstellen (vgl. Ortland, 2004, S. 141). Dieser Annahme gilt es zu widersprechen, da grundsätzlich davon ausgegangen werden kann, dass das Vorhandensein einer körperlichen und/oder geistigen Beeinträchtigung nicht auch zu einer ‚behinderten Sexualität‘ führt (vgl. Ortland, 2008, S. 16). Vielmehr muss hier auf die moderne Auffassung des Behinderungsbegriffs der ICF zurückgegriffen werden, in deren Angesicht das Zusammenspiel dreier Faktoren relevant ist. Betrachtet werden die eventuellen Funktionsschädigungen der Sexualorgane, die Auswirkungen dieser auf die sexuelle Handlungsfähigkeit und schließlich die gesellschaftlichen Einflussfaktoren bezüglich der sexuellen Selbstverwirklichung (vgl. Ortland, 2008, S. 16). Zudem gilt, dass Sexualität nicht nur über den Geschlechtsverkehr definiert wird, sondern über jegliche Gedanken und Gefühle, die auch losgelöst von der Körperlichkeit zur subjektiven Befriedigung führen können (vgl. Ortland, 2008, S. 17). Jedem Menschen wird somit ungeachtet seiner persönlichen Voraussetzungen die Ausbildung einer subjektiven Sexualität zugestanden (vgl. Ortland, 2016, S. 14). Beruhend auf

dieser Betrachtungsweise sieht Ortland (2008) die Verantwortung einer gelingenden bzw. misslingenden sexuellen Entwicklung vorherrschend bei den Bezugspersonen der beeinträchtigten Menschen: „Das Gelingen oder Misslingen bestimmen die Interaktionspartner und in erster Linie ihre Fähigkeit, mit Verschiedenheit umzugehen, und erst in zweiter Linie eine mögliche körperliche Schädigung“ (Ortland, 2008, S. 16). Demnach kann eine menschenwürdige Gestaltung der Pflegesituation, die die Sexualität eines jeden anerkennt und respektiert und den Kindern und Jugendlichen die Chance zur Selbsterkundung gibt, zur positiven Entwicklung der Sexualität beitragen und den Schüler*innen Möglichkeiten der Selbstbestimmungserfahrung offenbaren (vgl. Ortland, 2007, S. 183).

Ortland (2004, S. 142) arbeitet für die ersten zehn Lebensjahre die eigenen Körpererfahrungen sowie die Erfahrungen, die in Zusammenhang mit den Eltern gemacht wurden und die, die durch Freizeitkontakte und Freunde entstanden sind, als entscheidende Phasen der sexuellen Erfahrung heraus. Im weiteren Lebensverlauf erweitert sich der Erfahrungsraum und gesellschaftliche Aspekte nehmen Einfluss auf die sexuelle Entwicklung (vgl. Ortland, 2004, S. 142). Da diese Erfahrungsquellen bedingt durch die Pflegeabhängigkeit und die körperlichen Einschränkungen nur erschwert zugänglich sind, ergeben sich fünf vorherrschende Problembereiche in der sexuellen Entwicklung von Kindern mit einer Körperbehinderung (vgl. Ortland, 2005, S. 174). Dazu gehört (1) die ‚erschwerte Ausbildung von Schamgefühl/einer Intimsphäre‘, (2) die ‚erschwerte Anerkennung der Intimsphäre von anderen‘, (3) das ‚erschwerte lustvolle Erleben des eigenen Körpers‘, (4) das ‚erschwerte Erkennen von sexuellem Missbrauch‘ sowie (5) der ‚erschwerte Aufbau eines positiven Körperbildes‘. Im Hinblick auf mehrfachbeeinträchtigte Schüler*innen ist anzunehmen, dass ihnen aufgrund der Komplexität der Behinderung und der existenziellen Pflegeabhängigkeit einige der Erfahrungen nie zur Disposition stehen werden und die sich daraus ergebenden Problematiken noch weitaus intensiver ausgeprägt sind. Erneut gilt es hier, das Potenzial in der körpernahen Wahrnehmungsfähigkeit der Schülerschaft zu sehen. Montagu (2012, S. 131) betont in ihrer Abhandlung, dass eine mangelnde Kommunikation über die Haut zu einer unzureichend ausgebildeten sexuellen Entwicklung führt. Im Umkehrschluss kann die betroffene Schülerschaft aus der körpernahen Kommunikationsform sexuelle Erfahrungen schöpfen, auf dessen Basis

