

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Pflege & Management

Bachelorstudiengang Pflegeentwicklung & Management

Bachelor-Thesis

Kommunikationsmöglichkeiten zwischen Menschen mit geistiger Behinderung und Pflegenden im Krankenhaus

Tag der Abgabe: 28.07.2015

Vorgelegt von: Dorothea Maria Schulz

Erstgutachterin: Prof. Petra Weber

Zweitgutachter: Prof. Dr. Peter Stratmeyer

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	II
Abkürzungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis.....	IV
Abbildungsverzeichnis.....	IV
1 Einleitung	1
2 Menschen mit geistiger Behinderung.....	3
2.1 Begriffsbestimmung geistige Behinderung	3
2.2 Geistige Behinderung aus unterschiedlichen Wissenschaften	6
2.3 Ätiologie	10
2.4 Lebenserwartung und Alterungsprozess	11
3 Pflege von Menschen mit geistiger Behinderung im Krankenhaus	14
3.1 Herausforderung von Menschen mit geistiger Behinderung in Krankenhäusern.....	14
3.2 Krankenhausaufenthalt aus Sichtweise von Menschen mit geistiger Behinderung.....	16
3.3 Krankenhausaufenthalt von Menschen mit geistiger Behinderung aus der Sichtweise von Pflegenden	19
4 Kommunikation zwischen Menschen mit geistiger Behinderung und Pflegenden–Barrieren erkennen.....	21
4.1 Kommunikation	21
4.2 Kommunikationsmerkmale von Pflegenden und Menschen mit geistiger Behinderung.....	23
4.3 Kommunikationsbarrieren zwischen Pflegenden und Menschen mit geistiger Behinderung	25
5 Möglichkeiten der Kommunikation bei Menschen mit geistiger Behinderung – Kommunikationsbarrieren durchbrechen	27
5.1 Unterstützte Kommunikation	27
5.1.1 Kommunikationsformen ohne Hilfsmittel.....	30
5.1.2 Kommunikationsformen mit Hilfsmitteln.....	32
5.2 Leichte Sprache	39
6 Empfehlung	41
7 Fazit.....	44
8 Literaturverzeichnis.....	45
Anhang	

Abkürzungsverzeichnis

AAC	Unterstützte Kommunikation (engl. Augmentative and Alternative Communication)
BB	Behindertenbeauftragte(r)
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DRG	Diagnosebezogene Fallgruppen (engl. Diagnosis Related Groups)
GdS	Grad der Schädigungsfolge
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandte Gesundheitsprobleme (engl. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
IQ	Intelligenzquotient
KMK	Kultusministerkonferenz
MgB	Menschen mit geistiger Behinderung bzw. Mensch mit geistiger Behinderung
UK	Unterstützte Kommunikation
WHO	Weltgesundheitsorganisation (engl. World Health Organization)

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Einteilung nach Intelligenz, Schweregrade und sozialadaptives Verhalten	10
Tabelle 2: Einfache Geräte im Vergleich	36
Tabelle 3: Komplexe Geräte im Vergleich	37

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kommunikationsbarrieren zwischen Pflegenden und MgB.....	26
Abbildung 2: Formen Unterstützter Kommunikation	29
Abbildung 3: Beispiel eines Kommunikationsordners.....	34

1 Einleitung

Durch meinen 18 jährigen Bruder, der geistig- und mehrfachbehindert ist, habe ich oft erlebt, wie unsicher Pflegende in Krankenhäusern mit ihm kommunizieren.

Meinem Bruder fällt es schwer, schnell und präzise auf Fragen von Pflegenden sprachlich zu antworten, er äußert sich für Dritte nicht immer sofort nachvollziehbar. Wie viele Menschen mit geistiger Behinderung (im Folgenden MgB) kommuniziert mein Bruder hauptsächlich auf nichtsprachlicher Ebene und teilt sich so mit. Das Warten auf den Fluren, der Lärm und die Hektik sind für MgB im Krankenhaus sehr verängstigend und können zu verändertem Verhalten führen. Dies kann bei Pflegenden zu Unsicherheit führen, was vor allem in der zwischenmenschlichen Kommunikation deutlich wird. Da Pflegende hauptsächlich auf sprachlicher Ebene kommunizieren, entstehen Kommunikationsbarrieren und Missverständnisse.

Diese Arbeit untersucht, mit welchen Kommunikationsmöglichkeiten Pflegende im Krankenhaus MgB pflegen können. Daraus folgt eine Empfehlung für Krankenhäuser, wie die Möglichkeiten von Pflegenden umgesetzt werden können. Im Anhang K befindet sich anhand der ausgearbeiteten Kommunikationsmöglichkeiten eine selbst entworfene Checkliste mit dem Schwerpunkt Kommunikation mit MgB, den Pflegende als Hilfestellung im Krankenhaus nutzen können.

Einleitend findet eine Beschreibung zu der Begriffsbestimmung von geistiger Behinderung statt, welche im Anschluss aus unterschiedlichen Wissenschaften betrachtet wird. Anschließend werden die ätiologischen Faktoren gegenübergestellt und die mögliche Einteilung in unterschiedliche Schweregrade aufgezeigt, die Einfluss auf die kommunikativen Fähigkeiten haben. Im weiteren Verlauf werden die gestiegene Lebenserwartung von MgB, die damit verbundenen weiteren Gesundheitseinschränkungen und die Herausforderung für Krankenhäuser erläutert.

Um im Weiteren zu untersuchen, wie die bestehende Unsicherheit in der Kommunikation mit MgB und die daraus resultierenden Kommunikationsbarrieren abgebaut werden können, wird Kommunikation anhand des Modells der zwischenmenschlichen Kommunikation von Schulz von Thun erläutert. Unterschiede in der Kommunikation zwischen MgB und Pflegenden werden herausgearbeitet. Kom-

munikationsmöglichkeiten werden erläutert, mit denen MgB kommunizieren können.

Schließlich erfolgt eine Empfehlung an Krankenhäuser, mit welchen Möglichkeiten Pflegende mit MgB kommunizieren können und damit Kommunikationsbarrieren abbauen können. Denn nur im Rahmen einer möglichst optimalen Kommunikation zwischen Pflegenden und MgB können pflegerische Maßnahmen bestmöglichst durchgeführt werden; es können MgB dann optimal in Krankenhäusern genesen.

Für die theoretische Bearbeitung der Arbeit wurde eine systematische Literaturrecherche in der Datenbank „PubMed“ anhand von Begriffen zu der Forschungsfrage durchgeführt (siehe Anhang A). Im Anhang B befindet sich die Recherche von Pubmed in einer Tabelle dargestellt. Zusätzlich wurde mit den Begriffen aus Anhang A in dem „Hamburger Katalog für wissenschaftliche Bibliotheken Beluga“, „Medpilot“, „Cinahl“, „Google“, und „Google Scholar“ passende Literatur gesucht. Die Recherche befindet sich im Anhang C. Im Internet veröffentlichte Artikel, Dissertationsergebnisse, Bücher sowie Daten von Verbänden und Organisationen wurden mit eingeschlossen. Da die empirische Forschung zu MgB und stationären Krankenhausaufenthalten in Deutschland noch nicht weit fortgeschritten ist, wird der Zeitraum der berücksichtigten Literatur erweitert, werden internationale Forschungsergebnisse mit einbezogen und es wird Expertenwissen hinzugezogen. Des Weiteren besteht ein Mangel an pflegewissenschaftlichem Material zu MgB, so dass auch verwandte Literatur verwendet wird.

2 Menschen mit geistiger Behinderung

Um die Zielgruppe von MgB zu verstehen, wird zunächst die Bezeichnung „geistige Behinderung“ auf deutscher und internationaler Ebene beschrieben und aus unterschiedlichen Wissenschaften betrachtet. Dabei werden alle Altersstufen von MgB eingeschlossen. Im weiteren Verlauf des Kapitels wird erklärt, welche ätiologischen Merkmale bei MgB vorkommen und welche Schweregrade es gibt. Im Anschluss werden Angaben zur Gesamtanzahl in Deutschland gemacht und die Lebenserwartung dieser Menschen mit dem einhergehenden Alterungsprozess erläutert.

2.1 Begriffsbestimmung geistige Behinderung

Für MgB ist keine einheitliche Definition vorhanden, da sie keine Gruppe mit fest umschriebenen Eigenschaften darstellt (vgl. Fornefeld, 2013, S. 59). Jeder MgB hat vielmehr individuelle Ausprägungen. Das führt dazu, dass jede Wissenschaft beispielsweise aus der Medizin, Pädagogik, Soziologie und Pflegewissenschaften geistige Behinderung für sich definiert (vgl. ebd.). Aus der Auswertung der vorhandenen Literatur ist ersichtlich, dass sich Autoren unterschiedlicher Wissenschaften oft gegenseitig zitieren, da noch zu wenig empirische Daten vorhanden sind. In diesem Kapitel werden Gedanken von den Autoren Speck, Theunissen, Wüllenweber und Fornefeld überwiegend zitiert.

Der Sinn hinter der Auseinandersetzung mit der begrifflichen Bezeichnung stellt die diskriminierend empfundenen Begriffe wie „Schwachsinn“, „Blödsinn“ oder auch „Idiotie“ dar (vgl. Kulig, Theunissen, Wüllenweber, 2006, S. 116). Hauptsächlich wurde der Begriff „geistige Behinderung“ in Deutschland Ende der 1950er Jahre durch die Elternvertretung „Lebenshilfe“ propagiert und in die fachliche Diskussion gebracht (vgl. ebd.). Seit dieser Zeit hat der Begriff „geistige Behinderung“ in vielen Wissenschaften eine weite Verbreitung gefunden (vgl. Theunissen, 2005, S.11). Ein wichtiger Fortschritt in der Entwicklung um den Begriff ist der Wandel von der Verwendung des Begriffes „Geistigbehinderter“ zu dem neuen Wortlaut „Menschen mit geistiger Behinderung“ (vgl. Speck, 2005, S. 48). Hierzu soll zum Ausdruck kommen, dass die Behinderung nur eine bestimmte Eigenart des Menschen darstellt und er ansonsten ein Mensch wie jeder andere ist (vgl. ebd.).

Es gibt auch andere Begriffsalternativen, die diese Menschen beschreiben wie Menschen, die als geistig behindert gelten, Menschen mit kognitiver, intellektueller oder mentaler Behinderung/ Beeinträchtigung, Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf und Hilfebedarf sowie Menschen mit Lernschwierigkeiten (vgl. Kulig et al., 2006, S. 117). Diese Begriffe gehören mittlerweile auch zu den gängigen Bezeichnungen (vgl. ebd.).

Die Weiterentwicklung zu geistiger Behinderung in Deutschland wurde durch den deutschen Bildungsrat und durch die Empfehlung der Kultusministerkonferenz (im Folgenden KMK) beeinflusst, die im Folgenden dargestellt werden (vgl. Diekmann & Metzler, 2013, S.14). Nach einer Empfehlung des deutschen Bildungsrates (1973) gilt ein Mensch als geistig behindert, der

„(...) infolge einer organisch-genetischen oder anderweitigen Schädigung in seiner psychischen Gesamtentwicklung und seiner Lernfähigkeit so sehr beeinträchtigt ist, dass er voraussichtlich lebenslanger sozialer und pädagogischer Hilfen bedarf. Mit der kognitiven Beeinträchtigung gehen solche der sprachlichen, sozialen, emotionalen und motorischen Entwicklung einher (...).“ (Deutscher Bildungsrat, 1973, S. 37, zit. n. Diekmann et al., 2013, S. 14).

In dieser Definition liegt die Besonderheit in dem lebenslangen, sozialen und pädagogischen Hilfebedarf bestehend aus den körperlichen und psychischen Einschränkungen, die sich bei MgB ergeben.

Aus der Empfehlung der Kultusministerkonferenz, bestehend aus den Kultusministern der Länder in Deutschland, zum Förderschwerpunkt zu geistiger Entwicklung, geht eine weitere Definition aus dem Jahr 1999 hervor, in der geistige Behinderung wie folgt beschrieben wird:

„Kinder und Jugendliche mit einer geistigen Behinderung zeigen unterschiedliche Erscheinungsbilder in den verschiedenen Entwicklungsbereichen. Sie benötigen besondere Hilfen bei der Entwicklung von Wahrnehmung, Sprache, Denken und Handeln sowie Unterstützung zur selbständigen Lebensführung und bei der Findung und Entfaltung der Persönlichkeit. (...) Eine geistige Behinderung, als deren Ursache vielfach hirnorganische Schädigungen angenommen werden, ist in ihrem jeweiligen aktuellen Erscheinungsbild nicht statisch, ihre Auswirkungen sind durch Erziehung und Unterricht beeinflussbar“ (KMK, 1999, S. 2f.).

In dieser Definition liegt der Schwerpunkt auf den Angeboten, die geschaffen werden können, um diese Menschen bei einer selbstständigen Lebensführung sowie bei Entfaltung der eigenen Persönlichkeit zu unterstützen.

Nach einer weiteren Definition der UN Behindertenrechtskonvention, die am 26.03.2009 in Deutschland in Kraft getreten ist, zählen Menschen mit Behinderung zu „(...) Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“ (Die UN-Behindertenrechtskonvention, 2009). Aus dieser Definition geht hervor, dass verschiedene Barrieren in Wechselwirkung mit den Einschränkungen dazu führen, dass MgB nicht voll gleichberechtigt leben können.

Aus den drei Definitionen geht zusammenfassend hervor, dass MgB, eine lebenslanglich körperliche und psychische Einschränkungen haben, pädagogische und soziale Angebote benötigen und Barrieren abgebaut werden müssen, mit den Zielen zur selbstständigen Lebensführung, voller Gleichberechtigung und Entfaltung der Persönlichkeit.

Es gibt eine Vielzahl an verschiedenen Begriffsbezeichnungen zu „geistige Behinderung“, die international eingesetzt werden. International werden, statt wie es früher der Fall war mit „mental retardation“ und „mental handicap“, Begriffe, wie „developmental disabilities“ oder auch „intellectual disability“ für die betroffenen Menschen verwendet (vgl. Diekmann et al., 2013, S.14). Der Grund für den Wandel anderer internationaler Begrifflichkeiten liegt in der Abwertung der betroffenen Menschen, so dass „mental retardation“ und „mental handicap“ zur Beschreibung seltener angewendet werden (vgl. Speck, 2005, S. 49).

In der Auseinandersetzung mit geistiger Behinderung wird deutlich, dass die Begrifflichkeit nicht allein auf die intellektuelle Begabung des Menschen zu beschränken ist, sondern dass MgB durch die Mithilfe der spezifischen Umwelt und der Gesellschaft, Handlungskompetenz erwerben können (vgl. Diekmann et al., S. 16). Da die Diskussion um die Begriffsbestimmung der MgB noch weiterhin anhält und es noch keine treffendere Bezeichnung gefunden wurde, wird in dieser Arbeit die Bezeichnung „Menschen mit geistiger Behinderung“ (MgB) verwendet.

Da es auch keine allgemeingültige Begriffsdefinition zu MgB gibt, werden MgB in dieser Arbeit aus der Sicht der Definition der UN-Behindertenrechtskonvention verstanden. Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt in der Ausarbeitung von Kommunikationsmöglichkeiten mit MgB, mit dem Ziel Kommunikationsbarrieren zwischen Pflegenden und MgB abzubauen um damit eine Versorgung entsprechend der UN-Behindertenrechtskonvention zu erhalten. Daher ist diese Definition optimal geeignet als Grundlage der Ausarbeitung.

Es gibt viele Wissenschaften, die sich mit geistiger Behinderung auseinandersetzen. Da aufgezeigt werden soll, dass jede Wissenschaft einen anderen Zugang und Schwerpunkt zu geistiger Behinderung wählt, werden im Folgenden exemplarisch vier Sichtweisen dargestellt.

2.2 Geistige Behinderung aus unterschiedlichen Wissenschaften

Jede Wissenschaft sucht sich ihren eigenen Zugang zu der Definition von geistiger Behinderung (vgl. Fornefeld, 2013, S. 59). Im Folgenden wird der Begriff „geistige Behinderung“ aus medizinischer, pädagogischer, soziologischer und pflegewissenschaftlicher Sichtweise dargestellt.

Medizinische Sichtweise

Aus medizinischer Sichtweise wird geistige Behinderung von der Weltgesundheitsorganisation als

„eine signifikant verringerte Fähigkeit, neue oder komplexe Informationen zu verstehen und neue Fähigkeiten zu erlernen und anzuwenden [bezeichnen]. Dadurch verringert sich die Fähigkeit, ein unabhängiges Leben zu führen (beeinträchtigte soziale Kompetenz). Dieser Prozess beginnt vor dem Erwachsenenalter und hat dauerhafte Auswirkungen auf die Entwicklung“. (WHO, 2010).

In dieser Definition stehen die defizitären Merkmale im Vordergrund, die dazu führen, dass MgB in ihrer Lebensführung eingeschränkt sind. Relevant ist bei der medizinischen Sichtweise die zentrale Bedeutung der Schädigung des Gehirns (vgl. Speck, 2005, S. 53). Diese Funktionseinschränkung kann verschiedenste psycho- physische Funktionen mit beeinträchtigen (vgl. ebd.).

Überwiegend sind die kognitiven Fähigkeiten eingeschränkt (vgl. Windgassen und Tölle, 2014, S. 316ff; Schneider, 2012, S. 435). MgB haben Schwierigkeiten Wesentliches von Unwesentlichem zu unterscheiden und Schlussfolgerungen sowie

Urteile zu fällen (vgl. Windgassen & Tölle, 2014, S. 316 ff). Des Weiteren fällt es ihnen schwer, Gründe abzuwägen und zielgerichtet zu handeln. Das Sprachvermögen hinsichtlich der Bildung von Begriffen kann beeinträchtigt sein. Andere Bereiche wie die Psychomotorik können auch beeinträchtigt sein; dies zeigt sich z.B. in disharmonischen und „plumpen“ Bewegungen. Viele MgB haben auch körperliche Beeinträchtigungen, wie spastische Lähmungen, Sehstörungen (50%), Hörstörungen (10%) und Sprachstörungen. Auf der anderen Seite können MgB auch Fähigkeiten aufzeigen, die sich in der intensiven Aufnahme von Sinneseindrücken widerspiegeln. Des Weiteren können MgB auch eine Affinität zu Zahlen aufweisen, wobei diese Fähigkeit auch überdurchschnittlich gut ausgeprägt sein kann. Andere Merkmale können auch ein ausgeprägtes Gedächtnis sein, oder eine Neigung für Details (vgl. Windgassen & Tölle, 2014, S. 317).

Die medizinische Sichtweise fokussiert vor allem die Ätiologie der geistigen Behinderungen (vgl. Stöppler, 2014, S. 23). Auch wenn diese Sichtweise veraltet erscheint, ist sie relevant um auf Stärken und Schwächen in der Entwicklung je nach Syndrom und seinen Auswirkungen positiv einzuwirken (ebd.).

Pädagogische Sichtweise

Aus der Pädagogik kann geistige Behinderung auf folgender Art und Weise definiert werden: „Für die Pädagogik ist eine geistige Behinderung sowohl ein Phänomen vorgefundener und komplex und differenziert zu erfassender Wirklichkeit als auch eine Aufgabe, die darauf ausgerichtet ist, trotz der Behinderung Erziehung und Bildung zu ermöglichen (...)“ (Fornefeld, 2004, S. 67). Die pädagogische Sichtweise ergänzt die medizinische Beschreibung um den Aspekt, dass MgB pädagogisch betreut werden und damit auch pädagogische Unterstützung erfahren, um sich weiterzuentwickeln.

Im Vordergrund steht die Perspektive der Lernmöglichkeiten und –bedürfnisse und die Erziehungs- und Bildungsbedürfnisse mit den kulturellen Normen und sozialen Erwartungen (vgl. Fornefeld, 2013, S. 83f.). Das bedeutet, dass jeder Mensch mit einer geistigen Behinderung eine individuelle Lebensverwirklichung als Person braucht, welche aber nicht an die Bildungs- und Erziehungsnormen angepasst sein muss. MgB sollen in dieser Sichtweise aus der Erziehung heraus zur Teilhabe an der Gesellschaft selbstbestimmt leben können. Daher hat der Erziehungsauftrag eine weitreichende Aufgabe in der Geistigbehindertenpädagogik (vgl. ebd., S. 83f.). In pädagogischen Leitgedanken werden seit den 1970er Jahren einge-

fürte Prinzipien wie Normalisierung, Integration, Selbstbestimmung und Teilhabe weiter verfolgt und umgesetzt (vgl. ebd., S. 50). Das Lernen bei MgB bezieht sich nicht nur auf das Kindes- und Jugendalter, sondern betrifft auch Erwachsene, da das Lernen sich nicht nur auf das schulische Lernen, sondern auch auf die Anpassung an neue Anforderungen bezieht (vgl. ebd., S. 85).

