

westermann



Dieter Niehoff

Herausgeber: Heinrich Greving, Dieter Niehoff

Basale Stimulation und Kommunikation

Heilerziehungspflege und Heilpädagogik

5. Auflage

Bestellnummer 04904

Die in diesem Produkt gemachten Angaben zu Unternehmen (Namen, Internet- und E-Mail-Adressen, Handelsregistereintragungen, Bankverbindungen, Steuer-, Telefon- und Faxnummern und alle weiteren Angaben) sind i. d. R. fiktiv, d. h., sie stehen in keinem Zusammenhang mit einem real existierenden Unternehmen in der dargestellten oder einer ähnlichen Form. Dies gilt auch für alle Kunden, Lieferanten und sonstigen Geschäftspartner der Unternehmen wie z. B. Kreditinstitute, Versicherungsunternehmen und andere Dienstleistungsunternehmen. Ausschließlich zum Zwecke der Authentizität werden die Namen real existierender Unternehmen und z. B. im Fall von Kreditinstituten auch deren IBANs und BICs verwendet.

Die in diesem Werk aufgeführten Internetadressen sind auf dem Stand zum Zeitpunkt der Drucklegung. Die ständige Aktualität der Adressen kann vonseiten des Verlages nicht gewährleistet werden. Darüber hinaus übernimmt der Verlag keine Verantwortung für die Inhalte dieser Seiten.

Der Begriff „Basale Stimulation®“ ist als Warenzeichen durch Andreas Fröhlich rechtlich geschützt worden und Winfried Mall ließ den Begriff „Basale Kommunikation®“ rechtlich schützen. Auch der Begriff „Snoezelen®“ ist ein rechtlich geschütztes Warenzeichen. Im weiteren Text wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf die Kenntlichmachung von Warenzeichen verzichtet. Der rechtliche Schutz besteht natürlich weiter.

service@westermann.de
www.westermann.de

Bildungsverlag EINS GmbH
Ettore-Bugatti-Straße 6-14, 51149 Köln

ISBN 978-3-427-04904-3

westermann GRUPPE

© Copyright 2019: Bildungsverlag EINS GmbH, Köln

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Vorwort der Herausgeber

Die Schulbuchreihe „Heilerziehungspflege und Heilpädagogik“ stellt eine theoriegeleitete und gleichzeitig praxisbezogene Einführung in die grundlegenden Fächer und Themenfelder beider Bereiche dar. Die einzelnen Bände wenden sich sowohl an Studierende¹ als auch an Lehrer und können als Arbeitsbücher für das eigenständige Handeln und (Weiter-)Lernen der Studierenden, aber auch als Handbücher für die Planung und Gestaltung des Unterrichts genutzt werden.

Die grundlegende Struktur der einzelnen Bände stellt die spezifischen Inhalte von zumeist zwei Themenbereichen und/oder Handlungsfeldern zusammen und bezieht diese aufeinander (wie z. B. „Pädagogik und Psychologie“, „Didaktik und Praxis“ u. Ä.). Schon hierdurch erfolgt in einem ersten Schritt eine interdisziplinäre Verortung und Ausrichtung der einzelnen Fächerinhalte. Darüber hinaus gibt es in dieser Reihe auch Bände, welche ein einzelnes Fach bzw. eine einzelne Methodik vorstellen (wie z. B. „Recht“ oder „Psychomotorik“).

In allen Bänden sind die theoretischen und praxisbezogenen Inhalte der Fächer stark miteinander verknüpft, sodass die Leserinnen bereits vom ersten Unterrichtstag an die Bedeutungen einer nachhaltigen Vernetzung von Theorie und Praxis erfahren, lernen und einüben können. In der Zusammenschau bieten die Bände dieser Schulbuchreihe einen sachlogisch gegliederten Überblick.

In jedem Band werden die Leser von „Anna“ und „Jan“ begleitet, zwei „Profis“ der Heilerziehungspflege und Heilpädagogik, entworfen von dem Karikaturisten Phil Hubbe. Als Leitfiguren begegnen sie den Lehrinhalten in den exklusiv für diese Reihe entwickelten Karikaturen ernsthaft-konzentriert, stehen aber auch für die humorvollen Aspekte beider Berufe.

Phil Hubbe, 1966 in der Nähe von Magdeburg geboren, arbeitet seit 1992 als professioneller Zeichner u. a. für Tageszeitungen, Werbeagenturen und Online-Plattformen. 1985 erkrankte er an Multipler Sklerose und befasst sich in seinen Karikaturen seitdem mit dem Thema Behinderung. Seit 2004 veröffentlicht er „Behinderte Cartoons“.

Wir wünschen Ihnen mit den Bänden unserer Reihe viel Freude und Erfolg.

Heinrich Greving, Dieter Niehoff



Anna



Jan

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden die männliche und die weibliche Form in unregelmäßigem Wechsel verwendet. Selbstverständlich sind immer beide Geschlechter gleichzeitig angesprochen.

Vorwort des Autors

Ich erinnere mich noch gern an meine ersten Erfahrungen in der Arbeit mit sehr schwer und mehrfach behinderten Menschen. Fast drei Jahrzehnte ist es her, dass ich als Zivildienstleistender in einer heilpädagogischen Kindertagesstätte tätig war. Zu meinen Aufgaben gehörte es, stets ein Auge auf einen kleinen, schwerst- und mehrfachbehinderten Jungen zu haben. Ich wusste bis dahin nichts von Vorschulerziehung und hatte keine Ahnung vom Umgang mit sehr schwer behinderten Kindern. Woher auch, denn ich war Bankkaufmann im ersten Jahr nach meiner Lehrzeit. Doch ich erlebte in den 18 Monaten im Kindergarten eine für mich ganz neue Lebens- und Arbeitswelt, wobei sich parallel auch in meinem Leben Wichtigkeiten verschoben.

