

Alter & Behinderung - Aus der Heilpädagogik für die Altenpflege lernen

Das Thema „Alter & Behinderung“ verzeichnet in den letzten Jahren eindeutig einen Aufmerksamkeitszugewinn. Angefangen beim versorgungspolitisch wichtigen Thema des Personenkreises alter Menschen mit geistiger Behinderung über Sprachbehinderungen im Alter bis hin zu neuerdings der Lebenssituation körperbehinderter Menschen im Alter weitet sich der Blick auf die Vielfalt dieses Personenkreises. Wenn hier im folgenden der Frage nachgegangen wird, wie Altenpflege aus der Heilpädagogik lernen könne, so ist einleitend auf einige Untiefen einzugehen:

Der Leitsatz „aus der Heilpädagogik für die Altenpflege lernen“ lädt möglicherweise dazu ein, unreflektierte Binsenweisheiten auszusprechen, wie Altenpflege von der Heilpädagogik lernen könnte. Dabei ist ungeklärt, ob der eine vom anderen überhaupt lernen kann, bleiben doch beide Disziplinen trotz aller möglichen Verbundenheit als getrennt zu betrachtende Phänomene bestehen. Ebenso verleitet die Vorgabe „aus der Heilpädagogik für die Altenpflege lernen“ dazu, im Unklaren zu verharren. Was ist denn „die“ Heilpädagogik ? Und was sei „die“ Altenpflege ? Gibt es denn überhaupt „die eine“ Heilpädagogik und „die eine“ Altenpflege ? Es gibt sie sicherlich nicht. Zudem ist auch zwischen einer praktischen und einer theoretischen Heilpädagogik zu unterscheiden, zwischen einer praktizierten Altenpflege und ihrer Theorie zu differenzieren. Gerade zwischen der (oder besser den) Theorie(n) und der großen Bandbreite an Umsetzungsversuchen existieren bisweilen erhebliche Unterschiede. Schließlich animiert der Leitsatz „aus der Heilpädagogik für die Altenpflege lernen“, vorhandene Gemeinsamkeiten von Altenpflege und Heilpädagogik unkritisch zu betonen. Wahrscheinlich geriete dies zum Schaden beider Disziplinen, denn die Neigung zur Betonung von Gemeinsamkeiten nährt die Tendenz, die Eigenständigkeit beider Disziplinen zu verwischen. Ein jüngst von Günther Wild (2003) in der Zeitschrift ‘Behindertenpädagogik’ erschienener Beitrag zum Thema ‘Reflexion pflegewissenschaftlicher Modelle aus heilpädagogischer Sicht’ warnt davor, Pflege und Heilpädagogik vorschnell im gleichen Atemzug zu erwähnen. Mit Verweis auf die derzeit von Kostenträgern der Behindertenhilfe favorisierten Praxis, alte Menschen mit Behinderungen in die Pflegeversicherung abzudrängen, hierin Pflegeversicherung mit Pflegewissenschaft, und Pflegewissenschaft mit Heilpädagogik gleichsetzend, führt Günther Wild ein aktuelles Beispiel für die Folgen einer unkritischen Gleichsetzung von Pflege und Heilpädagogik an. Hat er nicht auch Recht ? (siehe auch: Gitschmann 2003).

In den folgenden zwei Abschnitten, in die sich der Text gliedert, gilt es, die genannten Untiefen möglichst zu umschiffen. Im ersten Abschnitt werden erfahrungsbezogene Zugänge zum Wechselverhältnis von Altenpflege und Heilpädagogik gesucht und vermittelt. Zuerst am Beispiel der Geragogik in der stationären Altenhilfe, danach am Beispiel der Altenpflege bei alten Menschen mit geistiger Behinderung. Im zweiten Abschnitt wird durch einen stärker konzeptionell

geprägten Zugang die Natur des Wechselverhältnisses von Altenpflege und Heilpädagogik weiter aufzuklären versucht.
Erfahrungsbezogene Zugänge zum Wechselverhältnis von Altenpflege und Heilpädagogik

Geragogik in der stationären Altenhilfe

Im November 1988 begann der Autor seine Tätigkeit im Pflegedienst des Alten- und Pflegeheims St. Rita, einer Einrichtung für ca. 160 alte und pflegebedürftige Menschen. Die eigenen Versuche, im Zeitraum bis Juni 1993 den Pflegealltag durch bewohnerorientierte Aktionen und Aktivitäten anzureichern, stießen immer mehr an die Grenzen des pflegeorganisatorisch Erträglichen, das Feedback der Bewohner bestärkte aber gleichzeitig in der Überzeugung, dass diese Aktivitäten Lebensqualität schaffen. So wurde mit dem damaligen Heimleiter vereinbart, ein Projekt zu starten, welches heilpädagogisches Arbeiten in den Alltag eines Pflegeheimes integrieren sollte. Das Projekt trug den Namen „Psychosoziale Betreuung und Förderung von Senioren in der stationären Altenhilfe“ (PBFSA) und hatte eine Laufzeit von 2 Jahren (vom 1.8.1993 bis 31.7.1995).

Schwerpunkte des Projekts waren:

- 1) Bewohnerbezogen: Entwicklung eines Systems abgestufter Förder- und Beschäftigungsangebote; Entwicklung eines Paketes unterschiedlicher Übersiedlungshilfen für den Einzug in ein Altenheim; Konzeptionelle und organisatorische Ausgestaltung der Begleitung sterbender Menschen im Heim.
- 2) Bewohnerübergreifend: Angehörigenarbeit; Ehrenamtlichenarbeit; Innere Vernetzungsarbeit; Äußere Vernetzungsarbeit;
- 3) Wissenschaftsbezogen: Ermittlung der Effektivität geragogischen Wirkens hinsichtlich kognitiver, behavioraler und sozialer Dimensionen von beeinträchtigten alten Menschen in Pflegeheimen.

Im Projekt gelang es, ein System abgestufter Förder- und Beschäftigungsangebote zu installieren, das rund 40% der Bewohner regelmäßig in solche Angebote integrierte.

Durch unterschiedliche Untersuchungen konnte belegt werden, dass

- kontinuierliche geragogische Gruppeninterventionen das kognitive Niveau von pflegebedürftigen alten Menschen zu stabilisieren, unter Umständen auch zu steigern vermögen
- pflegebedürftige Bewohner in geragogisch gesteuerten Gruppensituationen ein höheres Verhaltensniveau als in ihren unmittelbaren Lebensbereichen, den Stationen an den Tag legen
- die sozialen Interaktionen zwischen Heimbewohnern durch kontinuierliche geragogische Gruppeninterventionen intensiviert werden können.