Soziologische Sichtweise

Eine angewendete Definition von geistiger Behinderung aus soziologischer Sicht, ist folgende: „Eine (geistige) Behinderung ist eine dauerhafte und sichtbare sowie von den jeweiligen gesellschaftlichen Normen, kulturellen Wertvorstellungen und sozialen Erwartungen abhängige, unerwünschte und wesentliche Abweichung der Körperfunktionen und –strukturen, die mehrheitlich und entschieden negativ bewertet wird“ (Markowetz, 2006, S. 145). Aus dieser Definition ist ersichtlich, dass gesellschaftliche Normen und Wertevorstellungen bei der Beschreibung von geistiger Behinderung eine wichtige Rolle einnehmen, die dazu führen, dass die Abweichungen, die bei MgB vorhanden sind, überwiegend negativ bewertet werden. Gleichzeitig bietet dieser Ansatz aber auch die Möglichkeit, Normen, kulturelle Wertevorstellungen und soziale Erwartungen in Frage zu stellen.

In der Soziologie werden MgB im Zusammenhang mit der Gesellschaft betrachtet (vgl. Fornefeld, 2013, S. 26). Integration, gesellschaftliche Rollen sowie Probleme zur Stigmatisierung werden dabei in den Fokus gestellt (vgl. ebd.). Dabei ist der im Vordergrund stehende Aspekt der Beschränkung der gesellschaftlichen Teilhabe als Folge einer Behinderung wichtig (vgl. Markowetz, 2006, S. 144). Ein weiterer Aspekt in der Beschreibung des Begriffes betont, dass der Begriff der Behinderung durch den Charakter der Gesellschaftsordnung bestimmt wird, in der die Menschengruppe der Behinderten lebt (vgl. Suhrweier 1999, S.21).

Pflegewissenschaftliche Sichtweise

Eine allgemeine Definition zu der pflegewissenschaftlichen Sichtweise, die sich an den leistungsberechtigten Personenkreisen orientiert, findet sich im §14 SGB XI wieder. Pflegebedürftigkeit wird dort wie folgt definiert:

„Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maß (§15) der Hilfe bedürfen“.

In dieser Betrachtung findet sich die pflegerische Hilfe, die MgB benötigen, wieder. Nach dem §14 Abs. 2 SGB XI benötigten MgB Unterstützungsbedarf in den grundlegenden Anforderungen des Lebens, die unter Anleitung, teilweise oder volle Übernahme erfolgen können. Diese Anforderungen beziehen sich auf gewöhnliche und wiederkehrende Tätigkeiten in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität sowie hauswirtschaftliche Versorgung.

MgB werden aus pflegewissenschaftlicher Sichtweise mit dem Fokus auf ihre gesundheitsbedingten Beeinträchtigungen betrachtet, durch die sie ihren Alltag nicht ohne personelle Unterstützung bewältigen können (vgl. Bartholomeyczik, 2014, S. 3). Das Ziel in der Versorgung aus dieser Sichtweise ist die Selbstbestimmung mit einer möglichst selbstständigen Lebensgestaltung (vgl. ebd.).

Bei den verschiedenen Wissenschaften ist zu erkennen, dass jeder Bereich MgB aus einem anderen Aspekt (den ihnen eigenen grundlegenden Fragestellungen) betrachtet. Mediziner konzentrieren sich auf die ätiologischen Merkmale, um mehr Erkenntnisse über MgB zu gewinnen, die sich auf Stärken und Schwächen von MgB positiv auswirken sollen. Aus pädagogischer Sichtweise sind die Lernmöglichkeiten und –bedürfnisse sowie Erziehungs- und Bildungsbedarfe relevant, da MgB lebenslang lernen können. Soziologen sehen gesellschaftliche Normen und Wertevorstellungen in Bezug zu MgB als hohe Einflussfaktoren für die Teilhabe und Integration. Aus pflegewissenschaftlicher Sichtweise stehen die pflegerische Hilfe und der Unterstützungsbedarf im Mittelpunkt. Dabei sollen MgB selbstbestimmt ihr Leben gestalten. Zusammenfassend ist zu erkennen, dass der Begriff „geistige Behinderung“ sehr dehnbar und vielseitig ist, da es keine einheitliche Definition gibt und jede Wissenschaft eigene Schwerpunkte in der Betrachtung setzt. Damit MgB so früh wie möglich gefördert und unterstützt werden können, ist es relevant, die Ursachen der Schwere der geistige Behinderung zu erkennen und zu wissen und beim Umgang mit MgB ggf. Bezug zu nehmen auf Erkenntnissen der Wissenschaften, die sich mit dem individuellen Fall bereits beschäftigt haben. Im nächsten Kapitel werden die ätiologischen Merkmale dargestellt.

2.3 Ätiologie

Es gibt unterschiedliche klinische Syndrome von geistiger Behinderung, die aus unterschiedlichen Ursachen stammen, die im Folgenden beschrieben werden (vgl. Speck, 2005, S. 55; Schneider, 2012, S. 434-435; Fornefeld, 2013, S. 73 f). Es gibt die pränatal (vor der Geburt) entstandenen Formen wie Fehlentwicklung des Nervensystems, Genmutationen, Fehlbildungen bezogen auf das Körperwachstums, Chromosomenanomalien oder durch exogen verursachte Entwicklungsstörungen (z.B. durch chemische Einwirkungen wie Alkohol oder Medikamente). Des Weiteren gibt es die perinatalen (während der Geburt) Komplikationen mit der Folge einer geistigen Behinderung, wie Geburtstraumata (z.B. Verletzung von Gehirnteilen), Sauerstoffmangel oder Frühgeburten. Als dritte Möglichkeit gibt es die postnatalen (nach der Geburt) Ursachen, die zu geistiger Behinderung führen können, wie entzündliche Erkrankungen des Zentralnervensystems, Schädelhirntrauma, Sauerstoffmangel, Hirntumore oder Hirnschädigungen durch Intoxikation z.B. Vergiftung (vgl. Speck, 2005, S. 55; Schneider, 2012, S. 434-435; Fornefeld, 2013, S. 73 f). Aus den Ursachen ist ersichtlich, dass jeder Mensch in jeder Lebensphase betroffen sein kann (vgl. Fornefeld, 2013, S. 75). Wie beeinträchtigt MgB durch die geistige Behinderung sind, zeigt die folgende Tabelle 1:

Tabelle 1: Einteilung nach Intelligenz, Schweregrade und sozialadaptives Verhalten (vgl. Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a., 2007, S. 179 ff)

IQ- Werte nach ICD 10	Verschiedene Schweregrade	Sozialadaptives Verhalten
Leicht 50- 69	Leichte geistige Behinderung (F70)	• Verzögerte Entwicklung, sozialer und kommunikativer Fertigkeiten • Eigenständige Lebensführung möglich
Mittel 35-49	Mittelschwere/ mäßige geistige Behinderung (F71)	• Begrenzte sprachliche und kommunikative Fertigkeiten • Benötigt Betreuung und Aufsicht
Schwer 20-34	Schwere geistige Behinderung (F72)	• Stark verzögerte motorische Entwicklung • Sehr eingeschränkte sprachliche und kommunikative Fertigkeiten • Braucht Pflege und Betreuung
Schwerst unter 20	Schwerste geistige Behinderung (F73)	• Schwerste Retardierung mit minimalen Funktionen in Wahrnehmung und Motorik • Intensive Pflege nötig

Die Tabelle 1 zeigt fünf Bereiche von leichter bis schwerster geistiger Behinderung entsprechend der IQ Aufteilung von 69 bis unter 20 nach ICD 10. Dies ist ein internationales Klassifikationssystem der Krankheiten und verwandte Gesundheitsprobleme, in der Diagnosen klassifiziert werden (vgl. DIMDI). Darunter fallen verschiedene Bezeichnungen von F70 mit leichter geistiger Behinderung bis F73 Schwerster geistiger Behinderung. Das sozialadaptive Verhalten zeigt in der jeweiligen Stufe entwicklungsbedingte Beeinträchtigungen auf. Bei leichter geistiger Behinderung zeigt sich eine verzögerte Entwicklung, wobei eine selbstständige Lebensführung angestrebt werden kann. Je höher der Grad der geistigen Behinderung, desto mehr sind MgB in ihren Fähigkeiten und ihrer Entwicklung beeinträchtigt (siehe Tabelle 1). Das betrifft vor allem die kommunikativen und motorischen Fähigkeiten.

Insgesamt fallen 80% der MgB in den Schweregrad der leichten geistigen Behinderung. In den Mittelgrad fallen 12% der MgB. Zu der schweren geistigen Behinderung fallen 7% und zu den Schwersten weniger als 1% (vgl. Häßler, 2014, S. 15).

Zusammenfassend ist zu erkennen, dass MgB unterschiedliche Ursachen mit unterschiedlichen Schweregraden aufweisen. Wie viele Menschen in Deutschland mit geistiger Behinderung leben und wie die Lebenserwartung und vor allem der Alterungsprozess bei MgB aussehen, zeigt das nächste Kapitel.

2.4 Lebenserwartung und Alterungsprozess

In Deutschland ist ein Anstieg der Zahl an Schwerbehinderten zu erkennen. Ab einem Grad der Schädigungsfolge (im Folgenden GdS) von 50 Prozent, wird eine Schwerbehinderung festgestellt; bei schwersten Intelligenzmängeln ergibt sich ein GdS von 80-100 Prozent (vgl. Sozialverband VdK Deutschland e.V., 2011). Von dem Jahr 2001 bis 2011 ist die Zahl der schwerbehinderten Menschen in Deutschland auf 6,8% gestiegen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2013 a, S. 10). In Zahlen ausgedrückt ist ein Anstieg von 2009 mit 7,1 Mio. auf 7,5 Mio. in 2013 zu verzeichnen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2013 b). Davon fallen nach Unterteilung (vgl. ebd.):

- in Art der Behinderung im Jahr 2009 mit 1,36 Mio., 2011 mit 1,46 Mio. und 2013 mit 1,54 Mio. auf zerebrale geistige und auf die seelischen Störungen

- nach Ursache der Behinderung im Jahr 2009 mit 302.433, 2011 mit 301.358 und 2013 mit 298.308 auf angeborene Ursachen.

Dabei ist auffällig, dass die Anzahl der Schwerbehinderten insgesamt steigt, die angeborenen Behinderungen jedoch rückläufig sind. Dafür steigt der Anteil der nach Ursachen unterteilten Gruppe mit Krankheiten, einschließlich Impfschäden, die zu Schwerbehinderung führt.

Die Zahlen, die durch das statistische Bundesamt alle zwei Jahre erhoben werden, geben insgesamt zu MgB keine eindeutigen Hinweise, wie viele in Deutschland wirklich leben, denn die medizinische Kategorisierung zwischen geistig und seelische Störungen werden nicht ausreichend getrennt betrachtet (vgl. Neuhäuser, 2007, S. 12). Daher kann die Gesamtanzahl nur geschätzt werden. Ein anderer Grund liegt darin, dass die epidemiologische Forschung auf dem Gebiet sehr gering ist. Die „Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.“ gibt eine Zahl von 420.000 an, wobei Kinder und Jugendliche mit 185.000 angegeben sind und Erwachsene mit 235.000. Diese Angaben entsprechen einer Anzahl von 0,6% der Gesamtbevölkerung (vgl. ebd).

Durch Verbesserung der Ernährung, Wohnverhältnisse, Betreuung, Lebensstil und der medizinischen Versorgung ist die Lebenserwartung bei MgB in den letzten zwei Jahrzehnten stark angestiegen (vgl. Ding- Greiner, 2010, S. 13). In Zahlen ausgedrückt ist die Lebenserwartung von MgB von 18,5 Jahren (1930er Jahre) auf 66 Jahre (Mitte 1990er Jahre) angestiegen (vgl. Sinai et al., 2012). Die durchschnittliche Lebenserwartung von MgB gleicht sich nahezu an die der Allgemeinbevölkerung an (vgl. Ding- Greiner, 2010, S. 14). Dabei ist zu beobachten, dass je schwerer die Ausprägungen der geistigen Behinderung, desto kürzer ist die Lebenserwartung. Ausgenommen sind Menschen mit Down-Syndrom, bei denen die Lebenserwartung durch die Genetik weiterhin geringer ist als bei anderen MgB (vgl. Haveman und Stöppler, 2004, S. 21). Die Mortalitätsraten in jüngeren Lebensjahren (d.h. bis zum 40. Lebensjahr) ist weiterhin höher als im Vergleich zu leichter und mäßiger geistiger Behinderung, da bei ihnen oft zusätzliche Risiken wie Epilepsie, künstliche Ernährung oder Bewegungseinschränkungen vorliegen, die zu plötzlichem Tod führen können (vgl. Havelman und Stöppler, 2014, S. 101).

Nicht nur aufgrund der schon genannten Gründe können MgB älter werden. Die Euthanasieprogramme durch die Naziverbrechen in Deutschland im zweiten Weltkrieg haben dazu geführt, dass kaum noch MgB überlebt haben, die vor 1945 geboren wurden (vgl. ebd., S. 100). Seit der Zeit nach der Euthanasie haben MgB, die seit 1945 neu geboren wurden oder überlebt haben, die Möglichkeit alt zu werden (vgl. ebd.).

Im Alter verändern sich die biologischen Prozesse. Diese können durch Einflüsse wie durch Krankheiten, medizinische Hilfe, Lebensstil, genetische Determinanten und die Umgebung wie kulturelle Einflüsse oder toxische Substanzen verändert werden, so dass sich die Lebensdauer eines Organismus verkürzen oder verlängern kann (vgl. Haveman und Stöppler, 2014, S. 100ff). Die physischen Veränderungen im Alter bei MgB treten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung in ähnlicher Weise auf (vgl. Ding- Greiner, 2010, S. 18). Es ist anzunehmen, dass der Alterungsprozess bei MgB frühzeitiger, d.h. zehn Jahre zeitversetzt einsetzt (vgl. Bleeksma, 2013, S. 27).

Wenn das Alter fortschreitet, ist ein deutlicher Anstieg an gesundheitlichen Problemen zu beobachten. Zum einen steigt die Anzahl der erkrankten Personen, zum anderen auch die Komplexität der Beeinträchtigungen (vgl. Böhm, 2009, S. 32). Bei MgB lassen sich die Krankheitsverläufe im Alter kaum von den alterstypischen Erkrankungen der Allgemeinbevölkerung unterscheiden (vgl. Haveman und Stöppler, 2014, S. 162). Zunehmende Gebrechlichkeit und Mobilitätsverlust ist bei älteren MgB zu erkennen sowie ein wachsender Pflegebedarf (vgl. Ding- Greiner, 2010, S. 20).

Die gestiegene Lebenserwartung mit dem höheren Lebensalter bei MgB werden dazu führen, dass Krankenhausaufenthalte notwendig werden. Es steht damit fest, dass die Probleme der Kommunikation mit den betroffenen MgB zunehmen werden. Im nächsten Kapitel wird erklärt, welche Gründe dazu führen, dass MgB stationär aufgenommen werden müssen und welche Herausforderungen damit verbunden sind.

3 Pflege von Menschen mit geistiger Behinderung im Krankenhaus

Ein Krankenhausaufenthalt bei MgB stellt auf Seitens des Patienten¹, aber auch Seitens der Pflegenden eine große Herausforderung dar (vgl. Lachetta et al., 2011). In der Fachliteratur ist wenig empirische Forschung vorhanden, so dass auch ältere und internationale Studien hinzugezogen werden. Zunächst folgt ein Hinführen, aus welchen Gründen MgB in einem Krankenhaus aufgenommen werden müssen und welche Probleme in Krankenhäusern auftreten können. Anschließend erfolgt zunächst eine Betrachtung aus der Sichtweise des Patienten und im Folgenden aus Sicht der Pflegenden in Krankenhäusern.

3.1 Herausforderung von Menschen mit geistiger Behinderung in Krankenhäusern

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sind MgB in ihrer Gesundheit labiler (vgl. Haveman und Stöppler, 2014, S. 237). Aus einer Analyse von registrierten Krankheitsfällen bei Hausärzten in Maastricht von Van Schrojenstein Lantman-de Valk et al. im Jahr 2000, geht hervor, dass MgB 2,5 mal mehr gesundheitliche Probleme als die Allgemeinbevölkerung vorweisen (vgl. ebd., S. 161). Durch verschiedene Faktoren, die im Folgenden aufgezeigt werden, sind erhöhte Gesundheitsrisiken vorhanden (vgl. ebd., S. 237):

- Genetische Veranlagung für bestimmte Erkrankungen
- Weniger günstige soziale Verhältnisse
- Probleme in der schriftlichen oder mündlichen Kommunikation
- Unfähig, gesundheitliche Vorsorge oder Versorgung zu nutzen
- Ausschluss aus öffentlicher Gesundheitsaufklärungskampagnen
- Wohnverhältnisse, die Inaktivität und einen ungesunden Lebensstil fördern

Dabei liegen oft neurologische Erkrankungen wie Epilepsie, Zerebralparese oder auch zerebrovaskuläre Erkrankungen vor (vgl. ebd., S. 162). Des Weiteren ist das Risiko bei MgB eine Komorbidität wie Autismus, Psychosen oder Störungen des Sozialverhaltens zu bekommen 3-4 mal höher, als im Vergleich zu der Allgemeinbevölkerung (vgl. Schneider, 2012, S. 436). Dies ist vor allem dann gegeben, wenn die Kommunikation beeinträchtigt ist (vgl. Fornefeld, 2013, S. 75). Bei zunehmender Intelligenzminderung, steigt die Wahrscheinlichkeit, an somatischen

¹Zur sprachlichen Vereinfachung und damit zur Verbesserung der Lesbarkeit wird im Rahmen dieser Arbeit lediglich eine Geschlechtsform verwendet. Das jeweils andere Geschlecht ist ausdrücklich mit gemeint.

oder psychischen Erkrankungen zu erkranken (vgl. Schneider, 2012, S. 436). An den Erkenntnissen, die den Gesundheitszustand von MgB abbilden, zeigt sich, dass „Multimorbidität“ ein wesentliches Phänomen darstellt (vgl. Haveman und Stöppler, 2014, S. 161). Da MgB nicht selbst den Kontakt zum Arzt aufbauen können, um sich behandeln zu lassen, bleiben medizinische Probleme oft unerkannt (vgl. ebd., S. 240).

Die höhere Lebenserwartung mit verändertem Hilfebedarf und der damit verbundenen Gebrechlichkeit, die Beeinträchtigungen der Gesundheit und unerkannte medizinische Probleme sowie die damit verbundenen Komplikationen, können dazu führen, dass MgB in einem Krankenhaus stationär aufgenommen werden müssen (vgl. Paulus, 2010, S. 35 ff). Die häufigsten Gründe für stationäre Aufenthalte bei MgB sind Infektionen in der Lunge oder der Harnwege, unklares Fieber, Erkrankungen des Magendarmtraktes, neurologische Störungen wie Anfallshäufigkeit bei Epilepsie oder Knochenbrüche (vgl. Stockmann, 2010, S. 67).

Die Versorgung von MgB in Krankenhäusern ist komplexer und zeitaufwendiger als bei Menschen ohne Behinderung (vgl. Seidel, 2010, S. 25). Fachwissen im Umgang mit MgB wird benötigt, da Krankheitsbilder anders verlaufen können. Beschwerden, die zu einem stationären Aufenthalt führen, können durch die Patienten meistens nicht sprachlich definiert werden. Daher verlaufen diagnostische und therapeutische Prozesse meistens länger, erschwerter und komplexer ab. Mit der Versorgung von MgB ist ein erhöhter Zeit- und Ressourcenaufwand verbunden, der in einem routinierten Ablauf integriert werden muss. Dies stellt nicht nur Ärzte, sondern auch Pflegende vor eine große Herausforderung (vgl. ebd.).

Seidel ist der Meinung, dass eine adäquate Krankenhausversorgung nicht von der kostenlosen Bereitstellung von Ressourcen durch die Familie oder durch die Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe abhängen darf (vgl. Seidel, 2010, S. 29). Der Gesetzgeber hat auf die Problematik im Jahr 2009 mit dem Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus reagiert. Das Gesetz regelt im SGB XII im so genannten Arbeitgebermodell die pflegerische Versorgung während eines Krankenhausaufenthaltes ohne Kürzung der Pflegegelder. Viele MgB profitieren nicht von diesem Gesetz, da sie in Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder Heimen leben (vgl. Wunder, 2014, S. 5). Daher sind Bezugspersonen wie

Angehörige oder Mitarbeiter von Einrichtungen weiterhin für die Betreuung von MgB in Krankenhäusern zuständig.

Nach der UN-Behindertenrechtskonvention sind Krankenhäuser seit 2009 nach dem Artikel 25 verpflichtet, „Menschen mit Behinderungen dasselbe Angebot, dieselbe Qualität und denselben Standard an kostenloser oder bezahlbarer Gesundheitsversorgung zur Verfügung [zu stellen] (...)“ (Die UN-Behindertenrechtskonvention, 2009). Das bedeutet, dass MgB eine qualitativ gleichzusetzende Versorgung in Krankenhäusern zustehen wie allen anderen Menschen.

Im Folgenden werden die Sichtweisen durch MgB und durch Pflegende dargestellt, um aufzuzeigen, wie MgB und deren Angehörigen einen Krankenhausaufenthalt einschätzen und wie auf der anderen Seite Pflegende die Versorgung von MgB beurteilen.