Ich bemerkte, dass Berührung und Bewegung grundlegend waren. Ich lernte, dass ein schwerst- und mehrfachbehindertes Kind sich wohlfühlen, gut versorgt, richtig gelagert und der Temperatur angemessen gekleidet sein muss, bevor man ihm Spielangebote macht. Dieser kleine Junge und die heilpädagogischen Tätigkeiten haben mein weiteres Berufsleben neu geprägt. Ich entschied mich für einen zweiten Bildungsweg, ein Praktikum in einer damaligen Sonderschule für körperbehinderte Kinder und Jugendliche und das Studium der Heilpädagogik. Dabei lernte ich die Arbeiten von Andreas Fröhlich zur Basalen Stimulation, Winfried Mall zur Basalen Kommunikation und Ad Verheul/Jan Hülsege zum Snoezelen kennen. Zudem erfuhr ich, dass die Heilpädagogik für Erwachsene mit schwersten und mehrfachen Behinderungen anders ist als die für Kinder. An vielen Orten hatte ich Anleiter und Begleiter, die mir damals Vorbild waren.

Im Beruf als Diplom-Heilpädagoge prägten mich anfangs erneut die Erfahrungen mit einem sehr schwer behinderten fünfjährigen Kind in einer Kindertagesstätte. Ich lernte, ruhig, besonnen und zugleich konzentriert zu arbeiten, um auch kleinste Zeichen der Veränderung bei dem Mädchen zu bemerken und am Nachmittag der Mutter mitteilen zu können. Später arbeitete ich in einer Einrichtung der Behindertenhilfe mit sehr schwer behinderten Erwachsenen mit schwersten Verhaltensstörungen. Das manchmal bereits jahrzehntelange Leben in der großen Einrichtung hatte die Bewohner geprägt. Ich lernte, dass man die Handlungen und Sichtweisen dieser Menschen nicht immer sofort verstehen kann. Man erlebte manchmal schwerste Auto- und Fremdaggressionen, durfte sie nicht akzeptieren und konnte damals doch kaum etwas dagegen tun.

Schwerste Behinderungen verändern Wohnen, Arbeit und Freizeit eines Menschen. Manchmal sind intensivmedizinische Bemühungen notwendig, manchmal ist für einen schwerst- und mehrfachbehinderten Erwachsenen bereits das passive Dabeisein in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen ein erfüllter Arbeitstag. Und manchmal ist ein abendliches Freizeitangebot zu viel, denn der Alltag eines schwerst- und mehrfachbehinderten Menschen ist sehr anstrengend.

Seit ich Lehrer in Fachschulen für Heilerziehungspflege und Heilpädagogik bin, versuche ich, Studierende, Schüler und Schülerinnen davon zu überzeugen, auch den Blick auf die Arbeit mit schwerst- und mehrfachbehinderten Menschen zu richten. In vielen großen und komplexen Einrichtungen der Behindertenhilfe kann man diese Arbeit in der Fachschulzeit oder im Studium praktisch erleben – im Rahmen von Projekten oder in Form von Fachpraxis oder Praktika.

Sollte dieses Buch Sie neugierig auf assistierende Tätigkeiten für und mit schwerst- und mehrfachbehinderten Menschen machen, so habe ich mein Ziel erreicht. Ich hoffe, dass Sie später diese Arbeit als Erfüllung und persönliche Bereicherung betrachten können und sie Ihnen den Blick schärft, Wesentliches und nicht ganz so Wesentliches voneinander zu trennen.

Dieter Niehoff

Inhaltsverzeichnis

1	Basale Stimulation und Kommunikation in der Ausbildung	9
2	Schwerste Behinderung	14
2.1	Was bedeutet Behinderung?.....	15
2.2	Entstehung schwerster Behinderung.....	20
2.3	Bedürfnisse schwerstbehinderter Menschen.....	26
3	Schwerste Verhaltensauffälligkeiten	32
3.1	Zur Personengruppe.....	33
3.2	Theoretische Zusammenhänge.....	39
3.3	Formen auffälligen Verhaltens.....	41
3.4	Auswirkungen.....	44
3.5	Schnelle Hilfen.....	52
3.6	Langfristige Änderungen.....	58
4	Basale Stimulation (nach Andreas Fröhlich)	77
4.1	Anmerkungen zur Entstehung.....	78
4.2	Der somatische Dialog.....	85
4.3	Ganzheitlichkeit.....	89
4.4	Durch Basale Stimulation inspirierte Entwicklungen.....	90
4.5	Zielgerichtete Stimulation.....	93
4.6	Somatische Anregungen.....	95
4.7	Vestibuläre Anregungen.....	103
4.8	Vibratorische Anregungen.....	107
4.9	Taktil-haptische Anregungen.....	111

4.10	Orale und olfaktorische Anregungen.....	114
4.11	Auditive und visuelle Anregungen	118
5	Basale Kommunikation (nach Winfried Mall).....	127
5.1	Anmerkung zur Entstehung	128
5.2	Theoretischer Zusammenhang	129
5.3	Heilpädagogische Partnerschaft	133
5.4	Rituale im gemeinsamen Umgang	135
5.5	Auffällig unauffällig	141
5.6	Sensomotorische Entwicklung	143
5.7	Fabian und Ulli – zwei Personenbeschreibungen	149
6	Snoezelen.....	160
6.1	Anmerkung zur Entstehung	161
6.2	Ein Snoezel-Pavillon.....	166
6.3	Entwicklungen.....	168
6.4	Softplay-Raum.....	176
6.5	Skepsis und Kritik	178
7	Lagerung, Bewegung und Nahrungsaufnahme – drei Bausteine einer fördernden Grundversorgung	182
7.1	Lagerung und Mobilisierung	183
7.1.1	Lagerungshilfen	184
7.1.2	Dekubitusrisiko und Dekubitusprophylaxe.....	188
7.2	Bewegung.....	195
7.2.1	Vibration und Druck.....	196
7.2.2	Mikrobewegungen	198
7.2.3	„Durchbewegen“	199
7.3	Nahrungsaufnahme.....	201

7.3.1 Probleme	202
7.3.2 Vorschläge	203
8 Therapeutische Wege – eine Auswahl	208
8.1 Gestalttherapie	209
8.2 Kunsttherapie	210
8.3 Sensorische Integration	212
8.4 Kinästhetik	215
8.5 Musiktherapie	217
Literaturverzeichnis	220
Bildquellenverzeichnis	223
Sachwortverzeichnis	224

4 Basale Stimulation (nach Andreas Fröhlich)



- Welche Bedeutung hat die Basale Stimulation in Pädagogik und Pflege?
- Was ist der somatische Dialog?
- Welche Förderangebote können gemacht werden?