Weitere Informationen sind dem veröffentlichten Projektbericht zu entnehmen (Skiba 1995). Die Arbeit des geragogischen Dienstes wurde im Anschluss des Projektes weiter geführt, weiter ausgebaut und optimiert (Skiba 1998, 2001). Interessant ist, dass sich im Laufe der Jahre eine zunehmend sich differenzie-

rende Nachfrage der Heimbewohner nach Förder- und Bildungsangeboten herauschälte. Von Bedeutung ist sicherlich auch, dass durch gezielte Übersiedlungshilfen die - bekannt hohe - Sterblichkeit von Heimbewohnern in den ersten sechs Monaten nach Einzug deutlich gesenkt werden konnte (Skiba 1999). Was kann man von dem zweijährigen Projekt und den bis heute anhaltenden, anschließenden Weiterentwicklungen geragogischer Arbeit in der stationären Altenhilfe für die Altenpflege ableiten? Zum einen, dass Altenpflege in stationären Zusammenhängen sich nicht in Pflegekonstellationen beschränken darf, sondern dass ein Mehr an Leben ins Alten- und Pflegeheim einziehen muss. Zum anderen, dass es dazu nicht unbedingt anderer Professionen bedarf, wohl aber eigener Strukturen. Die Altenpflege, zumal jene der letzten Jahre, sollte in der Lage sein, ein ergänzendes System an Förder- und Bildungsangeboten kraft eigener Kompetenz zu betreiben und aufrecht zu erhalten.

Altenpflege bei geistiger Behinderung

Im September 1999 übernahm der Autor in einer großen Behinderteneinrichtung den Arbeitsbereich Senioren. In der Einrichtung leben rund 200 alte Menschen mit einer lebenslang erworbenen geistigen Behinderung. Aufgrund der allgemein erkennbaren Tendenz zur Zunahme des Personenkreises alter Menschen mit Behinderung stellte sich für die Einrichtung die Frage, wie man dieser neuen Herausforderung gerecht werden könne.

Der eigene Bereich bestand aus einem Wohnbereich mit 245 Plätzen. Im Lauf der Jahre galt es, an vielen verschiedenen Stellschrauben zu drehen, um den Bedürfnissen und dem Bedarf alter Menschen mit geistiger Behinderung entgegen zu kommen. So galt es, spezielle Wohnformen zu entwickeln, eine Tagesstätte für Senioren aufzubauen, ein QM-System aufzubauen, das Abläufe wie z.B. die Überleitung und Rücknahme ins Krankenhaus, die Integration von neuen Bewohnern in die Einrichtung oder Förderangebote für Senioren regelte sowie seniorengerechte Umbaumaßnahmen in den verschiedenen Wohnheimen zu veranlassen. Nicht zuletzt galt es natürlich auch, die professionelle Altenpflege bei Menschen mit geistiger Behinderung im Alter einzuführen, wo dies noch nicht geschehen war. Zunächst war es so gewesen, dass nur ganz wenige examinierte Altenpfleger in diesem Bereich tätig waren. Meist waren die Fachkräfte Erzieher und Heilerziehungspfleger, darunter vereinzelt Krankenpfleger. Personalpolitisch ging es deshalb zum einen darum, den Anteil an Altenpflegern deutlich zu erhöhen. Nach rund fünf Jahren Arbeit konnte der Anteil an Altenpflegern stark erhöht werden, heute bildet diese Berufsgruppe die größte Gruppe unter den verschiedenen Professionen. Mit der Zunahme des Anteils der Altenpfleger entstanden Kooperationsschwierigkeiten, die zu einem Ausleseprozess unter den pädagogischen Mitarbeitern geführt haben; letztlich verbargen sich dahinter Abgrenzungs- und Harmonisierungsprobleme zwischen Altenpflege und Heilpädagogik; anders gesprochen die fehlende Bereitschaft, voneinander zu lernen. Die Lernrichtung, die durch das Zusammenwirken von Altenpflege und Heilpädagogik stimuliert wurde, war dabei zunächst schwer-

punktmäßig eine von der Altenpflege zur Heilpädagogik, also entgegen derjenigen, die hier eigentlich beleuchtet werden soll. Das Verhältnis von Altenpflege und Heilpädagogik ist folglich nicht einseitig, sondern reziprok. Die Lernimpulse, die die Altenpflege für die Heilpädagogik einbrachte (und die von manchen nicht angenommen werden konnten, weshalb sie sich aus dem Feld der Altenpflege bei geistiger Behinderung wieder heraus bewegten) waren vor allem die Betonung der Notwendigkeit der (Pflege-) Dokumentation, die verstärkte Arbeit mit Hilfsmitteln, die qualitative Verbesserung von grund- und behandlungspflegerischer Versorgung. Diese genannten Lernimpulse waren natürlich eingebunden in eine systematische Fundierung von Pflege in den Arbeitsbereich Senioren. So wurde ein Pflegekonzept entwickelt, das Pflegeleistungen definiert und auf das zugrunde liegende Pflegemodell Bezug nimmt. Daneben wurde über ein breites Spektrum an Einweisungsformen und Befähigungsnachweisen sichergestellt, dass auch Nicht-Pflegefachkräfte in pflegerische Aufgaben sachgerecht eingewiesen werden können. So kann man resümieren, dass durch die Implementierung der Altenpflege in die heilpädagogische Betreuung von alten Menschen mit geistiger Behinderung die Heilpädagogik von der Altenpflege lernen konnte.

Aber es gibt auch die umgekehrte Lernrichtung, nämlich jene von der Heilpädagogik für die Altenpflege. Insbesondere drei Lernimpulse können genannt werden, die die Heilpädagogik für die Altenpflege lieferte. Zum ersten war es so, dass nicht, wie vielleicht zu erwarten wäre, die Pflegeplanung ein Lernimpuls für die Heilpädagogik war, sondern umgekehrt das Modell der Hilfe- bzw. Betreuungsplanung ein Lernimpuls für die Altenpflege war. Was ist nun darunter zu verstehen bzw. wo liegen die Unterschiede zwischen Pflege- und Betreuungsplanung? Die Pflegeplanung fokussiert naturgemäß zuallererst pflegerische Sachverhalte, meist Pflegedefizite, die durch Rückgriff auf bestimmte Ressourcen auszugleichen oder abzubauen versucht werden. Die Betreuungsplanung (hier am Beispiel des Modells POB = Planung und Organisation in der Betreuung nach Prof. Haisch) nimmt ebenfalls Pflege als Element der Hilfeleistung in den Blick, darüber hinaus aber mindestens gleichwertig andere Aspekte wie Beschäftigung und Lebensführung, Arbeit und Selbstbewertung. Dies bedeutet, dass in der Betreuungsplanung Pflege als mögliches Hilfe- und Unterstützungsfeld neben andere integriert wird, damit die Person in einem weiter gesteckten Wahrnehmungsfeld steht als in der Pflege. Für die Altenpflege bedeutet dies, Pflege planerisch in das gesamte Hilfefpaket zu integrieren. Ein zweiter Lernimpuls, der von der Heilpädagogik ausging, war eine begrenzte Absage an Pflegestandards, die von den Vertretern der Altenpflege immer wieder gefordert werden. Dies will nicht besagen, dass Pflegestandards überhaupt nicht eingeführt wurden, so wurde z.B. der nationale Expertenstandard Dekubitusprophylaxe offiziell eingeführt. Der Grund für die begrenzte Absage an Pflegestandards ist darin zu finden, dass die ins Hilfefpaket integrierten Pflegeleistungen derart zu individualisieren sind, dass sich standardisierte Aussagen verbieten. Das bezieht sich vor allem auf das breite Feld der Grundpflege, wo aufgrund des sehr differenziert gemessenen individuellen Hilfebedarfs die darauf