3.2 Krankenhausaufenthalt aus Sichtweise von Menschen mit geistiger Behinderung

MgB haben bei Krankenhausaufenthalten viele Herausforderungen zu bewältigen (vgl. Seidel, 2010, S. 20 f.). Zunächst gehören allgemeine Herausforderungen zu der Bewältigung eines stationären Aufenthaltes, die alle Menschen betrifft. Routinisierte und beschleunigte Abläufe, viele technische Geräte, Personalknappheit und dadurch geringe zeitliche Ressourcen für die Patienten sind die Hauptmerkmale. Patienten sind darauf angewiesen, viel Eigeninitiative zu zeigen, um ihren Bedürfnissen gerecht zu werden. Zugleich sind sie durch ihre Krankheit, den damit verbundenen Beschwerden eingeschränkt und belastet. Für MgB ist ein Krankenhausaufenthalt weitaus komplexer und undurchsichtiger. Sie treffen auf unbekannte Menschen und standardisierte Abläufe, können sich jedoch aufgrund ihrer Einschränkungen nicht auf die Gegebenheiten einlassen (vgl. Seidel, 2010, S. 20 f.). An der medizinischen Versorgung sind oft viele Menschen beteiligt wie Ärzte, Pflegende, der gesetzliche Betreuer und Bezugspersonen, so dass die Situation für den Betroffenen unübersichtlich wird (vgl. Nicklas-Faust, 2002, S. 26).

Aus einer systematischen Übersichtsarbeit zu dem Erleben von MgB in stationärem Aufenthalt (vgl. Lachetta et al., 2011), in der neun relevante Studien eingeschlossen wurden, geht hervor, dass zwischenmenschliche Kommunikation zwischen MgB und dem Krankenhauspersonal einen hohen Stellenwert einnimmt.

Experten bei einer Tagung zu dem Thema „Menschen mit geistiger Behinderung-Herausforderungen für das Krankenhaus“ im Jahr 2014 sind der Meinung, dass fachliche und sprachliche Barrieren vorliegen, die einen Krankenhausaufenthalt für MgB zusätzlich erschweren (vgl. Wunder, 2014, S. 3f.; Budroni, 2014, S. 6f.; Steffen und Blum, 2012). Viele MgB sind insgesamt in ihrer Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt (Lachetta et al., 2014, S. 143). Studienergebnisse von Cumella und Martin (2004) und Gibbs et al. (2008) zeigen, dass MgB Schwierigkeiten haben, Gesprächen zu folgen (vgl. Lachetta et al., 2011; Gibbs et al., 2008). Das Gesprächstempo des Personals ist zu schnell und die gewählten Wörter sind zu unverständlich, so dass MgB die Inhalte des Gespräches nicht verstehen. Außerdem ist bekannt, dass der Grad der Fähigkeit sich sprachlich an Gesprächen zu beteiligen, ausschlaggebend von der direkten Ansprache ist. Wenn MgB sich ausreichend sprachlich verständlich machen, werden sie ins Gespräch integriert (vgl. Lachetta et al., 2011). Studien wie Hart (1998), Lyn (2004), Gibbs et al. (2008) und Richter und Borgmann (2008) zeigen, dass das Personal jedoch meistens über den Betroffenen mit den Bezugspersonen sprechen anstatt mit dem MgB (vgl. Gibbs et al., 2008; Richter und Borgmann 2008; Lachetta et al., 2011). Wenn MgB direkt angesprochen werden, zeigen Ergebnisse der Studie von Richter und Borgmann (2008), dass MgB durch das Personal ohne Berücksichtigung des Alters oder Rücksprache mit Bezugspersonen, geduzt werden (vgl. Richter und Borgmann, 2008).

Insgesamt sind Gespräche schnell beendet, so dass MgB kaum Zeit haben, deutlich zu machen, dass sie die Inhalte nicht verstanden haben (vgl. Lachetta et al., 2011; Gibbs et al., 2008). Wenn das Personal die Anliegen des Patienten nicht gleich verstanden hat oder sie selbst nicht verstanden werden, hatten MgB das Gefühl, dass das Personal verärgert und frustriert war (vgl. ebd.).

Untersuchungsergebnisse zeigen, dass Hilfsmittel, die MgB als Kommunikationshilfe mitbrachten, aus Unsicherheit seitens der Pflegenden kaum berücksichtigt wurden (vgl. Budroni, 2014, S. 6f.). Andere Studienergebnisse weisen darauf hin, dass Geräte zur unterstützten Kommunikation von den Betreuern nicht immer mitgegeben werden, da sie auf der einen Seite denken, dass der Betreute nicht damit alleine umgehen kann und andererseits das Gerät in Krankenhäusern nicht ord-

nungsgemäß weggeschlossen wird und deshalb verschwinden kann (vgl. O'Halloran et al., 2008).

In Studienergebnissen von Hart (1998) wird festgestellt, dass MgB keine Eigeninitiative zeigen und nach Unterstützung fragen; Obwohl Studienteilnehmern kalt gewesen ist, teilten sie den Pflegenden nicht mit, dass sie wärmere Kleidung benötigten (vgl. Lachetta et al., 2011). Auf der anderen Seite zeigen Pflegende auch keine Initiative, Bedürfnisse von MgB zu erfassen, so dass diese in stationären Aufenthalten nicht ausreichend berücksichtigt werden (vgl. Lachetta et al., 2011). Bezugspersonen wie Angehörige oder Betreuer sind teilweise 24 Stunden anwesend, um die Versorgung und Kommunikation zu unterstützen und um Ängste von MgB abzubauen (vgl. Gibbs et al., 2008, S. 8). Angehörige berichten, dass sie Angst haben, wenn sie ihren Angehörigen alleine im Krankenhaus zurück lassen, dass Pflegende MgB nicht fachgerecht versorgen (vgl. Gibbs et al., 2008). Bezugspersonen von MgB können nicht immer Behandlungen oder Untersuchungen begleiten, so dass MgB auf die Versorgung von Pflegenden angewiesen sind (vgl. Schmidt, 2010, S. 44).

Wenn die Kommunikationsgestaltung zwischen Pflegenden und MgB nicht funktioniert und die Bedürfnisse der MgB nicht erfasst werden, kann sich dies nach Gibbs et al. (2008) in Erregungszuständen zeigen und zu Behandlungsstörungen führen (vgl. Lachetta et al., 2011). MgB haben meistens Angst vor Krankenhausaufenthalten durch bereits gewonnene negative Erfahrungen mit Krankenhauspersonal, Behandlungen, Schmerzen und fehlende Informationen über die Abläufe (vgl. Gibbs et al., 2008). Die Folge kann sein, dass sie sich bei erneutem Aufenthalt nicht anfassen lassen und mit Abwehr reagieren (vgl. Nicklas-Faust, 2002, S. 26).

Um zu verstehen, wie die Herausforderung seitens der Pflegenden im Krankenhaus im Umgang mit MgB aussieht, wird im nächsten Kapitel die Sichtweise von Pflegenden dargestellt.

3.3 Krankenhausaufenthalt von Menschen mit geistiger Behinderung aus der Sichtweise von Pflegenden

Die pflegerische Versorgung von MgB in Krankenhäusern ist aus Sichtweise von Pflegenden eine große Herausforderung (vgl. Lachetta et al., 2011). Aus einem Symposium zu „MgB im Krankenhaus“ ist ersichtlich, dass Pflegende fachlich und praktisch nicht ausreichend vorbereitet sind, um MgB in Krankenhäusern zu versorgen (vgl. Schmidt, 2010, S. 43). In der Krankenpflegeausbildung in Nordrhein-Westfalen ist eine Stundenempfehlung von 0,76% (entspricht 16 Unterrichtsstunden) der gesamttheoretischen Ausbildung für den Bereich „Behinderte Menschen“ vorgegeben (vgl. Oelke, 2003, S. 81). Demnach bringen Pflegende eine außerordentlich geringe theoretische Grundlage zur Versorgung von MgB in Krankenhäusern mit.

In einer explorativen Untersuchung von der „Stiftung Alsterdorf e.V.“ (o.J.), die in zwei Hamburger Bezirken durchgeführt wurde, wurde untersucht, wie die medizinische Versorgung von MgB in Hamburg sichergestellt ist. Ergebnisse zeigen insgesamt, dass bei der Versorgung von MgB mehr Schwächen als Stärken vorhanden sind (vgl. Steffen & Blum, 2012, S. 860). Bei der Aussagekraft der Ergebnisse dieser Untersuchung ist jedoch zu berücksichtigen, dass lediglich 33 Personen teilgenommen haben und nur zwei Hamburger Stadtbezirke integriert waren, so dass die Aussagekraft dieser Studie gering ist (vgl. Steffen & Blum, 2012, S. 862).

Aus einer Kampagne „Ich muss ins Krankenhaus...und nun?“ (Budroni, Institut für Pflegewissenschaft Universität Witten/ Herdecke) aus dem Jahr 2007, wurden MgB und Pflegende befragt. Als Ergebnis zeigt sich, dass 53% der befragten Pflegenden keine oder weniger Erfahrungen im Umgang mit MgB vorweisen, 38% „eher erfahren“ und 9% sehr erfahren sind (vgl. Budroni, 2007, S. 28). Dies zeigt sich vor allem in der Kommunikation mit MgB. Sie sind nicht in der Lage, adäquat mit MgB und mehrfachbehinderten Menschen zu kommunizieren (vgl. Schmidt, 2010, S. 44). Ergebnisse einer systematischen Übersichtsarbeit zur Identifikation von Umweltfaktoren zu Kommunikation zwischen MgB und Fachleuten der Gesundheitsberufe im Krankenhaus von O'Halloran, Hickson und Worrall (2008) zeigen auch auf, dass Pflegende in Krankenhäusern einen Mangel an Wissen und Können hinsichtlich Kommunikationsmöglichkeiten mit MgB aufweisen (vgl. O'Halloran et al., 2008). Des Weiteren haben Studienergebnisse gezeigt, dass

Pflegende im Umgang mit MgB verlegen sind und äußern, dass sie nicht mit MgB sprechen, da sie den Eindruck haben, die Person könne nicht kommunizieren oder in Behandlungen einwilligen (vgl. O`Halloran et al., 2008).

Studienergebnisse aus 11 Interviews mit 223 MgB und 238 Menschen mit körperlicher Behinderung von Iacono und Davis (2003) haben aufgezeigt, dass in der Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und MgB Probleme auftreten. Ursachen für Probleme sind Berührungsängsten, Unsicherheit und Unwissenheit durch Pflegende im Umgang mit MgB und Kommunikationsschwierigkeiten. Alle Gründe können zu Missverständnissen führen, da behindertenspezifische Beeinträchtigungen und Bedürfnisse der MgB durch Pflegende nicht ausreichend erfasst werden (vgl. Iacono und Davis, 2003, S. 255).

Aus dem Kapitel ist ersichtlich geworden, dass Kommunikation zwischen Pflegenden und MgB eine wichtige Voraussetzung für die pflegerische Versorgung im Krankenhaus darstellt, um Bedürfnisse von MgB zu erfassen. Aus den unterschiedlichen Erkenntnissen ist zu sehen, dass erhebliche Schwierigkeiten in der Kommunikation zwischen Pflegenden und MgB vorhanden sind. Damit kommunikative Barrieren abgebaut werden können, ist es notwendig, den Kommunikationsunterschied zwischen MgB und Pflegenden zu kennen. Im nächsten Kapitel wird dies erläutert.

4 Kommunikation zwischen Menschen mit geistiger Behinderung und Pflegenden–Barrieren erkennen

In diesem Kapitel wird der Unterschied deutlich gemacht, wie Pflegende und MgB kommunizieren. Zunächst wird Kommunikation im Allgemeinen beschrieben. Im weiteren Verlauf wird erklärt, welchen Kommunikationswege Pflegende und MgB nutzen und warum es zu Störungen kommt.

4.1 Kommunikation

Kommunikation kommt aus dem lateinisch communicatio und bedeutet „Mitteilung“ sowie „Unterredung“ (vgl. Duden, 2007, S. 368). Aus englischen Einflüssen im 20. Jahrhundert erhält Kommunikation (engl. Communication) noch weitere Bedeutungen wie „Verständigung“ und „Informationsaustausch“ (vgl. ebd.). Kommunikation kann nach der Definition von Elzer und Sciborski (2007) wie folgt definiert werden: „Kommunikation ist ein sozialer Prozess der Verständigung zwischen Menschen, die in einer räumlich- zeitlichen Beziehung zueinander stehen. Sie interagieren medial miteinander, d.h. sie benutzen gesellschaftlich vereinbarte Zeichensysteme für ihren Handlungsdialog (...).“ (Elzer & Sciborski, 2007, S. 37). Aus dieser Definition geht hervor, dass Kommunikation ein soziales Handeln ist, welches in Wechselwirkung zwischen Akteuren stattfindet, die jeweils gleiche Zeichensysteme verwenden, um Informationen auszutauschen (vgl. ebd., S. 36). Zu den wichtigsten Grundlagen der Kommunikation gehören sensorische Fähigkeiten wie Sehen, Hören, Fühlen, Schmecken, Riechen und kinästhetische (Bewegungsempfindung), propriozeptive (Tiefensensibilität) sowie vestibuläre (Gleichgewicht) Wahrnehmung (vgl. Wilken, 2014 a, S. 11). Dabei spielen Blickkontakt, mimischer und gestischer Ausdruck, das abwechselnde Handeln in Interaktionen sowie der Abstand zwischen den Kommunikationspartner (Kulturentsprechend) eine wichtige Funktion in der Kommunikation (vgl. ebd.).

Nach dem Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation von Schulz von Thun ist ein Akteur der Sender, der Informationen übermitteln möchte und der andere ist der Empfänger, der die Information über einen Kanal z.B. Lautsprache, Schriftzeichen oder Gesten, erhalten soll (vgl. Schulz von Thun, 2010, S. 25; Nöth, 2012, S. 168f.; Senckel, 2010, S. 364). Das bedeutet, zwischen beiden Kommunikationsakteuren findet ein Austausch von Signalen zur Übermittlung einer Nach-

richt statt (vgl. Nöth, 2012, S. 168f.). Die Zeichensysteme dieser beiden Akteure wie z.B. die deutsche Sprache sind nie komplett deckungsgleich (vgl. ebd.). Damit Kommunikation jedoch erfolgreich ist, müssen die Systeme eine gemeinsame Schnittmenge an Zeichen besitzen, so dass beide die Zeichen verstehen (vgl. ebd.). Nach dem Kommunikationsmodell von Schulz von Thun kann in einer Nachricht, die übermittelt wird, eine Sachebene vorhanden sein, die über den Sachinhalt informiert (vgl. Schulz von Thun, 2010, S. 26 f.). Des Weiteren kann eine Selbstoffenbarung in einer Nachricht enthalten sein, die Informationen über den Sender offengelegt. Als dritte Ebene ist die Beziehungsebene vorhanden, die darlegt, wie die Informationen übermittelt werden und in welcher Beziehung der Sender zu dem Empfänger steht. Die Vierte ist die Appellebene, die den Empfänger durch die Nachricht zu etwas veranlassen möchte (vgl. ebd.). In jeder Nachricht können diese vier verschiedenen Ebenen als Botschaft enthalten sein. Entweder die Botschaft wurde durch den Sender explizit (ausdrücklich) vermittelt, oder implizit, d.h. die Botschaft kann versteckt enthalten sein (vgl. ebd., S. 31). Implizite Botschaften werden oft über Paralinguistik, d.h. über Stimmlautstärke, Betonung und Aussprache übermittelt, wodurch der Sachinhalt einer Nachricht eine andere Bedeutung erhalten kann (vgl. ebd., S. 33). Das Kommunikationsmodell nach Schulz von Thun ist eine Konzeption, die lediglich auf theoretischen Spekulationen beruht und empirisch nicht belegt wurde (vgl. Schuler, 2006, S. 474). Das Modell ist weit verbreitet und wird in der Praxis angewendet, da noch keine Alternativen vorhanden sind (vgl. ebd.). Daher wird das Modell in diese Arbeit integriert.

Nach Watzlawick hat ein Mensch mit jedem sprachlichen oder nichtsprachlichen Verhalten, welches er zeigt, Mitteilungscharakter, so dass niemand nicht kommuniziert (vgl. Watzlawick 2011, S. 59). Am ‚Schweigen‘ ist dies deutlich zu machen, da keine Sachinhalte übermittelt werden, jedoch auf der Beziehungs-, der Appell- und der Selbstoffenbarungsebene auf nichtsprachlicher Ebene Informationen übermittelt werden (vgl. ebd.). Kritiker dieser Aussage von Watzlawick sind der Meinung, wenn jedes Verhalten ein Mitteilungscharakter hätte, könne jeder Mensch kommunizieren, so dass keiner gefördert werden müsse (vgl. Bauersfeld, 2010, S. 89). In diesem Fall wird Kommunikation mit Verhalten gleichgesetzt und es geht die eigentlich Bedeutung von Kommunikation im Sinne von Informationen zwischen Personen auszutauschen, verloren (vgl. ebd.). Verhalten zu beobachten und zu interpretieren kann der Beginn von Kommunikation sein. Wenn dies im

Rahmen von Bildungsprozessen gefördert wird, können MgB, die kognitiv stark eingeschränkt sind, die Kompetenz entwickeln, zu kommunizieren (vgl. ebd., S.90-91). Damit MgB eine bestmögliche Förderung der Kommunikation erhalten, müssen alle Beteiligten zusammenarbeiten. Da jede Wissenschaft einen eigenen Schwerpunkt zu MgB (siehe Kapitel 2.2.) gesetzt hat, werden viele Bereiche abgedeckt, die dazu beitragen, dass MgB sich entwickeln können. MgB nutzen durch ihre Einschränkungen überwiegend andere Kommunikationsmerkmale als Pflegende. Im nächsten Abschnitt wird deshalb erklärt, welche Merkmale dies sind.

4.2 Kommunikationsmerkmale von Pflegenden und Menschen mit geistiger Behinderung

Das wichtigste System in der Entwicklung der menschlichen Kultur stellt die gesprochene Sprache dar (Nöth, 2012, S. 171). Damit können Menschen sich in jeder Phase des Lebens verständigen, wobei die Sprachbeherrschung je nach Lebensalter variiert (vgl. Kauschke, Huber und Domahs, 2012, S. 246). In der zwischenmenschlichen Kommunikation werden nicht nur die sprachlichen, sondern auch die nichtsprachlichen Mittel genutzt, die sich gegenseitig ergänzen und unterstützen (vgl. Nöth, 2012, S.171; Kauschke, Huber und Domahs, 2012, S. 246). Als nichtsprachliche Kommunikationsmittel werden im Allgemeinen die verschiedenen Formen der Kommunikation mittels des menschlichen Körpers verstanden, welche die gesprochene Sprache begleiten oder sie in bestimmten Situationen ersetzen (vgl. Nöth, 2012, S. 172). Die Häufigsten sind Mimik, Gestik, Körperhaltung, Körperbewegung, räumliche Orientierung wie Nähe und Distanz und Stimmführung wie Stimmlage und Lautstärke (vgl. Senckel, 2010, S. 373). Der Körper des Menschen wirkt in jeder Kommunikationssituation als Kommunikationsmittel mit und wird je nach Fähigkeit mehr oder weniger bewusst eingesetzt (vgl. Nöth, 2012, S. 173; Senckel, 2010, S. 374; Wachsmuth, 2010, S. 58).

Pflegende kommunizieren über alle Kommunikationskanäle, wobei der bewusste Schwerpunkt auf der sprachlichen Ebene liegt (vgl. Mohr, 2008, S. 219). Es zeigt sich, dass Pflegende in der lautsprachlichen Kommunikation 80- 120 Wörter in der Minute sprechen (vgl. Schefold & Schütte, 2010, S. 263). Bei anderen Untersuchungen sind sogar Angaben von 150 Wörter/ Minute gezählt worden (vgl. Wachsmuth, 2006, S. 157). Sie empfangen Informationen überwiegend auf der Sach- und Appellebene (vgl. Wüllenweber, 2014, S. 37). Nichtsprachliche Mittel

verwenden Pflegende unbewusst, welche sich in der Kommunikation über Mimik, Gestik, Ausdruck, Berührung und Körpersprache zeigen (vgl. Martin, O'Connor-Fenelon & Lyons, 2010, S. 306). In Studienergebnissen zeigt sich, dass Nachrichten zu 7% über die Sprache vermittelt werden, zu 38% über Paralinguistik (Lautstärke, Stimmhöhe, Sprechtempo) und zu 55% über nichtsprachliche Mittel (vgl. Martin, O'Connor-Fenelon & Lyons, 2010, S. 307). Daraus lässt sich schließen, dass der eigentliche Schwerpunkt von Kommunikation bei Pflegenden auf der nichtsprachlichen und paralinguistischen Ebene stattfindet, obwohl sie die Sprache bewusst einsetzen.

In einer Studie von Dr. Kathrin Mohr, die im Jahr 2008 Beziehungsprozesse zwischen Erwachsenen mit schwerer geistiger Behinderung und ihren Begleitpersonen theoretisch und empirisch analysiert hat, zeigt sich, dass MgB alle in die Untersuchung mit einbezogenen Kommunikationskanäle nutzen mit Ausnahme der Verbalsprache (vgl. Mohr, 2008, S. 219ff.). Die einbezogenen Kanäle sind Blickverhalten, Körperhaltung bzw. Körperbewegungen, Gesichtsausdruck bzw. Mimik, Selbstberührungen, Gesten, Berührungen bzw. Körperkontakt sowie sprachliche und nichtsprachliche Vokalisation (vgl. Mohr, 2008, S. 219ff.).