Selbstbestimmungsprozesse vollzogen werden können. Da sich die sexuelle Selbstbestimmung in bewussten oder unbewussten Entscheidungen auf der Basis der individuellen emotionalen, kognitiven und körperlichen Ausgangslage bezüglich der subjektiv befriedigenden Sexualität äußert, ist anzunehmen, dass sich diese bei komplex beeinträchtigten Schülerinnen auf einer sehr basalen Ebene vollzieht (vgl. Ortland, 2016, S. 14). So kann auch die Körperpflege bzw. die Intimpflege für die Schüler*innen als sexuelle Situation gelten, da sie gerade hier Erfahrungen mit dem eigenen Körper und mit direkten Berührungen im Intimbereich sammeln können (vgl. Czerwinski, 2014, S. 153). So zeigen die Ergebnisse der Studie von Ortland (2005, S. 118), dass die Lehrkräfte zu 24,6 Prozent ein häufig bis sehr häufiges und zu 50,2 Prozent ein seltenes sexuelles Verhalten bei Toilettengängen oder bei der Intimpflege von Schüler*innen mit einer Körperbehinderung erlebt haben. Dementsprechend wurde in nur etwa 25 Prozent der Fälle kein sexuelles Verhalten beobachtet, wodurch sich schlussfolgern lässt, dass die Situation der Intimpflege von den Schüler*innen mehrheitlich für derartige Selbsterfahrungen genutzt wird. Auch wenn die Ergebnisse nicht spezifisch für den Personenkreis der komplex beeinträchtigten Schüler*innen erhoben wurden und sie demnach nicht für intensiv ausgeprägte motorische Funktionsstörungen repräsentativ sind, kann davon ausgegangen werden, dass auch die betroffene Schülerschaft zur menschlichen Bedürfnisbefriedigung nach persönlichen sexuellen Selbsterfahrungen strebt.

Im Kontext der Selbstbestimmung und der sexuellen Entwicklung stellt die Intimpflege somit einen hervorzuhebenden Bereich der Körperpflege dar, auf dessen Handlungs- und Problembereiche zur Findung von Selbstbestimmungspotenzialen im folgenden Unterkapitel genauer eingegangen wird.

4.2 Die Intimpflege als Handlungs- und Problembereich der Körperpflege

Aufgrund neuropsychologischer Ursachen sind Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen zumeist ein Leben lang von einer Harn- und Darminkontinenz betroffen (vgl. Schlichting, 2013, S. 222). Dementsprechend sind sie auf das Tragen aufsaugender Materialien, wie Windeln, und teilweise auch auf eine ableitende Inkontinenzversorgung, bspw. auf die Harnableitung durch die Bauchdecke, angewiesen (vgl. Sachsenmeier & Zegelin, 1995, S. 122 f.). Bei Problemen der Blasenentleerung kann die Katheterisierung eine wichtige Rolle spielen (vgl. Sachsenmeier & Zegelin, 1995, S.

119 f.). Das Tragen von Inkontinenzmaterialien sowie die unvollständige Blasenentleerung bedingen insbesondere Harnwegsinfektionen (vgl. Schlichting, 2014, S. 216). Besonders häufig treten bei dem betroffenen Personenkreis Verdauungsstörungen auf, mit denen überwiegend eine Veränderung des Stuhlgangs in Form von Obstipation (Verstopfung) oder Diarrhö (Durchfall) einhergeht (vgl. Schlichting, 2013, S. 213 ff.). Schmerzen bei der Darm- und Blasenentleerung sind daher ein häufiger Begleiter im Leben der Schüler*innen mit komplexer Behinderung. Zusätzlich können Schmerzen, wie in Kapitel 2.2.2 angemerkt, vermehrt in der intimen Hautregion durch wunde und stark gereizte Stellen hervorgerufen werden (vgl. Schlichting, 2013, S. 216). Der Windelbereich ist hierfür aufgrund der fehlenden Luftzirkulation und der Reibung durch Bewegung besonders anfällig. Ebenso reizen Urin und Stuhl die Hautpartien. Ohne die entsprechende Behandlung können derartige Hautirritationen die Entstehung eines Dekubitus begünstigen (vgl. Schlichting, 2013, S. 216). Die Intimpflege gestaltet sich somit aus den Tätigkeiten der Intimreinigung und der Pflege der Haut im Intimbereich sowie dem Wechseln des Inkontinenzmaterials.