aufbauende Hilfestellung genau auf die Person zugeschnitten werden muss. Folglich werden für ganz viele Pflegeleistungen individuelle Abläufe festgelegt. Ein dritter Lernimpuls bestand schließlich darin, Pflege in einen möglichst normalisierten Lebensalltag einzubinden. Die alten Menschen mit geistiger Behinderung leben in der Regel sehr lange in der Einrichtung, und sie leben nach dem Familienprinzip in Wohngruppen zusammen. Damit verbunden ist, dass das Aufgabengebiet der Professionellen naturgemäß sehr viel breiter ist, als in einer Pflegeeinrichtung, und dass es auch im Alter Ziel bleibt, einen möglichst normalen Lebensalltag zu gewährleisten. Damit soll Pflege auch bei Pflegebedürftigkeit im Alter nicht zum alleinigen „Lebensinhalt“ des Menschen mit Behinderung werden, sondern weiterhin selbstverständlich die Mitwirkung im Haushalt (nach eigenen Fähigkeiten), der gemeinsame Einkauf, der Spaziergang und Ausflug, die Teilnahme an kirchlichen Festen und an Gottesdiensten. Pflege wird so zum notwendigen Baustein, bleibt nicht Selbstzweck.

Die Ausführungen zur Altenpflege bei geistiger Behinderung sollen deutlich machen, wie Altenpflege von der Heilpädagogik lernen kann, nämlich nicht nur Pflege, sondern die gesamte Betreuung zu planen, dabei zu individualisieren und nicht zu standardisieren und Pflege als Voraussetzung für die Normalisierung des Alltags zu verstehen. Sie machen aber auch die Nähe von Altenpflege und Heilpädagogik deutlich, besonders da, wo Altenpflege sich in der neuesten Diskussion darüber auseinandersetzt, wie Pflege zeitgemäßer zu implementieren ist (Bsp. Hausgemeinschaftsmodelle).

Konzeptioneller Zugang zur Natur des Wechselverhältnisses von Altenpflege und Heilpädagogik

Eine erfahrungsbezogene Betrachtung des Themas „Heilpädagogik und Altenpflege“ allein vermag noch keine allgemein gültigen Aussagen zu liefern. Um solchen Aussagen treffen zu können, soll im folgenden ein stärker konzeptionell geprägter Zugang die Natur des Wechselverhältnisses von Altenpflege und Heilpädagogik weiter aufzuklären versuchen. In einem ersten Schritt wird versucht, die Lernkonstellation zu beschreiben, die zwischen Altenpflege und Heilpädagogik zu konstatieren ist. Im zweiten Schritt wird aufgezeigt, wo bestimmte Lernimpulse bereits auf fruchtbaren Boden gefallen sind, sowohl auf Seiten der Altenpflege als auch auf Seiten der Heilpädagogik. Im dritten und letzten Schritt erfolgt dann der Hinweis auf vorhandene Unterschiede in den Deutungs- und Handlungsmustern von Altenpflege und Heilpädagogik, die beide Disziplinen deutlich voneinander abgrenzen, gleichzeitig aber auch Impulse für Lernfelder darstellen könnten.

Zur Lernkonstellation von Altenpflege und Heilpädagogik

Zunächst nochmals zurück zur Aussage „von der Heilpädagogik für die Altenpflege lernen“. Es stellt sich die Frage, weshalb die Altenpflege von der Heilpädagogik lernen sollte. Auch, ob sie von der Heilpädagogik überhaupt lernen kön-

ne. Immerhin zählt die Altenpflege zu den Pflegeberufen, die Heilpädagogik zur Erziehungswissenschaft, also zu zwei auseinander liegenden Wissenschaften, die gemeinhin nicht allzu viel miteinander zu tun haben. Falls es sich bei der Altenpflege um eine Integrationswissenschaft handeln würde, die aus verschiedensten Disziplinen ihr Wissen zusammenstellt und ihr Handeln ableitet, dann machte die Aussage Sinn, nämlich aus der Heilpädagogik - genau so wie zum Beispiel aus der Soziologie, aus der Ethnologie, aus der Politologie, aus der Psychologie usf. für die Altenpflege zu lernen. Die Altenpflege ist aber keine solche Integrationswissenschaft und sollte auch keine werden. Die Altenpflege im engeren Sinne soll hier definiert werden als angewandte Form und Begleitscheinung der Alternsmedizin. Wie ist dann die Setzung „von der Heilpädagogik für die Altenpflege lernen“ gemeint? Wohl in dem Sinne, dass es bestimmte Deutungs- und Überzeugungshaltungen innerhalb der Heilpädagogik gibt, die, da beide Disziplinen mit pflegebedürftigen und alten Menschen zu tun haben, gegenseitig befruchtend sein können. Die Frage nach dem Lernverhältnis zwischen Altenpflege und Heilpädagogik lässt sich also weniger in einem konkreten Sinne so beantworten, dass die Altenpflege sich bestimmte Methoden der Heilpädagogik anschauen sollte und sie in den eigenen Handlungskontext einordnen sollte. Vielmehr ginge es darum, sich der eigenen Deutungs- und Überzeugungshaltungen und des eigenen Handlungsrepertoires zu versichern, die in der Begegnung mit alten Menschen angewendet werden, und zu überlegen, ob jene der Heilpädagogik hier geeignete Lernimpulse aussenden könnten.