Das bedeutet, MgB kommunizieren überwiegend mit nichtsprachlichen Signalen. Aus dem Kapitel 2.3. zu Tabelle 1 ist zu erkennen, dass die Sprachentwicklung schon ab der leichten geistigen Behinderung beeinträchtigt ist. Dies hängt mit der Hirnschädigung zusammen (vgl. Schulze Höing, 2012, S. 203). Es können einzelne Stufen in der Sprachentwicklung verzögert und der sprachliche Differenzierungsgrad gering sein (vgl. Kapitzke, 1980, S. 363). Insgesamt weisen fast alle MgB Sprach-, Sprech-, Rede- oder Stimmstörungen auf (vgl. Kapitzke, 1980, S. 363). Zu den häufigsten Sprach- und Sprechstörungen bei MgB gehören, Stammelnen (Artikulationsstörung), fehlerhafter Satzbau, Stottern (Hemmung des Redeflusses) und Poltern (Gegenstück zu Stottern, Sätze fallen unkoordiniert), wobei diese vier Störungen oft isoliert voneinander auftreten (vgl. Senckel, 2010, 352ff.). Wie ausgeprägt kommunikative Fähigkeiten bei MgB ausfallen, hängt von dem Grad der Schwere der geistigen Behinderung ab, wie im Kapitel 2.3. aus der Tabelle 1 ersichtlich ist. Deshalb ist es notwendig individuelle Voraussetzungen und Möglichkeiten des Betroffenen zu erfassen, um die Bedürfnisse und Interessen zu erkennen und Hilfen anzubieten (vgl. Wilken, 2014 a, S. 13). Jeder MgB kommu-

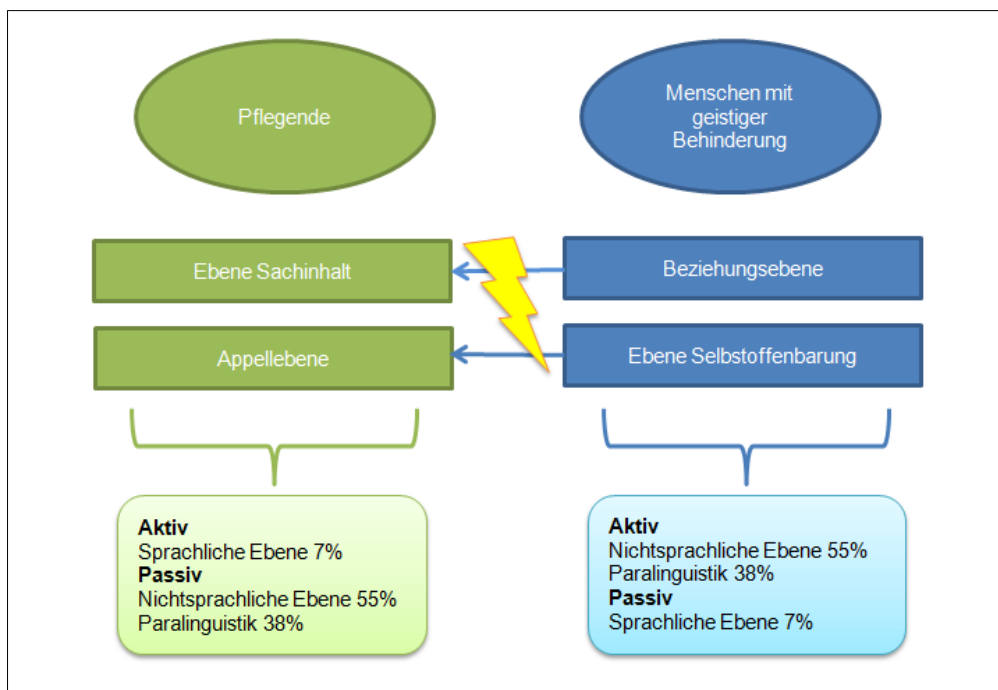
niziert entsprechend seinen Fähigkeiten mit unterschiedlichen Möglichkeiten, um sich mitzuteilen (vgl. Schulze Höing, 2012, S. 197). In Kapitel 5 wird auf die unterschiedlichen Möglichkeiten eingegangen. Da Pflegende und MgB mit unterschiedlichem Schwerpunkt Kommunikationsmerkmale nutzen, entstehen Kommunikationsbarrieren. Dies wird im nächsten Abschnitt erläutert.

4.3 Kommunikationsbarrieren zwischen Pflegenden und Menschen mit geistiger Behinderung

In der zwischenmenschlichen Kommunikation können im Allgemeinen Störungen auftreten (vgl. Nöth, 2010, S. 168f.). Der Grund kann in äußeren Einflüssen liegen wie Lärm, aber auch durch personenbedingte Einflüsse, wie Informationen übermittelt werden. Eine Nachricht kann durch die unterschiedlichen Botschaften mit einer unbeabsichtigten Intention bei dem Empfänger ankommen, so dass Missverständnisse in der Kommunikation entstehen (vgl. Nöth, 2010, S. 168f.). Pflegende kommunizieren vermehrt mit dem Schwerpunkt auf der sprachlichen Ebene (aktiv) und empfangen Nachrichten vorwiegend auf der Appell- und Sachebene (vgl. Wüllenweber, 2014, S. 37). Die nichtsprachliche und paralinguistische Ebene setzen Pflegende passiv über den Körper in der Kommunikation ein. Die Pausen zwischen dem Sprecherwechsel zwischen den Akteuren bestehen aus maximale zwei bis drei Sekunden (vgl. Schefold & Schütte, 2010, S. 263; Wachsmuth, 2006, S. 157). Auf der anderen Seite senden MgB Informationen eher auf der Ebene der Selbstoffenbarung und Beziehungsebene, die überwiegend über die nichtsprachliche Ebene (aktiv) kommuniziert werden. Dabei benötigen sie mehr Zeit in der Kommunikation als Pflegende. Untersuchungsergebnisse zeigen, dass MgB eine Pause von etwa 60 Sekunden brauchen, um eine Frage zu beantworten (vgl. Schefold & Schütte, 2010, S. 263; Wachsmuth, 2006, S. 157). Des Weiteren zeigt sich in Messungen, dass MgB 2 - 26 Wörter/ Minute mitteilen, so dass die Mitteilung von Informationen langsamer funktioniert (vgl. Wachsmuth, 2006, S. 157). Sie legen außerdem ihren Fokus auf die Paralinguistik (aktiv) in Gesprächen (vgl. Wüllenweber, 2014, S. 37). Das bedeutet, MgB nutzen weniger Sachinhalte oder Appelle um zu kommunizieren, auf die Pflegende Nachrichten empfangen und darauf reagieren, so dass nicht die gleichen Botschaften versendet und erkannt werden. Daraus entstehen Kommunikationsbarrieren. Des Weiteren warten Pflegende nicht den Zeitraum ab, den MgB brauchen, um eine Rückmeldung zu geben, ob

die Kommunikation erfolgreich war. Diese Problematik zeigt sich in Kapitel 3.2. Wenn der Zeitraum des Antwortens von einer Sekunde, wie es bei anderen Gesprächspartnern üblich ist, überschritten wird, gehen Pflegende davon aus, dass der Patient nicht antworten möchte (vgl. Schefold & Schütte, 2010, S. 263). Daraus entstehen Barrieren in der Kommunikation, die in der folgenden Abbildung 1 dargestellt werden.

Abbildung 1: Kommunikationsbarrieren zwischen Pflegenden und MgB (eigene Darstellung, angelehnt an dem Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation Schulz von Thun, 2010, S. 26 f.; Martin, O'Connor- Fenelon & Lyons, 2010, S. 307)



Ob Kommunikation erfolgreich funktioniert, hängt von beiden Akteuren ab (vgl. Fröhlich, 2010, S. 13). Eine gelungene Kommunikation kann als stimmig, kongruent, situationsentsprechend, transparent und authentisch charakterisiert werden (vgl. Senckel, 2010, S. 386). Damit Kommunikation zwischen Pflegenden und MgB erfolgreich funktioniert und die Kommunikationsbarrieren reduziert werden, gibt es verschiedene Kommunikationsmöglichkeiten, die eingesetzt werden, um Kommunikation zwischen Pflegenden und MgB zu ermöglichen und MgB auch ohne sprachliche Kommunikation in Gespräche zu integrieren. Im nächsten Kapitel werden diese dargestellt.

5 Möglichkeiten der Kommunikation bei Menschen mit geistiger Behinderung – Kommunikationsbarrieren durchbrechen

Im Gesundheitssystem geht es nicht mehr nur um Rehabilitation und Fürsorge, sondern vielmehr um Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe (vgl. Haveman und Stöppler, 2014, S. 20). Im Behandlungsprozess ist es daher notwendig, nicht nur den Betreuer über die Maßnahmen, Prozessabläufe und Hintergründe zu informieren, sondern auch die Betroffenen selbst (vgl. ebd.).

Aus dem vorherigen Kapitel ist ersichtlich geworden, dass Kommunikationsbarrieren zwischen MgB und Pflegenden vorhanden sind. Damit Kommunikation zwischen Pflegenden und MgB funktioniert, gibt es unterschiedliche Kommunikationsmöglichkeiten, die angewendet werden können. In internationalen Studien wurden einige positive Erfahrungen mit unterstützter Kommunikation und mit dem Gebrauch von leichter Sprache in Krankenhäusern ermittelt (vgl. Gibbs et al., 2008; Lachetta et al., 2011). In diesem Kapitel werden deshalb diese beiden Kommunikationsmöglichkeiten dargestellt.

5.1 Unterstützte Kommunikation

Unter dem Begriff „Unterstützte Kommunikation“ (im Folgenden UK) werden alle pädagogischen und therapeutischen Hilfen verstanden, welche Menschen ohne oder mit erheblich eingeschränkter Lautsprache für ihre Verständigung einsetzen (vgl. Wilken, 2014 a, S. 9). Im internationalen Sprachgebrauch wird die Bezeichnung „Augmentative and Alternative Communication“, auch „AAC“ genannt, verwendet (vgl. Dupuis, 2012, S. 556). Im Gegensatz zu der deutschen Bezeichnung von UK, teilt sich die internationale Benennung in zwei Begriffe zu „Augmentative“ (unterstützend) und „Alternative“ (ergänzend). „Augmentative“ steht für Unterstützung und bedeutet, dass Menschen, die nicht oder nur sehr eingeschränkt über die Lautsprache kommunizieren, unterstützt werden, die noch vorhandenen stimmlichen und artikulatorischen Funktionen auszunutzen und zu optimieren (vgl. ebd.). Der zweite Begriff „alternative“ steht für den kompensatorischen Einsatz durch Hilfen für die fehlenden Funktionen und Fähigkeiten bei Menschen, die sich sprachlich nicht mitteilen können (vgl. ebd.). Verschiedene Angebote von UK sollen frühzeitig differenzierte Hilfen zur Verständigung zwischen Nichtsprechenden und Sprechenden bieten (vgl. Wilken, 2014 a, S. 15). Außerdem soll mit verschie-

denen Möglichkeiten und Hilfen die Teilhabe und Mitbestimmung im Alltag gefördert werden (vgl. Wilken, 2014 a, S. 16). Damit haben Menschen mit sprachlichen Schwierigkeiten die Möglichkeit, Einfluss auf ihre Umwelt zu nehmen, wodurch sich ihre Lebensqualität verbessert (vgl. Kristen, 2000, S. 2). Zielgruppen der UK sind Menschen, die Lautsprache verstehen, aber nicht darüber kommunizieren können, Menschen, die Unterstützung in ihrer Lautsprache mit zusätzlichen Hilfsmitteln benötigen, damit sie verstanden werden und Menschen, für die Lautsprache zu komplex ist und Hilfsmittel als Alternative angeboten werden (vgl. Braun U., 2008, S. 01.003.001 ff.). Zu diesen Personen gehören Menschen mit angeborenen Behinderungen (u.a. Cerebralparese sowie geistiger Behinderung), Menschen mit einer fortschreitenden Erkrankung (u.a. Multiple Sklerose), Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen durch Unfälle (u.a. Schädel-Hirn-Trauma) und Menschen mit vorübergehend eingeschränkten sprachlichen Möglichkeiten (u.a. Gesichtsverletzungen) (vgl. Kristen, 1994, S. 15).

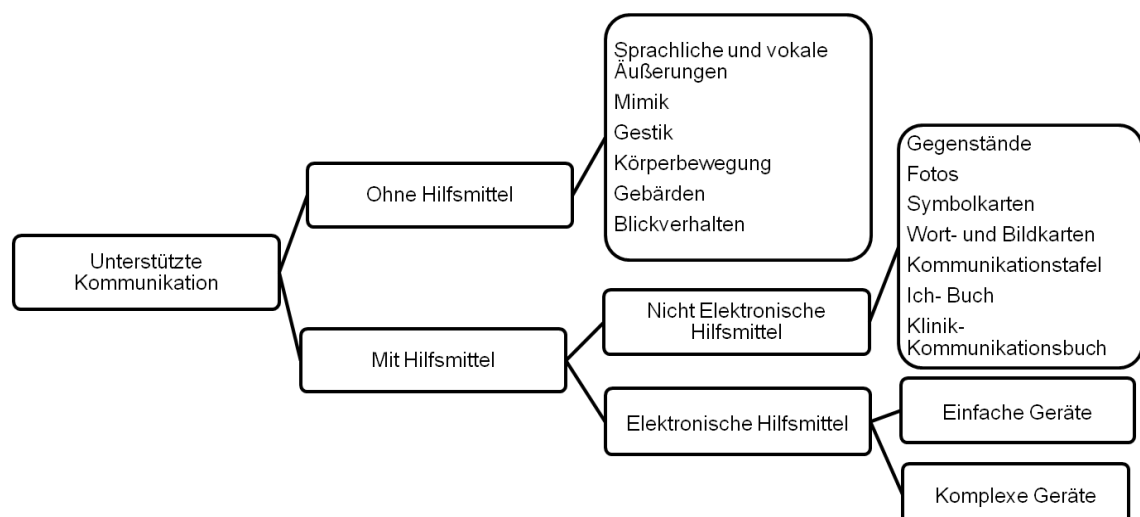
Die Entwicklung der UK wurde durch die nordamerikanische Forschung und Praxis dominiert, hat jedoch auch wesentliche Anteile durch die größere Vielfalt der europäischen Forschung und Praxis erlangt (vgl. Tetzchner, 2008, S. 15.002.019ff.). Insgesamt sind wenige wissenschaftliche Veröffentlichungen vorhanden (vgl. Tetzchner, 2008). Wissenschaftlich lässt sich die Steigerung der Lebensqualität mit UK zur Förderung des kommunikativen Verhaltens nicht nachweisen, jedoch kann dies anhand der aktuellen wissenschaftlichen Belege vermutet werden (vgl. Wachsmuth, 2006, S. 118).

Um Menschen mit UK zu helfen und zu fördern, wurde 1983 eine internationale Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation gegründet, genannt „International Society for Augmentative and Alternative Communication“ (ISAAC) (vgl. Dupuis, 2012, S. 556). In Deutschland wurde zehn Jahre später eine Zweigstelle gegründet, genannt „Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e.V.“, die mehrmals jährlich eine wissenschaftliche Zeitschrift publiziert (vgl. Braun U., 2008, S. 01.003.001ff.). Sie setzen sich für Verbesserung von Kommunikationsmöglichkeiten bei Menschen mit fehlender oder unzureichender Lautsprache im deutschsprachigen Raum ein (vgl. Braun U., 2008, S. 01.003.001).

Kritiker aus der Pädagogik sowie Sprachtherapie sehen UK mit Hilfsmitteln als kritisch, da sich die Sprache nicht weiter entwickelt (vgl. Boenisch, 2010, S. 26).

UK soll als Erweiterung der sprachtherapeutischen Methoden gesehen werden und Sprachentwicklung nicht, wie Kritiker behaupten, hemmen, sondern unterstützen (vgl. Boenisch, 2010, S. 26). Durch UK soll den betroffenen Menschen ermöglicht werden, Informationen zu verstehen und relevante Informationen dem Kommunikationspartner mitteilen zu können (vgl. Weber & Köhler, 2014, S. 7). Sie können emotionale Bedürfnisse benennen, Aufmerksamkeit erregen, um Hilfe bitten und Fragen stellen (vgl. Weber & Köhler, 2014, S. 7). Nicht alle Methoden der UK sind geeignet um Sachinhalte und Appelle zu vermitteln (vgl. Wachsmuth, 2006, S. 121). Alle Methoden, die auf die Verwendung des Alphabetes zurückgreifen, können gut Sachinhalte und Appelle vermitteln. Das sind u.a. Schreiben und Fingeralphabet. Dagegen kann Körpersprache Aussagen über Empfindung und Emotionen machen (vgl. Wachsmuth, 2006, S. 122). Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten, die in der UK angewendet werden (vgl. Bauersfeld & Bauersfeld, 2011, S. 17.038.001ff.). UK lässt sich unterteilen in die Umsetzung mit Hilfsmitteln und ohne Hilfsmittel. Zu den Formen ohne Hilfsmitteln gehören die körpereigenen Kommunikationsformen. Zu den Formen mit Hilfsmitteln gehören elektronische sowie nichtelektronische Hilfen (vgl. ebd.). Zur Veranschaulichung zeigt Abbildung 2 die Formen der Unterstützten Kommunikation:

Abbildung 2: Formen Unterstützter Kommunikation (Eigene Darstellung, angelehnt an Bauersfeld & Bauersfeld, 2011, S. 17.038.001)



Die unterschiedlichen Formen der UK werden im Kapitel 5.1.1. erklärt.

5.1.1 Kommunikationsformen ohne Hilfsmittel

Zu den körpereigenen Kommunikationsformen, die ohne Hilfsmittel angewendet werden, gehören Mimik, Gestik, Körperbewegungen, Handbewegungen, sprachliche und vokale Äußerungen, Gebärden und Blickverhalten (vgl. Bauersfeld & Bauersfeld, 2011, S. 17.38.001ff.). Ergebnisse einer Studie von Jurkoweit aus dem Jahr 2012 zeigen, dass 98,3% der Eltern von MgB angaben, dass ihre Kinder über die Körpersprache kommunizieren (vgl. Jurkoweit, 2012, S. 70). „Körpersprache umfasst das gesamte menschliche Verhalten, die Arm- und Beinhaltung, den Ausdruck der Augen, die Bewegung der Mundwinkel oder Hände, alle verweisen auf die Gedanken, das Seelenleben, die Gefühle, die Ängste und Begierden des Menschen.“ (Stangl, W., 2012). Aus den Ergebnissen kann geschlussfolgert werden, dass Körpersprache eine wichtige Kommunikationsform ist, welche auf der sprachlichen Ebene immer eingesetzt wird (siehe Kapitel 4.2.).

Besonders das Gesicht des MgB stellt eine wichtige Funktion in der nichtsprachlichen Kommunikation dar (vgl. Giese, 2012, S. 480). Durch die Bewegungen der Gesichtszüge ist es möglich Informationen zu emotionalen Zuständen sowie den Aufmerksamkeitszustand an den Kommunikationspartner zu senden (entspricht Mimik) (vgl. Eilert, 2013, S. 27). Der Kommunikationspartner kann aufgrund der nichtsprachlichen Information, die er über das Gesicht des anderen erhält, sein Verhalten anpassen (vgl. Giese, 2012, S. 480). Vor allem bei schwerer geistiger Behinderung kann diese Form angewendet werden.

Gesten gehören auch zu den Kommunikationsformen ohne Hilfsmittel. Sie werden wie folgt definiert: „Die Gestik umfasst alle sinnvollen Bewegungen und Gebärden des gesamten menschlichen Körpers und Bewegungen von Teilen des Körpers wie z.B. Kopf oder den Händen.“ (Stangl, W., 2011). Gesten können daher in der zwischenmenschlichen Kommunikation Informationen an den Kommunikationspartner liefern.