Bei der Intimreinigung ist darauf zu achten, dass rissige, wunde und/oder infektiöse Hautstellen behutsam behandelt werden. Es gilt auf Öltücher oder Öle zur Reinigung zu verzichten und auf pH-neutrale, rückfettende und duftstofffreie Pflegemittel zurückzugreifen (vgl. Schlichting, 2013, S. 221). Bei der Intimreinigung von Schülerinnen muss bedacht werden, dass diese zur Vermeidung der Verteilung von Keimen von der Scheide in Richtung des Anus vollzogen werden muss (vgl. Schlichting, 2013, S. 221). Werden Cremes zur Hautpflege verwendet, so dürfen diese nicht zu dick aufgetragen werden, da die Haut hierdurch aufweichen und weiter beschädigt werden kann (vgl. Schlichting, 2013, S. 221). Beim Wechseln der Inkontinenzeinlage sind besonders die körperlichen Voraussetzungen der Schüler*innen zu berücksichtigen. Durch häufig auftretende Hüftprobleme oder Hüftluxationen sollte das Drehen der Schüler*innen auf eine Körperhälfte anstatt des Hochhebens der Beine oder Füße zum Austausch der Windel genutzt werden (vgl. Schlichting, 2013, S. 221).

4.3 Selbstbestimmungspotenziale in der Intimpflege

Basierend auf den vorangegangenen Ausführungen zur Intimpflege und angelehnt an das Kapitel 3.3.1 werden im Folgenden erneut Entscheidungsfragen formuliert, die in diesem Fall die spezifischen Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Intimpflege unter

besonderer Berücksichtigung der Intimsphäre und sexuellen Entwicklung aufdecken sollen.

- Gibt es, orientiert an den Bedürfnissen der Schüler*innen, ritualisierte Pflegezeiten? Können die Schüler*innen den Zeitpunkt und die Dauer der Pflege mitbestimmen?
- Fühlt sich die Schülerin/der Schüler in dem Pflegeraum wohl?
- Wird dafür gesorgt, dass keine weiteren Personen während der Pflegesituation den Raum betreten?
- Ist die Schülerin/der Schüler in der Situation orientiert und willigt in den Wechsel des Inkontinenzmaterials ein?
- Werden den Schüler*innen die Materialien und Reinigungsmittel vor der Anwendung zur visuellen, taktilen oder auch olfaktorischen Wahrnehmung dargeboten?
- Welche Mittel zur Reinigung werden von der Schülerin/dem Schüler bevorzugt? Welche der Mittel lösen an empfindlichen Hautstellen evtl. den geringsten/keinen Schmerz aus?
- Kann und will sich die Schülerin/der Schüler an den Bewegungsabläufen (Öffnen der Windel, auf die Seite drehen, Reinigung des Intimbereichs) gemäß dem A-folter-Konzept beteiligen?
- Gibt es familiäre Rituale, auf welche Weise das Inkontinenzmaterial gewechselt wird?
- Auf welche Berührungen reagiert die Schülerin/der Schüler besonders empfindlich?
- Zeigt die Schülerin/der Schüler den Drang zur Selbststimulation im Intimbereich? Wird ihr/ihm ermöglicht, unter Berücksichtigung des Sicherheitsaspekts, diesem nachzugehen? Werden Körpererfahrungen ermöglicht?
- Wird die Sexualität des Individuums anerkannt und berücksichtigt? Wird die subjektive Vorstellung der Pflegeperson von Sexualität nicht auf die zu pflegende Person übertragen?

Aufgrund des vorgesehenen Umfangs dieser Arbeit werden die Gestaltungsmöglichkeiten vor dem Hintergrund der *Basalen Selbstbestimmung* und der Bezugnahme zur *Unterstützten Kommunikation* hier nicht weiter ausgearbeitet. Stattdessen wird auf

die Ideen aus Kapitel 3.3.1 verwiesen, welche auch in der Intimpflege anwendbar sind. Es lässt sich an dieser Stelle jedoch zusammenfassend festhalten, dass die körpernahe Reizsetzung im Kontext der Pflege das Fundament jeglicher Selbstbestimmung von Kindern und Jugendlichen mit komplexer Behinderung bildet. Über die körpernahe Wahrnehmung können die Verwendung von Pflegematerialien und die Bewegungsabläufe von den Schüler*innen nachvollzogen und Vorlieben ausgebildet werden. Daraus resultiert ein erweitertes Bewertungssystem, auf dessen Grundlage selbstbestimmte Entscheidungen getroffen werden können. In welcher Form die Schüler*innen ihrer Entscheidung Ausdruck verleihen können, zeigt sich durch den Einsatz der *Unterstützten Kommunikation*, wie in Kapitel 3.3.1 und 3.3.2 dargelegt.