Die Tatsache, dass eine Lernkonstellation zwischen Altenpflege und Heilpädagogik postuliert werden kann - wobei statt von einem einseitigen lieber von einem reziproken Wechselverhältnis gesprochen werden sollte - ist vor allem ein Ergebnis der jüngsten Entwicklung und keineswegs ein bereits langanhaltend existierendes Phänomen. Festzuhalten ist, dass die Heilpädagogik die längere Geschichte aufweist, da sie bereits im Jahr 1861 begründet worden ist; die Altenpflege bildete sich dagegen erst nach dem zweiten Weltkrieg heraus, wobei dies vor allem ein deutsches Phänomen ist, wohingegen die Heilpädagogik viel eher eine europäische, wenn auch kleineuropäische Bewegung war. Wichtig ist, dass die Heilpädagogik sich von Anfang an in allererster Linie mit Kindern und Jugendlichen beschäftigt hat und vor allem als Sonderschulpädagogik Anerkennung gefunden hat. Die Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen von (jüngeren) Erwachsenen hat erst in den sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts eingesetzt, die Hinwendung zum Personenkreis der alten Menschen mit lebenslang erworbener Behinderung nahm erst in den achtziger Jahren einen ersten zaghafte Anlauf, um eigentlich erst seit ca. 10 Jahren volle Beachtung zu finden. Dies bedeutet, dass die Heilpädagogik im Gegensatz zur Altenpflege sich eigentlich erst seit einem Jahrzehnt mit dem Personenkreis der alten Menschen beschäftigt. Insofern bestätigt sich auch aus diesem Grund, was vorher bereits angedeutet worden ist, dass nämlich die Heilpädagogik noch nicht über einen Fundus an z.B. geeigneten Methoden verfügt, der von der Altenpflege abgeschaut werden könnte. Nein, es ist vielmehr so, dass die Heilpädagogik aus ihrer langen Tradition der Förderung, Bildung und Therapie von jüngeren Menschen mit Behinde-

rungen bestimmte Deutungs- und Überzeugungshaltungen auch auf den Personenkreis der alten Menschen mit Behinderungen übertragen hat. Hier ist dann zu fragen, ob sie auch der Altenpflege von Nutzen sein können. Eine zweite Quelle von Lernimpulsen für die Altenpflege, neben den auf den Personenkreis der alten Menschen übertragenen Deutungs- und Überzeugungshaltungen, können dann noch bestimmte Erkenntnisse und Wertsetzungen innerhalb der Heilpädagogik sein, die gar nicht auf bestimmte Zielgruppen angewendet werden, sondern universell innerhalb der Heilpädagogik gelten.

Bevor nun auf diese Deutungs-, Überzeugungshaltungen und Wertsetzungen konkret eingegangen wird, soll aber auch der Blick auf die Altenpflege gelenkt werden, und hier auf die Frage, inwieweit hier auch der entsprechende Nährboden vorhanden ist, um von solchen heilpädagogisch geprägten Impulsen profitieren zu können. Die Altenpflege hat zwar eine deutlich längere Tradition der Auseinandersetzung mit Fragen des Alters, eben seit dem Beginn der Herauskristallisierung der Altenpflege als eigener Disziplin aus der Krankenpflege heraus. Allerdings beschäftigte sich die Altenpflege nicht von Anfang an mit Fragen der Agogik des Alters. Diese Öffnung der Altenpflege kann man deutlicher seit rund 20 Jahren wahrnehmen, seit sich die Altenpflege immer stärker ganzheitlichen Aspekten der Versorgung im Alter hingewendet hat; hierunter fallen dann eben auch agogische Fragestellungen. Ein wichtiges Element in diesem Zusammenhang stellt die Wahrnehmung von Pflege nicht mehr nur im Sinne einer Pflegeintervention, sondern im Sinne eines Pflegeprozesses dar, der eben von der Anamnese, der Pflegediagnose, den Zielen, der Pflegeplanung über die Pflegeintervention zur Pflegeevaluation führt. Durch die Konstruktion von Pflege als Pflegeprozess ergab sich die Option, verschiedene Pflegemodelle zu konstruieren, die in unterschiedlicher Weise agogischen Fragen mehr oder weniger Bedeutung zukommen lassen (Skiba 2000). Die allerneueste Entwicklung allerdings, die sich am neuen Bundesaltenpflegegesetz festmacht, wirft einmal neu die Frage auf, wieweit die Öffnung der Altenpflege gegenüber sozialen und agogischen Fragestellungen aufrecht erhalten werden kann. Dies soll aber an dieser Stelle nur angedeutet werden und kann nicht weiter erörtert werden.

Lernimpulse aus der Heilpädagogik für die Altenpflege und vice versa mit bereits feststellbaren Konsequenzen

Zurück nun zu konkreten Lernimpulsen von der Heilpädagogik für die Altenpflege. Hier lässt sich feststellen, dass eine Reihe von Lernimpulsen bereits mehr oder weniger die Altenpflege infiltriert haben. Erwähnt seien hier die Paradigmata Normalisierung, Integration, Ethik und Selbstbestimmung.

Normalisierung: Das aus dem skandinavischen Raum stammende Paradigma meinte ursprünglich nichts anderes, als behinderten Menschen ein Leben so normal wie möglich zu gestatten. Es ist als Reaktion zu verstehen auf entmenschlichende Lebensbedingungen in Großeinrichtungen, die im Vergleich zum in der häuslichen Situation selbständig lebenden Menschen einen unnatür-

lichen Lebensrhythmus vorschrieben. Die Forderungen, die im Hinblick auf einen normalisierten Lebensraum aufgestellt wurden, lauten: Normaler Tagesrhythmus, normaler Jahresrhythmus, normaler Lebenslauf, Respektierung von Bedürfnissen, Trennung von Arbeit, Wohnen und Freizeit, normaler wirtschaftlicher Standard, angemessener Standard von Einrichtungen sowie Kontakte zwischen den Generationen. Es ist nicht zu übersehen, dass viele Einrichtungen, in denen Altenpflege als Hauptzweck geleistet wird, sich in ihren Zielvorstellungen diesen Forderungen weitgehend anzunähern versucht haben.

Integration: Das Paradigma der Integration favorisiert die Heterogenität als mögliche Quelle von gesellschaftlicher und sozialer Entwicklung vor der Homogenisierung und Fragmentierung in abgeschirmte, unzugängliche und schwer zu durchblickende und kontrollierbare Milieus. Übertragen auf den Personenkreis alter Menschen meint es, Alter nicht in Pflegefabriken zu exportieren und dort zu bewältigen. Hier gibt es unterschiedlichste, auch gegenläufige Tendenzen. Einerseits die Tendenz, vor allem das jüngere Alter zu gewinnen, z.B. für das Ehrenamt, als Konsumenten, als Seniorexperten etc. Zum anderen die Tendenz, das alte Alter aus dem Gesichtsfeld des jüngeren Menschen verschwinden zu lassen. Gleichwohl ist klar, dass letzteres nicht Ziel und Motivation der Altenpflege ist. Hier ist vielmehr die Bemühung zu erkennen, trotz aller Verdrängung des sogenannten hässlichen Alters, die institutionalisierte Altenpflege in die Gemeinde zu integrieren. Sei es durch die Öffnung von Einrichtungen für gemeindliche Aktivitäten, die eine sogenannte physische und räumliche Integration ermöglicht, sei es durch Begegnungsangebote innerhalb der oder zwischen den Generationen, dadurch soziale Integration ermöglichend. Insofern wird die Ansicht vertreten, dass auch im Bezug auf das Paradigma der Integration Annäherungen zwischen Altenpflege und Heilpädagogik stattgefunden haben.