4.1 Anmerkungen zur Entstehung

Basale Stimulation ist zum mittlerweile etablierten Fachbegriff geworden. Überall dort, wo schwerstbehinderte Menschen betreut, begleitet oder gepflegt werden, in den Ausbildungsstätten der Heilpädagogik, der Heilerziehungspflege, der Sonderpädagogik, aber auch in der Kranken- und Altenpflegeausbildung werden die Ideen der Basalen Stimulation vermittelt und von den Lehrenden eingefordert. Es finden internationale Tagungen zur Basalen Stimulation statt und die Zahl der Veröffentlichungen zum Thema ist kaum noch überschaubar.

Die Basale Stimulation wurde Ende der 1970er-Jahre im Rahmen eines Schulversuchs in Rheinland-Pfalz zur Förderung sehr schwer körperbehinderter Kinder von **Andreas Fröhlich** in der Fachliteratur erstmals vorgestellt. Zuvor wurde Andreas Fröhlich, Lehrer an einer Sonderschule für körperbehinderte Kinder, beauftragt, Methoden, Ziele und Inhalte zur schulischen Förderung der schwerstbehinderten Kinder zu entwickeln und zu erproben. Bis zu diesem Zeitpunkt gab es hierzulande keinen Schulunterricht, der die Situation schwerstbehinderter Kinder und Jugendlicher im Besonderen berücksichtigte. Zwar bestand eine allgemeine Schulpflicht, geeignete Unterrichtsformen gab es landes- oder bundesweit aber noch nicht.

„Wir konnten uns damals nicht vorstellen, diese (schwerstbehinderten) Kinder wirklich in eine Schule zu bringen. Es war unsere Idee – und so waren wir auch von einigen Medizinern beraten –, die Kinder vielleicht in einem Krankenhaus unterzubringen, wo wir mit ihnen pädagogisch arbeiten wollten. Wir hatten Angst davor, dass sie Transporte nicht überstünden, dass sie kollabierten und dass ihre Gesamtsituation so instabil sei, dass Schule selbst in einer ganz veränderten Form für sie nicht zumutbar sein könnte. Doch dann entwickelten sich die Dinge schnell. Es gab eine erhebliche Spende der damaligen Aktion Sorgenkind und es gab die Zusage eines Referenten im Ministerium, einen Schulversuch einzurichten. Nun musste also auch darüber nachgedacht werden, auf welcher theoretischen Grundlage, mit welchen pädagogischen Vorgehensmöglichkeiten wir in diesen Versuch hineingehen wollten.“

(Quelle: Fröhlich, 2001, S. 146)

Und weiter schreibt Andreas Fröhlich in seiner Rückschau zu den Anfängen der Basalen Stimulation:

„Sie [die schwerstbehinderten Kinder] erwiesen sich als resistent gegenüber unseren Verstärkerbemühungen, ein Lächeln schien ihnen nichts zu bedeuten, eine Versprechung, eine Belohnung war für sie sinnlos. Ja, Eltern berichteten uns auch davon, dass selbst Bestrafungen ohne Wirkung bei diesen Kindern blieben. Das war auch der Grund dafür, dass sie als erziehungsunfähig deklariert worden waren, weil die bisherigen Mittel der klassischen Erziehung an ihnen versagten.“

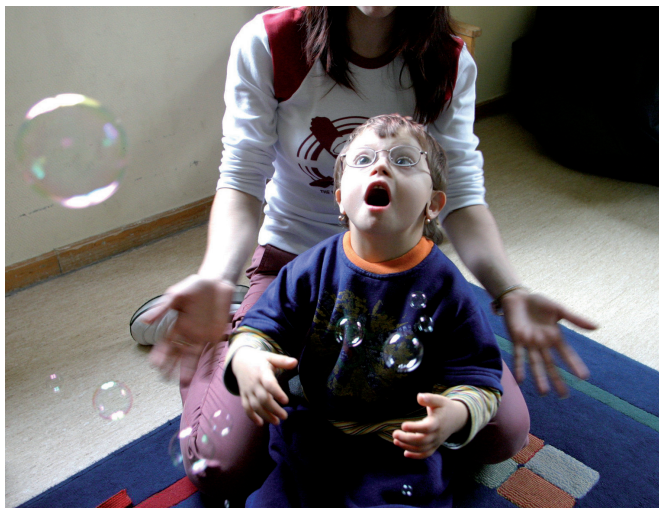
(Quelle: Fröhlich, 2001, S. 147 f.)