5 Fazit

In dieser Bachelorarbeit sollte aufgezeigt werden, *wie Schüler*innen mit komplexer Behinderung die Selbstbestimmung im Bereich der Körperpflege durch die Bezugnahme auf das Konzept der Unterstützten Kommunikation im pädagogischen Kontext ermöglicht werden kann*. Durch die Annäherung an die betroffene Schülerschaft, konnte zunächst herausgearbeitet werden, dass die Schüler*innen durch die ausgeprägten kognitiven, motorischen sowie sensorischen Beeinträchtigungen in allen Lebensbereichen und somit existenziell auf die Pflege durch andere angewiesen sind. Deutlich wurde anhand von Fröhlich (2017, S. 229), der die Lebensform der Schüler*innen mit der von Säuglingen vergleicht, dass sich die Pädagogik im Umgang mit komplex beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen stets auf einem ganz basalen Niveau bewegt, das besonders auf der körpernahen Wahrnehmungsstärke der Betroffenen beruht. Die Darstellung des Konflikts, der sich aus der sozialen sowie pflegerischen Abhängigkeit der komplex beeinträchtigten Schüler*innen hinsichtlich der Selbst- und Fremdbestimmung ergibt, illustriert die Problematik und zugleich die Bedeutung der Selbstbestimmungsdebatte. Ebenso deutlich wurde die Rolle der Kommunikation innerhalb dieser Thematik, die eng mit der Erkenntnis verknüpft ist, dass die Beziehungsgestaltung und die Qualität der Interaktionen entscheidend sind, um ein größtmögliches Ausmaß an Selbstbestimmung zu erreichen. Im Rahmen der Ausführungen zur *Unterstützten Kommunikation* wurden die Schüler*innen dem Nutzerkreis der präintentional Kommunizierenden zugeordnet, wodurch die (nicht) intentionalen körpereigenen Kommunikationsformen, als primärer Interaktionskanal

identifiziert werden konnten. Hilfreiche externe Kommunikationshilfen sind vor allem in ‚Ich-Büchern‘ und in sogenannten ‚sprechenden Tasten‘ wie ‚BIGmacks‘ zu sehen. Zudem wurde herausgearbeitet, dass die Aufbereitung der Pflegesituation hinsichtlich körpernaher wahrnehmbarer Reize aufgrund der Angewiesenheit auf alternative Kommunikationsformen zur Lautsprache und der basalen Lebensrealität der Schüler*innen entscheidend für die Selbstbestimmung der Schüler*innen mit komplexen Beeinträchtigungen ist. Die Reizaufnahme fördert die Entwicklung von Vorlieben und somit den Aufbau eines Bewertungssystems, auf dessen Basis selbstbestimmte Entscheidungen getroffen werden können. Durch die Modifizierung des Konzepts der *Basalen Selbstbestimmung* bezüglich der motorischen Einschränkungen konnten die Aspekte des ‚Selbstentscheidens‘, des ‚Erfahrens der eigenen Wirkung‘ und der ‚Selbsttätigkeit‘ als Anhaltspunkte für die Gestaltung einer selbstbestimmten Pflegesituation festgehalten werden. Speziell die Körperpflege offenbart für die Schule relevante Selbstbestimmungspotenziale in den Bereichen der Hautpflege, der Zahn- und Mundpflege sowie in der Kosmetik. Anhand der drei Aspekte der *Basalen Selbstbestimmung* und unter dem Einbezug der *Unterstützten Kommunikation* können Schüler*innen in kleinste Entscheidungsfragen, die sich in den genannten Pflegebereichen bezüglich der individuellen Bedürfnisse offenbaren, mit eingebunden werden und die Situation zum größtmöglichen Ausmaß selbst bestimmen. Dies geschieht unter der Prämisse, dass die Kinder und Jugendlichen auf die Fremdtätigkeit in der Handlungsausführung angewiesen sind und demnach nie der Grad an Selbstbestimmung erreicht werden kann, wie es für Menschen ohne eine Behinderung möglich ist. Dennoch zeigen insbesondere die praxisbezogenen Ausführungen unter dem Einbezug des ABC-Interventionsmodells, dass für die betroffene Schülerschaft ein höheres Ausmaß an Selbstbestimmung erreicht werden kann, als bisher anerkannt. Die Selbstbestimmungspotenziale der Körperpflege können demnach ausgenutzt werden, indem für die Schülerin/den Schüler relevante Aktivitäten sowie hilfreiche Kommunikationsmittel ausgewählt und entlang der linguistischen, operationalen, sozialen und strategischen Kommunikationsfähigkeit basale Ausdrucksweisen erkannt und von den Bezugspersonen aufgenommen werden. Entscheidend sind hierbei die operationalisierte Zielformulierung und die Formulierung der Aufgabenbereiche der pflegenden Person. Durch eine derartige konzeptionelle Herangehensweise können