Ethik: Die Heilpädagogik hat sich sehr früh, nämlich in den zwanziger Jahren des 20. Jahrhunderts, der Androhung der sogenannten „Vernichtung unwerten Lebens“ gegenüber konfrontiert gesehen. Diese Androhung wurde im Dritten Reich in erheblichem Ausmaß und in erschreckender Weise in die Tat umgesetzt. Dies hat die Heilpädagogik im weiteren geprägt und sie für neuere Ideen einer Abwägung zwischen dem Lebensglück des einzelnen und dem wirtschaftlichen Interesse der Gesellschaft immun gemacht. Dennoch wird durch die Gentechnologie solchen Überlegungen immer neue Nahrung zugeführt, wobei sich die Heilpädagogik in diesem Interessenkonflikt jeweils meist sehr deutlich auf die Seite des Lebensrechts auch schwerstbehinderten Lebens geschlagen hat. Dies hat die Diskussion in Deutschland sehr stark geprägt, zum Leidwesen einiger Politiker und Biomediziner. Auch im Hinblick auf das Lebensrecht sterbenskranker alter Menschen hat diese Diskussionslage Einfluss ausgeübt, so dass hier die Meinung vertreten wird, auch die Altenpflege steht weitgehend zum Lebensrecht des alten Menschen und ist gegenüber Bestrebungen der Euthanasiebefürworter ebenso skeptisch wie die Heilpädagogik.

Selbstbestimmung: Dieses Paradigma hat die etablierte Heilpädagogik erheblich zum Schwitzen gebracht und ist sicherlich eine der heftigsten Kräfte, die auf die Positionsverankerungen der Heilpädagogik trifft. Geht es doch um nicht mehr

oder weniger darum, dass die Klienten, die Menschen mit Behinderung selbst, sehr genau zu wissen vorgeben, was sie selbst brauchen. Ohne auf die dahinter sich verbergende Sprengkraft im einzelnen eingehen zu wollen, bleibt doch festzuhalten, dass dieses Paradigma wertvolle Impulse für eine Weiterentwicklung der Heilpädagogik beinhaltet. Die Tatsache, dass das persönliche Budget, das als eine finanzierungstheoretisch geglückte oder missglückte, das sei an dieser Stelle dahingestellt, Version des Paradigmas der Selbstbestimmung genannt werden darf, sowohl innerhalb der Behindertenhilfe als auch innerhalb der Altenhilfe erprobt werden soll, macht deutlich, dass Selbstbestimmung sowohl in der Heilpädagogik als auch in der Altenpflege als Denkansatz Fuß gefasst haben.

Es wäre müßig, an dieser Stelle genau auseinander zu legen, an welcher Stelle Heilpädagogik mit den oben bezeichneten Paradigmata die Altenpflege beeinflusst habe. Ich meine, es genügt darauf hinzuweisen, dass im Bezug auf Normalisierung, Integration, Ethik und Selbstbestimmung Lerneffekte zu beobachten sind, die aufgrund der wechselseitigen Verflochtenheit innerhalb des großen Bereichs der Sozialwissenschaften gegenseitig befruchtend gewesen sein dürften und weiterhin sind.

Da eben über von der Heilpädagogik ausgehend Lernimpulse für die Altenpflege gesprochen wurde, sollte nicht fortgefahren werden, ohne auch kurz die Impulse zu erwähnen, die von der Altenpflege für die Heilpädagogik ausgegangen sind. Angerissen werden sollen die Themen Pflegeorganisation, Dokumentation, Pflegeplanung sowie Hilfebedarfsermittlung.

Pflegeorganisation: Die Heilpädagogik hat sich angesichts der Zunahme alter Menschen mit geistiger Behinderung in Einrichtungen der Behindertenhilfe mit der Herausforderung konfrontiert gesehen, Pflegebedarfe adäquat zu befriedigen. Dazu erforderlich ist eine entsprechende Organisation von Pflegeverantwortlichkeit. Bei der Aufgabe, diese Pflegeorganisation zu regeln, haben sich die Einrichtungen der Behindertenhilfe auch am Vorbild der Einrichtungen der Altenhilfe, in denen Altenpflege praktiziert wird, orientiert. In der Konkretisierung der Pflegeorganisation haben sich unterschiedliche Varianten heraus kristallisiert, so die Form einer verantwortlichen Pflegefachkraft in Einrichtungen mit einer sogenannten Binnendifferenzierung, die wesentlich auf der Grundlage des SGB XI agieren, oder die Form einer sogenannten Krankenstation, die für die Versorgung von schwer pflegebedürftigen Personen außerhalb von deren angestammter Wohngruppe verantwortlich zeichnet oder auch die Form eines speziellen Fachdienstes Pflege, der alte pflegebedürftige Menschen in ihrer jeweiligen Wohngruppe versorgt.

Dokumentation: In Einrichtungen der Behindertenhilfe war bzw. ist generell, aber auch speziell im Bereich der Pflege und Betreuung alter Menschen, ein Nachholbedarf in bezug auf eine systematische, knappe und präzise Dokumentation festzustellen. Im Zuge der erhöhten heimaufsichtlichen Kontrollen ebenso wie im Gefolge der erhöhten Nachweispflicht erbrachter Dienstleistungen gegenüber den Kostenträgern sahen und sehen sich die Einrichtungen der Be-

hindertenhilfe gezwungen, ihr Dokumentationswesen zu überprüfen und zu optimieren. Auch hierbei orientierte sich die institutionalisierte Heilpädagogik am etablierteren Modell der (Alten-)Pflege. Vergleicht man das Angebotsspektrum von Herstellern von Dokumentationsblättern, so ist unschwer erkennbar, dass vor allem in den Anfängen eines verstärkten Interesses der Behindertenhilfe an Dokumentationssystemen vieles von Pflegedokumentationssystemen abgeleitet wurde. Erst neuerdings beginnen sich deutlichere Unterschiede zwischen Dokumentationssystemen für die Behindertenhilfe und solchen für die Altenhilfe herauszubilden.

Pflegeplanung: Obwohl die Förder- und Betreuungsplanung innerhalb der Behindertenhilfe in Teilbereichen andere Akzente setzt als die Pflegeplanung in der Altenhilfe, ist doch anzunehmen, dass die Heilpädagogik von der (Alten-)Pflege hierbei wesentliche Impulse erhalten hat, da die Pflegeplanung als Element der Pflegeprozesssteuerung aus früheren pflegewissenschaftlichen Überlegungen stammt als die Förder- und Betreuungsplanung innerhalb der heilpädagogischen Wissenschaft.