→ AUFGABEN

1. Wie versteht man in der allgemeinen Pädagogik den Begriff der „Verstärkung“? Informieren Sie sich in der erziehungswissenschaftlichen Fachliteratur. Differenzieren Sie dabei die Begriffe „operante Konditionierung“, „primäre Verstärker“, „sekundäre Verstärker“, „Strafreize“, „negative Verstärkung“, „Bestrafung“, „Deprivationseffekte“.
2. Bringen Sie jede Ihrer vorherigen Erläuterungen in einen Zusammenhang mit der erzieherischen Begleitung schwerstbehinderter Menschen. Welche Probleme entstehen? Welche Beispiele aus Ihrem Erfahrungsbereich sind Ihnen bekannt, wo ein schwerstbehinderter Mensch durch operante Konditionierung etwas gelernt hat? Begründen Sie Ihre Erfahrung mit den Theorien zum Verstärkerlernen.
3. Was halten Sie von dem Begriff „erziehungsunfähig“? Welche Haltung kommt mit diesem Begriff zum Ausdruck? Welche auch heute noch verwendeten Begriffe und Zuschreibungen, die der gleichen Haltung entsprechen, sind Ihnen bekannt?
4. Eine Gruppenaufgabe: Welche Sonderschulen gab es hierzulande in den 60er- und 70er-Jahren des letzten Jahrhunderts? Welche Kinder wurden dort wie lange und mit welchem Abschluss unterrichtet? Welche Ausbildung hatten die dort arbeitenden Lehrkräfte?
Wie können Sie Informationen zu diesen Fragen erhalten? Gibt es an Ihrem Schulort Sonderschulen, die Sie befragen können? Lesen Sie in schulhistorischer Fachliteratur. Präsentieren Sie Ihre Ergebnisse als Wandzeitung, in Plakatform oder als Video.

Andreas Fröhlich und sein Team entwickelten damals einen Unterricht, der weit entfernt war von den in den 1980er-Jahren weit verbreiteten Ansätzen aus der Lernpsychologie oder Verhaltenstherapie. Die klassische Schulpädagogik war damals geprägt von kognitiven Lerninhalten aller Art. In derartig geprägtem Schulleben waren schwerst- und mehrfachbehinderte Kinder und Jugendliche fehl am Platz. Mit dem neuen Konzept sollte Unterricht ganz anders erlebt und weiteren sensorischen Deprivationen entgegengewirkt werden. Man setzte beim Kind dort an, wo Fähigkeiten, und seien diese auch noch so gering, erkennbar waren oder vermutet werden konnten, und zwar in den Bereichen

- Wahrnehmung,
- Bewegung und Koordination,
- Kommunikation.



Unterricht mit schwerstbehinderten Menschen – spannend und entspannend

Dies sollte auf ruhige, konzentrierte und in jedem Fall auch elementar einfache Art und Weise geschehen. Unterricht, ganz weit weg von „klassischer Schule“, und dennoch geplant und zielgerichtet und in freien und doch formalen Strukturen. Jeder Schüler bekam schon damals täglich für eine gewisse Zeit eine dialogische Zuwendung durch eine Lehrerin oder einen Therapeuten, der individuell mit ihm arbeitete. Damit war die Basale Stimulation noch ausschließlich eine schulische Methode, und somit auf jeden Fall ein didaktisches Modell. Sie zeigte den Lehrerinnen und Betreuern Mittel und Wege, sich überhaupt mit so umfassend schwerbehinderten Kindern zu beschäftigen.

Im Laufe der Jahre wurde die Basale Stimulation nicht nur im Schulunterricht eingesetzt. Überall dort, wo schwerstbehinderte Menschen leben und beschäftigt werden, hat sich die Basale Stimulation als wertvoll erwiesen:

- in Frühförderstellen
- in heil- und sonderpädagogischen Kindertagesstätten
- in Wohnheimen
- in Sonderabteilungen der Werkstätten für Menschen mit Behinderungen
- in Krankenhäusern (auch in der intensiv-pflegerischen Betreuung oder bei komatösen Patienten) oder Einrichtungen für an Demenz erkrankte Menschen

Andreas Fröhlich hat zusammen mit Christel Bienstein vom Institut für Pflegewissenschaften der Universität Witten-Herdecke das Konzept der Basalen Stimulation in die Ausbildung der Krankenpflege integriert. Aus dieser interdisziplinären Zusammenarbeit entstanden Forschungsvorhaben in verschiedenen Krankenhäusern und auch im Rahmen der Hospizbewegung. Als erster Nicht-Pfleger wurde Andreas Fröhlich für seine grundlegenden Arbeiten vom Deutschen Berufsverband für Krankenpflege ausgezeichnet.

„Basale Stimulation ist keine Methode, ist keine Technik. Basale Stimulation versteht sich als Konzept, das heißt, eine gedankliche Annäherung an die Probleme und Schwierigkeiten sehr schwer beeinträchtigter Menschen. Konzept meint, dass es sich nicht um fertig formulierte und endgültig festgelegte Therapien bzw. Pädagogik handelt, sondern um einige essentielle Grundgedanken, die immer wieder neu bedacht und angepasst werden können und müssen. Im Zentrum steht der Mensch in seiner physischen Realität, die uns auch dann einen persönlichen Zugang eröffnet, wenn scheinbar alle kommunikativen und geistigen Beziehungen verhindert sind.“

(Quelle: Fröhlich, 2003, S. 10)

Die grundlegende Idee der Basalen Stimulation ist, dass es über Berührungen des Körpers gelingen kann, den schwerstbehinderten Menschen zu erreichen. Berührung wird zu einer Wahrnehmung führen und ist zugleich eine elementare Form der Kommunikation. In der Basalen Stimulation geschehen Berührungseignisse nicht willkürlich, sondern stets der Entwicklung des Betroffenen angemessen.

„Hierbei handelt es sich um die individuelle Entwicklung, nicht um eine vorgegebene Entwicklung, die sich an Altersstufen oder anderen vorgeschriebenen Normen orientiert. Wir gehen davon aus, dass jeder Mensch seine eigene, in sich logische Entwicklung durchläuft, dass es aber möglich ist, ihm in der Ausdifferenzierung Hilfestellung zu geben.“

(Quelle: Fröhlich, 1993b, S. 23)

Mein Gegenüber, egal, wie schwer behindert er auch sein wird, muss keine Vorausleistung erbringen, um basale Stimulationen zu erleben.