auch die in der Einleitung erwähnten Überforderungsmomente vermieden sowie die Pflegesituation als Lernsituation genutzt werden. Dadurch kann ebenfalls das Spannungsverhältnis zwischen der Bedürfnisbefriedigung und dem Bildungsauftrag vor dem Hintergrund eingeschränkt zeitlicher Ressourcen gelockert werden. Der Exkurs in Kapitel 4 hat gezeigt, dass sich Sexualität nicht zwangsläufig im Geschlechtsverkehr verwirklicht, sondern ebenso individuelle Gedanken und Gefühle relevant sind. Daher können auch Schüler*innen mit komplexer Behinderung auf einer basalen Ebene sexuelle Bedürfnisse ausbilden, die in der Pflege berücksichtigt werden müssen. Durch die Selbstbestimmtheit kann insbesondere die Intimsphäre im größeren Ausmaß gewahrt und die Schüler*innen somit in ihrer sexuellen Entwicklung unterstützt werden.

Die Ergebnisse sind dahingehend kritisch zu reflektieren, als dass sie vornehmlich auf theoretischen Überlegungen basieren, bei denen die schulischen Rahmenbedingungen zum Großteil außen vor gelassen wurden. Systemische Einflussgrößen, wie der Personalstand, die räumlichen Gegebenheiten, zeitliche Ressourcen, finanzielle Hürden hinsichtlich der Hilfsmittelversorgung sowie schulrechtliche Gegebenheiten, besonders hinsichtlich der Intimpflege, wurden aufgrund des vorgesehenen Umfangs nicht berücksichtigt. Stattdessen konnten die Selbstbestimmungspotenziale, die sich ungeachtet dieser Dimensionen in der direkten Interaktion zwischen zu pflegender Person und der Pflegeperson in der Körperpflege ergeben und nur durch eine gelingende Kommunikation ausgenutzt werden können, möglichst ausführlich dargelegt werden. Wie bereits in Kapitel 3.3.1 durch den Einbezug des Affolter-Konzepts geschehen, kann für fortführende theoretische Überlegungen die Bezugnahme auf weitere pädagogisch orientierte Pflegekonzepte interessant sein. In diesem Zusammenhang sind die ‚Basale Stimulation‘ nach Fröhlich, die ‚Kooperative Pädagogik‘ nach Praschak sowie das Bobath-Konzept zu benennen (vgl. Schlichting, 2013, S. 79 ff.). Ebenfalls könnten auf den theoretischen Erkenntnissen aufbauende empirische Untersuchungen einen Mehrwert für die schulische Praxis bieten. Hierbei könnten die genannten systemischen Einflussgrößen Berücksichtigung finden. Ebenso wäre eine Untersuchungsreihe zur Umsetzung des ABC-Interventionsmodells besonders wertvoll, um Aufschluss über die praktischen Umsetzungsmöglichkeiten und über die tatsächliche Wirksamkeit des in dieser Arbeit dargelegten Modells zu gewinnen.