Seit 50 Jahren werden Gebärden als Kommunikationsmittel bei MgB eingesetzt. Sie setzen eine gute Handbeweglichkeit und Nachahmungsfähigkeit voraus, sowie kognitive Umsetzungsfähigkeit (vgl. Dies, 2007, S. 02.017.001ff.). Sie werden definiert als „ein sichtbares Zeichen, das durch Bewegungen des Körpers hervorgerufen wird, an denen vorwiegend Hand, Kopf, Arm, Schulterregion und Gesichtsmuskulatur entweder allein oder in unterschiedlichen Kombinationen beteiligt sind“ (Fiori, Deutser und Zehnhoff- Dinnesen, 2012, S. 305). Dabei gehören Handzeichen, mimische Elemente und lautlos artikulierte deutsche Wörter zu den

wesentlichen Typen der deutschen Gebärdensprache, um sich zu verständigen (vgl. ebd., S. 307). MgB nutzen aufgrund der Komplexität nicht genau die gleichen Gebärden wie Gehörlose. Sie verwenden eigene Gebärden, die an die Gebärdensprache der Gehörlosen angelehnt sind, die jedoch einfacher dargestellt werden (vgl. Neuhäuser, 2013, S. 329). Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten für MgB, mit Gebärden zu kommunizieren. Dazu gehören die Lautunterstützenden Gebärden, die nur zentrale Wörter und Aussagen parallel zur Lautsprache gebärden. Dabei liegt der Hauptaspekt auf der inhaltlichen Aussage der Gebärde. Ein Beispiel für diese Gebärden stellt die Sammlung von dem Bundesverband evangelischer Behindertenhilfe dar „Schau doch meine Hände an“, die um die 700 Gebärden mit Fotos umfasst und mit deren Hilfe 2000 Wortfelder abgedeckt werden können (vgl. Adam, 2013, S. 02.008.001ff.; Kaiser-Mantel, 2012, S. 30). Eine weitere Möglichkeit besteht in den lautsprachbegleitenden Gebärden (vgl. Kaiser-Mantel, 2012, A. 30). Mit diesen soll die Lautsprache durch parallele Gebärden sowie durch vokale Artikulation unterstützt werden, wobei diese Mitteilung langsamer erfolgt, als bei Lautsprachlichen (vgl. Kaiser-Mantel, 2012, S. 30). Eine weitere Gebärdenform bei MgB ist die gebärdenunterstützte Kommunikation, die von Etta Wilken im Jahr 2005 entwickelt wurde und 100 Gebärden mit Bildern und Wortkarten umfasst (vgl. Kaiser-Mantel, 2012, S. 30). Diese wird primär bei Kindern eingesetzt, die noch nicht sprechen können oder Sprachentwicklungsstörungen vorweisen (vgl. Wilken, 2014 b, S. 48). Durch den Einsatz von Gebärden, soll die Kommunikation erleichtert werden. Dabei werden nicht alle Wörter gebärdet, sondern nur die, die bedeutungstragend sind und für das Kind etwas bewirken können. Die Entwicklung der Lautsprache soll dadurch nicht gehemmt, sondern unterstützt werden (vgl. Wilken, 2014 b, S. 49). Kommunikationsformen mit Gebärden können als Einziges alle Aspekte der Sprache darstellen (vgl. Wachsmuth, 2006, S. 137).

Über das System des Fingeralphabets können MgB auch ohne Hilfsmittel kommunizieren. Dies ist an das Alphabet der Lautsprache angelehnt und ermöglicht mit den Fingern Wörter zu buchstabieren. Bestimmte Wörter wie Artikel werden nicht buchstabiert, sondern haben ein entsprechendes Handzeichen dafür (siehe Anhang E) (vgl. Kaiser-Mantel, 2012, S. 30). Unter dem Anhang F befindet sich das deutsche Fingeralphabet.

Nichtsprachliche Kommunikationsformen sind ständig verfügbar und nützlich für kurze Mitteilungen und dynamisch, da sie nur für kurze Zeit existieren (vgl. Herzog, 201, S. 135). Äußerungen über nichtsprachliche Formen zu verstehen und Informationen zu vermitteln ist jedoch nicht immer leicht (vgl. Wachsmuth, 2010, S. 65). Wichtig in der Anwendung dieser Form stellt dabei die Wahrnehmung nichtsprachlicher Signale dar, welches ein genaues Beobachten voraussetzt (vgl. Wachsmuth, 2010, S. 67f.). Außerdem ist eine ständige Absicherung in Form von Spiegeln oder Verbalisieren der Nachricht nötig, damit Sprechende sicherstellen, ob sie die Nachricht richtig verstanden haben (vgl. Wachsmuth, 2010, S. 57f.). Spiegeln bedeutet, dass Verhaltensweisen und Äußerungen des Gegenübers zu wiederholen, aufzugreifen und/ oder sprachlich auszudrücken (vgl. Ding-Greiner, 2010, S. 182f.). Das steigert das Verständnis zwischen Kommunikationspartnern und stellt eine hervorragende Ebene für die Kommunikation mit MgB her (vgl. Ding- Greiner, 2010, S. 182f.).

5.1.2 Kommunikationsformen mit Hilfsmitteln

Zu den Kommunikationsformen mit Hilfsmitteln zählen elektronische sowie nicht-elektronische Hilfsmittel (vgl. Herzog, 2010, S. 137). Diese werden im Verhältnis gleich häufig angewendet (vgl. Jurkoweit, 2012, S. 89). Studienergebnisse von Jurkoweit (2012) zeigen, dass 74,6% der MgB insgesamt Kommunikationshilfsmittel verwenden und 25,4% keine Hilfsmittel verwenden (n=59) (vgl. Jurkoweit, 2012, S. 72). Zu 88,6% zeigt sich ein positives Ergebnis im Kommunikationsverhalten durch die Verwendung von Hilfsmitteln bei MgB (vgl. Jurkoweit, 2012, S. 78). Daher ist davon auszugehen, dass Hilfsmittel ein wichtiger Bestandteil in der Kommunikation mit MgB sind. Jedoch muss die Initiative zur Nutzung der Hilfsmittel zu 48% von den Bezugspersonen ausgehen, damit MgB mit Hilfsmitteln kommunizieren (vgl. Jurkoweit, 2012, S. 67). Das bedeutet, MgB sind zu fast 50% abhängig vom Kommunikationspartner, der die Hilfsmittel anbietet. Im Folgenden werden elektronische und nichtelektronische Hilfsmittel dargestellt.

Nichtelektronische Hilfen

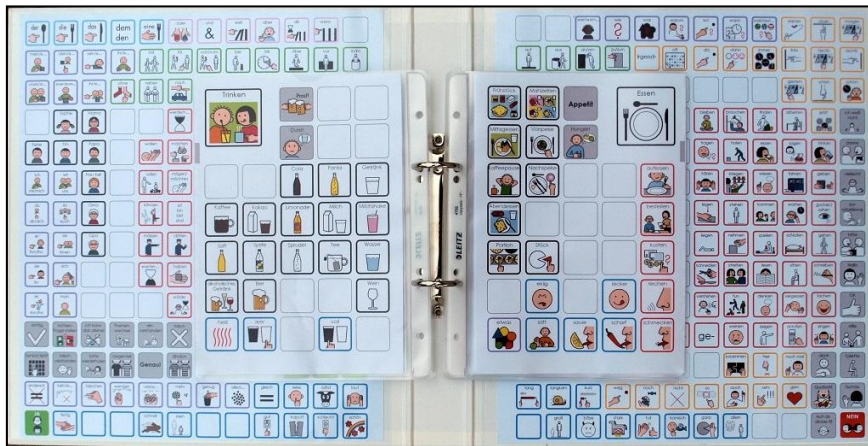
Zu den häufigsten nichtelektronischen Hilfsmitteln, gehören Gegenstände, Fotos, Symbolkarten, Wort- und Bildkarten und Kommunikationstafeln (vgl. Jurkoweit, 2012, S. 89).

Kommunikationstafeln beinhalten Symbole aus Zeichnungen oder Fotos, Wort- und Bildkarten, welche aus Inhaltswörtern wie Verben und Adjektiven bestehen

(vgl. Boenisch, 2010, S. 29f.; Kristen, 1994, S. 64). Entweder wird die Kommunikationstafel zweidimensional oder dreidimensional dargestellt, d.h. MgB können die Symbole oder Zeichnungen anschauen oder erfühlen (vgl. Hünning-Meier & Bollmeyer, 2008, S. 03.003.001ff.). Diese Tafeln werden mit individuell zusammengestellten Symbolen versehen, so dass der Anwender die Tafel immer situationsbezogen und zu den aktuellen Bedürfnissen nutzen kann (vgl. Kristen, 1994, S. 64). In der Praxis werden unterschiedliche Symbolsysteme angewendet (vgl. Hünning-Meyer & Bollmeyer, 2012, S. 03.003.001ff.). Im Anhang D befindet sich eine Zusammenstellung der gebräuchlichsten Systeme, die eingesetzt werden. In dieser Tabelle werden „gehen“, „haben“ und „leise“ als Symbol von den Systemen PCS (Picture communication symbols), METACOM, Dynasyms, Symbolstix, Widgit Rebus, PRD- Bilder, Bliss- Symbole und Minispeak Ikonen Quasselkiste dargestellt. Dabei finden sich viele Ähnlichkeiten in der Darstellung der Symbole zu den Begriffen. Symbole können im Gespräch helfen, Tagesabläufe darzustellen, damit MgB diese verstehen und mehr Sicherheit erlangen (vgl. Weber & Köhler, 2014, S. 9). Im Anhang G befindet sich ein Beispiel eines Tagesablaufplanes zu einer geplanten Operation im Krankenhaus. Damit MgB in ärztlichen Praxen oder in medizinischer (Notfall-) Versorgung mit dem Personal kommunizieren können, gibt es eine Symboltafel, die die wichtigsten Symbole für diesen Bereich beinhalten (vgl. Jordan & Tapken, 2013, S. 17.063.001ff.). Diese Symboltafel befindet sich als Beispiel im Anhang I.

Eine weitere Möglichkeit der nichtelektronischen Kommunikation kann mit dem Kommunikationsordner erfolgen (vgl. Boenisch, 2010, S. 28f.; Boenisch & Sachse, 2009, S. 01.026.030ff.). Dieser besteht aus Kernvokabeln, die als Symbole oder Zeichnungen dargestellt werden. Dazu zählen 200 bis 300 Wörter, die unspezifisch sind und auf die Anwender in der Kommunikation immer zurückgreifen. Das sind Vokabeln wie ich, du, und, auch, oder, nicht, mit, bin, was, haben, möchten, können und sein (vgl. Boenisch & Sachse 2011). Zu unterschiedlichen Themen und Situationen gibt es Randvokabeln, die den Inhalt des Gespräches markieren (vgl. Boenisch, 2010, S. 29; Boenisch & Sachse, 2009, S. 01.026.030ff.). In der folgenden Abbildung 3 sind die Kernvokabeln auf den Ordnerseiten als Rahmen permanent einsehbar, wogegen die Randvokabeln in der Mitte des Ordners variabel sind.

Abbildung 3: Beispiel eines Kommunikationsordners (Boenisch & Sachse, 2011)



Als weitere Form der nichtelektronischen Hilfen zählt das „Ich-Buch“ (vgl. Birngruber, 2010, S. 142ff.). Dies ist ein individuell gestaltetes Buch aus z.B. Fotos, Symbolen sowie Zeitungsausschnitten. Ziel des Buches ist, eine möglichst unabhängige Teilhabe und Teilnahme für den MgB zu ermöglichen. Andere Personen können das Buch als Hilfestellung im Alltag nutzen. Das Buch beinhaltet Informationen zu Familienangehörigen, Freunden, zu Kommunikationsmöglichkeiten (zum Teil mit Fotos dargestellt oder aus Symbolen), Vorlieben oder Abneigungen, Ticks (z.B. in die Hand beißen wenn MgB aufgeregt ist), zu Interessen, Fähigkeiten, Hilfsmittelbenutzung, Freizeitgestaltung und Körperpflege sowie zu Nahrungsaufnahme (vgl. Birngruber, 2010, S. 142ff.).

Des Weiteren nutzen MgB Gegenstände zum Kommunizieren, die entweder in Spielzeuggröße vorhanden sind oder in Originalgröße auf Fotos gezeigt werden (vgl. Hüning-Meier & Bollmeyer, 2012, S. 03.003.001ff.).

Es gibt MgB, die Buchstabentafeln zur Kommunikation gebrauchen. Sie können als vorrangiges Kommunikationsmittel oder als Ergänzung zu anderen Hilfen angewendet werden (vgl. Hüning-Meyer & Bollmeyer, 2012, S. 03.003.001ff.). Ein Beispiel einer Tafel befindet sich im Anhang H.

Zur Auswahl eines Elementes wie ein entsprechendes Symbol, können MgB unterschiedliche Möglichkeiten nutzen (vgl. Breul, 2011, S. 04.005.001ff.). Es gibt die direkte Ansteuerung durch den Betroffenen über Finger, Fuß, Auge oder Kopf. Beispielsweise kann ein Kopfnicken oder Blick nach oben ein „Ja“ und ein Kopfschütteln oder Blick nach unten ein „Nein“ bedeuten (vgl. Breul, 2011, S. 04.005.001ff.).

Zu den indirekten Ansteuerungsmethoden gehört das ‚Auditive Partnerscanning‘ (vgl. Birngruber, 2010, S. 159ff.). Dabei werden alle Antwortmöglichkeiten sprachlich langsam vorgegeben, damit vor der Entscheidung alle Möglichkeiten bekannt sind. Im zweiten Durchgang wiederholt der Fragende alle Möglichkeiten langsam mit Pausen dazwischen und wartet auf ein Zeichen, welches ein „Ja“ für den Kommunikationspartner bedeutet. Eine andere Möglichkeit besteht durch „Blickwahl“, d.h. über den Blick Symbole oder Gegenstände auszuwählen. Dabei werden dem MgB verschiedene Symbole oder Gegenstände in das Blickfeld gestellt, so dass dieser über seinen Blick eine Auswahl trifft. Eine andere Möglichkeit betrifft die Auswahl einer Antwortmöglichkeit durch zwei gezeigte Hände des Kommunikationspartners. Dieser hebt die rechte Hand für z.B. rot und die linke Hand für grün. Der andere kann mit seinem Blick auf die Hand mit der Farbe schauen, für die er sich entscheiden möchte. Bei dieser Technik kann immer eine Entscheidung zwischen zwei Kategorien getroffen werden. Für weitere Kategorien, können andere Körperteile hinzugezogen werden (vgl. Birngruber, 2010, S. 159ff.). Die indirekten Ansteuerungsmethoden sind insgesamt sehr zeitaufwendig in der Umsetzung (vgl. Breul, 2011, S. 04.005.001ff.).

Zu den Vorteilen der Kommunikationsform ohne Hilfsmittel gehören die statischen Symbole, die sich nicht verändern und genutzt werden können (vgl. Herzog, 2010, S. 137f.). Die Durchführung ist einfacher in der Handhabung als die Formen in Kapitel 5.1.1. Jedoch ist die Benutzung stark von den motorischen und kognitiven Fähigkeiten abhängig (vgl. Herzog, 2010, S. 137f.). Dadurch können nur die MgB diese Hilfen nutzen, die dazu kognitiv in der Lage sind.

Elektronische Hilfen

Elektronische Hilfsmittel sind mit Laut- oder Schriftsprachausgabe ausgestattet, die zum Einsatz bzw. zur Ergänzung von Lautsprache benutzt werden (vgl. Breul, 2011, S. 04.005.001ff.) Zu den Geräten gehören einfache und komplexe Sprachausgabegeräte (vgl. ebd.).

Einfache Geräte (auch Talker oder sprechende Taste genannt) bestehen aus kleinen elektronischen Bauteilen zur Aufnahme und Wiedergabe von akustischen Signalen (vgl. Herzog, 2010, S. 139f.). Es kann eine Nachricht durch eine sprechende Person aufgenommen werden, so wie von Spiel- und Vorlesesituationen oder als Information für andere Bezugspersonen genutzt werden. Der Anwender

hat die Möglichkeit, bei Bedarf diese Nachricht durch Knopfdruck abzuspielen. Dabei muss dieser motorisch in der Lage sein, den Knopf zu betätigen. Das Gerät soll möglichst nah bei dem Anwender positioniert werden. Es können auch mehrere Mitteilungen aufgespielt werden. Der Anwender des Gerätes hat die Möglichkeit durch Knopfdruck sich alle Antwortmöglichkeiten als „akustisches Scanning“ anzuhören (vgl. Herzog, 2010, S. 139f.). Wenn dieser eine Antwort bejaht, beendet er die Aufnahme indem er erneut auf den Knopf drückt und teilt dem Gesprächspartner über ein individuelles Zeichen ein „Ja“ mit (vgl. Herzog, 2010, S. 139f.). Die Tasten sind farblich austauschbar (siehe Tabelle 2). Zu den einfachen Geräten gehören auch die Geräte mit statischer, nicht austauschbarer Oberfläche (vgl. Breul, 2011, S. 04.005.001ff.). Ergebnisse einer Studie zeigen, dass unter den einfachen Geräten der „Little Step-by-Step“ (38,6%) und „Big Step-by-Step“ (29,5%) und der „BigMack“ (38,6%) häufig angewendet werden (vgl. Jurkoweit, 2012, S. 89). Im Folgenden zeigt die Tabelle 2 die einfachen Geräte im Vergleich:

Tabelle 2: Einfache Geräte im Vergleich (Eigene Darstellung, angelehnt an Produkten von Rehavista einfach. Kommunizieren.)

Little Step- By-Step multicolor in mehreren Ebenen	Big Step- By-Step multicolor	BigMack multicolor	Go Talk 9+ (Gerät mit statischer Oberfläche)
			

Komplexe (auch dynamisch genannt) Kommunikationshilfen sind Computer mit bestimmten Formen von spezieller Ein- und Ausgabemöglichkeiten. Der große Unterschied zu den einfachen Geräten besteht in dem großen Wortschatz, was für MgB, die damit umgehen können ein großer Zugewinn in der Kommunikation mit ihrer Umwelt ist (vgl. Breul, 2011, S. 04.005.001ff.). Komplexe Geräte besitzen berührungsempfindliche Oberflächen, die entweder mit den Händen oder mit Hilfsmitteln verwendet werden (vgl. Breul, 2011, S. 04.005.001ff.). Zu den Hilfen, elektronische Geräte zu bedienen, gehören Druck- oder Kippschalter, Mouse, Trackball, Joystick, Lichtsensor, Nährungssensor, Flächenjoystick, Spezialtastaturen und Saug- Blasschalter (vgl. Kristen, 1994, S. 76). Im Anhang J ist eine Über-

sicht zu den unterschiedlichen Bedienelementen für elektronische Kommunikationshilfen.

Bei der Sprachausgabe der Geräte gibt es die Möglichkeit, durch eine sprechende Person eine natürliche Lautsprache aufzunehmen, oder eine synthetische Sprachausgabe zu wählen, die sich in Kinder- oder Erwachsenenlautsprache unterteilen lässt (vgl. Breul, 2011, S. 04.005.001ff.). Bei den komplexen Geräten wird der „Tobii I 12“ mehrheitlich angewendet (vgl. Jurkoweit, 2012, S. 89). Bei diesem Gerät besteht die Möglichkeit eine Auswahl durch Augensteuerung zu treffen (vgl. Breul, 2011, S. 04.005.001ff.). Dabei werden die Augenbewegungen durch eine Kamera aufgenommen, im Computer verarbeitet, so dass der Mauspfel sich genau dort positioniert, wo der Anwender hinschaut (Blickgesteuerte Kommunikationshilfe). Dabei hat der Anwender die Möglichkeit, durch einen externen Schalter oder durch den Augenlidschlag eine Datei, eine Antwortmöglichkeit oder ein Symbol anzuklicken (vgl. Breul, 2011, S. 04.005.001ff.). Weitere Geräte, die angewendet werden sind Computer wie Ipad, die über Apps mit Kommunikationssoftware benutzt werden können (vgl. Reinhard & Krstoski, 2014, S. 04.063.001ff.). Durch das Zubehör können diese Geräte auch Lautsprache wiedergeben und mit Hilfsmitteln gesteuert werden (vgl. Bauersfeld & Bauersfeld, 2011, S. 17.038.001ff.; Reinhard & Krstoski, 2014, S. 04.063.001ff.). In der folgenden Tabelle 3 werden verschiedene komplexe bzw. dynamische Geräte dargestellt:

Tabelle 3: Komplexe Geräte im Vergleich (Eigene Darstellung, angelehnt an Produkten von Rehavista einfach. Kommunizieren.)

Kompad	Tobii I-12+ mit Augensteuerung	Tobii M 8
		

Zu den Vorteilen der elektronischen Hilfsmittel gehört die Möglichkeit gewünschte Äußerungen lautsprachlich mitzuteilen (vgl. Herzog, 2010, S. 139). Dies kann über sozial anerkannte Weise geschehen wie durch eine Begrüßung (vgl. Wachsmuth, 2006, S. 126). Des Weiteren braucht der Betroffene nicht warten bis sein Kommunikationspartner direkt Blickkontakt aufbaut, sondern kann sich über das Hilfsmittel

Aufmerksamkeit durch die lautsprachliche Stimme holen. Damit ist der Betroffene fähig, selbstständig Gespräche zu steuern (vgl. Herzog, 2010, S. 139).

Gestützte Kommunikation

Die gestützte Kommunikation gehört auch zu den Kommunikationsformen mit Hilfsmitteln der UK. Sie ist eine Kommunikationsmethode, die mit Hilfestellung eines Stützers umgesetzt wird. Diese Methode ist Ende 1980 in Australien entwickelt worden, in der USA unter „Facilitated Communication“ (FC) bekannt geworden und kam anschließend nach Deutschland (vgl. Nußbeck, 2014, S. 205). Das Ziel dieser Methode ist, das gezielte Deuten auf Bilder, Symbole oder Buchstaben bei Menschen mit Kommunikationsstörungen durch eine physische und psychische Stütze zu erleichtern (vgl. Nagy, 2014, S. 186). Dabei wird der Betroffene an der Hand, Ellenbogen, Arm oder Schulter gestützt, damit dieser eine Kommunikationshilfe verwenden kann, wie Computer oder Buchstabentafel (vgl. Nußbeck, 2014, S. 206). Die Stütze soll die Ansteuerung erleichtern und die Bewegungen stabilisieren (vgl. Nußbeck, 2014, S. 206). Die helfende Person empfängt die Impulse des Gestützten ohne Einfluss auf die Kommunikation zu nehmen. Die helfende Person muss unter Anleitung ausgebildet sein, um den Schreibenden nicht zu beeinflussen (vgl. Nagy, 2014, S. 201).