Der Internationale Förderverein Basale Stimulation e. V. definiert Basale Stimulation wie folgt:

DEFINITION

Basale Stimulation

„Basale Stimulation ist ein Konzept menschlicher Begegnung, welches individuelle – ggf. voraussetzungslose – Möglichkeiten und Anregungen bietet, in dialogisch-kommunikativen Prozessen schwer beeinträchtigter oder von schwerer Beeinträchtigung bedrohten Menschen Entwicklungsbedingungen zu gestalten, die dazu geeignet sind,

- Gesundheit und Wohlbefinden,
- Bildung und gemeinschaftliche Teilhabe sowie
- die Selbstbestimmung

der angesprochenen Person zu fördern, zu erhalten oder zu unterstützen.“

(Quelle: Mohr, 2010, S. 10)

Im Folgenden werden einige Begrifflichkeiten näher erläutert:

- **„Basal“** drückt aus, dass die Berührungen Reize allereinfachster Art sind. Sie werden auf ein Mindestmaß an innerer Differenzierung reduziert, sie fordern vor allem keinerlei Vorkenntnisse und Erfahrung von Menschen mit schwersten Behinderungen, um sie aufzunehmen.
- **„Stimulation“** meint Reizangebote als gezielte Anregungen in Anzahl, Art, Dauer und Rhythmus, die vom schwerstbehinderten Menschen gespürt werden. Vielleicht werden sie auch lokalisiert und manchmal können sogar gezielte Bewegungen als kommunikative Antworten erkannt werden. Diese Reizangebote können den Menschen vielleicht sogar ermutigen, selbst aktiv zu werden, sich auch eigenaktiv und auf allereinfachste Art zu beschäftigen.
- **„Konzept“**
Basale Stimulation ist kein spezielles, sondern ein allgemeines Förderungs- und Handlungsmodell. Es fordert den assistierenden Betreuer auf, sich den Schwierigkeiten des schwerst- und mehrfachbehinderten Menschen anzunähern und diesen im günstigsten Fall zu verstehen. Dazu werden ihm in systematischer Form Ideen für die alltäglichen oder die besonderen Begegnungen angeboten. Diese Ideen können jedoch nicht als Rezepte oder Bedienungsanleitungen verstanden werden. Basale

Stimulation ist keine Therapie, kein Trainingsprogramm und auch keine Pflegetechnologie. Vielmehr wird die Heilerziehungspflegerin oder der Heilpädagoge aufgefordert, stets individuell abzuwägen, zu improvisieren, abzuändern, anzupassen oder auszuprobieren, um dem behinderten Menschen mit seinen Lebenserfahrungen, seinen Bedürfnissen und seinen Grenzen wirklich gerecht zu werden. Diese stetige Adaptation macht die Basale Stimulation zu einem zunächst einfach erscheinenden, aber in der Praxis anspruchsvollen Konzept, das den assistierenden Betreuer mit seinem Können, seiner Fantasie und seinem Willen herausfordern kann.

- **„Dialogisch“**

Dialog ist zunächst einmal das Gegenteil von Monolog, also ein wechselseitiger und kein einseitiger Prozess aufmerksamer Kommunikation. Zwei Menschen, unabhängig von Stellung, Herkunft oder Behinderungen, nehmen einander wahr und versuchen dadurch Verständnis füreinander zu entwickeln. Dialogisch kann in der Basalen Stimulation durchaus als ein besonderes erzieherisches Verhältnis begriffen werden. Dabei geht es aber nicht um rationale oder umrissene Teilziele. Vielmehr soll der Dialog in der Basalen Stimulation verdeutlichen, dass die Begegnung zweier Menschen trotz ihrer großen Unterschiede ohne Voraussetzungen auskommt. Zwar ist mein Gegenüber, der schwerst- und mehrfachbehinderte Mensch, anders als ich es bin. Das ist er aber in einer dialogischen Begegnung nicht aufgrund seiner normabweichenden Behinderung, sondern aufgrund seiner sich von mir unterscheidenden Persönlichkeit mit ganz individuellen Bedürfnissen und Besonderheiten.

„Damit wird es möglich, auch eine solche Beziehung dialogisch zu nennen, in der die faktische Abhängigkeit des einen vom anderen nicht zu leugnen ist.“

(Quelle: Schäper, 2009, S. 116)

→ AUFGABEN

1. Woran kann man im Alltag erkennen, dass ein Stimulationsangebot beim anderen „ankommt“?
2. Wie können Sie bei einem besonders schwer behinderten Menschen erkennen, dass Ihr Stimulationsangebot etwas bewirkt? Stellen Sie Vermutungen auf.
3. „Wenn ich mir nicht sicher bin, ob das, was ich mache, den schwerstbehinderten Menschen wirklich erreicht, dann hilft mir immer noch mein ‚Glaube‘.“ Was kommt mit dieser Meinung zum Ausdruck?
4. „Elementare Form der Kommunikation“ – was fällt Ihnen dazu ein?
5. Wie könnte der Unterricht in einer Schulklasse mit schwerbehinderten Kindern oder Jugendlichen aussehen? Stellen Sie Vermutungen darüber an. Laden Sie einen Lehrer zum Gespräch dazu ein.
6. Wie könnte ein heilpädagogischer Kindergarten, in dem schwerstbehinderte Kinder den Tag verbringen, ausgestattet sein? Stellen Sie Vermutungen an. Laden Sie eine Mitarbeiterin zum Gespräch dazu ein.

7. Über gezielte Berührungen Entwicklung gestalten, ist das machbar? Wie verhält sich das z. B. bei Säuglingen? Welche Zusammenhänge sehen Sie? Wo könnte es auch im späteren kindlichen, jugendlichen und erwachsenen Leben diese Verknüpfungen geben? Tauschen Sie sich in einer kleinen Gruppe darüber aus und stellen Sie ein Thesenpapier zusammen.
8. „Individuell“ bzw. „Individualisierung“ ist eine Leitidee der Basalen Stimulation. Was kann ganz allgemein mit „Individualisierung“ gemeint sein? Was davon ist speziell auch für schwerst- und mehrfachbehinderte Menschen „individuell“?
9. Lars Mohr fordert die assistierenden Betreuer auf, „Entwicklungsbedingungen zu gestalten“. Was könnte Ihres Erachtens damit gemeint sein? Welcher „Entwicklungsbegriff“ ist hier gemeint? Bedenken Sie bei Ihrer Antwort, dass Entwicklung etwas ist, dass „von außen“ vielleicht beeinflusst werden kann, jedoch gilt: „Entwickeln kann man sich nur selbst.“

FALLBEISPIEL

Herr Schmidt – ein neuer Bewohner mit schwersten und mehrfachen Behinderungen

Frank Schmidt ist von Geburt an schwerst- und mehrfachbehindert. Er lebt seit seiner frühen Kindheit in einer großen und komplexen Einrichtung. Infolge einer umfassenden Neustrukturierung in praktisch allen Wohnbereichen der Einrichtung zog Frank Schmidt von der stationären Wohngruppe „Haus Maria“, in der er elf Jahre lang lebte, in das neu errichtete Wohnhaus „Waldstraße 5“ am Rand des Einrichtungsgeländes.