Hilfebedarfsermittlung: Ebenso wie zur Frage der wechselseitigen Befruchtung auf dem Feld der Pflege- und Förderplanung können auch zum Thema der Hilfebedarfsermittlung nur Vermutungen über den gegenseitigen Transfer angestellt werden. Interessant ist, dass sowohl innerhalb der Pflegewissenschaft als auch innerhalb der Heilpädagogik innerhalb der letzten 20-30 Jahre verschiedene Verfahren entwickelt wurden, wie der Hilfebedarf von pflegebedürftigen bzw. behinderten Menschen festgestellt werden kann. Es scheint so zu sein, als ob auch in diesem Gebiet die Pflegewissenschaft früher am Ball gewesen ist. Ob die Heilpädagogik auch auf diesem Feld Impulse aus der Pflegewissenschaft erhalten hat, kann nicht belegt werden. Allerdings ist aber auffällig, dass zum Beispiel das dem Bereich der Pflege zuzuordnende Verfahren PLAISIR (Nakielski 2000, Bundesministerium 2002) in der Systematik Ähnlichkeiten mit dem der Heilpädagogik zuzuordnendem Verfahren POB (Klauß 2001) aufweist. Die Frage muss allerdings offen bleiben, ob die jeweiligen Entwickler Anleihen aus den je anderen Disziplinen genommen haben.

Grenzziehungen und Abgrenzungen zwischen Heilpädagogik und Altenpflege mit der Option zu Lernimpulsen

Die nicht zu leugnende Annäherung von Altenpflege und Heilpädagogik, wobei sich die Aufeinanderzubewegung nicht nur auf den Personenkreis der alten Menschen beschränkt, hat Abwehrtendenzen bei denjenigen ausgelöst, die auf einer schärferen Grenzziehung zwischen Altenpflege und Heilpädagogik beharren. Nachdem oben die Verbindungslinien zwischen Altenpflege und Heilpädagogik beleuchtet wurden, soll deshalb in Anlehnung an die Kritiker einer zu starken Verschmelzung beider Disziplinen versucht werden, die bestehenden Differenzen herauszuarbeiten, um damit die Frage zu verbinden, ob bestehende Unterschiede möglicherweise Potentiale für die Altenpflege darstellen könnten, „aus der Heilpädagogik für die Altenpflege zu lernen“. Dazu wird zunächst die

kritische Reflexion pflegewissenschaftlicher Modelle aus heilpädagogischer Sicht von Günther Wild (2003) herangezogen, danach in Anlehnung an den ökosystemischen Ansatz einer Heilpädagogik von Otto Speck (1991) und an eigene Überlegungen dieser Gedankengang fortentwickelt.

Günther Wild kritisiert an pflegewissenschaftlichen Modellen aus heilpädagogischer Perspektive insbesondere die Aspekte Defizitorientierung der Pflege, Verwendung des Konzepts der Ganzheitlichkeit, Ziele und Zielfindung sowie Subjekt-Objekt-Beziehung in der Pflege. Im folgenden sollen die Kritikpunkte im einzelnen vorgestellt werden.

Wild kritisiert, dass die Pflege vor allem Defizite ins Auge fasst, die den Ausgangspunkt pflegerischer Handlungen bilden (ebd. 289ff.). Die Pflege versuche also, von der Definition von Defiziten ausgehend, den Malus möglichst zu beseitigen. Auch dort, wo die Fähigkeiten des Patienten betont würden, dienten diese nur zur Beseitigung des Defizits. Die Heilpädagogik habe hier ein ganz anderes Verständnis. „Heilpädagogik fragt nicht danach wie mit dem Defizit umzugehen ist, wie es zu korrigieren ist, sondern welche Möglichkeiten dem Menschen mit einer Behinderung jenseits seiner Disposition erschlossen werden können“ (ebd. 291). Wild umreißt hier zurecht einen entscheidenden Unterschied zwischen (Alten-)Pflege und Heilpädagogik, der darin begründet ist, dass Heilpädagogik nicht heilt, dagegen Pflege dies grundsätzlich schon anstrebt. Dieser Unterschied ist deshalb voll gerechtfertigt und kann der Pflege weder als Fehler angekreidet werden, noch der Altenpflege als Lernanstoß von der Heilpädagogik dienen.

Wild kritisiert weiterhin, dass die Pflege mit AEDL-Modellen Ganzheitlichkeit propagieren, aber nicht halten können, da sich Ganzheitlichkeit nicht in der Befriedigung überindividueller Bedürfniskategorien erschöpfe (ebd. 293 ff.). Ganzheitlichkeit aus heilpädagogischer Perspektive dagegen wird nicht als Berücksichtigung eines Komplexes vorbestimmter Kategorien verstanden, sondern als Ergebnis einer kommunikativen Auseinandersetzung über individuelle Wünsche und Bedürfnisse. Die Heilpädagogik legt sich hier also weniger fest, weil sie davon überzeugt ist, dass die Befriedigung des ganzen Menschen ein immer neu zu beschreitender Weg ist, der immer andere Formen annimmt. Es wäre daher für die Altenpflege überlegenswert, ob sie weiterhin mit einem kategorialen Ganzheitlichkeitsbegriff Pflege konzeptualisieren möchte.

Wild kritisiert auch, dass die Pflege das Ziel aus dem erkannten Defizit ableitet, ohne dass der Patient im Grunde genommen gefragt werde (ebd. 296). Heilpädagogik dagegen kann Ziele nicht aus einem Defizit ableiten, da sie nicht defizitorientiert vorgeht, sondern verlangt die Mitwirkung des Menschen mit Behinderung bei der Zielfindung. Im Grunde genommen ist dieser Unterschied zwischen Pflege und Heilpädagogik genau so zu erklären, wie der Unterschied hinsichtlich der Defizitorientierung. Weil die Pflege am Defizit ansetzt, bestimmt sich daraus auch das abzuleitende Ziel. Weil sich die Heilpädagogik nicht mit der Besonderheit (der Behinderung) selbst „aufhält“, sind daraus auch keine eigenen Ziele ableitbar. Insofern ist nichts „Anstössiges“ an der Vorgehensweise der Pflege zu finden. Allerdings muss um der Genauigkeit willen hier

deutlich zwischen der Kranken- und der Altenpflege unterschieden werden. Die Krankenpflege, die an der Wiederherstellung von Gesundheit ausgerichtet ist, tut wahrscheinlich gut daran, nicht im großen Maße Ziele mit Patienten abzustimmen. Die Altenpflege dagegen muss sich schon die Frage stellen, ob erkannte Defizite automatisch Ziele vorbestimmen sollen, deshalb nämlich, weil im (hohen) Alter die Erreichbarkeit von Zielen viel wesentlicher von dem damit verbundenen Interesse des alten Menschen abhängig ist als bei jungen Patienten.