Studien, die zu dieser Methode vorhanden sind, entsprechen nicht den wissenschaftlichen Kriterien (vgl. Nußbeck, 2014, S. 206). Des Weiteren kommt es in wissenschaftlichen Untersuchungen oft zu Störgrößen wie Angst, Unsicherheit oder Konzentrationsproblemen, so dass sich die Kommunikationsleistung der Betroffenen verändert und somit die Untersuchungsergebnisse beeinflusst (vgl. Nagy, 2014, S. 201). Dennoch wird sie trotz kontroverser Diskussionen in der Praxis eingesetzt (vgl. Basler- Eggen, 2008, S. 06.014.001ff.). Kritiker der Methode sehen eine mögliche Beeinflussung durch die helfende Person, die dem Betroffenen hilft zu kommunizieren. Ein Gegenargument ist, dass in jeder Kommunikation die Möglichkeit besteht, Einfluss auf den anderen Kommunikationspartner zu nehmen. Es gibt positive Erfahrungen aus der Praxis, die zeigen, dass die Kommunikation von MgB mit gestützter Kommunikation gefördert werden kann (vgl. Nagy, 2014, S. 200f.). Eine mögliche Lösung in der Umsetzung der gestützten Kommunikation stellt die Kombination mehrerer Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation dar. Des Weiteren arbeiten zwei geschulte Stützpersonen unabhängig voneinander an dem Schreibenden. Ungelernte Stützer als helfende Person, übertragen oft

eigene Gefühle und Gedanken in die Kommunikation des anderen, so dass diese noch nicht direkt eingesetzt werden sollten (vgl. Basler- Eggen, 2008, S. 06.007.001ff.).

5.2 Leichte Sprache

Die „Leichte Sprache“ hat sich in Deutschland als Begriff etabliert, wobei der Begriff nicht geschützt ist (vgl. Abend, 2014, S. 76; Kellermann, 2014, S. 10). Es gibt keine einheitliche Definition zu „Leichter Sprache“ (vgl. ebd.). Sie stammt aus einer amerikanischen Organisation von People First aus dem Jahr 1974 (vgl. Kellermann, 2014, S. 8). 2006 ist das Netzwerk „Leichte Sprache“ in Deutschland entstanden, die seit 2009 mit anderen Ländern kooperieren. Seit diesem Zeitraum sind zwei Wörterbücher in „Leichter Sprache“ entstanden (vgl. Kellermann, 2014, S. 8). Mit der „Leichten Sprache“ soll die gesprochene und die geschriebene Sprache verständlicher werden (vgl. Abend, 2014, S. 76). Sie wird von der einfachen Sprache durch die Sprachlevel abgegrenzt. Dabei hat „Leichte Sprache“ das Sprachlevel von A1 und einfache Sprache ein Level von A2 bis B1, womit „Leichte Sprache“ einfacher ist als einfache Sprache (vgl. Abend, 2014, S.76).

Die Regeln der „Leichten Sprache“ sind durch das Netzwerk „Leichte Sprache“ erstellt worden und enthalten immer aktuelle Informationen (vgl. Abend, 2014, S. 78). Die Regeln beziehen sich auf Wörter, Sätze, Zahlen, Zeichen, Texte und deren Gestaltung. Kurze, einfache und bekannte Wörter können MgB besser verstehen. Abkürzungen sind nach den Regeln der Leichten Sprache zu komplex und können zum Teil unterschiedliche Bedeutungen haben. Da in der deutschen Sprache viele Verben vorhanden sind, können MgB damit überfordert sein und es kann zu Missverständnissen führen. Daher sollen möglichst die gleichen Verben eingesetzt werden. Aktive Wörter werden leichter verstanden als passive wie z.B. „Ich melde Sie für die Untersuchung an“, anstatt „Sie werden in der Untersuchung angemeldet“. Nach den Regeln sind der Genitiv und der Konjunktiv sowie Redewendungen zu vermeiden, da MgB diese meistens nicht verstehen. Wenn Sätze formuliert werden, sollen diese nur einen inhaltlichen Aspekt pro Satz enthalten. Dabei sollen lange Sätze vermieden werden, da die Struktur des Satzes verloren geht und der Zuhörer zu viele Informationen auf einmal erhält (vgl. Abend, 2014, S. 78ff). Bei der Darstellung von Zahlen, soll die Zahl als Zahl geschrieben sein, da MgB visuell besser verstehen (vgl. Abend, 2014, S. 78ff.). Des Weiteren sind

römische Zahlen meistens nicht verständlich und sollen nach den Regeln vermieden werden. Konkrete Zahlen und Mengen machen in der Kommunikation nur dann Sinn, wenn diese konkret gebraucht werden wie in einem Rezept. Individuelle Gegebenheiten können in der Darstellung der Uhrzeit und des Datums auftreten, so dass geprüft werden muss, welche Angaben der Betroffene versteht. In der Regel versteht ein MgB die Uhrzeiten 13:15 und 13 Uhr etc, besser als Viertel nach eins. Wenn Ziffern hintereinander weg aufgeschrieben werden wie bei Telefonnummern, sind Leerzeichen notwendig, damit diese besser zu lesen sind. Dabei sollen Sonderzeichen nur dann eingesetzt werden, wenn diese bekannt sind wie „und“ oder „&“ (vgl. Abend, 2014, S. 78ff.).

Texte in „Leichter Sprache“ werden für MgB zum leichteren Verständnis abgewandelt, sollen jedoch die wichtigsten inhaltlichen Aspekte des Originaltextes enthalten (vgl. Abend, 2014, S. 78ff.). Der Text ist in der einfachsten Satzbauf orm zur besseren Verständlichkeit in Subjekt, Prädikat und Objekt gegliedert. Dabei sollte jeder Satz in einer neuen Zeile beginnen. Wenn ein ganz neues Thema angeschnitten wird, soll ein Absatz gemacht werden. Außerdem soll mindestens Schriftgröße 14 gewählt werden, damit die Betroffenen dies gut lesen können (vgl. Abend, 2014, S. 78ff.). In der Umsetzung von „Leichter Sprache“ wird empfohlen audiovisuelle Medien wie CD-ROMs, DVDs sowie Videos zusätzlich zu nutzen (vgl. Kellermann, 2014, S. 9). Damit haben MgB weitere Kommunikationsmöglichkeiten, die Sprache zu verstehen. „Leichte Sprache“ wird von Kindersprache abgetrennt, da diese noch viel komplexer ist und sich an die grammatikalischen Grundsätzen hält (vgl. Kellermann, 2014, S. 10.). Es gibt zu der Leichten Sprache keine wissenschaftlichen Belege (vgl. Abend, 2014, S. 76). „Leichte Sprache“ ist in Deutschland eine neuartige Entwicklung und vor allem bei MgB ein unterschätzter Aspekt (vgl. Abend, 2014, S. 76). Aus der Übersichtsarbeit von Lachetta et al. (2011) geht hervor, dass international bereits positive Erfahrungen mit „Leichter Sprache“ in Krankenhäusern gemacht wurden, so dass die weitere Umsetzung in Deutschland sinnvoll erscheint.

6 Empfehlung

Da der Gesundheitszustand von MgB labiler ist gegenüber der Allgemeinbevölkerung, können stationäre Krankenhausaufenthalte entsprechend häufiger notwendig werden. Nach der UN-Behindertenrechtskonvention soll jeder Mensch eine gleichwertige Versorgung im Krankenhaus erhalten. Durch die Kommunikationsbarrieren zwischen Pflegenden und MgB werden die Bedürfnisse und der Hilfebedarf von MgB oftmals nicht erkannt. Dadurch kann keine gleichwertige Versorgung, wie es die UN-Behindertenrechtskonvention fordert, erfolgen. Die Kommunikationsbarrieren entstehen, da Pflegende hauptsächlich über die Sprache kommunizieren, wobei MgB aufgrund ihrer Einschränkungen überwiegend andere Kommunikationsmöglichkeiten nutzen. Damit Kommunikation möglich wird und die Barrieren abgebaut werden können, müssen beide Kommunikationsakteure eine möglichst große Schnittmenge an gleichen Zeichensystemen nutzen. Da MgB durch ihre Einschränkungen die Sprache nicht hauptsächlich nutzen können, müssen Pflegende andere Kommunikationsmöglichkeiten auswählen. Durch die Methode der UK können Zeichensysteme genutzt werden, die sowohl MgB als auch Pflegende anwenden können. Dies betrifft MgB mit leichter geistiger Behinderung als auch MgB mit schwerster geistiger Behinderung.

Es ist zu empfehlen, eine Fachperson als Behindertenbeauftragte (im Folgenden BB) im Krankenhaus einzusetzen, die sich mit möglichst vielen Kommunikationsmöglichkeiten bei MgB auskennt. Diese kann Pflegende, die MgB pflegen, im Umgang mit Kommunikationsmöglichkeiten schulen. Dazu gehört die UK mit der Körpersprache, welche Pflegende einsetzen können. Da Kommunikation zu 55% über nichtsprachliche Signale verläuft, können Pflegende diese Möglichkeit einsetzen. Pflegende müssen sich bewusst werden, dass nur 7% ihrer Kommunikation über die Sprache empfangen wird. In der Schulung erlernen sie, sich selbst im Gespräch zu reflektieren und auf nichtsprachliche Signale, die von ihnen und vom Körper des Patienten ausgesendet werden, zu achten. Während des Gespräches sollen sich Pflegende fragen, ob ihre Tonlage, das Gesprächstempo oder das Sprachniveau angemessen sind. Des Weiteren sollen sie hinterfragen, ob sie alle kommunikativen Hinweise aufgenommen haben, um die Bedürfnisse des Patienten zu erfahren. Dabei ist es empfehlenswert, dass Pflegende nach einer Frage mindestens 60 Sekunden warten, da die Reaktion des MgB zeitverzögert erfolgen kann. MgB sind derart auf Pflegende angewiesen, dass Pflegende nach dem Ge-

sprach diesen Zeitrahmen einhalten sollten, damit sie die Möglichkeit haben, zu reagieren. Pflegende sollten während der Pause aktiv auf nichtsprachliche Signale des MgB achten und dabei versuchen die gesendeten Informationen des Patienten zu verstehen. Wenn Signale nicht eindeutig genug sind oder Pflegende den Inhalt nicht verstanden haben, sollten sie unbedingt nachfragen, so dass der Betroffene erneut die Information senden kann. Dabei sollten beide Beteiligten ihre Gesichter einander zuwenden, da viele Informationen, vor allem zur Befindlichkeiten im Gesicht abgelesen werden können. Eine andere Kommunikationsmöglichkeit stellt die Gebärdensprache von MgB dar. Pflegende sind in der Regel nicht geschult, Gebärden von MgB zu verstehen oder anzuwenden. Die BB kann Pflegende darin anleiten. MgB können Hilfsmittel mitbringen, die sie im Krankenhaus zur Kommunikation nutzen. Damit Pflegende Hilfsmittel anwenden, müssen sie diese auch kennen. Die BB kann die gebräuchlichsten Hilfen in einer Schulung erklären. Zu den Gebräuchlichsten gehören Systeme wie die Buchstabentafel, die Pflegende auf der Sach- und Appellebene ansprechen können. Weitere Systeme sind Symbolsysteme, Gegenstände, Kommunikationsordner- und -tafeln sowie das Ich-Buch. Zu den elektronischen Hilfen, die MgB zur Kommunikation nutzen, gehören einfache und komplexe Geräte. Gestützte Kommunikation sollte nicht von Pflegenden angewendet werden, da bei dieser Methode viel Erfahrung notwendig ist. Dies kann ggf. die BB übernehmen, wenn sie diese Methode anwenden kann. Zu den Ansteuerungsmöglichkeiten wie Symbole, die MgB auswählen können, müssen Pflegende ebenso geschult werden. Da MgB zu fast 50% keine Eigeninitiative zeigen, Hilfsmittel zur Kommunikation anzuwenden, müssen Pflegende die Hilfsmittel bereitstellen, damit MgB diese nutzen können. Um Kommunikationsgeräte vor Diebstahl zu sichern, können diese während der Abwesenheit der Pflegenden in einem Safe gesichert werden. Die Anwendungen von Kommunikationshilfsmitteln führen dazu, dass sich Missverständnisse reduzieren, der Patient sich verstanden fühlt und Bedürfnisse mitgeteilt werden können. Damit Pflegende prüfen können wie MgB kommunizieren, wurde eine eigene Checkliste erstellt (s. Anhang K), die als Hilfestellung in der Praxis eingesetzt werden kann. Damit können Kommunikationsbarrieren abgebaut und somit auch Zeit erspart sowie Kosten gesenkt werden.

Zur weiteren Möglichkeit, die Pflegende zur Kommunikation mit MgB nutzen können, gehört die „Leichte Sprache“. Die BB könnte Schulungen hierzu durchführen.

Der Einsatz von „Leichter Sprache“ ist im Krankenhaus sinnvoll, da MgB dadurch Abläufe besser verstehen, die für sie ansonsten sehr undurchsichtig und komplex sind. MgB können sich besser orientieren, wenn sie z.B. wissen, wann ihre Mahlzeiten stattfinden. Diese Informationen können sie über Gespräche erhalten, die mit Pflegenden über „Leichte Sprache“ erfolgen. Damit sind MgB in der Lage, Gesprächen zu folgen. Mit Leichter Sprache werden einfache Wörter gewählt, kürzere Sätze und das Gesprächstempo niedrig gehalten. Andere Einsatzmöglichkeiten der „Leichten Sprache“ betreffen u.a. die Aufklärungsbögen und Krankheitsbilder, die in Leichter Sprache und mit Symbolen erklärt werden können, um MgB direkt mit einzubeziehen und damit Verständigung zu ermöglichen. Die Erstellung der Texte kann die BB übernehmen. Des Weiteren können BB Krankenhausaufenthalte von MgB mit Angehörigen, Betreuern und mit dem Patienten planen. Der Patient sollte vor dem Aufenthalt in einem Gespräch Informationen erhalten wie der Ablauf sein wird, damit dieser Ängste abbauen kann. Dies kann anhand von Symbolen geschehen (s. Anhang G) und/oder mit „Leichter Sprache“. Dabei können Bezugspersonen festgelegt werden, damit der Patient diese schon kennt und nicht zu viele Menschen beteiligt sind. Damit kann sich eine mögliche Abwehrhaltung bei MgB reduzieren, da Angehörige nicht immer 24 Stunden dabei sein können. Bei ungeplanten Aufenthalten können BB die Aufnahme koordinieren. Dabei wird eine ausführliche Anamnese (s. Anhang K) zu Kommunikationsmöglichkeit und Hilfsmitteln mit Angehörigen, Betreuern und dem Patienten erstellt. Alle Pflegenden, die mit dem Patienten Kontakt haben werden, werden darüber informiert, was der Patient alles versteht, ob er sich sprachlich mitteilen kann und ob er dafür genannte Hilfsmittel verwendet.

Eine weitere Empfehlung betrifft die Krankenpflegeausbildung. Da Pflegende einen sehr geringen Anteil zu geistiger Behinderung in der Ausbildung erlernen und wenig Erfahrung im Umgang mit ihnen haben, ist eine Anpassung der Ausbildung für eine gleichwertige Versorgung in Krankenhaus notwendig. Die Anpassung soll auf der einen Seite theoretisch erfolgen mit Inhalten wie nichtsprachliche Kommunikationsmöglichkeiten mit MgB oder zu möglichen Hilfsmitteln. Auf der anderen Seite soll die Ausbildung auch Praxiseinsätze in Einrichtungen mit MgB vorsehen, damit Pflegende Berührungsängste abbauen können, Unsicherheiten reduzieren und einen Zugang finden zu Kommunikation auf nichtsprachlicher Ebene.

7 Fazit

Zusammenfassend ist festzustellen, dass der Begriff geistige Behinderung sehr dehnbar, vielseitig und nicht fest definiert ist. Daher wird er in den Wissenschaften unterschiedlich betrachtet. Aus den Sichtweisen geht hervor, dass MgB nicht nur Einschränkungen vorweisen und Hilfen benötigen, sondern auch Begabungen besitzen wie ein ausgeprägtes Gedächtnis. Mit diesen Erkenntnissen sollten diese Menschen nicht nur auf ihre intellektuellen Fähigkeiten reduziert werden.

Zu den Schwächen der Ausarbeitung zählt, dass internationale Ergebnisse, die aufgrund mangelnder empirischer Daten aus Deutschland, mit einbezogen wurden, nicht komplett auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sind. Die Methoden, die für Pflegende zur Kommunikation mit MgB in Krankenhäusern genutzt werden können, sind wissenschaftlich nicht begründet. Da diese Methoden nach den Studienergebnissen bereits positive Erfolge in Krankenhäusern gezeigt haben und in der Ausarbeitung aufgezeigt wird, dass die Umsetzung sinnvoll erscheint, können diese Methoden empfohlen werden.

Damit die Versorgungssituation von MgB in Krankenhäusern mit den Zielen der UN-Behindertenrechtskonvention übereinstimmen, müssen andere finanzielle Möglichkeiten geschaffen werden, da ein erheblicher Mehraufwand in der Versorgung von MgB vorliegt. Des Weiteren müssen sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Betreuung von MgB im Krankenhaus ändern, da alle MgB, die in Heimen oder Einrichtungen der Eingliederungshilfe leben, durch das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus (Jahr 2009) nicht profitieren. Eine Assistenz für MgB in Krankenhäusern wäre eine Lösung, die Krankenhausaufenthalte für MgB erheblich erleichtern. Dennoch müssen Pflegende auf diese Zielgruppe besser vorbereitet werden, damit eine adäquate pflegerische Versorgung gewährleistet ist. Insgesamt betreffen Kommunikationsbarrieren mit MgB nicht nur Pflegende, sondern stellen auch ein gesellschaftlich brisantes Thema dar. Viele Menschen haben Berührungsängste und wissen nicht, wie sie mit MgB kommunizieren können. Eine geistige Behinderung stellt eine besondere Eigenart des Menschen dar. Es ist immer davon auszugehen, dass dieser alles versteht, was sein Gegenüber an sprachlichen sowie nichtsprachlichen Signalen sendet. Mit dem Hintergrund aus den ätiologischen Merkmalen, dass jedem Menschen so ein Schicksal widerfahren kann, ist es umso wichtiger, sich Gedanken zu dem Umgang mit MgB zu machen.

8 Literaturverzeichnis

- Abend, Sonja (2014): Leichte Sprache. Ein immer noch unterschätzter Aspekt in der Kommunikation mit Menschen mit geistiger Behinderung. In: Ernst Wüllenweber (Hg.): Einander besser verstehen. Hilfen und Ansätze für Menschen mit geistiger Behinderung, mit Lernbehinderung und bei Autismus. Bd.1. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, S. 76–86.
- Adam, Heidemarie (2013): Gebärdensammlungen zur Unterstützten Kommunikation. In: Hrsg. v. ISAAC (Hg.): Handbuch der Unterstützten Kommunikation. 5., erw. Aufl. Karlsruhe: Loeper, S. 02.008.001-02.012.001.
- Bach, Heinz; Knura, Gerda (Hg.) (1980): Handbuch der Sonderpädagogik. Pädagogik der Sprachbehinderten. Berlin: Marhold.
- Bartholomeyczik, Sabine; Riesner, Christine (2014): Menschen mit geistiger Behinderung und Pflege. In: *Pflege & Gesellschaft : Zeitschrift für Pflegewissenschaft ; ein Organ der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V* 19 (1), S. 77–81.
- Basler-Eggen, Andrea (2008): Gestützte Kommunikation in Wissenschaft und Praxis. In: Hrsg. v. ISAAC (Hg.): Handbuch der Unterstützten Kommunikation. 5., erw. Aufl. Karlsruhe: Loeper, S. 06.007.001-06.014.001.
- Bauersfeld, Sören (2010): Möglichkeiten der Kommunikation von Menschen mit schwerer Behinderung. der Körper als Kommunikationsmedium. In: Gerhard Grunick (Hg.): Leben pur- Kommunikation bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen. Düsseldorf: Verl. Selbstbestimmtes Leben, S. 72–97.
- Bauersfeld, Svenja; Bauersfeld, Sören (2011): Unterstützte Kommunikation im Kontext medizinisch beruflicher Pflege. In: Hrsg. v. ISAAC (Hg.): Handbuch der Unterstützten Kommunikation. 5., erw. Aufl. Karlsruhe: Loeper, S. 17.038.001-17.049.001.
- Birngruber, Cordula (2010): Das "Ich-Buch"- eine individuelle Hilfe, um Informationen auszutauschen, Kommunikationsanlässe zu schaffen, Gemeinsamkeiten herzustellen. In: Gerhard Grunick (Hg.): Leben pur- Kommunikation bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen. Düsseldorf: Verl. Selbstbestimmtes Leben, S. 142–163.
- Bleeksma, Marjan (2013): Mit geistiger Behinderung alt werden. Unter Mitarbeit von Regina Humbert-Beck. 4. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa (Edition Sozial).
- Boenisch, Jens (2010): Sprachförderung von Kindern mit komplexer Behinderung neu denken: Zum Einsatz von Kern- und Randvokabular auf Kommunikationsoberflächen. In: Gerhard Grunick (Hg.): Leben pur- Kommunikation bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen. Düsseldorf: Verl. Selbstbestimmtes Leben, S. 25–40.
- Boenisch, Jens; Sachse, Stefanie (2011): Kern- und Randvokabular. Sprachentwicklung und Vokabularauswahl. Kern- und Randvokabular in den Kölner Kommunikationsmaterialien. Hg. v. Universität zu Köln. Online verfügbar unter <http://www.hf.uni-koeln.de/31801>, letzter Zugriff am 15.07.2015.