6 Literaturverzeichnis

- Ackermann, H. (2001). *Das Konzept von Félicie Affolter und seine Bedeutung für die Geistigbehindertenpädagogik*. Luzern: Edition SZH/SPC.
- Bergeest, H. & Boenisch, J. (2019). *Körperbehindertenpädagogik. Grundlagen – Förderung – Inklusion* (6. Aufl.). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Bernasconi, T. (2017). Anteil und schulische Situation von Schülerinnen und Schülern mit schwerer und mehrfacher Behinderung an Förderschulen in Nordrhein-Westfalen. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 4, 309-324.
- Bernasconi, T. & Sachse, S. K. (2019). Kommunikative Kompetenz, Teilhabe und ICF-CY-Perspektive in der Unterstützten Kommunikation: Grundlagen einer systematischen Interventionsplanung. *Frühförderung interdisziplinär*, 3, 127-134.
- Bienstein, C. (1995). Mundpflege. In C. Bienstein & A. Zegelin (Hrsg.), *Handbuch Pflege*. Düsseldorf: Verl. Selbstbestimmtes Leben.
- Bienstein, C. & Fröhlich, A. (2016). *Basale Stimulation in der Pflege* (8. Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Braun, U. (2020). Entwicklung der Unterstützten Kommunikation in Deutschland – eine systematische Einführung. In J. Boenisch & S. K. Sachse (Hrsg.), *Kompendium Unterstützte Kommunikation* (S. 19-32). Stuttgart: Kohlhammer.
- Czerwinski, T. (2014). *Kontextuelle und konzeptuelle Bedingungen und Entwicklungspotentiale schulischer professioneller Pflege. Eine qualitative und explorative Studie an Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung*. Dissertation, Technische Universität Dortmund.
- Ehwald, W. & Hofer, A. (2001). Das Affolter-Modell. Forschungsergebnisse – Entwicklungsmodell – Anwendung. In A. Fröhlich, N. Heinen & W. Lamers (Hrsg.), *Texte zur Körper- und Mehrfachbehindertenpädagogik: Schwere Behinderung in Praxis und Theorie – Ein Blick zurück nach vorn* (S. 83-100). Düsseldorf: Verl. Selbstbestimmtes Leben.

- Fornefeld, B. (1998). *Das schwerstbehinderte Kind und seine Erziehung. Beiträge zu einer Theorie der Erziehung* (2. Aufl.). Heidelberg: Programm „Ed. Schindele“.
- Fornefeld, B. (2008). Menschen mit Komplexer Behinderung – Klärung des Begriffs. In B. Fornefeld (Hrsg.), *Menschen mit Komplexer Behinderung – Selbstverständnis und Aufgaben der Behindertenpädagogik* (S. 50-81). München: Reinhardt.
- Fröhlich, A. (2014). Pädagogik – ganz basal. In A. Fröhlich (Hrsg.), *Bildung – ganz basal: selbstbestimmt leben* (S. 5-8). Düsseldorf: Verl. Selbstbestimmtes Leben.
- Fröhlich, N. (2016). Ich-Bücher. Fachtag Baden-Württemberg am 17.09.2016 von der Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e.V. (isaac). Zugriff am 14.10.2021 unter <https://www.gesellschaft-uk.org/regional/regio-baden-wuerttemberg/downloads-zu-veranstaltungen.html?file=files/Downloadliste/Fortbildungen/bw-2016/ich-Buecher%20Fachtag%20Handout.pdf>
- Fröhlich, A. (2017). Aktivitäten des täglichen Lebens schwerstbehinderter Personen. In A. Fröhlich, N. Heinen, T. Klauß & W. Lamers (Hrsg.), *Schwere und mehrfache Behinderung – interdisziplinär* (2. Aufl.) (S. 229-240). Oberhausen: Athena.
- Hahn, M. (1981). *Behinderung als soziale Abhängigkeit: zur Situation schwerbehinderter Menschen*. München: Reinhardt.
- Haupt, U. (2001). *Leben ist jetzt – Spiritualität in der Zusammenarbeit mit körperbehinderten Kindern*. Düsseldorf: Verl. Selbstbestimmtes Leben.
- Heinrich, M. & Lübeck, A. (2013). Hilflohe häkelnde Helfer? Zur pädagogischen Rationalität von Integrationshelfer/inne/n im inklusiven Unterricht. *Bildungsforschung*, 10, 91-110.
- Klauß, T. (2007). Selbstbestimmung als Leitidee der Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. Zugriff am 07.10.2021 unter http://www.ph-heidelberg.de/fileadmin/user_upload/wp/klauss/Selbstbestimmung.pdf