Wild behauptet schließlich, dass bei der Pflege „eine eindeutige Festlegung von Kompetenzen vor[liege; A.S.]: bestimmende und kompetente Rolle der Pflegenden, passive Empfängerrolle der Betroffenen“ (Wild 2003, 303). In der Heilpädagogik dagegen seien die Rollen nicht so eindeutig verteilt. Der Mensch mit Behinderung ist gewissermaßen Experte in eigener Sache, ist Subjekt mit eigener Lebensgeschichte und Lebensperspektive. Die Rolle des Experten, die Wild der Pflege, gemeint ist wohl vor allem die Krankenpflege, zuordnet, resultiert letztlich auch wieder aus der Zielbestimmung von Pflege, nämlich Pflege-defizite zu erkennen und möglichst zu beseitigen. Die Kritik trifft aber wohl weniger die Alten- als vielmehr die Krankenpflege. Denn im Gegensatz zur Krankenpflege fokussiert die Altenpflege sehr wohl die Wahrnehmung des alten Menschen als Subjekt mit eigener Lebensgeschichte.

Insgesamt kann bei der Reflexion der Kritik von Wild an pflegewissenschaftlichen Modellen festgehalten werden, dass er offensichtlich vor allem Pflege als Krankenpflege in den Blick fasst, und auf dieser Grundlage eine Nähe oder gar Identität von Pflege und Heilpädagogik zurecht negiert. Altenpflege ist von dieser Kritik deshalb nicht voll getroffen, wie aber zu zeigen versucht wurde, lassen sich vor allem hinsichtlich der Verwendung des Begriffs der Ganzheitlichkeit und der Miteinbeziehung alter Menschen in die Zieldefinition Lernimpulse aus der Heilpädagogik für die Altenpflege ableiten. Zudem muss überlegt werden, wie sich Altenpflege als Langzeitpflege, in der längerfristige Beziehungen entstehen können und damit auch die notwendigen Bedingungen für agogische Perspektiven möglich werden (Pitsch 2001, 162), von der Krankenpflege als Akutpflege abgrenzen kann, um nicht in den Sog falscher Wert- und Akzentsetzungen im Hinblick auf die eigene Zielgruppe zu geraten.

Abschließend sollen nun noch weitere Unterschiede zwischen Altenpflege und Heilpädagogik heraus gearbeitet werden, die Anlass für etwaige Lernimpulse sein können.

Einen wesentlichen Anstoss für die konzeptionelle Neuorientierung der Heilpädagogik der letzten 20 Jahre gab der Ansatz des systemisch-ökologischen Denkens. Demnach wird Behinderung nicht mehr isoliert gesehen und behandelt, sondern in die jeweiligen Bezugssysteme eingeordnet verstanden. Dies führt in der Konsequenz zu einer gänzlich anderen Wahrnehmung von Behindertsein. Am radikalsten drückt sich dies wohl in dem Satz „Man ist nicht behindert, man wird behindert“ aus. Die Radikalität der Aussage sei an dieser Stelle dahingestellt, gefragt werden muss, ob sich eine solche Denkweise nicht auch gewinnbringend auf die Altenpflege übertragen ließe. Demnach müsste der Leitsatz

heissen: „Man ist nicht pflegebedürftig, man wird pflegebedürftig gemacht“. Sicherlich lässt sich eine solche Deutung nicht auf jede Person übertragen, jedoch bleibt dennoch ein wichtiger Kern erhalten, der besagen will, dass die jeweiligen Bezugssysteme, sei es die Familie, ein Heim, ein Krankenhaus, in dem ein alter Mensch lebt bzw. versorgt wird, es nicht gestatten, den pflegebedürftig gewordenen alten Menschen so mit direkter Unterstützung und indirekten (materiellen, personellen) Hilfsmitteln auszustatten, dass er seine Pflegebedürftigkeit reduzieren oder gar beenden kann. Die Heilpädagogik hat im Zuge dieses Paradigmenwechsels sehr viel stärker die „behindernden“ Rahmenbedingungen in Institutionen oder von Dienstleistern ins Auge genommen. Es wäre im Sinne dieses Paradigmas sicherlich sinnvoll, auch die Gesetze und Verordnungen sowie die Pflegebedingungen in Institutionen und von Dienstleistern genauer daraufhin zu analysieren, inwiefern sie Pflegebedürftigkeit hervorrufen bzw. zementieren.

Ein weiterer markanter Lernimpuls für die Altenpflege aus der Heilpädagogik könnte im Umgang mit pflegenden Angehörigen liegen. Die Heilpädagogik kann auf eine lange Tradition der Zusammenarbeit mit Angehörigen verweisen und verfügt über einen großen Erfahrungsschatz, was eine für beide Seiten dauerhaft gewinnbringende Zusammenarbeit ausmacht. Die ambulante wie stationäre Altenpflege im Gegenzug arbeitet in der Regel in dem Dreiecksverhältnis Klient - Angehöriger - Professioneller, welches oft Anlass für Schwierigkeiten ist, welches aber auch eine wichtige Ressource darstellen kann. Die Altenpflege hat sich auch bereits mehrere Jahrzehnte mit dem Thema Angehörigenarbeit beschäftigt. Im Zuge des Ausbaus der häuslichen Pflege nach dem Grundsatz ambulant vor stationär kommt es aber mehr als zuvor auf die Stützung der Kräfte in den Haushalten alter pflegebedürftiger Menschen an, seien es Partner oder Kinder, Nachbarn oder Freunde. Ohne dieses Unterstützerpotential ist häusliche Pflege nicht in dem großen Umfang leistbar, wie gewünscht, und würde einen vermehrten Andrang zu stationären Anbietern bedeuten. Das Stützen der Angehörigen in häuslichen Pflegekontexten gehört mehr oder weniger mit zu den Aufgaben der ambulanten Altenpflege. Hierbei sind auch eine Anzahl nützlicher neuer Initiativen entstanden, die z.B. die Funktion eines Pflegebegleiters ersonnen haben, der pflegende Angehörige unterstützen soll. Der Altenpflege, sofern sie sich in diesen nützlichen Feldern engagieren will, kann bei der weiteren Entwicklung solcher Unterstützungsangebote angeraten werden, sich der Erfahrungen der Heilpädagogik auf diesem Gebiet zu bedienen. Im Feld der Frühförderung hat die Heilpädagogik unterschiedlichste Formen der Zusammenarbeit mit Angehörigen konzeptualisiert und untersucht, vom sogenannten Laienmodell über das Ko-Therapie-Modell zum Kooperationsmodell. Alle diese Modelle weisen ihre Vorzüge und Nachteile auf und bedürfen der Anpassung an bestimmte Rahmenkonstellationen. Für die Altenpflege würde dies bedeuten, dass sich ein Spektrum an Formen der Zusammenarbeit mit pflegenden Angehörigen zurechtlegen sollte, die je nach der gegebenen Situation zur Anwendung kommen können sollten. Das Ziel dabei müsste jeweils sein, die Häuslichkeit der Pflegesituation zu stützen und dabei gleichzeitig die Abhängigkeit des Pfl-

gebedürftigen von Fremdpflege - sei es die von pflegenden Angehörigen oder vom Pflegedienst - möglichst zu reduzieren.