- Böhm, Karin; Tesch-Römer, Clemens; Ziese, Thomas (2009): Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: Robert Koch-Inst (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Online verfügbar unter <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0257-1002569>, letzter Zugriff am 15.07.2015.
- Braun, Otto; Lüdtke, Ulrike (Hg.) (2008): Sprache und Kommunikation. Stuttgart: Kohlhammer (Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik / Hrsg. von Wolfgang Jantzen, Bd. 8).
- Braun, Ursula (2008): Was ist Unterstützte Kommunikation? In: Hrsg. v. ISAAC (Hg.): Handbuch der Unterstützten Kommunikation. 5., erw. Aufl. Karlsruhe: Loeper, S. 01.003.001-01.005.001.
- Breul, Wolfgang (2011): Elektronische Kommunikationshilfen. Ein Überblick. In: Hrsg. v. ISAAC (Hg.): Handbuch der Unterstützten Kommunikation. 5., erw. Aufl. Karlsruhe: Loeper, S. 04.005.001-04.011.0001.
- Budroni, Helmut (2007): Ich muss ins Krankenhaus---und nun? Dokumentation der Kampagne 2006/2007. Hg. v. Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen, ForseA e.V. Berlin. Online verfügbar unter http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCYQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.forsea.de%2Fprojekte%2FKrankenhaus%2FDokumentation%2Fich_muss_ins_Krankenhaus.pdf&ei=tBepVJ3XCMKgPZ33gZAM&usq=AFQjCNHAWtn7ftkEtk5NCAZANbsNESnzO, letzter Zugriff am 15.07.2015.
- Budroni, Helmut (2014): Menschen mit Mehrfachbehinderungen- gut versorgt im Krankenhaus? In: Deutscher Ethikrat (Hg.): Menschen mit Behinderung- Herausforderungen für das Krankenhaus. Forum Bioethik. München, 26.03.2014.
- Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (Hg.) (2010): Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus- Problemlagen und Lösungsperspektiven. Dokumentation des Symposiums am 4. Februar 2010. Unter Mitarbeit von Michael Seidel. Berlin. Kontaktgesprächsverbände der Behindertenhilfe. Online verfügbar unter https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCCEQFjAAahUKEwjnzK6J-fDGAhXjs3IKHZNwAa8&url=http%3A%2F%2Fwww.mara.de%2Ffileadmin%2FKrankenhaus_Mara%2Fdownloads%2FDokumentation_Symposium_020810.pdf&ei=sbSwVaawJ-PnyqOT4YX4Cg&usq=AFQjCNEjWphllicWmTMNUxYgZpMZqbUbFQ&bvm=bv.98476267,d.bGQ&cad=rja, letzter Zugriff am 23.07.2015.
- Deutscher Bundestag (26.03.2009): Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung. Online verfügbar unter https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDEQFjAAahUKEwui9YLnounGAhVGXSwKHUpCAFY&url=https%3A%2F%2Fwww.behindertenbeauftragter.de%2FSharedDocs%2FPublikationen%2FDE%2FBroschuere_UNKonvention_KK.pdf%3Fblob%3DpublicationFile&ei=tq6sVa5CxrqxAcqEgbAF&usq=AFQjCNFsvxx3

[HAsNFQlizmKEs7Ub9TkjQ&bvm=bv.98197061,d.bGg&cad=rja](https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CC8QFjABahUKEwjI947d7vGAhVFDSwKHYSw&url=http%3A%2F%2Fwww.ethikrat.org%2Fdateien%2Fpdf%2Ffb-26-03-2014-simultanmitschrift.pdf&ei=PW62VYjIJCw3hMCg&bvm=bv.98717601,d.bGg&cad=rja), letzter Zugriff am 15.07.2015.

- Deutscher Ethikrat (Hg.) (2014): Menschen mit Behinderung- Herausforderungen für das Krankenhaus. Forum Bioethik. München, 26.03.2014. Online verfügbar unter <https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CC8QFjABahUKEwjI947d7vGAhVFDSwKHYSw&url=http%3A%2F%2Fwww.ethikrat.org%2Fdateien%2Fpdf%2Ffb-26-03-2014-simultanmitschrift.pdf&ei=PW62VYjIJCw3hMCg&bvm=bv.98717601,d.bGg&cad=rja>, letzter Zugriff am 27.07.2015.
- Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 179 – 188.
- Diekmann, Friedrich; Metzler, Heidrun (2013): Alter erleben. Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Unter Mitarbeit von Giovis, Christos, Kastl, Jörg, Sönke Lenz und Peter Jan. Hg. v. Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden- Württemberg.
- Dies, Anne (2007): Gebärden- Kommunikationsmittel für Menschen mit geistiger Behinderung. In: Hrsg. v. ISAAC (Hg.): Handbuch der Unterstützten Kommunikation. 5., erw. Aufl. Karlsruhe: Loeper, S. 02.017.001-02.020.001.
- Dimdi (Hg.): ICD-10-WHO. Online verfügbar unter <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/index.htm>, letzter Zugriff am 15.07.2015.
- Ding-Greiner, Christina; Kruse, Andreas (Hg.) (2010): Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen im Alter. Beiträge aus der Praxis. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer (Altenpflege).
- Duden (2007): Das Herkunftswörterbuch. Etymologie der deutschen Sprache. Die Geschichte der deutschen Wörter und der Fremdwörter von Ihrem Ursprung bis zur Gegenwart. 2., völlig neu bearbeitete und erw. Aufl. Mannheim: Dudenverlag (Duden in 10 Bänden, Bd. 7).
- Dupuis, G. (2008): Unterstützte Kommunikation. In: Otto Braun und Ulrike Lüdtke (Hg.): Sprache und Kommunikation. Stuttgart: Kohlhammer (Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik / Hrsg. von Wolfgang Jantzen, Bd. 8), S. 556.
- Elzer, Matthias; Sciborski, Claudia (2007): Kommunikative Kompetenzen in der Pflege. Theorie und Praxis der verbalen und nonverbalen Interaktion. 1. Aufl. Bern: Huber (Pflegeberatung, Pflegekommunikation).
- Fiori; Deuster; Zehnhoff-Dinnesen (2008): Hören und Sprechen. In: Otto Braun und Ulrike Lüdtke (Hg.): Sprache und Kommunikation. Stuttgart: Kohlhammer (Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik / Hrsg. von Wolfgang Jantzen, Bd. 8).

- Fornefeld, Barbara (2004): Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik. Mit 5 Tabellen und 59 Übungsaufgaben. 3., aktualisierte Aufl. München, Basel: Reinhardt (UTB, 2160).
- Fornefeld, Barbara (2013): Grundwissen Geistigbehindertenpädagogik. Mit ... 14 Tabellen und 69 Übungsaufgaben. 5., aktualisierte Aufl. München: Reinhardt (UTB, 8431 : Sonderpädagogik).
- Fröhlich, Andreas (2010): Communico. Communico (lat.): Gemeinsam machen, mitteilen, teilnehmen lassen. In: Gerhard Grunick (Hg.): Leben pur- Kommunikation bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen. Düsseldorf: Verl. Selbstbestimmtes Leben.
- Gibbs, S. M.; Brown, M. J.; Muir, W. J. (2008): The experiences of adults with intellectual disabilities and their carers in general hospitals: a focus group study. In: *Journal of Intellectual Disability Research* 52 (12), S. 1061–1077. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2008.01057.x.
- Giese, Martin A.; Gelder, Beatrice de (2012): Nichtverbale Kommunikation. In: Hans-Otto Karnath und Peter Thier (Hg.): Kognitive Neurowissenschaften. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg (Springer-Lehrbuch), S. 479–489.
- Grunick, Gerhard (Hg.) (2010): Leben pur- Kommunikation bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen. Düsseldorf: Verl. Selbstbestimmtes Leben.
- Hanke, Thomas (1996): German Manual Alphabet / Deutsches Fingeralphabet. Hg. v. Universität Hamburg. Online verfügbar unter <http://www.sign-lang.uni-hamburg.de/fa/>, letzter Zugriff am 15.07.2015.
- Hasseler, M. (2014): Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen als vulnerable Bevölkerungsgruppe in gesundheitlicher Versorgung. In: *Dtsch med Wochenschr* 139 (40), S. 2030–2034. DOI: 10.1055/s-0034-1387334.
- Häßler, Frank (2014): S2k Praxisleitlinie Intelligenzminderung. Unter Mitarbeit von Pia Bienstein, Michael Buscher, Filip Caby, Klaus Hennicke, Knut Hoffmann, Dieter Irblich et al. Hg. v. AWMF Online (028-042). Online verfügbar unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-042.html>, letzter Zugriff am 23.07.2015.
- Haveman, Meindert; Stöppler, Reinhilde (2004): Altern mit geistiger Behinderung. Grundlagen und Perspektiven für Begleitung, Bildung und Rehabilitation. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Haveman, Meindert; Stöppler, Reinhilde (2014): Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit geistiger Behinderung. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Herzog, Uta (2010): "Ich habe Wünsche in meinem Kopf"- erste Schritte in der Unterstützten Kommunikation bei mehrfach behinderten Kindern mit einer Sehschädigung. In: Gerhard Grunick (Hg.): Leben pur- Kommunikation bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen. Düsseldorf: Verl. Selbstbestimmtes Leben, S. 129–141.

- Hüning-Meyer, Monika; Bollmeyer, Hendrike (2012): Nichtelektronische Kommunikationshilfen. Theoretische Grundlagen und praktische Anwendung. In: Hrsg. v. ISAAC (Hg.): Handbuch der Unterstützten Kommunikation. 5., erw. Aufl. Karlsruhe: Loeper, S. 03.003.001-03.017.001.
- Iacono, Teresa; Davis, Robert (2003): The experiences of people with developmental disability in Emergency Departments and hospital wards. In: *Research in Developmental Disabilities* 24 (4), S. 247–264. DOI: 10.1016/S0891-4222(03)00041-6.
- Jordan, Silke; Tapken, Marion (2013): Unterstützte Kommunikation in ärztlicher Praxis und medizinischer (Notfall-) Versorgung. In: Hrsg. v. ISAAC (Hg.): Handbuch der Unterstützten Kommunikation. 5., erw. Aufl. Karlsruhe: Loeper, S. 17.063.001-17.068.001.
- Jurkoweit, Antje (2012): Kommunikationshilfsmittel bei Kindern mit Angelman-Syndrom und Rett- Syndrom. Auswertung einer Elternbefragung. Dissertation. Pädagogische Hochschule Heidelberg, Heidelberg. Fakultät I – Institut für Sonderpädagogik. Online verfügbar unter http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCIQFjAA&url=http%3A%2F%2Frett.de%2Ffileadmin%2Fcontent%2FRett%2FUK%2FFacharbeiten%2FWissenschaftliche_Hausarbeit_Kommunikationshilfsmittel_Antje_Jurkoweit.pdf&ei=piGZVd3BEcqtsgHB5gewCO&usq=AFQjCNHw-4UrEwPE2Et99BGORAM7jYCY7g&bvm=bv.96952980,d.bGg, letzter Zugriff am 15.07.2015.
- Kaiser-Mantel, Hildegard (op. 2012): Unterstützte Kommunikation in der Sprachtherapie. Bausteine für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. 2012. Aufl. München, Basel: E. Reinhardt (Praxis der Sprachtherapie und Sprachheilpädagogik, Bd. 9).
- Kapitzke, Eveline (1980): Sprachstörungen bei Geistigbehinderten und ihre Behandlung. In: Heinz Bach und Gerda Knura (Hg.): Handbuch der Sonderpädagogik. Pädagogik der Sprachbehinderten. Berlin: Marhold, S. 363–371.
- Kauschke; Huber; Domahs (2008): Spracherwerb und Sprachverlust. In: Otto Braun und Ulrike Lüdtke (Hg.): Sprache und Kommunikation. Stuttgart: Kohlhammer (Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik / Hrsg. von Wolfgang Jantzen, Bd. 8).
- Kellermann, Gudrun (2014): Leichte und einfache Sprache. Der Versuch einer Definition. In: *Politik und Zeitgeschichte* 64 (9-11), S. 7–10. Online verfügbar unter <http://www.bpb.de/apuz/179341/leichte-und-einfache-sprache-versuch-einer-definition>, letzter Zugriff am 15.07.2015.
- Kristen, Ursi (1994): Praxis unterstützte Kommunikation. Eine Einführung. Düsseldorf: Verl. Selbstbestimmtes Leben.
- Kristen, Ursi (2000): Unterstützte Kommunikation in der Praxis. In: *Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft* 5 (4), S. 1–11.
- Kulig, Wolfram; Theunissen, Georg; Wüllenweber, Ernst (2006): Geistige Behinderung. In: E. Wüllenweber, G. Theunissen und H. Muhl (Hg.): Pädagogik bei geistigen Behinderungen: ein Handbuch für Studium und Praxis: Kohlhammer, S. 116–122.

- Kultusministerkonferenz (Hg.) (1999): Empfehlung zum Förderschwerpunkt geistige Entwicklung. Beschluss der Kultusministerkonferenz. Online verfügbar unter www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/1998/1998_06_20_FS_Geistige_Entwickl.pdf, letzter Zugriff am 15.07.2015.
- Lachetta, Raphael; Tacke, Doris; Doerscheln, Iris; Schulz, Michael (2011): Erleben von Menschen mit geistiger Behinderung während eines akutstationären Aufenthaltes. Eine systematische Literaturübersicht. In: *Pflegewissenschaft* 13 (3), S. 139-148.
- Markowetz, Reinhard (2006): Menschen mit geistiger Behinderung zwischen Stigmatisierung und Integration. Behindertensoziologische Aspekte der These ‚Entstigmatisierung durch Integration!‘. Soziologie der Behinderten als Wissenschaft vom Zusammenleben der Menschen. In: E. Wüllenweber, G. Theunissen und H. Muhl (Hg.): Pädagogik bei geistigen Behinderungen: ein Handbuch für Studium und Praxis: Kohlhammer, S. 142–148.
- Martin, A.-M.; O'Connor-Fenelon, M.; Lyons, R. (2010): Non-verbal communication between nurses and people with an intellectual disability: a review of the literature. In: *Journal of Intellectual Disabilities* 14 (4), S. 303–314. DOI: 10.1177/1744629510393180.
- Mohr, Kathrin (2008): Beziehungsprozesse zwischen Erwachsenen mit schwerer geistiger Behinderung und ihren Begleitpersonen. Theoretische und empirische Analysen. Dissertation. Philosophische Fakultät, Freiburg. Online verfügbar unter <http://doc.rero.ch/record/20968>, letzter Zugriff am 15.07.2015.
- Nagy, Christiane (2014): >>eigentlich erinnert mich das schreiben an richtiges sprechen<<. Gestützte Kommunikation mit unserem Sohn Christoph. In: Etta Wilken (Hg.): Unterstützte Kommunikation: Eine Einführung in Theorie und Praxis. 4. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, S. 180–204.
- Neuhäuser, Gerhard (2013): Geistige Behinderung. Grundlagen, Erscheinungsformen und klinische Probleme, Behandlung, Rehabilitation und rechtliche Aspekte. 4., vollst. überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Neuhäuser, Gerhard (Hg.) (2007): Syndrome bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ursachen, Erscheinungsformen und Folgen. 2., erw. und überarb. Aufl. Marburg: Lebenshilfe-Verl.
- Nicklas-Faust, Jeanne (2002): Die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung in Deutschland. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hg.): Eine behinderte Medizin?! Zur medizinischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung ; das Buch zur Kasseler Medizintagung 2001. 1. Aufl. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, S. 19–28.
- Nöth, Winfried (2008): Zeichen und Semiose. In: Otto Braun und Ulrike Lüdtke (Hg.): Sprache und Kommunikation. Stuttgart: Kohlhammer (Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik / Hrsg. von Wolfgang Jantzen, Bd. 8).

- Nußbeck, Susanne (2014): Das Konzept der Gestützten Kommunikation- Beschreibung und kritische Bewertung. In: Etta Wilken (Hg.): *Unterstützte Kommunikation: Eine Einführung in Theorie und Praxis*. 4. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, S. 205–227.
- Oelke, Uta (2003): Richtlinie für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Hg. v. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Online verfügbar unter http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.mais.nrw.de%2F08_PDF%2F002%2Fausbildungsrichtlinien-krankenpflege-nrw.pdf&ei=GuZtVKCKLcnAOfn-gMAP&usq=AFQjCNHlehlGnfzqJVZFOrTR6rayaTwVlw&bvm=bv.80120444,d.ZWU, letzter Zugriff am 15.07.2015.
- O'Halloran, Robyn; Hickson, Louise; Worrall, Linda (2008): Environmental factors that influence communication between people with communication disability and their healthcare providers in hospital: a review of the literature within the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) framework. In: *Int J Lang Commun Disord* 43 (6), S. 601–632. DOI: 10.1080/13682820701861832.
- Paulus, Michaela (2010): Die Situation von Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus aus Sicht von Einrichtungen. Allgemeine Situationsbeschreibung. In: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (Hg.): *Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus- Problemlagen und Lösungsperspektiven*. Dokumentation des Symposiums am 4. Februar 2010. Unter Mitarbeit von Michael Seidel. Berlin. Kontaktgesprächsverbände der Behindertenhilfe, S. 35–38.
- Rehavista einfach.kommunizieren.: Produkte. Hg. v. Rehavista. Online verfügbar unter <http://www.rehavista.de/?at=Produkte>, letzter Zugriff am 15.07.2015.
- Reinhard, Sven; Krstoski, Igor (2014): iPad und Apps- „smarte“ Hilfsmittel für die Unterstützte Kommunikation. In: Hrsg. v. ISAAC (Hg.): *Handbuch der Unterstützten Kommunikation*. 5., erw. Aufl. Karlsruhe: Loeper, S. 04.063.001-04.071.001.
- Richter, Katrin; Borgmann, Hendrik (2008): Interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation. Ein Beitrag zur Sicherung pflegerischer Versorgung von Menschen mit Behinderungen im Akutkrankenhaus. In: *Pflegewissenschaft* 10 (12), S. 688- 696.
- Sachse, Stefanie; Boenisch, Jens (2009): Kern- und Randvokabular in der Unterstützten Kommunikation: Grundlagen und Anwendung. In: Hrsg. v. ISAAC (Hg.): *Handbuch der Unterstützten Kommunikation*. 5., erw. Aufl. Karlsruhe: Loeper, S. 01.026.030-01.026.040.
- Schefold, Brigitte; Schütte, Konrad (2010): >connecting friends< - Freunde in Verbindung bringen. In: Gerhard Grunick (Hg.): *Leben pur- Kommunikation bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen*. Düsseldorf: Verl. Selbstbestimmtes Leben, S. 255- 266.

- Schmidt, Christoph (2010): Die Situation von Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus aus Sicht des Krankenhauses. Der behinderte Patient im Krankenhaus. In: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (Hg.): Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus- Problemlagen und Lösungsperspektiven. Dokumentation des Symposiums am 4. Februar 2010. Unter Mitarbeit von Michael Seidel. Berlin. Kontaktgesprächsverbände der Behindertenhilfe, S. 39–49.
- Schneider, Frank (Hg.) (2012): Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Schuler, Heinz (Hg.) (2006): Lehrbuch der Personalpsychologie. 2., überarb. und erw. Aufl. Göttingen u.a: Hogrefe.
- Schulz von Thun, Friedemann (2010): Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. 48. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt (Rororo, 61151 : rororo-Sachbuch).
- Schulze Höing, Annelen (2012): Pflege von Menschen mit geistigen Behinderungen. Pflegebedarfsanalyse, Planung, Dokumentation gemäß H.M.B.-W-Hilfeplanung. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer (Pflegepraxis).
- Seidel, Michael (2010): Die Situation von Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus- ein Problemaufriss. Problem erkannt- oder? In: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (Hg.): Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus- Problemlagen und Lösungsperspektiven. Dokumentation des Symposiums am 4. Februar 2010. Unter Mitarbeit von Michael Seidel. Berlin. Kontaktgesprächsverbände der Behindertenhilfe, S. 20–29.
- Senckel, Barbara (2010): Mit geistig Behinderten leben und arbeiten. Eine entwicklungspsychologische Einführung. 9., durchges. Aufl. München: Beck.
- Sinai, Amanda; Bohnen, Ingrid; Strydom, Andre (2012): Older adults with intellectual disability. In: *Current Opinion in Psychiatry* 25 (5), S. 359–364. DOI: 10.1097/YCO.0b013e328355ab26.
- Sozialverband VdK Deutschland e.V. (Hg.) (2011): Grad der Behinderung (GdB) und Grad der Schädigungsfolgen (GdS). Online verfügbar unter http://www.vdk.de/deutschland/pages/themen/behinderung/9216/grad_der_behinderung_gdb, letzter Zugriff am 15.07.2015.
- Speck, Otto (2005): Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Lehrbuch zur Erziehung und Bildung ; mit 5 Tabellen. 10., überarb. Aufl. München: Reinhardt (Heilpädagogik).
- Stangl, W. (2011): Gestik. Lexikon für Psychologie und Pädagogik. Online verfügbar unter <http://lexikon.stangl.eu/3677/gestik/>, letzter Zugriff am 15.07.2015.
- Stangl, W. (2012): Körpersprache. Lexikon für Psychologie und Pädagogik. Online verfügbar unter <http://lexikon.stangl.eu/5842/koerpersprache/>, letzter Zugriff am 15.07.2015.

- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2013 a): Sozialleistungen. Schwerbehinderte Menschen. Fachserie 13 / Reihe 5.1. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCIQFjAAahUKEwigo_KZhvhGAhUH83IKHanfBO0&url=https%3A%2F%2Fwww.destatis.de%2FDE%2FPublikationen%2FThematisch%2FGesundheit%2FBehinderteMenschen%2FSchwerbehinderte2130510119004.pdf%3F_blob%3DpublicationFile&ei=dcKwVeCUO4fmywOpv5PoDg&usq=AFQjCNG047-6W2waY0LI7Yyqh2W0cQOEtw&bvm=bv.98476267,d.bGQ&cad=rja, letzter Zugriff am 23.07.2015.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2013 b): Behinderte Menschen. Schwerbehinderte Menschen am Jahresende. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Behinderte/Tabellen/GeschlechtBehinderung.html>, letzter Zugriff am 23.07.2015.
- Steffen, Petra; Blum, Karl (2012): Menschen mit geistiger Behinderung: Ergebnisse einer explorativen Untersuchung in zwei Hamburger Bezirken. In: *Deutsches Ärzteblatt : Ausgabe A, Praxis-Ausgabe : niedergelassene Ärzte* 109 (17), S. 860-862.
- Stockmann, Jörg (2010): Erfahrungen eines spezialisierten somatischen Krankenhauses. In: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (Hg.): Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus- Problemlagen und Lösungsperspektiven. Dokumentation des Symposiums am 4. Februar 2010. Unter Mitarbeit von Michael Seidel. Berlin. Kontaktgesprächsverbände der Behindertenhilfe, S. 65–71.
- Stöppler, Reinhilde (2014): Einführung in die Pädagogik bei geistiger Behinderung. Mit 21 Tabellen ; mit Übungsaufgaben und Online-Ergänzungen. München, Stuttgart: Reinhardt; UTB (UTB Sonderpädagogik, 4135).
- Suhrweier, Horst (1999): Geistige Behinderung. Psychologie, Pädagogik, Therapie. Neuwied, Berlin: Luchterhand.
- Tetzchner, Stephen (2008): Unterstützte Kommunikation in Europa. Forschung und Praxis. In: Hrsg. v. ISAAC (Hg.): Handbuch der Unterstützten Kommunikation. 5., erw. Aufl. Karlsruhe: Loeper, S. 15.002.019-15.002.035
- Theunissen, G. (2005): Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten: ein Kompendium für die Praxis: Klinkhardt.
- Tölle, Rainer; Windgassen, Klaus (2014): Psychiatrie. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung (26.03.2009): Die UN-Behindertenrechtskonvention. Online verfügbar unter https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDEQFjAAahUKEwui9YLnounGAhVGXSwKHUpCAFY&url=https%3A%2F%2Fwww.behindertenbeauftragter.de%2FSharedDocs%2FPublikationen%2FDE%2FBroschuere_UNKonvention_KK.pdf%3F_blob%3DpublicationFile&ei=tq6sVa5CxrqxAcqEgbAF&usq=AFQjCNFsvxx3

HAsNFQlizmKEs7Ub9TkjiQ&bvm=bv.98197061,d.bGg&cad=rja, letzter Zugriff am 15.07.2015.

- Wachsmuth, Susanne (2006): Kommunikative Begegnungen. Aufbau und Erhalt sozialer Nähe durch Dialoge mit unterstützter Kommunikation. 1. Aufl. Würzburg: Edition Bentheim.
- Wachsmuth, Susanne (2010): Körpersprachliche Kommunikation bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen. In: Gerhard Grunick (Hg.): Leben pur- Kommunikation bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen. Düsseldorf: Verl. Selbstbestimmtes Leben, S. 58–71.
- Watzlawick, Paul; Bavelas, Janet Beavin; Jackson, Don D. (2011): Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. 12., unveränd. Aufl. Bern: Huber (Psychologie-Klassiker).
- Weber, Stephanie; Köhler, Mareike (2014): Unterstützte Kommunikation im Klinikalltag. Notwendigkeiten und Grenzen. In: *Unterstützte Kommunikation* 4, S. 6–11.
- WHO: Definition des Begriffs „geistige Behinderung“. Hg. v. Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa. Online verfügbar unter <http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability>, letzter Zugriff am 15.07.2015.
- Wilken, Etta (2014 a): Kommunikation und Teilhabe. In: Etta Wilken (Hg.): *Unterstützte Kommunikation: Eine Einführung in Theorie und Praxis*. 4. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, S. 7–16.
- Wilken, Etta (2014 b): Präverbale sprachliche Förderung und Gebärdenunterstützte Kommunikation in der Frühförderung. In: Etta Wilken (Hg.): *Unterstützte Kommunikation: Eine Einführung in Theorie und Praxis*. 4. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, S. 36–57.
- Wüllenweber, Ernst (2014): Missverständnisse und Kommunikationsstörungen erklären und vermeiden. Die 4 Seiten einer Nachricht und die Bedeutung unterschiedlicher Perspektiven auf die Kommunikation zwischen Fachkräften und Klienten in der Behindertenhilfe. In: Ernst Wüllenweber (Hg.): *Einander besser verstehen. Hilfen und Ansätze für Menschen mit geistiger Behinderung, mit Lernbehinderung und bei Autismus*. 1 Band. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, S. 36–40.
- Wunder, Michael (2014): Begrüßung und Einführung. In: Deutscher Ethikrat (Hg.): *Menschen mit Behinderung- Herausforderungen für das Krankenhaus*. Forum Bioethik. München, 26.03.2014, S. 3–5.

Anhang

Anhang A: Begriffe zu der wissenschaftlichen Fragestellung

Deutsche Schlagwörter	Englische Schlagwörter
Menschen mit geistiger Behinderung; Intelligenzminderung	People with intellectual disabilities; developmental disabilities [mesh]; intellectual disability [mesh]
Krankenhaus	Hospital; hospitals [mesh]; infirmary; stay in hospital
Pflegende; Krankenschwester; Krankenpfleger	Nurse; nurses [mesh]; hospital nurse; staff nurse;
Kommunikationsmöglichkeiten; Kommunikation	Communication [mesh]; communicating;

Anhang B: Suchstrategie in der Datenbank Pubmed zur Fragestellung

Search	Query	Items found
#1	Search developmental disabilities[MeSH Terms]	15438
#2	Search people with intellectual disabilities	63572
#3	Search intellectual disability[MeSH Terms]	82396
#4	Search ((developmental disabilities[MeSH Terms]) OR people with intellectual disabilities) OR intellectual disability[MeSH Terms]	97942
#5	Search hospital	3207124
#6	Search hospitals[MeSH Terms]	210335
#7	Search infirmary	45981
#8	Search stay in hospital	105440
#9	Search (((hospital) OR hospitals[MeSH Terms]) OR infirmary) OR stay in hospital	3245414
#10	Search nurse	304091
#11	Search nurses[MeSH Terms]	71857
#12	Search hospital nurse	85766
#13	Search staff nurse	51244
#14	Search (((nurse) OR nurses[MeSH Terms]) OR hospital nurse) OR staff nurse	304091
#15	Search communication[MeSH Terms]	377289
#16	Search communicating	16098

#17	Search (communication[MeSH Terms]) OR communicating	389965
#18	Search (((((hospital) OR hospitals[MeSH Terms]) OR infirmary) OR stay in hospital)) AND ((communication[MeSH Terms]) OR communicating)	50364
#19	Search (((((developmental disabilities[MeSH Terms]) OR people with intellectual disabilities) OR intellectual disability[MeSH Terms])) AND (((hospital) OR hospitals[MeSH Terms]) OR infirmary) OR stay in hospital)	15470
#20	Search (((((developmental disabilities[MeSH Terms]) OR people with intellectual disabilities) OR intellectual disability[MeSH Terms])) AND ((communication[MeSH Terms]) OR communicating)	4508
#21	Search (((((developmental disabilities[MeSH Terms]) OR people with intellectual disabilities) OR intellectual disability[MeSH Terms])) AND (((nurse) OR nurses[MeSH Terms]) OR hospital nurse) OR staff nurse)	1232
#22	Search (((((((developmental disabilities[MeSH Terms]) OR people with intellectual disabilities) OR intellectual disability[MeSH Terms])) AND (((hospital) OR hospitals[MeSH Terms]) OR infirmary) OR stay in hospital)) AND (((nurse) OR nurses[MeSH Terms]) OR hospital nurse) OR staff nurse)) AND ((communication[MeSH Terms]) OR communicating)	25

Anhang C: Erweiterte Suche

Suchorte	Schlagwort
• Beluga: Hamburger Katalog für wissenschaftliche Bibliotheken • Medpilot • Cinahl • Google • Google Scholar	Menschen mit geistiger Behinderung; Intelligenzminderung
	Krankenhaus
	Pflegende; Krankenschwester; Krankenpfleger
	Kommunikationsmöglichkeiten; Kommunikation

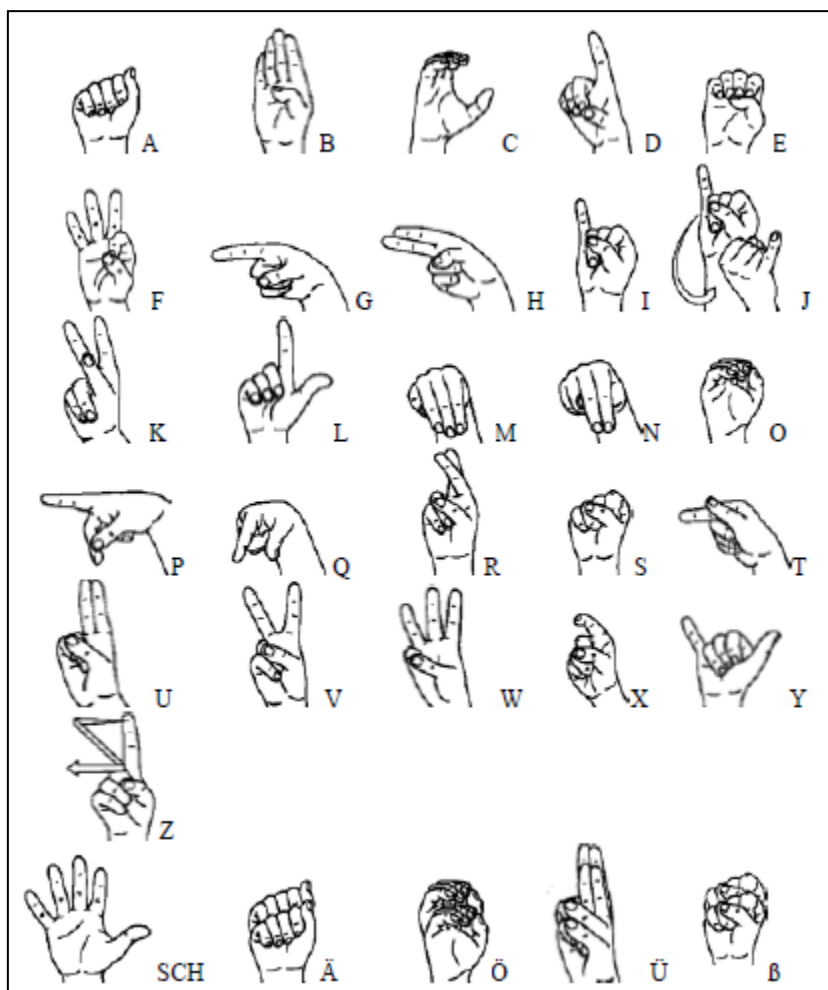
Anhang D: Gebräuchliche Symbolsammlung (vgl. Hüning-Meyer & Bollmeyer, 2012, S. 03.005.001)

	gehen	haben	leise
PCS			
METACOM			
DynaSyms			
SymbolStix			
Widgit Rebus			
PRD-Bilder			
Bliss			
Minspeak-Ikonen (Quasselkiste 60)			

Anhang E: Artikel im Fingeralphabet (vgl.Kaiser-Mantel, 2012, S. 30)

		
der	die	das

Anhang F: Deutsches Fingeralphabet (vgl. Hanke, 1996)



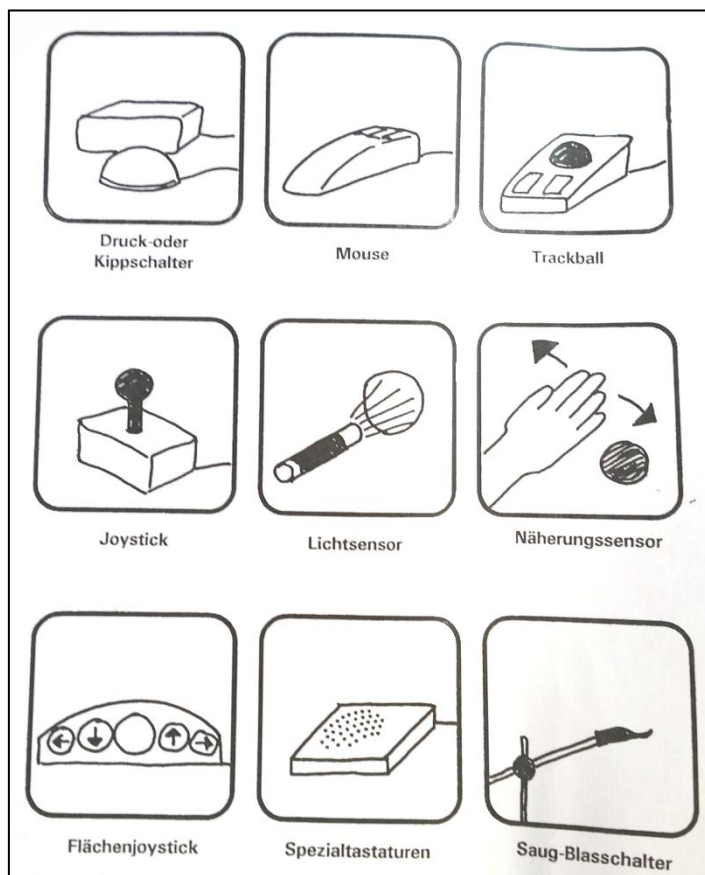
**Anhang G: Tagesablauf einer Operation im Krankenhaus in Symbolen erklärt
(vgl. Weber & Köhler, 2014, S. 9)**



Anhang H: Buchstabentafel (angelehnt an Weber & Köhler, 2014, S. 10)

A	B	C	D	Ich möchte	Ich möchte nicht	Danke
E	F	G	H	Bitte	mehr	Hilfe
I	J	K	L	M	N	Ja
O	P	Q	R	S	T	Nein
U	V	W	X	Y	Z	Leerzeichen
Fehler	Wortende	Ergänze den Rest	?	!	,	„

Anhang J: Bedienelemente für elektronische Kommunikationshilfen (vgl. Kristen, 1994, S. 76)



Anhang K: Checkliste Kommunikation (Eigene Darstellung)

Krankenhaus
Menschen mit geistiger Behinderung
Checkliste Kommunikation

Vorname: _____ Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Erstellt am: _____ Erstellt durch: _____

Behinderungsgrad (ICD-10)

- | | |
|---|---|
| ☐ Leichte geistige Behinderung (F70) | ☐ Mittelschwere geistige Behinderung (F71) |
| ☐ Schwere geistige Behinderung (F72) | ☐ Schwerste geistige Behinderung (F73) |
| ☐ andere Klassifikation _____ | ☐ Unbekannt |

Mitgebrachte Bezugspersonen

- ☐ Eltern ☐ Geschwister ☐ Betreuer ☐ Andere _____
☐ Keine

Ansprache des Patienten/ der Patientin

- ☐ Duzen ☐ Siezen ☐ Vorname ☐ Nachname

Kommunikation

Allgemein		
Sprachliche Äußerungen und Laute	☐ Nein	☐ Ja, kann einfache Wörter/ Sätze formulieren ☐ Ja, Sprache ist jedoch teilweise unverständlich ☐ Ja, kann Laute von sich geben ☐ Ja und zwar: _____
Sinneswahrnehmung beeinträchtigt	☐ Nein	☐ Ja, Hörsinn beeinträchtigt ☐ Ja, Sehsinn beeinträchtigt ☐ Ja, und zwar: _____
Patient/ Patientin kann lesen und schreiben	☐ Nein	☐ Ja, kann lesen ☐ Ja, kann schreiben ☐ Unklar
Reagiert bei Ansprache	☐ Nein	☐ Ja, durch Blickverhalten ☐ Ja, durch Laute ☐ Ja, durch: _____
Kommunikation über körpereigene Kommunikationsformen		
Kommuniziert mit Blickverhalten	☐ Nein	☐ Ja, mit Zeigebewegungen ☐ Ja, mit den Augenlidern ☐ Ja und zwar: _____
Kommuniziert mit Mimik	☐ Nein	☐ Ja und zwar: _____
Kommuniziert mit Gestik	☐ Nein	☐ Ja und zwar: _____
Kommuniziert mit Körperbewegung	☐ Nein	☐ Ja, mit Armen und Fingern ☐ Ja, mit dem Kopf ☐ Bevorzugte Seite: _____
Kommuniziert mit Gebärden	☐ Nein	☐ Ja und zwar: _____
Fingeralphabet	☐ Nein	☐ Ja mit: _____
Kommunikation über Hilfsmittel		
Nichtelektronische Hilfsmittel		
Gegenstände	☐ Nein	☐ Ja mit: _____
Fotos	☐ Nein	☐ Ja mit: _____
Wort- und Bildkarten	☐ Nein	☐ Ja mit: _____
Ich- Buch	☐ Nein	☐ Ja mit: _____
Klinik- Kommunikationsbuch	☐ Nein	☐ Ja mit: _____
Kommunikationsorder/ -tafel	☐ Nein	☐ Ja mit: _____
Symbolkarten	☐ Nein	☐ Ja mit: _____
Buchstabentafel	☐ Nein	☐ Ja mit: _____
Gestützte Kommunikation	☐ Nein	☐ Ja mit: _____

Krankenhaus

Menschen mit geistiger Behinderung

Checkliste Kommunikation

Ansteuerung der nichtelektronischen Hilfsmittel			
Direkt	☐ Finger	☐ Füße	☐ Augen ☐ Kopfnicken
Indirekt	☐ Auditives Partnerscanning	☐ Blickwahl	☐ Kategorien
Elektronische Hilfsmittel			
Einfache Geräte (Talker, Sprechende Taste)	☐ Nein	☐ Ja, _____	
Komplexe Geräte (dynamisch)	☐ Nein	☐ Ja, mit _____	
Ansteuerung der elektronischen Hilfsmittel			
☐ Druck-/ Kippschalter	☐ Mouse	☐ Trackball	☐ Joystick
☐ Lichtsensor	☐ Nährungssensor	☐ Flächenjoystick	
☐ Spezialtastatur	☐ Saug- Blasschalter		
Leichte Sprache			
Kann Leichte Sprache eingesetzt werden?	☐ Nein	☐ Ja	

Individuelle Kommunikationshinweise bei Bedarfen und Bedürfnissen	
Zeichen bei Zustimmung	
Zeichen bei Ablehnung	
Möchte sich mitteilen	
Möchte Fragen stellen	
Zeigt Emotionen	
Zeigt Protest	
Zeigt Grundbedürfnisse (z.B. WC)	
Äußert Wünsche	

Bevorzugte Kommunikationssituation

- ☐ Mit einer Person
- ☐ Gruppensituation
- ☐ Kann nur mit Bezugspersonen kommunizieren
- ☐ Kann mit unbekannten Personen kommunizieren

Bestimmte Verhaltensweisen

- Zwanghafte Verhalten ☐ Nein ☐ Ja, äußert sich in: _____
- Ticks ☐ Nein ☐ Ja, äußert sich in: _____

Persönliche Merkmale

- ☐ Braucht Ritual(wie Beten vor dem Essen) und zwar _____
- ☐ Braucht Körperkontakt während der Kommunikation
- ☐ Braucht bestimmte Gegenstände in der Hand (Löffel, Stofftier,...) _____
- ☐ Hat Angst vor Krankenhausaufenthalt; äußert sich in _____

Eidesstaatliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ammersbek, den 28.07.2015