Stellen Sie sich vor, Sie arbeiten in dieser Wohngruppe. Ihre Gruppenleitung hat zusammen mit Frank Schmidts gesetzlichem Betreuer beschlossen, dass Sie sich in Frank Schmidts Eingewöhnungszeit verstärkt um ihn kümmern sollen.

„Waldstraße 5“

Frank Schmidt ist 46 Jahre alt und in praktisch allen Lebensbereichen auf umfassende Assistenz angewiesen. Vor zwei Wochen zog er in das weitgehend barrierefreie Haus in der Waldstraße ein. In dem Bungalow „Waldstraße 5“ leben ausschließlich Menschen mit schwersten und mehrfachen Behinderungen. Jeder der Bewohner hat dort ein eigenes Zimmer. Die geräumigen Badezimmer teilt man sich zu zweit und für alle Bewohner der Wohngruppe stehen ein Snoezelenraum und ein Wohnzimmer mit verschiedenen Sitz-, Liege- und Lagerungsflächen zur Verfügung.

Zu den Qualitätssystemen betreuender Arbeit in der „Waldstraße 5“ gehören Konzepte und Methoden wie das der Bezugsbetreuung oder das der Basalen Stimulation.

Frank Schmidt

Zu Eltern oder Familienangehörigen hat es in Frank Schmidts Leben nie Kontakte gegeben.

Nur selten und eher zufällig hat man sich in Frank Schmidts Vergangenheit wirklich kreativ um ihn bemüht. Und da es mit ihm bei der Körperhygiene, beim Essen und Trinken, beim Zubettgehen und beim Aufstehen eigentlich nie größere Probleme gab, sah man in der Vergangenheit keine Notwendigkeit, sein Leben anders und abwechslungsreicher zu gestalten. Frank Schmidt kann sehen und hören und ist im taktilen Bereich eher unauffällig. Er spricht nicht und er kann Sprache auch nicht verstehen.

Frank Schmidt besuchte in den 1970er- und 1980er-Jahren die damalige Sonderschule für geistig Behinderte. Zu der Zeit erhielt er gelegentlich physiotherapeutische Behandlungen.

Die Werktage verbringt Frank Schmidt schon seit Langem in einer Spezialabteilung der einrichtungseigenen Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfMmB). Dort hat man häufig, aber erfolglos versucht, „verwertbare Arbeiten“ für ihn zu finden. Da er auf Annäherungen häufig ungehalten reagiert, lässt man ihn in der Spezialabteilung meistens in Ruhe.

Frank Schmidts Leben war von Geburt an problematisch. Er zeigte erst spät Eigeninitiative, laufen zu lernen. Zwar kann er aufrecht stehen, aber bis heute bewegt sich Frank Schmidt nur selten aufrecht gehend. Am liebsten sitzt er im Fersensitz auf dem Boden und um vorwärtszukommen, kriecht oder krabbelt er zumeist durch die Gruppenräume. Seine Füße haben mittlerweile erhebliche Fehlstellungen. Spezielle orthopädische Schuhe lehnte er vehement mit autoaggressivem Verhalten ab (Schläge an die Schläfen). Er trägt lediglich Hausschuhe oder dicke Socken. Niemand konnte bislang ergründen, warum Frank Schmidt sich trotz motorischer Möglichkeiten entschlossen hat, die aufrechte Fortbewegung zu vermeiden. Wenn Frank einmal stehend aus dem Gleichgewicht gerät, ist er nicht in der Lage, sich abzufangen. Bei den täglichen Spaziergängen der WfMmB-Gruppe wird er im Rollstuhl geschoben.

Zu seinem beruflichen Alltag gehört auch ein wöchentlicher Schwimmbadtermin in einem brusttiefen Becken. Im Wasser bewegt er sich (mit unterstützender Hilfe durch eine Art „Retningsring“) erstaunlich sicher und gelassen.

Frank Schmidt ist nach einer Medikamentenumstellung seit sechs Monaten ohne epileptischen Anfall. In der neuen Wohngruppe kann er sich bereits ein wenig orientieren. Eine sichere Orientierung im Gelände der Einrichtung ist nicht gegeben und wurde zuvor auch noch nicht aktenkundig erwähnt.

Franks Verhalten bei Mahlzeiten aller Art ist erstaunlich. Er trinkt und isst gerne alles, was man ihm gibt. Nicht nur Süßes, sondern auch ein herbes Bier oder „exotische Küche“ (vor allem „mexikanisch“ und „indisch“) genießt er mit Appetit. Er benutzt in der Regel einen tiefen Teller mit Löffel und er trinkt aus normalen Bechern, Tassen, Gläsern, sogar aus einem „Bierhumpen“.

Jahrelange Bemühungen, ihn an regelmäßige Toilettenzeiten zu gewöhnen, waren erfolgreich. Er gilt seit einem Jahr nicht mehr als inkontinent.