- Klauß, T. (2017a). Schwere und mehrfache Behinderung – interdisziplinär. In A. Fröhlich, N. Heinen, T. Klauß & W. Lamers (Hrsg.). *Schwere und mehrfache Behinderung – interdisziplinär* (2. Aufl.) (S. 11-39). Oberhausen: Athena.
- Klauß, T. (2017b). Gute Pflege für Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung. In A. Fröhlich, N. Heinen, T. Klauß & W. Lamers (Hrsg.), *Schwere und mehrfache Behinderung – interdisziplinär* (2. Aufl.) (S. 87-108). Oberhausen: Athena.
- Kristen, U. (2021). Vom Babytalk zum Talkerbrunch. In E. Wilken (Hrsg.), *Unterstützte Kommunikation. Eine Einführung in Theorie und Praxis* (6. Aufl.) (S. 111-138). Stuttgart: Kohlhammer.
- Lamers, W., Musenberg, O. & Sansour, T. (Hrsg.). (2021). *Qualitätsoffensive - Teilhabe von erwachsenen Menschen mit schwerer Behinderung. Grundlagen für die Arbeit in Praxis, Aus- und Weiterbildung*. Bielefeld: wbv Media GmbH & Co. KG.
- Leber, I. (2020). Diagnostik der präintentionalen Kommunikation. In J. Boenisch & S. K. Sachse (Hrsg.), *Kompodium Unterstützte Kommunikation* (S. 170-178). Stuttgart: Kohlhammer.
- Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen (MSW) (Hrsg.). (2016). *Verordnung über die sonderpädagogische Förderung, den Hausunterricht und die Schule für Kranke (AO-SF)*. Düsseldorf: Ritterbach.
- Montagu, A. (2012). *Körperkontakt. Die Bedeutung der Haut für die Entwicklung des Menschen* (12. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Nicklas-Faust, J. (2017). Schwere und mehrfache Behinderung – Medizinische Aspekte. In A. Fröhlich, N. Heinen, T. Klauß & W. Lamers (Hrsg.), *Schwere und mehrfache Behinderung – interdisziplinär* (2. Aufl.) (S. 61-86). Oberhausen: Athena.
- Nußbeck, S. (2021). Das Konzept der Gestützten Kommunikation – Beschreibung und kritische Bewertung. In E. Wilken (Hrsg.), *Unterstützte Kommunikation. Eine Einführung in Theorie und Praxis* (6. Aufl.) (S. 238-261). Stuttgart: Kohlhammer.

- Ortland, B. (2004). „Hilf mir, es selbst zu tun.“ – Herausforderungen in der Sexualerziehung bei Schüler/innen mit einer Körperbehinderung aus Sicht der Lehrkräfte. *Sonderpädagogik*, 3, 138-148.
- Ortland, B. (2005). *Sexualerziehung an der Schule für Körperbehinderte aus der Sicht der Lehrerinnen und Lehrer*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Ortland, B. (2007). Pflegeabhängigkeit und Sexualität. In K.-J. Faßbender & M. Schlüter (Hrsg.), *Pflegeabhängigkeit und Körperbehinderung. Theoretische Fundierungen und praktische Erfahrungen* (S. 177-196). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Ortland, B. (2008). *Behinderung und Sexualität. Grundlagen einer behinderungsspezifischen Sexualpädagogik*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ortland, B. (2016). *Sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung: Grundlagen und Konzepte für die Eingliederungshilfe*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Praschak, W. (2009). Elementarisierung als sonderpädagogisches Prinzip – Aufgezeigt am Bildungswert der Pflege schwerstbehinderter Menschen. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 4, 283-297.
- Sachse, S. K. & Bernasconi, T. (2020). Ziele formulieren und Maßnahmen beschreiben mit dem ABC-Modell. In J. Boenisch & S. K. Sachse (Hrsg.), *Kompendium Unterstützte Kommunikation* (S. 203-216). Stuttgart: Kohlhammer.
- Sachsenmeier, B. & Zegelin, A. (1995). Inkontinenz – der unwillkürliche Harn- und/oder Stuhlverlust. In C. Bienstein & A. Zegelin (Hrsg.), *Handbuch Pflege*. Düsseldorf: Verl. Selbstbestimmtes Leben.
- Schellen, J. (2020). Unterstützte Kommunikation im Rahmen der Pflege an Förderschulen. *Unterstützte Kommunikation*, 2, 26-35.
- Schlichting, H. (2007). Schwere körperliche Behinderungen. Bewegungseinschränkung und Möglichkeiten pflegerischer und therapeutischer Intervention in der Schule für Geistigbehinderte. *Geistige Behinderung*, 3, 232-242.