Ein dritter Lernimpuls für die Altenpflege aus der Heilpädagogik bezieht sich auf die Pflege von demenzkranken Menschen, insbesondere von solchen mit herausforderndem Verhalten. Anerkannt werden muss, dass die Altenpflege mit Konzepten wie der Validation, dem Dementia Care Mapping (DCM), der Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET) oder dem Realitätsorientierungstraining (ROT) über Handlungsansätze verfügt, die einen Teil der möglichen Problemverhaltensweisen, insbesondere den verschiedenen Erscheinungsformen der Desorientierung, anzugehen erlauben. Allerdings zeigen sich die Formen an Problemverhaltensweisen in vielfältiger Weise. In der Begegnung solch schwieriger Verhaltensauffälligkeiten kann es daher angezeigt sein, sich Impulse aus der Pädagogik bei Verhaltensstörungen, einem Teilbereich der Heilpädagogik, zu entleihen. Diese verfügt über einen großen Erfahrungsschatz im Hinblick auf Verhaltensauffälligkeiten und wie diese gezielt in den Griff zu bekommen sind. Daneben verfügt die Pädagogik bei Verhaltensstörungen auch über Konzepte dafür, wie die Professionellen so mit Problemverhaltensweisen umzugehen lernen, dass sie sich nicht selbst dabei überfordern - angesichts des häufig sehr belastenden Arbeitens mit demenzerkrankten Menschen, die Störverhaltensweisen zeigen, ein wichtiges Element der Mitarbeiterfürsorge und Psychohygiene. Leider hat sich die Pädagogik bei Verhaltensstörungen bisher selbst kaum herausgefordert gefühlt, sich den Fragen des herausfordernden Verhaltens im Alter anzunehmen. Aber möglicherweise ist das bekundete Interesse der Altenpflege an dieser Kompetenz ein Anlass dafür, dass Heilpädagogik und Altenpflege in Zukunft mehr miteinander kooperieren.

Zusammenfassung

Die wichtigsten Lernimpulse, die die Heilpädagogik der Altenpflege liefern könnte, seien abschließend nochmals in Form von Leitsätzen zusammengefasst:

1. Die Altenpflege darf sich in stationären Kontexten nicht nur auf Pflegekonstellationen beschränken, sondern muss eigene Strukturen für geragogische Initiativen entwickeln.
2. Pflege sollte in ein gesamtes Hilfspaket integriert und in einen normalisierten Lebensalltag eingebunden werden. Dabei sollte sie soweit individualisiert werden wie möglich.
3. Die Altenpflege im besonderen muss sich mehr mit der Frage beschäftigen, ob die Bestimmung von Pflegedefiziten automatisch zur Definition von Pflegezielen führen kann oder ob nicht vielmehr die Definition von Pflegezielen unter entscheidender Mitwirkung der alten Menschen selbst oder ihrer gesetzlichen Vertreter erfolgen sollte.
4. Die Altenpflege muss sich die Frage stellen, ob der verwendete Begriff der Ganzheitlichkeit haltbar ist angesichts eines Konzepts, das überindividuelle

Kategorien als Maßstab verwendet und nicht kommunikativen Prozessen den Vorrang überlässt.

5. Die Altenpflege sollte mehr Augenmerk auf Rahmenbedingungen richten, die die Entstehung von Pflegebedürftigkeit und -abhängigkeit fördern.
6. Die Altenpflege sollte sich verschiedene Modelle der Zusammenarbeit mit Angehörigen je nach vorhandenem Kontext zurechtlegen.
7. Die Altenpflege sollte überlegen, inwieweit Erfahrungen der Pädagogik bei Verhaltensstörungen im Umgang mit demenzerkrankten Menschen, die Problemverhaltensweisen an den Tag legen, nutzbar gemacht werden können.

Ob diese möglichen Lernimpulse tatsächlich für die Altenpflege von Bedeutung sind, hängt davon ab, wie sich die Altenpflege konzeptionell einordnet. Ein Zwang, sich von diesen Impulsen anregen zu lassen, besteht keineswegs. Denn Heilpädagogik und Altenpflege sind grundsätzlich eigenständige Disziplinen, die nicht aufeinander angewiesen sind. Allerdings können sie voneinander profitieren.

Literatur

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Qualitative und quantitative Erfassung des erforderlichen Pflegezeit- und Personalbedarfs in deutschen Altenpflegeheimen. Stuttgart 2002.

Gitschmann, P.: Ältere Behinderte zwischen Behinderten- und Altenhilfe. In: Informationsdienst Altersfragen 2003, 30. Jg., Heft 5, 2-5.

Klauß, Th.: Qualität pädagogischer Arbeit für Menschen mit geistiger Behinderung entwickeln und sichern. Stuttgart 2001.

Nakielski, H.: Ermittlung der erforderlichen Pflegezeit mit PLAISIR. In: Pro Alter 2000, 33. Jg., Heft 3, 18-23.

Pitsch, H.-J.: Vom pädagogischen Auftrag der Pflege. In: Geistige Behinderung 2001, 40. Jg., 156-166.

Skiba, A.: Alles beim Alten lassen ? Projekt „Psychosoziale Betreuung und Förderung von Senioren in der stationären Altenhilfe“. München 1995.

Skiba, A.: Geragogisches Arbeiten. Bilanz und Perspektiven. In: Soziale Arbeit 1998, 47. Jg., 409-413.

Skiba, A.: Zur Problematik der Übersiedlung ins Heim. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 1999, 50. Jg., 421-426.

Skiba, A.: Pflege und Geragogik. In: Pflege 2000, 13. Jg., 253-257.

Skiba, A.: Implementierung Sozialer Arbeit in der stationären Altenhilfe. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 2001, 52. Jg., 461-465.

Speck, O.: System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung. München und Basel 1991².

Wild, G.: Kritische Reflexion pflegewissenschaftlicher Modelle aus heilpädagogischer Sicht. In: Behindertenpädagogik 2003, 42. Jg., 288-307.

Angaben zum Autor:

Dr. Alexander Skiba
Förnbachstraße 32
D - 85276 Pfaffenhofen an der Ilm