Frank Schmidt hat kein erkennbares Interesse an anderen Menschen oder am Gruppen-geschehen. Zurückgezogen bleibt er manchmal eine Stunde lang allein in einer Ecke des Wohnzimmers, schaukelt mit dem Oberkörper hin und her oder wedelt mit einem Stück abgerissenem Papier vor dem Gesicht. Manchmal schaut er für längere Zeit aus dem Fenster, ohne dass draußen irgendetwas Besonderes geschieht. Eine Mitarbeiterin, die ihn vor Jahren schon einmal betreute, berichtet, dass Frank auf überraschende Annäherung mit stärker werdenden Bewegungsstereotypen oder sogar mit autoaggressiven Handschlägen gegen die Wangen oder die Schläfen reagieren kann. In den letzten zwei Wochen wurde dieses Verhalten noch nicht beobachtet.

Vorsichtig angebotene akustische oder optische Reize im Snoezelenraum mag er durchaus. Auch bei Spazierfahrten mit dem Rollstuhl hört und schaut er aufmerksam. Insbesondere stark befahrene Kreuzungen, die Fußgängerzone am Ort oder Baustellen interessieren ihn.

Er reagiert weder auf seinen Namen noch scheinen irgendwelche anderen Wörter und Begriffe für ihn von Bedeutung zu sein. Sprache, Gestik und Mimik kann Frank Schmidt aufgrund seiner schweren geistigen Behinderung nicht sinngemäß erfassen. Gelegentlich kann man beobachten, dass er Summtöne von sich gibt, jedoch keine eindeutigen Lautfolgen. Ob er Mitarbeiter oder Mitbewohnerinnen an ihren Stimmen erkennt, ist unklar.

→ AUFGABEN

1. Welche Behinderungen hat Frank Schmidt? Wie wirken sich diese Behinderungen aus?
2. Welche Fähigkeiten und Interessen hat Frank Schmidt? Was ist ihm wichtig?
3. Was lehnt Frank Schmidt ab?
4. Was hat Frank Schmidt im Laufe der letzten Zeit neu gelernt?
5. Frank Schmidt reagiert auf Annäherungen oft ungehalten. Wann und wo erlebt Frank Schmidt in seinem Alltag annähernde, kommunikative Momente?
6. Wann bzw. wobei lehnt Frank Schmidt Kommunikation ab?
7. „Bezugsbetreuung“ – was ist das? Welche Aufgaben beinhaltet diese?
8. „Verwertbare Arbeiten“ in einer WfMmB – was ist damit gemeint?
9. Eine umfangreiche Aufgabe: Das Haus in der Waldstraße 5 ist weitgehend „barrierefrei“ – welche Barrieren kann es in einem Wohnhaus geben? Was ist der Unterschied zu „barrierearm“?
10. Eine umfangreiche Aufgabe: Entwickeln Sie ein regelmäßig stattfindendes Förder- und Betreuungsangebot für Frank Schmidt, das sich in Ihrem beruflichen Alltag in der Wohngruppe umsetzen lässt. Grundlage dazu sollen Franks Schmidts bestehende Interessen sein. Benutzen Sie als fachliche Basis die Aussagen und Ideen der Basalen Stimulation. Bieten Sie mindestens ein Fern- und mehrere Nahziele (oder verwenden Sie für Zielsetzungen das SMART-Modell). Welche Methoden wollen sie verwenden?

4.2 Der somatische Dialog

Kommunikation besteht nicht nur aus verbalen, sondern auch aus diesen weiteren Ausdrucksmöglichkeiten:

- Gestik und Mimik
- Bewegung, Haltung, Körperspannung (Körpersprache)
- Atemrhythmus

Bei Menschen mit schwersten Behinderungen liegen auch hier Beeinträchtigungen vor, denn Gestik, Mimik, Körpersprache und Atmung sind schwer, manchmal gar nicht zu decodieren. Ob z. B. eine bestimmte Bewegung eines schwerstbehinderten Menschen vielleicht ein kommunikatives Angebot, eine reflexhafte Handlung ist oder eine völlig andere Bedeutung haben mag, das kann wohl nur derjenige verstehen, der diesen Menschen sehr genau kennt.

Dennoch gibt es eine gemeinsame Kommunikationsbasis zwischen Schwerstbehinderten und den sie betreuenden Menschen. Fröhlich findet diese Basis im Vergleich zum „somatischen Dialog“, auf dem z. B. auch die Kommunikation zwischen Mutter und Kind im Säuglingsalter beruht.

Der somatische Dialog im Sinne Fröhlichs beruht auf Nähe und Berührung. Über den Hautkontakt spürt der eine den anderen Menschen, bemerkt eventuell Botschaften der Sorge, des Wohlbehagens oder des Interesses. Diese körperliche Nähe ähnelt dem der Kommunikation zwischen Mutter und Säugling. Ein Säugling bedarf dieser Nähe unbedingt. Mit zunehmendem Alter gehen die Menschen mehr auf Distanz und Kommunikation wird körperfern erlebt. Bei schwerstbehinderten Menschen aber bleibt diese Körpernähe zumeist zeitlebens Voraussetzung für ein tragfähiges pädagogisches Verhältnis.



Vor der somatischen Stimulation: die Begrüßung

Jeder Mensch hat das Bedürfnis, verstanden zu werden, und entwickelt daher seine ganz eigenen Versuche, um Kommunikation herzustellen. Diese Versuche müssen von Betreuern als solche erkannt und nach Möglichkeit auch verstanden werden. Außerdem kann man sich zunutze machen, dass viele schwerstbehinderte Menschen über basale Signale verfügen, die zum Dialog einladen können:

- Lächeln/Lachen
- Schreien/laute Rufe
- ruhige bzw. leise Lautäußerungen
- Blickkontakt

→ AUFGABEN

1. Was bedeutet „Soma“ bzw. „somatisch“ – und wie können die Erläuterungen im Rahmen der Arbeit mit schwerstbehinderten Menschen verstanden werden?
2. Warum strebt Fröhlich zur Beschreibung schwerstbehinderter Menschen jeden Alters einen Vergleich zu den Fähigkeiten eines (nichtbehinderten) Säuglings an? Wobei ist dieser Vergleich hilfreich?
3. Was unterscheidet schwerstbehinderte Jugendliche oder Erwachsene von (nichtbehinderten) Säuglingen oder Kleinkindern?