- Schlichting, H. (2013). *Pflege bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen*. Düsseldorf: Verl. Selbstbestimmtes Leben.
- Schneider, A. & Rohrmann, S. (2002). Kommunikationsförderung bei schwerer behinderten Menschen. In Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e.V. (Hrsg.), *Unterstützte Kommunikation mit nichtsprechenden Menschen* (3. Aufl.) (S. 168-174). Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag.
- Seebaum, K. (1979). *Rehabilitation und Kosmetik*. Berlin: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.
- Seifert, M. (2009). Selbstbestimmung und Fürsorge im Hinblick auf Menschen mit besonderen Bedarfen. *Teilhabe*, 3, 122-128.
- Spreer, M. & Wahl, M. (2020). Unterstützte Kommunikation – individualisiertes, multimodales Realisieren von Kommunikation. *Sprache · Stimme · Gehör*, 44, 134-138.
- Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung (ISB) (Hrsg.). (2018). *Unterricht und Förderung von Schülern mit schwerer und mehrfacher Behinderung* (3. Aufl.). München: Reinhardt.
- Tetzchner, S. & Martinsen, H. (2000). *Einführung in Unterstützte Kommunikation*. Heidelberg: Edition S.
- Weid-Goldschmidt, B. (2015). *Zielgruppen Unterstützter Kommunikation: Fähigkeiten einschätzen – Unterstützung gestalten* (2. Aufl.). Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag.
- Weingärtner, C. (2013). *Schwer geistig behindert und selbstbestimmt – Eine Orientierung für die Praxis* (3. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Wilken, E. (2020). Teilhaben und Mitbestimmen. Unterstützte Kommunikation hat viele Facetten. In J. Boenisch & S. K. Sachse (Hrsg.), *Kompodium Unterstützte Kommunikation* (S. 9-12). Stuttgart: Kohlhammer.

Wilken, E. (2021). Kommunikation und Teilhabe. In E. Wilken (Hrsg.), *Unterstützte Kommunikation. Eine Einführung in Theorie und Praxis* (6. Aufl.) (S. 7-17). Stuttgart: Kohlhammer.

Eidesstattliche Versicherung (Affidavit)

Name, Vorname
(surname, first name)

Matrikelnummer
(student ID number)

Bachelorarbeit
(Bachelor's thesis)

Masterarbeit
(Master's thesis)

Titel (Title)

Selbstbestimmung von Schülerinnen und Schülern mit komplexer Behinderung im Kontext schulischer Pflegesituationen unter besonderer Berücksichtigung der Möglichkeiten Unterstützter Kommunikation

Ich versichere hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit mit dem oben genannten Titel selbstständig und ohne unzulässige fremde Hilfe erbracht habe. Ich habe keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt sowie wörtliche und sinngemäße Zitate kenntlich gemacht. Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegen.

I declare in lieu of oath that I have completed the present thesis with the above-mentioned title independently and without any unauthorized assistance. I have not used any other sources or aids than the ones listed and have documented quotations and paraphrases as such. The thesis in its current or similar version has not been submitted to an auditing institution before.

Ort, Datum
(place, date)

Unterschrift
(signature)

Belehrung:
Wer vorsätzlich gegen eine die Täuschung über Prüfungsleistungen betreffende Regelung einer Hochschulprüfungsordnung verstößt, handelt ordnungswidrig. Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße von bis zu 50.000,00 € geahndet werden. Zuständige Verwaltungsbehörde für die Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten ist der Kanzler/die Kanzlerin der Technischen Universität Dortmund. Im Falle eines mehrfachen oder sonstigen schwerwiegenden Täuschungsversuches kann der Prüfling zudem exmatrikuliert werden. (§ 63 Abs. 5 Hochschulgesetz - HG -).

Die Abgabe einer falschen Versicherung an Eides statt wird mit Freiheitsstrafe bis zu 3 Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

Die Technische Universität Dortmund wird ggf. elektronische Vergleichswerkzeuge (wie z.B. die Software „turnitin“) zur Überprüfung von Ordnungswidrigkeiten in Prüfungsverfahren nutzen.

Die oben stehende Belehrung habe ich zur Kenntnis genommen:

Official notification:
Any person who intentionally breaches any regulation of university examination regulations relating to deception in examination performance is acting improperly. This offense can be punished with a fine of up to EUR 50,000.00. The competent administrative authority for the pursuit and prosecution of offenses of this type is the Chancellor of TU Dortmund University. In the case of multiple or other serious attempts at deception, the examinee can also be unenrolled, Section 63 (5) North Rhine-Westphalia Higher Education Act (*Hochschulgesetz, HG*).

The submission of a false affidavit will be punished with a prison sentence of up to three years or a fine.

As may be necessary, TU Dortmund University will make use of electronic plagiarism-prevention tools (e.g. the "turnitin" service) in order to monitor violations during the examination procedures.

I have taken note of the above official notification:*

Ort, Datum
(place, date)

Unterschrift
(signature)

***Please be aware that solely the German version of the affidavit ("Eidesstattliche Versicherung") for the Bachelor's/ Master's thesis is the official and legally binding version.**