4. Eine spielerische Übung zu zweit: Einer übernimmt die Rolle eines schwerstbehinderten (hier: komatösen oder apallischen) Menschen, der andere die Rolle eines beobachtenden Betreuers. Der schwerstbehinderte Mensch liegt bequem auf einer Bodenmatte. Er soll durch leichte Veränderungen von Atmung, Muskeltonus oder Bewegung Aktivitäten anbieten, die der andere als Kommunikationsformen aufgreifen könnte. Der Betreuer soll jedoch zunächst einmal nur beobachten und währenddessen die Veränderungen des anderen aufschreiben. Anschließend werden die Rollen gewechselt und schließlich über das Aufgeschriebene und Erlebte miteinander gesprochen: Was ist alles aufgefallen? Was ist nicht aufgefallen? Wie hat man sich gefühlt? Was war angenehm, was war unangenehm?
5. Welche Erkenntnisse für eine verantwortungsvolle Begleitung schwerstbehinderter Menschen lassen sich aus den Erlebnissen und Ergebnissen der vorherigen Aufgabe finden? Stellen Sie dazu einige Thesen auf und vergleichen Sie sie in der Klasse miteinander.
6. Eine weitere spielerische Übung zu zweit: Drücken Sie im Spiel zu zweit körpersprachlich etwas aus, was Sie zuvor auf einen Zettel geschrieben haben, den Sie anschließend verdeckt halten (z. B. „Ich will in Ruhe gelassen werden“, „Ich habe Hunger“). Benutzen Sie dazu
 - Lautäußerungen (Stimme „ohne Sprache“),
 - nur die Mimik,
 - nur die Hände.
7. Erzählen Sie eine Geschichte zum Bild eines schwerstbehinderten Jugendlichen mit dem Titel „Körpersprache“.



Auch bei Menschen mit dem Locked-In-Syndrom, apallischen oder komatösen Menschen ist es bei genauer Beobachtung

möglich, individuell verfügbare Körperaktivitäten als Einladung zur Kommunikation aufzufassen und dementsprechend zu reagieren, wie folgende Tabelle veranschaulicht (vgl. Nydahl/Bartoszek, 2000, S. 66).

Kommunikationsmittel	Form
Atmung	<ul style="list-style-type: none"> • veränderter Rhythmus • veränderte Tiefe • Stocken • Gähnen • Seufzen • Husten • Räuspern
Muskeltonus	<ul style="list-style-type: none"> • Entspannung der Stirnfalte • Entspannung der Lippen • Mund öffnen • Veränderung der Nasenflügel • Senken der Schultern • Lockerung der Nackenmuskulatur • entspannte Bauchdecke • Entspannung der Extremitäten • Nachlassen einer Spastik
Bewegungen	<ul style="list-style-type: none"> • leichte Bewegungen der Hand oder der Füße • Augenbewegungen, Liderzucken • Heben der Augenbrauen • Schlucken
Hämodynamik	<ul style="list-style-type: none"> • Veränderungen der Herzfrequenz • Veränderungen des Blutdrucks
Sekretion	<ul style="list-style-type: none"> • erhöhte Salivation bei Entspannung • Magen-Darmgeräusche • Veränderung der Schweißsekretion

→ AUFGABEN

1. Was bedeutet „apallisch“? Was kennzeichnet das Locked-In-Syndrom?
2. Was bedeutet „komatös“?
3. Was bedeutet „Hämodynamik“?
4. Was bedeuten „Sekretion“ und „Salivation“?
5. Welche Bedeutung kann die Aufzählung für eine professionelle Begleitung schwerstbehinderter Menschen haben?
6. Laden Sie jemanden zum Gespräch ein, der Ihnen von Erfahrungen in der Arbeit mit komatösen oder apallischen Menschen berichten kann. Erstellen Sie zuvor einen Fragenkatalog.

Bildquellenverzeichnis

alamy images, Abingdon: S. 176.1 (Peter D Noyce)

Angelika Brauner, Hohenpeißenberg/Bildungsverlag EINS GmbH: S. 97, 102, 193

Christian Schlüter, Essen/Bildungsverlag EINS GmbH: S. 27, 77, 87, 91, 106, 111, 112, 120, 127, 133, 135, 140, 149, 173, 182, 184, 185, 195 (2x), 202, 204, 208, 211, 214, 217

Cornelia Kurtz, Boppard am Rhein/Bildungsverlag EINS GmbH: S. 169.1

fotolia.com, New York: S. 9 (philidor)

Lebenshilfe-Verlag Marburg: S. 166

Philipp Hubbe, Magdeburg/Bildungsverlag EINS GmbH: S. 3 (2x), 18, 44, 72, 103, 107, 114, 200, 218

Picture-Alliance GmbH, Frankfurt/M.: S. 14 (Marijan Murat), 26 (Holger Hollemann), 161 (Karl-Heinz Spremberg/CHROMORANGE)

Riedel GmbH, Reutlingen: S. 174 (2x)

Sport-Thieme GmbH, Grasleben: S. 169.2–3, 170 (3x), 176.2

stock.adobe.com, Dublin: S. 113 (Käpenicker)

ullsteinbild, Berlin: S. 79 (CARO Trappe)

Zentralredaktion des Evangelischen Pressedienstes, Frankfurt/M.: S. 32 (Jens Schulze), 86 (Guido Frebel), 96 (Andrea Enderlein), 160 (Guido Frebel), 171 (Werner Krüper), 198 (Dieter Sell)

Umschlagfoto: iStockphoto.com/Calgary (nevarpp)

Wir arbeiten sehr sorgfältig daran, für den Abdruck aller Bilder die Rechteinhaberinnen und Rechteinhaber zu ermitteln. Sollte uns dies im Einzelfall nicht vollständig gelungen sein, werden berechnete Ansprüche selbstverständlich im Rahmen der üblichen Vereinbarungen abgegolten.